



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

ESCUELA DE MEDICINA

MAESTRIA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

“PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACEÚTICA SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEPRESIVOS AMBULATORIOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN LÁZARO QUITO. 2010 ”

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MASTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL.

AUTORA:

B. F. ANA PATRICIA YAMBAY RAMOS

DIRECTOR:

DR. CESAR IZQUIERDO

QUITO – ECUADOR

2010

CERTIFICACIÓN

Dr.

César Izquierdo

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado **“PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACEÚTICA SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEPRESIVOS AMBULATORIOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN LÁZARO QUITO. 2010 ”** el mismo que esta de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Quito, septiembre de 2010

Dr. César Izquierdo

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Quito, septiembre de 2010

(f).....

CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Ana Patricia Yambay Ramos declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice: “Formar parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigación, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con apoyo financiero académico o institucional (operativo) de la Universidad”

Quito, septiembre de 2010

(f).....

Autor

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico: principalmente a Dios quien me guía por el camino del conocimiento y hace posible que mi esfuerzo y dedicación sea recompensado al alcanzar una meta más en mi vida, a mi familia quienes son mi fuente de motivación y apoyo incondicional en todo momento.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica Particular de Loja por brindarme la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos, una educación de calidad y excelencia.

A todos los docentes y personal de la Universidad que han contribuido a lo largo de esta carrera, y principalmente al Dr. Cesar Izquierdo Director de esta Tesis por su colaboración y valioso aporte para la realización del presente trabajo.

Al Hospital Psiquiátrico San Lázaro por su contribución y facilidades concedidas para la realización de esta tesis.

Mis sinceros agradecimientos a todas las personas que tal vez no están mencionadas pero que en el camino hay contribuido con una palabra de motivación.

Contenido

1. RESUMEN.....	1
2. ABSTRACT	2
3. INTRODUCCIÓN.....	3
4. PROBLEMATIZACIÓN	5
4.1 ENCUESTA.....	8
4.2 ANÁLISIS DE LOS DATOS	10
5. JUSTIFICACIÓN	19
6. OBJETIVOS	21
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	21
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
7. MARCO TEÓRICO	22
7.1 MARCO INSTITUCIONAL	22
7.1.1 Reseña Histórica.....	22
7.1.2 Aspecto Geográfico del lugar	24
7.1.3 Visión	24
7.1.4 Misión	24
7.1.5 Valores Corporativos.....	25
7.1.6 Principios.	25
7.1.7 Organización Administrativa.....	26

7.1.8	Servicios	26
7.1.8.1	Consulta Externa.....	27
7.1.8.2	Hospitalización.....	27
7.1.8.3	Laboratorio Clínico.....	29
7.1.8.4	Odontología.....	29
7.1.8.5	Psicología.....	30
7.1.8.6	Terapia Física.....	30
7.1.9	Datos Estadísticos de Cobertura.....	31
7.2	MARCO CONCEPTUAL.....	33
7.2.1	DEPRESIÓN.....	33
7.2.1.1	Causas.....	35
7.2.1.2	Síntomas.....	38
7.2.1.3	Tipos de Depresión.....	39
7.2.1.4	Tratamientos.....	41
7.2.1.5	Papel de familiares y amigos ante la depresión.....	46
7.2.2	MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS.....	47
7.2.2.1	Clasificación de los antidepresivos.....	52
7.2.2.2	Benzodiazepinas.....	61
7.2.3	MODELO DE GESTIÓN DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN ECUADOR.....	71
7.2.3.1	Procesos.....	72
7.2.4	INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO.....	75
7.2.4.1	Causas del incumplimiento.....	76

7.2.4.2	Métodos de Detección del incumplimiento terapéutico.....	79
7.2.5	ERRORES DE MEDICACIÓN.....	80
7.2.5.1	Errores de administración en función del paciente.....	82
7.2.5.2	En función de la magnitud del error.	83
7.2.6	PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS. PRM	83
7.2.6.1	Causas y descripción de PRM	84
7.2.6.2	Clasificación de PRM.	86
7.2.7	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	88
7.2.7.1	Factores que afectan a la adherencia al tratamiento.	92
7.2.7.2	Estrategias para mejorar la adherencia.	99
7.2.7.3	Alianza terapéutica médico - farmacéutico- paciente.	103
7.2.8	ATENCIÓN FARMACÉUTICA.....	104
7.2.8.1	Evolución de la Atención Farmacéutica En Latinoamérica.	104
7.2.8.2	Objetivos	108
7.2.8.3	Atención Farmacéutica Pacientes Ambulatorios Depresivos.	110
7.2.9	DISPENSACIÓN.....	112
7.2.9.1	Objetivos	115
7.2.9.2	Elementos	116
7.2.9.3	Proceso.	116
7.2.9.4	Factores modificables en la farmacia durante la dispensación.	118
7.2.10	INDICACIÓN FARMACÉUTICA	119
7.2.11	SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO	120
8.	DISEÑO METODOLÓGICO	121

8.1	MATRIZ DE INVOLUCRADOS.....	121
8.2	ARBOL DE PROBLEMAS	122
8.3	ARBOL DE OBJETIVOS	123
8.4	MATRIZ DE MARCO LÒGICO	124
9.	RESULTADOS	127
9.1	CAPACITACIÓN DEL FARMACÉUTICO.....	127
9.2	SOCIALIZACION DEL PROYECTO	129
9.3	INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PROYECTO	133
9.4	ELABORACION DE PROTOCOLO DE ATENCION FARMACEUTICA	135
9.5	APLICACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.....	152
9.6	DISEÑO DE TRÍPTICOS.....	157
9.6.1	PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÈUTICA.....	160
9.6.2	CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	162
9.6.3	DEPRESIÓN.....	164
9.6.4	COMO TOMAR MIS MEDICINAS	166
9.7	PERSONAL DE FARMACIA Y CAPACITACION	168
9.8	CHARLAS EDUCATIVAS PARA PACIENTES Y FAMILIARES.....	171
10.	CONCLUSIONES	175
11.	RECOMENDACIONES	178
12.	BIBLIOGRAFÍA	180

13.	ANEXOS.....	187
13.1	ANEXO 1. ENCUESTA.....	187
13.2	ANEXO 2. ORGANIGRAMA HPSL.....	189
13.3	ANEXO 3. PROCESO DE SELECCIÓN.....	190
13.4	ANEXO 4. PROCESO DE PROGRAMACIÓN Y ADQUISICIÓN.....	193
13.5	ANEXO 5. PROCESO DE RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO.....	196

1. RESUMEN

La depresión representa un grave problema de salud pública, de acuerdo a datos de la OMS es la principal causa de discapacidad en el mundo, provocando un gran impacto económico, social y emocional. Estudios demuestran que uno de los factores que alteran el resultado de los tratamientos de esta enfermedad es el cumplimiento o adherencia al tratamiento.

Las principales causas para que el paciente abandone o sea un incumplidor del tratamiento es por falta de información, olvido, descuido, las indicaciones médicas tanto escritas y orales son insuficientes para una persona que es responsable de su tratamiento en casa. Estos factores pueden reducirse mejorando la educación sanitaria de los pacientes, con la intervención profesional mediante una Dispensación informada que consiste en la interpretación correcta de una receta, la entrega oportuna del medicamento, al paciente indicado en el momento apropiado, acompañado de la información y seguimiento para un uso correcto y racional.

Objetivo: Promover el uso racional y adherencia al tratamiento en los pacientes depresivos ambulatorios, mediante la aplicación del programa de atención farmacéutica para contribuir de esta manera a una mejor calidad de vida de los pacientes del Hospital Psiquiátrico San Lázaro.

La metodología aplicada es la **Matriz de Marco Lógico** que nos sirvió a determinar y priorizar las principales causas, efectos, estrategias y acciones a desarrollar para afrontar el problema enfocado en este trabajo que es incumplimiento o no adherencia al tratamiento.

Una dispensación activa, entrega de trípticos de información constituyen estrategias del **PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA** a implementar en el Hospital Psiquiátrico San Lázaro, en donde el principal beneficiario es el paciente, con lo cual se espera lograr como resultado un mayor grado de cumplimiento del tratamiento (Adherencia) por parte del paciente y de esta manera mejorar la calidad de vida del paciente depresivo.

2. ABSTRACT

The depression represents a serious problem of public health, of agreement to information of the OMS is the principal reason of disability in the world, provoking a great economic, social and emotional impact. Studies demonstrate that one of the factors that alter the result of the treatments of this disease is the fulfillment or adherence to the treatment.

The principal reasons in order that the patient retires or the unreliable one of the treatment is for lack of information, oblivion, carelessness, the medical indications so much written and oral are insufficient for a person who is responsible for his treatment in house. These factors can diminish improving the sanitary education of the patients, with the professional intervention by means of an informed Dispensation that consists of the correct interpretation of a recipe, the opportune delivery of the medicine, to the patient indicated in the appropriate moment, accompanied of the information and follow-up for a correct and rational use.

Objective : To promote the rational use and adherence to the treatment in the depressive ambulatory patients, by means of the application of the program of pharmaceutical attention to contribute hereby to a better quality of life of the patients of the Psychiatric Hospital San Lázaro.

The applied methodology is Marco Lógico's Counterfoil that served us to determining and prioritizing the principal reasons, effects, strategies and actions to develop to confront the problem focused in this work that is a breach or not adherence to the treatment.

A dispensation activates, delivery of trípticos of information they constitute strategies of the PROGRAM OF PHARMACEUTICAL ATTENTION when San Lázaro helps in the Psychiatric Hospital, where the principal beneficiary is the patient, with which one expects to achieve like proved a major degree of fulfillment of the treatment (Adherence) on the part of the patient and hereby to improve the quality of life of the depressive patient.

3. INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo, los profesionales del área de la salud hemos pensado que el acto inmediato, lógico y obligatorio del paciente, luego de recibir la prescripción por parte del médico y a la dispensación por parte del farmacéutico de un régimen medicamentoso, es el seguir al pie de la letra las instrucciones de la etiqueta y, por consiguiente, el tomar correctamente sus medicamentos. Sin embargo numerosos estudios han demostrado con el pasar de los años que los pacientes fallan al tratar de seguir las instrucciones de su medicación.¹

Se ha logrado dilucidar que una de las principales razones para que se presenten errores en la terapia medicamentosa de los pacientes ambulatorios es la falta de conocimiento y de entendimiento de las instrucciones, las indicaciones que se anotan y las escasas indicaciones orales son generalmente insuficientes para una persona que es responsable de tomar su tratamiento en la casa, el paciente abandona su tratamiento una vez que los síntomas desaparecen y se siente mejor, lo que provoca un gran incumplimiento del tratamiento.

Lo que ha sucedido en numerosas ocasiones es que hemos subestimado la importancia de la contribución del mismo paciente a su terapia y hemos olvidado sus necesidades de educación, pensar que los pacientes no deben cuestionar nuestras decisiones en cuanto a su tratamiento y considerar que deben permanecer pasivos y obedientes ante ellas es un error grande, ellos tienen derecho a tomar decisiones con respecto a su terapia medicamentosa.

El hecho de que el paciente crea que los medicamentos que está tomando son efectivos es también un factor importante en el cumplimiento futuro, es decir, que no es suficiente invertir muchas horas en enseñar a un paciente sobre sus medicamentos, sino que se debe lograr que el paciente esté convencido que el medicamento es

¹ <http://mar.uninet.edu/zope/arch/af/Files/Protocolo%20dispensacion%20-%20castellano.pdf>

necesario para el tratamiento de su enfermedad y de que la información que se le da es exacta.

Uno de cada tres pacientes es incumplidor del tratamiento, y esto sucede por la falta de información, olvido y descuido del paciente. Estos factores pueden reducirse mejorando la educación sanitaria de los pacientes, aconsejándoles medidas para asociar las tomas de la medicación a una actividad diaria para que controlen su medicación, un seguimiento y mayor información, son medidas que serán ofrecidas en el programa de atención farmacéutica.

Un programa de atención farmacéutica involucra impartir información pertinente con propósitos educacionales, pero esta información debe ser entendida por el paciente para ponerlo en práctica, si esto no sucede, el paciente ha recibido solamente información pero no ha sido educado.

Tomando en cuenta todo lo anterior y considerando que la depresión y otro tipo de enfermedades son muy comunes dentro de nuestra población consideré necesario y oportuno el desarrollo de un Programa de Atención Farmacéutica al Paciente depresivo ambulatorio, en el cual se tratará de lograr que el paciente decida participar en su terapia medicamentosa, que se interese en su salud y entienda el propósito de la medicación y su relación con su diagnóstico, y al mismo tiempo optimizar el proceso de uso de los medicamentos ansiolíticos y antidepresivos, procurando conseguir que todo paciente que inicie o mantenga un tratamiento prescrito por el médico con dichos medicamentos conozca, como mínimo, para qué es, cómo debe tomarlo y durante cuánto tiempo. Así se sembrará en él la semilla de la adherencia.

Finalmente, será también básico en el desarrollo de este programa que el paciente logre creer en la necesidad real del tratamiento que se le ha prescrito, que sepa exactamente de qué manera tomarlo, que entienda la importancia de su terapia y que conozca las posibles consecuencias de no utilizarla.

El servicio de farmacia a través de la atención farmacéutica al paciente ambulatorio responde a la orden o prescripción médica y lleva a cabo la dispensación de medicamentos al paciente. El farmacéutico entrega los medicamentos al paciente

utilizando sistemas de dispensación que garanticen la seguridad, rapidez y control del medicamento, brinda información al paciente para lograr el cumplimiento de la terapia y efectúa el seguimiento farmacoterapéutico necesario de acuerdo a la terapia indicada por el médico.²

El rol del farmacéutico en el área ambulatoria enfatiza la educación no sólo al paciente en particular sino también a la sociedad o comunidad, al personal médico y al de farmacia, debe quedar claro que la responsabilidad del farmacéutico en este servicio va más allá de la mera dispensación del medicamento.

4. PROBLEMATIZACIÓN

La depresión, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la principal causa de discapacidad en el mundo, y afecta a 121 millones de personas globalmente. Además, su incidencia está creciendo hasta tal punto que en 2020 representará la segunda enfermedad en el presupuesto del gasto sanitario mundial.³

La depresión es el trastorno mental más prevalente, se caracteriza por una alteración del estado de ánimo y sus síntomas mayoritarios son la tristeza, la pérdida del interés y la incapacidad para experimentar sentimientos de placer. En cuanto a las causas que la producen, se sabe que algunos factores como el estrés en el hogar, en el trabajo o en la escuela, el pesimismo o la baja autoestima están relacionados con su aparición. Además, el hecho de algunos tipos de depresión tengan una elevada frecuencia dentro de una misma familia, hacen pensar que exista una cierta predisposición hereditaria.⁴

² <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/ops/afambulatorio.pdf>

³ <http://www.salud.es/noticia/mas-de-7700-farmaceuticos-participan-en-la-accion-de-atencion-farmaceutica>.

⁴ http://www.farmanews.com/notas_de_prensa/N71.html

Un análisis de fármaco economía de la depresión implica numerosos costos y consecuencias como disminución de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, alta morbilidad e importantes pérdidas económicas, se estima que la depresión afecta aproximadamente, al 10% de la población lo que se traduce a unos 4 millones de ciudadanos por lo que representa una importante carga económica y social, de hecho el coste total de la depresión en un 15,9% corresponde al gasto en medicamentos.

Los costos pueden dividirse en directos e indirectos. Los 1º son todos los del tratamiento. Los 2º son más difíciles de calcular, e incluyen pérdida de productividad y ausentismo laboral y muerte prematura (suicidio) que ocasiona una reducción de los ingresos globales del paciente.

Un estudio reciente rebela que el costo anual de la depresión en USA es de \$ 43.000.000. Los directos son \$ 12.000.000 y los indirectos \$ 31.000.000 (\$ 8.000.000 por muerte prematura y \$ 23.000.000 por ausentismo laboral y pérdida de productividad. Se estima que el ahorro en costos indirectos que supondría un tratamiento apropiado de la depresión superaría los costos del tratamiento directo en \$ 4.000.000 anuales.

Sin embargo, entre un 30 y un 60% de los pacientes no toman su medicación tal como le fue prescrita debido a los efectos adversos, a la creencia de que no se necesita medicación, a la falta de información, etc. Aproximadamente el 40,5% de los casos de abandono se producen durante los dos primeros meses de tratamiento y el resto en la fase de mantenimiento. Por tanto, la intervención profesional del farmacéutico en la Dispensación y Seguimiento de este tipo de tratamientos es una garantía esencial para optimizar el conocimiento del uso de los medicamentos, maximizar el cumplimiento y garantizar la máxima efectividad y seguridad, minimizando los resultados negativos asociados a los medicamentos, especialmente con los psicofármacos.⁵

⁵ <http://www.ffyb.uba.ar/gxpsites/agxppdwn.aspx>

Entre los pacientes que no abandonan el tratamiento, la eficacia de los antidepresivos a largo plazo es del 90%, logrando que éstos puedan llevar a cabo una vida normal a pesar de la enfermedad. Sin embargo, el incumplimiento terapéutico actualmente continúa siendo muy alto y provoca que no se logren los resultados esperados y que pueda haber recaídas, involucrar también al farmacéutico en el cumplimiento terapéutico ayudaría a mejorar la adherencia del paciente.

En el Ecuador los datos estadísticos tomados del Hospital Psiquiátrico San Lázaro de acuerdo a su perfil epidemiológico (10 primeras causas de morbilidad) reflejan que la depresión ocupa un segundo lugar en demanda de atención que corresponde a un 27 % del total de sus atenciones, lo que implica que este tipo de enfermedades necesitan el soporte de los dos profesionales médico y farmacéutico para que el cumplimiento terapéutico sea el indicado y para que no se abandone antes, produciéndose un gasto y un uso no racional del mismo. Una posición más activa del farmacéutico supondría que, además de reforzar la información adecuada sobre el uso del fármaco, se pudieran supervisar los factores sociales que acompañan al mismo, así como la aparición de efectos secundarios o problemas relacionados con el medicamento".

Con este objetivo se desarrolla el "Programa de Atención Farmacéutica en pacientes con Depresión" y cuyo objetivo es reforzar la formación de los farmacéuticos para que puedan complementar la labor del médico y ofrecer un servicio personalizado desde la farmacia.

Por su condición de nexo de unión entre el paciente y el médico y por la proximidad y conocimiento del paciente, el farmacéutico juega un papel clave, no sólo en promover y estimular el cumplimiento, complementando y reforzando la tarea del médico, sino incluso en detectar precozmente la aparición de reacciones a los medicamentos.

Para llevar a cabo esta labor, el farmacéutico necesita valerse de materiales que le ayuden en esta tarea, en este sentido es interesante el diseño de materiales que sirvan de ayuda al farmacéutico para que este pueda revertirlos en beneficio de los pacientes.

El farmacéutico se convertiría así en farmacéutico clínico, instaurándose una inédita relación farmacéutico-paciente fin de controlar todo el proceso del tratamiento farmacológico, desde la idónea elección del medicamento hasta la toma del mismo. Al médico le seguiría correspondiendo la prescripción, pero el farmacéutico vigilaría en el enfermo el curso del tratamiento prescrito, relacionándose si fuera necesario con el médico siempre a través del paciente, de forma oral o escrita.

Es importante responsabilizarse de este problema, lo cual significa que de la atención se debe encargar un equipo multidisciplinario que integran médicos, enfermeras, farmacéuticos es decir todo el personal involucrado en la atención en salud.

4.1 ENCUESTA

Para el desarrollo del proyecto y tener un panorama más real de los problemas y necesidades de los pacientes ambulatorios que acuden a esta casa de salud en relación al manejo y uso correcto del medicamento, se realizó una encuesta, la cual fue aplicada a los pacientes que acuden a la Farmacia en busca de sus medicinas luego de recibir la consulta médica respectiva.

El objetivo que se persigue es tener una idea del grado de conocimiento que el paciente tiene sobre sus medicamentos y del cumplimiento terapéutico. Para lo cual podemos aplicar algunas preguntas abiertas, que permita al paciente expresarse libremente, cada una con un objetivo definido.

La encuesta fue elaborada en términos sencillos para que sea de fácil comprensión para los pacientes, y determinar que nivel de conocimiento tiene el paciente en relación a su tratamiento farmacológico y en base a los datos obtenidos tener un punto de partida para la implementación de este programa.

Para la elaboración de la encuesta se debe considerar varios aspectos como: en primer lugar el farmacéutico debe saber para quien es el medicamento solicitado y una

vez ha comprobado que no existen incidencias administrativas, procederá a aplicar el protocolo de dispensación activa.

En caso que el fármaco sea para una tercera persona, no sabremos probablemente con certeza que la información que proporcione el farmacéutico llegue correctamente a la persona que tomará el medicamento, aunque se den las instrucciones por escrito; así como, el farmacéutico desconocerá la información que tiene el paciente sobre aquel medicamento.

En el caso que un familiar sea el responsables de manejar y administrar la medicación del paciente, se consideraran como si fueran la persona misma que tiene que tomar el medicamento.

Una vez el farmacéutico ha identificado que la persona que tiene delante es la responsable de administrar el medicamento a ella misma o a otro enfermo, preguntará si el medicamento a dispensar es una nueva prescripción o es un fármaco que ya se lo está tomando.⁶

A continuación, el farmacéutico tiene que proceder a formular al paciente las preguntas básicas para una dispensación participativa por parte del paciente:

- Sabe Ud. **para qué** se le ha prescrito este medicamento ? Esta información puede facilitar la adherencia al tratamiento farmacológico.
- **Cuánto** tiene que tomar ? un comprimido, una cuchara, una inhalación, etc.
- Cada **cuándo** se lo tiene que tomar? Cada 8 horas, cada 12 horas, etc.
- **Cómo** se lo tiene que administrar? Con agua, con alimentos, en ayunas, etc. si además el medicamento requiere preparación previa: disolución, agitación, etc.; si requiere instrucciones especiales de conservación: en nevera siempre o una vez abierto el envase, preservado de la luz, del calor, etc.

⁶ <http://www.cipf-es.org/files/doc004.pdf>

- **Hasta cuándo** se lo tiene que tomar? Toma única, 3 días, 1 semana, hasta la siguiente visita, etc.

Mediante esta entrevista se verifica que la información que tiene el paciente sobre el uso del medicamento es la correcta; si es necesario se hace repetir o explicar al paciente para confirmarlo.

La secuencia a seguir es la siguiente:

- Elaboración de la encuesta. **ANEXO 1**
- Aplicación de la encuesta
- Recolección de datos
- Análisis de los datos

4.2 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los resultados que se obtuvieron representan de un tamaño de muestra correspondiente a 60 pacientes encuestados, los datos fueron tabulados y analizados como se indica a continuación:

- a) Las indicaciones médicas entregadas por su médico son claras de cómo tomar su medicina en su domicilio.

Parámetro	Indicaciones Medicas Claras	%
Si	20	34
No	40	66
Total	60 pacientes	100

Tabla 4.1. Datos de Indicaciones Médicas

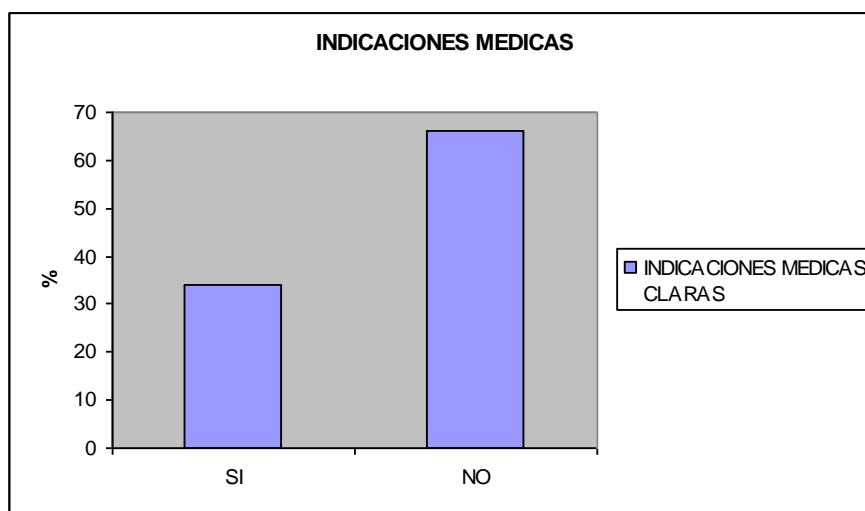


Gráfico Nº 1. Indicaciones Médicas

Fuente: Autora

De acuerdo a este gráfico obtenido con los datos de las encuestas podemos darnos cuenta que el 66% de los pacientes no tiene en claro o comprende las indicaciones emitidas por el médico tanto verbalmente o escritas, conllevando desde el inicio una falta de información para un correcto uso de su medicina, un 33% de los pacientes no tiene este inconveniente ya que tiene muy en claro las indicaciones medicas.

b) Sabe Usted. para qué esta indicado las medicinas que va a tomar, especifique?

Parámetro	Conoce su enfermedad	%
Si	30	50
No	30	50
Total	60 pacientes	100

Tabla 4.2. Conoce su Enfermedad

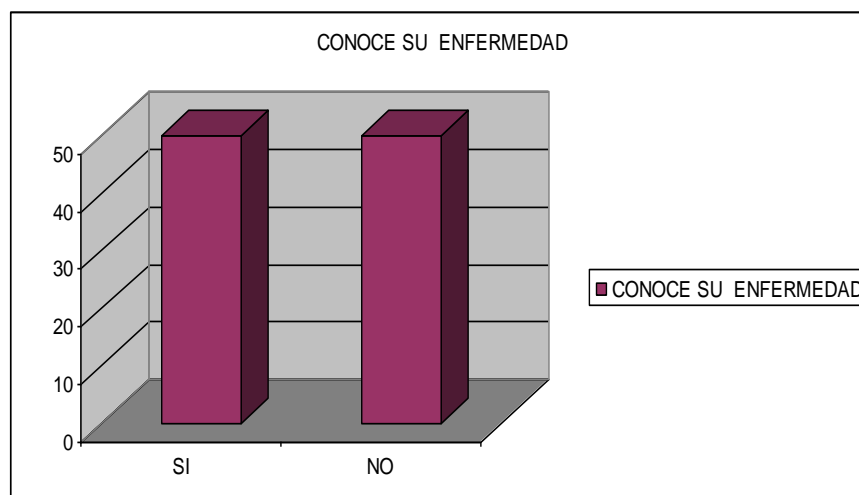


Gráfico N° 2. Conoce su enfermedad

Fuente: Autora

Respecto si los pacientes conocen de su enfermedad para la cual están indicadas las medicinas el 50% si lo sabe y el otro 50% no conoce o no tiene en claro, por lo tanto no le dan la importancia debida para un buen manejo de su medicina.

c) Conoce cuánto y cuando tiene que tomar de su medicina?

Parámetro	Conoce cuando y cuanto tomar sus medicinas.	%
Si	40	66
No	20	34
Total	60 pacientes	100

Tabla 4.3. Dosificación

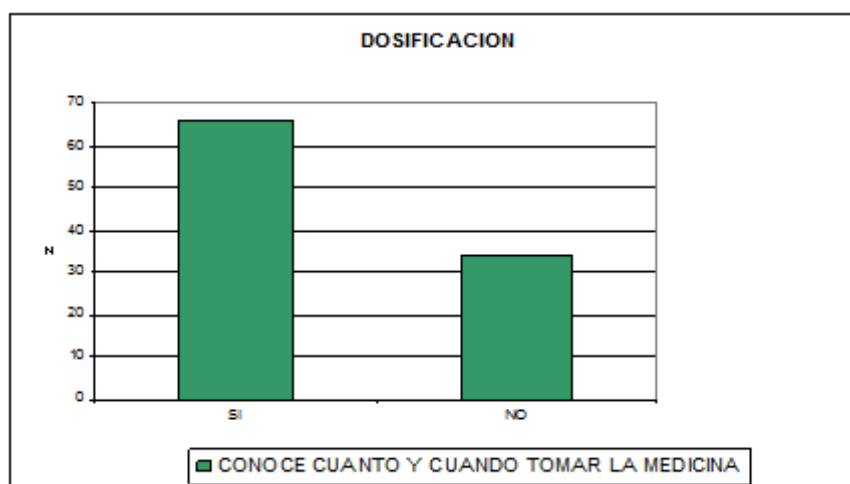


Gráfico Nº 3. Dosificación

Fuente: Autora

En cuanto a su dosificación es decir si el paciente conoce cuanto y cuando tomar su medicina el 66% de los pacientes lo sabe si debe tomar una o dos tabletas cada determinado tiempo, en tanto que un 34% no tiene en claro y su administración no la realiza correctamente en cantidad y tiempo correcto lo que influye a no obtener resultados positivos de su tratamiento.

d) Que tiempo debe tomar su medicina?

Parámetro	Duración de tratamiento	%
Días	10	16
Meses	30	50
Permanente	20	34
Total	60 pacientes	100

Tabla 4.4. Duración del Tratamiento

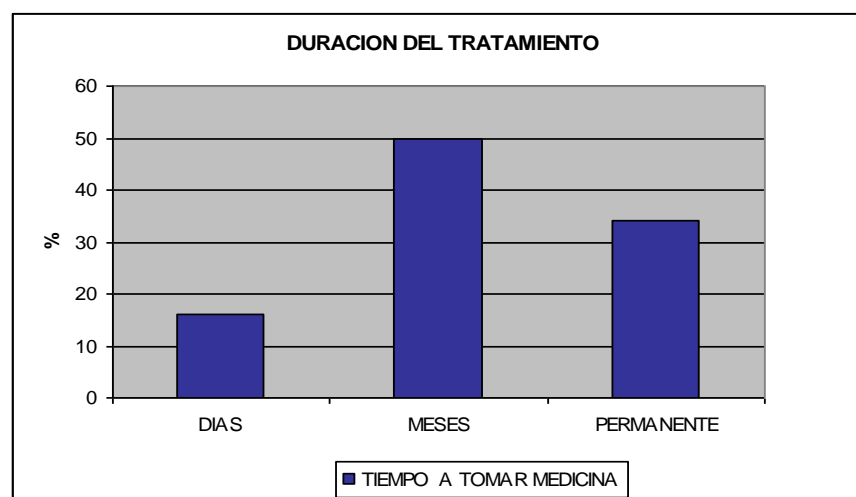


Gráfico N° 4. Duración del Tratamiento

Fuente: Autora

Por tratarse de un Hospital que trata enfermedades crónicas la mayoría de los pacientes tiene un tratamiento de larga duración y en muchos casos es permanente lo que demuestra que un 50% de los pacientes debe tomar sus medicinas por meses, un 33% tiene un tratamiento permanente por años y un 17% de pacientes tiene un tratamiento que involucra días solamente. Siendo este un factor importante que nos da la pauta de la importancia que el paciente tenga una buena información acerca de su tratamiento ya que lo va a manejar por mucho tiempo y dependerá mucho de su buen manejo para su recuperación o mantener buenas condiciones de salud.

e) Es usted el responsable de la administración de su medicina o un familiar.

Parámetro	Responsable de la medicina	%
Paciente	40	66
Familiar	20	34
Total	60 pacientes	100

Tabla 4.5. Responsable de la medicina

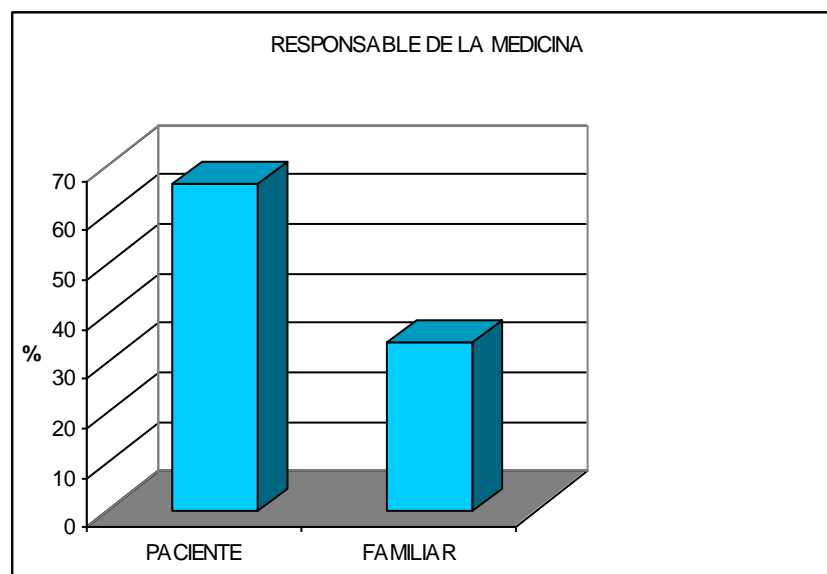


Gráfico N° 5. Responsable de la medicina

Fuente: Autora

Debido a las condiciones que involucra ciertas enfermedades psiquiátricas o de acuerdo al avance de su patología hay pacientes que necesitan de la ayuda de un familiar para cumplir con el tratamiento, de los datos obtenidos un 60% de los pacientes es responsable de su medicina, en tanto que un 40% necesita de un familiar. Este parámetro tabulado nos sirve de guía para tener una idea a que personas debe ir enfocado nuestro programa es decir tanto a paciente y familiares ya que muchas veces se da la información solo al paciente y no se le involucra al familiar.

f) Cuantos medicamentos consume habitualmente?

Parámetro	Número de medicinas que consume	%
Uno	10	16
Dos	30	50
Tres	20	34
Total	60 pacientes	100

Tabla 4.6. Número de medicinas que consume

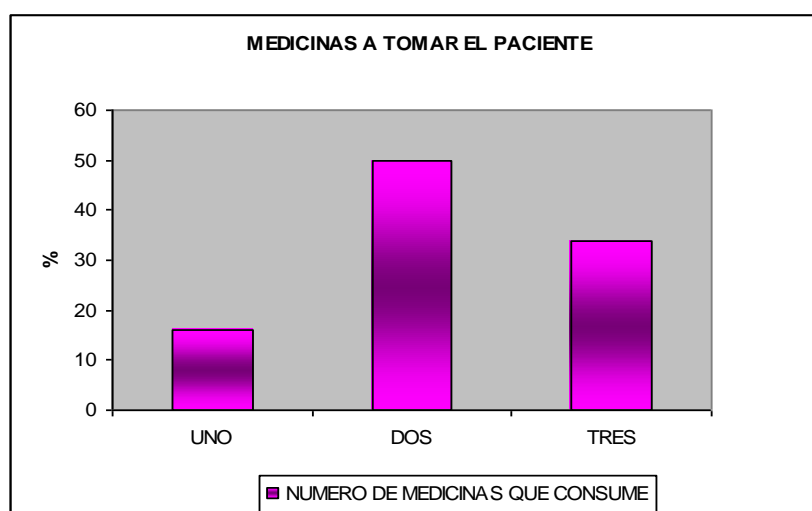


Gráfico N° 6. Número de medicinas que consume

Fuente: Autora

Es importante también conocer cuantos medicamentos toma el paciente en su tratamiento para poder dar una correcta información, de los encuestados el 50% toma 2 medicamentos, un 34% toma 3 medicinas, un 16% habitualmente toma una medicina, es decir la mayor parte tiene un tratamiento con dos y tres medicinas, razón suficiente para brindar un apoyo de información de su tratamiento.

- g) En general cumple su tratamiento correctamente en cantidad y horario establecido por su médico.

Parámetro	Cumplimiento del Tratamiento	%
Si	17	28
No	18	30
A veces lo olvida	25	42
Total	60 pacientes	100

Tabla 4.7. Adherencia al tratamiento

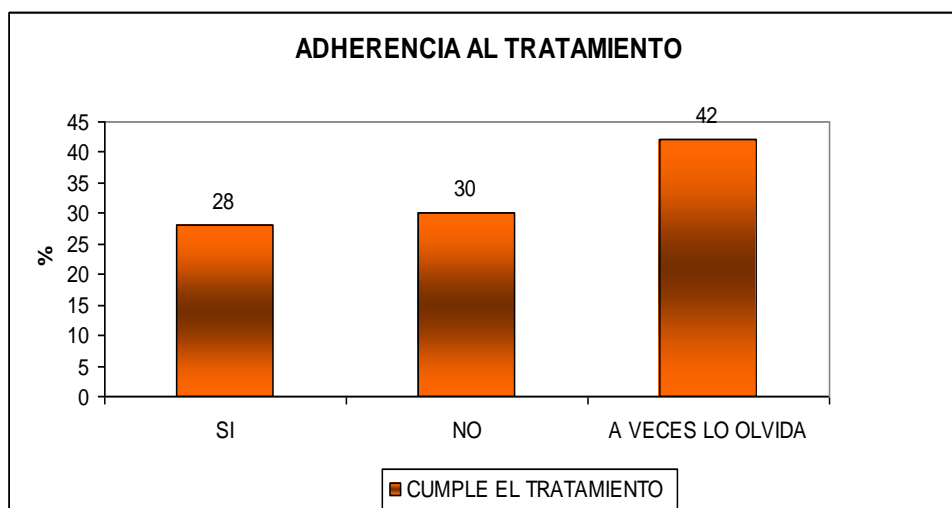


Gráfico N° 7. Adherencia al tratamiento

Fuente: Autora

Siendo el cumplimiento del tratamiento un factor que incide directamente en la recuperación del paciente, los datos nos indican que existe un 42% que a veces olvida tomar su medicina es decir lo cumple a medias, el 30% no cumple, apenas el 28% lo cumple en forma correcta. En el caso de no cumplimiento los pacientes indican los motivos que es a veces es por el trabajo, no tienen la medicina o se olvidaron de llevarla, no saben cuando tomarla, que no la necesitan, etc, es decir cada uno tiene

una justificación pero no le dan la importancia debida la manera como esta influyendo en su salud.

