



# **Universidad Norbert Wiener**

FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL (E.A.P) DE FARMACIA Y  
BIOQUÍMICA

**“CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE PRESCRIPCIÓN EN  
EL SISTEMA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DOSIS UNITARIA  
DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, JUNIO-  
SEPTIEMBRE, AÑO 2018”**

Tesis para optar el Título Profesional de Químico Farmacéutico

Presentado por:

Br. Allcca Rios, Liliana Mercedes

Asesora:

Dra. Caldas Herrera, Emma

Lima – Perú

2019

## **DEDICATORIA**

A DIOS. Por haberme dado la sabiduría y la paciencia para llevar a cabo esta tesis y darme la bendición que gracias a su voluntad ha sido posible realizar este objetivo como futura profesional de la salud.

A MIS PADRES. Hermogenes Allcca Huanca y Gregoria Ríos Falcón por su abnegada labor de educarme, con mucha gratitud y amor por toda la confianza brindada hacia mí por apoyarme en todos los momentos más difíciles para lograr obtener este triunfo personal.

Así mismo dedico esta elaboración de mi tesis profesional a mis hermanos, y a todas las personas que de alguna manera colaboraron directa e indirectamente en el desarrollo de la presente tesis profesional, ayudándome a vencer todos los obstáculos y dificultades que se me presentaron.

Br. Liliana M Allcca Rios

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradezco a DIOS; por todas sus bendiciones de darme esa sabiduría y haberme permitido tener paciencia, fuerza de voluntad, entusiasmo y perseverancia.

También agradezco A MIS PADRES, por haberme dado el don de la vida, por su abnegada labor de criarme y educarme, siendo la mejor herencia que me pueden dejar ser Químico Farmacéutica.

A MI ASESORA DE TESIS. Dra. Emma Caldas Herrera por su asesoría permanente, sus enseñanzas y experiencias.

AL DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL DE EMERGENCIA JOSE CASIMIRO ULLOA, Dr. Enrique Gutiérrez Yoza, por el gran apoyo brindado.

A LA JEFA DE DEPARTAMENTO DE FARMACIA, Dra. Martha Solar Magno, por su apoyo y facilidades brindadas durante el desarrollo de mi carrera profesional y por su paciencia y enseñanzas.

Br. Liliana M Allcca Rios

# ÍNDICE GENERAL

	Pág.
ÍNDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
ÍNDICE DE ANEXOS	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
- Situación Problemática	2
- Marco teórico referencial	6
- Estudios antecedentes	23
- Importancia y justificación de la investigación	29
- Objetivo del estudio	30
- Hipótesis de investigación	31
II. MATERIALES Y MÉTODOS	32
2.1. Enfoque y Diseño	32
2.2. Población, muestra y muestreo	32
2.2.1. Población	32
2.2.2. Muestra	32
2.2.3. Muestreo	33
2.2.4. Criterios de inclusión	34
2.2.5. Criterios de exclusión	34
2.3. Variables	35
2.3.1. Variable dependiente:	35
2.3.2. Variable independiente:	35

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
2.5. Procesamientos de datos	35
2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos	35
2.5.2. Aplicación de instrumento de recolección de datos	36
2.6. Métodos de análisis estadístico	36
2.7. Aspectos bioéticos	36
III. RESULTADOS	37
IV. DISCUSIÓN	43
4.1. Discusión	43
4.2. Conclusiones	47
4.3. Recomendaciones	48
CITAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	56

## ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1.	Distribución de la cantidad total de prescripciones a recolectar de forma aleatoria por cada área en dosis unitaria, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.	34
Tabla 2.	Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según servicio, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018	37
Tabla 3.	Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según datos del paciente Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.	38
Tabla 4.	Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según características terapéuticas del medicamento, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.	39
Tabla 5.	Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según datos del prescriptor, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.	40
Tabla 6.	Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según letra legible y uso de siglas, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.	41
Tabla 7.	Distribución de las prescripciones en dosis unitaria que se adecuan a los lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.	42

## ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

- Figura 1. Diagrama de flujo de la dispensación en Dosis Unitaria del “Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa”. 20
- Figura 2. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según servicio, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018. 37
- Figura 3. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según datos del paciente, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018. 38
- Figura 4. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según características terapéuticas del medicamento, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018. 39
- Figura 5. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según datos del prescriptor, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018 40
- Figura 6. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según letra legible y uso de siglas, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018. 41
- Figura 7. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria se adecuan a los lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018. 42

## ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Matriz de consistencia	de
54	
Anexo B. Operacionalización de variables	de
56	
Anexo C. Ficha de recolección de datos de las hojas de prescripción médica en el sistema de dispensación de Dosis Unitaria (Medicina, UCI, UCIM, Neurocirugía)	
57	
Anexo D. Validación de la ficha de recolección de datos de las hojas de prescripción médica en el sistema de dispensación de Dosis Unitaria (Medicina, UCI, UCIM, Neurocirugía)	
58	
Anexo E. Validación de la Hoja de Prescripción Médica	
59	
Anexo F. Evidencias de trabajo	de
61	
Anexo G. Formato de la hoja de prescripción médica del SDMDU	



62

Anexo H. Oficio de autorización del Hospital de Emergencia “José  
Casimiro  
Ulloa”

64

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción (BPP) en Dosis Unitaria en la farmacia del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa durante el período comprendido entre Junio a Septiembre de 2018. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Los materiales fueron 312 hojas de prescripción médica seleccionadas aleatoriamente, de las cuales el 25% (78) fueron del área de Medicina, 19.2% (60) del área Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), 20.2% (63) del área Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) y 35.6% (111) fueron del área de Neurocirugía. **Resultados:** el 100% (312) de las hojas de prescripción cumple con el registro de apellidos y nombres e historia clínica del paciente, el 100% (312) no registra la edad del paciente, el 97.4% (304) si contiene el diagnóstico, el 94.6% (295) prescribe en denominación común internacional (DCI), en cuanto al registro de la concentración del medicamento cumple en 95.5% (298), en las hojas de prescripciones el 100% (312) si registra la frecuencia de la dosis y forma farmacéutica, el 99.4% si cumplen en colocar la vía de administración, el 95.2% (297) presentan los datos del prescriptor, el 88.5% (276) de las prescripciones presentan letra legible y 25.3% (79) presenta uso de siglas, el 74% (231) de los prescriptores cumplen con prescribir adecuándose a los lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME. **Conclusiones:** Se observó que la mayoría de las prescripciones médicas evidencian el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción (BPP) en Dosis Unitaria en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.

Palabras clave: Buenas prácticas de prescripción, errores de prescripción, prescripción médica.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate compliance with Good Prescription Practices (BPP) in Unitary Dose in the pharmacy of the José Casimiro Ulloa Emergency Hospital during the period from June to September 2018. **Materials and Methods:** An observational, descriptive study was conducted, retrospective and transversal. The materials were 312 randomized medical prescription sheets, of which 25% (78) were from the Medicine area, 19.2% (60) from the Intensive Care Unit (ICU) area, and 20.2% (63) from the Unit area. Intermediate Care (UCIM) and 35.6% (111) were from the Neurosurgery area. **Results:** 100% (312) of the prescription sheets comply with the registration of surnames and names and medical history of the patient, 100% (312) does not record the patient's age, 97.4% (304) if it contains the diagnosis , 94.6% (295) prescribe in international common denomination (DCI), as for the registration of the concentration of the drug meets 95.5% (298), in the prescription sheets 100% (312) if you record the frequency of the dosage and dosage form, 99.4% if they comply with the route of administration, 95.2% (297) present the prescriber's data, 88.5% (276) of the prescriptions have legible letters and 25.3% (79) present the use of acronyms, 74% (231) of prescribers comply with prescribing in accordance with the guidelines of the UNEP National Single Essential Medicines Request. **Conclusions:** It was observed that the majority of medical prescriptions show compliance with Good Prescription Practices (BPP) in Unitary Dose at the José Casimiro Ulloa Emergency Hospital, June-September 2018.

Keywords: Good prescription practices, prescription errors, medical prescription.

## I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo corresponde a un estudio que lleva el título “Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción en el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, realizado entre los meses de Junio a Septiembre, año 2018”, el mismo que tiene por objetivo principal evaluar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción (BPP) teniendo como fuente de información las hojas de prescripción, utilizadas en el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa .

Una prescripción médica viene a ser una acción de complejidad que va a necesitar de la experiencia y los conocimientos que le corresponde tener al profesional de la salud que trabaje con responsabilidad legal por las implicancias de la prescripción (1).

La prescripción médica es el resultado de un proceso lógico deductivo, que tiene base en la información de tipo global y objetiva que se observe en torno a un problema de salud que presenta un paciente, ya sea en atención ambulatoria u hospitalaria. En este proceso de prescripción, que se origina desde el conocimiento adquirido, el prescriptor escuchará con atención el relato de síntomas del paciente, para luego proceder a hacer una evaluación física buscando algún signo, solicita se realicen algunos exámenes clínicos, si fuera necesario, y concluye en un diagnóstico para luego tomar alguna decisión terapéutica (2) .

El Manual de las Buenas Prácticas de Prescripción sugiere que si hay una prescripción adecuada es posible que el profesional con conocimientos basados en información actualizada sea capaz de identificar los problemas del paciente que le permita seleccionar un esquema terapéutico adecuado. Si elige un medicamento este debe ser apropiado a las necesidades clínicas del paciente, indicando su dosificación por un periodo adecuado de tiempo y al costo más asequible para el paciente (2) .

Toda prescripción deberá ser tomada como un acto formal debidamente normado, no como un acto reflejo, y deberá desarrollarse entre el diagnóstico y la ejecución del tratamiento definido. En este sentido, toda prescripción viene a

ser la respuesta al requerimiento de medicamentos que ayude a aliviar los síntomas, a erradicar la enfermedad y obtener así una mejora de la salud del paciente (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1985, ofrece una explicación acerca del uso racional de los medicamentos que necesitan los pacientes, refiriendo a que estos sean recetados para recibir las medicinas adecuadas a sus necesidades clínicas, de acuerdo a una dosis que satisfagan a sus necesidades personales por un período adecuado de tiempo y al costo más reducido para ellos y para su comunidad. De acuerdo a esta definición vemos que hay un ámbito de actuación, donde cada norma y práctica podrán ser contrastadas y será posible mostrar los resultados y consecuencias del incumplimiento de su contenido (2).

En la medida en que las capacitaciones adecuadas y continuas sean aprovechadas por los profesionales de la salud que prescriben, se ayudará a que el acceso a la información contribuya a tener una mejor conciencia entre los prescriptores acerca de lo importante que es hacer una prescripción de calidad (2).

El Ministerio de Salud de Chile señala que, con la finalidad de llegar a obtener una prescripción adecuada posible se debe realizar a partir de los conocimientos con sustento informativo, a la vez que sea independiente y actualizada, para que de este modo se pueda identificar los problemas de los pacientes, y así luego poder escoger un marco terapéutico. De esta manera, el Ministerio de Salud de Chile, recomienda que si se escoge una medicina esta debe ser tomada en base a lo que necesita el paciente, verificando la dosis adecuada para sus necesidades individuales, en un período de tiempo. Es por ello, que la máxima autoridad de salud en Chile concluye en la búsqueda de lograr este objetivo se debe tener información de tipo independiente que nos ayudará a ser objetivos y racionales para lograr una prescripción, plasmada en una receta médica (3).

#### - **Situación Problemática**

Según Alonso y colaboradores en su Manual de Buenas Prácticas de Prescripción de la Habana, Cuba ,a lo largo de la historia se ha observado la aplicación de disposiciones y regulaciones especiales, primero para reglamentar

una Buena Prescripción con tres fines claramente identificados: recomendar el tratamiento adecuado (de acuerdo a las particularidades de la enfermedad y la situación del paciente), hacer uso de los medicamentos disponibles, y utilizar convenientemente los sistemas de salud de cada país (4).

El uso no adecuado de las medicinas tiene repercusiones grandes en el ser humano y en la sociedad, lo cual trae consecuencias graves para la salud pública y la economía. Por ser un tema complejo necesitan pasar de un campo sanitario a otras áreas como, por ejemplo: la educación, la economía, la industria, la comunidad y la comunicación social. (2).

El fin de un medicamento es prevenir y tratar las enfermedades para mejorar y asegurar la buena salud del paciente, y para ello debe ser correctamente prescrito. El proceso de prescripción, es meticulosamente pautado por el Ministerio de Salud a través del Manual de Buena Prácticas de Prescripción (2). Con todo esto, es evidente que la receta, vehículo mediante el cual se prescribe, estaba fallando en asegurar una buena prescripción como mínimo, por casos de ilegibilidad o mala consignación de datos, tal como lo observa Olivera (5) en su estudio realizado de la Universidad Nacional de San Antonio Abad de Cusco.

Olivera (5), en su investigación “Evaluación administrativa de prescripción médica de consulta externa del Seguro Integral de Salud (SIS)” determina que todos estos fallos de prescripción no son intencionales pero muy bien pueden deberse, en relación estricta al médico, a la sobrecarga de pacientes o al cansancio, conocimientos limitados de farmacología, o falta de capacitación sobre el ejercicio de la prescripción.

De continuar esta tendencia, Olivera (5) precisa que se somete a un riesgo innecesario a la salud y economía del paciente y del estado, quien podría tener que prolongar el tratamiento, sea por su enfermedad o por problemas que podrían derivarse del uso inadecuado de medicamentos mal prescritos.

Asimismo, Olivera (5) corrobora que las recetas SIS de la ciudad del Cusco, se redactaron con pésima letra; existe la carencia de la denominación común internacional de los medicamentos; carencia del diagnóstico del paciente y del Código CIE 10 de la patología; carencia de la fecha de expedición de la receta SIS y su fecha límite de validez; carencia del sello y firma del prescriptor; falta de descripción de la forma farmacéutica (tableta, ampolla, u otras), vías de

administración (oral, intramuscular o endovenosa), ni las recomendaciones adicionales pertinentes (5).

Según la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud – MINSA – 2005 (6), está contemplada la Auditoría Administrativa como una herramienta válida de verificación minuciosa y valoratoria de acontecimientos pragmáticos fundamentales. De este modo se evalúa la calidad del registro de la prescripción médica SIS en la consulta externa e interna del hospital de emergencias José Casimiro Ulloa, con el fin de verificar su eficiencia (6).

Sin embargo, se ha observado que en las hojas de prescripción utilizados en el Sistema de Dispensación de Medicamentos Dosis Unitaria (SDMDU) del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa no se expresa de manera explícita las indicaciones médicas complementarias (7), lo que conlleva a errores en la interpretación de su contenido y posterior atención, así mismo ello hace que las intervenciones farmacéutica e interconsultas con los prescriptores sean continuas por parte del Químico Farmacéutico que labora en el SDMDU. Por otro lado, se evidencia que los Químicos Farmacéuticos del área de Dosis Unitaria no realizan capacitaciones, dirigido a los profesionales médicos residentes e internos acerca de las Buenas Prácticas de Prescripción y la importancia de la adherencia al Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME). Asimismo, el Hospital aun no presenta un sistema que incluya la prescripción de recetas de manera automatizada con la finalidad de evitar que se cometan errores de prescripción y evitar la ilegibilidad.

Por lo tanto, existe la necesidad de evaluar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción (BPP) en Dosis Unitaria como parte del Sistema de Dispensación de Medicamentos Dosis Unitaria en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, durante el período Junio-Septiembre 2018, debido a que en los últimos años se han observado serias deficiencias, requiriéndose una correcta administración de los medicamentos al paciente. Un estudio de los indicadores que orientan las buenas prácticas de prescripción favorecerá a que se complete correctamente la hoja de prescripción médica y así disminuyan los errores de medicación (2).

Por lo expuesto, es necesario determinar los indicadores del buen cumplimiento de la prescripción en Dosis Unitaria para mejorarla, brindar una atención de

calidad y mejorar también la satisfacción del usuario, y por ello se plantean los siguientes problemas:

Formulación del problema

### **Problema General**

¿Cuál es el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción (BPP) en dosis unitaria que se evidencia en las prescripciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018?

