

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE FARMACIA Y
BIOQUIMICA



**Uso de antiulcerosos en pacientes hospitalizados por covid – 19 del
Hospital II Chocope – La Libertad. junio – diciembre 2020**

Tesis para optar el Título Profesional de Químico Farmacéutico

Autor:

Briceño Vargas, Ana María

Asesor

Jaime Flores Ballena

(Código ORCID: 0000-0002-2346-1040)

Trujillo – Perú

2023

ÍNDICE

Índice general.....	i
Índice de tablas	ii
Palabras Clave.....	iii
Constancia de originalidad.....	iv
Título.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. Introducción.....	1
II. Metodología	18
III. Resultados	22
IV. Análisis y discusión.....	26
V. Conclusiones	28
VI. Recomendaciones.....	29
VII. Referencias bibliográficas.....	30
Anexos	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Uso de antiulcerosos en pacientes hospitalizados por COVID–19 del Hospital II Chocope–La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2020	22
Tabla 2. Uso concomitante de medicamentos en pacientes hospitalizados por COVID–19 del Hospital II Chocope–La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2020	23
Tabla 3. Patrones de uso de antiulcerosos según edad, género y diagnóstico en pacientes hospitalizados por COVID – 19 del Hospital II Chocope – La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2020.....	24
Tabla 4. Patrones de uso de antiulcerosos según antecedentes mórbidos en pacientes hospitalizados por COVID – 19 del Hospital II Chocope – La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2020.....	25

PALABRAS CLAVE

Tema	Uso de medicamentos
Especialidad	Salud Pública

Keywords

Subject	Use of medications
Speciality	Public health

Línea de investigación

Línea de investigación	Farmacia Clínica y Comunitaria.
Área	Ciencias Médicas y de Salud
Subárea	Ciencias de la Salud
Disciplina	Salud Pública

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado "USO DE ANTIULCEROSOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID - 19 DEL HOSPITAL II CHOCOPE - LA LIBERTAD. JUNIO - DICIEMBRE 2020 " del (a) estudiante: BRICEÑO VARGAS ANA MARIA, identificado(a) con Código N° 1314100031, se ha verificado un porcentaje de similitud del 23%, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 12 de diciembre de 2023

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN



Dr. JAVIER MARTÍNEZ CARRIÓN
VICERRECTOR



NOTA: Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

TÍTULO

Uso de antiulcerosos en pacientes hospitalizados por COVID – 19 del Hospital II
Chocope – La Libertad. Junio – diciembre 2020.

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue evaluar el uso de antiulcerosos en pacientes hospitalizados por COVID – 19 del Hospital II Chocope entre junio y diciembre del 2020. Se trata de una investigación, de tipo aplicada, descriptiva, de diseño no experimental y corte transversal. La muestra estuvo comprendida de 33 pacientes que se encontraban hospitalizados en el área COVID que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se procedió a recolectar los datos de manera objetiva directamente de las historias clínicas y recetas atendidas con prescripciones que incluyeron medicamentos antiulcerosos en el servicio de Farmacia, donde se tomaron en cuenta los medicamentos consumidos, la cantidad, la dosis, la forma farmacéutica, la frecuencia y los antecedentes mórbidos de los pacientes. Los resultados arrojaron que el 97% de pacientes usaron omeprazol y el 3% ranitidina; según los patrones de uso de antiulcerosos la edad predominante es el adulto mayor (66,7%), el género que más representativo es el masculino (54,5%), los antecedentes mórbidos predominantes son obesidad 45,5%, HTA 24,2%, DM2 24,2%, enfermedad cardiovascular crónica 15,2% y anemia 12,1%. Finalmente, se evidencia un uso inapropiado de IBP y otros agentes supresores de ácido en pacientes hospitalizados.

Palabras claves: Pacientes hospitalizados por COVID–19, uso de antiulcerosos, uso racional de medicamentos.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to evaluate the use of antiulcer drugs in patients hospitalized with COVID-19 at Hospital II Chocope between June and December 2020. This is an applied, descriptive, non-experimental, cross-sectional design. The sample consisted of 33 patients who were hospitalized in the COVID area who met the inclusion and exclusion criteria. The data was collected objectively directly from the medical records and prescriptions filled with prescriptions that included antiulcer medications in the Pharmacy service, where the medications consumed, the quantity, the dose, the pharmaceutical form, the frequency were taken into account. and the morbid history of the patients. The results showed that 97% of patients used omeprazole and 3% ranitidine; According to the patterns of use of antiulcer drugs, the predominant age is the elderly (66.7%), the most representative gender is male (54.5%), the predominant morbid history is obesity 45.5%, HTN 24, 2%, DM2 24.2%, chronic cardiovascular disease 15.2% and anemia 12.1%. Finally, there is evidence of inappropriate use of PPIs and other acid-suppressing agents in hospitalized patients.

Keywords: Patients hospitalized for COVID-19, use of antiulcer drugs, rational use of drugs.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes y fundamentación científica

Investigaciones Internacionales

Alakhali K. *et al* (2019) en su estudio realizado a 185 pacientes hospitalizados, tuvo como propósito principal, evaluar el uso de antiulcerosos en una muestra aleatoria de autoselección por conveniencia, cuyos resultados mostraron que las prescripciones de los antiulcerosos eran prácticas injustificadas en un 68% y que casi al 98% de pacientes eran los fármacos más comúnmente prescritos.

Halfdanarson O. *et al*, (2018), en el artículo “Inhibidores de la bomba de protones entre adultos: un estudio nacional de utilización de drogas”. La finalidad del estudio fue evaluar e identificar los patrones de uso ambulatorio de IBP entre adultos en Islandia entre 2003 y 2015. Se revisaron 1.372.790 recetas durante todo el período de estudio, de los cuales el 95% fueron para dosis más altas de IBP, la prevalencia anual aumentó de 8.5 por cada 100 personas a 15.5 por cada 100 personas. La prevalencia aumentó con la edad del paciente y fue mayor entre las mujeres que entre los hombres. Finalmente, se observó un aumento considerable en el uso ambulatorio general de los IBP durante un período de 13 años, particularmente entre los adultos mayores. Los pacientes fueron tratados cada vez más por períodos más largos que los recomendados por las guías clínicas y principalmente con dosis más altas.

Valle B. *et al*, (2018), en su artículo sobre “La evaluación de la prescripción profiláctica de omeprazol y ranitidina mediante la identificación de factores de riesgo de sangrado intestinal”, con el propósito de poner en evaluación si este grupo de medicamentos son pertinentes analizado por la escala de Herzig *et al*. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y longitudinal de los datos; se tomaron en cuenta a los pacientes mayores de edad que no presentaron sangrado gastrointestinal y con una estadía en el área de hospitalización mayor a tres días, en el área de medicina interna de un hospital en Bogotá.

Aguilera D. *et al*, (2019) en su artículo titulado “El uso de antiulcerosos como profilaxis en pacientes hospitalizados en el servicio de Cardiología”; mencionan que,

al evaluar la adecuación del tratamiento antiulceroso para profilaxis de úlcera por estrés en 40 pacientes, se observa que al 62% de pacientes se le prescribió omeprazol pero que, a pesar del uso adecuado de antiulcerosos, la indicación a la mayoría de ellos fue sin criterios para profilaxis de úlcera por estrés.

Huarcaya C. (2019), en su investigación sobre “El uso de omeprazol intravenoso en pacientes de las áreas de emergencia y hospitalización del Hospital Santa Rosa”, menciona que se aplicó este análisis para identificar a pacientes con factores de riesgo con potencial sangrado gastrointestinal, con la finalidad de justificar el uso del medicamento en referidos pacientes. Los resultados obtenidos arrojaron que al 69% se les trató con omeprazol EV con una prescripción que no era la apropiada y el 31% presentaban factores de riesgo de sangrado gastrointestinal.

Achata M., (2018), en su artículo sobre la “Prescripción inadecuada de los antiulcerosos en el ambiente hospitalario”, cuya metodología es no experimental, de diseño observacional a fin de recolectar datos necesarios, la misma que fue recopilada a través del análisis de artículos de revistas de alto impacto, aplicando un tamizaje, donde se compararon varios estudios, hallándose que los servicios de cirugía realizaron prescripciones inadecuadas con una frecuencia mayor que en las áreas de medicina.

Azabache R, Trujillo. (2019), en su trabajo sobre el uso inapropiado de antiulcerosos en pacientes adultos hospitalizados no críticos en el Hospital Regional Docente de Trujillo, se revisaron 237 historias clínicas de pacientes adultos hospitalizados con indicación de al menos un IBP, llegando a la conclusión que aproximadamente el 53% de las prescripciones de antiulcerosos no fueron apropiadas y que no estuvieron basadas en recomendaciones de los organismos internacionales y guías farmacoterapéuticas respectivas.

La úlcera péptica (UP) se clasifica en gástricas y duodenales, se trata de una enfermedad multifactorial y compleja. Actualmente, el manejo de dicha enfermedad, así como sus complicaciones sigue siendo un desafío, a pesar de los avances médicos, debido a las tasas elevadas de morbilidad y mortalidad de la enfermedad (Chaves & Nivia, 2020).

La UP es una pústula producida en la superficie de la mucosa estomacal o duodenal, se caracteriza por ser una lesión con pérdida de tejido que puede llegar a comprometer las capas mucosa, submucosa y muscular, con escasa o nula probabilidad de cicatrización. Entre los síntomas más frecuentes se encuentra el ardor alrededor del estómago. El origen más común de esta enfermedad es por infección bacteriana (*Helicobacter pylori*); otra causa de la aparición de esta patología es el uso indiscriminado o prolongado de AINES. Las úlceras no las generan algún factor referente al sistema nervioso central o por estrés, ni por comidas altamente condimentadas o picantes, pero suelen ser un factor de riesgo que pueden llegar a empeorarlas (Azabache, 2019).

La prevalencia de UP en la población mundial es alrededor del 10% y 0.3% de incidencia anual, alrededor del 11% es la frecuencia en úlcera duodenal, más elevada que la úlcera gástrica que representa el 1.2%. Se estima que alrededor del 7.5% de las personas alrededor del mundo, en alguna etapa de su vida, presentarán una úlcera péptica, existiendo la posibilidad que el 50% de los pacientes diagnosticados, presenten una recaída en los siguientes 5 años. El origen de esta enfermedad, se debe al desequilibrio entre los factores defensivos y agresivos. La secreción de ácido gástrico, por ejemplo, es considerado como parte de los factores agresivos (Heidelbaugh, 2006).

