

MANUAL DE SEGUIMIENTO FÁRMACO TERAPÉUTICO EN USUARIOS AMBULATORIOS

2019

Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Enfermedades No Transmisibles



Autores

QF. Antonio Ahumada	Programa Polaris de Seguimiento Farmacoterapéutico.
Dr. Roberto Ebersperger	Escuela de Química y Farmacia, Facultad de Química y de Farmacia de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
QF. Francisco Martínez	División de Atención Primaria (DIVAP), Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
QF. Aura María Muñoz	Programa Polaris de Seguimiento Farmacoterapéutico.
Dr. Cristian Plaza	Escuela de Química y Farmacia, Facultad de Química y de Farmacia de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
EU. Camila Valdés	Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Revisores

QF. Juan Carlos Aguirre	Departamento de Salud de La Ligua.
QF. Karina Castillo	División de Atención Primaria (DIVAP), Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
QF. Carolina Isla	División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA), Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
QF. Carolina Molina	Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota
QF. Daniela Núñez	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
QF. Daniela Oyarzun	Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota
QF. Lorena Palma	Corporación Municipal de Puente Alto.
QF. Rosa Ramos	Departamento de Salud de La Granja.
Nut. Irma Vargas	Departamento Gestión de los Cuidados División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales
E.M. Carolina Neira	División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Enfermedades no Transmisibles
E.U. Pia Venegas	División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Enfermedades no Transmisibles

Edición

E.M. Carolina Neira. Profesional Asesor Departamento de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud.

Pía Venegas Araneda RN MsC. Profesional Asesor Departamento de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud.

Responsables Técnicos

Dra. Sylvia Santander, Jefa División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

Dr. Tomás Labbe Atenas; Jefe (S) Departamento Enfermedades No Transmisibles, División de Control y Prevención de Enfermedades, Ministerio de Salud.

Agradecimientos

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

ÍNDICE

Introducción	6
Propósito del documento	6
Población objetivo del documento	7
Recomendaciones iniciales	7
Metodología	8
Presentación al equipo del centro de salud	8
Contenido	9
A. Derivación de usuarios	9
B. Esquema de atención y fases del servicio	9
C. Entrevista inicial o ingreso	11
Etapa 1: Revisión del registro clínico	11
Etapa 2: Determinación de los problemas y preocupaciones en salud	11
Etapa 3: Revisión del uso de medicamentos	11
Etapa 4: Resumen	12
D. Elementos fundamentales para considerar en el proceso de entrevista	13
E. Fase de evaluación	17
Análisis de problemas de salud asociado al uso de medicamentos	18
Plan de acción	32
F. Educación para la Salud e Intervenciones Educativas	37
Proceso Educativo	37
Dominio de aprendizaje	38
Motivación para el aprendizaje	38
Capacidad de aprendizaje	38
Entorno de aprendizaje	39
G. Entrevista de intervención	41
H. Entrevista de seguimiento	42
I. Resumen, rendimientos esperados y cierre	44
Bibliografía	45

Anexos	47
Anexo 1: Retirada de benzodiazepinas y drogas Z	47
Anexo 2: Ficha de atención	50
Anexo 3. Información para la evaluación del uso seguro de fármacos	54
Anexo 4: Formatos sugeridos para elementos de recordatorio de medicamentos, usuarios con y sin habilidad de lectura	58

INTRODUCCIÓN

Frente a la problemática actual del uso de medicamentos, el Químico Farmacéutico (QF) es el profesional que posee un rol central, ya que cuenta con las herramientas necesarias para abordar el uso racional de los medicamentos. Actualmente el QF actúa bajo la filosofía de trabajo de la Atención Farmacéutica (AF) definida como la “provisión responsable de farmacoterapia, con el propósito de conseguir resultados concretos que mejoren la calidad de vida de los pacientes” [1]. En este contexto, para poner en práctica esta visión, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido los Servicios Farmacéuticos como [2]:

“Conjunto de acciones en el sistema de salud que buscan garantizar la atención integral, integrada y continúa a las necesidades y problemas de la salud de la población tanto individual como colectiva, teniendo el medicamento como uno de los elementos esenciales, y contribuyendo a su acceso equitativo y su uso racional. Estas acciones, desarrolladas por el farmacéutico –o bajo su coordinación– incorporado a un equipo de salud y con la participación comunitaria, tienen como objetivo la obtención de resultados concretos en salud con vistas a la mejora de la calidad de vida de la población.”

Uno de estos servicios es el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), el cual representa una de las prácticas clínicas que pretende evaluar y monitorizar la terapia farmacológica del usuario de manera continua [2]. Considera establecer un vínculo entre el usuario y el QF, utilizando herramientas de entrevista, educación y de la Farmacia Clínica [3] buscando promover la salud, bienestar y prevención en los usuarios, tomando siempre las decisiones en conjunto con éste y otros profesionales. Por lo tanto, agrega acciones adicionales a la práctica habitual del QF que es usualmente administrativa [2].

En nuestro país, el QF de Atención Primaria de Salud (APS) desarrolla funciones como dispensación, gestión de las farmacias ambulatorias, compras y control de inventarios. Sin embargo, teniendo en cuenta que a nivel internacional se ha evidenciado el aporte del QF en el control de patologías crónicas como Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y Dislipidemia (DLP), además de mejorar adherencia y número de medicamentos apropiados [4]EMBASE, International Pharmaceutical Abstracts (IPA, se han fomentado servicios de este tipo, lo cual ha sido apoyado por el programa Fondo de Farmacia (FOFAR) a partir de 2018 y detallado a partir de 2019 [5].

Por esta razón, este manual pretende estandarizar la práctica del SFT para que el QF pueda trabajar con los usuarios de forma consistente y estandarizada a nivel nacional.

Propósito del documento

Este Manual pretende ser un documento de referencia para el desarrollo de Seguimiento Farmacoterapéutico a usuarios que se atiendan en centros de salud ambulatorios del país. Se entrega a los Químicos Farmacéuticos locales una metodología estandarizada y probada en Chile como base para el desarrollo de este servicio dirigido a usuarios con patologías crónicas, enfocado en la detección y resolución de problemas de salud asociados al uso de medicamentos. Al mismo tiempo, entrega herramientas para la implementación del servicio y su buen funcionamiento, junto con dar énfasis en la importancia de la relación con el equipo de salud, buscando una mejor calidad de vida y cumplimiento de objetivos terapéuticos en los usuarios.

Población objetivo del documento

Este manual está dirigido a Químicos Farmacéuticos que buscan incorporar el Seguimiento Farmacoterapéutico en sus respectivos centros de salud ambulatorios, o que ya lo realicen y requieran estandarizar los métodos de evaluación y resultados esperados.

Recomendaciones iniciales

El Químico Farmacéutico realizará atenciones clínicas directas a los usuarios, basadas en el servicio de SFT expuesto en esta guía. Sin embargo, las funciones mínimas descritas en la orientación técnica 2019 del FOFAR deben estar cubiertas previo a iniciar estas atenciones [5].

Según lo observado en implementaciones locales, el éxito del servicio depende de que se cuente con algunos factores críticos, como son:

- Gestión y organización de la unidad: el funcionamiento de la unidad en aspectos administrativos debe ser el adecuado, contando además con el personal suficiente para las actividades diarias. Esto permitirá al QF realizar SFT, sin descuidar o comprometer el desempeño del Botiquín o Farmacia. La OT FOFAR 2019 incluye actividades mínimas que debe realizar el QF de APS para un buen funcionamiento de la unidad [5].
- Horas protegidas para labores clínicas y espacio físico: el QF debe contar con una agenda clínica para realizar atención de usuarios, junto con espacios establecidos y con la privacidad adecuada.
- Solicitud de exámenes y acceso al registro clínico: el QF debe contar con acceso y autorización para registrar en la ficha clínica, junto con la posibilidad de solicitar exámenes de la canasta establecida.
- Motivación e importancia por parte del QF: es crítico que el profesional reconozca la importancia del SFT y la necesidad de implementarlo en su centro, ya que deberá dedicar tiempo y esfuerzo en su desarrollo.

METODOLOGÍA

El Seguimiento farmacoterapéutico es un servicio farmacéutico complejo que apunta a optimizar el uso de los medicamentos, en conjunto con el equipo de salud y el usuario. Para su adecuado desarrollo, requiere de un compromiso de todos los involucrados para que la atención sea continua, sistemática y con la documentación pertinente para el registro del trabajo [2]. Por esto, se necesita mayor formación y experiencia en temáticas específicas, como metodologías de revisión de la medicación, educación para la salud, entrevista clínica, farmacoterapéutica de todas las patologías del nivel de atención correspondiente, entre otras. Según lo definido en la OT de FOFAR 2019, aquellos QF que no cuenten con esta preparación, podrán implementar otros servicios farmacéuticos menos complejos [5].

Considerando además que el SFT requiere de bastante tiempo para ser efectuado, se sugiere priorizar a la población objetivo del servicio. Algunos criterios recomendados por la evidencia son:

- Usuarios considerados como de alto riesgo según el Modelo de Cuidados Crónicos, definidos por la Estrategia de cuidado integral para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad con énfasis en la multimorbilidad del Ministerio de Salud [6].
- Personas mayores con polifarmacia debido a su alto riesgo de presentar problemas con su terapia farmacológica.
- Usuarios con patologías crónicas no controladas, según lo recomendado por las orientaciones de los Programas de Salud Mental, Cardiovascular, entre otros.
- Usuarios con polifarmacia, definida como el uso crónico de 7 o más medicamentos diarios [7] defined as the use of multiple drugs or more than are medically necessary, is a growing concern for older adults. MEDLINE and EMBASE databases were searched from January 1, 1986 to June 30, 2013.
- Usuarios que sean de prioridad para el equipo de salud y definidos por el establecimiento.

Con respecto al modelo de cuidados crónicos, el SFT es un servicio integral, que busca optimizar el uso de fármacos en usuarios con múltiples patologías diagnosticadas y polifarmacia, por lo que el aporte que puede realizar el QF es significativo según lo enunciado por la estrategia, formando parte del equipo multidisciplinario y apoyando en los aspectos farmacoterapéuticos de usuarios con polifarmacia o alta complejidad [6].

Presentación al equipo del centro de salud

Antes de iniciar el servicio, deberá realizarse reuniones con el equipo del Centro de Salud, tanto en consejos técnicos y de sector, como en reuniones clínicas o de estamentos profesionales según se estime necesario, para así presentar el servicio que se ofertará y así solicitar los requisitos mínimos para el trabajo diario. Es de gran importancia que todo el centro de salud y el equipo directivo estén al tanto y de acuerdo con la entrega del servicio.

CONTENIDO

A. Derivación de usuarios

Se propone que los usuarios sean derivados por el equipo de cada sector de salud, según los criterios de priorización establecidos de forma local. Inicialmente, también se podrían invitar a usuarios directamente desde la unidad de Botiquín o Farmacia con ayuda del equipo, pero el servicio sólo estará realmente establecido en el centro de salud cuando los usuarios sean derivados por los otros profesionales.

En los casos que amerite mayor rapidez de la atención (usuarios muy descompensados, reacción adversa a medicamentos moderada o severa, entre otros) se propone el rescate de usuarios mediante llamado telefónico desde unidades como Servicio de Atención Usuaría (SAU) o Servicio de Orientación Médica y Estadística (SOME).

B. Esquema de atención y fases del servicio

Para realizar seguimiento farmacoterapéutico, es necesario comprender que se trata de un servicio estandarizado y sistemático, por lo que el trabajo se organiza en distintas fases y actividades. Estas fases se diferencian en el nivel de contacto establecido con el usuario (junto a la información que se cuenta) y las actividades a realizar en cada una.

A modo de resumen, se puede dividir el servicio en 2 fases principales:

Fases de contacto con el usuario*

- Entrevista inicial o ingreso.
- Entrevista de intervención.
- Entrevista de seguimiento.

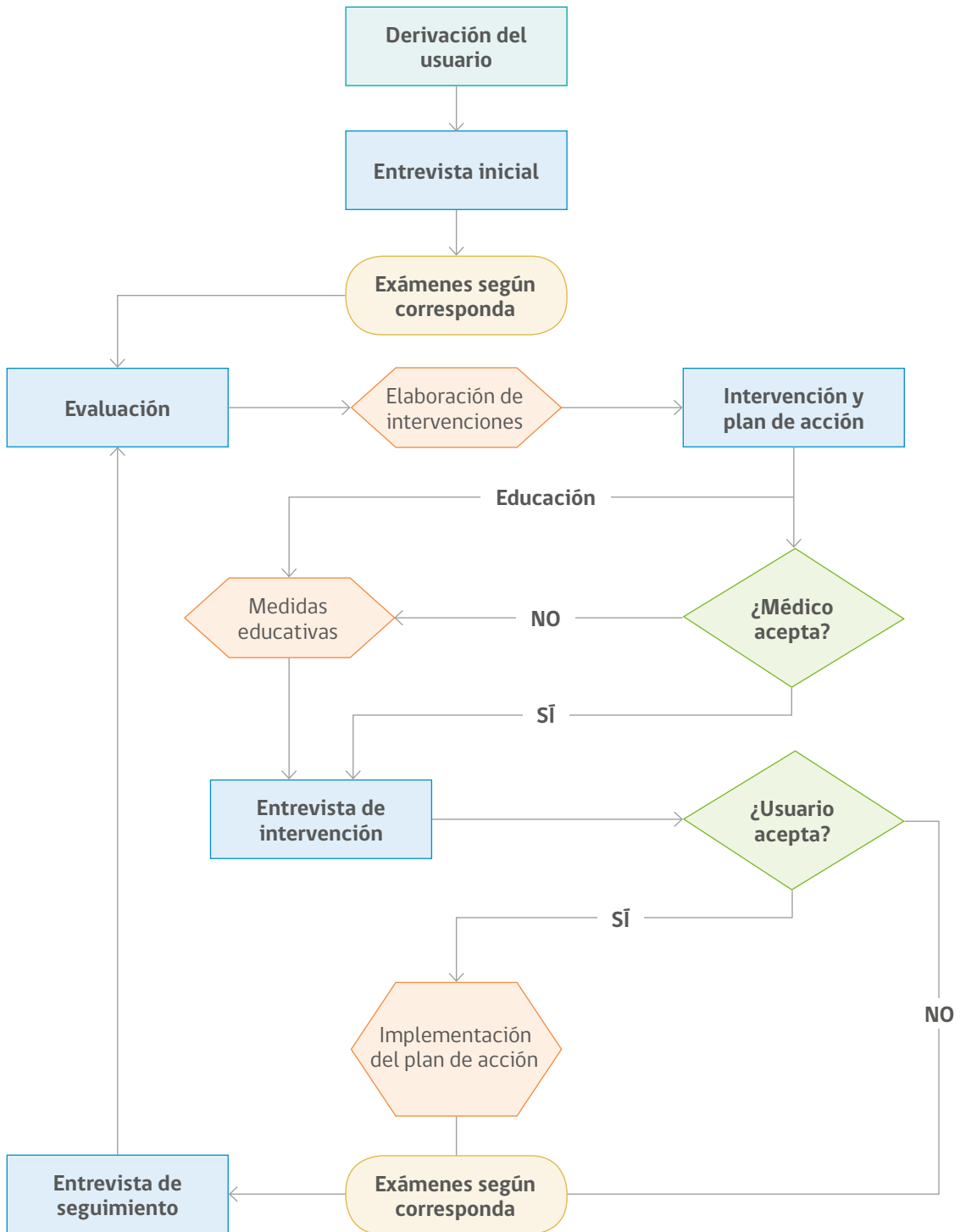
*Para que una atención se reconozca como seguimiento farmacoterapéutico, se deben realizar al menos 3 entrevistas con el usuario, registrando cada una de ellas en el REM correspondiente.

Fases de evaluación y contacto con el equipo

- Fase de evaluación.
- Fase de intervención y plan de acción.

La figura 1 presenta el esquema de las fases de seguimiento farmacoterapéutico, junto con algunas actividades complementarias y decisiones que se incluyen en ellas.

FIGURA 1: ESQUEMA DEL SFT PROPUESTO



C. Entrevista inicial o ingreso

El principal objetivo de la primera entrevista es obtener la mayor cantidad de información del usuario, en un ambiente de receptividad y apoyo. Debido a que el contacto directo con el profesional farmacéutico suele ser algo nuevo para las personas del centro de salud, es importante reforzar los beneficios que la persona podría tener al acceder a esta prestación, como despejar sus dudas sobre patologías o tratamiento farmacológico, y así generar un vínculo, mejorando la adherencia a los controles y que el servicio sea percibido como útil por la persona. Recordar a los usuarios que deben traer todos los medicamentos que consuman, incluyendo aquellos no prescritos en el establecimiento y los automedicados, junto con su carné de atención.

