

DETERMINACIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE  
ANALGÉSICOS Y ANTIINFLAMATORIOS EN EL SERVICIO DE  
HOSPITALIZACIÓN EN LA CLÍNICA MONTERÍA 2020.

ANA GABRIELA PÁEZ PADILLA  
NALDIS PAOLA GARCÍA MERCADO  
ANDRÉS FELIPE YÁNEZ VANEGAS

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE REGENCIA DE FARMACIA  
MONTERÍA  
2020

DETERMINACIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE  
ANALGÉSICOS Y ANTIINFLAMATORIOS EN EL SERVICIO DE  
HOSPITALIZACIÓN EN LA CLÍNICA MONTERÍA 2020.

ANA GABRIELA PÁEZ PADILLA  
NALDIS PAOLA GARCÍA MERCADO  
ANDRÉS FELIPE YÁNEZ VANEGAS

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE TECNÓLOGO(A) EN  
REGENCIA DE FARMACIA

ASESOR TEMÁTICO  
ÁNGELA GONZALES PARIAS  
QUÍMICA FARMACÉUTICA  
MAGISTER EN BIOTECNOLOGÍA

ASESOR METODOLÓGICO  
IGNACIO CHICA ARRIETA  
QUÍMICO FARMACÉUTICO  
MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE REGENCIA DE FARMACIA  
MONTERÍA

2020

Nota de Aceptación

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Montería 31 de mayo de 2020.

## **DEDICATORIA**

A Dios por permitirme culminar una de mis metas, a mis padres por dedicar tiempo para formarme como persona y darme excelentes consejos en mi diario vivir, por sus ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan, a mis hermanos que han contribuido en este logro, a mi familia que ha creído en mí y han depositado su confianza.

### **ANA GABRIELA PÁEZ PADILLA**

Agradecemos a Dios, quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer, por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis padres: Heriberto García y Diana Mercado, por ser los principales promotores de mis sueños, porque creyeron en mí, porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mis hermanos Daniela García y Juan D. García, por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento.

A mis sobrinas, Salome García y Milagros Araujo, porque llenan de alegría cada día de mi vida.

### **NALDIS PAOLA GARCÍA MERCADO**

A mis padres y mis hermanos que han sido el soporte de mi vida y mi fuente de inspiración para seguir avanzando cada vez que he decaído y a Dios por sus infinitas bendiciones a lo largo de mi vida.

### **ANDRÉS FELIPE YÁNEZ VANEGAS**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por darnos su bendición y sabiduría para alcanzar ese logro tan importante en nuestras vidas.

A nuestros padres quienes han estado allí en todo momento apoyándonos incondicionalmente, demostrando su cariño y motivación el cual fueron de gran importancia en el logro de este sueño.

A nuestras familias que han sido soporte de inspiración para luchar y siempre perseverar en lograr nuestros sueños y propósitos de vida.

A la universidad de Córdoba, por abrir sus puertas y darnos la oportunidad de hacer parte del proceso formativo, a los docentes del departamento de regencia y farmacia por impartir su conocimiento.

A nuestros asesores Ángela Gonzales Parias e Ignacio Chica, por formar parte de este trabajo de grado, aportando ideas para su realización.

A la clínica montería y así planta de personal quienes en todo momento nos recibieron con la mejor disposición para enseñarnos su labor durante el tiempo que pudimos efectuar nuestras prácticas asistenciales.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE .....	15
1.1. ESTUDIOS DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS .....	15
1.2. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE UTILIZACION DE MEDICAMENTOS(EUM).....	15
1.3. EL DOLOR.....	16
1.3.1 CLASIFICACIÓN DE DOLOR .....	17
1.3.2. ESCALA DEL DOLOR.....	19
2. ANTECEDENTES .....	20
3. MARCO CONCEPTUAL.....	23
4. MARCO LEGAL .....	24
5. OBJETIVOS .....	25
5.1. OBJETIVO GENERAL .....	25
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
6. DISEÑO METODOLÓGICO .....	26
6.1. TIPO DE ESTUDIO.....	26
6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	26
6.3. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES .....	26
6.3.1. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES .....	27
7.4 PRINCIPIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	27
7.5. UNIDAD DE ANÁLISIS.....	27
8. CONCLUSIONES.....	28

9. RECOMENDACIONES .....29

BIBLIOGRAFÍA.....30

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1.</b> Escalera del dolor OMS.....	17

## LISTA DE ANEXOS

Pág.

