

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
VICERRECTORÍA ACADÉMICA
SISTEMAS DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESCUELA DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD SOSTENIBLES

PROYECTO FINAL DE GRADUACIÓN

“Análisis comparativo de la prescripción para el manejo farmacológico de las Infecciones de Vías Respiratorias Superiores, en niños de 1 a 6 años de edad, entre lo teórico propuesto y la práctica de los médicos del Área de Salud de Concepción, San Diego y San Juan”

Tutora Dra. Sandra Meléndez Sequeira

Elaborado por:

Dra. Xiomara Arias González
Dra. María Noelia Estrada Delgado

2006

Abreviaturas

ATAP: Asistente Técnico de Atención Primaria

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CSDSJ: Concepción, San Diego y San Juan

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral de Salud

FAA: Faringoamigdalitis aguda

HNN: Hospital Nacional de Niños

IRAS: Infecciones Respiratorias Agudas

IVRS: Infección de Vías Respiratorias Superiores

OAF: Oficina de Administración Financiera

PAIS: Programa de Atención Integral de Salud

PIB: Producto Interno Bruto

UCR: Universidad de Costa Rica

ÍNDICE

CAPÍTULO #1: MARCO CONTEXTUAL

<i>INTRODUCCIÓN</i>	8
<i>1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA</i>	11
<i>1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES</i>	11
Aspectos generales.....	11
Inicios de la Atención Primaria.....	11
Clasificación Internacional de Enfermedades.....	12
Morbilidad en el mundo.....	13
Pautas para el desarrollo de políticas farmacéuticas en América Latina.....	14
Factores que contribuyen al uso irracional de medicamentos en el mundo	18
<i>1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES</i>	20
Reforma del Sector Salud.....	20
Morbilidad en Costa Rica.....	23
Comité de Farmacoterapia.....	23
Procesos para el suministro de los medicamentos por parte de la CCSS.....	25
Lista oficial de medicamentos.....	27
<i>1.1.3 ANTECEDENTES LOCALES</i>	28
Origen del Programa Atención Integral de Salud.....	28
Programa de Atención Integral de Salud.....	29
Principios del Programa de Atención Integral de Salud.....	30
Elementos del modelo de atención de salud.....	32
Equipos Básicos de la Atención Integral de Salud.....	32
Áreas de Salud.....	33
Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan.....	34
Morbilidad durante el año 2004.....	34
Morbilidad en niños de 1 a menos de 6 años.....	35
Atención en los EBAIS del Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan.....	36
Funcionamiento del departamento de farmacia del Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan.....	37
Situación actual.....	38
Organización de la estructura jerárquica de la farmacia.....	38
Procesos del servicio de farmacia.....	38
Proceso de preparación de la receta.....	39
Preempaque y abastecimiento de estantes.....	41
Preparación y despacho de stock.....	41

Preparación y despacho de los medicamentos para la atención integral de los niños y niñas en el escenario escolar.....	41
Control e inventario de medicamentos psicotrópicos.....	42
Educación a usuarios.....	42
Inducción del personal técnico de nuevo ingreso.....	42
Docencia e investigación.....	42
Pedidos a la bodega de medicamentos.....	42
Control de fechas de vencimiento.....	43
Proceso de reintegro de recetas o productos no retirados o devueltos por los usuarios del servicio.....	43
Presupuestación para la adquisición de los medicamentos.....	44
Compra de medicamentos por parte del PAIS.....	46
Compra directa.....	46
<i>1.2 JUSTIFICACIÓN.....</i>	<i>48</i>
<i>1.3 FORMULACIÓN, DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....</i>	<i>50</i>
<i>PROBLEMA.....</i>	<i>50</i>
<i>1.4 OBJETIVO GENERAL.....</i>	<i>51</i>
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	51

CAPÍTULO #2: MARCO TEÓRICO

<i>MARCO TEÓRICO.....</i>	<i>53</i>
Consideraciones generales.....	53
Pautas para establecer Políticas Nacionales sobre Medicamentos.....	56
Análisis cuali-cuantitativo de los recursos de salud.....	57
Legislación para el control de medicamentos.....	57
Factores que afectan el uso de medicamentos.....	58
Proceso de utilización de los medicamentos.....	59
Cálculo de costos.....	61
Análisis del costo variable total.....	62
Elaboración del costo variable total.....	63
Costos de las insuficiencias de existencias.....	65
Modelos de adquisición y costo variable total de las compras.....	65
Infecciones de Vías Respiratorias Superiores.....	66
Medicamentos para el manejo de Infecciones de Vías Respiratorias Superiores.....	68

CAPÍTULO #3: DISEÑO METODOLÓGICO

<i>DISEÑO METODOLÓGICO.....</i>	<i>72</i>
3.1 Tipo de Investigación.....	72
3.2 Área de Estudio.....	72

Unidad de Análisis.....	72
Universo.....	72
Muestra.....	72
Elección de la muestra.....	73
Fuentes de Investigación: Primarias y Secundarias.....	74
Identificación, descripción y relación de variables.....	75
Operacionalización de Variables.....	75
3.4 Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos.....	75
3.5 Plan de Tabulación y Análisis.....	76
3.6 Resultados esperados y limitaciones.....	76
Cuadro de variables.....	80

CAPÍTULO # 4: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

RESULTADOS.....	94
-----------------	----

CAPÍTULO #5: CONCLUSIONES Y RESULTADOS

<i>CONCLUSIONES</i>	114
<i>RECOMENDACIONES</i>	115

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía referida.....	117
Bibliografía consultada.....	122

ANEXOS

ANEXO # 1.....	125
ANEXO # 2.....	134
ANEXO # 3.....	136
ANEXO # 4.....	137
ANEXO # 5.....	141
ANEXO # 6.....	143
ANEXO # 7.....	145
ANEXO # 8.....	146
ANEXO # 9.....	147
ANEXO # 10.....	150
ANEXO # 11.....	153
ANEXO # 12.....	155

Índice de cuadros

Cuadro 5: Distribución de los médicos según Núcleos del Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan. Año 2005.....	94
Cuadro 6: Relación entre la aplicación de la norma según el conocimiento de la existencia de la Norma de Atención Integral de Salud para niños y adolescentes.....	97
Cuadro 7: Relación entre los diagnósticos y la aplicación de la norma según si conocen el anexo del manejo de IRAS que se encuentran en la Norma de Atención Integral de Salud para niños y adolescentes.....	98
Cuadro 8: Relación entre los diagnósticos y la aplicación de la guía de manejo de infecciones respiratorias agudas del Hospital Nacional de Niños.....	99
Cuadro 9: Cumplimiento general de la Norma de Atención Integral de Salud y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños, según nombre, forma farmacéutica, frecuencia y duración del medicamento según diagnóstico, en el Área de Salud de CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.....	106
Cuadro 10: Cumplimiento de la Norma de Atención Integral de Salud y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños, según nombre del medicamento y su respectivo diagnóstico, en el Área de Salud de CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.....	107
Cuadro 11: Cumplimiento de la Norma de Atención Integral de Salud y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños, según la forma farmacéutica del medicamento y su respectivo diagnóstico, en el Área de Salud de CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.....	107
Cuadro 12: Cumplimiento de la Norma de Atención Integral de Salud y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños, según frecuencia con que se prescribe el medicamento y su respectivo diagnóstico, en el Área de Salud de CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.....	108
Cuadro 13: Cumplimiento de la Norma de Atención Integral de Salud y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños, según duración del tratamiento para cada patología, en el Área de Salud de CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.....	108
Cuadro 14: Comparación del costo aproximado o calculado de los medicamentos para el manejo de cada patología, según la Norma de Atención Integral en Salud y la Guía de Manejo de Infecciones Respiratorias del Hospital Nacional de Niños, para diciembre de 2005, en el Área de Salud de CSDSJ.....	111

Índice de gráficos

Gráfico 1: Número de médicos que conocen la existencia de la Norma de Atención Integral en Salud y su anexo, sobre el manejo de IRAS y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños. Primer nivel de atención, Área de Salud de Concepción, San Diego y San Juan (CSDSJ) 2005.....	95
Gráfico 2: Número de médicos que aplican la Norma de Atención Integral de Salud y su anexo sobre el manejo de IRAS y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños. Primer nivel de atención, Área de Salud de Concepción, San Diego y San Juan (CSDSJ) 2005.....	96
Gráfico 3: Distribución del número de pacientes según grupo de edad que consultaron por infecciones de vías respiratorias superiores en el Área de Salud CSDSJ de octubre a diciembre de 2004.....	101
Gráfico 4: Distribución absoluta y relativa de los pacientes que consultaron por infección de vías respiratorias superiores, de acuerdo con el Núcleo a que pertenecen, octubre a diciembre de 2004.....	102
Gráfico 5: Distribución del número de pacientes según número de medicamentos recibidos, en la consulta de infecciones de vías respiratorias superiores, en el Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.. ..	103
Gráfico 6: Distribución de los pacientes de 1 a menos de 6 años de edad que consultaron por infecciones de vías respiratorias superiores, según diagnóstico. Primer nivel de atención, Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan, octubre a diciembre de 2004.....	104
Gráfico 7: Cantidad de medicamentos prescritos para los niños de 1 a menos de 6 años de edad según el diagnóstico. Primer nivel de atención, Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan, octubre a diciembre de 2004.....	104
Gráfico 8: Porcentaje de cumplimiento de la Norma de Atención Integral de Salud y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños, según nombre, forma farmacéutica, frecuencia y duración del medicamento prescrito para IVRS, en los Núcleos del Área de Salud de CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.....	106

CAPÍTULO #1

MARCO CONCEPTUAL

INTRODUCCIÓN

En 1970, el Plan Nacional de Salud contempló la regionalización de cinco niveles de atención, que en 1990 se concentran en los tres niveles de atención actualmente conocidos.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud, plantean el sistema piramidal de los niveles de atención de salud. Incluye el primario, que se da a nivel comunitario colectivo, a cargo de personal auxiliar de enfermería y de medicina general. Incentivan la promoción de salud, prevención epidemiológica, control de detección de enfermedades, así como, la vigilancia ambiental. El secundario, apoyado por clínicas y hospitales regionales, donde se da atención hospitalaria más compleja. El terciario incluye hospitales nacionales que brindan atención hospitalaria especializada y concentran la mayor experiencia y recursos, en beneficio del usuario.

Sin embargo, al disminuir de cinco a los tres niveles de atención, se pierde exactitud en el manejo integral en el centro de salud.

En 1982 se inicia la integración de los servicios de salud. La CCSS asume la responsabilidad sobre la atención integral y el Ministerio el rol de rector.

Las metas del Proyecto de reforma y modernización de la CCSS contemplan aumentar la calidad de los servicios a través del desarrollo de un nuevo modelo de atención, que tome en cuenta los cambiantes perfiles epidemiológicos de la población y la creciente demanda en la calidad de los servicios. A pesar de los excelentes indicadores en salud, existe un mosaico epidemiológico dentro de la geografía de Costa Rica, con centros de población en que los indicadores sanitarios son muy bajos y los problemas de índole infecciosa mantienen su prioridad. Aunado a estos factores, las tasas de mortalidad infantil rebasan el promedio nacional.

El concepto de reforma del Sector Salud es conocido en Costa Rica y justificado por los avances demográficos y epidemiológicos que exigen cambios en el modelo de atención y en la organización de los servicios de salud. El modelo de atención readecuado procura mejorar la resolución de los servicios, las relaciones entre niveles, la gestión, el enfoque integral, la descentralización y el mejor acceso a los mismos. Estos cambios implementados facilitaron que el sistema de salud costarricense haya avanzado en la cobertura de servicios y en los sistemas de atención, asimismo, han permitido al país ostentar indicadores sanitarios de primer orden en el ámbito mundial.

El primer nivel dirige su propósito a lograr un sistema de atención integral en salud, a partir de la identificación de las prioridades locales, con financiamiento que garantice al Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) brindar un servicio mínimo de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Uno de los propósitos actuales de la CCSS consiste en fortalecer el primer nivel de atención en áreas marginadas y éste inicie la entrada al sistema, con alta capacidad resolutoria, preventiva y educativa. Por otra parte, busca ofertar servicios con máxima calidad y al menor costo, enfatizando las patologías en las cuales se agrupa la mayor cantidad de consultas y que requieren un análisis del manejo, al igual que aquellas atendidas en el segundo y tercer niveles de atención, que además implican estadías hospitalarias prolongadas o procedimientos altamente especializados y, por ende, costosos.

En pro de esta necesidad de la CCSS, de aumentar las coberturas del primer nivel de atención, se establece en 1999, una alianza de cooperación con la Universidad de Costa Rica (UCR) para la prestación de servicios de salud en Curridabat y San Pedro de Montes de Oca, ampliados luego al cantón de La Unión y tres de sus distritos: Concepción, San Diego y San Juan.

La UCR, denominada por la CCSS como una entidad de contratación a terceros, debe además de la prestación de los servicios, cooperar con el desarrollo del Modelo de Atención vigente y desarrollar mecanismos de administración que le den ventajas comparativas en cuanto a la eficiencia del gasto.

Dado el panorama anterior, es imprescindible analizar una de las principales patologías de consulta médica, tanto a nivel local como nacional, mediante un estudio comparativo de la prescripción para el manejo farmacológico de las infecciones de vías respiratorias superiores (IVRS) en los niños de 1 a menos de 6 años de edad, según la teoría propuesta en las normas técnicas oficiales y la práctica clínica de los médicos del Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan (CSDSJ)

Las normas técnicas oficiales utilizadas para la elaboración de este trabajo son: a) Normas de atención integral de salud, primer nivel de atención, que establecen las normas y procedimientos para la atención integral a la salud de las personas, según la apertura programática y marco conceptual del modelo de atención readecuado. Define las responsabilidades de los miembros del equipo de salud de ese primer nivel de atención, en los establecimientos de salud; b) Guía pediátrica básica de diagnóstico y tratamiento de infecciones respiratorias agudas, del Hospital Nacional de Niños (HNN) cuya idea principal es contribuir al mejoramiento de la salud y bienestar de la población infantil, que padece las citadas enfermedades, por medio de la orientación del equipo de salud según el abordaje farmacológico y no farmacológico de las IVRS.

Para realizar este análisis, y ante las variadas patologías que aquejan a este grupo etario, se seleccionó la causa número uno de patología aguda o morbilidad, que se presentó en el Área de Salud CSDSJ, durante el año 2004: infecciones de vías respiratorias superiores. El propósito es investigar si los médicos del Área de Salud CSDSJ, conocen y aplican las normas técnicas oficiales para el manejo farmacológico de las IVRS y establecer una comparación con lo que prescribieron en su práctica clínica, durante el cuarto trimestre de 2004. Este procedimiento permite identificar si existe uso racional de medicamentos en el Área.

Además, se logra establecer el precedente para futuras investigaciones, en las cuales la identificación de alguna carencia de medicamentos esenciales para el tratamiento y manejo de esta enfermedad, la cual es de prevalencia alta también a nivel nacional, podría demostrar la relevancia de la adquisición del medicamento, a fin de cumplir con la garantía de protección del derecho humano básico, de contar con los fármacos necesarios para el tratamiento de dicha patología.