La no adherencia al tratamiento puede motivar una valoración errónea por parte del médico de la eficacia del fármaco, y conllevar un aumento en la dosis o la asociación de otros fármacos, que puede aumentar el riesgo de efectos adversos. Por eso, es conveniente informar al médico sobre la tasa de adherencia al tratamiento de los pacientes así como del análisis de las posibles causas de incumplimiento.

h) Cree usted que necesita una información más detallada y sencilla sobre el correcto uso de su medicina.

Parámetro	Información de Medicina	%
Si	20	75
No	40	15
Total	60 pacientes	100

Tabla 4.8. Información médica

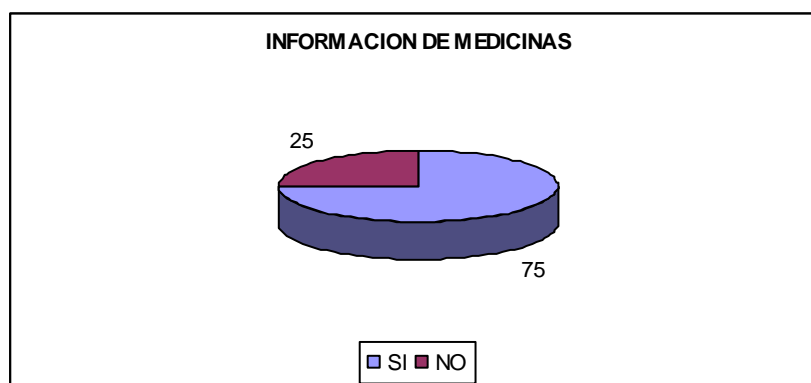


Gráfico N° 8. Información médica

Fuente: Autora

Del total de los pacientes encuestados el 75% necesita una información que le ayude y le de seguridad sobre el uso correcto de la medicina que lleva a su casa, ya que muchos de los problemas que se reflejan en las anteriores preguntas son resultado de la falta de conocimiento del paciente o del familiar.

5. JUSTIFICACIÓN

La gran demanda existente de personas con depresión hace indispensable crear un programa de atención farmacéutica en el Hospital Psiquiátrico San Lázaro ya que ocupa un segundo lugar con un 27% de las diez primeras causas de morbilidad.

Los efectos de este fenómeno poblacional son variados, existen efectos económicos, de calidad de vida y de salud, que son muy relevantes y que obligan a tomar medidas que conduzcan a dar soluciones concretas a las demandas. Por estos motivos nos vemos en la necesidad de prestar una mayor atención a esta población.

En consecuencia, considero que en colaboración con el equipo sanitario y con el propio paciente, desde la Farmacia se debe impulsar el diseño de un plan de seguimiento capaz de recoger y organizar toda la información necesaria sobre la enfermedad, el paciente y el tratamiento, para detectar los problemas relacionados con los medicamentos, establecer estrategias para su prevención y corrección y evaluar los resultados de la farmacoterapia sobre el estado de salud y la calidad de vida de cada paciente.

Hoy en día la comunicación se ha convertido en un tópico de importancia para los profesionales sanitario, este interés por la comunicación entre pacientes y profesionales del área de salud surgió como consecuencia de la preocupación de que los pacientes dejen de cumplir sus regímenes medicamentosos.

Es a través de la atención farmacéutica que se podrá instaurar una inédita relación **FARMACÉUTICO - PACIENTE** a fin de controlar todo el proceso del tratamiento

farmacológico, desde la elección hasta la toma del medicamento. Al médico le seguiría correspondiendo la prescripción pero el farmacéutico vigilaría en el enfermo el curso del tratamiento prescrito, en donde el principal beneficiario será el paciente logrando mejor calidad de vida en términos de salud así como de lograr resultados clínicos favorables.

Bajo este esquema es importante referir una descripción clara y concreta a los siguientes aspectos que constituyen razones válidas que justificarán el programa a implementarse.

Interés personal

Dentro del interés personal se puede mencionar la indiscutible satisfacción de poder implementar los distintos conocimientos dentro del tema y poder así lograr cumplir una meta personal y profesional dentro de este entorno tan competitivo.

Relevancia Científica

Dentro de la relevancia científica para justificar el proyecto se puede hacer notar la importante información proporcionada por especialistas y además estudios realizados a nivel mundial acerca de prevención, causas y tratamiento de la enfermedad.

Beneficiarios

Los beneficiarios dentro del programa a realizarse son sin duda alguna el sin número de pacientes del Hospital ya que pueden acceder a mayor información para cambiar su estilo de vida y mejorar su salud.

El Hospital Psiquiátrico San Lázaro es uno más de los beneficiarios ya que al implementar el programa va a ganar mayor confiabilidad e imagen dentro del sector público y satisfacción del cliente.

Otros beneficiarios del tema son los distintos familiares de los pacientes ya que con la correcta información y seguimiento que proporcionará el Hospital podrán estar más tranquilos de la salud de sus seres queridos.

La Atención Farmacéutica, clave para el futuro de la profesión, constituye un nuevo reto para el farmacéutico, puesto que supone potenciar la participación del profesional de la Farmacia en la mejora de la Sanidad, con la consiguiente incidencia en la salud de la población.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Promover el uso racional y adherencia al tratamiento en los pacientes depresivos ambulatorios, mediante la aplicación del programa de atención farmacéutica para contribuir de esta manera a una mejor calidad de vida de los pacientes del Hospital Psiquiátrico San Lázaro.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Involucrar al farmacéutico del servicio de farmacia a formar parte del Programa de atención Farmacéutica
- Diseñar y estandarizar protocolos de atención farmacéutica para pacientes depresivos.
- Elaborar trípticos de información sobre depresión, sus cuidados, tratamiento farmacológico y precauciones generales.
- Educar al paciente y familiares en el momento de la dispensación sobre el uso correcto de sus medicinas que serán manejadas en su domicilio.
- Fomentar el trabajo en equipo de los profesionales que están directamente relacionados con el paciente.

7. MARCO TEÓRICO

7.1 MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1 Reseña Histórica



Gráfico N° 9. Hospital Psiquiátrico San Lázaro

Fuente: www.hpsl.gov.ec

La trayectoria del Hospital San Lázaro está íntimamente relacionada con el desarrollo histórico social de los siglos 18, 19 y 20.

Con mirada retrospectiva vayamos a la ciudad de Quito en el siglo XVIII, pequeña ciudad con 311.649 habitantes de los cuales el 64.4%, o sea 213.287 eran indígenas, para ese año 1781 Guayaquil contaba con apenas 31.069 habitantes, Para el siglo XIX

época de convulsión, de inestabilidad socioeconómica, de marcada contradicción de clases sociales, ciudad pequeña plagada de indigentes, vagabundos, mendigos, huérfanos que clamaban un grito de angustia, llaga social que movió a lástima al Ilustrado Juan José de Villa Lengua Presidente Regente de la Real Audiencia de Quito y el prelado doctor Blas Sobrino y Minayo, Obispo de la diócesis decidieron tomar un remedio eficaz y duradero. Ahí esta el origen del Hospicio de la Caridad de Quito, el Hospicio y Manicomio Jesús, María y José, el acta se firma el 15 de Marzo de 1785.

La creación de los hospicios nació en Europa para albergar a la agente desposeída, fue Carlos III quien se preocupó de formar asilos en la colonia americana. Entonces se inició la construcción del actual Hospital Psiquiátrico San Lázaro en 1751, bajo la dirección de Juan Nieto Polo de Águila quien, conjuntamente con el Presidente de la Real Audiencia de Quito dieron esta casa a la Compañía de Jesús, para residencia ya que el terremoto en Latacunga, de Abril de 1755 destruyó totalmente el antiguo noviciado. se hizo una nueva distribución, se funda entonces el Hospicio Jesús María y José en 1785, y el 14 de Marzo de 1786 se funda el Hospital San Lázaro, anexo al hospicio.

El primer administrador fue don Joaquín Tinajero, había un inspector, un mayordomo, un capellán, una enfermera, un cocinero y un barbero. En 1864 había 147 asilados pobres, 11 enfermos mentales y 104 leprosos. Los enfermos mentales como vemos en número menor tuvieron una situación alarmante, inhumana, desconcertante y de ignorancia absoluta de la etiología de su enfermedad es una muestra mas de la situación que vivía la psiquiatría en el mundo, para finales de ese siglo los enfermos mentales son tomado en cuenta como tales, en ese tiempo el San Lázaro camina al paso del mundo, el criterio historicista nos coloca en el momento y en el contexto en el que acciones crueles se realizaban con los enfermos mentales.

Este estado de atraso continuó hasta inicios del siglo XX cuando se crea la cátedra de Psiquiatría, gracias a la intervención del doctor Carlos Alberto Arteta García, quien fue el primer profesor de esta materia en el Ecuador. Para el siglo XX aparecen modificaciones sustanciales para explicar la conducta normal y anormal del ser humano, en esta casa se realizan todos los cambios que va dictando lo moderno del

contexto se utilizan las técnicas más modernas en la medida en que van saliendo al mundo, nada se ha dejado de lado.

Por lo que su slogan es

“HOSPITAL SAN LÁZARO PATRIMONIO DE LA PSIQUIATRÍA EN AMÉRICA”⁷

7.1.2 Aspecto Geográfico del lugar

El Hospital Psiquiátrico San Lázaro se encuentra ubicado en las calles Ambato 771 y Bahía de Caráquez en el cantón Quito de la provincia de Pichincha. Su área de influencia son pacientes adolescentes, adultos hombres y mujeres de la ciudad de Quito, parroquias, cantones y provincias del país.

7.1.3 Visión

Para el año 2010 el Hospital Psiquiátrico San Lázaro está posicionado como líder a nivel nacional en la atención especializada en salud mental, con ambientes acordes a los estándares de calidad asistencial, tecnología de vanguardia y capital humano dotado de información científica, técnica y operativa al servicio del usuario que es nuestra razón de ser.

7.1.4 Misión

⁷ www.hpsl.gov.ec

El Hospital Psiquiátrico “San Lázaro”, Patrimonio de la Psiquiatría en América, es una Institución Pública, que brinda atención integral especializada en Salud Mental, con cobertura a nivel Nacional, mediante modernos procesos de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, con talento humano en constante desarrollo y tecnología de vanguardia, con atención personalizada basada en estándares de calidad asistencial.

7.1.5 Valores Corporativos.

Identidad institucional: Patrimonio de la psiquiatría en América brindamos atención en salud mental con participación social

Responsabilidad social: Somos actores y gestores en la solución de problemas en forma transitoria y de acuerdo a criterios de: Efectividad, Solidaridad, Dar apoyo protección y ayuda al usuario, de acuerdo a su necesidad.

Comunicación: debe ser efectiva y es vital para conocer si estamos o no cumpliendo con nuestros objetivos y políticas establecidas

Innovación: Crear nuevos elementos y mejorar los ya existentes

7.1.6 Principios.

Nuestra identidad institucional se basa en seis principios que dan sustento al pensamiento, los proyectos y las acciones emprendidas.

- Responsabilidad social
- Efectividad
- Solidaridad

- Liderazgo
- Comunicación
- Innovación.

7.1.7 Organización Administrativa

La estructura Organizacional por procesos del Hospital Psiquiátrico San Lázaro está conformada por: Gestión de Recursos Humanos; Gestión de Servicios Institucionales, Gestión de Informática, Gestión de Hotelería, Gestión de Farmacia, Gestión de Enfermería, Gestión Financiera, Proceso de Oferta y Demanda Hospitalaria y Comunicación Social. **ANEXO 2.**

7.1.8 Servicios

Los servicios que el Hospital Psiquiátrico San Lázaro ofrece al público en general en la actualidad son los siguientes:

- Consulta Externa
- Hospitalización (Solo para pacientes de Psiquiatría)
- Laboratorio Clínico
- Odontología
- Psicología
- Psiquiatría
- Terapia Física

7.1.8.1 Consulta Externa.

El servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico San Lázaro está abocado a proporcionar atención, diagnóstico y tratamiento a enfermos cuyo perfil cumpla con las características planteadas por esta Institución o tener algún padecimiento que requiera atención psiquiátrica especializada.

Consulta Externa da seguimiento a pacientes ambulatorios que requieren de revisiones periódicas en cualquiera de nuestros servicios médicos especializados. A su vez el área de Consultas de Especialidades esta formada por los servicios de: Hospitalización, Laboratorio Clínico, Odontología, Psiquiatría, Psicología, y terapia física. Todos estos servicios se brindan a todo el público en general, previa cita con nuestros especialistas en cada una de las áreas nombradas anteriormente.

Consulta Externa proporciona alrededor de 300 consultas semanales en diversas áreas, con un óptimo control y eficiencia, gracias a su moderno sistema computarizado, con el que se lleva el control del servicio, así como del expediente de los pacientes, permitiendo a las áreas involucradas consultar datos, editarlos y complementarlos en un solo documento.

El servicio de Electroencefalograma funciona en el área de consulta externa, el equipo con que cuenta tiene una gran sensibilidad y especificidad en la detección de trastornos neurológicos como la epilepsia, el diagnóstico de muerte cerebral, los trastornos metabólicos, entre otros.

7.1.8.2 Hospitalización

El Servicio de Hospitalización se nutre principalmente del Servicio de Urgencias psiquiátricas, en nuestra institución solo reciben este servicio los pacientes de psiquiatría. Cuando un paciente llega a urgencias y según criterio médico precise de ingreso, éste es derivado al servicio de hospitalización para que se confirme el

diagnóstico y se siga la evolución del paciente diariamente hasta que obtenga el alta médica dependiendo del criterio de nuestros profesionales para lo cual se lleva un control en las diferentes fases como es:

La llegada: su estancia en el hospital empieza en la Unidad de Admisión, situada delante de la puerta principal, donde tendrán la orden de ingreso de su médico. Esta unidad se encargará de tramitarle toda la documentación necesaria para el ingreso y le dirigirá a la unidad de hospitalización que le ha sido asignada.

La estancia: cuando llegue a la unidad de hospitalización le acogerá el personal de enfermería, que le atenderá y le informará durante su estancia en el centro. Además, le hará una primera valoración de su estado de salud en el momento del ingreso.

Las comidas: dada la importancia de la alimentación en muchos enfermos, es necesario que siga la dieta que le han fijado los médicos. Por esta razón contamos con instalaciones suficientes para en caso de que tenga problemas con la alimentación, comuníquelo a la enfermera, que procurará solucionar su problema.

Información y visita médica: el médico le informará del estado del paciente en caso de que tengan que realizar una prueba diagnóstica importante, el médico hablará con usted antes, junto con su familia, excepto si la situación requiere una actuación urgente. Para que quede constancia, deberá de dar su autorización firmando la hoja de Consentimiento Informado.

El área de hospitalización cuenta con 5 salas con una capacidad de 150 camas en total distribuidas de la siguiente manera:

- Sala Santa Magdalena
- Sala Santa María
- Sala Celso Jarrín
- Sala Franklin Tello
- Sala Franklin Tello Crónicos

7.1.8.3 Laboratorio Clínico

El laboratorio Clínico del Hospital Psiquiátrico San Lázaro efectúa ensayos clínicos reproducibles y precisos, que sirvan de apoyo confiable para la prevención, pronóstico y diagnóstico de enfermedades, para lo cual cuenta con personal capacitado, motivado, estimulado y que contribuya con su opinión para el logro del mejoramiento continuo del laboratorio.

Brindan un servicio ágil y de calidad por parte del personal, la información de los resultados de los exámenes de los pacientes se manejará con la más absoluta confidencialidad, asegurando el correcto manejo de los desechos del laboratorio, de modo que se cumpla con la normativa nacional.

7.1.8.4 Odontología

El objetivo es ofrecer y dar atención especializada en forma prioritaria con tecnología de punta a todos nuestros pacientes particulares que requieran de atención odontológica especializada ya sea para atender citas programadas y emergencias relacionadas con la odontología, se cuenta con tecnología para la atención y tratamiento en las siguientes áreas:

- Odontología General
- Ortodoncia
- Endodoncia
- Rehabilitación Oral
- Laboratorio dental
- Imágenes diagnósticas orales y maxilofaciales

7.1.8.5 Psicología

Este departamento brinda Psicoterapia individual además de los siguientes servicios Terapia de pareja, Terapia familiar, Mediación familiar, Informes Psicológicos. Peritaciones Psicológicas judiciales.

Su modalidad de trabajo es mediante Terapia presencial en consulta, Orientación psicológica, patología (fobias, psicosis), ausencias temporales de terapia presencial

7.1.8.6 Terapia Física

Departamento de terapia física del Hospital Psiquiátrico San Lázaro está dedicado a mejorar la calidad de vida de los pacientes al promover y facilitar la salud óptima y la función humana. Esto se logra al proveer evaluaciones y tratamientos exhaustivos, educando a los pacientes y a sus familias y consultando con otros proveedores de la salud.

El personal de terapia física se conecta con todas las disciplinas, incluyendo: neurociencias, ortopedia, gerontología, hematología, oncología y medicina general. Los servicios de terapia física son provistos a pacientes externos, hospitalizados y a pacientes específicamente admitidos a nuestra unidad de rehabilitación. Nuestra experiencia clínica y los valores básicos de compasión y respeto demuestran nuestro firme compromiso de proveer el cuidado de la más alta calidad para nuestros pacientes. El Departamento de terapia física provee una gama completa de servicios evaluativos, preventivos y rehabilitativos para aquéllos que sufren de incapacidades en el funcionamiento físico. Nuestro personal le provee a los pacientes evaluaciones completas, educación individualizada y entrenamiento funcional.

7.1.9 Datos Estadísticos de Cobertura

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "SAN LÁZARO"

ESTADISTICA Y REGISTROS MEDICOS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

AÑO: 2009

No.	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	TOTAL	%
1	F20 - F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y de ideas delirantes	4.901	28,29
2	F30 - F39	Trastornos de humor (afectivos) Depresión y manía	4.767	27,52
3	F40 - F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	2.624	15,15
4	G40	Epilepsia	1.072	6,19
5	F00 - F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	708	4,09
6	F70 - F79	Retraso Mental	658	3,80
7	M54	Dorsalgia	387	2,23
8	F90 - F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	360	2,08
9	F10 - F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas	327	1,89
10	I10	Hipertensión Esencial	288	1,66
11	F60 - F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	228	1,32
12	F50 - F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	105	0,61
13	E11	Diabetes Mellitus no insulino dependiente	79	0,46
14	Z63	Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares	79	0,46
15	K29	Gastritis	78	0,45
16	A06	Amebiasis	53	0,31
17	G43	Migraña (Cefalea Tensional)	42	0,24
18	J20	Bronquitis Aguda	37	0,21
		SUMAN:	17.322	100,00

Tabla 7.1. Perfil Epidemiológico Año 2009

HOSPITAL PSIQUIATRICO "SAN LAZARO"
MORBILIDAD POR EGRESOS HOSPITALARIOS
ESPECIALIDAD: PSIQUIATRIA
AÑO: 2009

No.	CODIGO	DIAGNOSTICO	TOTAL
1	F00 - F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	17
2	F10 - F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas	23
3	F20 - F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y t. de ideas delirantes	232
4	F30 - F39	Trastornos de humor (afectivos)	93
5	F40 - F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	14
6	F50 - F59	Trastornos del comp. Fisiológicos y factores somáticos	3
7	F60 - F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	2
8	F70 - F79	Retraso Mental	24
9	F90 - F98	Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	1
10	G40	Epilepsia	23
		SUMAN:	432

Tabla 7.2. Perfil Epidemiológico Hospitalización

7.2 MARCO CONCEPTUAL

7.2.1 DEPRESIÓN.

La depresión es una de las patologías más frecuentes en Psiquiatría, con una prevalencia poblacional entre un 10 y un 20 %. Esto representa un gran problema a nivel de salud pública y un alto impacto en los sistemas de salud por gastos médicos, ausentismo laboral, y deterioro de la calidad de vida del paciente. ⁸

La depresión es una enfermedad mental prevalente e incapacitante, que altera de forma intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es como tristeza, decaimiento, sensación de ser incapaz de afrontar las actividades y retos diarios, la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras, en general afecta su estado de ánimo, condición mental, física y su comportamiento.

En EE.UU. se han realizado estudios que demuestran que cada año aproximadamente 19 millones de personas (uno de cada diez adultos) sufren de depresión. Casi un 60% de esas personas no obtienen la ayuda que necesita. Los tratamientos alivian los síntomas en más de un 80% de los casos; sin embargo, como a menudo pasa desapercibida, la depresión sigue siendo una causa de sufrimiento innecesario. ⁹

La depresión afecta a cada persona de una manera diferente puede variar en severidad y duración. Para algunos, los síntomas se manifiestan en episodios cortos; para otros, los síntomas pueden durar por mucho tiempo si no se obtiene tratamiento. Tener algunos síntomas de depresión no significa que una persona está deprimida clínicamente. Por ejemplo, es normal que quien haya perdido un ser querido se sienta

⁸ Ibid 5

⁹ <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-/existe-el-tratamiento-para-la-depresi-n.shtml>

triste y no muestre interés en las actividades cotidianas. Si estos síntomas persisten por un período largo, entonces se puede sospechar que la tristeza se ha convertido en depresión.

De igual manera, vivir con el estrés de la posibilidad de perder el empleo, de exceso de trabajo, o de problemas económicos o familiares, puede causar irritabilidad y "bajas" en el estado de ánimo. Hasta cierto punto, sentirse así es simplemente parte de la vida. Pero si la persona siente estas cosas por mucho tiempo y con mayor intensidad, y llega a afectarse también su vida cotidiana, entonces lo que parecía ser un cambio en estado de ánimo puede haberse convertido en una condición clínica.¹⁰

La depresión responde a un trastorno bioquímico cerebral muy bien conocido. Unas sustancias llamadas "neurotransmisores", las cuales trasladan información entre las células del cerebro, se hallan disminuidas en algunas zonas del cerebro cuando hay una depresión. Existen casos, especialmente muy graves o muy resistentes al tratamiento, pueden hacerse análisis de sangre muy concretos para evaluar el estado de los neurotransmisores, y, a través de ellos, es posible detectar la gravedad de la depresión. Los medicamentos antidepresivos favorecen la utilización de los neurotransmisores que fabrica el cerebro, e impiden su destrucción.¹¹

La depresión y las mujeres: Las mujeres tienen el doble de posibilidades que los hombres de sufrir depresión. La prevalencia de vida de la depresión mayor es del 24% en mujeres y 15% en hombres, una de cada cuatro mujeres experimentará depresión clínica en su vida. Actualmente, se siguen realizando estudios para investigar si las características particulares de la mujer, factores biológicos, ciclo de vida, aspectos psicosociales, los cambios en la vida y los cambios hormonales asociados con la menstruación, embarazo, aborto, período postparto y menopausia, pueden contribuir o ser factores detonantes de la alta incidencia de la depresión.¹²

¹⁰ <http://www.mailxmail.com/curso-depresion-como-tratarla/causas-depresion-1>

¹¹ [www.depresion.com/Informaciones para los familiares.htm](http://www.depresion.com/Informaciones%20para%20los%20familiares.htm)

¹² Ibid 10

La depresión y los hombres: Aunque los hombres tienen menos probabilidades de sufrir depresión en comparación con las mujeres, de tres a cuatro millones de hombres son afectados por esta enfermedad.

Los hombres son menos anuentes a admitir que padecen de depresión o buscar ayuda para su tratamiento y los médicos tienden menos a sospechar de su presencia en este caso. La depresión en los hombres a menudo es disfrazada por el alcohol o las drogas o por el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso por largas horas. Normalmente la depresión no se manifiesta en los hombres como un sentimiento de inutilidad y desamparo, sino como irritabilidad, enojo y desánimo. Aun cuando un hombre pueda estar deprimido, probablemente tenga menos disposición de buscar ayuda que una mujer.

7.2.1.1 Causas

La depresión puede ser de tipo reactivo, ante un suceso externo que ocasiona tristeza o endógena, en cuyo caso la persona se deprime sin existir una causa externa. Una tercera postura es la que considera que en una depresión pueden estar implicados ambos factores, tanto endógenos como exógenos, en distintas proporciones en los pacientes.

Las causas de depresión son el resultado de la acción de varios factores: Factores, químicos, hormonales, genéticos y psicosociales, es decir, el entorno en el que crecemos o vivimos.¹³

Factores químicos: las causas básicas de la depresión están asociadas a anormalidades en la liberación de ciertos neurotransmisores importantes. Los neurotransmisores son los mensajeros químicos del cerebro y, en caso de depresión, se ven alterados los siguientes:

¹³ <http://www.depresion.org/articulos/articulo.php?id=11>

- Serotonina (Íntimamente relacionada con la emoción y el estado de ánimo).
- Acetilcolina (responsable de muchas de las estimulaciones musculares, y participa en la programación del sueño).
- Catecolaminas: Dopamina (interviene en el deseo y en la sensación de placer). Noradrenalina (puesta en “alerta máxima” de nuestro sistema nervioso), y
- Adrenalina (la sustancia de la “acción”)

Estos mensajeros químicos se alteran por diversas causas como: anomalías estructurales cerebrales leves, trastornos del sueño o herencia genética. Por ejemplo, los investigadores han identificado un defecto en un gen llamado SERT, que regula la serotonina, la que ha sido asociada a la depresión.

Factores Hormonales: en la depresión se encuentran alteraciones en el funcionamiento de las glándulas hipotálamo e hipófisis (que se encuentran en el cerebro) y las glándulas suprarrenales, que se encuentran sobre los riñones; estas tres glándulas funcionan sincronizadas entre sí, de modo que la hormona segregada por el hipotálamo estimula a la hipófisis a que produzca otra hormona que a su vez estimula a las glándulas suprarrenales a producir cortisol.

Normalmente, la cantidad de hormona segregada frena a la glándula que la ha producido de modo que se produce un mecanismo llamado de retroalimentación. Si esta respuesta de retroalimentación no funciona con normalidad, se origina la depresión. Por ejemplo, en la depresión mayor se pueden observar niveles elevados de cortisol.

Las anomalías de la función de la glándula tiroides también se han relacionado con los trastornos del estado de ánimo, ya que el hipotiroidismo a veces da la cara como un síndrome depresivo. Como en el caso anterior existiría en ciertos casos de depresión una mala regulación de la secreción hormonal de estas glándulas.

En las hormonas femeninas, los estrógenos y la progesterona, juegan un papel en la depresión. Los niveles anormales de determinadas hormonas del estrés y del

crecimiento también pueden desempeñar un papel fundamental en el desencadenamiento de la depresión.

Factores genéticos: la predisposición genética a la depresión no implica que se padezca, sino que existe una disposición hacia ella. Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar.

Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación, sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, lo cierto es que el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales: disminución del metabolismo del área prefrontal izquierda del cerebro, situación que se normaliza tras los diferentes tratamientos.

Factores Psicosociales: la depresión puede ser la consecuencia o respuesta a determinadas situaciones traumáticas como la pérdida de un ser querido, enfermedad, divorcio o ante situaciones de fuerte estrés, también influyen ciertos patrones de comportamiento como la inseguridad en el carácter, la baja autoestima y la ansiedad. Los trastornos de inseguridad o de ansiedad, suelen originarse en la infancia, bien por un conflicto puntual o por un ambiente familiar en el que el sujeto ha sido privado de afecto, ha sido sobreprotegido o ha tenido que vivir circunstancias traumáticas.

Otras Causas:

Causas Médicas: los trastornos médicos generales más depresógenos son el fracaso renal avanzado, el post infarto de miocardio, el cáncer y el SIDA. Los enfermos de las cuatro primeras clases mencionadas son afectados por la depresión en una proporción

entre el 20 y el 50 por ciento. La mayor parte de los trastornos orgánicos cerebrales se acompañan de depresión con alta frecuencia.

Adicciones: es rara la existencia de una droga que no determine un estado depresivo con cierta frecuencia. El alcohol y las drogas son las sustancias responsables de la mayor parte de las depresiones adictivas.

La depresión no es una falla en el carácter o un signo de debilidad personal, aunque esta enfermedad puede estar presente en la familia, no puede adquirirla de otra persona.

7.2.1.2 Síntomas ¹⁴

- Tristeza prolongada o ataque de llanto sin explicación
- Cambios importantes en los hábitos alimenticios y de sueño
- Irritabilidad, enojo, preocupación, agitación y ansiedad
- Pesimismo e indiferencia
- Pérdida de la energía y letargo persistente
- Sentimientos de culpa y baja autoestima
- Incapacidad para concentrarse e indecisión
- Incapacidad para disfrutar intereses anteriores y aislamiento social
- Achaques y dolores inexplicables
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

¹⁴ Ibid 10

Todos estos síntomas causan sentimientos de inutilidad y culpa, el paciente, que no comprende lo que le pasa, se siente responsable de lo que le ocurre. La vida pasa a verse como desagradable, vacía y carente de interés. Muchos pacientes ven la muerte como un alivio de su sufrimiento y piensan con frecuencia en ella y, en algunos casos, en el suicidio. Estas ideas no son propias de la forma de pensar del paciente, sino que se deben al trastorno que produce la depresión y desaparecen cuando el tratamiento funciona. Por ello, no se deben tomar decisiones importantes mientras no mejore la depresión.

Los síntomas pueden ser más difíciles de identificar en los casos de depresiones en niños y en ancianos. En el primer caso, debe prestarse especial atención al cambio de carácter del niño, alteraciones del sueño, bajo rendimiento escolar, o rechazo para participar en actividades que le resultaban atractivas.

En los ancianos, debe tenerse especial cuidado en valorar la posibilidad de que un componente depresivo esté precipitando o confundiendo con los síntomas de demencia senil o Alzheimer, en cuyo caso, el tratamiento adecuado de la depresión, puede mejorar notablemente su situación.

7.2.1.3 Tipos de Depresión

Existen varios tipos de trastornos depresivos, los tres tipos de depresión más comunes son: Trastorno depresivo mayor, el Trastorno distímico y el Trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.¹⁵

El Trastorno depresivo mayor: se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras, los síntomas son intensos. Normalmente una

¹⁵ http://www.latanjpharm.org/trabajos/22/4/LAJOP_22_4_3_1_907RO4404H.pdf

depresión mayor es una enfermedad muy evidente. El paciente se halla triste, desanimado, cansado, etc.

El trastorno distímico: es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. La característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Distimia quiere decir "humor perturbado". En este trastorno la persona suele estar con cambios de humor, irritabilidad, problemas de concentración y, de vez en cuando, altibajos depresivos. Las distimias son muy engañosas, pues pueden durar años y no diagnosticarse como un trastorno depresivo. Lo típico es que duren mucho tiempo, y que el paciente no pase más de dos meses libre de trastornos. Es frecuente la incidencia de desavenencias familiares, personales, laborales, etc., a causa de los cambios del humor.¹⁶

Trastorno bipolar: no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales.

Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo.

Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros.

¹⁶ <http://www.depression.org/>

Puede llevar a que la persona se meta en graves problemas y en situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca en individuo puede sentirse feliz o eufórico, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas.

La depresión en general en sus diferentes clases puede ser calificada como leve, moderada o grave dependiendo de la cantidad y gravedad de sus síntomas.

Depresiones con crisis de ansiedad: Las crisis de ansiedad, también llamadas crisis de pánico, consisten en un intenso estado de ansiedad, agitación, ahogo, palpitaciones, temblor, sudación, escalofríos, taquicardia y sensación de que a uno le va a dar algo o que se va a morir. Las crisis de ansiedad se producen en el curso de algunas depresiones. Después de las crisis de ansiedad el paciente suele presentar agorafobia, que se define como el miedo de estar en lugares de donde sea difícil o embarazoso escapar en el caso de que apareciera una crisis de ansiedad.

7.2.1.4 Tratamientos

De todas las enfermedades psiquiátricas, la depresión es la que más responde al tratamiento con la atención adecuada, aproximadamente el 80% de las personas con depresión mayor, experimentan mejoras significativas y llevan vidas productivas, incluso se puede ayudar a aquellas personas con depresión severa. Todos los antidepresivos son generalmente bien tolerados y equivalentes en su eficacia.

La Alianza de Apoyo a Personas con Depresión y Trastorno Bipolar (siglas en inglés DBSA) no avala ni recomienda el uso de ningún tratamiento o medicamento específico para los trastornos del estado de ánimo. Para obtener información sobre tratamientos o medicamentos específicos, las personas deben consultar a sus médicos y/o profesionales de la salud mental.¹⁷

¹⁷ <http://www.mailxmail.com/curso-depresion-como-tratarla/causas-depresion-1>

El tratamiento de la depresión ha de ser abordado por profesionales de la salud, psiquiatras o psicólogos, y los métodos son diversos, según los casos. Si estamos ante un episodio agudo de depresión o ante un período de progresivo deterioro, estará indicada la hospitalización. Aunque el tratamiento con medicación es siempre recomendado para aliviar el sufrimiento, es necesaria la psicoterapia para ayudar al paciente a solucionar sus conflictos y expresar sus problemas.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación, existe una gran variedad de medicamentos antidepressivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sin medicación es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión y los antidepressivos suelen recetarse en casos de depresión moderada o severa.¹⁸

La mayoría de los pacientes obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión. El psiquiatra puede recetar medicamentos y recomendar la terapia psicológica idónea para cada sujeto, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la seriedad de los síntomas.

En general el tratamiento para la depresión puede incluir medicamentos, terapia hablada u otras estrategias que el paciente, el tratamiento correcto es el que mejor le funcione al paciente.

Tratamiento Farmacológico¹⁹

Medicamentos: la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) ha aprobado decenas de medicamentos para tratar la depresión. Estos medicamentos se dividen en diferentes clases; cada una tiene una estructura química diferente que actúa sobre diferentes sustancias químicas del cerebro. Es importante recordar que todos los medicamentos aprobados por la FDA

¹⁸ <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>

¹⁹ <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/common/mentalhealth/treatment/012.htm>

para tratar la depresión son efectivos, sólo que no funcionan de la misma manera en todas las personas. Algunas veces se puede involucrar tratar con más de un medicamento o una combinación de éstos. Nunca cambie su dosis o descontinúe sus medicamentos sin consultar a su médico.

Tratamiento no Farmacológico

Psicoterapia o terapia hablada:²⁰ es una parte importante del tratamiento para la depresión en muchas personas. Algunas veces, ésta puede funcionar sola, cuando se trata de casos de depresión leve a moderada o puede ser utilizada en conjunto con otros tratamientos. Las personas que sufren de una depresión profunda, es posible que no se beneficien de la psicoterapia, hasta que sus síntomas hayan sido controlados con otro tipo de tratamiento.

Un buen terapeuta puede ayudarle a modificar los patrones de conducta o emocionales que estimulan la depresión en el paciente. Existen varios tipos de psicoterapia: interpersonal, cognitiva conductual, terapia de grupo, para parejas y familiar, por nombrar algunas. Los psicoterapeutas no pueden recetar medicamentos, si consideran que se podría beneficiar de los medicamentos, se necesita consultar a un psiquiatra o médico general.

La psicoterapia de apoyo intenta ayudar al paciente al lograr el mejor nivel de funcionamiento posible teniendo en cuenta los problemas concretos que le genera la enfermedad en su actividad habitual y en su entorno. Trata de aportar un soporte emocional al paciente y conseguir de él la mayor colaboración posible con el tratamiento. Se basa en técnicas de explicación de la enfermedad, de adecuación de las expectativas de recuperación con la realidad, de educación para solventar problemas que la enfermedad genera, de desarrollo de sistemas de apoyo al enfermo y de apoyo afectivo del terapeuta hacia el paciente.²¹

²⁰ <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>

²¹ http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/temas_de_salud/doc/psiquiatria/doc/doc_tratamiento_depresion1.htm

Dos de las psicoterapias más estudiadas y de eficacia contrastada son la psicoterapia interpersonal y la psicoterapia cognitiva. La primera busca mejorar la depresión a través de la mejora de las relaciones interpersonales, las cuales pueden estar alteradas y se consideran relacionadas con el inicio de los síntomas. La terapia cognitiva es una técnica dirigida y bien estructurada que busca corregir aquellos pensamientos alterados por su carga negativa o pesimista que se cree que están en el origen de la depresión, dado que el pensamiento se conecta intensamente con la afectividad y la conducta. Se trataría de localizar estos pensamientos y sustituirlos por otros más reales y positivos.