Podemos dividir la primera entrevista en cuatro etapas:

Etapa 1: Revisión del registro clínico

Previo a la entrevista, se deben revisar todos los antecedentes del usuario desde el registro clínico. Esto incluye datos relevantes como edad, sexo, estado civil, nivel educacional, problemas de salud diagnosticados, exámenes de laboratorio, redes de apoyo, prescripciones vigentes y los retiros de medicamentos desde la farmacia o botiquín. En caso de que existan datos faltantes, podrán ser completados durante la entrevista.

El tiempo estimado para esta etapa es de 3-5 minutos.

Etapa 2: Determinación de los problemas y preocupaciones en salud

Una vez iniciada la entrevista, se buscará conocer sobre distintos aspectos de los problemas de salud del usuario:

- Compensación o control: Para poder determinar la compensación de las patologías, se debe analizar el grado de control según el parámetro clínico o síntoma más representativo, cuyos límites estarán establecidos por las guías nacionales y la literatura internacional vigente.
- Preocupaciones del usuario sobre sus problemas de salud, información fundamental para priorizar intervenciones y generar un vínculo con éste.
- Conocimientos que posea el usuario sobre sus enfermedades. Se propone las siguientes interrogantes sobre las patologías para explorar esta información: ¿Sabe qué es? ¿Sabe por qué se produce? ¿Sabe qué riesgo tiene? ¿Sabe si puede mejorar?

El tiempo estimado para esta etapa es de 5-10 minutos.

Etapa 3: Revisión del uso de medicamentos

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

- Recetas crónicas vigentes.
- Registro clínico local.
- Medicamentos traídos por el usuario (solicitados con anterioridad).

Se deberán especificar los medicamentos que corresponden a prescripción médica y cuales son por automedicación. Además, se debe realizar preguntas sobre el uso de cada uno de estos medicamentos, pesquizando la adherencia individual dentro del contexto de la entrevista. A pesar de que no es recomendable utilizar un formato estructurado, y ya que cada persona podría necesitar de enfoques

distintos, se sugiere utilizar preguntas como: ¿Toma el medicamento?, ¿Para qué lo toma?, ¿Quién se lo recetó?, ¿Desde hace cuánto tiempo lo usa?, ¿Cuánto toma?, ¿Cómo lo utiliza? ¿Se olvida alguna vez de tomarlo?, Si se encuentra bien, ¿deja de tomarlo alguna vez?, ¿Conoce alguna precaución de uso?

Es importante destacar que existen dos tipos de falta de adherencia [8]:

- No puede: el usuario presenta falta de adherencia no intencionada, ya que el no usar sus medicamentos no depende de su voluntad directa (es un acto pasivo).
- No quiere: el usuario presenta falta de adherencia intencionada, ya que activamente opta por no utilizar sus medicamentos.

Revisando los registros de retiro de medicamentos es posible obtener un dato objetivo indirecto de adherencia, como la razón de posesión de medicamentos (MPR) o la proporción de días cubiertos (PDC), pudiendo así compararlos con lo obtenido desde la entrevista [8].

Además, se deben explorar con el usuario sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), definidas como un efecto dañino y no intencionado que ocurre a dosis usadas en el hombre como profilaxis, diagnóstico o terapia [9] 247 ADEs and 194 potential ADEs were identified. Extrapolated event rates were 6.5 ADEs and 5.5 potential ADEs per 100 nonobstetrical admissions, for mean numbers per hospital per year of approximately 1900 ADEs and 1600 potential ADEs. Of all ADEs, 1% were fatal (none preventable. Éstas se deben clasificar y reportar según la Norma General Técnica 140 de Farmacovigilancia [10], y en caso de encontrarse con una situación grave, deben ser solucionadas en el momento junto al equipo clínico.

La información recopilada debe ser adecuadamente registrada en la ficha de atención, en relación a su terapia prescrita, indicación de ésta y si el usuario se ajusta a la posología de administración. En caso de automedicación, se debe conocer la forma en que se está administrando dicha terapia y con qué propósito.

El tiempo estimado para esta etapa es de 10-15 minutos.

Etapa 4: Resumen

Antes de finalizar, se debe realizar un resumen de la entrevista con el usuario, buscando posibles signos o síntomas asociados a sospechas de RAM y completando información faltante. En esta instancia puede entregarse información de los factores que el QF considere importante reforzar o corregir, siempre y cuando no requiera de cambios en el tratamiento farmacológico y se respete el tiempo de la entrevista. Por último, debe dejarse espacio para dudas del usuario que puedan responderse en ese momento y no requieran de una intervención educativa más elaborada.

El tiempo estimado para esta etapa es de 5 minutos.

En aquellos casos donde se detecten problemas serios, como interacciones severas, RAM graves o cualquier situación que ponga en riesgo grave al usuario, se deben intentar solucionar lo antes posible, citando al próximo control apenas se tenga una respuesta desde el equipo prescriptor.

A continuación se presentan los elementos necesarios para desarrollar adecuadamente el proceso de entrevista clínica.

D. Elementos fundamentales para considerar en el proceso de entrevista

Cuando el profesional de salud se enfrenta a un usuario, debe considerar el tipo de entrevista que realizará, el contexto, las características del usuario y cómo se siente el profesional al enfrentarse a la entrevista, liberándose de prejuicios o concepciones preestablecidas [11,12].

Tipos de entrevistas

Existen tres tipos de entrevistas: estructurada, semiestructurada y no estructurada, donde el profesional de salud va teniendo de mayor a menor control y rigidez en la realización. En el caso del seguimiento farmacoterapéutico, se recomienda seguir una entrevista semiestructurada, teniendo lineamientos y orden general con el usuario, pero dejando la suficiente flexibilidad para adaptarla a las características personales (evitar que se transforme en un checklist de la información que se necesita).

Independiente del tipo de entrevista, existen diferentes etapas: la **exploratoria** que incluye la fase I, II y III, y la **resolutiva**, que incluye la fase IV. Ambas etapas requieren distintas consideraciones, según lo describe la tabla 1.

TABLA 1: ETAPAS Y FASES DE LA ENTREVISTA [13].

Etapa Exploratoria
Fase I: Preparación <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambiente: debe ser cordial, acogedor y cumplir con las necesidades como la confidencialidad. Evitando los ruidos molestos e interrupciones telefónicas o de otro profesional. ▪ Disponibilidad temporal: es decir el tiempo disponible para la entrevista. ▪ Disponibilidad psicológica: El profesional debe estar conectado con la entrevista en ese momento, evitando distracciones externas. Además de clarificar sus sensaciones antes de la entrevista librándose de prejuicios y permitiendo una visualización positiva de la persona. ▪ Objetivo del encuentro: Debe estar claro por el profesional de salud previo a la entrevista, lo que le permitirá definir el tipo de entrevista a utilizar.
Fase II: Inicio <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuentro: Es el minuto en que ambos se conocen y establecen el encuentro de la relación profesional–usuario, por lo que es fundamental la presentación según las normas sociales. Un buen contacto comienza con el primer encuentro y podría determinar los encuentros futuros. «<i>Buenos días Sra... mi nombre es... y seré su químico farmacéutico</i>». ▪ Duración: Informar la duración de la entrevista y el objetivo de esta, con el fin de contextualizar al usuario y no generar falsas expectativas, en ocasiones es necesario negociar estos preceptos. «<i>El día de hoy contamos con 20 minutos para hablar de sus medicamentos</i>», «<i>Veo que para usted es importante hablarme de su familia, ¿le parece si disponemos los últimos 5 minutos para abordar ese tema?</i>», «<i>En el tiempo que tendremos el día de hoy, no alcanzaremos a ver todas sus patologías, sin embargo si podremos reforzar el uso de sus medicamentos</i>» ▪ Confidencialidad: Remarque la confidencialidad de la información que se revelará. «<i>Es importante recordarle que todo lo que hablemos será confidencial, ¿preferiría que su acompañante lo espere afuera?</i>». ▪ Posición física: La posición de la entrevista tanto en la forma de sentarse como en la distancia debe permitir mirar al entrevistado a los ojos, nunca estableciéndose sobre él (entrevistador de pie y entrevistado sentado o recostado) ni muy cerca de él sobrepasando su espacio personal o íntimo, la distancia óptima es entre 1 y 1,5 metros. «<i>¿A esta distancia me escucha bien?, ¿le incomoda si me acerco a usted?</i>».

Fase III: Desarrollo

Es la realización de la entrevista propiamente tal.

- **Habilidades comunicativas:** Durante este momento emplee habilidades comunicativas para establecer un clima de confianza y aceptación mutua.
- **Lenguaje verbal y no verbal:** No pase por alto las señales no verbales, emociones, posturas, gestos, tono de voz del entrevistado y también de usted como entrevistador. «*Al parecer lo que le dije no le hace sentido, ¿quisiera explicarme nuevamente?*».
- **Información:** Recoja la información de lo general a lo particular, registrando lo necesario de la información obtenida, sin que este sea el foco del momento. Los informantes también pueden ser útiles en la obtención de información, sin embargo, es necesario regular su participación. «*¿Cómo le hace sentir lo que su esposa acaba de decir?*», «*Me parece muy importante lo que me comenta, ¿le parece que sea su madre quién nos cuente sobre sus cuidados?*».
- **Tipo de preguntas:** Se sugiere que las preguntas sean abiertas, pero con control del entrevistado. Se debe realizar una pregunta por vez y sin que se insinúe la respuesta.
«*¿Cómo se toma sus medicamentos? ¿Se los da alguien? ¿Le sobran pastillas a fin de mes?*» Respuesta «*No*», con múltiples preguntas la persona tenderá solo a responder la última, y requerirá que nuevamente pregunte.
«*¿Usted no se toma sus medicamentos, cierto?*»,
A una persona obesa, «*¿Cuánta comida chatarra consume?*», Las preguntas estereotipadas y las que incluyen una respuesta alejarán a la persona de la entrevista, pudiendo ocultar información debido a que comprende que podría ser una acción mal vista.
- **Flexibilidad:** La flexibilidad en la realización de las preguntas permitirá que la entrevista sea fluida, prefiriendo el uso de preguntas abiertas. «*Ya qué me está hablando de sus medicamentos ¿Cómo es el manejo que tiene con ellos?*»
- Se sugiere consultar:
 - Motivo de consulta
 - Antecedentes y problemas de salud relevantes (patologías, hospitalizaciones, cirugías, entre otras).
 - Signos y síntomas actuales.
 - Tratamientos médicos o farmacológicos actuales.

Etapa Resolutiva**Fase IV: Cierre o resolutiva**

- El desarrollo de la entrevista le otorgará la información para establecer un plan educativo o terapéutico que debe ser consensuado con la persona. «*Entiendo qué desconoce sobre el uso de sus medicamentos, ¿Le interesaría saber más de ellos?*»
- Realizar un resumen de lo compartido en la sesión ayuda a definir el cumplimiento del objetivo del día y de los objetivos de las sesiones posteriores.
- Evaluar si lo acordado quedó claro para la persona.
- Se debe dar el espacio para que la persona manifieste sus dudas y temores de lo tratado en ese encuentro.
- La despedida debe seguir los rituales sociales habituales. Sin frenar las manifestaciones de gratitud de la persona.

Habilidades interpersonales

La entrevista, al igual que el proceso de comunicación requiere que el receptor decodifique el mensaje del emisor para que exista comunicación. Al ser un proceso que involucra personas, es necesario utilizar ciertas habilidades interpersonales para el logro de los objetivos, las cuales se sustentan en las actitudes de empatía, aceptación y autenticidad que debe tener el entrevistador, como describe Travelbee en su modelo de relación persona a persona [14,15].

1. Escucha activa: Escuchar activamente requiere una disposición interior, para que el mensaje del mundo exterior se capte, decodificando los mensajes verbales y no verbales de la persona. Escuchar significa mucho más que oír, requiere que la persona preste atención, centrándose en el otro, y limitando las distracciones internas que surgen de forma innata, puesto que somos capaces de captar hasta 600 palabras por minuto, sin embargo, la persona solo logra emitir hasta 140 palabras por minuto, dejándonos un “tiempo libre mental” que se inunda de nuestras preocupaciones, sentimientos contrarios, recuerdos, planes del día, quitando el foco de la persona [14,15].

La sugerencia es hacer consciente este tiempo y utilizarlo en observar, interpretar el lenguaje no verbal, comprender y decodificar el mensaje de la entrevista.

Movimientos de cabeza, gestos y expresiones regulados, inclinación del cuerpo y postura de confianza (erguida), tener un comportamiento visual constante sin ser invasor, parafrasear, resumir, sugieren una escucha activa.

2. Personalización: Es una forma de ofrecer al otro la posibilidad de asumir sus pensamientos, afectos y conductas como propias. Los ayuda a tomar conciencia y hacerse responsable de sus problemas, actos y conductas, además de las consecuencias de ellas mismas. Se puede personalizar el significado, el problema, el sentimiento y el fin [14,15].

Persona: « A la gente le cuesta hacer ejercicio».

Profesional: «Sra. Sofía, ¿a la gente le cuesta o a usted?»

«¿Cómo le ha hecho sentir a usted todo lo que hemos conversado el día de hoy? »

3. Respuesta empática: Requiere de una escucha activa de forma previa. Se utiliza para demostrar a la persona que se le ha comprendido, y esto se expresa mediante la aceptación de su realidad. Se logra concentrándose intensamente en la persona que se entrevista y poniéndose en su punto de vista, sin comparar ni generalizar. Este tipo de respuesta es la menos natural, ya que el entrevistador tiende a emitir respuestas de tipo juicio moral, interpretativas, de consuelo y de resolución de problemas, lo cual podría generar conflicto o rechazo. [15,16]

«Si bien es importante para su salud la utilización de la insulino terapia, entiendo que es un proceso inquietante para usted y que ha sido difícil lograr un uso constante.»

4. Clarificación: Se debe utilizar cuando el mensaje del entrevistado no queda explícito y es necesario para continuar con la entrevista. Se puede repetir la idea de la persona con sus mismas palabras o solicitarle que la repita, admitiendo una confusión [14,15].

«Con lo que me acaba de decir, entiendo que...»

«Podría repetir la idea que desarrolló, me es difícil comprenderle...»

5. Parafrasear: Es similar a la clarificación, sin embargo, acá se busca repetir el mensaje con palabras similares, haciendo evidente la escucha activa y contribuye a la persona que, al escucharse, en las palabras de otro, tenga una idea más clara de sus dichos [14,15].

Persona: «Tengo la diabetes y la hipertensión muy mal controladas y sin embargo hago de todo para estar bien»

Profesional: «Usted dice pese a sus esfuerzos no ha logrado compensar sus enfermedades crónicas»

6. Confrontación: Bajo la misma línea, la confrontación permite clarificar una idea de la persona que ha planteado contraria en su discurso. El objetivo no es debatir sobre esto, sino que hacer consciente las contradicciones de forma asertiva, sin darle un juicio de valor, solo exponiendo las ideas [14,15].

«Usted me había comentado que... sin embargo ahora me dice que...»

Evitar: «Usted siempre dice cosas diferentes, debe estar mintiendo...»

7. Validar: Nos ayuda a comprobar la escucha activa y la empatía hacia la situación, además de dar retroalimentación a la persona de su actuar. También debe ser utilizada en momentos de conflicto [14,15].

«Comprendo que para usted sea muy importante...»

«Logro identificar la importancia que tiene para usted...»

«Entiendo que esta situación le haga enojar...»

Evitar: «Sé lo que le pasa...»

8. Reflejar: Al igual que la validación, contribuye a demostrar la empatía y a hacer consciente a la persona de lo que dice (mensaje) o lo que le afecta (sentimientos) frente a la situación que expresa [14,15].

«Noto que hablar de ciertos temas lo pone incómodo...»

«Pareciera que lo que me dice es importante para usted...»

«Se emociona mucho cuando habla de ese momento...»

Evitar: « ¿Para qué se molesta con lo que le digo?»

9. Silencio: El silencio en muchas situaciones resulta incómodo, y el profesional de salud tiende a utilizar esos espacios para preguntar, sin embargo, es considerado una habilidad comunicativa que facilita a la persona desarrollar sus ideas, a través de un discurso libre más profundo. Este debe ser intencionado [14,15].

P: «Sra. Lucía, hábleme de su familia»

L: «Bueno mi familia es grande»

P: « ¿Cuántos son?» L: « ¿Yo, mi esposo y mis 7 hijos?»

*Sin uso de silencio, no permite que la persona exprese lo esencial, sino lo que yo deseo conocer.

P: «Sra. Lucía, hábleme de su familia»

L: «Bueno mi familia es grande»

P: (...)

L: «Aunque hay veces que siento que somos muy distantes»,

*obliga a la persona a desarrollar la idea de forma libre.

10. Resumir: Se utiliza usualmente al finalizar la entrevista, aunque también podría ser en las otras fases de la sesión. Permite reagrupar las ideas, acuerdos, sensaciones y objetivos pasados y futuros [14,15].