<b>Anexo A.</b> Formato de recolección de datos, acerca del uso de analgésicos y antiinflamatorios.....	33
---	----

## GLOSARIO

**Analgésicos:** son medicamentos útiles para calmar o eliminar el dolor, ya sea de cabeza, muscular, de artritis, etc.

**Antinflamatorios:** Medicamento o sustancia que reduce la inflamación (enrojecimiento, inflamación y dolor) en el cuerpo. Los medicamentos antiinflamatorios impiden que ciertas sustancias en el cuerpo causen inflamación.

**Dolor:** síntoma esencialmente subjetivo, lleno de connotaciones.

**Estudios de utilización de medicamentos(EUM):** la comercialización, distribución, prescripción y uso de los medicamentos en una sociedad, haciendo especial énfasis en sus consecuencias médicas, sociales y económicas

**Medicamento:** sustancia con propiedades para el tratamiento, prevención, paliación, diagnóstico o rehabilitación de enfermedades en los seres humanos.

**Problemas relacionados a medicamentos (PRM):** Aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación.

**Servicio de hospitalización:** son áreas diseñadas para prestar cuidados básicos y especializados, de manera integral y con altos estándares de calidad, generando una experiencia de eficiencia y seguridad en la atención, tanto al paciente como a la familia.

## RESUMEN

El dolor tiene una alta incidencia en la población general, por tal motivo, el uso de analgésicos y antiinflamatorios tienen un gran impacto en la evolución clínica y en la calidad de la estancia hospitalaria.

Este estudio se basa en el análisis de los medicamentos analgésicos y antiinflamatorios en el servicio de hospitalización de la Clínica Montería, el cual es realizado a partir de un tipo de investigación cuantitativa, descriptiva observacional, retrospectiva y transversal o de corte basados en la recolección de datos sobre los problemas relacionados a su uso; teniendo en cuenta variables como la edad, sexo, diagnóstico, medicamentos, y días de tratamiento. Se excluyeron a mujeres embarazadas y niños menores de 1 año, posteriormente se llevó a cabo el método de recolección de información por medio del formato de recolección de datos, esto con el fin de determinar los problemas relacionados con este tipo de medicamentos, llevando a resultados que permitan establecer estrategias para disminuir riesgos en este tipo de pacientes.

**Palabras claves:** medicamentos, analgésicos, antiinflamatorios, dolor, prescripción, hospitalización.

## **ABSTRACT**

Pain has a high incidence in the general population, for this reason, the use of analgesics and anti-inflammatories have a great impact on the clinical evolution and on the quality of the hospital stay.

This study is based on the analysis of analgesic and anti-inflammatory drugs in the Montería Clinic hospitalization service, which is carried out based on a type of quantitative, descriptive observational, retrospective and cross-sectional research based on the collection of data on problems related to its use; taking into account variables such as age, sex, diagnosis, medications, and days of treatment. Pregnant women and children under 1 year of age were excluded, subsequently the information collection method was carried out using the data collection format, this in order to determine the problems related to this type of medication, leading to results that allow establishing strategies to reduce risks in this type of patients.

**Key words:** medications, analgesics, anti-inflammatories, pain, prescription, hospitalization.

## INTRODUCCIÓN

La Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a lesión orgánica real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión” (1). En el 2004, esta sociedad y la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunciaron el alivio del dolor como uno de los derechos humanos fundamentales (2).

El dolor tiene una alta prevalencia a nivel mundial, y por tanto es considerado un problema de salud pública, que afecta la calidad de vida de los pacientes generando repercusiones sociales, laborales y personales (3).

A pesar del amplio arsenal terapéutico disponible en la actualidad para el tratamiento y manejo del dolor, no siempre se consigue un control adecuado de esa terapia, esto debido a múltiples factores, ya sea por problemas organizativos, falta de tiempo o motivación del personal sanitario, complejidad en el manejo, dificultad para medir el dolor de acuerdo a su escala o escaso conocimientos acerca de este tipo de medicamentos en cuanto a su mecanismo de acción, dosis y vida media (4).

Los analgésicos y antiinflamatorios constituyen un grupo heterogéneo de sustancias químicas ampliamente utilizadas en medicina por sus potenciales efectos sobre el dolor y la fiebre. Estos fármacos son especialmente útiles y, en muchos casos, esenciales en el tratamiento de las manifestaciones clínicas producidas por las enfermedades articulares de carácter inflamatorio y degenerativo. Sin embargo, su uso prolongado puede ocasionar diversas lesiones gastrointestinales, algunas con potenciales complicaciones serias, incluso con riesgo para la vida del paciente (5).