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Aspectos generales

El interés por la salud y la enfermedad de los seres humanos es tan antiguo como la humanidad, por lo que en la búsqueda de combatir la enfermedad se han realizado múltiples esfuerzos (21)

El desarrollo de la ciencia y la industria medicamentosa han puesto a disposición del hombre millares de fármacos tan importantes y significativos como el salvarsán, las sulfas, los antibióticos y los psicotrópicos, citando únicamente algunos de los hitos que marcaron décadas del siglo XX. En la práctica, casi todas las intervenciones en la atención de la enfermedad resultan en la prescripción de uno o varios medicamentos. Esto responde con frecuencia, más a la conveniencia del médico y a las expectativas de los pacientes que a una necesidad real (46)

Los fármacos son herramientas importantes para la recuperación y el mantenimiento de la salud, que además de constituir un recurso técnico de importancia, se pueden transformar en peligrosos, si no se emplean con criterios científicos de racionalidad. Además, los medicamentos no son ni el único, ni muchas veces el mejor recurso para el tratamiento de las enfermedades (26)

Inicios de la Atención Primaria

A raíz de las numerosas manifestaciones que se hicieron en el mundo entero con motivo de la transición al nuevo siglo, la Declaración Ciudadana por la Salud, suscrita por habitantes del planeta de todas las tendencias, reunidos en Bangladesh - uno de los países más densamente poblados - en diciembre del 2000, constituyó un llamado de atención sobre las condiciones de salud de la población (13)

La atención primaria, tal como se concibió en la Declaración de Alma Ata en 1978, es la intervención más eficaz para atender las necesidades de la población y para garantizar su acceso y asegurar una atención universal (14)

La Atención Primaria en Salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Es un instrumento eficaz, recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ya aplicado por los sistemas públicos de salud de Cuba, España, Canadá y Costa Rica, entre otros países (30)

Se basa en la utilización apropiada de los recursos disponibles y da prioridad a las necesidades sociales, la desconcentración y optimización de los servicios (32) Favorece la accesibilidad geográfica y administrativa, evitando largas colas,

esperas prolongadas o trámites complejos. Se trata de una intervención de alto impacto asistencial con los recursos adecuados y en busca de una máxima efectividad (41)

La atención primaria en salud propone una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención, que debe contar con la participación de la comunidad para resolver problemas mediante prestaciones accesibles, de alta calidad y en forma continua e integral (14)

El primer nivel de atención de la salud en el marco de la atención primaria puede resolver un ochenta por ciento de los problemas de salud de la población abordándolos en forma interdisciplinaria, dentro de la perspectiva familiar y social. De esta forma, los hospitales generales de agudos y los especializados podrán abocarse a su función específica: la atención de pacientes que requieran prestaciones de un mayor nivel de complejidad (14)

Antes de anotar las causas de morbilidad más frecuentes en el mundo, se ahondará en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE -10), la cual es una clasificación de enfermedades, que se define como “Sistema de categorías a las cuales se les asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos “.

Ésta permite el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas. Convierte los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. En la práctica se ha convertido en una clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud.

Clasificación Internacional de Enfermedades

La décima revisión de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud es la más reciente de una serie de clasificaciones que datan de 1893, se comenzó a preparar por un comité de expertos en 1983 con la coordinación de la OMS, fue aprobada por la conferencia internacional para la décima revisión de la CIE en 1989, aprobada por la cuadragésima tercera asamblea mundial de la salud y efectuada su divulgación en los países latinoamericanos en 1995.

La CIE es un sistema de categorías a las cuales se les asigna entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos. Su propósito es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de morbilidad y mortalidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas. La CIE se utiliza para convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos, con una letra en la primera posición y números en la segunda, tercera y cuarta posición; el cuarto

carácter sigue a un punto decimal, los códigos posibles van por lo tanto de A00.0 a Z99.9.

En la clasificación actual las afecciones se han agrupado con fines epidemiológicos generales y para la evaluación de la atención de salud, resultando cinco grandes grupos: enfermedades epidémicas, enfermedades constitucionales o generales, enfermedades localizadas ordenadas por sitio anatómico, enfermedades del desarrollo y traumatismos.

Morbilidad en el mundo

Las enfermedades respiratorias de los niños se han considerado problemas de salud en los últimos quince años (35) Las enfermedades respiratorias agudas se clasifican en altas y bajas. Las primeras afectan las vías respiratorias altas, que comprenden desde las fosas nasales hasta la epiglotis, y las segundas, a las vías bajas, es decir, desde la faringe al pulmón (19)

En Belice, las causas principales de morbilidad, determinadas en función del número de hospitalizaciones, fueron las enfermedades respiratorias, sobre todo entre los hombres. La segunda causa de morbilidad entre los varones fueron las enfermedades intestinales. Entre las mujeres, las complicaciones del embarazo ocuparon el primer lugar, seguidas por las enfermedades respiratorias. En el período de 1992 a 1996, las enfermedades respiratorias e intestinales causaron 63% y 32% de los internamientos, respectivamente (39)

El Ministerio de Salud ha adoptado la atención primaria de salud y ha creado una infraestructura de equipos de salud distritales orientados hacia metas relacionadas con la salud. Pese a que estos equipos se establecieron para promover la participación intersectorial y comunitaria para el desarrollo sanitario, están integrados mayormente por proveedores de atención de salud (40)

En El Salvador, en 1995, las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar como causa de morbilidad, con 721.538 consultas; la neumonía ocupó el quinto, con 99.472. En 1996, las infecciones respiratorias agudas y la neumonía ocuparon los mismos lugares como causas de morbilidad, con 795.758 y 98.428 consultas, respectivamente. En 1996, las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar como causa de consulta externa, con 11% del total de primeras consultas (41)

Según lo establece la Prensa Gráfica de ese país, las principales patologías son enfermedad diarreica aguda e infecciones de vías respiratorias superiores, enfermedades que acompañadas con las crónicas son la principal causa de consulta en el primer nivel de atención.

En Guatemala, las infecciones respiratorias agudas siguen siendo una de las primeras causas de morbimortalidad en el país. En 1994, se registraron 138.550 casos y en 1995, 178.355 (lo que representa una incidencia de 18 por 1.000) En 1994, se registraron 10.846 defunciones causadas por neumonía e influenza, que

constituyeron la primera causa de mortalidad general y la segunda causa de mortalidad hospitalaria ese año (37)

En Honduras, en 1990 las principales causas de morbilidad registradas fueron las enfermedades hipertensivas, isquémicas, las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades cardíacas (19,0%), accidentes y violencias (13,0%), las enfermedades del aparato respiratorio (9,5%), las enfermedades infecciosas intestinales (9,0%) y los tumores malignos (8,2%). Las infecciones respiratorias agudas continúan siendo la primera causa de morbilidad con 22% en 1991–1992 y 23% en 1996 (41)

En Nicaragua, las principales causas de morbilidad en el período 1990–1995 fueron las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias y las afecciones originadas en el período perinatal (41)

En Panamá, las principales causas de morbilidad en 1995 fueron la influenza, y las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar con cerca de la mitad del total, seguidos a mucha distancia por la diarrea y las parasitosis intestinales (41)

Pautas para el desarrollo de políticas farmacéuticas en América Latina

La necesidad de formular y aplicar políticas y regulaciones farmacéuticas está en la agenda de los gobiernos. Para todos es evidente que el mercado por si solo no produce el bienestar al que aspira la mayoría de ciudadanos. Por eso, la intervención del Estado es relevante para establecer las reglas que permitan ordenar el sector farmacéutico y aseguren el acceso de la población a los medicamentos necesarios. La OMS, a partir de la Reunión de Expertos de Nairobi estableció como una de sus prioridades apoyar a los Estados Miembros en el diseño de políticas farmacéuticas y publicó en 1991 sus Pautas para el desarrollo de políticas farmacéuticas (32)

En 1988, la ciudad de México fue sede de la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Políticas Farmacéuticas y Medicamentos Esenciales, convocando a los diferentes actores ligados al quehacer farmacéutico: reguladores, académicos, consumidores y empresarios. Esta Conferencia abrió un espacio de discusión, análisis y búsqueda de soluciones a los problemas derivados de la ausencia, formulación o aplicación de políticas farmacéuticas orientadas al uso apropiado de los medicamentos; fortalece el concepto de medicamento esencial, ratificando el apoyo a la Estrategia Revisada en Materia de Medicamentos de la OMS (42)

En 1995, una importante iniciativa en la región Asia-Pacífico plasmada en la Conferencia Internacional sobre Políticas Farmacéuticas Nacionales (Australia, Oct. 1995) enfatiza que "el objetivo de una política nacional de medicamentos es - en el ámbito de una política nacional- asegurar el acceso equitativo y el uso racional de medicamentos seguros y efectivos" (32)

En la actualidad, se configura un nuevo escenario que presenta desafíos importantes al que hay que responder con creatividad, audacia y con los

elementos técnicos y científicos adecuados con el fin de asegurar que la salud pública salga beneficiada con las decisiones que adoptan gobiernos, organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil involucrados en la problemática del medicamento. Viejos y nuevos problemas quedan todavía sin resolver: ausencia de regulaciones apropiadas; integración comercial y económica; procesos de armonización de la regulación farmacéutica; inaccesibilidad de las poblaciones más empobrecidas a los medicamentos indispensables; problemas en la formación de recursos humanos; efectos negativos de la promoción inapropiada de medicamentos; precios altos de los medicamentos; donaciones inapropiadas de medicamentos; deficiencias en la educación e información a los consumidores y falta de transparencia en la regulación farmacéutica (53)

En las últimas décadas, se viene prestando especial atención al uso inapropiado de los medicamentos y a los factores que están detrás de este problema. Este uso inapropiado se expresa de variadas formas, siendo las más frecuentes y reconocidas las siguientes:

- uso de medicamentos en situaciones donde no se necesitan;
- uso de medicamentos donde está indicada una intervención farmacológica pero se seleccionan fármacos que no son apropiados por falta de eficacia, por su inaceptable rango de riesgo o por ser una terapia cara frente a alternativas disponibles igualmente eficaces y seguras;
- uso de los medicamentos indicados pero administrados en formas farmacéuticas inadecuadas, en dosis y/o periodos sub-óptimos.

Se reconocen varios factores que influyen sobre los diferentes agentes que seleccionan, dispensan y usan el medicamento. En primer lugar, la regulación farmacéutica -particularmente en lo que se refiere al registro sanitario- va a configurar una oferta más o menos ajustada a las necesidades si dicha regulación se basa o no en criterios necesariamente restrictivos como son eficacia, seguridad, costo y calidad (9)

Por otro lado, los productores y distribuidores farmacéuticos, despliegan incontables prácticas de mercadeo que influyen sobre los prescriptores, los encargados de compras institucionales, los dispensadores y el público en general (21)

Una estrategia que considere como uno de sus objetivos el uso apropiado de los medicamentos tienen que considerar a esos factores y actores. El mejoramiento de la prescripción y dispensación de medicamentos tiene que ver con el reforzamiento de la formación y la información que reciben los profesionales y técnicos de estas áreas. Hasta ahora se ha detectado la debilidad de la formación profesional en aspectos críticos que tienen que ver con la selección de medicamentos que el paciente va a usar. La información que llega a los profesionales es en su mayoría producida por la industria farmacéutica y no es fácil el acceso a la información independiente, científica y completa. Esto convoca a una tarea que recién está empezando en los países latinoamericanos (31)

A fines de la década de los ochenta, en Argentina se intentó establecer una lista de 300 medicamentos esenciales que debían ser utilizados por los servicios públicos de salud. Para cubrir las necesidades de medicamentos de los sectores más carenciados, el Ministerio de Salud creó el Fondo de Asistencia de Medicamentos, cuyos recursos provenían de impuestos a los cigarrillos y a las especialidades farmacéuticas. El programa tenía como objetivo, además, disponer de 43 medicamentos esenciales para familias pobres. Sin embargo, dificultades con la industria farmacéutica y trabas administrativas conspiraron contra el proyecto (32)

En 1997, en Brasil se creó el Programa de Farmacia Básica, dirigido a la población de menores recursos que habitaba en los municipios más pobres. Dos graves problemas de salud pública impulsaron el Programa: el abandono y la discontinuidad en los tratamientos, debido a la imposibilidad de los pacientes de comprar los medicamentos prescritos (34)

Se seleccionaron los medicamentos que permitieran el tratamiento eficaz y a menor costo de las enfermedades más comunes que afectaban a las zonas elegidas y se calcularon cantidades que brindasen cobertura para 3.000 personas durante un período de tres meses. El Programa de Farmacia Básica pretendió reducir significativamente el número de internaciones hospitalarias, incrementar las actividades de los Laboratorios Oficiales para fortalecer sus posiciones en el mercado de la industria farmacéutica y mejorar la calidad de vida de las poblaciones locales a través del primer nivel de atención (34)

En 1998, este Programa alcanzaba a 4.177 municipios y atendía a una población de más de 35 millones de personas que tenían acceso a 40 medicamentos esenciales. Posteriormente, ese número se redujo a 32 medicamentos básicos para la atención primaria de la salud (34)

En Ecuador, en el año 2000 se sancionó la Ley 12 con el objetivo de garantizar accesibilidad y disponibilidad de medicamentos genéricos de calidad y bajo costo. En el año 2002, el 20% de los medicamentos tenían versión genérica. El Ministerio de Salud asume como objetivo el suministro gratuito de dichos medicamentos en los servicios públicos, pero la política de promoción del acceso se aplica también al consumo privado (34)

La Política Nacional de Medicamentos es el nombre del programa que creó el gobierno de Filipinas para garantizar la provisión de medicamentos a toda la población. Un componente importante de esta iniciativa para el uso racional de los medicamentos por parte de los profesionales de la salud, fue el Acta de Genéricos, que promueve y asegura la producción y provisión de medicamentos identificados por sus nombres genéricos. El Acta de Genéricos debe ser vista, en primer lugar, como una declaración del Gobierno dirigida a las compañías farmacéuticas internacionales que han priorizado una política de promoción de nuevos medicamentos sin considerar las necesidades de la población (34)

México es clasificado por la OMS como integrante del grupo de países con amplio acceso a los medicamentos esenciales, México ya había establecido en 1958 una lista de medicamentos esenciales. Dos años más tarde se creó el Formulario Nacional de Medicamentos y, posteriormente, en 1977 se elaboró una lista integrada en el Cuadro Básico de Medicamentos para las instituciones de salud. Varias veces actualizado, este cuadro contiene 322 medicamentos genéricos en 443 presentaciones farmacéuticas y proporciona al médico una información clara, concisa y precisa para orientarlo en su prescripción. En 1984, circulaban en el mercado nacional mexicano alrededor de 20.000 productos farmacéuticos. Merced a un programa de regulación establecido por el gobierno, este número se redujo a 7.500 productos (42)

En este país, el Ministerio de Salud y el Instituto de Seguridad Social cubren los servicios de salud a más del 62.5 por ciento de la población. Los medicamentos se proveen gratuitamente a través de las farmacias de Seguridad Social, cubriendo una población de 85 por ciento. La importación constituye el 80 por ciento del mercado y existen 3.800 medicamentos registrados, muchos de los cuales son combinaciones irracionales de principios activos y de eficacia no comprobada. A pesar de los esfuerzos por incrementar la prescripción de genéricos, 83 por ciento de las prescripciones tienen los nombres comerciales. De acuerdo con las investigaciones, aproximadamente el 20 por ciento de los medicamentos prescritos son de dudoso valor terapéutico (42)