### **Problemas Específicos**

- a) ¿Cuál es el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan datos del paciente (apellidos y nombres, diagnóstico, historia clínica y edad) en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018?
- b) ¿Cuál es el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan las características terapéuticas del medicamento (denominación común internacional (DCI), concentración del medicamento, frecuencia de la dosis, vías de administración y forma farmacéutica) en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018?
- c) ¿Cuál es el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan los datos del prescriptor (apellidos y nombres, número de colegiatura, firma y sello) en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018?
- d) ¿Cuál es el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria con letra legible y uso de siglas en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018?
- e) ¿Cuál es el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que se adecuan a los lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018?



## - Marco teórico referencial

### **Prescripción**

La prescripción de un medicamento está guiada por los lineamientos incluidos en el manual de Buenas Prácticas de Prescripción (8), documento de carácter técnico.

Se trata de una sucesión de pasos sistemáticos cuyos objetivos son de una decisión terapéutica, indicando medidas como el uso de medicamentos, todo lo cual se plasma en una receta médica (9). Dichos pasos comprenden:

- Diagnóstico conforme al problema de salud del paciente.
- Elección de un tratamiento efectivo y seguro (que puede o no involucrar la utilización de un fármaco).
- Selección apropiada del medicamento, dosis, y duración del tratamiento.
- Inicio del tratamiento.
- Comunicación de indicaciones e información farmacéutica al paciente.
- Posterior monitoreo del resultado de la terapia (9).

Con la buena prescripción se busca:

- Maximizar la efectividad en el uso de los medicamentos.
- Minimizar los riesgos del paciente al usar un medicamento.
- Minimizar el expendio de medicamentos costosos.
- Respetar la opinión del paciente en toda decisión terapéutica (9).

### **Objetivos de una Buena Prescripción**

- Mejorar el grado de adherencia del paciente al tratamiento.
- Mejorar el uso racional de los medicamentos (2).

### **Estrategias para promover una Buena Prescripción**

- Brindar capacitación y actualización constante a los profesionales que son prescriptores en el uso de medicamentos de manera racional.
- Hacer la promoción de la publicidad de forma adecuada y la promoción de medicinas por iniciativa de la industria farmacéutica.

- Hacer el desarrollo de guías nacionales que tengan base en la realidad, por ejemplo, las evidencias, consensuadas, que estén actualizadas de forma permanente de acuerdo con la realidad nacional.
- Hacer la promoción para lograr el funcionamiento y la conformación de Comités Farmacológicos en los establecimientos de salud.
- Difundir las normas legales en vigencia referidas a la prescripción de medicamentos.
- Hacer estudios en cuanto al uso de los medicamentos y a la monitorización de la prescripción (2).

### **Prácticas incorrectas en la Prescripción de Medicamentos**

- Uso de medicinas en condiciones clínicas que no sean necesarias.
- Omitir las medidas no farmacológicas si es que no fueran pertinentes.
- Hacer uso de productos farmacéuticos cuya eficacia y/o seguridad estén cuestionadas o en una asociación injustificada.
- Mala elección de medicinas para el problema diagnosticado en el paciente.
- Acerca de casos de sobre-prescripción «polifarmacia» o casos de sub-prescripción de medicinas.
- Equivocación en la dosis, en la elección de la vía de administración y/o duración del tratamiento.
- No hay características importantes del paciente o barreras culturales, para mejorar la terapia.
- Poca explicación al paciente en los aspectos de la prescripción.
- Prescripción de medicinas de precios altos aun cuando existen medicamentos baratos e igualmente eficaces y seguros.
- Creencia que medicinas de tipo genérico son de menos calidad a sus equivalentes de marca.
- Tendencia a usar medicinas cuando no se hizo una previa evaluación entre su beneficio y costo.
- Monitoreo poco eficiente de la farmacoterapia que no permite que exista una detección precoz de falla terapéutica y/o de reacciones perjudiciales medicamentosas.

- Escribir las indicaciones y receta médica con letra ilegible.
- Indicaciones que no están bien consignadas y dirigidas al paciente, no poner detalles acerca de las medidas farmacológicas y no farmacológicas (3).

### **Método para una Buena Práctica de Prescripción (BPP)**

La Universidad de Gröningen (Holanda) hizo el desarrollo de una metodología sistematizada que ayudaba en la enseñanza de la farmacoterapia la cual es impulsada por la OMS. Esta modalidad de enseñanza lleva consigo a la medicina basada en la evidencia y el enfoque por problemas, que pone énfasis en desarrollar habilidades más que de conocimientos (3).

Según esta forma de prescripción, se muestra que hay un nuevo concepto de lo que es la farmacoterapia racional. Se entiende que ella viene a ser un grupo de decisiones y acciones que tiene relación con lo siguiente (3):

- La consideración de las medidas no farmacológicas.
- La determinación de usar o no medicamentos.
- Una correcta elección de estos agentes terapéuticos.
- La confección y diseño de un adecuado régimen de dosificación, (con especificaciones completas y claras que faciliten el cumplimiento de la terapia).
- El monitoreo del paciente respecto a su mejora.

El proceso consta de una serie de particularidades que facilita a quienes prescribe, un desarrollo más eficiente de su labor, fundamentado en la evidencia científica con la que se dispone. Asimismo, se lleva a cabo bajo un enfoque racional, llevado de una manera lógica y secuencial, con la finalidad de favorecer a la mejora y bienestar de los pacientes. (3).

El proceso de la terapéutica racional consiste en (3):

- Definir el o los problemas del paciente.
- Especificar el o los objetivos terapéuticos.
- Diseñar un esquema terapéutico apropiado para el paciente.
- Iniciar el tratamiento.
- Brindar información, instrucciones y advertencias al paciente.

- Supervisar la evolución del tratamiento.

### **Factores que influyen en la Prescripción**

La acción de prescripción es una determinación en un entorno en el cual intervienen componentes que inciden en las decisiones del prescriptor:

**Regulatorios.** La Ley General de Salud y otros mecanismos preparados para producir una acción legal difundidos por el MINSA reglamentan la prescripción (6).

**Industria farmacéutica:** Los mecanismos de fomento y propaganda que realiza la industria farmacéutica ejercen incidencia en las costumbres de prescripción. Existen mecanismos preparados para producir una acción legal, acuerdos y recomendaciones respecto al fomento y propaganda de medicamentos, establecidos en la Ley General de Salud (Capítulo III, Artículos 69º, 70º, 71º y 72º), el Código de la Federación Internacional de la Industria del Medicamento (FIIM): “Normas de comercialización de productos farmacéuticos”, y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Criterios éticos para la promoción de medicamentos”, sin embargo, con frecuencia se constatan quebrantamientos a las mismas (6).

**Educativos:** En muchos países en vías de desarrollo las pertinencias para realizar una Educación Médica continua que es uno de los componentes de impacto en la indagación de una prescripción lógica, son limitadas y muchas veces constituyen esfuerzos excepcionales (10).

En todas las peticiones de formación de un profesional de la salud que prescribe, no se debe desatender la doctrina de los principios éticos que deben conducir su conducta profesional, siendo ésta uno de los componentes importantes en la calidad de atención de la salud (10).

**Socio Económico:** El profesional de la salud que prescribe debe tener en cuenta los reducidos medios económicos del paciente, sus concepciones culturales, el grado de instrucción que tiene, el conocimiento del uso de los medicamentos, su ambiente familiar, el precio de la atención de salud y de los medicamentos, entre otros. Los prescriptores tienen el cargo de conciencia de armonizar todos estos componentes a fin de deliberar lo mejor para cada caso, según puntos de vista técnicos, sociales y éticos (11).

## **De la recepción de la prescripción y su validación**

El proceso de la prescripción termina con el respectivo diagnóstico y la decisión respecto a la terapia a seguir, lo cual queda registrado en la receta. Luego, la receta se presentará al profesional Químico Farmacéutico que labora en un establecimiento farmacéutico debidamente registrado a fin de dispensar los medicamentos prescritos. (12)

El profesional Químico Farmacéutico debe confirmar:

- Nombre, dirección y número de colegiatura del profesional, nombre del establecimiento de salud cuando se trate de recetas estandarizadas.
- Nombre y apellidos del paciente.
- Nombre del producto farmacéutico Denominación Común Internacional (DCI).
- Posología indicando el número de unidades por toma, así como la duración del tratamiento.
- Lugar y fecha de la receta.
- Sello y firma del prescriptor.

## **Del análisis e interpretación de la prescripción**

En el análisis e interpretación de la prescripción médica se toma en cuenta la debida interpretación de las abreviaturas observadas por los profesionales médicos, el adecuado cálculo de la dosis y la cantidad del medicamento por entregar, así como la especificación de la duplicidad de la terapia y las interacciones medicamentosas que se presenten, incluyendo dudas que requieran ser absueltas por el prescriptor.

El profesional Químico Farmacéutico cuenta con las facultades de poner en conocimiento del usuario las distintas alternativas existentes al medicamento prescrito, las cuales son equivalentes tanto farmacológica como químicamente, así como con la misma forma farmacéutica, según lo estipulado en el artículo 33° de la ley general de salud, (12).

## **Normativa Legal**

Norma Técnica de Salud “Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los Establecimientos del Sector Salud” NTS N° 57-MINSA/DIGEMID V. 01 (10).

### **De la Prescripción Médica en el SDMDU**

El profesional médico es quien utiliza la hoja de prescripción médica. En ella especifica las indicaciones de la administración terapéutica a fin de que el paciente lleve a cabo el tratamiento para cada 24 horas. Asimismo, se encuentra especificada los requerimientos de los materiales médicos-quirúrgicos necesarios para la respectiva administración. Cada hoja de prescripción cuenta con dos copias. La hoja original permanece adjunta a la historia clínica del paciente y una de las copias se deriva a la farmacia de dosis unitaria. Para la atención de las indicaciones que contienen estupefacientes y psicotrópicos, estas están sujetas a fiscalización sanitaria debiendo cumplirse lo que señala la ley D.S. N°023-2001-SA “Reglamento de estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria” y la R.M. N° 1105-2002-SADM, que aprueba la “Directiva sobre los procedimientos para la distribución de las recetas”. (10)

-El prescriptor debe de indicar lo siguiente:

-Datos del paciente los Nombres y apellidos.

-Diagnóstico, historia clínica.

-Edad, peso, talla, alergias.

-Fecha y hora.

-Medicamentos en (DCI): concentración del medicamento, forma farmacéutica, frecuencia, vía de administración, cantidad.

-Tratamiento farmacológico y no farmacológico.

-El nombre del servicio, N° de cama.

-Al término de cada prescripción se deberá colocar el sello y firma del profesional tratante. (10).

## **De la Dispensación**

Una vez que son recibidas las hojas de prescripción y sus copias de las hojas de prescripción pertenecientes a cada paciente hospitalizado, el Químico Farmacéutico continúa con la respectiva interpretación y evaluación de las mismas, de acuerdo a los esquemas de tratamiento o protocolos. En caso de prescribirse medicamentos en multidosis el profesional procede con la verificación de la última fecha de atención y finalmente autoriza la entrega del medicamento (10).

### **Buenas Prácticas de Dispensación (BPD)**

Se conoce con el nombre de Buenas Prácticas de Dispensación de medicamentos (BPD) a aquellas normas que buscan hacer óptimo el uso de productos. Podemos decir que las (BPD) están orientadas a que las medicinas, sus cantidades y dosis estipuladas en la prescripción sean las adecuadas. De esta forma la información debe ser clara, precisa y explicada al consumidor de tal forma que debe hacerse su consumo de esa forma. Esto hace que el paciente sepa acerca de la calidad y la correcta conservación de la medicina. Cabe mencionar que existe en la actualidad una tendencia al uso irracional de las medicinas y de todo material en uso médico, esto es un hecho negativo para los hospitales pues crea desabastecimiento y un incremento en el gasto de la institución pública. Por esta razón algunas normas son presentadas, pero no son implementadas de forma adecuada (10).

Al mismo tiempo, el hecho de tener una buena prescripción es una noción que tiene su origen en el uso racional de las medicinas, es un concepto que fue tomado en el año 1985 en la conferencia de expertos de Nairobi y que manifiesta que debe haber un adecuado suministro de medicamentos para el paciente a un mejor precio (13).

Para esta definición se incluye como que es un medicamento adecuado y preciso para el tratamiento de alguna enfermedad del paciente, estos tienen las características de nivel básico en cuanto a eficacia, seguridad, calidad y accesibilidad.

Además, la Ley General de Salud (Ley N° 26842) (14) expresa las disposiciones para poder acceder a la información de precios de medicinas y en cuanto a su denominación común internacional (DS-019- 2001-SA) (15) y el estado peruano estableció lo que es la Política Nacional de Medicamentos (RM N° 1240-2004/MINSA) (16).

La medicina deberá de ser recetada de forma correcta tomando en cuenta la denominación común internacional, donde se precise la forma farmacéutica, la dosificación exacta de acuerdo a las características del paciente a tratar, intervalo de administración y el tiempo que durará la terapia, no olvidando que exista una correcta dispensación y receta vigente.

### **Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria SDMDU**

El SDMDU es definido como un método utilizado en los servicios de salud coordinado y organizado por el área de farmacia para fines del control y dispensación de los medicamentos (17).

Es este sistema de distribución de medicinas el que ofrece la forma para hacer un correcto seguimiento farmacoterapéutico del paciente. Esto ayuda a que exista una intervención de forma oportuna antes que se haga la administración del medicamento al paciente, este es el sistema más seguro que tiene el paciente, viene a ser el más eficiente en lo económico y el método que usará de forma efectiva la capacidad de los profesionales (18).

El SDMDU viene a ser el sistema que ayuda a la dispensación de medicinas que entrega un envase, este medicamento posee una dosis única e individualizada que ha sido preparada por el servicio de farmacia y es otorgado a la enfermera responsable para que ejerza la administración al paciente (19).

En base a este sistema se entrega a cada paciente la cantidad que es necesaria para un lapso de 24 horas. Para realizarlo va a depender de cada hospital y sus características y circunstancias propias como también de sus necesidades (19).

El Químico Farmacéutico participa dentro de un grupo multidisciplinario de salud, puede intervenir la farmacia clínica como una especialidad del área, la base esencial para ello es hacer uso racional del medicamento. La atención primaria viene a ser un área donde se aplica la farmacia clínica hospitalaria, lo cual incluye la atención primaria en salud considerando a las características que están



vinculadas al medicamento y al uso racional del mismo. Para hacer la distribución de medicamentos en forma de una dosis unitaria vamos a usar una prescripción que es de forma individual en la mayor parte de las recetas, de los pacientes exigiendo un control sobre la medicación (20).

De esta manera el Químico Farmacéutico puede dar garantía y tomar responsabilidad técnica del funcionamiento del SDMDU llevado a nivel del Hospital, de esta forma se tiene una activa participación (20).

### **Objetivos del Sistema de Dosis Unitaria**

- a) Hacer una reducción en las equivocaciones en cuanto a la prescripción, dispensación y administración de las medicinas.
- b) Ahorrar tiempo para la atención de la enfermera.
- c) Hacer control para el uso de medicamentos.
- d) Da acceso a que el profesional Químico Farmacéutico de mayor atención y seguimiento al paciente.
- e) Permitir que el Químico Farmacéutico puede relacionarse con otros profesionales de la salud (19).

### **Dispensación de Medicamentos en un Sistema de Dosis Unitaria**

Acto farmacéutico de proveer a la unidad de enfermería una cantidad de medicamentos suficiente para una dosis, en un compartimiento individual y en el momento oportuno previo a la administración programada (17).

La dispensación de medicamentos viene a ser un proceso por el cual existe una dosis unitaria la cual viene a ser un acto profesional para la preparación y distribución de las dosis desde el área de farmacia hasta las unidades de enfermería. Si este proceso se diseña bien va a eliminar muchos errores en cuanto a la administración. En la actualidad el papel del Químico Farmacéutico es cumplir con su tarea importante para reducir las equivocaciones en la prescripción gracias a la validación de las ordenes médicas que van a ser dispensadas (18).

Se puede precisar que los sistemas de distribución de medicinas cuando son en dosis unitarias pueden realizarse por dispensación centralizada o descentralizada (21).

Se dice que una dispensación viene a ser considerada como centralizada si es que hay acciones que se realizan dentro del hospital, como, por ejemplo:

- La interpretación y revisión de la orden médica
- El mantenimiento del perfil fármaco-terapéutico
- La preparación de las dosis unitaria (19).

La dispensación se dará de forma descentralizada si es que las funciones se realizan en varias farmacias satélites que pertenecen al hospital. La farmacia central es la encargada de dar apoyo a las farmacias descentralizadas en lo concerniente al envase de la dosis unitaria y preparación de fórmulas magistrales, entre otros (19).