Casi todas las psicoterapias requieren un plazo largo de tratamiento, desde pocos meses a varios años, lo cual conlleva el problema de la continuidad de la terapia por parte del paciente cuando este ya se cree encontrar bien. En este sentido es necesario tener en cuenta que la psicoterapia no busca solo resolver un episodio depresivo sino también generar los cambios necesarios en la persona para intentar prevenir la recaída.

Terapia Electroconvulsiva TEC:²² La terapia electroconvulsiva es para personas con síntomas severos de depresión o algunas veces de manías. Cuando los medicamentos y la psicoterapia fallan para reducir los síntomas, la terapia electroconvulsiva puede ser un tratamiento alternativo y nunca es impuesta ni utilizada como un medio de sumisión.

Es un tratamiento de comprobada eficacia para la depresión, las condiciones en las que se realiza actualmente, con anestesia, relajantes musculares y monitorización de las funciones básicas permite aplicarlo en un entorno controlado y seguro, con un nivel de efectos secundarios, en muchas ocasiones, inferior a los observados con algunos fármacos como pueden ser los antidepresivos tricíclicos.

El leve estímulo eléctrico al cerebro, causa pequeños ataques que tienen como reacción el alivio de la presión. La terapia electroconvulsiva no causa dolor a la persona anestesiada se le administran relajantes musculares para eliminar los

²² Ibid 16

temblores. Por lo general, se requiere un promedio de seis a 12 tratamientos por un período de tres a cuatro semanas. Después de un tratamiento exitoso, los episodios depresivos subsecuentes pueden ser manejados con antidepresivos o sesiones menos frecuentes de terapia electroconvulsiva. Al igual que otros tratamientos, la terapia electroconvulsiva tiene efectos secundarios potenciales. Aunque se ha informado de problemas de memoria, muchos pacientes que reciben terapia electroconvulsiva, sienten que los beneficios superan los riesgos.

No todas las depresiones tienen indicación de tratamiento con TEC. Se limita a aquellas depresiones endógenas resistentes al tratamiento farmacológico, las que presentan un elevado riesgo de suicidio, las depresiones graves con importante afectación somática por desnutrición o deshidratación que requieran intervención rápida, la depresión que se acompaña de síntomas psicóticos (presencia de ideas delirantes y alucinaciones) y cuando existe la experiencia previa de buena respuesta al tratamiento con TEC. También puede valorarse en caso de depresión en el embarazo, en el cual la toma de fármacos puede conllevar un riesgo de malformaciones en el feto.²³

Tratamientos naturales o con hierbas:²⁴ Los suplementos dietéticos y otros tratamientos alternativos que se anuncian con efectos positivos para la depresión, regularmente entran al mercado. Estos tratamientos alternativos incluyen Omega-3, St. John's Wort, SAM-e y otros. La Alianza de Apoyo a Personas con Depresión y Trastorno Bipolar, no avala ni desalienta el uso de estos tratamientos. Sin embargo, recuerde que lo natural no siempre es sinónimo de seguridad. Las diferentes marcas de suplementos pueden contener distintas concentraciones de sustancias activas cuando la forma de procesarlos varía y estos tratamientos alternativos pueden tener efectos secundarios, por ello lea las etiquetas cuidadosamente y hable al respecto con su médico o farmacéutico.

²³ Ibid 21

²⁴ Ibid 16

Estudios recientes han sugerido que los tratamientos con hierbas, como St. John's Wort, pueden interferir con los efectos beneficiosos de algunos medicamentos. Asegúrese de informar a su médico sobre todos los medicamentos o remedios de hierbas que esté tomando.

7.2.1.5 Papel de familiares y amigos ante la depresión

Cómo pueden los familiares y amigos ayudar a la persona deprimida.²⁵

Lo más importante que alguien puede hacer por la persona deprimida es ayudarle a que reciba el diagnóstico y tratamiento adecuados, en ocasiones puede requerir realizar una cita y acompañarle a la persona deprimida al médico.

A veces es necesario asegurarse que la persona deprimida esté tomando el medicamento, dar apoyo emocional esto implica comprensión, paciencia, afecto y estímulo. No ignore comentarios o alusiones al suicidio.

Invite a la persona deprimida a caminar, pasear, ir al cine, fomente la participación en actividades que antes le daban placer, pero no fuerce a hacer demasiadas cosas demasiado pronto. La persona deprimida necesita diversión y compañía, pero demasiadas exigencias pueden aumentar sus sentimientos de fracaso.

Es importante saber que, cuando el paciente lo está pasando mal, no podemos hacer casi nada para mejorarle. No podremos animarle ni consolarle. Lo mejor es dejarle tranquilo, Es realmente difícil contentar a quien está padeciendo un trastorno depresivo, y la mejor opción es cargarnos de paciencia, y esperar que el tratamiento surta su efecto.²⁶

²⁵ www.depresion/Informaciones para los familiares.htm

²⁶ http://www.farmanews.com/notas_de_prensa/N71.html

7.2.2 MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS.

Los antidepresivos son medicamentos que se usan para ayudar a las personas que tienen depresión. La mayoría de las personas con depresión mejoran con un tratamiento que incluye este tipo de medicamentos.

De los medicamentos es importante tomar en consideración que:

- Es necesario realizar un buen estudio de los medicamentos que el paciente toma, para que la intervención tenga las mayores garantías de utilidad para la salud del paciente.
- El estudio de los medicamentos debe realizarse partiendo de las características generales de su grupo terapéutico, a las particularidades del principio activo.

Los aspectos más relevantes a tener en cuenta de los medicamentos son los siguientes:²⁷

- Indicaciones autorizadas.
- Acciones y mecanismo de acción.
- Posología.
- Rango de utilización.
- Farmacocinética.
- Interacciones.
- Precauciones.
- Contraindicaciones.
- Problemas de seguridad.

²⁷ <http://www.aislac.org/areas/pdum.htm>

Indicaciones autorizadas: marcan el uso aceptado de los medicamentos para una determinada patología, ayudan a interpretar la forma en la que el médico aborda el tratamiento de la enfermedad. También pueden explicar los efectos conseguidos, deseados o no, que sucedan en el paciente.

Mecanismo de acción: indica la manera en que el medicamento ataca la enfermedad, puede decirse que el mecanismo de acción de un medicamento, se entienden los efectos de éste en el organismo, tanto los deseados como los que no lo son.

Rango de utilización: es aquel en el cual se produce habitualmente la efectividad del medicamento, es decir, el que va de la dosis mínima efectiva a la máxima segura habitual. La ventana terapéutica es el rango de utilización aplicado al paciente individual, y a veces distinta del margen habitual de utilización del medicamento.

Farmacocinética: da información para intentar conocer cuándo medir parámetros clínicos de efectividad y de seguridad, evaluar la posibilidad de interacciones, interferencias analíticas, pero también sinergias de acción buscadas, así como la duración del efecto del medicamento.

Interacciones: son importantes de conocer y de poder explicar a través del mecanismo de acción de los medicamentos, para así entender cómo se producen si se manifiestan.

Contraindicaciones: son situaciones en las que no debe usarse el medicamento en el paciente, se puede decir que el riesgo de utilización supera el beneficio del mismo. En todo caso, hay que diferenciarlas claramente de los efectos secundarios y otros problemas de inseguridad.

Problemas de seguridad: engloban todos los efectos no deseados del medicamento, es importante discriminar si son consecuencia de su mecanismo de acción o si, por el contrario no se encuentra relación con éste, para ampliar las posibilidades de actuación sobre ellos. Esta diferenciación permite establecer relaciones entre problemas de salud, los que se tratan con los medicamentos y los que aparecen a consecuencia de la utilización de estos.

Como funcionan los antidepresivos: para el funcionamiento normal del cerebro se necesitan sustancias químicas cerebrales llamadas neurotransmisores. Los antidepresivos ayudan a las personas con depresión aumentando la disponibilidad de estas sustancias químicas en el cerebro, por tanto corrigiendo el problema en su origen. Estos medicamentos, llamados antidepresivos, no cambian el modo de ser de la persona, sino que permiten que vuelva a ser como era antes de padecer la enfermedad. No impiden a la persona sentir emociones y no producen dependencia.

Durante cuanto tiempo se debe tomar un antidepresivo: ²⁸ estos medicamentos normalmente se deben tomar todos los días, puede llevar hasta un mes de tiempo ver los efectos completos de tomar antidepresivos. A veces es necesario probar diferentes tipos o distintas cantidades (dosis) para encontrar el que funcione mejor para el paciente. Los antidepresivos típicamente se toman por lo menos seis a doce meses, en algunos casos los pacientes y los médicos pueden decidir que estos son necesarios por un tiempo más prolongado.

Hoy en día se tiende a mantener durante bastante tiempo la medicación, pues es el mejor remedio para evitar recaídas. En casos de depresiones con muchas recaídas podemos plantear el tratamiento de por vida, tal como haríamos en la diabetes o en la hipertensión arterial.

Cuando el paciente ha mejorado por completo, la medicación antidepresiva tiene un efecto preventivo. Mientras se toma la medicación es más difícil recaer en la depresión, y, de producirse, las recaídas son más suaves.

Efecto de los antidepresivos: los antidepresivos son medicamentos muy eficaces, y hay que tener en cuenta algunas de sus características: ²⁹

- La mejoría se inicia en un plazo que va de 5 a 20 días, o incluso más (hasta 6 semanas).

²⁸ www.familydoctor.org

²⁹ www.depresion\Informaciones para los familiares.htm

- Lo normal es que entre los 15 y los 45 días de tratamiento se llegue a una mejoría inestable, con altibajos.
- En unos 3 meses la mejoría va haciéndose estable y se va manteniendo.
- Durante los tres primeros meses, es normal hacer recaídas de uno a tres días, que se recuperan espontáneamente.
- Hacia los 3 meses la mejoría se estabiliza por completo. En el caso de no ser así, es necesario evaluar la necesidad de cambiar la medicación por otra. En según que casos se asocian varias medicaciones para conseguir un mayor efecto.
- Los antidepresivos pueden dar efectos secundarios, que desaparecen a la semana o a las dos semanas de tomarlos. Los efectos secundarios más frecuentes son: náuseas esporádicas, sudoración, dolor de cabeza los primeros días y lentitud en la respuesta sexual. Son efectos más o menos molestos, pero no peligrosos. Si son muy incómodos, se puede cambiar la medicación por otra. Hay varios tipos de antidepresivos, parecidos en eficacia y la respuesta es muy individual. A unas personas les van mejor antidepresivos distintos que a otras.
- En los prospectos de los medicamentos puede advertir de gran cantidad de efectos secundarios, pero ahí están incluidos incluso aquellos que solamente acontecen en un caso de cada mil. Ante cualquier duda, el paciente no debe dudar en consultara su médico con toda tranquilidad. El paciente debe estar constantemente informado y tener confianza en su medico.

Cómo debe retirarse la medicación antidepresiva en un paciente:³⁰ Normalmente se retira la medicación de forma escalonada, y evitando hacerlo en épocas de riesgo (primavera, otoño, una fase de estrés, etc.), quitar la medicación suele durar uno o dos meses. En el caso de producirse recaídas durante este proceso, es pertinente reinstaurar el tratamiento, al menos durante 6 meses más.

³⁰ http://www.farmanews.com/notas_de_prensa/N71.html

Puede hacer vida normal alguien que tiene depresión: normal del todo, es difícil sin tratamiento. La depresión siempre afecta, en mayor o menor medida una serie de capacidades de la persona. Dificultad para conectar con los demás, fatiga, apatía y trastornos de concentración son síntomas que, si son intensos, perturban en sobremanera la vida normal.

Crea dependencia la medicación antidepresiva: No. En absoluto. No confunda los antidepresivos con algunos tranquilizantes que sí pueden crear dependencia. Los antidepresivos solamente sirven para curar la depresión. Si alguien, que no tuviera depresión, los tomase "para animarse", lo más probable es que los dejara muy rápido. Los antidepresivos, si no hay depresión, sientan mal. Contrasta eso con el efecto relajante que producen en el caso de haber una depresión.

Que debemos hacer si no hay mejoría con la medicación que se da en la depresión: ³¹ recuerde que son medicamentos son lentos en cuanto a hacer su efecto, a veces tardan 6 semanas. El medico valorará la evolución tras las primeras semanas de tratamiento, y decidirá si es necesario aumentar la medicación, cambiarla o añadir otros antidepresivos.

Cuáles son los efectos secundarios: dependen de cada antidepresivo y de cada persona. Habrá quien no tendrá ninguno, o solamente uno o dos de ellos. Otras personas los tendrán casi todos. Los efectos secundarios más frecuentes de los antidepresivos clásicos son:

- Sequedad de boca.
- Estreñimiento.
- Sudoración.
- Temblor.

Con los antidepresivos modernos los efectos secundarios suelen ser muy leves, los más frecuentes son: Náuseas. Cefalea. Disminución de la libido.

³¹ Ibid 29

7.2.2.1 Clasificación de los antidepresivos

Los antidepresivos han evolucionado a través de distintas generaciones desde los años 50¹, cada antidepresivo que aparece es publicitado con mejores propiedades que su antecesor. Desde la aparición de los IMAO, han surgido nuevos y diversos antidepresivos en cuanto a espectro de acción y reacciones adversas.

Los investigadores están abocados a obtener nuevos antidepresivos, mas efectivos y seguros que los actuales, y para ello deben investigar el posible rol de otros mecanismos involucrados en esta patología. Es de esperar que en un futuro cercano se cuente con antidepresivos que presenten menos reacciones adversas que las actuales y que sean inocuos en toxicidad al administrarlos en sobre dosificación

Una clasificación muy ordenada los agrupa en torno a su mecanismo de acción, hay varios tipos de medicamentos antidepresivos utilizados para tratar estos trastornos que incluyen:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) medicamentos nuevos.
- Tricíclicos: imipramina , amitriptilina
- Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO).

a) Tricíclicos ³²

Fueron de los primeros antidepresivos en aparecer, presentan una elevada eficacia aunque por su potencial de producir efectos secundarios como sedación, sequedad de boca, estreñimiento, temblores, hipotensión, etc. se recomienda iniciarlos a dosis bajas

³²http://www.galeon.com/psiquiatriaho/manual/a12.htm#FARMACOS_ANTIDEPRESIVOS#FARMACOS_ANTIDEPRESIVOS

e ir aumentando en función de la tolerancia del paciente y del efecto antidepresivo, hasta conseguir la dosis que equilibre la mayor eficacia posible con los menores efectos secundarios. Se tienden a utilizar en casos graves de depresión. Por su perfil sedante, alguno de ellos se indica también en depresión con elevado nivel de ansiedad.³³

Las primeras clasificaciones de los antidepresivos tricíclicos (ADT) se basaban en su efecto clínico, actualmente se pueden clasificar los antidepresivos heterocíclicos en:

Típicos y atípicos, según si sus características químicas son similares o no a las de los antidepresivos clásicos, y de 1.^a y 2.^a generación, incluyéndose entre estos últimos aquellos introducidos en los últimos años, sin estructura tricíclica, con selectividad de acción sobre sistemas monoaminérgicos y con menores efectos secundarios anticolinérgicos y cardiotoxicos.

Farmacocinética: la absorción oral de los ADT es rápida, sólo el 50-60 % de la dosis oral llega a la circulación sistémica debido a la existencia de un importante metabolismo de primer paso hepático. Dada su gran liposolubilidad atraviesan con facilidad la barrera hematoencefálica y placentaria y pasan a leche materna. El volumen de distribución es de 10-30 l/Kg para las aminas terciarias y de 20-60 l/Kg para las secundarias. Se metabolizan en el hígado por glucuronoconjugación. La vida media oscila entre 10 y 70 horas según los distintos compuestos. Son necesarios entre cinco y siete días para alcanzar niveles plasmáticos estables.

Farmacodinamia: el mecanismo de acción de los ADT todavía es incierto, clásicamente se pensó que ejercían su acción al inhibir la recaptación de monoaminas hacia el terminal presináptico, con lo cual aumentaban su concentración en la sinapsis (basado en la teoría monoaminérgica de las depresiones).

Su efecto terapéutico no se aprecia hasta que no han transcurrido 2-4 semanas de tratamiento. Este tiempo de latencia podría explicarse por la reciente teoría receptológica (más aceptada en la actualidad), que indica que la administración

³³http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/temas_de_salud/doc/psiquiatria/doc/doc_tratamiento_depresion1.htm

continuada de antidepresivos produce una hiposensibilización de receptores beta postsinápticos y alfa-2 presinápticos, una hipersensibilidad de los alfa-1 presinápticos y una posible subsensibilidad de los receptores serotoninérgicos

Efectos adversos y toxicidad:³⁴ la mayoría de efectos secundarios de los tricíclicos se deben a su acción farmacológica anticolinérgica, antihistamínica y antiadrenérgica.

Anticolinérgicos: Boca seca, estreñimiento, visión borrosa, exacerbación de glaucoma de ángulo estrecho, retención urinaria, alteraciones cognitivas, taquicardia, empeoramiento de discinesias tardías.

Antihistamínicos: Sedación, caídas, alteración cognitiva, estados confusionales.

Antiadrenérgicos: Hipotensión postural, vértigo, alteraciones sexuales (impotencia, retraso en la eyaculación, priapismo asociado al uso de trazodona).

Antiserotoninérgicos: Aumento de peso, mayor apetencia por los dulces.

Otros: Arritmias cardíacas, temblor, sudoración, mioclonias, convulsiones, síndrome de secreción inadecuada de ADH.

La intoxicación aguda por sobredosis de tricíclicos y tetracíclicos es muy grave. El cuadro clínico comienza con efectos anticolinérgicos pasando a arritmias cardíacas, hipotensión, alteraciones neurológicas (agitación, delirium, rigidez muscular, síntomas extrapiramidales, convulsiones y coma) y depresión respiratoria. El tratamiento consiste en lavado gástrico, carbón activado y medidas de sostén. No se recomienda el uso sistemático de fisostigmina para revertir los síntomas anticolinérgicos.

Contraindicaciones: se consideran contraindicaciones absolutas el infarto de miocardio reciente, la insuficiencia cardiorrespiratoria. Pueden utilizarse, aunque con especial precaución en el glaucoma de ángulo estrecho, la hipertrofia prostática, hepatopatías, nefropatías, cardiopatías y trastornos del ritmo, epilepsia y primer trimestre del embarazo. No se recomienda su uso durante la lactancia.

³⁴ <http://www.mailxmail.com/curso-depresion-como-tratarla/medicamentos-depresion-antidepresivos-1>

Desventajas:

- Efectos anticolinérgicos.
- Necesidad de comenzar con dosis bajas.
- Ganancia de peso corporal.
- Efectos adversos serios: arritmias cardíacas, convulsiones, depresión del SNC, toxicidad en caso de sobredosis.

b) Inhibidores de la monoaminoxidasa: IMAO³⁵

Los antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), pueden clasificarse según su especificidad de acción en selectivos y no selectivos.

IMAO no selectivos: son aquellos que actúan sobre la MAO-A y la MAO-B, a su vez pueden dividirse en reversibles e irreversibles, los últimos destruyen la MAO, que requiere de 7 a 14 días para resintetizarse después de retirar el fármaco.

IMAO selectivos: existen, al menos, cuatro formas de MAO, si bien se han desarrollado IMAO selectivos sólo para la dos principales, la A y la B. La MAO-A es fundamentalmente extracerebral y tiene como sustratos preferentes la serotonina y la noradrenalina. La MAO-B se localiza en el cerebro, principalmente a nivel del tálamo, núcleo estriado y troncoencéfalo, y sus sustratos son la feniletilamina y la benzilamina. Ambas se encargan de la degradación de tiramina y dopamina. La MAO-A se cree responsable del "cheese effect" así como de la acción antidepresiva.

Farmacocinética: los IMAO son bien absorbidos por vía oral, no se administran por vía parenteral. Su biodisponibilidad alcanza el 90%, aunque disminuye en presencia de alimentos y antiácidos. El pico máximo tras dosis única se alcanza en 1-2 horas

³⁵ Ibid 32

tras su administración. Se unen a proteínas plasmáticas en un 50%. El volumen de distribución es variable entre los distintos fármacos. Atraviesan con facilidad la BHE y aparecen en leche materna.

La metabolización es diferente para cada compuesto, pero en general, los derivados hidracínicos sufren un proceso de hidrólisis tras el cual son acetilados por la acetiltransferasa hepática. La acetilación está determinada genéticamente, pero se discute su importancia en relación a la respuesta terapéutica.

Farmacodinamia: la acción de estos fármacos se produce por inhibición de la MAO a nivel mitocondrial, lo cual provoca un aumento de neurotransmisores en el espacio sináptico. Mientras los efectos bioquímicos ocurren a los pocos días de iniciado el tratamiento, el efecto terapéutico se demora entre 10 y 14 días, coincidiendo con la hiposensibilización de receptores beta postsinápticos y alfa-2 post y presinápticos.

El máximo efecto antidepresivo requiere una inhibición mayor o igual al 80% de la MAO plaquetaria, que se usa como marcador de la actividad de la MAO cerebral.

El manejo clínico es similar a los heterocíclicos, con un periodo de latencia de entre 1 y 3 semanas desde el inicio del tratamiento que debe mantenerse 6-8 semanas antes de considerar que ha fracasado, se recomienda comenzar con dosis de 15 mg/día o equivalente hasta alcanzar 45 mg/día en la primera semana, posteriormente puede aumentarse hasta alcanzar los 60- 90 mg/día. Debe evitarse la administración nocturna por la probabilidad de provocar insomnio.

Si el paciente ha recibido tratamiento con heterocíclicos debe existir un periodo de 15 días libre de medicación (5-6 semanas para la fluoxetina), la dieta debe mantenerse durante 15 días tras la retirada de los IMAO. Debe evitarse su uso en menores de 12 años. En ancianos se aconseja utilizar dosis menores. No se recomiendan durante el embarazo y pasan a leche materna.

Efectos adversos y toxicidad: ³⁶en general se toleran mejor que los tricíclicos por su escasa acción anticolinérgica y por carecer de efectos cardiotóxicos. El efecto

³⁶ Ibid 34

secundario más frecuente es la hipotensión ortostática, que aparece con mayor frecuencia en ancianos y se cree debida a acumulación gradual de aminas biógenas en los terminales de los nervios simpáticos, funcionando como falsos neurotransmisores. No suele desarrollarse tolerancia y en ocasiones requiere la retirada del fármaco. Para su tratamiento puede usarse Fluocortisona (0.1-0.2 mg/día).

El efecto adverso más grave es la aparición de crisis hipertensivas por interacción con fármacos o alimentos.

Intoxicación: tras intoxicación aguda por sobredosis aparece un periodo libre de síntomas de 1-6 horas, posteriormente se observa un cuadro de somnolencia o agitación, taquicardia, taquipnea, hipertermia, alteraciones de la tensión arterial (hiper o hipotensión), hiperreflexia, midriasis, movimientos involuntarios faciales, delirium con alucinaciones y fallo cardíaco. Con los nuevos IMAO reversibles no se han descrito cuadros tan graves.

El tratamiento debe realizarse en régimen hospitalario y consiste en lavado gástrico, acidificación de la orina y administración de fentolamina o clorpromazina si existe hipertensión arterial.

Contraindicaciones: las contraindicaciones absolutas de los IMAO son las hepatopatías, las nefropatías y el feocromocitoma. Como contraindicaciones relativas aparecen la hipertensión arterial, la epilepsia y la enfermedad de Parkinson.

Interacciones: cualquier fármaco con efecto simpaticomimético directo o indirecto, así como alimentos ricos en tiramina ("reacción queso"), interaccionan con los IMAO y pueden provocar crisis hipertensivas graves. El mejor tratamiento es su profilaxis. Clásicamente la asociación a tricíclicos se contraindicaba por su potencial peligro. En la actualidad puede usarse sólo en caso de depresiones resistentes y con especial precaución. Deben iniciarse los dos fármacos simultáneamente, a dosis moderadas y evitar la asociación con imipramina y clomipramina.

Desventajas:

- Crisis hipertensiva al interactuar con alimentos ricos en tiamina o drogas simpaticomiméticas.
- Efectos anticolinérgicos y hepatotoxicidad.

c) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: ISRS³⁷

Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram, Fluvoxamina.

De introducción reciente en los últimos diez años, se ha extendido mucho su uso, por tener un mecanismo de acción más selectivo, son fármacos con un perfil de efectos secundarios mejor tolerados que los clásicos fármacos tricíclicos y por lo tanto pueden empezar a tomarse a dosis normalmente efectivas. Al poder indicarse desde el primer día a dosis terapéuticas es posible que necesiten menor tiempo de inicio de la acción antidepresiva.

Farmacocinética: en general se absorben bien tras administración oral, el 90% de la dosis pasa a circulación general. El pico máximo en plasma se alcanza a las 4-8 horas. La comida no interfiere con su absorción, incluso disminuye los efectos secundarios como náuseas y diarrea; en particular sertralina se recomienda administrarla con alimentos para asegurar óptimos niveles hemáticos, pues éstos se incrementan con la alimentación. Se metabolizan en hígado.

La mayor diferencia entre ISRS es su perfil farmacocinético, principalmente su vida media, el compuesto de vida media más larga es la fluoxetina (2-3 días) y su metabolito activo, la norfluoxetina (7-15 días). La desmetilsertralina es menos activa y selectiva que la sertralina, la vida media de estos compuestos es de alrededor de 66 y 25 horas respectivamente. La paroxetina y la fluvoxamina carecen de metabolitos activos. La vida media de paroxetina es de 20 a 24 horas. Fluvoxamina tiene una vida

³⁷ Ibid 32

media de unas 15 horas, por lo que se recomienda fraccionar su dosis cuando se administran más de 150 mg/día.

Farmacodinamia: su acción se centra en la inhibición de la recaptación de serotonina a nivel presináptico, siendo paroxetina la más potente y selectiva de los ISRS, presentan escasa o nula acción anticolinérgica, antihistamínica y antiadrenérgica, por lo que presentan menos efectos secundarios y de menor severidad que los ADT.

Uso Clínico: las dosis recomendadas de los diferentes ISRS es iniciar con dosis bajas y aumentar la dosis progresivamente si es necesario. La retirada del fármaco debe realizarse de forma gradual.

Efectos adversos y toxicidad: los efectos adversos más frecuentes del los ISRS se producen a nivel del sistema nervioso central y gastrointestinales.

Sobre el SNC: cefalea, nerviosismo, insomnio, somnolencia, ansiedad, temblor, mareo.

Gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, sequedad de boca.

Sexuales: anorgasmia, impotencia, retraso en la eyaculación.

Piel: rash cutáneo.

En sobredosis son más seguros que los ADT, producen un cuadro de agitación, temblor, náuseas, vómitos, taquicardia y convulsiones.

Contraindicaciones: debe evitarse su uso durante el embarazo y la lactancia. Pueden usarse en pacientes con enfermedades hepáticas e insuficiencia renal.

Interacciones: no deben administrarse junto a IMAO u otros fármacos que potencien la transmisión serotoninérgica por la posibilidad de inducir síndrome serotoninérgico, cuya clínica consiste en mioclonias severas, hiperpirexia, sudoración, convulsiones y coma. Deben usarse con precaución en pacientes con tratamiento anticoagulantes.

Desventajas:

- Costo.
- Desarrollo de síndrome serotoninérgico.
- Pérdida de la sedación.
- Interacciones con otras drogas: warfarina, fenitoína, cisapride, terfenadina.
- Disfunción sexual.

d) Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina: ³⁸

Venlafaxina, Bupropion, Mirtazapina

Farmacocinética: se absorben bien por vía oral, se metabolizan en el hígado y se eliminan por orina en forma de metabolitos activos e inactivos. Su principal metabolito activo en el caso de venlafaxina es la O-desmetilvenlafaxina, la vida media de la venlafaxina y su metabolito es alrededor de 5 y 11 horas respectivamente. Su fijación a proteínas plasmáticas es menor al 35%.

Farmacodinamia: su mecanismo de acción se basa en la inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina, con escasa o nula actividad por receptores muscarínicos, histaminérgicos o alfa-adrenérgicos.

Uso Clínico: el rango de dosis recomendada se sitúa entre 75 y 375 mg/d repartidos en dos o tres tomas. Se recomienda comenzar con dosis bajas y aumentarlas de forma progresiva en función de la respuesta clínica. La retirada del fármaco también ha de ser paulatina. Precisa ajustar dosis en insuficiencia hepática y renal, no así en ancianos.

³⁸ Ibid 32

Efectos adversos y toxicidad: los principales efectos adversos son: náuseas, somnolencia, vértigo, sequedad de boca, sudoración, estreñimiento, anorexia, astenia, insomnio, nerviosismo y disfunción sexual. A dosis altas (300-375 mg/d) se han descrito aumentos de tensión arterial, por lo que se recomienda monitorización de la tensión arterial en estos casos.

Interacciones: interaccionan con IMAO, es preciso periodo de lavado para pasar de un tratamiento al otro.

7.2.2.2 Benzodiazepinas

Uso de benzodiazepinas para la depresión.

La ansiedad coexiste con frecuencia con la depresión, añadir benzodiazepinas a los antidepresivos es frecuente en el tratamiento de las personas con depresión, aunque no habido ninguna prueba convincente que muestre que tal combinación es más efectiva que los antidepresivos sólo, y también hay sugerencias que las benzodiazepinas pueden perder su eficacia con su administración a largo plazo y que su uso crónico conlleva riesgos de dependencia.³⁹

La tasa de comorbilidad con ansiedad entre los pacientes con depresión varía entre un 33% y un 85%; ensayos clínicos aleatorios muestran sin embargo, que las benzodiazepinas ansiolíticas, con la excepción posible de algunas triazolobenzodiazepinas para la depresión son menos efectivas que los antidepresivos estándares, las ventajas de añadir benzodiazepinas a los antidepresivos son inciertas.

La prescripción de combinaciones de fármacos parece ser muy frecuente en muchos países del mundo, un estudio halló que aproximadamente el 60% de los pacientes psiquiátricos con depresión tenían benzodiazepinas prescritas además de los antidepresivos. En los EE.UU., entre los pacientes ambulatorios deprimidos, 1 de cada

³⁹ <http://www.update-software.com/pdf/CD001026.pdf>

3 pacientes que recibían fármacos antidepresivos también recibió tranquilizantes menores al mismo tiempo. En Inglaterra, de 100 pacientes deprimidos que se atendían 91 recibieron algún fármaco psicotrópico; 43% de éstos fueron una combinación de los antidepresivos y tranquilizantes. En una encuesta de las prácticas de atención primaria en Holanda, 5% de los pacientes que presentaban depresión y ansiedad recibieron un antidepresivo sólo, 16% un ansiolítico sólo y 5% una combinación del antidepresivo y ansiolítico. En Francia, una encuesta de población general reveló que levemente menos de dos tercios de usuarios de antidepresivo también le fueron prescritas benzodiazepinas (ansiolítico o hipnótico) concomitantemente.⁴⁰

En el caso del tratamiento combinado de benzodiazepinas con antidepresivos, la interrupción de la benzodiazepina puede causar además de los síntomas de supresión, el empeoramiento de los síntomas debido a la pérdida de los efectos sinérgicos del tratamiento o al desenmascaramiento de los efectos adversos de los antidepresivos. Pero también se ha determinado en estudios que de tratamiento combinado tuvo menor probabilidad de abandonar el tratamiento que el grupo con un antidepresivo sólo. Los pacientes con el tratamiento combinado tuvieron mayor probabilidad de mostrar respuesta en la 1ª, 2ª y 4ª semana que aquellos con monoterapia antidepresiva.⁴¹

Por consiguiente, los beneficios de añadir una benzodiazepina a un antidepresivo deben considerarse los daños posibles, incluidos el desarrollo de dependencia, la tolerancia, la propensión a los accidentes, la teratogenicidad y los costes, entre otros.

Las benzodiazepinas pueden inducir dependencia, definida como la aparición de síntomas clínicamente significativos cuando se las interrumpe. Aunque la incidencia varía ampliamente entre los estudios, la dependencia se calcula en general a ocurrir en casi un tercio de pacientes que reciben prescripción regular de una benzodiazepina durante 4 semanas o más tiempo. Se han identificado las variables predictivas de la gravedad de los síntomas frente a la interrupción; estas incluyen variables

⁴⁰ Ibid 39

⁴¹ <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/ney11web.htm>

relacionadas con el fármaco (mayor dosis, duración más larga, vida media más corta, suspensión gradual más rápida) y variables relacionadas con los pacientes (mayor ansiedad y depresión previas a la suspensión gradual, neuroticismo mayor, antecedente de trastorno de pánico, antecedente de interrupción infructuosa, antecedente de abuso de alcohol o drogas).⁴²

Los estudios con pacientes potencialmente dependientes atendidos en ámbitos psiquiátricos y de atención primaria indican que, una vez que la dependencia se desarrolla, sólo cerca de la mitad de los que lo intentan puede interrumpir con éxito la benzodiazepina. Una suspensión gradual reduciendo las benzodiazepinas de vida media larga parece aumentar la tasa de la interrupción con éxito. Sin embargo, una suspensión reduciendo uniformemente, en general, se ha informado tener un resultado exitoso para los usuarios por primera vez.

En Ecuador no se dispone de estudios del consumo de benzodiazepinas en pacientes con tratamiento antidepresivo, pero no es menos cierto que existe un alto índice de prescripción de benzodiazepinas en combinación con medicamentos antidepresivos, por parte de los médicos psiquiatras, lo que se refleja en datos de consumo de este tipo de medicinas que dispone el hospital.

Los sedantes o medicamentos ansiolíticos, que se dan para la ansiedad, no son antidepresivos, son recetados junto con los antidepresivos, sin embargo, por si solos no son efectivos para tratar la depresión. Los estimulantes, como las anfetaminas, no son efectivos para tratar la depresión, ocasionalmente se utilizan bajo estricta supervisión médica en personas que padecen al mismo tiempo de una enfermedad física y de depresión.

Las benzodiazepinas (BZD) son medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central (SNC), con efectos sedantes e hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorelajantes (relajantes musculares), por ello se usan las benzodiazepinas en medicina para la terapia de la ansiedad, insomnio y otros estados afectivos, así como las epilepsias, abstinencia alcohólica y espasmos

⁴² http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10290192010000400017&lng=pt&nrm=iso

musculares. Son también usados en ciertos procedimientos invasivos como la endoscopía o dentales cuando el paciente presenta ansiedad o para inducir sedación y anestesia.⁴³

A pesar de que en el uso clínico las benzodiazepinas ejercen efectos cualitativos muy similares uno del otro, existen importantes diferencias cuantitativas en sus propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas, las cuales han sido la base de sus variados patrones de aplicación terapéutica, las benzodiazepinas solamente controlan pero no curan la enfermedad o la ansiedad.

a) Clasificación de las Benzodiazepinas

Basado en su semivida, las benzodiazepinas se dividen en cuatro grupos:⁴⁴

- Compuestos de duración ultra-corta, con una semivida menor de 6 horas.
- Compuestos de duración corta, tienen una semivida menor de 12 horas y tienen pocos efectos residuales al tomarse antes de acostarse en la noche, aunque su uso regular puede conducir a insomnio de rebote y ansiedad al despertar.
- Compuestos intermedios, tienen una semivida entre 12 y 24 horas, pueden tener efectos residuales durante la primera mitad del día y el insomnio de rebote tiende a ser más frecuente al discontinuar su uso. Se presentan también síntomas de abstinencia durante el día con el uso prolongado de esta clase de benzodiazepinas.
- Compuestos de acción larga, tienen una semivida mayor de 24 horas. los fuertes efectos sedativos tienden a perdurar durante el día siguiente si se usan con el fin de tratar el insomnio.

⁴³http://www.galeon.com/psiquiatria/ho/manual/a12.htm#FARMACOS_ANTIDEPRESIVOS#FARMACOS_ANTIDEPRESIVOS

⁴⁴ <http://www.wikipedia.org>

b) Farmacocinética y Farmacodinamia.⁴⁵

La absorción por vía oral es buena, alcanzando concentraciones máximas entre 1 y 4 horas después de la administración. Todas, excepto el cloracepato, se absorben inmodificadas por el tubo digestivo. La biodisponibilidad es casi completa (entre un 80-100%). Debido a su liposolubilidad, la absorción intramuscular es lenta, con excepción del midazolam, cloracepam y lorazepam. Por el mismo motivo, la absorción por mucosas tampoco es recomendable excepto en niños tratados con diazepam. La perfusión endovenosa ha de ser lenta y con precauciones dado el riesgo de depresión del SNC que entraña.