En Perú, donde el gobierno subsidia el 78 por ciento del sistema público de salud, éste no tiene características universales. La población paga por la atención y por los insumos básicos que reciben, entre ellos los medicamentos, financiando cerca del 22 por ciento del gasto total del sistema público de salud. Debido al escaso acceso a los medicamentos por parte de la población de bajos recursos, el Ministerio de Salud peruano creó el Programa de Administración Compartida de Farmacias, dirigido a la atención primaria de la salud. Su objetivo es garantizar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos esenciales a la población, así como su correcta utilización, por medio de un sistema descentralizado de provisión de medicamentos a nivel nacional (40)

Por el lado de los pacientes y consumidores, es urgente el desarrollo de procesos de educación e información que les permitan decidir responsablemente sobre los medicamentos con los que pueden automedicarse y también administrar adecuadamente los medicamentos que le son prescritos y dispensados (33)

En la mayoría de los países de Latinoamérica, se puede identificar, por lo menos, dos procesos de suministro de medicamentos: uno, administrado (gerenciado y operado) por el sector público, y el otro, por el sector privado. El primero está orientado hacia la población que tiene acceso a los servicios de salud de los Ministerios de Salud o está cubierta por Instituciones de Seguridad Social. El segundo, está dirigido al sector privado que adquiere sus medicamentos en las farmacias comerciales o en las instituciones de la atención médica, también privada. Los dos procesos de suministro mencionados tienen una relación íntima y son interdependientes en muchos aspectos, especialmente, por el hecho de que

el sector privado no sólo es proveedor mayoritario, sino exclusivo, del sector público (50)

Factores que contribuyen al uso irracional de medicamentos en el mundo

La prescripción irracional es un problema mundial, pero la racionalidad de la misma es imposible de establecer sin un método y una norma de referencia (1)

La OMS, en 1985 definió que se hace uso racional cuando “Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un periodo de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad” (53)

El Dr. Eduardo Sabaté, funcionario médico de la OMS, dice que un uso racional de los medicamentos consiste en el respeto de unas buenas prácticas de prescripción y el cumplimiento pleno de las prescripciones. El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales (54)

Una mayor observancia de los tratamientos no representa una amenaza para los presupuestos de la asistencia sanitaria. Por el contrario, el cumplimiento de los tratamientos prescritos producirá una importante reducción del presupuesto general para la salud, debido a la reducción de la necesidad de intervenciones más caras, como las hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, el uso innecesario de los servicios de urgencia y los costosos servicios de cuidados intensivos (54)

Existen factores que afectan el uso de medicamentos y pueden estar relacionados con los pacientes, los prescriptores, el sistema de suministro, la regulación, la información sobre los medicamentos y la desinformación; estos factores pueden influir por sí mismos o combinarse y pueden agruparse de acuerdo a los principales aspectos que han sido identificados (33)

El impacto del uso inapropiado puede reflejarse en la baja calidad de los tratamientos con aumento del riesgo en morbilidad y mortalidad, desperdicio de recursos y aumento del costo de los tratamientos, elevación en la frecuencia de efectos indeseables (reacciones adversas y aumento de la resistencia a los medicamentos) y por último, en consecuencias sociales derivadas de una educación inapropiada a la comunidad (35)

Un estudio realizado en México en el año 2000, destaca que diversos factores que influyen en la prescripción inapropiada por los médicos pueden agruparse en cinco aspectos generales:

1. Tendencia de la educación médica impartida tanto en pregrado como en postgrado que fomenta la conducta prescriptiva como el aspecto principal en el tratamiento a los pacientes (20)
2. Errores en el juicio clínico y farmacológico que se ha demostrado aún en el tratamiento de enfermedades leves y autolimitadas (20)
3. Fuentes poco confiables de información farmacológica acerca de las propiedades e indicaciones de los medicamentos; una elevada proporción de los médicos actualizan su información a través de publicaciones promovidas por la industria farmacéutica más que a partir de la lectura crítica de literatura científica (20)
4. Presión por parte de los pacientes para recibir medicamentos en cada consulta (20)
5. Deficiencias en la educación continua de los médicos de atención primaria para elevar la calidad de la atención que proporcionan (20)

En Colombia, una investigación realizada en el año 2001 con relación a la entrega de medicamentos en droguerías contribuye al uso irracional de medicamentos. La irracionalidad por prescripción corresponde a más de 50%, considerando el volumen de personal no capacitado al frente de las mismas. Por este riesgo, representado en la cantidad de droguerías (más de 15000 a nivel nacional) y la poca viabilidad de su profesionalización global, la población de expendedores debería considerarse como actores críticos y dinámicos que pueden cumplir un rol como promotores del uso racional de los medicamentos, si se forman para ello y si se reglamenta su actividad (18)

En Perú, el 50% o más de los gastos en medicamentos pueden desperdiciarse, debido al carácter irracional de la prescripción y dispensación por parte del personal de salud, así como por la inadecuada utilización por parte de los pacientes (9)

El gasto inicial en medicamentos en las instituciones públicas de salud puede elevarse a 70% debido a carencia de una selección cuidadosa, una cuantificación incorrecta, precios elevados, deficiente calidad, robos, almacenamiento inapropiado y caducidad de los fármacos (9)

Desde su punto de vista, las pérdidas por prescripción y uso irracional de medicamentos pueden disminuirse mediante intervenciones como establecimiento de protocolos normalizados de tratamiento, inclusión de conceptos de medicamentos esenciales en la educación médica básica, capacitación continua de los profesionales de la salud y activa educación de pacientes (9)

Diferentes países han realizado esfuerzos orientados a disminuir o minimizar el problema del uso irracional de medicamentos, por ejemplo en Venezuela la Ley de Medicamentos en su artículo uno, regula todo lo relacionado con la política farmacéutica a los fines de asegurar la disponibilidad de medicamentos eficaces, seguros y de calidad, así como su accesibilidad y uso racional a todos los sectores de la población en el marco de una política nacional de salud (38)

En España, por su parte, la Ley del Medicamento, en los artículos 87 y 91 establece la necesidad de proporcionar información al paciente sobre su tratamiento fármaco terapéutico y la experiencia acumulada en las pasadas décadas ha demostrado que, no es suficiente con informar al paciente sino que, es preciso transmitir un mensaje que le motive a un comportamiento positivo en relación a su tratamiento, buscando un incremento de su responsabilidad para conseguir la correcta adherencia al mismo (25)

A raíz de la necesidad de mejorar la prescripción, se ha estado dando el movimiento de guías de formularios que reflejan una tendencia cada vez mayor hacia la toma de decisiones basadas en la evidencia. Los planes de Salud y los hospitales han utilizado formularios de medicamentos durante mucho tiempo, pero los procesos por los cuales los comités de formulario tomaron las decisiones, típicamente, han carecido de transparencia y rigor científico. Un número creciente de organizaciones han comenzado a utilizar la guía de formulario publicada por la Academia de Atención Gerenciada de Farmacia (51)

Estas guías aconsejan a los planes de salud que soliciten, formalmente, a las compañías farmacéuticas que les presenten un “expediente” estandarizado, que contenga información detallada, no sólo sobre la eficacia y seguridad del fármaco, sino también sobre su valor económico con relación a otras terapias alternativas. Este trabajo describe las guías, revisa el progreso hasta la fecha y analiza varios asuntos críticos para el futuro (51)

1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Reforma del Sector Salud

Los cambios más importantes que se han registrado en los últimos años, se dan en el campo de la formulación de lineamientos políticos; en el área económica y en el ámbito de la reforma y modernización del Estado y del sector salud (27)

Costa Rica inició un proceso de Reforma del Estado y del Sector Salud, desde el inicio de la década de los noventa, como respuesta a la crisis económica que experimentó el país en la década de los ochenta y al deterioro de los programas de salud en términos del cumplimiento de sus objetivos y de la satisfacción de las necesidades para los que fueron creados (28)

Con la puesta en marcha de la Reforma del Sector Salud a principios de los noventa y actualmente con los procesos de Modernización Institucionales, llevados a cabo en la CCSS y el Ministerio de Salud se han dado profundas transformaciones: La formación del área de salud y su sectorización a cargo de los Equipos Básicos de Atención Integral a la Salud (29)

En la Administración de 1994-1998, se elaboró el Plan Nacional de Desarrollo, que plantea como reto fundamental lograr el bienestar de las mayorías en el marco de un proceso de desarrollo sostenible en materia social, económica y ambiental, en el cual el Estado ha de transformarse para ser un efectivo

catalizador del proceso, que supone el concurso activo de la sociedad civil organizada y de la ciudadanía en general (27)

Este Plan postula, como retos fundamentales, la efectiva universalización de los servicios, dentro de un marco de mejora de la calidad, cobertura y eficiencia del uso de los recursos, así como el incremento de la participación comunitaria en la búsqueda de soluciones a los problemas (27) Cabe recordar, que el proceso de universalización de los servicios se dispuso legalmente a partir de 1961, pero no fue efectiva hasta el año de 1978.

La CCSS es la institución que aporta el mayor porcentaje de gasto público en salud con un 80% del gasto público total y representa entre un 5% a un 6% del Producto Interno Bruto (PIB) El Ministerio de Salud es la segunda institución en orden de importancia en el gasto en salud, representando entre un 7 y un 9% del gasto total y con un 0,6% del PIB (27)

Se han dado cambios importantes en las tendencias del consumo de medicamentos, en donde se aprecian incrementos en aquellos fármacos indicados para el tratamiento de patologías crónicas más frecuentes en personas de mayor edad, lo que se explica por el cambio de la pirámide poblacional. Ejemplos de estos serían: antihipertensivos, hipoglicemiantes y antiinflamatorios no esteroideos. Además, dentro del concepto de medicamentos esenciales, ha sido necesario incluir medicamentos con indicaciones muy específicas como respuesta al cambio del perfil epidemiológico de la población (44)

En Costa Rica, la implementación de políticas y estrategias en salud han permitido grandes logros en la consolidación de un Sistema de Salud solidario e integrado, fortalecido con diferentes programas de salud en los tres niveles de atención, esto ha permitido alcanzar indicadores de salud muy favorables para la población del país como la esperanza de vida de 76 años al nacer (45)

Se da énfasis a algunas políticas sociales para el sector salud, las cuales respaldan en su contenido la Atención Primaria de Salud. Ellos son: Comunidades Sanas, Hacia una Consulta Externa Ágil y de Calidad, Reestructuración del Sistema Nacional de Salud y Cooperación Intersectorial (27)

El nuevo modelo de atención en salud con las áreas de salud y los EBAIS da gran importancia a la participación comunal, a través de la cual, se dan numerosos vínculos de coordinación con los diferentes sectores del país con el fin de lograr comunidades sanas (27)

Con el cambio de roles que se ha dado, la responsabilidad de atención a las personas ahora es competencia exclusiva de la CCSS. Por su parte, el Ministerio de Salud asume la rectoría del sector salud, correspondiéndole la definición de la política nacional de salud, la normativa, la conducción de la planificación y coordinación de todas las actividades que le competen conforme con la ley, así como los programas de nutrición y saneamiento ambiental (27)

A partir de 1970, los empresarios solicitan atención médica en el sitio de trabajo con servicios prestados por la CCSS, ésta accedió con el fin de aumentar la cobertura. El despacho de medicamentos, la realización de exámenes de laboratorio y radiografías se realizan en el sitio más cercano a su trabajo. Por otro lado, a partir de 1980, se presenta la propuesta de Medicina Mixta, el trabajador paga la consulta médica en consultorio particular y la CCSS le suministra los medicamentos y los exámenes de laboratorio, los costos son mayores en comparación con Medicina de Empresa (27)

A partir de 1987 cuando la CCSS inicia con nuevas formas de contratación para brindar atención integral de salud, e introduce convenios con cooperativas autogestionarias, tales como, Coopesalud R.L., Coopesiba, Coopesain y también con hospitales privados como el Hospital Clínica Bíblica. Para finales de la década de los noventa hace convenio con la UCR con ese mismo propósito (27)

La CCSS por mandato constitucional, es la institución encargada de la administración y la provisión de los servicios de salud bajo los principios de la seguridad social de universalidad, equidad, solidaridad, obligatoriedad y participación, a los que cabe agregar calidad, oportunidad, transparencia, eficiencia e igualdad. El Proceso de Modernización Institucional tiene como objetivo básico, la búsqueda de la eficacia, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud, mediante el desarrollo de cuatro componentes:

1. la readecuación del modelo de atención para la promoción y fortalecimiento de la atención integral en salud,
2. el desarrollo de mecanismos de asignación de recursos en procura de la satisfacción racional y equitativa del interés público,
3. las mejoras en la eficiencia y eficacia en la recaudación de ingresos,
4. el apoyo de sistemas de organización que favorezcan la oportunidad y calidad en la toma de decisiones en el nivel local, mediante el fortalecimiento de funciones administrativas, financieras y operativas.

La Junta Directiva de la CCSS, en la Sesión 7064 celebrada el 1 de octubre de 1996, con base en el artículo 6 de la Ley 4750 del 27 de abril de 1971, incorporó el “Compromiso de Gestión” como un instrumento técnico y administrativo para la articulación estratégica de objetivos y prestaciones concretas, tendentes al mejoramiento de la calidad de los servicios (38)

El “Compromiso de Gestión” se entiende como el acuerdo entre partes que define y evalúa la relación de la asignación de recursos con la producción en salud, tipificada con criterios de calidad y oportunidad, establecidos por el comprador, en respuesta a las necesidades de salud de la población. Desde el punto de vista técnico, constituye una herramienta de adaptación y adecuación en el tiempo del modelo de atención a la resolución oportuna de los problemas y necesidades reales de salud de la población, la utilización del “Compromisos de Gestión” como herramienta técnica y jurídica, en la conducción de los vínculos administrativos y contractuales con el que la CCSS cumple el fin público constitucionalmente asignado, ha logrado articular en la práctica una asignación de recursos financieros, administrativos y operativos mucho más uniforme, equitativo,

homogéneo, dinámico y prospectivo, cuyos productos constituyen insumos trascendentales en la construcción de perfiles epidemiológicos cada vez más confiables, para la determinación de políticas en salud de corto, mediano y largo plazo, más acertadas y oportunas, que coadyuven en la formulación del plan local y nacional de atención a las personas, partiendo de un análisis integral de la situación en salud de la población (45)

Morbilidad en Costa Rica

Las infecciones de las vías respiratorias superiores constituyen una causa importante de morbilidad. En el año 2000, se presentaron 762.912 episodios de infecciones de vías respiratorias superiores registrados, representando un aumento del 93,2 % respecto a los 394.790 de 1996. En el año 2000, se registraron 36 muertes en menores de 5 años (tasa 8,7 x 100.000) (4)

Actualmente las infecciones de las vías respiratorias superiores ocupan el primer lugar en cuanto al número de consultas en los diferentes servicios de salud a nivel nacional (10) Cabe señalar, que estos datos muestran un aumento en el número de casos que se da año con año y no un incremento en la patología como tal. Esto debido al crecimiento poblacional y al mejor acceso a los servicios de salud para las poblaciones, principalmente, para los niños que son los que más demandan atención médica, por los síntomas que produce esta enfermedad y que genera preocupación a sus padres o encargados.