Un tratamiento inadecuado del dolor además de afectar psicológicamente al paciente, ocasiona efectos nocivos fisiopatológicos; que incrementan la morbilidad, esta situación además de disminuir significativamente la satisfacción del paciente, conlleva a un retraso en la recuperación, aumentando los días de

estancia hospitalaria y, por ende, costos asistenciales (6). A nivel psicológico, el dolor aumenta la posibilidad de depresión y ansiedad durante la hospitalización lo que puede afectar negativamente la calidad de vida (7). Desde el punto de vista económico esto se puede traducir en mayores costos al sistema sanitario por estancias de mayor duración y atención adicional (8).

La intensidad del dolor, varía con cada paciente, y la respuesta analgésica es diferente según la edad, sexo, factores genéticos e interacciones medicamentosas, por eso el análisis de características sociodemográficas y genéticas, personaliza el tratamiento analgésico permitiendo brindar al paciente una farmacoterapia eficaz; que es corregido por medio de instrumentos de medición, como la escala visual análoga; que tiene como objetivo medir la intensidad del dolor, cuantificando la percepción subjetiva del paciente para determinar una adecuada analgesia y menos prevalencia de efectos adversos relacionados con los medicamentos (9).

Las reacciones adversas relacionadas con la terapia analgésica son frecuentes y se relacionan algunas directamente con la dosis utilizada. Por lo tanto, el correcto manejo del dolor a nivel hospitalario debe ser un pilar fundamental en la atención de los pacientes encaminado a disminuir la intensidad y mejorar el tratamiento (10).

El presente estudio tiene como objetivo la determinación de problemas relacionados con el uso de analgésicos y antiinflamatorios en el servicio de hospitalización en la clínica montería, identificar las posibles interacciones y reacciones adversas a medicamentos existentes, por medio de la revisión de historias clínicas suministradas por la institución y teniendo en cuenta variables determinantes dentro del estudio, con el fin de destacar en la práctica clínica la utilización de medicamentos, enfatizándose en riesgos y beneficios que estos pueden ocasionar al paciente; mejorando la farmacoterapia del hospitalizado mediante una correcta evaluación y promoción de salud.

## **1. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE**

### **1.1. ESTUDIOS DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS**

La utilización de medicamentos se considera un indicador socio sanitario, siendo los estudios de utilización de medicamentos (EUM) la herramienta que nos permite su evaluación y posterior diseño de estrategias de intervención. La OMS definió los estudios de utilización de medicamentos como aquellos que se ocupan de “la comercialización, distribución, prescripción y uso de los medicamentos en una sociedad, haciendo especial énfasis en sus consecuencias médicas, sociales y económicas” (11).

Brodie y luego Conle propusieron en la literatura norteamericana una definición más concreta: “Los EUM incluyen los estudios de prescripción, dispensación e ingesta de medicamentos” (12).

Los EUM tienen como objetivo general mejorar la calidad de la utilización de los medicamentos, a través de la mejora del nivel de conocimientos sobre los mismos y de la capacidad de toma de decisiones de los decisores directos e indirectos del consumo. Los objetivos de los EUM se pueden concretizar en dos objetivos concretos: la identificación de problemas en utilización de medicamentos y la identificación de los factores que condicionan esa mala utilización. De este modo se podrá intervenir sobre esos factores e intentar solucionar los problemas detectados (13).

### **1.2. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE UTILIZACION DE MEDICAMENTOS(EUM).**

**Estudios de consumo:** describen los medicamentos que se consumen y en qué cantidades. Son estudios que tienen por objeto detectar desviaciones del consumo, comparar países, regiones, provincias y centros en un mismo momento del tiempo, y también estudiar la evolución temporal de determinados indicadores (14).

**Estudios de prescripción- indicación:** describen las indicaciones en las que se utiliza un fármaco o grupo de fármacos, y valoran la calidad de la prescripción comparándola con un estándar. En este tipo de estudios se parte de la prescripción y se valora el grado de adecuación a la indicación (15).

**Estudios de indicación-prescripción:** se describen los fármacos utilizados en una determinada indicación o grupo de indicaciones. Este tipo de estudios, a diferencia de los anteriores, nos permiten valorar sobre todo la infrautilización, pero en determinados casos, también la sobreutilización (16).

**Estudios que valoran el esquema terapéutico:** describen las características de la utilización práctica de medicamentos (dosis, monitorización de niveles plasmáticos, duración del tratamiento, cumplimiento, etc.) que pueden inducir un aumento del riesgo de reacciones adversas, una disminución de la eficacia o un aumento del coste (17).

**Estudios de consecuencias prácticas de la utilización de medicamentos:** describen los beneficios, efectos indeseables o costes reales del tratamiento farmacológico; así mismo pueden describir su relación con las características de utilización de los medicamentos. Son prioritarios en aquellos casos en los que una mala utilización de medicamentos pueda tener implicaciones importantes en la morbimortalidad de la población (18).

