

UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO “FRANKLIN ROOSEVELT”
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS FARMACIA Y
BIOQUÍMICA



**ESTUDIO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AL MEDICAMENTO EN
PACIENTES CON GASTRITIS EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN
DE HUANCAYO - 2015**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO**

PRESENTADO POR:

Bach. SANDY ORIHUELA MALLQUI
Bach. CESAR CLINTON PEREZ DAMAS

HUANCAYO- PERÚ
MAYO – 2016

ASESORA

Mg. Q.F. GLORIA MERCEDES MOLINA VALLEJOS

JURADOS

PRESIDENTE:

Dra. Q.F. DIANA ESMERALDA ANDAMAYO FLORES

MIEMBRO SECRETARIO:

Mg. IVAR JINES LAVADO MORALES

MIEMBRO VOCAL:

Mg. JAVIER EDUARDO CURO YLLACONZA

MIEMBRO SUPLENTE:

Mg. Q.F. MONICA EVENCIA POMA VIVAS

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios, a mis queridos padres por su dedicación y esfuerzo guiándome en todas las etapas de mi vida.

Sandy O.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios, a mis queridos padres por su apoyo incondicional que con su guía, bendición hicieron que se concrete el presente trabajo.

Cesar P.

AGRADECIMIENTO

A Dios Padre Eterno, a mis padres; a los
catedráticos de la Escuela Profesional de
Farmacia y Bioquímica de la Universidad
Franklin Roosevelt, por su contribución en mi
formación académica

Sandy O.

AGRADECIMIENTO

A Dios, nuestros docentes de la Escuela
Académico Profesional de Farmacia y
Bioquímica, quienes con su experiencia y
conocimientos contribuyeron a nuestra
formación profesional, y desarrollo, a
nuestra asesora por el apoyo prestado, a
mis padres por apoyarme en cada etapa de
mi vida.

Cesar P.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE	i
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación de la investigación	4
1.5. Limitación de la investigación	4
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes de la investigación	6
2.1.1. Antecedentes internacionales	6
2.1.2. Antecedentes nacionales	10

2.1.3. Bases teóricas de la investigación	11
2.1.3.1. Problemas relacionados al medicamentos	11
2.1.3.2. Gastritis	19
1. Concepto	19
2. Mecanismo de defensa de la mucosa del estómago	19
3. Tipos de gastritis	20
4. Causa de la gastritis	21
5. Factores de riesgo	24
6. Síntomas	25
7. Diagnóstico	25
8. Función del ácido clorhídrico.	25
9. Tratamiento	26
2.1.4. Marco conceptual	30
2.2. Hipótesis de la investigación	31
2.3. Variables	32
2.3.1 Tipo de variables	32
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	34
3.1. Método de investigación	34
3.2 Tipo y nivel de investigación	34
3.2.1. Tipo de Investigación	34
3.2.2. Nivel de investigación	34
3.3 Diseño de la investigación	35

3.4 Población de estudio	35
3.5 Muestra de la investigación	35
3.6 Técnicas e instrumentos de la investigación	36
3.7 Técnicas de procesamiento de la investigación	37
4. RESULTADOS	38
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	47
6. CONCLUSIONES	52
7. RECOMENDACIONES	54
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
9. ANEXOS	62
Anexo 1: Operacionalización de variables	
Anexo 2: Validación de expertos	
Anexo 3: Fotos	

RESUMEN

La profesión farmacéutica se encuentra en pleno proceso de cambio, pasando de una orientación en exclusiva dirigida al medicamento, a una actividad más amplia, orientada además al paciente. De allí que el **OBJETIVO** de este trabajo fue analizar la extensión de los problemas relacionados con medicamentos en pacientes adultos con gastritis, del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Huancayo. Empleándose como **METODOLOGÍA** el estudio descriptivo y sistemático de recogida de casos clínicos para detectar problemas relacionados al medicamento durante los meses de Agosto a Diciembre, en una **MUESTRA** no probabilística por conveniencia de 213 pacientes que acudía a recibir atención de consulta externa por gastroenterología y con **RESULTADOS** que la mayor la incidencia fue PRM 4 (44%), seguido del PRM 1 (32%), donde los medicamentos más utilizados fueron del grupo de inhibidores de la Bomba de Protones (48%), seguido de antibióticos (29%), cuya dimensión de efectividad (44%) y necesidad (37%) fueron las más ocasionadas. Llegando a la **CONCLUSIÓN** que la extensión de PRMs encontrados en los pacientes fueron 348.

Palabras claves: Problemas relacionados al medicamento, gastritis, hospital.

ABSTRACT

The pharmaceutical profession is in the process of change, from an orientation exclusively directed to the drug, a wider activity, and patient-oriented. Hence the objective of this work was to analyze the extent of drug-related problems in adult patients with gastritis, Clinical Surgical Teaching Hospital Daniel Alcides Carrión city of Huancayo. Being used as METHODOLOGY descriptive and systematic study of collection of clinical cases to detect drug-related during the months of August to December, in a purposive sample of 213 patients who came to receive outpatient care for gastroenterology and RESULTS problems that most the incidence was PRM 4 (44%), followed by PRM 1 (32%), where the most used drugs were the group of proton-pump inhibitor (48%), followed by antibiotics (29%), the dimension of effectiveness (44 %) and necessity (37%) were the most caused. Concluding that the extent of DRPs were found in 348 patients.

Keywords: drug-related, gastritis, hospital problems.

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos son la herramienta terapéutica más utilizada en la lucha contra la enfermedad, de entre las que disponen los médicos en su práctica clínica (1). La evolución de la medicina va inevitablemente unida al desarrollo del medicamento, donde los grandes avances en la prevención, en el diagnóstico y en el tratamiento eficaz de numerosas patologías están relacionados casi siempre con avances y descubrimientos en el terreno farmacológico. Sin embargo es un hecho demostrado el creciente uso de los medicamentos en los países subdesarrollados, que ha provocado que en las últimas décadas se produzca un abuso en el consumo de medicamentos, con el incremento continuo del gasto farmacéutico o la automedicación.

Además la terapia farmacológica no siempre consigue llegar a dar el resultado esperado, a veces falla (2), en otras ocasiones puede producir efectos no deseados, originando otros problemas de salud para el paciente, las reacciones adversas, o bien puede que no consiga el resultado esperado en el paciente, algo no menos importante (3). Frente a lo descrito anteriormente al conjunto de estas experiencias no deseables cuando se instaura una terapia farmacológica, se identifican como problemas relacionados con los medicamentos (PRMs), de forma que siempre que el paciente esté experimentando una enfermedad o sintomatología y ésta tenga una relación identificable o sospechada con la terapia farmacológica (4,5). En este sentido para el cumplimiento de este estudio se revisaron diferentes fuentes de información impresa y digital, datos que una

vez procesados y analizados fueron establecidos en capítulos: Capítulo I, que involucra el resumen, introducción y objetivos, Capítulo II, contiene el marco teórico, así como los antecedentes que muestra el estudio y las teorías a las que se ajusta, Capítulo III, incluye el marco metodológico, la población y muestra con la que se trabajó, así mismo las técnicas e instrumentos de recolección de datos, Capítulo IV considera los resultados del trabajo de investigación, Capítulo V, establece el análisis o discusión de los resultados, Capítulo VI involucra las conclusiones, Capítulo VII, las recomendaciones, Capítulo VIII las referencias bibliográficas y Capítulo IX los anexos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Los medicamentos, sobre todo a partir del problema con la talidomida a comienzos de los años sesenta, deben cumplir requerimientos muy estrictos de seguridad y eficacia para aprobar su uso. Sin embargo hoy se sabe que a pesar de todos los estudios y fases previas de control, la utilización masiva por parte de la población de estos medicamentos, lleva en muchas ocasiones a la aparición de efectos colaterales negativos. Hasta tal punto que este uso incorrecto ocasiona pérdida de vidas humanas, daños a la salud y desperdicio de enormes cantidades de dinero (6).

La mala utilización de los medicamentos en la actualidad es un problema sanitario de enorme magnitud, por lo que varios autores presentan evidencia exhaustiva acerca de la morbimortalidad y el impacto en los sistemas sanitarios por efecto del uso inapropiado de medicamentos. Por tanto los resultados y conclusiones foráneos acerca de esta realidad que se origina en el consumo de medicamentos son posibles gracias a sistemas de control y monitorización de los sistemas de salud, tecnología apropiada para el diagnóstico y redes de información que aún no existen en nuestro sistema de salud. (7)

En este marco, la gastritis tiene un alto índice de morbimortalidad en nuestro país y afectan al 55% de la población adulta, por lo que el éxito del tratamiento está directamente relacionado con el uso apropiado de los medicamentos que está a su vez fuertemente influenciado por diversas variables que de no ser identificadas a tiempo podrían desencadenar fracasos en los tratamientos, agravamiento de la enfermedad o peor aún en la aparición de problemas de salud del uso inapropiado de medicamentos. (6)

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la extensión de los problemas relacionados con medicamentos en pacientes adultos con gastritis, en el hospital Daniel Alcides Carrión - ciudad de Huancayo?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Analizar la extensión de los problemas relacionados con medicamentos en pacientes adultos con gastritis, del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Huancayo.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar demográficamente la población adulta que padece de gastritis en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo.
2. Identificar los tipos de problemas relacionados con medicamentos en las historias clínicas de pacientes adultos con gastritis en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo.
3. Precisar las dimensiones de problemas relacionados al medicamento por indicación, efectividad y seguridad en pacientes con gastritis en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo.
4. Determinar los tipos de medicamentos involucrados en cada caso de problemas relacionados al medicamento en población adulta que padece de gastritis en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo.

1.4 Justificación de la investigación

Justificación social:

La utilización masiva de medicamentos es una de las causas del aumento de la esperanza de vida y la mayoría de los fallos de la farmacoterapia se pueden atribuir a una mala utilización o prescripción de los medicamentos, por ello identificar que problemas relacionados al medicamento se presentan con más frecuencia en el Hospital Daniel Alcides Carrión, permitirá dar énfasis a los PRMs encontrados y evitar el fracaso terapéutico, deterioro de la salud y gasto innecesario tanto del sector público como privado.

Justificación metodológica

El presente trabajo de investigación dará un alcance próximo a la identificación de los PRMs mediante un instrumento de medición que facilitara la obtención de datos.