Es una realidad, que al inicio y durante la época de invierno y al inicio de la estación seca, este tipo de infecciones se presentan con mayor frecuencia. Es de suma importancia brindarle a la población la información necesaria con la cual se pueda prevenir y manejar adecuadamente cada una de las infecciones respiratorias agudas que se puedan presentar en un momento determinado; de tal forma que se logre una disminución de la morbimortalidad en dicha población y una baja en los costos de su atención en la CCSS, al no tener que dirigir tantos recursos para el tratamiento de la enfermedad sino más bien para prevenirla (10)

Comité de Farmacoterapia

Los Comités de Farmacoterapia Locales son la organización de enlace en el hospital o clínica entre el personal médico, el servicio de farmacia, el Comité de Farmacoterapia Central y el Departamento de Farmacoterapia. El Comité Local tiene funciones de asesoría y educación en el hospital o clínica, en la formulación de políticas y desarrollo de programas de educación en aspectos relacionados con la evaluación, selección y uso de los productos farmacéuticos (7)

Las responsabilidades específicas de los Comités de Farmacoterapia Locales incluyen, pero no son las únicas, las siguientes:

1. Realizar la selección local de nuevos medicamentos para la Lista Oficial de Medicamentos, basado en una evaluación objetiva de eficacia terapéutica, seguridad y costo. Enviar toda la información solicitud de inclusión,

modificación o exclusión de medicamentos, por escrito al Comité de Farmacoterapia Central, quien es responsable de revisar la información y aprobar o rechazar la solicitud. La acción para solicitar cambios en la Lista Oficial de Medicamentos debe ser consistente, debido a la misión del Comité de Farmacoterapia Central es la de asegurar que sólo los medicamentos más eficaces, seguros y con la mejor relación beneficio/costo van a estar disponibles para ser utilizados en los Servicios de Seguridad Social.

2. Asegurar que sólo los medicamentos incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos están rutinariamente disponibles para la distribución y administración de los pacientes.
3. Establecer programas y procedimientos que aseguren óptimos estándares para el uso racional y mejor relación costo/efectividad de los medicamentos.
4. Establecer lineamientos para el uso rutinario de los medicamentos incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos que tienen un estrecho rango terapéutico, excepcional riesgo de toxicidad o excesivo costo.
5. Establecer lineamientos para la adquisición, uso y revisiones periódicas de productos medicamentosos no incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos, y que dada la justificación científica para resolver casos excepcionales, han sido aprobadas por el Comité de Farmacoterapia Central.
6. Revisar periódicamente los problemas y participar en actividades que garanticen la calidad relacionada con la distribución, administración y prescripción de los medicamentos en el hospital o clínica.
7. Participar en el desarrollo de programas educativos dirigidos a incrementar los conocimientos profesionales en materias relacionadas con los medicamentos y la prescripción de medicamentos en el hospital o clínica.
8. Participar en el desarrollo y revisión periódica en la evaluación del uso de medicamentos. Además de fomentar la participación en los programas de notificación a reacciones adversas a medicamentos y en los programas de información de sospecha de falla terapéutica de los medicamentos, siguiendo los lineamientos establecidos a nivel institucional en la ejecución de esta actividad.
9. Asegurar que en el hospital o la clínica exista el cumplimiento de las reglamentaciones nacionales, institucionales y recomendaciones internacionales, realizadas por organismos de reconocida credibilidad relacionadas con el uso de medicamentos en el hospital o clínica.
10. Asesorar a los profesionales en salud, en todas las materias relacionadas con el uso de medicamentos en los hospitales o clínicas.
11. Enviar al Departamento de Farmacoterapia, en forma mensual el listado de medicamentos adquiridos en código Z (en tránsito) o por la vía de clave (no incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos), que incluya la siguiente información: Nombre e identificación del paciente, nombre del medicamento, cantidad adquirida, médico prescriptor y costo.

Con respecto a la selección de medicamentos, el Comité de Farmacoterapia se reúne una vez por semana en la Sede Central de la CCSS, donde asisten médicos de las diferentes especialidades, quienes basados en estudios definen para qué

usuario (entiéndase por “usuario”, la especialidad del médico, en este contexto) o paciente va dirigido cada fármaco (llamado también “unidad”); o si necesita equipo de diagnóstico de apoyo para el uso adecuado de los medicamentos, entre otros. Para seleccionar el medicamento, se toma en cuenta su eficacia, efectos adversos, su disponibilidad en el mercado, indicaciones diversas y la existencia del uso del mismo (61)

Este proceso se lleva a cabo tomando en cuenta que el fármaco está inscrito en el Registro Sanitario del Ministerio de Salud Pública de Costa Rica, que es el libro oficial de medicamentos ya aprobados hasta la fase cuatro de estudio clínico farmacológico (61)

Procesos para el suministro de los medicamentos por parte de la CCSS

1. Proceso de compras: La CCSS y la Ley N° 6914 establecen el Reglamento para la Compra de Medicamentos, Materias Primas, Envases y Reactivos. (La Gaceta, 2004). Esta ley permite que se cumpla con una de las funciones más importantes que tiene la institución, la cual consiste en asegurar que haya medicamentos, brindar servicios de salud y atención en forma oportuna con el fin satisfacer las necesidades de la población (38)

Para brindar a los pacientes medicamentos seguros, eficaces y de calidad, el Ministerio de Salud por medio de la Dirección de registros y controles y el Reglamento de control estatal de medicamentos, garantizan el cumplimiento de la regulación en fármacos, materia prima y cosméticos en los diferentes ámbitos en que tiene competencia el Ministerio de Salud (38)

Cuando se necesita abastecerse de algún fármaco o medicamento, tomando en cuenta la Ley #6914, los laboratorios de medicamentos interesados se inscriben como oferentes, a quienes previamente, les llega el comunicado vía fax de apertura de compra de medicamentos en cantidades de tantos por cientos. Los medicamentos seleccionados para su compra, se manejan con el código 1-10 en la CCSS y bajo este código forman parte de la gran lista del catálogo de suministros de esta institución (61)

La Comisión de Fichas Técnicas de Medicamentos analiza cada una de estas fichas, donde se describen las características y necesidades del fármaco y cada oferente orienta su oferta basándose en esta información. La CCSS cuenta con la monografía de cada fármaco que maneja y con base en esta información se toma la decisión de su compra. Dicha compra es analizada por una Comisión Externa del Departamento de Especialistas del Laboratorio de la CCSS, siguiendo lo que está descrito por las fichas técnicas (61)

2. Proceso de adquisición: En el departamento de Administración Financiera se cuenta con una hoja u orden de adquisición, donde se solicita el medicamento a comprar. La Dirección de Recursos Materiales, toma la correspondiente orden de adquisición y su ficha técnica para el proceso de licitación. La adquisición del

medicamento se hará vía licitación o por compra directa, lo cual va a depender del costo que esto implique (61)

El departamento de Almacén General, cuenta con una copia de la ficha técnica del medicamento solicitado, el cual es analizado con criterios de calidad por el laboratorio de la CCSS (61)

Este laboratorio, recoge las muestras de los medicamentos a adquirir los martes y jueves de cada semana para analizarlos y envía los resultados al Almacén General, con la correspondiente ficha de calidad para cada fármaco, si cuenta con el aprobado respectivo, se envía el fármaco a las unidades correspondientes según el usuario (61)

El Laboratorio Nacional de Control de Calidad de los Medicamentos de la CCSS da trámite al proceso de calidad de los fármacos y es el único en el país, en su género, que rige las políticas del manejo de medicamentos.

El modelo de compra de medicamentos que utiliza la CCSS, mediante el Departamento de Adquisiciones y Distribución ha sido criticado porque no permite un verdadero control del precio de las medicinas y porque las compras directas benefician a las grandes farmacéuticas que pueden inflar los costos reales de los productos (4)

Por ejemplo, si existe desabastecimiento, la CCSS realiza compras directas que carga a un programa de financiamiento llamado "Plan 5000", un procedimiento que permite que las farmacias de la CCSS liciten y compren los medicamentos en el ámbito local en pequeñas cantidades a importadoras y distribuidoras farmacéuticas, pero a un costo muy elevado (4)

Otra forma es a través de una solicitud de compra de medicamentos, al amparo de la Ley 6917, que la estableció Guido Miranda, durante su gestión como presidente ejecutivo (1986-90). Consiste en que los proveedores notifican su precio de oferta a la CCSS, y en cinco días la Junta Directiva debe decidir cuál es la compra más conveniente. Luego se envía a la Contraloría General de la República, que debe resolver la compra en diez días, o sea, es una especie de licitación rápida (4)

3. Proceso de distribución: En el caso de las Áreas de Salud del Primer Nivel de Atención, se envía una fórmula preelaborada, para el usuario 1B (que incluye los medicamentos a los cuales tienen acceso), cada mes. Se puede realizar un "extrapedido" de medicamentos por parte de la unidad interesada, para el tratamiento de ciertas patologías, el cual contará, previamente, con el visto bueno del Comité de Farmacoterapia de la CCSS. Este control se lleva en un registro donde se anota: clave, unidad programática, código, descripción, cantidad autorizada y autorizado por, del medicamento despachado. Se maneja, además, mediante el uso del documento formula 27 SA, en el Almacén General (61)

4. Proceso de utilización: Cuando algún médico necesita prescribir un medicamento que no se encuentra disponible en el nivel de atención en que se

desempeña, solicitará el fármaco por medio de un documento, donde justifique su adquisición, éste será analizado para su compra, ya que el pago de dicho fármaco se hará individualizado y en efectivo, con previo visto bueno de la CCSS (61)

La CCSS es la encargada de la gestión del medicamento a un porcentaje alto de la población de nuestro país. En los últimos años, esta institución ha hecho convenios con Cooperativas de Salud, Universidades y Hospitales privados, por lo que estos últimos también forman parte del proceso de suministro de medicamentos (61)

Lista oficial de medicamentos

Con base en la Constitución Política, Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, se decreta el Reglamento del Formulario Terapéutico Nacional, el cual es el instrumento normativo que contiene la relación oficial de medicamentos que deben ser utilizados por servicios públicos en salud, de un método uniforme de adquisición, distribución y utilización de los medicamentos (6)

En 1970, bajo el régimen del Plan Nacional de Salud, se crea el cuadro básico de medicamentos, que incluye fármacos genéricos y que aún a la fecha están vigentes. Tomando en cuenta el Reglamento del Formulario Terapéutico Nacional, se origina la Lista Oficial de Medicamentos que se fundamenta en el uso de medicamentos esenciales para el manejo terapéutico de la morbilidad nacional. Ésta es elaborada y codificada por el Comité Central y el Departamento de Farmacoterapia con la colaboración de médicos y farmacéuticos. Cada dos años se publica una nueva edición de la Lista Oficial de Medicamentos y las modificaciones que se realizan en este período se informan por medio de Circulares del Comité Central o del Departamento de Farmacoterapia (7)

Dentro de las investigaciones realizadas en los últimos años en Costa Rica, resalta un estudio del año 1996 por la Dra. Desirée Sáenz, con respecto a factores que contribuyen al uso irracional de medicamentos, donde se demostró que el consumo de medicamentos es susceptible de modificación, especialmente en núcleos cerrados (atención ambulatoria) Asimismo, que la intervención educativa tuvo un impacto real en la prescripción de antibióticos de uso masivo. Y finalmente, se confirma que la educación médica permanente es útil para promover, continuamente, el uso racional de medicamentos (48)

Dos años después en esta misma revista se publica otro estudio comparativo en diferentes hospitales, de este estudio se obtienen conclusiones similares a las del primer estudio (49)

Como menciona la Dra. Maritza Morera durante la entrevista, se están realizando actividades dentro de la institución que contribuyan al uso racional de medicamentos a nivel del país y se ha adoptado la medicina basada en evidencia, para tal efecto (sistema COCRHAN) (61)

Los colegios profesionales, tanto de farmacéuticos como de médicos, aunados a universidades públicas y privadas, han implementado dentro de sus cursos de educación médica continua, el uso racional de medicamentos (47)

En noviembre del año 2004, el Dr. Andrés Blanco Mora, médico asistente del servicio de emergencias del Hospital Nacional de Niños presentó una conferencia acerca de la importancia y la necesidad de mejorar los hábitos de prescripción en el manejo de las infecciones de las vías respiratorias superiores, de dicha charla se desprende también la necesidad de brindar mayor información a los pacientes y a sus familiares (11)

1.1.3 ANTECEDENTES LOCALES

Origen del Programa Atención Integral de Salud

El Programa Atención Integral de Salud (PAIS) tiene su origen en 1997, mediante la firma de un convenio entre la UCR, la CCSS y el Ministerio de Salud. Durante los primeros meses de 1998 se formuló el Proyecto “Modelo de Atención Integral de Salud para los cantones de Montes de Oca y Curridabat”, en el que se propone que la UCR a través de la Vicerrectoría de Acción Social asuma la responsabilidad de organizar y brindar los servicios de salud para los cantones de Montes de Oca y Curridabat (2)

El Programa de Atención Integral de Salud (PAIS), fue creado mediante el Convenio firmado entre la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), y la Universidad de Costa Rica (UCR) en 1999.

En el mes de abril de 1999, las autoridades de la CCSS y la UCR firmaron un Convenio, un Contrato y un Compromiso de Gestión con los cuales se inician las actividades de atención de salud en el mes de mayo, como un plan piloto en el distrito de Tirrases del cantón de Curridabat. Mediante la firma de un Compromiso de Gestión en enero del 2000 se extendió la atención de salud a todo el cantón de Montes de Oca, y posteriormente, en enero del año 2002 se extiende a tres distritos del cantón de la Unión: San Juan, San Diego y Concepción.

Programa de Atención Integral de Salud

Esta unidad es la encargada de desarrollar un modelo de atención integral de salud, en el primer nivel. Tiene como base el modelo readecuado de salud vigente en el país y articula las áreas sustantivas del quehacer académico: docencia, investigación y acción social de la UCR, a la vez procura un mejoramiento constante del modelo.

El PAIS es interdisciplinario y calificado como especial. La UCR ocupa una posición de vanguardia en el desarrollo del modelo de atención integral en salud, en el primer nivel. Articula el quehacer académico para generar, recopilar y democratizar conocimiento y evidencias en salud -como respuesta proactiva, flexible y sostenible- a las necesidades de los habitantes de las áreas de salud adscritas. Además, contribuye a la construcción social de su salud, al mejoramiento de su calidad de vida, al fortalecimiento de la seguridad social y del sistema nacional de salud y al desarrollo humano e integral de la sociedad.

En la práctica, este programa concreta los principios de atención integral en salud, universalidad, equidad, calidad e igualdad, en el marco de los derechos humanos y la participación social, mediante la colaboración activa, informada, consciente, autónoma y corresponsable, de personas e instancias involucradas en todo el proceso de gestión local en salud, y el trabajo coordinado con otros sectores e instituciones.

La organización interna se centra en las personas, consideradas como seres creativos. Su gestión es participativa y se desarrolla en un clima y cultura organizacionales. El ejercicio del poder promueve la resolución de conflictos, así como el desarrollo personal, técnico y profesional del recurso humano. Asimismo, incentiva la autocrítica, la excelencia en el desempeño y la rendición de cuentas.

El PAIS proyecta sus experiencias a nivel nacional e internacional y es un medio para propiciar la generación de la cultura sanitaria en las comunidades y en las áreas de salud, universitaria y general, del país.

Es un Programa de Atención Integral de Salud de la Vicerrectoría de Acción Social de la UCR que articula atención integral, docencia, investigación, acción social y participación social, en concordancia con los principios y valores vigentes, en el marco de un convenio con la CCSS, como instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Brinda calidad en los servicios integrales de salud, mediante el trabajo en equipos interdisciplinarios en el citado nivel de atención, en lo individual, familiar, grupal y comunitario, en las Áreas de Salud: Curridabat, Montes de Oca y Concepción – San Diego – San Juan.