Es mucho más sencillo hacer la supervisión de un sistema centralizado, de esa manera se tiene la ventaja de tener más contacto con los médicos y enfermeras favoreciendo así el desarrollo de la Farmacia Clínica (21).

Cuando hacemos uso del sistema de dosis unitaria el profesional Químico Farmacéutico asumirá con más responsabilidad el control de las medicinas (19). Para lograr que el profesional Químico Farmacéutico de dispensación de forma correcta y luego el personal de enfermería ejecute una eficiente administración de la medicación dispensada, el médico debe hacer la prescripción de acuerdo a los datos y dar instrucciones claras (21).

Haciendo uso de los SDMDU se puede lograr una correcta comunicación interprofesional. El Servicio de Farmacia puede recibir una copia de la orden médica, el médico expresa al Químico Farmacéutico lo que es necesario dispensar en cada paciente haciendo uso de una copia de la orden y la enfermera comunica si es que hubiera alguna observación relacionada con la medicina la cual debe ser de conocimiento del Químico Farmacéutico (21).

### **Formatos del SDMDU**

Buscando que el sistema sea eficaz debemos reconocer que las herramientas con las cuales se pueda llevar a cabo un control actividades, de esta manera

tendremos un mejor control del trabajo de los profesionales, usando los siguientes formatos (18):

- a. Hoja donde figure la prescripción.
- b. Ficha que consigne el perfil farmacoterapéutico.
- c. Hoja de registro para la devolución de medicamentos.
- d. Hoja de ubicación y desplazamiento del paciente.
- e. Ficha que sirva para el control de botiquín de emergencia y stock de planta.
- f. Hoja para el control de la intervención farmacéutica (18).

### **Función del SDMDU**

El sistema de distribución de medicamentos de acuerdo a dosis unitaria tendrá los siguientes objetivos: (22,23)

- Brindar más seguridad y adecuado uso de las medicinas en el preciso momento que son prescritos hasta el momento que llega al paciente.
- Brindar mayor libertad de tiempo a las enfermeras para que atiendan con responsabilidad que es acorde a su profesión.
- La creación de un sistema que tenga la responsabilidad de hacer el soporte de calidad para la mejora de salud de los pacientes, a un costo razonable.
- Usar las capacidades del profesional Químico Farmacéutico, en toda su capacidad, como miembro importante del personal de salud.
- Hacer un trabajo racional en la terapéutica farmacológica y la distribución de medicinas.
- Incrementar el control de los medicamentos.
- Garantizar que se cumpla con toda la prescripción.
- Procurar que se efectúe una correcta administración de medicinas a los pacientes.
- Establecer un seguimiento del tratamiento farmacológico.
- Fortalecer el papel del Químico Farmacéutico en el equipo de salud.
- Reducir el costo de la medicación.
- Almacenar los medicamentos bajo condiciones que mantengan su calidad y la de los envases, y permitan el fácil acceso de cada uno de ellos dentro de las farmacias.

- Ubicar los puntos de almacenamiento de medicamentos, de manera tal, que se haga.
- Uso óptimo de las instalaciones disponibles y al mismo tiempo facilite la entrega a las instituciones periféricas.
- Reducir al mínimo de las pérdidas de medicamentos debido al deterioro y vencimiento de los productos fechados, utilizando prácticas sanas de manejo de materiales (22,23).

### **Ventajas y limitaciones del SDMDU**

Ventajas:

Sabemos que el sistema más seguro es el sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria, además de ser el más cómodo, demuestra que es eficaz para la distribución de la medicina. Es reconocido como el mejor, ofrece ventajas diversas (24).

a. Ventajas para el Médico:

- El médico tiene la seguridad de que las medicinas que administra están de acuerdo con los prescritos.
- Da seguridad de que lo que fue prescrito será administrado a la hora precisa.
- Tiene la ayuda de un Químico Farmacéutico.
- Ya que no hace prescripciones diarias, aprovechará de una mejor manera el tiempo en realizar tareas que son muy vinculadas a su profesión (25).

b. Ventajas para el Químico Farmacéutico:

- Incrementa su intervención profesional.
- Reconoce las características con los pacientes pues tiene mayor contacto con la atención de personal y con el servicio (seguimiento terapéutico cercano).
- Se vinculará con las enfermeras y los médicos de una manera integral, como parte del equipo de salud.
- Realiza un trabajo de docente, pues está actualizado y su labor es eficaz al estar dirigida a las enfermeras y a los médicos.
- Hay una correlación entre los estudios que tiene con los que aplica en su desarrollo profesional (26).

c. Ventajas para la Enfermera:

- Minimizar el tiempo en la preparación y control de las medicinas.
  - No existen inconvenientes en cuanto al stock, ni al almacenamiento de productos, al almacenamiento de medicinas.
  - Tiene la seguridad de que los medicamentos adecuados para cada paciente estarán dispuestos a la hora precisa.
  - Tiene el apoyo de un equipo de salud y tendrá cercano el apoyo para consultar las dudas vinculadas a las medicinas (26).
- d. Ventajas para el paciente:
- Posee una gran seguridad en cuanto a las sesiones de terapia, los errores serán mínimos.
  - No causa molestias la administración de las medicinas (26).
- e. Ventajas para el hospital:
- Se incrementará la rotación de las camas y se incrementa la labor asistencial.
  - Se reducen los costos por estancia de los pacientes.
  - Hay un incremento en el prestigio asistencial.
  - Disminuyen mucho los costos en cuanto a la terapéutica medicamentosa (26).
  - Nombre y dirección del establecimiento.
  - Medicamento con nombre genérico.
  - Vía de administración y forma farmacéutica.
  - Contenido y concentración final.
  - Almacenamiento con indicaciones especiales, la preparación y administración.
  - Fecha de expiración.
  - Número de lote.

**Atención mediante el SDMDU en el Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa.**

Integración al equipo multidisciplinario del Químico Farmacéutico durante la visita médica.

Propósito:

- Identificar, solucionar y hacer prevención de posibles problemas que pueden ser reales o vinculados con medicinas.

- Promover el uso racional de medicamentos.
- Brindar la información sobre la disponibilidad de medicamentos y sus posibles alternativas, así como orientar aquellas que se encuentren dentro del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME.

El Químico Farmacéutico tiene participación en la visita dando la información necesaria al médico especialista.

- Medicinas que se encuentra o no dentro del petitorio del Hospital.
- Brindar informes acerca de las interacciones con medicamentos y posibles riesgos que hubiere en el proceso de prescripción dependiendo del caso.
- Garantizar el acceso de medicamentos y notificar al área que corresponda en caso de desabastecimiento.

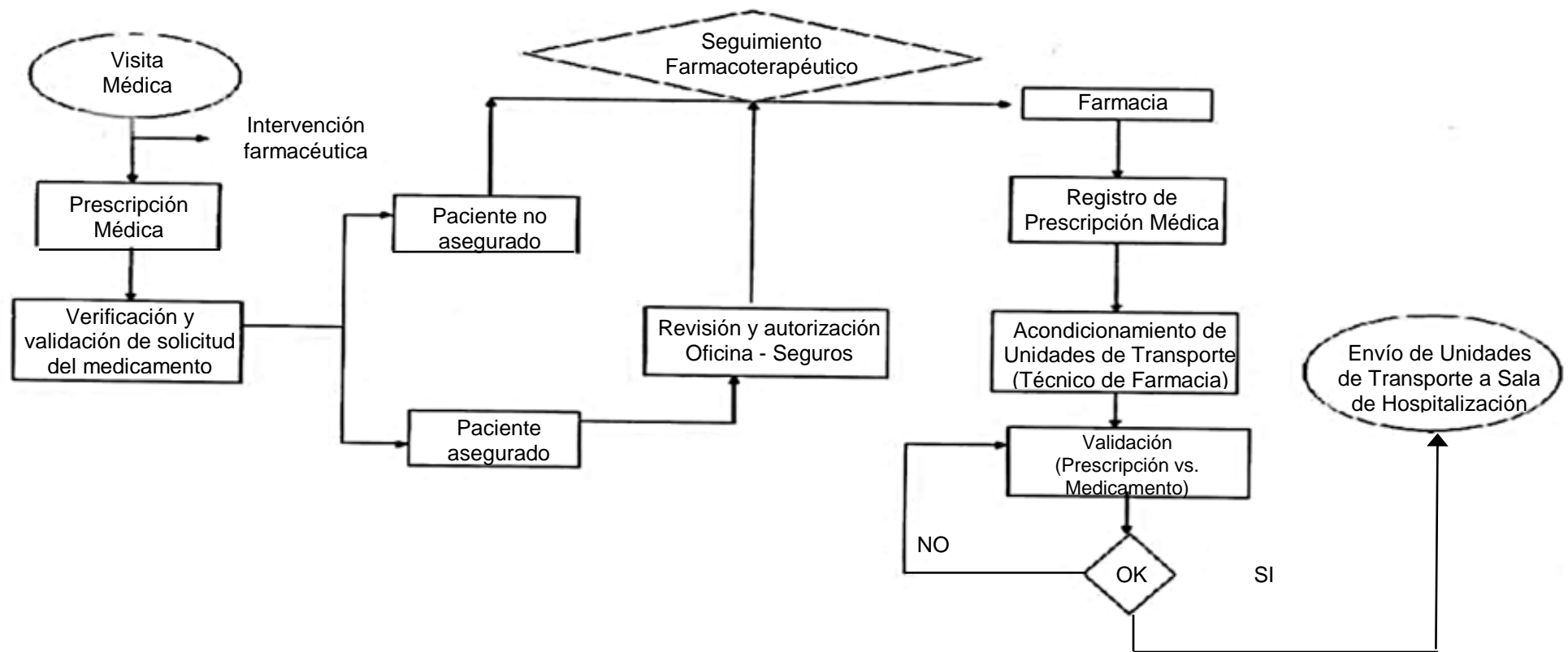


Figura 1. Diagrama de flujo de la dispensación en Dosis Unitaria del “Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa”.

Definiciones:

- Un aporte dentro del equipo multidisciplinario viene a ser la intervención farmacéutica en la visita médica, esto es en forma personalizada.
- La prescripción: Interpretación y validación.

Saber cuáles son las dosis de los medicamentos que fueron recomendadas por el médico especialista en la visita, ya sea en las 24 horas de tratamiento o la que indique el especialista.

Descripción de procedimientos:

- La prescripción médica será anotada en un formato de recetas.
- Interpretación la prescripción médica la cual será recibida por el paciente para dosis exacta dentro de sus 24 horas.
- Dar un visado a la receta médica, ella contará con sello y firma del Químico Farmacéutico quien será responsable de la dosis unitaria.
- En caso que el paciente tenga la medicina solicitada se le transcribe lo prescrito, pero ya no se le dispensa. (27).

### **Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME**

En la medida que se dispongan las medicinas con un carácter adecuado y necesario, se ofrecerán beneficios orientados a la salud (28).

Hay una cantidad de medicinas que ayudan a salvar vidas y restablecen la salud (28).

Los medicamentos son esenciales e importantes, debido a que se encuentran cumpliendo una función sanitaria indiscutible. Asimismo, los medicamentos pueden ser identificados, en vista a que satisfacen las necesidades prioritarias de la población, por ello estos cuentan con eficacia y son aceptadas por ser seguros, deben tener disponibilidad y estar cerca a la gente que lo necesite (28). Es así que la variedad de medicinas bien seleccionada ayuda a mejorar la cantidad de atención, se mejora la gestión de medicinas y aprovechar de mejor manera los recursos sanitarios. Hay muchos estudios que son usados para sustentar el impacto de las Listas de Medicamentos Esenciales, esto será de mucha importancia en ambientes donde haya escasos recursos que orientan a la investigación, producción, adquisición y estrategias de acceso a estos medicamentos (28).



La selección de los medicamentos es una etapa esencial, es fundamental dentro de una política farmacéutica nacional, de esta manera se ayuda a definir las prioridades dentro de un sistema sanitario y el uso adecuado de medicinas es parte de un componente más costo-efectivo de la atención sanitaria moderna (29).

En nuestro país, para seguir con la Política Nacional de Medicamentos, se hizo la incorporación de lo que son las medicinas esenciales, se establece que es parte de la estrategia para impulsar el acceso racional y universal de las medicinas a nivel nacional. Para ellos se dará prioridad a tener una lista única de medicinas esenciales para las instituciones del sistema público de salud (29).

Para este fin es que se hizo la convocatoria a las instituciones públicas del Sector Salud, para poder revisar y dar actualización del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME para el Sector Salud, este documento tendrá como finalidad el promover la racionalidad con el uso, viéndolo desde lo farmacológico (efecto en el paciente) y gasto que puedan tener los organismos públicos con un punto de vista en la salud pública. Este representa un documento normativo en la prescripción, dispensación y utilización de medicamentos para distintos niveles de atención dentro de los establecimientos de salud del Sector Salud (28).

El Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME vigente se aprobó el 28 de Diciembre 2018, con la Resolución Ministerial 1361-2018/MINSA.

El presente documento técnico tiene un total de 742, medicamentos contenidos en 32 Grupos Farmacoterapéuticos.

### **Glosario de términos**

**Prescripción Médica:** Es el resultado de un proceso lógico-deductivo mediante el cual el prescriptor, a partir del conocimiento adquirido, escucha el relato de síntomas del paciente, realiza un examen físico en busca de signos, concluye en una orientación diagnóstica y toma una decisión terapéutica.

**Denominación Común Internacional (DCI):** Nombre común para los medicamentos por la Organización Mundial de la Salud, y no es identificado por

un nombre de marca, el principio activo tiene la forma farmacéutica, posología, dosis y vía de administración. (6).

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): Especifica la clasificación de las enfermedades por medio de códigos, así como una diversidad de signos, síntomas, hallazgos anormales, causas externas de daños y/o enfermedades, denuncias, circunstancias sociales. El CIE 10 se refiere a la décima versión (30).

Dispensación: El Farmacéutico es el profesional responsable de la dispensación de los medicamentos, que han sido prescritos en una receta única estandarizada o receta de ley de estupefacientes y psicotrópicos o en las hojas de prescripción médica, para los pacientes hospitalizados o ambulatorios. Asimismo, el Químico Farmacéutico tiene la responsabilidad de orientar y comunicar al paciente sobre la correcta utilización de los medicamentos prescritos, sus reacciones adversas, sus condiciones de conservación, así como sus interacciones medicamentosas. (10)

Indicación farmacéutica: implica la ayuda al paciente en la correcta toma de decisiones para el autocuidado de su salud.

Seguimiento Farmacoterapéutico: Se basa en una mayor implicación del farmacéutico en el resultado del tratamiento farmacológico y el registro sistemático de la terapia que recibe el paciente.

Hoja de Prescripción: Este formato se utiliza en el SDMDU para el tratamiento farmacológico y no farmacológico que corresponde a las 24 horas, además debe de estar incluida en la Historia Clínica del paciente (10).

