

Universidad de Granada, España
Facultad de Farmacia
Tutora Dra. Pilar García Delgado

TESIS
MASTER EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA
CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE SUS MEDICAMENTOS EN
FARMACIAS COMUNITARIAS DEL MUNICIPIO DE GUATEMALA Y OTROS
MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE GUATEMALA

Magda Etelvina Hernández Lima de Baldetti
Dora Marina Escobar Horney

Guatemala, marzo de 2010.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

"Sin el saber, el hacer es ciego, y el saber es estéril sin el amor."

Caritas in Veritate. 30. S.S. Benedicto XVI.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala y a la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia por su apoyo a la Educación Continua de los profesionales Químicos Farmacéuticos, contribuyendo a su actualización académica en el campo de la Atención Farmacéutica, que viene a innovar la forma del ejercicio profesional.

A la Universidad de Granada, España, por haber desarrollado la edición internacional de la Maestría en Atención Farmacéutica en Guatemala y a sus catedráticos especializados en cada uno de los temas.

A la Doctora Pilar García-Delgado, Asesora del presente trabajo de investigación, por el constante apoyo y profesionalismo que de ella recibimos a lo largo del desarrollo de este estudio.

Al Doctor Miguel Ángel Gastelurrutia por sus valiosa ayuda.

Al Licenciado Federico Nave, por su valioso aporte para el análisis estadístico del presente estudio.

A la administración de las Empresas Farmacéuticas Farmacias de la Comunidad, S.A., Farmacias Meykos y Farmacia Universitaria; así como a los propietarios de las Farmacias Familiar, Géminis, González, La Bendición de Dios y La Fe, por haber permitido realizar en sus instalaciones el presente estudio.

A las profesionales Químicas Farmacéuticas: Armida Aguilar de Barillas, Doris Alarcón de Santa Cruz, Lorena Cerna Vásquez, Rosa María Cordón de Fonseca, Ingrid Evangelina Escalante, Clara Nineth Flores, Cynthia Carolina Godoy, Mercedes Gómez de Castillo, Ileana González Solares, Yolanda Juárez, Iris Alely López, Drina Ortiz de Pineda, Leticia Palma Moya y Vivian Sicán, quienes en su calidad de Directores Técnicos de las farmacias citadas, colaboraron en la recolección de datos.

A las Licenciadas Anne Liere de Godoy y Sandra Sesam de Corado, por su valioso apoyo al facilitar los contactos necesarios en las empresas farmacéuticas de Farmacias Meykos y Farmacias de la Comunidad, S.A.

A todos los pacientes que colaboraron con este estudio, sin cuya participación el mismo no hubiese sido posible.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	5
1.2 Servicios farmacéuticos orientados al paciente	9
1.3 Problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM)	15
1.4 Proceso de uso del medicamento	18
1.5 Relación entre el conocimiento del paciente sobre su medicamento y el cumplimiento terapéutico.	20
1.6 Conocimiento del paciente sobre su medicamento	21
1.7 Instrumentos para medir el conocimiento de los pacientes sobre su medicamento.	29
1.8 Proceso de adaptación cultural del cuestionario	31
2. JUSTIFICACIÓN	32
3. OBJETIVOS:	33
3.1 Objetivo general:	33
3.2 Objetivos específicos:	33
4. MÉTODOS	34
4.1 Proceso de adaptación semántica del Cuestionario de medida del conocimiento del paciente sobre su medicamento	34
4.2. Medida del grado de conocimiento de los pacientes sobre su medicamento	34
5. RESULTADOS POR OBJETIVOS	45
5.1 Aproximación del cuestionario "Conocimiento del paciente sobre su medicamento" ²⁴	45
5.2 Resultado de Medida del grado de conocimiento de los pacientes que solicitaron un medicamento, prescrito o no, para uso propio o alguien que estaba a su cuidado, en farmacias comunitarias del Municipio de Guatemala. Departamento de Guatemala.	48
5.3 Descripción de algunos factores asociados al conocimiento de los pacientes acerca de su medicamento.	56
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS:	72
6.1 Adaptación cultural idiomática del cuestionario Conocimiento del paciente sobre su medicamento, al medio guatemalteco.	72
6.2 Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo de medir el conocimiento de los pacientes sobre su medicamento en farmacias del Municipio de Guatemala.	74

6.3 . Factores asociados al conocimiento del medicamento	79
7. CONCLUSIONES:	83
8. RECOMENDACIONES	85
9. REFERENCIAS	87
10. ANEXOS	92

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Evolución de la actividad del profesional farmacéutico en la farmacia.

La profesión del farmacéutico ha tenido, como todo, una evolución con el correr del tiempo. La farmacia, unida a la medicina apareció en España en el siglo X, cuando los árabes importaron las primeras boticas públicas. El término boticario lo registra el Archivo de Burgos, en el año 1217.¹ En su primer época, siglos VIII-XIX, y ante la necesidad social de conseguir el medicamento, surgieron las personas que se dedicaron a elaborarlo. Fue el tiempo cuando el boticario preparaba las prescripciones médicas y fórmulas magistrales. Luego vino una época de transición, desde finales del siglo XIX hasta hoy, cuando, ante la mayor demanda de medicamentos para ser distribuidos a un mayor número de personas, se creó una logística de distribución de medicamentos y el farmacéutico en la farmacia, poco a poco se vio convertido en un distribuidor.² Ante esta situación que es común en muchos países del mundo, incluida Guatemala, se ha hecho necesario redefinir cuál es el papel del profesional farmacéutico como parte del equipo de salud.

Surge entonces la Atención Farmacéutica como filosofía de servicio, un concepto relativamente nuevo que tiene sus orígenes históricos en Norteamérica, cuando en 1966, D.C. Brodie proponía, en una ponencia titulada El reto de la farmacia en tiempos de cambio, el término control de utilización de medicamentos, definiéndolo como "el sistema de conocimientos, entendimiento, juicios, procedimientos, habilidades, controles y ética que garantizan la seguridad óptima en la distribución y uso de la medicación". Posteriormente, en 1975, R. L. Mikeal y cols. definieron la atención farmacéutica como "la atención que un paciente concreto requiere y recibe que garantiza el uso seguro y racional de los medicamentos". En 1980 nuevamente Brodie y cols. Agregaron a su propuesta la determinación de las necesidades de los pacientes.³

A esta iniciativa se sumaron otros autores quienes han hecho sus aportes, tal el caso de H.C.D. Hepler quien en 1987 describió la atención farmacéutica como "una relación adecuada entre un paciente y un farmacéutico, en la que este último realiza las funciones de control del uso de medicamentos basándose en el conocimiento y el compromiso respecto al interés del paciente". En 1990, Hepler y Strand publicaron un artículo en el que definen la atención farmacéutica como "la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos

resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. Estos resultados son: 1. Curación de la enfermedad; 2. Eliminación o reducción de la sintomatología del paciente; 3. Interrupción o ralentización del proceso patológico, o 4. Prevención de una enfermedad o de una sintomatología".³

La Organización Mundial de la Salud, también ha analizado el papel del farmacéutico en el Sistema de Atención a la Salud, habiendo sido una de esas ocasiones en Tokio, Japón, en setiembre de 1993. Por la importancia que para el gremio de profesionales farmacéuticos representaba lo tratado en esa reunión, la Organización Mundial de la Salud emitió un informe en el cual se examinan las responsabilidades del farmacéutico en relación con las necesidades asistenciales del paciente y de la comunidad desde la perspectiva de la atención farmacéutica. En dicho informe se considera a la atención farmacéutica como "un concepto de práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico. La atención farmacéutica es el compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente."⁴

En el Consenso sobre Atención Farmacéutica de 2001 realizado en España, se buscó y profundizó en el conocimiento de la realidad que vivían las farmacias a través de su labor diaria, e interpretación de los posibles elementos que pueden integrarse en la práctica. Se hizo revisión de literatura, cursos y otras iniciativas en ámbitos como el académico, asistencial o de investigación. Todo ello como punto de partida para la creación de un grupo de trabajo específico sobre Atención Farmacéutica.⁵

En ese primer consenso, las funciones del farmacéutico se agruparon en dos grandes áreas: 1. Actividades orientadas al medicamento y productos sanitarios como elementos físicos, (adquisición, custodia, almacenamiento, y conservación de materias primas, especialidades farmacéuticas y productos sanitarios), y 2. Actividades orientadas al paciente (dispensación, formulación magistral, consulta farmacéutica, formación en uso racional, educación sanitaria, farmacovigilancia y seguimiento del tratamiento farmacológico).^{3,5}

El nuevo enfoque que se le daba al quehacer del farmacéutico en España se siguió examinando a través de un Foro constituido por un grupo de debate, que nació en 2004, siempre en España y cuyos primeros logros se presentaron en enero de 2008. En dicho Foro participaron, además del Ministerio de Sanidad y Consumo, otros organismos como la Real Academia Nacional de Farmacia, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, Sociedad Española de Farmacia Comunitaria, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Fundación Pharmaceutical Care España y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.⁶

El Foro emitió una declaración con un compromiso basado en 10 enunciados:

1. La Atención Farmacéutica es la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente, mediante la dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico.
2. Considerar que el paciente es el eje fundamental de la actividad.
3. Favorecer la aplicación sistemática y universal de la Atención Farmacéutica con el fin de asegurar la equidad en el servicio asistencial prestado.
4. Desarrollar la Atención Farmacéutica para que el paciente obtenga el máximo beneficio de los medicamentos y para limitar los riesgos que conllevan.
5. Evidenciar que el farmacéutico es el profesional sanitario idóneo para desarrollar esta labor asistencial a través de su compromiso con la formación y aprendizaje permanente.
6. Optimizar el potencial sanitario del farmacéutico a través de la Atención Farmacéutica.
7. Utilizar procedimientos normalizados de Atención Farmacéutica.
8. Emplear la evidencia científica disponible como base para la aplicación práctica de la Atención Farmacéutica.
9. Organizar los recursos humanos y materiales necesarios para la práctica de la Atención Farmacéutica.
10. Conseguir la implicación de todos para el desarrollo de la Atención Farmacéutica.

Mientras tanto en Guatemala, también ha habido eco de la preocupación por el desarrollo del quehacer farmacéutico dentro del sistema de salud, por lo que ya desde el año 2002 algunos profesionales Químicos Farmacéuticos empezaron a recibir formación postgrado sobre Atención

Farmacéutica.⁷ En febrero de 2005 se inició el Sub-Programa de Atención Farmacéutica en la Farmacia Universitaria de la Universidad de San Carlos de Guatemala, llevado a cabo por estudiantes de la carrera de Química Farmacéutica que realizan su ejercicio profesional supervisado (EPS), bajo la supervisión de profesionales Químicos Farmacéuticos del Centro Guatemalteco de Información de Medicamentos, CEGIMED. Dentro de las actividades que se realizan están la asesoría profesional personalizada a los pacientes en todo lo que se refiere al uso adecuado y administración correcta de medicamentos, medición rápida de valores de presión arterial y glucosa, elaboración de material escrito educativo para pacientes hipertensos y diabéticos. También se organizan caminatas saludables con los pacientes que padecen hipertensión y/o diabetes y con problemas de sobrepeso.

La Atención Farmacéutica incluye, entonces, todas aquellas actividades asistenciales del farmacéutico hacia el paciente que utiliza medicamentos, y las puede realizar en todos los ámbitos asistenciales: farmacia comunitaria, atención primaria y farmacia hospitalaria e institucional.

De esta manera, el profesional farmacéutico deja de centrarse sólo en el medicamento, que si bien es una tarea muy importante, lo ha venido convirtiendo en sólo un distribuidor de medicamentos después de que era él quien los elaboraba. Con la visión de la atención farmacéutica él puede ofrecer en la farmacia otros servicios cognitivos para los cuales ha recibido una formación, entendiéndose como servicios farmacéuticos a las funciones o prestaciones desempeñadas por el profesional farmacéutico responsable del establecimiento y/o por profesionales farmacéuticos auxiliares bajo su supervisión, en el establecimiento farmacéutico autorizado para tal fin.⁸

Ahora bien, esta redefinición del actuar del farmacéutico exige de él un mayor involucramiento en la atención al paciente, un deseo de actualización de sus conocimientos farmacológicos, fitoterapéuticos, informáticos, incluso de comunicación, pues deberá desarrollar habilidades nuevas que le permitan mejorar su comunicación con el paciente y con otros profesionales sanitarios (otros farmacéuticos, médicos, personal de enfermería, odontólogos, etc.).

Estamos ante un cambio en la profesión del farmacéutico y es un fenómeno que se está dando en todos los países y así lo evidencian las frases introductorias del Developing pharmacy practice⁹ las cuales han sido tomadas de Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, and research: a review. “Los farmacéuticos deberían moverse de detrás del mostrador y empezar a servir al público proveyendo cuidado en lugar de sólo píldoras. No hay futuro en el mero acto de dispensar. .. El hecho de que los farmacéuticos tengan un entrenamiento académico y actúen como profesionales del cuidado de la salud, pone una carga sobre ellos para servir mejor a la comunidad de lo que actualmente lo hacen.”

Para entender este cambio que actualmente se está dando en la profesión del farmacéutico, es necesario tener muy clara y no olvidar la Misión de la farmacia: Atender las necesidades de los pacientes en relación a su medicación,² es decir, tener presente que es el paciente y su bienestar el fin último y razón de ser del medicamento.

En realidad, esta preocupación por el paciente no es nada nuevo, pues muchas boticas que existieron en el siglo XVII incluyendo tres, que de acuerdo a crónicas coloniales existieron en la capital del Reino de Guatemala, hoy Antigua Guatemala, es de suponer que se regían en alguna medida por las normas contenidas en la Palestra Pharmaceutica Chymico-Galénica, que entre otras recomendaciones incluía: “ ... es preciso que el que ha de ejercer, sepa la lengua latina, sea muy inteligente y aplicado a su profesión, sobrio y piadoso para con los enfermos, en particular con los pobres”¹

1.2 Servicios farmacéuticos orientados al paciente

Según el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, “todas estas actividades han de diseñarse como un servicio continuado tratando de ofrecer al paciente protección frente a la aparición o presencia de problemas relacionados con medicamentos, tanto en la dispensación, como en la consulta o indicación farmacéutica, la educación sanitaria y por supuesto en el seguimiento farmacoterapéutico personalizado”.⁵

1.2.1 Dispensación.

Es el servicio más demandado por las personas que acuden a la farmacia. Se define como la actuación profesional de un farmacéutico por la cual éste proporciona a un paciente o a sus cuidadores, además del medicamento y/o producto sanitario, los servicios clínicos que acompañan a la entrega del mismo, con el objetivo de mejorar su proceso de uso y proteger al paciente de posibles resultados negativos del medicamento (RNM)¹⁰

Para FORO⁶ Dispensación es "el servicio profesional del farmacéutico encaminado a garantizar tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado, con la información para su correcto uso, y de acuerdo con la normativa vigente."

Todo ello implica una mayor responsabilidad del farmacéutico a la actuación, cumpliéndose así la exigencia básica de cualquier servicio de Atención Farmacéutica, como es adquirir una parte de responsabilidad en los resultados de la farmacoterapia de cada individuo.

FORO propone para la dispensación un procedimiento y unas herramientas: El procedimiento consta de cuatro procesos; tres son para realizar la actuación, y el cuarto es necesario para cuantificar y comunicar esta actividad:

- I. Obtención de información sobre el paciente y su farmacoterapia
- II. Evaluación de esta información de acuerdo con los objetivos de la Atención Farmacéutica
- III. Intervención en función de esta evaluación
- IV. Registro de esta actuación.

El proceso I es propio del servicio de Dispensación, mientras que el resto de procesos son comunes a los otros servicios de la Atención Farmacéutica.

La información necesaria que el farmacéutico debe obtener del paciente y su farmacoterapia es la siguiente:

Para quién es el medicamento.

Si se inicia el tratamiento con esa Dispensación, o es una continuación de un tratamiento ya instaurado.

Datos que permitan evaluar si hay incompatibilidades de uso para este paciente: contraindicaciones, interacciones o determinadas situaciones como embarazo o lactancia.

Otros datos y observaciones que permitan comprobar si el paciente conoce para qué toma el medicamento y cuánto, cuándo, cómo y hasta cuándo lo ha de utilizar, o cómo le va, si ya estaba usando ese medicamento.

En caso de identificar al paciente, el farmacéutico solicitará su consentimiento informado (en los países que así lo exijan las normativas vigentes de protección de datos de carácter personal).

La información puede obtener del propio paciente, de sus recetas, de los datos clínicos que manifieste al farmacéutico en el momento de la dispensación, aun con las limitaciones que ello supone. De los datos clínicos en poder del paciente y que son voluntariamente facilitados al farmacéutico. Pueden provenir también de un registro farmacoterapéutico que el farmacéutico lleve de ese paciente.¹¹

Son especialmente útiles los diagramas de flujo de cómo llevar a cabo la dispensación de medicamentos, sea ésta primera dispensación o dispensación repetida. Ver Figuras 1 y 2

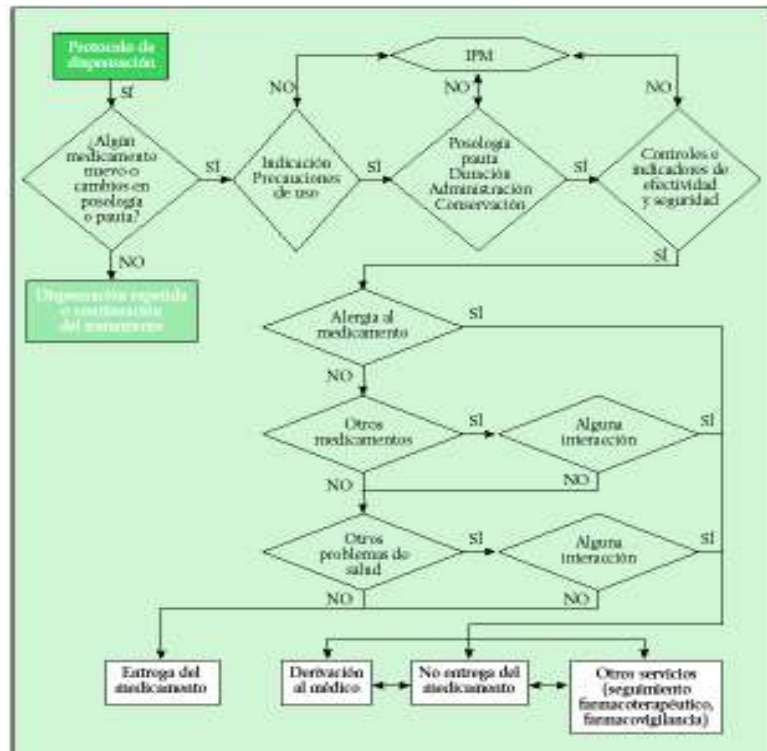


Figura 1. Diagrama de flujo de la primera dispensación. Fuente: Gastelurrutia MA, García-Delgado P. Dispensación. En Atención Farmacéutica: Conceptos, procesos y casos prácticos. Ergón 2008.¹²

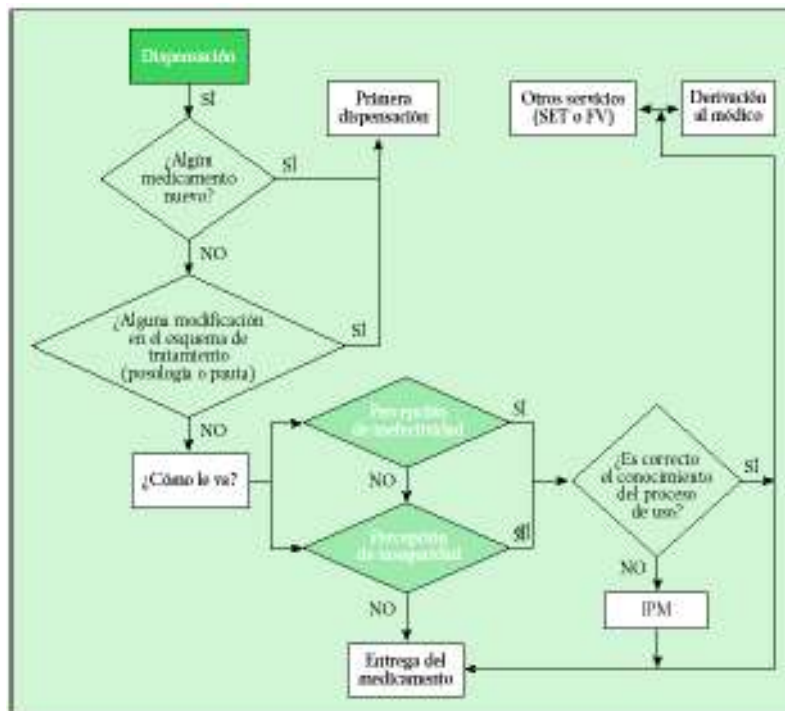


Figura 2. Diagrama de flujo de la dispensación repetida o continuación del tratamiento. Fuente: Gastelurrutia MA, García-Delgado P. Dispensación. En Atención Farmacéutica: Conceptos, procesos y casos prácticos. Ergón 2008.¹²