### **1.3. EL DOLOR**

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o posible o descrita en función de dicha lesión. El dolor es siempre subjetivo. Cada individuo aprende el significado de la palabra a través de experiencias vinculadas a la lesión en épocas iniciales de la vida. El dolor no es sólo una experiencia puramente sensorial, también es una emoción desagradable asociada al mismo (19).

### 1.3.1 CLASIFICACIÓN DE DOLOR

El dolor está clasificado según la OMS atendiendo su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor y, finalmente, según la farmacología (20).

#### ✓ Según su duración

**Agudo:** Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Ejemplos lo constituyen la perforación de víscera hueca, el dolor neurótico y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.

**Crónico:** Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer (21).

#### ✓ Según su patogenia

**Neuropático:** Está producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. Son ejemplos de dolor neuropático la plexopatía braquial o lumbo-sacra, post-irradiación, la neuropatía periférica post-quimioterapia y/o post-radioterapia y la compresión medular (22).

**Psicógeno:** Interviene el ambiente psicosocial que rodea al individuo. Es típico la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia (23).

#### ✓ Según la localización

**Somático:** Se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas. El tratamiento debe incluir un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) (24).

**Visceral:** Se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo. Asimismo, puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos. Son ejemplos de dolor visceral los dolores de tipo cólico, metástasis hepáticas y cáncer pancreático. Este dolor responde bien al tratamiento con opioides (25).

✓ **Según el curso**

**Continuo:** Persistente a lo largo del día y no desaparece (26).

**Irruptivo:** Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente (27).

✓ **Según la intensidad**

**Leve:** Puede realizar actividades habituales (28).

**Moderado:** Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores (29).

**Severo:** Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores (30).

✓ **Según factores pronósticos de control del dolor**

El dolor difícil (o complejo) es el que no responde a la estrategia analgésica habitual (escala analgésica de la OMS) (31).

✓ **Según la farmacología**

**Responde bien a los opiáceos:** dolores viscerales y somáticos.

**Parcialmente sensible a los opiáceos:** dolor óseo (además son útiles los AINE) y el dolor por compresión de nervios periféricos (es conveniente asociar un esteroide).

**Escasamente sensible a opiáceos:** dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos (responde a antidepresivos o anti convulsionantes) (32).

### 1.3.2. ESCALA DEL DOLOR

El tratamiento del dolor se basa en el uso de analgésicos según la escala analgésica de la O.M.S. Con dicha escala se puede obtener un buen control del dolor en cerca del 80% de los casos (33).

**Figura 1.** Escalera del dolor OMS.

Escalón I	Escalón II	Escalón III	Escalón IV
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos	Opioides potentes ± Coanalgésicos	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
-----	Escalón I	-----	
Paracetamol AINE Metamizol	- Codeína Tramadol	-- Morfina Oxicodona Fentanilo Metadona Buprenorfina	

**Figura 1.** Escalera del dolor OMS.

**FUENTE:** Scielo- oncología (Barcelona)

## 2. ANTECEDENTES

Datos epidemiológicos recientes han demostrado que cada año se realizan en Estados Unidos más de 70 millones de prescripciones de los analgésicos y antiinflamatorios. Una encuesta reciente señala que más del 60% de los españoles consume habitualmente analgésicos y antiinflamatorios, entre los que se encuentran el diclofenaco, hioscina y otros. El 14% de la población mayor de 30 años los consume a diario y sólo menos del 5% de los encuestados afirma no necesitarlos nunca. El consumo de estos aumenta de manera progresiva de año en año, aunque sólo el 20% de las prescripciones provienen del reumatólogo, lo que sugiere que existe una prescripción inadecuada (34).

Un estudio realizado por Cardona y col. en el Hospital Universitario San Vicente de Paul, en Medellín, reportó que el 69,3% de los pacientes en postoperatorio manifestaron dolor a pesar de la terapia analgésica instaurada. Ante esto, el clínico puede incrementar las dosis de los analgésicos utilizados, con el consiguiente riesgo de sobredosificación, o utilizar una terapia combinada, con el fin de obtener una analgesia adecuada y disminuir el riesgo de reacciones adversas por dosis máximas excedidas (35). Por otro lado, Machado-Alba y col. consideran que hay uso insuficiente e inadecuado de analgésicos en pacientes hospitalizados, con su dosificación de éstos, debido a la falta de conocimiento acerca de su farmacocinética y rangos de dosis (36). Por lo anterior, es necesario replantear el uso de analgésicos en pacientes hospitalizados, con dosis que aseguren un adecuado control del dolor sin exponer a los pacientes al riesgo de reacciones adversas por sobredosificación.