## - Estudios antecedentes

### **Antecedentes Internacionales**

**Dávila (2018)** en su estudio “Evaluación del Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción en el área de farmacia de Emergencia del Hospital de Huaycán; Enero - Marzo 2016” tuvo como **Objetivo:** Evaluar el cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción en el Hospital de Huaycan, en el área correspondiente a farmacia de emergencia, en el periodo de Enero a Marzo 2016. **Método:** Es un estudio de tipo descriptivo – retrospectivos y un diseño observacional, transversal. Se evaluaron 25,060 recetas médicas que fueron

dispensadas en el área de farmacia de emergencia del Hospital de Huaycán, y luego analizadas para detectar las deficiencias de acuerdo a una lista de chequeo basado en el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción del Ministerio de Salud del Perú. **Resultados:** De las prescripciones dispensadas se encontró que de 25,060 (100%), 23,890 de ellas (95,35%) contenían al menos una deficiencia. Los tipos de deficiencia en la Buenas Prácticas de Dispensación encontradas en alto porcentaje son las relacionadas a los datos del paciente (apellidos y nombres, género, edad y diagnóstico) en un 95,33%; deficiencias en las Buenas Prácticas de Prescripción relacionadas a los datos del medicamento (frecuencia y duración del tratamiento ) en un 32,6% (no especifica los días de tratamiento); deficiencias en las Buenas Prácticas de Prescripción relacionadas a la legibilidad de la escritura, en 26%. **Conclusiones:** Se concluye que existe un alto porcentaje de deficiencias en las Buenas Prácticas de Prescripción (31). **Agudo (2017)** en un estudio o realizado en Guayaquil, Ecuador, titulado “Errores en la prescripción de medicamentos en pacientes internados en el Hospital Mariana de Jesús” tuvo como **Objetivo:** Identificar en el Hospital “Mariana de Jesús” errores en la prescripción de los medicamentos para los pacientes internados de dicho nosocomio. **Método:** El estudio fue de tipo descriptivo y de intervención. Se especificaron los factores influyentes en la calidad de prescripción ara ello se aplicó un cuestionario a 60 profesionales médicos, precisando que tales factores son el poco conocimiento del Químico Farmacéutico, la escasa capacitación y las indicaciones declaradas verbalmente a los pacientes. **Resultados:** Como resultado de la observación y análisis de una muestra de 3305 recetas, se cuantificaron 2205 errores de prescripción, siendo los más frecuentes: la legibilidad en la receta con un 15% (330 recetas), así como omisión de la vía de administración con un 17.7% (390 recetas) y la omisión de la dosis con un 19% (420 recetas). Otros de los errores son la identificación del paciente con un 8.0% (176 recetas). **Conclusiones:** Luego de aplicar una estrategia de intervención farmacéutica se concluye que por medio de esta se mejoró la calidad de la prescripción debido a que los errores de prescripción se redujeron en un 35% (32).

**Lanza, Rodríguez, Prado, Poma, Quiróz y Quispe (2015)**, en su investigación que lleva como título “Evaluación del grado de buena prescripción médica en 5

hospitales universitarios de tercer nivel de la ciudad de la Paz” tuvo como **Objetivo:** Establecer el grado de cumplimiento de Buenas Prácticas de Prescripción Médica. **Método:** Se evaluaron la prescripción en 220 recetas de cinco hospitales universitarios de tercer nivel en la Paz (Bolivia). Su estudio, de tipo descriptivo y retrospectivo en cuanto la evaluación de recetas. **Resultados:** Entre sus resultados se observa que el 37.27 % (82 recetas) no identifican al prescriptor, el 66,82 % (147 recetas) no señala el origen de la prescripción, 15 % (33 recetas) no presenta nombre del paciente, 80,91 % (188) no incluye la edad del paciente, 10,91 % (24 recetas) sin nombre genérico del medicamento, 70% (154 recetas) sin diagnóstico, 80.91 % (188 recetas) sin nombre comercial, 5,45 % (12 recetas) no contaban con nombre completo ni firma del prescriptor, 40.91% (90) no presenta la potencia (dosis) del medicamento, 13,64 % (30 recetas) sin fecha, 29.54 % (65 recetas) con letra no legible. **Conclusiones:** Se concluye que este alto índice de incumplimiento de las normas de buena prescripción señaladas por las regulaciones antes mencionadas y que el formulario de la prescripción médica que se utiliza en los diversos servicios médicos que forman parte del estudio, carece de la debida eficiencia, en lo que respecta a la guía y modelo recomendado por la OMS (33).

**Machado, Moreno y Moncada (2015)** en su estudio “Errores de medicación identificados por un sistema de farmacovigilancia de Instituciones hospitalaria en Colombia” tuvo como **Objetivo:** Analizar los errores de medicación reportados a un sistema de farmacovigilancia por 26 hospitales para pacientes en el sistema de salud de Colombia. **Método:** Se analizó un sistema de farmacovigilancia para 26 centros hospitalarios que conforman el sistema de salud de Colombia. El estudio de tipo retrospectivo entre el periodo del año 2008 al 2013. **Resultados:** Entre sus resultados se identifica que el error de prescripción se evidencia para un 37.3 % (1,758 recetas) de la muestra. **Conclusiones:** Como conclusión se recomiendan crear estrategias para la prevención de estos errores medicación y a promover más reporte de errores medicación (34).

**Ross, Ryan, Duncan, Francis, Johnson, et al. (2013)** en su investigación “Causas percibidas de errores de prescripción por parte de médicos junior en pacientes hospitalizados: Un estudio del programa PROTECT” tuvo como

**Objetivo:** Reportar las causas percibidas de errores de prescripción por médicos jóvenes del programa protect en 8 hospitales escoceses. **Método:** Los errores de prescripción fueron recogidos por los farmacéuticos durante 14 meses, fueron entrevistados 40 médicos responsables con aproximadamente 100 errores específicos. **Resultados:** Respecto a las condiciones de errores el ambiente de trabajo fue identificado como un aspecto importante por todos los médicos, especialmente la carga de trabajo y las presiones de tiempo. Los factores de equipo incluyeron múltiples individuos y equipos involucrados con un paciente, mala comunicación, mala conciliación de los medicamentos y documentación y siguiendo instrucciones incorrectas de otros miembros. El factor principal fue la escasa disponibilidad de información sobre el fármaco en el momento de la admisión y el factor del paciente más frecuente fue la complejidad. **Conclusiones:** Este estudio ha enfatizado la complejidad de los errores de prescripción y la amplia gama de condiciones que producen los errores en los hospitales, incluyendo el entorno de trabajo, el equipo, la tarea, el individuo y el paciente. Recomiendan más trabajo para desarrollar y evaluar intervenciones que aborden estas posibles causas con el fin de reducir las tasas de error de prescripción (35).

### **Antecedentes Nacionales**

**Jiménez y Bazán (2017)**, en su estudio que lleva con título “Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Santé Mayo- Julio 2016” tuvo como **Objetivo:** Determinar el porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas de Prescripción del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante durante Mayo – Julio del 2016 **Método:** Mediante un estudio retrospectivo, observacional y transversal, determinaron el porcentaje de cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción del Programa de Atención Ambulatoria en una Clínica privada. **Resultados:** Los resultados de la investigación indicaron 100 % cumplimiento con el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción, 90.5 % no presentan datos incompletos, al 5.5 % le falta la forma farmacéutica, 22 % no cuenta con la concentración del principio activo, el 2.5 % la dosis y la forma farmacéutica y 93.5 % muestran letra ilegible. **Conclusiones:** Se reportaron el cumplimiento de

las Buenas Prácticas de Prescripción, no obstante, no es total, existen algunas deficiencias que se pueden mejorar con una buena capacitación (36).

**Julca e Ynga (2017)**, en su investigación “Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción en pacientes de Consulta Externa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en Enero del Año 2017” tuvo como **Objetivo:** Determinar el cumplimiento de “Buenas Prácticas de Prescripción” a partir de la evaluación de recetas estandarizadas que fueron expedidas por personal médico del área de Consultorio externo del INEN (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas). **Método:** Se realizó un estudio transversal – retrospectivo, observacional y descriptivo en el que se analizaron 1065 recetas únicas estandarizadas, las cuales se tomaron para la realización del estudio debido a que cumplieron con los criterios de inclusión. Se usó una ficha de recolección de datos, en la que se incluyen los 4 indicadores para determinar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de prescripción del Servicio de Consulta Externa. **Resultados:** Según los resultados obtenidos en el indicador 1 datos del paciente reveló que el 100% cumple con apellidos y nombre, el 98.87 cumple con historia clínica, el 32.81% cumple con la edad, el 52.39% cumple con el tipo de usuario, el 55.59% cumple con el tipo de atención, el 51.36% cumple con la especialidad médica y el 95.96% cumple con diagnóstico del paciente. Los porcentajes obtenidos del Indicador 2 sobre datos del medicamento fueron: el 99.06% cumple con denominación común internacional, el 95.31% cumple con concentración, el 95.77% cumple con forma farmacéutica, el 59.25% cumple con dosis, el 43.38% cumple con vía de administración y el 59.34% cumple con frecuencia. El indicador 3 de datos del médico prescriptor mostró que el 99.53% cumplen apellidos y nombres del médico, el 99.53% cumple con colegiatura medica del prescriptor, el 99.53% cumple con el sello, el 99.62% cumple con la firma y el 99.62% cumple con la fecha. En el Indicador 4 otros, el 99.06% cumple con el uso de letra legible y el 77.18% consignan el no uso de siglas. **Conclusiones:** En conclusión, la aplicación del presente trabajo de tesis demostró que no se cumplen las normas de buenas prácticas de prescripción en recetas estandarizadas médicas (30).

**Collanque (2016)**, en su estudio titulado “Cumplimiento y Conocimiento del Médico en Relación con las buenas Prácticas de Prescripción en las recetas de Pacientes hospitalizados del Hospital Militar Central 2016” tuvo como **Objetivo:** Evaluar la relación entre el cumplimiento y conocimiento del médico sobre las buenas prácticas de prescripción según las recetas de pacientes hospitalizados en el Hospital Militar Central. **Método:** El tipo de estudio utilizado es el descriptivo y el nivel de investigación es de tipo correlacional, aplicándose el diseño de tipo transversal, retrospectivo y observacional. La población estuvo conformada por la totalidad de las recetas de la farmacia, seleccionándose 28,672 recetas, así como a 110 médicos de pacientes hospitalizados del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” durante un periodo de 8 meses (de abril a diciembre 2016). El tipo de muestreo corresponde al no probabilístico, cuya técnica de muestreo por conveniencia. **Resultados:** Se halla una relación significativa en el conocimiento y cumplimiento del médico entre las buenas prácticas de prescripción en las recetas de los pacientes hospitalizados. Para el primer objetivo se halló que los médicos del departamento de oncología no tenían un conocimiento acerca de las buenas prácticas de prescripción con (18%) y el departamento de oncología fue el servicio que tenía mayor error de prescripción con (18.9 %). Para el segundo objetivo se observó que los médicos del departamento de cuidados intensivos coronarios conocían acerca de las buenas prácticas de prescripción con (22.8%) y tenía una tasa de errores de prescripción con (13.6%). **Conclusiones:** Concluye: a) Existe una relación inversamente significativa entre el cumplimiento y conocimiento del médico con las buenas prácticas de prescripción; b) en el departamento de oncología existe bajo conocimiento y cumplimiento del profesional médico acerca de las buenas prácticas de prescripción; c) en la unidad de cuidados intensivos coronarios existe una relación con el alto conocimiento y cumplimiento de los médicos acerca de las buenas prácticas de prescripción (8).

**Pinedo, Romero y Merino (2014)**, llevaron a cabo una investigación titulada “Cumplimiento de buenas prácticas de prescripción en pacientes hospitalizados” con el **Objetivo:** Identificar y establecer la existencia de deficiencias en la ejecución de las buenas prácticas de prescripción en la Clínica Internacional, en su sede de Lima. **Método:** Se analizaron el 100 % de las recetas (4,644) de

clínicas de abril a junio 2013, **Resultados:** Se reportan que 1.14% (53) cumplía con las buenas prácticas de prescripción, por tener uno o más errores de prescripción. **Conclusiones:** Concluyen la clínica no cumplía con las buenas prácticas de prescripción y que el problema debe ser corregido, para evitar futuros errores que podrían poner en peligro la salud para el paciente (37).

## - **Importancia y justificación de la investigación**

### **Importancia**

Esta Investigación sustenta su relevancia en que se determinará el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción (BPP) en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre, año 2018, y lo que a su vez conllevará a un uso correcto de los medicamentos en el paciente a fin de disminuir los errores de medicación.

De esta manera, la investigación ofrece un reporte acerca del cumplimiento de las BPP, lo cual facilitará se tomen medidas preventivas no solamente para disminuir los errores, sino para promover el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción.

### **Justificación**

Las Buenas Prácticas de Prescripción (BPP), especialmente en dosis unitaria, considerado un acto complejo para el profesional de la salud, requiriéndose además de los conocimientos necesarios, la suficiente experiencia, así como otras habilidades, actitud regida por la ética profesional y la responsabilidad en el cumplimiento de sus funciones (2).

De este modo, la responsabilidad legal recae sobre el prescriptor, tomándose en cuenta que en su calidad de profesional de salud cuenta con la información actualizada e independiente y, a partir de ella obtenga los conocimientos, destrezas, así como la suficiente capacidad para atender a los problemas que presente el paciente, ofreciéndole el adecuado marco terapéutico. (3).

Debido a que en el Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, asume también la responsabilidad de tomarse en cuenta eficaz y eficientemente las Buenas



Prácticas de Prescripción, se debe velar inicialmente por el completo conocimiento del Manual de las Buenas Prácticas de Prescripción, a fin de que se evite cometer cualquier error durante la prescripción de este modo evitarse también daños a la integridad física del paciente y los subsecuentes gastos de la institución de salud para cubrir tales daños (8).

Es por ello que el presente trabajo de investigación está orientado a evaluar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción en Dosis Unitaria por parte del profesional de la salud y de este modo se llegue a ofrecer una terapia con calidad que el paciente requiere (10).

En este entorno multidisciplinar, el farmacéutico ha de reportar conocimiento y habilidades específicas para mejorar la calidad de vida a los pacientes en relación con la farmacoterapia y sus objetivos.

#### - **Objetivo del estudio**

##### **Objetivo General**

Evaluar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción (BPP) en dosis unitaria en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.

##### **Objetivos Específicos**

- a) Determinar el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan datos del paciente (apellidos y nombres, diagnóstico, historia clínica y edad).
- b) Determinar el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan las características terapéuticas del medicamento (denominación común internacional (DCI), concentración del medicamento, frecuencia de la dosis, vías de administración y forma farmacéutica).
- c) Determinar el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan los datos del prescriptor (apellidos y nombres, número de colegiatura, firma y sello).
- d) Determinar el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria presentan letra legible y uso de siglas.

- e) Determinar el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que se adecuan a los lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME.

- **Hipótesis de investigación**

**Hipótesis General**

Existe un alto cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción (BPP) en dosis unitaria evidenciado en las prescripciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio - Septiembre 2018.

**Hipótesis Específicas**

- a. Existe un alto porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan datos del paciente (apellidos y nombres, diagnóstico, historia clínica y edad).
- b. Existe un alto porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan las características terapéuticas del medicamento (denominación común internacional (DCI), concentración del medicamento, frecuencia de la dosis, vías de administración y forma farmacéutica).
- c. Existe un alto porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan los datos del prescriptor (apellidos y nombres, número de colegiatura, firma y sello).
- d. Existe un alto porcentaje de prescripciones en dosis unitaria con letra legible y uso de siglas.
- e. Existe un alto porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que se adecuan a los lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME.

## II. MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1. Enfoque y Diseño

Para la presente investigación se utilizó el enfoque cuantitativo (del latín “quantitas”) vinculado a conteos numéricos y métodos matemáticos para conocer el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción (BPP) en Dosis Unitaria.

El diseño aplicado es el observacional. Se hizo este tipo de diseño porque la investigación ocurre sin la participación del investigador y también los datos obtenidos fueron recogidos a inicio de la investigación. La investigación fue de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, no experimental. El estudio fue retrospectivo. Por cuanto el evento investigado ya ocurrió y el investigador planeo reconstruir su ocurrencia en el pasado utilizando registros o datos. El estudio realizado fue transversal, debido a que se estudia el cumplimiento del prescriptor en relación con las Buenas Prácticas de Prescripción y se obtuvo la información en un periodo de tiempo de Junio a Septiembre del 2018.

### 2.2. Población, muestra y muestreo

#### 2.2.1. Población

Fueron las hojas de prescripción médica realizada a los pacientes entre los meses de Junio a Septiembre del Año 2018, en las áreas de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) – Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) Medicina y Neurocirugía. En total fueron N= 2010 prescripción.

#### 2.2.2. Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * (1 - p)}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * (1 - p)}$$

Dónde:

$N = 2010$

$Z = 1.96$  Es el percentil de la distribución normal para un nivel de confianza del 95 % en la estimación del porcentaje de cumplimiento.

$P = 0.4034$  proporción referencial del porcentaje de cumplimiento, obtenido de las notas Informativas 072, 081, 090 y 102 SDMDU - HEJCU-2018.

$d = 0.05$  es la precisión de la estimación.

$n$  = tamaño de muestra

Reemplazando:

$$n = \frac{2010 * 1.96^2 * 0.4034 * (1 - 0.4034)}{0.05^2 * (2010 - 1) + 1.96^2 * 0.4034 * (1 - 0.4034)} = 312$$

Se revisaron 312 prescripciones médicas de los meses de Junio a Septiembre del Año 2018, en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) – Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) Medicina y Neurocirugía para garantizar una estimación con un nivel de confianza del 95 % y una precisión del 5 %.