1.5 Limitación de la investigación

El Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, se encuentra ubicado la ciudad de Huancayo, con más de 30 años de posicionamiento en el mercado, por lo que la delimitación espacial de la investigación se circunscribe en el ámbito de los archivos de admisión de este nosocomio, para lo cual se elegirán como unidad de análisis las recetas médicas ya que están debidamente organizados tanto en archivo de admisión como en

el servicio de farmacia y se contará con el instrumento básico necesario que facilite la recolección de datos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Rodríguez, M. (2004) en su investigación registro de las intervenciones del farmacéutico en la dispensación activa, concluye que los PRM más frecuentes son los relacionados con la seguridad (40%), seguidos de los problemas relacionados con la necesidad (33%) y la efectividad (27%). Así también que las interacciones provocan uno de cada cuatro problemas relacionados con los medicamentos (26,4% de los PRM detectados), destacan a continuación los incumplimientos (13,7%) y las duplicidades (9,8%). (8)

Baena, M. (2003) en un estudio denominado, problemas relacionados con los medicamentos en el servicio de urgencia del hospital universitario Virgen de las Nieves de Granada., concluyó que uno de cada tres pacientes que acuden al

servicio de urgencias del mencionado hospital, lo hace por un problema relacionado con los medicamentos. Siendo dos de cada cinco ingresos hospitalarios debidos a esta dificultad. (9)

Bicas, K. (2002) en una investigación “Detección de Problemas Relacionados con los Medicamentos en Pacientes Ambulatorios y Desarrollo de Instrumentos para el Seguimiento Farmacoterapéutico”, realizado en Brasil en el Hospital Infanta Margarita, concluyó que se detectaron 34 problemas relacionados al medicamento, siendo 14 de ellos referente a la seguridad, 13 a la efectividad y 7 a la necesidad, y al cabo de la atención farmacéutica estos se redujeron a 11. (10)

Fernández, J. (2000) en un estudio “El análisis de problemas relacionados al medicamento mediante la indicación farmacéutica”, realizado en el Colegio de Farmacéuticos de Valencia, se concluye que existe 25 problemas relacionados al medicamento, los cuales disminuyen significativamente con la intervención farmacéutica. (11)

Sotoca, M.(2007) en el estudio, problemas relacionados con la medicación de los pacientes de un centro de salud que son causa de ingreso en su hospital de referencia, realizado en España, encontró como resultado que el 13,4 % de todas las altas médicas y quirúrgicas producidas en los hospitales de referencia de los pacientes adscritos presentan PRM, la ineffectividad es la categoría de PRM que predomina, seguido de seguridad y necesidad.(12)

Otro estudio de **Covadonga C. (2009)** con el trabajo “Problemas de Salud Relacionados con los Medicamentos (PRM), como motivo de Ingreso Hospitalario”, realizado en España demostró que los PRM son un motivo importante de ingreso hospitalario (19,4%). La mayor parte de dichos ingresos, están relacionados primero con la seguridad, seguido de la necesidad y por último de la efectividad y que las manifestaciones clínicas más frecuentes son las relativas al aparato digestivo, aparato cardiovascular, y las alteraciones de tipo hematológico.(13)

Así también **Campos, E. (2007)** en la investigación “Problemas Relacionados con los Medicamentos como Causa de Consulta en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba”, realizado en España, concluyó que el 38,2% de los pacientes que asisten al servicio de urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba lo hace consecuencia de un PRM, que el 90,8% de todas las visitas que asisten al servicio de urgencias por un PRM, podían haberse evitado con un adecuado seguimiento farmacoterapéutico.(14)

Otro estudio de **Odalys, A.; Orta,A.; García, M.; González , L. (2009)** con el trabajo “Identificación de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) en Adultos Mayores con Polifarmacia, ingresados en el Hospital Calixto García durante mayo 2006 – 2007”, realizado en Cuba en 160 pacientes, encontraron como resultado en 153 PRMs, una mayor frecuencia de problemas de seguridad, debido fundamentalmente a: Interacciones Medicamentosas

potenciales (IMP) y reacciones adversas a medicamentos (RAM), evidenciándose la necesidad del análisis cuidadoso de los esquemas de tratamientos impuestos, con el fin de minimizar los riesgos que la presencia de PRM representa para los mismos. (15)

Además **Ucha, M.; Pichel, A.; Vázquez, C., Álvarez, M; Pérez, D., Martínez.; N.,(2013)** en el estudio “Impacto Económico de la Resolución de Problemas Relacionados con Medicamentos en un Servicio de Urgencias”, realizado en España concluyeron que la integración del farmacéutico en el equipo de urgencias permite interceptar problemas de medicación, reduciéndose el riesgo de incrementar la estancia y los costes sanitarios. (16)

De igual modo **Lyra Júnior DP. et al (2004)** en la investigación “Recetas Médicas como Causantes de Riesgo de Problemas Relacionados con Medicamentos”, mostraron como resultado que en las recetas hay un gran número de inadecuaciones y estas, pueden conducir a un riesgo de PRM, principalmente de efectividad y seguridad.(17).

Martín, M.; Carles; M.; Santiago, X. (2010) “Problemas Relacionados con la Medicación como Causa del Ingreso Hospitalario”, realizado en Barcelona, demostraron que el número de ingresos debidos a esta dificultad, incluye casos definitivos, probables, concluyéndose que el número de ingresos debidos a problemas relacionados con la medicación es elevado y en muchos casos se podrían haber evitado.(18)

2.1.2 Antecedentes nacionales

Ocampo, P. (2012) en la tesis impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico, dirigido a pacientes hipertensos, sobre los problemas relacionados con medicamentos, la adherencia al tratamiento y la percepción del paciente sobre la actividad profesional del farmacéutico, encontraron como resultado que el programa de SFT desde la farmacia comunitaria en las condiciones actuales del servicio solucionó la mayoría de PRMs y que tuvo un impacto positivo en la comunidad.(19)

Oscanoa, T. (2011), en el estudio “Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos en Adultos Mayores al momento de ser Hospitalizados”, realizado en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Lima, Perú, concluyeron que el diagnóstico de los PRMs en adultos mayores al momento de ser hospitalizados utilizaron instrumentos validados, de gran utilidad y debería formar parte de la valoración geriátrica integral en el adulto mayor. (20)

Álvarez-Risco, et al (2012), en el estudio modelo del seguimiento farmacoterapéutico, realizado en Lima, Perú, demostraron que los principales PRMs están relacionados primero con la seguridad, seguido de la necesidad y por último de la efectividad y al cabo de la atención farmacéutica estos se redujeron significativamente. (21)

2.1.3 Bases teóricas de la investigación

2.1.3.1 Problemas relacionados al medicamento

1. Concepto

Los PRM son problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, vinculados con la farmacoterapia y que interfieren o pueden interferir con los resultados de salud esperados en el paciente. El término de PRM incluye no solo efectos adversos motivados por la utilización de fármacos (PRM inevitables) sino también efectos no deseados que surgen debido a errores de medicación (PRM prevenibles). (22)

Además un PRM o una combinación de ellos, pueden ser responsables no solo de un fracaso terapéutico sino de la aparición de nuevos problemas médicos que pueden ser tan negativos como la enfermedad tratada. (23)

2. Sistema de clasificación de PRM.

El concepto de PRM ha evolucionado desde sus inicios utilizándose diferentes definiciones y clasificaciones 44,45. En algunas de ellas la causa del PRM se encuentra separada del problema en sí mismo, en otras por el contrario el problema también describe la causa. Las clasificaciones más modernas tienen una estructura abierta, donde los niveles más altos consisten en definiciones generales y los más bajos se ciñen de forma más específica al tipo de PRM. (24)

En el 2002 Schaefer definió los criterios que debía cumplir un sistema válido de clasificación de PRM:

1. Tener una definición clara, tanto de los PRM en general como de cada una de las categorías.
 2. Haber sido validado.
 3. Fácil de usar en la práctica clínica diaria.
 4. Estructura abierta (grupos principales formados por subgrupos).
 5. Centrarse en el proceso del uso de medicamentos y separar la causa del PRM del problema en sí mismo. (25)
- a. Sistema de Strand y Col.

En 1990, Strand y col. definieron los PRM como “una experiencia no deseable en el paciente que involucra a la farmacoterapia e interfiere real o potencialmente con los resultados deseados del paciente”.

Para que un suceso sea calificado de PRM deben cumplirse las siguientes condiciones:

1. El paciente debe experimentar una enfermedad o sintomatología.
2. Esta sintomatología debe tener una relación, comprobada o sospechada, con la terapia farmacológica. (26)

La primera clasificación sistemática de PRM publicada (Tabla 1), clasifica los tipos de PRM en 8 categorías, sin criterios de agrupación entre ellas.

Tabla 1: Clasificación de los PRMs según Strand y Col

1. El paciente tiene un estado de salud que requiere terapia medicamentosa (indicación farmacológica), pero no está recibiendo un medicamento para esa indicación
2. El paciente tiene un estado de salud para el cual está tomando un medicamento erróneo
3. El paciente tiene un estado de salud para el cual está tomando demasiado poco del medicamento correcto
4. El paciente tiene un estado de salud para el cual está tomando demasiado del medicamento correcto
5. El paciente tiene un estado de salud resultante de una reacción adversa medicamentosa
6. El paciente tiene un estado de salud que resulta de una interacción fármaco-fármaco, fármaco-alimento, fármaco-test de laboratorio
7. El paciente tiene un estado de salud que resulta de no recibir el medicamento prescrito
8. El paciente tiene un estado de salud como resultado de tomar un fármaco para el que no hay indicación válida

Fuente: Strand y Col .1990.

En 1998, estos mismos autores, y bajo la denominación de problemas de la farmacoterapia (*Drug Therapy Problems*), dan una definición ligeramente distinta de PRM: “Cualquier suceso no deseable experimentado por el paciente, que implica o se sospecha que implica un tratamiento farmacológico y que interfiere real o potencialmente con un resultado deseado del paciente” y publican una segunda clasificación (Tabla 2), con 7 categorías, agrupadas en cuatro necesidades relacionadas con la farmacoterapia de los pacientes (indicación, seguridad, efectividad y cumplimiento), que derivan de cuatro expresiones del paciente (entendimiento, preocupaciones, expectativas y actitud). En esta segunda clasificación se habían excluido las interacciones como PRM por considerar que estas eran causa de PRM, más que éste en sí mismo.

(27)

Tabla 2: Tipo de Problemas Relacionados al Medicamento

1. Medicamentos sin indicación médica
2. Condición médica para la cual no hay una medicación prescrita
3. Medicación inapropiada (dosis, vía de administración, dosis-forma o método de administración)
4. Duplicidad terapéutica
5. Prescripción de medicación a la cual el paciente es alérgico
6. Reacción adversa a los medicamentos
7. Interacción medicamentosa clínicamente significativa (fármaco-fármaco, fármaco-test de laboratorio, fármaco-nutriente y fármaco-enfermedad)
8. Interferencia de la terapia médica con drogas de uso social o de recreo
9. Inefectividad terapéutica
10. Problemas con la financiación del tratamiento farmacológico por el paciente
11. Problemas de entendimiento del tratamiento farmacológico por el paciente
12. Problemas de adherencia al tratamiento farmacológico

Fuente: Strand y col. 1998

a. Clasificación de la ASHP

La American Society of Hospital Pharmacists (ASHP) en 1993 estableció una clasificación basada en la de Hepler y Strand. Posteriormente, en 1996, junto a una guía para la estandarización de la metodología en atención farmacéutica, dicha sociedad publicó una clasificación más detallada, siendo de nuevo actualizada en 1998.

Tabla 3: Tipos de Problemas Relacionados con la Medicación

INDICACIÓN	1. El paciente presenta un problema de salud que requiere la instauración de un tratamiento farmacológico o el empleo de un tratamiento adicional
	2. El paciente está tomando una medicación que es innecesaria, dada su situación actual
EFECTIVIDAD	3. El paciente presenta un problema de salud para el que está tomando un medicamento inadecuado
	4. El paciente presenta un problema de salud para el que toma una cantidad demasiado baja del medicamento correcto
SEGURIDAD	5. El paciente tiene un problema de salud debido a una reacción adversa a un medicamento
	6. El paciente presenta un problema de salud para el que toma una cantidad demasiado alta del medicamento
CUMPLIMIENTO	7. El paciente presenta un problema de salud debido a que no toma el medicamento de manera apropiada

Fuente: ASPH 1998

b. Sistema de clasificación del primer consenso de Granada

En nuestro país, el grupo de expertos en atención farmacéutica, en el primer consenso de Granada celebrado en diciembre de 1998, definían los PRM como “problemas de salud vinculados con la farmacoterapia y que interfieren o pueden interferir con los resultados de salud esperados en el paciente”.

Clasificaron los PRM en 6 categorías (Tabla 4), basadas en las tres necesidades básicas de la farmacoterapia (indicación, efectividad y seguridad).