Contribuye con la construcción social de la salud, mediante procesos de promoción, prevención, atención y rehabilitación. Propicia la democratización del conocimiento y los esfuerzos conjuntos entre instituciones, organizaciones, grupos

y personas, para la satisfacción de las necesidades de salud, el mejoramiento de las condiciones de vida y el desarrollo humano integral.

Engloba los siguientes valores: autonomía individual, familiar, colectiva e institucional. Solidaridad, respeto, responsabilidad: individual, colectiva y social. Pluralismo, honestidad, sensibilidad y compromiso social e integridad.

Principios del Programa de Atención Integral de Salud

Atención integral de la salud

Se refiere al abordaje integral del proceso salud-enfermedad que responde al concepto de salud como proceso de construcción social, y a los problemas y necesidades de salud de la población. Incluye actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la morbilidad y de las condiciones discapacitantes; con énfasis en las dos primeras. Se considera la persona como sujeto de derechos, que requiere una atención individualizada que incluya el contexto familiar y el comunitario, tanto en aspectos físicos como psicosociales. El enfoque implica aspectos bio-psico-sociales-espirituales y ecológicos, lo que requiere del trabajo en equipo interdisciplinario -idealmente transdisciplinario- y el abordaje intersectorial.

Equidad

Atención a personas y grupos poblacionales según sus necesidades particulares, de manera que haya una distribución justa de recursos, bienes, servicios, e información. Busca disminuir las brechas en salud que, por injustas, son evitables. Implica la incorporación del enfoque de riesgo, tanto a nivel individual como colectivo, dado que las condiciones de vida generan distintas necesidades de salud. Lo anterior incluye la intervención sobre los factores de riesgo y la promoción y fortalecimiento de los factores protectores de la salud.

Universalidad

Este concepto significa la responsabilidad del Estado de garantizar la incorporación de la ciudadanía con plenos derechos y deberes al sistema de salud con calidad, sin límites geográficos, sociales, económicos o culturales. Para hacer efectivo este principio deben aumentarse accesibilidad, cobertura, oportunidad, eficiencia, y en general, la calidad de los servicios que se brindan.

Solidaridad

Es el principio mediante el cual se asegura la protección de la salud para toda la población, según un modelo de financiamiento, en el que cada individuo cotiza en el seguro social, de acuerdo con sus posibilidades, y a la vez se facilita el acceso al sistema de salud para grupos con menos recursos.

Calidad

Incluye servicios de salud oportunos, continuos, humanizados, eficaces y eficientes. Además, los aspectos técnico-científicos, interpersonales y de las instalaciones, que al interactuar generan satisfacción del personal y de las necesidades en salud individual y la de grupos sociales. Conlleva capacidad crítica y búsqueda permanente de la excelencia de los servicios, por parte de todos los actores, en procura de mayores beneficios y de disminuir al máximo los riesgos.

Igualdad

Se refiere a las oportunidades y el acceso a los recursos que promueven la salud, incluida una oferta básica de servicios de salud del primer nivel, sin discriminación de género, edad, condición socioeconómica, grupo étnico, status migratorio, filiación religiosa, identidad sexual, condiciones discapacitantes, enfermedades estigmatizadas y similares.

Participación social

Responde al derecho pleno de la ciudadanía para ejercer su involucramiento mediante la participación activa, informada, consciente, autónoma y corresponsable de personas, instituciones, organizaciones y grupos que contribuyan en la construcción de la salud; desde el análisis y priorización de sus problemas en esa área, hasta planificación, ejecución de actividades, monitoreo y evaluación, mediante acuerdos concertados de las responsabilidades. Lo procedente implica un abordaje intersectorial, para mejorar la coordinación y el uso óptimo de los recursos disponibles, de modo tal que se logre un mayor impacto en la producción de la salud, que permita resolver o reducir los problemas de salud.

Transparencia

Hace referencia a la actitud y práctica de la integridad y la honestidad en las relaciones interpersonales entre los integrantes de los equipos de salud y entre éstos y los usuarios. Se concreta mediante la evaluación, auto evaluación y rendición de cuentas sobre el uso y efectos de los recursos, tanto dentro de la organización, como en instancias externas, principalmente la comunidad, de manera que fortalezca las funciones de participación, vigilancia y observación por parte de la ciudadanía.

Democratización del conocimiento

Es la promoción de la producción, el intercambio y la divulgación del conocimiento sobre salud, entre las diferentes disciplinas de salud y entre éstas y los usuarios, instituciones, organizaciones y grupos sociales, que contribuyen en la producción social de la salud. Para lograr lo anterior es requisito que existan actitud y práctica de relaciones simétricas, y de respeto mutuo, así como comunicación afirmativa, directa, respetuosa, oportuna y empática.

Academia

Principio fundamental e imprescindible del quehacer universitario como proceso de interacción. Incluye la observación, el análisis crítico del conocimiento y de la

realidad, la generación de conocimiento, la enseñanza-aprendizaje, su intercambio y divulgación, en el contexto de los servicios de salud y de la atención primaria, todo en un ambiente de respeto que contribuya al desarrollo humano y del país. Se expresa mediante el desarrollo de proyectos y actividades docentes, investigativas y de acción social.

Enfoque de derechos humanos

Está fundamentado en el principio de que todas las personas tienen derechos, que surgen del reconocimiento de las necesidades humanas universales y particulares. Del mismo modo, es preciso garantizar su satisfacción, sobre todo en lo atinente a la salud y que responda a la necesidad de las mismas. El enfoque implica el reconocimiento de la necesaria responsabilidad individual, familiar, comunal e institucional para el cumplimiento de los derechos individuales y colectivos.

Gestión participativa

Hace referencia a que todas las instancias y personas que integran la organización, deben ejercer sus derechos de opinar y participar en la toma de decisiones que las afecten, a fin de promover una distribución equilibrada del ejercicio del poder. Incluye la facilitación para que los usuarios participen y que sus opiniones sean consideradas en la gestión de los servicios de salud. Se contrapone al enfoque tradicional de las organizaciones centralizadas y altamente jerarquizadas.

Elementos del modelo de atención de salud

El desarrollo de la salud comunitaria en la estrategia de atención primaria implica varios ejes: docencia, servicio, investigación y acción social. Asimismo, incluye la atención integral y la participación social, ambas en el área de salud.

Los programas que se priorizan en la atención primaria son la salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor.

Estos servicios de salud se brindan en diferentes escenarios tales como centros educativos y de trabajo, viviendas, familias y comunidades en general.

Las actividades de apoyo con las que se trabaja corresponden a la atención del ambiente humano, la educación y promoción de la salud, el sistema de información, el desarrollo de la infraestructura, la vigilancia de la salud, el monitoreo y la evaluación, así como, la organización, gestión y la planificación de diversos proyectos.

Equipos Básicos de Atención Integral de Salud

El personal de servicios de salud es la base sobre la que descansa el Programa, ya que este nivel brinda la prestación de los servicios de salud para que sean de calidad y continuidad en las áreas respectivas.

Es un equipo de trabajo que ofrece servicios básicos de atención, actitud preventiva y promoción de la Salud de las personas, la familia y su comunidad. Suministra esos servicios y atiende a una población de 3000 a 3500 personas aproximadamente.

Para aquellos servicios que no correspondan al grado de complejidad asignado al PAIS, se establecen como centros de referencia del segundo nivel de atención, la Clínica Central y el tercer nivel, el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y los hospitales Especializados para Montes de Oca y Curridabat. Para La Unión, el Hospital Dr. Max Peralta de Cartago.

Áreas de salud

El Programa ofrece los servicios a tres Áreas de Salud: Montes de Oca, y el distrito de San Ramón de La Unión. El cantón de Curridabat y los distritos de San Diego, Concepción y San Juan, del cantón de La Unión. Cada Área de Salud está coordinada por un médico especializado en Salud Pública, en administración o Medicina Familiar y apoyado por un equipo de profesionales en salud (Equipo de Apoyo) constituido por:

- Coordinador Médico de Área
- Dos enfermeras
- Trabajador social
- Nutricionista
- Sociólogo
- Asistente administrativo
- Psicólogo

Las funciones sustantivas de este equipo de trabajo son:

- Dirigir y apoyar el funcionamiento de los EBAIS
- Analizar las situaciones de salud
- Programar y supervisar procesos de evaluación
- Promover la participación social en Salud
- Actuar como facilitadores en algunas actividades de docencia, investigación y acción social con estudiantes y docentes de la Universidad.

Participación social

El programa de salud entiende la Participación Social como el proceso, facilitado por los funcionarios de los servicios de salud, a través del cual la comunidad reflexiona sobre su realidad en materia de salud – enfermedad; de este modo asume una corresponsabilidad (funcionarios de salud- comunidad) en la solución de problemas y en el constante esfuerzo por el mejoramiento de las condiciones de vida.

Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan

La Unión es el cantón número tres de la provincia de Cartago. Posee una extensión aproximada de 45 km², y está constituido por ocho distritos, de los cuales son cubiertos por el Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan. Esta Área está administrada por un convenio entre la UCR y la CCSS. Inició su funcionamiento en el año 2001. Actualmente, el Área de Salud cuenta con once Equipos Básicos de Atención Integral de Salud ubicados en cuatro diferentes núcleos o centros de atención. La relación de habitantes por EBAIS es aproximadamente 4.000 habitantes por cada equipo básico (3)

El cantón de La Unión ha tenido un vertiginoso crecimiento poblacional en las últimas décadas. En el año 2000, alcanzó una densidad de población de 1791 hab/km², valor que supera la densidad poblacional de cantones como Moravia: 1762 hab/km² y Desamparados: 1736 hab/km² (Cruz, 2001) En el año 2002, se reportó una densidad poblacional de 1962 hab/km² y en el 2004 alcanzó 2097 hab/km². Este crecimiento se expresa en un acelerado desarrollo de complejos urbanísticos, que se asientan en todos los distritos de esa zona. La población adscrita al Área de Salud Concepción, San Diego, San Juan en el 2004, en sus tres distritos, es de 44,203 personas. (Dirección Actuarial de la CCSS) (3)

Los distritos del Área de Salud Concepción, San Diego, San Juan, representan aproximadamente el 35% del territorio de La Unión (15.61 km²) pero poseen el 51% de su población (47.529 habitantes). Esto indica que los distritos cubiertos por el Área de Salud tienen una densidad poblacional mucho mayor, superada proporcionalmente por el distrito de Tres Ríos (debido a su reducida extensión). De los ocho distritos de La Unión, San Diego es el más poblado, seguido de Concepción, San Rafael ocupa el tercer lugar y en el cuarto se ubica el distrito de San Juan (3)

Cuadro 1. Extensión, población y densidad poblacional de los distritos del Área de Salud Concepción, San Diego, San Juan, 2004.

Distrito	Extensión (km²)	Población	Densidad (hab./km²)
San Diego	7,87	20.432	2596
San Juan	3,92	12.373	3156
Concepción	3,82	14.724	3854
Total	15,61	47.529	3045

Fuente: Base de datos del Centro Centroamericano de Población, UCR. 2004

Morbilidad durante el año 2004

Dentro de las principales causas de consulta por morbilidad en la población en general -no diferenciada por grupos de edad- se observan en primer lugar las infecciones de vías respiratorias superiores con un 13,7 %. Este diagnóstico aparece entre las cinco primeras causas de consulta en todos los grupos de edad.

En el segundo y tercer puestos se encuentran la hipertensión arterial (10,6%) y la diabetes mellitus (4.5%) respectivamente. Ambas patologías frecuentes a partir de la tercera década de vida, por lo tanto, reflejan consultas de población adulta. El cuarto lugar lo ocupan los trastornos gastrointestinales asociados a diarrea, patología más frecuente en la población menor de 10 años, con un 2,2 %. Las dislipidemias se presentan en un (2,2 %) patología frecuente en la población adulta y generalmente asociada a otros trastornos sistémicos como la hipertensión y diabetes (2)

Cuadro 2. Causas de consulta de morbilidad más frecuentes en la población en general en el Área de Salud Concepción, San Diego, San Juan, año 2004

Diagnóstico	Frecuencia	Relativo
Infección aguda de las vías respiratorias superiores	6857	13,7 %
Hipertensión arterial (primaria)	5285	10,6 %
Diabetes Mellitus	2236	4,5 %
Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1360	2,7 %
Hiperlipidemia	1142	2,2 %

Fuente: Sistema de Información de Salud. Programa de Atención Integral de Salud, 2004

Al realizar el análisis de la morbilidad en diferentes grupos etáricos, surge la evidencia de que la infección de las vías respiratorias superiores, es la principal causa aguda en todos los grupos (2)

Morbilidad en niños de 1 a menos de 6 años

Los niños de 1 a menos de 6 años, también presentan como primera causa de consulta, las infecciones de vías respiratorias superiores. El comportamiento de este grupo etárico es muy similar al de menores de 1 año, con respecto a enfermedades infecciosas. El primer puesto lo ocupan las infecciones de vías respiratorias superiores, con un alto porcentaje (40,2 %) Aparecen en segundo lugar, las enfermedades diarreicas, patología también muy frecuente en estas edades. El tercer puesto lo ocupan las afecciones agudas del oído medio, muy relacionadas- y secundarias -a la primera causa en este grupo. La anemia no especificada aparece en el cuarto lugar, enfermedad que generalmente la provoca una baja ingesta de hierro. Por último, el asma bronquial empieza a ser una causa importante de morbilidad en niños de esta edad. En este grupo las cinco primeras causas de consulta de morbilidad corresponden al 58,9 % de sus consultas totales (2)

Cuadro 3. Principales causas de consulta por Enfermedad en niños de 1 a menos de 6 años. Área de Salud Concepción, San Diego, San Juan, 2004

Diagnóstico	No. Consultas	% del total de consultas
IVRS	2603	40,2%
Enfermedad Diarreica Aguda	392	6 %
Otitis Media aguda	388	5,9 %
Anemia	230	3,5 %
Asma Bronquial	213	3,3 %

Fuente: Registro de Sistema de Información de Salud del Programa de Atención Integral de Salud, 2004

Atención en los EBAIS del Área de Salud de Concepción, San Diego y San Juan

El PAIS se encarga de desarrollar un modelo de atención -en el primer nivel- para la población de cuatro distritos del cantón de La Unión, con base en el modelo readecuado de salud, vigente en el país y centrado en la atención integral de la salud. Abarca los diferentes escenarios planteados por la CCSS.

El Programa brinda a la población los servicios de atención integral de salud, dentro de lo contemplado para el primer nivel de complejidad, bajo los principios de equidad, eficiencia y calidad, a fin de procurar la atención real y efectiva a sus problemas de salud y la satisfacción de sus necesidades. Promocionan la participación comunitaria y diferentes instancias gubernamentales, privadas y civiles.

La atención integral abarca la asistencia, prevención y promoción de la salud. El Programa de Salud UCR-CCSS, ha desarrollado modelos para cada una de estas necesidades.

El Programa también atiende directamente el primer nivel de complejidad, en lo que respecta a los tres componentes (promoción, prevención, asistencia) y para aquellos servicios asistenciales que no corresponden al grado de complejidad asignado al PAIS, se establecen como centros de referencia, del segundo nivel de atención, la Clínica Central y el Hospital Max Peralta, así como, un tercer nivel de atención: el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y el Hospital Max Peralta de Cartago.