1.2.2. Consulta o Indicación farmacéutica.

Es el acto profesional por el que el farmacéutico se responsabiliza de la selección de un medicamento que no necesita receta médica, con el objetivo de aliviar o resolver un problema de salud a instancias del paciente o su derivación al médico cuando dicho problema necesite de su actuación.¹⁰

1.2.3 Seguimiento farmacoterapéutico.

Se considera como la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente".⁵ El Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico tiene un procedimiento concreto, en el que se elabora un estado de situación objetivo del paciente, del que luego se derivan las correspondientes intervenciones farmacéuticas encaminadas a prevenir o resolver los PRM del paciente, en las que ya cada profesional farmacéutico, conjuntamente con el paciente y su médico, decide qué hacer en función de sus conocimientos y las condiciones particulares que afecten al caso.¹³

Una de las características del seguimiento farmacoterapéutico, y que lo diferencia de otras actividades de la atención farmacéutica, es su carácter sistemático y documentado pues es una actividad que se extiende en el tiempo lo que hace necesario registrar las actuaciones y situaciones para tenerlas en cuenta. Acá se establece un pacto entre farmacéutico y paciente, éste ha de realizar las acciones que el farmacéutico pretende con sus intervenciones.³

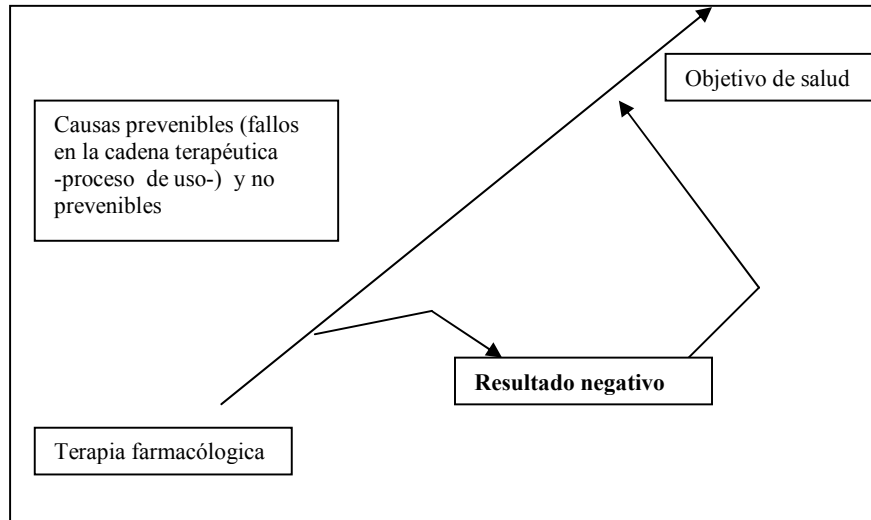


Figura 3. Representación esquemática del seguimiento farmacoterapéutico. Tomado de: Faus Dáder, Amariles Muños, P. y Martínez-Martínez, F. 2008. Atención Farmacéutica. Conceptos, procesos y casos prácticos.¹⁰

1.2.4 Farmacovigilancia.

Por medio de ella se pretende identificar, cuantificar, evaluar y prevenir los riesgos del uso de los medicamentos una vez comercializados, permitiendo así el seguimiento de los posibles efectos adversos de los medicamentos.¹⁰ La experiencia demuestra que gran número de efectos adversos, interacciones (con alimentos u otros fármacos) y factores de riesgo no salen a la luz hasta los años posteriores a la comercialización de un medicamento.¹⁴

1.2.5 Educación sanitaria.

La educación sanitaria ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud, como "las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la educación sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad"

De acuerdo con la UNESCO, la educación sanitaria y la promoción de la salud son un proceso que capacita a la gente para responsabilizarse de su salud.¹⁵

La educación para la salud representa uno de los pilares básicos en cualquier estrategia que busque mejorar el proceso de utilización y los resultados alcanzados con los medicamentos. Siendo el farmacéutico el profesional experto en medicamentos, y siendo generalmente el último contacto del paciente con el equipo de salud, debe entonces ser quien proporcione esa educación en salud.

1.2.6 Formulación magistral.

Es aquel medicamento para un paciente individualizado, preparado por el farmacéutico o bajo su dirección, para cumplir una prescripción médica.¹⁰

Como puede observarse, las actividades del farmacéutico orientadas al paciente representan una tarea fundamental en el sistema de atención de la salud, tarea que se ocupa de la necesidad, seguridad y efectividad de los medicamentos y otros productos destinados al cuidado de la salud.

1.3 Problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM)

Se dice que un tratamiento farmacoterapéutico falla cuando:

- a) no consigue los objetivos terapéuticos y/o
- b) cuando provoca daños adicionales.

Cualquiera sea el caso, siempre representa un costo en recursos sanitarios y sociales.

El concepto de Problemas Relacionados con Medicamentos ha sufrido a lo largo de los años cambios sustanciales, buscando que cada vez sea más común el criterio para su interpretación y halla menos confusión.

Strand y col. 1990, propusieron una definición concreta del término y una clasificación argumentada en 8 categorías; luego en 1998, propusieron una nueva definición casi idéntica a la primera con el único cambio en la clasificación propuesta cuando suprimen las interacciones como PRM, debido a que las consideran más una causa de PRM que un PRM en sí mismo.

En España se realizó un primer Consenso de Granada sobre PRM, 1998, en el que se definió a los PRM, y se estableció una clasificación de 6 categorías. Sin embargo, tras la experiencia de su uso se pudo detectar algunos problemas de comprensión que recomendaron la actualización en un Segundo Consenso de Granada en 2002 en donde se definió a los PRM como problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados. Propone además una clasificación de 6 categorías y agrupadas en tres supra-categorías de indicación, efectividad y seguridad.¹⁶

En 2007 se lleva a cabo un Tercer Consenso de Granada sobre PRM en la que la clasificación propuesta para los PRM es similar a la propuesta en el Consenso de 2002. Los RNM se clasifican con base a las premisas con las que ha de cumplir la farmacoterapia utilizada por los pacientes, las cuales son:

- Necesaria (debe existir un problema de salud que justifique su uso)
- Efectiva (debe alcanzar los objetivos terapéuticos planteados cuando se instauró).
- Segura (no debe producir ni agravar otros problemas de salud)

Así, el medicamento que dé lugar a la aparición de un RNM estará "incumpliendo" alguna de estas premisas. Por ello, el RNM (o la sospecha, en su caso) se clasificará en función de con cuál de dichas premisas "no cumple" la farmacoterapia.¹⁷

El Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico, del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR) es una eficaz herramienta metodológica que se ha venido utilizando para la detección, prevención y resolución de PRMs en la farmacia comunitaria.^{18,19}

No obstante que para muchos estaba claro que los PRM se refieren a detectar, prevenir y resolver resultados negativos en la salud de los pacientes, asociados al uso o falta de uso de los medicamentos, muchos farmacéuticos seguían mezclando causas (proceso) con resultados. Tomando esto en cuenta, en el trabajo de revisión de conceptos y definiciones, los integrantes de FORO⁶ consideraron necesario separar de forma nítida:

- a) Los problemas relacionados con el proceso de uso de medicamentos.

- b) Los problemas ocasionados en la salud de los pacientes cuando el uso ha conducido a un resultado no esperado o no deseado.

FORO ha emitido documento en el cual define claramente:

“Problemas relacionados con los medicamentos (PRM) son aquellas situaciones que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación (RNM). Los PRM son elementos del proceso (entendiendo como tal todo lo que acontece antes del resultado), que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM.”

“Resultados negativos asociados a la medicación (RNM) son los resultados negativos en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos.”²⁰

Donabedian define resultado en salud como “el cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente, que puede ser atribuido al antecedente de la atención médica”.¹⁷

Para medir los resultados clínicos y por tanto los cambios en el estado de salud, existen distintos tipos de variables como pueden ser: los síntomas (lo que el paciente siente), los signos (lo que se observa en el paciente), los eventos clínicos (ejemplo: infarto agudo del miocardio), las medidas fisiológicas o metabólicas (ejemplo: niveles de glucemia) y la muerte. Estas variables también sirven como medidas de resultados clínicos negativos asociados a la medicación (RNM).¹⁰

Tabla 1. Clasificación de Resultados Negativos asociados con la medicación (RNM).^{10,21}

NECESIDAD

Problema de salud no tratado:

El paciente sufre *un problema de salud* asociado a *no recibir una medicación que necesita*.

Efecto de un medicamento innecesario:

El paciente sufre *un problema de salud* asociado a *recibir un medicamento que no necesita*.

EFFECTIVIDAD

Inefectividad no cuantitativa:

El paciente sufre *un problema de salud* asociado a una *inefectividad no cuantitativa* de la medicación.

Inefectividad cuantitativa:

El paciente sufre *un problema de salud* asociado a una *inefectividad cuantitativa* de la medicación.

SEGURIDAD

Inseguridad no cuantitativa:

El paciente sufre *un problema de salud* asociado a una *inseguridad no cuantitativa* de un medicamento.

Inseguridad cuantitativa:

El paciente sufre *un problema de salud* asociado a una *inseguridad cuantitativa de un medicamento*.

1.4 Proceso de uso del medicamento

La Organización Mundial de la Salud en la Conferencia de Expertos en uso racional de medicamentos convocada por dicha Organización en 1985, en Nairobi, definió que el uso racional de medicamentos debería llenar las siguientes condiciones: que el paciente reciba la medicación apropiada a su necesidad clínica, en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales, por un período adecuado de tiempo y al menor costo para él y su comunidad.^{22, 23}

El proceso de uso del medicamento es en realidad un subproceso de otro más complejo como es el Proceso General de Atención al Paciente en el que además del paciente y el médico también intervienen otros profesionales.²⁴ El paciente acude al médico quien realiza el examen físico, en algunos casos indica análisis bioquímicos, radiológicos, etc. (para confirmar o descartar una primera impresión clínica), hace el diagnóstico, un pronóstico e instaura un plan terapéutico farmacológico o no farmacológico. Si se instaura el primero, el médico hará la prescripción.

Con la prescripción se inicia el proceso de uso del medicamento; el paciente acude a la farmacia para adquirir el medicamento, allí se lleva a cabo la dispensación de éste y el paciente en su

domicilio empieza a utilizarlo. De acuerdo con el tiempo de tratamiento el paciente puede volver a la farmacia para adquirir más medicamento. En todo caso, luego espera los resultados del uso del medicamento.

El objetivo del uso del medicamento puede ser la curación en el caso de una enfermedad aguda o bien el alivio en muchos casos de enfermedad crónica.

Actualmente, los medicamentos constituyen el procedimiento terapéutico más utilizado. Lo más común es que las personas cuando se sienten enfermas acuden al médico quien, en casi todos los casos, prescribe uno o más medicamentos. Sin embargo, y a pesar de que han surgido muchísimos medicamentos que alivian o curan muchas enfermedades, existe el problema de su uso inadecuado, lo cual se reconoce como un fenómeno que representa un costo social y económico de gran magnitud. Según citan Peretta y Ciccía (1998), en estudio realizado en Canadá, en 1995, concluyeron que el mal uso de medicamentos provoca en todo el mundo la muerte de 100,000 personas por año y la internación de más de 8 millones.²⁵

Ahora bien, el problema no es sólo atribuible a los medicamentos en sí mismos, sino a la forma en que son seleccionados, prescritos o indicados, dispensados y utilizados. Hay que tomar en cuenta también que hay muchos medicamentos de venta libre y que son promocionados libremente, por lo que es el comprador quien decide adquirirlos sin mayor asesoría.

Pero bien, sabemos que, para alcanzar los objetivos de la farmacoterapia es necesario que los pacientes utilicen los medicamentos en la forma y pauta prescritas, además de seguir las precauciones y las indicaciones dadas por el médico y farmacéutico, así como tratar de seguir la terapia no farmacológica si ésta fue recomendada, es decir, el éxito de la farmacoterapia depende mucho del uso correcto que el paciente haga del medicamento y de su cumplimiento al tratamiento farmacológico. Para esto es necesario que él posea la información adecuada sobre su enfermedad, su medicamento y cómo debe utilizarlo.

El paciente puede tener una mayor adherencia a un tratamiento, cuando interioriza lo que significa tener la enfermedad, las potenciales complicaciones a las que está expuesto y entiende la racionalidad y riesgos del tratamiento.²⁶

1.5 Relación entre el conocimiento del paciente sobre su medicamento y el cumplimiento terapéutico.

De acuerdo con la definición de Haynes, 1976, cumplimiento terapéutico es "el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario". Para García-Jiménez et al, adherencia es el grado en el cual el comportamiento del paciente se ajusta a las medidas farmacológicas y no farmacológicas del tratamiento (plan alimentario, cambios en los hábitos y estilos de vida) acordadas con el prescriptor.²⁷

Varios autores^{10,24, 28}, utilizan indistintamente los términos "cumplimiento" y "adherencia terapéuticos", otros³ no los consideran sinónimos, ya que el primero cuantifica únicamente el grado de respuesta a la prescripción realizada, mientras que "adherencia" pretende llegar más lejos al enfatizar una participación activa del paciente y supone un compromiso entre el equipo sanitario y el paciente en la adopción de la terapia.

Por el contrario, el incumplimiento terapéutico se define como: "la falta de cumplimiento por parte del paciente de la prescripción médica (en términos de administración de fármacos, medidas físicas o cambios de estilo de vida) en todo o alguna de sus partes".³

Es conveniente anotar que actualmente hay diferencia de opinión entre varios autores en cuanto a que el incumplimiento terapéutico sea una causa (PRM) de un resultado negativo de la medicación (RNM) o un RNM en sí mismo. Para incorporar argumentos en este debate, García Jiménez et al, 2008, realizaron investigación sobre el incumplimiento, los PRMs y RNMs asociados a la medicación, en la que concluyeron que los problemas de adherencia, por sí solos no se presentan como un problema de salud, sino que se convierten en una causa de diferentes resultados clínicos negativos.²⁶

Foro 2007⁶ propone al incumplimiento entre un listado de PRM que pueden ser causas de RNM y consecuentemente no se alcance el objetivo terapéutico. El incumplimiento constituye uno de los puntos más críticos de la cadena del medicamento: elaboración-prescripción/indicación-

dispensación-consumo, pues al ser el último eslabón, una falta de cumplimiento supondría la anulación de todo lo anterior. Y precisamente es el no-cumplimiento de los tratamientos uno de los grandes problemas en el sistema sanitario público, pues no sólo tiene consecuencias clínicas sino socioeconómicas.^{3,25,27}

En razón de la importancia que adquiere la comunicación con el paciente, el conocimiento de la medicación y su grado de cumplimiento, algunos autores han decidido designar a este conjunto como un "sexto signo vital". Un "sexto signo vital" débil o deteriorado puede ser causa de mala evolución, complicaciones, re-ingresos hospitalarios y un marcador de mala calidad.²⁹

La persona puede actuar mejor cuando está convencida de algo; ese convencimiento viene luego que ha conocido o aprehendido (hecho suyo) un conocimiento. Surge entonces la disposición interior (la actitud) de hacer algo (la práctica) en relación a eso nuevo que ha conocido. De acuerdo con la teoría cognoscitiva social, las personas pueden cambiar su conocimiento de manera inmediata o en un período muy corto de tiempo, pero para cambiar sus actitudes se necesitan semanas o meses, en la mayoría de los casos, y años para cambiar su práctica o comportamiento.²⁴ Para la evaluación de los resultados de calidad en las intervenciones sanitarias, el porcentaje del cambio en el conocimiento del paciente se utiliza a menudo como un indicador de la meta a corto plazo y el cambio en las habilidades del paciente como indicador del logro a largo plazo.²⁴

1.6 Conocimiento del paciente sobre su medicamento

Los medicamentos hoy día ya no son sólo jarabes, tabletas o inyectables como en el pasado. La tecnología farmacéutica ha hecho grandes avances en el desarrollo de nuevos principios activos, formas de liberación prolongada, equipos de aplicación sofisticados, etc. Asimismo, las investigaciones de los efectos y los mecanismos de acción de los nuevos medicamentos demuestran una farmacología de elevada complejidad.

Debido al mayor número de medicamentos, en muchos países se han creado instrumentos legales para su registro sanitario. Estas normativas exigen que el fabricante de medicamentos cumpla, entre otros requisitos relacionados con el medicamento, con adjuntar para su evaluación un prospecto o inserto que deberá acompañar al medicamento para información del usuario,

principalmente para productos de venta libre, cuando la información requerida no se encuentre en el envase/empaque primario o secundario.³⁰ No obstante lo anterior, muchos pacientes no leen el inserto o lo hacen muy rápidamente.³¹

Según el Diccionario de la Real Academia Española conocimiento es la acción o efecto de conocer, entendimiento, inteligencia o razón natural, y en su plural (conocimientos) es saber o sabiduría.³²

El término "conocimiento sobre el medicamento" da una idea sobre lo que se conoce: el medicamento, pero no precisa qué es lo que se conoce exactamente sobre el medicamento.

Existen estudios que han investigado lo que conoce el paciente sobre un aspecto específico del medicamento, por ejemplo, sobre nombre del medicamento, efectos secundarios y duración del tratamiento²⁶; indicación, pauta y contraindicaciones³¹, nombre de los fármacos, dosis y pauta de administración, indicación, reacciones adversas y modo de administración,^{33, 34} nombre del medicamento y efectos adversos²⁸ y uno de los más recientes y quizá el más completo que evalúa el conocimiento sobre las tres dimensiones del conocimiento: Dimensión A "Proceso de uso del medicamento": posología, pauta, duración del tratamiento y forma de administración, Dimensión B "Objetivo terapéutico": Indicación y efectividad del tratamiento, Dimensión C: "Seguridad del medicamento": Precauciones de uso, efectos adversos, contraindicaciones e interacciones, y Dimensión D: "Conservación del medicamento".²³

Existen diferentes criterios sobre qué es lo que el paciente debe conocer de su medicamento, así, la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. y los Institutos Nacionales de la Salud a través de Medline Plus,³⁵ incluyen, para cada medicamento, los apartados:

Para cuáles condiciones o enfermedades se prescribe el medicamento

Cómo se debe usar el medicamento

Qué otro uso se le da al medicamento

Cuáles son las precauciones especiales que se deben seguir

Qué dieta especial debe seguir el paciente mientras toma el medicamento

Qué tiene que hacer si se olvida de tomar una dosis

Cuáles son los efectos secundarios que podría provocar el medicamento

Cómo debe almacenar el medicamento

Qué debe hacer en caso de una sobredosis

Qué otra información de importancia debería saber

Marcas comerciales

Marcas comerciales de productos combinados

En España, los componentes de la sociedad española de derecho farmacéutico, los profesionales de la agencia del medicamento y los farmacéuticos de la industria, crearon en 2006, un grupo de trabajo para la redacción de los prospectos. En este documento se recogen seis epígrafes básicos de la información del medicamento necesaria para el paciente:²³

1. Qué es y para qué se utiliza (donde se ha de especificar el grupo terapéutico y la indicación terapéutica)
2. Antes de tomar o usar el medicamento (Incluyendo en este epígrafe las contraindicaciones, las precauciones de uso, advertencias especiales y las interacciones con otros medicamentos, alimentos o bebidas)
3. Cómo tomar o usar el medicamento (dosificación, frecuencia de administración, forma de uso y/o vía de administración, duración del tratamiento y síntomas y acciones a seguir en caso de sobredosis)
4. Posibles efectos adversos.
5. Conservación del medicamento (fecha de caducidad y condiciones de conservación)
6. Información adicional (composición cualitativa y forma farmacéutica).

La Organización Mundial de la Salud en la III Conferencia para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, 2003, destacó la prioridad de elaborar una propuesta de criterios de clasificación de medicamentos de venta libre y de prescripción, por lo que ese mismo año el grupo de trabajo formado para tal fin decidió levantar un diagnóstico comparativo de las legislaciones vigentes, el que se realizó en 18 países, y que serviría de base para la formulación de una propuesta armonizada de criterios para la clasificación de medicamentos. En 2004 se llevó a cabo la segunda reunión del grupo de trabajo de clasificación en la cual se presentó el "Diagnostico Inicial Comparativo de Legislaciones sobre Clasificación de Medicamentos Región de las Américas"; y se armonizaron criterios sobre definición de medicamentos de venta libre (OTC),

criterios de clasificación, información en etiquetas e insertos o prospectos y criterios para publicidad con el fin de elaborar la propuesta de criterios de clasificación a ser presentada en la IV Conferencia Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica que se llevaría a cabo en República Dominicana en 2005.³⁶ En el Informe de la II Reunión del Grupo de Trabajo de Clasificación de Medicamentos, Guatemala, aparecen, en el apartado XIV, los requisitos de información en etiquetas y prospectos de medicamentos, según se observa en la Tabla 2.

