

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

TEMA:

“APLICACIÓN DEL MÉTODO DÁDER EN PACIENTES
AMBULATORIOS CON INFECCIONES DE VÍAS
URINARIAS QUE ASISTEN AL AREA DE
GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
DE IBARRA”,
PERIODO
NOVIEMBRE - AGOSTO 2010”

Trabajo de grado para la obtención de licenciadas de
enfermería

PRESENTADO POR:

JHOANA ELIZABETH RAMOS GALLEGOS

TUTOR: Dr. Darío Salgado

2009-2010

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud a nuestra querida Universidad Técnica del Norte, que nos abrió sus puertas y nos brindó la oportunidad de adquirir conocimientos científicos, mismos que nos forjaron para ser excelentes profesionales.

A una gran persona y amigo; mi asesor de tesis quien con su gran aporte de conocimientos hizo posible culminar con éxito este trabajo y plasmar una gran meta en mi vida profesional.

A todo el personal del Hospital San Vicente de Paúl, en especial, al personal del Servicio de Estadística y Consulta Externa, por la colaboración brindada en el desarrollo de la investigación.

A mi familia y amigos quienes contribuyeron con su apoyo moral para llegar a la culminación de este trabajo.

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis va dedicado a los seres que llenan mi vida de felicidad y dicha, quienes con sus pequeños corazones me han dado las fuerzas y la razón de seguir siempre adelante y quienes han sido un pilar fundamental para alcanzar mi meta.

Mis Hijos Jahir y Valentina

A mi amigo y compañero que con su apoyo y comprensión hizo posible mi sueño de ser un ser humano que ayude a las personas que mas lo necesitan y que en sí; es la base de mi profesión.

Mi Esposo

Y a los dos seres más importantes que me dieron la vida he hicieron de mi una persona dedicada y humilde, quienes cada día me dieron la mano para seguir y no abandonar mi sueño, quienes inculcaron en mi poner amor y responsabilidad en mi profesión.

Mis Padres

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AGO	Antecedentes Gineco – Obstétricos
AINEs	Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos
APP	Antecedentes patológicos personales
APF	Antecedentes patológicos Familiares
AT	Atención Farmacéutica
CSE	Condición Socio - Económica
EMO	Elemental y microscópico de orina
ES	Estado de Situación
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
F	Femenino
G-O	Gineco – Obstetricia
HCl	Historia clínica
HTA	Hipertensión arterial
IDg	Impresión Diagnóstica
IgA	Inmunoglobulina A
IM	Vía intramuscular
IMC	Índice de masa corporal
IMP	Interacciones Medicamentosas Potenciales
IR	Insuficiencia Renal
ITU	Infección del tracto urinario
IV	Vía intravenosa
IVU	Infección de vías urinarias
Kg	Kilogramos
M	miligramos
mg	Metros
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNA	Pielonefritis Aguda
PRM	Problemas relacionados con los medicamentos
PS	Problemas de Salud
Pte	Paciente
RAM	Reacciones alérgicas a los medicamentos
S	Desviación estándar
S ²	Varianza
SPA	Sin patología aparente
T	Temperatura
TA	Tensión arterial
UFC	Unidades formadoras de colonias
V/D	Veces al día
VO	Vía oral

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	iv
ÍNDICE DE CUADROS.....	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
INDICE DE TABLAS.....	viii
INDICE DE FOTOGRAFIAS.....	ix
ÍNDICE DE ANEXOS.....	x
INTRODUCCIÓN.....	xi

CAPITULO 1

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1.	Planteamiento del problema.....	25
1.2.	Justificación.....	28
1.3.	Objetivos.....	30
1.3.1.	Objetivo general.....	30
1.3.2.	Objetivos específicos.....	30
1.4.	Preguntas guías de l investigación.....	31

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.	Antecedentes de la investigación.....	32
2.1.	Fundamentos teóricos.....	32
2.2.	Definición.....	33
2.2.1.	Procedimiento operativo.....	34
2.2.2.	Inicio del servicio.....	34
2.2.3	Información sobre el paciente.....	36
2.2.4	Estado de situación.....	39

2.2.5	Información sobre medicamentos y problemas de salud.....	40
2.3.	Atención farmacéutica.....	42
2.4.	Fármaco o medicamento.....	47
2.5	Problemas relacionados con los medicamentos (PRM).....	47
2.5.1	Clasificación de PRM del 2do consenso de Granada.....	48
2.6.	Evaluación.....	49
2.7.	Fase de intervención.....	50
2.7.1	Resultado de intervenciones.....	52
2.7.2..	Nuevo estado de situación.....	53
2.8.	Ginecología.....	53
2.8.1	Enfermedades ginecológicas.....	54
2.8.2	Infecciones de vías urinarias.....	55
2.8.2.1	Definición.....	56
2.8.2.2	Causas.....	58
2.8.2.3.	Signos y síntomas.....	61
2.8.2.4	Tratamiento.....	61

CAPITULO III

METODOL OGIA

3.1.	Tipo de estudio.....	68
3.2	Población y muestra.....	68
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	69
3.4	Validez y confiabilidad del instrumento.....	70
3.5	Análisis e interpretación de datos.....	70

CAPITULO IV

MARCO ADMINISTRATIVO

4.1.	Recursos humanos.....	71
4.2.	Materiales.....	72
4.3.	Presupuesto.....	72
4.4.	Cronograma.....	73
4.5.	Encuesta.....	80
5.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	82
6.	CONCLUSIONES.....	106
7.	RECOMENDACIONES.....	108
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	109
9.	ANEXOS.....	113

INDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1.- Información básica del grupo de pacientes que presentaron infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA con las que se trabajó durante la aplicación del Método Dáder de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	89
CUADRO NO.2.- Clasificación de las pacientes por grupos etarios con infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	92
CUADRO No.3.- Clasificación de las pacientes en función del imc que presentaron infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	93
CUADRO No.4.- Clases de i.v.u. que presentaron las pacientes de consulta externa de gineco – obstetricia del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	95
CUADRO No. 5.- Otras patologías comunes presentes en las pacientes que presentaron infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	96
CUADRO No. 6 Hábitos que tienen las pacientes que presentaron infecciones de vías urinarias en las pacientes del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención	

farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	97
CUADRO No.7.- Frecuencia de ingesta de líquidos de las pacientes que presentaron infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	98
CUADRO No.8.- Frecuencia de ejercicio de las pacientes que presentaron infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	99
CUADRO No.9.- Situación socio – económica del grupo de pacientes que presentaron infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	100
CUADRO No.10.- Incidencia de P.R.M. en el grupo de pacientes que presentaron infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	102
CUADRO No.11 Clases de P.R.M. identificados en el grupo de pacientes que presentaron infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	103
CUADRO No. 12.- Resultados de urocultivos que detectaron que las pacientes presentaban infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención	

farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	107
--	-----

INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO No.1.- Clasificación de las pacientes por grupos etarios con infecciones de vías urinarias del Hospital San Vicente de Paul de Ibarra a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	93
GRÁFICO No.2.- Clasificación de las pacientes en función del imc que presentaron infecciones de vías urinarias DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	94
GRÁFICO No.3.- Clases de i.v.u. que presentaron las pacientes de consulta externa de gineco – obstetricia del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	95
GRÁFICO No. 4.- Otras patologías comunes presentes en las pacientes que presentaron infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	96
GRÁFICO No. 5.- Hábitos que tienen las pacientes que presentaron infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo2010.....	97
GRÁFICO No.6.- Frecuencia de ingesta de líquidos de las pacientes que presentaron infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les	

brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	99
GRÁFICO No. 7.- Frecuencia de ejercicio de las pacientes que presentaron infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	100
GRÁFICO No.8.- Situación socio – económica del grupo de pacientes que presentaron infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	101
GRÁFICO No.9.- Incidencia de p.r.m. en el grupo de pacientes que presentaron infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	102
GRÁFICO No. 10.- Clases de P.R.M. identificados en el grupo de pacientes que presentaron infecciones de vías urinarias del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica en el período enero – mayo 2010.....	106

INDICE DE FIGURAS

FIGURA N°1.- Aparato genitourinario masculino femenino.....	62
FIGURA N°2.- Vías urinarias del hombre y de Imujer.....	63

INDICE DE TABLAS

TABLA N°1.- Principales antibióticos empleados para el manejo de las infecciones urinarias.....	68
--	----

INDICE DE FOTOGRAFIAS

FOTOGRAFIA 1. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA.....	135
FOTOGRAFIA 2. Exterior de estadística del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA.....	135
FOTOGRAFIA 3. Jose Hidrobo jefe de estadística del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA brindando atención.....	136
FOTOGRAFIA 4. Historias clínicas de los usuarios del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA.....	136
FOTOGRAFIA 5. Búsqueda de historias clínicas de las pacientes sometidas a la investigación.....	137
FOTOGRAFIA 6. Historia clínica de una paciente que se sometió a la investigación.....	137
FOTOGRAFIA 7. Recolección de datos de una de las historias clínicas que se tomo para la investigación.....	138
FOTOGRAFIA 8. Recolección de datos de laboratorio de una de las historias clínicas tomadas para la investigación.....	138
FOTOGRAFIA 9. Entrega de trípticos a las pacientes que asisten al área de ginecología del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA.....	139
FOTOGRAFIA 10. Charla educativa brindada a las pacientes que asisten al área de ginecología del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA.....	139
FOTOGRAFIA 11. Pacientes hospitalizadas por infección de vías urinarias.....	140
FOTOGRAFIA 12. Exterior de farmacia del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA.....	140

INDICE DE ANEXOS

ANEXO No 1.- Oficio de aceptación del anteproyecto de tesis	120
ANEXO No 2.-Triptico entregado a los pacientes que asisten a consulta externa del area de ginecologia del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA.....	122
ANEXO No.3.- Hoja ginecológica de consulta externa del HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA.....	123
ANEXO No.4.- Causas de los problemas relacionados con los medicamentos.....	125
ANEXO No. 5.- Diagrama de flujo del método dáder de seguimiento farmacoterapéutico.....	126
ANEXO No.6.- Diagrama de flujo de la oferta del servicio.....	127
ANEXO No.7.- Diagrama de flujo de la primera entrevista.....	128
ANEXO No. 8. Diagrama de flujo de la fase de estudio.....	129
ANEXO No. 9. Diagrama de flujo de la fase de evaluación.....	130
ANEXO No.10 Diagrama de flujo de la fase de intervención.....	131
ANEXO No.11 Flujograma de tratamiento para infección de vías urinarias recurrente.....	132

ANEXO No. 12 Diagrama de flujo para el tratamiento de infecciones de vías urinarias.....	133
ANEXO No.13 Artículo.....	134
ANEXO No. 14 Fotografías.....	135
ANEXO No. 15 Ejemplo del estado de situación y plan de acción de una de las pacientes que presentó infección de vías urinarias y participó en la investigación.....	141

GLOSARIO DE TÉRMINOS

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO: es la respuesta inflamatoria de urotelio a la invasión bacteriana, que usualmente se acompaña de bacteriuria y piuria.

BACTERIURIA: es la presencia de mas de 100000 u.f.c./mL de bacterias en la orina, la cual está normalmente libre de ellas, e implica que ellas provienen del tracto urinario y no de contaminantes de la piel, vagina, o prepucio. Rara vez las bacterias pueden colonizar el tracto urinario sin causar bacteriuria.

PIURIA: es la presencia de leucocitos o glóbulos blancos en la orina y generalmente indica una respuesta inflamatoria del urotelio a invasión bacteriana. Bacteriuria sin piuria indica colonización más que infección. Piuria sin bacteriuria implica la evaluación en busca de tuberculosis, cálculos o cáncer.

DISURIA: difícil emisión de la orina o dolor al orinar.

POLIURIA: extrema necesidad de emisiones de orina.

POLAQUIURIA: emisiones frecuentes de orina, emitiendo poca cantidad cada vez.

POLIDIPSIA: sed excesiva

NO COMPLICADA: es un término usado para describir una infección en un paciente sano con una estructura y función normal del tracto urinario. La mayoría de estos pacientes son mujeres con cistitis bacteriana aisladas o recurrentes o pielonefritis aguda en la cual los patógenos infectantes son usualmente susceptibles a o erradicadas por un corto y barato tratamiento microbiano oral.

COMPLICADA: describe una infección en un paciente que está comprometido y/o tiene un tracto urinario con una estructura o función anormal que aumentaría la posibilidad a adquirir una infección y/o reducir la eficacia de la terapia. Las infecciones son frecuentemente causadas por bacterias con una virulencia aumentada y son resistentes a muchos antimicrobianos. La mayoría de las infecciones en los hombres son complicadas.

INFECCIONES RECURRENTE (RECIDIVANTES): son debidas ya sea a reinfección o persistencia bacteriana. Más del 95% de las infecciones recidivantes en mujeres son reinfecciones.

REINFECCIÓN: es una infección recurrente con diferentes bacterias provenientes del exterior del tracto urinario. Cada infección es un nuevo evento; la orina no debe mostrar algún crecimiento después de la infección previa.

PERSISTENCIA BACTERIANA: se refiere a una IVU recurrente causada por la misma bacteriana desde un foco que está dentro del tracto urinario, como un cálculo infectado o desde la próstata. El término recaída o reincidencia es un término frecuentemente usado como similar.

INFECCIONES NO RESUELTAS: indica que la terapia inicial ha sido inadecuada.

HISTORIA CLÍNICA: es un registro donde se reúne un solo documento, debidamente identificada toda la información concerniente a la salud de la persona, sus alteraciones y evolución en los tratamientos recibida dentro de una misma institución de salud a través de toda la vida.

ANAMNESIS: se ubica la queja principal del paciente sus antecedentes sociales, familiares, sus enfermedades anteriores y un examen por sistema anatómico. Debe incluirse la fecha de inicio y el curso de la enfermedad.

RESUMEN

Las Infecciones de Vías Urinarias es un problema tanto a nivel mundial como en países en vías de desarrollo, debido a los bajos niveles de educación que se mantiene en los mismos, concomitantemente a ello se añade los elementos culturales y costumbristas que mantienen tabúes que determinan el mantenimiento de prácticas alejadas de la higiene y de la organización social. Cada año el índice de enfermedades de Infecciones de Vías urinarias es mayor por lo que se ha visto la necesidad de buscar métodos de prevención y tratamiento para así disminuir este índice de morbilidad. Se cree que la extensión de las IVU está relacionada con la falta de información y por consecuencia de precaución. Asimismo, se apunta que los casos de IVU no tienen rango de edad, ni tampoco de género ya que esta enfermedad puede generarse sea en la niñez, adolescencia o edad adulta. Existe un gran porcentaje de la población que acude al Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra que son de limitados recursos económicos y por lo tanto un bajo nivel cognoscitivo por lo que las hace más vulnerable a infectarse de este tipo enfermedades por desconocimiento de las mismas. Mediante la observación continua de la población en estudio se consideró necesario realizar un estudio de conocimientos de Infecciones de Vías Urinarias, para conjuntamente con los resultados, establecer una propuesta de prevención y tratamiento para la población que acude al Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra con miras a mejorar la calidad y reconocer las falencias presentes en la atención a los pacientes. La realización del seguimiento farmacoterapéutico conjuntamente entre farmacéutico, el médico y el personal de enfermería de atención primaria en el ámbito de un centro de salud aporta algunas ventajas para la identificación de problemas relacionados con los medicamentos en los pacientes. Este trabajo permite de manera más fluida la integración del farmacéutico comunitario en el equipo de salud que asiste al paciente y mejora la comunicación entre ambos profesionales. La accesibilidad a la historia clínica del paciente, permite la realización de entrevistas con los pacientes con mayor

información (mas completas). La intervención sobre los posibles problemas relacionados con los medicamentos que el paciente esté padeciendo es más ágil. El método Dáder ha demostrado su eficacia para la provisión de seguimiento farmacoterapéutico en farmacias comunitarias y hospitalarias. Esta investigación consta de Marco Teórico, donde define un método de seguimiento farmacoterapéutico, procedimientos operativos y la descripción de que son las enfermedades ginecológicas. La información fue recolectada mediante encuestas aplicadas a la población en estudio donde se tabuló los datos y se procedió a realizar gráficos y el análisis de cada uno de ellos.

ABSTRACT

Urinary Tract Infections is a problem both globally and in developing countries due to low levels of education remains the same, it is added simultaneously to the cultural and customary taboos that keep that determine the remote maintenance of hygiene practices and social organization. Each year the rate of disease urinary tract infection is increased by what has been the need to find methods of prevention and treatment in order to reduce this morbidity. It is believed that the extension of the SUT is related to the lack of information and due caution. It also suggests that cases of UTI are not associated with age, nor gender as this disease can be generated either in childhood, adolescence or adulthood. A large percentage of the population that goes to the Hospital San Vicente de Paul de Ibarra who are of limited economic resources and therefore a low cognitive level by making them more vulnerable to infection from diseases such ignorance of them. By continuous observation of the study population was considered necessary to conduct a study of knowledge of Urinary Tract Infections, together with the results to establish a proposal for prevention and treatment for people who come to the Hospital San Vicente de Paul Ibarra to improve the quality and recognize the shortcomings present in the patient care. The implementation of pharmacotherapy follow-up jointly by pharmaceutical, medical and nursing staff of primary care in the context of a health center provides some advantages for the identification of drug-related problems in patients. This work allows a more seamless integration of the community pharmacist in the healthcare team assists the patient and improves communication between professionals. The accessibility to the patient's history allows interviews with patients with more information (more complete). The intervention of the possible problems related to medications the patient is suffering is more agile. Dáder The method has proved effective in providing pharmaceutical care in community and hospital pharmacies. This research consists of theoretical frameworks, which defines a method for monitoring drug therapy; operational procedures and description are

gynecological diseases. The information was collected through surveys of the study population where tabulated data and graphs was performed and analysis of each of them.

TEMA:

“APLICACIÓN DEL MÉTODO DÁDER EN PACIENTES
AMBULATORIOS CON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS
QUE ASISTEN AL AREA DE
GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL
DE IBARRA”,
PERIODO
NOVIEMBRE - AGOSTO 2010”

INTRODUCCIÓN

Los objetivos del ejercicio profesional del personal de salud en la Atención Farmacéutica están encaminados a verificar que los pacientes utilicen los medicamentos que necesitan para sus problemas de salud, garantizar la máxima efectividad de los medicamentos, y minimizar los riesgos asociados a la utilización de los mismos. (4)

En el campo de la atención farmacéutica la identificación y control de PRM en la actualidad es el principal punto de estudio. Para ello se ha creado el Programa Dáder, que es un seguimiento farmacoterapéutico diseñado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, en el año 1999. (6) (8)

Problemas Relacionados con Medicamentos son problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados. (22)

El presente trabajo ha considerado necesario propiciar una vigilancia personalizada de los fármacos administrados para evitar el riesgo potencial de interacciones medicamentosas y aún complicar el estado patológico de los pacientes.

La importancia de las infecciones del tracto urinario (ITU) es el desarrollo de cuadros infecciosos, morbilidad aguda y problemas a largo plazo tales como hipertensión arterial o insuficiencia renal crónica con o sin daño renal. Muchas veces los diagnósticos suelen ser tardíos por presentarse

fiebre sin foco, sumado a la demora en el tratamiento acrecentándose el peligro de daño renal y que aumentan conforme se reiteran los episodios, (50) que se llega por el descuido de los paciente a su tratamiento a la insuficiencia renal y luego a diálisis, con sus consecuencias como lo es el trasplante renal.

La Infección Urinaria se define como la invasión, colonización y multiplicación de gérmenes en el tracto urinario, son un motivo frecuente de consulta médica en la atención primaria. Esto hace que muchas veces deba comenzarse un tratamiento antibiótico en forma empírica hasta obtener los resultados de estudios microbiológicos. La recurrencia de infecciones bajas en mujeres jóvenes, así como la elección de antibióticos seguros en embarazadas son otros de los tópicos que destacan la importancia del uso racional de los antibióticos en los planes terapéuticos de las infecciones urinarias. (59)

En Ecuador según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador) en el 2009 las Infecciones de Vías Urinarias son un problema de salud que se ubica en el octavo puesto con una tasa de 10.3% en las mujeres con relación a las diez principales causas de morbi-mortalidad. (9)

Debido a estos antecedentes es de suma importancia la Aplicación del Método Dáder de Atención Farmacéutica la misma que ayude a llevar el control de este tipo de infecciones y a la vez identifique los problemas relacionados con los medicamentos que se presenten en el paciente, o pueda ser que se presenten, para de esta forma conseguir un tratamiento óptimo y que la recuperación del mismo sea de la mejor manera.

La presente investigación fue llevada a cabo en la Consulta Externa de Gineco – Obstetricia del Hospital San Vicente de Paul de Ibarra con la colaboración de cien pacientes del sexo femenino que presentaron infecciones de vías urinarias, con edades que oscilan entre 17 y 63 años,

identificándose Problemas Relacionados con los Medicamentos (P.R.M.) en el 70.59% de la muestra, de los cuales los que más se destacaron fueron PRM 2 que nos habla de la automedicación con un 58.82% y PRM 1 en el que el paciente no recibe la medicación, ni el tratamiento con un 47.05% del total de la muestra analizada.

El Método Dáder de Atención Farmacéutica no pudo ser llevado a cabo en su totalidad debido a la **falta de colaboración de los pacientes por diferentes razones; y de las indicaciones del personal de enfermería que tiene un papel muy fundamental en el seguimiento de los tratamientos y por la falta de conocimientos de los médicos en lo que se refiere a PRM, por lo que la eficacia del Método aplicado no se refleja en un ciento por ciento**, pero cabe resaltar que se logró cumplir en su mayoría los objetivos propuestos al inicio, como la implementación del método de Atención Farmacéutica y su seguimiento farmacoterapéutico, identificación, control y prevención de P.R.M. durante el período que se sometió al paciente a la investigación.

Uno de los objetivos que también se programó fue la evaluación de los beneficios obtenidos luego de la aplicación del método, el mismo que se comprueba con las interrogantes planteadas de que la aplicación del Método Dáder de Atención Farmacéutica mejoró la calidad de vida de los pacientes que presentaron Infecciones de Vías Urinarias que participaron en el proceso de investigación, al disminuir los valores de piocitos, hematíes y la cantidad de bacterias presentes en la orina.

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Método Dader es un proceso operativo para la prestación de seguimiento fármaco terapéutico en cualquier ámbito asistencial y sobre cualquier paciente. El objeto que se busca con la aplicación de este procedimiento operativo es crear unos estándares de práctica que garantice la eficacia del servicio de los pacientes en el área ginecológica y sobre todo la seguridad del usuario los resultados clínicos negativos asociados a la fármaco terapia son un problema de primera índole que ha sido descrito como un problema de salud pública, y la cual tampoco no se lleva en la práctica y tampoco se aplica a los pacientes ambulatorios en el área de ginecología con infecciones de vías urinarias del Hospital San Vicente de Paul de Ibarra ya que no acuden a los controles periódicos de esta especialidad. Se ha medido que uno de cada de tres pacientes que acuden a un servicio de urgencia hospitalario, lo hacen por sufrir uno de los resultados negativos de la fármaco terapéutica cuando además el 70% de ellos podrían haberse evitado, tal vez con el ejercicio del seguimiento fármaco terapéutico, este problema no es exclusivo, como se había imaginado en un principio. Se describe a continuación un procedimiento operativo que se ha venido a dominar Método Dader del seguimiento fármaco terapéutico

- a) Oferta del servicio: El inicio del servicio, también llamada oferta del servicio, es una de esas actividades que está ampliamente influenciada por el entorno y la estructura en la que se esté prestando el seguimiento farmacoterapéutico. Más que pensar en los tipos de servicios o en los niveles asistenciales, la oferta del servicio se ve influenciada por quien es la persona que toma las decisiones de aceptación de un servicio sanitario para ese paciente. Aunque el principio de autonomía del paciente dice que es siempre el paciente el que toma la última decisión sobre la aceptación del tratamiento que va a recibir, la práctica asistencia dice que no es del todo así. (49,51)

En instituciones cerradas como residencias socio sanitario, o instituciones hospitalarias, e incluso en clínicas de día, o consultas de atención primaria, la decisión sobre la aceptación de un nuevo profesional en el equipo de atención no suele ser del paciente, sino del médico responsable. Esto hace que en este tipo de instituciones no sea frecuente la oferta del servicio al paciente, sino al profesional responsable de elegir la farmacoterapia. (49,51)

- b) Información sobre el paciente: En ocasiones se piensa que la única forma de obtener información del paciente es mediante una entrevista, de ahí que esta parte del procedimiento operativo suela denominarse entrevista. Los avances en el registro de datos y en la definición de procesos operativos en otras actividades cercanas al seguimiento farmacoterapéutico, como la dispensación, hacen que tanto en las farmacias comunitarias, como en los servicios de farmacia hospitalarios o en las residencias socio sanitarias se disponga de historiales farmacoterapéuticos del paciente. De nuevo, las diferencias en el procedimiento no dependen tanto del ámbito asistencia, como de la estructura de la farmacia o servicio en el que se presta. (49,51)

En todo caso, y sea cual fuere el ámbito asistencial, la entrevista al paciente puede aportar información que no existe en ningún historial farmacoterapéutico. Por ejemplo, las preocupaciones del paciente condicionan el grado de sacrificio que éste está dispuesto a aceptar en las intervenciones que se recomienden. Si el farmacéutico no ha realizado la entrevista, difícilmente podrá conocer ese grado de preocupación de cada problema de salud. Asimismo, el incumplimiento voluntario es prácticamente imposible de detectar a la vista de un historial farmacoterapéutico. Ni siquiera existe la seguridad de que un paciente toma la medicación que se le proporciona en las instituciones cerradas, salvo que exista un verdadero tratamiento observado directamente. (49,51)

- c) Estado de situación: Con la información obtenida del paciente, o del historial farmacoterapéutico o de la historia clínica, o mejor del conjunto de todas ellas, se debería poder configurar el estado de situación. Esta parte del procedimiento operativo, junto con su evaluación, configuran el verdadero núcleo del Método Dáder. Si se complementa correctamente un estado de situación, la evaluación no presentará problemas, llegándose fácilmente a identificar todos los resultados clínicos negativos asociados a la farmacoterapia que sufre, o está en riesgo de sufrir, ese paciente. Ahora bien, cuando un estado de situación está mal complementado, lo más probable es que falle todo el Método. (49,51)

El estado de situación fue diseñado tras el ejercicio de farmacéuticos practicando el seguimiento farmacoterapéutico, y recientemente se ha modificado para hacerlo más eficaz. El elemento clave de este modelo de estado de situación consiste en el emparejamiento de los problemas de salud con la medicación utilizada para su tratamiento. El criterio de emparejamiento es el objetivo terapéutico del cada tratamiento es el alivio, curación o mejora de cada problema de salud colocado a su

izquierda. Esto hace que, como se verá más adelante, para poder evaluar correctamente la efectividad de algunos tratamientos, sea necesario separar en sendas líneas del estado de situación en función de cada uno de los objetivos terapéuticos.

