

FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

**“Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción del
Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante
Mayo - Julio 2016”**

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

Presentado por:

Bach. YOVANNA FLOR JIMÉNEZ GONZALES

Bach. SANDRA ROXANA BAZÁN ALFARO

Asesor:

Mg. Q.F. VICTOR HERENCIA TORRES

Coasesor:

Mg. Q.F. OSCAR ALBERTO, MUGURUZA LÓPEZ

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

Nuestra tesis la queremos dedicar con todo nuestro amor y cariño a DIOS quien nos dio la oportunidad de vivir y regalarnos familias maravillosas.

Con mucho cariño a nuestros padres, por todo lo que nos han dado, por estar cuando más los necesitábamos, especialmente por sus sabios consejos y por estar a nuestro lado en los momentos difíciles,

Gracias por darnos una carrera para nuestro futuro, por creer en nosotras, a pesar de haber pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándonos y brindarnos todo su amor.

A nuestros hermanos quienes nos han acompañado en silencio con sus consejos y con una comprensión aprueba de todo.

A nuestros sobrinos quienes nos impulsaron a continuar con la dura batalla de realizar la tesis para dar la milla extra hasta el final y ser ejemplo para ellos.

A dos personas importantes en nuestras vidas que aportaron para la realización de la tesis Oscar Muguruza López, María Elizabeth Escate de quienes aprendimos y aprendemos cada día a ser mejores profesional, y con quienes compartimos muchos momentos alegres, tristes, y difíciles, pero nunca nos dejaron sentirnos abatidas a pesar de todo y decidimos continuar gracias a todos ellos.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer infinitamente a Dios por habernos dado salud y las fuerzas necesarias para culminar la tesis.

A nuestros padres, por su inmenso amor y por su apoyo constante e incondicional en todo momento.

A nuestro asesor Mg. Víctor Herencia Torres, por brindarnos su apoyo en todo momento, por su asesoramiento académico y darnos la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en todo el proceso de elaboración de la tesis.

A nuestra Universidad Privada Norbert Wiener, por acogernos y darnos formación profesional durante cinco años que pasamos en sus aulas, para así poder ser excelentes profesionales, capaces de desempeñarnos en el futuro con calidad y valores

A la Facultad de Farmacia y Bioquímica, por darnos una plana docente de calidad para guiarnos en nuestra formación académica y motivarnos en el desarrollo de investigaciones en cada ciclo, así, contribuir a la necesidad de una sociedad moderna, poniendo en práctica todo lo aprendido de nuestros grandes maestros

A los señores miembros del jurado calificador designado por la facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Norbert Wiener conformado por:

- ❖ Presidente: Dr. León Soria, Enrique Narciso
- ❖ Secretario: Dr. Camacho, Alva Errol Alberto
- ❖ Vocal 1: Dra. Ramos Cevallos, Norma Julia

Por su apoyo y las sugerencias que contribuyeron a enriquecer el valor de esta tesis.

INDICE

Resumen.....	
Summary.....	
I. Introducción.....	1
1.1. Planteamiento del Problema	3
1.2. Objetivo.....	4
1.2.1. Objetivo general.....	4
1.2.2. Objetivos específicos.....	4
1.3. Justificación.....	5
1.4. Hipótesis.....	5
1.4.1. Hipótesis General.....	5
1.5. Variables	5
1.5.1. Variable dependiente.....	5
II. Marco Teórico.....	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas.....	13
2.3. Área legal	16
2.4. Conceptos	19
III. Materiales y métodos.....	23
3.1. Tipo de investigación	23
3.2. Población y muestra de estudio	23
3.2.1. Población.....	23
3.2.2. Criterio de inclusión.....	23
3.2.3. Criterio de exclusión.....	23

3.3. Método.....	24
3.4. Técnica e instrumentación de datos.....	24
3.5. Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	24
IV. Resultados.....	25
V. Discusión.....	33
VI. Conclusión	38
VII. Recomendaciones	39
VIII. Referencias Bibliográficas	40
IX. Anexo.....	47

RESUMEN

Este trabajo de tesis se realizó con el objetivo de 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, el estudio es de tipo transversal, observacional, retrospectivo, analizando las recetas unitarias de pacientes con tratamientos crónicos. Se utilizó el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción de la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID), el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Medication Appropriateness Index (MAI), para realizar nuestra ficha de recolección de datos tomando como puntos referenciales las características con las que debe tener cada receta y así medir la magnitud de prescripciones inadecuadas en una muestra de 400 recetas siendo nuestro universo, acudimos a los archivos de la Clínica Maison de Sante por 2 horas diarias intercaladas durante 28 días consecutivos (2 semanas) en el mes de setiembre. Se tomaron fotocopias a un total de 400 recetas atendidas en dicho servicio, de las cuales se evaluaron las recetas provenientes de pacientes del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante periodo Mayo - Julio 2016 de pacientes con tratamientos crónicos. Se obtuvo como resultado que el 100% cumple con el Manual de Buenas Prácticas de Prescripción, el 90.5% de las recetas no consignan datos completos, 5.5% la forma farmacéutica, 22% la concentración del principio activo, 2.5% la dosis y la forma farmacéutica y 93.5% presentan letra ilegible.

Palabras Clave: Prescripción de medicamento, recetas, cumplimiento.

Summary

This dissertation work was carried out with the objective of identifying and evaluating the deficiencies in the compliance with the Good Practices of Prescribing of the Ambulatory Care Program of the Maison de Sante Clinic from May to July 2016. Cross-sectional study, observational, prospective, analyzing medical prescriptions of all specialties, recipes of patients with chronic treatments, prescriptions of emergency patients and prescriptions of hospitalized patients. The Manual of Good Prescribing Practices of the Directorate General of Medicines Inputs and Drugs (DIGEMID), the Manual of Good Prescribing Practices of the World Health Organization (WHO) and the Medication Appropriateness Index (MAI) was used to carry out our Data collection sheet taking as essential points each of the characteristics with which each recipe must count and thus measure the magnitude of inadequate prescription in a sample of 400 recipes, for which we went to that clinic for 2 hours a day interspersed during 28 consecutive days (2 weeks) in the month of May - July of the year 2106. Photographs were taken of a total of 400 recipes attended in this service, of which the prescriptions were excluded from the Ambulatory Care Program of the Clínica Maison of Sante period May - July 2016 of patients with chronic treatments. It was found that 100% comply with the international common denomination, the date of issue and the signature and seal, the recipes do not record 90.5% with incomplete data, 5.5% the pharmaceutical form, 22% the concentration of the active principle, 2.5% the dose of the pharmaceutical form and 93.5% with illegible handwriting.

Key words: Prescription of medication, errors of medication, pharmaceutical care.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años está teniendo lugar una transformación en el ejercicio profesional del Químico Farmacéutico, con un cambio de orientación desde una actividad basada en el producto, es decir en el medicamento, otra basada en el paciente y más concretamente en los resultados de la salud y la farmacoterapia. La realidad de la farmacia actual sigue siendo que la dispensación es la actividad que más tiempo ocupa a los químicos farmacéuticos hospitalarios, como es natural, este proceso de cambio está siendo lento, aunque la mayoría de los químicos farmacéuticos aprueben la filosofía subyacente a la atención farmacéutica, y más concretamente a los beneficios de los programas de seguimiento fármaco terapéutico, su implantación generalizada en la práctica diaria es aún minoritaria.

El servicio de farmacia a través de la Atención Farmacéutica al paciente de consulta externa o ambulatoria responde a la orden o prescripción médica y lleva a cabo la dispensación de medicamentos al paciente. El farmacéutico es el responsable de la entrega correcta y adecuada de los medicamentos, utilizando para ello un sistema de dispensación que asegure y garantice, la rapidez en la atención y control del medicamento, así mismo el químico farmacéutico es el responsable de brindar la información debida al paciente, para que este logre cumplir la terapia, de esta manera poder realizar el seguimiento farmacoterapéutico necesario de acuerdo a la terapia indicada por el médico.⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1985 definió que “ el uso racional de medicamentos requiere que los pacientes reciban las medicaciones apropiadas a sus necesidades clínicas, a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales por un periodo adecuado de tiempo, al costo más bajo para ellos y para su comunidad”⁽²⁾, esto constituye uno de los lineamientos de la Política Nacional de Medicamentos; fomentar una cultura de uso racional de medicamentos a nivel nacional es el objetivo de este lineamiento, el promover las buenas prácticas de prescripción y dispensación es una estrategia para el logro del mismo.⁽³⁾

Las normas legales relacionadas a la prescripción de medicamento, específicamente la Ley General de Salud Ley N° 26842 (20/07/97) y otros dispositivos legales emitidos por el Ministerio de Salud, regulan la prescripción, específicamente encontramos que en el Titulo I, Capítulo I, citamos: Artículo 26°: Solo los médicos pueden prescribir medicamentos.⁽⁴⁾ Asimismo, están obligados a informar al paciente sobre los riesgos, contraindicaciones, reacciones adversas medicamentosas e interacciones medicamentosas que su administración puede ocasionar y sobre las precauciones que debe observar para su uso correcto y seguro.

Todo ello refuerza la idea, defendida por algunos autores, de que es preciso investigar sobre la realidad del ejercicio profesional de la farmacia actual, y analizar aspectos de la rutina cotidiana de la farmacia hospitalaria, en el bien entendido de que sigue siendo imprescindible avanzar en el proceso de cambio de la práctica farmacéutica, y por tanto, necesaria también la investigación sobre la diseminación e implantación de nuevos servicios profesionales.^(5, 6, 7)

La incorrecta prescripción y dispensación de los medicamentos podría ser una de las mayores causas de los errores de dosificación e uso incorrecto del medicamento, esto a su vez, con llevaría al paciente, al incumplimiento de la terapia farmacológica generándole un deterioro en su salud pública. Por ello, es necesario identificar los problemas de nuestra realidad, buscar soluciones concertadas que nos conduzcan a la racionalidad en el ejercicio de un acto que reviste complejidad e implicancias en la salud pública.

En el Perú, la información sobre patrones de prescripción, disponibilidad y dispensación de medicamentos del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante durante Mayo - Julio del 2016. La siguiente investigación permitirá conocer la real situación el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante durante el periodo Mayo - Julio del 2016, tomando como zona de muestreo del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante durante el periodo Mayo – Julio del 2016,

de esta manera se podrá identificar los posibles errores durante la prescripción, así como errores en el registro de recetas médicas en el sistema de Gestión Hospitalaria y por tanto errores de dispensación, dosificación, administración, reacciones adversas medicamentosas e interacciones medicamentosas al paciente.

El objetivo del presente estudio fue identificar y evaluar las deficiencias en el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante durante Mayo– Julio del 2016.

1.1. Planteamiento del Problema

La prescripción médica corresponde a un acto complejo, que requiere de conocimientos, experiencia profesional, habilidades específicas, un gran sentido de responsabilidad y una actitud ética. Asimismo, se debe recordar que el prescriptor asume la responsabilidad legal por las implicancias de la prescripción .⁽¹⁾

El sistema actual en el Perú exige el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción ya que los problemas relacionados a la prescripción se evidencian en el mundo con distintas características. Siendo nuestro país con mayores problemas de prescripción por las barreras culturales, precaria condición socioeconómico y deficiente cobertura de salud. ⁽²⁾

Por ello, es necesario identificar los problemas de nuestra realidad y buscar soluciones concertadas que nos conduzcan a la racionalidad en el ejercicio de un acto que reviste complejidad e implicancia en la Salud Pública, para evitar los posibles problemas relacionados con medicamentos debido a errores en la prescripción médica por omisión de requisitos técnicos y legales, que afecta a los paciente, y pueden; en vez de curar, causar la muerte o provocar daños a la salud, minimizando la efectividad en el uso de los medicamentos.

No habiendo estudios estadísticos sobre la situación actual del cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante, por ello nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el porcentaje de cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante durante Mayo - Julio del 2016?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

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.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Determinar el porcentaje de recetas médicas con datos incompletos del paciente.
- Determinar el porcentaje de recetas médicas con datos incompletos del medicamento. que no consignan la Denominación Común Internacional, concentración del principio activo, la forma farmacéutica y dosis del medicamento.
- Determinar el porcentaje de recetas médicas con datos incompletos del prescriptor, que no consignan fecha de expedición y expiración

en la receta, con escritura ilegible y las que no consignan con el sello y firma del médico prescriptor.