La UP cuyo tratamiento se orienta a incrementar la resistencia de la barrera mucosa y el control de la acidez gástrica, así como evitar los factores externos: el tabaco el estrés y los AINES, que influyen negativamente en la evolución de la enfermedad. Los medicamentos antiulcerosos alivian los síntomas de la enfermedad, cicatrizan las úlceras y ayudan a prevenir las complicaciones y recidivas sintomáticas. Estos antiulcerosos se dividen en 4 grupos: i) medicamentos inhibidores de la acidez gástrica, ii) medicamentos inhibidores de la secreción ácida gástrica, iii) medicamentos con efecto antisecretor y protector de la mucosa gástrica y iv) medicamentos con efecto protector sobre la mucosa gastroduodenal.

La farmacoterapia habitual convencional se da con el uso de un protector de la mucosa gástrica o un inhibidor de la secreción ácida, el tratamiento oscila entre 4 y 8 semanas; sin embargo, las recidivas son recurrentes. Actualmente, el tratamiento de la úlcera péptica, se encuentra en proceso de radical transformación. (Rotman, 2013).

Los IBP pertenecen al grupo de fármacos más prescritos a nivel mundial ya que sus indicaciones de uso son múltiples, incluso en la profilaxis y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la enfermedad de UP, la prevención del daño gástrico por AINEs y ácido acetilsalicílico (AAS), dispepsia e infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Hay 6 IBP disponibles en Perú (omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, dexlansoprazol, rabeprazol y esomeprazol), que representan entre el 5% y el 10% del total de recetas farmacéuticas, similar a otros países (Observatorio Nacional sobre el uso de Medicamentos, 2015; Rotman, 2013; Johansen, 2014).

Los IBP son generalmente bien tolerados, tienen pocos efectos secundarios y se consideran seguros pero su uso crónico está relacionado con varios problemas debido a mecanismos que están asociados con la inhibición competitiva del citocromo P-450 hepático y la inhibición prolongada y persistente de la secreción de ácido gástrico. Debido a la alta eficacia de los IBP para controlar los síntomas de las enfermedades del tracto gastrointestinal superior, el tratamiento a menudo se vuelve continuo y difícil de suspender. Esto a menudo dificulta la determinación de la idoneidad de la prescripción de los IBP (Rotman, 2013).

Actualmente, su uso se ha relacionado con un mayor riesgo de efectos adversos, tal como fracturas óseas, enfermedad renal, colitis microscópica, e hipomagnesemia. También se ha sugerido que el uso de IBP podría alterar la composición del microbiota intestinal, aumentando el riesgo de infección por *Clostridium difficile* y enfermedad hepática crónica. A pesar de que se ha demostrado que los IBP minimizan los efectos adversos relacionados con los AINEs en el estómago, la evidencia reciente sugiere que los IBP pueden causar cambios en la composición del microbiota del intestino delgado, lo que aumenta los efectos adversos no deseados de los AINEs en el intestino delgado. Además, la interrupción del tratamiento con IBP se ha relacionado con la hipersecreción de ácido y el desarrollo de síntomas dispépticos en voluntarios sanos (Halfdanarson, 2018).

Los IBP, en especial los de administración parenteral, se encuentran dentro de los medicamentos más usados en los servicios de hospitalización, por su alta eficacia en cuanto a la supresión de la secreción ácida del estómago (Huarcaya, 2019).

La prescripción de IBP cada vez es más recurrente, indicándose sin una adecuada evaluación al paciente, esto ocurre porque se desconoce cuáles son las indicaciones en pacientes hospitalizados. Se observa que a nivel mundial se ha elevado el uso de IBP por su elevada eficacia en la profilaxis para úlceras por estrés y riesgo de hemorragias digestivas altas, sin embargo, se observa en varios estudios que al menos al 75% de los pacientes que se le prescribe un IBP intravenoso, no tienen una prescripción adecuada. Generalmente estos medicamentos prescritos como profilaxis se dan por el temor de que el paciente sufra alguna hemorragia digestiva. En los últimos años el uso de Omeprazol EV ha aumentado en los servicios de hospitalización, lo que conlleva a su uso irracional y excesivo, pudiendo así en muchos casos, traer complicaciones para el paciente. El empleo de IBP como tratamiento profiláctico en úlcera gástrica por estrés se limita a pacientes que están en UCI que presentan factores de riesgo para úlcera péptica (Aguilera, 2016).

Fisiología gástrica

Al igual que otros órganos gastrointestinales intraperitoneales, las paredes del estómago constan de 4 capas: la mucosa, la submucosa, la muscularis externa y la serosa. En comparación con otros órganos del tracto gastrointestinal, el estómago es único porque su muscularis externa presenta una capa oblicua interna además de una capa circular y longitudinal. Exterior a la submucosa se encuentra el plexo de Meissner submucoso, que controla las secreciones y el flujo sanguíneo. Entre la capa circular y longitudinal de la muscularis externa se encuentra el plexo mientérico de Auerbach, que controla la motilidad gastrointestinal.

El epitelio columnar simple recubre la mucosa gástrica, presentando invaginaciones de la mucosa conocidas como fosas y conductos gástricos, conocidas como glándulas gástricas. Cuatro tipos de células principales recubren estas glándulas gástricas: células parietales, células principales, células foveolares y células enteroendocrinas.

Las arterias gástricas derecha e izquierda, las arterias gastrointestinales izquierda y derecha y las arterias gástricas cortas son responsables del suministro de sangre al

estómago. Los ganglios celíacos y el nervio vago inervan el estómago. El nervio vago sirve como un enlace importante entre el cerebro y el intestino con respecto al control del apetito, la secreción de ácido y la motilidad gástrica (Halfdanarson, 2018).

El ambiente ácido del estómago no solo es útil para la desnaturalización de proteínas sino también para la protección contra agentes potencialmente infecciosos. Todo el material consumido por el cuerpo debe pasar por el estómago, lo que lo convierte en una defensa importante contra los microbios. Muchas bacterias son eliminadas o inhibidas por la acidez del estómago.

Las células secretoras adicionales de las glándulas gástricas incluyen células foveolares y células enteroendocrinas. Las células foveolares protegen el estómago de la naturaleza corrosiva de su ambiente ácido al producir moco y bicarbonato (HCO_3). Las células enteroendocrinas secretan varias hormonas digestivas como la gastrina, la somatostatina y la grelina. La gastrina se libera en respuesta al aumento de la distensión gástrica, el aumento del pH gástrico y la presencia de aminoácidos en el estómago (González, 2017).

Fisiopatología de la Úlcera Péptica:

La dispepsia describe síntomas de indigestión, que incluyen náuseas, vómitos, saciedad, ardor de estómago, eructos y dolor abdominal. La dispepsia funcional se refiere a pacientes que experimentan estos síntomas en ausencia de una causa clara. Sin embargo, la mayoría de los casos de dispepsia son causados por patologías, algunas de las cuales involucran el estómago.

La ERGE es un problema médico común debido al reflujo de ácido gástrico y contenido en el esófago que causa síntomas o lesión de la mucosa esofágica. Los síntomas pueden incluir acidez estomacal, regurgitación, dispepsia, ronquera y tos crónica. El tratamiento incluirá pérdida de peso y un estilo de vida saludable para atenuar el reflujo o el consumo de fármacos reductores de ácido como los IBP (Halfdanarson, 2018).

La gastritis se refiere a la inflamación de la mucosa gástrica. Los casos agudos de gastritis se deben a la interrupción del equilibrio entre el ambiente ácido del estómago y su defensa de la mucosa al ácido. Esto puede surgir con el alcohol, el uso crónico de los AINEs, quimioterapia, descenso en la perfusión de la mucosa o incremento de la producción de ácido. Los casos crónicos de gastritis involucran

atrofia de la mucosa gástrica y metaplasia intestinal y se dividen principalmente en 2 subtipos: gastritis autoinmune y gastritis bacteriana. La gastritis autoinmune implica la destrucción autoinmune de las células parietales, mientras que la gastritis bacteriana se refiere a una infección gástrica por *Helicobacter pylori* (González, 2017).

Las úlceras gástricas se producen cuando la mucosa y la submucosa del revestimiento del estómago se descomponen, y comúnmente se deben al uso de AINEs o por *H. pylori*. Las causas menos comunes incluyen estrés, dieta, infección y, rara vez, tumores.

El cáncer gástrico se compone de dos tipos: intestinal y difuso. El tipo intestinal resulta de metaplasia y atrofia debido a gastritis crónica, y se asocia con tabaquismo, alcohol, nitrosaminas y sangre tipo A. El tipo difuso es menos común y presenta una pared del estómago difusamente engrosada. La mayoría de los cánceres gástricos son adenocarcinomas, y con mayor frecuencia hacen metástasis en el hígado (Brunton, 2019).

Fármacos inhibidores de la acidez gástrica

Mecanismo de acción

A este tipo de fármacos se les denominan antiácidos. Poseen la propiedad de neutralizar al ácido clorhídrico (HCl) mediante una reacción química a nivel estomacal, dicho mecanismo proporciona una reducción de la acidez gástrica, pueden absorber varias enzimas pancreáticas incluyendo la pepsina, es así que la agresividad ácida sobre la mucosa digestiva se reduce, sobre todo en las áreas en las que ésta se encuentra mayormente comprometida (Chaves, 2020).

Pueden distinguirse 2 tipos:

- a) *Sistémicos*: la zona catiónica de la molécula se absorbe y podría producir alcalosis sistémica. Poseen una corta duración de acción rápida, con un efecto rebote probable.
- b) *No sistémicos*: cuando reacciona con el HCl, la zona catiónica reacciona con el HCl y da como producto una sal que es no absorbible. Presenta una acción más lenta que puede ser sostenida, sin un posible efecto rebote (Azabache, 2019).

Tipos de fármacos

Antiácidos no sistémicos: magaldrato, sales de magnesio, sales de aluminio, almagato y sales de calcio”.

Antiácidos sistémicos: bicarbonato sódico (Rotman, 2005).