Tabla 2. Informe de la II Reunión del Grupo de Trabajo de Clasificación de Medicamentos, Guatemala, 2004. Apartado XIV. Requisitos de información en etiquetas y prospectos de medicamentos. IV Conferencia Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica. República Dominicana. 2005.

Requisitos para el registro	Nueva Molécula	Nuevas Formulaciones	Nueva concentración (potencia)	Nueva Asociación	Equivalente farmacéutico: Genérico	Equivalente Farmacéutico: Similar	Renovación de productos farmacéuticos	Biológicos: Vacunas	Biológicos Recombinantes	Hemoderivados	Renovación de Biológicos
101. Nombre comercial	√	√	√	√		√	√	√	√		
102. Nombre genérico (DCI)	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
103. Contenido Presentaciones comerciales	√	√	√	√	√	√		√	√		
104. Concentración (es)	√	√	√	√	√	√		√	√		
105. Forma de Administración		Solo para	Solo para	Solo para	Solo para	Solo para					

		OTC	OTC	OTC	OTC	OTC					
106. Vía de administración		Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC					
107. Duración del tratamiento		Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC					
108. Uso durante el embarazo y lactancia		Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC					
109. Forma Farmacéutica	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
110. Fabricante	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
111. Forma de Administración / Modo de empleo	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
112. Indicaciones Terapéuticas	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
113. Posología / Dosis	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
114. Uso durante el embarazo y lactancia	Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC					
115. Dosis máxima en 24 horas		Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC					
116. Información de "recurrir al médico si los síntomas empeoran"		Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC	Solo para OTC					
117. Advertencias	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
118. Precauciones	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
119. Reacciones Adversas	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
120. Interacciones	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
121. Sobredosis	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
122. Contraindicaciones	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		
123. Conservación del producto / Condiciones de almacenamiento		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		

El Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, presenta dentro del proceso de Dispensación la Información Personalizada del Medicamento (IPM), que constituye el conocimiento que debe tener el paciente sobre su medicamento. Incluye tres grandes componentes en el concepto de conocimiento:¹²

- 1 Conocimiento de las características farmacoterapéuticas del medicamento (qué es y para qué es...). Aquí se incluyen las características técnicas del medicamento: Indicación, posibles precauciones (compatibilidad de uso con alimentos o medicamentos...), posibles contraindicaciones y aspectos de educación sanitaria o advertencias que sean necesarias en función del medicamento concreto (coloración de orina o heces, molestias de inicio de tratamiento, finalización escalonada de tratamiento, etc).
- 2 Conocimiento relacionado con el proceso de uso del medicamento (cómo preparar, tomar y conservar el medicamento durante su administración). En este apartado se incluye toda la información necesaria relativa a: la manipulación del medicamento (preparación de soluciones extemporáneas, utilización de dispositivos de inhalación, manejo de colirios, inyectables que deban ser auto administrados, etc.), la posología, la pauta de administración, la duración del tratamiento y las condiciones de conservación.
- 3 Conocimiento de indicadores y controles de la evolución del tratamiento para comprobar que se realiza la vigilancia adecuada del mismo en términos de efectividad y seguridad. Esto es muy importante en los medicamentos de uso crónico, para asegurar que el paciente realiza o realizará los controles necesarios que permitan establecer el cumplimiento de los objetivos terapéuticos esperados. A modo de ejemplo pueden señalarse: tomas periódicas de presión arterial, determinaciones de colesterol, glucosa, hemoglobina glicosilada, controles hematológicos, revisiones periódicas, etc.¹²

Algunos autores consideran que es importante conocer el grado de comprensión y conocimiento del paciente sobre sus enfermedades y tratamientos para asegurar el cumplimiento de las indicaciones médicas y evitar fracasos terapéuticos y de deterioro de la salud.^{29,33}

En estudio llevado a cabo por García-Delgado, P., en el año 2007, en las provincias de Málaga y Murcia, España, dos de cada tres pacientes de la población no conocen el medicamento que utilizan. En la provincia de Málaga el 72% no tienen la información correcta sobre su medicamento necesaria para un adecuado uso del mismo, frente a casi el 60% en la región Murcia.²³

1.6.1 Variables que influyen en el conocimiento del paciente sobre su medicamento.

Las características propias del paciente, como su edad, su nivel de estudios, su profesión, el grado de preocupación por su problema de salud, si éste es problema de salud nuevo, influyen en el grado de conocimiento que el paciente tiene de su medicamento. También influye el tipo de medicamento. Por ello, el grado de conocimiento varía de un paciente a otro.

Edad

De acuerdo con varios estudios, a mayor edad del paciente el conocimiento sobre su medicamento va disminuyendo.³³ Se estima que más del 30% de los ancianos no cumple la pauta del tratamiento indicado por su médico, y las principales causas son, entre otras, al incumplimiento voluntario debido a: aparición de efectos adversos desagradables y desconocimiento de los beneficios del tratamiento. Por otro lado, existe la tendencia de proporcionar a los ancianos menos información sobre los medicamentos, y, si a esto se suma los problemas de comprensión de las instrucciones de uso por déficits sensoriales como la hipoacusia, deterioro intelectual, confusión, etc., todo ello contribuye a que su conocimiento sobre los medicamentos sea deficiente.³⁷

En algunos estudios se señala que el grupo de edad con mejor puntuación en el conocimiento es el comprendido entre 18 y 30 años, y los de conocimiento peor, los mayores de 61. Otros estudios sitúan el corte de edad en los 60 años atribuyendo al grupo de edad superior el menor grado de conocimiento.²³

Sexo

Los estudios relacionados con el conocimiento de los pacientes sobre su medicamento no son muchos. En varios de ellos se menciona que quienes más solicitan medicamentos son las mujeres, pero no especifican si hay diferencia en conocimiento sobre el medicamento entre hombre y mujer.^{30, 38,39} En el estudio de García Delgado,²³ no se encontró asociación estadística entre el género y el conocimiento sobre el medicamento.

Nivel de estudios

Las investigaciones realizadas para establecer la relación entre el nivel de estudios y el grado de conocimiento del paciente sobre su medicamento indican que a menor nivel de escolaridad menor conocimiento sobre el medicamento.²³

Número de medicamentos

Se acepta que un paciente está polimedicado cuando toma cinco o más medicamentos, según la mayoría de autores, aunque hay algunos que hablan de polimedicación de cuatro medicamentos para arriba.³⁷

La mayoría de los estudios asocian el grado de conocimiento del medicamento con el número de medicamentos que toma el paciente y todos ellos coinciden en la dirección de la asociación; cuanto mayor es el número de medicamentos que conforma el tratamiento del paciente menor es su grado de conocimiento.²³

También parece influir en el conocimiento del paciente sobre el medicamento la "naturaleza" de éste, aun cuando no hay muchos estudios al respecto.

Los estudios disponibles recogen como características propias del medicamento: el grupo terapéutico al que pertenece el medicamento, la forma farmacéutica, la vía de administración y el tiempo de utilización del medicamento (es decir, si el medicamento se toma por primera vez o es un tratamiento crónico).²³

Según el grupo terapéutico al que pertenecen, el conocimiento del medicamento se ve modificado; así lo refleja un estudio que sitúa como los tres grupos terapéuticos con mejores puntuaciones en el conocimiento, al cardiológico, en primer lugar, el respiratorio y por último los analgésicos. El grupo terapéutico que menos punteo tuvo en relación al conocimiento de los pacientes fue el de los antibióticos.⁴⁰ Ese mismo estudio evidenció que el nivel de calificación de quien dispensa fue el factor más fuerte independientemente asociado con el punteo del conocimiento.

En Guatemala se realizó un estudio sobre el comportamiento de pacientes geriátricas del CAMIP del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en relación al conocimiento y cumplimiento terapéutico. Los resultados arrojaron que el 65% tenía bastante conocimiento del tratamiento farmacológico asignado por el médico, este conocimiento abarcaba el nombre del medicamento, la dosis prescrita, la forma de tomarlo y la acción del medicamento. El 19.2% de las pacientes

tenía un conocimiento regular del tratamiento farmacológico y el restante 15.4% poseía poco conocimiento.⁴¹

Preocupación por el problema de salud

De acuerdo con investigación realizada por Werner, A.M. et al,³⁷, en pacientes con artritis reumatoide, el problema de salud le preocupó 89% en grados bastante-mucho-muchísimo al paciente, cuando estuvo presente el dolor, y 97.1% cuando hubo incapacidad funcional. Respecto al tratamiento, 89.4% conocía sobre éste, pero no se hizo la relación entre conocimiento y preocupación por el problema de salud. Por su parte, García-Delgado, P.²³, 2008, encontró que a los pacientes que les preocupaba "poco" su enfermedad, fueron los que presentaron mayor prevalencia, 40.3%, de conocimiento de su medicamento, y el grupo que más desconocimiento acumuló, 69.7%, fue el que le preocupaba "regular" su enfermedad.

1.7 Instrumentos para medir el conocimiento de los pacientes sobre su medicamento.

Varios autores reconocen que entre las causas de los resultados clínicos negativos pueden estar el incumplimiento y la falta de conocimiento de la farmacoterapia,⁴² por lo que se han hecho ya varios estudios^{23,30,32} para medir ese grado de conocimiento.

La mayoría de esos estudios han utilizado cuestionarios pero no todos esos instrumentos han sido validados previamente. García-Delgado P, en su estudio Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos,²³ utilizó un instrumento de este tipo que previamente fue validado con base a diferentes técnicas estadísticas que afirmaron que dicho cuestionario es válido y fiable para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos de forma genérica, es decir, cualquier paciente, con cualquier tipo de patología.

García-Delgado define el conocimiento del paciente sobre su medicamento como: "El conjunto de información adquirida por el paciente sobre su medicamento, necesaria para un correcto uso del mismo, que incluye el objetivo terapéutico (indicación y efectividad), el proceso de uso (posología, pauta, forma de administración y duración del tratamiento), la seguridad (efectos adversos, precauciones, contraindicaciones e interacciones) y la conservación de su medicamento".

La entrevista es la comunicación entre dos o más personas en la que se requiere que el entrevistador posea técnicas de comunicación verbal, un guión estructurado, tiene una finalidad específica y se lleva a cabo con unas limitaciones de tiempo y espacio.^{3,43} En términos de atención farmacéutica, se realiza en interés de una persona, el paciente, tiene un propósito definido como es el de obtener información que se va a utilizar para resolver problemas. Las entrevistas se establecen con preguntas abiertas a través de las cuales el farmacéutico determina el conocimiento del paciente acerca de su enfermedad y su tratamiento e incide en los puntos clave.³

El cuestionario es un instrumento muy utilizado para la recogida de información, diseñado para poder cuantificar y universalizar la información y estandarizar el procedimiento de la entrevista. Su finalidad es lograr la comparabilidad de la información. En este sentido, los cuestionarios son realmente escalas de evaluación, que permiten un escalamiento acumulativo de sus ítems, dando puntuaciones globales al final de la evaluación. Hay que diferenciarlos de los cuestionarios de recogida de datos, los inventarios de síntomas, las entrevistas estandarizadas o los formularios.⁴²

La encuesta se utiliza para estudiar poblaciones mediante el análisis de muestras representativas a fin de explicar las variables de estudio y su frecuencia; su finalidad es obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población utilizando procedimientos estandarizados de interrogación, y se realiza en las circunstancias cotidianas.^{23,44}

En su investigación sobre medida del conocimiento del paciente García-Delgado utiliza su cuestionario validado previamente,^{23,45} el cual consta de 11 preguntas centrales, abiertas, que recogen el conocimiento del paciente acerca de su medicamento y 11 preguntas adicionales, de las cuales 5 recogen las características sociodemográficas del paciente y las 7 restantes características relacionadas con el medicamento.

Le asigna cuatro dimensiones al conocimiento del paciente sobre su medicamento, a saber:

Dimensión A "Proceso de uso del medicamento": Posología (pregunta 2 del cuestionario), Pauta (p.3), Duración del tratamiento (p.4) y Forma de administración (p.5).

Dimensión B "Objetivo terapéutico": Indicación (p.1) y Efectividad del tratamiento (p.9).

Dimensión C "Seguridad del medicamento": Precauciones de uso (p.6), Efectos adversos (p.7), Contraindicaciones (p.8) e Interacciones (p.10).

Dimensión D "Conservación del medicamento": Conservación (p.11)

Entre esas dimensiones existe priorización asignada por el panel de expertos que trabajó en el diseño del cuestionario, así, las preguntas con más peso para el conocimiento del medicamento son las correspondientes a la dimensión A "proceso de uso"; estas constituyen el criterio mínimo de conocimiento del medicamento. Les siguen en un nivel más bajo de importancia las referentes a la dimensión B "objetivo terapéutico"; a continuación se sitúa la dimensión C "Seguridad del medicamento" y en el nivel de menor importancia en el conocimiento del medicamento esta la dimensión D "la conservación". Ese peso diferente que tiene cada dimensión está tomado en cuenta en la ecuación utilizada para el cálculo total del punteo correspondiente a las cuatro dimensiones ya mencionadas.²³

1.8 Proceso de adaptación cultural del cuestionario

Los instrumentos para obtener los datos de investigación generalmente son diseñados para una población en particular, por ello, si van a ser utilizados en una población de cultura diferente, aunque hable el mismo idioma, es necesario adaptarlos a esa cultura, pues es normal y correcto que nuestras culturas e idiomas evolucionen libremente como influencia de su derredor, según lo dicta el mundo académico antropolinguístico, bajo las ciencias sociales.⁴⁶

2. JUSTIFICACIÓN

Es un hecho que, regularmente, el paciente confíe en lo que su médico le prescribe, pero también es cierto que la mayoría de los pacientes no preguntan lo suficiente al médico sobre el medicamento que van a utilizar, ya sea por estar ansiosos, por pena o simplemente por olvido. Además, en la mayoría de los casos el médico no dispone de suficiente tiempo para ampliar la información y la que da por escrito en la receta es posible que el paciente no la entienda del todo, principalmente cuando hay abreviaturas, situación ésta que es susceptible de mejora con la prescripción electrónica.⁴⁷

El desconocimiento de varios aspectos en relación al uso de los medicamentos también se da en los pacientes que se automedican,³⁰ práctica que es muy común en Guatemala.

Entre las principales repercusiones del uso inapropiado del medicamento, se pueden mencionar⁴⁸⁴⁷

- La mala calidad de la terapia que conduce al aumento de la morbilidad y mortalidad.
- El incremento del riesgo de la presencia de reacciones adversas de los medicamentos, y
- en el caso de los antibióticos, el aumento de la resistencia del agente patógeno al medicamento.

Si el profesional farmacéutico al dispensar el medicamento le proporciona al paciente toda la información necesaria para que él haga un buen uso del mismo,¹² estará, en primer lugar, cumpliendo con su responsabilidad como parte del equipo de salud, y además, puede contribuir a evitar errores de medicación, entendiéndose como error de medicación cualquier actuación prevenible, que puede causar daño al paciente o da lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos cuando están bajo el control de los profesionales sanitarios o el paciente o el consumidor.⁴⁷

Por otro lado, los pacientes polimedicados, muchos de ellos ancianos, necesitan saber más sobre sus medicamentos lo que puede contribuir a un mayor cumplimiento y a evitar consecuencias iatrogénicas que incrementen las visitas a los servicios de urgencia en los hospitales.³² Ante esa situación, es responsabilidad fundamental del Químico Farmacéutico

proveer la información necesaria al paciente o a su cuidador sea en el ámbito hospitalario, asistencia primaria o farmacia comunitaria.

En la farmacia comunitaria, la información se le proporciona al paciente o a su cuidador, a través de la primera dispensación, en la dispensación repetida si se hace necesario, y también debe proporcionársele en los servicios de Indicación y en el Seguimiento Farmacoterapéutico.

Sin embargo, es conveniente saber qué es lo que realmente el paciente conoce y qué no conoce de su medicamento, y eso es precisamente lo que este trabajo de investigación pretende averiguar, pues aunque se sospeche que el conocimiento del paciente sobre sus medicamentos es insuficiente, esto debe confirmarse con datos.

3. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo general:

Medir el grado de conocimiento de los pacientes sobre el medicamento que solicitan, con o sin receta, en las farmacias comunitarias del Municipio de Guatemala y otros municipios del Departamento de Guatemala.

3.2 Objetivos específicos:

3.2.1 Adaptar al medio guatemalteco, mediante modificaciones idiomáticas, el Cuestionario "Conocimiento del paciente sobre su medicamento" de García-Delgado P.²³, utilizado en España.

3.2.2 Medir el grado de conocimiento de los pacientes que solicitan un medicamento, prescrito o no, para uso propio o alguien que esté a su cuidado, en farmacias comunitarias del Municipio de Guatemala y otros municipios del Departamento de Guatemala.

3.2.3 Describir algunos de los factores asociados al conocimiento de los pacientes sobre su medicamento.

4. MÉTODOS

4.1 Proceso de adaptación semántica del Cuestionario de medida del conocimiento del paciente sobre su medicamento

4.1.1 Prueba de comprensión de los pacientes a cada una de las preguntas del cuestionario.

Copia del cuestionario original sobre Medida del Conocimiento del paciente sobre su medicamento, creado y validado en España por García-Delgado,^{24,45} (Ver anexo 1), se pasó a 25 pacientes escogidos al azar, que solicitaron un medicamento, once de ellos en la Farmacia Universitaria de la Universidad de San Carlos de Guatemala, zona 12, la cual atiende una población integrada por estudiantes y profesores universitarios, empleados administrativos y de servicio; once pacientes en la farmacia del Hospital General de Accidentes y Ortopedia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, zona 7, la cual atiende a trabajadores activos y jubilados adscritos al régimen de Seguridad Social, y tres pacientes en farmacias privadas o comerciales de las zonas 7 y 11, todas del municipio de Guatemala.

A las farmacias comunitarias se les conoce en Guatemala como farmacias particulares o comerciales.

Esta fase se llevó a cabo por las dos investigadoras de este estudio y la colaboración de otra profesional Química Farmacéutica, durante el mes de junio de 2008

4.1.2 Evaluación de comprensión a las preguntas del cuestionario.

Las respuestas dadas por los pacientes a cada pregunta del cuestionario fueron analizadas por las investigadoras y otras dos profesionales Químicas Farmacéuticas. En función de la lógica de la respuesta a cada pregunta, se determinó si había sido comprendida o no. Para el efecto, se decidió que, la pregunta que fuese contestada en forma lógica, en un porcentaje del 85% o más en todos los cuestionarios, se dejaría sin modificación alguna, mientras que la pregunta que tuviese respuestas que no alcanzaran dicho porcentaje, se modificarían en cuanto a forma. Con base a dicho análisis se hicieron las pocas modificaciones necesarias quedando el cuestionario que finalmente se pasó a los pacientes del presente estudio. (Anexo 2)

4. 2. Medida del grado de conocimiento de los pacientes sobre su medicamento

4.2.1 Contacto con profesionales Químicas Farmacéuticas colaboradoras del estudio.

Se solicitó la colaboración para participar en este estudio a veintisiete profesionales Químicas Farmacéuticas Directoras Técnicas de farmacias comunitarias correspondientes a dos cadenas de farmacias, previa autorización de las respectivas gerencias, y, cuatro profesionales Químicas Farmacéuticas Directoras Técnicas de farmacias comunitarias independientes.

Se les dio una inducción de dos horas,(Anexo 3) que incluyó una parte teórica sobre la justificación de llevar a cabo el estudio, exponiendo la definición de conocimiento del medicamento y las dimensiones e ítems que lo componen, explicando además el diseño del cuestionario y cómo habían de ejecutarlo y evaluarlo (Anexos 4 y 5). Se realizó también una parte práctica conteniendo el desarrollo del procedimiento.

4.2.2 Diseño del estudio.

Es un estudio observacional descriptivo transversal.

4.2.3 Duración del estudio

El estudio se realizó durante los meses de septiembre 2008 a marzo 2009.

4.2.4 Diseño muestral

4.2.4.1 Tamaño de muestra

Se calculó el tamaño muestral necesario para estimar un porcentaje de pacientes que no tienen conocimiento del medicamento del 50% (en base a la prevalencia encontrada en estudios similares efectuados en otros países.²³

4.2.4.2 Selección de la muestra

La selección de los sujetos de la muestra se realizó mediante un muestreo sistemático en cada farmacia, en base a los pacientes que acuden a retirar medicación en días de la semana elegidos al azar.

4.2.5 Ámbito de estudio

Participaron de forma voluntaria en el estudio farmacias que correspondían al Municipio de Guatemala en su gran mayoría, y muy pocas a los municipios de Mixco y Villa Nueva, todas del Departamento de Guatemala.

4.2.6 Población de estudio.

La población de estudio fue constituida por todos los usuarios de medicamentos o cuidadores que acudieron a las farmacias comunitarias incluidas en esta investigación, a solicitar un medicamento prescrito o no, y que aceptaron participar en el estudio, susceptibles del servicio de dispensación.