(28)

Cuadro 4: Clasificación PRM según primer consenso de Granada

<u>Indicación:</u> PRM 1: El paciente no usa los medicamentos que necesita PRM 2: El paciente usa medicamentos que no necesita
<u>Efectividad:</u> PRM 3: El paciente usa un medicamento que está mal seleccionado PRM 4: El paciente usa una dosis, pauta y/o duración inferior a la que necesita
<u>Seguridad</u> PRM 5: El paciente usa una dosis, pauta y/o duración superior a la que necesita PRM 6: El paciente usa un medicamento que le provoca una reacción adversa a medicamentos

Fuente: Primer Consenso de Granada.1998.

c. Sistema de clasificación segundo consenso de Granada.

Posteriormente, en el año 2002, en el Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos, se publicó una nueva definición

y clasificación de PRM (Tabla 5). Un PRM es un “problema de salud, entendido 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.”(29)

Cuadro 5: Clasificación de PRM, segundo consenso de Granada

<p><u>Necesidad:</u></p> <p>PRM 1: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita.</p> <p>PRM 2: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.</p>
<p><u>Efectividad:</u></p> <p>PRM 3: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inefectividad no cuantitativa de la medicación.</p> <p>PRM 4: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inefectividad cuantitativa de la medicación.</p>
<p><u>Seguridad</u></p> <p>PRM 5: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.</p> <p>PRM 6: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.</p>

Fuente: Segundo consenso de Granada.

En esta clasificación se entiende los siguientes términos, y es estrictamente Farmacológica:

1. Un medicamento es necesario cuando ha sido prescrito o indicado para un problema de salud que presenta el paciente.
2. Un medicamento es inefectivo cuando no alcanza suficientemente los objetivos terapéuticos esperados.

3. Un medicamento no es seguro cuando produce o empeora algún problema de salud.
4. Un PRM se considera de tipo cuantitativo cuando la magnitud de un efecto depende de la cantidad de fármaco administrada.

d. Sistema Pi-Doc® Problem-Intervention-Documentation

Desarrollada en Alemania, es utilizada en distintos países Europeos.

La clasificación fue diseñada a partir de los datos obtenidos de una encuesta realizada a distintos farmacéuticos acerca de los PRM que se encontraban en su práctica clínica, Tras un análisis de 632 problemas documentados, se adaptó la clasificación propuesta por Strand, definiéndose 6 grupos distintos de PRM (22).

Tabla 6: Clasificación de PRM, según PI-Doc

1. Medicación inapropiada
2. Uso inapropiado de una medicación, incluyendo el incumplimiento terapéutico
3. Dosis inapropiada
4. Interacción medicamentosa
5. Reacción adversa a un medicamento
6. Otros PRM:
Relacionados con el paciente
Relacionados con el médico
Relacionados con un problema de comunicación

Fuente: Shaefer, 2002

e. Sistema de Clasificación Tercer Consenso de Granada

En el tercer consenso de Granada se planteó un nuevo enfoque, asumiendo la entidad de los PRM, como causas de resultados negativos de la medicación (RNM). Los RNM son resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos (Tabla 7). (23)

El PRM es definido como aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos, estos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. Los PRM por tanto, son elementos de proceso (entendiendo por tal todo lo que acontece antes del resultado) que suponen para el usuario de los mismos un mayor riesgo de sufrir un RNM. (27)

Se define como “sospecha de PRM” la situación en que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo. (28)

Según este sistema de clasificación cuando los profesionales sanitarios no alcanzan el objetivo buscado con la utilización de la farmacoterapia, ya sea el diagnóstico, prevención, curación o control de la enfermedad, o bien, cuando aparece un nuevo problema de salud como consecuencia de la utilización de un medicamento, es cuando nos encontramos ante un determinado RNM. (29)

Tabla 7: Clasificación PRM según tercer consenso de Granada.

<p><u>Necesidad</u></p> <p>Problema de Salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.</p> <p>Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.</p>
<p><u>Efectividad</u></p> <p>Inefectividad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.</p> <p>Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.</p>
<p><u>Seguridad</u></p> <p>Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.</p> <p>Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.</p>

Fuente: Clasificación tercer consenso de Granada

2.1.3.2 Gastritis

1. Concepto

Paradójicamente, se hace un uso excesivo del término gastritis, empleado en demasía cuando se asocia de manera fácil a cualquier molestia abdominal, o por otro lado muchos diagnósticos no llegan a hacerse por que la mayoría de pacientes con gastritis crónica es asintomático. (30)

2. Mecanismo de defensa de la mucosa del estómago

El estómago mantiene la integridad de su mucosa por diferentes mecanismos como: la producción de mucus, la secreción de bicarbonato (HCO₃⁻), el flujo sanguíneo local, la renovación celular y la producción de determinadas

prostaglandinas (por Ej. PGE2). El déficit de alguno de estos factores puede facilitar el daño de la mucosa del órgano. (31)

De acuerdo a Valenzuela, J. (2004), la gastritis significa estrictamente inflamación del estómago y más específicamente de la mucosa gástrica. Su diagnóstico debe estar basado en los cambios histológicos que se pueden evaluar en biopsias de la mucosa del estómago. Desde el punto de vista histológico, la gastritis puede ser aguda o crónica y su causa más frecuente es la infección por *Helicobacter pylori*. La erradicación de la bacteria puede favorecer la regresión de la inflamación y la mucosa puede regenerarse si no ha alcanzado grados muy severos de atrofia con metaplasia intestinal avanzada.(33)

Desde un punto de vista clínico, se suele denominar gastritis un conjunto de síntomas digestivos altos: malestar o dolor epigástrico moderado, plenitud postprandial, acidez o ardor epigástrico o retroesternal bajo, saciedad precoz, náuseas y más raramente vómitos. (34)

3. Tipos de Gastritis

a. Gastritis agudas:

Pueden ser exógenas o endógenas, se caracteriza por ser una gastritis irritativa, producida por cualquier clase de irritante químico, térmico, mecánico o bacteriano que pueda ser ingerido por la boca. Las más frecuentes son los alimentos y bebidas extremadamente calientes o fríos, los picantes, las salsas, las especias tipo mostaza, así como los medicamentos a base de salicilatos,

cloruros, yoduros y bromuros. Como casos especiales, debemos recordar la gastritis corrosiva, por ingestión de sustancias cáusticas, así como las gastritis alérgicas, de origen alimentario, bacteriano o químico, provocadas por hipersensibilidad de la mucosa a estas sustancias. (35)

b. Gastritis Crónica:

Antes se creía que cuando las causas irritativas persistían durante largo tiempo, la gastritis aguda se transformaba en gastritis crónica y que se encuentran en desacuerdo con la observación clínica, que demuestra que muchos casos de gastritis crónicas no presentaron antecedentes irritativos que la expliquen. Actualmente está gozando de gran aceptación la hipótesis de un mecanismo inmunológico. (35)

4. Causa de la Gastritis

La principal causa de gastritis es la bacteria *Helicobacter pylori*, esta bacteria vive en el estómago y puede provocar cambios locales que originan que el ácido clorhídrico lesione al estómago. También afecta al duodeno, donde provoca pequeñas lesiones que se van acrecentando, a causa del ácido, originando la úlcera duodenal. (31)

Barry J. Marshall y Robin Warren,(2005) lo ganadores del codiciado Nobel, lograron descubrir en las biopsias de tejidos pertenecientes a pacientes con úlcera y gastritis, la presencia del *Helicobacter pylori*. Luego de hacer pruebas de cultivo y conseguir que se reprodujera, descubrieron algunas cosas de lo más

interesantes. Entre ellas, el mecanismo que les permitía sobrevivir en un medio ácido como lo es el del estómago. (32)

Básicamente se trata de un organismo que busca habitar en las capas profundas del moco protector, pero sin invadir propiamente la pared del estómago. Una vez ahí, produce una enzima llamada ureasa que le permite desdoblar la urea en dióxido de carbono y amonio, con lo que logra disminuir la acidez local, condición necesaria para sobrevivir. (33)

Una vez que se garantiza un medio favorable, entonces realiza sus actividades vitales y por efecto de ello, destruye el moco protector. Así pues, las paredes estomacales y duodenales (primera parte del intestino delgado) quedan a merced del jugo gástrico. (34)

La *Helicobacter pylori* existe en todo el mundo, y su prevalencia depende mucho de las condiciones socioeconómicas de la población. Así, hay más personas contagiadas con la bacteria en los países pobres, donde las condiciones de higiene son desfavorables. En India, por ejemplo, más del 90% de la población posee esta bacteria. Además Vargas, C. (2013) indicó que en el Perú se estima que cerca del 95 % de la población tiene el *Helicobacter Pylori*, aunque no todos desarrollan inflamaciones gástricas. (35)

Conviene aclarar que el paciente que tuvo una gastritis aguda por *Helicobacter pylori*, incluso si recibió tratamiento con antibióticos y un medicamento específico (inhibidor de la bomba de protones), puede volver a

adquirirla en un año o dos y presentar o no molestias, dependiendo de la bacteria. (35)

4.1. Otras causas más comunes de gastritis también son: ⁽³⁶⁾

Ciertos medicamentos como ácido acetilsalicílico (*aspirina*), Ibuprofeno o Naproxeno.

- a. Tomar demasiado alcohol.
- b. Infección del estómago por una bacteria llamada *Helicobacter pylori*.

4.2. Las causas menos comunes son: ⁽³⁶⁾

- a. Trastornos autoinmunitarios (como anemia perniciosa).
- b. Reflujo de bilis hacia el estómago (reflujo biliar).
- c. Consumo de cocaína.
- d. Ingerir o beber sustancias corrosivas o cáusticas (como venenos).
- e. Estrés extremo.
- f. Infección viral, como citomegalovirus y el virus del herpes simple (ocurre con más frecuencia en personas con un sistema inmunitario débil).
- g. Un traumatismo o una enfermedad repentina y grave, como una cirugía mayor, insuficiencia renal o el hecho de estar con un respirador pueden causar gastritis.

5. Factores de riesgo ⁽³⁵⁾

Un factor de riesgo es algo que incrementa la posibilidad de contraer una enfermedad o padecimiento y entre ellos se tiene:

- a) La edad: 60 años en adelante
- b) Uso de Antiinflamatorios
- c) Alto consumo de alcohol
- d) Anemia perniciosa
- e) Enfermedades del sistema linfático
- f) Estrés severo, el cual puede ocurrir con: cirugía, lesión en la cabeza, falla respiratoria, insuficiencia renal, pérdida de función hepática.

6. Síntomas ⁽³⁶⁾

Los síntomas incluyen:

- a) Dolor estomacal
- b) Indigestión
- c) Eructos
- d) Hipo
- e) Pérdida del apetito
- f) Náusea y vómito
- g) Vomitar negro o con sangre
- h) Heces oscuras o alquitranada

7. Diagnóstico ⁽³⁷⁾

Como ya se ha descrito, la clínica y la exploración física son inespecíficas, teniendo, por tanto, poco valor diagnóstico. Sin embargo, ante la repetición de síntomas, como el dolor abdominal, náuseas o ardores, debemos descartar la existencia de gastritis, mediante la realización de una endoscopia.

La endoscopia es el método diagnóstico de elección, revelándonos erosiones de la mucosa gástrica difusas o localizadas. Estas erosiones pueden o no presentar hemorragias.