Indicaciones

Los antiácidos poseen varias aplicaciones terapéuticas:

- UP: La función terapéutica esencial es disminuir el dolor que se asocia a la úlcera duodenal, su ingesta está sujeta en función de las necesidades del paciente. Las suspensiones suelen ser más efectivas y rápidas en comparación de los comprimidos.
- Dispepsia. Hace referencia a cualquier tipo de molestia abdominal, por ejemplo, sensación de plenitud y/o meteorismo, sabor desagradable de la boca, regurgitación del contenido del estómago, ardor de estómago. Cuando la dispepsia no se asocia a ninguna enfermedad orgánica u otro síntoma no precisa de ningún tratamiento en especial, por lo que se aconseja el tratamiento de los síntomas de mayor molestia, tales como la sensación de plenitud o el ardor, a través del uso temporal de algunos medicamentos.
- Reflujo gastroesofágico. Los antiácidos aumentan el pH del estómago, disminuyendo el ardor epigástrico. Los medicamentos en solución, como jarabes y suspensiones, ayudan a "lavar" las paredes del esófago que incluyen restos del reflujo ácido del estómago. Actúan rápidamente, sin embargo, sus efectos no son muy duraderos. Algunos especialistas usan preparados mixtos de antiácidos con alginatos, ya que al combinarse forman una capa viscosa que contiene una parte del antiácido formando una espuma que es capaz de flotar sobre el contenido gástrico, penetrando en el esófago cuando se produce el reflujo.

Efectos adversos

El NaHCO_3 y el CaCO_3 pueden ocasionar una alcalosis sistémica y retención hidrosalina. El uso desmesurado de antiácidos en base a calcio puede producir hipercalcemia y, consecuentemente, cálculos renales. (Halfdanarson, 2018).

Los pacientes que padecen insuficiencia renal son susceptibles a intoxicaciones de magnesio y aluminio. (Huarcaya, 2019).

Las sales de calcio y aluminio poseen la característica de ser astringentes. Las sales de magnesio son laxantes. La gran mayoría de estos fármacos son mezclas de sales de magnesio y aluminio cuya acción sobre la motilidad es impredecible (Aguilera, 2016).

Interacciones

Los antiácidos, en especial los no absorbibles, tienen la capacidad de interferir con la absorción digestiva de un gran número de fármacos. Por lo general, desde el punto de vista clínico son interacciones poco significativas, ya que ocasionalmente se traducen en una reducción superior al 20% de la cantidad de fármaco absorbida (Farrel, 2017).

Fármacos que bloquean de la secreción ácida del estómago

Características

El descubrimiento de los medicamentos inhibidores de la secreción ácida del estómago se dio gracias a la identificación los receptores de los distintos secretagogos en la célula parietal y sus mecanismos de acción respectivos. Los medicamentos en mención incluyen agonistas de los receptores inhibidores, antagonistas específicos de los receptores estimuladores de la secreción e inhibidores de la enzima ATPasa hidrógeno–potasio gástrica (Illesca, 2016).

Antagonistas de los receptores de la histamina tipo 2 (Anti-H₂)

Se obtienen a partir de la modificación de la histamina, para que este compuesto modificado sea capaz de competir con la histamina, ya que el receptor debe reconocerlo y acoplarse a él con una potencia mayor que la histamina sin que presenten efectos histamínicos. Estas moléculas se unen de forma selectiva y reversible a la célula parietal en los receptores tipo 2 de la histamina (H₂), bloqueando la actividad de la Adenil ciclase y, en consecuencia, la producción de AMPc intracelular, bloqueando la producción de ácido de la histamina (Azabache, 2019).

Los distintos fármacos pertenecientes a esta familia nacen a partir de las modificaciones entre ellos de la siguiente manera: en el caso de la ranitidina, el anillo imidazólico de la cimetidina se sustituye por un anillo furano, por otro lado, la nizatidina posee el anillo tiazólico de la famotidina y la cadena lateral de la ranitidina, la famotidina contiene un anillo tiazol (Heidelbaugh, 2006).

Los anti-H₂ son medicamentos utilizados en el tratamiento de la UP por su efectividad, rapidez y seguridad (Azabache, 2019).

Tipos de fármacos

Actualmente existen 5 tipos de anti-H₂ disponibles en el mercado para el tratamiento de UP: ranitidina, famotidina, cimetidina, roxatidina y nizatidina (Valle, 2017).

Farmacocinética

Los antagonistas de los receptores H₂ son bien absorbidos tras su ingesta, detectando sus niveles plasmáticos máximos alrededor 1 – 3,5 h después de ingerirlos. La famotidina tiene un tiempo de vida media más larga (4 horas) por tal razón el efecto antisecretor se prolonga. Su distribución se extiende hacia todos los tejidos, tiene la capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica y la placenta; se excreta por la leche materna. La ranitidina, famotidina y cimetidina se metabolizan en el hígado tras su ingesta (Valle, 2017).

La nizatidina tiene por característica su elevada biodisponibilidad (>90%), esto se debe por su menor metabolización a nivel hepático, presentando luego de su administración oral una menor variabilidad en los niveles plasmáticos. Todos se excretan principalmente por la orina. En pacientes con insuficiencia renal es necesario ajustar las dosis (Achata, 2018).

Indicaciones

Múltiples estudios demostraron que los diferentes antagonistas de los receptores H₂ son eficaces en el tratamiento de UP gastroduodenal. La ranitidina presenta gran eficacia previniendo las úlceras duodenales causadas por el consumo de AINEs, sin embargo, su protección carece de efecto frente a las úlceras gástricas, siendo menos eficaz que la cimetidina en el síndrome de Zollinger Ellison. El fármaco ranitidina es entre 5 y 8 veces más potente que la cimetidina en la inhibición de la secreción ácida; la famotidina se presenta como 20 superior a cimetidina y 7,5 veces más que la ranitidina en la inhibición de la secreción ácida (Observatorio Nacional sobre el uso de Medicamentos, 2015).

El tratamiento de mantenimiento con anti-H₂, usando el 50% de una dosis empleada en el tratamiento de cicatrización, disminuye significativamente las recidivas ulcerosas, a comparación del placebo. Los diferentes anti-H₂ analizados poseen una protección parecida, disminuyendo la presencia de recidivas a los 12 meses al 25% (Delgado, 2017).

Reacciones adversas, contraindicaciones, interacciones y precauciones

Los estudios de seguridad de esta clase de medicamentos se han llevado a cabo ampliamente, los cuales podrían considerarse seguros y bien tolerados. Las reacciones adversas más recurrentes se manifiestan a nivel gastrointestinal, en particular diarreas (1%), las náuseas y vómitos (0,8%). También existen reacciones adversas a nivel de SNC, cuyas manifestaciones son cefalea, mareos y confusión mental. Un cuadro de insuficiencia hepática y/o renal, así como una edad avanzada incrementa su incidencia. La aparición de reacciones adversas como ginecomastia e impotencia son muy raras con la cimetidina en relación con un efecto antiandrogénico, al unirse a los receptores androgénicos, este efecto lo carecen el resto de fármacos de esta familia. Gran parte de estos casos lo padecen los pacientes con síndrome de Zöllinger – Ellison, cuyos tratamientos se llevan a cabo con dosis altas durante largos períodos. Otras reacciones poco frecuentes son fiebre, anemia, nefritis intersticial, leucopenia, trombopenia, e hipertransaminasemia leve y asintomática. Estas manifestaciones cónicas se pueden revertir luego de la supresión del fármaco (Guyton & Hall, 2021).

Inhibidores de la bomba de protones – IBP (H+K+ATPasa)

La enzima H+K+ATPasa (también conocida como bomba de protones) es la encargada de regular la secreción ácida en la fase final, se encuentra en la membrana secretora de la célula parietal. Cuando esta enzima es bloqueada la secreción ácida se ve afectada de manera importante. Con el transcurrir del tiempo se han logrado sintetizar nuevas drogas de este grupo terapéutico tales como: omeprazol, lansoprazol, pantoprazol y el rabeprazol” (Charlotee, 1986).

Mecanismo de acción y Farmacocinética

Químicamente, el omeprazol se considera un bencimidazol sustituido, cuya característica, por tratarse de una base débil puede concentrarse en la célula parietal y activándose en un medio ácido del canalículo secretor. Este metabolito activo inhibe irreversiblemente a la H+K+ATPasa, en consecuencia, reduce significativamente la secreción ácida ya sea ante un estímulo histaminérgico, gastrinérgico o colinérgico. Su efecto antisecretor persiste hasta sintetizarse una nueva enzima, este proceso que tiene una duración al menos de 24 horas (Palacios, 2018).

Indicaciones

El omeprazol en unidosis diaria a una concentración de 20 mg a 40 mg reduce significativamente la acidez gástrica. Diversos estudios clínicos demostraron su eficacia cicatrizando las úlceras tanto gástrica como duodenal. Otros estudios comparativos sugieren que el uso concomitante con los anti-H₂, el omeprazol acelera el proceso de cicatrización de las úlceras (Palacios, 2018).

Se ha demostrado que el pantoprazol a dosis 40 mg/día es superior a la ranitidina 300 mg/día y al omeprazol 20 mg/día en la cicatrización de las úlceras duodenales y gástricas. Hay estudios que demuestran que una terapia combinada de pantoprazol con metronidazol y claritromicina es efectiva para tratar la úlcera duodenal ocasionada por *H. pylori* (Becerra, *et al.*, 2016).

Reacciones adversas

Por lo general, omeprazol es un fármaco que es bien tolerado, sin embargo, podría presentar reacciones adversas tales como diarrea, cefalea, náuseas y/o dolor abdominal. Por tratarse de un potente inhibidor de la producción de ácido gástrico, puede producir hipergastrinemia secundaria, cuyo efecto ha sido materia de estudio. A dosis elevadas, en estudios específicamente con ratas, se ha evidenciado la aparición de hiperplasia celular y tumores carcinoides, no obstante, este efecto es similar al producido por la vagotomía permaneciendo estable en el largo plazo. En humanos no se reportan lesiones premalignas, considerándose estos cambios en ratas como irrelevantes. Sin embargo, se desaconsejan tratamientos por encima de las 8 semanas sin control médico (sobretudo de pantoprazol, por su mayor potencia) (Azabache, 2019).

El omeprazol inhibe la acción de citocromo P-450 asimismo interfiere en la disponibilidad de drogas metabolizadas por sistema en mención, sin embargo, este efecto farmacocinético ha sido irrelevante clínicamente (Palacios, 2018).