Se distribuyen ampliamente por todos los tejidos, atravesando la barrera hematoencefálica y la placenta, pudiendo hallarse en la leche materna. El volumen de disponibilidad depende de la liposolubilidad relativa y se considera mayor en mujeres y población geriátrica. Tienden a acumularse en tejido cerebral y en tejidos grasos. Se unen en gran proporción a proteínas plasmáticas (70-90%), dificultándose la eliminación por diuresis forzada en el caso de las intoxicaciones agudas.

Se metabolizan extensamente sobre todo por enzimas microsomales hepáticos, originándose metabolitos que generalmente presentan mayor vida media y actividad biológica. Esta biotransformación va desde la oxidación hasta la conjugación, determinando la vida media del compuesto, que no se corresponde con la duración del efecto y constituye uno de los distintos criterios usados para clasificar estos fármacos.

Los metabolitos conjugados son eliminados principalmente por la orina, aunque algunos compuestos sufren un proceso de circulación enterohepática, como es el caso del diazepam. Aproximadamente un 60-80% de las dosis eliminadas lo hacen por la orina y un 10% por heces, aunque este porcentaje puede variar como ya hemos comentado con anterioridad.

Las benzodiazepinas pueden acumularse en el cuerpo. La semivida de eliminación varía grandemente entre un individuo y el otro, especialmente entre pacientes de la

⁴⁵ Ibid 42

tercera edad. Los compuestos de acción corta tienen mejores resultados como hipnóticos, mientras que los de larga duración se prefieren por sus efectos ansiolíticos.

Todos los efectos se deben a sus acciones sobre el SNC, sin modificar la actividad del sistema nervioso vegetativo ni tener acciones específicas sobre órganos aislados. La acción terapéutica aparece a dosis menores que la miorrelajante y la sedante.

c) Indicaciones. ⁴⁶

Ansiedad: es la principal indicación, con eficacia en el 75% de pacientes con ansiedad generalizada. Se habrá de comprobar el diagnóstico e indagar la posible existencia de antecedentes personales o familiares de patología ansiosa, así como tener en cuenta la respuesta a tratamientos previos. La mayor parte de estos pacientes han de ser tratados durante periodos breves de tiempo, aunque si la situación lo requiere el tratamiento se ha de mantener más tiempo.

Insomnio: el tratamiento del insomnio debe ser en primer lugar causal, intentando evitar el uso de hipnóticos, pero si se han de usar no hay duda de que las benzodiazepinas son los fármacos de elección. Son los más eficaces y seguros, tanto para inducción como para mantenimiento del sueño. La supresión brusca puede acarrear insomnio de rebote, siendo más largo y menos severo con las de acción larga.

Convulsiones: debido al efecto anticonvulsivante, algunas como el diazepam o el clonacepam se usan para tratar las crisis comiciales.

Depresión: ninguna benzodiazepina por sí sola tiene eficacia antidepressiva, aunque el papel del alprazolam en esta cuestión no queda del todo claro. No obstante, se usan para aliviar los síntomas de ansiedad que concomitantemente pueden aparecer en la depresión.

⁴⁶ Ibid 39

Patología orgánica: dentro de ella destaca su uso como miorrelajante, también son usadas en temblores, síndromes vertiginosos, cefaleas tensionales, síntomas vegetativos provocados por quimioterapia o simplemente para tratar la ansiedad provocada por cualquier patología orgánica estresante para el paciente como ocurre, por ejemplo, en la cardiopatía isquémica.

Otros usos en psiquiatría: pueden ser prescritas en cualquier patología psiquiátrica, en función del criterio médico de aliviar la ansiedad concomitante. Con finalidad terapéutica se ha postulado su uso en otras situaciones, aunque son datos pendientes de su confirmación en un futuro.

d) Recomendaciones y uso en situaciones especiales.⁴⁷

Consideramos que las dosis han de ser variables, dependiendo del tipo de benzodiazepina y del paciente. Así por ejemplo, las de vida media corta han de prescribirse en varias tomas, mientras que las de acción larga se pueden administrar en una sola vez. Lógicamente la dosis terapéutica, será aquella que produce el efecto deseado con el menor número de reacciones adversas. Para evitar la dependencia se aconseja que la duración del tratamiento sea inferior a 4 meses, excepto en pacientes que requieran dosis regulares bajas y no presenten riesgos de abuso potencial.

Hemos comentado que el tipo de paciente es importante, por lo que hemos de tener precauciones en sujetos de edad avanzada y en personas con historia previa de abuso crónico de alcohol o cualquier otro psicofármaco.

El uso en embarazadas se halla en función del cálculo riesgo/beneficio, se han descrito aumento de incidencia de anomalías congénitas, por lo que se recomienda no usarlas en el primer trimestre sobre todo.

El uso en el puerperio puede inducir letargia y depresión del SNC en el niño. Todas las benzodiazepinas son eliminadas en parte por la leche, por lo que no se recomienda su

⁴⁷ Ibid 39

uso durante la lactancia. Se han de administrar con precaución en casos de enfermedad renal, hepática, cerebral orgánica e insuficiencia respiratoria.

e) Efectos Adversos. ⁴⁸

Por norma general son bien toleradas, presentando efectos adversos alrededor del 10% de los casos. Dichos efectos aumentan en frecuencia y gravedad cuando hay ingesta asociada de alcohol o de otros depresores del SNC.

Efectos adversos sobre SNC: la hipersedación es el más frecuente. Depende de la dosis, tiempo de administración y edad del paciente. Suele aparecer en la primera semana del tratamiento y por el fenómeno de tolerancia disminuye al final de la segunda semana. También pueden aparecer mareos, ataxia, vértigos, incoordinación, sobre la memoria se ha constatado, por una parte, una alteración de la consolidación y por otra parte se han descrito amnesias retrógradas (sobre todo cuando son dosis altas y la vía de administración es la endovenosa). Estos efectos son más frecuentes en benzodiazepinas de vida media corta y alta potencia.

Efectos sobre aparato digestivo: aparecen en menos del uno por ciento destacan: constipación digestiva, náuseas, sequedad de boca, sabor amargo y vómitos.

Efectos cardiovasculares: son raros (hipotensión arterial y taquicardia). Se han descrito efectos vasodilatadores coronarios sin efectos clínicos sobre la insuficiencia coronaria.

Sistema genito-urinario: disminución del impulso sexual y alteraciones miccionales son los más frecuentes.

Otros: reacciones alérgicas de hipersensibilidad, manifestaciones cutáneas menores, leucopenia, conjuntivitis, diplopía, visión borrosa o fiebre.

⁴⁸ Ibid 42

f) Toxicidad.

Las dosis tóxicas son variables como en el resto de intoxicaciones el tratamiento se ocupa de distintos aspectos, que van desde la eliminación del tóxico hasta la aplicación del antídoto (flumacénil) y sin olvidarse del tratamiento sintomático de todas aquellas complicaciones que puedan aparecer.

Respecto a la toxicidad crónica es importante conocer el cuadro clínico producido por el uso de benzodiazepinas durante largo tiempo, sin olvidar el síndrome de abstinencia provocado tras la brusca supresión del fármaco una vez se ha producido una habituación al mismo. El cuadro clínico es semejante al del uso crónico de alcohol o barbitúricos y se caracteriza por somnolencia, vértigo, ataxia.

La supresión brusca del tratamiento, en pacientes que han desarrollado dependencia y tolerancia, puede provocar un síndrome de abstinencia más grave incluso que el de los opiáceos. Clínicamente se caracteriza por síntomas semejantes a los del cuadro original, y otros nuevos como hipersensibilidad a la luz y al sonido, malestar general, despersonalización, disforia, trastornos de la memoria, alteraciones de la percepción y psicosis agudas. La severidad del cuadro es variable y suele iniciarse entre dos y cuatro días después de la suspensión, desapareciendo progresivamente. Como tratamiento se ha empleado propanolol junto con tratamiento sintomático. Para evitar esta situación, la reducción progresiva de la dosificación y la sustitución por benzodiazepinas de vida media más larga son métodos preventivos eficaces.

g) Contraindicaciones.⁴⁹

Son escasas, entre ellas mencionar antecedentes de reacciones alérgicas, ya que pueden producir cuadros de hipersensibilidad graves y cruzados entre los fármacos del grupo. Debe evitarse su uso en miastenia gravis e insuficiencia respiratoria, sobre todo si presenta una hipercapnia crónica grave.

⁴⁹ Ibid 42

h) Interacciones.

Las benzodiazepinas presentan pocas interacciones farmacocinéticas. Entre ellas destaca la potenciación de la depresión del SNC producida al asociar el tratamiento a otros depresores del nivel de conciencia (alcohol, antihistamínicos, barbitúricos). Disminuyen la absorción la toma conjunta con antiácidos o alimentos, por lo que se ha de distanciar su administración.

Aumentan los niveles de benzodiazepinas por competencia con los enzimas microsomales, sustancias como cimetidina, disulfiram, eritromicina, estrógenos, fluoxetina e isoniacida. Sustancias como la heparina y el paracetamol también pueden producir potenciación de la actividad benzodiazepínica.

Disminuyen los niveles de benzodiazepinas, la carbamazepina y probablemente otros anticonvulsionantes, así como el tabaco. Una interacción con importancia clínica de cara a las intoxicaciones digitálicas (por el aumento de niveles de digital), es la que se puede producir en pacientes tratados con benzodiazepinas.

7.2.3 MODELO DE GESTIÓN DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN ECUADOR.



Gráfico Nº 10. MODELO DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS.

FUENTE: Ministerio de Salud Pública. MPS. 2009. Manual De Procesos Para La Gestión De Suministro De Medicamentos. Ecuador.

El Ministerio de Salud Pública está implementando un modelo de gestión por procesos, de suministro de medicamentos. La estructura del modelo de gestión esta conceptualizada bajo la estructura de un Sistema definido como un conjunto de procesos que se relacionan entre sí, con orden lógico, para obtener un objetivo común el uso racional y adecuado de los medicamentos.

El modelo de gestión por procesos parte de unas entradas que alimentan los procesos estratégicos, procesos productivos (misionales) y procesos habilitantes (de apoyo) del modelo, para obtener como resultado unas salidas evidenciadas en resultados perseguidos en el sistema de suministro: acceso, oportunidad, calidad y satisfacción de la población. Siendo este un sistema, los resultados obtenidos deben ser parte nuevamente de las entradas, generando retroalimentación y mejora continua.

7.2.3.1 Procesos ⁵⁰

Procesos Estratégicos: Comprenden la formulación de estrategias que den cuenta de la implementación de políticas, así como la planeación del sistema de suministros, en el cual se debe definir los medicamentos a utilizar, las cantidades requeridas, las infraestructuras a utilizar, el equipo humano responsable, la forma de seguimiento y evaluación, la intervención con acciones orientadas hacia la mejora. Son: planeación, seguimiento / control y mejoramiento continuo.

Procesos Productivos o Misionales: Permiten operativizar el sistema, evidenciando sus resultados mediante indicadores concretos como son: selección, estimación de necesidades y adquisición, recepción y almacenamiento, distribución, dispensación informada y promoción del uso racional de los medicamentos.

Procesos habilitantes o de apoyo: requeridos para garantizar la sostenibilidad del sistema, ellos son: gestión administrativa y financiera, gestión humana, gestión del sistema de información y gestión del ambiente físico.

Dentro de los procesos productivos y que están más directamente en relación con la gestión del medicamento se detalla:

⁵⁰ Ministerio de Salud Pública. MPS. 2009. Manual De Procesos Para La Gestión De Suministro De Medicamentos. Ecuador.

- Selección
- Programación
- Adquisición
- Almacenamiento
- Distribución
- Dispensación. **ATENCIÓN FARMACEÚTICA**

La **SELECCIÓN** es el punto de partida y pilar fundamental en la gestión de suministro. Se refiere a la elección de los medicamentos esenciales teniendo en cuenta su pertinencia para la salud pública; así como el análisis de la eficacia y la seguridad de los mismos. A nivel operativo tiene como objetivo seleccionar los medicamentos para satisfacer las necesidades prioritarias de salud de la población, en base al perfil epidemiológico local tomando en cuenta los protocolos y esquemas de tratamiento oficiales en el país.

El resultado del proceso de Selección a nivel nacional, es el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB) que corresponde a la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LNME), que debe ser adoptado obligatoriamente en las instituciones de salud públicas. A nivel operativo la selección de medicamentos debe hacerlo anualmente el Comité de Farmacoterapia.

La **PROGRAMACIÓN** corresponde a la estimación de las necesidades de medicamentos para un determinado grupo poblacional para un período determinado, generalmente un año. La programación es responsabilidad del Comité de Farmacoterapia.

La **ADQUISICIÓN** se inicia con la planificación, que comprende la formulación de políticas y objetivos de adquisición, la determinación de funciones, la elaboración de planes y periodicidad de compra, cuantificación de necesidades ajustada para evitar la ruptura de las existencias de algunos medicamentos y la acumulación de otros.

Posteriormente se lleva a cabo la adjudicación de acuerdo al proceso de compras públicas establecido en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.

El **ALMACENAMIENTO** es el proceso implementado para precautelar la conservación de los medicamentos bajo las condiciones establecidas por el fabricante, de manera que se garantice su efectividad a la hora de ser utilizados en las personas. El almacenamiento también involucra actividades para garantizar la custodia y control de los inventarios.

La **DISTRIBUCIÓN**, es un proceso fundamental dentro de la gestión de suministro de medicamentos siendo importante la oportunidad en la entrega y cumplimiento de las especificaciones del pedido.

La **DISPENSACIÓN** informada consiste en la interpretación correcta de una receta, la entrega oportuna del medicamento correcto, al paciente indicado, en el momento apropiado, acompañado de la información y seguimiento para su buen uso. La dispensación informada hace parte de las estrategias de la **ATENCIÓN FARMACEUTICA** promocionando el uso racional del medicamento.

La gestión adecuada de todos los procesos anteriormente citados conllevan a promover el Uso Racional de Medicamentos (URM) que supone la prescripción del medicamento apropiado, disponible a un precio asequible (gratuidad de medicamentos), correctamente dispensado y administrado a la dosis y durante el tiempo adecuado, en otras palabras quiere decir que cada usuario reciba cuando realmente lo necesita, el medicamento más indicado para su situación clínica, con la pauta terapéutica más adecuada, durante el tiempo que sea necesario y de forma que suponga el menor costo posible; Por tanto el URM compromete al personal de salud.

La promoción del uso racional, incluye actividades que interactúan con el Programa de Atención Farmacéutica y Farmacovigilancia que debe ser llevado como una actividad de vigilancia de la Salud Pública, para lo cual se deben realizar actividades para la detección y reporte de eventos adversos e interacciones medicamentosas.

7.2.4 INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

El incumplimiento terapéutico y la automedicación son dos problemas relacionados con los medicamentos que requieren soluciones efectivas y la participación activa de los farmacéuticos tanto comunitarios como hospitalarios.

El incumplimiento terapéutico constituye un problema sanitario de primer orden conocido y estudiado ampliamente, pero muchas veces ignorado por el colectivo sanitario. De poco sirve el enorme esfuerzo humano y económico empleado en conseguir y entregar fármacos eficaces y de manera gratuita, si al final éstos no son tomados correctamente. El porcentaje de pacientes que no toman adecuadamente la medicación prescrita varía en función del grupo farmacológico, pero en el caso de tratamientos crónicos la cifra está en torno al 50%.⁵¹

Existen diferentes estudios sobre el grado de incumplimiento terapéutico y los resultados son muy variables: unos lo reducen al 10%, mientras que otros lo sitúan en el 90%. En lo que sí parecen ponerse de acuerdo es que los mayores grados de incumplimiento terapéutico se dan en los ancianos y en los niños.

El consumo de medicamentos sin control médico es una problemática de nuestro país, sin embargo existe también el problema que nos enfrentamos, el de no cumplir las pautas de un tratamiento farmacológico tal como se le prescribe por el tiempo determinado y las horas indicadas, esto implica riesgos que se ven reflejados en la salud del paciente, cuya gravedad es variable, llegando hasta ser un motivo de ingreso hospitalario.

Pauta Posológica: es la que establece el régimen de distribución de las dosis, el horario de tomas, el momento adecuado para hacerlo y la duración del tratamiento.

⁵¹ www.infarmate.org/index.php?option=com

7.2.4.1 Causas del incumplimiento

Por varios factores ya mencionados es notoria la falta de información del paciente respecto a la posología y se evidencia el fracaso terapéutico que origina el no observar correctamente las instrucciones clínicas.

Generalmente estas incidencias se deben a:⁵²

- La omisión de la toma prescrita.
- La alteración en la dosificación de las dosis pautadas.
- La no observación de la duración establecida.

En todos los casos se originarán probablemente problemas relacionados con la efectividad del fármaco y la seguridad del paciente. Entre las causas que intervienen en el incumplimiento de las pautas terapéuticas se destacan:

⁵² www.infarmate.org/index.php?option=com

. Causas de incumplimiento farmacológico	
Situaciones que derivan en problemas relacionados con los medicamentos (PRM)	Relacionadas con la dosis
	<ul style="list-style-type: none"> • Toma menos dosis de la indicada • Toma más medicamento del indicado
	Relacionadas con la pauta
	<ul style="list-style-type: none"> • Se salta tomas • Toma medicamentos sin respetar el margen horario • El momento de administración de los medicamentos no es el indicado • Toma medicamentos con otras sustancias que interaccionan: otros medicamentos, alimentos, tabaco, alcohol, plantas medicinales, etc.
	Relacionadas con la duración del tratamiento
	<ul style="list-style-type: none"> • Detiene el tratamiento antes de tiempo • Continúa tomando los medicamentos una vez terminado el tratamiento

Tabla 7.3 Causas de incumplimiento Farmacológico⁵³

Existen diferentes variables derivadas de la propia decisión del paciente para que tomen la decisión de incumplir. Estos razonamientos suelen ser lógicos y de fácil resolución si el médico los conoce y tiene la capacidad para su detección.

El paciente es quien decide sobre su tratamiento, la forma como el paciente cumple con el tratamiento ha de entenderse como un acto voluntario que se realiza tras recibir una información. Los pacientes tienen sus propias opiniones respecto a diferentes aspectos de la enfermedad. Cuando se produce la enfermedad, los pacientes intentan curarse siguiendo sus creencias y las opiniones de los que les rodean, si no mejora optará por consultar con su médico, una vez conocida la opinión de su médico formará

⁵³ http://www.dfarmacia.com/farma/ctl_servlet?_f=37&id=13095507

la suya propia que contrastará con sus creencias, su situación personal y familiar y el desarrollo de sus actividades de la vida diaria.⁵⁴

Hoy en día la vida moderna también nos empuja a tener un incumplimiento de los tratamientos, y podríamos citar algunas de las causas por parte del paciente a dejar de tomar el fármaco prescrito:⁵⁵

- Olvido, causado por el estilo de vida moderno, ansiedad, demencia senil.
- Dificultad para tomar los medicamentos, tratamos de buscar las formas medicamentosas más fáciles de administrar.
- Desconfianza y falta de credibilidad en la medicación por falta de información. (Es importante que el paciente conozca para qué está tomando su medicación y que sea consciente de la importancia que tiene tomarla correctamente).

El farmacéutico observa con frecuencia un incumplimiento terapéutico en pacientes a los cuales les resulta difícil tomar correctamente su tratamiento farmacológico ya que por situaciones diversas incluso por su enfermedad dependen de un cuidador que le suministre su medicación.

Al existir un incumplimiento del tratamiento farmacológico el paciente tiende a enfermarse nuevamente evitando la consulta médica, por el gasto económico, por el tiempo que se toma en realizar la consulta, por citar algunas excusas, y esto da lugar a un segundo problema de salud, que el paciente se tenga que automedicar.

Sin embargo es importante resaltar que existe un gran porcentaje de medicamentos expendidos sin receta y que presentan un riesgo para los pacientes con enfermedades crónicas de alta prevalencia, por lo que se debe tener un control adecuado de estos medicamentos por parte de un profesional sanitario debido a su tendencia a la

⁵⁴ http://www.fuedin.org/ArticulosDestacados/Sub_07/Art_04_07.htm

⁵⁵ www.infarmate.org/index.php?option=com

automedicación. Es por ello que el farmacéutico por su formación, puede ayudar a la sociedad en el uso racional de los medicamentos.

La farmacia se encuentra en un constante proceso de adaptación a una sociedad cada vez más exigente y más formada, demandando al farmacéutico no sólo mayor calidad de los servicios que actualmente ofrece, sino también nuevas prestaciones que promuevan actividades encaminadas a mejorar el estado de salud del paciente.

El paciente juega un papel primordial y activo en la consecución de los resultados terapéuticos. El incumplimiento, la automedicación, o la falta de conocimiento de la farmacoterapia pueden ser causas de resultados negativos.

7.2.4.2 Métodos de Detección del incumplimiento terapéutico.

Hay muchos métodos para detectar el incumplimiento terapéutico:⁵⁶

Métodos directos: detectan los niveles séricos del fármaco, son habituales en los ensayos clínicos.

Métodos indirectos: son los más indicados y viables para realizar en el servicio de farmacia.

⁵⁶ Ibid 53

Métodos indirectos de detección en la farmacia del incumplimiento posológico
<ul style="list-style-type: none"> • Tests de cumplimiento autocomunicado: test de Haynes-Sackett, test de Morisky Green y test de Batalla (██████████)
<ul style="list-style-type: none"> • Control de asistencia de la retirada de medicamentos crónicos en el lugar de dispensación
<ul style="list-style-type: none"> • Control de adherencia a las visitas de seguimiento de la enfermedad
<ul style="list-style-type: none"> • Control del efecto clínico, con la medida de parámetros bioquímicos
<ul style="list-style-type: none"> • Control de los efectos adversos
<ul style="list-style-type: none"> • Recuento de comprimidos
<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de envases (a domicilio o en la misma farmacia)
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema individualizado de dosificación (SID), que debe devolverse para retirar la nueva medicación

Tabla 7.4 Métodos Indirectos de Detección del Incumplimiento Posológico.⁵⁷

7.2.5 ERRORES DE MEDICACIÓN.

En los servicios de salud, la medicación constituye un grave problema socio sanitario y económico que debe ser analizado en toda su complejidad. La farmacoterapia es una parte esencial de la atención médica para muchos pacientes en donde la seguridad en la medicación tiene que ser el núcleo de valor de las organizaciones de salud y de los profesionales, particularmente de los farmacéuticos. Prevenir y proporcionar

⁵⁷ Ibid 53

condiciones de máxima seguridad a los pacientes requiere de una mayor intervención y colaboración de todos los implicados en el sistema.⁵⁸

En España, un informe de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) publicado en el 2001 cuantificaba la tasa de errores de medicación en el 10 %. Un estudio de la SEFH en el que se identificaban las causas de los errores de medicación, apuntan al factor humano en el 56,7 % de los casos; seguido de problemas con el etiquetado, diseño y envasado de los medicamentos, en el 15,3 % de los errores; y con problemas en la interpretación de las prescripciones en el 15,1 %.⁵⁹

Los incidentes relativos a los medicamentos incluyen tanto las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) no evitables por imprevisibles; como los errores de medicación (EM) incidentes que son prevenibles mediante sistemas efectivos de control en los que estén implicados el personal médico, farmacéutico, de enfermería y pacientes.

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) define los **Errores de Medicación** como: “cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor.”⁶⁰

Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los productos, los procedimientos o los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización.⁶¹

⁵⁸ www.bvs.sld.cu/revistas/far/vol39_2.../far11205.htm

⁵⁹ Ibid 51

⁶⁰ <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero07.pdf>

⁶¹ <http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>

El aspecto más importante es conocer por qué ocurrieron dichos errores, identificar las causas que los originaron, en la mayoría de los casos los errores son multifactoriales. Si se analiza se puede afirmar que los errores en la medicación son prevenibles, pero requiere de una significativa intervención multidisciplinaria. Muchos puntos están relacionados con la función de los farmacéuticos tanto hospitalarios como comunitarios. La pregunta no es quién cometió el error, sino qué punto del sistema de utilización de medicamentos permitió que sucediera y si es necesario someterlo a mejoras, hacerlo.

Con este trabajo se propone describir los errores que pueden ocurrir con la medicación, su prevalencia y las causas de este problema, destacando cual debe ser la función que le corresponde desempeñar a los farmacéuticos en la detección, prevención y resolución de estos, así como la necesidad de su vinculación con el equipo de salud, especialmente con los médicos, para garantizarle a los pacientes seguridad farmacoterapéutica.

7.2.5.1 Errores de administración en función del paciente.

Los diferentes tipos de errores de medicación que pueden presentar en la administración de los medicamentos por parte del paciente o en otros casos por la persona que esta encargada de su medicina, influyen directamente en el cumplimiento del tratamiento y son: ⁶²

Por exceso: el paciente se toma un fármaco de forma continua y no esta prescrito por el médico o se toma un fármaco a dosis superiores a las prescritas por el médico.

Por defecto: el paciente no se toma un fármaco prescrito por el médico o se toma un fármaco a dosis inferiores a las prescritas por el médico.

⁶² <http://www.fesemi.org/Atica/protocolo.html>

Administración errónea: Solo se considera un error cuando el cambio en la forma o la hora de administración suponga una disminución de la eficacia o aumento de la toxicidad del fármaco.

7.2.5.2 En función de la magnitud del error.

Errores mayores: relacionados con los siguientes grupos de fármacos: antihipertensivos, terapia tiroidea, antianginosos, quelantes del fósforo y del potasio, estatinas, antiarrítmicos, antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes orales, antidepresivos.

Errores menores: relacionados con los siguientes grupos de fármacos: vitaminas, protectores gástricos, ansiolíticos e hipnóticos, cualquier fármaco prescrito sin una pauta fija, fármaco prescrito, considerado de valor Intrínseco bajo (vasodilatadores periféricos, AINES tópicos, antivaricosos).

7.2.6 PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS. PRM

- En 1990, Strand establecían como definición de PRM:

"Es una experiencia indeseable del paciente que involucra a la farmacoterapia y que interfiere real o potencialmente con los resultados deseados del paciente".

- En 1998 bajo la denominación de Problemas de la Farmacoterapia (Drug Therapy Problems), dan una definición ligeramente distinta:

"Un Problema de la farmacoterapia es cualquier suceso indeseable experimentado por el paciente que involucra o se sospecha que involucra un tratamiento farmacológico y que interfiere real o potencialmente con un resultado deseado del paciente."

- El Consenso de Granada llegó a la siguiente definición:

"Es un problema de salud, vinculado con la farmacoterapia y que interfiere o puede interferir con los resultados esperados en la salud de ese paciente".

- La definición para el concepto de PRM, inicialmente aceptada por el Consejo General es la siguiente:

"PRM es todo efecto no deseado que experimenta un paciente o que es sospechoso de comprometer su tratamiento terapéutico y que interfiere real o potencialmente en los resultados previstos en él". ⁶³

En los tratamientos farmacológicos bajo prescripción, ante la sospecha de un PRM el farmacéutico debe ponerse en contacto con el médico, comunicarle de forma verbal o por escrito su sospecha de PRM y conocer su decisión, como resultado de dicha intervención. Esta actitud positiva y colaboradora con el médico es esencial para la viabilidad de la Atención Farmacéutica, toda vez que la mayoría de los casos de PRM no proceden de errores médicos, sino de incumplimientos terapéuticos o mal uso de los medicamentos debidos a otros factores.

7.2.6.1 Causas y descripción de PRM ⁶⁴

Dependientes del Medicamento:

- Selección inapropiada del medicamento
- Selección inapropiada de la dosis del medicamento
- Pauta posológica inadecuada

⁶³[http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/902388F1483BE7E0C1256E1C005D6FE8/\\$File/268_atencion_farma.htm](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/902388F1483BE7E0C1256E1C005D6FE8/$File/268_atencion_farma.htm)

⁶⁴ Ibid 56

- Interacciones
- Duplicidades

Dependientes del Paciente

- Incumplimiento
- En el proceso del uso de los medicamentos
- El medicamento se emplea mal por producir efectos adversos
- Infra dosificación
- Sobre dosificación
- Confusión en la toma de varios medicamentos
- No sabe cómo usarlo o tomarlo
- Desconoce las razones del tratamiento
- Tiene dificultades para leer o entender la información de la indicación
- No entiende el lenguaje
- Falta de adhesión al tratamiento
- Por determinadas creencias religiosas
- Porque toma demasiados medicamentos
- Porque está "descansando" del tratamiento (sin consultarlo con el médico).

Dependientes del Profesional sanitario:

- Errores en la prescripción

- Ilegibilidad de la receta
- Errores en la dispensación
- Falta de existencias
- Duplicidad del medicamento por distintos médicos

7.2.6.2 Clasificación de PRM.⁶⁵

NECESIDAD:

PRM 1: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir medicación que necesita.

PRM 2: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.

Problemas de necesidad: un medicamento es necesario cuando ha sido prescrito por un médico y hay un problema de salud que tratar. El farmacéutico no dudará de una prescripción concordante con las patologías expresadas por el paciente, aunque sí valorará la necesidad de un tratamiento ante un problema de salud adicional referido por el paciente y evaluará la pertinencia del uso de un medicamento en el caso de tratarse de una automedicación o de una indicación farmacéutica.

EFFECTIVIDAD:

PRM 3: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación.

⁶⁵ <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/374.pdf>

PRM 4: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación.

Problemas de efectividad: todo medicamento autorizado se le supone eficaz. Pero esa eficacia, comprobada en los ensayos clínicos, puede no alcanzarse en todos los pacientes que los usan. Cuando un medicamento no alcanza los resultados deseados en un paciente, no se dice que no es eficaz, sino que no ha sido efectivo en ese paciente. El farmacéutico debe evaluar la consecución de los objetivos terapéuticos alcanzados por la fármaco-terapia que usa el paciente.

Esta ineffectividad puede ser derivada de la dosificación de medicamento que hace el efecto en el paciente o motivado por otras causas que impiden alcanzar los resultados esperados.

SEGURIDAD:

PRM 5: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento

PRM 6: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento

Problemas de seguridad: Es la aparición de cualquier problema de salud como resultado del uso de un medicamento, ya sea un efecto adverso, secundario etc. El medicamento es correcto para un problema de salud concreto, pero provoca resultados no deseados sin que se pueda o se deba reducir la cantidad, o aunque esta sea inferior, no desaparecen los efectos indeseables o adversos. Este resultado puede ser consecuencia, también, de un exceso en la dosificación del fármaco, por causas relacionadas con interacciones farmacodinámicas o por sinergismo.

Cualquier PRM que se detecte en una primera revisión habrá de ser posteriormente confirmado con otros datos adicionales que se recojan, bien transmitidos por el paciente en entrevistas posteriores o por su médico. Así se hablará de sospecha de

PRM, que deberá ser confirmada y donde la experiencia del farmacéutico juega también un papel fundamental.⁶⁶

Problema de Salud: es todo aquello que requiere (o puede requerir) una acción por parte del agente de salud (incluido el paciente); cualquier queja, observación o hecho que un agente de salud percibe una desviación de la normalidad.⁶⁷

Reacciones Adversas: Es una respuesta a un medicamento que es nociva y no intencionada, y que se produce con las dosis utilizadas normalmente en el hombre.

Tratamiento:⁶⁸ Es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas

Tratamiento Farmacológico: Se trata de la combinación de medicamentos y una serie de actividades para evitar o tratar la depresión.

7.2.7 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

En el momento actual el tema del cumplimiento de los tratamientos medicamentosos tiene gran trascendencia y ello es debido a que una serie de problemas de salud requieren necesariamente, que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas y/o de salud que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente.

Las tasas de falta de adherencia terapéutica en algunas patologías oscilan entre el 30 y el 70 por ciento, el 10% de los ingresos hospitalarios se debe a un mal cumplimiento del tratamiento, el 50% de las prescripciones no se toman de forma correcta.⁶⁹

⁶⁶ http://www.infarmate.org/index.php?option=com_content&task=view&id=148

⁶⁷ <http://www.binasss.sa.cr/revistas/farmacos/v19n1-2/art2.pdf>

⁶⁸ http://www.farmanews.com/notas_de_prensa/N71.html

⁶⁹ <http://www.fesemi.org/Atica/protocolo.html>

El cumplimiento terapéutico en las enfermedades crónicas es un problema importante y creciente. Los pacientes crónicos suelen ser pacientes con un mal cumplimiento terapéutico, producido por una falta de información y/o comprensión sobre el tratamiento farmacológico, por la cronicidad y la pluripatología que favorece la desmotivación del paciente y también por el hecho que se da en estos pacientes de incumplir el tratamiento cuando se encuentran controlados y creen estar mejor.⁷⁰

Disponer de información sobre la adherencia farmacológica, desarrollar habilidades y métodos para identificar pacientes no cumplidores han demostrado efectividad en la mejora del cumplimiento terapéutico farmacológico. El conocimiento del “perfil cumplidor” o “perfil no cumplidor” del paciente puede tener un importante papel en la toma de decisiones clínicas.⁷¹

Por otra parte, la diversidad de conceptualizaciones trae confusión e incompreensión, es frecuente observar, incluso entre profesionales de la salud, expresiones de duda o desconocimiento al escuchar el término “adherencia terapéutica”, lo que conduce inevitablemente al cuestionamiento acerca del sistema de acciones que estén realizando para lograr la conducta de cumplimiento adecuado de las prescripciones en sus pacientes.

Se han realizado análisis de las diferentes definiciones que aparecen en la literatura médica para referirse a la adherencia al tratamiento médico. Se reconoce un conjunto de términos como son: cumplimiento (compliance), colaboración, alianza, adhesión y adherencia terapéutica (adherence), concordancia, entre otros, para abordar el mismo aspecto; cuestión que puede conducir a la confusión entre profesionales, investigadores y pacientes. Se discute el modo en que son concebidos y utilizados estos términos, especialmente: cumplimiento del tratamiento y adherencia terapéutica. Finalmente se plantea como el más adecuado, el término adherencia terapéutica, por

⁷⁰ http://www.pfizer.es/docs/pdf/noticias/090527_NP_Foro_Pacientes.pdf

⁷¹ <http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>

el sentido psicológico que entraña y se propone un conjunto de momentos necesarios, para que se produzca el proceso de adherencia al tratamiento.⁷²

Si nos referimos, al término “**CUMPLIMIENTO**”, encontramos que la definición de mayor aceptación es la propuesta por Haynes, como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”⁷³

Si buscamos el significado del término en nuestro idioma, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española vemos que se define como: “Acción y efecto de cumplir”, “ejecutar o llevar a efecto”.

“Compliance”, suele emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente al seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud y que este tendría un rol pasivo y sumiso, creyendo que el enfermo es incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen.

Asimismo aparece, la discusión acerca del vocablo ADHERENCIA, en cuanto a sus implicaciones semánticas para la Lengua Española. se define como “convenir en un dictamen o partido utilizando un recurso entablado por la parte contraria”, aquí se le confiere indiscutiblemente un papel al profesional que da la indicación, como la “parte contraria”, lo cual haría depender la conducta del paciente, no sólo de su propia responsabilidad, sino también, de las acciones, efectuadas por el médico, en cuanto a claridad de las indicaciones, uso adecuado de los recursos de la comunicación y tiempo dedicado a este acto, entre otras cosas.

Por otro lado la adhesión, se define como “acción y efecto de adherir o adherirse”. Como definición “adhesión”, se refiere a una acción y el de “adherencia” se refiere a una propiedad.

⁷² www.infarmate.org/index.php?option=com

⁷³ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu09404.htm

En la literatura, se recoge la definición del término “adherence” dada por DiMatteo y DiNicola como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.”

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza, sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado.

De manera general y sencilla podemos definir:

“La adherencia se refiere a cuánto el paciente cumple con el régimen terapéutico prescrito, incluye la buena disposición para empezar el tratamiento y su capacidad para tomar los medicamentos tal como se los recetaron para conseguir un resultado terapéutico adecuado”⁷⁴

Los vocablos alianza, colaboración, cooperación y adherencia parecen permitir una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Se supone que el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o, al menos, ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica, de ese modo involucraría una consideración activa de la persona.

Para que se produzca la adhesión al tratamiento es necesario que se vislumbren en este proceso los momentos siguientes:⁷⁵

- Aceptación convenida del tratamiento: entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.

⁷⁴ http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu09404.htm

⁷⁵ Ibid 75

- Cumplimiento del tratamiento: medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.
- Participación activa en el cumplimiento: grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento: entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

7.2.7.1 Factores que afectan a la adherencia al tratamiento.⁷⁶

Muchos factores son los que modifican la adherencia al tratamiento, según Haynes hay más de 250 factores o causas y todos ellos están relacionados con determinadas características como son:

a) Características de la enfermedad.