Vallejos y Col. en el año 2015 describen en un artículo llamado el perfil de uso y rango de dosis de analgésicos en un hospital de cuarto nivel en Bogotá, en el que se revisaron 355 historias clínicas de pacientes adultos hospitalizados que cumplieron criterios de inclusión, en quienes se administraron en total 555 veces analgésicos. Los analgésicos más usados fueron acetaminofén en 186 (33,5%) casos, tramadol 167 (30%), diclofenaco 96 (17,3%), dipirona 48 (8.6%) y

butilbromuro de hioscina 40 (7.2%). De todos los casos de uso de analgésicos (555) un 88,5% (491 veces) estuvo en rango de dosis recomendada, el 6,8% (38 veces) por encima y un 4,7% (26 veces) por debajo del rango de dosis. Específicamente, tramadol y acetaminofén se encontraron en un rango de dosis adecuado en el 99,4% y 90,9% respectivamente. Dipirona y diclofenaco se usaron por encima del rango de dosis terapéutica establecida en 20 casos (41,7%) y 16 casos (16,7%) respectivamente. Todos los opiáceos utilizados se encontraron dentro de rango de dosis según indica la literatura. Se observó el uso de más de un analgésico en 181 pacientes (50.9%), dentro de los cuales se encontraron 2 casos con prescripción de 4 analgésicos y un caso con 5 analgésicos simultáneos. La vía de administración más usada fue la intravenosa en 353 casos (63,6%), seguida de la vía oral con 198 casos (35,7%). El rango de días de tratamiento más frecuente fue de 1-3 días en 420 casos (75,7%), seguido de 4-6 días con 67 (12.1%) y 7-10 días con 31 (5.6%) (37).

En el año 2018 Vallejos A y col, realizaron un estudio que tuvo como objetivo analizar el uso de analgésicos en pacientes de un hospital de cuarto nivel en Bogotá, Colombia, identificar los analgésicos más utilizados, el rango de dosis, las posibles interacciones y reacciones adversas a medicamentos (RAM) existentes. Resultados. El 78,9% de los pacientes hospitalizados presentaban dolor. Se prescribió analgésicos en 561 pacientes hospitalizados. Los más utilizados fueron: acetaminofén (33,3%) y tramadol (29,7%). El rango de duración de la terapia analgésica más común fue de 1 a 5 días (81,7%). Se identificaron 37 casos de sobredosificación y tres de terapia duplicada. Se presentaron 28 casos de reacciones adversas a medicamento (RAM). El adecuado tratamiento del dolor cobra vital importancia al evaluar la satisfacción del paciente (38).

En la clínica Montería, ya se han realizado dos estudios sobre este tema; pero en diferentes servicios (urgencias y hospitalización en cuarto piso), en el primero se analizaron 354 historias clínicas las cuales cumplieron con los criterios de inclusión de las 200 historias de pacientes que asistieron durante el periodo que

se llevó a cabo. Los datos analizados demuestran que el 56.5% de las personas que ingresaron al servicio pertenecen al sexo femenino. El mayor motivo de consulta fue el dolor abdominal con un 25% que equivale a 50 pacientes. Se demostró que el medicamento más utilizado fue el Diclofenaco (38%) y el menos utilizado la Hioscina simple (7.5%). Se registró que la edad con más prevalencia fue la de 21 a 40 años con un porcentaje de 30.5% y con la de menos fue de 6 a 11 años (2.5%) y como resultados se muestra que los analgésicos y antiinflamatorios estudiados en la investigación son los principales medicamentos de elección para el tratamiento de los principales motivos de consulta que se presentaron en el servicio de urgencias (39). El segundo estudio desarrollado se realizó una investigación de tipo observacional, descriptiva, de corte o trasversal, observacional y con enfoque cuantitativo; para la obtención de datos se le hizo el cálculo a través de una herramienta estadística dando como resultado una muestra de 61 historias clínicas, las cuales 48 cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos recolectados demuestran que los pacientes con mayor incidencia en el servicio de hospitalización pertenecen al género femenino con un 54.17% y el rango de edad 41- 64 años con un promedio de 45.83%. Se observó que el medicamento de mayor uso en el servicio de hospitalización es la dipirone con un 38.8% y el incumplimiento de los perfiles fármaco terapéuticos en comparación con la literatura (40).

### 3. MARCO CONCEPTUAL

**Dispensación:** suministrar un medicamento clínicamente apropiado a un paciente o a la persona encargada de su cuidado, normalmente mediante la presentación de una receta médica para su administración por el propio paciente o por parte de otro profesional, y aconsejar sobre su uso adecuado (41).

**Historia clínica:** Debe ser pormenorizada, incluyendo las patologías que presenta, los medicamentos que toma y la anamnesis de los síntomas (42).