1.3. Justificación

De la presente investigación es probable obtener errores técnicos y de Falta de cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción médica, la cual ayudará a tomar medidas para disminuir los problemas relacionados con medicamentos, mejorar el formato de las recetas y disminuir los riesgos de problemas de salud en los pacientes debido a estos errores.

El Ministerio de Salud y las instituciones del sector elaboran, difunden y supervisan el cumplimiento de las diferentes normas legales relacionadas con la prescripción de medicamentos. ⁽²⁾

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis General

Las recetas médicas que se prescriben en el Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante Mayo – Julio del 2016, no cumplen al cien por ciento con las Buenas Prácticas de Prescripción.

1.5. Variables

1.5.1. Variable Dependiente

Es la consecuencia o efecto de una variable o antecedente.

- Cumplimiento de las Buenas Practicas de Prescripción.

Indicadores:

- Recetas medicas con datos incompletos del paciente.

- Recetas medicas con datos incompletos del medico prescriptor.
- Recetas médicas con datos incompletos o erróneos del medicamento que se prescribe, (dosis, forma farmaceutica, tiempo de tratamiento, fecha de expiración).

1.5.2. Variable Independiente

Es la causa o condición que antecede a la variable dependiente

- Prescriptor de las recetas médicas

➤ **LINEA DE INVESTIGACIÓN:**

La investigación que realizamos se enmarca dentro de la línea de investigación del uso racional de medicamentos.

➤ **INSTITUCIÓN DONDE SE OBTUVO LAS RECETAS PARA LA TESIS:**

Clínica Maison de Sante Mayo - Julio del 2016 área de Farmacia para pacientes ambulatorios .

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

a) Antecedentes Internacionales:

Fletscher P. (Bogotá - 2012). Realizo una investigación sobre: El uso de psicofármacos fuera de las indicaciones aprobadas en una entidad promotora de salud. Objetivo primordial de esta investigación es de describir el uso de psicofármacos fuera de las condiciones de uso aprobadas por las agencias reguladoras de medicamentos INVIMA, EMA y FDA, su metodología se desarrolló un estudio observacional descriptivo retrospectivo, donde se encontró como resultados que: cerca del 60% de las indicaciones para las cuales se prescribieron los psicofármacos que no habían sido aprobados y algunas de ellos, no contaban con un respaldo científico que soportara su uso; que el grupo terapéutico considerado como blanco importante del uso de la etiqueta, fue el grupo de antidepresivos; y que el 31,4% (IC95%: 30,8 – 32,0%) de las prescripciones no especificaban la vía de administración de los medicamentos. En conclusión, es un riesgo potencial, ya que puede causar errores de medicación. ⁽⁷⁾

Craig P. (EE. UU - 2010). Realizaron un estudio titulado American Society of Health-System Pharmacists la encuesta nacional de la práctica farmacéutica en el ámbito hospitalario: la prescripción y transcripción 2010, siendo una investigación de campo y de carácter descriptivo, el cual evaluó mediante encuestas, las prácticas y tecnologías relacionadas con la prescripción y transcripción, de los últimos tres años anteriores. En la evaluación de la prescripción y transcripción, el presente estudio tenía por objeto describir el proceso de gestión de formulario, el uso de la política de drogas, el comité para mejorar el uso de medicamentos, las consultas, la prestación de información sobre medicamentos a los prescriptores; el proceso de pedido de medicamentos, la recepción, evaluación, y la transcripción, el uso de sistemas informáticos médicos a la entrada de pedidos (CPOE) de sistemas, Historia clínica electrónica (REM), y la seguridad de otros medicamentos tecnológicas,

obteniendo como resultados que la presencia del farmacéutico es muy importante, además que las actividades que este debe cumplir son amplias durante el proceso de prescripción y transcripción en aumento.⁽⁸⁾

Amanda G. Kennedy y col. (EE. UU - 2011). "Evaluación de un formulario de receta modificado para hacer frente a errores de prescripción, quienes utilizaron los datos de población del Censo 2000 de los EE.UU población rural en cada Región: Vermont (noreste), West Virginia (sur), Dakota del sur (centro oeste) y Montana (oeste)". Se mencionan que las recetas son los principales medios de comunicación entre los prescriptores y farmacéuticos de las instrucciones de los medicamentos. Por desgracia, un gran porcentaje de pacientes ambulatorios con recetas médicas en papel contienen uno o más errores, lo que resulta en millones de las recetas un factor potencial para hacer daño a los pacientes. Se estima que 1 de cada 131 muertes ambulatorias son atribuibles a los errores de medicación.⁽⁹⁾

b) Antecedentes Nacionales:

Pinedo Y, Romero Díaz J. "Cumplimiento de buenas prácticas de prescripción en pacientes hospitalizados en la Clínica Internacional Lima, Perú". Rev. Perú Interciencia 2014; 5(1):26-30(24). El presente trabajo se realizó con el fin de determinar e identificar las deficiencias en el cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción, en las recetas de los pacientes hospitalizados en la clínica Internacional - Sede Lima, estudio retrospectivo y descriptivo de las recetas médicas de los pacientes hospitalizados, medido según la Ley General de Salud N° 26842, artículo 26, y con el Manual de las Buenas Prácticas de prescripción del Ministerio de Salud de Perú, se concluyó incumplimiento de las normas de buena prescripción en un porcentaje elevado de recetas, esto evidencia la existencia de un problema que debe ser corregido desde el inicio del acto de la prescripción, para evitar futuros errores que podrían llevar a poner en riesgo la salud de los pacientes.⁽¹⁰⁾

Coral Saldaña A, "Evaluación del uso racional de antibióticos prescritos en la consulta externa pediátrica de la Clínica San Juan, Iquitos - 2010 Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de Farmacia y Bioquímica, Iquitos 2011. El uso irracional de antibióticos tiene una clara repercusión en el desarrollo de resistencias bacterianas, reacciones adversas y sobre todo en el costo asistencial, la causa principal de este uso es la prescripción inadecuada de antibióticos en enfermedades que no requieren tratamiento antibacteriano. Por lo expuesto el objetivo del presente estudio es evaluar el uso racional de antibióticos prescritos en la consulta externa pediátrica de la Clínica San Juan; estudio es una investigación no experimental de tipo descriptivo, transversal y retrospectiva, que utilizó los diseños de estudio de prescripción – indicación e indicación-prescripción para evaluar el tipo de prescripción en 227 pacientes atendidos que recibieron prescripción antibiótica; Los motivos más frecuente por los que se prescribieron antibióticos son rinofaringitis (31.7%), seguido de la bronquitis (21.2%) y gastroenterocolitis aguda (13.2%). Los antibióticos más prescritos fueron la azitromicina (12.8%), la ampicilina (11.4%) y la claritromicina (11.4%). El tipo de prescripción más frecuente es la prescripción irracional (67.4%), las enfermedades infecciosas que presentaron prescripción irracional son laringofaringitis, bronquitis y amigdalitis; y los antibióticos que se prescribieron de forma irracional son la azitromicina, claritromicina y ceftriaxona, finalmente se detectó una gran proporción de prescripción irracional antibiótica, con mayor frecuencia en la rinofaringitis y bronquitis; y los antibióticos con mayor prescripción irracional son la eritromicina y claritromicina.⁽¹¹⁾

Giménez F, et al. (2010) analizaron la seguridad del paciente en la terapéutica medicamentosa y la influencia de la prescripción médica en los errores de dosis. Los objetivos fueron analizar la redacción de la prescripción médica en los errores de dosis ocurridos en unidades de clínica médica de cinco hospitales brasileños e identificar las clases farmacológicas envueltas en esos errores. Se trata de estudio descriptivo que utilizó datos secundarios obtenidos de en una

investigación multicéntrica realizada en 2005. La población fue compuesta de 1.425 errores de medicación y la muestra por 215 errores de dosis. De estos, 44,2% ocurrieron en el hospital E. Se verificó: presencia de siglas y/o abreviaturas en 96,3% de las prescripciones; ausencia del registro del paciente en 54,4%; falta de posología en 18,1%, y omisión de la fecha en 0,9%. Con relación al tipo de medicamento, 16,8% eran broncodilatadores; 16,3% eran analgésicos; 12,1%, antihipertensivos y 8,4% eran antimicrobianos. La ausencia de la posología en las prescripciones puede favorecer la administración de dosis equivocadas, resultando en ineficiencia del tratamiento, comprometiendo así, la calidad de la asistencia prestada a los pacientes hospitalizados. ⁽¹²⁾

En 2012, **Tornero E y Valdez F.** realizaron un estudio de “Evaluación del Cumplimiento de Buenas Prácticas de Prescripción en recetas atendidas en farmacia de consulta externa del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen entre los meses de noviembre de 2010 a abril de 2011” para optar el título de Químico Farmacéutico. El objetivo general del estudio es Identificar y Evaluar las deficiencias del cumplimiento de la Buenas Prácticas de Prescripción de recetas médicas. El estudio de tipo transversal, observacional, prospectivo, documental y comparativo, analizando recetas unitarias médicas, para ello se realizó una ficha de recolección de datos tomando los puntos esenciales con 1369 pacientes. Se encontró que 0,37 % de las recetas no cumplieron con ninguna de las 5 características analizadas, el 2,63 % solo cumplieron una característica, 12,86 % cumplían con al menos 2 características, 27,17 % cumplían con 3, 35,65% cumplieron con 4 y el 21,33 % cumplieron con todas las 5 características. Concluyeron que 28,6 % de recetas no consignan la concentración del principio activo, el 8,2 % no consigna la posología y el 10,9 % de recetas no presentan la escritura legible del prescrito. ⁽¹³⁾

En 2012, **Collantes K y Martínez A.** realizaron un estudio de investigación sobre “Las Buenas Prácticas de Prescripción de Estupefacientes sometidos a

Fiscalización Internacional en el Instituto Nacional Materno Perinatal, siendo los objetivos Evaluar las Buenas Prácticas de Prescripción de estupefacientes y Proponer un nuevo diseño de recetas de prescripción de estupefacientes, realizaron un estudio tipo descriptivo, transversal con un muestreo de 4 461 recetas especiales. Según los resultados se halló un total de 639 recetas especiales (13,7 %) que contenían algún error en la prescripción, de las cuales 153 (3,3 %) se refiere a datos del paciente, dando como conclusión general, que el presente estudio demuestra que no se cumplen con las normas de buenas prácticas de prescripción de estupefacientes. ⁽¹⁴⁾.

En 2012, **Olivera D.** presentó una tesis titulada “Evaluación Administrativa de la Prescripción Médica de Consulta Externa del Seguro Integral de Salud (SIS)”, donde el objetivo fue Identificar los resultados de la evaluación administrativa por auditoría del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – Ministerio de Salud – Cusco, la investigación es retrospectiva, transversal, descriptiva y observacional, donde se obtuvo como resultado: Elemento Condición Elementos de la prescripción que cumplen con la norma en un nivel superior a 70%; Nombre del paciente: 99,5 %, Edad: 88 %, Sexo: 92 %, Código SIS: 95 %, Tipos de Usuario: 90 %, Tipo de atención: 88 %, Especialidad: 80 %, Diagnóstico: 94,5 %. Código CIE-10: 0 %, Medicamento genérico: 100 %, Concentración: 100%, Forma farmacéutica: 100 %, Cantidad: 99 %, Sello: 96 %, Firma: 98 %, Fecha de atención 94 %, Letra legible 60 %. Concluyendo, que la hipótesis de investigación fue probada con amplitud; y se plantea un programa de intervención para la buena calidad del registro de la Receta Médica del SIS, bajo los aspectos de la planificación, gestión y evaluación sanitaria. ⁽¹⁰⁾.