«En la sesión de hoy podemos decir que...»

«Hace 5 meses que iniciamos el tratamiento y hemos logrado...»

Las habilidades interpersonales no son excluyentes entre si y pueden usarse tanto al inicio, desarrollo y final de la entrevista. Es fundamental hacerlas conscientes en los profesionales de la salud ya que podrían sernos útiles para el logro del objetivo terapéutico o educacional. Y nos permitirían una entrevista y relación con la persona de mayor profundidad.

Finalmente, como profesionales de la salud hay que reconocer la existencia de una persona detrás del mismo, por lo que se deben hacer conscientes los sentimientos que la entrevista provoca en ellos. Ya sean de rabia, felicidad o pena; esto refleja la autenticidad como actitud de ayuda y podría simbolizar sus sentimientos y experiencias si estos contribuyen al encuentro terapéutico [13]. Esto quiere decir que si un usuario pide un consejo podría dársele.

P: «Según los antecedentes, esto requiere cirugía Don Luis, la cuál podría ser riesgosa»

L: «Y si usted fuera yo, ¿se operaría?»

P: «Debemos partir de la base que es usted quien decide, porque sólo usted sabe el miedo que tiene a operarse, condiciones laborales y familiares, etc. Ahora si me pide mi opinión...»

El correcto uso de estas habilidades permitirá el desarrollo de una entrevista adecuada, propiciando un intercambio de información útil para ambas partes y que le entregará al Farmacéutico los elementos suficientes para iniciar la fase de evaluación.

E. Fase de evaluación

El objetivo de esta fase será analizar, de la manera más completa posible, la relación entre los problemas de salud del usuario y su terapia farmacológica, evaluando signos, síntomas, exámenes de laboratorio y cualquier otra información disponible, utilizando la evidencia actual y el pensamiento crítico.

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

- Los problemas de salud del usuario, incluyendo la presentación de las patologías, su control y tratamiento.
- Medicamentos utilizados para tratar estos problemas, lo que incluye el uso adecuado en aspectos de indicación, preparación y administración, junto con el reconocer RAM que podrían estar generando.

A pesar de que no es posible determinar un rendimiento ideal en esta fase, ya que depende totalmente de la experiencia del Farmacéutico y su dominio clínico, se ha sugerido previamente que debiese durar a lo más 20 minutos por usuario.

Conciliación Farmacológica

Es importante conciliar los tratamientos farmacológicos de la persona, ya que es común que existan discrepancias entre prescripciones del nivel primario, secundario y del extra-sistema. Esto es especialmente relevante en personas mayores, quienes presentan un mayor riesgo en el uso de medicamentos. Toda discrepancia debe ser aclarada, velando por evitar problemas de duplicidad terapéutica o sobredosificaciones [17].

Con esta información disponible, tanto del usuario como de la evidencia de la literatura, y habiendo conciliado el tratamiento, corresponde analizar los problemas de salud.

Análisis de problemas de salud asociado al uso de medicamentos

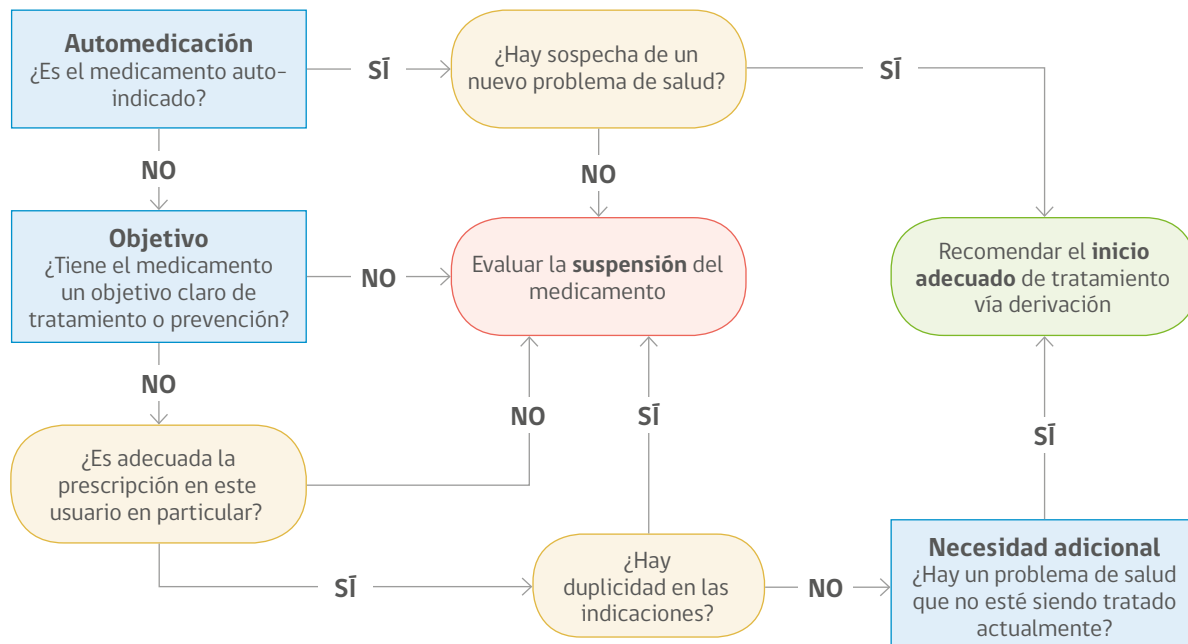
Se definen como resultados clínicos desfavorables que podrían tener relación directa con el tratamiento farmacológico. Éstos pueden tener variadas causas, las cuales deben ser correctamente identificadas y resueltas para lograr un control del problema. Para la detección de estos problemas de salud, se utilizará la clasificación según necesidad, efectividad y seguridad [17].

Necesidad

Para realizar este análisis, es importante reconocer y justificar el objetivo terapéutico de cada uno de los fármacos utilizados. Los criterios de necesidad se dividen en dos:

- La ausencia de indicación farmacológica para un problema de salud presente en el usuario (generalmente como automedicación). Un medicamento automedicado podría estar justificado, por lo que es necesario evaluar con el médico tratante.
- Presencia innecesaria o injustificada de un fármaco, lo cual puede incluso generar un problema de salud. Se incluye en este aspecto las duplicidades terapéuticas y las indicaciones que no se ajustan a la evidencia. La figura 3 muestra los pasos a realizar en el análisis de necesidad.

FIGURA 3: ANÁLISIS DE NECESIDAD



- **Paso 1:** Automedicación. Siempre es necesario evaluar, antes que cualquier otro análisis, si el fármaco es automedicado. Si este es el caso, no se debe descartar de inmediato la necesidad de utilizarlo, pues pueden existir problemas de salud que no han sido diagnosticados aún o la patología puede no estar siendo tratada adecuadamente. Si la automedicación no se relaciona con esto, es conveniente sugerir la suspensión del fármaco, teniendo precaución en realizar el retiro adecuado en aquellos que puedan producir síndrome de abstinencia u otros fenómenos, como es el caso de las benzodiazepinas (ver en anexo 1).
- **Paso 2:** Objetivo. Si el medicamento fue prescrito, se debe evaluar el objetivo del tratamiento ¿Es para un problema de salud actual? ¿Es para la prevención de una complicación futura? En aquellos fármacos sin un objetivo claro, puede evaluarse la suspensión, siempre y cuando se recopile toda la información del usuario de la ficha clínica y otras fuentes. También pueden detectarse problemas en la prescripción, particularmente cuando no se cumplan los requisitos de uso. Por último, es posible detectar duplicidades terapéuticas en este paso.
- **Paso 3:** Necesidad adicional. Cuando ya se ha analizado la terapia actual, es conveniente evaluar la presencia de problemas de salud no controlados. Esto porque un usuario puede no estar recibiendo medicación para su problema de salud, por lo que debe explorarse la necesidad de agregar un fármaco adicional, procurando descartar primero que los signos o síntomas no se deban al uso de otro medicamento.

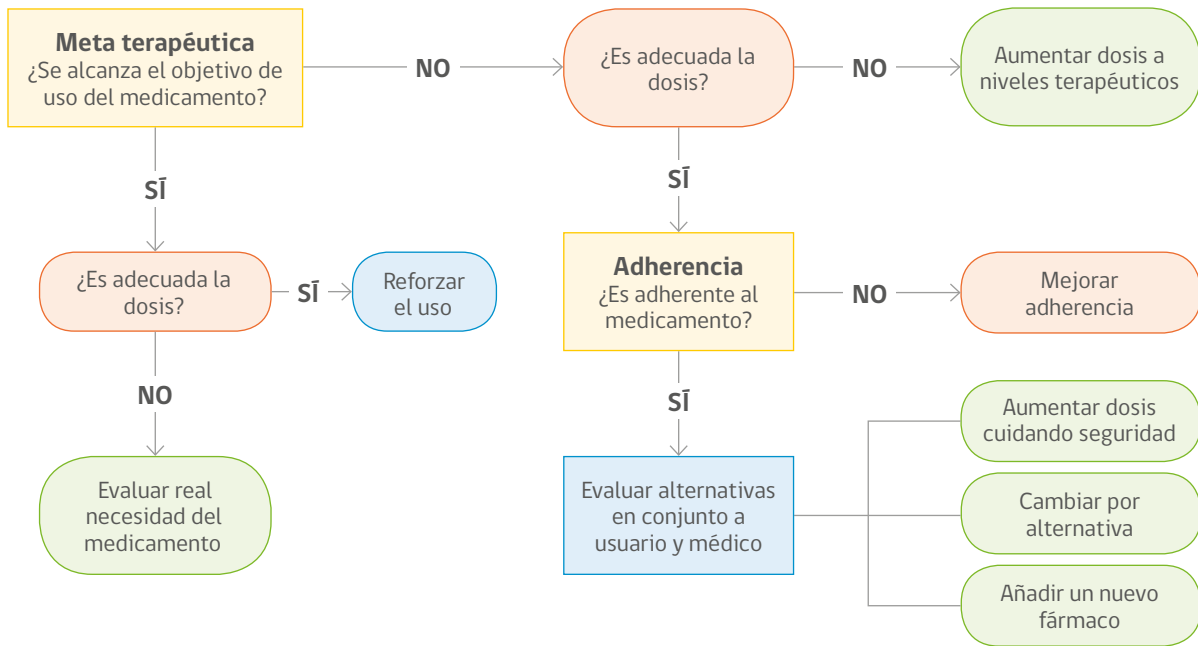
Al concluir el análisis de necesidad, se procederá a evaluar la efectividad.

Efectividad

Considera evaluar principalmente la falta de efectividad, que se ha definido como el fracaso en el uso del medicamento, determinado por la imposibilidad para alcanzar el objetivo terapéutico buscado. Dentro de los problemas de efectividad está el aparente fracaso de un medicamento de cumplir con su meta específica, no explicado por la dosificación (es adecuada), aun cuando el usuario es efectivamente adherente. Por otro lado, la falta de adherencia es la causa más común del fracaso de un tratamiento farmacológico, por lo que el análisis de la conducta del usuario frente a sus medicamentos es esencial, lo que se verá en detalle más adelante [16]. Por último, otro problema frecuente que genera falta de efectividad es la indicación de dosis menores a las terapéuticas.

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

FIGURA 4: ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD



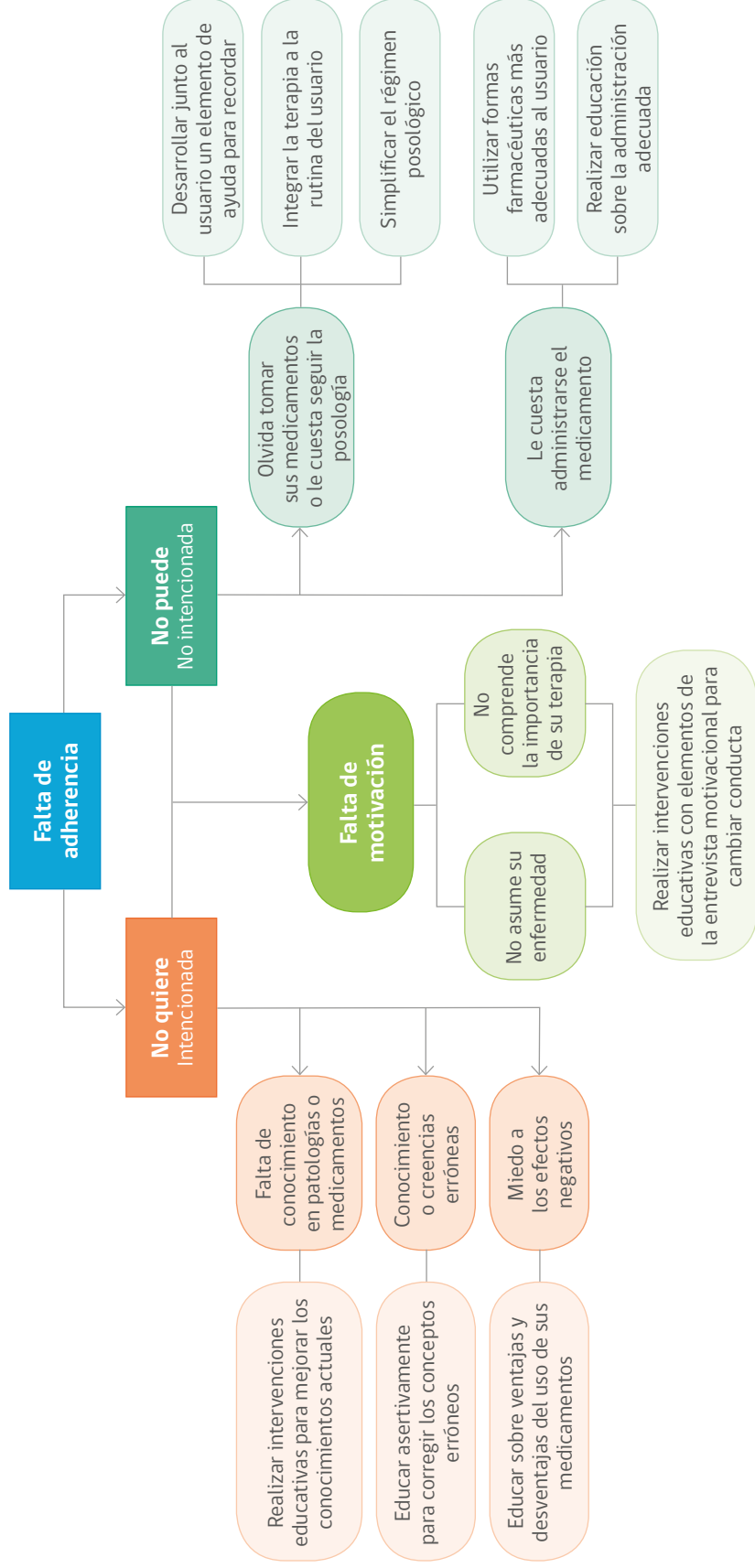
- Paso 1: Meta terapéutica.** Para evaluar la efectividad de cualquier tratamiento, siempre se debe tener clara la meta terapéutica buscada (determinada anteriormente en el análisis de necesidad, paso 2: objetivo), debiendo entonces analizar si ésta se cumple o no. Además, podemos relacionar el intervalo terapéutico (el rango de dosis en el cual la efectividad de un medicamento está demostrada) con el cumplimiento de esta meta. Si la meta se cumple y la dosis es adecuada, entonces se tiene un buen uso del medicamento y debe reforzarse la conducta positiva. En caso de que la meta se cumpla, pero el fármaco esté en menor dosis a la definida como mínima efectiva, se podría cuestionar la real necesidad de éste, pues no se espera que genere un efecto terapéutico y el problema de salud podría controlarse con otras medidas. En caso de que la meta no se cumpla, también debe evaluarse la dosis, pues ésta puede ser menor a la necesaria y requerir un aumento. Si el problema de efectividad no se relaciona a la dosis usada, puede sospecharse de un problema de adherencia.
- Paso 2: Falta de adherencia.** La falta de adherencia es la principal causa de fracaso terapéutico, por lo que es necesario evaluar este aspecto cuando no haya cumplimiento de la meta y la dosis sea adecuada. Intervenir entonces es fundamental, pues puede evitar el utilizar erróneamente fármacos adicionales en el usuario. A pesar de que la adherencia parece ser un proceso sencillo, se trata de un fenómeno complejo y multifactorial, donde intervienen factores como las creencias en salud, el conocimiento del usuario en patologías y medicamentos, la información masiva disponible, el contexto social y económico, y las etapas del cambio de las personas [8]. En esta guía, siguiendo con las recomendaciones internacionales, se proponen 2 métodos de medición de adherencia:
 - Subjetivo: mediante la entrevista y determinando la adherencia a cada medicamento (individual).
 - Objetivo: a través del análisis de la fecha de retiro de sus medicamentos según los registros locales (con indicadores como la razón de posesión de medicamentos (MPR) o la proporción de días cubiertos (PDC)).