4.2.6.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes que acudieron a las farmacias comunitarias del Municipio de Guatemala y otros municipios del Departamento de Guatemala, a retirar uno o varios medicamentos para uso propio, con o sin receta médica.
- Cuidadores que acudieron a las farmacias del Municipio de Guatemala y otros municipios del Departamento de Guatemala, a retirar uno o varios medicamentos con o sin receta médica.

4.2.6.2 Criterios de exclusión:

- Se excluyeron aquellos pacientes con dificultades de comunicación, físicas, psicológicas o lingüísticas.
- Usuarios de la farmacia que acudieron a retirar un medicamento para una tercera persona.
- Aquellos pacientes que ya habían participado en el estudio, a pesar de acudir a la farmacia a retirar un medicamento diferente al que se había medido en el cuestionario.

4. 2.7 Fuente de información.

Se utilizó la puntuación final obtenida para cada paciente en relación a la escala de evaluación del cuestionario sobre conocimiento ya validado.²⁴ (Anexo 1).

Para describir los posibles factores asociados al conocimiento, se utilizaron las variables recogidas en dicho cuestionario de conocimiento validado y adaptado al medio guatemalteco. (Anexo 2)

4.2.8 Definición operacional de variables.

4.2.8.1 Variables dependientes.

Conocimiento del paciente sobre su medicación.

i. Definición. Se define como: "El conjunto de información adquirida por el paciente sobre su medicamento necesaria para un correcto uso del mismo, que incluye el objetivo terapéutico (indicación y efectividad), el proceso de uso (posología, pauta, forma de administración y duración del tratamiento), la seguridad (efectos adversos, precauciones, contraindicaciones e interacciones) y la conservación de su medicamento".²³

Es una variable cualitativa policotómica ordinal. Se categoriza en:

- No conoce el medicamento.
- Conocimiento Insuficiente del medicamento.
- Conocimiento Suficiente del medicamento.
- Conocimiento Óptimo del medicamento.

Se midió mediante un cuestionario de conocimientos sobre su medicamento, validado previamente²³ y adaptado al medio guatemalteco. Se empleó la técnica de entrevista, con Químicos Farmacéuticos capacitados para tal fin.

El cuestionario consta de 11 preguntas centrales, abiertas, que recogen el conocimiento del paciente acerca de su medicamento y 11 preguntas adicionales, de las cuales 5 recogen las características sociodemográficas del paciente y las 7 restantes características relacionadas con el medicamento.

El entrevistador fue un Químico Farmacéutico previamente entrenado en relación al cuestionario y su evaluación, quien leyó textualmente las preguntas y transcribió literalmente las respuestas del paciente. Los entrevistadores debieron seguir fielmente las instrucciones para ejecutar correctamente los cuestionarios. (ver Anexo 4).

ii. Evaluación del cuestionario:

Evaluación de las preguntas de conocimiento del medicamento (de p1 a p11), se realizó siguiendo las instrucciones de evaluación (Anexo 5)

La evaluación del cuestionario hubo de ser realizada por el mismo Químico Farmacéutico que realizó la entrevista con el paciente, contrastando las respuestas dadas por éste con la información de referencia. Se consideró información de referencia, en primer lugar a la receta médica, siempre que el Químico Farmacéutico dispuso de ella en el momento de la entrevista con el paciente. El Químico Farmacéutico hubo de comprobar previamente que ésta había sido correctamente elaborada y si la receta era correcta hubo de copiar en el cuestionario los aspectos de información del medicamento registrados en la misma (posología, pauta y duración del tratamiento). En segundo lugar la información de referencia fue la información hallada en sitios científicos confiables de internet como Medline Plus³⁵, Vademécum de España⁴⁹, Martindale⁵⁰, libros de Farmacología,^{51,52} el Diccionario de Especialidades Farmacéuticas 2008⁵³ y la obtenida en el Centro Guatemalteco de Información de Medicamentos, CEGIMED, tanto para aquellos aspectos del medicamento no recogidos en la receta médica como para aquellos pacientes entrevistados que no la presentaron.

La evaluación se realizó asignándole a cada respuesta para cada pregunta la siguiente puntuación en función del grado de concordancia entre la información dada por el paciente y la información de referencia (receta médica, fuentes bibliográficas físicas y electrónicas).

-1 punto; Información incorrecta: Cuando la respuesta del paciente no coincidió con lo preguntado o cuando la información que poseía el paciente era incorrecta (no coincidió con la información de referencia)

0 puntos; No conoce o desconoce: Cuando el entrevistado afirmó no saber, verbalmente o mediante paralingüaje. Se asignó esta puntuación directamente cuando apareció tachada la casilla "ns".

1 punto; Información Insuficiente: Cuando la respuesta dada por el paciente no fue completa, es decir, no aseguró que el paciente poseía la información necesaria para garantizar un correcto uso del medicamento.

2 puntos; Conoce: Cuando la información dada por el paciente coincidió con la información de referencia.

Por tanto, cada paciente obtuvo una puntuación del -1 al 2 para cada pregunta de conocimiento del medicamento.

Para el cómputo final del Conocimiento Total del Medicamento, se aplicó a las preguntas de cada dimensión, la ponderación diferente, asignada por el panel de expertos que diseñó y validó el cuestionario original Conocimiento del paciente sobre su medicamento.^{24,45} Así, las preguntas con más peso para el conocimiento del medicamento fueron las correspondientes a la dimensión A "proceso de uso"; que son la posología, la pauta de administración, la duración del tratamiento y la forma de administración (corresponden a las preguntas p2, p3, p4, p5 del cuestionario), estas constituyen el criterio mínimo de conocimiento del medicamento. Les siguen en un nivel más bajo de importancia las referentes a la dimensión B "objetivo terapéutico"; que son la indicación (p.1) y la efectividad del tratamiento (p.9). A continuación se sitúa la dimensión C "Seguridad del medicamento" en la que están incluidas: las precauciones (p.6), los efectos secundarios (p.7), las contraindicaciones (p.8) y las interacciones (p.10) y en el nivel de menor importancia en el conocimiento del medicamento la dimensión D la conservación (p.11)

Es por ello que resulta fundamental la ponderación de las respuestas correctas en función a la pregunta que corresponda, la ecuación que resuelve la puntuación final en el conocimiento del medicamento (CMT) es²⁴

$$\text{CMT} = \frac{[1,2 \sum P_i^A] + [1,1 \sum P_i^B] + [0,85 \sum P_i^C] + [0,6 \sum P_i^D]}{(1,2 \times 4) + (1,1 \times 2) + (0,85 \times 4) + (0,6)}$$

Donde:

P_i^X = Puntuación obtenida por el paciente para cada pregunta de cada dimensión **X**; siendo:

Dimensión **A** "Proceso de uso del medicamento": Posología (p2) Pauta (p.3), Duración del tratamiento (p.4) y Forma de administración (p.5)

Dimensión **B** "Objetivo terapéutico": Indicación (p.1) y Efectividad del tratamiento (p.9)

Dimensión **C** "Seguridad del medicamento": Precauciones de uso (p.6) Efectos adversos (p.7), Contraindicaciones (p.8) y Interacciones (p.10).

Dimensión **D** "Conservación del medicamento": Conservación (p.11)

En la evaluación realizada se utilizó esta ecuación la que, como ya se indicó, tiene integrados los factores de peso para las diferentes dimensiones del conocimiento del medicamento. Al aplicar la ecuación se tomaron los punteos para cada respuesta de las preguntas tal y como los consignó el evaluador, por lo que, habiendo entre estos punteos algunos valores negativos, (en algún caso el valor de la puntuación final del conocimiento del medicamento fue menos de cero), para efectos de categorización se consideró como cero.

El conocimiento del medicamento se categorizó como sigue:

No conoce el medicamento: 0 puntos a 0.59

Conocimiento Insuficiente del medicamento: De 0.60 a 1.26

Conocimiento Suficiente del medicamento: De 1.27 a 1.60

Conocimiento Óptimo del medicamento: De 1.61 a 2

4.2.8.2 Variables independientes.

Edad. Número de años de vida del paciente, medidos a partir del nacimiento.

Variable cuantitativa continua.

Se mide con una pregunta recogida en el cuestionario (Anexo 2)

Sexo del paciente.

Variable cualitativa dicotómica. Masculino / Femenino

Se mide con una pregunta recogida en el cuestionario (Anexo 2)

Usuario. La persona que va a utilizar el medicamento.

Variable cualitativa dicotómica. Categorizada en:

- Uso propio. El entrevistado es el consumidor del medicamento.
- Cuidador. El consumidor del medicamento es alguien que está al cuidado del entrevistado.

Se miden con dos preguntas cerradas del cuestionario (Anexo 2)

Medicamento. Especialidad Farmacéutica que utiliza el paciente para tratar su problema de salud. Variable cualitativa policotómica. Categorizada según la clasificación ATC (Anatomical Therapeutic Chemical), reconocida por la Organización Mundial de la Salud OMS, en 1996, como un estándar internacional para estudios de utilización de medicamentos.⁵⁴ Se mide con una pregunta abierta recogida en el cuestionario (Anexo 2) para la evaluación del farmacéutico.

Nombre del medicamento.

Si el paciente recuerda el nombre del medicamento. Variable cualitativa dicotómica. Sí / No. Se mide con pregunta abierta recogida en el cuestionario (Anexo 2)

Tiempo de utilización del medicamento. El tiempo que lleva el paciente utilizando el medicamento.

Se mide como variable cuantitativa continua, pero para el análisis se recodificó convirtiéndola en una variable cualitativa policotómica. Categorizada en:

- Primera vez. 0 meses
- Uso continuado:
 - De 1 a 6 meses
 - De 6 a 12 meses
 - De 12 a 24 meses
 - Más de 24 meses

Medido con la pregunta semicerrada del cuestionario.

Número de medicamentos. El número de medicamentos que refiere tomar el paciente en ese momento.

Se recoge como una variable cuantitativa discreta, sin embargo para el análisis se recodificó en una variable cualitativa policotómica. Categorizada en:

- Monoterapia. Un único medicamento
- Terapia compleja. De 2 a 5 medicamentos
- Polimedicado. Más de 5 medicamentos.
- No sabe

Se mide con la pregunta abierta del cuestionario (Anexo 2)

Importancia del problema de salud. La preocupación que la enfermedad objeto del medicamento estudiado le provoca al paciente.

Variable cualitativa tricotómica. Categorizada en:

- Poco.
- Regular.
- Bastante.

Se mide con pregunta cerrada del cuestionario (Anexo 2).

Prescriptor. El que sugiere al paciente que tome el medicamento.

Variable cualitativa tricotómica categorizada en:

- Médico.
- Licenciado en Farmacia
- Otros.

Se mide con el ítem cerrado del cuestionario (Anexo 2).

Profesión. Ocupación actual y remunerada que desempeña el paciente

Variable cualitativa policotómica. Categorizada en:

Se mide con la pregunta abierta del cuestionario (Anexo 2).

País de origen. Lugar de nacimiento del paciente.

Variable cualitativa policotómica. Categorizado en:

- Guatemala
- Otro país Centroamericano
- Otro país

Nivel de estudios. Cursos académicos superados por el paciente.

Variable cualitativa policotómica. Categorizado en:

- Sin estudios.
- Estudios primarios.
- Estudios nivel básico
- Estudios nivel diversificado (Bachillerato, Magisterio, Secretariado u otro)

- Estudios universitarios

4.2.9 Recolección de datos

Las Químicas Farmacéuticas que habían sido previamente capacitadas sobre la parte teórica de la investigación: justificación de llevar a cabo el estudio, definición de conocimiento del medicamento y las dimensiones e ítems que lo componen, explicación del diseño del cuestionario y cómo habían de ejecutarlo y evaluarlo, (Anexo 3), procedieron a la recolección de datos en aquellas farmacias de las cuales son Directoras Técnicas.

Ofrecieron participar en el estudio a aquellos pacientes que cumplían los criterios de inclusión y que eran seleccionados de acuerdo a la plantilla muestral (Anexo 6) informándoles del objetivo del mismo y de su carácter anónimo. Si el paciente estaba de acuerdo a participar, el farmacéutico eligió al azar uno de los medicamentos a dispensarle (en el caso que éste acudiera a la farmacia a retirar más de un medicamento para uso propio). A continuación y previo a la dispensación del medicamento se ejecutó con el paciente el cuestionario de conocimiento (Anexo 2) y la información recogida en dicho cuestionario se consigna en el de Conocimiento del Paciente sobre su Medicamento (Tabla de Resultados de Ejecución y Evaluación de Cuestionarios). En caso necesario, una vez finalizado el cuestionario el farmacéutico procedió a la dispensación de ese medicamento facilitándole la carencia de información que hubiese detectado o la información insuficiente o incorrecta.

Posteriormente el farmacéutico que realizó la entrevista efectuó la evaluación del cuestionario asignándole las puntuaciones parciales a cada pregunta tal y como se expone en las bases de evaluación (Anexo 5)

4.2.10 Análisis de datos

4.2.10.1 Tratamiento de la información

La codificación y definición de variables, y el cálculo de variables agregadas se hizo con EXCEL 2003. Para el análisis estadístico se utilizó el programa EPIDAT 3.0

Para asignar el principio activo del medicamento, se utilizó la Base de datos del Centro Guatemalteco de Información de Medicamentos, el Diccionario de Especialidades Farmacéutica 2008.⁵³ Para la clasificación ATC de los principios activos se utilizó el Diccionario de Especialidades Farmacéutica 2008⁵³ y accesos al ATC/DDD Index 2009.⁵⁴

Para el análisis gráfico se utilizó EXCEL 3.

4.2.10.2 Análisis descriptivo

Las variables cualitativas se presentan en tablas de frecuencia y las variables cuantitativas en resumen numérico como, estimaciones de proporción (prevalencia), de medidas de posición (media), para exponer de forma sintética la información contenida en la muestra del estudio.

4.2.10.3 Análisis gráfico.

Para el análisis gráfico se utilizó EXCEL 2003

Para dar una mejor interpretación y visualización de los resultados estadísticos obtenidos, se realizaron gráficos de columnas y circulares.

5. RESULTADOS POR OBJETIVOS

5.1 Aproximación del cuestionario "Conocimiento del paciente sobre su medicamento"²⁴ a la realidad cultural de Guatemala, mediante modificaciones idiomáticas.

El cuestionario original "Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos", diseñado en y para la población que habla español en España se les presentó a veinticinco pacientes que solicitaron medicamento, once en farmacia universitaria, tres en tres farmacias comunitarias (comerciales o privadas) y once en farmacia externa de Hospital General de Accidentes y Ortopedia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

5.1.2 La adaptación idiomática al medio guatemalteco.

En las 11 preguntas centrales que miden el conocimiento del paciente sobre su medicamento, solamente la N° 2: ¿Qué cantidad debe tomar/utilizar de este medicamento? presentó dificultad de comprensión para los pacientes en un 8%, quienes comprendieron que la pregunta se refería a la cantidad total de medicamento que debían tomar/utilizar, y no la cantidad diaria. Ante ello, se decidió por parte de las Químicas Farmacéuticas que hicieron el análisis, agregar la palabra *diaria* a dicha pregunta, la que finalmente quedó: ¿Qué cantidad *diaria* debe tomar/utilizar de este medicamento?.

Esta modificación hecha ya en el cuestionario que finalmente se utilizó en el estudio para establecer el conocimiento del paciente sobre su medicamento, no representó problema para aquellos medicamentos cuya posología no era diaria, como el caso de progesterona inyectable, pues en este caso las pacientes contestaron de una vez indicando la pauta: "una vez al mes". Lo mismo sucedió con otros medicamentos de administración cada 3 días, o cada semana, como las vitaminas del complejo B1, B6 y B12 inyectables, pues los pacientes contestaron "cada 3 días" o "cada semana", según la indicación médica.

En las 5 preguntas que tienen relación con el medicamento, concretamente con el prescriptor, se cambió la opción Farmacéutico, por Licenciado en Farmacia que es como se conoce en el medio guatemalteco al profesional farmacéutico. De estas

cinco preguntas, la relacionada con el número de medicamentos que toma además del que solicita, tuvo una respuesta no congruente, lo que representó un 4% de incomprensión. La pregunta no sufrió ningún agregado ni modificación en el instrumento que finalmente se utilizó en este estudio.

En las preguntas sociodemográficas, se cambió la palabra "Género" por "Sexo" y las iniciales "M" (mujer) por "F" (femenino) y "V" (varón) por "M" (masculino). En el nivel de estudios: En lugar de Estudios Secundarios (Bachillerato, FP) se cambió a: Nivel Básico, Nivel Diversificado (Bachillerato, Magisterio, Secretariado u otro); Universitario (Diplomado/Licenciado) solamente se consignó: Universitarios

De las 19 preguntas evaluadas, (Ver Tabla 3) hubo 89.5% de respuestas lógicas.

Tabla 3

Porcentaje de respuestas lógicas a preguntas del Cuestionario Medida del grado de conocimiento de los pacientes sobre su medicamento 22. (Anexo 1).

Pregunta	Cantidad de respuestas lógicas	%
¿Cómo se llama este medicamento?	25	100
¿Desde cuándo está tomando/utilizando este medicamento?	25	100
¿Cuántos medicamentos está tomando además de éste?	24	96
¿Para qué tiene que tomar este medicamento?	25	100
¿Qué cantidad debe tomar/utilizar de este medicamento?	23	92
¿Cada cuánto tiene que tomar/utilizar este medicamento?	25	100
¿Hasta cuándo tiene que tomar/utilizar este medicamento?	25	100
¿Cómo debe tomar/utilizar este medicamento?	25	100
¿Ha de tener alguna precaución cuando toma/utiliza este medicamento?	25	100
¿Qué efectos adversos conoce usted de este medicamento?	25	100
¿Ante qué problema de salud o situación especial no debe tomar/utilizar este medicamento?	25	100
¿Cómo sabe si el medicamento le hace efecto?	25	100
¿Qué medicamentos o alimentos debe evitar tomar mientras use este medicamento?	25	100
¿Cómo debe conservar su medicamento?	25	100
¿El problema para el que toma este medicamento, le preocupa mucho, regular, poco?	25	100
¿Quién le dijo que tomara/utilizara este medicamento? Médico, Farmacéutico, Otros	25	100
Profesión: Ama de casa/jubilado; Trabajos manuales; Administrativos y comerciantes; Profesionales; Empres.	25	100
Nivel de estudios: Sin estudios; Primaria; Secundaria; Diversificado; Universitarios	25	100
Edad	25	100

5.2 Resultado de Medida del grado de conocimiento de los pacientes que solicitaron un medicamento, prescrito o no, para uso propio o alguien que estaba a su cuidado, en farmacias comunitarias del Municipio de Guatemala. Departamento de Guatemala.

En el presente estudio participaron 24 farmacias de las cuales un 83%, corresponden al Municipio de Guatemala, ubicadas en las zonas 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 19 y 21; 12.5% al municipio de Mixco, zonas 4 y 8 y 4.2% al Municipio de Villa Nueva, zona 1, todas del Departamento de Guatemala. Estas farmacias ajenas al Municipio de Guatemala se incluyeron por razón de que las profesionales Directoras Técnicas que colaboraron en el estudio, atienden más de una farmacia, algunas de las cuales están situadas en diferentes municipios.

Además de las investigadoras, en el estudio colaboraron 14 Químicas Farmacéuticas Directoras Técnicas de las farmacias donde se entrevistó a los pacientes para medir su conocimiento sobre el medicamento.

Las profesionales que ejecutaron los cuestionarios hicieron la evaluación de las preguntas del cuestionario pero el punteo global del conocimiento del paciente con la aplicación de la ecuación correspondiente, así como la asignación del grado de conocimiento (calificación), fue realizada por las investigadoras.

Tomando en cuenta que el 83% de las farmacias que participaron en la investigación corresponden al Municipio de Guatemala, se consideran los resultados en relación a dicho Municipio de Guatemala.

La muestra de pacientes o cuidadores estadísticamente calculada debió ser de 600 pacientes, pero únicamente se encuestó a 277, constituyendo el 45.5 % de dicha muestra. De los 277 pacientes seleccionados, 16 se negaron a participar aduciendo diversas razones, (ver tabla 4), constituyendo así un 5.8% de pérdida, por lo que al final participaron únicamente 261 pacientes o cuidadores.

Tabla 4

Cuestionarios Medida del conocimiento del paciente sobre su medicamento, no contestados.

Razón	# Cuestionarios no contestados
No quiso contestar	10
Porque es alcohólica	1
Porque pagan el parqueo y no quieren tardarse	2
No le gusta llenar encuestas	1
No tiene tiempo	2
Total	16

La edad de los pacientes que participaron en la investigación estuvo comprendida entre los 17 años (edad mínima) y los 85 años (edad máxima), con un promedio de 39.64 años.