Lansoprazol, pantoprazol y rabeprazol son fármacos bien tolerados y su incidencia de efectos no deseados se parecen a la del omeprazol (Aizpurua, 2016).

Interacciones

Existen reportes de una posible interacción entre cianocobalamina y ketoconazol con los inhibidores de la bomba de protones, entre ellos omeprazol, disminuyendo la absorción oral de cianocobalamina y ketoconazol, esto debido a la

modificación del pH gástrico. El omeprazol afecta el metabolismo hepático de fármacos como fenitoína, diazepam, ciclosporina y dicumarínicos. Al ser administrados de forma concomitante rabeprazol y digoxina, los niveles séricos de esta última droga se elevan hasta en un 22%, representando un peligro que atenta contra la salud, debido a sus conocidos efectos tóxicos de las drogas digitálicas. (Malo, 2018).

Agonistas de los receptores de la somatostatina

Se trata de fármacos que son inhibidores potentes de la secreción ácida mediada por los diferentes secretagogos. Inhiben la secreción ácida estimulada a partir de la histamina, mediante los receptores de la somatostatina que se encuentran acoplados a la adenilciclase de la membrana celular, así como la estimulada por la acetilcolina y gastrina por distintos mecanismos. El inconveniente primordial para el uso clínico de este grupo de fármacos es la necesidad de administración parenteral (Heidelbaugh, 2016).

Fármacos con efecto protector y antisecretor de la mucosa gástrica

Prostaglandinas

Mecanismo de acción

Provocan un bloqueo dosis-dependiente de la secreción ácida gástrica basal y de la secreción estimulada por la histamina, la pentagastrina y/o los alimentos de naturaleza proteica. Las sustancias responsables de este efecto son las prostaglandinas PGE1, PGE2 y los distintos análogos metilados como misoprostol, enprostil, arbaprostil, etc. En la célula parietal, la somatostatina y las prostaglandinas, interactúan con los receptores inhibidores acoplados a adenilciclase, disminuyendo la difusión de protones. A pesar que las prostaglandinas incrementan las resistencias de la barrera mucosa (compuesta por la secreción de moco y bicarbonato), su eficacia en el proceso de cicatrización de la UP aparentemente se debe exclusivamente a su efecto antisecretor, ya que empleadas a dosis citoprotectoras no son superiores al placebo. (Linares *et al.*, 2017; Soto, *et al.*, 2005).

Indicaciones

El misoprostol 200mg indicado 4 veces al día presenta una eficacia previniendo la formación de úlceras gástricas y duodenales a causa el consumo por tratamiento crónico con AINEs en pacientes sin antecedentes de úlceras gástricas. En tanto, ranitidina ha demostrado su efectividad en la prevención de las úlceras duodenales en

pacientes que consumen AINEs, por su parte, misoprostol previene tanto las úlceras gástricas como duodenales (Castro, *et al.*, 2015).

Efectos adversos

El efecto secundario que se presenta más a menudo es la diarrea, ocasionalmente. La presencia de diarrea depende de la dosis, padeciéndola hasta en el 40% de los pacientes tratados con dosis elevadas.

Contraindicaciones

Las prostaglandinas están contraindicadas en gestantes o que planifiquen estarlo, debido a la contracción uterina (Castro, *et al.*, 2015).

1.2. Justificación de la investigación

Justificación teórica. Esta investigación se realiza con el propósito de aportar al conocimiento existente sobre el uso antiulcerosos a nivel hospitalario dado el contexto actual de pandemia por el COVID – 19 en el Hospital II – Chocope. El instrumento de recolección de datos validado, evaluará el logro de competencias de indagación científica en el uso de antiulcerosos, cuyos resultados podrán sistematizarse en una propuesta, para ser incorporado como conocimiento a las ciencias de la salud, ya que se estaría demostrando que al comparar los resultados del uso de antiulcerosos con las guías farmacoterapéuticas y demás estudios en revistas de alto impacto, se podría lograr optimizar la prescripción y el uso adecuado de medicamentos antiulcerosos.

Justificación metodológica. La elaboración y aplicación de la recolección de datos en el uso de antiulcerosos se indaga mediante métodos científicos, situaciones que pueden ser investigadas por la ciencia, una vez que sean demostrados su validez y confiabilidad podrán ser utilizados en otros trabajos de investigación, así como en otras instituciones educativas.

Se justifica de manera social, con la presente investigación, de relevancia clínica, se tratará de explorar y recolectar información que sirva como referencia al momento de tomar decisiones sobre la prescripción de medicamentos antiulcerosos en pacientes hospitalizados por COVID – 19 en cuanto a prescripción, frecuencia, dosis y tiempo de uso; para disminuir las interacciones y efectos adversos; contribuyendo así con el avance del conocimiento para futuras investigaciones.

1.3.Problema

¿Cuál es el uso de medicamentos antiulcerosos en pacientes hospitalizados del Hospital II Chocope – La Libertad en el periodo de junio a diciembre del 2020?

1.4. Conceptuación y Operacionalización de las variables

Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición		
<p>Uso de antiulcerosos en pacientes hospitalizados. El uso irracional de medicamentos, entre ellos, los medicamentos antiulcerosos, representan una gran incertidumbre sanitaria de gran magnitud. La obligación de realizar actividades programadas para controlar el problema, resulta más que evidente. Existe una evidencia exhaustiva con respecto a la morbilidad y un gran efecto en los sistemas sanitarios por consecuencia del uso inadecuado. Despejando de una adecuada indicación, una precisa dispensación y la apropiada administración (Linares, et al., 2017).</p>	<p>Patrones de uso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes Mórbitos - Medicamento - Forma Farmacéutica 	Dosis promedio prescrita de antiulcerosos.	Cuantitativa de razón		
		Indicaciones de prescripción de un antiulcerosos.			
		Existencia de interacciones medicamentosas.			
				Edad	Cuantitativa nominal
				Sexo	
				Diagnóstico de los pacientes hospitalizados.	

1.5. Hipótesis

Implícita.

1.6.Objetivos

Objetivo general

- Evaluar el uso de medicamentos antiulcerosos en pacientes hospitalizados en el área COVID – 19 del Hospital II Chocope – La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2020.

Objetivos específicos

- Describir el uso de antiulcerosos en pacientes hospitalizados por COVID – 19 del Hospital II Chocope – La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2020.
- Identificar los patrones de uso de antiulcerosos en pacientes hospitalizados por COVID – 19 del Hospital II Chocope – La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2020.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

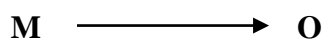
2.1.1. Tipo de investigación

Es Básica, debido a que la presente investigación se plantea aportar conocimiento objetivo acerca de la efectividad de una intervención farmacéutica educativa en la mejora de la percepción y aceptación de medicamentos genéricos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

2.1.2. Diseño de investigación

Se trata de una investigación de diseño descriptivo ya que se describen los resultados que se obtuvieron a través del instrumento de recolección de datos, o sea la investigación no persigue una relación causa–efecto; mide fenómenos tal y como ocurren de manera natural a fin de llegar a analizarlas. El estudio mide y recoge la información (datos) de manera independiente o conjunta sobre las variables estudiadas. Asimismo, se trata de un estudio transversal debido a que los datos recolectados se analizaron en un determinado periodo de tiempo y es prospectivo ya que los datos se recolectan a medida que se va suscitando y siguiendo a un grupo de individuos que son semejantes en relación al estudio (Hernández *et al*, 2014), (Mendoza 2018).

Este diseño se grafica de la siguiente forma:



Donde:

M: Pacientes hospitalizados por COVID – 19 en el Hospital II Chocope – La Libertad.

O: Uso de antiulcerosos.

2.2. Población, muestra y muestreo

2.2.1 Población

La población está conformada por un conjunto de individuos que el investigador requiere para llevar a cabo el estudio de un fenómeno determinado. Para realizar el estudio de investigación la población en estudio serán los pacientes hospitalizados por COVID – 19 del Hospital II Chocope, provincia de Ascope, departamento de La Libertad, que por alguna razón se les prescribe fármacos antiulcerosos (Arias *et al.*, 2016).

Criterios de Inclusión

- Pacientes hospitalizados por COVID – 19 más de 48 horas.
- Pacientes mayores de 18 años ambos sexos.
- Pacientes con prescripción de fármacos antiulcerosos.

Criterios de Exclusión

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes sin prescripción de fármacos antiulcerosos.
- Pacientes en tratamiento por infección de *Helicobacter pylori*.
- Pacientes con tratamientos para VIH o TBC.

2.2.2 Muestra

Hace referencia al subgrupo de elementos tomados de la población, quienes poseen características en común y serán quienes participen en el desarrollo del estudio a través de los instrumentos (encuesta, ficha de recolección). Para la estimación del tamaño de muestra (n), se considerará a los pacientes que se encuentran hospitalizados con diagnóstico de COVID – 19 en el Hospital II Chocope La Libertad. Para ello se deben tomar en cuenta además los criterios de inclusión y exclusión (Baena, 2017).

Según Duffao modificada:

Para la estimación del tamaño muestral (n), se ha considerado una prevalencia del 25%, este porcentaje se ha tomado como referencia de estudios llevados a cabo anteriormente, considerándose a 33 individuos. (Espínola LR, 2018), (Castro I *et al*, 2015).

$$n = \frac{(z)^2 pqN}{(N-1)e + z^2 pq}$$

Donde:

N: 74 individuos

E: 5%

Z: 1.96

P: 0.25

Q: 0.75

n = 33

2.3. Técnicas e instrumentos de investigación

2.3.1. Técnicas

Se procedió a recolectar los datos de manera objetiva directamente de las historias clínicas y recetas dispensadas con prescripción de fármacos antiulcerosos en el área de Farmacia, a través de una ficha de recolección de datos. Se obtuvieron los datos de historias clínicas y recetas dispensadas de pacientes hospitalizados en un promedio de 184 días.

2.3.2. Instrumento

Una vez recogida la información en la ficha de recolección de datos se consolidará en una base de datos, donde se tomarán en cuenta los fármacos consumidos, la dosis, la cantidad, la frecuencia, la forma farmacéutica y antecedentes mórbidos de los pacientes.