Biopsia: Es la remoción de una muestra de tejido del estómago para su examen en el laboratorio. Estudios de sangre, heces y aliento, con la finalidad de revisar la presencia de infección con la bacteria *Helicobacter pylori*.⁽³⁸⁾

8. Función del ácido clorhídrico

La parte superior del estómago tiene como función principal ser reservorio del alimento que ingerimos. En la parte inferior, el alimento se mezcla con el ácido clorhídrico, que hace una muy primitiva digestión, fundamentalmente de los carbohidratos. El ácido clorhídrico que se produce en el estómago funciona como barrera antibacteriana, para impedir el paso de estos organismos al intestino delgado. Las bacterias sólo pasan cuando están en cantidades muy grandes o en caso de ser resistentes al ácido clorhídrico. ⁽³⁹⁾

9. Tratamiento

El tratamiento puede incluir:

1. Medicamentos (40)

Estos incluyen, antiácidos, bloqueadores 2 H, inhibidor de la bomba de protones, antibióticos para tratar la infección por la *Helicobacter pylori*. Aquí algunos esquemas recomendados por algunos autores:

Tratamiento para *Helicobacter Pylori* según la conferencia Española de consenso (2009)

Tabla 8: Tratamiento clásico en terapia inicial

MEDICAMENTO	DOSIS
1. Omeprazol Lansoprazol Pantoprazol.	20 mg. c/ 1 2 horas x 7 días 30 mg. c/ 1 2 horas x 7 días 40 mg. c/ 1 2 horas x 7 días
2. Amoxicilina	1 g. c/ 12 horas x 7 días
3. Claritromicina	500 mg.c/ 12 horas x 7 días

Fuente: Conferencia española de consenso (2009)

Tabla 9: En caso de resistencia al anterior

MEDICAMENTO		DOSIS
1.	Ranitidina	150 mg, c/ 12 horas x 7 días
2.	Citrato de bismuto	400 mg. c/ 12 horas x 7 días
3.	Amoxicilina	1 g. c/ 12 horas x 7 días
4.	Claritromicina	500 mg. c/ 12 horas x 7 días

Fuente: Conferencia española de consenso (2009)

Tabla 10: En caso de alergia a la penicilina

MEDICAMENTO		DOSIS
1.	Ranitidina	150 mg. c/ 12 horas x 7 días
2.	Citrato de bismuto	400 mg. c/ 12 horas x 7 días
3.	Metronidazol	500 mg. c/ 12 horas x 7 días
4.	Claritromicina	500 mg. c/ 12 horas x 7 días

Fuente: Conferencia española de consenso (2009)

Tabla 11: Terapia de rescate

MEDICAMENTO		DOSIS
1.	Omeprazol	20 mg. c/ 12 horas x 7 días
2.	Tetraciclina	500 mg. c/ 6 horas x 7 días
3.	Citrato de bismuto	120 mg. c/ 6 horas x 7 días
4.	Metranidazol	250 mg. c/ 8 horas x 7 días

Fuente: Conferencia española de consenso (2009)

Tratamiento para gastritis por *Helicobacter Pylori* (2009)

Tabla 12: Tratamiento triple

MEDICAMENTOS		DOSIS
1.	Citrato de bismuto con ranitidina ó omeprazol (IBP)	400 mg. c/12 horas x 14 días 20 mg. c/ 12 horas x 14 días
2.	Amoxicilina	1 g. c/12 horas x 14 días
3.	Claritromicina ó metronidazol	500 mg. c/12 horas x 14 días

Fuente: Conferencia española de consenso (2009)

Tabla 13: Tratamiento cuádruple

MEDICAMENTOS		DOSIS
1.	Omeprazol Lanzoprazol Pantoprazol	20 mg c/12 x 14 días 30 mg. c/12 x 14 días 40 mg. c/12 x 14 días
2.	Tetraciclina	500 mg. c/6 x 14 días
3.	Subsalicilado o subcitrato de bismuto.	262 mg. c/6 x 14 días
4.	Metronidazol	500 mg. c/8 x 14 días

Fuente: Conferencia española de consenso (2009)

Tratamiento para gastritis por *helicobacter pylori* según Page, Curtis, Sutter, Waiket, Hoffman (2008) ⁽⁴¹⁾

Tabla 14: Tratamiento triple

MEDICAMENTO		DOSIS
1.	Citrato de bismuto	120 mg. c/6 horas x 14 días
2.	Metronidazol	250 mg. c/8 horas x 14 días
3.	Tetraciclina ó Amoxicilina	500 mg. c/6 horas x 14 días 1 g. c/12 horas x 14 días

Fuente: Page, Curtis, Sutter, Waiket, Hoffman (2008)

Tabla 15: Tratamiento doble

MEDICAMENTO		DOSIS
1.	Omeprazol	20 mg. c/12 horas x 14 días
2.	Amoxicilina ó Claritromicina	1 g. c/12 horas x 14 días 1. . c/12 horas x 14 días

Fuente: Page, Curtis, Sutter, Waiket, Hoffman (2008)

2. Cirugía

Usualmente no se necesita, pero puede emplearse si es el reflujo de la bilis está causando la gastritis. (35)

3. Prevención

Para ayudar a prevenir la gastritis, se debe tener en cuenta:

- Evite consumir alcohol
- No fumar
- Pregunte a su médico si alguno de los medicamentos que está tomando pueden irritar su estómago, usted puede necesitar un cambio en sus medicamentos, o bien, tomar otros medicamentos para cubrir y proteger el recubrimiento del estómago.
- Si nota que ciertos alimentos (tales como la comida condimentada, por ejemplo) lo están irritando, deje de comerlos. Algunas personas se sienten bien cuando comen una dieta blanda.(36)

2.1.4 Marco Conceptual

Gastritis:

Etimología - Griego)(gastér, estómago; itis, suf. que indica inflamación). f. Inflamación de la mucosa del estómago. (42)

Problema relacionado al medicamento:

Es cualquier suceso indeseable experimentado por el paciente que se asocia o se sospecha asociado a una terapia realizada con medicamentos y que interfiere o potencialmente puede interferir con el resultado deseado para el paciente. (10)

Medicamento:

Un medicamento es uno o más fármacos, integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en las personas o en los animales, dotado de propiedades que permitan el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar el estado de salud de las personas enfermas, o para modificar estados fisiológicos. (24)

Prevención:

La prevención es el resultado de concretar la acción de prevenir, la cual implica el tomar las medidas precautorias necesarias y más adecuadas con la misión de contrarrestar un perjuicio o algún daño que pueda producirse. (6)

Estómago:

Ensanchamiento del tubo digestivo del hombre y otros animales situado entre el esófago y el intestino, en cuyas paredes están las glándulas que segregan los jugos gástricos que intervienen en la digestión. (34)

2.2 Hipótesis de la investigación

Hipótesis alterna:

Los Problemas Relacionados al Medicamento en pacientes con gastritis en la población adulta del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Huancayo se encontrarán en más del 50% en necesidad y efectividad.

Hipótesis nula:

Los Problemas Relacionados al Medicamento en pacientes con gastritis en la población adulta del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Huancayo no se encontrarán en menos del 50% en necesidad y efectividad.

2.3 Variables

2.3.1 Tipos de variables

Variable dependiente:

- Problema relacionado al medicamento

Definición conceptual:

Cualquier suceso indeseable experimentado por el paciente que se asocia al uso de un medicamento.

DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
DE NECESIDAD	PRM 1: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita. PRM 2: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir medicamento que no necesita.	FICHA DE VERIFICACIÓN HISTORIA CLÍNICA Y/O RECETA MÉDICA
DE EFECTIVIDAD	PRM 3: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación. PRM 4: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación.	
DE SEGURIDAD	PRM 5: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de la medicación. PRM 6: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de la medicación.	
MEDICAMENTOS INVOLUCRADOS PRM	Omeprazol Lanzoprazol Pantoprazol Amoxicilina Claritromicina Tetraciclina Metronidazol Citrato de Bismuto Subsacilato de bismuto	

1. Variable Independiente:

-Gastritis

Definición Conceptual:

Conjunto de pacientes del Hospital Daniel Alcides Carrión que padecen de gastritis.

Dimensión	Indicador	Instrumento
Diagnóstico	Positivo a1 gastritis	Historia clínica
Caracterización Demográfica	Sexo Edad	

3. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método

Para esta investigación se utilizó el método científico, caracterizándose por ser sistemático, metódico y ordenado. (43)

3.2 Tipo y nivel tipo de investigación

3.2.1 Tipo de investigación

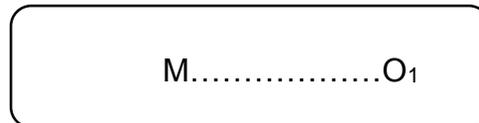
El presente trabajo corresponde al tipo de investigación básica y según la planificación de toma de datos corresponde a un estudio retrospectivo (44).

3.2.2 Nivel de investigación

El presente trabajo de investigación posee un nivel descriptivo; porque se aplica a una realidad conocida. (45)

3.3. Diseño de la investigación ⁽⁴⁵⁾

La investigación corresponde a un estudio no experimental, transversal.



Dónde:

M = Población adulta de consulta externa del Hospital Daniel Alcides Carrión De Huancayo.

O₁ = Problemas relacionados al medicamento

3.4. Población de estudio

Según los archivos de admisión del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo que corresponde a un promedio anual de 2566 pacientes se trabajó de la siguiente manera:

Unidad de estudio	: Pacientes
Unidad de muestreo	: Recetas médicas
Unidad de análisis	: Recetas médicas

3.5. Muestra de la investigación ⁽⁴⁴⁾

Para cumplir esta investigación se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia de recetas obtenidas por la consulta externa del consultorio de gastroenterología.

Donde el tamaño de la muestra promedio mensual fue de:

n =213 casos

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

Se consideró como unidad de muestreo aquellas recetas médicas emitida por el consultorio de gastroenterología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión y que cumpliera los siguientes criterios:

Que cuente con diagnóstico de gastritis.

Que la letra del médico sea clara y legible.

Criterios de exclusión:

Que cuenten con otros diagnósticos que difieren de gastritis.

Que la letra del médico no sea clara y legible.

Que la receta médica no registre los medicamentos prescritos.

3.6 Técnica e instrumento de recolección de datos

Técnicas:

Se utilizó para la recolección de datos la técnica documental, que constituye en recoger datos, con fines de identificar los problemas relacionados al medicamento. (PRM)

Instrumento: (46)

Para recopilar datos en esta investigación, se empleó la ficha de recolección de datos, elaborada de manera sencilla, estructurada en dos partes:

- Datos sociodemográficos del paciente
- Identificación de problemas relacionados al medicamento

En la segunda parte a su vez incluye:

- a. Registro de los medicamentos prescritos en la receta médica
- b. Identificar los tipos de PRM y
- c. Los medicamentos involucrados en los PRM

Instrumento que fue sometido a juicio de expertos, para ser evaluada su pertinencia para cumplir los indicadores según los objetivos planteados en este estudio. (Anexo 1)

3.7 Técnica de procesamiento de la investigación

Una vez recogida la información se procedió a la organización de datos, descripción y análisis de cada uno de ellos ya sea en una matriz de tabulación del programa de Excel y SPSS, con la finalidad de obtener resultados confiables.(46)

4. RESULTADOS

Una vez procesado y analizada la información mediante un programa IBM Estadística SPSS Vs. 20, se obtuvieron diferentes tablas y gráficos que facilitaron la explicación de los resultados como se muestra a continuación:

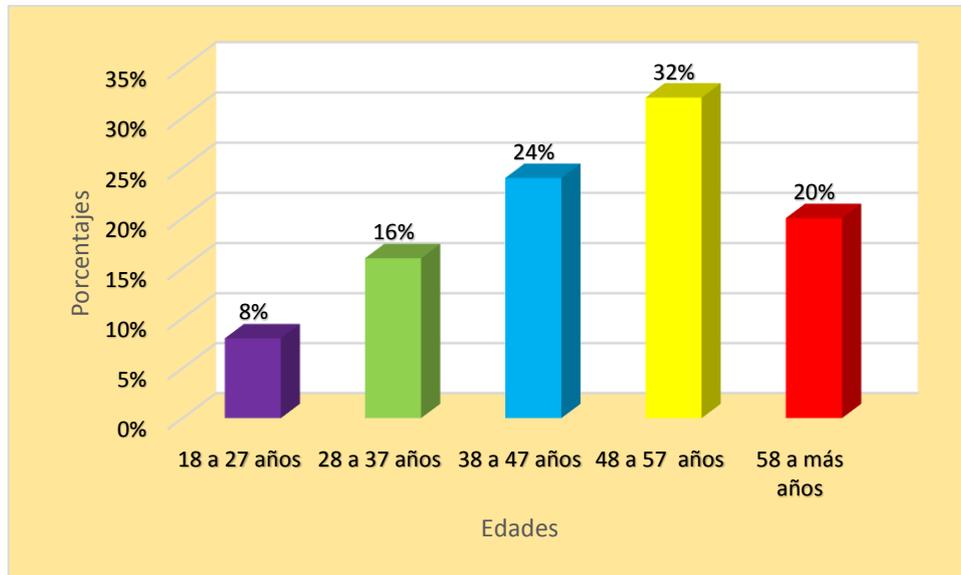
Tabla N° 01: Distribución de la muestra por edad en pacientes con gastritis en el HDCQDAC de Huancayo.