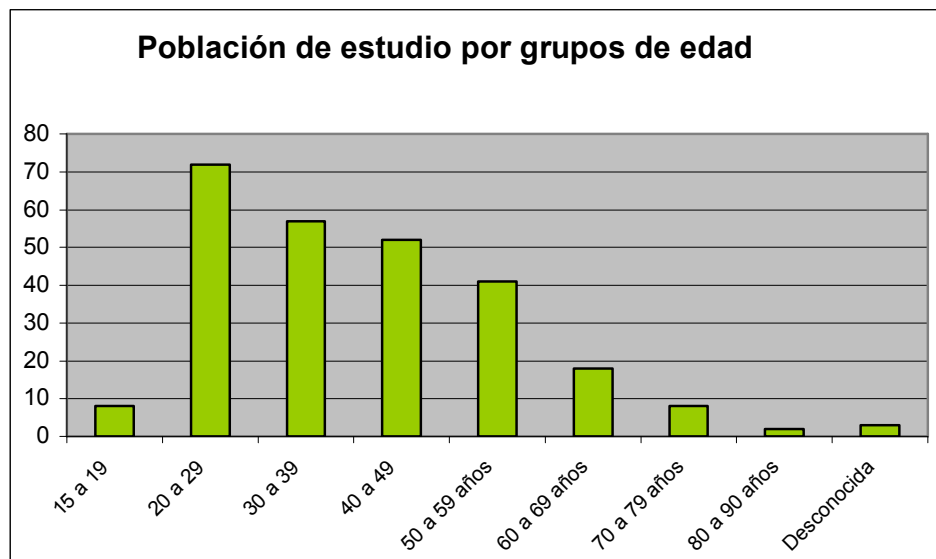
Las edades se agruparon en los siguientes rangos:

Tabla 5

Población de estudio por grupos de edad y su frecuencia.

Edad años	Cantidad
15 a 19	8
20 a 29	72
30 a 39	57
40 a 49	52
50 a 59 años	41
60 a 69 años	18
70 a 79 años	8
80 a 90 años	2
Desconocida	3
Total:	261

Gráfica 1 Población de estudio por grupos de edad



El rango de edad con mayor frecuencia en la población de estudio estuvo entre los 20 – 29 años, constituyendo el 27.6%.

En cuanto al sexo de los pacientes o cuidadores participantes, el mayor porcentaje, 60.54%, correspondió a las mujeres, como se observa en la tabla 6.

Tabla 6 Sexo de los pacientes participantes en la investigación sobre su conocimiento del medicamento.

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Masculino	103	39.46
Femenino	158	60.54
Total	261	100

El nivel de estudios de los pacientes o sus cuidadores que presentó el mayor porcentaje fue el nivel universitario: 27.6%. Casi un 5% era sin estudios.

Tabla 7 Nivel de escolaridad de la población de estudio.

Nivel de estudios	Cantidad	Porcentaje
Sin estudios	13	4.98
Primaria	69	26.44
Básico	43	16.48
Diversificado	64	24.5
Universitario	72	27.6
Total:	261	100

Respecto al país de origen, el 97.7% eran guatemaltecos, 1.5% de otro país centroamericano y 0.76% de otro país.

5.2.1 Puntuaciones de las respuestas a las preguntas del Cuestionario medida del conocimiento del paciente sobre su medicamento.

Este análisis es sólo descriptivo, en función de las frecuencias encontradas del grado de conocimiento por cada variable.

5.2.1.1 Punteo obtenido por los pacientes o sus cuidadores, en cada uno de los ítems del conocimiento del medicamento.

El ítem del que más conocen los pacientes o sus cuidadores es la indicación, como lo evidencia el 84% en la tabla 8. Asimismo, se observa que el ítem menos conocido es el de las contraindicaciones, con 75%, mientras que del que tienen más información insuficiente es el relacionado con la conservación del medicamento: 54%.

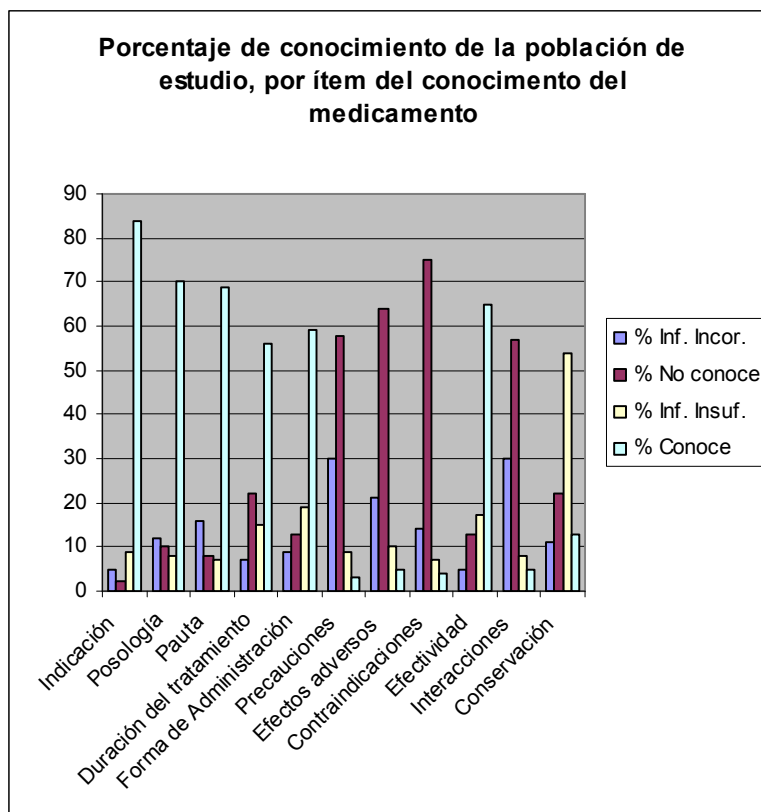
Tabla 8

Distribución del grado del conocimiento de los pacientes o sus cuidadores, en cada ítem del conocimiento del medicamento.

	Información Incorrecta		No conoce		Información insuficiente		Conoce	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Indicación	12	5	6	2	24	9	219	84
Posología	32	12	26	10	21	8	182	70
Pauta	43	16	22	8	17	7	179	69
Duración del tratamiento	19	7	57	22	40	15	145	56
Forma de Administración	23	9	33	13	50	19	155	59
Precauciones	77	30	152	58	23	9	9	3
Efectos adversos	55	21	166	64	27	10	13	5
Contraindicaciones	36	14	196	75	18	7	11	4
Efectividad	14	5	35	13	45	17	167	65
Interacciones	77	30	149	57	22	8	13	5
Conservación	28	11	57	22	141	54	35	13

Gráfica 2

Porcentaje del grado de conocimiento de la población de estudio en cada ítem del conocimiento sobre el medicamento.



La indicación es de lo que más conocen los pacientes o sus cuidadores, como lo demuestra el 84% alcanzado en este ítem; le sigue la pauta del tratamiento con un 69%. Poseen información insuficiente en mayor porcentaje en lo relacionado a la conservación del medicamento, con 54%. De lo que no conocen el mayor porcentaje, 75%, corresponde a contraindicaciones, seguido de lo relativo a efectos adversos, 64%. La mayor información incorrecta correspondió a las precauciones y a las interacciones, ambas con 30%.

5.2.1.2 Punteo obtenido por los pacientes o sus cuidadores, para cada una de las dimensiones del Conocimiento sobre su medicamento.

Las dimensiones del conocimiento se conceptualizaron de acuerdo con el Cuestionario Medida del conocimiento del paciente sobre su medicamento original validado, 22 en orden de mayor a menor prioridad de la siguiente manera:

Dimensión A: "Proceso de uso del medicamento" (posología, pauta, duración del tratamiento y forma de administración).

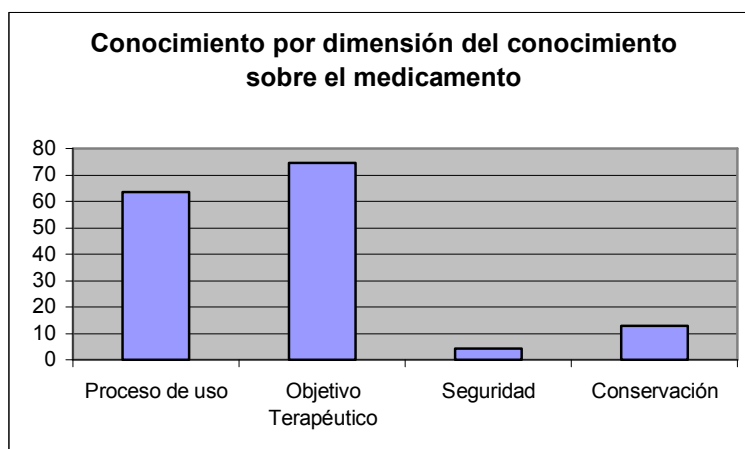
Dimensión B: "Objetivo terapéutico" (indicación y efectividad del tratamiento)

Dimensión C: "Seguridad del medicamento" (precauciones de uso, efectos adversos, contraindicaciones e interacciones)

Dimensión D: "Conservación del medicamento" (conservación)

Gráfica 3

Porcentaje del conocimiento por dimensión del conocimiento sobre el medicamento



La dimensión del conocimiento sobre su medicamento que más conoce la población de estudio es el Objetivo terapéutico, con un 74.5%, seguido del Proceso de uso con un 63.5%. La dimensión sobre la que menos conocen es Seguridad, con un 4.25%.

5.2.2 Grado de conocimiento total de los pacientes, sobre su medicamento.

El grado de conocimiento se obtuvo con base a las puntuaciones totales de los pacientes a partir de sus puntuaciones en cada pregunta de las dimensiones del conocimiento del medicamento.

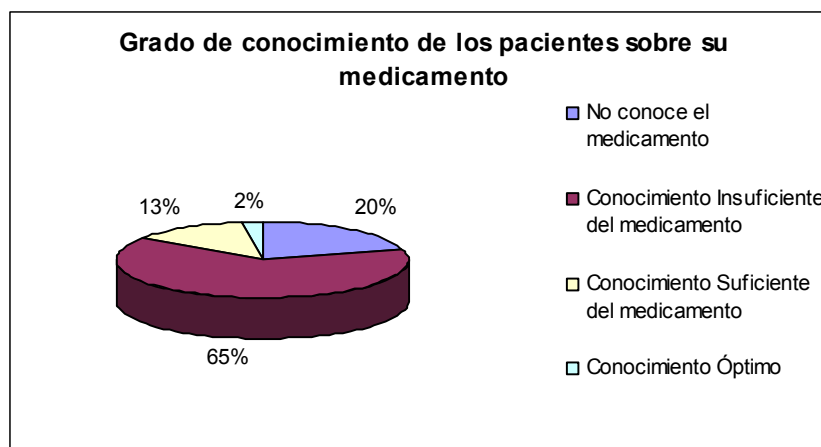
Tabla 9

Frecuencia de calificación del conocimiento de los pacientes sobre su medicamento

Calificación	Cantidad
No conoce el medicamento	53
Conocimiento Insuficiente del medicamento	168
Conocimiento Suficiente del medicamento	34
Conocimiento Óptimo del medicamento	6
Total general	261

Gráfica 4

Grado de conocimiento de los pacientes sobre su medicamento, en el Municipio de Guatemala, Departamento de Guatemala.



Del total de pacientes estudiados un 2% tienen conocimiento óptimo de su medicamento, el 13% tienen conocimiento Suficiente y 20% no conoce el medicamento, mientras que un 65% tiene un conocimiento insuficiente. De acuerdo con estos resultados, solamente

40 pacientes (calificados con conocimiento suficiente ó conocimiento óptimo), de los 261 que incluyó este estudio, tenían un conocimiento adecuado para hacer buen uso de su medicamento.

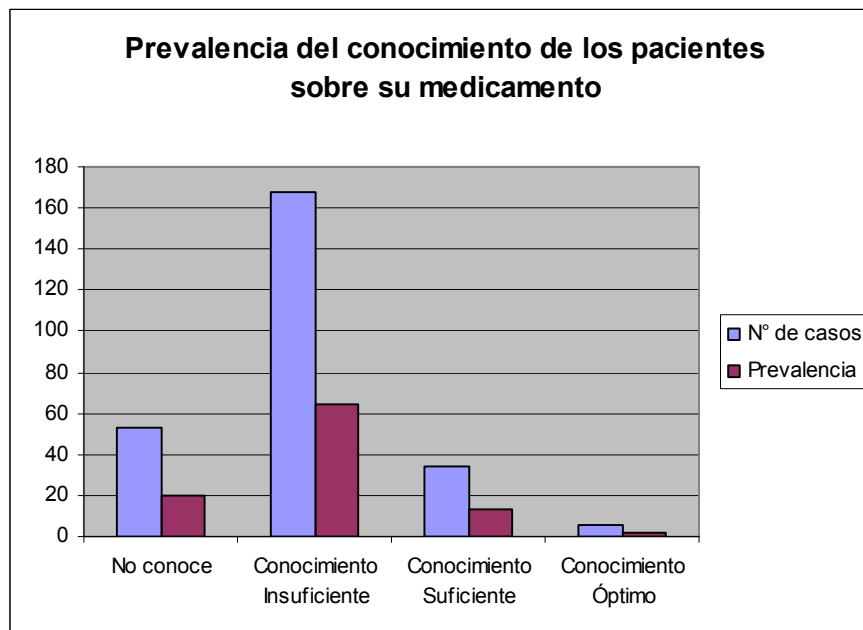
5.2.3 Prevalencia del grado de conocimiento de la población de estudio sobre su medicamento.

Tabla 10 Prevalencia para cada categoría del conocimiento del medicamento

Grado de conocimiento	N° de casos	Prevalencia	Intervalo de confianza del 95%	
No conoce	53	20.307	15.235	25.379
Conocimiento Insuficiente	168	64.368	58.366	70.369
Conocimiento Suficiente	34	13.027	8.752	17.302
Conocimiento Óptimo	6	2.299	0.289	4.309

El cálculo del límite de error (exactitud) de la prevalencia del grado de conocimiento de los 261 pacientes del estudio, (acumulando conocimiento suficiente y conocimiento óptimo), con un nivel de confianza del 95%, valor Z: 1.96 y $\sigma^2 = 0.25$, dio un valor $\Delta = 0.0437 \sim 4.4\%$ de error, mientras que el cálculo del error sobre la muestra calculada estadísticamente, 600 pacientes, fue del 4.0%.

Gráfica 5 Prevalencia del grado de conocimiento de la población de estudio, sobre su medicamento.



La prevalencia de conocimiento del medicamento en la población de estudio con un grado óptimo es de un 2.299 (IC 95.0%: 0.289 – 4.309), seguida de la prevalencia de conocimiento suficiente: 13.027 (IC 95.0%: 8.752 – 17.302). La prevalencia mayor, 64.368, (IC 95.0%: 58.366-70.369) correspondió a un conocimiento insuficiente del medicamento.

5.3 Descripción de algunos factores asociados al conocimiento de los pacientes acerca de su medicamento.

Se presenta el análisis de asociación por medio de prueba de Chi-cuadrada de Pearson. Las tablas de 2 x 2 se interpretaron en función de la corrección de Yates.

Debido a que algunas frecuencias resultaron ser muy bajas al clasificar en cuatro categorías el grado de conocimiento, se agruparon solamente en dos categorías: no conoce/conocimiento insuficiente y conocimiento suficiente/conocimiento óptimo.

5.3.1 Sexo

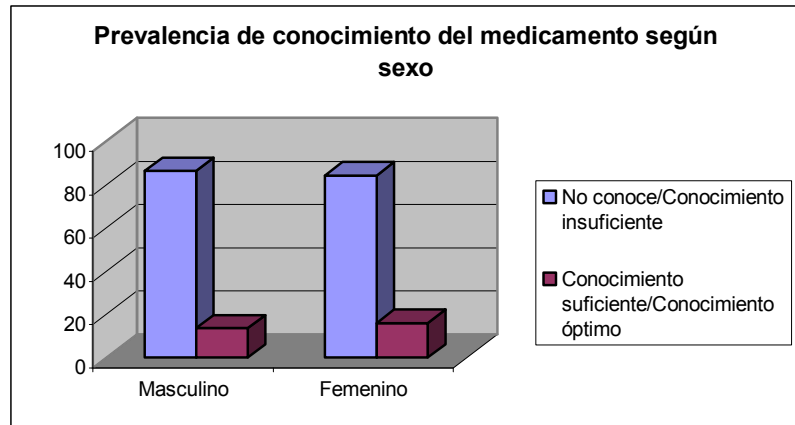
Tabla 11

Relación entre el sexo del paciente o su cuidador y el grado de conocimiento del medicamento

Grado de Conocimiento	Masculino	Femenino	Totales
No conoce/Conocimiento insuficiente	89	133	222
Conocimiento suficiente/Conocimiento óptimo	14	25	39
Totales	103	158	261

Se estudió la relación entre el sexo del paciente y el conocimiento del medicamento, no encontrando asociación significativa ($p=0.7517$).

Gráfica 6 Prevalencia del conocimiento del medicamento según sexo



Un 86.4% de los hombres en este estudio no conocen su medicamento, y un 84.17% de las mujeres tampoco lo conocen como se observa en la gráfica 6.

5.3.2 Edad

Tabla 12

Relación entre edad del paciente o su cuidador y grado del conocimiento del medicamento

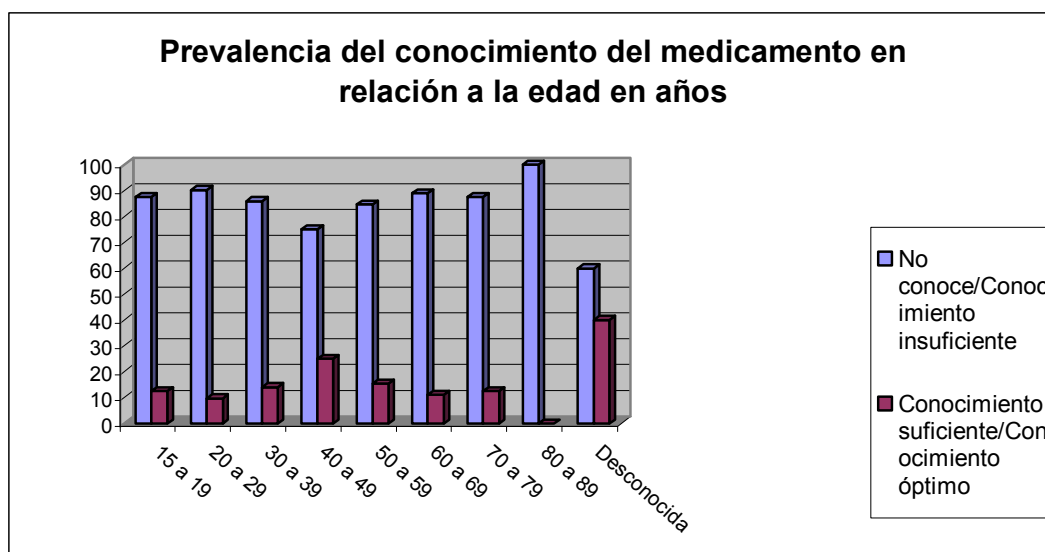
Grado de Conocimiento	Grupo de edad en años								
	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	Desco- nocida
No conoce/Conocimiento insuficiente	7	65	49	39	33	16	7	2	3
Conocimiento suficiente/Conocimiento óptimo	1	7	8	13	6	2	1	0	2
Totales	8	72	57	52	39	18	8	2	5

No se ha encontrado asociación significativa entre la edad del paciente o cuidador y el grado de conocimiento del medicamento (Chi-cuadrada: 1.0463, gl:3, p=07901).

Tabla 13 Prevalencia del conocimiento del medicamento en relación a la edad del paciente.

Grado de Conocimiento	Grupo de edad en años								
	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	Descono- cida
No conoce/Conocimiento insuficiente	87.5	90.3	86	75	84.6	89	87.5	100	60
Conocimiento suficiente/Conocimiento óptimo	12.5	9.7	14	25	15.4	11	12.5	0	40

Gráfica 7 Prevalencia del conocimiento del medicamento en relación a la edad del paciente.



Aunque el 100% del grupo de mayor edad, de 80 a 89 años, no conoce el medicamento, el porcentaje en esta categoría del conocimiento también se mantiene alto para los otros grupos de edad. El grupo que presentó menor porcentaje de desconocimiento, 75%, fue el de 40 a 49 años.

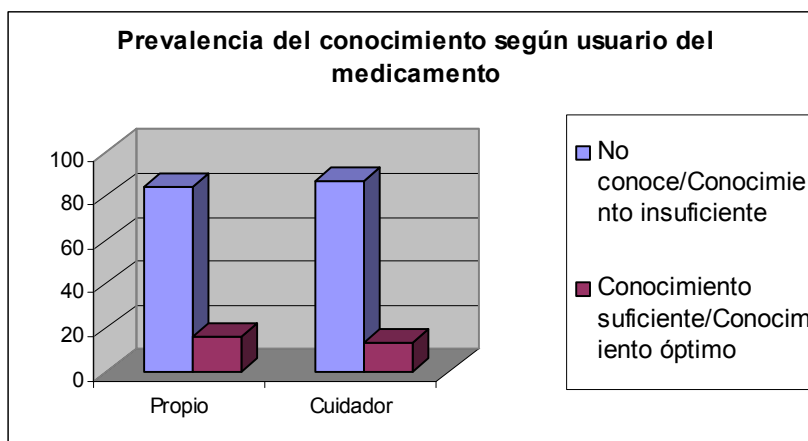
5.3.3 Usuario

Tabla 14 Relación entre el grado de conocimiento y el usuario

Grado de Conocimiento	Propio	Cuidador	Totales
No conoce/Conocimiento insuficiente	168	53	221
Conocimiento suficiente/Conocimiento óptimo	32	8	40
Totales	200	61	261

No se encontró asociación significativa entre el usuario y el grado de conocimiento ($p=0.7304$).