Confiabilidad y validez del instrumento

La confiabilidad guarda relación por la similitud de los resultados que se obtienen cuando se aplica el instrumento a la población en estudio. Asimismo, establecieron que la confiabilidad y seguridad del instrumento, está relacionado con la aceptación de los resultados según la fiabilidad del instrumento (Hernández *et al.*, 2014), (Oviedo & Campo, 2005).

No aplica por ser datos adquiridos de una institución de EsSalud.

Procesamiento y análisis de la información

La información obtenida se analizó con el programa SPSS v. 25, con la prueba estadística Chi Cuadrado para su valoración en tablas de distribución de frecuencias porcentuales, acorde a las guías clínicas y artículos de revistas de alto impacto. La información recopilada fue de carácter anónimo y utilizada con fines de investigación (Valderrama, 2015).

III. RESULTADOS

Tabla 1. *Uso de antiulcerosos en pacientes hospitalizados por COVID – 19 del Hospital II Chocope – La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2020.*

Medicamentos	Sí		No	
	n	%	n	%
Omeprazol	32	96.97	1	3,03
Ranitidina	1	3,03	32	96,97
Total	33	100	33	100

Datos obtenidos por la investigadora.

El 96.71% de los pacientes hospitalizados usa omeprazol. El 96.97 % de los pacientes hospitalizados usa ranitidina.

Tabla 2. *Uso concomitante de medicamentos en pacientes hospitalizados por COVID – 19 del Hospital II Chocope – La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2020.*

Medicamentos	n	%
Enoxaparina	30	14,93
Dexametasona	29	14,57
Ceftriaxona	20	10,6
Paracetamol	16	9,1
Doxiciclina	13	5,29
Azitromicina	11	3,63
Codeína	9	2,97
Losartán	9	2,97
Piperacilina/tazobactam	8	2,64
Acetilcisteína	7	2,31
Imipenem + cilastatina	7	2,31
Dextrometorfano	6	1,98
Prednisona	5	1,65
Alprazolam	4	1,32
Cefepima	3	0,99
Irbesartán	3	0,99
Amoxicilina + ácido clavulánico	2	0,66
Atorvastatina	2	0,66
Tramadol	2	0,66
Ácido acetilsalicílico	1	0,33
Beclometasona	1	0,33
Clindamicina	1	0,33
Clopidogrel	1	0,33
Digoxina	1	0,33
Ivermectina	1	0,33
Levotiroxina	1	0,33
TOTAL		100

Datos obtenidos por la investigadora.

El 14.93 % de los pacientes hospitalizados usa Enoxaparina. El 14,57 % de los pacientes hospitalizados usa Dexametasona. 10,6 % usa Ceftriaxona.

Tabla 3. *Patrones de uso de antiulcerosos según edad, género y diagnóstico en pacientes hospitalizados por COVID – 19 del Hospital II Chocope – La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2020.*

		n	%
Edad	Joven (18–26 años)	1	3,0
	Adulto (27–59 años)	10	30,3
	Adulto mayor (60 años a más)	22	66,7
	Total	33	100,0
Género	Masculino	18	54,5
	Femenino	15	45,5
	Total	33	100,0
Diagnóstico	Coronavirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos	10	30,3
	Infección debida a coronavirus, sin otra especificación	14	42,4
	Enfermedad respiratoria aguda debido al nuevo coronavirus	9	27,3
	Total	33	100,0

Datos obtenidos por la investigadora.

Patrones de uso de antiulcerosos en pacientes, El 54,5% de los pacientes hospitalizados es el sexo masculino. El 42,4 % llega con diagnóstico de Infección debida a coronavirus, sin otra especificación. Y el 45,5% tiene obesidad como antecedentes mórbidos.

Tabla 4. *Patrones de uso de antiulcerosos según antecedentes mórbidos en pacientes hospitalizados por COVID – 19 del Hospital II Chocope – La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2020.*

Asma	Sí	2	6,1
	No	31	93,9
	Total	33	100,0
Obesidad	Sí	15	45,5
	No	18	54,5
	Total	33	100,0
HTA	Sí	8	24,2
	No	25	75,8
	Total	33	100,0
DM2	Sí	8	24,2
	No	25	75,8
	Total	33	100,0
Cardiomegalia	Sí	1	3,0
	No	32	97,0
	Total	33	100,0
Enfermedad Cardiovascular Crónica	Sí	5	15,2
	No	28	84,8
	Total	33	100,0
Cirrosis	Sí	1	3,0
	No	32	97,0
	Total	33	100,0
Anemia	Sí	4	12,1
	No	29	87,9
	Total	33	100,0
ERC	Sí	2	6,1
	No	31	93,9
	Total	33	100,0
> 60 años	Sí	8	24,2
	No	25	75,8
	Total	33	100,0
EPID	Sí	1	3,0
	No	32	97,0
	Total	33	100,0
TBC	Sí	1	3,0
	No	32	97,0
	Total	33	100,0
Secuelas de ACV	Sí	1	3,0
	No	32	97,0
	Total	33	100,0
Hipotiroidismo	Sí	1	3,0
	No	32	97,0
	Total	33	100,0

Datos obtenidos por la investigadora. Patrones de uso de antiulcerosos en pacientes. El 45,5% tiene obesidad como antecedentes mórbidos.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la tabla 1 se observa que al 96,97% de pacientes se les administró omeprazol y al 3,03% fueron administrados con ranitidina de un total de 33 pacientes que son el 100% de la muestra en estudio. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) se encuentran entre las clases más comunes de medicamentos recetados. Aunque anteriormente se pensaba que eran seguros, la literatura reciente ha mostrado riesgos asociados con su uso, incluido un mayor riesgo de infección por *Clostridium difficile*, neumonía y fracturas. Debido a estos riesgos, es importante determinar si los IBP se están utilizando adecuadamente. (Huarcaya C. (2019).

El uso inapropiado de la terapia de supresión de ácido se ha demostrado consistentemente en la población médica general de pacientes hospitalizados. Muchas de las revisiones identifican a la profilaxis de las úlceras por estrés como una razón común para una terapia inapropiada. Las pautas actuales de profilaxis de úlceras por estrés recomiendan terapia supresora de ácido con un anti-H₂, un antiácido o sucralfato para pacientes con alto riesgo de desarrollar una úlcera por estrés (estas pautas no recomiendan los IBP debido a la falta de datos de eficacia y seguridad). (Achata M., 2018).

Los pacientes que cumplen con estos criterios incluyen aquellos que requieren ventilación mecánica por más de 48 horas, aquellos con coagulopatía, aquellos que tienen antecedentes de ulceración GI o sangrado en el último año y aquellos que tienen dos o más de los siguientes factores de riesgo: sepsis, estancia en UCI superior a 1 semana, sangrado oculto > 6 días, o uso de corticosteroides en dosis altas definidas como una dosis diaria de 250 mg de hidrocortisona. Tal como se presentó en el Congreso Anual de la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos de 2014. Se espera que los anti-H₂ se recomienden como terapia de primera línea y que el uso de IBP se reserve para aquellos que han fallado o no pueden tolerar un tratamiento con anti-H₂, aquellos con sangrado gastrointestinal o aquellos con otra indicación para un IBP. Aún no se han definido las pautas para la prevención de la úlcera por estrés en pacientes que no están en la UCI, y la literatura médica actual no respalda el uso rutinario de terapia supresora de ácido con IBP. El uso inapropiado de la terapia supresora de ácido

en los estudios publicados anteriormente osciló entre el 25 % y el 70 %. Tanto el uso inapropiado como la continuación inapropiada de la terapia supresora de ácido al momento del alta ponen a los pacientes en riesgo de eventos adversos e interacciones farmacológicas. (Azabache R, Trujillo, 2019).

En la tabla 2 se puede observar una serie de medicamentos coadministrados con omeprazol, evidenciando potenciales interacciones medicamentosas. Las interacciones medicamentosas pueden influir sobre los resultados de la terapia farmacológica de manera negativa, generando resultados terapéuticos indeseados, evitando alcanzar el objetivo del tratamiento o la aparición de nuevos problemas de salud en el paciente (Ospina A, 2021).

En la tabla 3 y 4 se observan los patrones de uso de antiulcerosos en pacientes hospitalizados por COVID – 19 del Hospital II Chocope – La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2020. Donde en la edad que más predomina es el adulto mayor (66,7%), seguido adulto (30,3%) y por último joven (3,0%). Continuando podemos mencionar el género que más representativo es el masculino (54,5%) y el género femenino (45,5%). También se visualiza el diagnóstico de infección debida a coronavirus, sin otra especificación (42,4%), Coronavirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos (30,3%), Enfermedad respiratoria aguda debido al nuevo coronavirus (27,3%). Finalmente, en cuanto a los antecedentes mórbidos como el asma 6,1%, obesidad 45,5%, HTA 24,2%, DM2 24,2%, Cardiomegalia 3%, Enfermedad Cardiovascular Crónica 15,2%, Cirrosis 3, Anemia 12,1%, ERC 6,1%, EPID 3,0%, TBC 3, Secuelas de ACV 3% e Hipotiroidismo 3% de un total de 33 pacientes que son el 100% de la muestra en estudio.

V. CONCLUSIONES

1. Se evidenció un uso inapropiado de IBP y otros agentes supresores de ácido en pacientes hospitalizados.
2. En cuanto al uso de antiulcerosos en pacientes hospitalizados por COVID – 19 del Hospital II Chocope – La Libertad, los resultados obtenidos arrojaron que el 97% de pacientes usaron omeprazol y el 3% ranitidina.
3. Según los patrones de uso, el uso concomitante de medicamentos se identificaron potenciales interacciones farmacológicas (6), siendo 4 de alto riesgo y 2 de riesgo medio; según los patrones de uso de antiulcerosos la edad predominante es el adulto mayor (66,7%), el género que más representativo es el masculino (54,5%), los antecedentes mórbidos predominantes son obesidad 45,5%, HTA 24,2%, DM2 24,2%, y Enfermedad Cardiovascular Crónica 15,2%, Anemia 12,1%.

VI. RECOMENDACIONES

- 1.** Ante la abrumadora evidencia, se sugiere que, hasta la demostración del beneficio de la profilaxis de úlceras por estrés en pacientes hospitalizados, se debe evitar el uso de IBP para tal fin en esta población.
- 2.** Para aquellos pacientes que toman un IBP en el hogar, se debe determinar la idoneidad de la continuación de la terapia con IBP al momento de la admisión para disminuir el costo y disminuir el potencial de reacciones adversas graves e interacciones farmacológicas.
- 3.** Se podrían desarrollar e implementar intervenciones tales como programas educativos y/o pautas de uso específicas de la institución para ayudar a disminuir el uso de IBP en la población de pacientes hospitalizados.