En 2013, **Ecker L, Ochoa T, Vargas M, Del Valle L y Ruiz J.** realizaron un estudio de Preferencias de Uso de Antibióticos en niños menores de cinco años por Médicos de Centros de Salud de Primer Nivel en Zonas Perú urbanas de Lima, Perú, donde el objeto fue describir las preferencias de uso de

antibióticos para niños menores de cinco años por parte del personal médico en tres distritos periurbanos, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada a 218 médicos generales, dando como resultado que el 81,6 % de los médicos respondió que más de la cuarta parte de los pacientes que atienden son niños menores de cinco años. El 15,6 % usaría un antibiótico en el caso de resfrío común. En el caso de disentería, el 90,4 % usaría antibióticos, a predominio de trimetoprima – sulfametoxazol (TMP-SMX) y furazolidona. El 86,2 % de los médicos recomendaría un antibiótico para tratar faringitis. Para tratar diarrea acuosa 33 % usaría antibióticos. En el caso de broncoespasmo, 72,9 % de los médicos recomendaría un antibiótico y el 98,2 % recomendaría un antibiótico en el caso de neumonía. La percepción del grado de satisfacción de la madre aumentó el riesgo de prescripción inadecuada de antibióticos (OR: 1,6; IC 95 %: 1,1 - 2,6). Se concluyó, que existe una tendencia al sobreuso de antibióticos en diagnósticos como faringitis y broncoespasmo, así como en casos de diarrea acuosa y resfrío común, la cual se debería a que una gran cantidad de niños menores de cinco años son atendidos por médicos generales que no han recibido entrenamiento en atención pediátrica ⁽¹⁶⁾.

Llanos Zavalaga F. y col. "Prescripción de antibióticos en consulta externa pediátrica de un Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima, Perú". Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública v.20 n.1. Lima ene. /mar. 2004 (24). Este trabajo tenía como objetivo evaluar la proporción y calidad de la prescripción antibiótica en consulta externa del Departamento de Pediatría, realizó un estudio transversal descriptivo entre agosto y setiembre del año 2002. La población estuvo formada por la totalidad de personas que acudieron a consulta externa. Para determinar la calidad de la prescripción se obtuvo una muestra por saturación de 164 personas. La información fue revisada y calificada por tres pediatras, teniendo como patrón referencial la United States Pharmacopeial Drug Information. Los resultados de la proporción de prescripción fue 8,9% (IC 95%: 8,3%- 9,6%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: sinusitis, oxiuriasis e infecciones de piel. Los antibióticos más prescritos fueron: amoxicilina, albendazol y eritromicina.

82,8% de antibióticos fueron prescritos con nombre genérico y 80,8% se encontraron en el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales. 42,8% (IC 95%:35,3%-50,3%) de las prescripciones fueron consideradas inadecuadas: 25,1% por errores en la dosificación, 16,7% por error en la duración del antibiótico y 15,5% por error en el intervalo del uso de los antibióticos. Llegando a la conclusión que la proporción de prescripción de antibióticos fue baja e inferior a la reportada en la literatura nacional y extranjera, mientras que la calidad de prescripción fue similar a los estudios reportados. Las investigaciones en este campo son todavía escasas y aisladas a nivel nacional, por ello resulta imperativo llevar a cabo estudios que permitan documentar y analizar la prescripción y el uso inadecuado de los antibióticos. ⁽¹⁷⁾

2.2. Bases Teóricas

Prescripción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1985⁽¹⁾, definió que «el uso racional de medicamentos requiere que los pacientes reciban las medicaciones apropiadas a sus necesidades clínicas, a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales por un período adecuado de tiempo y al costo más bajo para ellos y para su comunidad». Esta definición establece un marco formal de actuación; cada norma y cada práctica pueden ser contrastadas con ese marco general y es posible mostrar las consecuencias del incumplimiento de su contenido. ⁽¹⁸⁾

Manual de Buenas Prácticas de Prescripción de la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID) del Ministerio de Salud del Perú.

a) Objetivo. - Fomentar una adecuada prescripción dando a conocer sus bases técnicas, científicas, legales y éticas.

b) Definición. - La 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. Esta decisión implica indicar medidas como el uso de medicamentos; todo ello lo plasma en una receta médica.

Debe además compartir las expectativas con el paciente, brindarle la información que requiera, comprobar que conoce los riesgos a que se somete al utilizar un medicamento y procurar que el tratamiento prescrito esté al alcance de sus posibilidades económicas.

La prescripción médica es un acto complejo, que requiere de conocimientos, experiencia profesional, habilidades específicas, un gran sentido de responsabilidad y una actitud ética. Se debe recordar que el prescriptor asume la responsabilidad legal por las implicancias de la prescripción.

c) ¿Qué buscamos con una buena prescripción?

- Maximizar la efectividad en el uso de los medicamentos.
- Minimizar los riesgos a los se somete al paciente al usar un medicamento.
- Minimizar los costos en la atención de salud por medio del uso racional del medicamento.
- Respetar las opiniones de los pacientes en toda decisión terapéutica.

d) Factores que influyen en la prescripción:

El acto de prescripción es una decisión tomada en un contexto en el cual intervienen factores que influyen en las determinaciones del prescriptor:

- **Regulatorios:**

La Ley General de Salud y otros dispositivos legales emitidos por el Ministerio de Salud regulan la prescripción.

«Sólo los médicos pueden prescribir medicamentos. Los cirujanos-dentistas y las obstetricias sólo pueden prescribir medicamentos dentro del área de su profesión».

- **Industria farmacéutica:**

Los mecanismos de promoción y publicidad que realiza la industria farmacéutica ejercen influencia en los hábitos de prescripción. Existen dispositivos legales, acuerdos y recomendaciones, respecto a la promoción y publicidad de medicamentos, establecidos en la Ley General de Salud (capítulo III, artículos 69, 70, 71,72), el Código de la Federación Internacional de la Industria del Medicamento (FIIM): “Normas de comercialización de productos farmacéuticos”

- **Educativos**

La formación adecuada en terapéutica médica, iniciada en el período de pregrado, continuada en el postgrado y actualizada a lo largo de toda su vida profesional, es capital para que el profesional de salud que prescribe esté en condiciones de tomar decisiones terapéuticas de calidad.

- **Socio-económicos**

Toda persona que prescribe medicamentos debe tener en cuenta las condiciones socioeconómicas de la población, pues éstas ejercen influencia en la actuación profesional. Así, el profesional de la salud que prescribe debe considerar los limitados recursos económicos del paciente, sus concepciones culturales, el grado de instrucción que tiene, el conocimiento que sobre el uso de medicamentos tenga, su entorno familiar, el costo de la atención de salud y de los medicamentos, entre otros.

Los prescriptores tienen la responsabilidad de conjugar todos estos factores a fin de decidir lo mejor para cada caso, según criterios técnicos, sociales y éticos .^(19,20)

2.3. Área legal

- **Ley N° 29459. Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. Capítulo IX. Del uso racional de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.** El Reglamento establece el procedimiento a seguir en los casos de los productos compuestos por más de un principio activo y de aquellos que no tuvieran Denominación Común Internacional (DCI).

Fomenta el uso racional de medicamentos en la atención de salud, en los profesionales de la salud y la comunidad, priorizando el uso de medicamentos esenciales.

La prescripción debe contener los requisitos que establece el Reglamento. La Autoridad Nacional de Salud (ANS) fomenta el desarrollo de protocolos y guías fármaco terapéuticas que garanticen la correcta asistencia al paciente.

(19,20)

- **Ley General de Salud. Ley N° 26842 (20/07/97): Título II, capítulo I.**

Artículo 26°: Establece la obligación del médico en consignar, al momento de prescribir un medicamento, la denominación común internacional (DCI) el nombre de marca si lo tuviera, la forma farmacéutica, posología, dosis y período de administración. Asimismo, están obligados a informar al paciente sobre los riesgos, contraindicaciones, reacciones adversas e interacciones que su administración puede ocasionar y sobre las precauciones que debe observar para su uso correcto y seguro.

Artículo 33°: Faculta al Químico Farmacéutico a ofrecer al paciente alternativa de medicamentos química y farmacológicamente equivalentes al prescrito en la receta, en igual forma farmacéutica y dosis, generando intensos debates en los sectores profesionales involucrados y en el público en general. ⁽¹⁰⁾

En el Perú, informes de la Organización Mundial de la salud (OMS), han señalado que 50% de la población peruana no tiene acceso a los medicamentos esenciales y que el problema principal son los precios comparados con el poder de compra. Un estudio en el 2002 reveló que solamente 27% de los pacientes pobres atendidos en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSa), adquirió la totalidad de los medicamentos prescritos, siendo la causa más frecuente de la no adquisición la falta de dinero.

- **DS-014-2011-SA (27/07/11): Aprueban reglamento de establecimientos Farmacéuticos: Capítulo V. De las recetas**

Artículo 56º: En las farmacias y boticas sólo podrá dispensarse productos farmacéuticos y recursos terapéuticos naturales de venta bajoreceta médica cuando la receta contenga, en forma clara, la siguiente información:

Disponibilidad

Los medicamentos esenciales se definen como aquellos medicamentos de importancia vital que deben estar disponibles en todo momento en las dosis adecuadas y en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades fundamentales de salud de todos los segmentos de la población. ⁽²⁴⁾

El reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental, conlleva la responsabilidad del estado de garantizar el acceso a la atención de salud y a los medicamentos. ^(19,20)

- **Decreto Supremo Nº 021-2001-SA- reglamento de Establecimientos Farmacéuticos.**

Establece que, en el acto de dispensación, el profesional Químico Farmacéutico presentara al usuario todas las alternativas genéricas y de marca de las que dispone el establecimiento y le brindará información acerca de la

lista de precios, debiendo abstenerse de inducir al usuario a adquirir alguna de dichas alternativas.

Según al artículo 40 de la presente ley. El Químico Farmacéutico que dispense un medicamento alternativo al prescrito, se anotará al dorso de la receta el nombre de la alternativa dispensada, el nombre del laboratorio fabricante, así como la fecha en que se efectúa la dispensación, seguida del dispensador. ⁽²⁰⁾

Método para una Buena Práctica de Prescripción

La Universidad de Gröningen (Holanda) desarrolló una metodología sistematizada para la enseñanza de la farmacoterapia racional que la OMS auspicia e impulsa en todo el mundo. Esta modalidad de enseñanza incorpora la medicina basada en la evidencia y el enfoque por problemas, enfatizando la adquisición de habilidades más que de conocimientos.

Este modelo de prescripción, en el cual se plantea el concepto de la farmacoterapia racional, entendida como un conjunto de decisiones y acciones que, sobre la base de un correcto diagnóstico e identificación de los problemas del paciente, involucra los siguientes aspectos: la consideración de las medidas no farmacológicas, la determinación de usar o no medicamentos y, en caso de ser necesario, una correcta selección de estos agentes terapéuticos, la elaboración de un apropiado régimen de dosificación, seguido de instrucciones claras y completas para facilitar el cumplimiento de la terapia, y un adecuado seguimiento o monitoreo de la evolución del paciente.

Este proceso comprende un conjunto de aspectos que permiten dotar a los prescriptores de herramientas que ayudan a mejorar el desarrollo de sus labores, siempre basados en la evidencia científica disponible. Introduce un enfoque racional, lógico, paso a paso, para resolver los problemas de salud de los pacientes.

El proceso de la terapéutica racional consiste en:

1. Definir el o los problemas del paciente.
2. Especificar el o los objetivos terapéuticos.
3. Diseñar un esquema terapéutico apropiado para el paciente.
4. Iniciar el tratamiento.
5. Brindar información, instrucciones y advertencias al paciente.
6. Supervisar la evolución del tratamiento.