- d) Información sobre medicamentos y problemas de salud: La existencia de miles de principios activos, con varios efectos adversos cada uno, y utilizados para un número ingente de indicaciones, hace que sea necesaria un repaso de los conocimientos antes de cada evaluación. En esta recopilación y actualización de la información, es necesario aproximarse tanto a los medicamentos y sus efectos, como al problema de salud y sus signos y síntomas. (49,51)

En ocasiones, tras esta recopilación de información adicional, puede modificarse el estado de situación. Por ejemplo, al descubrir en el estudio que uno de los problemas de salud añadidos al final es una manifestación del descontrol de uno de los existentes, lo que nos llevaría a colocarlos en la misma línea que. O al comprobar que un tratamiento que se administra conjuntamente, no tiene acción sinérgica, sino que tiene varios objetivos terapéuticos contra problemas que aparecen conjuntamente en una situación patológica (p.e. el síndrome catarro-gripal y el tratamiento con antihistamínicos, vasoconstrictores y analgésicos), lo que nos llevaría a colocarlos en líneas independientes emparejando los medicamentos por objetivo terapéutico. (49,51)

Este procedimiento tiene una estructura bastante común con el resto de procesos asistenciales sanitarios. Primero se ha de obtener la información sobre el estado de salud del paciente y de los medicamentos que utiliza, a partir de lo cual se construirá un documento, denominado estado de situación, que es tras añadir la información necesaria y se evaluará.

1.2 Justificación

Según Martínez Olmos en la actualidad el Médico, la enfermera/o y el Farmacéutico forman parte del equipo de salud, con funciones diferenciadas e insustituibles, que integradas favorecen la salud de la población y su calidad de vida. El enfoque y la guía fundamental que da sentido tradicionalmente a las actividades y funciones de cada una de las profesiones incorporadas a la práctica sanitaria es el de obtener el mayor beneficio sanitario posible para los pacientes, sea este beneficio considerado en términos preventivos, asistenciales o de rehabilitación. (37).

Los hospitales y establecimientos de cualquier tipo de atención médica deben propiciar una vigilancia personalizada de los fármacos administrados; en vista, que los pacientes acuden a estos centros, por diversos problemas de salud, resultando de ello la administración concomitante de varios medicamentos, muchas veces no comunicados al preescriptor, con el riesgo potencial de interacciones medicamentosas y aún complicar el estado patológico.

Según la página web www.abcmedicus.com se dice que dentro de las patologías de las Infecciones de Vías Urinarias son enfermedades responsables de 7 millones de consultas anuales en los Estados Unidos, ha habido un aumento de las infecciones genitales, por lo que su prevención y tratamiento es de vital importancia para evitar las secuelas a corto, o mediano plazo, tanto para el individuo como para su entorno social. (34)

Los artículos de www.portalesmedicos.com aseguran que según cálculos realizados por la OMS se registran en el mundo anualmente, 340

millones de casos nuevos, curables de infecciones de transmisión sexual. Otros informes indican que, cada año, se producen en el mundo 92 millones de vaginosis bacteriana. (27)

En Ecuador según el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo del Ecuador) en el 2009 las Infecciones de Vías Urinarias son un problema de salud que se ubica en el octavo puesto con una tasa de 10.3% en las mujeres con relación a las diez principales causas de morbi-mortalidad.

En el Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, la incidencia de Infecciones de Vías Urinarias es elevada, en efecto la estadística del año 2006 muestra un 60% de mujeres que fueron atendidas en Consulta Externa con Infecciones de Vías Urinarias y un 70% de mujeres que fueron atendidas en Hospitalización con Infecciones de Vías Urinarias, cuyas edades fluctúan entre los 15 a 65 años.

Por esta razón la investigación beneficiará a las pacientes que sufren de Infecciones de Vías Urinarias en este Hospital, a los cuales se les ofrecerá el servicio de seguimiento fármaco-terapéutico, mediante un método sencillo y de fácil adaptación a pacientes que reciben tratamiento, ya que son enfermedades agudas crónicas que afectan a una gran proporción de la sociedad y que a pesar de tener un diagnóstico fácil y tratamientos muy efectivos, sigue siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo al constituir un factor de riesgo de primer orden en las enfermedades urológicas.

Por otra parte, es una enfermedad que permite una amplia y correcta intervención farmacéutica, además de tener una marcada incidencia y prevalencia en nuestra sociedad. Debido a esto, se considera que el farmacéutico posee la calificación y el material necesario para realizar un seguimiento fármaco-terapéutico de las pacientes ya diagnosticados.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general:

Aplicar el Método Dader en pacientes ambulatorios con infección de vías urinarias de servicio de ginecología del “Hospital San Vicente De Paúl de Ibarra”

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Determinar si se aplica o no el Método Dader en los pacientes ambulatorios con infección de vías urinarias del área de ginecología del Hospital “San Vicente de Paul de Ibarra.”
2. Evaluar los beneficios de la aplicación del Método Dader en pacientes ambulatorios con infección de vías urinarias del área de ginecología del hospital “San Vicente de Paúl de Ibarra “
3. Identificar los problemas y la clase de medicamentos que ingieren los pacientes ambulatorios con infección de vías urinarias del área de ginecología del hospital “San Vicente de Paúl de Ibarra” según su historia clínica.
4. Realizar un tríptico para informar a la población de la importancia y los beneficios que se consigue con el Método Dader.

1.4 Preguntas guías de la investigación

- a. ¿Cuáles son los principales problemas que se dan en caso de Infección de vías urinarias en pacientes ambulatorios del área de ginecología del Hospital “San Vicente de Paul de Ibarra”?
(7)(8)(11)(19)(20)(24)

- b. ¿Cuáles son las ventajas que obtienen los pacientes ambulatorios con infección de vías urinarias del área de ginecología del Hospital “San Vicente de Paul de Ibarra” que aplican el Método Dáder?
(16)(22)(26)(28)(36)(38)

- c. ¿Cómo se puede identificar y prevenir los problemas relacionados con los medicamentos en pacientes ambulatorios con infección de vías urinarias del área de ginecología del hospital “San Vicente de Paul de Ibarra.”? (23)(37)(45)(57)

- d. ¿Cómo debemos evaluar los beneficios de la aplicación del Método Dader en pacientes ambulatorios con infección de vías urinarias del área de ginecología del Hospital “San Vicente de Paul de Ibarra”?
(38)(39)(42)

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación es inédito ya que no se ha realizado otros trabajos de similar característica en el servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, el mismo que tiene la finalidad poner de manifiesto el grado de satisfacción del usuario que acude al mismo, en cuanto se refiere a la atención que recibe por parte del personal de enfermería, evidenciar las falencias para que se realice los correctivos pertinentes.

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS

El Método Dáder es un procedimiento operativo para la prestación del seguimiento farmacoterapéutico en cualquier ámbito asistencial y sobre cualquier paciente. El objetivo que se busca con la aplicación de este procedimiento operativo es crear unos estándares de práctica que garanticen la eficiencia del servicio y, sobre todo, la seguridad del paciente.

"Atención Farmacéutica es la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida de cada paciente".
Estos resultados son: (35) (36)

1. Curación de la enfermedad

2. Eliminación o reducción de la sintomatología del paciente
3. Interrupción o enlentecimiento del proceso patológico
4. Prevención de una enfermedad o de una sintomatología
(Hepler y Strand 1989)

“Atención Farmacéutica es buscar y resolver los problemas derivados del tratamiento de los pacientes”. (Proyecto Minnesota, 1992)

La práctica de la Atención Farmacéutica permitirá a los pacientes disponer de un servicio de calidad, ya que en el área de la salud la calidad de atención se evalúa por los beneficios obtenidos por el paciente, más allá del marketing y/o la estructura de un establecimiento.

2.2. Método Dáder

El Método Dáder es un procedimiento operativo para la prestación del seguimiento farmacoterapéutico en cualquier ámbito asistencial y sobre cualquier paciente. El objetivo que se busca con la aplicación de este procedimiento operativo es crear unos estándares de práctica que garanticen la eficiencia del servicio y, sobre todo, la seguridad del paciente. (54)

Los resultados clínicos negativos asociados a la farmacoterapia son un problema de primera índole, que ha sido descrito como un problema de salud pública. Se ha medido que uno de cada tres pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario, lo hacen por haber sufrido uno de esos resultados negativos de la farmacoterapia. Cuando además, el 75% de ellos podrían haberse evitado, tal vez con el ejercicio del seguimiento farmacoterapéutico. Este problema no es exclusivo, como se había imaginado en un principio, de países ricos. (51)

2.2.1. Procedimiento operativo

Se describe a continuación un procedimiento operativo que se ha venido a denominar Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico.

(54)

1. Oferta del servicio
2. Primera entrevista
3. Estado de situación
4. Fase de estudio
5. Fase de evaluación
6. Fase de intervención
7. Resultado de la intervención
8. Nuevo estado de situación
9. Entrevistas sucesivas

Este procedimiento tiene una estructura bastante común con el resto de procesos asistenciales sanitarios. Primero se ha de obtener la información sobre el estado de salud del paciente y los medicamentos que utiliza, a partir de lo cual se construirá un documento, denominado estado de situación, que es lo que, tras añadir la información necesaria, se evaluará. El resultado de esa evaluación serán sospechas de situaciones anómalas sobre las que el profesional decidirá intervenir con los medios a su alcance, con la intención de obtener, como resultado de esa intervención, una mejoría en el estado de salud de ese paciente. (49,51)

2.2.2. Inicio del servicio

El inicio del servicio, también llamada oferta del servicio, es una de esas actividades que está ampliamente influenciada por el entorno y la estructura en la que se esté prestando el seguimiento farmacoterapéutico. Más que pensar en los tipos de servicios o en los niveles asistenciales, la oferta del servicio se ve influenciada por quien es la persona que toma las decisiones de aceptación de un servicio sanitario para ese paciente.

Aunque el principio de autonomía del paciente dice que es siempre el paciente el que toma la última decisión sobre la aceptación del tratamiento que va a recibir, la práctica asistencial dice que no es del todo así. (49,51)

En instituciones cerradas como residencias sociosanitarias, o instituciones hospitalarias, e incluso en clínicas de día, o consultas de atención primaria, la decisión sobre la aceptación de un nuevo profesional en el equipo de atención no suele ser del paciente, sino del médico responsable. Esto hace que en este tipo de instituciones no sea frecuente la oferta del servicio al paciente, sino al profesional responsable de elegir la farmacoterapia. (49,51)

En caso de ser realizada la oferta directamente al paciente, las técnicas de comunicación toman especial importancia. La figura paternalista, conocida como 'modelo médico' está en desuso. La asertividad y las expresiones positivas ayudan a captar el interés del paciente sin provocar los miedos, que de por sí tiene ante la farmacoterapia. Frases como "podemos ayudarle a mejorar los resultados de los medicamentos", o "vamos a intentar que tu problema de salud vaya mejor" son buenas para iniciar el deseo de ser atendido en este servicio. (49,51)

Cuando la oferta se realice al médico, el lenguaje propio de comunicación interprofesional puede ser el más adecuado, así como los soportes propios de este: hojas interconsulta. En los servicios donde ya esté implantado el seguimiento farmacoterapéutico, no será necesario ofertarlo para cada nuevo paciente; simplemente la comunicación de los hechos encontrados o en la intervención puede ser la forma de comunicación. (49,51)

Una de las dudas habituales al iniciarse en la provisión del seguimiento farmacoterapéutico es la selección de los pacientes. Sobre este punto, y especialmente para las farmacias comunitarias, hay quienes opinan que es mejor comenzar con los pacientes que presentan una queja o

preocupación, dado que este sería el mejor método para captar su atención. Otros opinan que es bueno comenzar con pacientes que ya están siendo atendidos en algún otro servicio, como el consejo dietético o el control de algún parámetro como presión arterial o glucemia. Por último, no es desafortunado elegir a los pacientes que utilizan algún medicamento de estrecho margen terapéutico o alguno que se presente en una forma farmacéutica con problemas de utilización. En las instituciones hospitalarias, que presentan más de un servicio médico quirúrgico, parece que la costumbre que mejor ha funcionado es seleccionar uno de ellos que inicialmente acepte la colaboración. (49,51)

2.2.3. Información sobre el paciente

En ocasiones se piensa que la única forma de obtener información del paciente es mediante una entrevista, de ahí que esta parte del procedimiento operativo suele denominarse entrevista. Los avances en el registro de datos y en la definición de procesos operativos en otras actividades cercanas al seguimiento farmacoterapéutico, como la dispensación, hacen que tanto en las farmacias comunitarias, como en los servicios de farmacia hospitalarios o en las residencias sociosanitarias se disponga de historiales farmacoterapéuticos del paciente. De nuevo, las diferencias en el procedimiento no dependen tanto del ámbito asistencia, como de la estructura de la farmacia o servicio en el que se presta. (49,51)

En todo caso, y sea cual fuere el ámbito asistencial, la entrevista al paciente puede aportar información que no existe en ningún historial farmacoterapéutico. Por ejemplo, las preocupaciones del paciente condicionan el grado de sacrificio que éste está dispuesto a aceptar en las intervenciones que se recomienden. Si el farmacéutico no ha realizado la entrevista, difícilmente podrá conocer ese grado de preocupación de cada problema de salud. Asimismo, el incumplimiento voluntario es prácticamente imposible de detectar a la vista de un historial

farmacoterapéutico. Ni siquiera existe la seguridad de que un paciente toma la medicación que se le proporciona en las instituciones cerradas, salvo que exista un verdadero tratamiento observado directamente. (49,51)

Si se realiza entrevista al paciente, es útil configurarla en las tres etapas que aparecieron en la documentación original del Programa Dáder: pregunta abierta sobre los problemas que presenta el paciente, preguntas cerradas sobre los medicamentos que usa el paciente, repaso general.

- La pregunta abierta, pretende averiguar las principales preocupaciones del paciente sobre su salud. Desde ¿cómo está su salud?, hasta ¿qué cosas le preocupan más de su salud?, el farmacéutico debe elegir una pregunta con la que se encuentre cómodo ante un paciente. Esta pregunta debería provocar una respuesta abierta del paciente, en la que narre cuáles son los problemas que sufre y que le parecen más importantes. Durante la respuesta del paciente, el farmacéutico debe recordar que es una pregunta abierta, y que no debe interrumpir al paciente. Una interrupción puede hacer que se olvide de los siguientes problemas que iba a narrar, o puede que cambie la aparente carga de importancia en un determinado problema. La deseabilidad social y el miedo al ridículo, son aspectos que el farmacéutico debe romper con una postura asertiva. (49,51)
- Las diez preguntas que aparecen en la documentación del Programa Dáder son la base que debe averiguarse en cada medicamento utilizado por el paciente. No quiere esto decir que haya que realizar esas diez preguntas de modo secuencial y para cada uno de los medicamentos. El objetivo de esas preguntas es llegar a obtener la información suficiente para poder determinar si el paciente conoce la forma de uso de ese medicamento, y saber si

esta cumpliendo con esa forma de uso o está dispuesto a cumplir. Para esta fase del procedimiento, es útil apoyarse de los medicamentos que toma el paciente, lo que puede conseguirse con la bolsa de medicamentos que puede traer el paciente de su casa, o apoyándose en el historial farmacoterapéutico que está registrado informáticamente. En este último caso, ha demostrado ser muy útil, que el farmacéutico coja los medicamentos y se los presente al paciente, ya que no siempre conocen por los nombres cada una de las “cajitas” que toman, aunque si reconocen las cajitas. (49,51)

- En la revisión general hay dos objetivos: por un lado es la ocasión de obtener más información de los problemas de salud de los que el paciente no se exployó en la pregunta abierta, porque no los considera importantes para él; pero también debe establecerse como objetivo el descubrir algún problema de salud o algún medicamento que no habían aparecido en las dos fases anteriores. Cualquier forma con la que el farmacéutico se encuentre cómodo y ayude a obtener esa información será válida. La documentación original del Programa Dáder recomendaba, porque se ha comprobado que es útil, seguir una secuencia de preguntas por grandes aparatos u órganos del cuerpo humano en sentido descendente: “¿Toma algo para los dolores de cabeza?”, “¿tiene problemas de visión, de audición, mareos?”, “¿toma algo para el catarro, alergias, tos?”, “me dijo que tenía dolores de espalda, son muy frecuentes?, y cuantos comprimidos toma cada día que le duele?”, y así sucesivamente descendiendo imaginariamente por el cuerpo humano y los problemas más comunes, pero haciendo especial hincapié en los que tengan relación con la medicación que hemos averiguado que toma el paciente. (49,51)

2.2.4. Estado de situación

Con la información obtenida del paciente, o del historial farmacoterapéutico o de la historia clínica, o mejor del conjunto de todas ellas, se debería poder configurar el estado de situación. Esta parte del procedimiento operativo, junto con su evaluación, configuran el verdadero núcleo del Método Dáder. Si se complementa correctamente un estado de situación, la evaluación no presentará problemas, llegándose fácilmente a identificar todos los resultados clínicos negativos asociados a la farmacoterapia que sufre, o está en riesgo de sufrir, ese paciente. Ahora bien, cuando un estado de situación está mal complementado, lo más probable es que falle todo el Método. (49,51)

El estado de situación fue diseñado tras el ejercicio de fármacos practicando el seguimiento farmacoterapéutico, y recientemente se ha modificado para hacerlo más eficaz. El elemento clave de este modelo de estado de situación consiste en el emparejamiento de los problemas de salud con la medicación utilizada para su tratamiento. El criterio de emparejamiento es: el objetivo terapéutico de cada tratamiento es el alivio, curación o mejora de cada problema de salud colocado a su izquierda. Esto hace que, como se verá más adelante, para poder evaluar correctamente la efectividad de algunos tratamientos, sea necesario separar en sendas líneas del estado de situación en función de cada uno de los objetivos terapéuticos.

Por ejemplo en los pacientes con asma persistente, el tratamiento de mantenimiento (corticoides y beta agonistas de acción larga) tiene un objetivo terapéutico claramente diferente al tratamiento de rescate (beta agonistas de acción corta), lo que nos lleva a colocarlos en dos líneas diferentes del estado de situación; este será el único modo en que se podrá evaluar la efectividad de cada uno de ellos en su objetivo terapéutico. (49,51)

La reciente modificación del modelo de estado de situación consistió en disponer de dos columnas diferentes para la pauta: una para la pauta prescrita, y otra para la pauta realmente utilizada por el paciente. El estado de situación, originalmente, solo indicaba si el paciente conocía la forma de uso de la medicación y si el paciente cumplía con esa forma. La respuesta era un simple si o no a cada una de las preguntas, careciéndose del resto de la información. Por otro lado, en esa casilla se debería indicar, no sólo la pauta (prescrita o real), sino también las condiciones especiales de administración, tanto las necesarias (en la de pauta prescrita) como las que realmente hace el paciente (en la de pauta administrada). Esto sirve de control de los elementos que deberían haberse realizado en el proceso de dispensación. (49,51)

2.2.5. Información sobre medicamentos y problemas de salud

La existencia de miles de principios activos, con varios efectos adversos cada uno, y utilizados para un número ingente de indicaciones, hace que sea necesaria un repaso de los conocimientos antes de cada evaluación. En esta recopilación y actualización de la información, es necesario aproximarse tanto a los medicamentos y sus efectos, como al problema de salud y sus signos y síntomas. (49,51)

En ocasiones, tras esta recopilación de información adicional, puede modificarse el estado de situación. Por ejemplo, al descubrir en el estudio que uno de los problemas de salud añadidos al final es una manifestación del descontrol de uno de los existentes, lo que nos llevaría a colocarlos en la misma línea que. O al comprobar que un tratamiento que se administra conjuntamente, no tiene acción sinérgica, sino que tiene varios objetivos terapéuticos contra problemas que aparecen conjuntamente en una situación patológica (p.e. el síndrome catarro-gripal y el tratamiento con antihistamínicos, vasoconstrictores y analgésicos), lo que nos llevaría a colocarlos en líneas independientes emparejando los medicamentos por objetivo terapéutico. (49,51)

Cuando el farmacéutico indaga sobre los problemas de salud, no lo debe hacer para verificar el diagnóstico. El conocimiento de los signos y síntomas, y en especial de las manifestaciones clínicas de cada enfermedad, tienen por objetivo llegar a evaluar el grado de control o descontrol de ese problema de salud, es decir la efectividad que ha llegado a alcanzar su tratamiento. Por tanto, parámetros de normalidad, y signos y síntomas de descontrol son los elementos claves a conocer ante cada problema de salud que exista en un estado de situación. (49,51)

En cuanto a los medicamentos, deberá revisarse el margen de dosis normalmente utilizado y los elementos básicos de su farmacocinética que permitan conocer la situación en que se encuentra ese paciente en cuanto al margen terapéutico del medicamento. Asimismo, es necesario conocer los objetivos terapéuticos esperados tras su utilización, que deben coincidir con los parámetros de control y descontrol que se han revisado en la parte de los problemas de salud. Por último es necesario conocer los problemas de inseguridad que pueden aparecer con el uso de ese medicamento y, muy importante, la forma de su manifestación clínica en el paciente. (49,51)

En ambos casos, medicamentos y problemas de salud, la información que debe manejarse debe ser muy aplicable, es decir que permita reconocer o sospechar en el paciente una de las situaciones que se describen en la literatura. De nada sirven en seguimiento farmacoterapéutico generar un exceso de alertas sin que exista una base fundada de sospecha. Hay quien expresa la idea del seguimiento farmacoterapéutico bajo la frase: “buscar soluciones posibles a problemas reales”. (49,51)

Los centros de información de medicamentos pueden ser buenos elementos de ayuda en estos casos. Cada vez hay trabajando en ellos más farmacéuticos con formación en el área del seguimiento

farmacoterapéutico, lo que incrementará la aplicabilidad de la información que proporcionan. (49,51)

2.3. Atención farmacéutica

“Ejercicio del profesional que contribuye al uso racional de los medicamentos en la sociedad”

En la actualidad el Médico y el Farmacéutico forman parte del equipo de salud, con funciones diferenciadas e insustituibles, que integradas favorecen la salud de la población y su calidad de vida. El enfoque y la guía fundamental que da sentido tradicionalmente a las actividades y funciones de cada una de las profesiones incorporadas a la práctica sanitaria es el de obtener el mayor beneficio sanitario posible para los pacientes, sea este beneficio considerado en términos preventivos, asistenciales o de rehabilitación. (49)

Si bien todas las profesiones tienen sus reglas éticas para el ejercicio, en aquellas que tienen relación con la salud, estas reglas son más severas, porque muchas veces no puede existir reparación del daño causado por el descuido o el inadecuado ejercicio profesional. Una mala práctica médica o un inadecuado ejercicio de la profesión farmacéutica puede ser fatal para un paciente. De ahí que para las profesiones de cuya actividad depende la salud y por ende la vida, sean tan exigentes las normas de conducta, por tanto se espera que éstos ejerzan con gran responsabilidad su ejercicio, en beneficio de la sociedad. (49)