Gráfica 8 Prevalencia del conocimiento del medicamento según usuario.



Como se observa en gráfica 8, el 84% de los usuarios propios del medicamento y el 87% de los cuidadores no conocen el medicamento.

5.3.4 Conoce nombre del medicamento

Gráfica 9. Conocimiento del nombre del medicamento en la población de estudio.

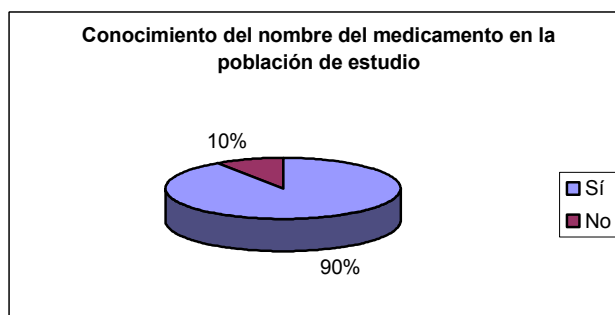


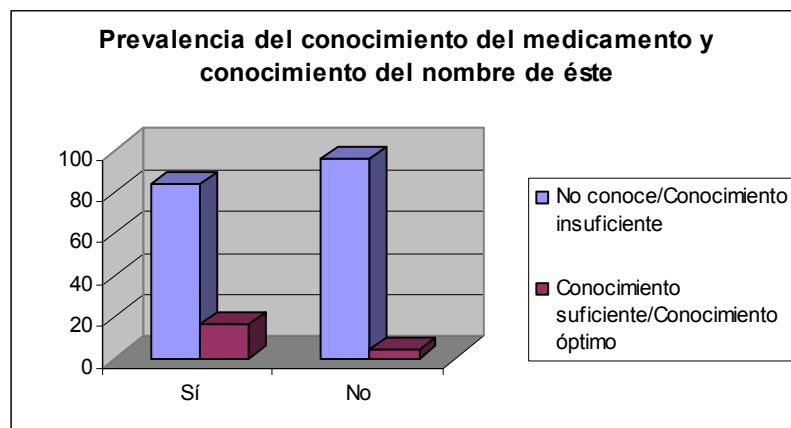
Tabla 15 Relación entre el conocimiento total del medicamento y el nombre de éste.

Grado de Conocimiento	Sí	No	Totales
No conoce/Conocimiento insuficiente	197	24	221
Conocimiento suficiente/Conocimiento óptimo	39	1	40
Totales	236	25	261

No se encontró asociación significativa entre el conocimiento del medicamento y el conocimiento del nombre del mismo, ($p=0.1734$ con corrección de Yates).

Gráfica 10

Prevalencia del conocimiento del medicamento y el conocimiento del nombre de éste.



De acuerdo con lo que se observa en las gráficas 9 y 10, aunque un 90% de los pacientes sí conoce el nombre del medicamento, el 83.5% de ellos no tienen un conocimiento total de su medicamento.

5.3.5 Tiempo de uso del medicamento

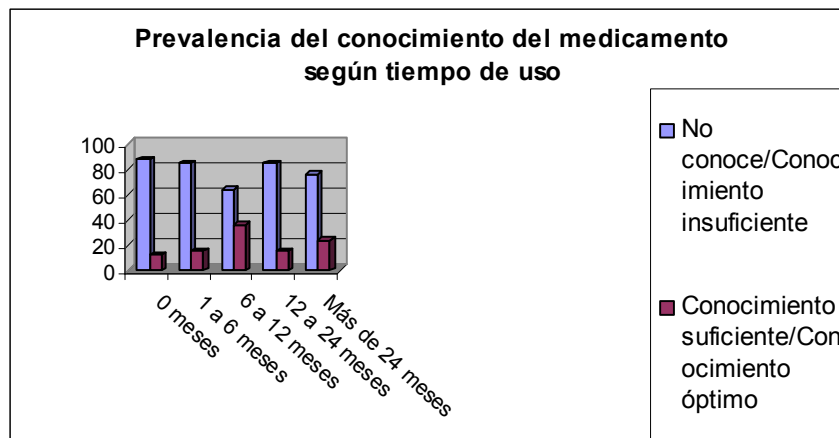
Tabla 16 Relación entre tiempo de uso y grado de conocimiento del medicamento

Grado de Conocimiento	0 meses	1 a 6 meses	6 a 12 meses	12 a 24 meses	Más de 24 meses	Totales
No conoce/Conocimiento insuficiente	155	22	7	11	26	221
Conocimiento suficiente/Conocimiento óptimo	22	4	4	2	8	40
Totales	177	26	11	13	34	261

No se encontró asociación significativa entre la relación grado de conocimiento del medicamento y el tiempo de uso del mismo. (Chi-cuadrada: 6.6593, gl:4, Valor p= 0.1550).

Gráfica 11

Prevalencia del grado de conocimiento según tiempo de uso del medicamento



Según se puede observar en la gráfica 5, un 87.6 de la población de estudio que por primera vez o tiene menos de un mes de tomar el medicamento, no tiene conocimiento total de su medicamento. Porcentajes similares corresponden a aquellos pacientes o cuidadores que tienen de 1 a 6 meses y de 12 a 24 meses.

5.3.6 Número de medicamentos además del que solicita

Se categorizó el número de medicamentos que el paciente tomaba, de la siguiente manera:

Sólo el medicamento que solicitó : 0 medicamentos
 1 medicamento: Monoterapia
 2 a 5 medicamentos: Terapia compleja
 Más de 5 medicamentos: Polimedicado

Tabla 17 Frecuencia de casos según el número de medicamentos

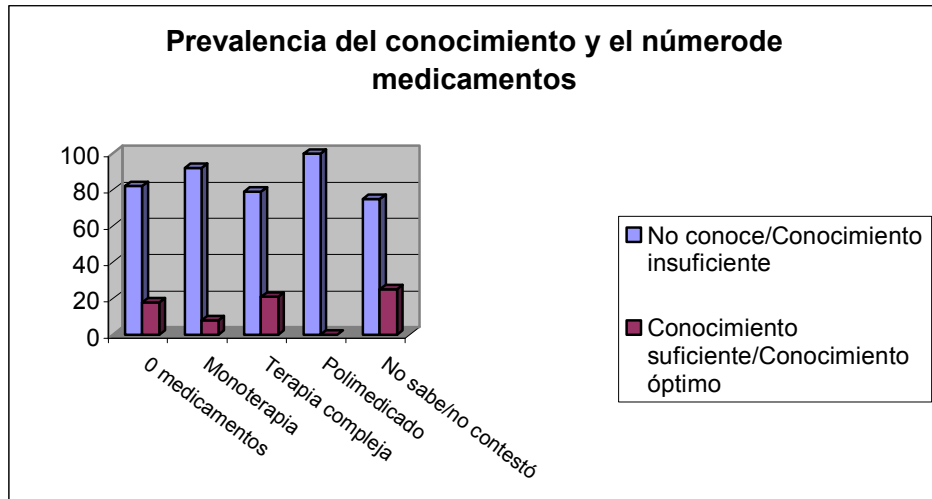
N° de medicamentos que toma	Cantidad
0 medicamentos	139
Monoterapia	73
Terapia Compleja	43
Polimedicado	2
No sabe o no contestó	4
Total:	261

Tabla 18 Relación entre conocimiento del medicamento y el número de medicamentos

Grado de Conocimiento	0 medicamentos	Monoterapia	Terapia compleja	Polimedicado	No sabe/no contestó
No conoce/Conocimiento insuficiente	111	71	34	2	3
Conocimiento suficiente/Conocimiento óptimo	24	6	9	0	1
Totales	135	77	43	2	4

No se encontró asociación significativa, entre el conocimiento del paciente o su cuidador y el número de medicamentos (Chi-cuadrada: 5.6843, gl:4, p=0.2240)

Gráfica 12 Prevalencia del conocimiento del medicamento y número de medicamentos



Según se observa en gráfica 6, los pacientes polimedicados desconocen su medicamento en 100%.

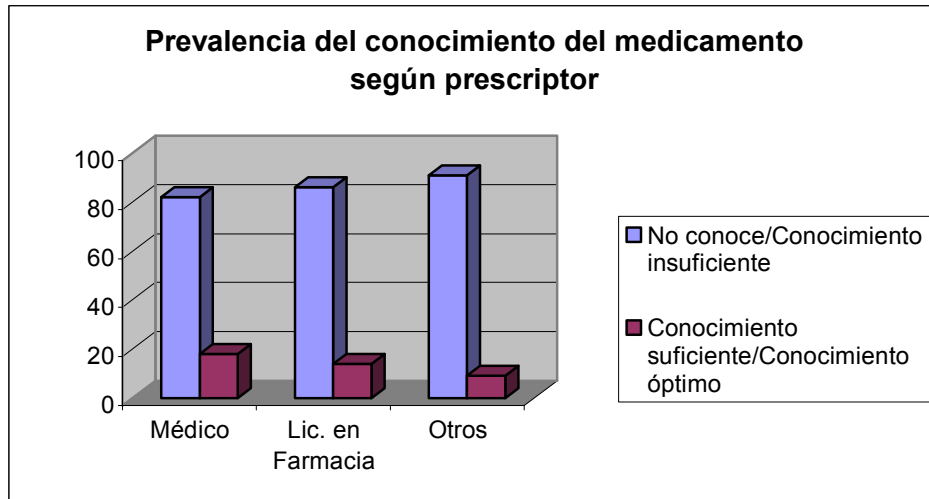
5.3.7 Prescriptor

Tabla 19 Relación entre quien prescribe el medicamento y el grado de conocimiento del paciente o su cuidador.

Grado de Conocimiento	Médico	Lic. en Farmacia	Otros
No conoce/Conocimiento insuficiente	136	6	79
Conocimiento suficiente/Conocimiento óptimo	31	1	8
Totales	167	7	87

No se encontró asociación entre el grado de conocimiento y el prescriptor del medicamento (Chi-cuadrado:3.8739, gl:2, p=0.1441).

Gráfica 13 Prevalencia del conocimiento del medicamento según prescriptor



De acuerdo con la gráfica 13, los que menos conocen del medicamento, 91%, son los pacientes o cuidadores a quienes se lo ha prescrito "otros", seguido de un 86% prescrito por Lic. En Farmacia y finalmente un 82% prescrito por el médico.

5.3.8 Nivel de estudios

Tabla 20 Relación entre nivel de estudios y conocimiento del medicamento

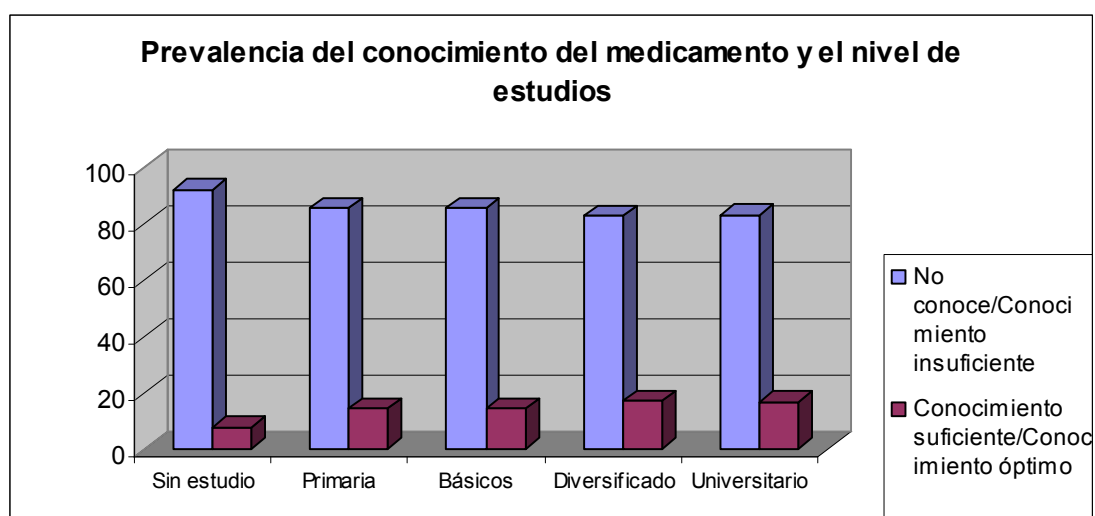
Grado de Conocimiento	Nivel de estudios				
	Sin estudio	Primaria	Básicos	Diversificado	Universitario
No conoce/Conocimiento insuficiente	12	59	37	53	60
Conocimiento suficiente/Conocimiento óptimo	1	10	6	11	12
Totales	13	69	43	64	72

No se ha encontrado asociación significativa entre el nivel de estudios y el grado de conocimiento del medicamento (Chi-cuadrado: 0.9537, gl: 4, $p=0.9167$).

Tabla 21 Prevalencia del conocimiento del medicamento y el nivel de estudios

Grado de Conocimiento	Nivel de estudios				
	Sin estudio	Primaria	Básicos	Diversificado	Universitario
No conoce/Conocimiento insuficiente	92.3	85.5	86	82.8	83.3
Conocimiento suficiente/Conocimiento óptimo	7.7	14.5	14	17.2	16.7

Gráfica 14 Prevalencia del conocimiento del medicamento y el nivel de estudios



Los pacientes que tienen estudios a nivel de diversificado fueron los que presentaron el mayor porcentaje de conocimiento del medicamento: 17.2%.

5.3.9 Preocupación por el problema de salud

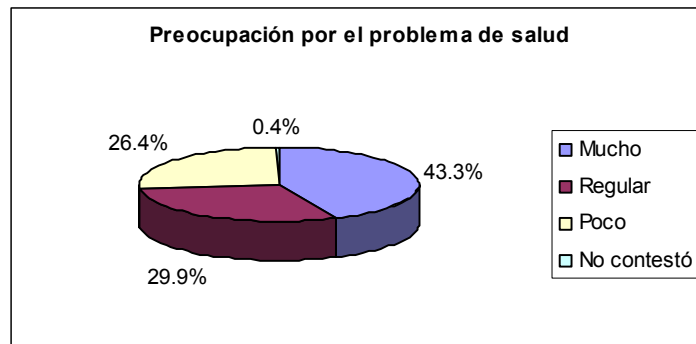
Al preguntarle al paciente o a su cuidador cuánto le preocupaba su problema de salud, se obtuvieron los resultados siguientes:

Tabla 22

Relación entre el grado de conocimiento del medicamento y preocupación por el problema de salud

Grado de Conocimiento	Preocupación por el problema de salud			
	Mucho	Regular	Poco	No contestó
No conoce/Conocimiento insuficiente	97	67	56	1
Conocimiento suficiente/Conocimiento óptimo	16	11	13	0
Total	113	78	69	1

Gráfica 15 Porcentaje de Preocupación por el problema de salud en la población de estudio.



No se ha encontrado asociación significativa entre la preocupación por el problema de salud y el grado de conocimiento del medicamento (Chi-cuadrada: 1.0463, gl: 3, $p=0.7901$).

Tabla 23

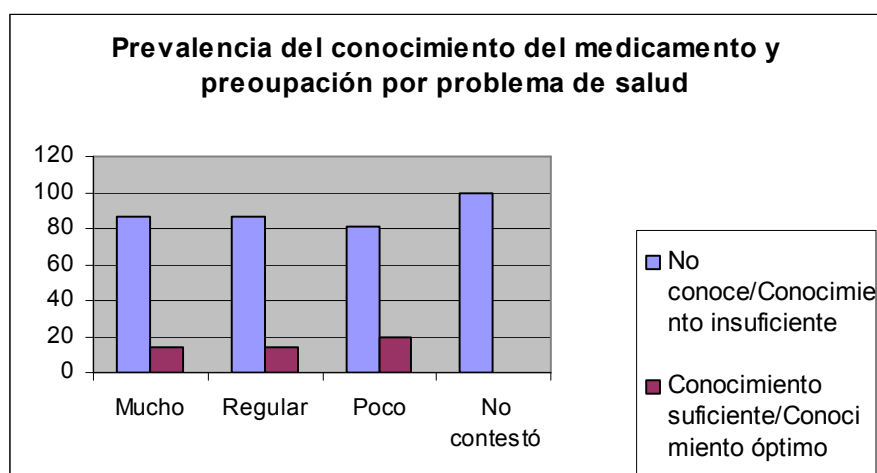
Prevalencia del conocimiento del medicamento y preocupación por el problema de salud

Grado de	Preocupación por el problema de salud
----------	---------------------------------------

Conocimiento	Mucho	Regular	Poco	No contestó
No conoce/Conocimiento insuficiente	86	86	81	100
Conocimiento suficiente/Conocimiento óptimo	14	14	19	0

Gráfica 16

Prevalencia del conocimiento del medicamento y preocupación por el problema de salud



A los pacientes o sus cuidadores que les preocupa mucho o regular su problema de salud, presentaron igual porcentaje, 86% de desconocimiento del medicamento.

5.3.10 Clasificación por grupo terapéutico

El mayor porcentaje de los medicamentos solicitados por los pacientes o sus cuidadores, 25%, correspondió a medicamentos para desórdenes del aparato digestivo y metabolismo como puede observarse en la tabla 24.

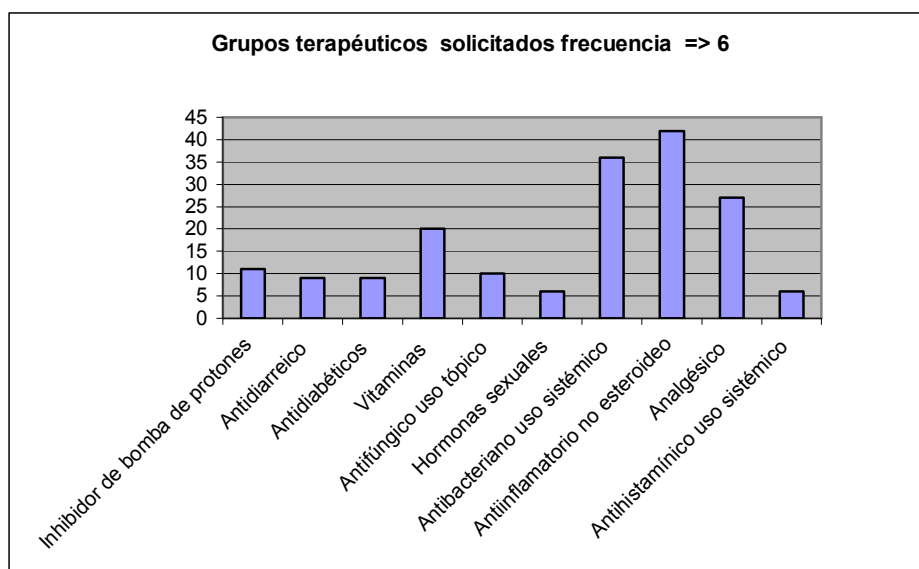
Sistema anatómico	Cantidad
--------------------------	-----------------

Tabla 24 los solicitados clasificación	A: Aparato digestivo y metabolismo	65	Frecuencia de todos medicamentos según sistema de ATC
	B: Sangre y órganos hematopoyéticos	6	
	C: Aparato cardiovascular	16	
	D: Terapia dermatológica	19	
	G: Terapia genitourinaria	7	
	J: Terapia antiinfecciosa	39	
	M: Aparato locomotor	43	
	N: Sistema nervioso	38	
	P: Antiparasitarios, insecticidas y repelentes	8	
	R: Aparato respiratorio	18	
	S: Órganos de los sentidos	2	
	Total general	261	

Tabla 25 Medicamentos más solicitados por los pacientes o sus cuidadores por grupo terapéutico cuya frecuencia fue igual o mayor a 6.

Grupo terapéutico	Frecuencia
Inhibidor de bomba de protones	11
Antidiarreico	9
Antidiabéticos	9
Vitaminas	20
Antifúngico uso tópico	10
Hormonas sexuales	6
Antibacteriano uso sistémico	36
Antiinflamatorio no esteroideo	42
Analgésico	27
Antihistamínico uso sistémico	6

Gráfica 17 Grupos terapéuticos solicitados por la población de estudio, frecuencia igual o mayor a 6.



De todos los grupos terapéuticos solicitados por la población de estudio, el solicitado en mayor porcentaje fue el de los antiinflamatorios no esteroideos, constituyendo el 16.1% de todos los medicamentos solicitados en el estudio, seguido por los antibacterianos de uso sistémico con 14.8%.