### **2.2.3. Muestreo**

El tipo de muestro utilizado es probabilístico aleatorio simple.

Las hojas de prescripción médica por mes fueron asignadas aleatoriamente al tamaño de la población como se muestra a continuación:

Tabla 1. Distribución de la cantidad total de prescripciones a recolectar de forma aleatoria por cada área en dosis unitaria, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.

	Mes	Área				Total prescripciones
		Medicina	UCI	UCIM	Neurocirugía	
Población (N)	Junio	122	84	96	147	449
	Julio	123	117	93	193	526
	Agosto	127	75	100	165	467
	Septiembre	132	111	119	206	568
	Total	504	387	408	711	2010
Proporción de muestreo (Cobertura)	Junio	6,1 %	4,2 %	4,8 %	7,3 %	22,3 %
	Julio	6,1 %	5,8 %	4,6 %	9,6 %	26,2 %
	Agosto	6,3 %	3,7 %	5,0 %	8,2 %	23,2 %
	Septiembre	6,6 %	5,5 %	5,9 %	10,2 %	28,3 %
	Total	25,1 %	19,3%	20,3%	35,4%	100,0%
Muestra (n)	Junio	19	13	15	23	70
	Julio	19	18	14	30	82
	Agosto	20	12	16	26	72
	Septiembre	20	17	18	32	88
	Total	78	60	63	110	312

Número de prescripciones para la muestra. Se recolectaron 312 prescripciones de forma aleatoria.

#### 2.2.4. Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados.
- Atendidos en los servicios de UCI, UCIM, Neurocirugía y Medicina.
- Con prescripciones médicas comprendidas entre los meses de Junio a Septiembre del 2018.
- 

#### 2.2.5. Criterios de exclusión

- Pacientes ambulatorios.
- Atendidos en otros servicios diferentes a los de UCI, UCIM, Neurocirugía o Medicina.
- Con prescripciones médicas diferentes a los meses comprendidos entre Junio a Septiembre del 2018.

## **2.3. Variables**

### **2.3.1. Variable dependiente:**

Cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción.

### **2.3.2. Variable independiente:**

Hojas de prescripción médica.

## **2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

- La técnica utilizada en el presente estudio es la observación y el instrumento utilizado para la recolección de datos es una ficha de recolección de datos (Anexo 3) que incluye los indicadores principales que deben cumplir una prescripción.
- En cada una de las hojas de prescripción médica se procedió a revisar el cumplimiento de los sub indicadores (marcando 1 si cumplen y 0 cuando no cumplen).

## **2.5. Procesamientos de datos**

- Se creó una base de datos en el programa de Microsoft Excel 2017 en el cual se registraron de los indicadores de las hojas de prescripción médica, luego de verificar la consistencia se trasladó a un archivo de datos de programa estadístico SPSS versión 24.

### **2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos**

- Se tramitó una carta de presentación a cargo de la decana de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Norbert Wiener dirigida a la dirección general del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa para realizar el proyecto de tesis. Posteriormente se solicitó un permiso al departamento de farmacia del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa para la realización de dicho proyecto.

### **2.5.2. Aplicación de instrumento de recolección de datos**

- Primero se estableció la valoración administrativa de la situación propuesta: la calidad del registro de la hoja de prescripción del SDMDU del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa del año 2018.
- Luego, utilizando el método de check list se obtuvo como resultado una valoración preliminar de la hoja de prescripción donde encontramos lo siguiente: No colocan la dosis de medicamento requerido; carencia de nombre y/o edad del paciente; nombre incompleto; y no detalle de la forma ni la presentación farmacéutica del fármaco recetado

-

### **2.6. Métodos de análisis estadístico**

- Se elaboró, mediante la estadística descriptiva una tabla de frecuencia de doble entrada y se estimaron porcentajes, además se ilustraron los cuadros mediante diagrama de barras.

### **2.7. Aspectos bioéticos**

- Por la naturaleza de la investigación no existieron problemas éticos ni morales.

### III. RESULTADOS

Tabla 2. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según servicio, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018

Servicio	Junio		Julio		Agosto		Setiembre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Medicina	19	27,1%	19	23,5%	20	27,0%	20	23,0%	78	25,0%
UCI	13	18,6%	18	22,2%	12	16,2%	17	19,5%	60	19,2%
UCIM	15	21,4%	14	17,3%	16	21,6%	18	20,7%	63	20,2%
Neurocirugía	23	32,9%	30	37,0%	26	35,1%	32	36,8%	111	35,6%
Total	70	100,0%	81	100,0%	74	100,0%	87	100,0%	312	100,0%

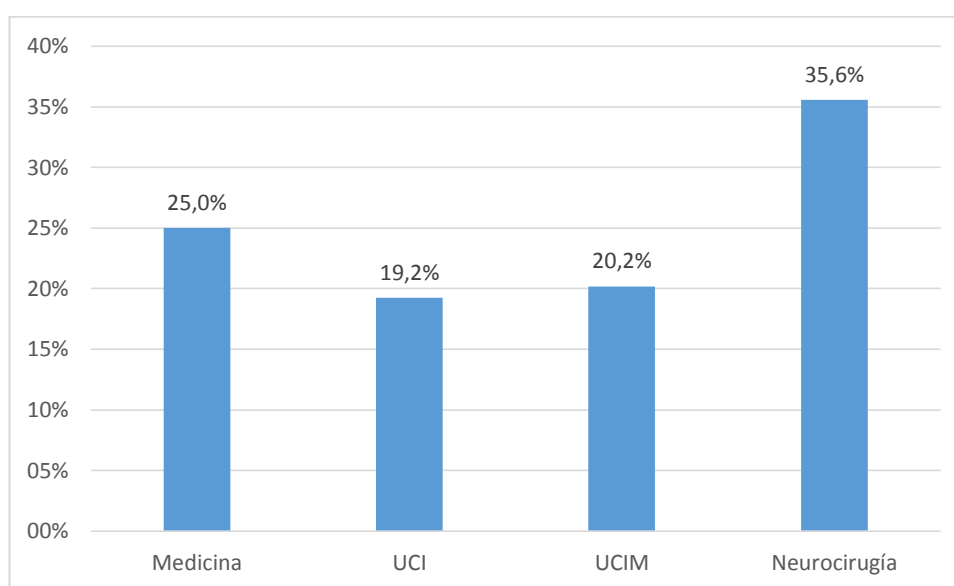


Figura 2. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según servicio, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.

Entre los meses de Junio a Setiembre de 2018 se revisaron 312 prescripciones en dosis unitaria, 25 % (78) del área de Medicina, 19,2% (60) del área Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y 20,2% (63) del área de Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) y 35,6 % (111) fueron del área de Neurocirugía.



Tabla 3. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según datos del paciente Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.

Indicadores	Cumplen	Servicio								Total	
		Medicina		UCI		UCIM		Neurocirugía			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Apellidos y nombres	No	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Si	78	100,0%	60	100,0%	63	100,0%	111	100,0%	312	100,0%
Diagnóstico	No	1	1,3%	2	3,3%	4	6,3%	1	0,9%	8	2,6%
	Si	77	98,7%	58	96,7%	59	93,7%	110	99,1%	304	97,4%
Historia clínica	No	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Si	78	100,0%	60	100,0%	63	100,0%	111	100,0%	312	100,0%
Edad	No	78	100,0%	60	100,0%	63	100,0%	111	100,0%	312	100,0%
	Si	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total		78	100,0%	60	100,0%	63	100,0%	111	100,0%	312	100,0%

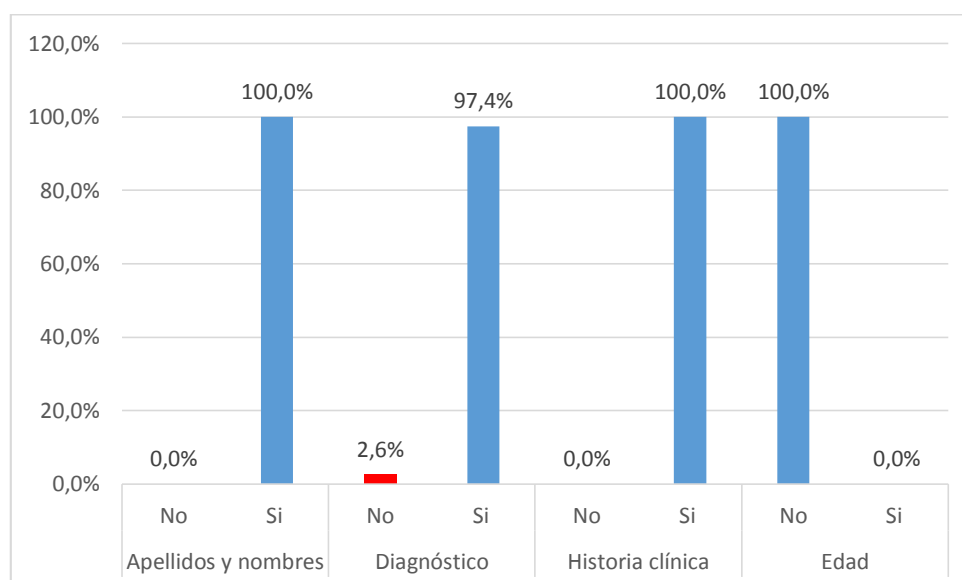


Figura 3. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según datos del paciente, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.

Respecto a los apellidos y nombres e historia clínica del paciente, ambos se encuentran registrados para el 100% (312) de las prescripciones evaluadas.

Respecto a la edad, el 100% (312) de las prescripciones no se encuentra registrada en las hojas de prescripción.

En relación al diagnóstico de la enfermedad del paciente, el 97,4% (304) lo presenta versus el 2,6% (8) que lo omite.

Tabla 4. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según características terapéuticas del medicamento, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.

Indicadores	Cumplen	Servicio								Total	
		Medicina		UCI		UCIM		Neurocirugía		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Denominación común internacional	No	5	6,4%	7	11,7%	5	7,9%	0	0,0%	17	5,4%
	Si	73	93,6%	53	88,3%	58	92,1%	111	100,0%	295	94,6%
Concentración del principio activo	No	3	3,8%	3	5,0%	8	12,7%	0	0,0%	14	4,5%
	Si	75	96,2%	57	95,0%	55	87,3%	111	100,0%	298	95,5%
Frecuencia de la dosis	No	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Si	78	100,0%	60	100,0%	63	100,0%	111	100,0%	312	100,0%
Vía de administración	No	0	0,0%	2	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,6%
	Si	78	100,0%	58	96,7%	63	100,0%	111	100,0%	310	99,4%
Forma farmacéutica	No	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Si	78	100,0%	60	100,0%	63	100,0%	111	100,0%	312	100,0%
Total		78	100,0%	60	100,0%	63	100,0%	111	100,0%	312	100,0%

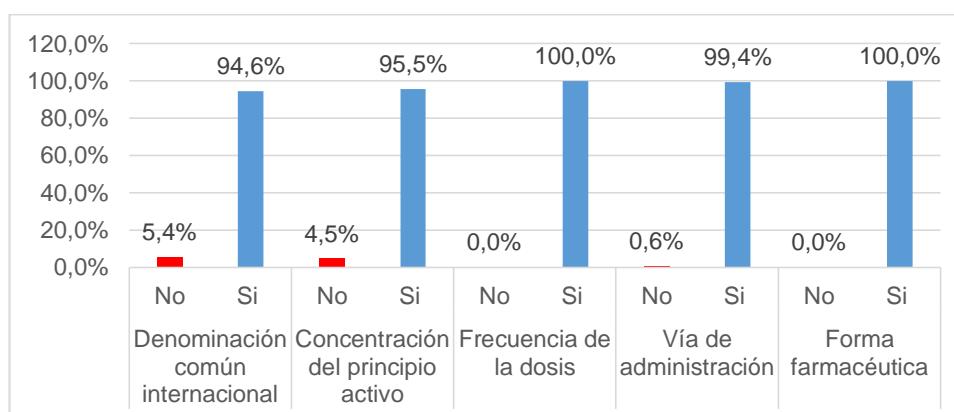


Figura 4. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según características terapéuticas del medicamento, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.

Respecto a la DCI, esta se encuentra presente en el 94,6% de las prescripciones evaluadas versus el 5,4% no se encuentran DCI, en las hojas de prescripción. En relación a la concentración del medicamento, se observa en el 95,5% de las prescripciones evaluadas, versus el 4,5% que carece de esta. En relación a la frecuencia de la dosis y forma farmacéutica, estas se observan en el 100% (312) de las prescripciones médicas. Respecto a la vía de administración del medicamento, esta se encuentra para el 99,4% en las hojas de prescripción versus el 0,6% de ellas, en las que carece este indicador.

Tabla 5. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según datos del prescriptor, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.

Indicadores	Cum- plen	Servicio								Total	
		Medicina		UCI		UCIM		Neurocirugía		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Apellidos y nombres	No	0	0,0%	4	6,7%	3	4,8%	8	7,2%	15	4,8%
	Si	78	100,0%	56	93,3%	60	95,2%	103	92,8%	297	95,2%
N° de colegiatura	No	0	0,0%	4	6,7%	3	4,8%	8	7,2%	15	4,8%
	Si	78	100,0%	56	93,3%	60	95,2%	103	92,8%	297	95,2%
Firma / sello	No	0	0,0%	4	6,7%	3	4,8%	8	7,2%	15	4,8%
	Si	78	100,0%	56	93,3%	60	95,2%	103	92,8%	297	95,2%
<b>Total</b>		<b>78</b>	<b>100,0%</b>	<b>60</b>	<b>100,0%</b>	<b>63</b>	<b>100,0%</b>	<b>111</b>	<b>100,0%</b>	<b>312</b>	<b>100,0%</b>

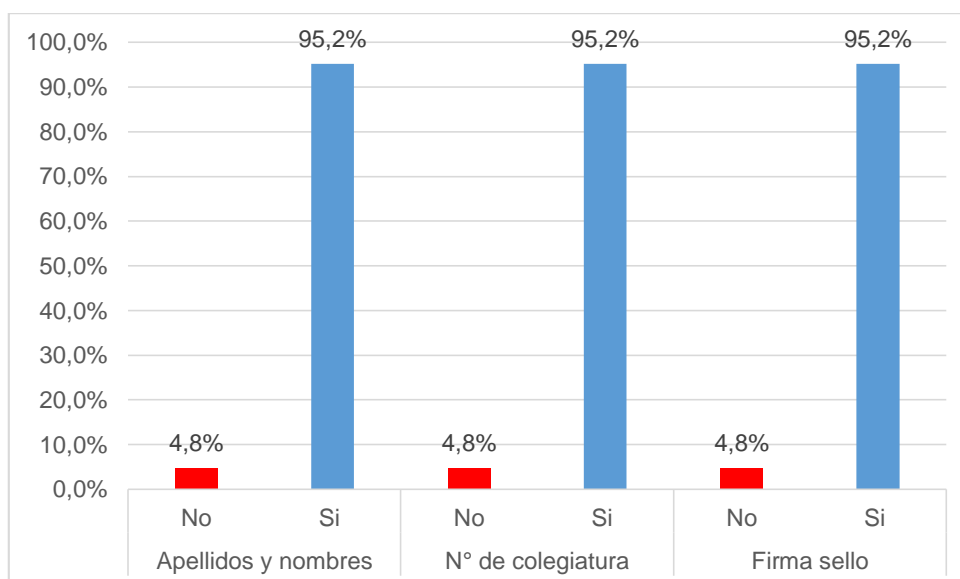


Figura 5. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según datos del prescriptor, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018

El 95,2% (297) presentan los datos del prescriptor (apellidos y nombres, n° de colegiatura, firma y sello) versus el 4,8% (15) prescripciones que no presentan los datos del prescriptor.

Tabla 6. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según letra legible y uso de siglas, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.