El fundamento e importancia de la Ética Farmacéutica se apoya en el concepto que se tenga de esta profesión. Es de conocimiento general que uno de los principales bienes del hombre y la mujer es la salud y su pérdida implica a veces un gran riesgo para la vida; por tanto, si algo interesa al individuo es el mantenimiento de su bienestar y su pronto restablecimiento en caso de una enfermedad. Teniendo en cuenta lo planteado, no hay una función social comparable a la de velar por la conservación de la salud y por su restablecimiento. Las Ciencias Médicas,

las Ciencias Farmacéuticas y quienes la ejercen, tienen como finalidad tan alta misión social. (34)

La segunda mitad del siglo XX y el desarrollo de la Revolución Científico Técnica que tuvo lugar a finales de la 2da. Guerra Mundial, representó un cambio significativo para la profesión farmacéutica y su desempeño. Fue precisamente durante la década del 60 del siglo XX, que ocurrieron verdaderos fracasos terapéuticos, donde por solo mencionar algunos, referenciamos la conocida epidemia de Focomelia provocada por la Talidomida y la relación causal entre Tromboembolismo Pulmonar y Consumo de Anticonceptivos orales. Estos relevantes hechos, entre otros, pusieron una Alerta Roja en cuanto al consumo de medicamentos y la relación Beneficio Riesgo. (33)

Surge así, el concepto de garantizar el Uso Racional de Medicamentos y con ello se comienzan a desarrollar especialidades atribuibles a los profesionales farmacéuticos y médicos, tales como la Farmacia Clínica, la Farmacología Clínica y la Farmacoepidemiología, cuyas principales acciones se encuentran dirigidas a garantizar el uso de medicamentos eficaces, seguros, de calidad y de bajo costo a los pacientes. (33)

En el actual estado de desarrollo que la medicina ofrece en estos días a profesionales y pacientes, los medicamentos son productos que se han mostrado capaces de prevenir, curar y/o mejorar numerosas enfermedades, sus síntomas y sus consecuencias; también hoy es evidente que su consumo y utilización no es siempre inocuo y a veces también presenta problemas de efectividad y seguridad, lo cual hace necesario su vigilancia. Esto obliga a los profesionales sanitarios en general, y a los médicos y farmacéuticos en particular a tomar sus decisiones clínicas influenciadas por una fuerte perspectiva ética; por eso, estas profesiones tienen un fuerte contenido ético que aparece intrínsecamente ligado a cualquiera de las dimensiones de la labor clínica. (33)

A pesar de todo el trabajo realizado por los profesionales de la salud y los organismos internacionales rectores de la actividad, en la década del 80 del siglo XX, continuaba siendo un problema y preocupación la morbi-mortalidad relacionada con los medicamentos y baste mencionar que en Estados Unidos un 20% de las hospitalizaciones se encontraban relacionadas con el tratamiento farmacológico inadecuado, lo cual tiene un elevado costo humano, además de las consecuencias económicas del error, según reportan en la literatura Hepler y Strand en 1990. (33)

Este mismo autor, tres años antes, en 1987, había descrito, desde un punto de vista filosófico, la Atención Farmacéutica como “una relación adecuada entre paciente-farmacéutico, en la que este último realiza las funciones de control del uso de medicamentos basándose en el conocimiento y el compromiso respecto al interés del paciente”. (33)

Posteriormente Hepler y Strand en 1990 publicaron un artículo que desarrolla ampliamente la Atención Farmacéutica, estableciendo una relación entre la filosofía presentada anteriormente por el primer autor y los conceptos prácticos que habían sido desarrollados por Strand, Cipolle y Morley. En el mismo se define “La atención farmacéutica, como el componente del ejercicio profesional de farmacia que comporta una interacción directa del farmacéutico con el paciente para los fines de atender las necesidades de éste en relación con los medicamentos“. (58)

En este contexto social y cultural, el juramento hipocrático suele ser el paradigma de la ética clínica el cual supone un compendio de normas que establecen una elevada responsabilidad ética para las actuaciones profesionales sobre los pacientes; dicho juramento se concreta frecuentemente en el principio de beneficencia con su doble formulación de “nunca dañar” (No-maleficencia) y “beneficiar al paciente lo más posible” (Beneficencia). Como consecuencia de este paradigma de la ética médica, la toma de decisiones en la clínica, por parte del farmacéutico, debe pretender como objetivo último y primordial tratar de conseguir el mayor beneficio posible para la salud del paciente obviando

consideraciones de tipo económico (costo de la intervención farmacéutica), social, profesional, de raza o de religión. El denominador común de todas las profesiones sanitarias está constituido por este principio que pretende siempre beneficiar la salud de los pacientes. (38)

El código ético de la profesión es lo que marca las experiencias de la práctica de la farmacia y por consiguiente, constituye la referencia para que, públicamente, se conozca cuál debe ser el código de conducta de cualquier miembro de la profesión.

Como ejemplo, puede citarse a la “Pharmaceutical Royal Society of the United Kingdom”, que entre los años 1986 y 1990, suspendió del ejercicio de la profesión a 188 farmacéuticos, demostrando que posee una de las cualidades que debe tener cualquier profesión, que es la capacidad de autorregularse apartando del colectivo a aquellos que no cumplen con los requisitos éticos exigidos. (33,35)

Puede resumirse entonces, que los objetivos del ejercicio profesional del farmacéutico en la Atención Farmacéutica están encaminados a:

- Verificar que los pacientes utilizan los medicamentos que necesitan para sus problemas de salud.
- Garantizar la máxima efectividad de los medicamentos.
- Minimizar los riesgos asociados a la utilización de los medicamentos.

En la Atención Farmacéutica, la relación fundamental que se establece es un intercambio mutuamente beneficioso, en que el paciente acepta la autoridad del profesional y este proporciona al paciente su competencia y compromiso sobre la base de un enfoque sistemático de resolución de problemas, centrando sus esfuerzos en la definición clara de las responsabilidades del profesional en el manejo del tratamiento farmacológico. (35,42)

Este profesional debe asumir dos tipos de responsabilidades:

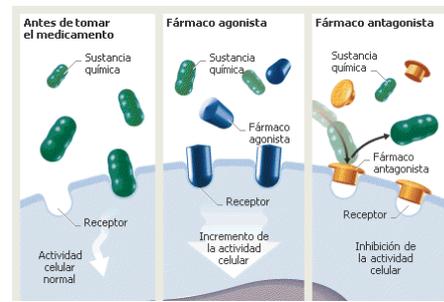
1. Garantizar que todo el tratamiento farmacológico del paciente sea el apropiado, el más efectivo posible, el más seguro disponible y de administración lo suficientemente cómoda según las pautas indicadas. (42)
2. Identificar, resolver y prevenir los Problemas Relacionados con los Medicamentos. (42)

El ejercicio de la Atención Farmacéutica, con el establecimiento del seguimiento farmacoterapéutico, durante más de 10 años en Estados Unidos y España, entre otros, ha demostrado que la detección de los Problemas Relacionados con los Medicamentos y la oportuna intervención del Profesional Farmacéutico contribuyen a garantizar el Uso Racional de los Medicamentos y es un camino seguro para cumplir con los principios éticos de Beneficencia y No Maleficencia cuando un paciente utiliza un medicamento. (15)

En España un grupo de expertos han trabajado a escala nacional en este tema y se identificó una serie de requisitos necesarios para poder llevar a cabo el Seguimiento Farmacoterapéutico, éstos son:

- Compromiso del farmacéutico con los resultados de la farmacoterapia en cada paciente, o sea el farmacéutico, de acuerdo con el paciente, asume la responsabilidad de que los medicamentos que esté utilizando van a producirle efectos beneficiosos para su salud.
- Garantía de continuidad en el servicio. Implica que el compromiso anteriormente adquirido va a ser ofrecido y prestado mientras el paciente esté de acuerdo con ello.
- Disponibilidad de información actualizada sobre el paciente y su tratamiento.
- Documentación y registro de la actividad, tanto de las intervenciones realizadas como de los resultados obtenidos. (2,35,38)

2.4. Fármaco o medicamento



Microsoft ® Encarta ® 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation.
Reservados todos los derechos.

Producto químico que se emplea en el tratamiento, diagnóstico o prevención de enfermedades. La farmacología es la ciencia que estudia la preparación, propiedades, acción, distribución y eliminación de los fármacos en el cuerpo humano. (22)

2.5. Problemas relacionados con los medicamentos (PRM)

La utilización de medicamentos es la forma más común de terapéutica en nuestra sociedad. Sin embargo en muchas ocasiones los medicamentos fallan al no alcanzar los objetivos terapéuticos para los que fueron prescritos o al producir efectos adversos. La farmacoterapia debe cumplir tres características fundamentales: que el medicamento sea necesario, efectivo y seguro. (53)

Desafortunadamente, esto no siempre se cumple. En ocasiones, se utilizan medicamentos no necesarios o existen problemas de salud que no están siendo tratados. En otras ocasiones, el medicamento no es efectivo, ya sea de origen cualitativo o cuantitativo. Asimismo, los problemas de seguridad que a veces aparecen pueden ser cualitativos o cuantitativos. Todos estos problemas engloban el concepto de problemas relacionados con los medicamentos. (53)

Problemas Relacionados con Medicamentos son problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados.

Estos Problemas Relacionados con Medicamentos son de tres tipos, relacionados con la necesidad de medicamentos por parte del paciente, con su efectividad o con su seguridad.(53)

2.5.1. Clasificación de problemas relacionados con los medicamentos del segundo consenso de granada

- Necesidad

PRM 1

El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita. (57,59)

PRM 2

El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita. (57,59)

- Efectividad

PRM 3

El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación. (57,59)

PRM 4

El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación. (57,59)

- Seguridad

PRM 5

El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento. (57,59)

PRM 6

El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento. (57,59)

2.6. Evaluación

Junto con la creación del estado de situación, conforma el núcleo del Método Dáder. Pero como se decía anteriormente, si se ha creado correctamente el estado de situación, y se ha recogido toda la información posible, la evaluación no debería presentar problema. Simplemente habrá que seguir el algoritmo, considerando las siguientes definiciones:

Se utiliza para anotar las sospechas de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) que puedan existir. (17)

Está formado por las siguientes columnas: (17)

- Empiezan por N (Necesidad), E (Efectividad) y S (Seguridad), en las que se anotará S (Sí) o N (No)
- Continúa con la columna del PRM sospechado.
- Se considera que un tratamiento (conjunto de medicamentos para un problema de salud) es necesario si ha sido prescrito conscientemente para un problema de salud que presenta el paciente.
- Se considera que un tratamiento (conjunto de medicamentos para un problema de salud) está siendo efectivo, si controla suficientemente el problema de salud para el que fue prescrito.
- Se considera que un medicamento está siendo seguro si no provoca o descontrola un problema de salud en el paciente.
- Para discernir la cuantitatividad o no de los resultados negativos de ineffectividad y de inseguridad, el criterio que debe seguirse, teniendo

en consideración los límites del margen terapéutico adaptado a ese paciente, es:

- Para la ineffectividad: es escasa la cantidad de medicamento que esta actuando en el paciente?. En caso afirmativo, la ineffectividad será dependiente de la cantidad, y por tanto cuantitativa.
- Para la inseguridad: es excesiva la cantidad de medicamento que esta actuando en el paciente?. En caso afirmativo, la inseguridad será dependiente de la cantidad, y por tanto cuantitativa.

El resultado de esta fase del procedimiento debería ser una serie de sospechas de resultados clínicos negativos asociados a la farmacoterapia, sobre los que se podría actuar mediante sendas intervenciones. (49,50,51)

2.7 Fase de Intervención

El objetivo de esta fase es elaborar un plan de actuación de acuerdo con el paciente, y desarrollar las intervenciones necesarias para resolver los PRM que éste pueda estar sufriendo. (17) (ver anexo N° 10)

A la hora de iniciar el proceso de intervención es muy importante tener en cuenta: (17)

- Qué problemas preocupan más al paciente y cuáles son las posibles prioridades que como profesionales de la salud se tengan. Es necesario unificar las preocupaciones del paciente, que es quien sufre los problemas y tiene una visión más personal de la situación, y las del farmacéutico, que es quien ha detectado los posibles problemas y tiene una visión más objetiva.
- Intentar resolver primero aquellos problemas que más preocupan al paciente. Ello no exime de ofrecer una estrategia más lógica de resolución al paciente por lo que, en el caso de que ambas estrategias pudieran ser

en principio contradictorias, deba “negociarse” con el paciente el camino más adecuado. Por ello, es esencial citar al paciente y exponer las posibles desviaciones encontradas, exponiendo sinceramente la opinión profesional y mostrar una estrategia coherente de resolución de los PRM, para llegar a acuerdos lógicos sobre el camino a seguir. Hay que tener en cuenta diversos aspectos, que dependiendo de las circunstancias particulares, tendrán más importancia unas veces que otras. Todas estas opciones pueden ser válidas o no según la situación, por lo que escoger una de ellas dependerá de la situación concreta: (17)

- Casos en los que prima la efectividad sobre la seguridad.
- Prevalencia de la seguridad frente a la efectividad.
- Efectividad a largo plazo.
- Seguridad a largo plazo.
- Empezar por lo más fácil para ganar confianza.
- Empezar por lo más rápido y ganar tiempo.
- Descartar circunstancias graves pero poco probables.
- Intentar soluciones fáciles poco arriesgadas.
- Estrategias conservadoras asegurando el terreno conquistado.
- Estrategias arriesgadas por la urgencia.
- Empezar por aquellas que no necesitan de la intervención con el médico.
- Empezar por las que se van a derivar a especialistas.

En todo caso, acertar a la primera en la solución del problema no tiene por qué ser la prioridad. A veces es bueno ir poco a poco, descartando primero situaciones de mayor gravedad. Por ello, el camino a recorrer debe ser siempre pactado, conocido y asumido por el paciente, que entenderá el proceso como el camino necesario a recorrer para resolver los problemas. La comunicación es clave en la fase de intervención, y cada uno de los implicados debe entender perfectamente el objetivo de la misma en cada momento.

Puede entonces comenzar a rellenarse la hoja de intervención farmacéutica (17).

La intervención puede ser de dos formas:

1. Farmacéutico – paciente: si el PRM se debe a causas derivadas del uso de los medicamentos por parte del paciente. La intervención farmacéutico – paciente se realizará de forma verbal o escrita a juicio del farmacéutico en aras del mayor éxito posible. (17)

2. Farmacéutico – paciente – médico: si es la estrategia diseñada por el médico la que no consigue los efectos esperados, o si se trata de un problema de salud que necesite del diagnóstico médico. (17)

2.7.1. Resultado de las Intervenciones

El objetivo de esta fase es determinar el resultado de la intervención farmacéutica para la resolución del problema de salud planteado. No puede decirse que existe un PRM hasta que tras el resultado de la intervención hubiera desaparecido o controlado el problema de salud. El resultado de la intervención dará lugar a un nuevo Estado de Situación en el paciente. Los resultados de las intervenciones pueden ser: (17)

- Intervención aceptada, problema de salud resuelto.
- Intervención aceptada, problema de salud no resuelto.
- Intervención no aceptada, problema de salud resuelto.
- Intervención no aceptada, problema de salud no resuelto.

Se considera intervención aceptada cuando el paciente, en el caso de las intervenciones exclusivas con él, o el médico, en las que participa, modifican el uso de medicamentos para tratar el problema a consecuencia de la intervención del farmacéutico. El problema de salud está resuelto cuando a consecuencia de la intervención del farmacéutico desaparece el

motivo de la misma. Una vez obtenido el resultado de la intervención, puede finalizar de complementarse la hoja de intervención. (17)

2.7.2. Nuevo Estado de Situación

El objetivo de esta fase es reflejar los cambios en cuanto a problemas de salud y medicamentos, que haya habido tras la intervención. Para esta fase es importante considerar lo siguiente: (17)

- En el caso de que el médico se haya afirmado en seguir con las mismas estrategias, el Estado de Situación no ha cambiado aparentemente, pero hay que seguir la medicación para verificar nuevamente si se necesita una nueva intervención.
- A partir de aquí, con los cambios que se han dado, se iniciará una nueva fase de estudio, en la que se tendrán en cuenta nuevos aspectos que puedan darse, por lo que hay que volver a repasar los medicamentos y estudiar los nuevos, y seguir profundizando en los problemas de salud según las nuevas circunstancias.

2.8. Ginecología



Ginecología, rama de la medicina que estudia la fisiología y patología del aparato reproductor femenino en situación no gestante. Los médicos especializados en la práctica de la ginecología son los ginecólogos. Su formación y cualificación, tanto médica como quirúrgica, tiene por objeto el tratamiento de los aspectos relacionados con la función reproductora y sexual de las mujeres. (22,28,39)

Entendemos nuestra área de ginecología como un dispositivo para la información, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades ginecológicas. Queremos transmitir a nuestras pacientes una cultura de salud, de forma que se puedan utilizar nuestras consultas para aclarar dudas y recibir orientaciones que fomenten la salud de las usuarias del centro. (16,39,48)

La mujer a través de las revisiones ginecológicas periódicas cuida de su salud y puede incluir estas revisiones en el capítulo de sus cuidados personales, intentando evitar el temor a la enfermedad o considerarse potencialmente enferma por el hecho de hacerse pruebas de diagnóstico precoz de múltiples enfermedades.(16,17)

En términos generales, en estas consultas, de cada diez pacientes atendidas, a siete de ellas no se les diagnosticará ningún problema, en dos pacientes se hallarán problemas sin importancia, y sólo en una de cada diez se diagnosticará alguna patología o se hará necesaria una actuación en el sentido de prevenir alguna enfermedad ginecológica.(22)

2.8.1. Enfermedades ginecológicas

Muchas enfermedades causan síntomas inespecíficos y poco intensos a los cuales la paciente se acostumbra. Por ejemplo, los fibromas uterinos distienden lentamente el abdomen y/o causan dolor de cintura, y no es raro que las mujeres se automediquen con sustancias para "la digestión" y analgésicos hasta que los síntomas las obliguen a acudir al médico, cuando la enfermedad ha avanzado bastante y ya es tarde para un tratamiento sencillo. (12, 29)

El cáncer, los tumores, cálculos, quistes, etc., no producen síntomas hasta que su crecimiento es significativo. Sin embargo, las probabilidades de curación aumentan diagnosticándolos precozmente. Muchísimos casos de distensión y dolor abdominal, tratados infructuosamente con

antiparasitarios y reguladores de la función intestinal, en realidad corresponden a tumores uterinos (fibromas) o quistes ováricos. Las hemorragias anormales son usualmente causadas por tumores, hiperplasia endometrial, cáncer, etc., y que son tratadas equivocadamente con estrógenos, los cuales empeoran la enfermedad. (12)

Las enfermedades más frecuentes e importantes en la mujer, y no relacionadas con el embarazo, son los siguientes (8,63):

- Candidiasis
- Cistitis
- Cistitis de Luna de Miel
- Infecciones de las Vías Urinarias
- Infecciones Vaginales
- Vaginosis
- Vaginitis
- Fibroquística Mamaria
- Causas de la Resequedad Vaginal
- Endometriosis
- Trastornos en el Ciclo
- Quiste de Ovario
- Menstruación
- Distópi a Genital
- Miomatosis Uterina
- Pólipos

2.8.2. Infecciones de vías urinarias (I.V.U.)

Como consecuencia de las modificaciones anatómicas y funcionales impuestas por la gestación, las infecciones del aparato urinario son una complicación frecuente que requiere hospitalización en los casos graves como la pielonefritis. (4,43,44,55)

La importancia de las Infecciones de Vías Urinarias radica no sólo en su frecuencia sino también en el riesgo que entrañan de originar bacteremia, lesión renal progresiva, e irreversible y recurrencias, de tratamiento y profilaxis a menudo difíciles. (13)

2.8.2.1. Definición

La Infección Urinaria se define como la invasión, multiplicación y colonización del tracto urinario por gérmenes que habitualmente provienen de la región perineal (lo que rodea ano y genitales.) Es importante además de sospecharlo, confirmarlo

Lo que debe ser confirmado por un cultivo de orina con un recuento de colonias superior a 100 000 colonias por ml si la muestra es tomada con bolsa recolectora o de la parte media de la micción (segundo chorro). (56, 60)

Una infección de vías urinarias es una infección de cualquier parte de las vías urinarias Las vías urinarias comprenden los órganos que recogen, almacenan y eliminan la orina del cuerpo. Estos órganos son: (31,32,55)

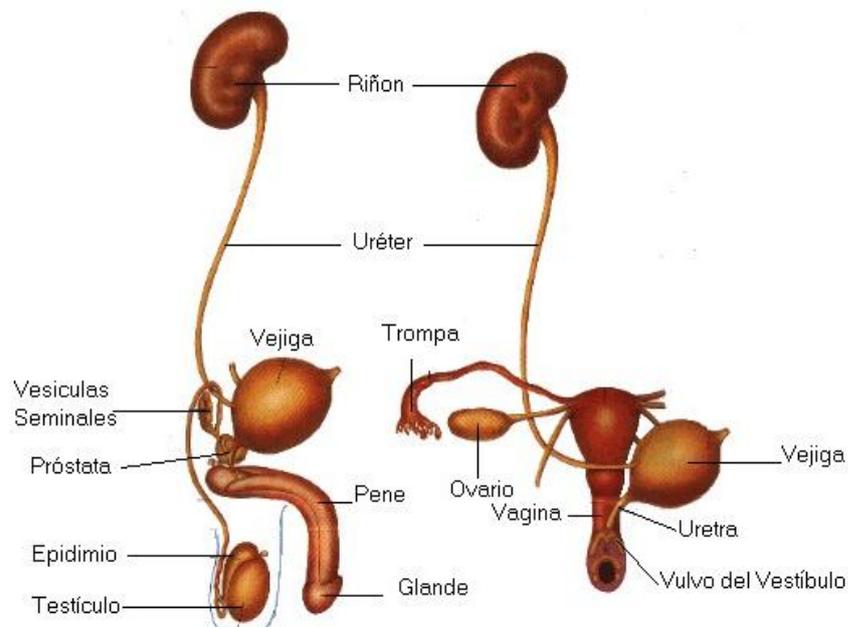


FIGURA Nº 1 APARATO GENITOURINARIO MASCULINO Y FEMENINO

- Riñón: Los riñones recogen materiales de desecho y agua adicional de la sangre para producir orina. Cumple dos funciones principales: excretan los productos finales del metabolismo y regulan las concentraciones de la mayor parte de los líquidos corporales. (32, 43)
- Uréter: uréteres llevan la orina de los riñones a la vejiga urinaria.(43)
- Vejiga urinaria: La vejiga urinaria almacena la orina y la elimina cuando está llena. (43)
- Uretra: La uretra lleva la orina de la vejiga urinaria al exterior al orinar.(43)
- Próstata: La próstata agrega líquido al semen.

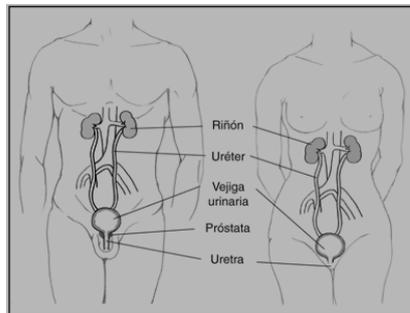


Figura N°2 Vías urinarias del hombre y de la mujer.

Según la gravedad y la presencia de sintomatología aguda, se diferencian tres entidades clínicas (31,32,61):

- 1) Bacteriuria asintomática(61)
- 2) Uretritis y cistitis(61)
- 3) Pielonefritis aguda y crónica(61)

Se incluye en ésta última a la pielocistitis y ureteropielitis debido a que estos cuadros siempre hay compromiso renal. (31,32)

2.8.2.2. Causa de las infecciones urinarias

Por lo general, las infecciones urinarias son causadas por bacterias. Las bacterias también pueden habitar en el aparato digestivo, en la vagina o alrededor de la uretra. La uretra se encuentra en la entrada de las vías urinarias. En la mayoría de los casos, estas bacterias entran a la uretra y van hasta la vejiga urinaria y los riñones. Los microorganismos que causan comúnmente infecciones de vías genitourinarias son: (26,46)

Cocos grampositivos	Bacilos gramnegativos	Otros patógenos
<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Escherichia coli</i> (en el 80% a 90% de los casos)	Chamydiae (<i>Chlamydia trachomatis</i>)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>		Hongos (especies de <i>Candida</i>)
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	Especies de <i>enterobacter</i>	Micoplasmas (<i>Ureaplasma urealyticum</i>)
<i>Streptococcus</i> , grupo D	<i>Gardnerella vaginalis</i> (<i>Haemophilus vaginalis</i>)	Bacterias anaerobias obligadas
<i>Streptococcus fecales</i> (enterococos)	Especies de <i>Klebsiella</i>	<i>Tricomonas vaginalis</i>
<i>Streptococcus Boris</i>	<i>Proteus mirabilis</i>	Virus
<i>Streptococcus</i> , grupo B	Especies de <i>Proteus</i> (positivas al indol)	
Cocos gramnegativos	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (no productora de β -lactamasas)	Especies de <i>Serratia</i>	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (productora de β -lactamasas)		

Cuadro tomado del capítulo 12 Infecciones del Aparato Genitourinario, pp 167 (55)

En el caso de las Infecciones de Vías Urinarias las bacterias más comunes son:

1ª causa: E. coli (en el 80% a 90% de los casos) (36,62)

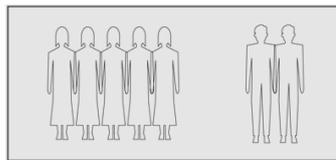
2ª causa: Proteus, excepto *P. inconstans* (36,62)

3ª causa: Klebsiella (36,62)

4ª causa: Pseudomona (36,62)

5ª causa: Enterobacter (36,62)

Generalmente el cuerpo elimina las bacterias sin que se presenten síntomas. Sin embargo, parece que algunas personas, como las mujeres y las personas de mayor edad, son propensas a estas infecciones. (46)



Las mujeres tienen más probabilidades de contraer infecciones urinarias que los hombres.