**Prescripción:** es una orden escrita (receta) normalmente elaborada por un médico a un farmacéutico para la provisión de un medicamento o tratamiento a su paciente (43).

**Motivo de consulta:** descripción detallada de los síntomas o problemas de salud presentados, por la que se solicita atención sanitaria al profesional de salud (44).

**Efecto adverso:** Problema médico inesperado que sucede durante el tratamiento con un medicamento u otra terapia. La causa de los efectos adversos no es necesariamente el medicamento o el tratamiento; ellos pueden ser leves, moderados o graves. También se llama fenómeno adverso (45).

#### 4. MARCO LEGAL

- ✓ **Ley 100 de 1993:** por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dicta otras disposiciones (46).
- ✓ **Decreto 780 de 2016:** por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social (47).
- ✓ **Resolución 1403 de 2007:** por la cual se determina el modelo de gestión del servicio farmacéutico, se adopta el manual de condiciones esenciales y procedimientos y se dictan otras disposiciones (48)
- ✓ **Resolución 8430 de 1993:** por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (49).

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar los problemas relacionados con el uso de analgésicos y antiinflamatorios en la clínica Montería.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar en las historias clínicas de los pacientes; posibles problemas relacionados con el uso de analgésicos y antiinflamatorios previamente prescritos.
- Comparar los datos recolectados en este estudio con la literatura consultada acerca de los problemas relacionados con el uso de analgésicos y antiinflamatorios.
- Analizar los efectos adversos ocasionados por el uso de analgésicos y antiinflamatorios en los pacientes objeto de estudio.

## 6. DISEÑO METODOLÓGICO

### 6.1. TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es realizado a partir de un tipo de investigación cuantitativa, descriptiva observacional, retrospectiva y transversal o de corte basados en la recolección de datos sobre los problemas relacionados al uso de analgésicos y antiinflamatorios más prescritos basados en historias clínicas de los pacientes, en el servicio de hospitalización.

### 6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

**Población:** número de pacientes (hombres y mujeres) atendidas en servicio de hospitalización (3 y 4 piso) de la clínica montería.

**Muestra:** número de pacientes atendidos en 30 días, el cual puede obtenerse mediante la siguiente fórmula:

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

Dónde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.

S<sup>2</sup> = varianza de la población en estudio (que es el cuadrado de la desviación estándar y puede obtenerse de estudios similares o pruebas piloto).

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio (50).

### 6.3. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Edad del paciente, sexo, diagnostico principal, días de tratamiento, PRM presentados.

### 6.3.1. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Naturaleza	Indicador o unidad de medida	Instrumento de recolección
Edad del paciente	Independiente	Cuantitativa	1- > 65 años	Formato o ficha de recolección de datos
Sexo	Independiente	Cualitativo	Hombre- mujer	
Diagnóstico del paciente	Independiente	Cualitativo	Analgésico y/o antiinflamatorio	
Días de tratamiento	Independiente	Cuantitativo	1, 2, 3, etc.	
PRM presentado	Independiente	Cualitativo	—	

### 7.4 PRINCIPIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

#### Inclusión

- Pacientes ingresados al servicio de hospitalización de la clínica Montería, en el que su indicación sea medicamentos analgésicos y antiinflamatorios.

#### Exclusión

- Pacientes ingresados al servicio de hospitalización y que no estén indicados con medicamentos analgésicos y antiinflamatorios.
- Niños menores de un año.
- Mujeres en embarazo.

### 7.5. UNIDAD DE ANÁLISIS

Medicamentos analgésicos y antiinflamatorios prescritos durante el estudio.

## **8. CONCLUSIONES**

El manejo del dolor es una terapia de gran relevancia en la atención médica y por ende debe ser articulada con el personal de farmacia especialista en el medicamento, buscando evitar o aminorar la aparición o gravedad de posibles problemas relacionados a medicamentos que afecten la eficacia de la farmacoterapia o pongan en riesgo al paciente.

El uso indiscriminado o equivocado de este tipo de medicamentos puede tener efectos no esperados para el paciente y constituye un riesgo innecesario y un gasto de recursos. La comunicación asertiva médico – paciente y la pedagogía apuntando al correcto uso de los medicamentos desde el personal farmacéutico hasta el uso final del medicamento son factores preponderantes en aras de la reducción de este tipo de episodios.

La selección del analgésico o antiinflamatorio adecuado para las condiciones y necesidades de un paciente es en gran parte el motivo de éxito de una farmacoterapia y principal motivo de la no aparición de alteraciones fisiológicas y la extensión innecesaria de los periodos de recuperación.