Indicadores	Cumplen	Servicio								Total	
		Medicina		UCI		UCIM		Neurocirugía		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Letra legible	No	16	20,5%	6	10,0%	6	9,5%	8	7,2%	36	11,5%
	Si	62	79,5%	54	90,0%	57	90,5%	103	92,8%	276	88,5%
Uso de siglas	No	65	83,3%	46	76,7%	34	54,0%	88	79,3%	233	74,7%
	Si	13	16,7%	14	23,3%	29	46,0%	23	20,7%	79	25,3%
Total		78	100,0%	60	100,0%	63	100,0%	111	100,0%	312	100,0%

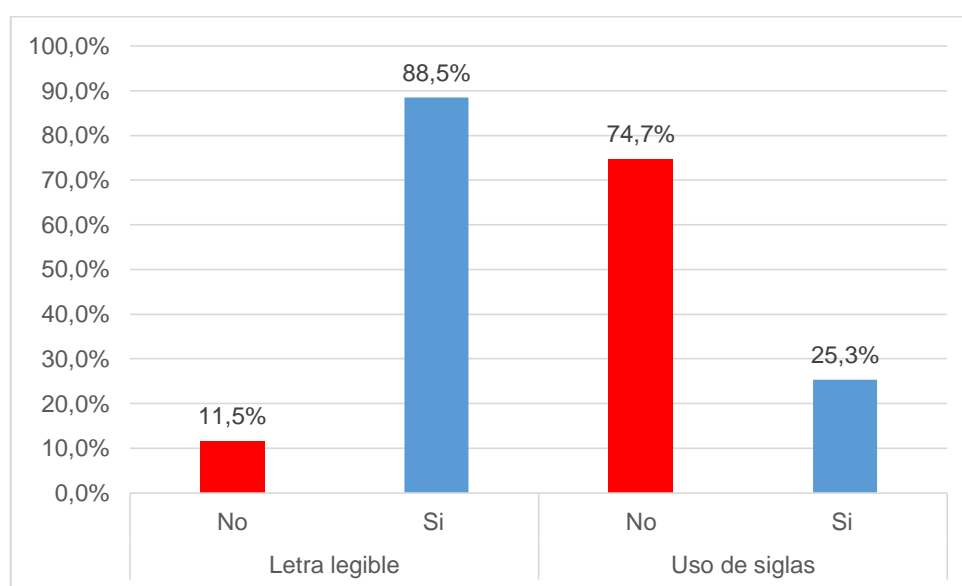


Figura 6. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria según letra legible y uso de siglas, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.

En relación a la letra legible 88,5% (276) hacen el uso de la letra legible versus un 11,5% (36) que no es legible la letra en las hojas de prescripción médica.

En relación a uso de siglas 25,3% (79) si hacen uso de siglas versus un 74,7% (233) no hacen uso de siglas en las hojas de prescripción médica.

Tabla 7. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria que se adecuan a los lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.

Indicadores	Cum- plen	Servicio								Total	
		Medicina		UCI		UCIM		Neurocirugía		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Adecuación a los lineamientos del PNUME	No	24	30,8%	15	25,0%	22	34,9%	20	18,0%	81	26,0%
	Si	54	69,2%	45	75,0%	41	65,1%	91	82,0%	231	74,0%
Total		78	100%	60	100%	63	100%	111	100%	312	100%

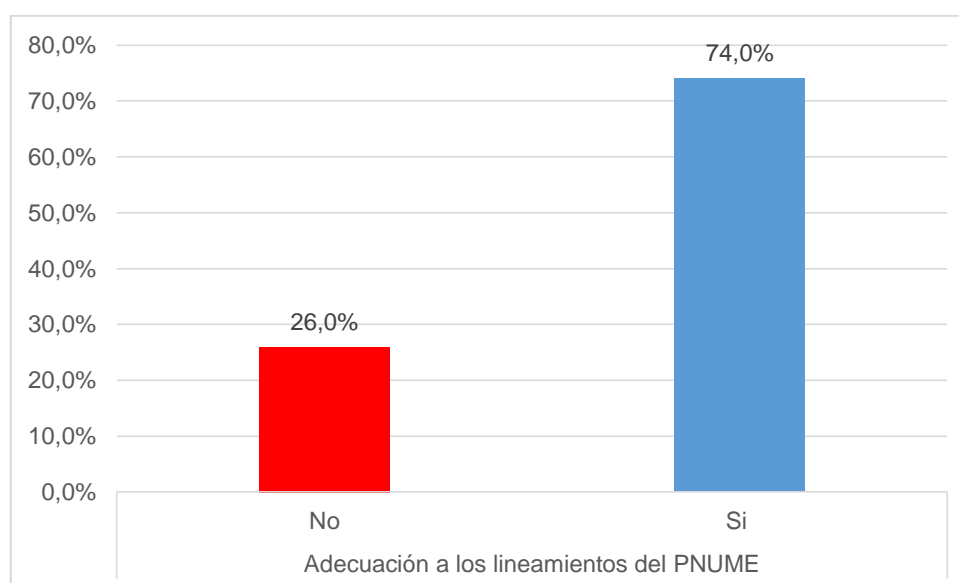


Figura 7. Distribución de las prescripciones en dosis unitaria se adecuan a los lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME, Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.

El 74,0% (231) de los prescriptores que si cumplen con prescribir adecuándose a los lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME a diferencia del 26,0% (81) no cumplen con prescribir medicamentos adecuándose al PNUME.

## IV. DISCUSIÓN

### 4.1. Discusión

El sistema de dispensación en dosis unitaria establece que los médicos prescriben los medicamentos siguiendo las disposiciones del Manual de Buenas Prácticas de Prescripción. El cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción beneficia a los pacientes y a los profesionales de la salud que se involucran en la administración y dispensación de los fármacos.

En vista que se ha reportado estudios donde se evidencia incumplimiento de algunos aspectos de la prescripción en Dosis Unitaria, se ha realizado el presente estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en la farmacia de Dosis Unitaria del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el mismo que tiene como objetivos determinar el cumplimiento con los requisitos necesarios para el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción, entre los cuales se encuentra el consignar correctamente los datos del paciente, las características de los medicamentos, los datos del prescriptor, la letra legible y uso de siglas. Asimismo, en el presente estudio se busca determinar la prescripción de medicamentos que se adecuan a los lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME.

Al revisar la Tabla 1 y Tabla 2, correspondiente a 312 prescripciones en dosis unitaria, 25% (78) del área de Medicina, 19.2% (60) del área Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y 20.2% (63) del área de Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) y 35.6% (111) fueron del área de Neurocirugía que corresponden al período comprendido entre los meses de Junio a Septiembre de 2018.

Respecto al primer objetivo de la presente investigación, En relación a los apellidos y nombres el 100% (312) de las prescripciones consignan dicho dato. Este resultado es similar al obtenido por Julca e Ynga (2017), en cuyo estudio el 100% de las prescripciones cuentan con los apellidos y nombres, debido a que este indicador es fundamental para la identificación del paciente. De esta misma manera, para Lanza et al. (2015) el 85% de las recetas médicas presentan los nombres del paciente.

Respecto al diagnóstico, este se encuentra presente en el 97.4% (304) de las prescripciones. De manera similar, Julca e Ynga (2017) observan en su estudio

que el 95.96% de sus prescripciones contienen su respectivo diagnóstico. Por el contrario, para Lanza et al. (2015) solo el 30% de sus prescripciones observadas presentan el diagnóstico correspondiente. El diagnóstico es un elemento fundamental e imprescindible en la prescripción médica, y es de entera responsabilidad del profesional médico, debido a que es este quien evalúa la sintomatología del paciente.

La historia clínica del paciente, es otro indicador que se presenta en un 100% (312) en las prescripciones del presente estudio. Valores cercanos son hallados por Julca e Ynga (2017), quienes observan que la historia clínica de los pacientes es considerada en el 98.87% de las recetas evaluadas. Tomar en cuenta la historia clínica del paciente es muy importante, debido a que por medio de los registros farmacoterapéutico que contiene, el prescriptor destina el uso correcto de los fármacos en Dosis Unitaria, el mismo que es validado por el Químico Farmacéutico durante la respectiva visita médica a los pacientes hospitalizados. En relación a la edad el 100% (312) de las prescripciones no es colocado dicho dato por parte de los prescriptores. De similar manera, Lanza et al. (2015), describe que el 80.91% de las recetas incluidas en su investigación, no incluyen la edad del paciente. Seguidamente, Julca e Ynga (2017) observan que una cantidad considerable del 63.19% de las recetas médicas no incluyen la edad del paciente. Estos indicadores altos señalan la ausencia de la edad del paciente en la receta médica, aun cuando la edad es considerada de mucha importancia y relevancia, debido a que este es un parámetro básico para la respectiva validación de la hoja de prescripción. Se debe también considerar que la edad del paciente sirve como soporte para el cálculo aproximado de la dosis, debido a que no existe otro factor que ayude a realizar este cálculo, tal como lo es el peso del paciente, que no es considerado en las prescripciones médicas.

En relación con el segundo objetivo de la investigación, el 94.6% DCI se encuentran presente en la investigación, Para Jiménez y Bazán (2017) sus resultados respecto a la DCI siendo ambas cercanos con el presente estudio, donde el 100% de las prescripciones observadas contienen la respectiva Denominación Común Internacional. Estos valores hallados son cercanos a los observados por Julca e Ynga (2017), en cuya investigación evalúan que el 99.06% presentan la DCI. Igualmente, para Dávila (2018) el 82.20% de las recetas contienen la DCI de los medicamentos. Un porcentaje relevante, es el

evaluado por Lanza et al. (2015) quienes hallan un 89.09% de cumplimiento en las recetas respecto al nombre genérico del medicamento. Del mismo modo, Pinedo et al. (2014) observan que el 62.59% de las recetas contienen la debida DCI de los fármacos. La correcta descripción de la DCI de los medicamentos prescritos depende de los profesionales médicos con el asesoramiento del Químico Farmacéutico durante la visita médica en pacientes hospitalizados.

La concentración del medicamento es un indicador evaluado por Dávila (2016) con valores similares, con un 94.90%, así también para Julca e Ynga (2017) con un 92.31%, siendo ambas cercanas al 95.5% de las prescripciones que consignan la concentración del fármaco en la presente investigación. De similar manera para Jiménez y Bazán (2017) se presenta la concentración del principio activo en un 78% de su muestra y para Pinedo et al. (2014) en un 66.85%, siendo ambas más distantes al 95.5% de las prescripciones que consignan la concentración del fármaco en la presente investigación.

Entre todos los indicadores que conforman las características terapéuticas del medicamento, la frecuencia de la dosis, así como la forma farmacéutica son consignadas en el 100% de las prescripciones de la presente investigación. Para Pinedo et al. (2014) en relación a la frecuencia y forma farmacéutica, se presenta valores altos del 93.25% y 85.51% para ambos indicadores respectivamente, los cuales son cercanos a los hallados en las prescripciones evaluadas en la presente investigación. Este hallazgo es confirmado por Jiménez y Bazán (2017) quienes señalan que la frecuencia de la dosis es un 97.50% y la forma farmacéutica se observó en un 94.50% de sus recetas evaluadas. Contrariamente, para Lanza et al. (2015) el 38.64% de las recetas cuentan con las indicaciones o instrucciones para su aplicación de los medicamentos, sin embargo, la forma farmacéutica es observada en el 60% de las prescripciones de su estudio. Del mismo modo en el estudio de Julca e Ynga (2017) se aprecia una diferencia en sus resultados respecto a la presente investigación cuando señalan que la frecuencia de la dosis se encuentra presente en menores niveles, es decir en un 59.34%, sin embargo, existe mayor similitud respecto a la forma farmacéutica al determinar que el 95.77% de las recetas la contienen en forma debida. En este sentido se puede señalar también que Dávila (2018) halla al 67.4% para la prescripción de la frecuencia de la dosis y duración del tratamiento



con los medicamentos recetados, mientras que en un 95% de las recetas se observa el cumplimiento de la prescripción de la forma farmacéutica.

Para el presente estudio, la vía de administración del medicamento se encuentra en un 99.4% de las prescripciones, pero este indicador se observa de manera contraria en el estudio de Julca e Ynga (2017) donde solo el 43.38% presenta la vía de administración en las prescripciones. Respecto a este indicador, puede ser considerado también como parte de las indicaciones para la aplicación del medicamento que evalúa Lanza et al (2015) con un 38.64% de las recetas que forman parte de su estudio.

Respecto al tercer objetivo del presente estudio, el 95.2% de las prescripciones presentan los datos del prescriptor (apellidos y nombres, número de colegiatura, firma y sello) versus el 4.8% (15) prescripciones que no presentan los datos del prescriptor.

Este resultado es similar al obtenido por Julca e Ynga (2017), para quienes el 99.53% presentan los apellidos y nombres del prescriptor, igualmente el resultado observado por Dávila (2018) para quien 97.7% contienen datos completos del prescriptor. Estos resultados con niveles altos se contrastan de con un nivel menor al obtenido por Lanza, et al (2015), donde el 62.73% de las recetas presentan el nombre del prescriptor.

En relación al cuarto objetivo de la investigación, el 88.5% de las prescripciones presenta la letra legible, valores que son corroborados en la investigación de Julca e Ynga (2017) quienes indican que el 99.06% de sus recetas presentan letra legible. En este mismo sentido también Dávila (2018) precisa que el 74% de su muestra se especifica la letra legible en las recetas médicas, mientras que para Lanza et al. (2015) solo alcanza valores del 36.36%, similares a los obtenidos por Pinedo et al. (2014) quienes evalúan un 33.35% de recetas que cuentan con letra legible. Estos resultados son contrarios a las prescripciones evaluadas por Jiménez y Bazán (2017) en donde el 93.5% carecen de letra legible, lo que podría desembocar en múltiples problemas en el proceso de dispensación medica de la información.

Respecto al uso de siglas en las hojas de prescripciones evaluadas, el 25.30% si hacen uso de siglas en la presente investigación. Estos valores son corroborados por Julca e Ynga (2017) quienes también presentan valores cercanos, señalando solo un 22.82% de recetas en las que se observan el uso

de siglas. Este bajo porcentaje del uso de siglas al escribir es a favor de la correcta interpretación de la prescripción, lo cual evitará traer consigo posibles errores y disconformidades.

Respecto al quinto objetivo de la investigación, el 74% (231) de los prescriptores cumplen con prescribir medicamentos de acuerdo a las consideraciones del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME y el 26% (81) no cumplen con prescriben. El PNUME es un documento técnico del Ministerio de Salud con consideraciones y estándares necesarios en cuanto a las formas farmacéuticas, sinonimias de la DCI, las concentraciones para cada principio activo.

## **4.2. Conclusiones**

- En el presente estudio de investigación, a partir de los resultados obtenidos se confirma que no se cumple en su totalidad las Buenas Prácticas de Prescripción en las hojas de prescripción médica atendidas en el servicio Sistema de Dispensación de Medicamentos de Dosis Unitaria SDMDU en el Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, durante el periodo de Junio a Septiembre 2018.
- En relación a los indicadores de los datos de paciente se puede concluir que si se observan los apellidos y nombres e historia clínica del paciente el 100% (312), a diferencia de la edad no es observada 100% (312), respecto al diagnóstico el 97.4%(304) cumplen en colocar en las hojas de prescripción en dosis unitaria.
- En relación a los indicadores de las características terapéuticas del medicamento que, son prescritas de acuerdo con las Buenas Prácticas de Prescripción, el 94.6% de las prescripciones si cumplen en colocar DCI, el 95.5 % si presentan la concentración del medicamento, en relación a la frecuencia de la dosis y forma farmacéutica, estas se observan en el 100%, el 99.4% respecto vía de administración esta se encuentran en las hojas de prescripción médica.
- El 95.2% (297) presentan los datos del prescriptor (apellidos y nombres, n° de colegiatura, firma y sello) siendo el incumplimiento de un 4.8% (15) de prescripciones que no presentan los datos del prescriptor.

- El 88.5% (276) de las prescripciones presentan letra legible, respecto al uso de siglas 25.3% (79) si hacen uso de siglas en las prescripciones médica.
- 74% (231) de prescripciones que se adecuan de acuerdo a los lineamientos al Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME a diferencia del 26% (81) que no prescriben de acuerdo a los lineamientos según PNUME.