Según sexo: es más frecuente en las mujeres que en los hombres en una relación de 10:1, se debe a:

- La distribución de los genitales femeninos: la cercanía a la región perineal y perianal en la mujer. Las mujeres tienen la vagina (que es potencialmente contaminada, lo que es normal) a una distancia de 2 cm. de la región perianal: se han encontrado que E. coli marcadas con radiocarbonos radiactivos puestas para experimento en la vagina o en la región perianal aparecen dentro de la vejiga; las bacterias pueden migrar. (44,31,32)
- La cortedad de la uretra femenina es bien importante: la uretra femenina es de apenas 3.5 cm. de largo y 1.2 cm. de ancho, entonces no colapsa bien. Además la uretra desemboca en el introito vaginal, donde la contaminación que puede pasar a la vagina o en la región perianal entran también a la uretra. (44,31,32)

- Aparecimiento temprano de las relaciones sexuales (14 a 15 años). Las relaciones sexuales no generan una infección de vías urinarias pero sí mantienen una infección de vías urinarias, son de comorbilidad. El movimiento del pene en la vagina puede hacer que bacterias entren a la uretra. (44,31,32)

Según la distribución o la vía de entrada de la infección puede ser:

- Infección ascendente: 80 al 90% de los casos, la infección empieza abajo y se dirige de forma ascendente a los riñones así: genitales, meato, uretra, vejiga, uréteres, riñón. Es más común en mujeres. (44,31,32)
- Vía hematógena: segunda vía de distribución, una infección de oídos o garganta podría propagarse al riñón, próstata en hombres. Es menos frecuente, los gérmenes que invaden esta vía son destruidos por los mecanismos de defensa pero si sobreviven a estos pueden ser potencialmente infecciosos. (44,31,32)
- Vía linfática.

Según el germen infectante las Infecciones de Vías Urinarias se clasifican en:

- Infecciones de Vías Urinarias específicas, con solo observar genitales durante el examen físico sabe que bacteria tiene (pueden ser de transmisión sexual), el cuadro de gonorrea es clásico, clamidias, hongos, tricomonas y virales, sífilis es raro.
- Infecciones de Vías Urinarias inespecífica o no específica, producen una serie de síntomas pero no se sabe que bacteria tiene a simple vista. Son causadas por bacterias Gramnegativas aerobias (por ejemplo: *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*), cocos grampositivos (por ejemplo: *Bacteroides fragilis*, *pectoestreptococos*) (44,31,32)

Según el nivel anatómico de la infección:

- Infección de vías urinarias altas: riñones y uréteres.
- Infección de vías urinarias bajas: vejiga, uretra y/o próstata.

Las bacterias que se encuentran en la parte baja de la uretra y que pueden contaminar la orina sin producir por lo general infecciones, pertenecen a los géneros *Lactobacillus*, *bacillus* y *Corynebacterium* (2)
NOTA: Con respecto al Hospital San Vicente de Paul de Ibarra se usa la siguiente clasificación:

- Infección de Vías Urinarias altas en la cual se trata: Bacteriuria asintomática y Pielonefritis
- Infección de Vías Urinarias bajas en la cual se trata: Uretritis y Cistitis

2.8.2.3. Signos y Síntomas

Si presenta alguno de estos signos y síntomas debe consultar al médico:

- sensación de ardor al orinar
- necesidad frecuente o intensa de orinar, aunque haya poca orina para eliminar
- dolor en la espalda o en la parte baja del abdomen
- orina turbia, oscura, sanguinolenta o que tiene un olor raro
- fiebre o escalofríos

Las mujeres tienen más probabilidades de contraer infecciones urinarias que los hombres. Sin embargo, las infecciones urinarias de los hombres son a menudo graves y difíciles de tratar. Las infecciones urinarias pueden ser particularmente peligrosas en personas de mayor edad y mujeres embarazadas. Éste también es el caso de las personas con diabetes y las que tienen dificultad para orinar. (46)

2.8.2.4. Tratamiento de las infecciones urinarias

Si sus síntomas se deben a una infección, el médico le recetará un antibiótico. Los antibióticos pueden destruir las bacterias que causan la

infección. El antibiótico que se le recete dependerá del tipo de bacteria que se haya encontrado. (65, 46)

Si tiene una infección simple, se le dará una receta de antibióticos para 3 días. Si es más grave, recibirá una receta para 7 días o más. Siga las indicaciones para tomar el medicamento en forma cuidadosa y completa. Avísele al médico si usted es alérgico a algún medicamento. (65,46)

- ANTIBIÓTICOS: En la infección urinaria aguda no complicada, el tratamiento se realiza con: (9)

TABLA No.1 PRINCIPALES ANTIBIÓTICOS EMPLEADOS PARA EL MANEJO DE LAS INFECCIONES URINARIAS

FÁRMACO	DOSIS	VÍA	DÍAS	TRATAMIENTO
Trimetoprim-Sulfametoxazol	20 mg/kg/día 40 mg/kg/día	Oral	7 – 10	I.V.U Bajas I.V.U Altas
Ampicilina	50 – 100 mg/kg/día 100 mg/kg/día	Oral ó IV	7 – 10	I.V.U Bajas I.V.U Altas
Amoxicilina	50 mg/kg/día 75 mg/kg/día	Oral	7 – 10	I.V.U Bajas I.V.U Altas
Amikacina	15 mg/kg/día	IM	7	I.V.U Bajas I.V.U Altas
Gentamicina	3 mg/kg/día 5 mg/kg/día	IM ó IV	5	I.V.U Bajas I.V.U Altas
Nitrofurantoina	5 mg/kg/día 7 mg/kg/día	Oral	5 – 10	I.V.U Bajas I.V.U Altas
Ácido nalidíxico	30 mg/kg/día 50 mg/kg/día	Oral	5 – 10	I.V.U Bajas I.V.U Altas
Ciprofloxacina	20 mg/kg/día 30 mg/kg/día	Oral ó IV	7 – 10	I.V.U Bajas I.V.U Altas
Cefalexina	30 mg/kg/día 50 mg/kg/día	Oral	7 – 10	I.V.U Bajas I.V.U Altas

FUENTE: DATOS TOMADOS DEL VADEMECUM DE MEDICAMENTOS. PLM. 2005. EDICIÓN 31

Obtener tratamiento adecuado impedirá que los problemas de sus vías urinarias empeoren y afecten otras partes de su cuerpo. Usted puede prevenir las infecciones renales viendo a su proveedor de atención médica apenas tenga síntomas de una IVU. (46)

2.8.2.5. Tratamiento No Farmacológico

La mejor manera de prevenir una infección es seguir prácticas de buena higiene femenina. Las infecciones pueden ocurrir más de una vez. Siempre se debe seguir las recomendaciones siguientes: (56) (60)

- Es necesario que por lo menos se tome 1.5 litros de agua diarios para mantener una buena eliminación de líquidos y evitar infecciones. (44)
- Mantener el área vaginal limpia y seca. Debe lavarse la parte externa de la vagina todos los días con un jabón suave, y luego enjuagarla y secarse bien. (44)
- No aplicarse duchas vaginales. Las duchas vaginales pueden alterar el equilibrio normal de organismos de la vagina, lo cual puede causar una infección vaginal, empeorar una infección o extender la infección hacia arriba, al área reproductora (el útero o las trompas de Falopio). (56) (60)
- No use jabones perfumados, baños de burbujas o espumosos perfumados, tampones aromatizados, talcos vaginales o desodorantes vaginales en aerosol. Éstos pueden irritarle la vagina y causar una infección vaginal. Si el área vaginal ya está irritada, no debes usar papel higiénico aromatizado, espermicidas o jabones fuertes.(60)
- No use ropa ajustada o húmeda, ya que puede atrapar la humedad e irritarle la vagina. Si tiene que usar ropa ajustada, no la use por períodos prolongados. (56) (60)
- Use ropa interior de algodón blanco. Evite el nylon y lycra. El algodón ayuda a absorber la humedad y permite que el aire

circule. Nunca use medias de nylon sin usar ropa interior de algodón por debajo. (56)

- Siga las prácticas más seguras al tener relaciones sexuales. No debe tener relaciones sexuales con una persona que tenga una enfermedad de transmisión sexual. Pase lo que pase, debe usar siempre condones de látex (o poliuretano) para disminuir tus probabilidades de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS). (60)
- Mantenga bajo el nivel de estrés. (60)
- Sugieren beber jugo de arándano o tomar complementos alimenticios de vitamina C (ácido ascórbico), que mantienen baja la cantidad de bacterias en su organismo. (31) (Ver anexo No. 13)

Cuando el germen ha sido identificado debe de darse el antibiótico específico, por lo cual tenemos que: (9)

GERMEN	FÁRMACO	DOSIS	VÍA	DIAS
Pseudomona, Proteus, Enterobacter, E. Coli	Carbencilina	400-600 mg/kg/día	IV	10-15
Estafilococo	Dicloxacilina o Eritromicina	100-200 mg/kg/día 30-50 mg/kg/día	Oral, IM, IV Oral	10-15 10
Gram- y Gram+	Cefotaxima o Ceftyriaxona	100-200 mg/kg/día 100-200 mg/kg/día	IV	10 10
Pseudomona y Gram-	Ceftazidima	100-200 mg/kg/día	IV	10

Gram+, Gram-, Pseudomona, anaerobios	Imipenem	50-100 mg/kg/día	IV	10
--	----------	------------------	----	----

Cuadro tomado del Diccionario de Especialidades Farmacéuticas

Para las infecciones recurrentes o con malformaciones es conveniente erradicar las recidivas, para lo cual se han empleado los siguientes esquemas: (9)

FÁRMACO	DOSIS
Trimetoprim- Sulfametoxazol	1-10 mg/kg/día
Nitrofurantoina	1-2 mg/kg/día
Aplicar por periodos de 6-12 meses hasta desaparecer la recidiva	

Cuadro tomado del Diccionario de Especialidades Farmacéuticas

2.8.2.6. Infecciones repetidas

La mayoría de las mujeres sanas no padece infecciones repetidas. Sin embargo, alrededor de una de cada cinco mujeres las presenta. Algunas mujeres tienen tres o más infecciones urinarias al año. Los hombres con frecuencia tienen infecciones repetidas. Las personas con diabetes pueden tener infecciones repetidas. Los problemas que causan dificultad para orinar también pueden ocasionar infecciones repetidas. (47)

A los pacientes que padecen de infecciones urinarias frecuentes se les da un suministro de antibióticos. Los antibióticos se deben tomar al primer indicio de infección. Asegúrese de entender las indicaciones del médico para tomar el antibiótico. (47,65)

Si usted es hombre, tenga en cuenta lo siguiente:

- Es posible que tenga que tomar antibióticos durante más tiempo. Esto se debe a que las bacterias pueden ocultarse en el interior del tejido de la próstata.
- No debe tomar los medicamentos que le hayan sido recetados a su esposa pensando que curarán su infección. Consulte a un médico para que le dé el tratamiento adecuado para usted.

2.8.2.7. Cómo prevenir una infección

La mejor manera de prevenir una infección es seguir prácticas de buena higiene femenina. Las infecciones pueden ocurrir más de una vez. Siempre debes seguir las recomendaciones siguientes: (45, 64)

- Es necesario que por lo menos se tome 1.5 litros de agua diarios para mantener una buena eliminación de líquidos y evitar infecciones.
- Mantén tu área vaginal limpia y seca. Debes lavarte la parte externa de la vagina todos los días con un jabón suave, y luego enjuagarla y secarte bien. No te apliques duchas vaginales. Las duchas vaginales pueden alterar el equilibrio normal de organismos de la vagina, lo cual puede causar una infección vaginal, empeorar una infección o extender la infección hacia arriba, al área reproductora (el útero o las trompas de Falopio).(45,64)
- No uses jabones perfumados, baños de burbujas o espumosos perfumados, tampones aromatizados, talcos vaginales o desodorantes vaginales en aerosol. Éstos pueden irritarte la vagina y causar una infección vaginal. Si tu área vaginal ya está irritada, no debes usar papel higiénico aromatizado, espermicidas o jabones fuertes.(45)
- No uses ropa ajustada o húmeda, ya que puede atrapar la humedad e irritarte la vagina. Si tienes que usar ropa ajustada, no la uses por períodos prolongados. (45,64)

- Usa ropa interior de algodón blanco. Evita el nylon y lycra. El algodón ayuda a absorber la humedad y permite que el aire circule. Nunca uses medias de nylon sin usar ropa interior de algodón por debajo. (45)
- Sigue las prácticas más seguras al tener relaciones sexuales. No debes tener relaciones sexuales con una persona que tenga una enfermedad de transmisión sexual. Pase lo que pase, debes usar siempre condones de látex (o poliuretano) para disminuir tus probabilidades de contraer enfermedades de transmisión sexual. (45)
- Mantén bajo tu nivel de estrés. (45)
- Si usas diafragmas, tapones cervicales o aplicadores medicinales, tienes que asegurarte de limpiarlos con agua tibia y jabón y de secarlos bien. (45)

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo cuali-cuantitativo, de caso y cohorte de tipo no experimental, transversal, correlacional, aplicativo y propositivo el cual se desarrollo en el periodo de un año.

3.2 Población y muestra:

3.2.1 **POBLACIÓN:** 100 Pacientes ambulatorios mujeres que no se encontraron en etapa de gestación con Infecciones de vías urinarias del Hospital San Vicente de Paul de Ibarra, y que se encontraron en tratamiento farmacoterapeutico. Para así determinar los problemas relacionados con la medicación y poder continuar con la investigación propuesta del modo que se demuestro que la detección de los Problemas Relacionados con los Medicamentos y la oportuna intervención del Profesional Farmacéutico y de la salud contribuyeron a garantizar el uso Racional de los Medicamentos y que fue un camino seguro para cumplir con los principios éticos de Beneficencia y No Maleficencia cuando un paciente utiliza un medicamento.

3.2.2 **MUESTRA:** Debido a que la población escogida es un número manejable se ha visto conveniente tomar como muestra a toda la población dando un total de 100 usuarios.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para obtener la información del presente trabajo investigativo se utilizó:

Observación: Al comenzar con la investigación se realizó una invitación a todos los pacientes de consulta externa para que participen en una charla informativa acerca de las Infecciones de Vías Urinarias para así observar la cantidad de pacientes con las que contaremos en el transcurso de la investigación.

Investigación documental de Historias clínicas: Con todos los datos obtenidos se recurrió a la historia clínica de la paciente que aceptó someterse a la investigación y por si existe algún dato que no quedó claro o que al paciente se le olvidó, de esta manera se programará una siguiente entrevista.

Muestra al azar de pacientes: Después de realizada la charla informativa de IVU se determinó quienes entraron en el proceso de investigación, haciendo una muestra al azar de las pacientes que estuvieron en consulta externa del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra.

Entrevistas con las pacientes: En la primera entrevista lo que se hizo es socializar con la paciente, de esta manera se conoció un poco más de la situación en la que se encontraba, así se programó una siguiente entrevista según la disponibilidad de tiempo del paciente.

Encuestas: Durante la entrevista con la paciente se procedió a llenar una encuesta con datos informativos y de esta manera se llenó la Ficha de Registro del paciente.

Observación in situ: La observación in situ estuvo presente durante todo el proceso de investigación ya que es de vital importancia tomar en cuenta todos los detalles que puede generar el paciente durante la aplicación del Método Dader.

3.4 Validez y confiabilidad del instrumento

Para validar el instrumento se realizó una prueba piloto, utilizando un cuestionario que se aplicó a las pacientes asistentes al servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, lo que nos permitió corregir preguntas y aclarar respuestas.

3.5 Análisis e Interpretación de datos:

La información que se obtendrá durante la investigación se realizará y procesará en un programa computacional ANOVA (Análisis de Varianzas), Microsoft Office Word, Microsoft Office Excel; en donde utilizando la estadística descriptiva nos permitirá determinar los resultados a cada una de las variables descritas en el instrumento, visualizando las frecuencias y porcentajes en las tablas y pasteles que se manejaran en el proceso, para luego realizar el análisis correspondiente de los resultados obtenidos.

CAPITULO IV

MARCO ADMINISTRATIVO

4.1 RECURSOS HUMANOS

Investigadora	Jhoana Elizabeth Ramos Gallegos
Director de Tesis	Dr. Darío Salgado
Personal de salud	Personal de enfermería, médicos de G/O + 100 pctes asistentes al área de ginecología del HSVP

4.2 Materiales

- Internet
- Libros
- Cd
- Papel bond
- Tinta impresora
- Copias
- Cámara de fotos

4.3. Presupuesto

Recurso Humano	Valor unitario	Cantidad	Total
Investigador	500.00	1	500.00
Tutor	0	1	0
Subtotal			500.00
Materiales	3.00	20	60.00
Suministros	0.02	400	4.00
Cd	0.50	10	5.00
Papel bond	0.01	2000	20.00
Tinta impresora	27.00	3	81.00
Copias	0.02	200	4.00
De escritorio	0.25	20	5.00
Subtotal			179.00
Transporte	1.50	30	45.00
Alimentación	1.50	30	45.00
Subtotal			90.00
Otros			
Libros	15.00	2	30.00
Internet	0.70	80horas	56.00
Subtotal			86.00
TOTAL			855.00

4.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PERIODO NOVIEMBRE - AGOSTO 2010

ACTIVIDAD	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
Selección del tema	X									
Diseño del anteproyecto	X	X								
Revisión del anteproyecto		X	X							
Presentación del anteproyecto			X	X						
Aprobación del anteproyecto por el directivo					X					
Ejecución del proyecto					X	X	X	X		
Revisión de bibliografía	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Diseño de los instrumentos y validación				X						
Ejecución de la encuesta							X	X		
Procesamiento y análisis de información recopilada								X		
Presentación y aprobación del informe final									X	
Corrección del informe y Revisión									X	
Defensa de tesis										X

VARIABLES	CONCEPTO (DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES)	DIMENSIONES	CONCEPTO DE LAS DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento de la encuesta			Tiempo transcurrido en años desde el momento del nacimiento hasta el momento de la encuesta	Edad en años
Peso	Cantidad de Kg de una persona medida en balanza			Cantidad en Kg de una paciente medida en una balanza el día de la encuesta	Peso en Kg
Masa corporal	El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo $IMC = \frac{P \text{ kg}}{T^2 \text{ cm}}$	EDAD PESO TALLA	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento de la encuesta Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento de la encuesta El término talla hace referencia a la estatura del ser humano	Nutricional y antropométrico desde el momento del nacimiento hasta el día de la encuesta, valorado en estas tres dimensiones: edad, peso, talla. $IMC = \frac{45 \text{ KG}}{1.30 \text{ cm}} = 34.6$	Edad en años Peso en Kg Talla en cm
Dieta alimenticia	La dieta alimenticia abarca el total de los alimentos consumidos en	Dieta hipograsa	Los productos deben ser bajos en grasas y sal, por lo que no se	Alimentos consumidos de hace una semana anterior al día de la	Hábitos alimentarios Dieta

	un día	<p>Dieta hipocalórica</p> <p>Dieta hipolipidica</p> <p>Dieta hipoproteica</p>	<p>incluirán en la dieta los embutidos, quesos mantecosos, helados, mariscos, productos enlatados, choros, caldos concentrados, chocolates, pan normal.</p> <p>Contiene casi todos los alimentos, incluidos grasas y azúcar, aunque en dosis mínimas. Se basa en el control calórico y la ingesta abundante de glúcidos (cereales, harina, frutas, legumbres, arroz y pan).</p> <p>Dieta muy baja en grasas esta dieta está adecuada para personas que necesiten perder más de 10 kg o aquellas que tengas problemas de colesterol o triglicéridos.</p> <p>Su principal característica es que el</p>	encuesta	<p>Hipoglucídica</p> <p>Hipolipídica</p> <p>Hipocalórica</p>
--	--------	---	--	----------	--

			aporte de proteínas es inferior a las necesidades de una persona normal		
		Dieta hipoglucidica	Consiste en una dieta baja en azucares o hidratos de carbono, como por ejemplo se restringe , arroz, tallarines , cereales, donde se puede remplazar por ensaladas		
		Dieta hiposodica	Consiste en una dieta baja en sodio , o donde se puede restringir los alimentos que contengan sodio		
		Dieta hipergrasa	Se basan en la reducción importante de los hidratos de carbono, sustituyéndolos por grasas.		
		Dieta hipercalorica	Dieta alta en calorías		
		Dieta hiperlipidica	Dieta muy alta en		

		Dieta hiperproteica	grasas Su principal característica es que el aporte de proteínas es superior a las necesidades de una persona normal		
		Dieta hiperglucídica	Consiste en una dieta alta en azúcares o hidratos de carbono		
PRM (problema relacionado con la medicación)	Problemas Relacionados con Medicamentos son problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados.	PRM 1 PRM 2 PRM 3	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación.	Problemas que han surgido desde el momento que comenzó a tomar medicación	¿Ha tenido problemas con la medicación como alergias a algún medicamento?

		PRM 4	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación.		
		PRM 5	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.		
		PRM 6	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.		
Medicamentos administrados	Producto químico que se emplea en el tratamiento, diagnóstico o prevención de enfermedades.	TRATAMIENTO	Es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas	Producto químico que es empleado por el paciente para el tratamiento o prevención de enfermedades.	Qué medicamentos toma usted?
		DIAGNOSTICO	Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad,		

		PREVENCION	<p>entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad en donde el "estado de salud" también se diagnostica</p> <p>Se basa en un conjunto de actuaciones y consejos médicos.</p>		
--	--	------------	--	--	--

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

ENCUESTA PARA LA APLICACIÓN DEL MÉTODO DÁDER EN PACIENTES AMBULATORIOS EN EL AREA DE GINECOLOGIA CON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA”

Esta encuesta no revelara su nombre, la confidencialidad de los pacientes será sumamente minuciosa por lo cual puede usted responder a cada una de las preguntas con la mayor sinceridad. Anticipo mis agradecimientos por el tiempo dado a esta encuesta.

1. DATOS ANTROPOMETRICOS:

Peso.Kg

Talla. cm.

2. INFORMACION BASICA:

1.- Edadaños Fecha nacimiento.....

2.- Etnicidad

- () mestiza
- () negra
- () indígena
- () otra.....

3.- Estado civil

- () casado
- () unión libre
- () soltero
- () divorciado
- () viudo.

4.- Lugar de residencia(ciudad)..... años.....

Dirección.....teléfono.....

3. HISTORIA DE SALUD

¿Ha padecido usted alguna de estas enfermedades?

ASMA	GASTRITIS	ULCERA
CANCER	GLAUCOMA	OSTEOPOROSIS
DIABETES	HIPERTENSION	INSUFICIENCIA CARDIACA
EPILEPSIA	MIGRAÑAS	INSUFICIENCIA HEPATICA

Antecedentes familiares:

4. HÁBITOS ALIMENTARIOS Y FÍSICOS

CIGARRILLOS	no	Ex fumador	Menos 10/dia	10/20 dia M
DIETA	no	Hipoglucídica	Hipocalórica	Hipolipidica
AGUA	no	1 vaso/dia	2-3 vasos/dia	+ de 4 vasos/dia
TE/CAFÉ	no	Menos de 3/dia	3-6/dia	+ de 6/dia
LICOR	no	1 vaso/dia	2-5/dia	+ de 5/dia
EJERCICIO	no	1 vez/semana	4 veces/semana	diario

5. ¿Qué medicamentos usa usted actualmente?

.....

6. ¿Tiene usted alergia a alguno de estos medicamentos?

Medicamento	Cuando	Síntomas
Penicilinas
Sulfas
Aspirina
Ranitidina
Enalapril
Otras:.....
.....