Tabla 26

Relación entre grado de conocimiento del medicamento y el grupo terapéutico solicitado con frecuencia igual o mayor a 6.

Grado de Conocimiento	Inhibid bomba de protones	Antidia rreicos	Antidia béticos	Vitami nas	Antifún gico de uso tópico	Hormona s sexuales	Antibac -teriano uso sistém.	Anti Inflam. no esteroi deo	Anal- gésico	Antihis tamín. uso sistémi co
No conoce/Conoc imiento insuficiente	10	9	7	16	8	6	33	34	25	6
Conocimiento suficiente/Co nocimiento	1	0	2	4	2	0	3	8	2	0

óptimo										
Totales	11	9	9	20	10	6	36	42	27	6

Grado de no conocimiento	Inhibidor de bomba de protones	Anti Diarreicos	Anti diabéticos	Vitaminas	Antifúngico de uso tópico	Hormonas sexuales	Anti Bacteriano uso sistémico	Anti Inflamatorio no esteroideo	Analgésico	Antihistamínico uso sistémico
No conoce/Conocimiento insuficiente	91	100	77.7	80	80	100	91.7	81	92.6	100

Tabla 27

Prevalencia del no conocimiento del medicamento de la población de estudio según el grupo terapéutico solicitado con frecuencia igual o mayor a 6.

El mayor porcentaje de no conocimiento de los pacientes o sus cuidadores acerca de su medicamento corresponde tanto a los antidiarreicos como a los antihistamínicos de uso sistémico, con 100%. El grupo terapéutico con menor porcentaje de no conocimiento, es el de los antidiabéticos, con 77.7%.

6. **DISCUSIÓN DE RESULTADOS:**

6.1 Adaptación cultural idiomática del cuestionario Conocimiento del paciente sobre su medicamento, al medio guatemalteco.

El método utilizado para hacer la adaptación del cuestionario Conocimiento del paciente sobre su medicamento al medio guatemalteco, no es el método más adecuado para realizar una adaptación transcultural, pues la muestra fue muy pequeña y los resultados sólo fueron evaluados por las investigadoras y no por un Comité de Expertos nombrado para el efecto, lo que ciertamente constituye una limitación, por lo que no se puede afirmar que el cuestionario utilizado en este estudio, con las variantes incorporadas, tenga la misma validez y fiabilidad que el cuestionario original. No obstante, sí ha permitido hacer una aproximación al estado del conocimiento del paciente sobre su medicamento en Guatemala.

El cuestionario original Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos²⁴ diseñado en España, obtuvo un alto porcentaje de comprensión en el medio guatemalteco, principalmente porque, aun cuando Guatemala es un país pluricultural donde se hablan 25 idiomas y en el que cohabitan cuatro culturas: Maya, Garífuna, Xinka y Ladina o mestiza, constituyendo ésta última el 58% de la población total, es en la ciudad Capital y en las cabeceras departamentales y municipales donde se concentra mayormente la población ladina⁵⁵ la que en su gran mayoría habla español.

El 89.5% de respuestas lógicas a las preguntas del cuestionario original para medir el conocimiento del paciente sobre su medicamento, demostró que no hubo diferencias idiomáticas que dificultaran su comprensión. Las respuestas que no permitieron alcanzar un 100% de comprensión, se debieron más bien a que el 11.5 % de pacientes tuvieron dificultad para comprender la pregunta central N° 2 para medir el conocimiento del medicamento que dice: ¿Qué cantidad debe tomar/utilizar de este medicamento?. Ellos comprendieron que la pregunta se refería a la cantidad total de medicamento que debían tomar/utilizar, y no la cantidad diaria. Por esta razón fue necesario agregar la palabra "diaria", quedando finalmente la pregunta como: ¿Qué cantidad *diaria* debe tomar/utilizar de este medicamento?, aun cuando ese cambio desvirtuaba la validación del cuestionario original, el cual al incluir dicha pregunta dos como: "¿Qué cantidad debe tomar/utilizar de este medicamento?" contemplaba aquellos medicamentos que no son de dosis diaria, sino diferente, como cada tres días, cada semana, cada mes, etc. Sin embargo, en nuestros cuestionarios cuando ese fue el caso, los pacientes aunque la pregunta incluía la palabra "diaria", el paciente contestó directamente: "cada tres días", o "cada semana", según el caso.

En cuanto a las preguntas sociodemográficas del cuestionario original Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos²⁴, éstas fueron comprendidas sin mayor dificultad por los pacientes, sin embargo, se consideró necesario hacer algunos cambios tomando en cuenta lo que es más familiar para las personas en nuestro medio, como lo relativo a la palabra "Sexo", pues la palabra "Género" aun cuando ya se utiliza bastante, todavía para algunas personas no es tan familiar. Lo mismo para las iniciales de F (femenino) por M (mujer) y M (masculino) por V (varón).

Sí hubo un cambio idiomático en el manual de normas que indican cómo utilizar el cuestionario, en donde se cambió la palabra "cumplimentar" por "ejecutar".

Por otro lado, considerando que en el medio guatemalteco es muy común que los pacientes reconozcan como farmacéutico a cualquier persona que les atiende en la farmacia, también fue necesario cambiar la palabra farmacéutico del cuestionario original, por Licenciado en Farmacia que es como se conoce al profesional farmacéutico. De esta manera quedaba claro cuando era éste quien intervenía en la prescripción.

6.2 Discusión de los resultados obtenidos en relación al objetivo de medir el conocimiento de los pacientes sobre su medicamento en farmacias del Municipio de Guatemala.

6.2.1 Limitaciones del estudio

En el presente trabajo se encontraron las siguientes limitaciones las que pueden comprometer la validez del mismo.

Aunque fueron invitadas a participar en este estudio alrededor de treinta profesionales Químicas Farmacéuticas, solamente catorce aceptaron, hecho que limitó el número de farmacias donde se pudiese llevar a cabo la investigación, pues de acuerdo al cálculo estadístico de la muestra a trabajar, debieron ser treinta las farmacias participantes y solamente lo hicieron veinticuatro.

Por otro lado, en cada farmacia debieron ejecutarse veinte cuestionarios. Sin embargo, no todos fueron ejecutados en un mismo establecimiento; salvo en siete casos en que se realizaron veinte cuestionarios en un misma farmacia y en otra dieciocho, en el resto de los casos la Directora Técnica encuestó a los pacientes en más de dos farmacias de las que estaban bajo su responsabilidad. Esta situación pudiese introducir sesgo respecto a que no hubo suficientes pacientes encuestados en un mismo sector, pero esa situación en cambio permitió cubrir la mayoría de las zonas capitalinas en las cuales se ubican las farmacias que colaboraron y que son visitadas por pacientes de diferentes estratos sociales y por tanto con diferentes niveles de estudio y profesión, factores éstos que aunque estadísticamente no fueron significativos en relación al conocimiento del paciente sobre su medicamento, no pueden ignorarse por influir en alguna medida en dicho conocimiento.

En consecuencia, también se redujo el número de la muestra de pacientes calculada estadísticamente, pues sólo se trabajó el 46.1% de dicha muestra, por lo que, aunque no se cubrió la totalidad de la muestra representativa, el trabajo sí muestra la tendencia en el conocimiento del paciente sobre su medicamento.

De la muestra trabajada, un 5.77% de pacientes se negaron a participar en el estudio. Sin embargo, consideramos que esta cantidad no es determinante para desviar los resultados del conocimiento obtenidos.

Para el caso de pacientes o cuidadores que solicitaron más de un medicamento en la farmacia, el cuestionario cubrió sólo un medicamento escogido al azar por el Químico Farmacéutico entrevistador, por lo que de esta manera se minimizó el riesgo de que el paciente escogiera el medicamento que le fuera más conocido.

El día de la semana en que se encuestaron a los pacientes o cuidadores en las diferentes farmacias, estuvo sujeto al día en que las entrevistadoras acuden a la farmacia bajo su dirección técnica, y el hecho de que sólo lo hagan por horas, no permitió ejecutar todos los cuestionarios en un mismo día. Aunque este hecho pudiese introducir algún tipo de sesgo consideramos que se elimina porque aun en día diferente siempre se respetó la selección al azar de los pacientes siguiendo el orden de la plantilla muestral (Anexo 6).

El sesgo del entrevistador se minimizó aunque no se eliminó totalmente, con el hecho de que los profesionales participantes recibieron una inducción previa sobre como llevar a cabo la entrevista para obtener la información.

Asimismo, consideramos que se minimizó el sesgo de la evaluación del conocimiento debido a que cada entrevistador evaluó las respuestas del cuestionario relativas al conocimiento del medicamento, pero las investigadoras hicieron luego una segunda reevaluación. Asimismo, el cálculo del punteo final del conocimiento y su calificación lo realizaron las investigadoras aplicando la ecuación diseñada para tal fin en el trabajo de García-Delgado, P.²⁴ Conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. Dicha ecuación pondera de diferente manera cada dimensión del conocimiento tomando en cuenta el peso que cada una de ellas tiene en el conocimiento global del medicamento.

6.2.2 Población de estudio:

En lo que se refiere a la población de estudio, tomando en cuenta que los sujetos fueron seleccionados cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión, esto le da validez interna al trabajo de investigación.

Por otro lado, la población de estudio fue heterogénea, (diferentes estratos sociales de acuerdo a las farmacias donde se hizo el estudio, diferentes edades, ambos sexos), y, aunque la muestra trabajada sólo fue el 46.1% de la muestra calculada estadísticamente, con los resultados de la prevalencia real obtenida se recalculó el límite de error (exactitud), con el mismo nivel de confianza (95%) y con el número de muestra logrado. Este límite de error da 4.4%. Inicialmente se calculó la muestra con un error máximo de 4%, por lo que con la muestra analizada no se aleja demasiado el error de lo esperado, por tanto, los resultados son confiables y sí representan en número (n) a la población, y en consecuencia todos los análisis sí pueden generalizarse a la población.

Respecto a la distribución por sexo de la población de estudio, el mayor porcentaje, 60.5%, fue constituido por mujeres, resultado similar a otros estudios²⁴ donde las mujeres representan porcentaje cercano al 65%, por lo que se evidenció el mayor consumo de medicamentos por parte de las mujeres al igual que en otros estudios.⁵⁶ Sin embargo, de acuerdo al análisis estadístico, el sexo no tuvo significación en lo relativo al conocimiento del medicamento, lo que también coincide con otros estudios.

En lo relativo a la edad, la población estudiada estuvo entre los 17 y los 84 años, con un promedio de 39.6 años. Según se evidenció en los resultados, las edades más ligadas al consumo de medicamentos estuvo entre los 20 y 60 años, siendo el rango con más consumo de medicamento el comprendido entre los 20 y los 29 años, con un 27.6% de la población de estudio. Este resultado no contradice el hecho de que la población guatemalteca es en su mayoría joven, pues el 53% es menor de 19 años.⁵⁷

Los pacientes de edades mayores acudieron en menor número a la farmacia, probablemente porque, y aquí coincidimos con García-Delgado, P.²⁴, esto se deba a que los pacientes de edades mayores tienen más dificultad para trasladarse hasta la farmacia para adquirir su medicamento.

Respecto al nivel de estudio de la población con la que se realizó este trabajo de investigación, tanto los pacientes o cuidadores con estudios primarios, de diversificado o universitarios, tuvieron porcentajes similares: 26.4%, 25.5% y 27.6% respectivamente. En lo que se refiere a la población guatemalteca con estudios universitarios, de acuerdo con estudio realizado en 2005 por USAID⁵⁷, solamente el 3% tenía estudios a este nivel, mientras que un 12% los tenía a nivel diversificado y el 47% tenía estudios sólo hasta el nivel primario. Nuestros resultados pueden estar influenciados por el hecho de que dentro del estudio se incluyó una farmacia cuya ubicación y población atendida corresponde a la de un campus universitario. Sin embargo, de acuerdo con el análisis estadístico, el nivel de estudios no tuvo significancia en relación al grado de conocimiento del paciente sobre su medicamento.

Con referencia al número de medicamentos en la población de estudio, se encontró que un 53.2% no tomaba otro medicamento aparte del que estaba solicitando, mientras que un 0.77% estaba polimedicado. Estos resultados tienen congruencia con el hecho de que el grupo de edad que más solicitó medicamentos estaba entre los 20 y los 49 años con un porcentaje acumulativo de 69.4%, es decir, edades jóvenes en las que, regularmente, aun no se han instalado enfermedades que requieran medicación por largo tiempo.

6.2.3 Prevalencia del conocimiento del medicamento

En el presente estudio se encontró que un 85% de la población no tiene el conocimiento necesario para el uso adecuado de su medicamento, resultado que está por encima del 66% encontrado por García-Delgado P.²⁴ en su población de estudio, aun cuando los resultados de ambos estudios no se pueden comparar pues tuvieron distintos puntos de corte.

En otros estudios realizados que miden el conocimiento de los pacientes sobre su medicamento, miden ese conocimiento pero no en forma global, sino parcialmente. Así, Dubova Svetlana y col.⁵⁸ al medir el conocimiento básico en el uso de analgésicos no opioides, encontraron que un 64.2% de los pacientes tuvo falta de conocimiento básico, 28% desconocía la forma correcta de tomarlo, 48% sabía que ocasionan trastornos gastrointestinales. Por su parte, Trigo y col.³¹ al medir el grado de conocimiento en pacientes automedicados, hallaron que el 100% de la

población de estudio conocía sobre la indicación, 94.33% no conocía sobre las contraindicaciones y en cuanto a la pauta de administración, 53% utilizaba el medicamento a demanda. El estudio de Delgado Silveira³³ con pacientes ancianos demostró que previo a la intervención farmacéutica, 49% conocían el nombre del medicamento, 24% la indicación y 78% la posología, mientras que 87% desconocían lo que es una reacción adversa y sólo el 7% conocían alguna de las reacciones adversas. Asimismo, en estudio reciente llevado a cabo por Petruta Dimitriu, A y col.⁵⁹ sobre el conocimiento de las pacientes en el uso de anticonceptivos hormonales orales, encontró que sólo una de cada tres usuarias conoce bien cómo utilizar esos medicamentos.

En el presente trabajo el resultado se refiere a un conocimiento integral sobre el medicamento, pues ha medido en forma global todos los aspectos involucrados en dicho conocimiento, además, se ha hecho la medición en relación no sólo a un grupo terapéutico sino a varios.

6.2.4 Grado de conocimiento del medicamento de acuerdo a ítem y a la dimensión.

En la población estudiada, el ítem más conocido fue el de la indicación, con un 84%, lo que coincide con al menos otro estudio³¹, el que, no obstante sus características propias, indicó que el 100% de los pacientes que se automedican conocen la indicación del medicamento.

Sólo el 70% de la población conocía sobre la posología de su medicamento, a diferencia de otros estudios en los que este ítem ha sido el más conocido, como el de García-Delgado²⁴, con casi el 87%; el de Delgado Silveira y col.³³ en el que al evaluar el conocimiento previo que los pacientes ancianos tenían de su medicamento, el 78% contestó correctamente sobre la posología. Asimismo, el trabajo de Petruta Dimitriu, A y col.⁵⁹ en el que la posología era conocida por el 75% de las pacientes.

De lo que menos conocían los pacientes en esta investigación fue sobre las contraindicaciones 4%, efectos adversos 5%, precauciones 3% e interacciones 5%. Estos resultados son similares a otros estudios, independientemente de las condiciones y poblaciones estudiadas, como el de García-Delgado P.²⁴ cuya población de estudio conocía las contraindicaciones sólo un 4.2%, los efectos adversos 4.2%, las interacciones 5.5% y las precauciones 9.2%. Asimismo, Trigo y col.³¹

establecieron que 94.33 de la población no conocía las contraindicaciones y por su parte, Delgado Silveira y col.³³ encontraron que sólo el 7% conocía alguna reacción adversa de su medicamento.

Respecto al conocimiento de las dimensiones del conocimiento del medicamento, se estableció que la dimensión del conocimiento sobre el medicamento más conocida por la población de estudio fue el "Objetivo terapéutico" (ítems: indicación y efectividad del medicamento), con un 74.5%, seguido del "Proceso de uso" (ítems: posología, pauta, duración del tratamiento y forma de administración), con un 63.5%. La dimensión sobre la que menos conocen es "Seguridad del medicamento" (ítems: precauciones de uso, efectos adversos, contraindicaciones e interacciones) con 4.25%. Los resultados sobre el Objetivo terapéutico y el Proceso de uso, son contrarios a los que encontró García-Delgado, P.²⁴, cuyas poblaciones de estudio conocían más sobre el Proceso de uso, 73.55% y sobre el Objetivo Terapéutico 63.9%. Ese estudio, con 5.9% y éste, con 4.25%, sí coinciden en cuanto a que la dimensión de la que menos conocen los pacientes es sobre Seguridad.

De acuerdo a la importancia que cada dimensión tiene en el conocimiento global del conocimiento, es el "Proceso de uso" la dimensión que conviene que sepan más los pacientes.

6.3 . Factores asociados al conocimiento del medicamento

6.3.1 Sexo: De acuerdo con los resultados de este estudio, 60.5% fueron mujeres quienes solicitaron un medicamento, lo que podría significar que las mujeres se preocupan más por su salud y no tanto deberse a que existan más mujeres que hombres, pues de acuerdo al último censo poblacional⁶⁰ del Municipio de Guatemala, en el año 2002, la diferencia entre cantidad de hombres y mujeres era muy poca, del total de habitantes: 942,348, el 52.8% eran mujeres.

Respecto al grado de conocimiento del medicamento, según el análisis estadístico, no hay asociación significativa (p: 0.7517) entre el sexo y el conocimiento del paciente, lo cual concuerda con resultados de otros estudios. Y en este estudio, el desconocimiento es muy similar para ambos sexos

6.3.2 Edad: En relación al grupo de edad de 20 a 29 años, que más solicitó un medicamento, constituyendo el 27.6% de la población de estudio, llama la atención que este grupo de edad, exceptuando los niños, es precisamente el de mayor crecimiento poblacional total para Guatemala, de acuerdo con proyecciones hechas por el Instituto Nacional de Estadística de Guatemala para el año 2005.⁶⁰

En relación al grado de conocimiento del medicamento, según reflejan los resultados, el porcentaje del desconocimiento del medicamento es bastante similar para todos los grupos de edad, sólo siendo más bajo, con un 75% el correspondiente al grupo de 40 a 49 años. El análisis estadístico indica que no hay asociación significativa ($p: 0.3755$) entre la edad y el conocimiento del medicamento. Sin embargo, el 100% de desconocimiento evidenciado para la población anciana, que representó apenas el 0.76% de la población de estudio, confirma los hallazgos de otros estudios que indican que los pacientes de edad avanzada tienen un pobre conocimiento sobre su medicamento.

6.3.3 Usuario: Se pudo comprobar que un 76.6% de los pacientes solicitaron el medicamento para sí mismo, y el restante 23.4%, lo adquirieron personas con un paciente a cargo.

En cuanto al grado de conocimiento del medicamento, estadísticamente los resultados no indican asociación significativa ($p: 0.7304$) entre el usuario del medicamento y su conocimiento del mismo. Los datos solos evidencian un desconocimiento del medicamento ligeramente mayor en el cuidador: 87%, en relación al 84% del usuario. No obstante que la diferencia en desconocimiento es mínima, sí está dentro de lo que cabe esperar, pues según algunos estudios 53, aún cuidadores profesionales de pacientes institucionalizados poseen un conocimiento del medicamento basado únicamente en la experiencia.

6.3.4 Nombre del medicamento: El análisis estadístico indica que no hay asociación significativa ($p: 0.1734$) entre conocer el nombre del medicamento y el conocimiento total de éste. No obstante que el 90% de los pacientes o sus cuidadores sí conocían el nombre del medicamento, aún dentro de este grupo el desconocimiento total del medicamento fue alto: 83.5%. De los que no conocían ni siquiera el nombre, el desconocimiento total del medicamento fue mayor: 96%.

6.3.5 Tiempo de uso del medicamento: El mayor porcentaje de la población de estudio: 68%, lo constituyeron los pacientes que tomaban el medicamento por primera vez o tenían menos de un mes de tomarlo.

Respecto al grado de conocimiento del medicamento, se esperaba que a más tiempo de tomar el medicamento el paciente debiera conocer más de éste, sin embargo, los resultados no confirman esta hipótesis, pues aun dentro del grupo que tiene más de 24 meses de tomar su medicamento su desconocimiento de éste es alto: 76%. Por otro lado, el análisis estadístico refleja que no hay asociación significativa ($p: 0.1550$) entre el tiempo de uso y el conocimiento del medicamento.