2.4. CONCEPTOS

a) Receta Médica

Se entiende por receta médica al documento formal por el cual los profesionales de salud prescriptores (médico, odontólogo y obstetras) indican un tratamiento al paciente, que puede o no contener medicamentos. La misma, contiene medidas e instrucciones para prevenir, aliviar, controlar, diagnosticar y curar la enfermedad. ⁽²¹⁾

Es una importante transacción terapéutica entre el médico y su paciente. Representa un resumen del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad del paciente realizado por el médico. Resume en un trozo de papel la capacidad diagnóstica y la experiencia terapéutica del médico, con instrucciones para aliviar o restablecer la salud del enfermo. Sin embargo, la receta mejor concebida puede ser terapéuticamente inútil si no se instruye debidamente al paciente sobre como tomar la medicación recetada. ⁽²²⁾

La receta médica consta de dos partes:

El cuerpo: Destinado a la descripción del medicamento. Va dirigido a los dispensadores (Químico Farmacéuticos) y expendedores (técnicos, auxiliares de farmacia entre otros) de medicamentos. ⁽²²⁾

Las indicaciones: Donde se dan las instrucciones al paciente: cómo tomar el medicamento, por cuántos días debe de hacerlo (duración de tratamiento), el horario que debe aplicar (frecuencia de administración), entre otros. ⁽²²⁾

La receta debe contener en forma clara y legible la siguiente información:

- a) Datos del prescriptor y del establecimiento de salud: Debe contener nombre y número de colegiatura del profesional, estos datos deben figurar en forma impresa, sellada o en letra legible. También se debe consignar el nombre y dirección del establecimiento de salud. En zonas donde se cuente con servicio telefónico, figurará el número de teléfono.
- b) Datos del paciente: Se registrará el nombre del paciente, su edad y de ser posibles su dirección y teléfono.
- c) Nombre del o los medicamentos prescritos, consignando obligatoriamente su Denominación Común Internacional (D.C.I.), y de forma opcional, el nombre de marca, si el prescriptor lo considera necesario.
- d) Concentración del principio activo. Se deben usar las abreviaturas internacionalmente aceptadas: g (gramo), mL (mililitro), mg (miligramo) y tratar de evitar los decimales. Si es necesario, se debe escribir la palabra completa para evitar malentendidos.
- e) Forma farmacéutica y cantidad total: Utilice sólo abreviaturas corrientes que sean conocidas por el farmacéutico. Por ejemplo, 20 tabletas, 20 tab.
- f) Lugar, fecha de prescripción y de expiración de la receta.
- g) Firma habitual y sello del prescriptor.

Una vez vencido el plazo de validez de la receta médica fijado por el prescriptor, no podrá dispensarse ninguno de los medicamentos de venta bajo receta médica incluidos en ella (Artículos 35° y 37° del D.S. N° 021-2001-SA: Reglamento de establecimientos farmacéuticos). ⁽²²⁾

b) Prescripción

La prescripción racional se consigue cuando el profesional bien informado, haciendo uso de su mejor criterio, prescribe al paciente un medicamento bien seleccionado, en la dosis adecuada durante el período de tiempo apropiado y al menor coste posible. ⁽¹⁵⁾

c) Fármaco

Es una sustancia con composición química exactamente conocida y que es capaz de producir efectos o cambios sobre una determinada propiedad fisiológica de quien lo consume; un fármaco puede ser exactamente dosificado y sus efectos (tanto benéficos como perjudiciales) perfectamente conocidos, luego de utilizar dicho fármaco en un número de personas lo suficientemente grande

d) Forma farmacéutica

Es la disposición individualizada a que se adaptan los fármacos (principios activos) y excipientes (materia farmacológicamente inactiva) para constituir un medicamento. O dicho de otra forma, la disposición externa que se da a las sustancias medicamentosas para facilitar su administración.

e) Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales

Representa un instrumento técnico normativo para la prescripción, dispensación, adquisición y utilización de medicamentos en los diferentes niveles de atención de los establecimientos del Sector Salud. ⁽²³⁾

f) Petitorio Farmacológico EsSalud

Es el instrumento técnico que contiene los medicamentos considerados indispensables, eficaces y seguros para atender las necesidades de los asegurados y sus derechohabientes. ⁽²⁴⁾

g) DCI (Denominación común internacional)

Constituyen un sistema de nomenclatura establecido por la OMS en 1950, que tiene por principal finalidad proteger la seguridad de los pacientes al identificar cada sustancia farmacéutica o cada principio farmacéutico activo mediante un nombre único universalmente reconocido y accesible por pertenecer al dominio público. ⁽²²⁾

En nuestro país, según el artículo 43° del Decreto Supremo N°010-97/SA-Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos

Farmacéuticos y afines, la DCI debe estar incluido en el rotulado de todos los medicamentos que se comercializan a nivel nacional.

h) Dosis

La cantidad de una sustancia a la que se expone una persona durante un período de tiempo. La dosis es una medida de la exposición. Se expresa corrientemente en miligramos (cantidad) por kilo (medida del peso corporal) por día (medida del tiempo), cuanto mayor es la dosis, mayor es la probabilidad de un efecto.

i) CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

Siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

j) Acto Medico

Es un término añejo, acuñado por el ejercicio profesional de la medicina. El acto médico precisa un médico debidamente titulado y colegiado para no ser considerado como viciado.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de investigación

Es un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

- Transversal, porque las variables se midieron una sola vez y no se realizó seguimiento.
- Observacional y descriptivo, se observaron datos de las recetas tal como es para describir.
- Retrospectivo, porque se trabajó con las recetas del mes Mayo - Julio 2016.

3.2. Población y muestra de estudio

3.2.1. Población

Conformada por 400 recetas médicas prescritas del Programa de Atención Ambulatoria a pacientes de convenio crónicos de la Clínica Maison de Sante de Mayo - Julio del 2016, lo que constituye el 100% de la muestra a evaluar.

3.2.2. Criterio de Inclusión:

Recetas médicas atendidas de pacientes de convenio del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante del periodo Mayo - Julio del 2016.

Recetas médicas manuales atendidas procedentes del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante del periodo Mayo - Julio del 2016.

3.2.3. Criterio de exclusión:

- Recetas médicas que no son del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante del periodo Mayo - Julio del 2016.
- Recetas médicas especiales (porque llevan un formato distinto al de las recetas de consulta externa).
- Recetas médicas de Odontología
- Recetas sistematizadas de emergencia.
- Recetas médicas de hospitalizados.
- Recetas médicas de Obstetricia.
- Recetas médicas pediátricos menores de 18 años

3.3. Métodos:

1. Revisión de las recetas médicas (datos del paciente, del médico, fármaco)
2. Llenado de la ficha de recolección de datos.
3. Identificación de errores, omisiones u otros.
4. Análisis de los Resultados mediante tablas y gráficos, se describirán el porcentaje y frecuencia de las recetas médicas, que cumplen todas las características que se indican en la Manual de las BPP.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de los datos fue manual mediante la revisión de las recetas archivadas de los pacientes de farmacia de consulta externa. Se clasificó de acuerdo a los indicadores a medir que al final fue transcrita en tablas y gráficos, en el programa Excel XP. También se utilizarán tablas de frecuencia y porcentajes.

3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Se realizó un análisis documental de las recetas médicas y se recolectaron manualmente los datos utilizando una lista de cotejo (ver anexo formato estadístico), se procedió a la tabulación y posteriormente para la presentación de los datos se elaboraron tablas y gráficos

estadísticos en una hoja de Excel, especificando frecuencias y porcentajes de los datos obtenidos.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de las recetas según el incumplimiento de los datos del paciente.

Datos del paciente incompletos	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	9.5%
No	362	90.5%
TOTAL	400	100.0%

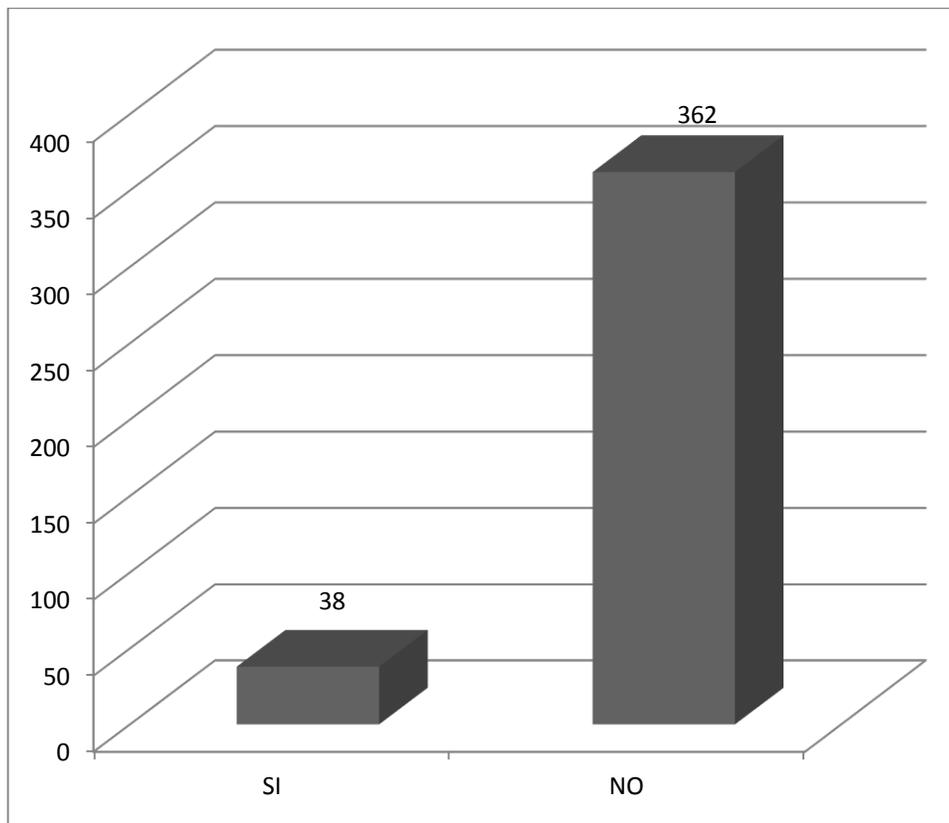


Figura1. Datos incompletos, Distribución de las recetas según el incumplimiento de los datos del paciente.

Tabla 2. Distribución de las recetas según el incumplimiento de la denominación común internacional de las recetas.

Denominación común Internacional	Frecuencia	Porcentaje
Si	400	100.0%
No	0	0.0%
TOTAL	400	100.0%

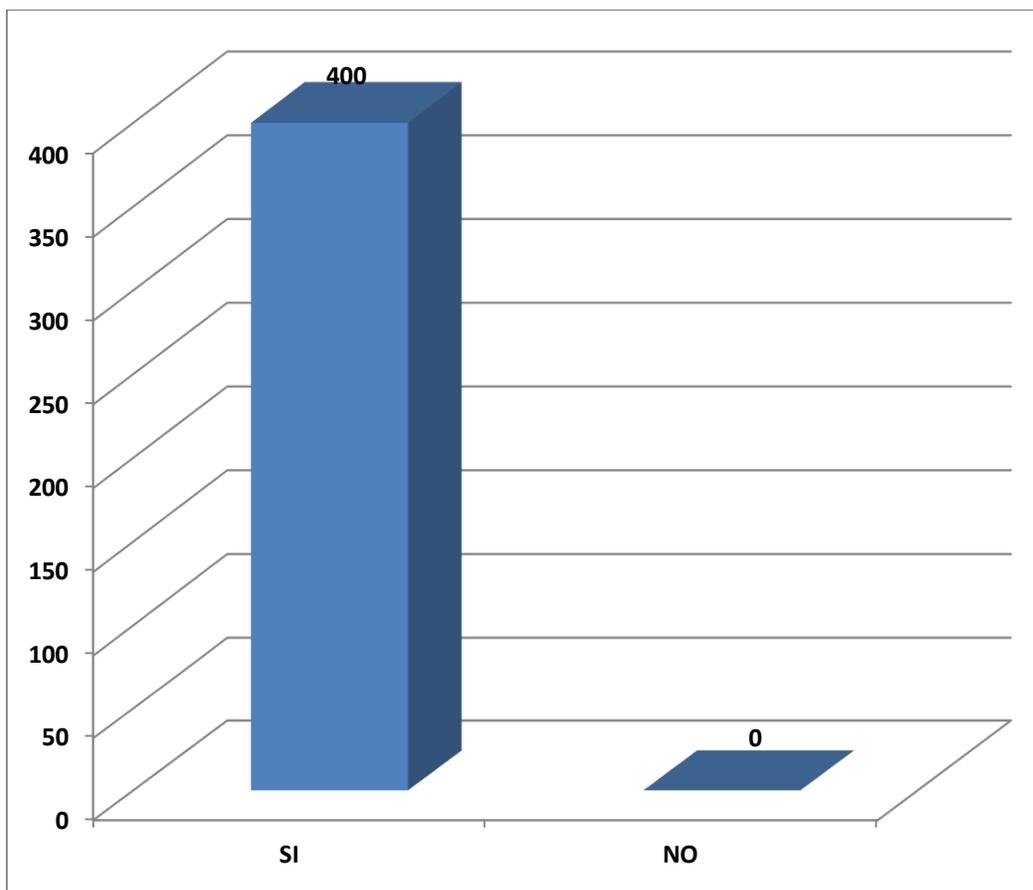


Figura 2. Distribución de las recetas según incumplimiento de la Denominación Común Internacional de las recetas.