Los métodos subjetivos son recomendables para conocer el contexto del usuario con sus medicamentos y las causas de la falta de adherencia, mientras que los objetivos permiten relacionarlos con datos que no dependen de la información entregada por el usuario y, por tanto, tienen menor riesgo de sesgo [18]. Por tanto, se debe utilizar ambas dimensiones para determinar la situación de adherencia a los medicamentos del usuario.

No se recomienda el uso de encuestas estandarizadas para determinar adherencia subjetiva, a menos que se encuentren correctamente validadas en nuestro país y que tengan buena correlación con la adherencia efectiva, determinada por parámetros psicométricos como la fiabilidad y la consistencia interna, entre otros. A modo de ejemplo, la prueba de Morisky-Green de 4 preguntas tiene una fiabilidad (alfa de Cronbach) de 0.4, menor al límite inferior de 0.7 determinado como confiable por la literatura, por lo que la información entregada por esta encuesta no es de utilidad real [18].

Los problemas de adherencia pueden ser intencionados, donde el usuario activamente rechaza utilizar sus medicamentos; o no intencionados, existiendo problemas relacionados con la incapacidad de lograr cumplir con el régimen terapéutico, aunque el usuario así lo desee. Dependiendo del motivo identificado, el método de intervención en la falta de adherencia puede variar, tanto en objetivos como en implementación [19]. La figura 5 resume el análisis de los principales motivos de falta de adherencia y posibles métodos de intervención.

FIGURA 5: MOTIVOS DE FALTA DE ADHERENCIA Y POSIBLES MÉTODOS DE INTERVENCIÓN.



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

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

Paso 2.3: con el motivo identificado, puede implementarse intervenciones que tienen mayor evidencia en la mejora de los problemas específicos, según lo ejemplificado en la figura 5:

- En la falta de adherencia intencionada suelen existir problemas de conocimiento erróneo, creencias específicas, miedo a posibles efectos adversos o simplemente que la persona no conozca sus patologías ni medicamentos. Para esto, el manejo educativo es fundamental, siendo relevante el conocer los procesos y metodologías de educación para la salud, junto con las fases del cambio presentes. Esto se detalla en la sección **Factores que influyen en el cambio de las personas**. Otra posibilidad es la sospecha de RAM (y que dejara de utilizar el medicamento como consecuencia), por lo que se debe explorar cuando esto sea descrito.
- En la falta de adherencia no intencionada, las personas suelen tener la intención de utilizar sus medicamentos, pero se ven imposibilitadas por problemas de memoria, complicaciones en la administración o de cumplimiento de las indicaciones, especialmente cuando se trata de regímenes complejos y con polifarmacia. En caso de existir problemas de memoria, pueden utilizarse apoyos visuales o incluso tecnológicos como material de recordatorio, alarmas en teléfonos celulares, pastilleros o incluso a los familiares. **El Anexo 4** presenta sugerencias de formato para material de recordatorio de medicamentos, tanto en personas analfabetas como en aquellas que si puedan leer.

En el caso de regímenes complejos o problemas de administración, se recomienda modificar la terapia utilizando alternativas con tiempos de vida media más larga (con administración única diaria cuando sea posible) junto con revisar la pertinencia de la terapia para explorar la posibilidad de suspender algún medicamento, siempre velando por el uso de la forma farmacéutica (FF) más adecuada según las condiciones de la persona (FF líquidas o que puedan molerse en usuarios con problemas de deglución o niños pequeños, por ejemplo).

- **Paso 3:** Finalmente, cuando la meta no se cumple, la dosis es adecuada y no hay sospechas de falta de adherencia al medicamento, el problema de salud puede haberse complicado, por lo que puede requerir un aumento de dosis (cuidando de no superar la dosis máxima permitida), el cambio por una alternativa más efectiva o la adición de un nuevo medicamento para mejorar el control de la patología.

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

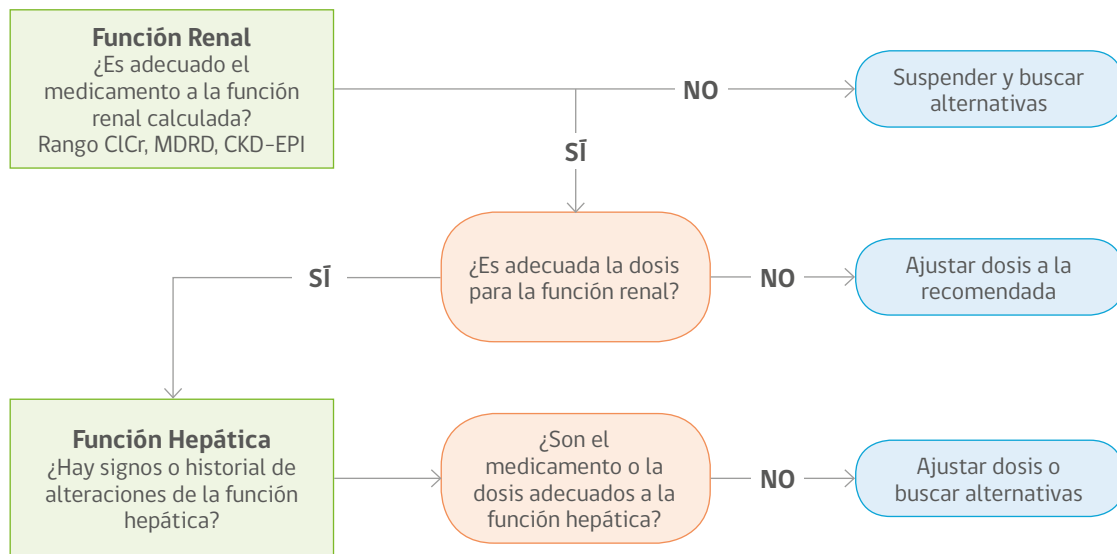
Seguridad

El análisis de seguridad busca establecer la relación directa de un problema de salud con los medicamentos, a pesar de que esta sea necesaria y efectiva. Estos problemas de salud pueden presentarse como la sospecha o riesgo alto de RAM (dosis terapéuticas) o de toxicidad por sobredosificación. Se deben distinguir los problemas potenciales, o con riesgo de que se presenten, de los ya existentes y que estén generando alteraciones en el usuario.

Este análisis se efectúa en dos pasos. El primero hace una valoración según las características individuales relacionadas con la función renal y hepática. El segundo evalúa la presencia de elementos característicos del medicamento, como las contraindicaciones de uso (que pueden estar relacionadas con patologías concomitantes o características intrínsecas del usuario), el riesgo de interacciones farmacológicas **que tengan relevancia clínica reportada** (ya sean fármaco-fármaco, fármaco-patología y fármaco-alimento) y la búsqueda de sospechas de RAM, efectuada según el grupo terapéutico y los signos/síntomas presentes en el usuario.

El primer análisis de seguridad evalúa la función renal, determinada con ecuaciones adecuadas según lo establecido por el MINSAL [20]. Este factor presenta una aproximación a la capacidad renal de eliminación de medicamentos, relevante para la gran mayoría de los fármacos utilizados actualmente en APS. En segundo lugar, se busca evaluar la función hepática del usuario, que puede afectar la metabolización y eliminación de fármacos. La figura 6 muestra el primer análisis de seguridad, factores intrínsecos del usuario.

FIGURA 6: PRIMER ANÁLISIS DE SEGURIDAD, FACTORES INTRÍNSECOS DEL USUARIO



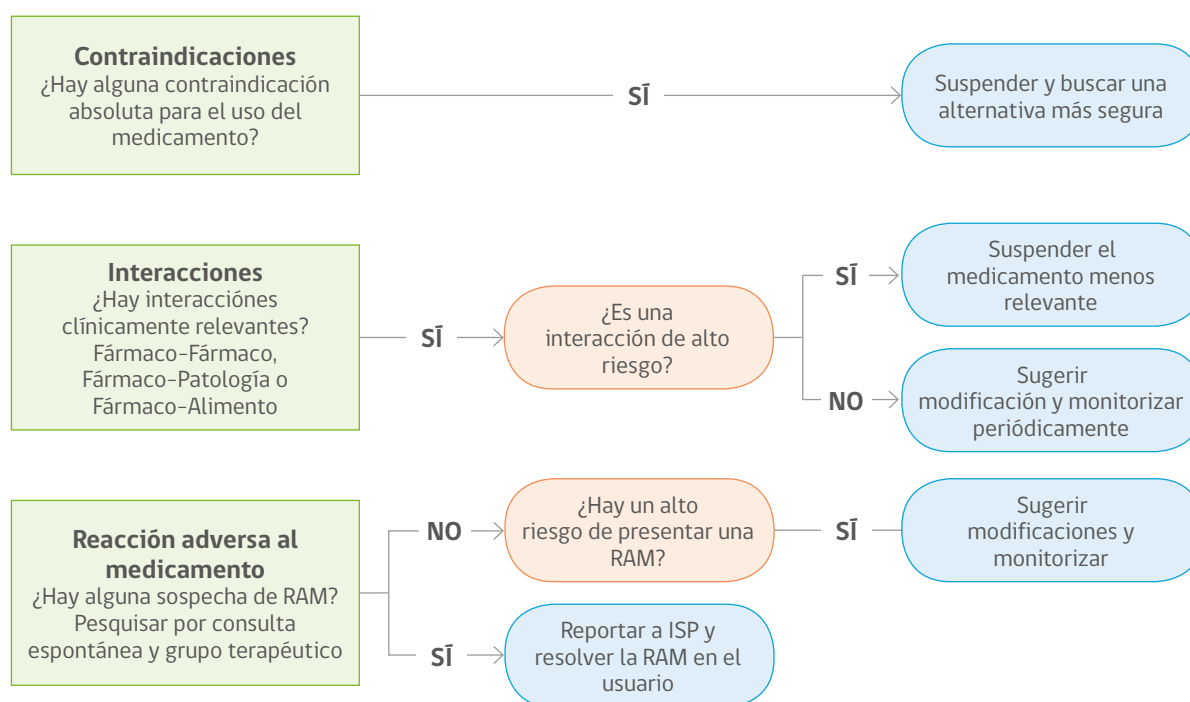
CLCr: Clearance de Creatinina; **CKD-EPI:** Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration;
MDRD: Modification of Diet in Renal Disease.

El ajuste de la dosis de medicamentos por función renal se debe realizar con precaución, por lo que se recomienda consultar al **Manual de ajuste de dosis de medicamentos en alteraciones renales del MINSAL. [21]**

Aunque el análisis de la función hepática (se sugiere el sistema Child-Pugh [22]) es relevante en el estudio de los medicamentos, su disponibilidad suele ser limitada, por lo que se debe privilegiar a aquellos usuarios que tengan historial de alteraciones hepáticas o que utilicen medicamentos con alta probabilidad de generar este tipo de problemas.

A pesar de que existan fármacos que no estén generando actualmente una RAM, es importante evaluar este aspecto del medicamento cuando el riesgo de aparición sea frecuente (mayor al 1%) o seria (cualquier reacción adversa que sea mortal o que pueda poner en peligro la vida o que implique incapacidad o invalidez grave o que tenga por consecuencia la hospitalización o prolongación de la misma) según lo definido por la NGT 140 o el DS n°3 [10,23]. La Figura 7 muestra el segundo análisis de seguridad correspondiente a los factores del medicamento.

FIGURA 7: SEGUNDO ANÁLISIS DE SEGURIDAD, FACTORES DEL MEDICAMENTO



RAM: Reacción adversa a medicamentos; **ISP:** Instituto de Salud Pública.

La incidencia de RAM y otras complicaciones es más alta en personas mayores, por lo que siempre se debe evaluar este aspecto en este tipo de usuarios.

La tabla 2 muestra las reacciones adversas reales o potenciales asociadas al uso de medicamentos (algunas de estas corresponden a efectos acumulativos).

TABLA 2. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS Y TOXICIDAD ACUMULATIVA

Medicamentos	Reacción adversa														
	Caídas y fracturas	Constipación	Retención urinaria	Depresión SNC	Sangrado	IC	Bradicardia	Eventos CV	Respiratorio	Hipoglicemia	Daño renal	Hipokalemia	Hiperkalemia	Síndrome serotoninérgico	Glaucoma de ángulo estrecho
Bloqueadores H2															
Laxantes															
Loperamida															
IECA/ARA II															
Hidroclorotiazida															
Furosemida															
Espironolactona															
Betabloqueadores															
BCC (Nifedipino)															
Verapamilo/diltiazem															
Nitratos															
Digoxina															
Teofilina															
Corticoides orales															
Opioides															
Benzodiacepinas															
Antihistamínicos															
Bloqueadores H1															
Antipsicóticos															
ISRS															
Triciclicos															
Inhibidores MAO															
Antibióticos/antifúngicos															
Sulfonilureas															
Pioglitazona															
Antiespasmódicos TU															
Bloqueantes alfa															
AINES															

Adaptación autorizada de: NHS Polypharmacy Guidelines: realistic prescribing 3rd edition, 2018. ARA II: Antagonista de receptores de angiotensina II; BCC: bloqueadores de canales de calcio; CV: Cardiovascular; IC: Insuficiencia cardíaca; IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; SNC: Sistema nervioso central; TU: Tracto urinario

Además, existen medicamentos que presentan mayor riesgo de producir hospitalizaciones como consecuencia de una RAM, por lo que son mencionados como de alto riesgo, especialmente en personas mayores. La Tabla 3 presenta algunos ejemplos.

TABLA 3. MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO DE GENERAR HOSPITALIZACIONES

Familia de medicamentos	Ejemplo
Inótrupos negativos	Digoxina
Diuréticos	Espironolactona, furosemida
Antihipertensivos/IC	Betabloqueadores
Anticoagulantes orales	Warfarina, rivaroxaban, acenocumarol
Antiagregantes plaquetarios	Clopidogrel
Hipnóticos y ansiolíticos	Benzodiazepinas, drogas Z
Antipsicóticos	Risperidona, quetiapina
Antidepresivos	Amitriptilina, fluoxetina, paroxetina
Analgésicos opioides	Tramadol
Antirreumáticos y antigotosos	AINES, corticoides

Adaptación autorizada de: NHSPolypharmacy Guidelines: realistic prescribing 3rd edition, 2018.

El riesgo de uso de estos medicamentos depende de factores como alteraciones renales, edad del usuario y otros, por lo que deben ser monitorizados de forma continua. La Tabla 4 muestra medicamentos que presentan alto riesgo de generar efectos anticolinérgicos y pueden producir complicaciones como constipación, incontinencia urinaria y delirium, entre otros. Estos medicamentos poseen contraindicación relativa en personas mayores.

TABLA 4. MEDICAMENTOS CON EFECTOS ANTICOLINÉRGICOS IMPORTANTES

Riesgo alto	Riesgo moderado	Alternativas
Antidepresivos tricíclicos como amitriptilina	ISRS como paroxetina	Venlafaxina, sertralina.
Antipsicóticos como flufenazina, clorpromazina	Olanzapina, quetiapina, risperidona, haloperidol	Aripiprazol
	Metoclopramida	Domperidona
	Ranitidina, famotidina	Omeprazol y otros IBP
Trihexifenidilo	Amantadina, bromocriptina	Pramipexol
	Opiáceos	Paracetamol, AINEs
	Carbamazepina, litio	Ácido valproico
Atropina, escopolamina	Loperamida	Pargeverina
Clorfenamina, hidroxicina, ciproheptadina	Cetirizina, loratadina, fexofenadina	Desloratadina

IBP: inhibidores de la bomba de protones; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

Causas de los problemas de salud asociados a medicamentos

Como fue mencionado anteriormente, para solucionar problemas de salud asociados al uso de medicamentos, se deben detectar e intervenir las causas asociadas a su aparición. La tabla 5 ejemplifica causas más comunes de problemas de salud relacionados a la terapia farmacológica [17].

TABLA 5: CAUSAS COMUNES DE PROBLEMAS DE SALUD

Causas más comunes de los problemas de salud
Dosis Inadecuada
Pauta Inadecuada
Duplicidad terapéutica
Interacción farmacológica
Probabilidad de reacción adversa al medicamento
Mala administración de medicamentos
Falta de adherencia
Prescripción inadecuada
Contraindicación
Características del usuario
Patología insuficientemente tratada
Automedicación

Dosis inadecuada

Corresponde a la indicación médica de dosis menores o mayores a las recomendadas por guías clínicas vigentes, utilizando la evidencia actualizada y según corresponda a cada patología. Algunos ejemplos son la indicación de 500 mg al día de metformina para usuarios con DM2 y de 200 mg diarios de losartan en HTA [25].

Pauta inadecuada

Es indicación médica incorrecta de posologías de tratamiento para el medicamento analizado, generalmente al no respetar aspectos de la cronofarmacología. Un ejemplo común es la indicación de prednisona en igual dosis en la mañana y la noche [26].