#### **4.3. Recomendaciones**

- Incluir en las hojas de prescripción médicas en dosis unitaria la edad y el peso para realizar el cálculo de la dosis.
- Disponer con una adecuada información objetiva y confiable que permita tomar decisiones acertadas al prescriptor en beneficio del paciente.
- El Químico Farmacéutico encargado de Dosis Unitaria del servicio debe monitorear y hacer cumplir las Buenas Prácticas de Prescripción.
- Elaborar indicadores de gestión mensual sobre el cumplimiento de Buenas Prácticas de Prescripción.
- Sensibilizar a las autoridades del Hospital sobre la importancia del cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción y reportar los indicadores mensuales.
- Realizar cursos de capacitación y actualización permanente a los profesionales prescriptores en el Uso Racional de los Medicamentos, por medio de la educación médica continua, actualizaciones y certificaciones.
- Diseñar y organizar un cronograma de capacitación anual que incluya temas referidos a la importancia del rol del químico farmacéutico en la dispensación de dosis unitaria en el hospital.
- Desarrollar una comunicación directa del departamento de farmacia con el profesional médico, por medio de la implementación de un sistema eficiente de reporte de incidencias por errores en la prescripción, a fin de que disminuir el alto índice de los errores en la prescripción, reflejados en las quejas de los usuarios.

## CITAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos G, Olivares G. Guía para las buenas prácticas: Metodología para la prescripción racional de medicamentos. [Online]. 2010 [cited 2019 agosto 13]. Recuperado de: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19008es/s19008es.pdf>.
2. MINSA. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción Lima: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas-Lima: Ministerio de Salud; 2005. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1431.pdf>
3. Ministerio de Salud de Chile. Guía para las Buenas Prácticas de Prescripción: Metodología para la Prescripción Racional de medicamentos Santiago: MINSAL; 2010. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19008es/s19008es.pdf>
4. Alfonso I, Alonso L, Calvo D, Cires M, Cruz M, Delgado I, et al. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción La Habana: Editorial Academia; 2010. Recuperado de: <http://files.sld.cu/cdfc/files/2010/09/manual-de-buenas-practicas-prescripcion.pdf>
5. Olivera D. Evaluación administrativa de prescripción médica de consulta externa del Seguro Integral de Salud (SIS). [Tesis de maestría]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad de Cusco, Escuela de Post Grado; 2012. Recuperado de: [https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2375/0421\\_Olivera.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2375/0421_Olivera.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
6. MINSA. NT – 029 – MINSA / DGSP – V 0.1. Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud Lima: Ministerio de Salud; 2005. Recuperado de: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/documentos/doc\\_auditoria.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/documentos/doc_auditoria.pdf)
7. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Evaluación Anual. Plan Operativo Institucional 2016. [Online]; 2016 [cited 2019 septiembre 30].

Recuperado de: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1101/120720171605191.pdf>.

8. Collanque A. Cumplimiento y Conocimiento del Médico en Relación con las buenas Prácticas de Prescripción en las recetas de Pacientes hospitalizados del Hospital Militar Central 2016. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímica; 2017. Recuperado de: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2259/Tesis%20%20Vadir%20Ali%20Jes%c3%bas%20Collanque%20Meza.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. OMS. Guía de la Buena Prescripción Ginebra: Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales - Organización Mundial de la Salud; 1997. Recuperado de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/medicamentos/guiadelabuenaprescripcion.pdf>
10. MINSA. Norma Técnica de Salud: Sistema de Dispensación en Dosis Unitaria para los Establecimientos del Sector Salud. NTS N° 057-MINSA/DIGEMID V. 01 Lima: Ministerio de Salud; 2007. Recuperado de: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/DIGEMID/838\\_DIGEMID56.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/DIGEMID/838_DIGEMID56.pdf)
11. Ccarhuachin G, Monge E. Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción en Hospitalizados del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Periodo Agosto 2015-Enero 2016. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Wiener, Escuela Académico Profesional de Farmacia y Bioquímica; 2017. Recuperado de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1002/TITULO%20-%20Monge%20Mochica%2C%20Ernesto%20Pacheco.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. MINSA. Manual de Buenas Prácticas de Dispensación Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. DIGEMID;

2009. Recuperado de: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1022\\_DIGEMID58.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1022_DIGEMID58.pdf)
13. Cano A. Uso racional de fármacos. Influencias y conflictos en la prescripción. In AEPap. Curso de Actualización en Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 77-89. Recuperado de: <https://www.aepap.org/sites/default/files/farmacos.pdf>
  14. Diario Oficial El Peruano. Ley General de Salud - Ley N° 26842. Normas legales. 1997. Recuperado de: <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicación/ley26842.pdf>
  15. Diario Oficial El Peruano. Decreto Supremo 019-2001 Establecen Disposiciones para el Acceso a la Información sobre Precios y Dominación Común de Medicamentos. Diario Oficial El Peruano. 2001. Recuperado de: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/283867/255654\\_DS019-2001.pdf20190110-18386-bvcrnd.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/283867/255654_DS019-2001.pdf20190110-18386-bvcrnd.pdf)
  16. MINSA. Política Nacional de Medicamentos aprobado por RM N° 1240-2004/MINSA. [Online]; 2004 [cited 2019 agosto 13. Recuperado de: <http://www.orasconhu.org/documentos/0800005.pdf>.
  17. American Society of Hospital Pharmacists (ASHP). Statement on Unit Dose Drug Distribution. In (ASHP) ASoHP. Practice Standards of ASHP 1993-94. Bethesda; 1989. Recuperado de: <https://www.ashp.org/-/media/assets/policy-guidelines/docs/statements/unit-dose-drug-distribution.ashx>
  18. Alvarez K, Dávila L. Análisis del funcionamiento del sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" periodo marzo 2003-marzo 2004. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Farmacia y Bioquímica; 2005. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2614/>

Davila\_cl.pdf;jsessionid=3BF5D4B5E96FB8BCD6A068E9827A9D3E?sequence=1

19. Napal V, González M, Ferrándiz J. Dispensación con intervención previa del Farmacéutico: dosis unitarias. In Hospitalaria SEdF. Farmacia Hospitalaria - Tomo I. Madrid: SEFH; 2002. p. 389-414. Recuperado de: <https://www.sefh.es/sefhpublicaciones/fichalibrolibre.php?id=4>
20. Bonal J, Alerany C, Bassons T, Gascón P. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. In Hospitalaria SEdF. Farmacia Hospitalaria - Tomo I. Madrid: SEFH; 2002. p. 275-293. Recuperado de: <https://www.sefh.es/sefhpublicaciones/fichalibrolibre.php?id=4>
21. Hurtado J. Factores asociados a la implementación del sistema de dispensación/distribución de medicamentos por dosis unitaria, en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Babahoyo 2013 - 2016. [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6560/Hurtado\\_aj.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6560/Hurtado_aj.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
22. Hernández M. Utilización de medicamentos en niños de atención primaria de salud. [Tesis doctoral]. La Laguna: Universidad de La Laguna; 2005. Recuperado de: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/10699/cp202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Phillips L. Manual of Intravenous Therapeutics. 4th ed. Fialdelfia: F.A. Davis Company; 2005. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/360079847/manual-of-iv-therapeutics-pdf#download>
24. Muñóz I. Estudio Comparativo de los Sistemas de Distribución de Medicamentos Tradicional y de Unidosis en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Regional de Escuintla. [Tesis de licenciatura]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Escuela de Química

- Farmacéutica; 1997. Recuperado de: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/5802/1/223336.pdf>
25. López S. Evaluación de la calidad administrativa y clínica de una farmacia hospitalaria a nivel privado y público. [Tesis de licenciatura]. Guatemala: Universidad del San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia; 2007. Recuperado de: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06\\_2601.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_2601.pdf)
  26. Castellano A. Diseño de distribución de medicamentos por dosis unitaria en el Hospital Básico Sigchos, provincia de Cotopaxi. [Tesis de licenciatura]. Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Escuela de Bioquímica y Farmacia; 2016. Recuperado de: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/5745/1/56T00662.pdf>
  27. Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa". Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Farmacia. [Online]; 2011 [cited 2019 agosto 13. Recuperado de: <http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/150220131941251.pdf>.
  28. MINSA. R.M. N° 1361-2018/MINSA Documento Técnico: Petitorio nacional Único de medicamentos Esenciales para el Sector Salud. [Online]; 2018 [cited 2019 agosto 13. Recuperado de: [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2018/RM\\_1361-2018.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2018/RM_1361-2018.pdf).
  29. Larraín J, Valentín K, Zelaya F. Propuesta de mejora del proceso de abastecimiento de medicamentos a través de las compras corporativas para mejorar el acceso a medicamentos de los asegurados al Seguro Integral de Salud. [Tesis de maestría]. Lima: Universidad del Pacífico; 2018. Recuperado de: [http://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/2191/Julio\\_Tesis\\_maestria\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/2191/Julio_Tesis_maestria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  30. Julca A, Ynga C. Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción en Pacientes de Consulta Externa del Instituto Nacional de Enfermedades



- Neoplásicas (INEN) en Enero del Año 2017. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Wiener, Facultad de Farmacia y Bioquímica; 2017. Recuperado de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/997/TITULO%20-%20%20Ynga%20Mendoza%2c%20Christian.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Dávila A. Evaluación del Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción en el Área de Farmacia de Emergencia del Hospital de Huaycán; Enero - Marzo 2016. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Norbert Wiener, Escuela Académica Profesional de Farmacia y Bioquímica; 2018. Recuperado de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1559/TITULO%20-%20%20D%C3%A1vila%20Caisara%2C%20Albear.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Agudo C. Errores en la prescripción de medicamentos en pacientes internados en el Hospital “Mariana de Jesús”. [Tesis de licenciatura]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Químicas; 2017. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/19357/1/BCIEQ-T-0174%20Argudo%20Flores%20Carlina%20Gissela.pdf>
33. Lanza O, Rodríguez G, Prado M, Poma J, Quiróz R, Quispe C. Evaluación del grado de buena prescripción médica en 5 hospitales universitarios de tercer nivel de la ciudad de la Paz. *Revista Cuadernos*. 2015; 56(2): p. 18-24. Recuperado de: [http://www.scielo.org.bo/pdf/chc/v56n2/v56n2\\_a03.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/chc/v56n2/v56n2_a03.pdf)
34. Machado J, Moreno P, Moncada J. Hospital medication errors in a pharmacovigilance system in Colombia. *Farmacia Hospitalaria*. 2015; 39(6): p. 338-349. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/pdf/fh/v39n6/es\\_04original3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/fh/v39n6/es_04original3.pdf)
35. Ross S, Ryan C, Duncan E, Francis J, Johnson M, Ker J, et al. Perceived causes of prescribing errors by junior doctors in hospital inpatients: a study from the PROTECT programme. *BMJ Quality & Safety*. 2013; 22(2): p. 97-

102. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-23112288>

37. Jiménez Y, Bazán S. Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Santé Mayo- Julio 2016. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Norbert Wiener, Facultad de Farmacia y Bioquímica; 2016. Recuperado de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/570/TITULO%20-%20YOVANNA%20FLOR%20JIMENEZ%20GONZALES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Pinedo Y, Romero J, Merino F. Cumplimiento de buenas prácticas de prescripción en pacientes hospitalizados. *Interciencia*. 2014; 2(1): p. 26-30. Recuperado de: [https://www.clinicainternacional.com.pe/pdf/revista-interciencia/13/A2\\_ESP.pdf](https://www.clinicainternacional.com.pe/pdf/revista-interciencia/13/A2_ESP.pdf)

## **ANEXOS**

## Anexo A. Matriz de consistencia

PROBLEMAS DE LA INVESTIGACION	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACION	VARIABLES	DIMENSION/ INDICADOR	METODO-LOGIA	POBLACION Y MUESTRA
<p><b>Problema general</b> ¿Cuál es el cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción (BPP) en dosis unitaria que se evidencian en las prescripciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018?</p> <p><b>Problemas Específicos</b> a) ¿Cuál es el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan datos del paciente (apellidos y nombres, diagnóstico, historia clínica, edad) en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018? b) ¿Cuál es el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan las características terapéuticas del medicamento (denominación común internacional (DCI), concentración del medicamento, frecuencia de la dosis, vías de administración y forma farmacéutica) en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018?</p>	<p><b>Objetivo General</b> Evaluar el cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción (BPP) en dosis unitaria en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b> a) Determinar el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan datos del paciente (apellidos y nombres, diagnóstico, historia clínica, edad). b) Determinar el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan las características terapéuticas del medicamento (denominación común internacional (DCI), concentración del medicamento, frecuencia de la dosis, vías de administración y forma farmacéutica). c) Determinar el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan los datos del prescriptor (apellidos y nombres, número de colegiatura, firma/sello). d) Determinar el porcentaje de prescripciones en dosis</p>	<p><b>Hipótesis General</b> Existe un alto cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción (BPP) en dosis unitaria evidenciado en las prescripciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio - Septiembre 2018.</p> <p><b>Hipótesis Específicas</b> a.) Existe un alto porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan datos del paciente (apellidos y nombres, diagnóstico, historia clínica, edad). b) Existe un alto porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan las características terapéuticas del medicamento (denominación común internacional (DCI), concentración del medicamento, frecuencia de la dosis, vías de administración y forma farmacéutica). c) Existe un alto porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan los datos del prescriptor (apellidos y nombres, número de colegiatura, firma/sello).</p>	<p><b>Variable dependiente:</b> Cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción.</p> <p><b>Variable independiente:</b> Hoja de prescripción médica.</p>	<p>a. Datos del paciente apellidos y nombres, diagnóstico, historia clínica, edad.</p> <p>b. Características terapéuticas.</p> <p>Denominación común internacional (DCI), concentración del medicamento, frecuencia de la dosis, vías de administración y forma farmacéutica.</p> <p>c. Datos del prescriptor apellidos y nombres, número de colegiatura, firma/sello</p> <p>d. Letra legible y el uso de siglas</p>	<p><b>Tipo de Investigación:</b> La investigación fue de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal aplicativo, pero no experimental</p> <p><b>Materiales</b> Fueron las hojas de prescripción médica realizada a los pacientes en los meses de Junio a Septiembre del año 2018, en las áreas de unidad de Cuidados Intensivos (UCI) – (UCIM) Medicina y Neurocirugía.</p> <p><b>Procesamiento o Análisis de Datos.</b> Se creó una base de datos en el programa de Microsoft Excel 2017 en el cual se registraron de los indicadores de las Hojas de Prescripción luego</p>	<p><b>Población</b> Está representada por las hojas de prescripción médica realizada a los pacientes en los meses de Junio – Septiembre, año 2018, en las áreas UCI, UCIM, medicina y neurocirugía. En total fueron N= 2010 prescripciones.</p> <p><b>Muestra</b> Por lo tanto, se necesitan como mínimo 312 prescripciones médicas realizadas a los pacientes en los meses de Junio – Septiembre, año 2018, en las áreas de unidad de Cuidados Intensivos (UCI) – (UCIM) Medicina y Neurocirugía para garantizar una estimación con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%.</p> <p><b>Método de Muestreo</b></p>

<p>c) ¿Cuál es el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que presentan los datos del prescriptor (apellidos y nombres, número de colegiatura, firma/sello) en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018?</p> <p>d) ¿Cuál es el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria con letra legible y el uso de siglas en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018?</p> <p>e) ¿Cuál es el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que se adecuan a a los lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Junio-Septiembre 2018?</p>	<p>unitaria con letra legible y el uso de siglas.</p> <p>e) Determinar el porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que se adecuan a los lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME).</p>	<p>d) Existe un alto porcentaje de prescripciones en dosis unitaria con letra legible, uso siglas.</p> <p>e) Existe un alto porcentaje de prescripciones en dosis unitaria que se adecuan a los lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME).</p>		<p>Letra legible y el uso de siglas</p> <p>e. Adecuación a los lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME</p> <p>Lineamientos PNUME</p>	<p>de verificar la consistencia se trasladó a un archivo de datos del programa estadístico SPSS versión 24.</p> <p><b>Análisis estadístico.</b> Se elaboró, tabla de frecuencia de doble entrada, se estimaron porcentajes, además se ilustraron los cuadros mediante diagrama de barras.</p> <p><b>Aspectos éticos y morales.</b> Por la naturaleza de la investigación se estimó que no existieron problemas éticos ni morales.</p>	<p>El tipo de muestro utilizado es probabilístico aleatorio simple.</p> <p>Las prescripciones médicas a revisadas por mes fueron asignadas aleatoriamente al tamaño de la población como se muestra.</p>
---	---	---	--	---	---	--