Edad	N°	%
18 a 27 años	18	8%
28 a 37 años	34	16%
38 a 47 años	51	24%
48 a 57 años	68	32%
58 a más años	42	20%
Total	213	100%

n= 213

Fuente: Elaboración propia de los autores

GRAFICO N°1 Distribución de la muestra por edad en pacientes con gastritis en el HDCQDAC de Huancayo.



n= 213

Fuente: Elaboración propia de los autores

Descripción: En la tabla y gráfico 1 se aprecia que la muestra investigada estuvo distribuida preferentemente en personas con 48 a 57 años, seguido de 38 a 47 años en el 24%.

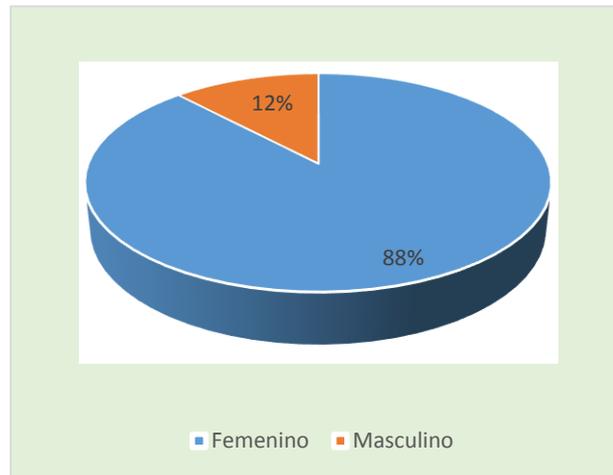
Tabla N° 02: Distribución por sexo en pacientes con gastritis en el HDCQDAC de Huancayo.

Sexo	N°	%
Femenino	187	88%
Masculino	26	12%
Total	213	100%

n= 213

Fuente: Elaboración propia de los autores

GRAFICO N°2 Distribución por sexo en pacientes con gastritis en el HDCQDAC de Huancayo.



n= 213

Fuente: Elaboración propia de los autores

Descripción: En la tabla y gráfico 2, se aprecia que el 88% de la muestra en estudio pertenecieron al sexo femenino, seguido de los varones en un 12%.

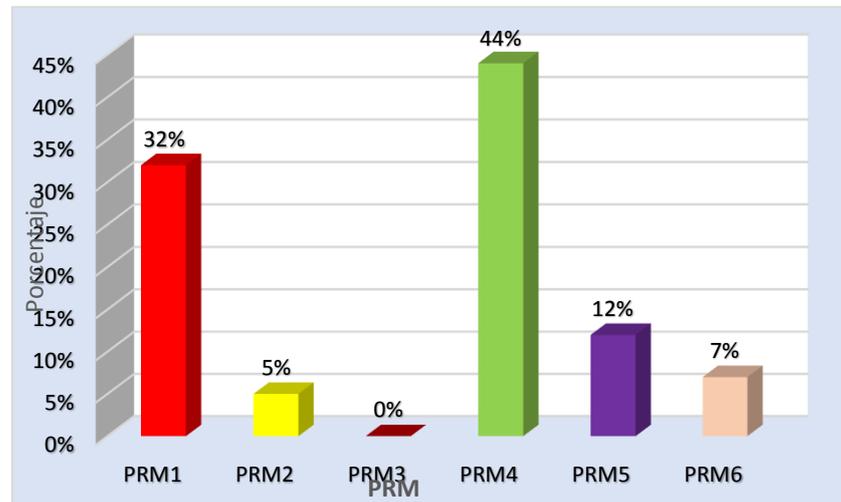
Tabla N° 3: Tipos de PRM en las historias clínicas de pacientes adultos con gastritis en el HDCQDAC de Huancayo.

PRM	N°	%
PRM1	110	32%
PRM2	17	5%
PRM3	0	0%
PRM4	153	44%
PRM5	43	12%
PRM6	25	7%
Total	348	100%

n= 213

Fuente: Elaboración propia de los autores

GRAFICO N°3 Tipos de PRM en las historias clínicas de pacientes adultos con gastritis en el HDCQDAC de Huancayo.



n= 213

Fuente: Elaboración propia de los autores

Descripción: En la tabla y gráfico 3, se puede apreciar que el 44% de la muestra en estudio se presentó PRM 4, seguido del PRM 1 en el 32%.

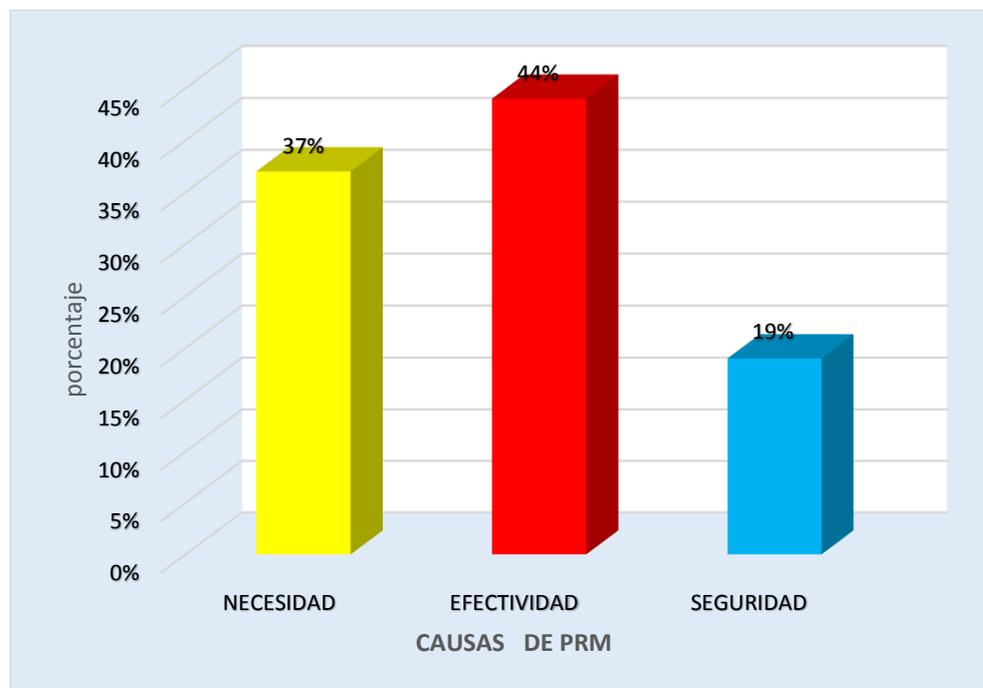
Tabla N° 4: Causas de PRM por indicación, efectividad y seguridad en pacientes con gastritis en el HDCQDAC de Huancayo.

CAUSAS DE PRM	N°	%
NECESIDAD	128	37%
EFFECTIVIDAD	153	44%
SEGURIDAD	68	19%
Total	349	100%

n=213

Fuente: Elaboración propia de los autores

GRAFICO N°4 Causas de PRM por indicación, efectividad y seguridad en pacientes con gastritis en el HDCQDAC de Huancayo.



n=213

Fuente: Elaboración propia de los autores

Descripción: En la tabla y gráfico 4, se aprecia que las causas de Problema Relacionado al Medicamento (PRM), prevalece el de tipo efectividad en el 44%, seguido de por Necesidad en el 37%.

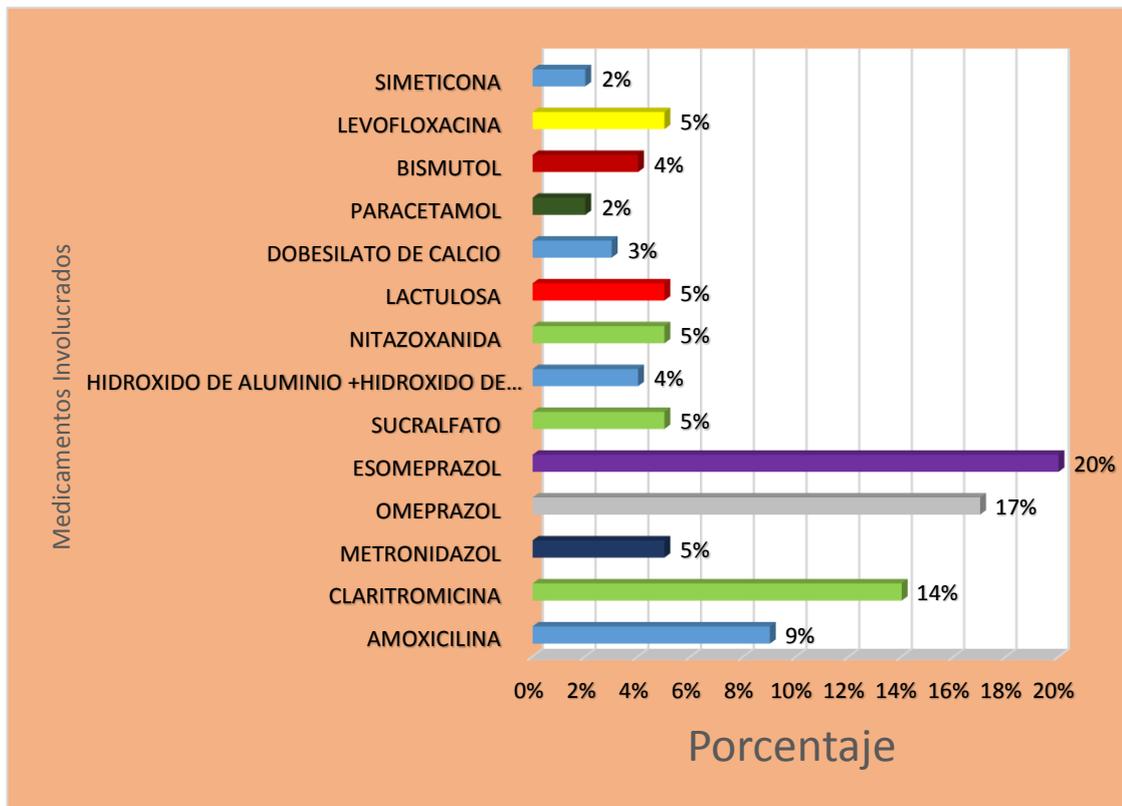
Tabla N° 05: Tipos de medicamentos involucrados en cada caso de PRM en población adulta que padece de gastritis en el HDCQDAC de Huancayo.