TABLAS Y GRAFICOS

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO No. 1 INFORMACIÓN BÁSICA DEL GRUPO DE PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA CON LAS QUE SE TRABAJÓ DURANTE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO DÁDER DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

Paciente	Sexo	Edad	Altura (m)	Peso (kg)	IMC (Kg/m ²)
1	F	36	1.63	67	25.28
2	F	33	1.54	64	27.00
3	F	53	1.54	65	27.42
4	F	18	1.42	53	26.36
5	F	29	1.50	52	23.11
6	F	27	1.46	69.3	32.53
7	F	24	1.57	73	29.67
8	F	31	1.59	64	25.39
9	F	53	1.55	80	33.33
10	F	31	1.50	46	20.44
11	F	44	1.48	49.5	31.73
12	F	33	1.46	45.5	21.83
13	F	26	1.57	50	20.32
14	F	35	1.52	55	23.80
15	F	25	1.52	53.6	23.20
16	F	40	1.47	62.1	28.75
17	F	23	1.65	80	29.41
18	F	18	1.50	68	30.22
19	F	28	1.53	59	25.54
20	F	31	1.52	72	31.16
21	F	28	1.60	57.2	22.34

22	F	24	1.53	62	26.49
23	F	45	1.48	57.8	26.39
24	F	56	1.47	61.3	28.37
25	F	45	1.60	75	29.29
26	F	34	1.55	69	28.72
27	F	37	1.48	52	23.74
28	F	26	1.52	63	27.27
29	F	33	1.49	62.8	42.15
30	F	36	1.39	62.8	32.50
31	F	18	1.60	69.9	27.30
32	F	32	1.59	61.5	24.32
33	F	19	1.48	56.8	25.79
34	F	31	1.62	44	16.77
35	F	26	1.60	82.5	32.23
36	F	24	1.42	74.9	37.14
37	F	22	1.50	86.2	38.31
38	F	37	1.56	80.9	33.24
39	F	20	1.70	82.1	28.41
40	F	49	1.60	70.2	24.42
41	F	40	1.54	106.1	44.74
42	F	40	1.70	81.9	28.34
43	F	40	1.52	84.1	36.40
44	F	37	1.48	72.7	33.19
45	F	52	1.48	68	31.04
46	F	29	1.62	72	27.43
47	F	36	1.43	68.9	33.70
48	F	49	1.50	65.6	29.15
49	F	28	1.48	63.8	29.13
50	F	41	1.59	80.2	31.7
51	F	39	1.46	71.8	33.68
52	F	61	1.58	54	21.63
53	F	56	1.61	68	26.23
54	F	48	1.70	72.4	25.05
55	F	41	1.50	72	32
56	F	39	1.61	48.9	18.86
57	F	42	1.60	78.8	30.78
58	F	58	1.68	52.9	18.74

59	F	50	1.72	61.3	20.72
60	F	63	1.49	100.1	45.08
61	F	39	1.50	70.9	31.51
62	F	49	1.49	71.6	32.25
63	F	62	1.52	68.9	29.82
64	F	57	1.61	52	20.06
65	F	61	1.58	71	28.44
66	F	37	1.57	69.3	28.11
67	F	24	1.32	62.1	35.64
68	F	19	1.50	71.3	31.69
69	F	15	1.61	74	22.98
70	F	25	1.58	62	24.84
71	F	31	1.67	88.1	31.59
72	F	19	1.58	79.4	31.81
73	F	20	1.63	79.9	30.07
74	F	22	1.51	68.1	29.86
75	F	28	1.62	77	29.34
76	F	17	1.55	65.8	42.45
77	F	26	1.48	69.8	31.87
78	F	30	1.42	72.3	35.85
79	F	58	1.47	63.7	29.47
80	F	62	1.68	93.5	33.13
81	F	60	1.48	99.8	45.56
82	F	25	1.68	89.1	31.57
83	F	19	1.54	64.1	27.02
84	F	52	1.47	68.8	23.4
85	F	23	1.49	68.8	30.99
86	F	45	1.51	61.9	27.15
87	F	48	1.49	78.1	35.18
88	F	62	1.50	64.9	28.84
89	F	21	1.39	71.8	37.16
90	F	50	1.48	68.5	31.27
91	F	43	1.48	59.9	27.35
92	F	29	1.56	58.6	24.08
93	F	16	1.51	61.2	26.84
94	F	22	1.48	58.9	26.89
95	F	32	1.58	78	31.24

96	F	30	1.65	65	23.87
97	F	18	1.63	69.8	26.27
98	F	19	1.54	79.9	33.69
99	F	42	1.63	112.9	42.49
100	F	20	1.58	68.9	27.60

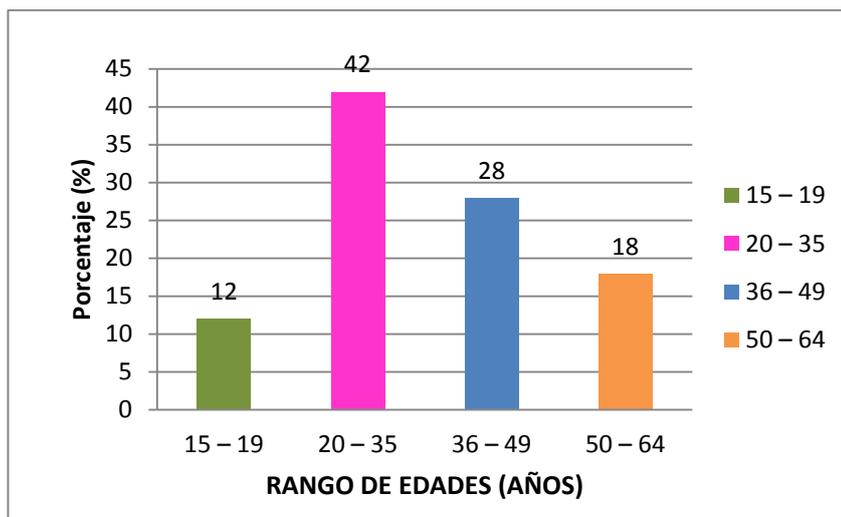
ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.

La investigación contó con la colaboración de cien pacientes que desarrollaron Infecciones de Vías Urinarias y asistieron a Consulta Externa de Gineco – Obstetricia del Hospital San Vicente de Paul de Ibarra, del sexo femenino con edades que van desde los 17 hasta los 63 años, las mismas que aceptaron y se comprometieron voluntariamente a participar en esta investigación, que ofrecía Atención Farmacéutica personalizada.

CUADRO No.2 CLASIFICACIÓN DE LAS PACIENTES POR GRUPOS ETARIOS CON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

RANGO DE EDADES (años)	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
15 – 19	12	12
20 – 35	42	42
36 – 49	28	28
50 – 64	18	18

ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.



ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.

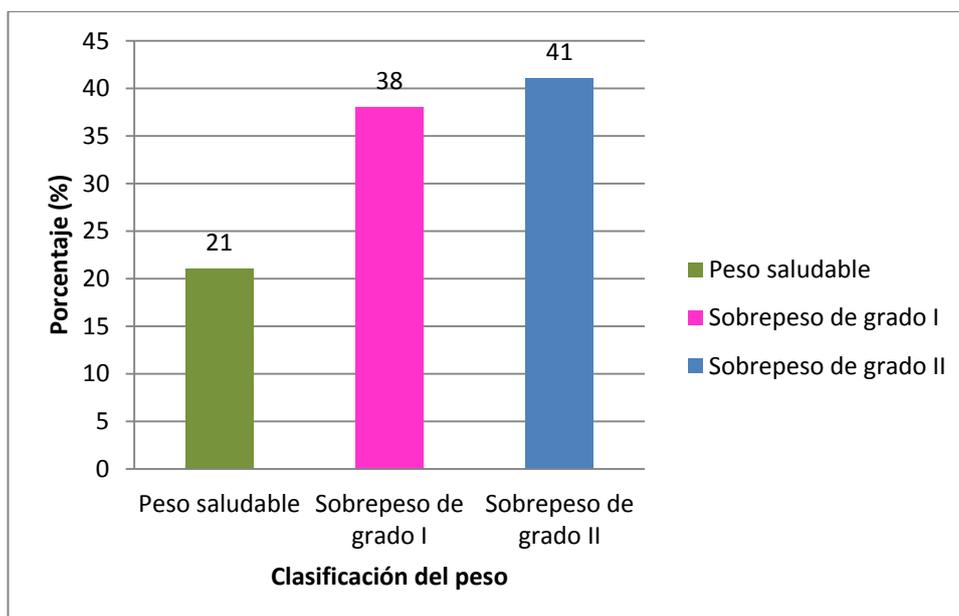
GRÁFICO No.1 CLASIFICACIÓN DE LAS PACIENTES POR GRUPOS ETARIOS CON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

En esta investigación se trabajó con mujeres que tenían Infecciones de vías urinarias, en las cuales se pudo detectar que en un 42 % de las pacientes se encuentran en edades de 20 – 35 años que padecen de este tipo de infección, por lo tanto es una enfermedad que se presenta en mujeres jóvenes debido a que tienen una vida sexual activa, factor que ayuda a que las infecciones se den con mayor frecuencia.

CUADRO No.3 CLASIFICACIÓN DE LAS PACIENTES EN FUNCIÓN DEL IMC QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

CLASIFICACIÓN	IMC (kg/m ²)	TOTAL	PORCENTAJE (%)
Peso saludable	18.5 – 24.9	21	21
Pre- obesidad			
Sobrepeso de grado I	25.0 – 29.9	38	38
Obesidad			
Sobrepeso de grado II	30.0 – 34.9	41	41

ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.
IMC = ÍNDICE DE MASA CORPORAL



ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.
IMC = ÍNDICE DE MASA CORPORAL

GRÁFICO No.2 CLASIFICACIÓN DE LAS PACIENTES EN FUNCIÓN DEL IMC QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

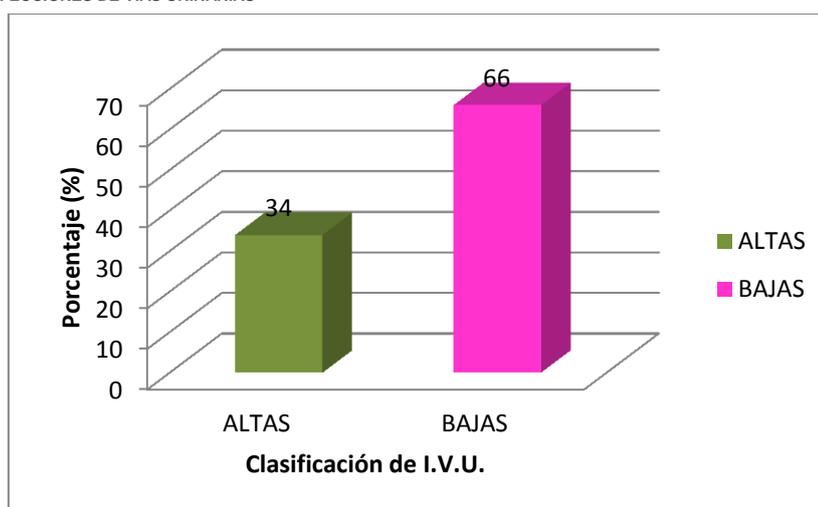
Gracias a esta tabla nos podemos dar cuenta que el sobrepeso de grado II alcanza el 41% el cual prevalece en las mujeres, esto se debe a que la mayoría de las pacientes tratadas han tenido más de un parto, luego del cual se descuidaron en su alimentación, y no siguieron una dieta sana, además prevalece el sedentarismo ya que la falta de tiempo o la

falta de costumbre no les permite realizar alguna actividad física que les ayude a mantener un peso saludable.

CUADRO No.4 CLASES DE I.V.U. QUE PRESENTARON LAS PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE GÍNECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

I.V.U.	No. de PACIENTES	PORCENTAJE (%)
ALTAS	34	34
BAJAS	66	66

ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.
I.V.U. = INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS



ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.
I.V.U. = INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

GRÁFICO No.3 CLASES DE I.V.U. QUE PRESENTARON LAS PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE GÍNECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

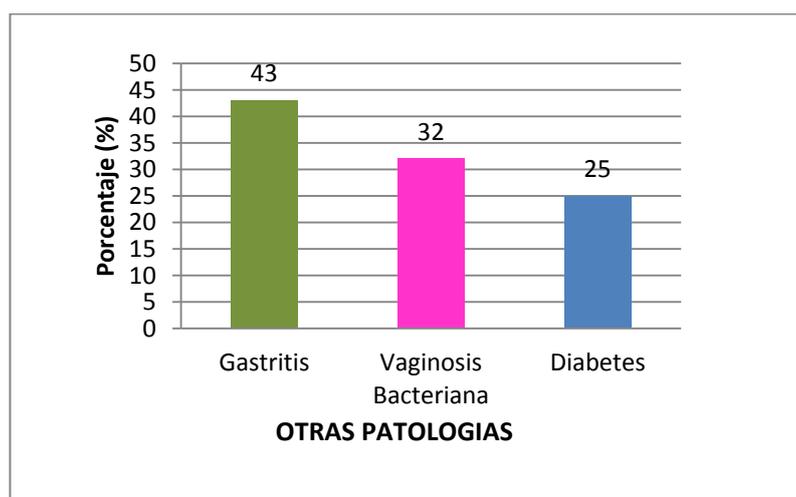
Gracias al reporte que los médicos realizan al finalizar cada consulta se obtuvo que un 66% de las pacientes que participaron en la investigación presentaron Infecciones de Vías Urinarias bajas las mismas que con un corto tratamiento y gracias a la intervención farmacéutica pudieron ser

controladas, mientras que el 34% de las pacientes presentaron un cuadro de I.V.U. altas las mismas que requieren de un tratamiento riguroso y de mucha responsabilidad por parte del paciente.

CUADRO No. 5 OTRAS PATOLOGÍAS COMUNES PRESENTES EN LAS PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

Patología	Nº de pacientes	Porcentaje (%)
Gastritis	43	43
Vaginosis Bacteriana	32	32
Diabetes	25	25

ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.



ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.

GRÁFICO No. 4 OTRAS PATOLOGÍAS COMUNES PRESENTES EN LAS PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

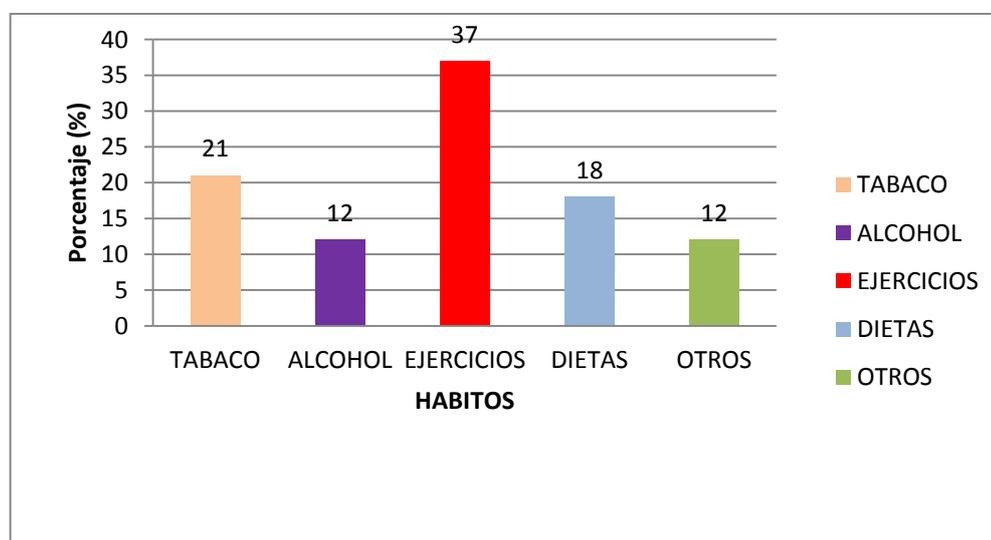
La gastritis se presenta en 43% en las mujeres que presentaron IVU, debido a los altos índices de estrés que se encuentran, la mayoría de las pacientes son amas de casa, seguido por Vaginosis Bacteriana con 32%, esta patología se presenta por la falta de aseo tanto en el área genital

como en el momento de tener relaciones sexuales y por último tenemos a la Diabetes con 25% que en algunos casos se presenta en las pacientes por factor herencia. Causa de estas patologías surgen los PRM, de los cuales se hace un análisis en esta investigación.

CUADRO No. 6 HÁBITOS QUE TIENEN LAS PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN LAS PACIENTES DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

Hábitos	Nº de Pacientes	Porcentaje (%)
Tabaco	21	21
Alcohol (bebedor social)	12	12
Ejercicio	37	37
Dietas	18	18
Otros	12	12

ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.



ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.

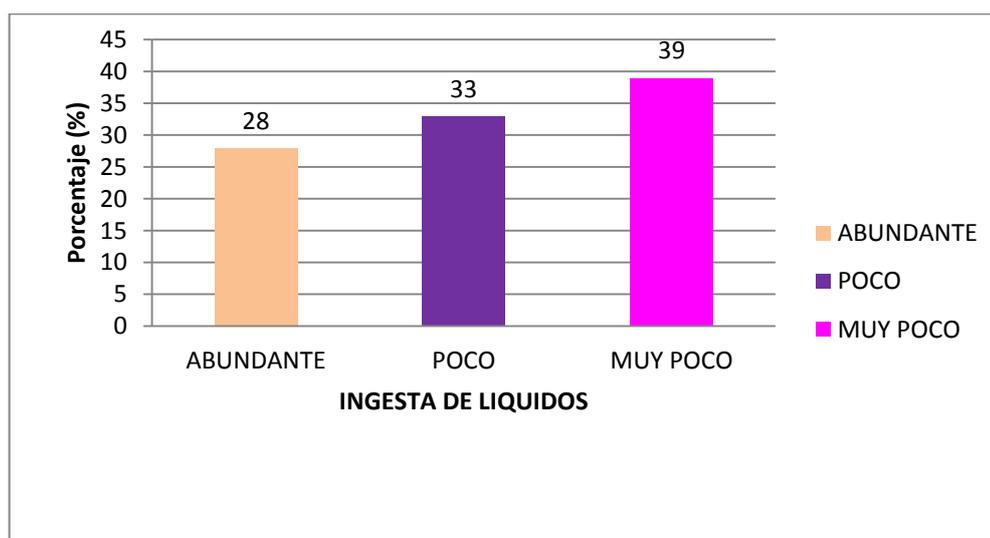
GRÁFICO No. 5 HÁBITOS QUE TIENEN LAS PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

El 37% de las pacientes hacen ejercicios el más practicado es caminar, al igual con 12% de las pacientes tenían otros hábitos como leer, escribir, entre otros hábitos; el 12% de las pacientes reconocieron que eran bebedoras sociales, es decir que tomaban alcohol por una ocasión importante; el 18% de las mujeres jóvenes tienen un tipo de dieta y con respecto a las dietas que practican en sus hogares era hiposódica y el 21% de las pacientes fuman por ocasiones depresivas.

CUADRO No.7 FRECUENCIA DE INGESTA DE LÍQUIDOS DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

Ingesta de líquidos	Nº de Pacientes	Porcentaje (%)
Abundante	28	28
Poco	33	33
Muy poco	39	39

ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.



ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.

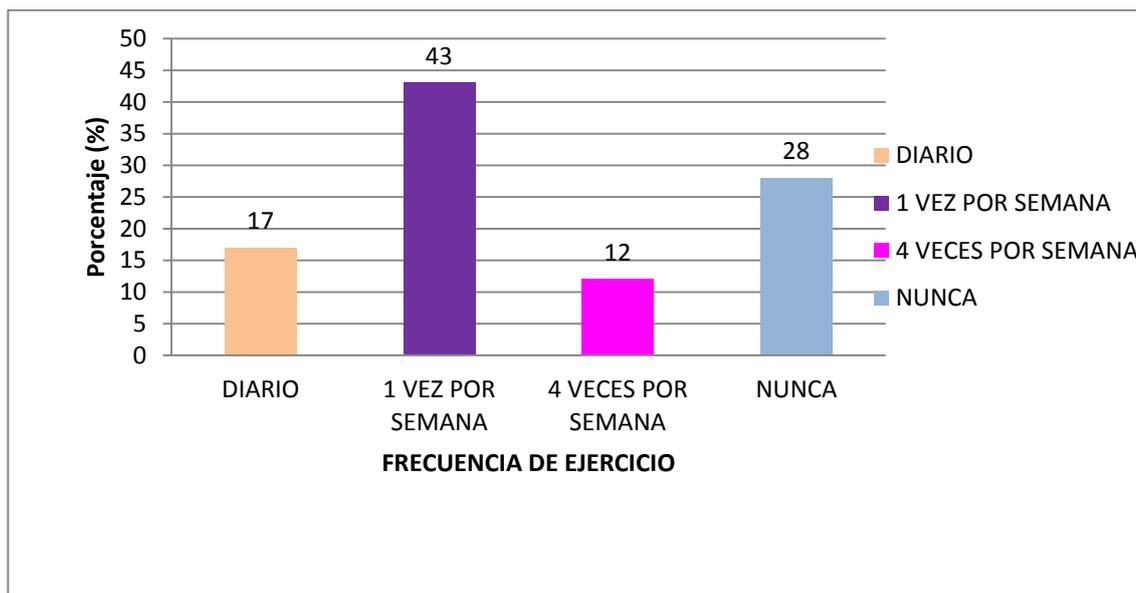
GRÁFICO No.6 FRECUENCIA DE INGESTA DE LÍQUIDOS DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

De las pacientes que participaron en esta investigación el 39% beben agua en muy pocas cantidades, el 33% ingieren poca cantidad de agua y el 28% ingieren grandes cantidades de agua. Uno de los factores más importantes para prevenir las infecciones de vías urinarias y cualquier otra infección que se presente en nuestro organismo es la ingesta de líquidos, el mismo que no es tomado en cuenta, las pacientes piensan que beber muchos líquidos les lleva a tener mayor frecuencia de micciones, lo que no conocían que gracias a esta frecuencia podemos eliminar todas las toxinas y bacterias que pueden provocar IVU.

CUADRO No.8 FRECUENCIA DE EJERCICIO DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

Frecuencia de ejercicio	Nº de Pacientes	Porcentaje (%)
Diario	17	17
1 vez por semana	43	43
4 veces por semana	12	12
Nunca	28	28

ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.



ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.

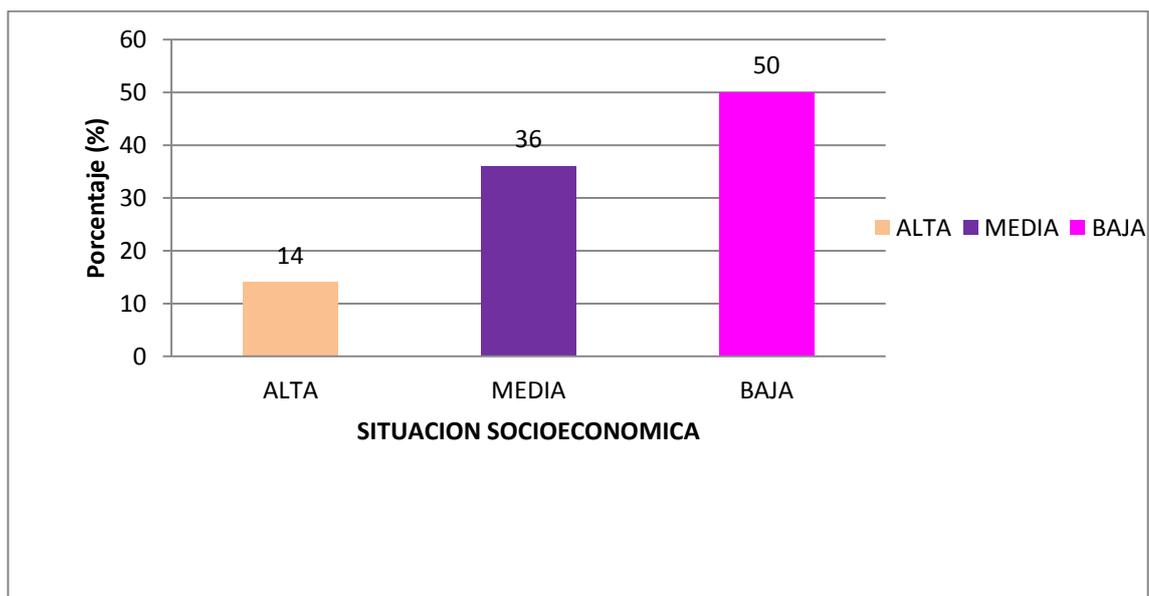
GRÁFICO No. 7 FRECUENCIA DE EJERCICIO DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

La falta de ejercicio en las pacientes es un factor muy relevante cuando analizamos el Índice de masa corporal por esta razón se debe que existe un mayor porcentaje de mujeres que padecen de sobrepeso tipo II, las pacientes que practican como ejercicio la caminata, no lo hacen por salud sino porque deben cumplir con sus obligaciones diarias, un buen porcentaje de pacientes lo hacen una vez por semana, y las pacientes que lo hacen 4 veces por semana es porque sus hogares están ubicados fuera de la ciudad. Este tipo de ejercicio no es recomendado ya que si se lo realiza debe ser libre de estrés y preocupaciones, para ayudar a mejorar los estados de ánimo y de salud.

CUADRO No.9 SITUACIÓN SOCIO – ECONÓMICA DEL GRUPO DE PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

Situación Socio-Económica	Nº de Pacientes	Porcentaje (%)
Alta	14	14
Media	36	36
Baja	50	50

ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.



ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.