Tabla 3. Distribución de las recetas según la forma farmacéutica de las recetas

Forma farmacéutica	Frecuencia	Porcentaje
Si	378	94.50%
No	22	5.50%
TOTAL	400	100.00%

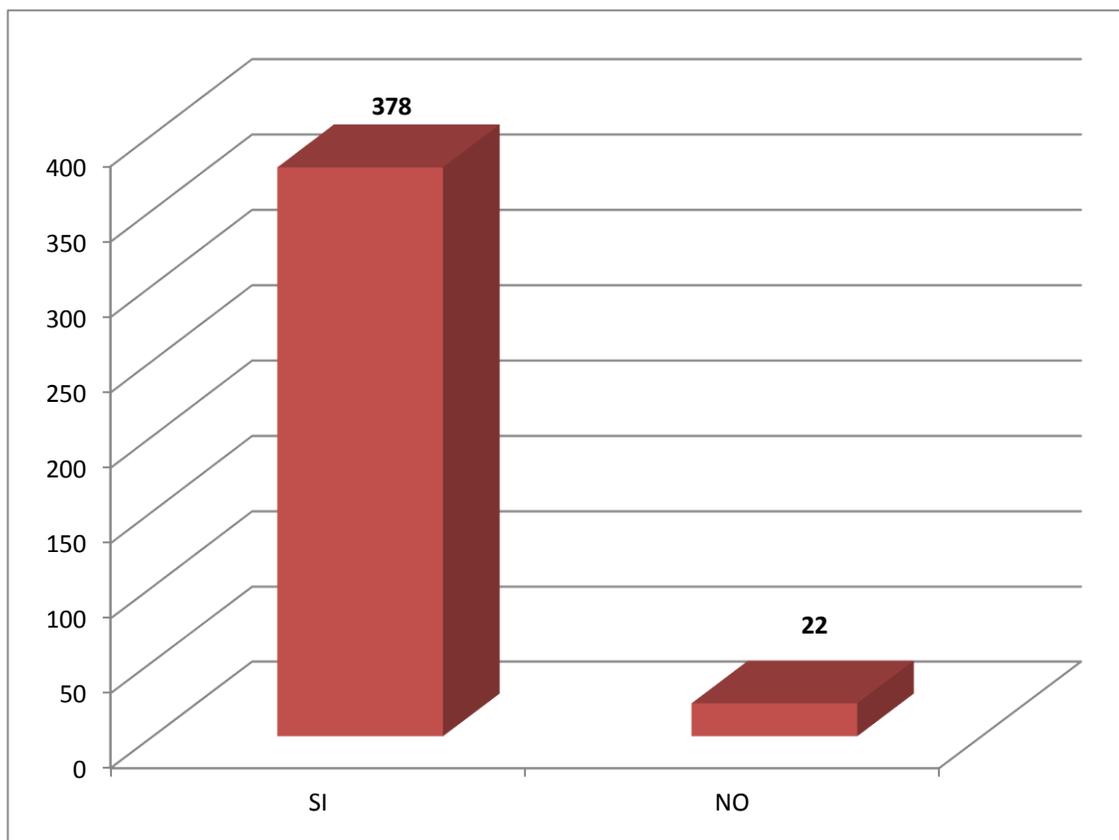


Figura 3. Distribución de las recetas según la omisión de forma farmacéutica de las recetas.

Tabla 4. Distribución de las recetas según no contaban con la concentración del principio activo de los datos de las recetas.

Concentración del principio activo	Frecuencia	Porcentaje
SI	312	78.00%
No	88	22.00%
Total	400	100.00%

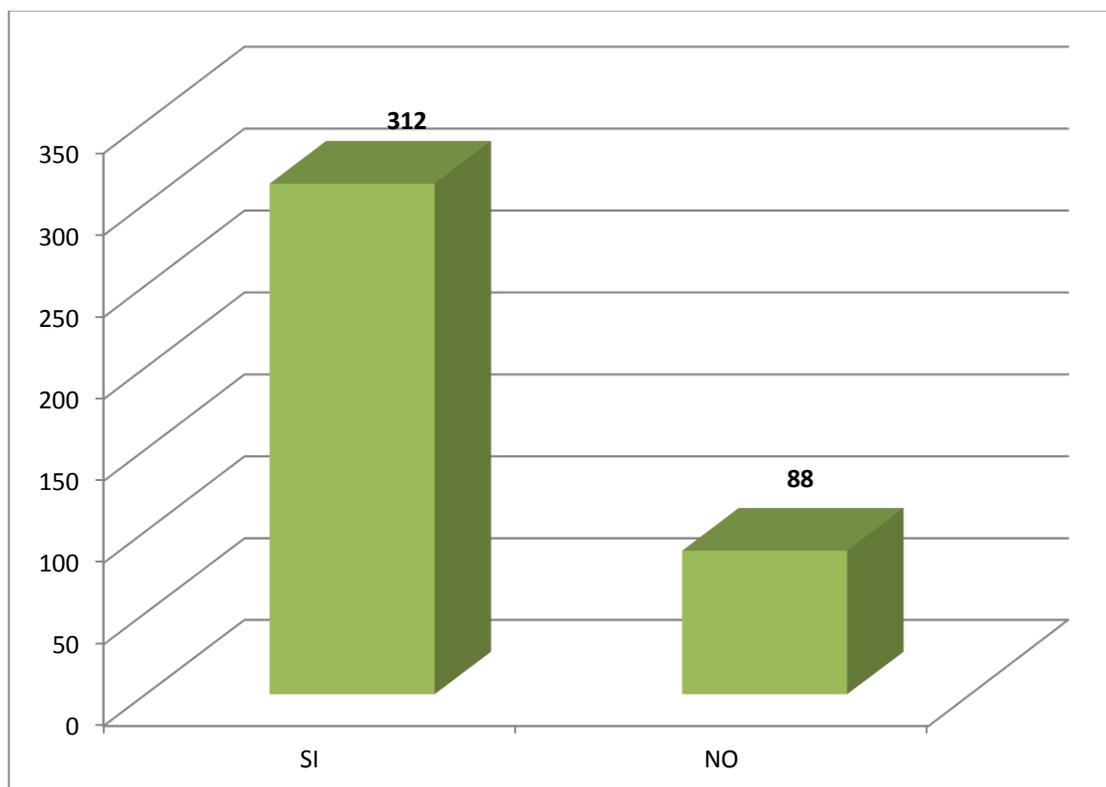


Figura 4. Distribución de las recetas según no contaban con la concentración del principio activo de los datos de las recetas.

Tabla 5. Distribución de las recetas según no consignan la dosis de la forma farmacéutica de las recetas.

Dosis de la forma farmacéutica de la receta	Frecuencia	Porcentaje
SI	390	97.50%
No	10	2.50%
Recetas	400	100.00%

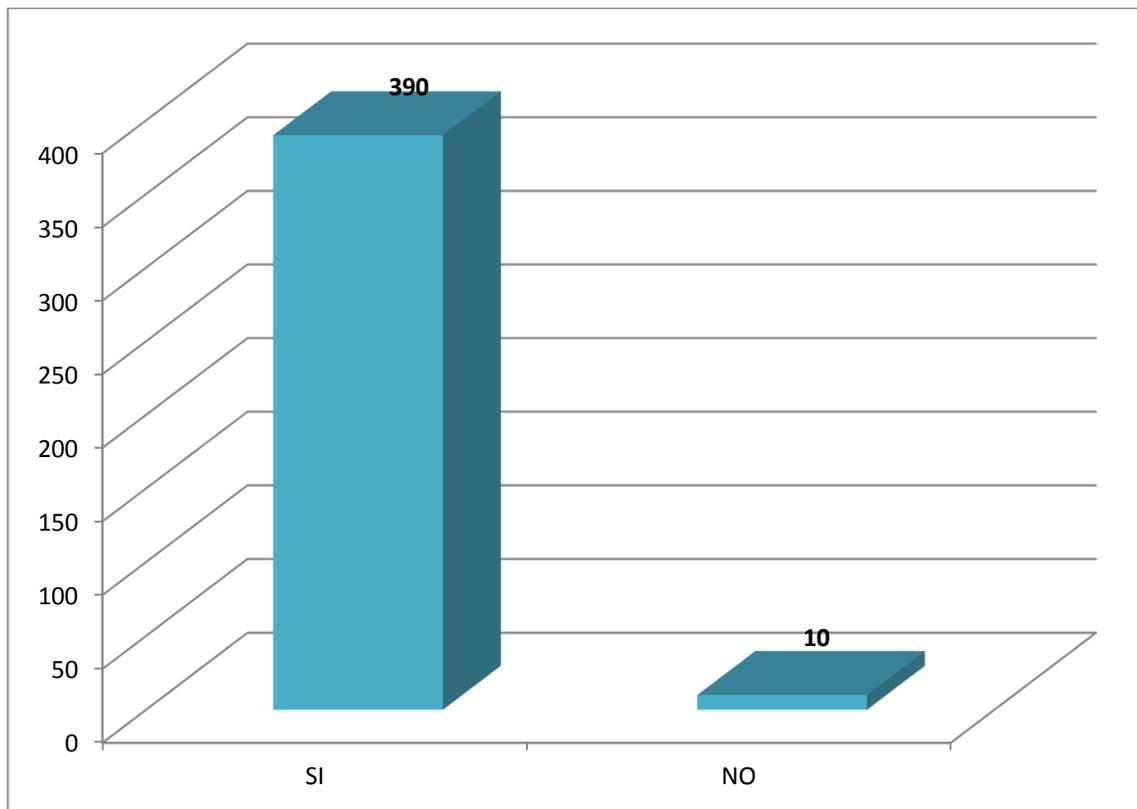


Figura 5. Distribución de las recetas según no consignan la dosis de la forma farmacéutica de las recetas.

Tabla 6. Distribución de las recetas según no consignan la fecha de expedición de las recetas.

Fecha de expiración	Frecuencia	Porcentaje
SI	400	100.00%
No	0	0.00%
Total	400	100.00%

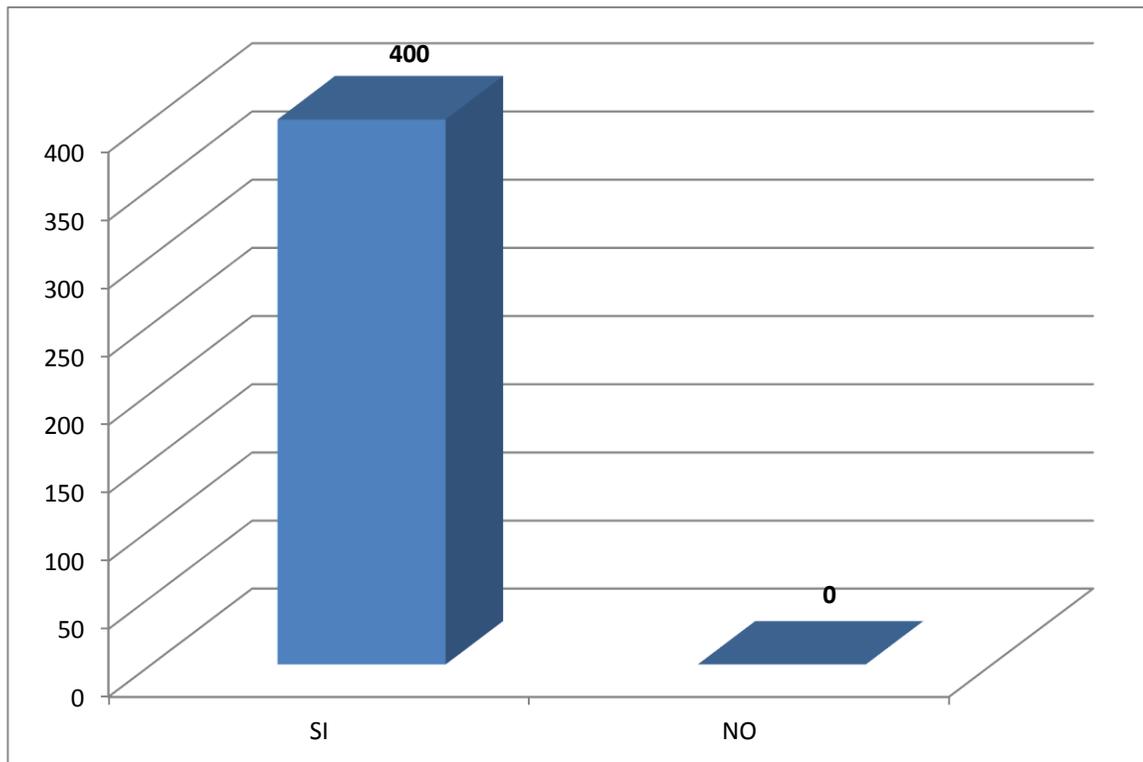


Figura 6. Distribución de las recetas según no consignan la fecha de expiración de las recetas.