## **9. RECOMENDACIONES**

- Adaptar un sistema de articulación con su respectivo protocolo que incluya al servicio farmacéutico y el servicio de atención de hospitalización, buscando la mitigación de PRM.
- Adaptar modelos de guías farmacoterapéuticas donde se instauren los parámetros para el manejo de la atención en la atención del servicio de hospitalización de la Clínica Montería.
- Se recomienda realizar posteriores investigaciones donde se incluya los analgésicos y antiinflamatorios; ya que de esta manera se amplía los resultados, los cuales servirían como medidas para tomar conciencia de uso adecuado de este tipo de medicamentos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jesus A, Sabela C, Rosa F. Guia de consenso para el buen uso de anlgescicos opioides Valencia: Socidrogalcohol; 2017.
2. Cousins M.J, Brennan F, Carr D.B, Pain relief: A universal human right, Pain, 112(1-2), 1-4 (2004).
3. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Canellas M, Banos J.E. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia. Spain. 1999 Jan: p. 83-95.
4. Arbones E, Montes A, Riu C, et al. El dolor en los pacientes hospitalizados.: un estudio transversal de la informacion, la evaluacion y el tratamiento. Rev esp dolor. 2009; 16(6): p. 314-322.
5. Jones, S. Gastriopatia por AINE: efectos adversos. Farmacia profesional. 2002 Julio- agosto; 16(7).
6. Martínez-Vázquez de Castro J, Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. Rev Soc Esp Dolor. 2007 Feb; 7(46).
7. Linde JMM, Rodríguez AFU, Rodríguez JF. Dolor, calidad de vida y estado anímico, relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados. Pensamiento Psicológico. 2013; 11(1).
8. Ready LB, Edwards WT, Benedetti C. Management of acute pain :a practical guide: IASP Publications Seattle; 1992.
9. Padrol, A. Rev Esp Dolor. 2001; p. 555-561.
10. Vallejos A, Ruano C,Ávila M, Latorre S, Delgadillo J,Manosalva G, Malaver G,Hernández E, Torres P, Bernal G, Tovar A, Caicedo L. Analgésicos en el

- paciente hospitalizado. Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm. 2015 Marzo; 44(1).
11. Provencio R.M. Estudios de utilización de medicamentos. Rev Neurol. 1996 Noviembre; 24(128).
  12. Figueiras A , Caama F , Gestal Otero J. Metodología de los estudios de utilización de medicamentos en Atención Primaria. Gac Sanit. 2000 Febrero; 14(3).
  13. Plaza F. Estado actual de la prescripción y consumo de medicamentos en España. In Ponencias del V congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración. Granada, España: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 1993. p.. .
  14. Informe sobre la prestación farmacéutica en Galicia. Documentos Técnicos de Atención Primaria. Serie B, número 3. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Atención Primaria, 1995.
  15. Torres Martínez C, Orgaz Gallego P, Lozano Alvarez F, Sánchez Gómez MH, Pinnel Muñoz MF, Tojeiro Lorente S, Lain Terres N. Psicofarmacos en atención primaria: calidad de la prescripción. Atención Primaria. 1993; 11(7).
  16. Rodríguez Moreno C, Muro Pascual V, David Pastor A, Bestard Serra M, Llobera Canaves J, Campoamor Landín F. Uso de antibióticos en atención primaria: tratamiento de la infección urinaria. Atención Primaria. 1996; 17(16).
  17. Mundet X, Vidal X, Arnau JM. Características de la utilización de digoxina en una población atendida en urgencias por insuficiencia cardiaca o fibrilación auricular. Medic Clinic. 1993; 94(7).
  18. Zuriguel C. Intervención para mejorar la calidad de prescripción de antibioticos en una area basica de salud. Aten Primaria. 1993 Nov; 37(9).
  19. Montejano J. Estudio de utilizacion de analgesicos antiinflamatorios no

- esteroides en población rural. Tesis. Universidad de Valencia, Farmacología; 2007.
20. SCIELO PDF [Online], Barc.)[Online]. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-4835200.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-4835200.), 2005 [cited 2019 JULIO 23. Available from. .
  21. Díaz F,P. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. 2005.
  22. Ríos R. Descripción y cuantificación de riesgos atribuidos a analgésicos antiinflamatorios no esteroidesno selectivos consumidos por la población mexicana. In. Mexico; 2018.
  23. Garcia E. Recomendaciones en la prescripción de antiinflamatorios.2008.
  24. Portillo M,J. Antiinflamatorios No Esteroides (AINEs).¿Dónde estamos y hacia dónde nos dirigimos? (Primera Parte).2007.
  25. Bauset J. Estudio de las consultas repetidas por cólicos nefríticos en un servicio de urgencias hospitalario. realizado en Servicio de Urgencias. Servicio de Cirugía General. Departamento de Cirugía. In. Murcia, España: Universidad de Murcia. Hospital General Universitario Reina Sofía; 2010.
  26. Pérez L, Calvo F. Guía terapéutica de soporte en Oncología Radioterápica. In edición 2, editor: Masson; 2004 p. 265-296.
  27. Campos C, Carrulla J, Casas A, et al. Manual SEOM de Cuidados Contínuos.2004 p. 455-500.
  28. Pérez C, Brady L, Halperin E, Schmidt R. Principles and practice of Radiation Oncology. In Wilkins LWa, 4ª edición; 2004. p. 2412-2425.
  29. Foley K. Pain syndromes in patients with cancer. In.: Medical Clinics of North