MEDICAMENTO	Fi	%
AMOXICILINA	17	9%
CLARITROMICINA	27	14%
METRONIDAZOL	9	5%
OMEPRAZOL	32	17%
ESOMEPRAZOL	38	20%
SUCRALFATO	9	5%
HIDROXIDO DE ALUMINIO +HIDROXIDO DE MAGNESIO	8	4%
NITAZOXANIDA	9	5%
LACTULOSA	9	5%
DOBESILATO DE CALCIO	6	3%
PARACETAMOL	4	2%
BISMUTOL	7	4%
LEVOFLOXACINA	9	5%
SIMETICONA	3	2%
	187	100%

n=213

Fuente: Elaboración propia de los autores

GRAFICO N° 5 Tipos de medicamentos involucrados en cada caso de PRM en población adulta que padece de gastritis en el HDCQDAC de Huancayo.



n=213

Fuente: Elaboración propia de los autores

Descripción: En la tabla y gráfico 5, se aprecia que los PRMs, fueron frecuentemente ocasionados por el Esomeprazol en 20 %, seguido de Omeprazol en 17% y Claritromicina en el 14%.

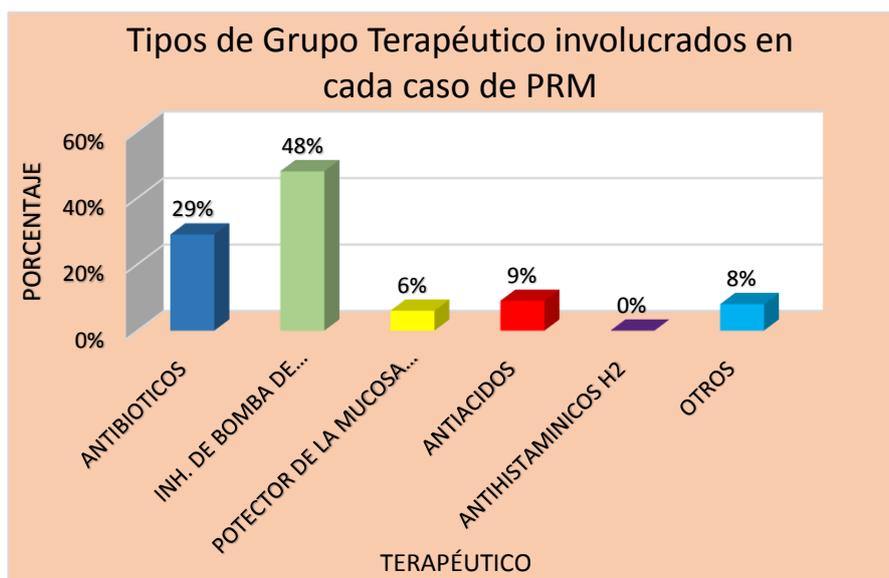
Tabla N° 06: Tipos de grupo terapéutico involucrados en cada caso de PRM en población adulta que padece de gastritis en el HDCQDAC de Huancayo.

GRUPO TERAPEUTICO	N°	%
ANTIBIOTICOS	54	29%
INH. DE BOMBA DE PROTONES	89	48%
POTECTOR DE LA MUCOSA GASTRICA	12	6%
ANTIACIDOS	17	9%
ANTIISTAMINICOS H2	0	0%
OTROS	15	8%
Total	187	100%

n=213

Fuente: Elaboración propia de los autores

GRAFICO N° 6 Tipos de grupo terapéutico involucrados en cada caso de PRM en población adulta que padece de gastritis en el HDCQDAC de Huancayo.



n=213

Fuente: Elaboración propia de los autores

Descripción: En la tabla y gráfico 6, se aprecia que los grupos terapéuticos que producen los PRM son el grupo de Inhibidor de la Bomba de Protones en el 48%, seguido de los antibióticos en 29%.

5. DISCUSIÓN

La gastritis significa estrictamente inflamación del estómago y más específicamente de la mucosa gástrica. Los datos indican en este estudio que la muestra investigada pertenecen a una edad entre 38 a 57 años preferentemente, de género femenino en su mayoría, lo que se corrobora con el estudio de Rodríguez, S *et al* (2008) en el trabajo prevalencia de infección por helicobacter pylori en una población del estado nueva esparta: correlación clínica, endoscópica y anatomopatológica, demostró que el 68,35 % de la muestra investigada pertenecen al género femenino; no obstante guarda diferencia con la edad, cuando en este estudio las edades fluctuaron entre 18 y 80 años. (39)

Así también el presente estudio refleja la existencia de 348 PRMs, que se contrasta o difiere con el estudio de Bicas, K. (2002), denominado detección de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes ambulatorios y desarrollo de instrumentos para el seguimiento farmacoterapéutico”, quien

demonstró la existencia de 34 Problemas Relacionados al Medicamento (11), o también con la investigación de Odalys, A. *et al.* (2009) en el trabajo identificación de problemas relacionados con medicamentos (PRM) en adultos mayores con polifarmacia, quienes identificaron en 160 pacientes 153 PRMs.(16) Sin embargo guarda cierta similitud con el estudio de Ucha, M. *et al* (2013), quienes encontraron 444 Problemas Relacionados con Medicamentos. (17)

Si bien es cierto la terapia farmacológica no siempre consigue llegar a dar el resultado esperado, pudiendo fallar la farmacoterapia, llegando hasta producir efectos no deseados, originando otros problemas de salud para el paciente, las reacciones adversas, o bien puede que no consiga el resultado esperado en el paciente y que se suma con el uso inadecuado del medicamento, falta de vigilancia de sus efectos y en muchos casos éstas situaciones podrían evitarse con un adecuado seguimiento del paciente. (38,39)

En este mismo contexto se puede apreciar que los PRMs que prevalecen son el PRM 4 (el paciente usa una dosis, pautas y/o duración inferior a la que necesita un medicamento correctamente seleccionado) y PRM 1 (El paciente no usa los medicamentos que necesita). si bien es cierto los problemas relacionados con la medicación (PRM) son eventos que pueden afectar a la salud de las personas que consumen fármacos con fines terapéuticos, diagnósticos o profilácticos. (21)

En tal sentido un PRM o una combinación de ellos pueden provocar un fracaso terapéutico o incluso desencadenar nuevos problemas médicos, que

pueden ser tan negativos como la propia enfermedad tratada. Esta morbilidad asociada a la farmacoterapia constituye un grave problema de salud pública, que ocasiona una importante demanda asistencial y genera un importante coste sanitario, constituyendo una de las primeras causas de muerte en los países en vías de desarrollo. (22)

A continuación se realizó en esta investigación una evaluación global, clasificándose las sospechas de ingreso por PRM detectados, en términos de necesidad, efectividad y seguridad, demostrándose que prevalece en términos de efectividad en el 44%, seguido de necesidad en el 37%.

En tal sentido Baena M. (2003) mediante la investigación problemas relacionados con los medicamentos en el servicio de urgencia del hospital universitario virgen de las nieves de Granada señala que se debe plantear las siguientes preguntas: - ¿Al paciente le hacen falta o le sobran medicamentos, en el manejo de sus problemas de salud? -¿La falta de efectividad se debe a que recibe el medicamento en una dosis inferior o en un intervalo mayor al adecuado? ¿La ausencia de seguridad se relaciona con la utilización de una dosis o frecuencia de administración mayor de la recomendada según sus características clínicas?; interrogantes que de cierta manera sino se cumplieran en el Perú en la intervención farmacéutica contribuirían a que se ocasionen ciertos PRMs(10)

Para la evaluación de la información y el análisis de la prevalencia de PRM se procedió a la revisión de las recetas médicas del paciente de consulta externa

que padece de gastritis, que consistió en un análisis pormenorizado de las variables de estudio. De tal forma que se encontró en un 44%, que el paciente usa una dosis, pautas y/o duración inferior a la que necesita un medicamento correctamente seleccionado (PRM4) y que guarda cierta similitud con el estudio de Rodríguez, M. (2004), quien demostró que el PRM de dimensión efectividad (27%) es el que predomina. (9)

Sin embargo guarda cierta semejanza con el estudio de Sotoca M.(2007) y la investigación problemas relacionados con la medicación de los Pacientes de un Centro de Salud, señala que la ineffectividad es la categoría de PRM que predomina, seguido de seguridad y necesidad.(13)

En lo que implica como resultados en esta investigación de PRMs, según la dimensión necesidad, que incluye que el “paciente no usa los medicamentos que necesita” (PRM1) o que el “paciente usa medicamentos que no necesita” (PRM2), se asemeja al estudio de Covadonga, C. quien demuestra que los PRM de necesidad fueron un motivo importante de ingreso hospitalario. (14)

De este modo Lyra, D. *Et al* (2004) hacen hincapié que en las recetas médicas, hay un gran número de inadecuaciones y estas, pueden conducir a un riesgo de PRM, principalmente de efectividad y seguridad; situación que fue encontrado en las prescripciones médicas de este estudio y por inadecuada práctica de prescripción. (18)

Además en este trabajo, se realizó un análisis comparativo de los grupos terapéuticos a los que pertenecían los medicamentos responsable de los PRMs,

frente al total del consumo de los medicamentos de cada grupo terapéutico, de forma que se encontraron que los inhibidores de la Bomba de Protones (esomeprazol, omeprazol) fueron los medicamentos más utilizados, continuando con los antibióticos (Amoxicilina, claritromicina).

De esta forma se comparan cuantos medicamentos de un grupo terapéutico producen PRM, respecto del total de los que consumían los pacientes. Con este análisis puede observarse que la mayor frecuencia de PRM se asocia a los grupos terapéuticos y resultando lógico cuando Martínez F. *et al* (2008), abordan que aquellos problemas de salud que provocan los medicamentos, suelen estar en su mayoría atendidos por especialidades médicas existentes tales como las digestivas. (47)

En consecuencia los PRMs, que involucran la efectividad del tratamiento de los pacientes con gastritis, de una u otra manera repercuten en un problema de salud, a consecuencia de fallos de la farmacoterapia y que conducen a que no se alcancen los objetivos terapéuticos.

6. CONCLUSIONES

1. Se detectaron 348 PRMs en pacientes adultos con gastritis, del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Huancayo.
2. La muestra de estudio estuvo distribuida mayormente entre las edades de 48 a 57 años de edad y de sexo femenino.
3. Los tipos de problemas relacionados con medicamentos encontrados en este estudio son en un 44% para el PRM 4 (el paciente usa una dosis, pautas y/o duración inferior a la que necesita un medicamento correctamente seleccionado), seguido del PRM 1 (el paciente no usa los medicamentos necesarios) en el 32%.
4. Las dimensiones de problemas relacionados al medicamento que predominan el de tipo efectividad en el 44%, seguido de por necesidad en el 37%.

5. Los grupos de medicamentos involucrados en cada caso de problema relacionado al medicamento, son los Inhibidores de la Bomba de Protones en el 48%, seguido de los antibióticos en 29%.

7. RECOMENDACIONES

1. Es fundamental una reingeniería de la práctica de atención farmacéutica en los profesionales de la carrera de Farmacia y Bioquímica con la finalidad que se cumplan acciones para prevenir o resolver problemas relacionados al medicamento.
2. La Escuela profesional de Farmacia y Bioquímica debe participar en el diseño y elaboración de planes curriculares enmarcados a solucionar dificultades de salud pública a partir de los (PRM).
3. Invitar a profesionales de la carrera Farmacia y Bioquímica y estudiantes a profundizar esta investigación en el campo de la farmacoterapia garantizando la efectividad terapéutica

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gisbert J, Boixeda D, Martín de Argila C, García Plaza A. Gastroduodenal lesions and non-esteroideal anti-inflammatory agents. What role does Helicobacter pylori play in this relationship?. Rev Esp Enferm Dig 1998;90 (9):655-564.
2. Graham D. Helicobacter pylori infection in the pathogenesis of duodenal ulcer and gastric cancer: a model. Gastroenterology 1997;113(6):1983-1991.
3. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsan GD. Problemas relacionados con los medicamentos: su estructura y función. Pharm Care Esp 1999; 1: 127-132.
4. Strand L, Morley P, Cipolle R, Ramsey R, Lamsan GD. Drug related problems: their structure and function. Ann Pharmacother 1990; 24: 1093-1097.
5. Climente M., Jiménez NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Edición especial. Edita: AFAHPE. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, 2005; 2.