Duplicidad

Corresponde a la indicación de dos medicamentos con el mismo mecanismo de acción o cuya adición no presentara beneficios e incluso puede generar riesgo al usuario por actuar en el mismo eje de tratamiento, como el uso conjunto de losartan y enalapril o de ranitidina y omeprazol [25].

Interacción farmacológica

Las interacciones farmacológicas se producen cuando un medicamento, nutriente o patología produce alteraciones en la farmacocinética, farmacodinámica, eficacia o toxicidad de otro medicamento. [27] Por tanto, estas pueden clasificarse como:

- Según tipo de alteración:
 - Interacciones farmacocinéticas, afectando los parámetros de absorción, distribución, metabolismo o excreción de los medicamentos.
 - Interacciones farmacodinámicas, afectando el mecanismo de acción o la respuesta farmacológica de los medicamentos.

- Según involucrados:
 - Interacciones fármaco-fármaco
 - Interacciones fármaco-nutriente o alimento
 - Interacciones fármaco-patología

Estas clasificaciones no son excluyentes y siempre coexisten: a modo de ejemplo, clopidogrel y omeprazol presentan una interacción fármaco-fármaco que es al mismo tiempo farmacocinética, debido a que ambos son medicamentos, y que las alteraciones se producen en el metabolismo y la activación de clopidogrel a nivel hepático por la inhibición del CYP2C19 por parte de omeprazol [27]. Adicionalmente, la severidad de la interacción indica el grado en que se afecta la respuesta al medicamento y las consecuencias que puede tener en el usuario.

A pesar de que existen miles de interacciones medicamentosas, sólo una fracción de ellas presenta relevancia clínica, esto es, consecuencias clínicamente significativas en la salud del usuario. Por ello, se recomienda utilizar bases de datos establecidas como Drugs.com (**gratuita**), Lexicomp (Uptodate), Micromedex y otros similares (**de pago**), considerando relevantes sólo aquellas interacciones indicadas como moderadas (clasificación C o D en algunos sitios, de color amarillo o naranja en la figura 6) o severas (clasificadas como X, de color rojo en la figura 6).

La Figura 6 presenta algunas interacciones de medicamentos comúnmente utilizados en APS.

Sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM)

Se deben considerar dos criterios de análisis: la potencialidad de presentar una RAM y la sospecha de RAM. El primer caso determina que el usuario no presenta actualmente un signo o síntoma que indique RAM, pero se encuentra en alto riesgo de que aparezca, como es el caso del listado de medicamentos de los criterios de Beers. Se recomienda, mientras sea posible, el utilizar medicamentos seguros y con poco riesgo de generar RAM [31]. El segundo caso se refiere a sospechas de RAM, existiendo indicios de un problema de salud por el uso del fármaco. Se debe analizar la sospecha con el algoritmo de la OMS (ver tabla 5), clasificarla y reportarla al sistema REDRAM del ISP.

TABLA 5. ALGORITMO DE LA OMS PARA LA CLASIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS [32]

Detalle	Clasificación
Cierta	Evento Clínico con una relación temporal plausible a la administración del medicamento, que no puede ser explicado por la enfermedad de base u otros medicamentos. La respuesta a la suspensión debería ser clínicamente plausible, lo cual podría requerir de un protocolo de re-administración.
Probable	Evento Clínico con una relación temporal razonable a la administración del medicamento, que es improbable de atribuir a la enfermedad de base u otros medicamentos. La respuesta a la suspensión debería ser clínicamente razonable.
Posible	Evento Clínico con una relación temporal razonable a la administración del medicamento, que es podría ser atribuido a la enfermedad de base u otros medicamentos. La respuesta a la suspensión puede no ser clara o no estar.
Condicional	Evento Clínico que requiere de más datos para ser clasificado o cuya información adicional está siendo aún recopilada.
Improbable	Evento Clínico con una relación temporal a la administración del medicamento, lo que hace improbable una relación causal, y donde la enfermedad de base u otros medicamentos entregan una mejor explicación.
Inclasificable	Evento Clínico que requiere de más datos para ser clasificado o cuya información adicional está siendo aún recopilada.

Existen medicamentos que comúnmente producen RAM y usuarios que están en mayor riesgo de presentarlas, como personas mayores o frágiles, por lo que es posible efectuar búsquedas guiadas por la evidencia y facilitar la pesquisa.

Mala administración

Son errores en la administración de medicamentos por parte del usuario, ya sea porque no domina la técnica de uso o no le es posible aplicarla. Un ejemplo es el uso de dosis errónea de insulina por no utilizar adecuadamente la jeringa, o al inyectarla por vía intramuscular o intradérmica [25].

Falta de adherencia

Como se discutió anteriormente, la falta de adherencia debe ser pesquisada junto a la causa subyacente, clasificándola en intencionada o no intencionada (ver figura 5).

Prescripción inadecuada

Es la indicación de medicamentos que no sigue la evidencia clínica o los lineamientos de las guías actualizadas, considerando las patologías y características propias de cada usuario. Esto puede ocurrir tanto porque el principio activo no es el adecuado, como el uso de propranolol para el tratamiento de HTA; o porque la forma farmacéutica o la posología indicada no es la adecuada para el usuario individual, como el uso de comprimidos en personas con trastornos de deglución, o la indicación de dosis fraccionadas de medicamentos de liberación prolongada [28].

Patología insuficientemente tratada

Cuando no se logra el control de una patología a pesar de que se confirma adherencia al tratamiento farmacológico y a que las indicaciones son adecuadas, se sospecha que la patología puede haber avanzado y el usuario requiere de una intensificación de la terapia, lo cual puede ser el subir la dosis o el añadir otro medicamento. Es importante descartar problemas de adherencia o de indicación para evitar el uso innecesario de dosis o fármacos adicionales.

Contraindicación

Es una situación específica en la cual un medicamento puede ser dañino o perjudicial para la persona. Existen las contraindicaciones absolutas, las cuales indican que el uso pondrá en un riesgo inmediato a la persona, por lo que no puede utilizarse; y contraindicaciones relativas, las cuales indican que el riesgo es potencial o podría tardar en ocurrir, por lo que debería evitarse. Un ejemplo de contraindicación absoluta es el uso de ácido valproico en embarazadas por su riesgo teratogénico, y una contraindicación relativa es el uso de clorfenamina en personas mayores por el riesgo de sedación, caídas y *delirium* [31].

Características del usuario

Existen factores personales que impiden el uso de ciertos medicamentos, ya sea por opción u opinión que éste posea, o porque hay condiciones que impiden su utilidad terapéutica. Si estos factores comprometen la efectividad o seguridad del medicamento, es recomendable sugerir modificaciones del tratamiento.

Automedicación

Todo uso de medicamento no indicado por un profesional legalmente habilitado es considerado como automedicación. Se debe tener precaución al momento de sugerir la suspensión de estos medicamentos, ya que pueden afectarse las creencias de la persona o efectivamente puede existir un problema de salud que no está siendo tratado.

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

Plan de acción

Una vez identificados los problemas de salud se procederá a elaborar el plan de acción. Éste debe contener la evaluación de cada problema de salud, registrando la relación entre el problema y el medicamento. El plan debe ser presentado al profesional prescriptor, buscando el consenso necesario para mejorar el tratamiento farmacológico y la salud de la persona. Previo al inicio del programa, se deberá definir en conjunto con la Dirección del establecimiento la forma de realizar estas intervenciones con cada médico tratante, lo cual puede ser en variadas modalidades según los recursos y flujos del Centro de Salud. Por ejemplo, se puede hacer con cada tratante, con el médico contralor del establecimiento o con cada jefe de programa. Estos encuentros deben ser estandarizados, determinando un rendimiento del trabajo según se observe en la experiencia.

El plan de acción debe considerar:

- Problema de salud
- Causa del problema de salud
- Medicamento involucrado
- Medida terapéutica sugerida
- Meta esperada con la medida

Las medidas terapéuticas deben evaluarse siempre considerando las características y el contexto de la persona, junto con la realidad del centro de salud.

Las medidas más comúnmente aplicadas para la resolución se definen según la tabla 6.

TABLA 6: MEDIDAS APLICADAS PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS Y SU DESCRIPCIÓN GENERAL

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

A modo de ejemplo, un usuario con trastorno depresivo mayor se mantiene descompensado a pesar de utilizar sertralina 50mg. El plan incluye el aumento de dosis de sertralina a 100mg c/24 horas, con control en un mes, lo que es sugerido al equipo clínico y aceptado por el médico, quien modifica la prescripción. Al seguimiento, usuario refiere disminución de los síntomas luego de un mes de sertralina 100mg c/24 horas.

Tipos de Intervenciones

Las intervenciones farmacéuticas tienen como objetivo resolver las causas de los problemas de salud. Pueden realizarse 2 tipos de intervenciones: en las prescripciones en colaboración con el profesional correspondiente, o mediante educación. En el primer caso, el plan de acción se presentará en forma de sugerencia. La intervención comunicada al prescriptor deberá contener detalladamente la justificación, junto a la medida a aplicar, su meta esperada y método de evaluación, tal cual describe el plan de acción.

En el segundo caso, respecto a las intervenciones educativas, para poder realizarlas usted debe conocer el proceso educativo y también la preparación para el cambio de conducta de cada usuario. Abordaremos primero los cambios de conducta y luego estrategias para realizar educación en salud.

Priorización de intervenciones

Todas las intervenciones por realizar deben aplicarse según priorización, dándole más importancia a aquellos problemas de salud presentes actualmente en el usuario, consignados mediante signos o síntomas detectados o descritos por el usuario, o también que presenten un alto riesgo a la salud de éste. Aquellas causas de problema de salud con menor riesgo de generar un problema o que no pongan en peligro vital la salud del usuario, pueden ser intervenidos una vez que sean resueltos aquellos más importantes. No se recomienda hacer simultáneamente más de tres intervenciones, pues se pone en riesgo la capacidad de comprensión y cambio por parte del usuario.

Factores que inciden en el cambio de las personas

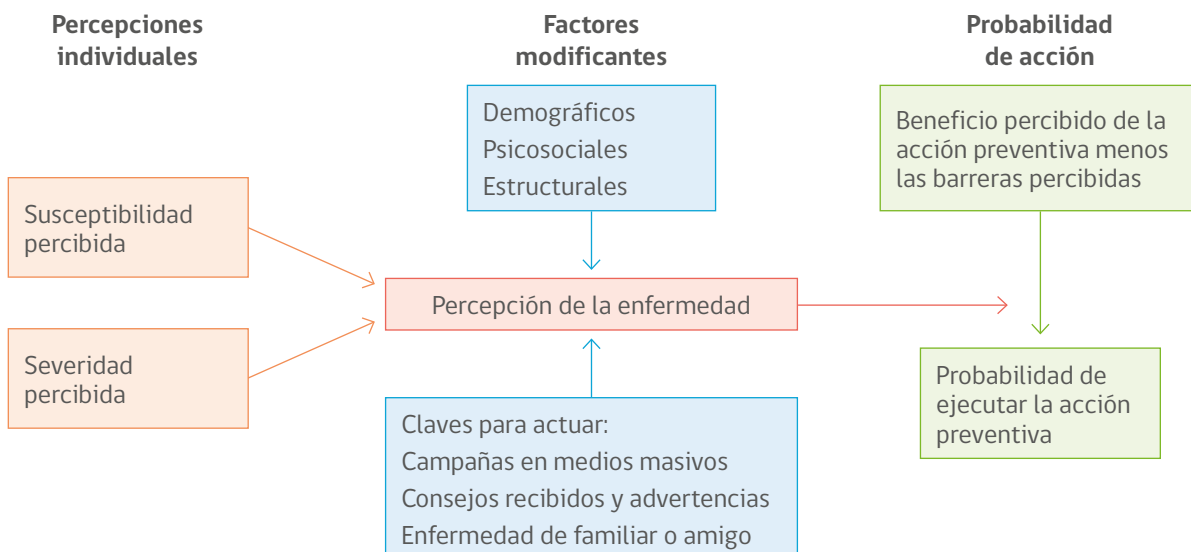
La misión como profesionales de la salud es acompañar a las personas en sus procesos de salud y enfermedad, favoreciendo la instauración de conductas saludables [12]. Sin embargo, cuando nos enfrentamos a un problema como la adherencia de medicamentos podemos describir que el alejamiento de esta conducta en salud puede ser intencionado, por falta de conocimiento, creencias erróneas, miedo; no intencionada, dificultad en la administración del medicamento; o por falta de motivación, no asume su enfermedad o no comprende la importancia. De la misma forma hay teorías de cambio de conductas en salud que fundamentan dicho actuar:

- **Modelo de creencias en salud (*Health Belief model*)**

Propuesto por Rosentock en 1974, quien postuló que la persona era capaz de lograr un comportamiento en salud exitoso si supera sus barreras y amenazas percibidas, para el logro de beneficios considerando su autoeficacia en ello. Es decir que la probabilidad de acción preventiva dependerá de que la percepción del beneficio sea mayor que las barreras y amenazas [12,33].

Sería importante entonces, durante el proceso de entrevista, valorar las percepciones de la persona, realizando intervenciones que sean orientadas a disminuir sus barreras y amenazas percibidas, aumentar el significado del beneficio que podrían obtener al cambiar la conducta y la percepción de autoeficacia en ello.

FIGURA 7: DIAGRAMA DE MODELO DE CREENCIA EN SALUD [33]



« ¿Cuán capaz se siente usted de realizar... esta conducta en salud (toma de medicamento, actividad física, alimentación saludable, etc.)?»

Autoeficacia

«Entiendo que debido a su trabajo sería difícil tener colaciones, sin embargo ¿cree que sea posible destinar unos minutos a consumir una fruta?»

Disminuir las barreras

«Comprendo que le es difícil administrarse su insulina, sin embargo ¿sabe los riesgos de no realizarlo?»

Severidad percibida

« ¿Cree usted que sería posible...?»

Relación beneficios-barreras

▪ **Autoeficacia (Self -Efficacy)**

El concepto de la autoeficacia, entendida como la percepción de la capacidad personal para afrontar una variedad de situaciones estresantes y tomar medidas; fue introducido en 1977 por Bandura, siendo un aspecto central de la teoría social cognitiva [34].

Para esta teoría, las conductas y motivación humanas están reguladas por las expectativas de la situación, el resultado esperado y la autoeficacia percibida por la persona. Las creencias de esta última pueden ser autoestimulantes o autodesvalorizantes, es decir, una persona con una autoeficacia alta será más capaz de realizar tareas desafiantes en salud, invertir más esfuerzos en el desarrollo de metas complejas y persistir frente a las dificultades [34].

Actualmente existen instrumentos de medición de la autoeficacia de las personas, dentro de ellas destaca la Escala Generalizada de Autoeficacia[34].

Sin valoración de autoeficacia

P: «Sr. José, debido al resultado de sus exámenes vamos a iniciar con insulino terapia en dosis diarias de 20 UI»

J: «De acuerdo doctor»

Tras meses de consulta el usuario llega sin adherencia.

Valoración de autoeficacia

P: «Sr. José, debido al resultado de sus exámenes vamos a iniciar con insulino terapia en dosis diarias de 20 UI. ¿Qué tan capaz se siente de inyectarse el medicamento?»

J: «La verdad es que temo del pinchazo»

P: « ¿Se sentiría más capacitado si el profesional lo apoya en la primera administración?»

J: «Sí, preferiría eso»

Características de baja autoeficacia

- La persona evita tareas difíciles.
- Les es muy difícil motivarse
- Se rinden muy rápidamente ante un obstáculo o dificultad.
- Su compromiso frente al cambio es débil.
- Se detienen cuando las situaciones se vuelven adversas.

- **Modelo Transteórico del cambio (MTC)**

En 1982, Prochaska y Di Clemente definieron que los cambios de conductas en salud se producen a través de un proceso en el tiempo, en el que la persona realiza una progresión pasando por seis fases, determinando que el cambio dependía de la fase en la que se encuentre la persona, como lo describe la siguiente tabla [35].