El horario laboral se cumple de 7 a.m. a 4 p.m., de lunes a jueves y los viernes hasta las 3 p.m. En los EBAIS de esta Área, se trabaja con compromisos de gestión, por ende, la consulta está distribuida, por día en, atención de subprogramas y atención de morbilidad (Anexo # 11)

Para cada subprograma se cuenta con criterios mínimos de calidad, que buscan establecer igualdad en la atención. Estos criterios de calidad se especifican cada año en el Compromiso de Gestión. Para brindar un servicio integral, el médico cuenta con las normas de atención integral en salud, del Ministerio de Salud de 1995. Tiene a disposición el Manual para Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, de la Caja Costarricense de Seguro Social de 2002, el Manual para la Atención Integral de la Diabetes Tipo 2, en el Primer Nivel de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social de 2002.

Funcionamiento del departamento de farmacia del Área de Salud de Concepción, San Diego y San Juan

Antecedentes

La Farmacia brinda sus servicios desde que el Programa abrió sus puertas a la población, con la salvedad de que se contrató el servicio a terceros, específicamente a la empresa Distribuidora DIGUCA, S.A.

Inicialmente se despacharon medicamentos al EBAIS de Tirrases de Curriabadat, posteriormente se amplían sus servicios, incorporando los nuevos EBAIS en las diferentes Área de Salud.

Desde 1999 y hasta el 2003 se dispuso de un servicio contratado por el Programa de Atención Integral de Salud, a una empresa privada. El mecanismo de contratación se regía por un contrato privado. El PAIS aportaba los medicamentos y pagaba el servicio a la empresa DIGUCA, mediante una tarifa convenida entre las partes, sobre cada cupón despachado. La citada empresa tenía bajo su responsabilidad custodia, almacenamiento y cálculo de las cantidades de medicamentos por adquirir.

En el año 2003, el PAIS incluye la farmacia dentro de su propia estructura organizativa, debido a que la Contraloría General de la República, condiciona que todos los servicios sustanciales que se utilicen, para la prestación de los servicios de atención, no pueden ser contratados. La UCR inicia la prestación del servicio desde una farmacia central, que prepara medicamentos y los despacha a las tres Área de Salud; sin embargo, la CCSS requirió la separación (desconcentración) de las farmacias y asignó recursos a cada Área de Salud, por lo que esa reestructuración se emprende en el 2004.

El PAIS, con el apoyo de la UCR, ha brindado a los funcionarios de dicho servicio, todos los derechos y garantías que esta institución estatal ofrece, así como las adecuaciones necesarias para ofrecer un servicio eficiente y oportuno.

Situación actual

La farmacia brinda servicios de regencia farmacéutica, recepción y preparación de recetas, despacho de medicamentos y mensajería, entre otros.

El servicio cuenta con presupuesto planificado y estructurado por el Programa, el cual es destinado al abastecimiento de medicamentos por parte del Almacén General de la CCSS, o a la compra por parte del PAIS, en caso de que la CCSS tenga agotados los productos.

Organización de la estructura jerárquica de la farmacia

La estructura jerárquica de la farmacia la constituyen, en primer término, la Dirección General del PAIS y la Dirección de Áreas.

Existe un coordinador de Farmacia para cada Área de Salud; representa a todo el equipo y se encarga de actividades generales del servicio. También tiene a su cargo la comunicación y la divulgación entre los funcionarios y auxiliares de farmacia, encargados de la bodega de medicamentos, y los otros departamentos del PAIS.

El servicio se encuentra en estrecha relación con la bodega de medicamentos y con los auxiliares de la farmacia ubicada en los diferentes Núcleos.

Para el Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan, se cuenta con el apoyo de dos farmacéuticos, 2 técnicos de farmacia, 2 digitadores y un mensajero.

Procesos del servicio de farmacia

- Recepción, preparación dispensación y distribución de recetas en los diferentes Núcleos.
- Abastecimiento de estantes y preempaque de medicamentos.
- Preparación y despacho de stock.
- Preparación y despacho de los medicamentos en la atención integral del niño y la niña en el escenario escolar.
- Control e inventario diario de medicamentos psicotrópicos.
- Pedidos semanales de medicamentos a la bodega central.
- Control de fechas de vencimiento.
- Proceso de reintegro de recetas no retiradas o devueltas por los usuarios al inventario general de la Farmacia.
- Docencia e investigación.
- Educación al usuario.
- Inducción del personal técnico de nuevo ingreso.
- Actualización de conocimientos al personal profesional y técnico a través de la divulgación de informaciones.

Proceso de preparación de la receta

El proceso de preparación y distribución de medicamentos se realiza de la siguiente manera: el médico prescribe la receta al usuario, éste la entrega al encargado de Registros Médicos (REMES) para completar sus datos; el mensajero de la farmacia recoge las recetas en el turno y las lleva hasta la farmacia central, donde se cumplen los siguientes trámites para el despacho de medicamentos:

A. Recepción de la receta en Farmacia

El mensajero deja el sobre de las recetas de los Núcleos respectivos, se procede a separar por sectores, dado que en un mismo Núcleo hay 2 ó 4 EBAIS; se verifica que se encuentren completos los datos del usuario: nombre, fecha de nacimiento o edad, número de asegurado, fecha de emisión de la receta, sellos del sector o especialidad de la cual proviene, nombre y código del médico que prescribe y -en el caso de los niños menores de 12 años- es importante incluir el peso.

B. Revisión inicial

La revisión técnica de la receta la realiza un farmacéutico, profesional encargado de verificar que lo prescrito sea adecuado para ese usuario. Además, se anotan indicaciones especiales que deben rotularse, con la finalidad de que el usuario utilice el medicamento de la mejor manera posible. En este caso, sólo se hace revisión inicial de las recetas de los niños (cálculo de la dosis, de acuerdo con el peso, forma farmacéutica, presentación del producto y edad del niño) esto debido a que dichas recetas requieren más cuidado a la hora de prescribir y despachar.

En caso de que exista duda, se consulta inmediatamente al médico (vía telefónica) o se devuelve la receta para que el médico realice la corrección respectiva.

C. Registro de las recetas en el sistema de información

La farmacia de la UCR cuenta con un sistema de información propio, desde el 2003, debido a que, a pesar de que en su contrato, la CCSS exige obligatoriedad para establecer el proceso, éste aún no ha sido incorporado al sistema de información del PAIS.

Este sistema permite llevar un registro de los medicamentos que ingresan al inventario, y por otro lado, se obtiene un perfil del usuario.

A pesar de que parece ser un sistema de información completo y eficiente, ofrece algunas debilidades, por ejemplo, los fármacos se contabilizan en “cientos” y no en “unidades”, lo que genera errores en el inventario final.

En la farmacia digitan la receta, que debe incluir toda la información que aparece en el encabezado de la receta, los diferentes medicamentos prescritos y las indicaciones especiales que se indican en la revisión inicial.

La etiqueta debe contener:

- Nombre completo del usuario.
- Número de asegurado.
- Número de receta y fecha.
- Dosis, vía de administración, horario y duración del tratamiento.
- Nombre del medicamento, fuerza y cantidad.
- Indicaciones especiales.
- Código del médico que prescribe.

D. Acopio de recetas

Consiste en preparar las recetas, ya sea en grupos o de forma individual. Los medicamentos están colocados en estantes, según el código de la Lista Oficial de Medicamentos. Los técnicos localizan y colocan los medicamentos indicados en cada una de las recetas (producto, cantidad) en el área designada para tal fin.

E. Etiquetado de los productos de la receta

Cada medicamento prescrito llevará su etiqueta. Este paso lo realiza exclusivamente el farmacéutico. En caso de detectarse un error, la receta se devuelve al centro de cómputo, con la corrección del error encontrado y se prosigue a rectificarlo lo más pronto posible.

F. Revisión final

La realiza el farmacéutico y se complementa con el paso anterior. El profesional verifica que la receta esté correctamente preparada, etiquetada y acorde con los productos estipulados en la receta, según cantidades y dosis necesarias.

G. Empaque de medicamentos

Una vez realizada la revisión final, se procede a empacar todos los medicamentos de una misma receta en una bolsa individual. Se coloca la contraseña respectiva, para que al auxiliar de farmacia encargado en los Núcleos, se le facilite la entrega de los medicamentos al usuario.

H. Distribución de los medicamentos a los Núcleos

Los mensajeros de farmacia se encargan de hacer llegar las recetas -ya preparadas- a los diferentes Núcleos, en horarios determinados, de acuerdo con la duración de todo el proceso descrito anteriormente. Al mismo tiempo recoge las recetas que se despacharán en el próximo turno.

Preempaque y abastecimiento de estantes

El preempaque consiste en agrupar los medicamentos en bolsas plásticas transparentes, para formar paquetes sellados de 20, 30, 60 ó 90 tabletas, según las prescripciones más comunes, para un medicamento determinado.

El abastecimiento consiste en el suministro diario de los medicamentos, en los espacios y recipientes específicos, colocados en los estantes destinados a este fin.

Ambas funciones agilizan el proceso de preparación de recetas en la farmacia, a la vez que disminuyen el riesgo de error o confusión de medicamentos.

Preparación y despacho de stock

Existe en cada Núcleo del PAIS, una reserva de medicamentos para el uso inmediato en el proceso de posconsulta, integrado por una lista básica de medicamentos, definida mediante un análisis que realizó el Comité de Farmacoterapia local del PAIS, y que permitió obtener un estimado de las cantidades necesarias, según el número de EBASIS que conforman el Núcleo.

Cada Núcleo envía a la farmacia, el jueves o viernes, las recetas de stock, junto con las recetas de respaldo (recetas aplicadas) para ser despachadas el lunes, de ser posible en el primer turno.

En la farmacia, los farmacéuticos, o los técnicos, verifican las cantidades solicitadas con los respaldos, proceden a preparar el stock y a anotarlo en el cuaderno de control para cada Núcleo, según corresponda. El farmacéutico siempre realiza la revisión final de las recetas y firma el cuaderno.

El mensajero de farmacia lleva el stock preparado y el cuaderno, para que el encargado del mismo, en cada Núcleo, proceda a revisar y verificar lo enviado, firma el cuaderno como recibido y lo devuelve a la farmacia.

Preparación y despacho de los medicamentos en la atención integral de los niños y niñas en el escenario escolar

Las recetas para la atención integral de los niños y niñas en el escenario escolar, llegan a la farmacia unos días antes de las visitas a las escuelas correspondientes.

En la farmacia se procede a aplicar la receta y rebajar la cantidad solicitada del inventario general. Se etiquetan los medicamentos y se envían con el cuaderno respectivo para la firma del recibido. Además, con base en los resultados del examen de laboratorio (hemograma) se prescribe hierro a dosis de 6 mg/Kg/día, según lo establece la norma. Se sigue el mismo procedimiento descrito con anterioridad.

Control e inventario de medicamentos psicotrópicos

Los medicamentos psicotrópicos se encuentran bajo custodia de los profesionales farmacéuticos, únicos que pueden manipular este tipo de fármaco, dados los controles y el delicado manejo que estos requieren.

Existe un farmacéutico encargado del rebajo y control diario de estos medicamentos, debido a que trimestralmente se elabora un informe detallado para el Ministerio de Salud, sobre las cantidades, recetas, entradas, salidas, saldo inicial y final de cada uno de los productos psicotrópicos.

Educación a usuarios

El personal farmacéutico se desplaza a los Núcleos para brindar educación a los pacientes que asisten los centros de salud. Además, colaboran y participan en las Ferias de la Salud, que se realizan en las diferentes Áreas del PAIS.

Inducción del personal técnico de nuevo ingreso

El personal farmacéutico, así como los técnicos de farmacia, colaboran en la inducción del personal de nuevo ingreso, a través de la divulgación de las informaciones y conocimientos sobre los diferentes procesos que se desarrollan, tanto en la farmacia central como en los Núcleos.

Docencia e investigación

El personal farmacéutico también colabora con la Facultad de Farmacia en los cursos de Internado clínico, Epidemiología y Salud Pública.

A la farmacia asisten los estudiantes internos, quienes adquieren conocimientos sobre este tema y sistemas de salud, asimismo brindan colaboración en investigaciones de gran importancia para el servicio y el Programa.

Pedidos a la bodega de medicamentos

La bodega de medicamentos de la farmacia es parte de la bodega general del PAIS, dispone del espacio apropiado para el mantenimiento de los fármacos. El espacio físico cuenta con las medidas para su adecuado almacenamiento. Para asegurar la temperatura idónea, se mantiene con aire acondicionado, el cual se revisa periódicamente.

Las instalaciones de la bodega de medicamentos de la farmacia están ubicadas en el Residencial Villas de Ayarco, en el cantón de La Unión de Cartago.

Se realizan pedidos por semana para el suministro de medicamentos. El mismo se hace a inicios de semana o según las necesidades de la farmacia.

Las cantidades del pedido están preestablecidas para un consumo de 15 días. SE realiza el respectivo rebajo de la cantidad física que existe, al alistar los pedidos, el día martes. La diferencia es lo que se pide para completar el consumo.

Este procedimiento se efectúa tanto con datos del sistema como con la verificación manual por parte del farmacéutico coordinador y del encargado de pedidos. Lo precedente se basa en que, por fallas en el sistema de cómputo, los datos no siempre ser confiables.

El bodeguero prepara y envía el pedido cada miércoles. Cuando se recibe, se verifica en la farmacia.

Control de fechas de vencimiento

Cuando los productos procedentes de la bodega de medicamentos, entran a la farmacia, se verifica cantidad y fecha de vencimiento. Este control interno evita el desperdicio de medicamentos y un innecesario y mayor presupuesto, por vencimiento de los productos, pues permite aprovecharlos durante su vida útil.

Proceso de reintegro de recetas o productos no retirados o devueltos por los usuarios del servicio

El usuario tiene tres días hábiles para retirar los medicamentos en los diferentes Núcleos, incluido el día en que se entrega la receta.

Cuando los productos llegan a la farmacia, se verifican con el cuaderno de devoluciones, así como las fechas de vencimiento y cantidades.

Este procedimiento se realiza una vez a la semana para cada Núcleo.

Posteriormente, los paquetes de medicamentos se entregan a los digitadores, los cuales buscan las recetas en el sistema de base de datos y los reintegran, ya sea, por receta completa o por cupón. Seguidamente se aplica el ingreso y se suma al inventario de Farmacia. En el perfil del usuario, se anota la leyenda NO RETIRADO, en cada producto devuelto.

Si el producto devuelto no fue despachado por nuestro servicio, se envía con una nota al bodeguero de farmacia para que él realice la inclusión en su inventario.

Cuando los medicamentos que ingresan por este proceso están vencidos, y son pocos, se procede a realizar un acta de destrucción y se desechan según las normativas. Cuando son cantidades grandes, se devuelven al bodeguero para realizar los trámites y procesos respectivos de destrucción. Si se trata de medicamentos psicotrópicos, el acta de destrucción la realiza un Inspector de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud.