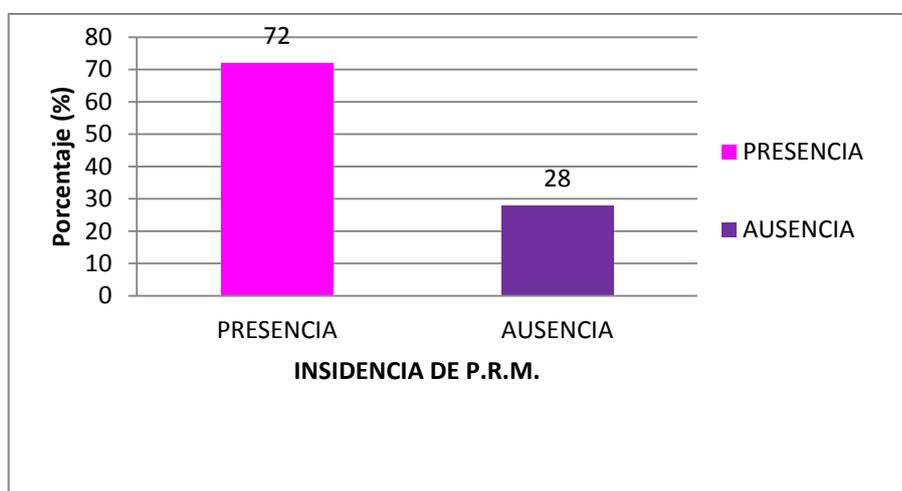
GRÁFICO No.8 SITUACIÓN SOCIO – ECONÓMICA DEL GRUPO DE PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

La mayoría de las pacientes que asisten a consulta externa del Hospital son de escasos recursos, por lo que es necesario en ocasiones proveerles de medicamentos que existan en Farmacia de donación, la falta de oportunidades para trabajar y los bajos sueldos que se dan son algunos de los factores para que esta prevalencia se haga realidad.

CUADRO No.10 INCIDENCIA DE P.R.M. EN EL GRUPO DE PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

PRM	Nº de Pacientes	Porcentaje (%)
Presencia	72	72
Ausencia	28	28

ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.



ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.

GRÁFICO No.9 INCIDENCIA DE P.R.M. EN EL GRUPO DE PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

En un 72% de las pacientes a quienes se les brindó el servicio de atención farmacéutica personalizada se detectó que presentaban PRM de distinta clase, los mismos se dieron por diferentes factores en el que más destaca la falta de información que brindan las personas que expenden los medicamentos.

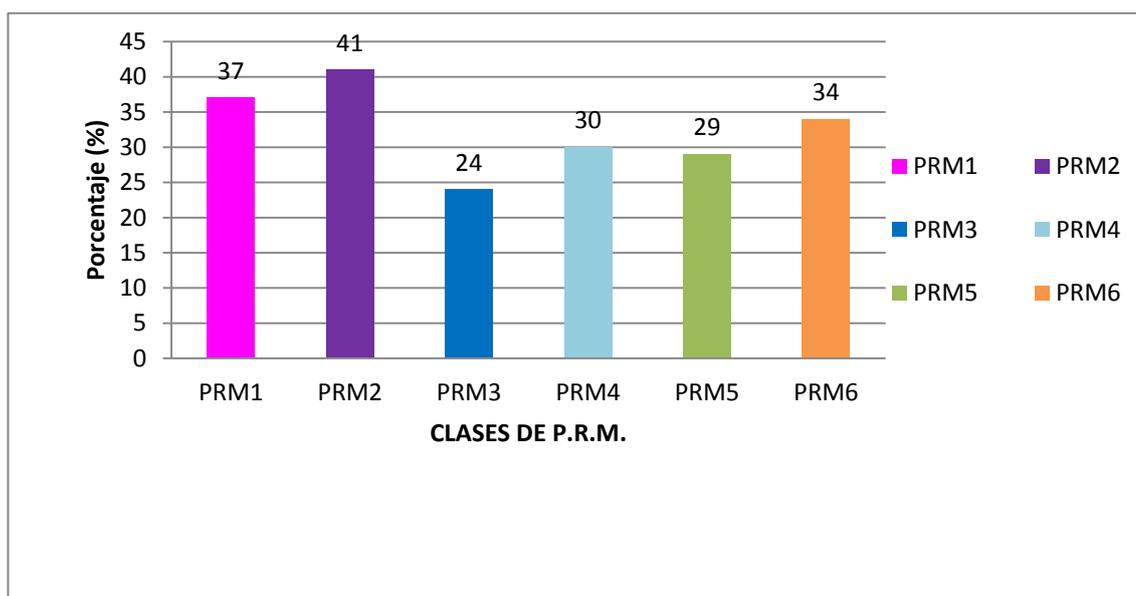
CUADRO No.11 CLASES DE P.R.M. IDENTIFICADOS EN EL GRUPO DE PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

Paciente	PRM 1	PRM 2	PRM 3	PRM 4	PRM 5	PRM 6
1	X	X				
2		X				X
3	X			X		
4	X				X	
5		X			X	X
6	X					
7	X					X
8		X		X		
9		X		X		X
10	X	X				
11		X			X	
12						X
13		X				
14	X			X		
15		X				
16		X				X
17	X					
18		X			X	
19	X			X		
20			X		X	
21			X			X
22		X			X	
23	X			X		
24		X			X	
25	X			X		
26			X			
27	X			X		
28		X		X		
29		X				X
30		X			X	
31			X		X	

32	X			X		
33		X			X	
34				X		X
35		X			X	
36			X			X
37		X			X	
38	X			X		
39	X		X			
40	X			X		
41		X			X	
42		X			X	
43			X			X
44		X		X		
45	X			X		
46			X			X
47		X			X	
48	X			X		
49			X			X
50			X			X
51	X				X	
52	X		X			
53			X		X	
54		X			X	
55	X			X		
56		X			X	
57	X			X		
58		X				X
59			X		X	
60	X					X
61	X			X		
62			X			X
63		X			X	
64	X			X		
65			X			X
66		X			X	
67			X			X
68	X			X		

69		X			X	
70				X		X
71		X				X
72	X		X			
73		X				X
74			X		X	
75			X			X
76		X			X	
77	X			X		
78	X				X	
79		X				X
80	X			X		
81		X			X	
82			X			X
83	X			X		
84			X			X
85	X			X		
86		X				X
87	X			X		
88		X				X
89		X			X	
90			X			X
91	X				X	
92		X		X		
93		X				X
94	X					X
95			X			X
96	X		X			
97		X				X
98		X		X		
99		X				X
100	X			X		
Total	37	41	24	30	29	34
Porcentaje (%)	37	41	24	30	29	31

ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.



ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.

GRÁFICO No. 10 CLASES DE P.R.M. IDENTIFICADOS EN EL GRUPO DE PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

Luego de seguir todo el procedimiento operativo de la Metodología Dáder se pudo identificar los PRM que con más frecuencia se presentan, así tenemos en primera instancia con un 41% al PRM 2, el mismo que tiene que ver con la automedicación ya que el paciente en vez de acudir a un centro de salud recurre a la farmacia más cercana en la cual no le piden mucha información y por los síntomas que presenta se le receta cierto medicamento el mismo que sólo es administrado mientras dura la dolencia.

Luego tenemos al PRM 1 con 37%, que tiene que ver con que el paciente no reciba tratamiento para su dolencia, ya que no se le indicó al paciente o que el mismo se niega a tomar, le sigue el PRM 6 con el 34% que tiene que ver con las reacciones adversas a los medicamentos, la mala administración, se logró identificar este problema gracias a que el paciente se automedica ya sea en la farmacia o con el medicamento que le recetaron a un familiar o amigo que tenía las mismas dolencias.

Tenemos al PRM 4 con 30 % y al PRM 5 con 29 %, los mismos tienen que ver con las dosis administradas, para el primer caso las dosis son muy bajas por lo que no se da el efecto deseado y para el segundo caso las dosis son demasiado altas las mismas que llegaron a ocasionar molestias en los pacientes.

CUADRO No. 12 RESULTADOS DE UROCULTIVOS QUE DETECTARON QUE LAS PACIENTES PRESENTABAN INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA A QUIENES SE LES BRINDÓ EL SERVICIO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PERÍODO ENERO – MAYO 2010

Paciente	Bacteria presentada	UFC
1	<i>E. coli</i>	≥100000
2	<i>Enterobacter cloacae</i>	≥100000
3	<i>E. coli</i>	≥100000
4	<i>E. coli</i>	≥100000
5	<i>E. coli</i>	≥100000
6	<i>E. coli</i>	≥100000
7	<i>E. coli</i>	≥100000
8	<i>E. coli</i>	≥100000
9	<i>E. coli</i>	≥100000
10	<i>E. coli</i>	≥100000
11	<i>E. coli</i>	≥100000
12	<i>E. coli</i>	≥100000
13	<i>E. coli</i>	≥100000
14	<i>E. coli</i>	≥100000
15	<i>E. coli</i>	≥100000
16	<i>E. coli</i>	≥100000
17	<i>E. coli</i>	≥100000
18	<i>E. coli</i>	≥100000
19	<i>E. coli</i>	≥100000
20	<i>E. coli</i>	≥100000
21	<i>E. coli</i>	≥100000
22	<i>E. coli</i>	≥100000
23	<i>E. coli</i>	≥100000

24	<i>E. coli</i>	≥100000
25	<i>E. coli</i>	≥100000
26	<i>E. coli</i>	≥100000
27	<i>E. coli</i>	≥100000
28	<i>E. coli</i>	≥100000
29	<i>E. coli</i>	≥100000
30	<i>E. coli</i>	≥100000
31	<i>E. coli</i>	≥100000
32	<i>E. coli</i>	≥100000
33	<i>E. coli</i>	≥100000
34	<i>E. coli</i>	≥100000
35	<i>E. coli</i>	≥100000
36	<i>E. coli</i>	≥100000
37	<i>E. coli</i>	≥100000
38	<i>E. coli</i>	≥100000
39	<i>E. coli</i>	≥100000
40	<i>E. coli</i>	≥100000
41	<i>E. coli</i>	≥100000
42	<i>E. coli</i>	≥100000
43	<i>E. coli</i>	≥100000
44	<i>E. coli</i>	≥100000
45	<i>E. coli</i>	≥100000
46	<i>E. coli</i>	≥100000
47	<i>E. coli</i>	≥100000
48	<i>E. coli</i>	≥100000
49	<i>E. coli</i>	≥100000
50	<i>E. coli</i>	≥100000
51	<i>E. coli</i>	≥100000
52	<i>E. coli</i>	≥100000
53	<i>E. coli</i>	≥100000
54	<i>E. coli</i>	≥100000
55	<i>E. coli</i>	≥100000
56	<i>E. coli</i>	≥100000
57	<i>E. coli</i>	≥100000
58	<i>E. coli</i>	≥100000
59	<i>E. coli</i>	≥100000
60	<i>E. coli</i>	≥100000

61	<i>E. coli</i>	≥100000
62	<i>E. coli</i>	≥100000
63	<i>E. coli</i>	≥100000
64	<i>E. coli</i>	≥100000
65	<i>E. coli</i>	≥100000
66	<i>E. coli</i>	≥100000
67	<i>E. coli</i>	≥100000
68	<i>E. coli</i>	≥100000
69	<i>E. coli</i>	≥100000
70	<i>E. coli</i>	≥100000
71	<i>E. coli</i>	≥100000
72	<i>E. coli</i>	≥100000
73	<i>E. coli</i>	≥100000
74	<i>E. coli</i>	≥100000
75	<i>E. coli</i>	≥100000
76	<i>E. coli</i>	≥100000
77	<i>E. coli</i>	≥100000
78	<i>E. coli</i>	≥100000
79	<i>E. coli</i>	≥100000
80	<i>E. coli</i>	≥100000
81	<i>E. coli</i>	≥100000
82	<i>E. coli</i>	≥100000
83	<i>E. coli</i>	≥100000
84	<i>E. coli</i>	≥100000
85	<i>E. coli</i>	≥100000
86	<i>E. coli</i>	≥100000
87	<i>E. coli</i>	≥100000
88	<i>E. coli</i>	≥100000
89	<i>E. coli</i>	≥100000
90	<i>E. coli</i>	≥100000
91	<i>E. coli</i>	≥100000
92	<i>E. coli</i>	≥100000
93	<i>E. coli</i>	≥100000
94	<i>E. coli</i>	≥100000
95	<i>E. coli</i>	≥100000
96	<i>E. coli</i>	≥100000
97	<i>E. coli</i>	≥100000

98	<i>E. coli</i>	≥100000
99	<i>E. coli</i>	≥100000
100	<i>E. coli</i>	≥100000

ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.

De los resultados de Urocultivos obtenidos nos damos cuenta que la bacteria causante de las Infecciones de Vías Urinarias es la *Escherichia coli* la misma que fue detectada en la mayoría de las pacientes que participaron en la investigación, luego con la ayuda del tratamiento que el médico sugirió y con la Atención Farmacéutica personalizada que se logró brindar los resultados de Urocultivos fueron favorables para las pacientes.

Para la realización de esta investigación fue necesario tomar datos de Diciembre 2009 para conocer la situación de cada paciente, antes de someter a las pacientes a la Metodología Dáder además se le analizó un examen de EMO en el mes de Marzo 2010 para saber cuál era su estado de salud actual, en algunos casos notamos que los valores de Píocitos, Hematíes y Bacterias disminuyen pero en otros casos nos damos cuenta que presentaban Infecciones Recurrentes, de esta manera se inició con la investigación.

Las pacientes que participaron de la investigación, no tenían conocimiento que padecían de IVU, por lo que se necesitó exámenes de laboratorio que contribuyeran a la sospecha de la infección por los síntomas presentados y por el examen físico que se les practicó, se comprobó de esta manera la sospecha, como se pudo apreciar en las anteriores tablas los valores de urocultivo sobrepasan los valores de 100000 u.f.c./mL, como la bacteria causante la *E. coli*.

Anteriormente se habló de la presencia de PRM en el cual el que mayor porcentaje tiene es el PRM 2 el mismo tiene que ver con la automedicación irresponsable del paciente ya que se administra medicamentos que no necesita, así que durante esta investigación y gracias a la revisión de la bolsa de medicamentos se logró encontrar que los pacientes pueden adquirir medicamentos sin prescripción médica

como: Acetaminofen como Umbral, Analgan; Vitamina C; Antihistamínicos como Loratadina, Cetirizina; AINEs como Ibuprofeno, Aspirina; Antibióticos como Ampicilina, Uvamín; Antiácidos como Ranitidina, Mylanta, Antigripales como Neogripal, Lemonflu

El siguiente PRM detectado es el 1 el mismo que tiene que ver con que el paciente sienta síntomas debido a su enfermedad pero se niega a asistir a un centro de salud, o a la vez asistió a un centro de salud pero se niega a administrarse la medicación por miedo a que pueda presentar otra dolencia, es decir este PRM tiene mucho que ver con que el paciente reciba o no el tratamiento indicado para poder mejorar su salud.

En tercer lugar tenemos al PRM 6 el mismo que está asociado a las interacciones medicamentosas, a continuación una tabla con los datos obtenidos de este P.R.M.:

MEDICAMENTO	INTERACCIÓN	EFFECTOS PRODUCIDOS	CAUSAS
Ampicilina o Cefalexina	Anticonceptivo Oral	Disminución del efecto anticonceptivo	El anticonceptivo se metaboliza más rápido en el hígado disminuyendo el efecto del anticonceptivo por efecto del primer paso
Ampicilina	Omeprazol	Disminución en la absorción del antibiótico	Omeprazol actúa como antagonista lo que provoca la disminución de la absorción del antibiótico en este caso la ampicilina
Ciprofloxacina	Antiácidos	Disminuye efecto de Ciprofloxacina	Los antiácidos actúan como antagonista lo que provoca la disminución de la absorción del antibiótico en este caso de la Ciprofloxacina
Ibuprofeno	Acido Acetilsalicílico	Ulceración y hemorragia gastrointestinal	Tanto el Ibuprofeno como el Acido Acetilsalicílico son AINEs. se produce sinergia entre los medicamentos y puede provocar sangrado digestivo y ulceraciones

ELABORADO POR: JHOANA RAMOS G.

Al finalizar con el estudio se realizó visitas en los hogares de las pacientes, de las cuales se revisó su tratamiento farmacológico con sus respectivas historias clínicas y de esta forma se verificó si toda la información proporcionada fue de ayuda en el tratamiento y se comprobó si el mismo era seguido como se indicó; de las pacientes que seguían todas las indicaciones su estado de salud era favorable, una de ellas dejó de tomar la medicación debido a que tenía un embarazo presuntivo y otra de las pacientes olvidó tomar la medicación en el tiempo adecuado, se pudo observar que el blister aún tenía tabletas que debían haber sido administradas hace un día por lo que se comprobó la sospecha debido a la presencia de los síntomas.

CONCLUSIONES

1. Se brindó información a todos los pacientes que asisten a consulta externa del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra acerca de cómo prevenir las Infecciones de Vías Urinarias, otorgándoles diversos consejos.
2. Se logró aplicar el Método Dáder de Atención Farmacéutica a un grupo de cien pacientes ambulatorios del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra que presentaron Infecciones de Vías Urinarias.
3. Se realizó el seguimiento farmacoterapéutico que propone el Método Dáder al grupo de cien pacientes ambulatorios del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra que presentaron Infecciones de Vías Urinarias, de esta forma el farmacéutico cumple con la responsabilidad de satisfacer la necesidad social y pone a disposición una atención efectiva, económica y segura, evitando así el mal uso de los medicamentos.
4. Se realizó la identificación de PRM reales y potenciales en los pacientes ambulatorios del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra que presentaron Infecciones de Vías Urinarias se logró identificarlos, gracias a que se dio un seguimiento continuo a los pacientes, conociendo de esta forma su estado de salud.
5. Al revisar y evaluar las historias clínicas de cada uno de los pacientes, conjuntamente con las visitas continuas, nos permite

tener un mayor conocimiento de las terapias medicamentosas que está siguiendo y de esta manera controlarlos.

6. Los cien pacientes que presentaron Infecciones de Vías Urinarias del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra que participaron en esta investigación, durante el período Enero – Mayo del 2010 se identificó que 32 pacientes presentaron PRM (Gráfico No. 8) de los cuales el que mayor incidencia tiene es el PRM 2, seguido por el PRM 1 y luego el PRM 6.
7. La mayoría de pacientes que con más frecuencia presentan Infecciones de Vías Urinarias son mujeres cuyas edades oscilan entre los 20 – 35 años. (Gráfico No. 1)
8. Parte del personal médico no conoce el concepto de P.R.M., pero fue de mucha ayuda la experiencia en cuanto a interacciones medicamentosas, por lo que se les otorgó la información necesaria.
9. El papel que el farmacéutico desempeña junto con el personal médico y de enfermería siempre está a favor del paciente, ofreciéndole ayuda en todo momento para que su estado de salud sea mejor en el menor tiempo posible y de esta manera optimizar su calidad de vida con un servicio eficiente.

RECOMENDACIONES

1. Satisfacer las necesidades del usuario en cuanto a sus inquietudes, la atención de enfermería en post consulta es primordial ya que es en ese momento en el que se toma contacto directo con los pacientes.
2. Continuar brindando información a los pacientes que asisten a consulta mediante charlas de cómo se puede originar las Infecciones de Vías Urinarias, para de esta forma prevenir la gran incidencia que se presenta.
3. Integrar al personal a un profesional farmacéutico es de suma importancia ya que con la presente investigación se ha demostrado que con su colaboración se puede lograr una atención de calidad.
4. Proponer la instauración del servicio de atención farmacéutica permanente para que el paciente tenga más conciencia con el uso de los medicamentos.
5. Realizar nuevas investigaciones sobre otro tipo de patologías proporcionando de esta forma una mejor información y determinación de posibles PRM.

CAPITULO IV

4.1. Bibliografía

4.1.1. Bibliografía General:

1. **ALVAREZ, M. Y COL.** 1995. Manual de Técnicas en Microbiología Clínica. 1ra. Edición Latinoamericana. Madrid – España. pp. 153
2. **BEREK, J.** 1997. Ginecología de Novak. 12va. Edición. Editorial Mc Graw-Hill. México. pp. 466
3. **CULTURAL S.A.** 1999. Enciclopedia Estudiantil. Edición 1999. Editorial Cultural S.A. Madrid España. pp 338
4. **DIAGNÓSTICO PARA LAS ENFERMEDADES DE LA MUJER**
<http://drgdiaz.com/eco/consejos/enfermedadesdelamujer.shtml>
200608
5. **DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS.** 2002. Editorial PLM S.A. 28va. Edición. Cortesía Ecuquímica. pp. 38, 92, 114, 384, 442, 469, 477, 503, 520, 552, 553, 554, 569.
6. **DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA**
http://www.inec.gov.ec/interna.asp?inc=enc_tabla&idTabla=636
200605
7. **ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS** <http://www.salud-femenina.com/secc05.htm> 200608
8. **FARRERAS, R.** 2000. Medicina Interna. Volumen 1. 14va. Edición. Editorial MM Elsevier España S.A. Madrid –España. pp.
9. **FAUS, M.** Dpto. de Bioquímica y Biología Molecular, Facultad de Farmacia. Campus Universitario Cartuja, 18071 GRANADA E-mail: pdader@goliat.ugr.es
10. **GASTELURRUTIA, M.** Morbilidad por medicamentos: ¿qué conocemos hoy?. El Farmacéutico 2002; 278: 42-51.
11. **GENERALIDADES DE GINECOLOGÍA**
<http://www.unizar.es/gine/ginecologia.htm> 20060815

12. **GINECOLOGÍA** <http://www.galenasalud.com/ginecologia.htm>
200609
13. **GUARDERAS, C.** 1996 Biología Moderna. Tomo II. Sexta Edición.
Editorial Casa del
Estudiante. Quito Ecuador. pp. 110, 111, 112
14. **GUÍA NIÑO ENFERMO** http://GUIA_NINO_ENFERMO.pdf 200409
15. **MICROSOFT ENCARTA** Microsoft ® Encarta ® 2007. © 1993-2006
Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos. 20070101
16. **SAMANIEGO, E.** 1999. Fundamentos de Farmacología Médica. 5ta.
Edición. Quito – Ecuador.
17. **TELES, E. Y COL.** 1998. Perspectivas Internacionales en
Planificación Familiar. número especial. pp.26-32.
18. **USANDIZAGA, J y COL.** 1997. Tratado de Obstetricia y
Ginecología. 1ra. Edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.
Aravaca-España. pp. 430

Bibliografía Específica:

19. **ANTICH, S.** 2004. Infecciones del tracto urinario, El Farmacéutico; 322: 62-
67
20. **ARISTEGUI, R.** 2004. Infección urinaria, Protocolos de la AEPED
Infectología 19 (Disponible en: <http://www.aeped.es>. 20040924)
21. **BONAL, J.** 2001. Los límites del rol del farmacéutico ¿hasta dónde
debemos ir? Pharm Care Esp; 3: 230-232.
22. **CÁRDENAS, G. L.** 1995 Fundamentos de Legislación Farmacéutica.
Ed. Balcazar, Colombia, 1a. Ed. pp. 23
23. **COMITÉ DE CONSENSO** Segundo Consenso de Granada sobre
problemas relacionados con medicamentos. Ars Pharm 2002; 43:
175-84. (Disponible en <http://farmacia.ugr.es/ars/articulo.php?244>)
24. **DELATTE, C. Y COL.** 1977. Problemas Actuales de Urología. Salvat
Editores. pp. 231
25. **FUENTE INEC.** 2005. Análisis estadístico vital. Ecuador.
26. **GARCÍA, C.** 2002. Seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias, por
los Colegios Farmacéuticos de Aragón (I): Implementación de la

- metodología Dáder (Seguimiento Farmacoterapéutico). Pharm Care Esp; 4: 231-241.
27. **GINECOLOGÍA** <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/454/5/Relacion-entre-la-presencia-de-lesion-cervical-y-variables-epidemiologicas-seleccionadas> 20060902
 28. **GRUPO DE CONCENSO EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA.** 2001. Madrid: MSC.
 29. **GUÍA DE PAUTAS BÁSICAS EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA** <http://www.colfarma.org.ar> 20060523
 30. **HEPLER, C.D.** 1990. Strand L.M. Oportunidades y responsabilidades en Farmacia. Am. J. Hosp. Pharm; 47:533-543
 31. **INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS** http://www.susmedicos.com/art_infeccion_vias_urinarias.htm 200607
 32. **INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS** <http://www.monografias.com/trabajos19/infeccionviasurinarias/infeccion-vias-urinarias.shtml> 20070106
 33. **INFECCIONES VAGINALES** <http://www.youngwomenshealth.org/spbac.html> 20050910
 34. **INFECCIÓN VÍAS URINARIAS** http://www.abcmedicus.com/articulo/medicos/id/62/pagina/1/infeccion_vias_urinarias.html 20061126
 35. **LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE LAS INFECCIONES URINARIAS** http://kidney.niddk.nih.gov/spanish/pubs/uti_ez/200612
 36. **MACHUCA M, MARTÍNEZ-ROMERO F, FAUS MJ.** 2000. Informe farmacéutico – médico según la metodología Dáder para el seguimiento del tratamiento farmacológico. Pharm CareEsp
 37. **MARTÍNEZ, O.** 2001. La Atención Farmacéutica como método para mejorar la salud de los pacientes y la coordinación entre los profesionales médicos y farmacéuticos. Pharm Care Esp. pp. 3: 135-139.
 38. **MÉTODO DÁDER EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA** http://www.stada.es/es/farmacia_dader_info.php
 39. **MÉTODO DÁDER GUÍA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO** <http://www.google.com/search?q=cache:2pewRZcP1zMJ:www.cipfes.org/fil/es/doc004.pdf+metodo+DADER&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=ec20051009>
 40. **MUIR GRAY, JA.** 1997 Atención sanitaria basada en la evidencia. Churchill Livingstone. Madrid.