- Ausencia de sintomatología significativa.
- Trastornos crónicos.
- Carencia de mejora sustancial.
- Concurrencia con otras enfermedades.

El tipo de enfermedad, los enfermos psiquiátricos son reacios a seguir una pauta terapéutica, abandonando frecuentemente los tratamientos o reduciendo las dosis.

Existen ciertas enfermedades en las que se ve afectada la personalidad, la conducta, o ciertas funciones superiores como la memoria favorecen el incumplimiento.

⁷⁶ http://www.fuedin.org/ArticulosDestacados/Sub_07/Art_04_07.htm

La cronicidad de la enfermedad, los intervalos libres de síntomas, la necesidad de mantener la medicación incluso cuando la enfermedad está en remisión y el hecho de que la interrupción de la medicación no produzca una exacerbación inmediata de los síntomas son variables que se correlacionan de forma positiva con el incumplimiento de los regímenes terapéuticos.

b) Características del paciente.

- Entorno familiar (afectivo e informal).
- Factores culturales, sociales y económicos.
- Grado de comprensión de la enfermedad.
- Personalidad, estado de ánimo.
- Edad.
- Situación física: pérdida de habilidades cognitivas, sensoriales o físicas por parte del paciente.

El grado de incumplimiento se ha relacionado con un nivel socioeconómico bajo, bajo nivel educacional. Sin embargo, en la actualidad no hay estudios concluyentes.

Para obtener un correcto cumplimiento es necesario una respuesta colaboradora de los pacientes, para ello se precisa que éstos entiendan cuál y cómo es el tratamiento, así como los resultados que se esperan lograr con su cumplimiento.

Con respecto al cumplimiento, se observa que la satisfacción del paciente, la consecución de sus expectativas, la correcta comprensión de las instrucciones, y las explicaciones del médico pueden estar relacionadas.

Las causas del cumplimiento son la satisfacción del paciente y la comprensión de las instrucciones. Así mismo también es decisiva la actitud del paciente ante el tratamiento y los factores que la integran. También influye la consonancia cognitiva entre las

expectativas del paciente con las del médico, la correcta estimación de la autoridad y responsabilidad del médico y los hábitos positivos, sociales, culturales y personales como las razones principales que motivan el cumplimiento.

c) Características del tratamiento.

- Efectos adversos que se presentan.
- Duración del tratamiento.
- Complejidad de las formas de administración de los medicamentos y las pautas establecidas.
- Coste de la medicación.

El propio tratamiento, la administración de muchos fármacos y con varias tomas diarias propicia ese incumplimiento, porque existe más riesgo de olvido y de cansancio por parte del paciente. Por eso, la tendencia actual a usar fármacos de toma única diaria. El cumplimiento disminuye cuanto más se prolonga el tratamiento y es un condicionante de un mayor incumplimiento.

La gravedad de la enfermedad es un aspecto fundamental pero no único, más influyente parece la sensación subjetiva de gravedad que realmente siente el paciente, de tal forma que si no percibe gravedad posiblemente será con mayor probabilidad un incumplidor.

El costo que directa o indirectamente se relaciona con el tratamiento constituye un obstáculo adicional para el cumplimiento de las prescripciones.

d) Características de la estructura sanitaria. Institución

- Accesibilidad del paciente al equipo, canales de comunicación abiertos con el paciente y su entorno informal.

La frecuencia en las citas, la distancia respecto a los recursos asistenciales, el transporte, pueden ser dificultades añadidas para la adherencia al tratamiento.

La accesibilidad de los pacientes, la adecuada infraestructura, la continuidad de los cuidados para los mismos profesionales, las citas previstas frecuentes.

e) Características del profesional de salud (Médico)

- Características de los profesionales sanitarios que atienden al paciente
- Coordinación, comunicación entre profesionales.
- Falta de seguimiento.
- Cambio de médico

La claridad con la que el médico explica al enfermo el tratamiento tiene un extraordinario impacto en la disciplina terapéutica del enfermo. El grado de comprensión de las indicaciones o recomendaciones prescriptas permitirá que siga las instrucciones siempre que las recuerde las comprenda y que satisfagan sus expectativas.

La relación médico - paciente es necesario aunque no suficiente para un buen cumplimiento. En la comunicación médico-paciente hay que considerar dos aspectos fundamentales: la habilidad y la efectividad con la que se transmite la información precisa para cumplir instrucciones y el posible impacto emocional de la comunicación, tanto la que se realiza en forma verbal como la que no. Se ha podido constatar que una buena comunicación y un ambiente cálido suelen traducirse en comportamientos cumplidores y que se evalúan positivamente por el paciente, mientras que una relación interpretada como negativa reforzará las conductas incumplidoras.⁷⁷

⁷⁷ http://www.dfarmacia.com/farma/ctl_servlet?_f=37&id=13095507

El cumplimiento se relaciona estrechamente con la efectividad percibida por el paciente con la relación amistosa y el interés que el médico muestra por la evolución de la enfermedad y por el paciente con los mensajes verbales y no verbales, para lo cual es fundamental la técnica de la entrevista, evitar las prisas y la sensación de impaciencia por terminar la consulta.

Para ello la comunicación ha de ser bidireccional y provista de un adecuado mecanismo de retroalimentación. Es importante que llegado el caso el médico negocie con el paciente el plan de tratamiento, y el paciente por su parte debe estar motivado y prestar ayuda a la resolución de los problemas que puedan dificultar el logro del objetivo propuesto.

La falta de información sobre la enfermedad y su tratamiento, la limitada capacidad cognitiva para comprender las instrucciones, la insatisfacción con el tratamiento y/o el médico, la tristeza y la desesperanza, contribuyen a que se produzca el incumplimiento de los regímenes prescritos.

De acuerdo a la OMS la adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por cinco factores:⁷⁸

- El paciente
- Enfermedad
- Terapia/fármaco
- Sistemas de salud
- Factor social y/o económico.

⁷⁸ <http://www.salud.gob.mx/conasida/imagenes/rompeca.jpg>

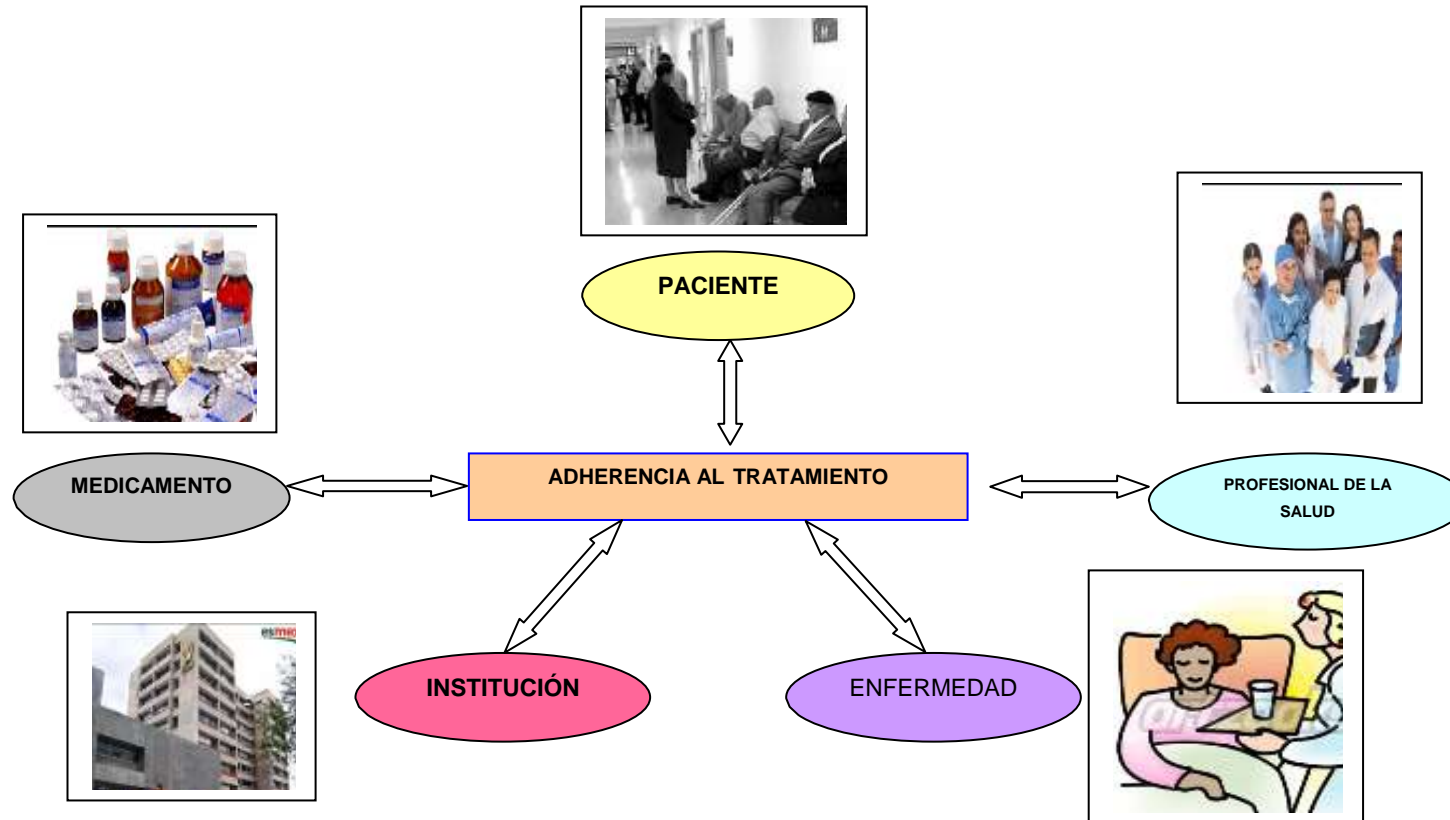


GRAFICO N° 12 Factores que influyen en la adherencia al Tratamiento.

FUENTE: <http://www.salud.gob.mx/conasida/imagenes/rompeca.jpg>

El abandono del tratamiento trae como consecuencias: el deterioro del estado de salud, la pérdida de años de vida, la aparición de efectos secundarios inesperados, e incluso el riesgo de fallecimiento son algunas de las consecuencias de un mal cumplimiento del tratamiento.

Los olvidos o equivocaciones, el desconocimiento, y la falta de información son las causas habituales que dificultan el cumplimiento terapéutico, la mayoría de los pacientes tienen dificultades para tomar todos sus comprimidos. Para facilitar su cumplimiento lo recomendable es elaborar un plan de tratamiento que sea lo más sencillo posible, con el menor número de medicamentos y dosis posibles, asociar la toma de medicación con actos cotidianos y tener en cuenta aspectos personales como su horario de trabajo o su situación familiar.⁷⁹

Un paciente que cuenta con la información adecuada sobre sus factores de riesgo, sobre la dosis y frecuencia de los medicamentos que tiene que tomar, sobre los hábitos y estilos de vida que debería modificar y sobre los beneficios que se esperan del tratamiento hace más caso a las indicaciones del médico. (Ana Pastor, vicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), mejorar la adherencia debe convertirse en una parte fundamental de los esfuerzos para incrementar la salud de la población. Un problema que no es sólo responsabilidad de los pacientes, sino de todos: los ciudadanos como posibles pacientes, los profesionales sanitarios y las administraciones públicas.⁸⁰

Diversos estudios han analizado la necesidad de profundizar en investigaciones que analicen las repercusiones de la falta de adherencia al tratamiento. Actualmente, se gasta mucho esfuerzo y recursos económicos en conocer la seguridad de los medicamentos, pero falta investigar si el paciente los toma o no. Asimismo, es preciso

⁷⁹ http://www.pfizer.es/docs/pdf/noticias/090527_NP_Foro_Pacientes.pdf

⁸⁰ Ibid 104

que médicos y pacientes los utilicen correctamente para evitar un manejo inadecuado de las enfermedades.

Quizás en el futuro sea necesario, recurrir a otras formas de conceptualizar el problema de la adhesión terapéutica, pero en estos momentos no se cuenta con herramientas teóricas y metodológicas claramente establecidas para hacerlo, sin embargo la práctica médica impone la necesidad de su abordaje, su investigación y la solución de dificultades que en este campo se presentan.

Por lo que se afirma que la información adecuada (frecuencia de tomas, dosis, hábitos, estilos de vida a modificar y beneficios esperados del tratamiento) y la educación son la clave para obtener un buen grado de cumplimiento. Puesto que hay paciente que toman una gran cantidad de fármacos por lo que es importante conocer su grado de cumplimiento ya que este influye directamente en la evolución de su enfermedad.

El propósito es mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes, mediante la aplicación del programa de Atención Farmacéutica en donde la información sobre los medicamentos es lo fundamental, se trata de brindar una información individualizada para el paciente, acompañado de una planificación gráfica del tratamiento farmacológico que incluye de los medicamentos prescritos, la dosis, horario y las condiciones específicas de administración.

7.2.7.2 Estrategias para mejorar la adherencia.⁸¹

La capacidad para dar instrucciones claras, la utilización de recordatorios y calendarios, la simplificación del régimen terapéutico, el auto monitoreo y el soporte social son fundamentales.

Disminuir la complejidad del tratamiento es fundamental para adaptar la pauta de tratamiento a los hábitos de la vida cotidiana del paciente.

⁸¹ http://www.fuedin.org/ArticulosDestacados/Sub_07/Art_04_07.htm

Facilitar información verbal y escrita: las estrategias educativas, como una buena comunicación verbal y una información escrita complementaria en un lenguaje entendedor, pueden disminuir errores de medicación y potenciar la adherencia al tratamiento. No se recomienda facilitar información escrita exclusivamente.

Mejorar la relación médico-paciente: hay una clara relación entre la buena comunicación médico - paciente y la satisfacción del enfermo. Una comunicación de calidad está relacionada positivamente con los resultados terapéuticos y por esto las habilidades para mejorar esta interacción constituyen una parte importante y necesaria de la competencia clínica.

Se han identificado diversos aspectos determinantes de la relación médico-paciente para conseguir una mejor adherencia, como son: la amabilidad, el acercamiento, el ánimo, la cooperación, la utilización de las mejores habilidades educativas, y en definitiva centrar la relación en el paciente, para que pueda participar en las decisiones.

Intervención psicológica en el cumplimiento del tratamiento: en primer lugar debe revisarse la situación del paciente y sus familiares, identificando las variables problemáticas para poder intervenir en ellas, el tipo de reacción negativa que el paciente presenta.

En función de la información recogida puede optarse por estrategias educativas y motivacionales dirigidas a prevenir y tratar algunas dificultades leves de cumplimiento del tratamiento, motivando e informando de un modo amplio, claro, práctico y sistemático y/o por estrategias conductuales (dirigidas a intervenir sobre los problemas específicos de adherencia al tratamiento, incrementando las conductas que favorecen el cumplimiento o disminuyendo aquellas que lo obstaculizan).

Estrategias educativas y motivacionales: la forma en que se estructura y se proporciona la información puede ser crucial para la comprensión y aceptación de la enfermedad y tratamiento. La información debe adaptarse a la edad del paciente al nivel cultural de los padres y a sus habilidades cognitivas. Las instrucciones más

importantes deben darse repetidamente, y debe comprobarse la comprensión de éstas, por ejemplo pidiendo que lo repitan.

Las instrucciones verbales conviene complementarlas con información escrita y audiovisual. Es necesario discutir y preparar las estrategias para facilitar el cumplimiento de las prescripciones en el hogar. Algunas cuestiones relevantes pueden ser las características de la enfermedad, su tratamiento, los efectos secundarios, los objetivos del tratamiento, los riesgos que conlleva, los cambios físicos que supone, la interferencia en la rutina diaria.

Para conseguir y mantener el cumplimiento del tratamiento debe desarrollarse una labor de motivación, justificando la necesidad de seguir las prescripciones, destacando los beneficios terapéuticos, haciendo un seguimiento del correcto cumplimiento, invitando a que el paciente registre diariamente su grado de adherencia, en definitiva, un papel activo en el proceso terapéutico, reconociendo y valorando su colaboración.

Estrategias conductuales: Las conductas se emiten o mantienen por el efecto que provocan. Cuando un comportamiento (rechazo del tratamiento), va seguido de algún beneficio o consigue eliminar alguna situación desagradable (prescripciones médicas), se observa un aumento en su frecuencia negativa. Del mismo modo este principio puede utilizarse para un beneficio terapéutico.

En síntesis para optimizar la adherencia se debe identificar factores que predispongan a una buena o mala adherencia, proveer el consejo oportuno a los pacientes y recomendar estrategias específicas que lo favorezcan.

Diferentes tests para verificar la adherencia a un tratamiento	
Test de Haynes-Sackett o cumplimiento automedicado	<p>La mayoría de la gente tiene dificultades para tomar la medicación.</p> <p>¿Tiene usted dificultad en tomar la suya? Sí/No</p> <p>Se realiza una sola pregunta, mezclada durante la entrevista farmacéutica. Si la respuesta es afirmativa se solicita el número medio de comprimidos olvidados durante un período de tiempo (ej. los últimos 7 días o el último mes) y se determina el porcentaje de cumplimiento comparado con el número de comprimidos indicado.</p>
Test de Morisky-Green	<p>Olvida alguna vez de tomar medicamentos? Sí/No</p> <p>Toma los medicamentos a las horas indicadas? Sí/No</p> <p>Cuando se encuentra bien, deja de tomar la medicación? Sí/No</p> <p>Si alguna vez se encuentra mal, deja usted de tomarla? Sí/No</p> <p>Sólo con una sola respuesta errónea, se considera al paciente no cumplidor</p>

Tabla 7.5 Test para determinar adherencia

Se considera cumplidor al paciente que se comprueba o declara haber tomado una cantidad de comprimidos superior al 80% o inferior al 110% de los prescritos (excepto en el tratamiento con antirretrovirales, en que deberá ser superior al 95%).⁸²

⁸² Ibid 64

Para calcular la adherencia hay diferentes estudios, la mayoría expresan la adherencia al tratamiento farmacológico como la proporción de días en que el paciente se toma el mismo número de dosis que las prescritas durante un período de tiempo determinado.

Es importante formularlos de manera impersonal y directamente al paciente o a los cuidadores/responsables de la administración de la medicación. Es posible que cuando los pacientes contesten no podamos cuantificar cuántos días, cuántas veces el paciente no ha cumplido con la pauta establecida, pero también es verdad que difícilmente una persona que no se olvida nunca dirá que no lo hace. Por ello, estos tests sirven para tener una primera idea sobre el paciente, aunque pueda ser aproximada

“La clave del éxito es adaptar la intervención al paciente individual.”⁸³

7.2.7.3 Alianza terapéutica médico - farmacéutico- paciente. ⁸⁴

El problema más importante es que todos los factores de riesgo de incumplimiento anteriormente citados dependen en menor o mayor medida de la totalidad de los agentes implicados en el momento de proponer un tratamiento, como son el equipo sanitario y el paciente. El bajo conocimiento sobre la enfermedad manifestada, la ausencia o la mala información sobre el tratamiento establecido, la falta de confianza en el prescriptor, las pautas incómodas que no se adaptan al estilo de vida o a las características personales del paciente, los errores derivados de la prescripción errónea, como las recetas ilegibles o los envases de medicamentos que inducen a error no dependen exclusivamente del paciente. Es importante establecer un pacto

⁸³ Ibid 106

⁸⁴ www.infarmate.org/index.php?option=com

que se adapte a la realidad del enfermo y a sus expectativas personales. La alianza terapéutica es el único camino para asegurar la adherencia al tratamiento establecido.

7.2.8 ATENCIÓN FARMACÉUTICA

El valor añadido de los servicios que ofrece la Farmacia de Hospital está directamente relacionado con la disponibilidad de tratamientos seguros, eficientes y de calidad. Por ello, la Farmacia Hospitalaria, en respuesta a la demanda social y adaptándose a los cambios experimentados en los sistemas de gestión sanitaria, evolucionó desde la práctica tradicional a la Farmacia Clínica y, más recientemente, a la Atención Farmacéutica, un modelo de actuación profesional permite integrar en el cuidado del paciente las funciones asistenciales específicas del farmacéutico de hospital. En este modelo la misión del farmacéutico de hospital es garantizar, a la sociedad, la calidad, seguridad y eficiencia de los tratamientos farmacológicos, siempre en colaboración con todos los profesionales implicados en el proceso.⁸⁵

Las funciones del químico farmacéutico se ha ido expandiendo y evolucionando en los últimos años, se ha enriquecido como una labor que va más allá de dispensar un medicamento.

7.2.8.1 Evolución de la Atención Farmacéutica En Latinoamérica.⁸⁶

- Declaración de Tokio de 1993
- Declaración de FIP 1998

⁸⁵ http://www.afi.com.uy/capacitacion/concepto_atencion_farmaceutica.php

⁸⁶ Ibid 109

- Documento de Consenso Español 2001
- Junio de 1999, Encuentro Internacional en Costa Rica, - Planteo de la necesidad de contar con un Proyecto de Atención Farmacéutica en las Américas. Nace el Foro Farmacéutico de las Américas bajo el apadrinamiento de la Organización Panamericana de la Salud.
- Diciembre de 2000, 5ª. Conferencia Panamericana de Educación en Farmacia, Chile, donde se redacta el Acta Fundacional del foro Farmacéutico de las Américas.
- Durante el año 2001, se consulta a los países miembros acerca de las enfermedades a tratar dentro del Programa de Atención Farmacéutica; de esta consulta, surgió la Hipertensión Arterial como primer tema y Diabetes a continuación.
- Noviembre de 2001, se celebra el Congreso Panamericano de Farmacia y la Asamblea Anual del Foro Farmacéutico de las Américas en Brasil, donde se decide comenzar a trabajar en Hipertensión Arterial por su incidencia a nivel de la población mundial.
- Durante el año 2002, se lleva a cabo una Prueba Piloto en la ciudad de Ouro Preto, Brasil, para ajustar detalles del Programa.
- Noviembre de 2002, se celebra el 7º Congreso de la Federación Farmacéutica Sudamericana, en Ecuador, donde se postulan los primeros países a implementar el Programa de Hipertensión Arterial en Farmacias: Argentina, Brasil y Chile.
- Agosto de 2003, se lleva a cabo la primera ronda de capacitación en Atención Farmacéutica e Hipertensión Arterial de la Organización Panamericana de la Salud para los países autorizados.
- Noviembre de 2003, se desarrolla la Asamblea Anual del Foro Farmacéutico de las Américas, en República Dominicana, donde se aprueba extender el Programa a Venezuela y a Uruguay durante el correr del año 2004.

- Mayo de 2004, en Uruguay, comienza la capacitación de OPS para los Químicos Farmacéuticos responsables de llevar adelante el Proyecto en Farmacia Comunitaria y Hospitalaria. El requisito es que cumplan un mínimo de 20 horas semanales, presenciales, en dichos centros de salud.

La atención farmacéutica (cuidados farmacéuticos en Estados Unidos, donde Hepler y Strand crean el concepto en 1988) surge como una forma del quehacer profesional que pretende añadir a la farmacia funciones clínicas, traducido en un concepto de práctica profesional en la que el paciente es el principal beneficiario. Además de dispensar medicamentos y dar consejo sobre los mismos cuando se le pide, el farmacéutico buscaría, identificaría y resolvería los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) de manera sistemática y documentada es decir asumiría la responsabilidad de las necesidades del paciente relacionadas con el tratamiento farmacológico, con el objetivo básico de conseguir la mejora de la calidad de vida de los pacientes.⁸⁷

La atención farmacéutica es una disciplina que no se presta con independencia de las funciones del farmacéutico, sino en colaboración con los pacientes, médicos, personal de enfermería y otros dispensadores de atención sanitaria. El farmacéutico por si mismo puede dar atención farmacéutica a un paciente, iniciando el tratamiento con un medicamento de venta libre, como si actúa dentro de un equipo en relación con un tratamiento prescrito. El objetivo de la atención farmacéutica es mejorar la calidad de vida en términos de salud, así como lograr resultados clínicos favorables.⁸⁸

⁸⁷ http://www.infarmate.org/index.php?option=com_content&task=view&id=148

⁸⁸ <http://www.salud.es/noticia/mas-de-7700-farmaceuticos-participan-en-la-accion-de-atencion-farmaceutica>

ES LA PROVISIÓN RESPONSABLE DE LA FARMACOTERAPIA CON EL PROPÓSITO DE ALCANZAR UNOS RESULTADOS CONCRETOS QUE MEJOREN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE. ⁸⁹

En el informe Tokio de 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la atención farmacéutica es: “un compendio de practica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico y reconoce que está en función de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la presentación de la farmacoterapia.” ⁹⁰

En el 2001 se publica en España por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo un Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica, que define la Atención Farmacéutica como la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutica, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. ⁹¹

Según este Consenso, las actividades y servicios que se realizan en la farmacia se pueden agrupar en dos grandes áreas: aquellas actividades orientadas al producto (el medicamento y/o productos sanitarios) y aquellas orientadas al paciente.

Las actividades y servicios orientados al paciente son los que constituyen la Atención Farmacéutica, destacando dentro de esta los tres servicios fundamentales, que son:

- Dispensación.
- Indicación Farmacéutica.
- Seguimiento Farmacoterapéutico.

⁸⁹ [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/902388F1483BE7E0C1256E1C005D6FE8/\\$File/268_atencion_farma.htm](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/902388F1483BE7E0C1256E1C005D6FE8/$File/268_atencion_farma.htm)

⁹⁰ Ibid 111

⁹¹ <http://www.gastelurrutia.com/atenfarm.html>

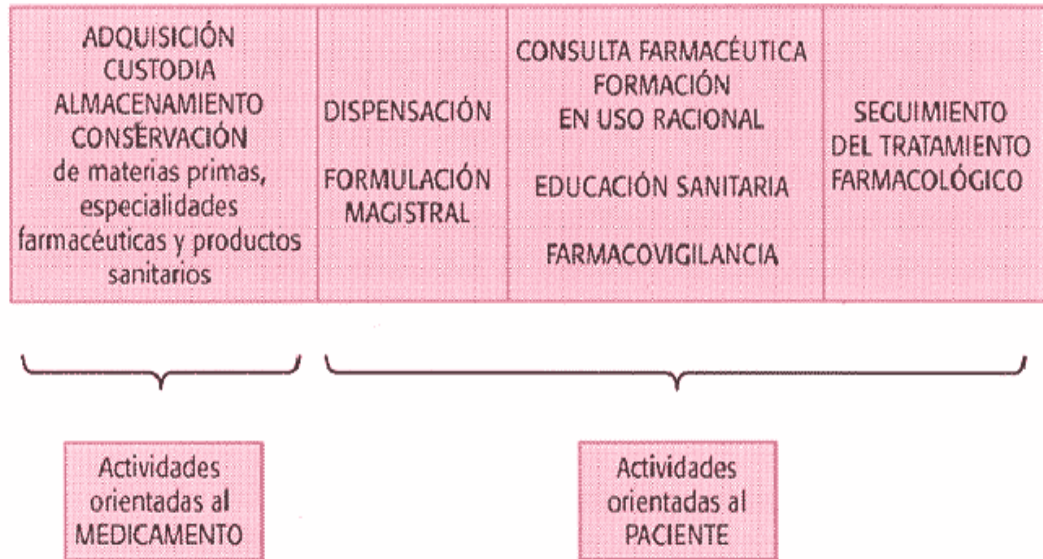


GRÁFICO N° 11 Servicios de la Atención Farmacéutica

FUENTE: <http://www.gastelurrutia.com/atenfarm.html>

7.2.8.2 Objetivos

Los objetivos que persigue la atención farmacéutica son:⁹²

- Respeto al paciente, el de resolver su problema de salud.
- Respeto al médico, el de complementar y ayudar en la atención sanitaria que se presenta al paciente.
- Respeto al medicamento, el de profesionalizar el acto de la dispensación.

De acuerdo a esto las necesidades de aprendizaje con atención farmacéutica son:

⁹² Ibid 104

- Aprender a trabajar con pacientes que tienen problemas de salud.
- Aprender a trabajar con los médicos que van a tratar o han tratado ese problema de salud en un paciente.
- Aprender a trabajar con los medicamentos que farmacéutico y médico usan como herramientas para resolver o paliar el problema de salud de cada paciente.⁹³

En la práctica cotidiana, la atención farmacéutica (AF) es la directa interacción del farmacéutico con el paciente con el propósito de prevenir y solucionar los problemas relacionados con los medicamentos y demás productos terapéuticos, es lo que hace un farmacéutico cuando: Evalúa las necesidades reales o potenciales del paciente relacionadas con los medicamentos. Determina si el paciente tiene algún problema real o potencial relacionado con los medicamentos; y trabaja con el paciente y los otros profesionales de la salud del paciente, para promocionar la buena salud, prevenir las enfermedades e iniciar, modificar y controlar el uso de los medicamentos con el fin de garantizar que el plan farmacoterapéutico sea seguro y efectivo. Un farmacéutico brinda atención farmacéutica sólo cuando los tres pasos han sido ejecutados con éxito en sus pacientes.⁹⁴

Atención Farmacéutica primaria: es el conjunto de intervenciones que realiza el farmacéutico, generalmente vinculadas con la atención primaria de dolencias menores de consulta habitual en la farmacia, que pueden conllevar a la utilización o no de medicamentos de venta libre. Estas intervenciones, se realizan a través del seguimiento de protocolos farmacéuticos específicos que contienen información de apoyo sobre enfermedades, formas de evaluación del paciente, terapias farmacológicas y no farmacológicas, consejos al paciente y criterios de derivación al médico

Atención Farmacéutica crónica: es el seguimiento de la farmacoterapéutica prescrita por un médico que realiza el farmacéutico a pacientes con enfermedades

⁹³ Ibid 105

⁹⁴ <http://www.binasss.sa.cr/revistas/farmacos/v19n1-2/art2.pdf>

crónicas que requieren la utilización de medicamentos durante largos períodos de tiempo o de por vida.

La presunción de que la información sobre los tratamientos se facilita rigurosamente o la singularidad que presenta cada uno de los pacientes con sus características personales, hacen que el paciente desconozca las instrucciones referentes a la pauta posológica prescrita por su médico. Es entonces donde la interacción con el farmacéutico durante el protocolo de Atención Farmacéutica mediante la dispensación activa se convierte en un punto clave para potenciar el buen cumplimiento terapéutico en la farmacia.

7.2.8.3 Atención Farmacéutica Pacientes Ambulatorios Depresivos.⁹⁵

En los últimos años se ha observado un aumento en el uso de medicamentos, muchas veces irracional, para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos depresivos. A esto debemos sumar un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en donde se señala que los problemas psiquiátricos han sido subestimados, ya que cinco de las diez mayores causas de discapacidad mundial son psiquiátricas, como la depresión unipolar, el abuso de alcohol, la depresión bipolar, la esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo.

Por lo tanto, uno de los objetivos de la OMS es tratar de reducir la aparición de éstos problemas psiquiátricos, la primera reunión entre farmacéuticos involucrados con la psiquiatría tuvo lugar en Inglaterra hace más de una década. Este evento dio origen a la creación de un grupo de farmacéuticos europeos orientados a la implementación de la Atención Farmacéutica en el área de la psiquiatría y la neurología. De ahí que los objetivos que debemos plantearnos para implementar la Atención Farmacéutica de este tipo de pacientes deben estar orientados a mejorar la calidad de vida del mismo.

⁹⁵ http://www.latamjpharm.org/trabajos/22/4/LAJOP_22_4_3_1_907RO4404H.pdf

En la Atención Farmacéutica de los pacientes psiquiátricos hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

RAMs Frecuentes: Por ejemplo los efectos extrapiramidales producidos por muchos de estos fármacos, daño neurológico producido por benzodiazepinas, taquicardias con el uso de psicoestimulantes, efectos anticolinérgicos (boca seca, constipación, retención líquida, visión borrosa, etc.), así como aumento de peso por el uso de antipsicóticos, entre otros.

Enfermedades concomitantes: Cardiopatías, hipo e hipertiroidismo, gripe, problemas gastrointestinales, ciertas interacciones como: potenciación del efecto tóxico de digoxina con diazepam, disminución de la absorción de benzodiazepinas con antiácidos orales, potenciación del efecto hipoglucemiante de los hipoglucemiantes orales e insulina por IMAOs, riesgo de arritmias del litio con verapamilo, disminución de la acción de levodopa con clonidina, etc.

Cumplimiento de los Tratamientos: Se define como el grado de coincidencia entre la conducta de los pacientes y el consejo de los profesionales de la salud acerca del uso de los medicamentos y cambios o ajustes en los hábitos de vida. Advertir sobre efectos colaterales, sobre la cronicidad del mismo, toma de conciencia a familiares y/o personas a cargo, etc.

Interacciones Medicamentosas: Uso concomitante de IMAOs y antidepresivos tricíclicos, aceleración del metabolismo hepático por barbitúricos, disminución del metabolismo hepático de los barbitúricos por IMAOs con el aumento de su toxicidad, uso de inhibidores altamente selectivos de la recaptación de serotonina como fluoxetina o fluvoxamina con triptofano, litio o IMAOs que puede producir el síndrome serotoninérgico caracterizado por hipertermia, temblor y convulsiones, el uso de diazepam disminuye el efecto de ciertas drogas antiparkinsonianas y el sinergismo de benzodiazepinas con otros depresores del SNC.

Cuidados específicos: Uso del alcohol, tabaco e infusiones psicoestimulantes como café, té que disminuyen la eficacia de drogas como litio y haloperidol, dietas para disminuir o eliminar algunos síntomas molestos como la constipación o sequedad

bucal, aumento de la excreción renal del litio con sales de sodio cuidando la ingesta, aumento de la biodisponibilidad del litio con las comidas, disminución de la absorción de levodopa con alimentos proteicos, etc.

Factores Farmacotécnicos: Necesidad de cambiar la vía de administración, la forma farmacéutica, maximización de la toma, etc.

Psicoeducación: Está íntimamente relacionada al cumplimiento del tratamiento, es uno de los factores fundamentales para el éxito terapéutico.

De manera general podemos decir que la atención farmacéutica es una práctica necesaria de la asistencia sanitaria y debe estar integrada con las otras acciones. Sin embargo, la atención farmacéutica es proporcionada para el beneficio del paciente, y el farmacéutico es responsable directo ante el paciente de la calidad de esta asistencia. La relación fundamental en la atención farmacéutica es un intercambio mutuo beneficioso en el cual el paciente otorga autoridad al proveedor de la atención y el proveedor entrega competencia y compromiso (acepta responsabilidad) al paciente.⁹⁶

7.2.9 DISPENSACIÓN.

Es el acto profesional farmacéutico de proporcionar uno ó más medicamentos a un paciente generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado.

En este acto el profesional Químico Farmacéutico informa y orienta al paciente sobre el uso adecuado del medicamento, reacciones adversas, interacciones medicamentosas y las condiciones de conservación del producto.

⁹⁶ <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/manualdepresionsuicidio.pdf>

Se entiende la Dispensación como la actuación profesional de un farmacéutico por la cual proporciona a un paciente o a sus cuidadores, además del medicamento y/o producto sanitario, los servicios clínicos que acompañan a la entrega del mismo.⁹⁷

Recientemente, el Foro de Atención Farmacéutica ha definido la Dispensación como el servicio profesional del farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto uso y de acuerdo con la normativa vigente.⁹⁸

Según el documento de consenso del ministerio de sanidad y consumo, la dispensación es el servicio que generalmente supone el centro de la actividad del farmacéutico y representa la principal demanda del consumidor. En el modelo tradicional de farmacia, el farmacéutico atiende a las necesidades del usuario por medio del llamado consejo farmacéutico, sin embargo actualmente cabe plantearse el papel del farmacéutico ante usuarios que, por sí mismos, no plantean ninguna cuestión. Los elementos que introduce el cambio del modelo son fundamentalmente:⁹⁹

- Actitud activa vs pasiva.
- Actitud de responsabilidad profesional sobre el resultado del uso del medicamento en todos los actos de dispensación vs actitud de responsabilidad profesional en respuesta a un requerimiento concreto.

Dada la necesidad de evolución, se pretende diseñar los elementos básicos que debe contener la mecánica del trabajo del farmacéutico ante la dispensación, de manera que, este trabajo no sea un fin sino un medio. Sólo si esta actividad sirve de soporte para realizar atención farmacéutica clínica, tendrá justificación su inclusión en el concepto de atención farmacéutica orientada hacia el paciente.

⁹⁷ <http://mar.uninet.edu/zope/arch/af/Files/01%20Consenso%20de%20Madrid%20sobre%20AF.doc>

⁹⁸ <http://www.gastelurrutia.com/atenfarm.html>

⁹⁹ Ibid 97

Al hablar de Dispensación se plantean dos escenarios diferentes:

- Primera Dispensación o Inicio de Tratamiento.
- Dispensación Repetida o Continuación de Tratamiento.