6. Sánchez, G.; Muñoz, A. Panorama Epidemiológico de las Úlceras, Gastritis y Duodenitis en México, periodo 2003-2008”, Boletín Epidemiología, Número 18 Volumen 27 Semana 18 Del 2 al 8 de mayo de 2010; disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/epide>).
7. Arnáez B, Alonso M, Del Arco J, Casado E, Díez M^a A, Rodríguez C, et al. Dispensación informada e indicación farmacéutica. Bilbao: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia 2007.
8. Uriarte J, Del Arco J. Farmacología aplicada en atención farmacéutica: antiulcerosos. El farmacéutico. España 2008; 388:77-84.
9. Rodríguez, M. Registro de las Intervenciones del Farmacéutico en la Dispensación Activa. Farmacare. España.2004.
10. Baena, M. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Tesis Problemas relacionados con los medicamentos en el servicio de urgencia del hospital universitario virgen de las nieves de Granada. España. 2003.
11. Bicas, K. Detección de Problemas Relacionados con los medicamentos en pacientes ambulatorios y desarrollo de instrumentos para el seguimiento farmacoterapéutico. Fondo editorial del Hospital Infanta Margarita. Brasil. 2002.
12. Fernández, J. Análisis de Problemas Relacionados al Medicamento mediante la Indicación Farmacéutica. Fondo editorial del Colegio de Farmacéuticos de Valencia. España. 2000.
13. Sotoca M. Problemas Relacionados con la medicación de los Pacientes de un Centro de Salud que son Causa de Ingreso en su Hospital de Referencia.Barcelona. 2007.

14. Covadonga, C. Problemas de Salud Relacionados con los Medicamentos (PRM) Como Motivo De Ingreso Hospitalario. España. 2009.
15. Campos, E. Problemas Relacionados Con Los Medicamentos Como Causa De Consulta En El Servicio De Urgencias Del Hospital Universitario Reina Sofía De Córdoba. España. 2007.
16. Odalys, A.; Orta,A.; García, M.; González , L. Identificación de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) en Adultos Mayores con Polifarmacia, ingresados en el Hospital Calixto García durante mayo 2006 - 2007. Cuba 2009.
17. Ucha-Samartín M., Pichel-Loureiro A., Vázquez-López C., Álvarez Payero M., Pérez Parente D., Martínez-López de Castro N. Impacto económico de la resolución de problemas relacionados con medicamentos en un servicio de urgencias. Farm Hosp. [revista en la Internet]. 2013 Feb [citado 2015 Nov 16] ; 37(1): 59-64. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432013000100009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.7399/FH.2013.37.1.140>.
18. Lyra Júnior D.P., Prado MCTA, Abriata JP, Pelá IR. Recetas médicas como causantes de riesgo de problemas relacionados con medicamentos. Seguir Farmacoter 2004; 2(2): 86-96.
19. Martín, M.; Carles; M.; Santiago, X. Problemas Relacionados con la Medicación como Causa del Ingreso Hospitalario, realizados en Barcelona. Volume 41, Issue 2, Pages 91-101.España.2010.
20. Ocampo, P. Tesis Impacto de un Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico, Dirigido a Pacientes Hipertensos, Sobre Los Problemas

- Relacionados con Medicamentos, la Adherencia al Tratamiento y la Percepción del Paciente sobre la Actividad Profesional del Farmacéutico. Universidad Católica Los Angeles de Chimbote. Perú. 2012.
21. Oscanoa, T. Diagnóstico de Problemas Relacionados con Medicamentos en Adultos Mayores al Momento de ser Hospitalizados. Rev. Perú. med. exp. salud pública v.28 n.2 Lima (2011)abr./jun.
 22. Álvarez-Risco, Evelia Zegarra-Arellano, Zhenia Solis-Tarazona, Nelly Mejía-Acosta, Esha Matos-Valerio. Modelo Del Seguimiento Farmacoterapéutico. Boletín (Cent. Aten. Farm.) Año 5 - Número 3 - Mayo Junio. Lima. Perú. 2012.
 23. Comité de consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con los Medicamentos. Ars. Pharmaceutica. España. 2002.
 24. Peretta M; Ciccía, G. Reingeniería de la Practica Farmacéutica. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina 2005.
 25. Peretta, M. Reingeniería de la Práctica Farmacéutica, Segunda Edición, Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires-Argentina. 2005.
 26. Hours JE. Atención farmacéutica en geriatría. El Farmacéutico. 2003. N° 292; 46-50.
 27. Álvarez, F.; Arcos, P. Cabiedes, L. Investigación, La Nueva Atención Farmacéutica, puede Mejorar la eficiencia terapéutica. Red Española de Atención Primaria. España.1995.
 28. Echarri, E.; Napal, V.; García, D.; Codina, C.; Noe, J, Gómez, M. Recomendaciones para el desarrollo de Atención Farmacéutica a pacientes Externos. Boletín de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2000.

29. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Programa Dáder de seguimiento del tratamiento farmacológico. Casos clínicos. Barcelona. 2001.
30. García Jiménez E. Incumplimiento como causa de PRM en el Seguimiento Farmacoterapéutico. [Tesis Doctoral] 2003. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. 2008; 36: 222-92.
31. Cárdenas, V. Modernos equipos para detectar bacterias que producen gastritis. Ministerio de Salud. Perú. 2004.
32. Barry J. Marshall y Robin Warren. El Mundo es Salud. El Nobel premia a los descubridores de la bacteria de la úlcera. 2005. (Fecha de acceso 2 de febrero del 2016). Disponible en la URL: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2005/10/03/medicina/1128324437.html>.
33. Lee EL, Feldman M. Gastritis and gastropathies. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2010: chap 51.
34. Duarte, J. Anatomía Patológica del Aparato Digestivo. (Fecha de acceso 2 de febrero del 2016). Disponible en la URL: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/anatomiapatologica/04digestivo/4estomago_1.html#ulcera.
35. Vargas, C. Revista Peruana De Medicina Experimental y Salud Pública. Perú. Volumen 30 Número 1 Enero - Marzo 2013.
36. Castillo, A. Investigación Detección de Helicobacter pylori en muestras de placa dentobacteriana de un grupo de pacientes de la clínica odontológica

- FES- Iztacala, por medio de la técnica de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR). México. 2006.
37. Corder, R. Gastritis y Ulceras. Ed. Sepiensa. Colombia .2005.
 38. Gené, E. Manejo de la Infección en Helicobacter Pylori en Atención Primaria. Tesis Doctoral. Fondo Editorial de la Universidad Autónoma de Barcelona. España. 2002.
 39. Rodríguez S. Otero P. Peralta D. Fernández M. Pastran C. Prevalencia de infección por helicobacter pylori en una población del Estado Nueva Esparta: Correlación Clínica, endoscópica y anatomopatológica. Gen [Internet]. 2008 Dic [citado 2016 Abr 04] ; 62(4): 290-293. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032008000400006&lng=es.
 40. EL SERVICIO DOYMA. III Conferencia Española de Consenso sobre la infección por Helicobacter pylori. Rev. Gastroenterología y Hepatología. 2013;36(5):340---374.
 41. Page, C., Curtis, M., Sutter, M., Walker, M., Hoffman B.: Farmacología integrada. Ed. Médica Panamericana. Barcelona. 2008.
 42. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Diccionario Académico de la Medicina. (Fecha de acceso 5 de Mayo del 2016). Disponible en la URL: http://www.idiomamedico.org/diccionario.phphttp://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/anatomiaopatologica/04digestivo/4estomago_1.html#ulcera
 43. Morone, G. Métodos y Técnicas de la Investigación Científica. Universidad Nacional Autónoma de México. México 2013.

44. Supo, J. Seminario de la Investigación Científica. (Fecha de acceso 5 de Mayo del 2016). Disponible en la URL: <http://seminariosdeinvestigacion.com/author/sipro/>.
45. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6° ed. McGRAW-HILL/Interamericana Editores, S.A. Mexico; 2014.
46. Vara, A. La Tesis de Maestría en Educación. Instituto para la Calidad de la Educación. 1era. Ed. Fondo editorial de la Universidad de San Martín de Porres. Perú 2008.
47. Martínez, F. Problemas relacionados con los medicamentos y sospechas de resultados negativos asociados a los medicamentos detectados en un servicio de dispensación protocolizada en farmacia comunitaria. 2008. (Fecha de acceso 5 de Mayo del 2016). Disponible en la URL: <http://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/problemas-relacionados-con-medicamentos-sospechas-resultados-negativos-asociados>.

9. ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PROBLEMAS RELACIONADOS AL MEDICAMENTO EN PACIENTES CON GASTRITIS EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO

INTRODUCCION

La ficha de recolección de datos será utilizada por los investigadores para registrar información de los medicamentos prescritos por el médico e identificar los Tipos de Problemas Relacionados al Medicamento.

OBJETIVO

Analizar la extensión de los problemas relacionados con medicamentos en pacientes adultos con gastritis, de consulta externa del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE. Mes:

N° Edad

Sexo

II. IDENTIFICACIÓN DE PRM

- 1) Registre el o los medicamentos prescritos por el médico de la historia clínica.

Medicamento	Dosis	Frecuencia
Metronidazol		
Claritromicina		
Amoxicilina		
omeprazol		

- 1) Una vez analizado cada medicamento con la revisión bibliográfica identifique los PRMs encontrados en cada caso clínico, las causas y los medicamentos involucrados según las Recetas.

TIPO PRM		Registre con una X	Criterio	causas del PRM	
PRM1	El paciente no usa los medicamentos que necesita.		Indicación	De la prescripción Del paciente Del medicamento	Si No
PRM2	El paciente usa medicamentos que no necesita.				
PRM3	El paciente usa medicamento que estando indicado para su situación está mal seleccionado.				
PRM4	El paciente usa una dosis, pautas y/o duración inferior a la que necesita un medicamento correctamente seleccionado.		Efectividad	De la prescripción Del paciente Del medicamento	Si No
PRM5	El paciente usa una dosis pauta/dosis duración superior a la que necesita de un medicamento correctamente seleccionado.		Seguridad	De la prescripción Del paciente Del medicamento	Si No
PRM6	El paciente usa un medicamento que le provoca una reacción adversa.				