41. **PANEL DE CONSENSO.** 2002. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Ars Pharmaceutica. pp. 175-184.
42. **PROGRAMA** **DÁDER**
http://209.85.165.104/search?q=cache:sGGidGhn1xUJ:www.unav.es/farmacia/estancias tuteladas/Apuntes/dader.doc+M%C3%89TODO+DADER&hl=es&ct=clnk&cd=7&gl=ec&lr=lang_es.pdf20030621
43. **SMITH, D.** 1985. Urología General.; Editorial El Manual Moderno. México. pp. 167
44. **¿QUÉ ES LA INFECCIÓN URINARIA?** www.pediatraldia.cl20061109
45. **ROMERO F, FAUS MJ.** 1999. Problemas relacionados con la medicación. Concepto y sistemática de clasificación. Pharm Care Esp. pp. 279-288.
46. **SCHAWARE R. y Col.** 1999. Obstetricia. Librería Editorial El Ateneo. 5ta. Edición. Argentina. pp. 326 – 326 – 327 - 328 -329 – 330
47. **STRAND, L.M., MORLEY, P.C., CIPOLLE,** 1990. R.J. and col. Drug related problems: Their structure and function. DICP Ann pharmother; 24:1093-1097.
48. **THOMASON G.** 1990. Conceptos Frecuentes: Infecciones. The Upjohn Company. Pp. 88
49. **THOMASON J. Y COL.** 1991. Revisión e indicaciones de terapia asintomática de las Infecciones Urinarias. Obstret Gynecol Edition. pp.165:1210-17
50. **THORSEN P. FEW.** 1998. Microorganismos asociados con infecciones urinarias, microbiología básica Obstret Gynecol Edition. pp. 178,580-7.
51. **TOVAR J.** 2002. Frecuencia de infecciones ginecológicas por bacterias, hongos y parásitos diagnosticadas por citología cervico-vaginal y factores de riesgo asociados en las pacientes que asistieron a las Consultas de Ginecología y Planificación Familiar. Ambulatorio. pp.769.
52. **UNA** **MUJER** **SALUDABLE**
http://209.85.165.104/search?q=cache:2NBPTn6l2YJ:www.fundaseno.org/otos/UnaMujerSaludableParteVI.doc+descubrimiento+de+la+infeccion_via_s_urinarias &hl=es&ct=clnk&cd=21&gl=ec&lr=la

ANEXOS

ANEXO No 1. OFICIO DE ACEPTACION DEL ANTEPROYECTO DE TESIS



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD H. CONSEJO DIRECTIVO

Oficio 242-HCD
Ibarra, 28 de Mayo de 2010

Licenciada
Janeth Vaca
Directora de la Escuela de Enfermería
Presente

El H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, en sesión ordinaria de 27 de mayo de 2010, conoció oficio 394 suscrito por la señora Decana relacionado con Anteproyectos de Tesis, y, amparado en lo dispuesto en el Art.160 del Reglamento General de la Universidad Técnica del Norte, RESOLVIÓ: aprobar los siguientes Anteproyectos y designar sus Directores (as) de Tesis:

NRO.	ANTEPROYECTO DE TESIS	AUTORES <u>(AS)</u>	DIRECTORAS
6	BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO DURANTE EL PERÍODO NOVIEMBRE 2009- AGOSTO2010	GUERRERO RENE J. MORENO DRISTÓBAL	MSC. SUSANA MENESES
7	CONOCIMIENTOS SOBRE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU RELACIÓN CON RIESGOS REPRODUCTIVOS EN ADOLESCENTES DE LOS QUITNOS Y SEXTOS CURSOS DEL COLEGIO TÉCNICO	ALBA ROSARIO CABRERA DIANA	MSC. MERCEDES CRUZ

	FEDERICO PÁEZ DEL CANTÓN OTAVALÓ", PROVINCIA DE IMBABURA PERÍODO 2009-2010		
8	FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INCIDEN' EN EL CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO DE LA CIUDAD DE OTAVALO PERÍODO 2010-2011	LANDAZURI DIANA NOVOA IRALDA	LIC. INÉS GARZÓN
9	INCIDENCIA DE DISLIPÍDEMIAS EN LOS TRABAJADORES QUE ACUDEN A LA ATENCIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL SEDE IBARRA, DURANTE EL PERÍODO ENERO-JUNIO 2010	CABEZAS JESSICA VACA PAMELA	DR. CARLOS VELEZ
10	APLICACIÓN DEL MÉTODO DADER EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS QUE ASISTEN AL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA, PERÍODO NOVIEMBRE-AGOSTO 2010	RAMOS JOHANNA	DR. DARÍO SALGADO

ANEXO No 2. TRIPTICO ENTREGADO A LOS PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL AREA DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA

COMO PREVENIR LAS IVU?

- Beber mucha agua
- Beber jugo de arándano o tomar complementos alimenticios de vitamina C (ácido ascórbico).
- Limpie el área cercana al recto y la vagina todos los días.
- Limpie el área genital de adelante hacia atrás.
- Evitar el uso de duchas vaginales y aerosoles de higiene femenina irritantes, y usar bragas con entrepiernas de algodón, que absorben la humedad.

La detección de los Problemas Relacionados con los Medicamentos y la oportuna intervención del Profesional de Salud contribuyen a garantizar el Uso Racional de los Medicamentos y es un camino seguro para cumplir con los principios éticos de Beneficencia y No Maleficencia cuando un paciente utiliza un medicamento

Elaborado por: Jhoana Ramos
Internado Rotativo de Enfermería UTN

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

TEMA: "APLICACIÓN DEL MÉTODO DÁDER EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS QUE ASISTEN AL AREA DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE IBARRA"

RESPONSABLE: IRENF. JHOANA RAMOS

QUE ES EL METODO DADER?

El Método Dáder es un procedimiento de seguimiento farmacoterapéutico.

EN QUE NOS AYUDA EL METODO DADER?

Nos ayuda a obtener la información sobre el estado de salud del paciente.

QUE BUSCA EL METODO DADER?

Busca satisfacer la necesidad social y pone a disposición una atención efectiva, económica y segura, evitando así el mal uso de los medicamentos.

Previene los problemas relacionados con los medicamentos.



Además :

- Verifica que los pacientes utilizan los medicamentos que necesitan para sus problemas de salud.
- Garantiza la máxima efectividad de los medicamentos
- Minimiza los riesgos asociados a la utilización de los medicamentos.



QUE SON LAS "IVU" INFECCIONES DE VIAS URINARIAS?

Una infección de las vías urinarias (IVU) es una infección en cualquier parte de las mismas.

CUALES SON LOS SINTOMAS EN UNA IVU?

- ✓ Necesidad urgente de orinar.
- ✓ Sensación de quemazón, presión o dolor en el área de la vejiga o al orinar.
- ✓ La orina puede parecer lechosa o nebulosa, hasta rojiza si tiene sangre.
- ✓ Presión incómoda por sobre el hueso púbico.
- ✓ Fiebre
- ✓ Dolor en su espalda, o en su costado por debajo de las costillas, náusea o vómitos, y escalofríos.




Este color significa ALERTA

E.T.S.	¿ Tiene alguna ? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿cuales? _____	Pareja actual ¿ Tiene alguna ? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿cuales? _____	n/c <input type="checkbox"/>	¿ Ha tenido alguna ? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿cuales? _____	n/c <input type="checkbox"/>
¿ Conoce alguna ? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿cuales? _____	Tratamiento NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿cuales? _____	Tratamiento NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿cuales? _____	n/c <input type="checkbox"/>	Pareja actual ¿ Ha tenido alguna ? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿cuales? _____	n/c <input type="checkbox"/>
	n/c <input type="checkbox"/>	n/c <input type="checkbox"/>			

OBSERVACIONES

FECUNDIDAD		Edad 1er. embarazo <input type="text"/> años	Patología en embarazo no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Recuerda el peso de:
EMBARAZOS <input type="text"/>	abortos = <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> esp. provocados embarazo ectópico	Edad 1er. parto <input type="text"/> años	¿Cuál? _____	1er. R.N. <input type="text"/> g
EMBARAZO ACTUAL <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	nacimientos = <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> nac. vivos nac. muertos	Hospitalizaciones no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Infecciones no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	2do. R.N. <input type="text"/> g
Lactancia actual <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Lactancia pasada <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c	Máxima Lactancia <input type="text"/> meses	Regulación menstrual <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	3er. R.N. <input type="text"/> g
		Lactancia Exclusiva <input type="text"/> meses		4to. R.N. <input type="text"/> g
				n/c = no corresponde

OBSERVACIONES

EXÁMEN FÍSICO GENITO - URINARIO	PATRONA DE VELLO CORPORAL	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Completar el examen físico en el formulario 002 o 003 y 004 (si se trata de morbilidad)
FLUJO VAGINAL antes <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Actual <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> escaso <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> n/c	MOLESTIAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> ardor	SECRECIÓN URETRAL antes <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
OLOR <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	DURACIÓN <input type="text"/> días	TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Actual <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> escaso <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> n/c
COLOR <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			MOLESTIAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> ardor
			DURACIÓN <input type="text"/> días
			TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

EXÁMEN GINECOLÓGICO										TACTO VAGINAL	TACTO RECTAL	ANEXO IZQUIERDO	ANEXO DERECHO	EXÁMEN MAMARIO	TOMA DE MUESTRA
TANNER mamas <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	VULVA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CLÍTORIS <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	HIMEN <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	VAGINA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CUELLO UTERINO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CUERPO UTERINO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> no se hizo	<input type="checkbox"/> no se hizo	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

Inspección y palpación detectando varicocele, hidrocele, ciptorquidia o tumores.

EXÁMEN GENITAL MASCULINO										OBSERVACIONES:
TANNER genitales <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PENE CUERPO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	GLANDE <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PREPUCIO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	SECRECIÓN <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	ESCROTO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TESTÍCULO DERECHO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TESTÍCULO IZQUIERDO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXÁMEN MAMARIO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		

EXÁMEN GENERAL MASCULINO																	
Hemograma	pedido <input type="checkbox"/>	resultado adjunto <input type="checkbox"/>	Urocult. y Antibiogr.	pedido <input type="checkbox"/>	resultado adjunto <input type="checkbox"/>	Nitrogeno	pedido <input type="checkbox"/>	resultado adjunto <input type="checkbox"/>	HIV	pedido <input type="checkbox"/>	resultado adjunto <input type="checkbox"/>	Exámen de flujo vaginal	pedido <input type="checkbox"/>	resultado adjunto <input type="checkbox"/>	Radiografía	pedido <input type="checkbox"/>	resultado adjunto <input type="checkbox"/>
Sedimento urinario			Ureñis			Perilípido			Papanicolaou			Cultivo flujo vaginal			Ecografía		
Químico de orina			Glicemia			VDRL u otro			Test de Schiller			Perfil hormonal			Colposcopia		
Diagnóstico											Tratamiento						
1											1						
2											2						
3											3						

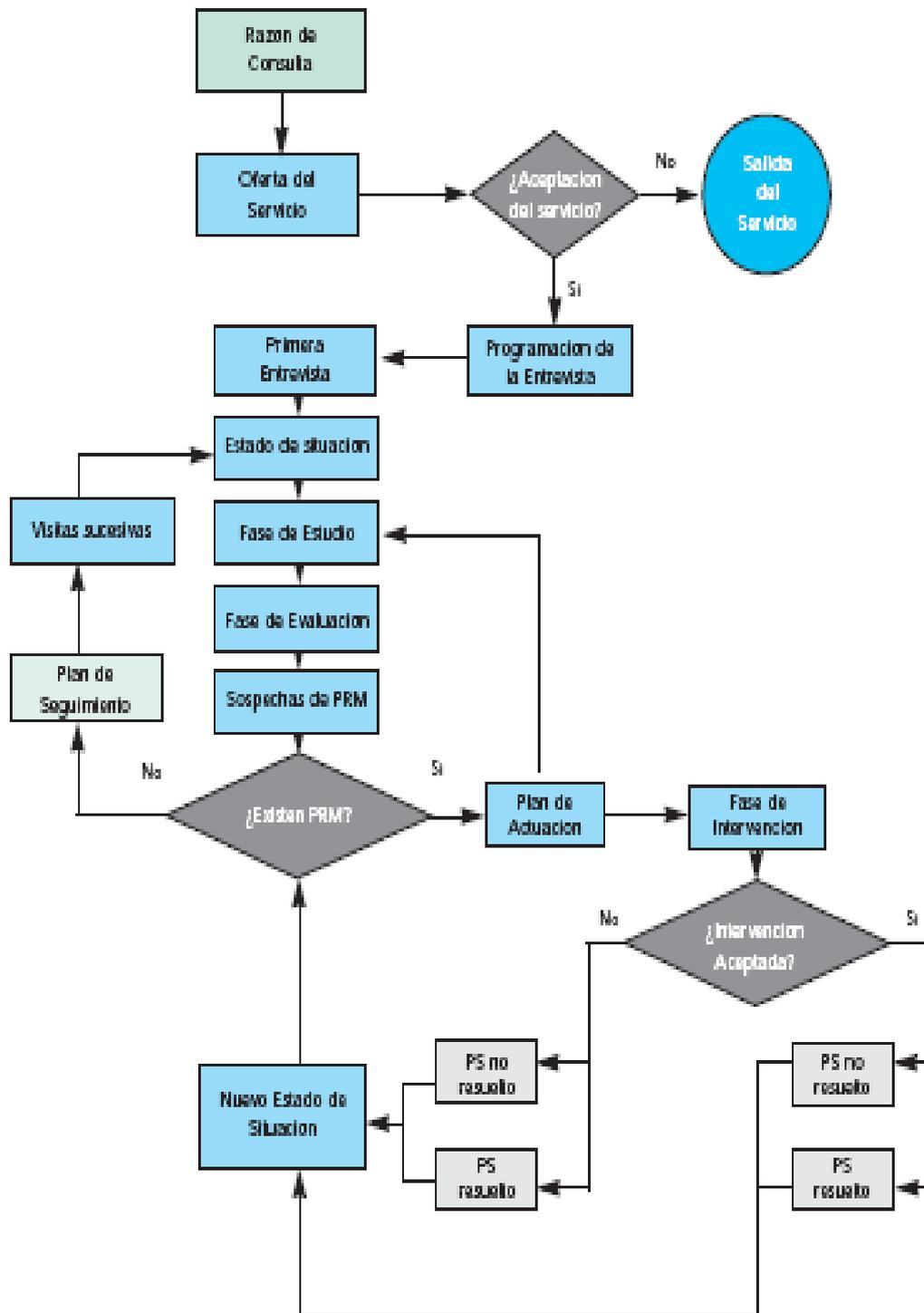
OBSERVACIONES, INDICACIONES E INTERCONSULTAS

dia mes año

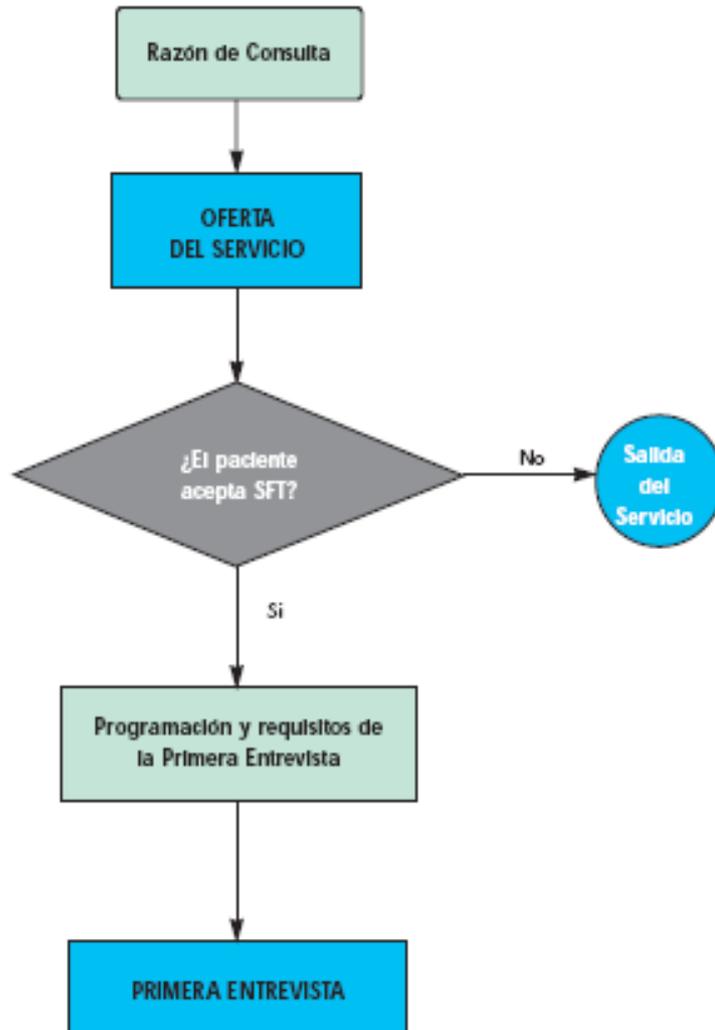
**ANEXO No.4 CAUSAS DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS
MEDICAMENTOS**

PRM	Causa
Medicamento innecesario	Sin prescripción médica Adicción / uso abusivo de drogas Mejor un tratamiento no farmacológico (TNF) Duplicación terapéutica Tratamiento de reacciones adversas evitables
Medicamento equivocado	Forma farmacéutica inapropiada Existen contraindicaciones Medicamento no indicado para el síntoma Existen medicamentos más efectivos Interacción farmacológica
Dosis subterapéutica	Dosis insegura para el paciente Frecuencia Incorrecta Duración incorrecta Almacenamiento incorrecto Administración incorrecta Interacción farmacológica
Reacción adversa al medicamento	Medicamento inseguro o riesgoso para el paciente Frecuencia incorrecta Duración incorrecta Almacenamiento incorrecto Administración incorrecta Interacción farmacológica
Sobredosis	Dosis equivocada Frecuencia inadecuada Duración inadecuada Interacción farmacológica
Falta de cumplimiento	Medicamento no disponible No puede pagar el medicamento No puede tragar o administrar el medicamento No comprende las instrucciones de uso El paciente prefiere no tomar

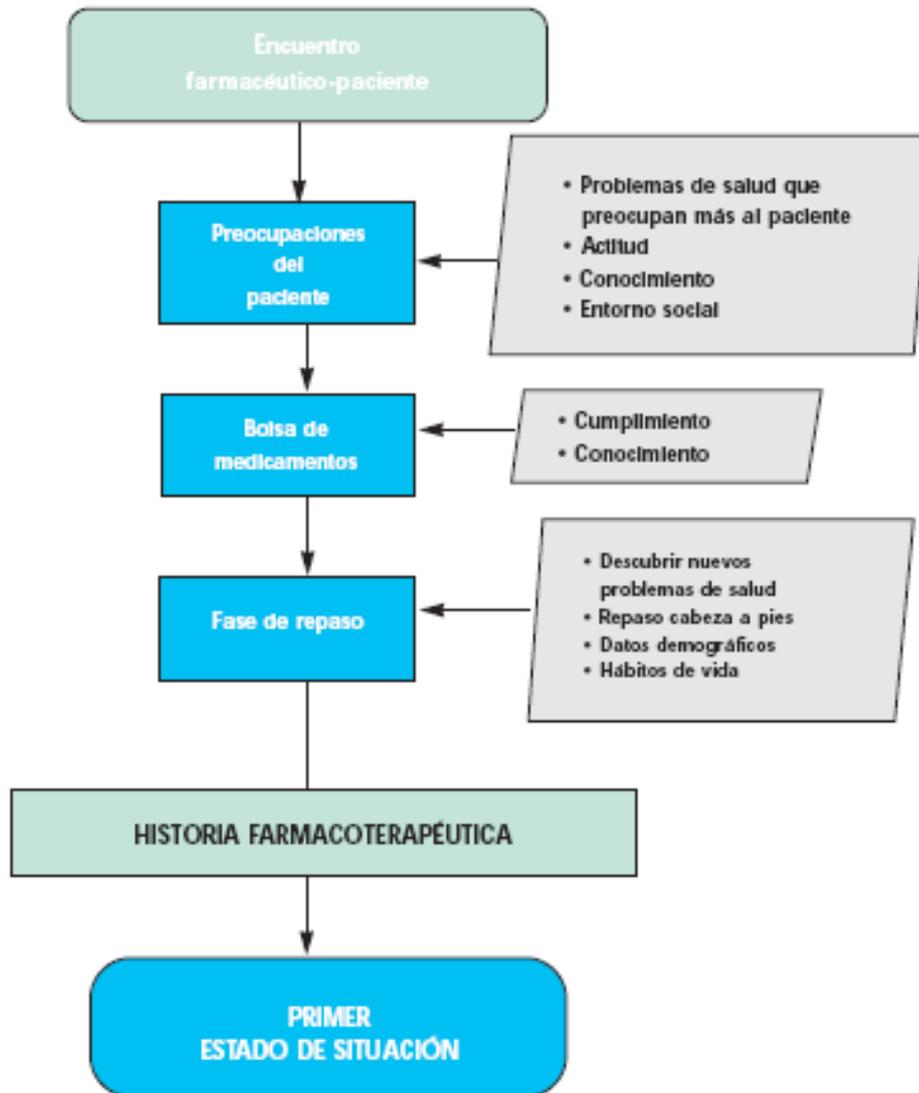
ANEXO No. 5 DIAGRAMA DE FLUJO DEL MÉTODO DÁDER DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO



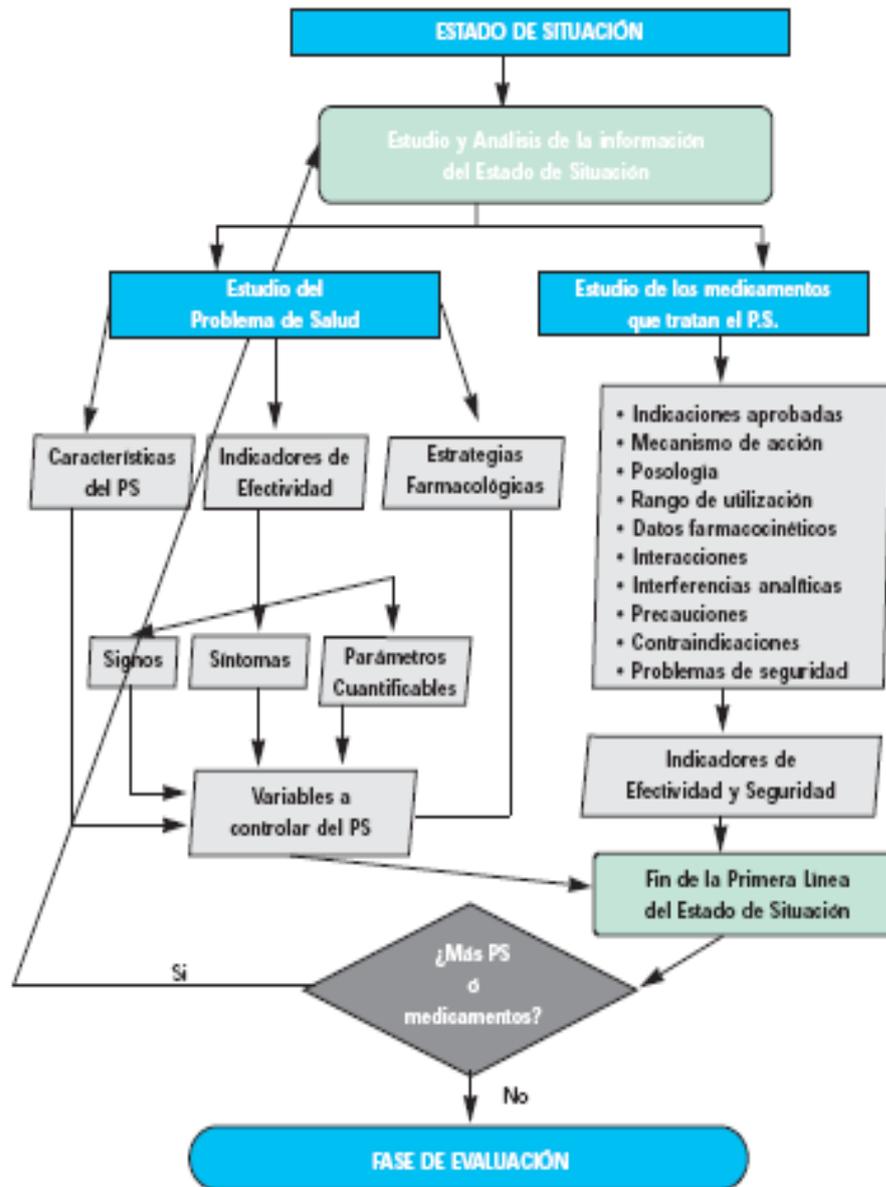
ANEXO No.6 DIAGRAMA DE FLUJO DE LA OFERTA DEL SERVICIO