6.3.6 Número de medicamentos: Estadísticamente no hay asociación significativa ($p: 0.2240$) entre el número de medicamentos y el conocimiento total del medicamento, Los datos por sí solos indican que los pacientes con terapia compleja, de 2 a 5 medicamentos, presentaron el menor porcentaje de desconocimiento del medicamento: 79%, menor incluso que el grupo de pacientes con monoterapia, que presentaron 82% de desconocimiento. Los pacientes polimedicados constituyeron el 0.77% de la población de estudio. Esos pacientes polimedicados presentaron un 100% de desconocimiento del medicamento, lo que no contradice lo que indican otros estudios que coinciden en que cuanto mayor es el número de medicamentos que toma el paciente, menor es su grado de conocimiento.

6.3.7 Prescriptor: Aunque estadísticamente no hay asociación significativa ($p: 0.1441$) entre el grado de conocimiento del medicamento y el prescriptor, los datos indican que los pacientes o cuidadores que menos conocen sobre su medicamento son aquellos a quienes se lo ha prescrito "otros", con 91% de desconocimiento obviamente porque no le proporcionaron ninguna información sobre el mismo, mientras que cuando lo prescribió el médico, 81% de desconocimiento, o lo indicó el Licenciado en Farmacia, 86%, el paciente sí recibió alguna información sobre su medicamento.

La automedicación, 33% según los resultados obtenidos, es una costumbre generalizada en el medio guatemalteco, situación que también favorece el uso indiscriminado de medicamentos con escasa información acerca de ellos.

6.3.8 Nivel de estudios: El análisis estadístico indicó que no hay asociación significativa ($p: 0.9167$) entre el nivel de estudios y el conocimiento del medicamento. No obstante, la prevalencia del conocimiento del medicamento en relación al nivel de estudios demostró que quienes más conocen sobre su medicamento son los pacientes o cuidadores que se encuentran en el nivel de estudios de diversificado y universitario. Lo cual demuestra que a mayor preparación académica tiene el paciente o cuidador, mayor conocimiento puede tener sobre sus medicamentos.

6.3.9 Preocupación por el problema de salud: Estadísticamente no existe asociación significativa ($p: 0.7901$) entre la preocupación del paciente por su problema de salud y su conocimiento del medicamento. Al observar los datos de la prevalencia del conocimiento, resulta paradójico que aquellos pacientes que les preocupaba poco su problema de salud, sean los que presentaron menor % de desconocimiento: 81%, en relación a los que les preocupaba regular o mucho su problema, ya que estos presentaron un 86% de desconocimiento.

6.3.10 Grupo terapéutico: Los resultados indican que los antiinflamatorios no esteroideos y los bacterianos de uso sistémico son los grupos terapéuticos más demandados por los pacientes del presente estudio, 16% y 14.8% respectivamente. De ambos grupos, el que mayor desconocimiento presentó fue el de los antibacterianos, 91.7%, lo cual es preocupante, no sólo porque se hace mucho uso de ellos lo cual genera resistencia bacteriana, sino por el hecho de que al no tener un debido conocimiento el paciente hace un mal uso de dichos medicamentos. Por el contrario, el grupo terapéutico que presentó menor desconocimiento, 77.7%, fue el de los antidiabéticos, probablemente por tratarse de un padecimiento crónico en el que el paciente se ha ido familiarizando con su medicamento y su enfermedad.

7. CONCLUSIONES:

- 7.1 La aproximación cultural del cuestionario "Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos"²⁴, permitió obtener el grado de conocimiento global que los pacientes de este estudio tienen sobre su medicamento.
- 7.2 El cuestionario ya adaptado al medio guatemalteco, tuvo un alto grado de comprensión entre los pacientes encuestados.
- 7.3 15% de la población de estudio posee los conocimientos necesarios para hacer un buen uso de su medicamento.
- 7.4 En relación al grado de conocimiento sobre el medicamento, 2.3% tiene un conocimiento óptimo, 13.0% tiene conocimiento suficiente, 64.4% tiene un conocimiento insuficiente y 20.3% no conoce su medicamento.
- 7.5 El ítem que más conocen los pacientes sobre el medicamento es la indicación, 84%, y de lo que menos conocen es sobre precauciones, 3%.
- 7.6 La dimensión "Objetivo terapéutico" (indicación y efectividad del medicamento), la conocen 74.5% de los pacientes. La dimensión "Proceso de

uso" (posología, pauta, duración del tratamiento y forma de administración) la conocen un 63.5%. 4.25% de los pacientes conocen sobre la dimensión "Seguridad del medicamento".

- 7.7 No se encontró asociación significativa entre sexo, edad, usuario, nivel de estudios, nombre del medicamento, tiempo de uso del medicamento, número de medicamentos, prescriptor y preocupación por el problema de salud y el grado de conocimiento del medicamento.
- 7.8 El grupo terapéutico más demandado fue el de los antiinflamatorios no esteroideos (16%) seguido por el de los antibacterianos de uso sistémico, 14.8%.
- 7.9 El grupo terapéutico que presentó mayor desconocimiento por parte de los pacientes fue el de los antibacterianos de uso sistémico, 91.7%.

8. RECOMENDACIONES

- 8.1 Ante el escaso conocimiento del paciente sobre su medicamento que muestra el resultado del presente trabajo de investigación, se hace evidente la necesidad de información que tienen los pacientes que acuden a las farmacias comunitarias, por lo que es urgente iniciar en dichos establecimientos un programa de Atención Farmacéutica, el cual exige un mayor involucramiento del Químico Farmacéutico para atender las necesidades del paciente en relación con su medicamento, siendo la primera de ellas, la información que le permita el buen uso del mismo para alcanzar, con seguridad, el objetivo terapéutico.
- 8.2 Que el presente estudio sirva de base para implementar las acciones necesarias para mejorar la situación actual del grado de conocimiento de los pacientes respecto a sus medicamentos.
- 8.3 Que los Químicos Farmacéuticos Directores Técnicos de farmacias comunitarias (particulares o privadas), de hospital o que trabajen en Atención Primaria, se formen en Atención Farmacéutica y sean miembros eficaces del equipo de salud, para lo cual es necesario, según lo ha planteado la Organización Mundial de la Salud, tener conocimientos y actitudes para asumir diferentes funciones como proveedor de cuidados, comunicador, gerente, toma de decisiones, maestro, estudiante de por vida, líder e investigador.⁶¹

9. REFERENCIAS

- ¹ Díaz Castillo R. Museo de la Farmacia de Guatemala. Guatemala: Universitaria; 1976.
- ² Gastelurrutia, M.A. Curso Estrategias para mejorar la actuación del farmacéutico como Director Técnico de Farmacias. Guatemala. 2009.
- ³ Herrera Carranza J., Aldaz Pastor A, Alfonso Galán MT, Atienza Fernández M, Barbero González JA, et al. Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. España: Elsevier; 2003 7- 8
- ⁴ El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud. OMS. OPS/HSS/HSE/95.0. Septiembre 1993.
Disponibile en URL: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime9848.pdf> [Consultado: 0/03/2008]
- ⁵ Grupo de Expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo. España.) *Ars Pharmaceutica*, 42:3-4; 221-241, 2001
Disponibile en URL:
http://www.cimed.ucr.ac.cr/archivos/Atencion%20Farmaceutica/Consenso_de_AF_2001.pdf
[Consultado: 27/06/09]
- ⁶ Foro de Atención Farmacéutica **Documento de Consenso, Enero de 2008**. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4
- ⁷ Master en Atención Farmacéutica Integral. Curso a distancia. Les Heures Centro de Formación Continuada, Universidad de Barcelona. 2002.
- ⁸ Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. Buenas prácticas en Farmacia Oficinal. Argentina. Disponible en URL:
http://www.anmat.gov.ar/fna/Buenas_Practicas_Farmac_Farmacia_Oficinal.pdf [Consultado: 05/06/08]
- ⁹ Wledenmayer, K. et al Developing pharmacy practice a focus on patient care. Handbook-2006-edition. World Health Organization. Geneva. Pg. 7
Disponibile en URL:
<http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf>
[Consultado: 17/07/09]
- ¹⁰ Faus Dáder, M.J., Pedro Amariles Muñoz y Fernando Martínez-Martínez. Atención Farmacéutica. Ergón. Madrid. 2008; p. 19
- ¹¹ FORO de Atención Farmacéutica Informa. Dispensación. Farmacéuticos N° 321 – Marzo 2007 47-50
Disponibile en URL:
[http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/102D18D0482BCDA0C125717F005663C4/\\$File/Foro%20AF%20dispensacion.pdf](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/102D18D0482BCDA0C125717F005663C4/$File/Foro%20AF%20dispensacion.pdf) [Consultada: 05/09/2008]

-
- 12 Gastelurrutia MA, García-Delgado P. Dispensación. En Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. Madrid. Ergón 2008.
- ¹³ Silva, MM, Parras, M, Amariles, P., Sabater, D., Ferrer, I. y Faus, MJ. Seguimiento Farmacoterapéutico Casos prácticos. España: Recoletos Grupo de Comunicaciones; 2005.
- ¹⁴ La farmacovigilancia: garantía de seguridad en el uso de los medicamentos. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2004; p. 1
Disponible en URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s6166s/s6166s.pdf> [Consultada 30/10/09]
- ¹⁵ V Conferencia Internacional de Educación de las Personas Adultas. 1997. UNESCO. Hamburgo. Pag. 8
Disponible en URL: http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/6b_span.pdf [Consultado: 30/06/2009]
- ¹⁶ Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Ars Pharmaceutica, 43:3-4; 179-187, 2002 Disponible en URL: [Consultado el 20 de julio 2009]
- ¹⁷ Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharm 2007; 48 (1): 5-17. Disponible en URL: <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/374.pdf> [Consultado: 18/07/09]
- ¹⁸ Arias, J.L. y J.M. Santamaría-López. Mejora de los resultados de la farmacoterapia de pacientes hipertensos en una farmacia comunitaria. Ars Pharm 2008; 49 (1): 13-24
Disponible en URL: <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/408.pdf> [Consultada: 25/07/09]
- ¹⁹ Faus, M.J., Fernández-Llimós, F., Martínez-Romero, F. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. España. 2001; 179 p.
- ²⁰ FORO de Atención Farmacéutica Informa. Seguimiento Farmacoterapéutico. Farmacéuticos Nº 329. Noviembre 2007. Pag. 46
Disponible en URL:
[http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000012.nsf/voDocumentos/AAAB5168B96A04E7C12573A700622C21/\\$File/45-48.aten.farma.pdf](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000012.nsf/voDocumentos/AAAB5168B96A04E7C12573A700622C21/$File/45-48.aten.farma.pdf) [Consultado: 18/07/09]
- ²¹ Universidad de Granada Cátedra Sandoz en Atención Farmacéutica. Disponible en URL:
<http://www.farmacare.com/conceptos/definicion.php#rnegativos> [Consultado:15/07/09]
- ²² WHA 39.27. The rational use of drugs
Disponible en URL: http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=wha&record={40DF}&softpage=Document42 [Consultado: 10/06/09]
- ²³ Organización Mundial de la Salud. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Nº 5. Disponible en URL:
<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf> [Consultado: 20/06/09]

-
- ²⁴ García Delgado, P. Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada. España. 2008. 304 pag.
- ²⁵ Peretta, M.D. y Graciela Noemí Ciccía. Reingeniería de la Práctica Farmacéutica. Argentina: Médica Panamericana. 1998: p. 6-7
- ²⁶ Noda Milla, JR, Perez Lu, JE, Malaga Rodríguez, G, Aphan Lam, MR. Conocimientos sobre «su enfermedad» en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. *Revi Med Hered* 19 (2), 2008. 68-72
Disponible en URL: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2008000200005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1018-130X. [Consultado: 15/07/09]
- ²⁷ Garcia-Jiménez, E., Amariles P., Machuca, M., Parras-Martín, M., Espejo-Guerrero, J. y Faus.MJ. Incumplimiento, problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación: causas y resultados en el seguimiento farmacoterapéutico. *Ars Pharm* 2008; 49 (2): 145-157
Disponible en URL: <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/430.pdf> [Consultado: 25/07/09]
- ²⁸ Escudero Sanchez, I., Villafaina Barroso, A., Sánchez Montero, B., Fabregat Domínguez, MT. Y Peralt Baena,L. 2008. Programa de Apoyo al Paciente Polimedcado. 3ª. Actualización Mayo 2008. Plasencia. 68 p. Disponible en: <http://www.areasaludplasencia.es/3/35/pdf/86/Primaria/PGP0045.pdf>
[Consultado: 25/07/09]
- ²⁹ Santolín M; Torres A; Zabala P; Salomón S; Carena J. Grado de conocimiento del paciente sobre su diagnóstico y tratamiento en las distintas clases sociales y calidad de atención médica: Analisis comparativo de dos períodos. X Jornadas de Investigación UNCuyo-2008. <http://fcm.uncu.edu.ar/jornadas/>
[Consultado: 27/07/09]
- ³⁰ Reformas al Acuerdo Gubernativo 712-99 de fecha 17 de Septiembre de 1,999, Reglamento para el Control Sanitario de los medicamentos y productos afines. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala. 2006
Disponible en URL:
http://portal.mspas.gob.gt/images/files//Marco%20Legal/Medicamentos/AG_351_2006.pdf
[Consultado: 10/06/09]
- ³¹ Trigo Durán, R., Guisado Peña,M, Santos Morano, M., de la Matta Martín, M y Machuca González, M.P. Grado de conocimiento en automedicación por parte de los pacientes. *e-farmacéutico COMUNITARIO* Vol. 2 n° 2, 2007 21-22
Disponible en URL: http://www.sefac.org/media/revistas/efarm/efarmaceutico_2-2.pdf
[Consultado: 04/06/09]
- ³² DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA - Vigésima segunda edición. 2001. Disponible en URL:
<http://buscon.rae.es/draeI/> [Consultado: 01/02/2009]
- ³³ Delgado Silveira, E. Información de medicamentos al paciente anciano. [Tesis Doctoral] 2003
Disponible en URL: <http://eprints.ucm.es/3880/> [Consultado: 03/08/09]

-
- ³⁴ Villasuso Cores, N. Dispensación activa en una oficina de farmacia. e-farmacéutico Comunitario Vol. 2 Nº2, 2007: 19-20
Disponible en URL: http://www.sefac.org/media/revistas/efarm/efarmaceutico_2-2.pdf
[Consultado: 05/06/08]
- ³⁵ Medline Plus. Disponible en URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginformation.html>
[Consultado: 05 – 07/09]
- 36 DOC IV-6 GT/Clasificación de Medicamentos. Informe y propuesta sobre: Requisitos comunes para la Clasificación de Medicamentos (de Venta Libre). IV Conferencia Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica. República Dominicana. 2005. Disponible en URL:
http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/IVCONF_Clasific-Med-esp.doc [Consultado: 28/07/09]
- ³⁷ Castelo Domínguez, R, Rodríguez Barreiro, M., Pérez Marcos, MB y Carrera Merino,A. Atención farmacéutica en grupos de riesgo: ancianos y pacientes polimedicados. Capítulo 12. La atención farmacéutica en atención primaria. Manual de Farmacia de Atención Primaria. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. España. Disponible en URL: <http://www.sefap.org/> [Consultado: 27/07/09]
- ³⁸ Werner, AM., Kaliski K, Sonia, Salazar Q., K, Bustos M, L., Rojas R., MT, Baumert L.,C y Leal L.H. 2006. Nivel de conocimiento de los pacientes con artritis reumatoide acerca de su enfermedad y tratamiento. Disponible en URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006001200002&script=sci_arttext
[Consultado:29/05/08]
- ³⁹ Sanfélix Genovés,J., Palop Larrea,V., Pereiró Belenguer,I., y Martínez-Mir,I. Influencia del sexo del paciente en la calidad de los medicamentos consumidos. Atención Primaria 2002 julio-agosto. 30 (3): 163-170
Disponible en URL: <http://www.elsevier.es> [Consultado: 04/08/2009]
- ⁴⁰ E Boonstra1, M Lindbaek, E Ngome, K Tshukudu y P Fugelli. Labelling and patient knowledge of dispensed drugs as quality indicators in primary care in Botswana. Quality and Safety in Health Care 2003;12:168-175; doi:10.1136/qhc.12.3.168 Disponible en URL:
<http://qshc.bmj.com/cgi/content/abstract/12/3/168> [Consultado: 29/07/09]
- ⁴¹ Rivera García, A.G. Intervención Farmacéutica en la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con medicamentos. [Tesis ad gradum] Guatemala. 2005. 78 p.
- ⁴² Baena MI, Martínez-Olmos J, Moreno P, Luque FM, Parras M Cumplimiento, conocimiento y automedicación como factores asociados a los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. Ars Pharmaceutica. Disponible en URL: <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/332.pdf> [Consultado: 27/06/09]

-
- ⁴³ Martín Arribas, M.C. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 2004; vol. 5(17): 23:29 Disponible en URL: <http://www.federacion-matronas.org/rs/351/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/5bb/rclang/es-ES/filename/vol5n17pag23-29.pdf> [Consultado: 30/06/08]
- ⁴⁴ Ávila Baray, HL. Introducción a la Metodología de la Investigación. <http://www.eumed.net/libros/2006c/203/2e.htm> [Consultado:03/08/09]
- ⁴⁵ Pilar García Delgado, Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda, María Isabel Baena Parejo, Federico Fisac Lozano y Fernando Martínez Martínez DOI:10.1016/j.aprim.2009.03.011
Aten Primaria : http://www.elsevier.es/home/ctl_servlet?_f=14004 [Consultado: 27/06/2009]
- ⁴⁶ VanEgas, A. La Transculturización. Disponible en URL: <http://www.proyectos-saluda.org/> [Consultado: 30/07/09]
- ⁴⁷ Jiménez Torres, N.V., Albert Marí,A., Almenar Cubells,D y Vandenbroucke, J. 2008. La Seguridad del Paciente Oncológico. Estándares Internacionales para el Manejo de Citotóxicos. Real Academia Nacional de Farmacia. Madrid. 110 pag. Disponible en URL: <http://cnqfcolombia.org/cms/images/users/1/seguridad%20en%20el%20pte%20oncologicoranf.pdf> [Consultado: 25/07/09]
- ⁴⁸ Gómez O., LM. Farmacoepidemiología como una herramienta importante del uso racional de medicamentos. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*. Vol. 38. Nº 1 Enero-Marzo 2007: 42-48) Disponible en URL: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/579/57938106.pdf> [Consultado: 04/08/09]
- ⁴⁹ Vademécum de España. Disponible en URL: <http://www.vademecum.es/> [Consultado: 04-07/09]
- ⁵⁰ Martindale Guía completa de Consulta Farmacoterapéutica. 2009. 3ª. Ed. en Español. Pharma Editores.
- ⁵¹ Rang, H.P., Dale, M.M., Ritter, J.M. y Moore, P.K. *Farmacología* 5ª. Ed. Madrid: Elsevier. 2004; 797 p.
- ⁵² Katzung, B.G. *Farmacología básica y clínica*. 8ª. Ed.. México: Manual Moderno. 2002;1346 p.
- ⁵³ Diccionario de Especialidades Farmacéutica 2008. PLM edición 38, CD-Rom
- ⁵⁴ ATC/DDD Index 2009. Disponible en URL: <http://www.whocc.no/atcddd/> [Consultado: 02/06/09]
- ⁵⁵ Secretaría de Planificación y Programación SEGEPLAN. Gobierno de Guatemala. Disponible en URL: <http://www.segeplan.gob.gt/index> [Consultado: 30/08/09]

56 Durán Chico,I, Martínez-Romero,F. y Faus Dador,MJ. ¿A qué población atendemos como farmacéuticos?, ¿cuáles son sus necesidades? *Pharmaceutical Care España* 1999; 1:258-263
Disponible en URL: <http://www.ugr.es/~cts131/documentos/DOC0011.PDF> [Consultado: 15/10/09]

57 Diálogo para la inversión social en Guatemala. 2005. Ficha técnica # 1 Guatemala es un país joven que requiere educación de calidad.
Disponible en URL: http://www.usaid.gov/gt/docs/ficha_tecnica_1_red.pdf [Consultado: 13/10/2009]

⁵⁸ Vladislavovna Doubova, S., Mino-León,D., Torres-Arreola, L. y Romero-Chechol, G. Conocimiento básico de los riesgos del uso de analgésicos no opioides en pacientes ambulatorios. *Salud Pública de México/Vol.49, No.6, noviembre-diciembre 2007.* 429-435.
Disponible en URL:
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n6/a10v49n6.pdf> [Consultado: 18/10/2009]

⁵⁹ Petruta Dimitrio A., García-Jiménez E., Martínez-Martínez F, Moreno-López A. Grado de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos hormonales en una farmacia comunitaria de Zaragoza. *Ars Pharm*
Disponible en URL: <http://farmacia.ugr.es/ars/articulo.php?448> [Consultado: 25/10/2009]

⁶⁰ Instituto Nacional de Estadística INE, República de Guatemala.
Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/index.php/demografia-y-poblacion/42-demografiaypoblacion/75-censo2002>

⁶¹ Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AGS y Everard M. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. *WHO/PSM/PAR/2006.5*
Disponible en URL: http://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.5.pdf [Consultado: 20/11/2009]

10. ANEXOS (Siga el vínculo)