Tabla 7. Distribución de las recetas según presentan letra ilegible de las recetas.

Letra ilegible	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	6.5%
No	374	93.5%
Total	400	100.00%

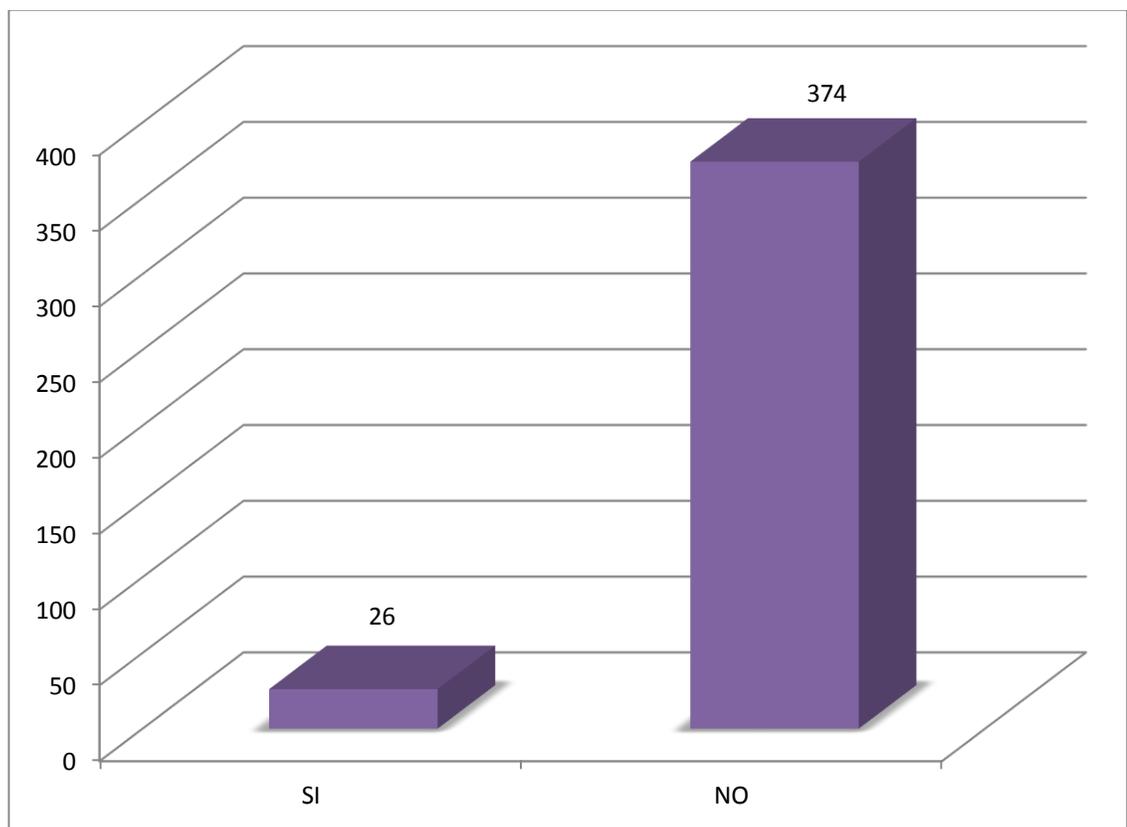


Figura7. Distribución de las recetas según presentan letra ilegible de las recetas.

Tabla 8. Distribución de las recetas que no presentan firma y sello del prescriptor de las recetas.

Firma y sello	Frecuencia	Porcentaje
Si	400	100.00%
No	0	0.00%
Total	400	100.00%

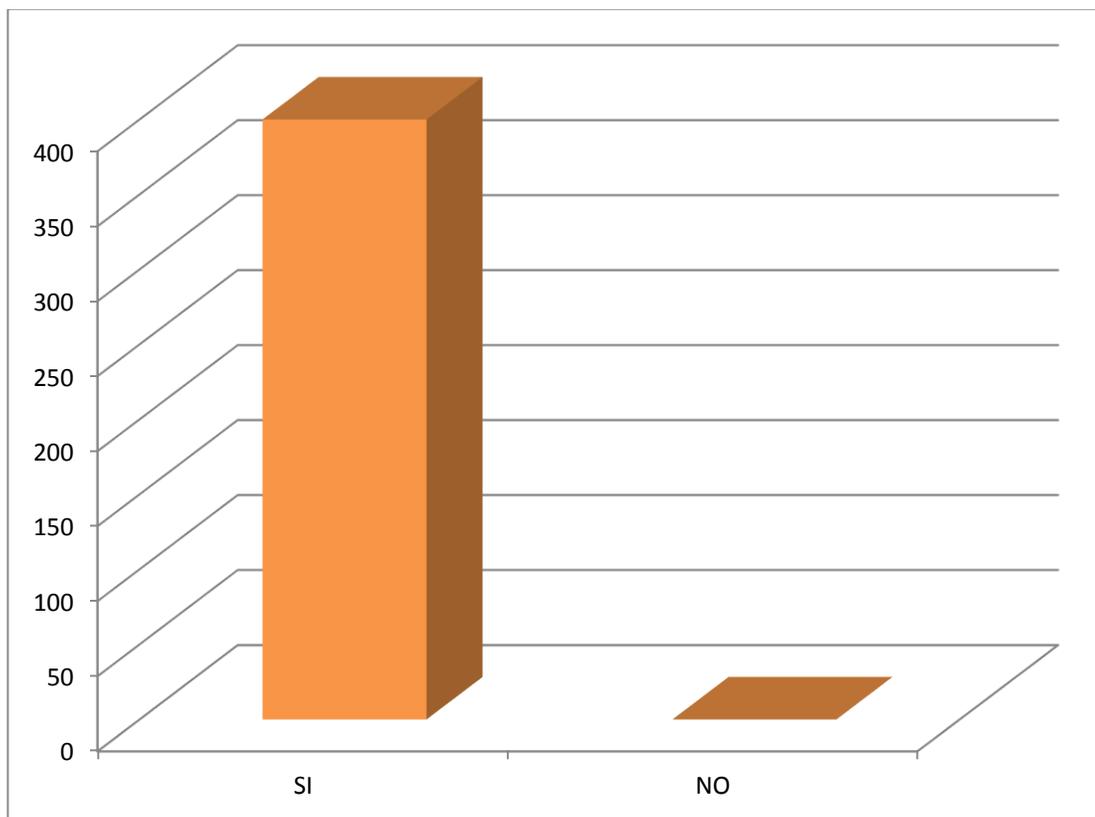


Figura8. Distribución de las recetas que no presentan firma y sello del prescriptor de las recetas.

V. DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos de la investigación realizada de las recetas del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante mayo - Julio del 2016, podemos realizar el siguiente análisis sobre las Buenas Prácticas de Prescripción de recetas medicas.

Se observo en los resultados que no se cometen error en su omisiones durante la prescripción de las recetas, como en la Denominacion Comun Internacional, la fecha de expiracion y firma y sello, los errores mas comunes que se presentan son datos incompletos del paciente, anotar la forma farmaceutica del medicamento, la concentracion del principio activo, la dosis de la forma farmaceutica y letra ilegible del médico, y el más importante, que se cometen errores al prescribir los medicamentos, aunque el índice de frecuencia de estos errores son cada vez menores, traen consigo problemas al paciente (errores en el tratamiento), y al servicio de farmacia del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante Mayo - Julio del 2016, el 100% de recetas cuentan con Denominacion Comun Internacional (D.C.I.), el 22,0% de las recetas no consignan la concentracion del principio activo del medicamento, el 5,5% de las recetas no consignan la forma farmaceutica del medicamento, el 2,5% de las recetas no consignan la posologia del medicamento, el 100% de recetas cuentan con fecha de expedicion y el 100% presentan sello y firma; generando en este servicio retrasos en la dispensación de productos farmacéuticos, esto nos lleva a insistir en lo importante que es la propuesta de trabajo de investigación de Sarah Ross⁽¹⁹⁾. Ella nos menciona que es importante hacer intervenciones educativas para mejorar la prescripción de los médicos. Los estudiantes de medicina evaluados en su trabajo de investigación utilizan como guía de una correcta prescripción la Guía de Buenas Prácticas de Prescripción de la OMS (Organización Mundial de la Salud), a través de una estructura educativa, ya que en él encontramos los seis pasos en la selección y prescripción de un fármaco adecuado para un paciente.

En relación a lo mencionado por Pinedo Y, Romero Díaz J, Merino Medina F. "Cumplimiento de buenas prácticas de prescripción en pacientes hospitalizados en la Clínica Internacional Lima, Perú". El presente trabajo se realizó con el fin de determinar e identificar las deficiencias en el cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción, en las recetas de los pacientes hospitalizados en la clínica Internacional - Sede Lima, estudio retrospectivo y descriptivo de las recetas médicas de los pacientes hospitalizados, medido según la Ley General de Salud N° 26842, artículo 26, y con el Manual de las Buenas Prácticas de prescripción del Ministerio de Salud de Perú, se concluyó incumplimiento de las normas de buena prescripción en un porcentaje elevado de recetas, esto evidencia la existencia de un problema que debe ser corregido desde el inicio del acto de la prescripción, para evitar futuros errores que podrían llevar a poner en riesgo la salud de los pacientes, en nuestro trabajo de investigación nos muestra que el cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción de recetas médicas es óptima.

Giménez F, et al. (2010) analizaron la seguridad del paciente en la terapéutica medicamentosa y la influencia de la prescripción médica en los errores de dosis. Los objetivos fueron analizar la redacción de la prescripción médica en los errores de dosis ocurridos en unidades de clínica médica de cinco hospitales brasileños e identificar las clases farmacológicas envueltas en esos errores. Se trata de estudio descriptivo que utilizó datos secundarios obtenidos de en una investigación multicéntrica realizada en 2005. La población fue compuesta de 1.425 errores de medicación y la muestra por 215 errores de dosis. De estos, 44,2% ocurrieron en el hospital E. Se verificó: presencia de siglas y/o abreviaturas en 96,3% de las prescripciones; ausencia del registro del paciente en 54,4%; falta de posología en 18,1%, y omisión de la fecha en 0,9%. Con relación al tipo de medicamento, 16,8% eran broncodilatadores; 16,3% eran analgésicos; 12,1%, antihipertensivos y 8,4% eran antimicrobianos. La ausencia de la posología en las prescripciones puede favorecer la administración de dosis equivocadas, resultando en ineficiencia del tratamiento, comprometiendo así, la calidad de la asistencia prestada a los pacientes hospitalizados, en nuestro trabajo de

investigación nos muestra que el cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción de recetas médicas es óptimo.

En 2012, Tornero E y Valdez F. realizaron un estudio de “Evaluación del Cumplimiento de Buenas Prácticas de Prescripción en recetas atendidas en farmacia de consulta externa del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen entre los meses de noviembre de 2010 -abril de 2011” para optar el título de Químico Farmacéutico. El objetivo general del estudio es Identificar y Evaluar las deficiencias del cumplimiento de la Buenas Prácticas de Prescripción de recetas médicas. El estudio de tipo transversal, observacional, prospectivo, documental y comparativo, analizando recetas unitarias médicas, para ello se realizó una ficha de recolección de datos tomando los puntos esenciales con 1369 pacientes. Se encontró que 0,37 % de las recetas no cumplieron con ninguna de las 5 características analizadas, el 2,63 % solo cumplieron una característica, 12,86 % cumplían con al menos 2 características, 27,17 % cumplían con 3, 35,65% cumplieron con 4 y el 21,33 % cumplieron con todas las 5 características. Concluyeron que 28,6 % de recetas no consignan la concentración del principio activo, el 8,2 % no consigna la posología y el 10,9 % de recetas no presentan la escritura legible del prescrito.