VII. AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por darme vida, salud y permitirme culminar satisfactoriamente mis estudios, sueño anhelado que tiene como objetivo servir a la comunidad, poniendo a disposición los conocimientos adquiridos durante mi formación académica.

Agradezco a mis padres, y familiares ´por ser mi soporte cuando me sentía exhausta frente a nuevos retos en cada ciclo, agradezco a mis compañeros y amigos con quienes a través de su amistad y gratos momentos me fortalecían para seguir en el camino que había emprendido.

Agradezco a la plana docente de la casa de estudios, que me permitió tener el honor de formar ´parte de sus educandos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achata M. (2018). Prescripción inadecuada de Inhibidores de Bomba de protones en el ambiente hospitalario: Un problema subestimado. *Rev cuerpo méd.* 11 (4): 274-275. Obtenido de: <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/474>
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M. N., & Miranda-Navales, M. G. (2016). El protocolo de investigación III: La población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), p.202. <https://doi.org/10.29262/ram.v63i2.181>
- Aguilera L, De Argila C, Albillos A. (2016). Consideraciones prácticas en el manejo de los inhibidores de la bomba de protones. *Rev Enferm Dig.* 108 (3): 145-153. Obtenido de: https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v108n3/es_revision.pdf
- Ahrens D, Chenot JF, Behrens G, Grimmsmann T, Kochen MM. Adecuación de las recomendaciones de tratamiento de los IBP en las cartas de alta hospitalaria. *Eur J Clin Pharmacol.* 2010; 66 (12): 1265–71.
- Aizpurua I. et al. (2016). Inhibidores de la bomba de protones: Recomendaciones de uso. 1era edición. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- Alakhali K, et al. (2019). Evaluación de la prescripción y uso de medicamentos supresores de ácido en hospitales centrales en la región de Abha, Arabia Sudita. *Ars Pharm.* 60 (2): 125-131. Obtenido de: <http://dx.doi.org/10.30827/ars.v60i2.8687>
- Amariles P, Giraldo NA, Faus M J. Interacciones medicamentosas: aspectos generales y aproximación para establecer y utilizar su relevancia clínica. *Med Clin (Barc)* 2017; 129: 27-35. doi: 10.1157/13106681.
- Amariles, Pedro, Madrigal-Cadavid, Juliana, & Giraldo, Newar A.. (2021). Relevancia clínica de las interacciones medicamentosas: Propuesta de actualización de la

clasificación, acorde con su gravedad y probabilidad. Revista chilena de infectología, 38(2), 304-305. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182021000200304>.

Anand BS, Sanduja SK, Lichtenberger LM "Efecto del omeprazol en la biodisponibilidad de la aspirina: un estudio controlado aleatorio en voluntarios sanos". Gastroenterología 116 (2009): A371

Andersson T, Andren K, Cederberg C, Edvardsson G, Heggelund A, Lundborg P "Efecto del omeprazol y la cimetidina en los niveles plasmáticos de diazepam". Eur J Clin Pharmacol 39 (2009): 51-4

Andersson T, Cederberg C, Edvardsson G, et al. "Efecto del tratamiento con omeprazol en los niveles plasmáticos de diazepam en metabolizadores rápidos lentos versus normales de omeprazol". Clin Pharmacol Ther 47 (2009): 79-85

Azabache R. (2019). Frecuencia del uso inapropiado de inhibidores de la bomba de protones en pacientes adultos hospitalizados no críticos. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio Institucional. Obtenido de: http://www.dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/15220/AzabacheValera_R.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Baena, G. (2017). *Metodología de la investigación*. 3° ed. México: Mcgrawhill

Becerra L. et al. (2019). Evolución de los fármacos antiseoretos: Farmacología y Usos clínicos. Revista Médica MD 10 (2): 174-184. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2018/md182t.pdf>

Bogman K, Peyer AK, Torok M, Kusters E, Drewe J "Inhibidores de la HMG-CoA reductasa y modulación de la glicoproteína P". Br J Pharmacol 132 (2010): 1183-92.

- Briones N, Cartes-Velásquez R. (2014). Prevalence of the gastrointestinal risk factors in a Pehuenches community, Chile. *Revista Médica Electrónica*. 36 (1): 34-48. Obtenido de: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1049>
- Brunton L, Hilal R, Knollmann B. (2019). *Goodman & Gilman Las bases Farmacológicas de la Terapéutica*. 13va edición. Mc Graw-Hill Interamericana Editores.
- Castro I, Adelí M, Palma L, Elizabeth D. (2015). Reacciones adversas medicamentosas reportadas en el hospital base Víctor Lazarte Echegaray durante el año 2014. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio Institucional. Obtenido de: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/1543>
- Cerner Multum, Inc. "Información de productos australianos".
- Cerner Multum, Inc. "Resumen de las características del producto del Reino Unido".
- Charlotee Dienhart. (1986). *Anatomía y Fisiología Humana*. 3era edición. Mc Graw-Hill.
- Chaves N, Nivia D. (2020). Uso de inhibidores de la bomba de protones y antagonistas de los receptores H2 de histamina como profilaxis en úlceras por estrés: ¿Una práctica justificada? *Rev Colomb Enferm*. 11(10): 82 – 92 Obtenido de: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/742/336>.
- D. Bhatt, B. Cryer, C.F Contant, M. Cohen, A. Lanas, T.J. Schnitzer, et al. Clopidogrel with or without omeprazole in coronary artery disease. *N Engl J Med*, 363 (2015), pp. 1909-1917. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1007964>.
- Delgado V. (2017). Utilización de inhibidores de la bomba de protones en pacientes adultos mayores internados en el hospital Goyeneche, Arequipa 2013-2016. [Tesis de Pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio

Institucional. Obtenido de:
<https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/6299/70.2211.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Directrices terapéuticas de la ASHP sobre la profilaxis de las úlceras por estrés. comisión de ASHP sobre terapéutica y aprobado por la junta directiva de ASHP el 14 de noviembre de 2008. *Am J Health Syst Pharm.* 2009; 56 (4):347–79.

Durand C, Willett KC, Desilets AR. Proton Pump Inhibitor use in Hospitalized Patients: Is Overutilization Becoming a Problem? *Clin Med Insights Gastroenterol.* 2012 Oct 15; 5:65-76. doi: 10.4137/CGast.S9588.

Durand C, Willett KC, Desilets AR. Proton Pump Inhibitor use in Hospitalized Patients: Is Overutilization Becoming a Problem? *Clin Med Insights Gastroenterol.* 2012 Oct 15; 5:65-76. doi: 10.4137/CGast.S9588.

Espinola LR. (2018). Prevalencia del uso de antidiabéticos en pacientes atendidos en el hospital distrital de Laredo – Trujillo. Julio – octubre 2018. [Tesis de Pregrado, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]. Repositorio Institucional. Obtenido de:
<http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/8339>.

Farmacéutica Abbott. "Información del producto. Synthroid (levotiroxina)". (2012).

Farrel B, et al. (2017). Deprescribing proton pump inhibitors: evidence based clinical practice guideline. *Canadian Fam Physician.* 63 (5): 354-364. Disponible en:
<https://www.cfp.ca/content/63/5/354.long>.

Gabello M, Valenzano MC, Barr M, Zurbach P, Mullin JM. El omeprazol induce la permeabilidad gástrica a la digoxina. *Dig Dis Sci.* 2010; 55 (5):1255–1263.

- González M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. (2007). Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2da edición. Panamericana Internacional.
- Gugler R, Jensen JC "El omeprazol inhibe el metabolismo oxidativo de los fármacos: estudios con diazepam y fenitoína in vivo y 7-etoxicumarina in vitro". Gastroenterología 89 (2005): 1235-41
- Guyton & Hall. (2021). Tratado de Fisiología Médica. 14va edición. Elsevier.
- H. Neubauer, A. Engelhardt, J.C. Krüger, S. Lask, J. Börgel, A. Mügge, et al. Pantoprazole does not influence the antiplatelet effect of clopidogrel a whole blood aggregometry study after coronary stenting. J Cardiovasc Pharmacol, 56 (2015), pp. 91-97. <http://dx.doi.org/10.1097/FJC.0b013e3181e19739>
- Halfdanarson O. et al. (2018). Inhibidores de la bomba de protones entre adultos: un estudio nacional de utilización de drogas. Therap Adv Gastroenterol. 11: 1756284818777943. Obtenido de: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1756284818777943>.
- Heidelbaugh J. Inadomi JM. (2006). Magnitude and economic impact of inappropriate use of stress ulcer prophylaxis in non-ICU hospitalized patients. Am J Gastroenterol. 101(10): 2200-2205. Obtenido de: https://journals.lww.com/ajg/Abstract/2006/10000/Magnitude_and_Economic_Impact_of_Inappropriate_Use.7.aspx.
- Heidelbaugh JJ, Inadomi JM. Magnitud e impacto económico del uso inadecuado de la profilaxis de úlceras por estrés en pacientes hospitalizados fuera de la UCI. Soy J Gastroenterol. 2016; 101 (10):2200–5.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Ed. Mc. Graw Hill.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, P. (2018). *Metodología de la Investigación*. México: : Editorial Mc GrawHill.

- Kinnear, C y Taylor, R. (1998). Investigación de mercados. México. Mc. Graaw Hill.
- Hernández-Sampieri R. (2010). Metodología de la investigación. 5ta ed. Ed. McGraw-Hill.
- Huarcaya C. (2019). Uso de omeprazol endovenoso en pacientes de hospitalización y emergencia del Hospital Santa Rosa, enero – julio 2019. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional. Obtenido de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/11224/Huarcaya_mc.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Illesca V. (2016). Evaluación del abuso del consumo de omeprazol en pacientes ambulatorios del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión. [Tesis de Pregrado, Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt]. Repositorio Institucional. Obtenido de: <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/71>.
- Inarrea P, Esteva F, Cornudella R, Lanas A "El omeprazol no interfiere con el efecto antiplaquetario de la aspirina en dosis bajas en el hombre". Scand J Gastroenterol 35 (2010): 242-6.
- Johansen ME, Huerta TR, Richardson CR. (2014). Uso nacional de inhibidores de la bomba de protones de 2007 a 2011. JAMA Intern Med. 174 (11): 1856-1858. Obtenido de: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1901112?resultClick=1>.
- Kiley CA, Cragin DJ, Roth BJ. Toxicidad por digoxina asociada al omeprazol. Sur Med J. 2017; 100 (4):400–402.
- Linares Cánovas LP, Lemus Fajardo NM, Linares Cánovas LB, Lazo Herrera LA, Díaz Pita G. (2017). Caracterización de pacientes adultos mayores con tratamiento

farmacológico antihipertensivo atendidos en el hospital “Dr. León Cuervo Rubio”. Rev. electron. Zoilo. 42 (6). Obtenido de: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1184>.