TABLA 7: FASES O ETAPAS DEL CAMBIO DE CONDUCTA [35]

Fases/Etapas	Características	Discurso y estrategias
Pre-Contemplación	<p>En esta fase la persona no está interesada en un cambio o toma de decisión en el futuro cercano. No lo ha pensado, no le interesa o desconoce las consecuencias de su comportamiento.</p> <p>En ocasiones han realizado un cambio infructuoso que las ha desmotivado.</p> <p>Se muestran a la defensiva o negando el problema.</p> <p>En esta fase se subestiman los beneficios del cambio y se estiman que los costos son más altos.</p>	<p>«No tengo interés» «A mí no me va a pasar» «No pienso en esas cosas»</p> <p>El objetivo es confrontar a la persona, informar, emitir señales de alerta para la toma de conciencia.</p>
Contemplación	<p>Aquí las personas están conscientes de los riesgos y beneficios del cambio de conducta en salud. Y su plan es cambiar en los próximos 6 meses.</p> <p>Sin embargo, están ambivalentes en si los beneficios serán mayores que los costos, estas dudas pueden frenar el cambio por mucho tiempo.</p>	<p>«Estoy pensándolo» «Es un interés en mí» «Empezaré en el verano»</p> <p>El objetivo es clarificar y persuadir para que modifiquen su conducta.</p>
Preparación	<p>La persona ha superado la ambivalencia y tiene planes de un cambio en el futuro cercano (menos de 30 días). Es fundamental en ellos no perder el impulso del cambio, se pueden establecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contratos de salud ▪ Apoyo de grupo, ▪ Apoyo en la toma de decisiones ▪ Técnica de percepción de habilidades para prevenir y tratar problemas ▪ Refuerzo positivo: «Yo puedo» 	<p>«Este mes lo hago» «El lunes me pongo las pilas»</p> <p>Se debe lograr el mayor interés de la persona y aumento de la autoeficacia y el diseño en conjunto de planes de acción concretos. (Metas cortas)</p>
Acción	<p>En esta fase la persona ya ha hecho cambios e implementa su plan.</p> <p>La principal lucha es evitar las recaídas, las cuales son parte del proceso.</p>	<p>«Hace 3 semanas que...» «Todos los días hago...»</p> <p>Se busca desarrollar habilidades y destrezas que contribuyan al cambio permanente.</p>
Mantención	<p>En esta fase las personas se esfuerzan por mantener el cambio por más de 6 meses.</p> <p>El riesgo de recaídas es menor, ya que las personas han desarrollado mayor confianza en sí mismas.</p>	<p>«Ya hace 6 meses que sigo este cambio» «Ha sido difícil, pero logre...»</p> <p>El objetivo es mantener la conducta y realizar refuerzos positivos de está.</p>
Finalización	<p>En esta, como última etapa las personas ya no presentan tentaciones independientes de los factores externos ya que el cambio de conducta es parte de su estilo de vida.</p>	<p>«Yo soy deportista» «Yo me alimento de forma saludable»</p>

FIGURA 8: ETAPAS DEL MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO [36]



F. Educación para la Salud e Intervenciones Educativas

El objetivo de la educación para la salud es ayudar a las personas, familias y comunidades a conseguir cambios que las favorezcan. Si una persona tiene más conocimiento en sus condiciones o medicamentos le será más fácil mejorar su salud y prevenir enfermedades; recuperarse si es que ha sufrido alguna lesión o cursa un proceso de enfermedad y afrontar de mejor forma el proceso si ya no se puede recuperar [36]. Es por esto que los profesionales de salud deben reconocer la importancia de efectuar educación sanitaria y entregarla es un deber ético profesional, estableciendo las mejores estrategias y métodos de enseñanza en el proceso educativo [36,37].

Proceso Educativo

Enseñar es un proceso interactivo que promueve el aprendizaje y genera en las personas nuevos conocimientos, cambio de actitudes, adoptando nuevas conductas y el desarrollo de nuevas habilidades[38]. Para que se produzca una enseñanza efectiva en este proceso el educador y el aprendiz deben tener una comunicación interpersonal efectiva y un adecuado contexto de interacción[38].

Debemos considerar en esto la forma que aprenden las personas, los elementos que influyen en la motivación para el aprendizaje, la capacidad de aprendizaje y el entorno de aprendizaje.

Dominio de aprendizaje

La forma en que aprenden las personas se produce en tres dominios de aprendizajes:

TABLA 8: DOMINIO DEL APRENDIZAJE

Dominio de aprendizaje	Características	Metodologías
Cognitivo	Incluye las conductas intelectuales y de reflexión. Va desde integración a través de acciones más simples a las más elevadas: Conocer, comprender, aplicar, sintetizar.	Conversación, exposición, consejerías, campañas.
Afectivo	Involucra la expresión de sentimientos y aceptación de actitudes, opiniones o valores. Para que el aprendizaje afectivo se logre el aprendiz debe estar dispuesto a escuchar al otro, responder activamente, etc.	Conversación sobre temas personales, conversaciones grupales (grupos de ayuda), entre otros.
Psicomotor	Adquisición de habilidades que requieren la integración de la actividad mental y habilidad muscular.	Demostración, prácticas, juegos.

Motivación para el aprendizaje

Los conocimientos previos, la experiencia, las actitudes y los factores socioculturales influyen en la motivación de la persona. Por lo que se necesita que la persona tenga disposición para atender, motivación propia, tener una alta autoeficacia, es decir creer en su propia capacidad de hacer las cosas y una adaptación psicosocial a la enfermedad como la negación, ira, negociación, resolución y aceptación. Es así como alguien con molestias físicas, dolor, sin ganas de aprender, viviendo procesos de negación o duelo tendrá menor motivación para el aprendizaje[38].

Capacidad de aprendizaje

Esta descrito como la capacidad en relación al desarrollo cognitivo de una persona, el cual será diferenciado en los ciclos vitales[38].

TABLA 9: CAPACIDAD DE APRENDIZAJE EN CADA FASE DEL CICLO VITAL

Ciclo vital	Capacidad de aprendizaje
Lactante	Desde lo neurosensorial, conocer texturas, formas, colores. El aprendizaje es primitivo en el funcionamiento de la vida y la incorporación de hábitos.
Preescolar Escolar	Su capacidad depende de la maduración del niño, si bien su desarrollo fisiológico, motor, de lenguaje y social se encuentra en desarrollo, todos los niños aprenden y se logra fomentar más habilidades psicomotoras para el mantenimiento de la salud (hábitos). El aprendizaje podrá ser más integrativo desde el modelaje, juegos, imitaciones y demostraciones.
Adolescente	Se sugiere la utilización de la enseñanza como actividad colaboradora, fomentando la resolución de sentimientos y la toma de decisiones en salud.
Adulto	Se busca que llegue a una mayor reflexión en cuanto a su salud y la toma de decisión. Si bien son más independientes se pueden identificar sus necesidades de aprendizaje.
Persona Mayor	Se debe mantener sesiones cortas de educación, considerando las limitaciones de las pérdidas cognitivas propias de la edad (visión, audición, memoria, atención, etc.).

Entorno de aprendizaje

Se debe fomentar un entorno ideal de aprendizaje, considerando el número de personas que se enseña, la iluminación, la temperatura, la necesidad de intimidad, el ruido, la ventilación ya que controlar el entorno ayuda a la persona a centrar la tarea de aprendizaje.

Todos los elementos anteriores nos permiten determinar el plan educativo, que debe incluir la valoración de las necesidades educacionales, la identificación y priorización de ésta; la planificación, implementación y evaluación, la cuál de forma práctica se representa en el análisis estructural [26].

TABLA 10: FASES DEL PROCESO EDUCATIVO [38]

Proceso Educativo	
Valoración	Recoge los datos sobre las necesidades, motivación, capacidad del aprendizaje.
Diagnóstico	Identifica las necesidades de aprendizaje, en sus tres dominios.
Planificación	Establece objetivos de aprendizaje generales y específicos, además de considerar en las metodologías los elementos mencionados anteriormente.
Implementación	Implementa los métodos de enseñanza, que implica un usuario activo.
Evaluación	Determina resultados del proceso de enseñanza.

A continuación, se describirán los siete pasos de la planificación de una sesión educativa a través del análisis estructural [39]

1. ¿Quiénes?: Determinará los participantes y responsables de la sesión, valorando las necesidades de aprendizaje, temas generativos, motivación, para conocer a la población. Por ejemplo:

«Mujeres de entre 30 a 55 años, dentro de las cuales un 50% presenta enfermedades crónicas. Un 90% se desempeña como dueña de casa...»

2. ¿Para qué?: Determinar el objetivo de aprendizaje a través de las necesidades representadas es esencial para que el resto de la sesión sea óptima. Los objetivos de aprendizaje se basan en la Taxonomía planteada por Benjamín Bloom, en donde encontramos verbos de diferente nivel de dificultad, partiendo desde conocimiento a la reflexión. No se puede plantear un objetivo específico de aprendizaje que sea de un nivel mayor que el general. Es decir:

Objetivo General: «Conocer las complicaciones principales de las patologías crónicas»

Objetivo Específicos: «Aplicar medidas de prevención de complicaciones»

El nivel de aplicación es mayor que el de conocer, por ende, este está mal planteado.

3. ¿Qué?: El contenido que se entregará en la sesión debe estar establecido y además ir acompañado de un marco teórico que lo respalde.

4. ¿Qué se hará?: Se debe describir en detalle las actividades de la sesión educativa, con el fin que sea replicable por otra persona que lea la planificación. Por ejemplo:

«Se solicitará al grupo que trabaje de a pares, donde se les pide que respondan las siguientes preguntas (...). Luego se les pedirá que compartan la reflexión realizada en un plenario.»

5. ¿Cómo?: Se deben describir las metodologías participativas necesarias para que la entrega de contenidos logre el objetivo de aprendizaje. Además de los medios audiovisuales y los materiales necesarios.

Ejemplos:

«Metodologías participativas:

Presentación: La lana, celular loco, dos verdades una mentira, aviso publicitario.

Entrega de contenido: Exposición, *role playing*, plenario, discusión de pares, debate, dictado de dibujo, quiebre activo,

Evaluación: La pecera, exit ticket, mapas conceptuales».

6. ¿Cuándo?: Cada actividad debe ser concreta y determinada por un tiempo límite, ya que es importante para el objetivo general de aprendizaje que se aborden todos los contenidos y esto nos permite una planificación adecuada.

7. ¿Se logró?: Su evaluación debe reflejar el cumplimiento del objetivo de aprendizaje, utilizándose indicadores de proceso o de resultado (en razón o porcentajes dependiendo de la cantidad de personas a participar). Además, debe considerar la evaluación según el nivel de complejidad del verbo. Es importante que si elaboramos un material como medio de verificación del indicador (una prueba, un cuestionario, tarjetas de reconocimiento, dibujos, mapas conceptuales, entre otros) se anexen a la sesión educativa para que se implemente y establezcamos nuestra meta de logro.

Es decir:

Indicador de proceso:

Meta de logro: 80%
$$\frac{\text{N personas que participan de la actividad}}{\text{Total de participantes}} \times 100$$

Medio verificador: Conteo de las personas que participan.

Indicador de resultado:

Meta de logro: 3/4

Razón:

$$\frac{\text{n personas que responden adecuadamente el V o F}}{\text{N total de personas}}$$

Medio de verificación: Prueba de verdadero y falso con registro de respuestas.

Meta de logro: 70%

Porcentual:
$$\frac{\text{N respuestas correctas en relación a (...)}}{\text{Total de participantes}} \times 100$$

Medio de verificación: Conteo de respuestas correctas de tarjetas en pecera de vidrio.

FIGURA 9: ANÁLISIS ESTRUCTURAL DEL PROCESO EDUCATIVO[26]



Objetivo Específico	Contenido	Actividad enseñanza /Actividad Aprendizaje	Medios Audio-visuales	Tiempo destinado a cada actividad	Indicadores de evaluación	Responsable
1. (...)						
2. (...)						

G. Entrevista de intervención

Las intervenciones diseñadas como planes de acción serán implementadas en una segunda entrevista con el usuario. Esta implementación debe efectuarse de manera colaborativa, tanto con el equipo clínico como con el usuario, explicando la importancia de cada medida a la persona y dándole la posibilidad de que se empodere de su tratamiento y escoja si decide seguir o no el cambio propuesto. Cuando la respuesta sea positiva, se realizará la intervención terapéutica y se registrará en el sistema de registro clínico y de farmacia o botiquín del centro de salud. Luego se procederá a dispensar si es un nuevo tratamiento y explicar la forma de tomarlo en conjunto con sus otros medicamentos.

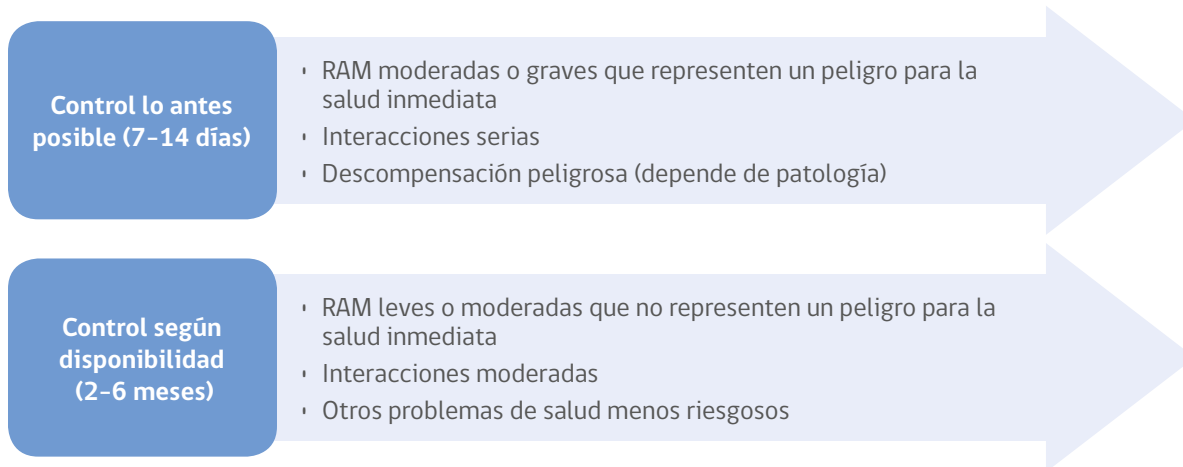
En el caso de las intervenciones no aceptadas, deberán reforzarse las medidas educativas y buscar alternativas junto al usuario y al prescriptor, además de efectuar el registro correspondiente en la ficha.

Es además un espacio ideal para implementar las medidas educativas, en especial si fueron acordadas durante la entrevista inicial como parte de los intereses prioritarios de la persona.

El tiempo estimado para esta etapa es de 20 minutos.

Se deberá agendar inmediatamente el siguiente contacto con el usuario, la entrevista de seguimiento, según los problemas de salud y las medidas implementadas. Si el usuario tiene problemas de salud no controlados, la patología es la que dictará la frecuencia. Por ejemplo, si el usuario padece Dislipidemia y se aumenta la dosis de atorvastatina de 20 a 40 mg, se deben esperar al menos 4 a 6 semanas para poder observar los efectos clínicos a través de la medición del colesterol LDL.

FIGURA 11: SUGERENCIAS EN LA FRECUENCIA DE CONTROL DE USUARIOS

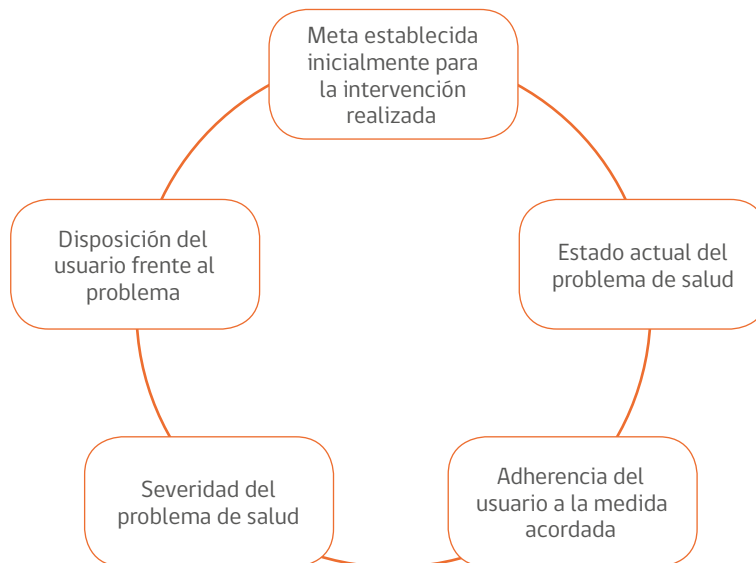


En caso de que el problema de salud sea grave, como patologías severamente descompensadas o presencia de RAM moderadas o severas, **la entrevista de seguimiento deberá realizarse lo más pronto posible**, considerando el tiempo que demora la resolución del problema de salud (desaparición o control de la RAM, compensación del parámetro más significativo de la patología, entre otros). Cuando el problema de salud no es grave o los recursos disponibles en el centro de salud son escasos, el siguiente control podrá ser a los 3 meses. **Estas frecuencias son sugeridas y dependerán de la realidad y disponibilidad de recursos de cada centro de salud.**

H. Entrevista de seguimiento

Una vez realizada la intervención, deberá evaluarse el impacto en el problema de salud y registrar el progreso en el plan de acción. En esta entrevista se realizará una breve actualización de las patologías y terapias farmacológicas del usuario, y evaluará el impacto de cada intervención según los objetivos planteados.