Presupuestación para la adquisición de los medicamentos

En la CCSS, existe el Sistema de Presupuesto y Despacho (SIPREDE) el cual maneja los artículos autorizados enviar desde el Almacén General. Estos productos se pueden clasificar en dos grandes grupos: almacenables y no almacenables (60)

Cada año, en el mes de julio, la Unidad de Contratación Administrativa del PAIS, se encarga de enviar el presupuesto, según cantidades de los medicamentos necesitados a la CCSS (60)

En este proceso, se ingresan las cantidades de medicamentos, los cuales se pudieron haber modificado con respecto a lo del año anterior, incluir nuevos fármacos o realizar variaciones de mayor o menor cantidad, según lo necesitado. La CCSS despacha medicamentos con fecha de vencimiento no mayor a 3 meses (60)

Dicho presupuesto se calcula de 28 millones de colones por mes aproximadamente para las tres Áreas de Salud del PAIS, para el 2005, aunque en ocasiones este monto es menor (60)

Este dinero se canaliza según el área programática de cada una de estas Áreas de Salud. Las respectivas áreas programáticas del PAIS son:

- No. 2343 Curridabat
- No. 2346 Montes de Oca
- No. 2349 Concepción, San Diego y San Juan

Proceso de adquisición de medicamentos

La Bodega Central de los medicamentos que maneja el PAIS se ubica en la urbanización Villas de Ayarco. Cuenta con tres funcionarios, uno de ellos es el jefe de bodega y los otros son los bodegueros encargados de complementar el trabajo que el primero hace (60)

Las solicitudes o pedidos de los medicamentos las realiza el jefe de bodega una vez al mes y las envía a la Unidad de Contratación Administrativa del PAIS, quien se encarga de autorizar dicha solicitud, según la modificación hecha, para luego ser enviada a la CCSS. Ésta entrega dichos medicamentos al mes siguiente de solicitados (fecha 15 ó 20 de ese mes) (60)

Una vez que la CCSS abastece a la bodega de medicamentos del PAIS de los productos solicitados (en cantidades de cientos), se realiza un control interno e inventario, el cual se reporta en un documento escrito, mensualmente y se le informa a las doctoras farmacéuticas las existencias en cantidades, fechas de vencimientos y cuánto tiempo cubren estos fármacos según los consumos, dos veces al mes. Este documento se titula “Estado de Bodega”, donde se detalla el inventario físico, el inventario inicial, ingresos (que son copias de facturas de

fármacos del mes con su respectiva sumatoria), salidas (que son facturas originales con su respectiva firma y fecha), presupuestos y facturas originales o copias de la CCSS (60)

Si algún medicamento de los solicitados por el PAIS no es despachado por la CCSS, se le comunica el estado de ese fármaco a través del departamento de Programación y Suministros. Es en esta parte donde se toma la decisión de comprar directamente o no lo necesitado, ya que dependiendo del estado de ese producto, se define si se espera a que ingrese o si se adquiere, según la emergencia del caso. En ocasiones, la información sobre el estado del medicamento no es muy exacta, por ejemplo, puede que les indiquen que ingresaría "x" producto en 3 meses porque está agotado y luego se encuentran que lo envían en 15 días, por lo tanto, se realizan compras pequeñas para evitar este tipo de contratiempos y mayor gasto del presupuesto destinado para tal fin (60)

Previa compra directa del medicamento, la Unidad de Contratación Administrativa se comunica con las farmacéuticas encargadas para verificar qué tan necesario es adquirir ese producto o si hay sustitutos con lo cual reemplazarlo. La Dirección de Áreas y la Dirección General del PAIS son las que dan la autorización o no de adquirir el medicamento y el presupuesto para tal acto, respectivamente (60)

En algunos momentos, no existen sustituciones para los medicamentos que escasean y a veces, la CCSS solicita la devolución de ciertos fármacos porque no pasan las pruebas de calidad, hechos que son motivos de desabastecimiento. En estos casos, se recibe la nota de devolución del fármaco y se le comunica a la Farmacia por medio de una copia; la Unidad Financiero Contable, se encarga de hacer una nota de crédito, si el medicamento no fue entregado o sustituido (60)

La Unidad de Contratación Administrativa hace las contrataciones respectivas partiendo de las descripciones técnicas que avalan las coordinaciones de Farmacia. Cuando se tienen los oferentes se analizan si cumplen o no con las condiciones especificadas (60)

Presupuestación de los fármacos

Depende de la información que sobre los artículos despachados generan el sistema de bodega y las estadísticas de las Farmacias de las Áreas de Salud.

El mayor consumo determina la cantidad que se presupuestó a comprar.

Cuando se realizan los inventarios de la bodega de medicamentos, se efectúan controles y rotaciones, con el fin de identificar los lotes o cajas con etiquetas, que ofrecen información sobre detalles del producto y fechas de vencimiento, entre otros. Para hacer la rotación de estos fármacos, se verifican las fechas de caducidad cada 3, 6 ó 12 meses.

Si un medicamento cumple su fecha de vencimiento, se destruye en presencia de un farmacéutico y se levanta un acta con respecto a este procedimiento. Si hay fármacos que están por vencerse, se gestiona un cambio con otra clínica u hospital, con el fin de alargar la vida útil del medicamento.

En la bodega de medicamentos, se maneja un “colchón de seguridad” de fármacos, que asegura el suministro por 3 meses, más un mes que es rotativo. Este “colchón de seguridad” es estimado por los farmacéuticos coordinadores de cada Área de Salud, quienes conocen bien el movimiento y el consumo de los medicamentos.

El control interno de estos fármacos lo realiza el jefe de bodega, quien maneja los más volátiles, más caros e indispensables. El conocimiento de las fechas de vencimiento de los medicamentos ayuda a llevar un mejor control de la rotación y del “colchón de seguridad”.

Compra de medicamentos por parte del PAIS

El bodeguero de farmacia informa a la misma, cuándo no entra o está por agotarse un medicamento, tanto en la bodega de medicamentos como en el Almacén General de la CCSS, asimismo, explica las razones por las cuales no hay existencia de ese producto, por ejemplo, que el medicamento está en control de calidad, no hay en físico en el Almacén General de la CCSS (producto en cero), trámite de compra y datos similares.

Cuando el Almacén no tiene disponible un medicamento y éste no cuenta con otra alternativa farmacéutica, se procede a informar la situación a la Dirección de Áreas del PAIS, que, en conjunto con los farmacéuticos y según una priorización de los diferentes medicamentos de la lista oficial para el primer nivel, establece las cantidades que deben ser adquiridas para suplir el faltante; esto se somete a la autorización del Director del Programa, quien define, al final, las cantidades que el Coordinador de Contratación Administrativa comprará, según los recursos económicos disponibles.

Si la respuesta es afirmativa, se procede a buscar oferentes. Las descripciones de los medicamentos por comprar son evaluados por los farmacéuticos, quienes emiten una sugerencia de aprobado o desaprobado, según corresponda.

Compra directa

Esta transacción significa invertir 2 ó 3 veces el precio de lo que se paga a la CCSS. Por esta vía se pueden llegar a resolver hasta un máximo de 5 millones de colones.

La Dirección General del PAIS autoriza la compra de una determinada cantidad o medicamento. Se hace una solicitud de contratación a la Oficina de Administración Financiera (OAF) de la UCR, especificando el respectivo monto económico.

Se elabora un cartel de contratación con las características que especifican los farmacéuticos; además, la Unidad de Contratación Administrativa agrega otras solicitudes como la garantía y el plazo de entrega.

Posterior a este paso, se invita a proveedores inscritos en la UCR, que previamente maneja esta información, si no estuvieran inscritos, el trámite para inscribirse es muy lento: aproximadamente, un mes, y podría entorpecer la agilidad que requiere. El proceso de compra dura tres días y depende más que todo de las respectivas firmas de autorización y de seis días hábiles para que se adjudique la compra.

En resumen, la Contratación Directa pasa por los siguientes procedimientos:

- Se hace la solicitud de contratación: cantidades, costos
- La Unidad Financiero Contable da la adjudicación presupuestaria
- La Dirección General aprueba la compra
- Se obtienen las firmas de autorización de compra (pueden haber pasado 3 días desde la solicitud)
- La Unidad de Contratación Administrativa completa la información con las características técnico-farmacéuticas solicitadas
- Se envía a licitación
- Se esperan 2 ó 3 días para que el proveedor presente sus ofertas
- Se da el acta de adjudicación, si así se considera
- El proveedor tiene tres días para apelar la resolución, si así se considera
- La Oficina de Suministros se encarga de resolver esta apelación.
- Si no hay apelaciones, se gira la orden de compra y se da el plazo que señala el proveedor para la entrega del medicamento.

Se manejan otros tipos de licitaciones como la restringida, por registro o pública, que son más complejas.

Con la exposición de los antecedentes locales existentes en el Área de Salud CSDSJ y la morbilidad predominante, además de las generalidades sobre compra, adquisición y distribución de los medicamentos, tanto en la CCSS como en el PAIS, se identifica que en esta Área de Salud no dispone de investigaciones o estudios referentes al uso racional de fármacos y suministro de medicamentos al primer nivel de atención, para el manejo farmacológico de las infecciones de vías respiratorias agudas.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El medicamento siempre ha tenido un papel importante dentro del proceso salud-enfermedad, específicamente en la atención médica, donde todas las sociedades en sus diferentes fases de evolución, han hecho uso de ellos como medio de enfrentar la enfermedad y sus consecuencias (55)

La industria farmacéutica ha puesto a disposición del hombre millares de fármacos que no siempre responden a las necesidades reales de las distintas poblaciones, porque: a) la mayoría de los medicamentos son producidos en países desarrollados obedeciendo al perfil epidemiológico de los mismos, el cual difiere del perfil de los países en desarrollo; b) los fármacos producidos en países en desarrollo, generalmente responden a los intereses mercantiles de las grandes compañías transnacionales que abastecen las materias primas para dicha producción; c) los intereses del consumidor son diferentes a los de la industria farmacéutica, ya que los primeros pretenden combatir o prevenir su enfermedad, en tanto que el fin primordial de los segundos es el lucro; d) los medicamentos llegan al usuario por medio del sector público y del sector privado, donde el sector público debe abastecerse del privado, cuyos objetivos también son diferentes: en el primer caso se pretende el suministro de fármacos buscando la equidad social, y en el segundo, la comercialización de los mismos (47)

Lo anterior son algunos de los factores condicionantes que hacen que el medicamento se torne un insumo oneroso, aspecto que obliga a los gobiernos de los países en desarrollo, a destinar gran parte de sus escasos recursos para la atención de la salud en la adquisición de productos y compuestos medicamentosos que no siempre responden a las necesidades reales de esas poblaciones (47)

Por tanto, dada la supremacía mundial por parte de los países desarrollados, en lo que se refiere a la producción y comercialización de los medicamentos, y a la dependencia de los países en desarrollo, se hace indispensable que cada gobierno cuente con una Política Nacional sobre Medicamentos operativizada por un ente contralor, que garantice la adquisición de medicamentos relativamente inocuos, de calidad aceptable, a un precio razonable (5)

La multiplicidad de productos farmacéuticos disponibles en el mercado y el desarrollo de nuevos descubrimientos de la medicina, hacen difícil la selección adecuada de los medicamentos y la aplicación de criterios terapéuticos que resulten eficaces. Por lo tanto, es indispensable tener conocimiento de las normas técnicas oficiales, que a su vez puedan ser susceptibles de revisión y actualización permanentes, de conformidad con las necesidades de los servicios, todo lo cual implica el uso obligatorio, por parte de los servicios públicos de salud, de un método uniforme en la adquisición, distribución y utilización de los medicamentos (18)

Durante el año 2004, en los centros de salud del primer nivel de atención en nuestro país, la primera causa de consulta fue infecciones respiratorias agudas. Similar comportamiento se vio en el Área de Salud CSDSJ, en los diferentes grupos de edad.

Esta situación lleva a plantear la necesidad de conocer el manejo farmacológico que se le da a esta patología, y determinar si se cumple con lo propuesto para su tratamiento.

Para llevar a cabo esta tarea, se cuenta con las informaciones obtenidas de las Normas de Atención Integral de Salud, del respectivo ministerio, del año 1995 y la Guía Pediátrica Básica de Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas, del Hospital Nacional de Niños. También se puede acceder al detalle de fármacos disponibles en la farmacia del primer nivel de atención del Área de Salud CSDSJ, gracias al apoyo de la Unidad Académica del Programa de Atención Integral en Salud de la Universidad de Costa Rica.

Asimismo, se tiene acceso a los expedientes médicos, que incluyen las informaciones sobre la prescripción hecha por el galeno, así como de los niños de 1 a menos de 6 años, que recibieron dicha recomendación de tratamiento.

Cabe señalar, que no existen trabajos de investigación previos relacionados con el tema propuesto, lo que enfatiza su carácter novedoso. En consecuencia, el proyecto describirá la gestión del suministro de medicamentos solicitada por las unidades ejecutoras de la CCSS y la realizada por la farmacia del Área de Salud en estudio. Lo precedente facilita una proyección de lo seguido en general por los primeros niveles de atención del país, y permitirá la previa evaluación y aplicación de las estrategias de intervención, que serán propuestas para el mejoramiento continuo del abastecimiento de medicamentos a este nivel.

Este proyecto pretende ser pionero para próximas investigaciones, donde la identificación de alguna carencia de medicamentos esenciales para el tratamiento y manejo de esta enfermedad (la cual es de prevalencia alta también a nivel nacional) podría demostrar la relevancia de adquirir el medicamento, con el fin de garantizar la protección del derecho humano básico de contar con los fármacos necesarios para el tratamiento de dichas patologías.

A pesar de que este proyecto no profundiza todos los aspectos relacionados con los medicamentos, el estudio pretende ser el cimiento que sustente investigaciones futuras afines, y servir de apoyo para que investigadores, a corto o largo plazo, puedan ahondar en el tema y aprovechar la información recolectada.

1. 3 FORMULACIÓN, DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

A nivel nacional, las infecciones de vías respiratorias superiores son la primera causa de morbilidad o patología aguda, atendida en los centros de salud del primer nivel de atención durante el año 2004, y tienen el mismo comportamiento en el Área de Salud CSDSJ, en todos los grupos etáneos.

Considerando los recursos invertidos en los servicios de salud del primer nivel, se deduce que los dos principales rubros que afectan los costos, son la planilla de personal y los medicamentos, por lo cual resulta indispensable trabajar en aras de lograr un uso adecuado de estos recursos.

Es primordial tener conocimiento de las normas técnicas oficiales, que a su vez puedan ser susceptibles de revisión y actualización permanentes, por parte de las entidades encargadas de tal fin, de conformidad con las necesidades de los servicios. Es preciso incentivar el uso de estos documentos por parte de los servicios públicos de salud, para racionalizar algunos recursos, como los medicamentos (y la prescripción que se hace de ellos) y el acceso a la red de servicios por nivel de atención. Como se mencionó, se pretende estimular la aplicación de estas normas, aunque esto no siempre se hace efectivo en la práctica diaria.

Resalta, entonces, la importancia de establecer una comparación entre lo que se prescribe para el manejo de las infecciones de las vías respiratorias superiores en la práctica y lo que la teoría y normas técnicas oficiales -a nivel nacional- establecen para el manejo farmacológico de esta patología.

La evaluación de estos elementos es necesaria para detectar si se da uso racional de los medicamentos, en el tratamiento de dicha patología y, por lo tanto, mejorar la salud del usuario, evitar complicaciones propias de las infecciones de vías respiratorias superiores, a la vez que se mantiene la credibilidad en el sistema de salud y se evita mayor gasto económico a la institución, al no incurrir en prescripciones innecesarias, o servicios de salud en niveles de atención de mayor complejidad.

Con base en esta inquietud y entendiendo la importancia del uso racional de los medicamentos, por parte del personal médico, se plantea el siguiente problema:

PROBLEMA

¿Aplican los médicos del primer nivel de atención del Área de Salud CSDSJ, la prescripción farmacológica para el manejo de Infecciones de Vías Respiratorias Superiores, en niños de 1 a 6 años de edad, recomendada en la Norma de atención integral de salud y en la Guía pediátrica básica de diagnóstico y tratamiento de infecciones respiratorias agudas del Hospital Nacional de Niños, permitiendo garantizar el tratamiento adecuado y el uso racional de los medicamentos para esta patología, durante el cuarto trimestre del 2004?