Primera dispensación: se entiende como primera dispensación al acto mediante el cual el farmacéutico entrega al paciente o cuidador, un medicamento o producto sanitario, que se va a utilizar por primera vez, asegurándose de la ausencia de criterios de no dispensación y de que el paciente conoce y asume el proceso de uso del mismo.

En la primera dispensación, el farmacéutico debe:

- Verificar la ausencia de criterios de “no dispensación”, como alergias, teratogenicidad y contraindicaciones severas.
- Verificar el conocimiento sobre el proceso de uso del medicamento, concretamente debe profundizar en el conocimiento sobre:
- Características farmacoterapéuticas (indicación, precauciones, etc.).
- Uso del medicamento (cuánto, cuándo, cómo debe tomarlo,... haciendo hincapié en el manejo y la administración del medicamento).
- Indicadores, análisis, o riesgos que el paciente deba conocer para asegurar que utilizará correctamente el medicamento.
- Comprobar la existencia de otros tratamientos o problemas de salud para evaluar la compatibilidad con el nuevo tratamiento.

Dispensación repetida o continuación de tratamiento: se entiende como dispensación de continuación del tratamiento a aquella que se centra en pacientes, habituales o eventuales, que acuden a la farmacia comunitaria a retirar la medicación de continuación de una enfermedad crónica, o bien la de un proceso agudo iniciado con anterioridad.

En la continuación de tratamiento, el farmacéutico valorará la percepción del paciente sobre efectividad y seguridad del mismo así como los indicadores o criterios objetivos cuando éstos existan:

- Percepción de efectividad.
- Percepción de seguridad.
- Indicadores (ejemplos: valores de glucemia, o presión arterial; persistencia de dolor; etc.).

La dispensación de inicio o repetida, es una actividad compleja, no simplemente una venta o entrega de medicamentos o productos sanitarios. Es un servicio orientado al paciente que debe ofrecer cobertura a todos los usuarios de la farmacia de una manera ágil. Por tanto, debe estar integrada en la rutina diaria del ejercicio profesional del farmacéutico y exige un flujo de información bidireccional farmacéutico-paciente, paciente -farmacéutico.

Evidentemente siempre existe la posibilidad de que el farmacéutico ofrezca al paciente otros servicios como el de Seguimiento Farmacoterapéutico

7.2.9.1 Objetivos ¹⁰⁰

En el servicio de Dispensación, el farmacéutico debe tener presente los siguientes objetivos:

- Entregar el medicamento y/o el producto sanitario en condiciones óptimas y de acuerdo con la normativa legal vigente.
- Proteger al paciente frente a la posible aparición de resultados negativos asociados a la medicación.

¹⁰⁰ Ibid 98

- Que el paciente conozca el proceso de uso del medicamento y que esté dispuesto a asumirlo.

7.2.9.2 Elementos ¹⁰¹

- El paciente debe conocer el objetivo del tratamiento.
- El paciente debe conocer la forma de administrar ese medicamento, en lo que deberá entenderse incluido no sólo la operativa de administración, sino la cantidad, frecuencia y otros factores asociados al uso.
- El medicamento no es "inadecuado" (lo que no quiere decir contraindicado... en esta parte se crea confusión), con el resto de situaciones fisiológicas o patológicas que se puedan conocer en el acto de dispensación.

7.2.9.3 Proceso. ¹⁰²

El proceso de la dispensación se diferencia 5 actividades principales:

- Recepción y validación de la prescripción.
- Análisis e interpretación de la prescripción.
- Preparación y selección de los productos para su entrega.
- Registros
- Información.

¹⁰¹ Ibid 98

¹⁰² http://www.latamjpharm.org/trabajos/22/4/LAJOP_22_4_3_1_907RO4404H.pdf

El Servicio Farmacéutico a través de los sistemas de dispensación al paciente ambulatorio pretende:¹⁰³

- Proporcionar los medicamentos prescritos a los pacientes en forma expedita y oportuna asegurando la calidad y el uso seguro del mismo a través de sistemas de dispensación adecuados;
- Asesorar y educar al paciente ambulatorio en el uso apropiado de los medicamentos para garantizar su uso seguro, eficaz y coste/efectivo.
- Educar a los pacientes y a la comunidad en general acerca de las posibles reacciones adversas y de su debido tratamiento;
- Recomendar determinados servicios preventivos al paciente ambulatorio con el propósito de disminuir la incidencia de enfermedades prevenibles
- Asegurar que el paciente ambulatorio tenga acceso a los servicios de atención de salud necesarios y que reciba un tratamiento adecuado y efectivo, por medio de un programa y/o sistema de referencia eficaz;
- Proveer educación/asesoramiento a otros profesionales de salud y al público en general a través del establecimiento de programas y actividades de educación sobre medicamentos.
- Mantener un sistema apropiado de almacenamiento y control de los medicamentos disponibles y dispensados.
- Proveer seguimiento a la terapia cuando sea posible, para asegurar que los pacientes obtengan el beneficio del efecto terapéutico deseado.

El objetivo primordial de todo servicio farmacéutico ambulatorio es el de proveer atención farmacéutica adecuada a todos los pacientes que recurran a él.

¹⁰³ <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/ops/afambulatorio.pdf>

7.2.9.4 Factores modificables en la farmacia durante la dispensación.

Factores que influyen en el incumplimiento pueden modificarse desde la farmacia, durante el proceso de dispensación, se puede intervenir para evitar o corregir aquellos problemas relacionados con medicamentos con la coordinación entre profesionales, como pueden ser errores de prescripción o de dispensación, así como incidir en aquellos factores relacionados con los pacientes que pueden ser causa de PRM.

El protocolo de dispensación es un instrumento para comprobar si el paciente es cumplidor o no, y conocer el grado de información que tiene sobre él.

Protocolo de dispensación activa. Valoración del cumplimiento farmacológico	
PREGUNTA	FINALIDAD
¿Para quién?	Identificar al paciente, la persona a la que le corresponde la prescripción
¿Para qué?	Comprobar que el paciente conoce la indicación del medicamento
¿Cuánto?	Verificar si el paciente recuerda la dosis
¿Cómo?	Asegurar que el paciente lleva a cabo las técnicas de correcta administración y las recomendaciones asociadas (ingesta con agua, antes o después de las comidas, etc.)
	Actuación farmacéutica: <ul style="list-style-type: none"> • Detección del grado de cumplimiento del paciente • Valoración de los motivos que causan el incumplimiento • Establecer estrategias para aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico del paciente
¿Cuándo?	Descubrir si el paciente conoce la pauta de la medicación
¿Hasta cuándo?	Consultar sobre la información de la duración del tratamiento

Tabla 7. 6 Protocolo de Dispensación Activa ¹⁰⁴

¹⁰⁴ Ibid 64

7.2.10 INDICACIÓN FARMACÉUTICA

Se entiende por Indicación Farmacéutica, el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir, o a retirar luego de la consulta médica. Esta intervención es de gran importancia, ya que, en la mayoría de los casos, el farmacéutico es el primer o único contacto de usuario con el sistema de salud.¹⁰⁵

Este proceso debe enmarcarse dentro de las actividades clínicas de atención farmacéutica ya que debe abordarse con el compromiso de cubrir las necesidades del paciente, evitando la aparición de problemas relacionados con los medicamentos, siempre en un contexto de uso racional de los tratamientos y mediante la aplicación de criterios científicos y técnicos.

Ante una persona que realiza una consulta en la farmacia sobre un problema de salud, el farmacéutico debe tener como objetivos los siguientes:¹⁰⁶

- Indicar al paciente la actitud más adecuada para resolver su problema de salud, y en su caso seleccionar un medicamento.
- Resolver las dudas planteadas por el usuario o las carencias de información detectadas por el farmacéutico,
- Proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos.
- Evaluar si el problema de salud es precisamente consecuencia del un problema relacionado con un medicamento.

Esto supone que en el momento en que el farmacéutico es consultado, debe detectar otras necesidades y ofertar, en su caso, otros servicios de atención farmacéutica

¹⁰⁵ <http://www.dfarmacia.com>

¹⁰⁶ Ibid 103

clínica (identificar pacientes susceptibles de recibir educación sanitaria, seguimiento farmacoterapéutico personalizado, etc).

7.2.11 SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

El objetivo de este servicio es conseguir la máxima efectividad de los medicamentos que el paciente ha de utilizar.

El Tercer Consenso de Granada define el Seguimiento Farmacoterapéutico como la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), y la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.¹⁰⁷

Se entiende por problemas relacionados con los medicamentos (PRM) aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación.

Se define como resultados negativos asociados a la medicación (RNM) aquellos resultados en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso, o fallo en el uso, de medicamentos.

Se define como “sospecha de RNM” la situación en que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo de este RNM.

¹⁰⁷ Ibid 103

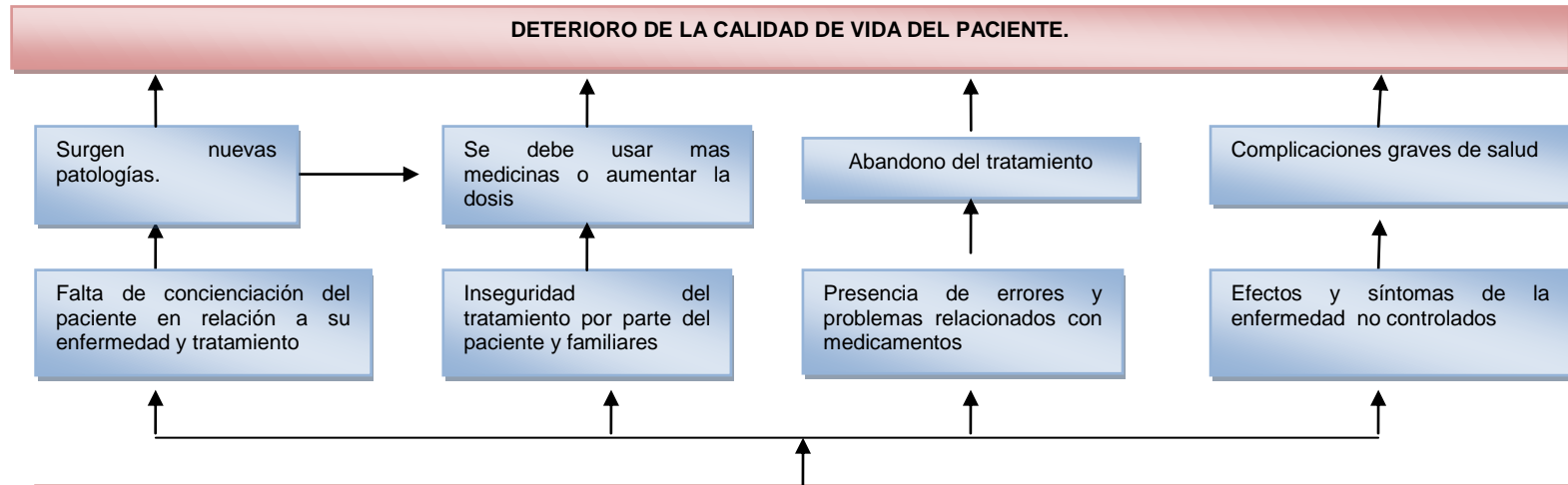
8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS

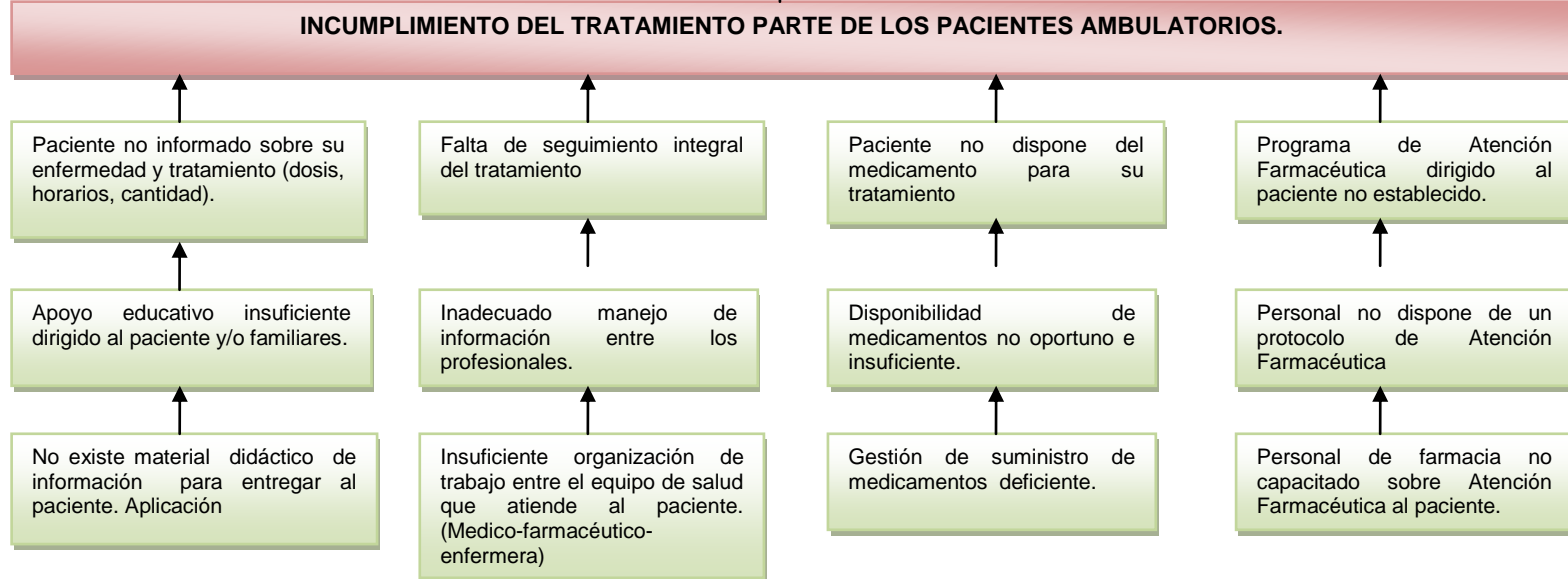
Grupo de Involucrados	Intereses / Motivaciones	Recursos Mandatos y	Problemas Percibidos
Hospital Psiquiátrico San Lázaro	Brindar una atención de calidad mediante la educación farmacológica al paciente.	Recurso humano Recurso material	Aumento del número de consultas externa. Aumento del gasto en medicinas.
Servicio de Farmacia	Brindar atención farmacéutica personalizada al paciente logrando en el la adherencia al tratamiento farmacológico.	Recurso humano Recurso material	Pacientes no saben como tomar sus medicinas en su domicilio. Indicaciones médicas no comprensibles para el paciente.
Farmacéutico	Generar mayor información acerca de los distintos medicamentos y sus efectos.	Recurso Humano	Los farmacéuticos no ayudan a seguir la continuidad del tratamiento ya que no existe un programa de atención farmacéutico.
Familiares	La salud de sus familiares	Recurso humano Recurso Financiero	Falta de información acerca del manejo de la medicina.
Médicos	Estandarización de información.	Recursos Humano y Financiero	Falta de compromiso con el paciente
Pacientes Depresivos	Información adecuada de sus medicamentos habituales.	Recurso Financiero	Inadecuada utilización de los medicamentos por el paciente por falta de información.

8.2 ARBOL DE PROBLEMAS

EFFECTOS

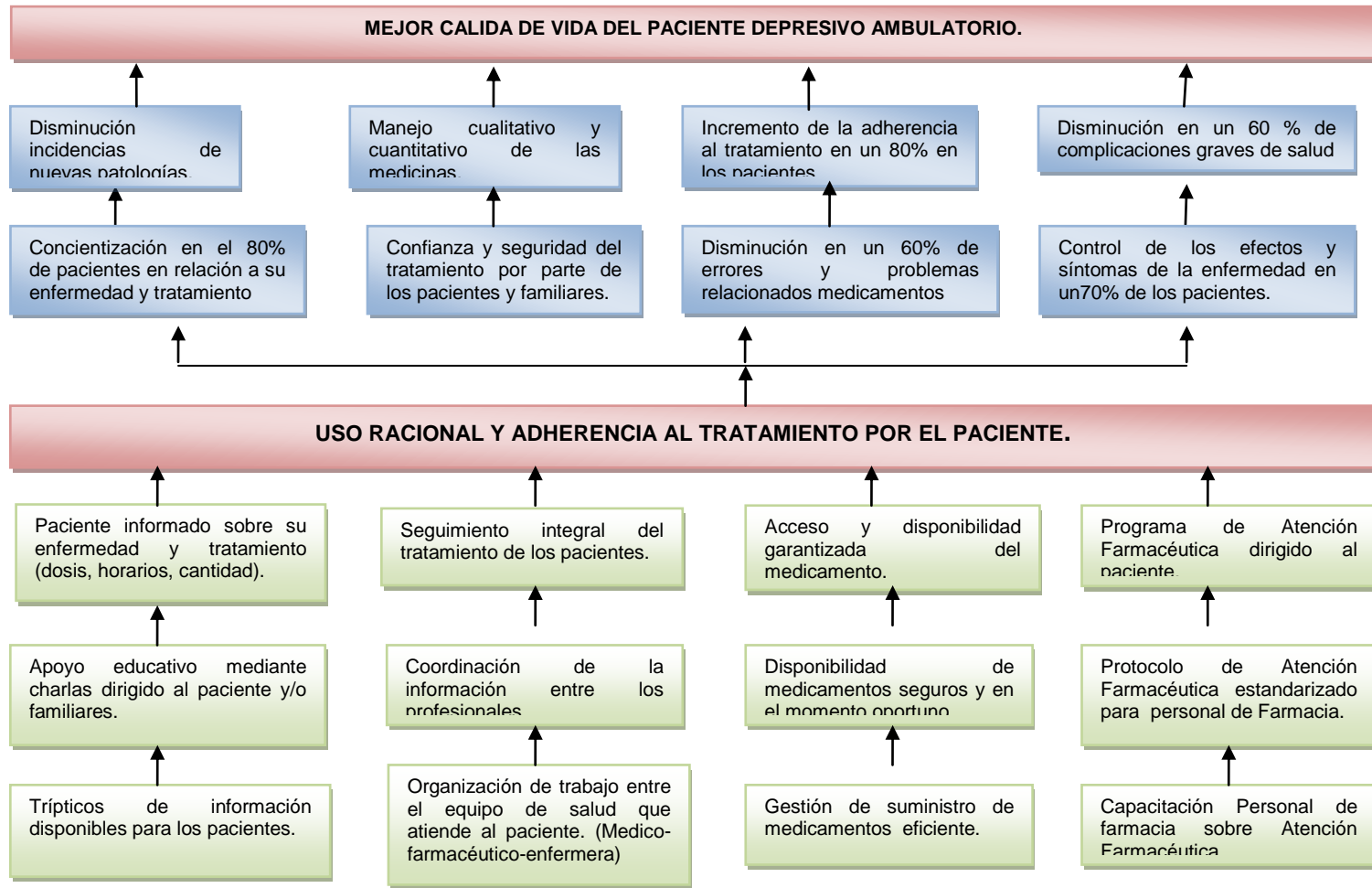


CAUSAS



8.3 ARBOL DE OBJETIVOS

INDICADORES



ESTRATEGIAS

8.4 MATRIZ DE MARCO LÒGICO

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>FIN:</p> <p>Contribuir a una mejor calidad de vida del paciente depresivo ambulatorio mediante una buena atención farmacéutica sobre adherencia al tratamiento brindado por el HPSL.</p>	<p>Transcurrido un año del programa se lograra que un 60% de pacientes gocen de mejores condiciones de vida.</p>	<p>Estadísticas de pacientes.</p>	<p>Respaldo y apoyo de la Dirección médica a la propuesta.</p>
<p>PRÓPOSITO:</p> <p>Uso racional y adherencia al tratamiento por parte de los pacientes depresivos ambulatorios del HPSL.</p>	<p>Al término del primer año de este proyecto el 60% de pacientes concienciado para cumplir correctamente su tratamiento farmacológico.</p>	<p>Encuestas a Los Pacientes.</p>	<p>Un racional y seguro de los medicamentos.</p>
<p>RESULTADOS</p> <p>1. Implementado un programa de Atención Farmacéutica sobre Adherencia al Tratamiento para pacientes depresivos ambulatorios.</p>	<p>Programa de Atención Farmacéutica personalizado para el paciente y en marcha al término del primer año del proyecto en el HPSL.</p>	<p>Estadísticas del sistema. Base de datos</p>	<p>Programa de atención farmacéutico del HPSL mantiene resultados positivos.</p>
<p>2. Organización definida entre el equipo de salud que atiende al paciente (medico- enfermera-farmacéutico) lo que ayuda a brindar una atención integral al paciente.</p>	<p>Al término del primer año de implementado el programa existe una organización eficiente entre el equipo de salud.</p>	<p>Mejoramiento de la relación del equipo de salud multidisciplinario.</p>	<p>Atención integral al paciente del HPSL.</p>
<p>3. Gestión el Suministro de Medicamentos integral y continuo, garantizando al paciente el acceso y disponibilidad de medicamentos seguros, eficientes y de calidad</p>	<p>El 80% de medicamentos solicitados con receta médica son dispensados.</p>	<p>Encuestas al paciente</p>	<p>Farmacéuticos comprometidos en el suministro de medicinas.</p>

4. Los pacientes depresivos disponen de trípticos de información básica y sencilla de su tratamiento y enfermedad en el momento que acuden a la farmacia.	El 60% de los pacientes disponen de información de su tratamiento.	Encuestas al paciente	Paciente conoce de su enfermedad y tratamiento.
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
A1			
Capacitación: <ul style="list-style-type: none"> • Farmacéutico para la dirección del programa. • Personal de Farmacia para aplicación del programa. 	Autora del proyecto	2010	Internet Libros
Socialización e Institucionalización del proyecto al personal involucrado.	Autora del proyecto	2010	Computador Proyector
Elaboración del protocolo de Atención Farmacéutica.	Autora del proyecto	2010	Computador Impresora Papeles
A2			
Reuniones con los profesionales de la salud involucrados (médicos, enfermeras, farmacéuticos)	Autora del proyecto	2010	Computador Proyector
Dar a conocer las herramientas y materiales a utilizar en el programa.	Autora del proyecto	2010	Computador. Proyector. Trípticos

A3			
Revisión y aplicación de los diferentes procesos establecidos en el Manual de Gestión de Medicamentos.	Autora del proyecto	2010	Computador Proyector
Implementar procedimientos y acciones correctivas para garantizar la calidad del medicamento.	Autora del proyecto	2010	Papeles, esferos Tarjetas de cartulina. Computadora Impresora.
A4			
Diseño y elaboración de trípticos informativos sobre temas relacionados.	Autora del proyecto	2010	Papeles Computador
Información al paciente y familiares del tratamiento mediante charlas educativas.	Autora del proyecto	2010	Trípticos Medicinas

9. RESULTADOS

En base a la Matriz de Marco Lógico se detallaran las actividades a desarrollar para cumplir los resultados esperados, a continuación la evolución y cumplimiento de las mismas:

9.1 CAPACITACIÓN DEL FARMACÉUTICO

Para la capacitación del Farmacéutico en este caso la autora del proyecto fue una auto capacitación y actualización, ya que será la que lleve a cabo el desarrollo del programa.

Los pasos previos a seguir dentro del proceso de capacitación:

- Búsqueda de información actualizada relacionada con el tema Atención Farmacéutica para pacientes ambulatorios depresivos tanto en revistas, libros artículos e Internet.
- Selección de la información más importante y actualizada.
- Revisión de experiencias de otros programas similares aplicados y desarrollados
- Recolección de datos de la institución y su problemática en relación al tema.
- Aplicación del conocimiento obtenido al proyecto.
- Elaboración de un resumen comprensible en el que conste una breve explicación de lo que se trata el programa para divulgar con el personal involucrado en la socialización
- Puesta en marcha la elaboración del proyecto en la institución.

Los temas relacionados que se considero relevantes luego de la revisión bibliografía son los siguientes:

- La Depresión, estudio de la enfermedad, causas, síntomas, etc.
- Estudio de los Medicamentos (selección, adquisición, almacenamiento, distribución).
- Atención Farmacéutica en pacientes depresivos.
- Dispensación de medicamentos.
- Protocolo de seguimiento a grupos de pacientes con esta enfermedad en atención farmacéutica.
- Identificación de los Pacientes.
- Educación y Asesoramiento al paciente.

Todo ello para que en el futuro los farmacéuticos puedan disponer de un protocolo de referencia que permita desarrollar con calidad y efectividad el programa de atención farmacéutica dirigido al paciente depresivo, considerando o efectuando su mejora de acuerdo a las necesidades o cambios que se presenten.

La OMS manifiesta el importante papel que tiene reservado el farmacéutico en los Sistemas Sanitarios y los ámbitos en que este profesional debe desarrollar su trabajo, y especial realce a las funciones y servicios que pueden y deben prestar los farmacéuticos, en el ámbito de la dispensación de medicamentos.

El farmacéutico también debe dar información sobre la importancia de cumplir con la posología y la duración del tratamiento prescrito por el medico, deberá diseñar o crear folletos informativos sobre el uso correcto de los medicamentos y que sean difundidos en la farmacia, para poder mejorar su utilización correcta y la adherencia al tratamiento, y estar alertas sobre posibles efectos secundarios o adversos. Mediante la prestación de atención farmacéutica, se puede evitar o detener las interacciones medicamentosas; vigilar y evitar, o reducir al mínimo las reacciones medicamentosas

adversas; controlar el costo y la eficacia de la farmacoterapia; y orientar sobre hábitos cotidianos aconsejables para potenciar los efectos terapéuticos del régimen de medicación.

9.2 SOCIALIZACION DEL PROYECTO

La socialización se refiere a que todo el personal involucrado en el proyecto conozca y se relacione con el mismo.

Para la ejecución de esta actividad se planificó y se desarrollo las siguientes actividades:

Actividades	Responsable	Participantes	Lugar
Elaboración de la presentación	Autora del Proyecto	Autora del Proyecto	
Convocatorio a reunión para socializar el proyecto.	Autora del Proyecto	Director Médicos Enfermeras Personal de Farmacia.	Sala de reuniones HPST
Presentación del Proyecto. Entrega de información resumida sobre contenido del proyecto. ** Preguntas y Respuestas de los asistentes.	Autora del proyecto	Director Médicos Enfermera Personal de Farmacia	Sala de reuniones HPST
Registro de Asistencia y firmas de los presentes.	Autora del proyecto	Director Médicos Enfermera	Sala de reuniones HPST

**** PROGRAMA DE ATENCION FARMACEUTICA.**

Los profesionales del área de la salud pensamos que el acto inmediato, lógico y obligatorio del paciente, posterior a la prescripción por parte del médico y a la dispensación por parte del farmacéutico de un régimen medicamentoso, es el seguir al pie de la letra las instrucciones médicas y, por consiguiente, el tomar correctamente sus medicamentos. Sin embargo numerosos estudios han demostrado con el pasar de los años que los pacientes fallan al tratar de seguir las instrucciones de su medicación.

Las principales razones para que se presenten errores en la terapia medicamentosa de los pacientes ambulatorios es la falta de conocimiento y de entendimiento de las indicaciones orales y escritas, las cuales son generalmente insuficientes para una persona que es responsable de tomar su tratamiento en la casa, el paciente abandona su tratamiento una vez que los síntomas desaparecen y se siente mejor, lo que a provocado un gran incumplimiento del tratamiento.

ES LA PROVISIÓN RESPONSABLE DE LA FARMACOTERAPIA CON EL PROPÓSITO DE ALCANZAR UNOS RESULTADOS CONCRETOS QUE MEJOREN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE

Los objetivos que persigue la atención farmacéutica son:

- Respeto al paciente, el de resolver su problema de salud.
- Respeto al médico, el de complementar y ayudar en la atención sanitaria que se presenta al paciente.
- Respeto al medicamento, el de profesionalizar el acto de la dispensación.

De acuerdo a esto las necesidades de aprendizaje con atención farmacéutica son:

- Aprender a trabajar con pacientes que tienen problemas de salud.
- Aprender a trabajar con los médicos que van a tratar o han tratado ese problema de salud en un paciente.

- Aprender a trabajar con los medicamentos que el farmacéutico y el médico usan como herramientas para resolver o paliar el problema de salud de cada paciente.

Por lo expuesto se ve la necesidad que a través del servicio de farmacia y mediante el desarrollo y aplicación del programa de atención farmacéutica al paciente ambulatorio se logre resolver o disminuir los problemas que el paciente tiene con sus medicamentos que influye en su tratamiento.

La aplicación del programa responde a la prescripción médica y se lleva a cabo la dispensación de medicamentos al paciente. El farmacéutico entrega los medicamentos al paciente utilizando sistemas de dispensación que garanticen la seguridad, rapidez y control del medicamento, brinda información a ese paciente para lograr el cumplimiento de la terapia y efectúa el seguimiento farmacoterapéutico necesario de acuerdo a la terapia indicada por el médico.

Finalmente, será también básico en el desarrollo de este programa que el paciente logre creer en la necesidad real del tratamiento que se le ha prescrito, que conozca exactamente de qué manera tomarlo, que entienda la importancia de su terapia y que conozca las posibles consecuencias de no utilizarla.

Justificación

Las instituciones de salud actualmente enfrentan el reto de mejorar la calidad de sus servicios, una de las estrategias básicas para lograr es a través de la implantación y mejora de sus procesos de servicios, partiendo de esto con este proyecto se pretende realizar la implementación de un programa de atención farmacéutica dirigido a los pacientes ambulatorios depresivos, el cual debe ser asimilable por parte de todos los involucrados para que sea un proceso que guíe la mejora continua del servicio de Farmacia y en beneficio del paciente.

Objetivo

Brindar un programa de Atención farmacéutica para concientizar al paciente sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento y de esta manera mejorar la prestación de servicios de salud en la institución.

Beneficiarios

Los principales beneficiarios de este proyecto son los pacientes y la institución misma.

Recursos

Los recursos a utilizar son: humanos, tecnológico, físico.

Tiempo

El tiempo estimado para la ejecución del proyecto es de un año, tiempo en el cual se deberá realizar el proyecto con la ayuda de guías didácticas y demás recursos que sean necesarios para el éxito del proyecto.

Estrategias

La estrategia para poner en marcha el proyecto es siendo permanentemente miembros activos en la institución, desarrollando competencias laborales tanto de productividad y competitividad, ya que en la actualidad los cambios sociales, económicos culturales y tecnológicos nos plantean cada día nuevas exigencias, y con mucha más razón siendo profesionales de la salud que depende de nosotros la salud de la comunidad. y nos obliga a tener un sentido de responsabilidad social.

Otras estrategias para el desarrollo de este programa dirigido al paciente es la elaboración de:

- Protocolo de Atención Farmacéutico.
- Tríptico de Atención Farmacéutica.
- Tríptico sobre la Depresión.
- Tríptico sobre Adherencia al Tratamiento.
- Esquema gráfico como tomar los medicamentos.

El proyecto será un aporte importante el cual permitirá que el servicio que se brinde desde la Farmacia sea de apoyo al paciente y tenga un impacto social.

9.3 INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PROYECTO

Una vez realizada la socialización del proyecto en la institución, y para que el mismo tenga una sostenibilidad en el tiempo y se puede desarrollar sin problemas en el transcurso, es importante que este programa de Atención Farmacéutica para pacientes depresivos ambulatorios, se considere como un Proceso aprobado y definido de la Farmacia del Hospital.

El diseño de programas de Atención Farmacéutica debe llevarse a cabo en consenso con el equipo médico que atiende a los pacientes, estableciendo unos objetivos comunes que permitan mejorar la utilización de los medicamentos y por lo tanto los resultados en el paciente. Siendo el paciente nuestra razón del proyecto y el mayor beneficiario es quién nos proporcionara toda la información de base para partir con todas las actividades definidas.

El grupo médico y de enfermería será nuestro soporte y fuente de información ya que son quienes están en mayor contacto con el paciente y conocen más de cerca y en detalle todo de su tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Este proyecto tendrá el apoyo y colaboración directa de la farmacia y principalmente de la Dirección Médica del hospital que esta convencida del impacto que tendrá en los pacientes y por ende en la imagen de una atención integral y de calidad que es la misión del hospital. La presencia del farmacéutico en este proyecto nos dará la sostenibilidad necesaria para que sea llevado y ejecutado de la manera más eficiente, profesional y responsable.

Para la institucionalización del proyecto se hace necesario que todos los procesos que contribuyen a la atención de salud, dispongan de la reglamentación y las normas necesarias para conducirlos y obtener como resultado una atención integral de calidad, oportuna y eficaz.


Parte fundamental dentro del programa es realizar una Dispensación Informada y Activa que es el punto donde nos enfocaremos con mayor relevancia, que consiste en

la interpretación correcta de una receta, la entrega oportuna del medicamento correcto, al paciente indicado, en el momento apropiado, acompañado de la información y seguimiento para su buen uso.

La dispensación informada hace parte de las estrategias de promoción del uso racional, sin embargo, reconociendo las características propias del sistema y la necesidad de instruir claramente a los responsables de entregar medicamentos a la población, en este proyecto se trata de que el programa sea manejado como proceso de la institución.

Para lo cual se toma como referencia procesos establecidos y aprobados por el Ministerio de Salud Pública del Manual de Gestión de Medicamentos, realizando cambios de acuerdo a la necesidad de este trabajo para al diseño y elaboración del respectivo protocolo para Atención Farmacéutica.

9.4 ELABORACION DE PROTOCOLO DE ATENCION FARMACEUTICA

 HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LÁZARO	<i>PROTOCOLO DE ATENCION FARMACÈUTICA DISPENSACIÓN</i>	SERVICIO DE FARMACIA Pág. 1 de 11
--	---	--

El presente protocolo establece el procedimiento que debe seguir el personal de farmacia en particular, aquellos que están a cargo de la Dispensación de medicamentos, a fin de asegurar condiciones adecuadas de entrega e información de medicamentos al paciente y el correcto uso de los medicamentos, para de esta manera garantizar la calidad, seguridad y eficacia del tratamiento y adherencia farmacológico.

Esta guía es una herramienta que describe las actividades que se deben realizar en cada etapa, contribuye a la ejecución correcta y oportuna de las actividades encomendadas al personal, propiciando de esta manera la uniformidad en el trabajo, el ahorro de tiempo y de esfuerzos, la optimización de los recursos humanos, además un servicio de calidad a los pacientes.

Las actividades descritas en el presente documento, están orientados a establecer mecanismos internos que permitan brindar una Atención Farmacéutica de calidad al paciente en relación al uso de sus medicamentos, por lo tanto son de cumplimiento obligatorio del personal del servicio de Farmacia.

Objetivos:

- Proporcionar Atención Farmacéutica adecuada mediante una dispensación correcta y oportuna, para garantizar un uso seguro de los medicamentos a los pacientes ambulatorios depresivos que acuden al servicio de farmacia.

 <p>HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LÁZARO</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DISPENSACIÓN</p>	<p>SERVICIO DE FARMACIA</p> <p>Pág. 2 de 11</p>
---	---	---


- Asesorar y educar al paciente ambulatorio en el uso correcto de los medicamentos mediante información completa, actualizada y confiable para garantizar su adherencia al tratamiento farmacológico.

Procedimiento Operativo:

El protocolo debe orientar el proceso de dispensación y ser elaborado con base a los criterios y consideraciones que defina claramente las responsabilidades de cada uno de los recursos humanos involucrados en la prestación del servicio.

Las normas y procedimientos para la atención farmacéutica del paciente ambulatorio toman en cuenta el siguiente proceso de dispensación:

- Recepción e interpretación de la receta médica.
- Preparación del medicamento
- Entrega del medicamento al paciente. Dispensación
- Seguimiento de la terapia.
- Evaluación.

 <p>HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LÁZARO</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DISPENSACIÓN</p>	<p>SERVICIO DE FARMACIA</p> <p>Pág. 3 de 11</p>
---	---	---

1. Recepción e Interpretación de la Receta Médica


1.1 Recepción

El proceso de dispensación se inicia con la presentación de la receta médica como requisito fundamental, la cual es receptada por el auxiliar de farmacia.

La receta es el documento que contiene la orden del médico, donde solicita un medicamento específico para un paciente en particular, en una dosis específica y para usar en un tiempo determinado. Una receta puede ser muy bien concebida pero puede ser terapéuticamente inútil si la orden médica no es clara para el personal de farmacia.