En 2012, Collantes K y Martínez A. realizaron un estudio de investigación sobre “Las Buenas Prácticas de Prescripción de Estupefacientes sometidos a Fiscalización Internacional en el Instituto Nacional Materno Perinatal, siendo los objetivos Evaluar las Buenas Prácticas de Prescripción de estupefacientes y Proponer un nuevo diseño de recetas de prescripción de estupefacientes, realizaron un estudio tipo descriptivo, transversal con un muestreo de 4 461 recetas especiales. Según los resultados se halló un total de 639 recetas especiales (13,7 %) que contenían algún error en la prescripción, de las cuales 153 (3,3 %) se refiere a datos del paciente, dando como conclusión general, que el presente estudio demuestra que no se cumplen con las normas de buenas prácticas de prescripción de estupefacientes, nuestro trabajo de investigación se obtienen mejores resultados de cumplimiento.

En 2012, Olivera D. presentó una tesis titulada “Evaluación Administrativa de la Prescripción Médica de Consulta Externa del Seguro Integral de Salud (SIS)”, donde el objetivo fue Identificar los resultados de la evaluación administrativa por auditoría del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – Ministerio de Salud – Cusco, la investigación es retrospectiva, transversal, descriptiva y observacional, donde se obtuvo como resultado: Elementos de la prescripción que cumplen con la norma en un nivel superior a 70%; Nombre del paciente: 99,5 %, Edad: 88 %, Sexo: 92 %, Código SIS: 95 %, Tipos de Usuario: 90 %, Tipo de atención: 88 %, Especialidad: 80 %, Diagnóstico: 94,5 %. Código CIE-10: 0 %, Medicamento genérico: 100 %, Concentración: 100%, Forma farmacéutica: 100 %, Cantidad: 99 %, Sello: 96 %, Firma: 98 %, Fecha de atención 94 %, Letra legible 60 %. Concluyendo, que la hipótesis de investigación fue probada con amplitud; y se plantea un programa de intervención para la buena calidad del registro de la Receta Médica del SIS, bajo los apremios de la planificación, gestión y evaluación sanitaria, nuestro trabajo presenta un gran cumplimiento con el mencionado trabajo.

A diferencia de la propuesta del trabajo de investigación de Oscanoa T. y Lira G.²⁰. Ellos evaluaron la cantidad de prescripción farmacológica en adultos mayores tomando como guía base el Medication Appropriateness Index, observando en sus resultados que existe una inadecuada prescripción de fármacos, pues el 90.8 % de pacientes evaluados están polimedicados, para ellos es importante el criterio médico al realizar la prescripción médica, para así evitar interacción entre medicamentos. Las recetas médicas son los principales medios de comunicación entre médicos, farmacéuticos, y pacientes, aunque recetas analizadas, el 42,70% de recetas médicas que reciben los pacientes cuentan con al menos una observación en el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción (BPP), lo que representa un grave problema de comunicación entre médicos (servicio de medicina) y farmacéuticos (servicio de farmacia).

Amanda G. Kennedy, Benjamin Littenberg, Peter W. Calla s, and Jan K. Carney. ⁽²³⁾ coinciden con nosotros en que un gran porcentaje de pacientes ambulatorios con

recetas médicas, contienen de uno a más errores (el uso de siglas en la prescripción, la ausencia de dosis del medicamento en las indicaciones medicas), lo que resulta en millones de recetas un factor potencial para ocasionar daño a los pacientes.

Según P. Gallaghe. La prescripcion de medicamentos inapropiados para las personas mayores es altamente prevalente en los Estados Unidos y Europa, como lo indican en sus resultados obtenidos, el 12% de adultos mayores reciben una prescripcion de medicamentos inadecuados en la comunidad que habitan, y el 40% de personas adultas mayores residentes de asilos tambien reciben una inadecuada prescripcion.

En el Reino Unido, los farmaceuticos clinicos han aplicado directrices que han contribuido a reducir la prevalencia del inadecuado uso del medicamentos, como por ejemplo una de las directrices aplicadas son Los Criterios de Beers, esto se ha establecido como una herramienta estandar para la investigacion farmacologica. Sin embargo, aun no han sido utilizadas principalmente para examinar prevalencia e incidencia de prescripcion de medicamentos inapropiados para las personas mayores.

Pocos estudios han abordados las asociaciones entre el uso inapropiados de medicamentos y la salud del paciente. La literatura existente ofrece poca pruebas de cómo el uso inapropiados de medicamentos afectan la salud del paciente.

VI. CONCLUSIONES

- El profesional prescriptor de la Clinica Maison de Sante, en la prescripcion de recetas medicas, cumple en un 100 % con el llenado del nombre del medicamento con su Denominacion Comun Internacional (D.C.I.).
- El profesional prescriptor de la Clinica Maison de Sante, en la prescripcion de recetas medicas, cumple en en 100 % con el llenado del sello y firma .
- El profesional prescriptor la clinica Maison de Sante, en la prescripcion de recetas medicas, cumple en un 100 % con la fecha de expedicion.
- El profesional prescriptor de la clinica Maison de Sante, en la prescripcion de recetas medicas, cumple en un 78%, con el llenado del nombre del medicamento con su principio activo.
- El profesionalprescriptor de la clinica Maison de Sante, en la prescripcion de recetas medicas, cumple en un 94,50%, con el llenado de la forma farmaceutica del medicamento.
- El profesional prescriptor de la clinica Maison de Sante, en la prescripcion de recetas medicas, cumple en un 97,50% con el llenado de la dosis del medicamento.
- El profesional prescriptor la clinica Maison de Sante, en la prescripcion de recetas medicas, cumple en un 100 % con la fecha de expedicion.

VII. RECOMENDACIONES

De acuerdo con lo anterior, el químico farmacéutico debe establecer un sistema de trabajo que vaya de la mano del médico prescriptor, para evitar errores, o en su defecto omisiones de algunas de las características que se exigen, así mismo implementar procesos durante la estancia del paciente en el servicio de farmacia, que eviten posibles errores en la interpretación y por ende una mala dispensación por el personal a cargo, para así brindar seguridad de atención al paciente, ya que estos constituyen la base de los servicios externos de la farmacia.

Para ello proponemos lo siguiente:

- La Dirección Médica de la Clínica, en coordinación con el Servicio de Farmacia, debería programar capacitaciones para sensibilizar a todos los profesionales prescriptores de medicamentos, en el cumplimiento del Manual de Buenas Prácticas de Prescripción.
- La Dirección médica de la clínica, debería implementar, el uso de las recetas virtuales, ya que este procedimiento evitara los errores de prescripción.
- El jefe del servicio de farmacia debería realizar un plan de contingencia, para resolver los errores de prescripción detectados en el proceso de atención de las recetas médicas.
- El Farmacéutico debería mejorar los procedimientos para la atención de las recetas en el servicio de farmacia, que eviten posibles errores en la interpretación y por ende una mala dispensación, para así brindar seguridad en la atención al paciente, ya que estos constituyen la base de los servicios externos de la farmacia.

- Implementar sistemas de reporte de incidencias que involucren una mala Prescripción (validación), mediante esto se puede disminuir el índice de posibles errores o quejas de parte de los pacientes.
- El jefe del servicio de farmacia debe estar capacitado para mantener buenas relaciones humanas ,habilidades de comunicación y empatía con el médico prescriptor para poder persuadir a cumplir las buenas prácticas de prescripción.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de Chile. Guía para las Buenas Prácticas de Prescripción: Metodología para la prescripción racional de medicamentos Ministerio de Salud de Chile [en línea]. Santiago de Chile: MINSAL;2010. [Fecha de acceso 19 de julio 2014].URL disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19008es/s19008es.pdf>.
2. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción - BVS Minsa(Fecha de acceso 14 de julio 2014;)URL: <http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1431.pdf>.
3. Essalud. Petitorio farmacológico, Lima 2010.
4. Ley General de Salud. Ley N° 26842: Título II, capítulo I. Diario El Peruano 09 de Jul. 1997 Publicado el 20 de Julio de 1997.
5. Módulo 2- DIDEMID - Ministerio de salud (fecha de acceso 25 de Julio 2014) URL: http://www.digemid.minsa.gob.pe/.../31_al_50_07.pdf.
6. Ley N° 29459. Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. Capítulo IX. Del uso racional de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. 25.11.2009. Diario El Peruano 26 de Nov. 2009.
7. Fletscher C. uso de psicofármacos fuera de las indicaciones aprobadas een una entidad promotora de salud de Bogotá 2012.
URL: [htt/www.bdigital.unal.edu.pe/co/7102/1/1922890.2012.pdf](http://www.bdigital.unal.edu.pe/co/7102/1/1922890.2012.pdf).
8. Craig A. Pedersen, B.S.PHARM., PH.D., FAPHA, is Healthcare Consultant, Mercer Island, WA. Philip J. Schneider, MS, FASHP, FFIP, is Clinical Professor and Associate Dean, University of Arizona, College of Pharmacy at the Phoenix Biomedical Campus, Phoenix.

9. Amanda G. Kennedy y col. (EE.UU - 2011). "Evaluación de un formulario de receta modificado para hacer frente a errores de prescripción, quienes utilizaron los datos de población del Censo 2000 de los EE.UU población rural en cada Región: Vermont (noreste), West Virginia (sur), Dakota del sur (centro oeste) y Montana (oeste)". Address correspondence to Dr. Pedersen, 3758 78th Avenue, Southeast, Mercer Island, WA 98040, ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Prescribing and Transcribing-2010.
10. Pinedo Y, Romero Díaz J, Merino Medina F. "Cumplimiento de buenas prácticas de prescripción en pacientes hospitalizados en la Clínica Internacional Lima, Perú". Rev. Perú Interciencia 2014; 5(1):26-30(24).
11. Coral Saldaña A, "Evaluación del uso racional de antibióticos prescritos en la consulta externa pediátrica de la Clínica San Juan, Iquitos - 2010 Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de Farmacia y Bioquímica, Iquitos 2011
12. Giménez F, et al. (2010) analizaron la seguridad del paciente en la terapéutica medicamentosa y la influencia de la prescripción médica en los errores de dosis. Universidad Norbert Wiener. Facultad de Farmacia y Bioquímica, 2011.
13. Tornero E y Valdez F. realizaron un estudio de "Evaluación del Cumplimiento de Buenas Prácticas de Prescripción en recetas atendidas en farmacia de consulta externa del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen entre los meses de Noviembre de 2010 a Abril de 2011. Universidad Norbert Wiener. Facultad de Farmacia y Bioquímica, 2014.
14. Collantes K y Martínez A. realizaron un estudio de investigación sobre "Las Buenas Prácticas de Prescripción de Estupefacientes sometidos a Fiscalización Internacional en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Universidad Norbert Wiener. Facultad de Farmacia y Bioquímica, 2012.