Para evaluar el impacto de cada intervención, se deben considerar:



- **Meta establecida inicialmente para la intervención realizada:** es importante evaluar el cumplimiento del compromiso adoptado con el usuario. Cuando hubo un buen cumplimiento y se generó un cambio, se debe reforzar a la persona en su conducta positiva. Cuando la meta se cumple parcialmente, la medida mostró eficacia limitada, por lo que se debe evaluar si la medida fue adecuada o la meta fue correctamente establecida (debe ser realista al contexto de la persona) En este caso, es posible dar un poco más de tiempo para que el usuario adopte la totalidad de la conducta. Si la meta no presenta avances o incluso el problema empeora, es importante revisar si la causa establecida era la correcta o si la medida implementada apuntaba correctamente a la meta.
- **Estado actual del problema de salud:** se debe evaluar el estado de cada problema de salud, ya que puede existir un avance patológico que prevenga el cumplimiento de las metas, o que el problema de salud sea más severo de lo que se pensaba inicialmente.
- **Adherencia del usuario a la medida acordada:** se debe valorar la adherencia farmacológica y no farmacológica frente a los compromisos adquiridos con la persona. Cuando las medidas implementadas se alejan de la realidad del usuario o este no genera interés en el cambio, es probable que no exista buena adherencia.
- **Severidad del problema de salud:** es importante identificar qué tan importante es el problema de salud para el usuario y para el equipo, ya que aquellos percibidos como más severos por la persona tienen más probabilidad de tener resolución. Siempre por tanto considerar sus preferencias personales.
- **Disposición del usuario frente al problema:** cada usuario debe entender la relevancia de las medidas implementadas, percibiendo los beneficios del cumplimiento del compromiso y la importancia de alcanzar la meta. Dar énfasis en el alcance colaborativo de la metodología.

A modo de ejemplo, se detectó potasio elevado de 5,9 mEq/L en un usuario, y se tomó la decisión junto al médico de disminuir la dosis de espironolactona indicada para HTA refractaria de 50 a 25 mg diarios, citándolo el próximo mes. Los detalles de la intervención serían:

- Meta: disminuir el potasio plasmático a < 5,0 mEq/L por el riesgo de problemas cardíacos.
- Estado actual del problema: último examen indica potasio 5,2 mEq/L.
- Adherencia del usuario a la medida: el usuario comenta que comenzó a tomarse la mitad inmediatamente cuando se le indicó.
- Severidad del problema de salud: niveles plasmáticos de potasio en 5,2 mEq/L presenta poco riesgo para el usuario al ser una hiperkalemia leve.
- Disposición de la persona: se encuentra satisfecho con el resultado del examen.

A pesar de que vemos un cumplimiento parcial de la meta (y del resultado de la intervención), podemos hablar de una medida efectiva, e incluso podríamos dar de alta el problema de salud al considerar la tendencia a la baja del valor y que es muy probable que este se normalice en un tiempo mayor.

No debe descartarse la posibilidad de reaparición de problemas resueltos anteriormente.

Antes de finalizar la entrevista, se sugiere entregar una hoja de recordatorio de sus medicamentos diarios, elaborado en el momento con cada usuario, explicando claramente su simbología y asegurándose que exista comprensión de toda la información. Esta hoja debe ir actualizándose según los cambios que se efectúen con posterioridad (anexo 4).

El tiempo estimado para esta etapa es de 20 minutos.

Si el usuario se encuentra compensado y no se observan otros problemas de salud, se recomienda dar el alta, dejando abierta la posibilidad de recibir consultas y el aviso al equipo de salud en caso de que el usuario vuelva a requerir del seguimiento.

Si las medidas terapéuticas fueron inefectivas, quedan otras medidas pendientes de la entrevista anterior o si se encuentran nuevos problemas de salud, se debe volver a iniciar la fase de evaluación y citar al usuario para otra entrevista de intervención. Este ciclo debe repetirse hasta que se decida el alta o el usuario abandone el seguimiento.

I. Resumen, rendimientos esperados y cierre

El seguimiento farmacoterapéutico es un servicio profesional efectivo en el control de patologías crónicas no controladas, pero su desarrollo requiere de múltiples elementos:

- Profesional Químico Farmacéutico con experiencia en la atención de usuarios y competencias suficientes, junto con la motivación y confianza de realizar el servicio.
- Unidad de Farmacia o Botiquín a cargo con funcionamiento adecuado, que permita al profesional farmacéutico el poder delegar adecuadamente funciones sin sacrificar los procesos que se desarrollan, dedicando tiempo exclusivo para las atenciones.
- Centro de salud y equipo clínico informado de la utilidad del servicio y la necesidad de implementarlo, junto a métodos de derivación establecidos en conjunto.
- Comunidad informada sobre los beneficios de las atenciones con el profesional Químico Farmacéutico y el aporte que éste puede entregarles.
- Espacio designado para realizar atenciones, junto con agenda clínica que permita la adecuada programación de horas de atención y labores profesionales.
- Método de intervención con prescriptores, ya sea con un médico contralor o el equipo completo.

De la misma forma, la duración esperada para cada entrevista será:

- Entrevista inicial o ingreso: 25-35 minutos
- Entrevista de intervención: 15-20 minutos
- Entrevista de seguimiento: 15-20 minutos

Estos tiempos suelen ser mayores en las primeras entrevistas realizadas, pero deben tender a disminuir, ya que se adquiere mejor manejo y experiencia en el uso del tiempo y la obtención de información de los usuarios. **Es importante evitar tiempos prolongados que impidan mantener la atención del usuario o donde se pretendan desarrollar todas las actividades de una vez.**

No es recomendable mantener a un usuario por más de un año en seguimiento farmacoterapéutico, aunque puede haber excepciones.

La frecuencia de controles dependerá fuertemente de los recursos disponibles en el centro de salud, incluyendo el tiempo del Químico Farmacéutico y espacio. A pesar de esto, se sugiere:

- Problemas de salud graves de resolución urgente, ya sea por descompensación de patologías que significan un riesgo inminente para la persona, presencia de RAM o interacciones severas: **2-4 semanas.**
- Problemas de salud que no requieran atención urgente o que necesiten de más tiempo para observar cambios en su estado: **2-6 meses**, dependiendo de las características del usuario, sus patologías y disponibilidad de recursos.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Charles D Hepler. Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care, and the Quality of Drug Therapy. *Pharmacotherapy* 2004;24:1491-8.
- [2] OPS/OMS. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. 2013.
- [3] Pharmacy AC of C, Key. The Definition of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy* 2008;28:816-7. doi:10.1592/phco.28.6.816.
- [4] Jokanovic N, Tan EC, Sudhakaran S, Kirkpatrick CM, Dooley MJ, Ryan-Atwood TE, et al. Pharmacist-led medication review in community settings: An overview of systematic reviews. *Res Soc Adm Pharm* 2017;13:661-85. doi:10.1016/j.sapharm.2016.08.005.
- [5] Orientación Técnica Programa Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles (FOFAR) 2019. Depto. Gestión de los Cuidados de APS, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- [6] Estrategia de cuidado integral para la promoción, prevención y control de la cronicidad con énfasis en la multimorbilidad. Subsecretaría de Redes Asistenciales y Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
- [7] Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf* 2014;13:57-65. doi:10.1517/14740338.2013.827660.
- [8] DiMatteo MR, Haskard Zolnieriek KB, Martin LR. Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychol Rev* 2012;6:74-91. doi:10.1080/17437199.2010.537592.
- [9] Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group [see comments]. *Jama* 1995;274:29-34. doi:10.1016/S1075-4210(05)80011-2.
- [10] Ministerio de Salud C. Norma General Técnica sobre Sistema Nacional de Farmacovigilancia de productos farmacéuticos de uso humano n.d.
- [11] Pascual P. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas How to improve our clinical interviews 2001;24.
- [12] Borrell F. Entrevista Clínica: Manual de estrategias prácticas. 2004.
- [13] Borrell I Carrió F, Hernández Clemente JC, Lázaro J. Demanda y queja en la entrevista clínica, conceptos clave para una práctica clínica segura. *Med Clin (Barc)* 2011;137:216-20. doi:10.1016/j.medcli.2009.11.020.
- [14] Travelbee J. Intervenciones de Enfermería Psiquiátrica: el proceso de la relación de persona a Persona, 1979, p. 41-95.
- [15] López Marure LE, Vargas León R. La comunicación interpersonal en la relacion enfermera paciente. *Rev Enferm IMSS* 2002;10:93-102. doi:10.1080/19443994.2012.705084.
- [16] Reyes G, Benitez D, Ortiz B. La respuesta empática: Análisis de la consistencia del rendimiento en los distintos pasos del proceso. *Rev Psicol* 1994;V:35-45.
- [17] Comité de Conseso. Third Consensus of Granada on Drug Related Problems (DRP) and Negative Outcomes associated with Medication (RNM). *Ars Pharm* 2007;48:5-17. doi:10.1163/_q3_SIM_00374.

- [18] Forbes C. et al. A systematic literature review comparing methods for the measurement of patient persistence and adherence. *Current Medical Research and Opinion*. DOI: 10.1080/03007995.2018.1477747
- [19] Kolandaivelu K, Leiden BB, O’Gara PT, Bhatt DL. Non-adherence to cardiovascular medications. *Eur Heart J* 2014;35:3267-76. doi:10.1093/eurheartj/ehu364.
- [20] Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. Guías De Práctica Clínicas Ges Prevención Secundaria De La Enfermedad Renal Crónica 2017:54.
- [21] Manual de ajuste de dosis de medicamentos en alteraciones renales, Subsecretaría de Redes Asistenciales y Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
- [22] Pugh R, Murray-Lyon I, Dawson J. Transection of the Oesophagus for Bleeding Oesophageal Varices. *Br J Surg* 1973;60:1971-4.
- [23] Ministerio de Salud, S de S Pública. Decreto Supremo N° 3. 2010 2014:17-20.
- [24] NHSPolypharmacy Guidelines: realistic prescribing 3rd edition, 2018.
- [25] Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular 2017, en complemento a GPC Diabetes mellitus tipo 2 2017 y GPC Hipertensión Arterial 2018.
- [26] KristineGriffettThomas P.Burris. The mammalian clock and chronopharmacology. *Bmcl Digest*. Volume 23, Issue 7, 1 April 2013, Pages 1929-1934
- [27] Philip D. Hansten and John R. Horn. *Top 100 Drug Interactions: A Guide to Patient Management* 2019. CreateSpace Independent Publishing Platform
- [28] Lexicomp (Uptodate) interaction checker. Wolters Kluwer ★
- [29] Micromedex interactions. IBM Watson Micromedex, 2019.
- [30] Drugs interaction checker. https://www.drugs.com/drug_interactions.php
- [31] AGS. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Nov;63(11):2227-46.
- [32] WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC classification index with DDDs, Oslo 2009: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology.
- [33] Jones C, Jensen J, Scherr C. The Health Belief Model as an Explanatory Framework in Communication Research: Exploring Parallel, Serial, and Moderated Mediation. *Heal Commun* 2016;30:566-76. doi:10.1007/s12671-013-0269-8.Moving.
- [34] Becker M. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ Monogr* 1974;2:234-508.
- [35] Medina OC, Medina EU. Autoeficacia Y Conductas De Salud. *Cienc Y Enferm Xiii* 2007:9-15. doi:10.4067/S0717-95532007000100002.
- [36] Prochaska J. ¿Como cambian las personas, y como podemos cambiar nosotros para ayudar a muchas personas? *Cent Para El Desarro La Psicoter Estratégica Breve* 1999:1-27.
- [37] Potter P, Perry A. Capítulo 25: Educación del usuario. *Fundam. Enfermería*, 2014.
- [38] UNESCO. Informe final Quinta Conferencia Internacional sobre Educación de Adultos 1997:4-247.
- [39] Walker C. MR, C. MRW. Educación en salud y humanización. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas* 2006;12:63. doi:10.11565/arsmed.v35i1.192.

ANEXOS

Anexo 1: Retirada de benzodiazepinas y drogas Z

El síndrome de abstinencia puede desarrollarse 3 semanas después de la retirada de benzodiazepinas de acción larga; mientras que para las de acción corta, puede ocurrir a las pocas horas después de la suspensión del medicamento. Los síntomas pueden continuar por semanas o meses después de la retirada y varían en intensidad y frecuencia dependiendo de cada individuo. Es importante, como equipo de salud, abordar con el paciente una retirada gradual de este tipo de fármacos. Para esto se sugiere:

1. Identificar si el usuario es candidato para la suspensión del fármaco.
Evaluar la existencia y el nivel de dependencia, en función del tiempo de consumo, de la dosis, de la vida media de la benzodiazepina y de su potencia. Esto permitirá determinar el tiempo para realizar la escalada de dosis que será más largo cuanto más elevado sea el nivel de dependencia.
2. Educar al usuario sobre la suspensión de su medicamento (BZD/drogas Z).
 - Explicar por qué se va a suspender de forma gradual su fármaco
 - Explicar que los síntomas de abstinencia pueden ser similares a los síntomas originales y que algunos de ellos pueden persistir por un tiempo prolongado después de la retirada.
 - Asesorar sobre el manejo de los síntomas negativos que puede presentar durante la disminución de la dosis.
 - Acordar llamadas telefónicas para verificar progreso/cita de seguimiento
 - Dejar por escrito la dosis a tomar utilizando el calendario
3. Sugerir al médico tratante cambiar la benzodiazepina que toma el paciente a una dosis equivalente de diazepam de acuerdo con la siguiente tabla de equivalencia de dosis.

Medicamento	Tiempo de vida media	Dosis oral equivalente aproximada	
Midazolam	1-5	15 mg	7,5 mg
Alprazolam	6-25	0,5 mg	0,25 mg
Lorazepam	10-20	1 mg	0,5 mg
Diazepam	20-100	10mg	5mg
Clonazepam	22-54	1mg	0,5 mg
Zolpidem	2	20mg	10mg
Zopiclona	5-6	15mg	7,5 mg

Tener en cuenta que las BZD de vida media corta están más relacionadas con la aparición de dependencia y síntomas de retirada que las de vida media larga, por ello, el cambio a diazepam se realiza con el fin de disminuir los efectos de la retirada de estos fármacos.

En caso de disfunción hepática no cambie a diazepam.
Consulte a un especialista.

4. Debido a que los comprimidos de diazepam son planos y ranurados, permiten dividir fácilmente el medicamento logrando una reducción escalonada. Para esto, sugiera al médico tratante reducir en 2 - 2,5 mg la dosis cada 15 días.
5. Si el médico indica que el paciente presenta síntomas de abstinencia, se debe recomendar no reducir más la dosis hasta que mejoren los siguientes síntomas:
 - Insomnio
 - Ansiedad
 - Pérdida de apetito
 - Pérdida de peso
 - Temblor
 - *tinnitus*
 - Pesadillas
 - Transpiración
 - Irritabilidad
 - Convulsiones
6. Si se va a retirar una BZD de vida intermedia o larga (como clonazepam) y se decide con el médico no realizar el cambio a diazepam, se debe recomendar que la pauta de descenso de dosis esté entre un 10% y un máximo del 25% de la dosis total diaria en intervalos de aproximadamente 2-3 semanas, acercándose al 10% cuanto mayor estime que va a ser la dependencia y al 25% cuando se supone una dependencia menor.
La velocidad de retirada puede depender de la dosis inicial y la duración del tratamiento, por esto, el tiempo necesario para la suspensión de la benzodiacepina puede variar entre 4 semanas a un año o más.
7. Si en usuarios de drogas Z no se realiza el cambio a diazepam, se debe sugerir reducir las dosis en intervalos de no menos de 2 semanas, por ejemplo:

Usuario con zopiclona 15 mg	
Semanas 1 y 2	Tomar un comprimido y medio de 7.5 mg en la noche
Semanas 3 y 4	Tomar un comprimido de 7.5mg en la noche
Semana 5 y 6	Tomar medio comprimido de 7.5 mg en la noche
Semanas 7 y 8	Tomar medio comprimido de 7.5 mg cada 48 horas en la noche.
Semana 9	Suspender.

8. Realizar seguimiento cada 2-4 semanas durante el proceso de deshabitación.
9. En caso de ser necesario, revisar en conjunto con el equipo de salud, alternativas farmacológicas/no farmacológicas para el manejo de cuadros clínicos para los cuales el usuario empleaba estos medicamentos.

Referencias

1. Wilson, E., & Lader, M. (2015). A review of the management of antidepressant discontinuation symptoms. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 5(6), 357-368. doi:10.1177/2045125315612334
2. Withdrawing patients from antidepressants. *Drug Ther Bull* 1999; 37: 49-52
3. Ashton, H. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 2005; 18; pp249-255.
4. Soyka, M. (2017). Treatment of Benzodiazepine Dependence. *N Engl J Med* 2017; 376:1147-57.
5. Brett, J., Murnion, B., (2015). Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Australian Prescriber* 2015; 38:152-5

Anexo 2: Ficha de atención

Identificación

Nombre	
Rut	

Antecedentes familiares

--

Otros antecedentes

--

Parámetros relevantes y consumo de sustancias

Peso (kg)	
Talla (cm)	
Índice de masa corporal (kg/m ²)	
Circunferencia de cintura (cm)	
Tabaquismo (Sí/No; paquetes/año)	
Alcohol (Sí/No; frecuencia y cantidad)	
Consumo de otras sustancias (Sí/No; ¿cuáles?)	
Uso de plantas medicinales (Sí/No; ¿cuáles?)	