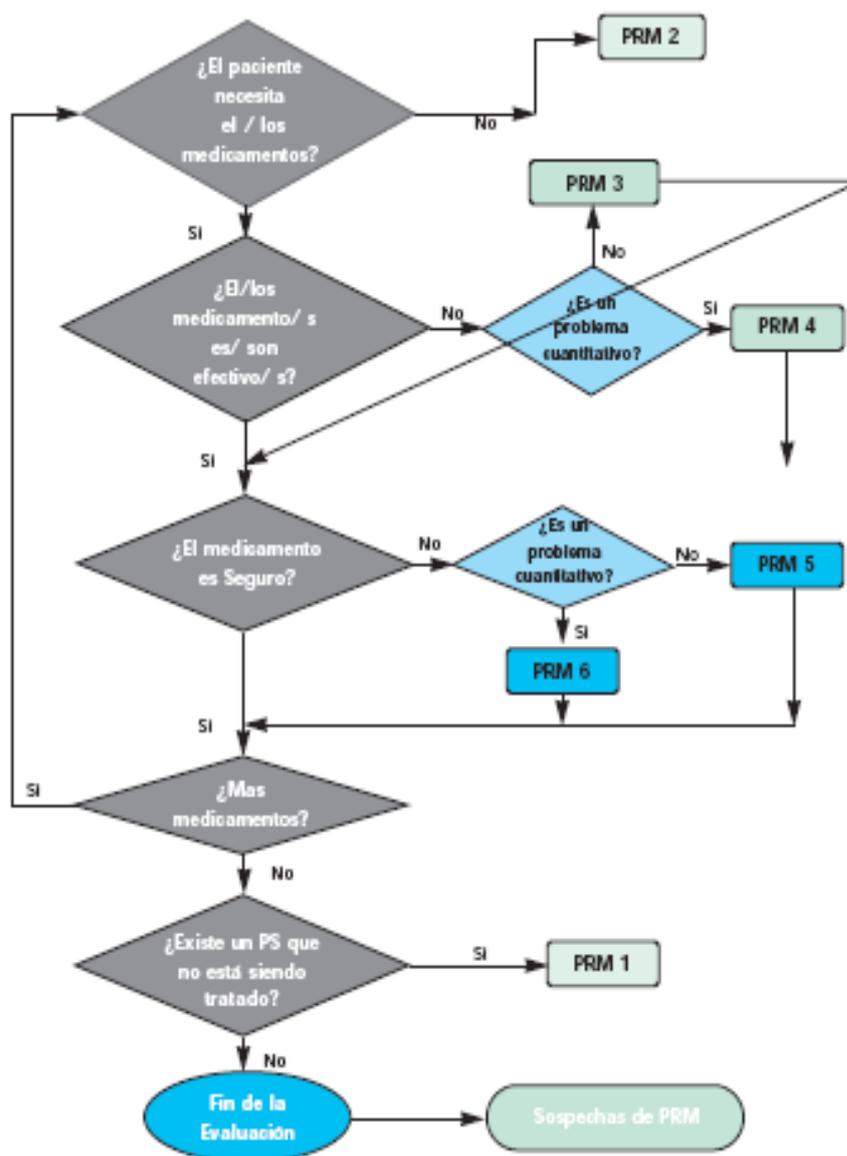
ANEXO No.7 DIAGRAMA DE FLUJO DE LA PRIMERA ENTREVISTA



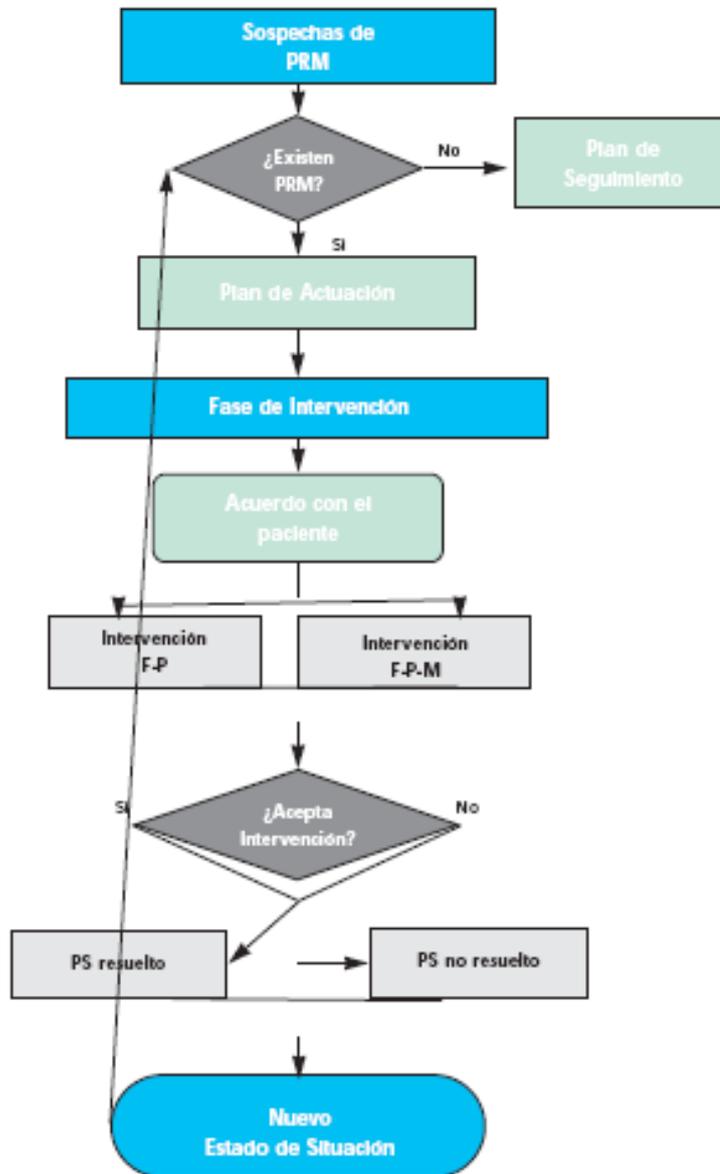
ANEXO No. 8 DIAGRAMA DE FLUJO DE LA FASE DE ESTUDIO



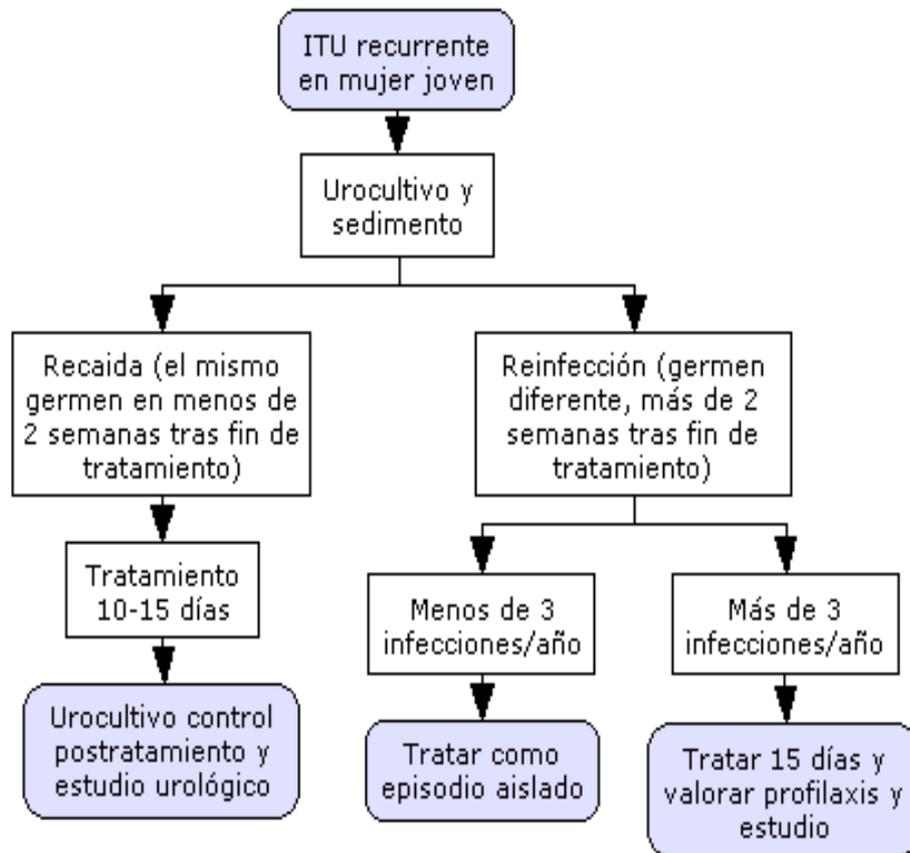
ANEXO No. 9 DIGRAMA DE FLUJO DE LA FASE DE EVALUACIÓN



ANEXO No.10 DIAGRAMA DE FLUJO DE LA FASE DE INTERVENCIÓN



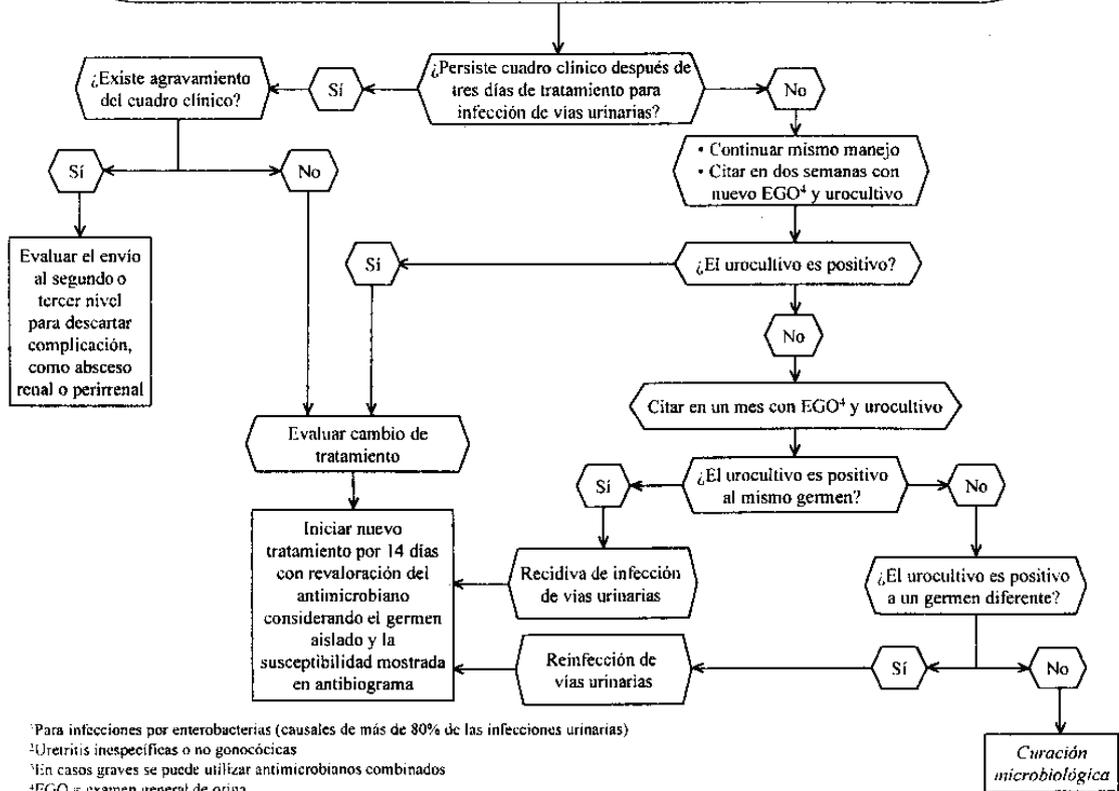
ANEXO No.11 FLUJOGRAMA DE TRATAMIENTO PARA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS RECURRENTE



ANEXO No. 12 DIAGRAMA DE FLUJO PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

Medidas generales			
<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar ingestión de líquidos • Mantener alimentación adecuada • Control del dolor, malestar general e hipertemia con: <ul style="list-style-type: none"> - acetaminofén oral 60 mg/kg/día. en 4 a 6 tomas o - ácido acetilsalicílico oral 60 mg/kg/día. en 4 tomas (máximo 4 g al día) - acidificantes urinarios orales (ácido ascórbico 500 mg cada 12 horas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud sobre: <ul style="list-style-type: none"> - higiene perianal - vaciamiento vesical y control en presencia de vejiga neurogénica - manejo higiénico de sonda vesical en cateterización crónica. con cambio cada 7 días, después de un mes de instalada • Citar tres días después de iniciado el tratamiento para evaluación clínica 		
Tratamiento farmacológico ¹			
Fármaco	Uretritis o Cistitis ²		Pielonefritis ³
	dosis única	dosis múltiple	dosis múltiple
Trimetoprima oral con sulfametoxazol oral	320 y 1600 mg	160 y 800 mg c/12 h/3 días	160 y 800 mg c/12 h/7 a 10 días
Nitrofurantoina oral	-----	100 mg c/6 h/3 días	-----
Ampicilina oral	3.5 g	500 mg c/6 h/3 días	500 mg c/6 h/10 días
Cefalosporinas orales (1ª gen.)	2 g	500 mg c/6 h/3 días	500 mg c/6 h/10 días
Norfloxacina oral	400 mg	400 mg c/24 h/3 días	400 mg c/12 h/7 días
Ciprofloxacina oral	250 mg	250 mg c/12 h/3 días	250 mg c/12 h/7 a 10 días
Kanamicina intramuscular	1 g	1 g c/24 h/3 días	1 g c/24 h/7 a 10 días
Amikacina intramuscular	1 g	1 g c/24 h/3 días	1 g c/24 h/7 a 10 días
Gentamicina intramuscular	160 mg	160 mg c/24 h/3 días	160 mg c/24 h/7 a 10 días



¹Para infecciones por enterobacterias (causales de más de 80% de las infecciones urinarias)

²Uretritis inespecíficas o no gonocócicas

³En casos graves se puede utilizar antimicrobianos combinados

⁴EGO = examen general de orina

ANEXO No.13 ARTÍCULO

¿Es bacteriostático el jugo de arándano?

Los antibióticos son el tratamiento más común para las IVU; sin embargo, se asocian con altos costos, efectos adversos e inducción de resistencias bacterianas. Estas resistencias bacterianas han conducido a modificar los criterios de tratamiento y han generado investigaciones para crear nuevos antibióticos, sólo para encontrar nuevas resistencias bacterianas. Por ello el jugo de arándano se ha establecido como una alternativa atractiva para la prevención de las IVU, dado su bajo costo y ausencia de presión selectiva para el desarrollo de resistencias de los antibióticos. (31)

Son conocidos los mecanismos de protección contra la invasión y multiplicación de bacterias en las vías urinarias: éstos incluyen la corriente descendente, la acidez y la dilución de la orina, así como las propiedades antiadherentes del epitelio urinario. En nuestro estudio no observamos que el arándano contribuya con la acidificación de la orina, lo cual se opone a la creencia tradicional, pero es congruente con los resultados de otras investigaciones. (31)

Para esta investigación se utilizó una toma de 250 mL y una concentración al 27% ya que es la toma más comúnmente consumida por el público. En conclusión este estudio demostró que el efecto benéfico reside en la ya mencionada inhibición de la adherencia bacteriana, que se ha atribuido a los taninos. (31)

ANEXO No. 14 Fotografías

FOTOGRAFIA 1. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA



FOTOGRAFIA 2. EXTERIOR DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA



FOTOGRAFIA 3. JOSE HIDROBO JEFE DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA BRINDANDO ATENCION



FOTOGRAFIA 4. HISTORIAS CLINICAS DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA



FOTOGRAFIA 5. BUSQUEDA DE HISTORIAS CLINICAS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A LA INVESTIGACION



FOTOGRAFIA 6. HISTORIA CLINICA DE UNA PACIENTE QUE SE SOMETIO A LA INVESTIGACION

NOMBRES
 ELENA MERCEDES

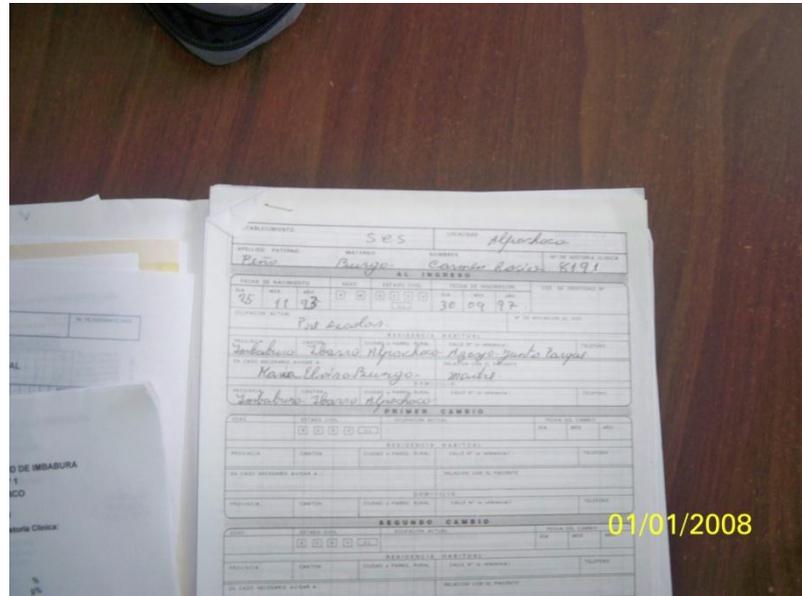
LIDO PATERNO MATERNO NOMBRES N° HISTORIA CLÍNICA
 SOLORAZO CAMBRANO LORENA CECILIA 300329-

CONTROL	
Años	Ver
2010	
2011	
2012	
2013	
2014	
2015	
2016	
2017	
2018	
2019	

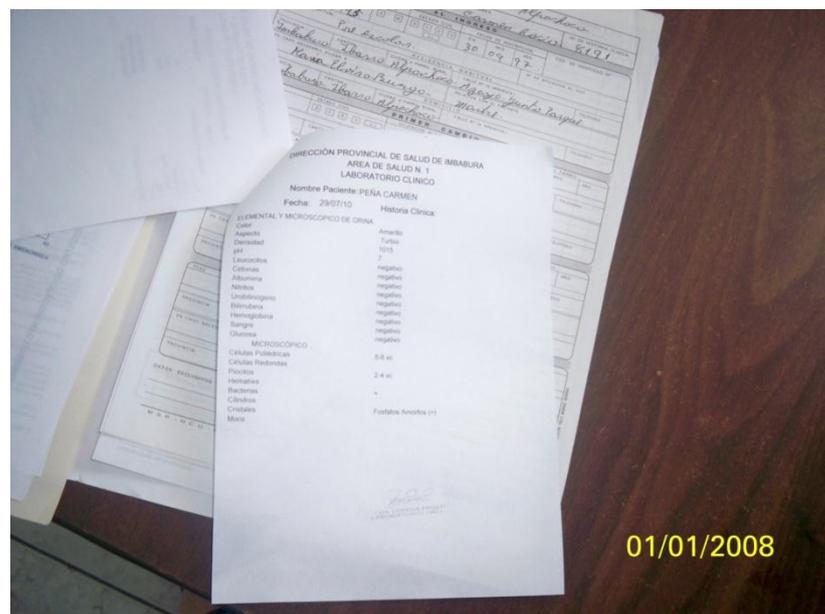
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE IMBABURA

01/01/2008

FOTOGRAFIA 7. RECOLECCION DE DATOS DE UNA DE LAS HISTORIAS CLINICAS QUE SE TOMO PARA LA INVESTIGACION



FOTOGRAFIA 8. RECOLECCION DE DATOS DE LABORATORIO DE UNA DE LAS HISTORIAS CLINICAS TOMADAS PARA LA INVESTIGACION



FOTOGRAFIA 9. ENTREGA DE TRIPTICOS A LAS PACIENTES QUE ASISTEN AL AREA DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA



FOTOGRAFIA 10. CHARLA EDUCATIVA BRINDADA A LAS PACIENTES QUE ASISTEN AL AREA DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA



FOTOGRAFIA 11. PACIENTES HOSPITALIZADAS POR INFECCION DE VIAS URINARIAS



FOTOGRAFIA 12. EXTERIOR DE FARMACIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE IBARRA



ANEXO No. 15 EJEMPLO DEL ESTADO DE SITUACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN DE UNA DE LAS PACIENTES QUE PRESENTÓ INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y PARTICIPÓ EN LA INVESTIGACIÓN

NOMBRE: nnnnnnnnnnnnnnnnnnnnn

EDAD: 63 Años

RESIDENCIA ACTUAL: IBARRA

Altura: 1.55 cm.

Peso: 80 kg.

IMC: 33.3 kg/m²

María es una paciente de 63 años de edad, acude periódicamente a los controles de su enfermedad crónica diabetes mellitus (DM) tipo 2, diagnosticada hace 4 años.

Desde hace 3 años ha presentado Infecciones de Vías Urinarias lo que originó Pielonefritis Aguda y en esta nueva consulta se le presenta un cuadro de vaginosis bacteriana.

Entre los medicamentos que consume tenemos:

MEDICAMENTO	DOSIS
BI-EUGLUCON M	1 tableta antes de cada comida
FLORATIL	Cada 12 horas
CIPROFLOXACINA 250 mg.	Cada 12 horas
CLINDAMICINA óvulos	1 diaria en la noche

La paciente en el transcurso de los años ha presentado IVU y acude a la consulta por presentar desde hace 48 horas un síndrome miccional con disuria, tenesmo, poliuria, el mismo va acompañado de fiebre y dolor lumbar derecho.

La paciente nos comenta que debido a la fiebre se administró por vía oral acetaminofen.

En este caso la clínica sugestiva es de PNA.

De esta manera se le envía exámenes de laboratorio para descartar cualquier sospecha; se le envía un EMO en el cual si la tira colorimétrica nos presenta leucocituria y nitritos nos orientará hacia una IVU ya que en la vaginitis y uretritis no se aprecian nitritos, y la leucocituria puede aparecer en la uretritis pero en la vaginitis no es frecuente.

Con lo que respecta a la exploración física observamos que la paciente presenta dolor a la palpación del hipogastrio y a nivel lumbar derecho, las constantes son: Frecuencia Cardíaca: 105` Tensión Arterial 132/86 y una Temperatura de 39 °C, tiene buena coloración en la piel y mucosas.

Además del EMO se le solicita urocultivo más antibiograma el mismo que comprobará si existe IVU y detectará la bacteria causante.

Se inicia empíricamente a la espera del resultado de urocultivo, el tratamiento antibiótico con CIPROFLOXACINA de 250 mg. por vía oral cada 12 h. por 14 días.

Se realiza controles clínicos diarios del estado de la paciente. Al cabo de dos días ya no presenta fiebre, pero la poliuria no cesa. El urocultivo lo lleva a la consulta a los 4 días con lo que se comprueba que estén más de 100000 u.f.c./mL. y que es positivo para *E. coli*, gracias al antibiograma se detecta que la paciente es sensible al antibiótico prescrito por lo que es necesario aumentar la dosis a 500 mg.

El BI-EUGLUCON M es usado como antidiabético es administrado por vía oral y entre sus efectos secundarios tenemos que causa náuseas, diarreas.

La paciente ha estado manifestando un cuadro de diarreas continuas desde hace 2 semanas tiempo en el que empezó con la administración de este medicamento, por lo que se comprueba que el medicamento está

causando la molestia por lo que es necesario recetarle FLORATIL que ayuda a restablecer el equilibrio del ecosistema intestinal.

Por las molestias que la paciente presente se informa al médico y se le sugiere cambiar la medicación por alguna otra que se encuentre disponible en Farmacia para solucionar el problema que en nuestro caso demuestra la existencia de un PRM.

Clindamicina en óvulos es un antibacteriano usado para contrarrestar la vaginosis bacteriana por lo que se le indica a la paciente que se debe aplicar un óvulo cada noche antes de acostarse y no volver a levantarse.

De esta forma se le indica a la paciente la forma correcta de administración de cada uno de los medicamentos, se recomienda tomar cada medicamento esperando de 5 – 10 minutos para poder administrar el siguiente, siempre con abundante agua y si le es posible con agua un poco tibia para que la absorción del medicamento sea más rápida y eficaz. También se le recomienda que debe cumplir con un estricto horario para la administración de cada medicamento y si nos referimos a CIPROFLOXACINA debe ser administrado los 14 días que dura el tratamiento a pesar de que ya no sienta molestias y al finalizar el mismo se le solicita un urocultivo de control, también se le recomienda beber por lo menos 3 vasos diarios de agua para evitar un cuadro similar.