America; 1987 p. 169-184.

30. Contreras J, Medina JA, Villanueva A, et al. Fentanilo transdérmico como tratamiento de soporte del dolor en pacientes con mucositis de cualquier localización asociada a radioterapia de intención radical. Oncología. In V Congreso Nacional de FESEO; 2004 p.
31. Rubenstein EB, Peterson DE, Schubert M, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. In Cancer; 2004 p. 2026-2046.
32. Casal, JR. Abordaje del dolor musculoesquelético en urgencias. 2011. Servicio de Urgencias. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León, España.
33. Diaz P. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Instituto Madrileño de Oncología San Francisco de Asís Madrid. 2005 139-143; 28(3).
34. Doubova S, Torres L, Reyes H. Analgesicos antiinflamatorios no esteroides en la terapia del dolor. Rev. Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006 Febrero; 44(6).
35. Cardona E, Castaño M, Builes A, Castro G. Manejo del dolor posquirúrgico en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín. Rev Col Anest. 2003 Jan; 31(1).
36. Machado A, Machado D, Calderón V, González A, Cardona F, Ruiz R. Control del dolor postquirúrgico en pacientes de un hospital de tercer nivel. Revista Med. 2013 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91029158005>; 21(4).
37. Vallejos A, Ruano C, Latorre S, Calvache J. Perfil de uso y rango de dosis de analgésicos en un hospital de cuarto nivel en Bogotá. Rev. Méd. Risaralda. 2015; 21(2).

38. Vallejos A, Calvache J, Ávila M, Latorre S, Ruano C, Delgadillo J, Hernández H, Manosalva G, Malaver S, Torres P, Bernal G, Tovar A, Caicedo L. Prescripción de analgésicos y reacciones adversas en pacientes hospitalizados. 2018.
39. Morales E, Meza M, Lagares V & Martínez Y. USO DE ANALGÉSICOS Y ANTIINFLAMATORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. Trabajo de grado. Montería: Clínica Montería, Córdoba; 2019. Report No: 1.
40. Delgado A, Rodríguez J & Álvarez Y. USO DE ANALGÉSICOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN. Trabajo de grado. Montería: Clínica Montería y Universidad de Córdoba, Córdoba; 2019. Report No: 2.
41. Rosario, O. La dispensación como herramienta para lograr el uso adecuado de medicamentos en atención primaria. Rev Cubana de Medicina General Integral. 2017 Diciembre; 33(4).
42. Blanco E & col. Guía de buena práctica clínica en dolor y su tratamiento. 3rd ed. IM&C SA, editor. Madrid-España: International Marketing & Communications, S.A. (IM&C); 2004.
43. Peña, JP. La prescripción médica es un acto científico, ético y legal. Rev Cubana de Medicina General Integral. 2002 Abril; 18(2).
44. Martínez, P. Del motivo de consulta a la demanda en psicología. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2006 53-69; 26(97).
45. Salud, MD. Evaluar la frecuencia con la cual ocurren efectos adversos. 2009 Diciembre.
46. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 100 de 1993.
47. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto número 780 de 2016.
48. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 1403 de 2007.

49. Ministerio de Salud y Proteccion Social. Resolucion numero 8430 de 1993.
50. Sarai AB. Formulas para el calculo de la muestra en investigaciones de salud. Salud en Tabasco. 2005 Enero- Agosto ; 11(1-2).

## ANEXO

### Anexo A. Formato de recolección de datos: uso de analgésicos y antiinflamatorios.



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA



**OBJETIVO:** Determinar los problemas relacionados con el uso de analgésicos y antiinflamatorios en la clínica Montería.

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN														
Nombre o ID :														
Edad:				Sexo:		M				F				
Fecha de ingreso:														
Diagnostico principal:														
Medicamento prescrito:														
Días de tratamiento:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Presento posible PRM:				SI				NO						
PRM:														