Malo S, Aguilar-Palacio I, Feja C, Menditto E, Lallana MJ, Andrade E, et al. (2018). Persistence With Statins in Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Findings From a Cohort of Spanish Workers. Rev Esp Cardiol. 71 (1): 26–32. Obtenido de: <https://www.revespcardiol.org/es-linkresolver-persistence-with-statins-in-primary-S1885585717302001>.

N. Norgard, K. Mathews, G. Wall. Drug-drug interaction between clopidogrel and the proton pump inhibitors. Ann Pharmacother, 43 (2019), pp. 1266-1274. <http://dx.doi.org/10.1345/aph.1M051>

Nefesoglu FZ, Ayanoglu-Dulger G, Ulusoy NB, Imeryuz N "Interacción de omeprazol con tabletas de salicilato con cubierta entérica". Int J Clin Pharmacol Ther 36 (2008): 549-53

Oviedo, H. C. y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Revista Colombiana de Psiquiatría, 34(4), 572-580. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf>

Observatorio Nacional sobre el uso de Medicamentos. (2015). Uso de fármacos antiulcerosos en Italia. Reporte nacional. Obtenido de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272018000100421&script=sci_arttext&tlng=en.

Ospina A, Benjumea DM, Amariles P. Problemas de proceso y resultado relacionados con los medicamentos: evolución histórica de su definición. Rev Fac Nac Salud Pública 2021; 29: 329-40.

Palacios J et al. (2018). Inhibidores de la bomba de protones. Aspectos Farmacológicos basados en la fisiología digestiva. Revista de Medicina e Investigación. 6 (2):

62-68 Obtenido de: <https://rmi.diauaemex.com/index.php/numeros/ano-2018/julio-diciembre-2018/148-inhibidores-de-la-bomba-de-protones-aspectos-farmacologicos>.

Pauli-Magnus C, Rekersbrink S, Klotz U, Fromm MF "Interacción de omeprazol, lansoprazol y pantoprazol con glicoproteína P". Arch Pharmacol de Naunyn Schmiedeberg 364 (2010): 551-7.

Rotman SR, Obispo TF. (2013). Uso de inhibidores de la bomba de protones en el entorno ambulatorio de EE. UU. 2002 – 2009. PLoS ONE. 8 (2): e56060. Obtenido de: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0056060>.

Sandoval D, Bravo M, Koch E, Gatica S, Ahlers I, Henríquez O, et al. (2012). Overcoming Barriers in the Management of Gastric Ulcer: The Experience of the Gastric Ulcer Health Program in Chilean Primary Health Care Centers. Int J Gastrointestinal. 2012 (1): 1-8. Obtenido de: <http://www.hindawi.com/journals/ijhy/2012/405892/>.

Sipe BE, Jones RJ, Bokhart GH "La rabdomiólisis causa bloqueo AV debido a la posible interacción de atorvastatina, esomeprazol y claritromicina". Ann Pharmacother 37 (2013): 808-11.

Soto VC, Vergara EW, Neciosup EP. (2005). Prevalencia Y Factores De Riesgo De Síndrome Metabólico En Población Adulta Del Departamento De Lambayeque, Perú - 2004. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 22 (4). Obtenido de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v22n4/a03v22n4.pdf>.

Thomson AB, Sauve MD, Kassam N, Kamitakahara H. Seguridad del uso a largo plazo de inhibidores de la bomba de protones. Mundial J Gastroenterol. 2010; 16 (19):2323–30.

Valle B, Díaz J, López J, Calderón M. (2017). Evaluación de la prescripción profiláctica de omeprazol y ranitidina mediante la identificación de factores de riesgo de sangrado intestinal. Rev Colomb Cienc Quim Farm. 46 (1): 36-47. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rccqf/v46n1/0034-7418-rccqf-46-01-00036.pdf>.

Valderrama, S. (2015). Pasos para elaborar proyectos de investigación científica (2.a ed., Vol. 1). Alianza Editorial.

ANEXOS

Anexo 1

Autorización de la institución donde se va a realizar la recolección de los datos



“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL”

CARTA N°029-ESSALUD-2022

Chocope, 19 de agosto del 2022


*Srta.
Ana María Briceño Vargas*

ASUNTO: RESPUESTA A LO SOLICITADO

Por intermedio de la presente lo saludo cordialmente y a su vez comunicarle que la dirección del Hospital II Chocope AUTORIZA REALIZACION DEL PROYECTO “Uso de Antiulcerosos en Pacientes Hospitalizados en el Área de Covid – periodo 2020”.

Sin otro particular me despido de Usted.

Atentamente



.....
Dr. Antonio Zavaleta Moreno
DIRECTOR
HOSPITAL II CHOCOPE
EsSalud

Anexo 2

Ficha de recolección de datos (instrumento)

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No. DE EXPEDIENTE_____ INICIALES DEL PACIENTE_____ GENERO___ EDAD_____

FECHA DE INGRESO_____ FECHA DE EGRESO_____ DIAS DE ESTANCIA_____

DIAGNOSTICO(S) DE INGRESO:

MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN:

ANTIULCESOSOS UTILIZADOS EN LA TERAPIA

NOMBRE DEL ANTIULCEROSO	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	INTERVALO DE ADMINISTRACION	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO

OTROS MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA TERAPIA

NOMBRE DEL MEDICAMETO	DOSIS	VIA DE ADMINISTRACIÓN	INTERVALO DE ADMINISTRACION	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO

INTERACCIONES

MEDICAMENTOS	EFFECTO	COMENTARIO

PRUEBAS DE LABORATORIO

FECHA	PRUEBA	RESULTADOS	COMENTARIO

OBSERVACIONES:

Anexo 3

Validación de juicio de expertos y confiabilidad

No aplica por ser datos adquiridos de una institución pública “ESSALUD”

Anexo 4

Matriz de consistencia

Problema	Variables	Objetivos	Hipótesis	Metodología
<p>¿Cuál es el uso de medicamentos antiulcerosos en pacientes hospitalizados del Hospital II Chocope – La Libertad en el periodo de junio a diciembre del 2020?</p>	<p>Uso de antiulcerosos en pacientes hospitalizados</p>	<p>Objetivo general Evaluar el uso de medicamentos antiulcerosos en pacientes hospitalizados en el área COVID – 19 del Hospital II Chocope – La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2020.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Describir el uso de antiulcerosos en pacientes hospitalizados por COVID – 19 del Hospital II Chocope – La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2020. 2. Identificar los patrones de uso de antiulcerosos en pacientes hospitalizados por COVID – 19 del Hospital II Chocope – La Libertad, en el periodo de junio a diciembre del 2020. 	<p>Implícita</p>	<p>Tipo descriptivo, según la finalidad que persigue es aplicada. Según su enfoque, la investigación es cuantitativa, de diseño no experimental y de corte transversal</p>

Anexo 6

Base de datos 01

Paciente	Edad	Genero	DX	ASMA	OBESIDAD	HTA	DM2	CARDIOMEDA	ENF.CardiovascularCrónica	ENCELOPA	CIROSIS	ANEMIA	ERC	MAYORDE60AN	EPID	TBC	SECUELASDE	HIPOTIROIDISM	Edad_v
1	25	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
2	35	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	37	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	37	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	46	1	3	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	47	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7	48	2	3	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
8	48	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	55	1	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
10	57	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
11	59	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
12	61	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
13	62	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	3
14	62	1	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
15	62	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3
16	62	1	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3
17	63	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
18	68	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
19	70	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
20	70	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	3
21	71	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3
22	72	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	3
23	73	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
24	74	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	3
25	79	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3
26	80	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
27	81	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3
28	82	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
29	84	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3
30	84	1	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
31	86	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3
32	89	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3
33	92	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3