Toda receta para ser dispensada debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas para el uso del recetario. La prescripción debe llevar la siguiente información:

- Nombre del Hospital o institución de salud
- Fecha en la cual se extiende la receta
- Nombre del paciente
- Número Historia Clínica
- Sexo
- Servicio
- Nombre genérico del medicamento
- Concentración

 <p>HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LÁZARO</p>	<p><i>PROTOCOLO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DISPENSACIÓN</i></p>	<p>SERVICIO DE FARMACIA</p> <p>Pág. 4 de 11</p>
--	--	---

- Forma farmacéutica y dosis
- Número total de unidades a entregar
- Nombre y firma del médico prescriptor


En caso de medicamentos psicotrópicos se necesita la receta especial (receta especial del INH para Psicotrópicos) para la dispensación de los mismos, caso contrario no se debe entregar.

1.2 Interpretación

Esta función debería ser exclusiva del farmacéutico ya que mediante la interpretación de la orden se dispensará el medicamento al paciente, esta actividad permite verificar si la prescripción es correcta y si está completa.

El farmacéutico y/o auxiliar de farmacia (con supervisión del farmacéutico) al interpretar la receta verifica la dosis, vía de administración, frecuencia, duración del tratamiento, detecta interacciones medicamentosas y prevé posibles efectos adversos. Si la prescripción estuviese incompleta o existiese duda sobre la misma, el farmacéutico debe comunicarse con el médico por vía telefónica, personalmente o dependiendo del cambio requerido y especificar la causa de la devolución de la receta para su respectiva corrección.


Luego de la interpretación y si la receta esta correcta, el auxiliar de farmacia procederá a la preparación de la medicina para la entrega al paciente.

 <p>HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LÁZARO</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DISPENSACIÓN</p>	<p style="text-align: center;">SERVICIO DE FARMACIA</p> <p style="text-align: center;">Pág. 5 de 11</p>
--	---	---

2. Preparación del Medicamento

En esta etapa el auxiliar de farmacia localizará, verificará la disponibilidad, empaquetará y etiquetará si lo es necesario el medicamento prescrito. El disponer de un adecuado sistema de localización e identificación de los medicamentos es vital para crear un sistema de dispensación eficiente.

- Se verifica la disponibilidad de los medicamentos, las concentraciones, cantidades prescritas y estado adecuado de los medicamentos a dispensar, no se debe sacar de empaques primarios y en lo posible de empaques secundarios, no se debe fraccionar su empaque primario, ni fraccionar el medicamento.
- Para la dispensación de los medicamentos a los pacientes se entregará etiquetas, afiches, trípticos diseñados para una mejor comprensión del uso correcto de su medicina.
- Las etiquetas o material de apoyo deben ser mecanografiadas o a mano para que sean legibles y claras de acuerdo a los recursos materiales disponibles.
- El auxiliar escribirá en la etiqueta (afiche) el nombre del paciente, nombre del medicamento (genérico), dosis, intervalo, vía de administración e indicaciones especiales para el uso del producto.
- La dosis debe expresarse en la forma más clara de manera que el paciente no tenga dificultad. Si la dosis viene expresada en miligramos, microgramos o gramos

 <p>HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LÁZARO</p>	<p><i>PROTOCOLO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DISPENSACIÓN</i></p>	<p>SERVICIO DE FARMACIA</p> <p>Pág. 6 de 11</p>
--	--	---


debe ponerse obligatoriamente la cantidad a que corresponda, ya sea en número de tabletas, cucharadas, cucharaditas, etc.

- El horario debe consignarse utilizando palabras y no deben utilizarse abreviaturas.
- El tiempo de administración debe definirse exactamente si son medicamentos de uso limitado.
- Cuando se detecta que el paciente no puede leer las indicaciones, éstas deben ser formuladas utilizando símbolos visuales.
- Incluirse en la etiqueta cualquier información específica sobre el medicamento prescrito.
- La etiqueta deberá tener el nombre, teléfono y dirección de la institución donde es dispensado el medicamento.

3. Entrega del Medicamento al Paciente. DISPENSACIÓN

La dispensación del medicamento constituye uno de los momentos más importantes para la interacción entre paciente y farmacéutico. El farmacéutico será responsable de la entrega del medicamento, explicando verbalmente al paciente y de considerarlo necesario, entregar la siguiente información:


- Uso y acción esperada

 <p>HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LÁZARO</p>	<p align="center">PROTOCOLO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DISPENSACIÓN</p>	<p align="center">SERVICIO DE FARMACIA</p> <p align="center">Pág. 7 de 11</p>
--	--	---

- Instrucciones especiales para la preparación del medicamento (si es necesario)
- Instrucciones especiales para su administración o utilización
- Precauciones que se deben observar durante su administración
- Efectos secundarios que pueden presentarse y cómo prevenirlos (acción requerida si éstos se presentan)
- Indicaciones de almacenamiento
- Interacciones potenciales
- Otra información específica que se requiera
- Cuando se detecta que el paciente no puede o no sabe leer, las instrucciones deben formularse utilizando símbolos visuales.

Cuando no es posible que el farmacéutico haga la entrega del medicamento deben desarrollarse folletos educativos escritos para cada medicamento o grupo farmacológico, esto es importante cuando se trata de pacientes con enfermedades crónicas o que estén recibiendo medicamentos que requieran instrucciones especiales, lo que permite que el paciente reciba algún tipo de educación, pero no sustituye la educación verbal al paciente por parte del farmacéutico, es lo más seguro e ideal particularmente en aquellos pacientes que no saben leer. El uso de folletos educativos sirve para reforzar la información entregada en forma verbal.

El farmacéutico deberá verificar si el paciente entendió las indicaciones haciendo preguntas sobre la información brindada.

 <p>HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LÁZARO</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DISPENSACIÓN</p>	<p style="text-align: center;">SERVICIO DE FARMACIA</p> <p style="text-align: center;">Pág. 8 de 11</p>
--	---	---

En pacientes crónicos se pueden considerar mecanismos especiales para entregar el medicamento en función de la disponibilidad de éste y asegurar que la mayoría de los pacientes reciban el medicamento necesario.

El farmacéutico puede adicionar rótulos auxiliares, trípticos, o cualquier otra información que sea necesaria, referente a cómo administrar, preparar y conservar el medicamento, el auxiliar podrá también hacer uso del material disponible para la educación del paciente el cual colocarlo o entregar la información respectiva.

Después de entregado el medicamento se debe archivar la receta considerando si es receta de medicamentos psicotrópicos que irán a otro archivo.

4. Seguimiento de la Terapia o Medicamento

En hospitales más avanzados que cuentan con suficientes farmacéuticos y donde ya se ha establecido un servicio de entrega de medicamentos estandarizado y organizado, se puede entonces empezar a brindar servicios de seguimiento de farmacoterapia. Estos servicios se brindarán a pacientes que acuden regularmente al servicio ambulatorios y que tengan necesidad de recibir servicios de seguimiento más avanzados debido a su terapia medicamentosa.

El farmacéutico realizará todas aquellas actividades que sean necesarias para asegurar el seguimiento farmacoterapéutica adecuado. Se deben escoger aquellas enfermedades o medicamentos donde el farmacéutico tenga capacitación adecuada y


 <p>HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LÁZARO</p>	<p><i>PROTOCOLO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DISPENSACIÓN</i></p>	<p>SERVICIO DE FARMACIA</p> <p>Pág. 9 de 11</p>
--	--	---

pueda demostrar su impacto. Esto requiere que el farmacéutico tenga un alto grado de preparación en farmacoterapia y que trabaje en estrecha colaboración con el personal médico y dedicación total a esta actividad.

Para el seguimiento del tratamiento se debe diseñar y utilizar una base de datos el cual deberá estar disponible en un sistema informático, para un manejo rápido y oportuno de la información, considerando que se puede llevar de manera manual pero que se necesitaría de mayor tiempo para la atención.

En la ficha informática diseñada deberá constar:

- Nombre del paciente
- Edad
- Sexo
- Patología
- Nombre del Médico
- Fecha de la consulta medica
- Medicamentos que utiliza
- Problemas observados con los medicamentos
- Observaciones.

 <p>HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LÁZARO</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DISPENSACIÓN</p>	<p>SERVICIO DE FARMACIA</p> <p>Pág. 10 de 11</p>
--	---	--

Cabe resaltar que esta fase del protocolo queda descrita para que posteriormente se desarrolle en su totalidad que de acuerdo a nuestra realidad como Hospital público se tiene limitaciones tanto físicas, económicas, tecnológicas, recurso humano en donde el rol del farmacéutico esta limitado pero que a través de este proyecto se esta dando la iniciativa para seguir avanzando en lo que es Atención Farmacéutica.

5. Evaluación

El proceso de dispensación al paciente ambulatorio involucra diversas etapas, en las cuales se involucra personal farmacéutico y auxiliar. Debe ser un proceso que reúna los requisitos de rapidez, seguridad y control. Este servicio debe ser evaluado para garantizar que se cumple con los objetivos planificados


A continuación se enuncian algunos indicadores que permiten evaluar el Servicio ofrecido al paciente en un determinado tiempo y así determinar la eficacia del mismo y sus puntos críticos para poder efectuar cambios y mejoras del sistema.


- Existencia de normas y procedimientos definidos para el proceso de dispensación.
- Número de recetas dispensadas por día en el Servicio,
- Porcentaje de medicamentos no dispensados por desabastecimiento.
- Número de medicamentos prescritos no incluidos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos.


 <p>HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LÁZARO</p>	<p align="center"><i>PROTOCOLO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DISPENSACIÓN</i></p>	<p align="center">SERVICIO DE FARMACIA</p> <p align="center">Pág. 11 de 11</p>
--	---	--


- Número de pacientes que el farmacéutico da seguimiento en la terapia.
- Número de errores determinados por el farmacéutico
- Número de actividades de educación al paciente ambulatorio desarrolladas.
- Número de programas de educación continua para pacientes, auxiliares y Farmacéuticos.
- Porcentaje de satisfacción de otros profesionales de salud.
- Porcentaje de satisfacción de los pacientes con los servicios prestados.

<p>ELABORADO:</p> <p>B.F Ana Patricia Yambay</p>	<p>REVISADO:</p> <p>B.F Ana Patricia Yambay</p>	<p>APROBADO:</p>
---	--	---

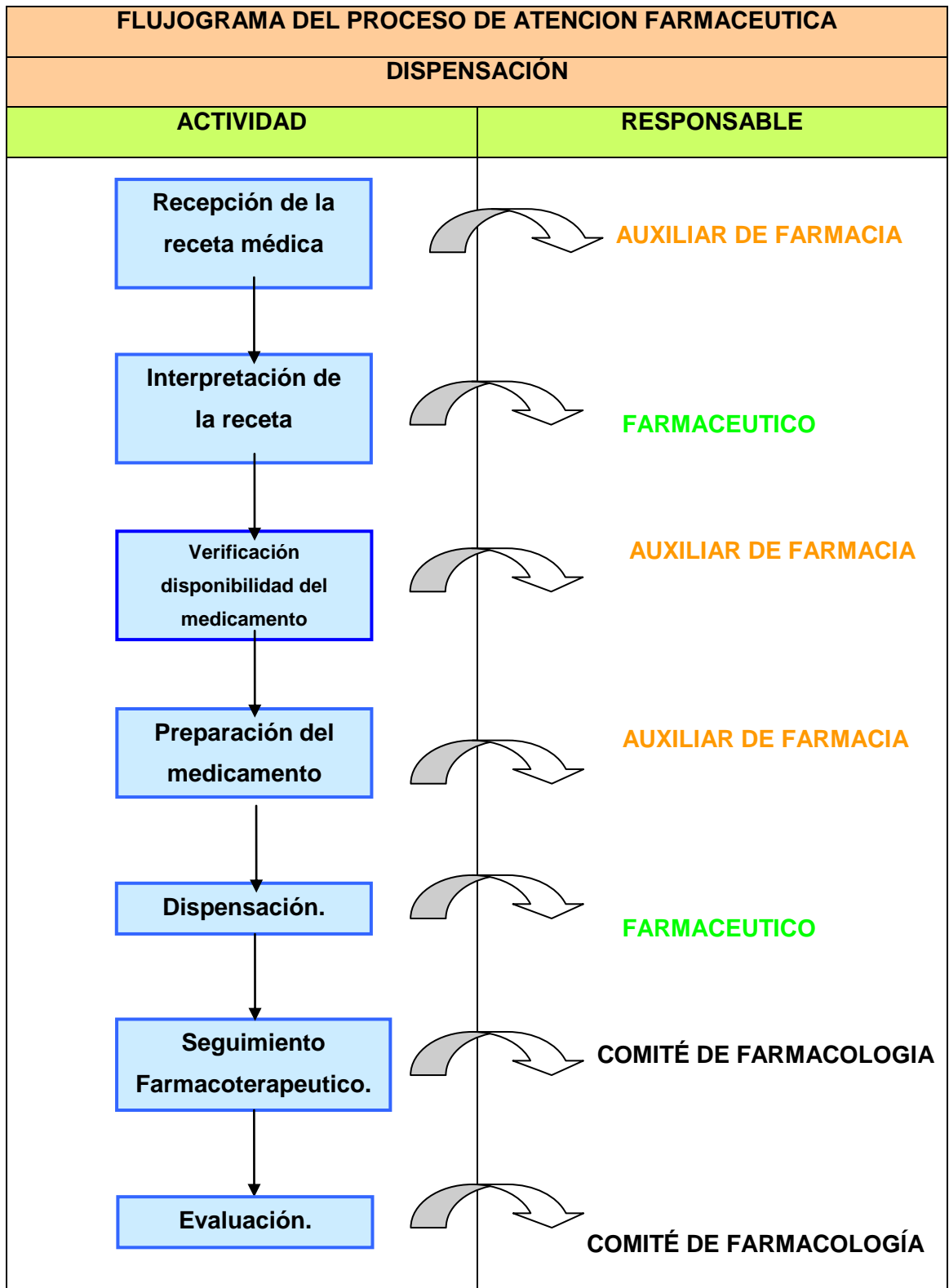
 HOSPITAL PSIQUÍATRICO SAN LÁZARO		PROTOCOLO DE ATENCION FARMACEUTICA DISPENSACIÓN		SERVICIO DE FARMACIA	
No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
1.	Recepción e Interpretación de la Receta Médica.	<p>1.1 El paciente presenta la receta en farmacia, se recepta, verifica si es legible y permite un claro entendimiento de lo prescrito.</p> <p>1.2 En la interpretación se confirma nombre del medicamento, concentración, forma farmacéutica, dosis, frecuencia de administración, duración del tratamiento y cantidad total a entregar. En caso de dudas se debe aclarar directamente con el prescriptor.</p>	Auxiliar de farmacia Bioquímico Farmacéutico	Receta médica.	Con cada paciente a atender.

 HOSPITAL PSIQUÍATRICO SAN LÁZARO		PROTOCOLO DE ATENCION FARMACEUTICA DISPENSACIÓN		SERVICIO DE FARMACIA	
No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
2.	Preparación de medicamentos.	<p>Verificar disponibilidad de los medicamentos, concentración, cantidad, estado adecuado de los medicamentos a dispensar.</p> <p>Considerando lo siguiente: no sacar de empaques primarios y en lo posible de empaques secundarios, no fraccionar su empaque primario, ni el medicamento.</p>	Auxiliar de farmacia	Sistema de información actualizado.	Con cada receta
		Realizar el adecuado reempaque en caso necesario.	Auxiliar de farmacia	Insumos para re empaque.	Con cada receta


 HOSPITAL PSIQUÍATRICO SAN LÁZARO		PROTOCOLO DE ATENCION FARMACEUTICA DISPENSACIÓN		SERVICIO DE FARMACIA	
No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
3.	Dispensación	Se entrega al paciente o familiar la medicación, informando sobre las indicaciones de su prescripción, dosis, tratamiento, uso, recomendaciones, almacenamiento adecuado del medicamento, verificando la comprensión del paciente o su acompañante mediante preguntas sencillas sobre el tratamiento a seguir en su casa. Se recuerda al paciente o acompañante la importancia de cumplir el tratamiento en forma correcta para una	Químico Farmacéutico	Receta médica. Material didáctico.	Con cada receta a dispensar

 HOSPITAL PSIQUÍATRICO SAN LÁZARO		PROTOCOLO DE ATENCION FARMACEUTICA DISPENSACIÓN		SERVICIO DE FARMACIA	
No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
		<p>óptima adherencia al tratamiento.</p> <p>Educar e informar al paciente utilizando trípticos, afiches, etiquetas, instrucciones escritas y otras alternativas para conseguir su comprensión del uso correcto de su medicina. y de no ingerir alcohol y otras sustancias que pueden interferir con su tratamiento.</p> <p>Archivar la Receta.</p>			

 HOSPITAL PSIQUÍATRICO SAN LÁZARO		PROTOCOLO DE ATENCION FARMACEUTICA DISPENSACIÓN		SERVICIO DE FARMACIA	
No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
4.	Seguimiento Farmacoterapéutico.	Finalizado el proceso de dispensación informada que influirá en la adherencia al tratamiento por parte del paciente, se hace seguimiento y control sobre dispensación oportuna, completa y sin errores, utilizando indicadores definidos	Comité de farmacoterapia	Indicadores Recetas	Trimestral
5.	Evaluación	Todo proceso debe ser evaluado para conocer si el trabajo realizado esta correcto o necesita acciones correctivas.	Comité de Farmacología	Indicadores	Trimestral



9.5 APLICACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.

 <p>HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN LÁZARO</p>	<p><i>MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR</i></p> <p>GESTION DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS</p>	<p>SERVICIO DE FARMACIA</p>
--	---	--

El Hospital Psiquiátrico San Lázaro como entidad del sector público prestadora de servicios de salud, esta vinculada con la transformación sectorial de salud en el Ecuador, cuyo objetivo es “garantizar el derecho de la salud para todos y todas y de acuerdo con la Constitución de la República vigente, que favorece la transición hacia un modelo de salud público, integral, de acceso universal, equitativo y sin costo directo para el usuario”, por lo cual es necesario la participación de los diversos actores del Estado de manera que se logre contribuir al desarrollo de una sociedad ecuatoriana más saludable.

Los siguientes procesos y subprocesos que se van a detallar corresponden al Manual de Gestión de Medicamentos emitido a cada uno de los niveles involucrados en la gestión del suministro: central, regional y distrital, conforme a la restructuración del Ministerio de Salud Pública, con el fin de implementar los instrumentos propuestos, establecer actividades básicas, definir responsabilidades y unificar criterios de medición que permitan evidenciar y evaluar los avances y la mejora del sistema.

El modelo de gestión esta integrado por los siguientes procesos: estratégicos, productivos (misionales) y procesos habilitantes (de apoyo) del modelo; cada uno de ellos esta integrado por subprocesos.

El proceso al cual nos enfocaremos a detallar es el Productivo el cual es de competencia y cumplimiento directa por la gestión de Farmacia, sin dejar de lado los otros procesos.

OBJETIVO.

Optimizar la gestión de suministro de medicamentos mediante los procesos establecidos de manera ágil, eficiente, continua y con una gestión integral; con la finalidad de garantizar a la población que acude al hospital, el acceso y disponibilidad de medicamentos seguros, eficaces y de calidad.

PROCESO OPERATIVO.

La formulación de los procesos de gestión del sistema de suministro de medicamentos, se definen por nivel de competencias con su respectivo flujograma y la descripción de las actividades específicas en cada uno de ellos. A su vez, cada actividad contiene “descripción”, o sea el cómo hacerlo; “responsable” que se refiere a quién lo hace, “recursos” y “frecuencia”, indicando la periodicidad de esa acción. En la “descripción” de cada actividad, se presentan los instrumentos a utilizar por parte de los responsables de la actividad.

Los procesos productivos (misionales) son los que permite operativizar el modelo de gestión de suministro de medicamentos, evidenciando sus resultados mediante indicadores concretos, siendo estos:

1. Selección.
2. Programación (estimación de necesidades) y
3. Adquisición.
4. Recepción y Almacenamiento.
5. Distribución y Dispensación.

1. Selección. ANEXO 3

La selección es el punto de partida y pilar fundamental en la gestión de suministro. Se refiere a la elección de los medicamentos esenciales teniendo en cuenta su pertinencia para la salud pública; así como el análisis de la eficacia y la seguridad de los mismos. A nivel operativo tiene como objetivo seleccionar los medicamentos para

satisfacer las necesidades prioritarias de salud de la población, en base al perfil epidemiológico local tomando en cuenta los protocolos y esquemas de tratamiento oficiales en el país.

El resultado del proceso de Selección a nivel nacional, es el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB) que corresponde a la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LNME), que debe ser adoptado obligatoriamente en las instituciones de salud públicas. A nivel operativo la selección de medicamentos debe hacerlo anualmente el Comité de Farmacoterapia, cuyo resultado debe ser la Lista de Medicamentos Esenciales (LME).

Los medicamentos esenciales son los que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población, se seleccionan teniendo debidamente en cuenta su pertinencia para la salud pública, pruebas de eficacia y seguridad, y su eficacia comparativa en relación con el costo.

2. Programación. ANEXO 4

La programación corresponde a la estimación de las necesidades de medicamentos para un determinado grupo poblacional y un período determinado, generalmente un año. Se debe cuantificar los requerimientos en base a la LME, especificando la forma farmacéutica a adquirir de acuerdo a los grupos etéreos por perfil epidemiológico. La programación es responsabilidad del Comité de Farmacoterapia.

3. Adquisición.

La adquisición se inicia con la planificación, que comprende la formulación de políticas y objetivos de adquisición, la determinación de funciones, la elaboración de planes y periodicidad de compra, cuantificación de necesidades ajustada para evitar la ruptura de las existencias de algunos medicamentos y la acumulación de otros, así como la utilización de variables como stocks máximos y mínimos, consumos promedios mensuales, punto de reposición y cantidad a comprar aplicando técnicas adecuadas y aplicables a la realidad, especificaciones técnicas para la adquisición entre otras.

Posteriormente se lleva a cabo la adjudicación de acuerdo al proceso de compras públicas establecido en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública. Por último se realiza la evaluación tanto de la adquisición como del cumplimiento de esta frente a lo programado y de los resultados, disponibilidad de medicamentos, precios de adquisición en relación a precios de referencia, oportunidad, calidad y servicio prestado por los proveedores.

4. Recepción y almacenamiento. ANEXO 5

La recepción del medicamento comprende una recepción técnica y administrativa.

Recepción Administrativa: cada pedido que ingresa a bodega, (sean provenientes de compras locales, compras internacionales , donaciones, de nivel central), debe adjuntarse la documentación respectiva y los medicamentos deben ser previamente inspeccionados y comprobar que su fecha de vida útil al momento de la recepción sea mayor a un año, excepto aquellos que por su naturaleza se degradan (Art. 21 de la Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos Genéricos de Uso Humano).

Para ello se debe verificar que cumplan las condiciones pactadas con el proveedor en cuanto a cantidades, precios, tiempo de entrega, entre otros, para ello el guardalmacén o el responsable de la custodia de los medicamentos tiene la obligación de la verificación.

Recepción Técnica: un profesional bioquímico farmacéutico del proceso de gestión de medicamentos, realizará la verificación de las especificaciones técnicas del medicamento recibido, para lo cual tomará al azar una muestra representativa de cada lote entregado, además como parte de la recepción técnica debe efectuar las siguientes actividades:

- Revisión de documentación
- Verificación del embalaje externo, secundario, primario y del medicamento.

- Decisión de aprobación o rechazo.

El almacenamiento es el proceso implementado para precautelar la conservación de los medicamentos bajo las condiciones establecidas por el fabricante, de manera que se garantice su efectividad a la hora de ser utilizados en las personas. El almacenamiento también involucra actividades para garantizar la custodia y control de los inventarios.

5. Distribución y Dispensación.

La distribución, es un proceso fundamental dentro de la gestión de suministro de medicamentos siendo importante la oportunidad en la entrega y cumplimiento de las especificaciones del pedido elementos que facilitan los procesos administrativos que permitan ingresar los productos.

En los Anexos adjuntos se presenta cada nivel de competencias con sus funciones, cada subproceso con la descripción de actividades, responsable, recursos utilizados y frecuencia de realización; para concluir con los flujogramas de cada subproceso.

9.6 DISEÑO DE TRÍPTICOS

El tríptico es uno de los medios de comunicación gráfica impresa más habituales para dar a conocer cualquier acto, producto o servicio, y por ello es preciso dedicar un poco de atención a su diseño para que resulte de utilidad a nuestros pacientes.

Qué debe contener un tríptico?

El contenido de un tríptico y los gráficos empleados son importantes, antes de comenzar hay que plantearse una serie de preguntas:

- ¿A quién va dirigido?
- ¿Qué idea básica y fundamental debe contener el tríptico?
- ¿Cuándo y como lo presento? fecha de inicio, promoción...
- ¿Qué le interesa leer al paciente?

Estas preguntas nos ayudaran a determinar qué es lo que debemos informar y ofrecer a nuestros pacientes, el cual debe obtener un beneficio (tangible o intangible) de este material que en este caso será una mejor información en relación a su tratamiento y enfermedad.

Objetivo:

Diseñar trípticos con el propósito fundamental de transmitir un mensaje o información que impacte al usuario.

Beneficiarios:

Los principales beneficiarios de este proyecto son los pacientes.

Recursos

Los recursos a utilizar son: humanos, tecnológico.

Estrategias:

Como estrategias dirigidas al paciente ambulatorio depresivo se diseñaran trípticos, los cuales serán de un contenido serio, sencillo, grafico y adecuado para el entendimiento del paciente lo cual contribuirá para su correcto y adecuado cumplimiento de la terapia medicamentosa lo cual influirá positivamente en la adherencia a su tratamiento dando como resultado una mejor calidad de vida del paciente.

Los trípticos informativos son relacionados a:

- Atención Farmacéutica.
- La Depresión. Lo que debe saber sobre la Depresión.
- Cumplimiento y Adherencia al tratamiento.
- Como tomar mis medicinas.

Para el desarrollo de este programa el farmacéutico debe proporcionar información sobre la importancia de cumplir con la posología y la duración del tratamiento prescrito por el médico, para lo cual se deberá diseñar o crear folletos informativos sobre el uso correcto de los medicamentos que sean difundidos desde la farmacia, para poder mejorar su utilización y estar alertas sobre posibles efectos secundarios o adversos.

Es indispensable proporcionar al paciente una información individualizada sobre su tratamiento en el contexto de una educación sanitaria específica y clara. Toda la información debe proporcionarse tanto de forma oral como escrita para que el paciente pueda consultar ante cualquier duda.

Se trata de documentos con información muy precisa sobre la depresión, medicamentos que incluyen algunos conceptos específicos, aspectos concretos dirigidos a los pacientes con depresión que pueden resultar de utilidad.

9.6.1 PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA.

- Lado A -

• Apoyo en el cumplimiento del tratamiento mediante la entrega de material educativo diseñado para este efecto.

• Orientación sobre hábitos de salud y aspectos más importantes de su enfermedad.

RECUERDE este programa está diseñado para usted y juntos lograr los mejores resultados terapéuticos.



.....



PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Lo que usted necesita saber

HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LAZARO

PATRIMONIO DE LA PSIQUIATRIA EN AMÉRICA



Teléfono: 593 02 2268921
www/hpsl.gov.ec

.....

- Lado B -

¿Qué es atención farmacéutica?

Se define como la entrega responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar resultados clínicos definidos, satisfacer las necesidades relacionadas con el uso del medicamento y lograr una mejor calidad de vida del paciente.

El principal beneficiario es el paciente.

Objetivos

- Respeto al paciente: el de resolver sus problemas de salud.
- Respeto al médico: complementar y ayudar en la atención sanitaria que presta al paciente.
- Respeto al medicamento: el de profesionalizar el acto de la dispensación.



Beneficios que ofrece este servicio:



- Información completa a cerca de los medicamentos.
- Ayuda en la prevención, detección y solución de los problemas relacionados con el uso de los medicamentos.
- Usted puede consultar a cerca de otros tratamientos no farmacológicos indicados por su médico.
- Adecuadamente informado existirá un mejor cumplimiento de las indicaciones de su médico y resultados clínicos positivos.



9.6.2 CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

- Lado A -

Estrategias para mejorar la adherencia

- Es importante solicitar a tiempo información sobre su prescripción médica.
- Si usted toma una mayor cantidad de los medicamentos recetados o bien no los toma en cantidad suficiente, pueden aparecer efectos no deseados. 

RECUERDE: Los medicamentos no son la única forma de lograr una buena salud, es muy importante el cumplimiento del tratamiento no farmacológico.




HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LÁZARO



PATRIMONIO DE LA PSIQUIATRIA EN AMERICA
Teléfono: 593-02-2288921
www.hpsl.gov.ec

Cumplimiento y Adherencia al tratamiento



Lo que usted necesita saber

- Lado B -

¿Qué es la Adherencia al tratamiento?

Se refiere a como el paciente cumple con el régimen terapéutico prescrito por su médico; es decir tomar sus medicamentos, cumplir con la hora, número de veces al día, cantidad indicada y respetar la duración del tratamiento para conseguir un resultado terapéutico adecuado.

Importancia

No es suficiente disponer de los medicamentos si usted no los toma correctamente.

Es usted quien decide; si consume o no el medicamento y el cumplimiento de las indicaciones.

La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico constituye uno de los puntos más críticos e importantes en la recuperación de su salud.



Factores que influyen en el cumplimiento.



Médico: una buena relación motivación y confianza es fundamental. La claridad como explica a su paciente tiene gran impacto en la disciplina terapéutica.



Enfermedad: la cronicidad, intervalos libres de síntomas, tipo y gravedad de la enfermedad influyen en el cumplimiento


Tratamiento: la duración, complejidad, efectos secundarios, dosis de los medicamentos son factores que dificultan el tratamiento.



Paciente: es su responsabilidad y qui decide sobre su tratamiento tras recibir la información.

La Institución: la facilidad o dificultad en la obtención de una cita médica o de sus medicamentos influyen en continuidad del tratamiento

Estrategias para mejorar la adherencia.

- Tome el medicamento a la hora indicada. 
- Relacione la toma de sus medicamentos con hábitos de la vida diaria, y manténgalos en el lugar donde lo tomará. (casa, trabajo, viaje)
- Los beneficios del tratamiento se perciben a mediano y largo plazo.

La Adherencia es un tema multidimensional donde se requieren los esfuerzos de diferentes actores en la atención del paciente

9.6.3 DEPRESIÓN.

- Lado A -



**PROGRAMA DE
ATENCIÓN
FARMACÈUTICA**

Como ayudan los familiares y amigos

- Ayudarle a que reciban tratamiento adecuado, acompañarle a la cita medica.
- Asegurarse que la persona este tomando el medicamento o tratamiento indicado.
- Implica brindarles comprensión , paciencia, afecto, atención, compañía y estímulo.
- Invitarle a la persona a caminar, realizar otras actividades para fomentar su participación , pero no forzarla a la persona hacer cosas demasiado pronto.

RECUERDE:

- La depresión no es una debilidad de carácter o falta de voluntad, es una enfermedad que tiene tratamiento.
- Es comprensible que le sea difícil con sus actividades cotidianas.
- Lo mas importante que debes saber la depresión puede curarse.
- Tu recuperación depende de una atención oportuna bajo la responsabilidad de profesionales de salud. Médicos Psiquiatras y Psicólogos.
- No se presione, no se juzgue, usted es una persona

DEPRESIÓN



Lo que usted necesita para informarse



HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LÁZARO
PATRIMONIO DE LA PSIQUIATRIA EN AMÉRICA

Teléfono: 593-02-2268921
www.hpsl.gov.ec

La Depresión es un problema de salud que tiene tratamiento

- Lado B -

	<h2>La Depresión es un problema de salud que tiene tratamiento</h2>		
<p>¿Qué es la Depresión?</p>	<p>Es una enfermedad que altera de forma intensa los sentimientos y los pensamientos.</p>	<p>Causas</p>	<p>Tratamiento</p>
<p>Síntomas</p>	<p>La forma más frecuente de manifestarse es como tristeza, sensación de ser incapaz de enfrentar las actividades y retos diarios.</p>	<p>La depresión es una enfermedad que tiene varias causas y muchas veces están combinadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos, se llaman antidepresivos que ayudan a controlar su problema. • Psicoterapia, trata de dar apoyo emocional al paciente y conseguir de él mayor colaboración en su tratamiento. • Terapia Electroconvulsiva (TEC), consiste en aplicar un estímulo eléctrico al cerebro, esto se realiza por médicos profesionales no causa dolor. Se aplica cuando los medicamentos y la psicoterapia no funcionan.
	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza prolongada. • Pesimismo e indiferencia. • Ataque de llanto sin explicación. • Baja autoestima y sentimientos de culpa. • Aislamiento social. • Irritabilidad. • Ansiedad y agitación. • Dificultades laborales o académicas. • Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores Químicos, es un trastorno bioquímico de sustancias que transmiten información entre las células del cerebro. • Factores Hormonales, en la depresión se encuentran alterados el normal funcionamiento de ciertas hormonas. • Factores Genéticos, es hereditario existe una predisposición hacia ella, tiende a afectar a miembros de una misma familia. • Factores Psicosociales, son resultado de situaciones traumáticas: pérdida de un ser querido, enfermedad, divorcio, ansiedad, baja autoestima, violencia en casa, estrés, abuso de alcohol y drogas. 	<p>Que debe conocer acerca de los medicamentos</p>
			<ul style="list-style-type: none"> • Deben tomarse por el tiempo indicado. • Pueden demorarse de 2 a 3 semanas en hacer el efecto terapéutico. • No lo suspenda ni modifique las indicaciones dadas por su médico. • No producen dependencia. • No se automedique. • Los antidepresivos pueden producir efectos incómodos: náusea, sudoración, dolor de cabeza, sequedad de la boca, temblor, pero que desaparecen a las pocas semanas. • Los tranquilizantes pueden aliviar pero no ayudan a mejorar.

9.6.4 COMO TOMAR MIS MEDICINAS

¿Conocen los pacientes cómo debe tomarse una determinada medicación? ¿Saben qué dosis, cuándo y hasta cuándo es necesario seguir el tratamiento que les han prescrito? A menudo la respuesta a estas preguntas formuladas durante la dispensación activa de un medicamento ponen de manifiesto la descoordinación entre las órdenes médicas de los diferentes profesionales y la falta de comprensión de los pacientes.

No solo es importante adquirir tus medicamentos sino también conservarlos de manera segura y adecuada en tu hogar.

El cumplimiento de las indicaciones consignadas en tu receta médica es importante porque contribuye al éxito de tu tratamiento.

Objetivo

Promover una actitud responsable sobre el cuidado, conservación y uso de los medicamentos en el hogar.





Diseño del Tríptico:

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN LÁZARO

SERVICIO DE FARMACIA

Nombre Paciente: Fecha:

¿COMO TOMAR SU MEDICINA?

 Medicamentos:	Mañana 	Tarde 	Noche 
 Hora:..... Hora:..... Hora:.....
 Hora:..... Hora:..... Hora:.....
 Hora:..... Hora:..... Hora:.....

9.7 PERSONAL DE FARMACIA Y CAPACITACION

Personal (Recursos Humanos)

Se debe tener en cuenta el tipo y cantidad de personal responsable del servicio y su capacitación. El personal encargado de la entrega de medicamentos juega un papel fundamental en la cadena de servicios de salud que se presta al paciente.

En cuanto al personal, lo ideal es que la atención del paciente ambulatorio sea provista por un profesional farmacéutico en forma directa y, en el caso que esto no sea posible, debe realizarse bajo la supervisión de un farmacéutico. Esto se puede llevar a cabo a través de la formulación de normas y procedimientos establecidos con la asesoría del farmacéutico. Por lo expresado, la responsabilidad del servicio debe recaer en un farmacéutico profesional.

Dentro del personal de apoyo en el servicio se debe considerar el personal auxiliar técnico, el personal administrativo, la disponibilidad de este personal es necesaria ya que permite al farmacéutico disponer de tiempo para desempeñar sus funciones profesionales.

La cantidad de personal necesario deberá ajustarse al tipo de actividad a desarrollar y al volumen de trabajo. La determinación del número de personal auxiliar y farmacéutico es un proceso complejo existen algunos estándares fijos, sin embargo, la literatura recomienda contar por lo menos con un auxiliar por cada farmacéutico, considerando que debe existir un farmacéutico por cada 150 recetas/día.

CAPACITACIÓN

Este es otro aspecto a considerar en relación a los recursos humanos involucrados en el servicio de farmacia, independientemente de la capacitación inicial que pueda presentar el personal cuando se inicia en estas labores, toda farmacia debe mantener

programas de capacitación continua para sus recursos humanos, tanto para los auxiliares como para los farmacéuticos.

Para el personal auxiliar los cursos de capacitación deben incluir los siguientes temas:

- Organización y estructura del servicio farmacéutico,
- Objetivos del servicio de farmacia,
- Funciones del farmacéutico y del personal auxiliar,
- Aspectos básicos sobre los medicamentos.
- Normas y procedimientos para uso de recetario,
- Dispensación del medicamento,
- Normas de almacenamiento de los medicamentos.