<p>MEDICAMENTOS INVOLUCRADOS</p> <p><input type="checkbox"/> Omeprazol</p> <p><input type="checkbox"/> Lanzoprazol</p> <p><input type="checkbox"/> Pantoprazol</p> <p><input type="checkbox"/> Amoxicilina</p> <p><input type="checkbox"/> Claritromicina</p> <p><input type="checkbox"/> Tetraciclina</p> <p><input type="checkbox"/> Metronidazol</p> <p><input type="checkbox"/> Citrato de Bismuto</p> <p><input type="checkbox"/> Subsacilato de bismuto</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>	<p>GRUPO DE MEDICAMENTOS INVOLUCRADOS</p> <p><input type="checkbox"/> Antibióticos</p> <p><input type="checkbox"/> Inhibidor bomba protones</p> <p><input type="checkbox"/> Antihistaminicos H2</p> <p><input type="checkbox"/> Protectores de la Mucosa gástrica</p> <p><input type="checkbox"/> Otro.....</p>

OBSERVACIÓN:

Nombre y apellidos del investigador

FORMATO: A
**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIO DE
EXPERTO**

**TESIS: ESTUDIO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AL MEDICAMENTO
EN PACIENTES CON GASTRITIS EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES
CARRIÓN DE HUANCAYO - 2015**

Investigadores: SANDY ORIHUELA MALLQUI, CESAR CLINTON PEREZ DAMAS

Indicación: Señor investigador se le pide registrar apropiadamente los datos solicitados en este instrumento, realizado a partir de la historia clínica y/o receta médica del paciente.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 dónde:

1= Muy deficiente	2= Deficiente	3= Regular	4= Bueno	5= Muy bueno
-------------------	---------------	------------	----------	--------------

**ESTUDIO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AL MEDICAMENTO EN PACIENTES
CON GASTRITIS EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO –
2015**

IMENSIÓN /ÍTEMS	1	2	3	4	5
INDICADOR: MEDICAMENTOS INVOLUCRADOS PRMs					X
Omeprazol					
Si					
No					
Lanzoprazol					
Si					
No					
Pantoprazol					
Si					
No					
Amoxicilina					

DIMENSIÓN / ÍTEMS		1	2	3	4	5
INDICADOR: DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS AL MEDICAMENTO						X
PRM DE INDICACIÓN						
1	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita					
	Si					
	No					
2	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir medicamento que no necesita.					
	Si					
	No					
PRM DE EFECTIVIDAD						
	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación.					
	Si					
	No					
4	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación.					
	Si					
	No					
PRM DE SEGURIDAD						
5	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de la medicación.					
	Si					
	No					
	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de la medicación.					
	Si					
	No					

RECOMENDACIONES:

..... Considerar el faltantes
 2 objetivos faltantes



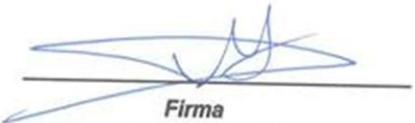
PROMEDIO DE VALORACIÓN

5

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy buena

Nombres y Apellidos : DIANA ESPERANZA ANDRÉS FLORES
DNI N° : 20078664 Teléfono/Celular : 964884831
Dirección domiciliaria : LASETO 569
Título Profesional : QUÍMICO FARMACÉUTICO
Grado Académico : DOCTORA EN FARMACIA Y BIOQUÍMICA
Mención : FARMACIA Y BIOQUÍMICA



Firma

Lugar y fecha: 12-01-2016

FORMATO: B
**FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE
EXPERTO**
I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la Investigación : ESTUDIO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AL MEDICAMENTO EN PACIENTES CON GASTRITIS EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO - 2015

1.2. Nombre del instrumento : Guía de Observación

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena				
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																				X	
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																				X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																				X	
4. Organización	Existe una organización lógica																					X
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																					X
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																			X		
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																					X
8. Coherencia	Entre los índices e indicadores																				X	
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																					X
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación																					X

PROMEDIO DE VALORACIÓN

94.5

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy buena

Nombres y Apellidos : DIANA ESMERALDA ANDARAJO FLOR
DNI N° : 20078664 Teléfono /Celular : 964884831
Dirección domiciliaria : Luro 569
Título Profesional : QUÍMICO FARMACÉUTICO
Grado Académico : Doctor
Mención : Farmacia y Bioquímica


Firma
Lugar y fecha: 12.01.2016

Autorización para desarrollar trabajo de Investigación otorgado por el Jefe de Oficina de Estadística del HRDCQ-DAC-HYO.



GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL S.O.C.O. "DANIEL A. CARRIÓN" - HYO
OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



"Año de la Celebración del Mar de Grau"

MEMORANDO No. 150 -2016-HRDCQ-DAC-HYO-D/OADEI

A : Abog. Mario de la Cruz Soto
Jefe de la Oficina de Estadística
DE : Dr. Henry Francisco Aguado Taquíre
Director Ejecutivo del Hospital "Daniel A. Carrión" – Huancayo
ASUNTO : Autorización para Realizar Trabajo de Investigación
FECHA : Huancayo, 25 de Enero del 2016

Por el presente comunico a Ud., que visto el Expediente No. 0705-2016 y Proveído No.002-2016-JOE-HOSP-DCQ-DAC-HYO de la Oficina de Estadística y con la Opinión Favorable del Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación. Esta Dirección autoriza brindar facilidades a doña Sandy ORIHUELA MALLQUI y Cesar Clinton PEREZ DAMAS, bachilleres de la Escuela Profesional de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímica de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt sobre autorización para realizar el Trabajo de Investigación titulado: "ESTUDIO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AL MEDICAMENTO EN PACIENTES CON GASTRITIS EN LA POBLACIÓN ADULTA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL A. CARRIÓN". La Oficina de Estadística brindará y entregará la Información Estadística. Al término de la ejecución del proyecto de Investigación deberá dejar una copia a la jefatura en mención.

Debiendo brindarle las facilidades para el cumplimiento de sus objetivos.

Atentamente.



GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO
QUIRURGICO DANIEL A. CARRION - HYO

Dr. Henry Francisco Aguado Taquíre
DIRECTOR EJECUTIVO
CNP. N° 34842 - PNE: 10158

Recetas de pacientes Hospitalizados

HOSPITAL RDCD DANIEL A. CARRIÓN DEPARTAMENTO DE FARMACIA SISMED			ORDEN DE ATENCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS			
NOMBRE	CANT.	AUT.	NOMBRE	UNID.	CANT.	AUT.
Agua Destilada 1000cc	X		Agua descartable N° 180	UNID.		
Cloruro de sodio 9% 1000ml			Agua descartable N° 200	UNID.		
Agua Destilada N°			Agua descartable N°	UNID.		
Llave triple vía			Jeringa descartable 1cc	UNID.		
Sonda Nasal N°			Jeringa descartable 2cc	UNID.		
Sonda Nasogastrica N°			Jeringa descartable 3cc	UNID.		
			Jeringa descartable 10cc	UNID.		
			Jeringa descartable 20cc	UNID.		
			Jeringa descartable 30cc	UNID.		
			Jeringa descartable 50cc	UNID.		
			Jeringa descartable 100cc	UNID.		
			Jeringa descartable 200cc	UNID.		
			Jeringa descartable 300cc	UNID.		
			Jeringa descartable 500cc	UNID.		
			Jeringa descartable 1000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 1500cc	UNID.		
			Jeringa descartable 2000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 3000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 4000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 5000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 6000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 7000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 8000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 9000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 10000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 11000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 12000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 13000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 14000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 15000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 16000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 17000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 18000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 19000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 20000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 21000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 22000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 23000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 24000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 25000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 26000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 27000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 28000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 29000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 30000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 31000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 32000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 33000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 34000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 35000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 36000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 37000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 38000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 39000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 40000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 41000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 42000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 43000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 44000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 45000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 46000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 47000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 48000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 49000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 50000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 51000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 52000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 53000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 54000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 55000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 56000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 57000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 58000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 59000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 60000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 61000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 62000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 63000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 64000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 65000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 66000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 67000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 68000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 69000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 70000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 71000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 72000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 73000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 74000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 75000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 76000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 77000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 78000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 79000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 80000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 81000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 82000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 83000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 84000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 85000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 86000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 87000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 88000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 89000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 90000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 91000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 92000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 93000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 94000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 95000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 96000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 97000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 98000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 99000cc	UNID.		
			Jeringa descartable 100000cc	UNID.		




SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS EN DOSIS UNITARIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS N° 055679

APELLIDOS Y NOMBRES: **Pimentel Jaramilla Jose** N° HC: **168204**
 PESO: **62** TALLA: **1.65** EDAD: **68** SEXO: **H** SERVICIO: **MVI** N° DE CAMA: **85**
 OBSERVACION: **NO SE ABARCO X 88** / CTA CTE: **CONVENIOS** N° CTA: **151224**
 DIAGNOSTICO: **Catatale HP +** CIE 10:

ALERGIAS:

Fecha Hora	MEDICAMENTOS EN DCI	Dosis	Frecuencia	Via de Administr.	Forma de Present.	VALIDACION E INTRASTADO FARMACEUTICO	Control
06/11/15	1) Clonitazepam	500 mg	1/12 hrs x dia		Clonitazepam 500mg	02 Tab	
	2) Aspiracilina	1g	1 x dia		Aspiracilina 500mg	04 Tab	
	3) Omeprazol	20 mg	1/12 hrs x dia		Omeprazol 20 mg	02 caps	
	4) Sucralfato	500 ml	1/6 hrs x dia		Sucralfato 1g/5ml	01 For	

NOTA: Todas las Ordenes Médicas deben registrar Dosis, Medicamento, Presentación, Dosis, Via Frecuencia, Cantidad de Insumos y Otros Profesionales, Sellos y Firma del Médico prescriptor.

HOJA DE ORDEN Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Recetas de pacientes por Consulta Externa




HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO "DANIEL ALCIDES CARRIÓN" - HUANCAYO
RECETA SISMED N° **411169**

APELLIDO PATERNO: **Hernandez** APELLIDO MATERNO: **Jimenez** NOMBRE: **Jose** EDAD: **42**
 DIAGNÓSTICO: **Catatale HP (+)** CIE-10:

EMERG: EMERGENCIAS HOSPITALIZ: UCI: S.O.P.: N° CUENTA SIS: **16822**
 SERVICIO: **Cardiología** TIPO DE ATENCIÓN: **CONT.** / **CTE.** / **CONV.** / **INT.** / **SEMI-INT.**
 N° CAMA: **232488** N° H. CLÍNICA: **423291**

MEDICAMENTOS / INSUMOS - Obligatorio en D.C.I. (Determinación Común Internacional)	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
Rp. Omeprazol	20 mg	Tab	10 (caja)
Aspiracilina	500 mg	Tab	24 (caja)
Clonitazepam	500 mg	Tab	30 (caja)
Aspiracilina	500 mg	Tab	10 (caja)
Aspiracilina	500 mg	Tab	24 (caja)

Fecha: **10-8-15**
 Recetado por: **[Firma]**
 D.N.I. N°: **0403413**
 Firma: **Hernandez**

FARMACIA
"ESTAMOS TRABAJANDO PARA SU MEJOR ATENCIÓN EN NUESTRA NUEVA INFRAESTRUCTURA"




HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO "DANIEL ALCIDES CARRIÓN" - HUANCAYO
RECETA SISMED N° **553326**

APELLIDO PATERNO: **Jimenez** APELLIDO MATERNO: **Jimenez** NOMBRE: **Armando** EDAD: **42**
 DIAGNÓSTICO: **Catatale HP (+)** CIE-10:

EMERG: EMERGENCIAS HOSPITALIZ: UCI: S.O.P.: N° CUENTA SIS: **16822**
 SERVICIO: **Cardiología** TIPO DE ATENCIÓN: **CONT.** / **CTE.** / **CONV.** / **INT.** / **SEMI-INT.**
 N° CAMA: **423291** N° H. CLÍNICA: **423291**

MEDICAMENTOS / INSUMOS - Obligatorio en D.C.I. (Determinación Común Internacional)	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
Rp. Ibuprofeno	500 mg	Tab	10 (caja)
Buvisol	400 mg	Tab	24 (caja)
Nexium	40 mg	Tab	30 (caja)

Fecha: **30-10-15**
 Recetado por: **[Firma]**
 D.N.I. N°: **4034102**
 Firma: **[Firma]**

FARMACIA
"ESTAMOS TRABAJANDO PARA SU MEJOR ATENCIÓN EN NUESTRA NUEVA INFRAESTRUCTURA"

Verificando la prescripción de los Medicamentos en el Servicio de Medicina varones.



Verificando la prescripción de los Medicamentos en el Servicio de Medicina mujeres



Validación e interpretación de las recetas prescritas de los pacientes hospitalizados.



Validación e interpretación de las recetas prescritas de los pacientes por consulta externa.



Evaluación de los PRM con la Hoja Farmacoterapéutica a los pacientes.