Base de datos 02

	Edad	Género											
PACIENTE 1	25	M	CODEINA	DEXAMETASONA	DOXICICLINA	ENDOXAPARINA	METAMIZOL						
PACIENTE 2	35	F	ACETILSISTEINA	CEFTRIAXONA	CODEINA	DEXAMETASONA	DICLOXACILINA	DIMETICONA	DOXICICLINA	ENDOXAPARINA	ESCOPOLAMINA	MIPENEM+CLASTATIN	METOCLOPRAMIDA
PACIENTE 3	37	F	ACETILSISTEINA	CLINA+ACIDO CLAVU	CEFTRIAXONA	DEXAMETASONA	DEXTROMETORFAND	DOXICICLINA	ENDOXAPARINA	LIDOCAINA	PARACETAMOL	PREDNISONA	
PACIENTE 4	37	F	ACETILSISTEINA	CLINA+ACIDO CLAVU	CEFTRIAXONA	DEXAMETASONA	DEXTROMETORFAND	DOXICICLINA	ENDOXAPARINA	LIDOCAINA	PARACETAMOL	PREDNISONA	
PACIENTE 5	46	M	ACETILSISTEINA	CEFTRIAXONA	CODEINA	DEXAMETASONA	DEXTROMETORFAND	ENDOXAPARINA	MIPENEM+CLASTATIN	PARACETAMOL			
PACIENTE 6	47	M	AZITROMICINA	DEXAMETASONA	DEXTROMETORFAND	ENDOXAPARINA	PARACETAMOL						
PACIENTE 7	48	F	ACIDO ACETILSALICILICO	ATORVASTATINA	CEFTRIAXONA	CLOPIDOGREL	BISOPROLOL	DEXAMETASONA	DOXICICLINA	ENDOXAPARINA	ISOSORBIDA	MIDAZOLAM	MORFINA
PACIENTE 8	48	M	ACETILSISTEINA	AZITROMICINA	CEFTRIAXONA	CODEINA	DEXAMETASONA	ENDOXAPARINA	PARACETAMOL				
PACIENTE 9	55	M	ALPRAZOLAM	DEXAMETASONA	DIMETICONA	ENDOXAPARINA	MIPENEM+CLASTATIN	LOSARTAN	METOCLOPRAMIDA	PARACETAMOL			
PACIENTE 10	57	F	CEFTRIAXONA	DEXAMETASONA	ENDOXAPARINA	LEVOTIROXINA	PREDNISONA						
PACIENTE 11	59	M	AZITROMICINA	CEFTRIAXONA	DEXAMETASONA	DOXICICLINA	ENDOXAPARINA	HALOPERIDOL	MIPENEM+CLASTATIN	IRBESARTAN			
PACIENTE 12	61	F	AZITROMICINA	CEFTRIAXONA	CODEINA	DEXAMETASONA	ENDOXAPARINA	GABAPENTINA	INSULINA NPH	LOSARTAN			
PACIENTE 13	62	F	AZITROMICINA	DEXAMETASONA	ENDOXAPARINA	METILPREDNISOLONA	PARACETAMOL						
PACIENTE 14	62	M	CEFTRIAXONA	DEXAMETASONA	DOXICICLINA	ENDOXAPARINA	METAMIZOL	ERACLINA/TAZOBACTAM					
PACIENTE 15	62	M	CEFTRIAXONA	CODEINA	DEXAMETASONA	ENDOXAPARINA	HIDROCLOROTIAZIDA	LOSARTAN	PARACETAMOL				
PACIENTE 16	62	M	CEFEPIMA	CODEINA	DEXAMETASONA	ENDOXAPARINA	MIPENEM+CLASTATIN	IRBESARTAN	IVERMECTINA	METOCLOPRAMIDA	ERACLINA/TAZOBACT	VANCOMICINA	
PACIENTE 17	63	F	AZITROMICINA	CEFEPIMA	CEFTRIAXONA	DEXAMETASONA	DICLOFENACO	DIMENHIDRINATO	DIMETICONA	DOXICICLINA	ENDOXAPARINA	PARACETAMOL	TRAMADOL
PACIENTE 18	68	F	AZITROMICINA	CEFTRIAXONA	CODEINA	DEXAMETASONA	DEXTROMETORFAND	ENDOXAPARINA	METOCLOPRAMIDA	PARACETAMOL	PREDNISONA		
PACIENTE 19	70	M	AZITROMICINA	CODEINA	DEXAMETASONA	DEXTROMETORFAND	ENDOXAPARINA	LOSARTAN	PREDNISONA				
PACIENTE 20	70	M	CAPTOPRIL	ESCOPOLAMINA	LOSARTAN	METOCLOPRAMIDA							
PACIENTE 21	71	F	ALPRAZOLAM	CEFTRIAXONA	DEXAMETASONA	DIMETICONA	ENDOXAPARINA	ESCOPOLAMINA	HALOPERIDOL	METAMIZOL	MORFINA	ERACLINA/TAZOBACT	RANITIDINA
PACIENTE 22	72	M	PIPERACILINA/TAZOBACTAM										
PACIENTE 23	73	M	AZITROMICINA	CEFTRIAXONA	DEXAMETASONA	ENDOXAPARINA							
PACIENTE 24	74	F	ATORVASTATINA	ICARBONATO DE SODI	CEFTRIAXONA	FUROSEMIDA	SLUCONATO DE CALCI	INSULINA NPH	IRBESARTAN	ISOSORBIDA	LOSARTAN	NIFEDIPINO	
PACIENTE 25	79	F	DEXAMETASONA	DOXICICLINA	ENDOXAPARINA	PARACETAMOL							
PACIENTE 26	80	F	AZITROMICINA	CEFTRIAXONA	DEXAMETASONA	ENDOXAPARINA	METOCLOPRAMIDA	PARACETAMOL					
PACIENTE 27	81	M	DEXAMETASONA	ENDOXAPARINA	MIPENEM+CLASTATIN	ERACLINA/TAZOBACTAM							
PACIENTE 28	82	M	BECLOMETASONA	CEFTRIAXONA	DEXAMETASONA	ENDOXAPARINA	MORFINA	SALBUTAMOL					
PACIENTE 29	84	M	ACETILSISTEINA	CEFTRIAXONA	CLINDAMICINA	DEXAMETASONA	ENDOXAPARINA	LOSARTAN	NIMODIPINO	PARACETAMOL			
PACIENTE 30	84	M	ACETILSISTEINA	CEFEPIMA	DEXAMETASONA	DOXICICLINA	ENDOXAPARINA	LOSARTAN	METAMIZOL	ERACLINA/TAZOBACTAM			
PACIENTE 31	86	F	AMIDDARONA	ICARBONATO DE SODI	DEXAMETASONA	DOXICICLINA	ENDOXAPARINA	SLUCONATO DE CALCI	METAMIZOL	PARACETAMOL			
PACIENTE 32	89	M	ALPRAZOLAM	CEFTRIAXONA	DEXAMETASONA	DOXICICLINA	ENDOXAPARINA	GABAPENTINA	INSULINA NPH	ERACLINA/TAZOBACTAM			
PACIENTE 33	92	F	AZITROMICINA	AMIDDARONA	CAPTOPRIL	DOXICICLINA	ENDOXAPARINA	FUROSEMIDA	MIPENEM+CLASTATIN	INSULINA NPH	LOSARTAN	PARACETAMOL	ERACLINA/TAZOBACT

FORMATO DE PUBLICACIÓN DEL REPOSITORIO



REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor			
BRICEÑO YARGAS ANA MARIA	43996986	anamariabricenovargas@gmail.com	
Apellidos y Nombres	DNI	Correo Electrónico	
2. Tipo de Documento de Investigación			
<input checked="" type="checkbox"/> Tesis	<input type="checkbox"/> Trabajo de Suficiencia Profesional	<input type="checkbox"/> Trabajo Académico	<input type="checkbox"/> Trabajo de Investigación
3. Grado Académico o Título Profesional ¹			
<input type="checkbox"/> Bachiller	<input checked="" type="checkbox"/> Título Profesional	<input type="checkbox"/> Título Segunda Especialidad	<input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado
4. Título del Documento de Investigación			
USO DE ANTIULCEROSOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19 DEL HOSPITAL II CHOCOPE-LA LIBERTAD. JUNIO-DICIEMBRE 2020			
5. Programa Académico			
FARMACIA Y BIOQUIMICA			
6. Tipo de Acceso al Documento			
<input checked="" type="checkbox"/> Abierto o Público ² (Info: eu-repo/semantic/openAccess)	<input type="checkbox"/> Acceso restringido ⁴ (Info: eu-repo/semantic/restrictedAccess) ⁵		
(*) En caso de restringido sustentar motivo			

A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS ⁶

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento. ⁶

Lugar	Día	Mes	Año
Chimbote	12	03	2024

Huella Digital



 Firma

Importante

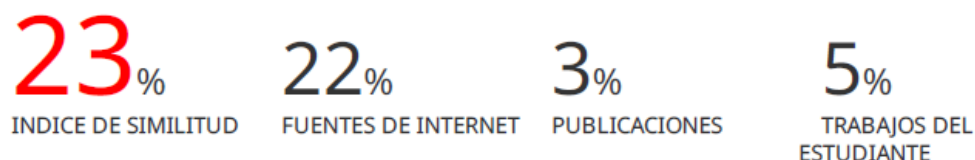
1. Según Resolución de Consejo Directivo N° 003-2018-UNESP-CD, Reglamento del Registro Nacional de Trabajo de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. 8, Anexo B.2.
2. Ley N° 30095, Ley que regula el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S. 006-2015-PCM.
3. Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer registro de forma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital. Respetando siempre los derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo en el Anexo de la Ley 822.
4. En caso de que el autor elija la segunda opción, únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra, de acuerdo a la directiva N° 004-2018-CONCYTEC-DEIC (Anexos 5.2 y 6.7) que norma el funcionamiento del Repositorio Nacional Digital.
5. Las licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que pone a disposición de los autores un conjunto de licencias (Señlas) y de herramientas tecnológicas que facilitan la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otras. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra.
6. Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajo de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales REMAT "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior deben como obligatoria registrar todos los trabajos de investigación e proyectos, incluyendo los resultados en sus repositorios institucionales prestando el uso de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente vinculados por el Repositorio Digital RENAT, a través del Repositorio AICCIA".

Nota: - En caso de falsedad en los datos, se procederá de acuerdo a ley N.º 27464, art. 32, párr. 12.º).

REPORTE DE SIMILITUD

USO DE ANTIULCEROSOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID – 19 DEL HOSPITAL II CHOCOPE – LA LIBERTAD. JUNIO – DICIEMBRE 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	docplayer.es Fuente de Internet	7%
2	Submitted to Universidad Nacional de Trujillo Trabajo del estudiante	2%
3	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	pt.slideshare.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola Trabajo del estudiante	<1%

9	bdigital.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %
10	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
11	www.revfarmacia.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.uct.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	inba.info Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	dspace.esPOCH.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
17	www.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
18	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
20	repositorio.unid.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

21	www.semes.org Fuente de Internet	<1 %
22	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	<1 %
23	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1 %
24	www.inegi.org.mx Fuente de Internet	<1 %
25	revistas.unbosque.edu.co Fuente de Internet	<1 %
26	www.scielo.cl Fuente de Internet	<1 %
27	Submitted to Universidad Nacional Jose Faustino Sanchez Carrion Trabajo del estudiante	<1 %
28	1library.co Fuente de Internet	<1 %
29	es.zenopa.com Fuente de Internet	<1 %
30	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1 %
31	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

32	search.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
33	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1 %
34	zagan.unizar.es Fuente de Internet	<1 %
35	fr.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
36	journals.sagepub.com Fuente de Internet	<1 %
37	lebudit.com Fuente de Internet	<1 %
38	repositorio.utesup.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
39	www.medicamentosplm.com Fuente de Internet	<1 %
40	repositorio.uchile.cl Fuente de Internet	<1 %
41	revistasdigitales.uniboyaca.edu.co Fuente de Internet	<1 %
42	www.msdmanuals.com Fuente de Internet	<1 %
43	www.revistagastroenterologiamexico.org Fuente de Internet	<1 %