La capacitación del personal farmacéutico se puede establecer a través de un programa de educación continua, y debe incluir por lo menos:

- Reglamentos y normas.
- Provisión de servicios farmacéuticos,
- Funciones del farmacéutico y personal auxiliar,
- Normas farmacoterapéutica del servicio farmacéutico,
- Técnicas y metodología para educar al paciente sobre los medicamentos

Objetivo.

Disponer de un recurso humano idóneo y capacitado para el cumplimiento de las actividades y/o procesos que se realice de acuerdo a las necesidades del paciente.

Estrategias.

Dentro de las estrategias para la capacitación e información del personal de farmacia se dispone de:

Protocolos: para el desarrollo de este programa se diseñó el protocolo respectivo, el cual servirá para que toda persona que labora o vaya a laborar en el servicio puede disponer de una guía para el desarrollo de sus actividades siempre con el asesoramiento del Farmacéutico.

Cursos: en meses anteriores se llevó a cabo un curso exclusivamente para personal auxiliar de farmacia organizado por La Dirección Provincial de Salud de Pichincha, en el cual se impartieron temas sobre: Leyes y reglamentos vigentes en el país que regulan a los medicamentos, Grupos Terapéuticos, y demás temas relacionados.

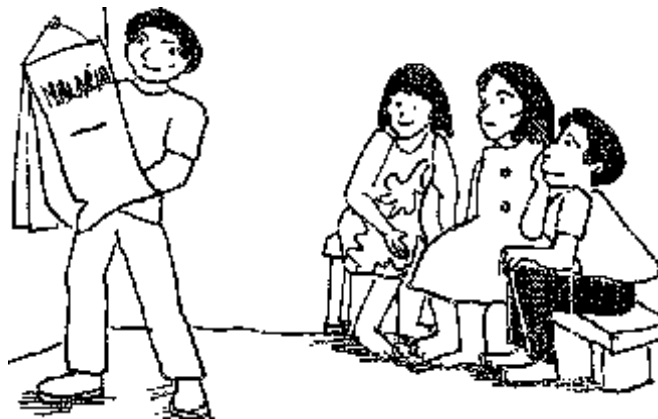
Manual de Procesos para la Gestión de Suministro de Medicamentos: El manual está dirigido a cada uno de los niveles involucrados en la gestión del suministro: programación, adquisición, almacenamiento, distribución y Dispensación, con el fin de implementar los instrumentos propuestos, establecer actividades básicas, definir responsabilidades y unificar criterios de medición que permitan evidenciar y evaluar los avances y la mejora del sistema.

Guía de almacenamiento: establece procedimientos que debe seguir el personal de salud, en particular, aquellos que están a cargo del almacenamiento de los medicamentos a fin de asegurar las condiciones adecuadas de almacenamiento y mantener las características de calidad, seguridad y eficacia de los mismos siguiendo los lineamientos dados por las Buenas Prácticas de Almacenamiento. Esta guía es una herramienta que describe las actividades que se deben realizar en cada etapa de las operaciones que se desarrollan en la bodega, contribuye a la ejecución correcta y oportuna de las actividades encomendadas al personal, propiciando de esta manera la uniformidad en el trabajo, el ahorro de tiempo y de esfuerzos, la optimización de los recursos humanos y financieros, además el mantenimiento de la calidad de los

medicamentos, bajo condiciones adecuadas que garanticen su acción terapéutica y a la vez brinden seguridad a los trabajadores que desempeñan estas actividades.

Capacitación permanente de acuerdo a las necesidades del personal lo cual será dirigido y organizado por el Farmacéutico a cargo y la institución.

9.8 CHARLAS EDUCATIVAS PARA PACIENTES Y FAMILIARES.



Consiste en proporcionar al paciente y a los familiares información detallada, sencilla y básica sobre temas de interés, utilizando materiales hábiles para el paciente, considerando que la educación es un pilar fundamental en todas las actividades relacionadas con la salud.

Es indispensable disponer de un profesional de salud el cual hace una explicación hablada sobre un lema específico a un grupo determinado de gente. Debe tener como tiempo máximo de duración 30 minutos de duración y entre 5 a 20 participantes.

Objetivo.

Educar al paciente sobre aspectos básicos y sencillos sobre el correcto uso de sus medicinas en su domicilio.

Beneficiarios.

Los principales beneficiarios son los pacientes y familiares que acuden a la consulta externa del hospital.

Estrategia.

Para el desarrollo de este tipo de charlas se utilizara los diferentes trípticos diseñados para este programa a implementar, además de carteles de acuerdo al tema a tratar.

Metodología de la charla.

El tipo de Charla que se aplicará es una charla intramural que es aquella que se realiza dentro del establecimiento, se desarrollaran una vez por mes en las salas de espera de los consultorios médicos mientras los pacientes esperan su cita médica.

El tema básicamente a tratar en las charlas es sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento indicado por su médico y uso correcto.

Además temas relacionados:

- Cómo almacenar los medicamentos en forma segura
- Almacene los medicamentos en un lugar donde los niños no puedan verlos ni alcanzarlos, muchos medicamentos son coloridos, tienen sabor rico y pueden masticarse. Los niños podrían pensar que estos medicamentos son golosinas.
- Revise el medicamento para asegurarse de que el color y el olor sean normales.
- Siempre almacene los medicamentos en un lugar fresco y seco, es aconsejable tener presente las condiciones de conservación de cada medicamento, así como los que tienen una duración o efectividad limitada en el tiempo, una vez abierto el envase o reconstituido el preparado, como es el caso de algunos colirios o jarabes.

También es importante, en general, que los medicamentos no tengan una exposición directa a la luz o al sol.

- Mantenga todos los medicamentos en sus cajas, frascos originales, de esta forma, evitará dar el medicamento incorrecto por error.
- Donde deben estar: la cocina y el baño son los lugares en las que se producen más cambios de temperatura y de humedad, por lo que no son los más adecuados para guardar. Éste debe estar en un sitio fresco, seco y preservado de la luz, para que no se alteren las características y propiedades de los medicamentos.
- Revise permanentemente los medicamentos que dispone en su botiquín de su casa, es conveniente revisar el contenido del botiquín periódicamente, verificando la caducidad y buen estado de los mismos.
- El botiquín o lugar donde guarda sus medicamentos debe estar fuera del alcance de los niños, pero sin cerrarlo con llave, para facilitar su apertura cuando se necesite.
- El botiquín no es un almacén con restos de medicamentos, la cantidad de medicamentos que son indicados por el médico, es para un tratamiento completo no debe sobrarle.

Con estos sencillos consejos al paciente, estamos cuidándole y educando favoreciendo el uso responsable del medicamento.

Antes de la charla:

- Asegurarse que el tema sea de interés a la población.
- Preparar el plan de charla y definir claramente sobre el tema para ello previamente, revisar notas, manuales o libros sobre el tema que se va a tratar.
- Tener los materiales educativos (pizarra, gráfico, trípticos, etc.) porque ayudan a que la gente preste más atención.

Toda charla debe tener bien definido los siguientes aspectos:

Tema.

Objetivo.

Lugar.

Hora.

Público.

Materiales.

Durante la charla:

- Saludar, agradecer y presentarse ante los participantes
- Hablar claro, usando palabras sencillas y llamando a los participantes por su nombre
- Tratar de mantener la atención haciendo que el auditorio se sienta en confianza y participe.
- Hacer preguntas al auditorio sobre el tema y observar los gestos de las personas para ver si se aburren (movimientos, bostezos, sonrisas, etc.)
- Al final repetir las ideas principales que se quiere que la gente lo recuerde.

10. CONCLUSIONES

- Analizando las respuestas obtenidas de la encuesta aplicada a los pacientes ambulatorios del hospital, la misma que estaba enfocada a establecer la línea de base de la cual partimos el estudio y a la vez conocer cuanto el paciente sabe sobre el correcto uso de su tratamiento, nos podemos dar cuenta que en general existe un incumplimiento del tratamiento farmacológico del paciente ambulatorio, debido a muchos factores entre ellos falta de información por parte del personal tanto médico, farmacéutico y demás profesionales que atienden al paciente, falta de comprensión de las indicaciones médicas tanto orales como escritas, la farmacia brinda una atención muy indiferente de despacho de la medicina, no disponen de la medicina, olvido de tomar sus medicamentos, factores que influyen directamente a que el paciente no cumpla correctamente su tratamiento que conlleva al deterioro de su salud.
- Luego de la revisión y análisis de la diferente información disponible se ha logrado dilucidar que una de las principales razones para que se presenten errores en la terapia medicamentosa de los pacientes ambulatorios es la falta de conocimiento y entendimiento de las indicaciones médicas entregadas luego de su consulta, las cuales son insuficientes para una persona que es responsable del manejo de su tratamiento en su casa, lo que nos conduce a encontrar una explicación al abandono de la terapia tanto farmacológica y no farmacológica por parte del paciente.
- Es necesario establecer una diferenciación entre el simple despacho de medicamentos y el concepto de dispensación. Considerando este último como la responsabilidad y obligación de dar una orientación y educación al paciente sobre riesgos, uso correcto y racional, aspectos de condiciones de almacenamiento, manejo de la dosis adecuadas, cuidados que se deben tener en la administración del medicamento, importancia del cumplimiento (adherencia) de la terapia, es decir

brindar una atención individualizada y contribuir de manera profesional al cuidado integral del paciente.

- Los profesionales también cometemos errores, manejamos diversidad de registros, falta de comunicación entre el equipo que atiende al paciente (médico – enfermera - farmacéutico), lo cual contribuye a un manejo no adecuado de la información clínica y como consecuencia somos parte de los factores que incide en el no cumplimiento del tratamiento.
- La información que se proporcione en el momento de la dispensación marca la diferencia, la asistencia educativa se deberá realizar de forma oral y escrita. Para la información escrita se utilizará trípticos educativos que nos permite: dar una información clara, sencilla, precisa de su enfermedad y medicinas prescritas y concientizar la importancia del cumplimiento del tratamiento.
- Tomando en cuenta todo lo anterior y considerando que la depresión es una enfermedad crónica y muy común consideré necesario y adecuado el desarrollo de un Programa de Atención Farmacéutica dirigido al paciente Depresivo, en el cual se tratará de lograr que el paciente decida participar en su terapia medicamentosa y no medicamentosa, que se interese en su salud y entienda el propósito de la medicación y su relación con su diagnóstico y de esta manera sembrar en él la semilla de la adherencia.
- La Atención Farmacéutica es una disciplina que se desarrolla gracias a la colaboración e interacción de paciente, médico, farmacéutico, personal de enfermería y farmacia, constituye un trabajo multidisciplinario cuyo objetivo de la atención farmacéutica es mejorar la calidad de vida en términos de salud, así como lograr resultados clínicos favorables.
- Desarrollar un programa de Atención Farmacéutica consiste en un trabajo integrado dentro del equipo de salud, asumiendo cada actor sus propias responsabilidades, se puede concluir que el programa de Atención Farmacéutica logrará incidir en el mejor cumplimiento y adherencia al tratamiento, ya que estos refieren una mayor confianza y una mejor utilización de los medicamentos y de

esta manera se lograra llegar al impacto planteado en este trabajo que es mejor la calidad de vida del paciente.

- El acceso, disponibilidad de los medicamentos y la gratuidad de los mismos que en la actualidad ofrece el estado, debe ser eficiente, es un factor que incide directamente en el cumplimiento del tratamiento, ya que si no se dispone de la medicina el paciente no va a cumplir.
- En Ecuador se carece de cifras y estudios sobre adherencia al tratamiento, pero la experiencia permite suponer que también aquí alcanzan cifras apreciables, mayores sin duda en los estratos mas débiles pero también preocupantes entre la personas de clase media y media alta. Sobre Atención Farmacéutica tampoco se dispone de información pero hay que recalcar que en el sistema de Gestión de Medicamentos del Ministerio de Salud ya se consideran estos aspectos y es un primer paso para dar inicio a su instauración y llevar a cabo investigaciones y acciones profundas sobre estos temas.
- El Hospital Psiquiátrico San Lázaro es una entidad pública en donde su atención esta enfocada a determinadas patologías y entre ellas la depresión, por lo cual se ve la necesidad de brindar un apoyo profesional que contribuya a todos los pacientes que acuden en busca de un servicio de salud a mejorar o recuperar su estado de salud, para ello es que a través del servicio de farmacia se brinde Atención Farmacéutica.

11. RECOMENDACIONES

- Fortalecer y dar a conocer programas de atención farmacéutica para satisfacer la creciente demanda de la población de mejores servicios en salud, lo cual involucra realizar un trabajo continuo y permanente debido a que este campo es muy poco conocido en nuestro medio, factor clave y estratégico para lograr mejores resultados clínicos positivos en los pacientes.
- Potencializar los factores que facilitan la adherencia al tratamiento en los pacientes, mediante grupos de apoyo, seguimiento terapéutico, conferencias educativas, acerca de su enfermedad y tratamiento, con el apoyo de los profesionales de salud cada uno de acuerdo a su ámbito.
- La aplicación y difusión de programas educativos e informativos nos permite mejorar el cumplimiento del tratamiento, de esta manera los pacientes se sienten motivados y satisfechos cuando existe un interés por parte de los profesionales, razón por la cual es recomendable su aplicación y mantenimiento de este tipo de programas.
- El diseño y ejecución de programas de Atención Farmacéutica debe llevarse a cabo en consenso y apoyo del equipo médico que atiende a los pacientes, estableciendo objetivos comunes que permitan mejorar la utilización de los medicamentos y por lo tanto los resultados en el paciente.
- La información verbal y escrita son estrategias educativas que se deben implementar, las cuales son complementarias y pueden disminuir errores de medicación y potenciar la adherencia al tratamiento., por lo que se debe utilizar asociadas y que mejor si utilizamos otras medidas como uso de trípticos lo que puede producir un mayor impacto. No se recomienda facilitar información escrita exclusivamente.
- El uso de material educativo como trípticos es un recurso que nos permite educar al paciente de manera individualizada para cada paciente en donde se presenta de

forma gráfica la posología de cada uno de sus medicamentos prescritos y de igual forma información general de temas relacionados.

- Mejorar la relación médico-paciente, una comunicación de calidad está relacionada positivamente con los resultados terapéuticos y por esto las habilidades para mejorar esta interacción constituyen una parte importante y necesaria de la competencia clínica.
- Para que un programa o servicio a ofrecer nos proporcionen resultados positivos y sea sostenible en el tiempo, es indispensable y recomendable que primeramente seamos nosotros como proveedores de salud a concientizar los problemas actuales que suceden y comprometernos a mejorar, cambiar o implementar nuevos conocimientos enfocados a un servicio de calidad acorde con las necesidades del paciente

12. BIBLIOGRAFÍA

- **Consejos Para Tu Tesis**

<http://alquimistas.evilynolo.com/2007/10/06/consejos-para-tu-tesis-que-tema-elegir>

- **Enfoque del Marco Lógico**

<http://dicc.hegoa.efaber.net/listar/mostrar/88>

- **Depresión: cómo pueden ayudar los medicamentos**

<http://familydoctor.org/online/famdoces/home/common/mentalhealth/treatment/012.html>

- **Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM)**

<http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/374.pdf>

- **Protocolo de dispensación activa oficial de farmacéuticos de Barcelona (cofb)**

<http://mar.uninet.edu/zope/arch/af/Files/Protocolo%20dispensacion%20%20castellano.pdf>. Septiembre 2004

- **Consenso sobre atención farmacéutica**

<http://mar.uninet.edu/zope/arch/af/Files/01%20Consenso%20de%20Madrid%20sobre%20AF.doc>

- **Uso y abuso de las Benzodiazepinas**

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10290192010000400017&lng=pt&nrm=iso

- **Antecedentes de la práctica de Atención Farmacéutica**
http://www.afi.com.uy/capacitacion/concepto_atencion_farmaceutica.php.
- **Factores que influyen sobre los diferentes agentes que seleccionan, dispensan y usan el medicamento.**
<http://www.aislac.org/areas/pdum.html>
- **Mal Uso o Uso Abusivo de Benzodiazepinas.**
<http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/ney11web.htm>
- **Manual para la atención integral de la Depresión**
<http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/manualdepresionsuicidio.pdf>
- **Un nuevo espacio para la atención farmacéutica**
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/farmacos/v19n1-2/art2.pdf>
- **Errores en la medicación: función del farmacéutico**
www.bvs.sld.cu/revistas/far/vol39_2.../far11205.htm
- **Acerca del concepto de adherencia terapéutica**
http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu09404.htm
- **METODO DADER. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutica**
<http://www.cipf-es.org/files/doc004.pdf> M Machuca F Fernández
- **Recomendaciones para el desarrollo de atención farmacéutica a pacientes externos**
http://www.crfj.org.br/crf/arquivos/file/AtencaoFarmaceutica/AFPatientes_externos.pdf

- **Información para los familiares del paciente**
[www.depresion.com/Informaciones para los familiares.htm](http://www.depresion.com/Informaciones%20para%20los%20familiares.htm)
- **La Depresión**
<http://www.depresion.org/>
- **Pauta Psológica y su cumplimiento**
http://www.dfarmacia.com/farma/ctl_servlet?_f=37&id=13095507
- **Uso indiscriminado de los medicamentos por falta de Educación Sanitaria**
www.diariosalud.net/index2.php?option=com_content...1
- **De la Farmacia a la casa**
http://www.digemid.minsa.gob.pe/daum/urm/31_al_50_07.pdf
- **Antidepresivos: medicamentos para la depresión**
[www. Familydoctor.org](http://www.familydoctor.org) Salud Mental 12 2009
- **Atención farmacéutica. Conceptos, procesos y casos prácticos.**
http://www.farmacare.com/pdf/Libro_AF.pdf
- **La eficacia de los antidepresivos a largo plazo es del 90%, siempre que no se produzca el abandono del tratamiento**
http://www.farmanews.com/notas_de_prensa/N71.html
- **Análisis del Cumplimiento farmacológico**
<http://www.fesemi.org/Atica/protocolo.html>
- **Atención farmacéutica en la depresión**
<http://www.ffyb.uba.ar/gxpsites/agxppdwn.aspx>

- **Relación Médico -Paciente: Adherencia al Tratamiento en Enfermedades Crónicas.**

http://www.fuedin.org/ArticulosDestacados/Sub_07/Art_04_07.htm

- **Tratamientos psiquiátricos, fármacos antidepresivos**

http://www.galeon.com/psiquiatria/ho/manual/a12.htm#FARMACOS_ANTIDEPRESIVOS#

- **Atención Farmacéutica**

<http://www.gastelurrutia.com/atenfarm.html>

- **Un Plan Para El Alta Reduce Las Readmisiones Hospitalarias Y Los Costos Para Los Pacientes**

<http://www.healthfinder.gov/news/newsstory.aspx?docID=623815>

- **Atención farmacéutica**

http://www.infarmate.org/index.php?option=com_content&task=view&id=148

- **Incumplimiento terapéutico y automedicación: problemas que requieren una intervención efectiva por parte de los farmacéuticos**

www.infarmate.org/index.php?option=com_????

- **La importancia de implementar un sistema de atención farmacéutica**

<http://www.infarmate.org/index>.

- **Matriz de Marco Lógico Una Herramienta De Formulación De Proyectos.**

<http://www.ine.gub.uy/varios/llamados/llamados%202009/TEXTO%20MARCO%20LOGICO.pdf>

- **Errores de medicación**

<http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero07.pdf>

- **Atención Farmacéutica En Pacientes Ambulatorios Con Trastornos Psiquiátricos**

http://www.latamjpharm.org/trabajos/22/4/LAJOP_22_4_3_1_9O7RO4404H.pdf

- **Sanitat Informa A Más De 30.000 Pacientes Antes Del Alta Hospitalaria Sobre Su Medicación**

<http://www.lukor.com/not-esp/locales/0904/24143245.htm>

- **La Depresión**

<http://www.mailxmail.com/curso-depresion-como-tratarla/causas-depresion-1>

- **Los Medicamentos para la Depresión**

<http://www.mailxmail.com/curso-depresion-como-tratarla/medicamentos-depresion-antidepresivos-1>

- **Formulación de proyectos de acuerdo a metodología de marco lógico**

<http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/marcologico.pdf>

- **Existe el tratamiento para la depresión**

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-lo-que-toda-mujer-debe-saber/existe-el-tratamiento-para-la-depresi-n.shtml>

- **El 50% de los pacientes crónicos no cumple el tratamiento**

http://www.pfizer.es/docs/pdf/noticias/090527_NP_Foro_Pacientes.pdf

- **Atención Farmacéutica. Seguimiento farmacoterapéutico**

[http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/902388F1483BE7E0C1256E1C005D6FE8/\\$File/268_atencion_farma.htm](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/902388F1483BE7E0C1256E1C005D6FE8/$File/268_atencion_farma.htm)

- **Tratamientos Psicológicos Eficaces para la Depresión**

<http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>

- **Contrato programa para el proyecto institucional hospital de clínicas del Pledur (unidad coordinadora del proyecto institucional, UCPI)**

http://www.rau.edu.uy/sui/pledur/cp/cp_02/hc/_85.htm

- **Tratamiento de Personas con Depresión (Chile)**

<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/depresion.pdf>

- **Cuándo es necesario tratar una depresión**

http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/temas_de_salud/doc/psiquiatria/doc/doc_tratamiento_depresion1.htm

- **Pacientes con trastornos del estado de ánimo. Atención Farmacéutica**

<http://www.salud.es/noticia/mas-de-7700-farmaceuticos-participan-en-la-accion-de-atencion-farmaceutica>

- **Importancia de la Adherencia al Tratamiento en Enfermedades Crónicas**

<http://www.salud.gob.mx/conasida/imagenes/rompeca.jpg>

- **Monitorización Terapéutica**

<http://www..sefh.es/catalogo/12.htm>

- **Atención farmacéutica al paciente ambulatorio**

<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/ops/afambulatorio.pdf>

- **Antidepresivos y Benzodiazepinas para la depresión mayor.**

<http://www.update-software.com/pdf/CD001026.pdf>

- **Benzodiazepinas**

<http://www.wikipedia.org>

- Uribe Restrepo Miguel. (2007). Guías de Manejo en Psiquiatría. Bogota: Cobresa
- Montalvo Janeth (2008).. Memorias del Seminario de Farmacia Hospitalaria. Quito.- Editorial de la Universidad Central del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. MPS. (2009). Manual De Procesos Para La Gestión De Suministro De Medicamentos. Ecuador.

13. ANEXOS

13.1 ANEXO 1. ENCUESTA

**HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN LAZARO
IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE ATENCION FARMACEUTICA.**

ENCUESTA PARA APLICAR A PACIENTES AMBULATORIOS.

FECHA:..... EDAD.....

SEXO	MASCULINO		FEMENINO	
-------------	-----------	--	----------	--

El objetivo de esta encuesta es saber cuanto usted conoce sobre el uso adecuado y seguro de su medicina que habitualmente utiliza en su casa.

1. Las indicaciones médicas entregadas por parte de su médico son claras de cómo tomar su medicina en su domicilio.

SI NO

2. Sabe Usted. para qué esta indicado las medicinas que va a tomar, especifique?

3. Conoce cuánto y cuando tiene que tomar de su medicina?
Ejemplo: uno – dos comprimido cada 8 horas, cada 12 horas, etc.

SI NO

4. Que tiempo tiene que tomar su medicina?

Días _____ Meses _____ Tratamiento permanente _____

5. Es usted el responsable de la administración de su medicina o un familiar.

6. Cuantos medicamentos habitualmente consume.

7. En general cumple su tratamiento correctamente en cantidad y horario establecido por su médico.

SI NO A VECES LO OLVIDO

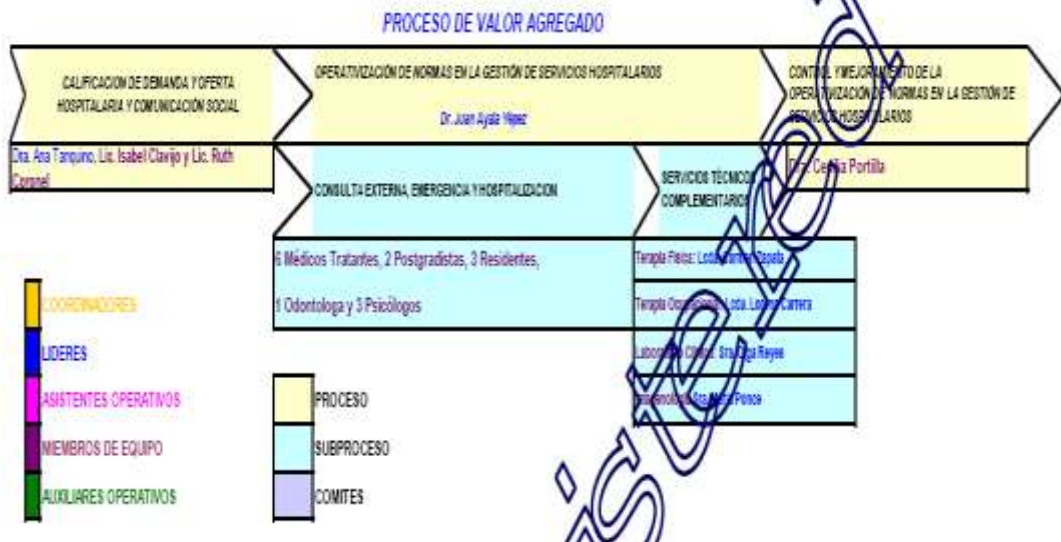
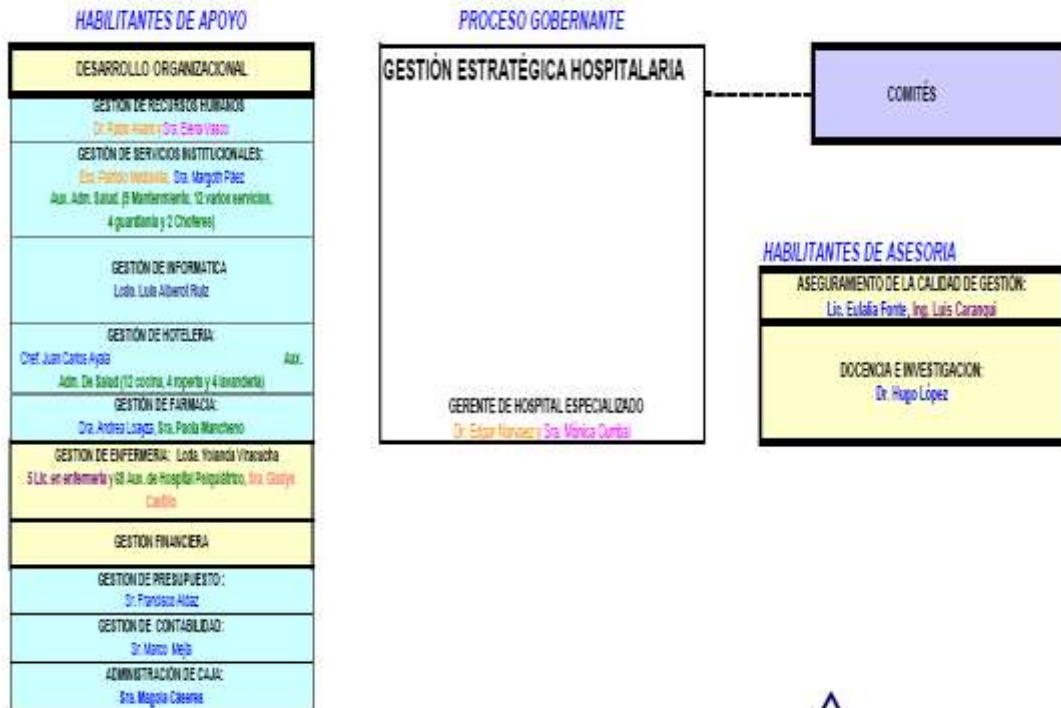
Especifique porque se olvida o no cumple

8. Cree usted que necesita una información más detallada y sencilla sobre el correcto uso de su medicina.

SI NO

GRACIAS POR SU COLABORACION

13.2 ANEXO 2. ORGANIGRAMA HPSL



13.3 ANEXO 3. PROCESO DE SELECCIÓN

 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN LÁZARO.	MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR GESTIÓN DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PROCESO DE SELECCIÓN	SERVICIO DE FARMACIA
---	---	-----------------------------

No	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
1.	Conformación y funcionamiento del Comité de Farmacoterapia.	Conformación y funcionamiento del CF de acuerdo a la normativa vigente. Establecer en acta de conformación periodicidad de reuniones.	Director del hospital	Reglamento de funcionamiento del Comité de Fármaco terapia	Reuniones periódicas.
2.	Elaborar la Lista de medicamentos esenciales (LME) del hospital.	Elaboración de la LME (hospitalaria) en base morbilidad ambulatoria, causas de egresos hospitalarios y atenciones de emergencias, al Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB) y los protocolos oficiales vigentes.	Comité de Farmacoterapia	Perfil epidemiológico ambulatorio y/o hospitalario, Protocolos y esquemas de tratamiento oficiales vigentes.	Anual

No	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
		En caso de disponer de la LME, debe ser revisada anualmente.		Estudios clínicos reconocidos internacionalmente. Estudios de medicina basada en evidencia.	
3.	Difusión del lista de medicamentos esenciales hospitalarios	Mediante comunicado se informa a todas los servicios ambulatorios y hospitalarios la lista de medicamentos esenciales.	Director del Hospital Comité de Farmacoterapia	LME	Anual
4.	Elaborar informes técnicos para inclusión de medicamentos al CNMB	El Comité de Farmacoterapia debe elaborar un informe técnico que sustente la solicitud de inclusión de medicamentos, realizando un análisis de eficacia, seguridad, conveniencia y costo del medicamento solicitado en relación a las alternativas terapéuticas existentes en el CNMB, justificando además la utilización de	Comité de Farmacoterapia	Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (CNMB) Protocolos y esquemas de tratamiento de referencia.	Cuando se presente el caso.

No	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
		acuerdo al perfil epidemiológico local.			
5.	Seguimiento y evaluación al proceso	Aplicación de los indicadores de gestión específicos para selección de medicamentos	Jefatura Unidad Ejecutora	Indicadores del Sistema de Gestión de Medicamentos.	Cuatrimestral

13.4 ANEXO 4. PROCESO DE PROGRAMACIÓN Y ADQUISICIÓN

 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN LÁZARO.	MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR GESTIÓN DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PROCESO DE PROGRAMACIÓN Y ADQUISICIÓN	SERVICIO DE FARMACIA
---	--	-----------------------------

N o.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
1.	Estimación de necesidades	El Comité de Farmacoterapia del hospital, realiza el estudio para determinar el requerimiento de medicamentos.	Comité de Farmacoterapia.	LME del Hospital Informes de consumos mensuales Perfil epidemiológico por grupo.	Cuatrimestral
2.	Determinación de especificaciones técnicas	Se elaboran las fichas técnicas para cada medicamento, en el que consta la descripción de las especificaciones técnicas para cada	Farmacéutico responsable.	LME, documentos técnicos de soporte.	De acuerdo al requerimiento

N o.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
		<p>medicamento.</p> <p>Esta especificación técnica debe incluirse en los pliegos para los procesos de contratación pública.</p>			
3.	Autorización de compra	El CF envía la lista de requerimientos a nivel de la Dirección del Hospital, solicitando se autorice y disponga la adquisición.	CF Director hospital	Lista de requerimientos Lista de precios referenciales	Cuatrimestral.
4.	Ejecución de compra	Se procede a la adquisición de medicamentos con observancia de la normatividad legal vigente.	Departamento administrativo y financiero.	Documentos requeridos en el proceso de compras públicas.	Cuatrimestral.
5.	Elaboración del Plan Anual de Compras (PAC)	En base a la programación realizada y cuantificada la necesidad para el próximo año se elabora el PAC y se remite al nivel regional correspondiente.	Comité de Farmacoterapia del Hospital.	Existencias Puntos de reposición. Programaciones Presupuesto referencial.	Anual

N o.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
6.	Seguimiento y auditoría al proceso	<p>Una vez finalizado el proceso de programación y adquisición, se hace seguimiento y control utilizando los indicadores definidos en el instrumento</p> <p>Es necesario contar con documentación que evidencie la efectiva ejecución del gasto.</p>	Departamento Regional correspondiente	Indicadores del Sistema de Gestión de Medicamentos.	Semestral

13.5 ANEXO 5. PROCESO DE RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO

 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN LÁZARO.	<i>MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR</i> GESTIÓN DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PROCESO DE RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO	SERVICIO DE FARMACIA
---	--	-----------------------------

No.		ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
1.	Recepción Administrativa	<p>Una vez finalizado el proceso de adquisición, y durante la recepción de los medicamentos, se deberá verificar, en primer lugar los documentos que habilitan el ingreso de los medicamentos para almacenamiento.</p> <p>En segundo lugar se debe proceder a constatar los productos para verificar si las cantidades recibidas coinciden con las adquiridas, y facturadas.</p> <p>En caso de encontrar inconsistencias, no se</p>	Guardalmacén	Contratos, facturas y demás documentos del proceso de adquisición.	Cada vez que se reciban medicamentos

No.		ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
		<p>recibe el producto y se llenan las novedades en el formato registro de novedades. y se notifica al proveedor. Cuando no sea posible la devolución inmediata de estos productos se llevará a un área de cuarentena adecuada para el efecto, para devolverlos en el menor tiempo posible.</p>			
2.	Recepción técnica	<p>Mediante inspección visual de una muestra representativa tomada de acuerdo a la Tabla Militar Estándar de cada lote de cada medicamento recibido, se constata que los productos cumplan con las características técnicas establecidas como referencia en el registro sanitario del medicamento, en las especificaciones técnicas del contrato y demás documentos relacionados.</p> <p>Finalmente elaborar el reporte de especificaciones técnicas del medicamento</p>	Químico farmacéutico distrital	<p>Tabla Militar Estándar</p> <p>Reporte de Especificaciones Técnicas</p>	Cada vez que se reciban medicamentos

No.		ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
		<p>recibido. En caso de encontrar inconformidades técnicas, no se recibe el producto y se llena las novedades y se notifica al proveedor.</p> <p>En caso de encontrar novedades en la calidad se deberá notificar al INH, para su correspondiente trámite.</p> <p>Cuando no sea posible la devolución inmediata de estos productos se llevará a un área de cuarentena adecuada para el efecto, para devolverlos en el menor tiempo posible.</p> <p>En caso de cumplimiento de las especificaciones señaladas en los documentos respectivos, Se elabora el acta de entrega recepción.</p>		Acta de Entrega -	
3.	Registro de Ingreso al sistema	Cada medicamento que se reciba debe ser registrado en el sistema de información utilizado, especificando: nombre, forma	Guardalmacén	Nota de Ingreso a bodega	Cada vez que se reciban

No.		ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
	de información	<p>farmacéutica, concentración, presentación, lote, fecha de vencimiento, cantidad, costos.</p> <p>Cualquiera sea el sistema informático utilizado este deberá ser actualizado permanentemente.</p>		Tarjeta de Kárdex	medicamentos
	Verificación de condiciones de almacenamiento	<p>Una vez ingresados los medicamentos, se verifica las condiciones que requieren cada uno de ellos para su almacenamiento, y se observa las condiciones apropiadas de acuerdo a lo establecido en la Guía para la recepción y almacenamiento de medicamentos para unidades de salud.</p>	<p>Guardalmacén</p> <p>Químico farmacéutico distrital</p>	<p>Ficha técnica</p> <p>Documentos técnicos del proveedor.</p> <p>Guía para la recepción y almacenamiento de medicamentos para unidades de salud.</p>	Cada vez que reciban medicamentos
4.	Ordenamiento y ubicación de los medicamentos	<p>Los medicamentos recibidos, se ubican de acuerdo a la normativa establecida por la guía de Almacenamiento de medicamentos.</p>	Guardalmacén	Guía de Buenas Prácticas almacenamiento	Cada vez que se reciban medicamentos

No.		ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS UTILIZADOS	FRECUENCIA
5.	Inventario físico periódico	Diariamente se realiza el conteo de 5 productos por funcionario de la bodega, priorizando los medicamentos costosos y los de mayor movimiento.	Guardalmacén	Registro Periódico de Inventario	Diariamente
6.	Inventario físico general	En mitad del año fiscal (Junio) y al cierre del período fiscal (Diciembre), se realiza conteo general de todos los productos almacenados, para verificar que haya consistencia entre los productos almacenados y las existencias registradas en las tarjetas de kárdex. Ver documento.	Funcionarios del hospital Guardalmacén Químico farmacéutico	Instructivo para preparar el Inventario General	Semestral
7.	Seguimiento y evaluación al proceso	Una vez finalizado el proceso de recepción / almacenamiento, se hace seguimiento y control , utilizando los indicadores definidos en el instrumento.	Químico farmacéutico	Indicadores del Sistema de Gestión de Suministro de Medicamentos.	Mensual

cci