15. Olivera D. presentó una tesis titulada “Evaluación Administrativa de la Prescripción Médica de Consulta Externa del Seguro Integral de Salud (SIS)”, donde el objetivo fue Identificar los resultados de la evaluación administrativa por auditoria del Servicio de Pediatría del Hospital Antonio Lorena – Ministerio de Salud – Cusco.
16. Ecker L, Ochoa T, Vargas M, Del Valle L y Ruiz J. realizaron un estudio de Preferencias de Uso de Antibióticos en niños menores de cinco años por Médicos de Centros de Salud de Primer Nivel en Zonas Perú urbanas de Lima, Perú Universidad Norbert Wiener. Facultad de Farmacia y Bioquímica, 2012.
17. Fernando Llanos - Zavalaga y col. Prescripción de antibióticos en consulta externa pediátrica de un hospital de Lima, Perú. Rev. PerúMedExp Salud Publica v.20 n.1 Lima ene./mar. 2004 (fecha de acceso 04 de agosto 2014)
URL: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726.
18. Organización Mundial de la Salud. Guía de las Buenas Prácticas de prescripción. Ginebra: OMS; 1994. (Fecha de acceso 14 de julio 2014).
URL: <http://www.icf.uab.es/universidad/gbp/castella/gbp.pdf>.
19. Decreto Supremo N° 014-2011-SA: Aprueban reglamento de establecimientos Farmacéuticos: Capítulo V. De las recetas. Publicado el 27 de Julio del 2011.
20. Decreto Supremo N° 021-2001-SA- reglamento de Establecimientos Farmacéuticos. Publicado el 16 de Julio del 2001 Mayca Pérez J. y col.
21. Mayca Pérez J. y col. “**Receta Médica**” Cursos departamentos alumnos referencia post grado actividades. Temas de medicina ambulatoria. (Fecha de acceso 19 de julio 2014).
URL: <http://www.salud180.com/salud-z/receta-medica>

22. Dr. Franco Utili "Receta Médica" Curso departamentos alumnos referencia post grado actividades. Temas de medicina ambulatoria. (Fecha de acceso 19 de julio del 2014). [URL:http://www.salud 180.com/salud-z/receta-medica](http://www.salud180.com/salud-z/receta-medica)
23. Renzo Vargas González M.D. A.m. "Buenas prácticas de prescripción" Auditor medica de la Unidad de Seguros del hospital Antonio Lorena. Miembro integrante del Comité Farmacoterapeutico Regional. (Fecha de acceso 17 de julio 2014). URL: [http:// www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/demid/.../BPP.pdf](http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/demid/.../BPP.pdf).
24. Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud. DIGEMID. Resolución Ministerial Lima 26 de enero del 2010.
25. Ross S, Loke YK, Do educational interventions improve prescribing by medical students and junior doctors? A systematic review <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19594535>
26. Hanlon JT, Sochmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. J Clin Epidemiol. 1992;45(10):1045-51.
27. Address correspondence to Dr. Pedersen, 3758 78th Avenue, Southeast, Mercer Island, WA 98040, ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Prescribing and trascribing-2010. CRAIG A. PEDERSEN, B.S.PHARM. PH.D., FAPHA, is Healthcare Consultant, Mercer Island, WA. PHILIP J. SCHNEIDER M.S., FASHP, FFIP, is Clinical Professor and Associate Dean, University of Arizona, College of Pharmacy at the Phoenix Biomedical Campus, Phoenix. DOUGLAS J. SCHECKELHOFF, M.S., FASHP, is Vice President, Professional Development, American Society of Health-System Pharmacists, Bethesda, MD. (pedersen.craig@gmail.com) , <http://ajhp.org/content/68/8/669.short>.

28. Hanlon JT, Wainberger M, Samsa GP, Schmader KE, Uttech KM, Lewis LK: et al. A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. *Am J Med.* 1996;100(4):428-37. (Medicine) Schmader KE, Hanlon JT, Pieper CF, Sloane R, Ruby CM, Twersky J. Et al. Effects of geriatric evaluation and management on adverse drug reactions and suboptimal prescribing in the frail elderly *Am J Med.* 2004;116(6):394-401.
29. Casado JJ. Criterios de Beers. (fecha de ingreso 08,10, y 15 de enero del 2011). <http://micarpesano.blogspot.com/2009/12/criterios-de-beers.html>
30. Kennedy AG, Littenberg B, Callas PW, Carney JK. Evaluation of a modified prescription form to address prescribing errors.
31. Gallagher MB MSCPI , P Barry MB MRCPI and D O'Mahony MD. FRCPI FRCP. Inappropriate prescribing in the elderly. P. Department of Geriatric Medicine , Cork University Hospital, Wilton, Cork. Ireland. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10917382>
32. <http://www.youblisher.com/p/141376-plan-maestro-hospital-almenara/> Fecha de ingreso 1 de agosto 2011.
33. <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/actomedico.pdf> fecha de ingreso 1 de agosto del 2011.
34. El papel farmacéutico en el sistema de atención del salud. <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime9848.pdf>
35. Medication Appropriateness index (MAI) (4). <http://www.theannals.com/content/37/1/40.short> fecha de ingreso 15,30 y 31 de marzo del 2012.

36. Hanlon JT, Schmader KE, Koronkowski MJ, Weinberger M, Landsman PB, Samsa GP, et al. Adverse drug events in high risk older outpatients *Jam Geriatr Soc.* 1997;45: 945-8(Medline).
37. Bootman JL, Harrison DL, Cox E. The health care cost of drug- related morbidity and mortality in nursing facilities. *Arch Intern Me.* 1997;157:2089-96.
38. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Arch Intern Med.* 2003;163(22):2716-24.
39. Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol.* 1992;45(10):1045-51.
40. Samsa GP, Hanlon JT, Schmader KE, Weinberger M, Clipp EC, Uttech KM, et al. A summated score for the medication appropriateness index development and assessment of clinimetric properties including content validity. *J Clin Epidemiol.* 1994;47(8):891-6.
41. Fitzgerald LS, Hanlon JT, Shelton PS, Landsman PB, Schmader KE, Pulliam CC, et al. Reliability of a modified medication appropriateness index in ambulatory older persons. *Ann Pharmacother.* 1997;31(5) :543
42. Hanlon JT, Weinberger M, Samsa GP, Schmader KE, Uttech KM, Lewis IK, et al. A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist with polypharmacy. *Am J Med.* 1996;100(4):428-37(Medline).
43. Schmader KE, Hanlon JT, Pieper CF, Sloane R, Ruby CM, Twersky J et al Effects of geriatric evaluation and management on adverse drug reactions and suboptimal prescribing in the frail elderly. *Am J Med* 2004;116(6):394-401.

44. Balducci L, Stanta G. Cancer in the frail patient a coming epidemic *Hematol Oncol Clin North Am.* 2000;14:235-50.
45. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function *JAMA.* 1963;185:914-9.
46. Folstein M, McHugh P " Mini-mental State", a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res.*
47. Charison ME, Pompei P, Ales KL, Mckenzie CB . A new method for classifying prognosis in longitudinal studies: development and validation *J Chronic Dis.* 1987;40:373-83.
48. Van Weel C, König- Zahn C, Touw- Otten FWMM, van Duijn NP, Meyboom-de Jong B, World Organization of Family Doctors (WONCA), et al. Measuring functional health status with the COOP/WONCA Charts. A Manual Groningen: Noordelijke Centrum voor Gezondheidsvraagstukken;1995 [STANDARDIZEDENDPARAG].

IX. ANEXO

ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA
Proyecto De Tesis

Título: Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante Mayo-Julio 2017

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es el porcentaje de cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante durante mayo - Julio del 2016?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>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.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar el porcentaje de recetas médicas con datos incompletos del paciente. 2. Determinar el porcentaje de recetas médicas con datos incompletos del medicamento. que no consignan la Denominación Común Internacional, concentración del principio activo, la forma farmacéutica y dosis del medicamento. 3. Determinar el porcentaje de recetas médicas con datos incompletos del prescriptor, que no consignan fecha de expedición y expiración en la receta, con escritura ilegible y las que no consignan con el sello y firma del médico prescriptor. 	<p>Hipótesis General</p> <p>Las recetas médicas que se prescriben en el Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante Mayo – Julio del 2016, no cumplen al cien por ciento con las Buenas Prácticas de Prescripción.</p>	<p>Variable Dependiente</p> <p>Es la consecuencia o efecto de una variable o antecedente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción. <p>Indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recetas médicas con datos incompletos del paciente. 2. Recetas médicas con datos incompletos del médico prescriptor. 3. Recetas médicas con datos incompletos o erróneos del medicamento que se prescribe, (dosis, forma farmacéutica, tiempo de tratamiento, fecha de expiración). <p>Variable Independiente</p> <p>Es la causa o condición que antecede a la variable dependiente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prescriptor 	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.</p> <p>Método</p> <p>Observacional y Descriptivo.</p> <p>Muestra</p> <p>Recetas médicas prescritas del Programa de Atención Ambulatoria a pacientes de convenio crónicos de la Clínica Maison de Sante.</p> <p>Instrumento</p> <p>Ficha de recolección de Datos de medicamentos.</p>

ANEXO-2
FORMATO ESTADISTICO

	SI	%	NO	%
Datos incompletos	38	9,5	362	90,5
Denominación Común Internacional	400	100	0	0
Forma Farmacéutica	378	94,5	22	5,5
Concentración de Principio Activo	312	78,00	88	22
Dosis de Forma Farmacéutica	390	97,5	10	2,5
Fecha de expedición	400	100	0	0
Letra legible de Receta Médica	26	6,5	374	93,5
Firma y sello del Médico.	400	100	0	0

RECETA MÉDICA ACTUAL DE LA CLINICA MAISON DE SANTE

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

FECHA DE EXPEDICIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO

DOSIS

CANTIDAD

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

"CSALUD S.A."
Clinica Maison de Sante de Lima

RECETARIO DE MEDICINAS

PAC.: AGUILAR VALDEZ FABRIZO ESTEFANO

H.C.: 317413 FECHA: 14/06/2017 REF.: 014 544491 Consult: C-4

Codigo de Afiliado: PA0313203 1

Rp. Diagnostico:

1.-
Dosis : Cantidad :

2.-
Dosis : Cantidad :

3.-
Dosis : Cantidad :

FRISANCHO PORTUGAL RINA ALEIDA
MEDICO C.M.P. 31878
FIRMA Y SELLO
C O P I A

FARMACIA PACIENTE

NUEVA PROPUESTA: RECETA MÉDICA CLÍNICA MAISON DE SANTE

CLINICAS MAISON DE SANTE S.A. CLINICA MAISON DE SANTE DEL SUR Av. Chorrillos 171-Chorrillos Teléfono: 6196000																																															
RECETARIO DE MEDICINAS																																															
PACIENTE:	CAMPOS TAFUR, ROSA MARIA	H.C.:	285647	MEDICO:	LLANCARI LUCAS, EDMUNDO																																										
EMPRESA:	PACIFICO S.A. ENTIDAD PRESTADORA	FECHA ATENCION:	15/03/2014	C.M.P.:	24545																																										
EDAD:	26 AÑOS	REF-0/A:	107832	ESPECIALIDAD:	OTORRRINOLARINGOLOGIA																																										
				N°CONSULTORIO:	212																																										
DIAGNOSTICO(S):.....				CIE-10:.....																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">MEDICAMENTO/INSUMO (DCI OBLIGATORIO)</th> <th style="width: 10%;">CONCENTRACION</th> <th style="width: 10%;">FORMA FARMAC.</th> <th style="width: 10%;">CANTIDAD</th> <th style="width: 10%;">DOSIS</th> <th style="width: 10%;">VIA</th> <th style="width: 10%;">FRECUENCIA</th> <th style="width: 10%;">DURACION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1- Azitromicina</td> <td>500mg</td> <td>tab.</td> <td>03</td> <td>1 tab c/24 hrs</td> <td>oral</td> <td>diario</td> <td>x 3 días</td> </tr> <tr> <td>2- Dexametasona</td> <td>4mg</td> <td>ampolla</td> <td>03</td> <td>1 amp</td> <td>IM</td> <td>1 diaria</td> <td>x 3 días</td> </tr> <tr> <td>3-</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4-</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								MEDICAMENTO/INSUMO (DCI OBLIGATORIO)	CONCENTRACION	FORMA FARMAC.	CANTIDAD	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	DURACION	1- Azitromicina	500mg	tab.	03	1 tab c/24 hrs	oral	diario	x 3 días	2- Dexametasona	4mg	ampolla	03	1 amp	IM	1 diaria	x 3 días	3-								4-							
MEDICAMENTO/INSUMO (DCI OBLIGATORIO)	CONCENTRACION	FORMA FARMAC.	CANTIDAD	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	DURACION																																								
1- Azitromicina	500mg	tab.	03	1 tab c/24 hrs	oral	diario	x 3 días																																								
2- Dexametasona	4mg	ampolla	03	1 amp	IM	1 diaria	x 3 días																																								
3-																																															
4-																																															
FIRMA/SELLO/RNE DEL MEDICO				VALIDO POR 7 DIAS CALENDARIO																																											
Según Ley General de Salud N°26842 Título II Artículo 26°. Los medicamentos se deben prescribir consignando obligatoriamente su Denominación Común Internacional (DCI) (Principio Activo)																																															
Según Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, D.S-014-2011 Artículo 58°. Vencido el plazo de validez de la receta común, no puede dispensarse o expendirse, contra su presentación ninguno de los productos de venta bajo receta médica aludidos en ella.																																															

FARMACIA

TRABAJO EN EQUIPO



MUESTRA