### Anexo B. Operacionalización de variables


Definición conceptual	Definición operacional		Instrumento
	Dimensiones	Indicadores	
<p>Cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción (BPP)</p> <p>La prescripción médica es un acto complejo, que requiere de conocimientos, experiencia profesional, habilidades específicas, un gran sentido de responsabilidad y una actitud ética ya que el prescriptor asume la responsabilidad legal por las implicancias de esta.</p> <p>Hoja de prescripción medica</p> <p>Es el documento legal por medio del cual los médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por parte del farmacéutico.</p>	Datos del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apellidos y Nombres</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Historia Clínica</li> <li>• Edad</li> </ul>	Ficha de recolección de datos
	Características terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Denominación Común Internacional (DCI)</li> <li>• Concentración del medicamento</li> <li>• Frecuencia de la dosis</li> <li>• Vías de Administración</li> <li>• Forma farmacéutica</li> </ul>	Ficha de recolección de datos
	Datos del prescriptor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apellidos y Nombres</li> <li>• Número de Colegiatura</li> <li>• Firma/sello</li> </ul>	Ficha de recolección de datos
	Letra legible y el uso de siglas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Letra legible</li> <li>• Uso de Siglas</li> </ul>	Ficha de recolección de datos
	Adecuación a los lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lineamientos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME.</li> </ul>	Ficha de recolección de datos





**Anexo D. Validación de la ficha de recolección de datos de las hojas de prescripción médica en el sistema de dispensación de Dosis Unitaria (Medicina, UCI, UCIM, Neurocirugía)**

			DATOS DEL PACIENTE				CARACTERÍSTICAS TERAPÉUTICAS					DATOS DEL PRESCRIPTOR			LETRA LEGIBLE Y USO DE SIGLAS		ADECUACIÓN A LOS LINEAMIENTOS DEL PNUME
N°	SERVICIO	MES	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	HISTORIA CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	*DCI	**CONC. MED.	***FRECUENCIA	****VIA	*****F.F.	APELLIDOS Y NOMBRES	N° DE COLEGIATURA	FIRMA/ SELLO	LETRA LEGIBLE	USO DE SIGLAS	LINEAMIENTOS DEL PNUME
1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
3	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
4	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
5	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
6	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
7	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
8	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
9	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
10	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
11	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
12	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
14	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
15	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
16	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
18	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
19	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
20	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
23	2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0
24	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
25	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0

MINISTERIO DE SALUD  
 Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"  
  
 D.F. DANIEL J. VILCACHAGUA VELASQUEZ  
 QUÍMICO FARMACÉUTICO  
 C.O.F.P. N° 12541 \*



## Anexo E. Validación de la Hoja de Prescripción Médica

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS  
"JOSE CASIMIRO ULLOA"



DIAGNÓSTICO:

Infección cerebrovascular / PO SUP

HOJA DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Nº 0005975

COPIA: FARMACIA

ALÉRGICAS/INTOLERANCIA A MEDICAMENTOS:

FECHA HORA	TRATAMIENTO / INDICACIÓN				
	Medicamento/otra indicación	Conc.	Frecuenc.	Via	FF:
5/9/18 8am	Dieta blanda + CV				
2	Nalox 0.9% 1000cc > ⊕ / 24h				
3	Penicilina 100mg VO 2/24h				
4	Omeprazol 20mg VO 2/24h				
5	Dimeclidato 50mg EV PRN				
6	Paracetamol 500mg VO 2/24h				
7	Molaxonal 15g EV PRN T >> 3/24h				
8	CTU				
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

José Antonio Miranda Mesías  
 NEUROCIRUJANO  
 CMP 27729 RNE 13379  
 H.E.J.C.U.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	HC
Rodriguez	Narica	Osorio	832443
Servicio	Observaciones		Nº Cama
NI	SIS		207

Nº 0005975 207

COPIA: FARMACIA



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS  
"JOSE CASIMIRO ULLOA"

FARMACIA HEJCU

ORDEN DE MATERIAL MÉDICO PARA ATENCIÓN DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

FECHA:

HORA:

NOMBRE	CANT.	SIT	NOMBRE	UNID.	CANT.	AUT.
CANT. AGUA DESTILADA X 1 L FCO	01		OXIGENO			
DEXTRISA 5% AD X 1L FCO			APOSITO DE GASA Y ALGODÓN 10X20 ESTER	PQTE.	01	
SODIO CLORURO X 0.9% X 1L FCO	01		COLECTOR DE ORINA MASCULINO	PZA		
SODIO CLORURO X 0.9% X 100 ml BLS	06		EQUIPO DE VENOCLISIS C/FILTRO	PZA		
1 Fenitoina 300mg <sup>VO</sup>	03	TAB	ELECTRODOS DESCARTABLES	PZA		
2 Omeprazol 20mg	01	TAB	FILTRO ANTIBACTERIANO P/VENTILAC. MECANICA	PZA		
3 Dimetilidrona 0.50g	02	A.P.	GASA 7.5X7.5 CM SOBRE X 10 UNID.	PQTE	05	
4 Paracetamol 500mg	03	TAB	GUANTE QUIRUR. ESTERIL N° 7/12	PZA	08	
5 Metamizol 1gr	02	A.P.	GUANTE QUIRUR. ESTERIL N°	PZA		
			JERINGA DESC. PIGASES ARTERIALES (AGA)	PZA		
			JERINGA INSULINA 1 ml. C/A 26GX1.5"	PZA		
			JERINGA DESC. 1 ml. C/A 25GX5/8"	PZA		
			JERINGA DESC. 5 ml. C/A 21GX 1½"	PZA		
			JERINGA DESC. 10 ml. C/A 21GX 1½"	PZA		
			JERINGA DESC. 20 ml. C/A 21GX 1½"	PZA	08	
			JERINGA DESC. 60 ml. C/BULBO (ASEPTOJERINGA)	PZA		
			SONDA DE ASPIRACIÓN N°	PZA		
			BONDA ASPIRAC. N° ..... CIRCUITO CERRADO	PZA		
			BOLSA COLECTORA ORINA ADULTO X2L C/DRENAJE	PZA		
			BOLSA DE COLOSTOMIA C/KARAYA	PZA		
			CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO N°	PZA		
			EQUIPO DE EXTENSIÓN DYS	PZA		
			EQUIPO MICROGOTERO C/C. GRADUADA	PZA		
			LLAVE DE TRIPLE VÍA DESCARTABLE	PZA		
			CANULA BINASAL DEL OXIGENO P/ADULTO	PZA		
			CANULA TRAQEOTOMIA N°	PZA		
			CATETER VENOSO CENTRAL ..... LUMEN N°	PZA		
			CIRCUITO DE CORRUGADO DESC	PZA		
			EQUIPO DE TRANSFUSIÓN SANGRE/PLASMA	PZA		
			FILTRO HEPA EXPIRATORIO PVM	PZA		
			HOJA DE BISTURI DESC. N° 15 - N° 21	PZA		
			MASCARA NEBULIZACIÓN C/NIPLE ADULTO	PZA		
			MASCARA OXIGENO C/ RESERVORIO ADULTO	PZA		
			MASCARA OXIGENO TIPO VENTURI P/ADULTO	PZA		
			SET DE MONITOREO HEMODINAMICO	PZA		
			SONDA NASOGASTRICA N°	PZA		
			SONDA NASOYEYUNAL N°	SET		
			SONDA NELATON N°	PZA		
			SONDA RECTAL N°	PZA		
			SONDA VESICAL (FOLEY) 2 VÍAS N°	PZA		
			TUBO ENDOTRAQUEAL N° ..... SIN CUFF	PZA		
			TUBO ENDOTRAQUEAL N° ..... CON CUFF	PZA		
			Agua N° 18		08	
			Paral de o ducto		03	

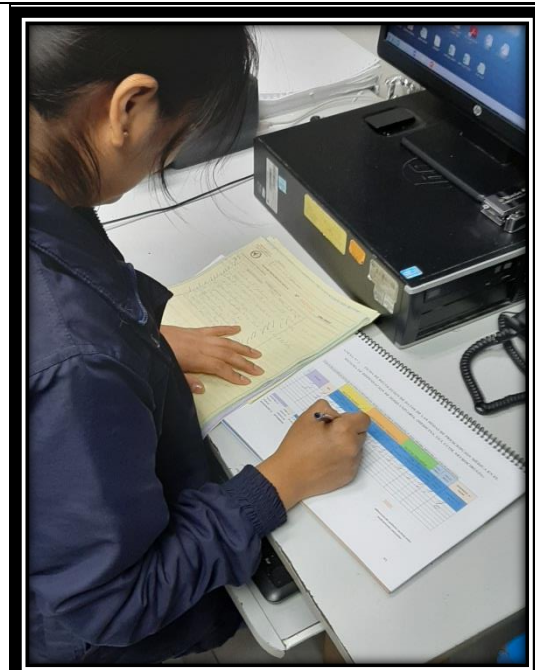
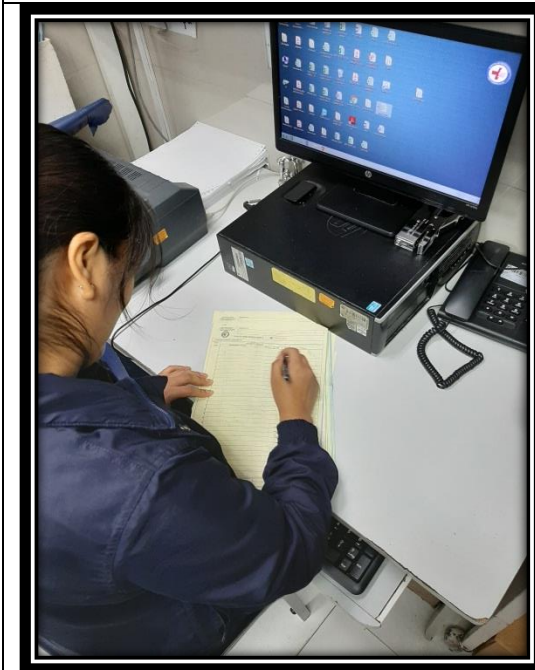
FARMACÉUTICO RESPONSABLE  
MINISTERIO DE SALUD  
Hospital de Emergencias "Jose Casimiro Ulloa"  
C.F. HEJCU FARMACIA HEJCU

AUTORIZACIÓN OFICINA SEGUROS  
INTEGRAL DE SALUD  
Especialidad de Seguros

SOLICITANTE  
MIRIAM LOAYZA MUSAUBRIETA  
LICENCIADA DE ENFERMERIA  
SEP 1986  
RECIBI CONFORME  
MIRIAM LOAYZA MUSAUBRIETA  
LICENCIADA DE ENFERMERIA  
SEP 1986

SDMDU autorizado con R.D. Nº 027 - 2009 - DE - HEJCU

## Anexo F. Evidencias de trabajo





Anexo G. Formato de la hoja de prescripción médica del SDMDU

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS  
"JOSE CAMBIRO ULLOA"

A N° 0008002

FARMACIA HEJCU			ORDEN DE MATERIAL MEDICO PARA ATENCION DE PRESCRIPCION MEDICA				
			FECHA:		HORA:		
NOMBRE	CANT	SIT	NOMBRE	UNID.	CANT.	AUT	
AQUA DESTILADA X 1L FCO			OXIGENO	Cm <sup>3</sup>			
DEXTROSA 5% AD X 1L FCO			APOSITO DE GASA Y ALGODON 10X20 ESTER	PQTE			
SODIO CLORURO X 0.9% X 1L FCO			COLECTOR DE ORINA MASCULINO	PZA			
SODIO CLORURO X 0.9% X 100 ml BLS			EQUIPO DE YENOCISIS C/FILTRO	PZA			
			ELECTRODOS DE DESCARTABLES	PZA			
			FILTRO ANTIBACTERIANO PYENTILAC MECANICA	PZA			
			GASA 7,5X7,5 CM SOBRE X 10 UNID	PQTE			
			GUANTE QUIRUR. ESTERIL N°	PZA			
			GUANTE QUIRUR. ESTERIL N°	PZA			
			JERINGA DESC. PIGASES ARTERIALES (AGA)	PZA			
			JERINGA INSULINA 1 ml. C/A 2GX1,5"	PZA			
			JERINGA DESC. 60 ml. C. BULBO (ASEPTO JERINGA)	PZA			
			SONDA DE ASPIRACION N°	PZA			
			SONDA ASPIRAC. N° ..... CIRCUITO CERRADO	PZA			
			BOLSA COLECTORA ORINA ADULTO X 2L C/DRENAJE	PZA			
			BOLSA DE COLOSTOMIA C/MARAYA	PZA			
			CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO N°	PZA			
			EQUIPO DE EXTENSION DYS	PZA			
			EQUIPO MICROGOTERO C/C. GRADUADA	PZA			
			LLAVE DE TRIPLE VIA DESCARTABLE	PZA			
			CANULA BIASAL DEL OXIGENO PAADULTO	PZA			
			CANULA TRAQUEOTOMIA N°	PZA			
			CATETER VENOSO CENTRAL ..... LUMEN N°	PZA			
			CIRCUITO DE CORRUGADO DESC	PZA			
			EQUIPO DE TRANSFUSION SANGRE/ PLASMA	PZA			
			FILTRO HEPA EXPIRATORIO PVM	PZA			
			HOJA DE BISTURI DESC. N° 15 - N° 21	PZA			
			MASCARA NEBULIZACION C/NIPLE ADULTO	PZA			
			MASCARA OXIGENO C/ RESERVORIO ADULTO	PZA			
			MASCARA OXIGENO TIPO VENTURI PAADULTO	PZA			
			SET DE MONITOREO HEMODINAMICO	PZA			
			SONDA NASOGASTRICA N°	PZA			
			SONDA NASOYEYUNAL N°	SET			
			SONDA NIELATON N°	PZA			
			SONDA RECTAL N°	PZA			
			SONDA VESICAL (FOLEY) 2 VIAS N°	PZA			
			TUBO ENDOTRAQUEAL N° ..... SIN CUFF	PZA			
			TUBO ENDOTRAQUEAL N° ..... CON CUFF	PZA			
			OTROS				

FARMACÉUTICO RESPONSABLE	AUTORIZACIÓN OFICINA SEGUROS	SOLICITANTE
		RECIBI CONFORME

FORMA autorizada por RD N° 427 del 2004 de HEJCU
FORMA autorizada



DIAGNÓSTICO:

HOJA DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

N° 0008002

ALERGIAS/INTOLERANCIA A MEDICAMENTOS:

FECHA HORA	TRATAMIENTO / INDICACIÓN				
	Medicamento/otra indicación	Conc.	Frecuenc.	Via	FF:
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	HC
Servicio		Observaciones:	N° Cama

ORIGINAL - HISTORIA CLÍNICA

## Anexo H. Oficio de autorización del Hospital de Emergencia "José Casimiro Ulloa"



Ministerio  
de Salud

Hospital de Emergencias  
"José Casimiro Ulloa"

Oficina de Apoyo a la  
Docencia e Investigación

"Año de la Lucha  
contra la Corrupción e  
Impunidad"

Miraflores, 26 de julio 2019

**OFICIO N° 1267 DG-204- 2019-OADI-HEJCU**

Señora

**Dra. JUANA ELVIRA CHAVEZ FLORES**

Decana de la Facultad de Farmacia y Bioquímica

**UNIVERSIDAD NORBERT WIENER**

Av. Arequipa 440 con Jr. Larrabure y Unanue 110.

Santa Beatriz

Teléf. 70651100 (3109)

Presente.-

ASUNTO : Se aprueba trabajo de investigación  
Referencia : Carta s/n de fecha 23 de octubre de 2018  
Ex: 18-015894-001

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en atención al documento de la referencia comunicarle que el Comité de Ética e Investigación del Hospital ha considerado conveniente aprobar su trabajo de investigación: **EVALUACIÓN DE LAS BUENAS PRACTICAS PRESCRIPCIÓN EN EL SISTEMA DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DOSIS UNITARIA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIA JOSÉ CASIMIRO ULLOA-AÑO 2018**, elaborada por la Bachiller Q.F Liliانا Mercedes Allcca Ríos Asimismo al finalizar su proyecto, deberá presentar en físico y digital en CD, los resultados, conclusiones y sugerencias obtenidas.

Es propicia la oportunidad para expresarle mi consideración y estima.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"  
.....  
Dr. ENRIQUE GUTIERREZ YOZA  
Director General  
CMP. 32677 RNE. 17560

RHC/mar.  
c.c. Archivo.

[www.hejcu.gob.pe](http://www.hejcu.gob.pe)

Av. Roosevelt N°6355 – 6357  
Miraflores – Lima 18, Perú  
Telf: 2040900 anexo 242