Plan de acción

Fecha	Problema de salud	Causa del problema	Evaluación	Meta	Medida	Plan	Seguimiento
EJEMPLO 10/01	Hipertensión no controlada	Patología insuficientemente tratada	En tratamiento con hctz 25mg c/24h y valores de PA 150/90 mm Hg	140/90 mm Hg	Iniciar tratamiento	Iniciar Amlodipino 5mg c/24h	24/03 control presión es de 138/85 mm Hg

Anexo 3. Información para la evaluación del uso seguro de fármacos

En la siguiente tabla, se indican algunas precauciones a tomar en cuenta al momento de emplear algunos grupos farmacológicos.

Sistema gastrointestinal	
Inhibidores de la bomba de protones (Omeprazol)	Evaluar si es necesario un tratamiento a largo plazo. Usar la dosis mínima requerida (generalmente 20 mg). No es necesario consumirlos en ayunas. PRECAUCIÓN: <i>Clostridium difficile</i> , osteoporosis, anemia por deficiencia de hierro y vitamina B.
Bloqueadores H2 (Famotidina, Ranitidina)	No utilizar con inhibidores de bomba de protones (duplicidad terapéutica). PRECAUCIÓN: Efectos anticolinérgicos, riesgo de <i>delirium</i> en personas mayores.
Laxantes	Usar sólo si es realmente necesario. PRECAUCIÓN: Ciclo de pérdida de líquido => hipokalemia => estreñimiento. No suspender abruptamente.
Antiespasmódicos	Usar por el menor tiempo posible. PRECAUCIÓN: Efectos adversos anticolinérgicos, en personas mayores preferir pargeverina y usar con precaución.
Sistema cardiovascular	
Anticoagulantes	Fármacos de alto riesgo, evaluar necesidad según algoritmo CHA2DS2Vasc. Medicamentos nuevos tienen menor riesgo de sangrado y equivalencia terapéutica, excepto en alteraciones valvulares. Asegurar y monitorizar adherencia del usuario al régimen de dosificación. PRECAUCIONES: Sangrado. Evitar combinación con antiagregantes y AINES, a menos que exista la justificación adecuada. Evitar uso con tramadol y antidepresivos ISRS.
Antiagregantes	Prevención primaria útil sólo RCV alto y menores de 75 años. Uso de clopidogrel indicado por máximo 12-24 meses después de instalación de <i>stent</i> . PRECAUCIÓN: Sangrados, evitar combinación con anticoagulantes y AINES. Considerar uso de IBP que no sea omeprazol (interacción CYP2C19) en usuarios con problemas GI.
Diuréticos	No utilizar furosemida para el control de la presión arterial, excepto cuando hay ICC o ERC avanzada concomitantes. Dosis máxima de hidroclorotiazida es 25mg en personas mayores. Evitar indicación de diuréticos después de las 5PM por riesgo de nicturia. PRECAUCIÓN: Alteraciones electrolíticas (SIADH), <i>delirium</i> . Precaución con calambres y deshidratación.
Espironolactona	En HTA resistente no se recomienda usar más de 25 mg diarios. PRECAUCIÓN: Hiperkalemia. Factores de riesgo son: a) ERC (contraindicado si VFG<30 mL/min) b) dosis >25mg/día, en concomitancia con IECA/ARA II y suplementos de potasio.
Digoxina	Beneficios son dudosos en personas mayores, usar sólo si es estrictamente necesario. PRECAUCIÓN: Intoxicación digitalica. Factores de riesgo a) ERC b) Dosis > 125 mcg/día c) falta de adherencia d) hipokalemia (diuréticos) e) interacción con fármacos.

Amiodarona	<p>Mejor balance beneficio/riesgo en control de la frecuencia que en control del ritmo en FA. Uso con precaución por alto riesgo de toxicidad.</p> <p>PRECAUCIÓN: Sobredosis. Dosis de mantención máxima 200-300 mg/día, complicaciones tiroideas => asegurar pruebas de control.</p>
Estatinas	<p>Prevención primaria de eventos CV no recomendable en riesgo moderado o bajo (al menos 40 mg de atorvastatina), o en mayores de 75 años.</p> <p>PRECAUCIÓN: Rabdomiolisis. Interacción severa con fibratos, además de moderada con dihidropiridinas y algunos antimicrobianos por aumento de niveles plasmáticos. Considerar la necesidad de intensificar de tratamiento de acuerdo con la esperanza de vida y riesgo de RAM.</p> <p>Atorvastatina y lovastatina administrar en la noche, rosuvastatina puede ser en cualquier horario por mayor vida media.</p>
Betabloqueadores	<p>Evitar uso injustificado en HTA sin comorbilidades cardíacas, especialmente en personas mayores. Esencial en control de angina en CAD e IC sistólica (y control de la frecuencia en FA). En ICC se recomienda titular la dosis hasta llegar a dosis establecida. Propranolol y atenolol presentan alteraciones metabólicas.</p> <p>PRECAUCIÓN: Bradicardia en combinación con diltiazem/ verapamilo, digoxina y amiodarona.</p>
IECA/ARA II	<p>Esencial en control de los síntomas en ICC, donde se recomienda titular la dosis hasta llegar a la establecida.</p> <p>PRECAUCIÓN: IRA. Evitar combinación con AINEs y monitorizar en riesgo de deshidratación o uso concomitante de litio.</p>
Bloqueadores de canales de calcio	<p>Nifedipino genera alteraciones metabólicas y presenta hasta 3 veces más incidencia de edema, taquicardia e hipotensión que amlodipino. Uso con IECA/ARAII con BCC disminuye la incidencia de edema.</p> <p>PRECAUCIÓN: Constipación, edema en EEII.</p> <p>DHP: Taquicardia refleja/depresión cardíaca. Evitar nifedipino en CAD/ICC.</p> <p>Diltiazem/verapamilo: riesgo de constipación severa en personas mayores, Bradicardia en combinación con BB o digoxina.</p>
Sistema respiratorio	
Corticoides orales	<p>No se recomienda uso prolongado en enfermedades respiratorias. Retire gradualmente si: a) se ha usado por más de 3 semanas b) dosis >40mg de prednisona/día. Suspensión gradual: 50% de la dosis cada 3 meses.</p> <p>PRECAUCIONES: Fracturas relacionadas a osteoporosis. Si es necesario tratamiento a largo plazo, se recomienda uso de bifosfonatos o corticoides inhalados.</p>
Sistema nervioso central	
Hipnóticos y ansiolíticos (BZD, drogas Z)	<p>Fármacos de alto riesgo con respecto a caídas y alteraciones en la memoria, especialmente a largo plazo. Drogas Z tienen menor incidencia, pero deben ser utilizados con precaución. Evitar el uso de medicamentos para el sueño en personas mayores, o preferir alternativas más seguras y naturales como melisa, pasiflora, valeriana o melatonina.</p> <p>PRECAUCIÓN: Riesgo de caídas/fracturas, confusión, problemas de memoria, riesgo de dependencia.</p>

Antipsicóticos	<p>No indicar como inductores del sueño en personas sin patologías psiquiátricas, ya que la evidencia no lo respalda. Generan alteraciones metabólicas y CV importantes.</p> <p>PRECAUCIÓN: Riesgo de ACV y muerte en pacientes ancianos con demencia. Efectos adversos anticolinérgicos para haloperidol y clorpromazina. Empeoramiento de enfermedad de pàrkinson. Efectos CV en los de segunda generación, como quetiapina y olanzapina.</p>
Antidepresivos tricíclicos (Amitriptilina, Imipramina)	<p>Evitar en personas mayores por alto riesgo de sedación y delirium.</p> <p>PRECAUCIÓN: RAM anticolinérgicas (Los ISRS como sertralina son mejor tolerados). Evaluar necesidad (Primer episodio: tratar durante 6-9 meses; segundo episodio +: tratar durante ≥ 2 años)</p>
Opioides (Tramadol)	<p>Evaluar tanto elección del fármaco como necesidad de su uso (¿Dolor neuropático o que no revierte?) ej. Neuropatía diabética, fibromialgia, neuralgia del trigémino.</p> <p>PRECAUCIÓN: riesgo de constipación en personas mayores.</p> <p>Pueden generar deterioro cognitivo, depresión respiratoria, dependencia, inmunodepresión y supresión de hormonas sexuales</p> <p>Evitar uso concomitante con quetiapina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, clonazepam y otros sedantes</p>
Paracetamol	<p>Reforzar educación sobre utilidad en patologías dolorosas. Ayuda a disminuir dosis diaria de opiáceos.</p> <p>PRECAUCIÓN: Sobredosis a) Asegurar que usuario conozca el intervalo mínimo entre dosis y el máximo diario b) Reducción de la dosis en casos de bajo peso corporal <50kg o en Insuficiencia renal o hepática severas.</p>
Antiepilépticos	<p>Evaluar la efectividad/dosis si se usa para el manejo del dolor ¿Es dolor neuropático? Evidencia limitada para el dolor musculoesquelético/fibromialgia.</p> <p>Evitar fármacos más antiguos por alto riesgo de intoxicaciones e interacciones farmacológicas.</p> <p>PRECAUCIÓN: Mareos, visión borrosa y sedación. Evaluar función renal. Ajustar dosis en ERC moderada y severa.</p>
Antiinfecciosos	
Antibacterianos (Nitrofurantoina)	<p>No muestra beneficio para el tratamiento de la bacteriuria asintomática (ASB) en la diabetes o en personas mayores. Revisar el uso a largo plazo para la ITU recurrente (cada 6 meses).</p> <p>PRECAUCIÓN: RAM pulmonar (fibrosis) especialmente en personas mayores con patología renal; Contraindicado si VFG<30mL/min.</p>
Antifúngicos	<p>Evitar uso oral o prolongado a menos de que sea realmente necesario.</p> <p>PRECAUCIÓN: Riesgo de exacerbación de la IC con azoles e interacciones farmacológicas serias. Alto riesgo de toxicidad hepática.</p>
Sistema endocrino	
Metformina	<p>Consumir durante las comidas e iniciando con dosis menores (500 mg diarios por 2-4 semanas) ayuda a mejorar tolerancia GI.</p> <p>PRECAUCIÓN: Riesgo de acidosis láctica. Suspender si VFG<30 mL/min o presencia de IC avanzada. Precaución en uso de medios de contraste.</p>
Sulfonilureas	<p>Evitar el uso de glibenclamida en personas mayores. (Contraindicación relativa)</p> <p>PRECAUCIÓN: Hipoglicemia. Los metabolitos activos se acumulan con la función renal alterada.</p>

Sistema genito-urinario	
Bloqueadores alfa	No indicado en casos de cateterismo a largo plazo PRECAUCIÓN: hipotensión ortostática, no recomendados en personas mayores.
Antimuscarínicos	Revisar necesidad/efectividad después de 3-6 meses de uso. PRECAUCIÓN: RAM anticolinérgicos (la oxibutinina puede disminuir la puntuación MMSE en la demencia)
Hormonas femeninas	No hay efecto cardioprotector o protección cognitiva en mujeres mayores. PRECAUCIÓN: Potencial carcinogénico en mama y endometrio
Sistema musculo esquelético	
AINES	PRECAUCIÓN: RAM GI (factores de riesgo: edad > 75 años, úlcera GI, antitrombóticos, esteroides, ISRS, alto consumo de alcohol). Si los AINES son esenciales considerar uso de IBP. PRECAUCIÓN: RAM CV (factores de riesgo: riesgo alto de ECV, eventos CV anteriores, insuficiencia cardíaca) RAM renal (factores de riesgo: edad > 65 años, uso con ARA II/IECA y / o diuréticos, ERC o IC). Si su uso es esencial, monitorizar VFG.
FAMEs (Artritis)	Evaluar efectividad/necesidad de cambio con especialista de atención secundaria. Asegurar adherencia del usuario al régimen de dosificación. PRECAUCIÓN: riesgo de intoxicación con metotrexato, alteraciones hepáticas (exámen de enzimas cada 1-3 meses).

Adaptado de: NHS Polypharmacy Guidelines: realistic prescribing 3rd edition, 2018.

ACV: Accidente cerebrovascular, AKI: Insuficiencia renal aguda, ATM: Antimicrobianos, ARA II: Antagonista de receptor de angiotensina II, BB: Betabloqueador, BCC: Bloqueadores de calcio, CAD: Enfermedad coronaria, CI: Contraindicado, CKD: Insuficiencia renal crónica, CV: Cardiovascular, DHP: Dihidropiridínicos, ECV: Enfermedad cardiovascular, ERC: Enfermedad renal crónica, FA: Fibrilación auricular, FAME: Fármaco modificador de la enfermedad, GI: Gastrointestinal, ICC: Insuficiencia cardíaca congestiva, IECA: Inhibidor de enzima convertidora de angiotensina, IBP: Inhibidor de la bomba de protones, IR: insuficiencia renal, ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, ITU: Infección tracto urinario, RAM: Reacciones adversas a medicamentos, SCA: Síndrome coronario agudo, SIADH: Síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética, VFG: Velocidad de filtrado glomerular.

Anexo 4: Formatos sugeridos para elementos de recordatorio de medicamentos, usuarios con y sin habilidad de lectura







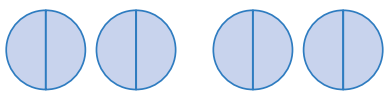

Los elementos de recordatorio de medicamentos deben ser elaborados siempre en conjunto a la persona, considerando sus propios horarios relevantes y sus actividades diarias. A continuación se presentan dos modelos de material, uno para usuarios con capacidad de lectura y otro para analfabetos. Se recomiendan los siguientes pasos para utilizarlos adecuadamente:

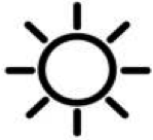




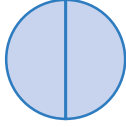
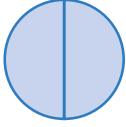

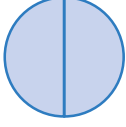



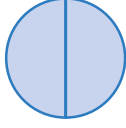

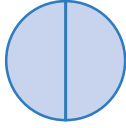
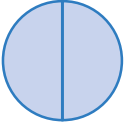
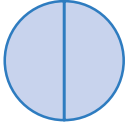

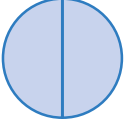







1. Considerar las condiciones del usuario para decidir cuál será la mejor opción para utilizar.
2. Comunicar al usuario que existe la posibilidad de obtener este elemento de recordatorio, esperando a que exprese su interés. **En caso contrario, no lo utilizará.**
3. Elaborarlo junto al usuario, considerando una plantilla inicial e integrando la información entregada por la persona. Es posible que se requieran modificaciones a solicitud del usuario, lo cual debe efectuarse.
4. Antes de entregarlo impreso, se debe comprobar que el usuario entiende la información y es capaz de utilizarla adecuadamente.
5. Establecer un compromiso con la persona con respecto al buen uso del material.
6. Evaluar constantemente si está utilizándolo o no, pudiendo verificarlo con la adherencia individual a cada medicamento.
7. Actualizarlo cada vez que existan cambios en las prescripciones de la persona.

En el caso del elemento para usuarios analfabetas, se presentan a modo de ejemplo símbolos de fácil comprensión y reconocimiento, pero que no son universales ni tienen estandarización. Esto implica que el centro de salud puede decidir el uso de la simbología adecuada, siendo muy importante que esta sea adoptada en su totalidad y difundida con los equipos y usuarios.

De la misma forma, resulta sencillo utilizar las comidas del día para recordar la toma de medicamentos, adaptándolo siempre a la rutina y contexto de la persona.

Es importante evaluar el impacto de este tipo de medidas, ya que en caso de ser inefectivas, se debe modificar la estrategia o la elaboración de estos elementos.

Medicamento	Cantidad y hora	¿Para qué es?
Losartan	 8 AM 8 PM	Presión
Amlodipino	 8 PM	Presión
Hidroclorotiazida	 (1/2) 8 AM	Presión
Aspirina	 8 AM	Corazón
Metformina	 8 AM 2 PM 10 PM	Diabetes
Glibenclamida	 2 PM	Diabetes
Paracetamol	 8 AM 8 PM	Artrosis
Omeprazol	 8 AM	Estómago

Glosario para la unidad de Farmacia y el personal de salud de la receta para usuarios analfabetos (acordar previamente y difundir)

Símbolo	Medicamento
	Losartán
	Amlodipino
	Hidroclorotiazida
	Aspirina 100 mg
	Metformina
	Glibenclamida
	Paracetamol
	Zopiclona