1.4 OBJETIVO GENERAL

Analizar comparativamente la prescripción farmacológica que realizan los médicos del primer nivel de atención del Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan (CSDSJ), para el manejo de Infecciones de Vías Respiratorias Superiores, en niños de 1 a 6 años de edad, con lo estipulado en la norma de atención integral de salud y lo recomendado por el Hospital Nacional de Niños, como entidad especializada en la atención de este grupo etario, para el abordaje adecuado y el uso racional de medicamentos para esta patología.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comparar los medicamentos que se prescriben para el tratamiento de las infecciones de las vías respiratorias superiores, con los medicamentos sugeridos teóricamente para el manejo de dicha patología.
2. Identificar el conocimiento que tienen los médicos del Área de Salud sobre la Norma de Atención integral de Salud y la Guía Pediátrica Básica para diagnóstico y tratamiento de infecciones respiratorias superiores, propuesta por el Hospital Nacional de Niños.
3. Determinar el costo calculado del manejo de infección de vías respiratorias superiores, en niños de 1 a 6 años de edad, en el cuarto trimestre del año 2004, en el Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan (CSDSJ).
4. Plantear estrategias que permitan racionalizar el uso de medicamentos, en el tratamiento de las infecciones de las vías respiratorias superiores.

CAPÍTULO # 2

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

Consideraciones generales:

Para entender el papel que juega el medicamento en el complejo proceso salud-enfermedad, es necesario tener presente sus funciones en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que constituyen la respuesta del sistema de salud, ante las necesidades individuales y colectivas de atención de la misma en las poblaciones. Conviene, por lo tanto, identificar ciertas premisas, cuya significación debe tenerse, permanentemente, en cuenta: (22)

La salud no depende de los medicamentos. Ella está condicionada, entre otros factores, por la calidad del medio ambiente, la que se determina por el grado de polución de la atmósfera, el suministro de agua potable, la disposición de excretas, la alimentación, la vivienda decorosa, los patrones culturales, el nivel de educación para la salud y los estilos de vida (43)

Sin embargo, en la prevención de las enfermedades transmisibles, las vacunas (medicamento de tipo biológico) juegan un papel crítico para disminuir las tasas de morbimortalidad de varias enfermedades: difteria, tétanos, tosferina, sarampión, polio, tuberculosis entre otras.

Una vez que aparecen los síntomas de una enfermedad o ésta se ha establecido claramente, la atención de la salud y la terapéutica con medicamentos son casi siempre necesarias para recuperar el estado normal.

Es claro que el interés del estudio de los medicamentos se debe a varias razones que son de gran importancia en la práctica médica, componente esencial de la atención de salud, ya que sin ellos sería difícil, por no decir imposible, la prestación eficaz y efectiva de los servicios de atención médica. Entre las acciones tendientes a promover una mejor y mayor cobertura en la atención y en los servicios de salud, deben incluirse actividades que promuevan la disponibilidad y uso adecuado de los medicamentos, sin perder de vista que su uso racional y certero son determinantes dentro de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud (34)

Por esta razón, y tomando en cuenta el concepto de responsabilidad integral en el control de los fármacos, donde el consumidor no puede estar al margen de ella, hay que tener presente que la información objetiva sobre el uso de medicamentos, no sólo debe proporcionársele a los profesionales de la salud, sino que las autoridades deben tratar que el público adquiera una idea objetiva acerca de los mismos, como parte de la educación general para la salud (34)

Para que la atención de la salud y la farmacoterapia tengan lugar y produzcan resultados de impacto, se requieren servicios de salud accesibles a la población y disponibilidad segura y oportuna de medicamentos seleccionados en función de la patología prevalente, en cantidades adecuadas, en cada uno de los lugares o

niveles de uso donde realmente se les necesita y a un precio razonable, al alcance de la población objetivo y de los servicios de salud (37)

Un sistema de suministro de medicamentos tiene como objetivo proveer de medicamentos de calidad, seguridad y eficacia terapéutica aceptable, a un costo razonable, en cantidades suficientes, en el momento oportuno y en todos los lugares de distribución, promoviendo al mismo tiempo, el uso racional de ellos (37)

Este sistema tiene tres componentes fundamentales: el técnico-científico, el operativo y el de información (50)

a. El componente técnico-científico: involucra los siguientes elementos:

Selección: define los medicamentos que se utilizarán en los diferentes países, los cuales deben ser previamente registrados según la legislación existente en cada uno de ellos, recomendándose la creación de una lista o cuadro básico con base en la lista de medicamentos esenciales sugerida por la OMS. Este cuadro debe ser revisado con periodicidad para ajustarlo a las necesidades del país según su perfil epidemiológico (50)

El proceso de selección es el primer eslabón en el sistema de utilización de medicamentos. Este momento clave en la toma de decisiones es también un momento crítico para establecer medidas de prevención de errores cuando se va a incorporar un nuevo fármaco a un proceso asistencial o a un protocolo de un centro o área de salud (50)

El propio proceso de selección de medicamentos supone de por sí un aumento de la seguridad en la utilización de los medicamentos por parte de los profesionales. Manejar un número más reducido de fármacos en un determinado ámbito del sistema sanitario favorece un mejor conocimiento de sus propiedades farmacológicas y facilita la protocolización y el control de los tratamientos, reduciendo la variabilidad de las intervenciones terapéuticas y evitando errores de medicación. Asimismo, disminuye los errores en la dispensación y administración y simplifica el seguimiento de las posibles reacciones adversas y la evaluación de los resultados en salud (50)

Control de calidad: define las características de calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que maneja el sistema de suministro, y diseña e implementa programas para comprobar que dichas características se cumplan (50)

Utilización de los medicamentos: trata de mejorar la calidad de la farmacoterapia promoviendo la prescripción y la distribución correcta de los medicamentos por el personal médico y paramédico autorizado, así como el cumplimiento de la prescripción por parte del paciente (50)

Educación sobre el uso de medicamentos: en toda política encaminada a establecer el uso racional de los medicamentos se ha de hacer hincapié en el uso apropiado de éstos si se desea conseguir prácticas de prescripción adecuadas y

un uso racional por parte de los pacientes y el público en general. Dicha política deberá abordar problemas de la prescripción excesiva, la prescripción inadecuada, automedicación y la medicación para afecciones pasajeras para las que no se necesitan medicamentos, entre otras (56)

El componente operativo: involucra a los siguientes elementos:

Programación: determina las necesidades de los medicamentos de dichos países para programar la compra de los mismos.

Las actividades relacionadas con este componente son: cuantificación de las necesidades, programación de las compras (si se centraliza, se aprovecha la economía de escala) cuánto comprar y cuándo comprar.

Adquisición: ejecuta los programas de compra, tarea crítica del sistema de suministro por la gran cantidad de variables que la afectan, por ejemplo, registro y selección de proveedores, recepción y control de calidad, bases administrativas, bases técnicas, trámites de importación y desalmacenaje.

Almacenamiento y distribución: almacena los medicamentos recibidos de proveedores nacionales y extranjeros, y los transporta a todos los lugares donde serán distribuidos a los consumidores.

El componente de información: es el centro del sistema que interrelaciona a todos los demás elementos. La información necesaria no sólo debe ser relevante, sino también oportuna, tanto a nivel técnico-científico como operativo, para que facilite la adecuada toma de decisiones.

Para que los medicamentos produzcan los resultados esperados, se requiere no sólo que su calidad, seguridad y eficacia sean aceptables, sino que, además, la prescripción sea el resultado de un diagnóstico cierto, producto de la correcta interpretación de los síntomas. Esto exige, a su vez, conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad y del mecanismo de acción de los medicamentos. Por último, se requiere que el paciente siga fielmente todos los términos de la prescripción y regular de alguna manera la automedicación (57)

Cualquier falla de uno de estos subsistemas, afectará al sistema de suministros como un todo, lo que también afectará al Sistema Nacional de Salud.

Los programas sobre medicamentos pueden adoptar diferentes formas dependiendo de los intereses de cada gobierno, plasmados en los lineamientos generales de una Política Nacional sobre Medicamentos, la que debe responder a la Política Nacional de Salud que impere en cada país y por lo tanto, la misma debe ser parte del Sistema Nacional de Salud.

Pautas para establecer Políticas Nacionales sobre Medicamentos

La creciente importancia de los productos medicamentosos en los programas de salud y su uso generalizado, obliga a tomar en cuenta en las políticas de salud el racionalizar y estimular el uso apropiado de los medicamentos, procurar estrategias para reducir el gasto en productos medicamentosos y el costo de las prestaciones de salud y adaptar las políticas sobre medicamentos a los objetivos globales de salud, inspirados en principios de equidad social (57)

Para conseguir un suministro adecuado de medicamentos inocuos y eficaces de buena calidad, los países deben tener una política sobre medicamentos que forme parte de su política sanitaria (54)

El término “política” se usa aquí en el sentido que tiene en la teoría de administración, es decir, como una guía de pensamiento y acción orientada al cumplimiento de ciertos objetivos (50)

Desde este punto de vista, el objetivo fundamental de una política nacional de medicamentos, es asegurar el suministro de productos medicamentosos en cantidad suficiente, de calidad, seguridad y eficacia aceptables, a precios razonables, para atender las necesidades de salud de toda la población (14)

Un requisito esencial es la voluntad gubernamental para formular y aplicar una Política Nacional sobre Medicamentos. La falta de esa voluntad ha contribuido de manera decisiva, incluso más que la falta de recursos, a que algunos países no consigan un suministro adecuado de medicamentos (18)

Independientemente del tipo de política sobre medicamentos que opere, es fundamental que exista una sólida base legal que la apoye, para lo cual los gobiernos deben agotar una legislación amplia y actualizada para el control de los mismos (18)

El Ministro de Salud es la persona responsable de tomar la iniciativa de establecer una política nacional sobre medicamentos. Sin embargo, también tendrán que participar en su establecimiento otros miembros del gobierno, ya que su éxito dependerá del interés y del apoyo, sin reservas, que presten los más altos funcionarios gubernamentales responsables de los diversos sectores que han de influir en la aplicación de la política (18)

Son particularmente importantes los funcionarios encargados de la planificación, las finanzas, la educación, la industria y el comercio, debido a que las decisiones que se tomen respecto a la importación, obstáculos al comercio, precios de transferencia, asignación de divisas y aranceles aduaneros, pueden tener efectos importantes en la adquisición, la fabricación y el uso de medicamentos (25)

Por consiguiente, toda política nacional sobre medicamentos deberá prever los mecanismos mediante los cuales el sector salud pueda influir y participar activamente en la adopción de decisiones en otros sectores.

Análisis cuali-cuantitativo de los recursos de salud

La primera medida para el establecimiento de una Política Nacional sobre Medicamentos, consiste en realizar un análisis cuali-cuantitativo –detallado- de los recursos de salud (de personal, financieros y físicos) y de las necesidades del país en ese sector. Dicho análisis deberá abarcar no sólo la situación nacional, sino también los recursos y beneficios que pueden derivarse de la cooperación nacional e internacional. Asimismo, deberán considerarse detenidamente todas las consecuencias, a largo plazo, de los beneficios inmediatos así como sus posibles desventajas.

Para el análisis en el plano nacional, debe considerarse lo siguiente:

Niveles de atención en salud (primario, secundario, terciario, público y privado).
Subsectores sanitarios (universidades, hospitales, asociaciones profesionales, fabricantes y distribuidores de productos medicamentosos)
Ministerios y órganos gubernamentales (salud, educación, comercio e industria, justicia, legislación, finanzas y planificación).

En el plano internacional, la cooperación entre los países es un medio para utilizar eficientemente los escasos recursos disponibles, especialmente para la producción y adquisición de productos medicamentosos, o para ambos fines.

Debe obtenerse la información necesaria sobre:

La incidencia y prevalencia de las enfermedades y datos demográficos.
Uso actual y pasado de productos medicamentosos, incluidas las modalidades de consumo y prescripción.
Gastos en salud actuales y pasados, en los sectores público y privado.
Leyes y reglamentos sanitarios y sobre medicamentos vigentes, al igual que códigos profesionales.
Fuentes de materias primas, medicamentos, fabricantes y distribuidores (nacionales, regionales e internacionales)
Recursos disponibles: financieros (inclusive divisas) de personal, físicos y educativos.

Dichas informaciones deben ser analizadas en un foro, con participación de todas las entidades interesadas, de modo que la política tenga presente las necesidades de cada una de ellas y se fomente la intervención al aplicarlas.

Legislación para el control de medicamentos

La continua aparición de nuevos medicamentos y el creciente aumento de conocimiento acerca de los resultados de sus ensayos clínicos y de la farmacoterapia, exigen que se realicen frecuentes cambios en la legislación referente a los fármacos y, en particular, en las reglamentaciones. Esta tarea de actualización corresponde a los especialistas legales.

Aunque uno de los objetivos de las instituciones públicas de salud y de la seguridad social, es lograr la disponibilidad continua de medicamentos seguros y eficaces para todos los usuarios, en algunas ocasiones presentan problemas de abastecimiento, prescripción, dispensación y uso de fármacos, los cuales se traducen en pérdidas del gasto que se hace en medicamentos (9)

Factores que afectan el uso de medicamentos

- **Pacientes:** Desinformación sobre medicamentos, creencias erróneas y demandas expectativas de pacientes
- **Prescriptores:** Capacitación inadecuada, modelos profesionales inapropiados, falta de información objetiva de medicamentos y volumen excesivo de pacientes. Presión para prescribir, generalización de experiencia limitada, creencias erróneas sobre medicamentos y eficacia de éstos
- **Sistema de suministro:** Proveedores no confiables, agotamiento de medicamentos y suministro de medicamentos vencidos.
- **Regulación de medicamentos:** Disponibilidad de medicamentos no esenciales, prescriptores no formales y aplicación de la regulación.
- **Promoción de medicamentos:** Promoción errónea.

El 50% o más de los gastos en medicamentos pueden desperdiciarse, debido al carácter irracional de la prescripción y dispensación por parte del personal de salud, así como por la inadecuada utilización por parte de los pacientes, aunado a la carencia de una selección cuidadosa, una cuantificación incorrecta, precios elevados, deficiente calidad, robos, almacenamiento inapropiado y caducidad de los fármacos (9)

Las alternativas para mejorar la eficiencia de los sistemas de suministro de medicamentos, y las posibilidades de acceso a los fármacos es conseguir los mejores y más bajos precios del mercado pero garantizando la calidad, de tal manera que con las limitaciones presupuestarias se pueda comprar más (9)

Para la Organización Mundial de la Salud el uso racional de medicamentos implica obtener el mejor efecto, con el menor número de fármacos, durante el período de tiempo más corto posible y con un costo razonable (40)

El uso racional de medicamento es la aplicación del conjunto de conocimientos avalados científicamente y por evidencias basadas en la calidad, eficacia, eficiencia y seguridad, que permiten seleccionar, prescribir, dispensar y utilizar un determinado medicamento en el momento preciso y problema de salud apropiado con la participación activa del paciente posibilitando su adhesión y el seguimiento del tratamiento (40)

Sin embargo, cuando se habla de uso racional de los medicamentos se debe tener presente que intervienen diversos elementos en este concepto y éste es interpretado desde diferentes puntos de vista. Es decir, "racional" es muy diferente para: el paciente, el médico, el farmacéutico, el productor y el sistema sanitario (40)

El sistema sanitario debe establecer una política farmacéutica basada en medicamentos, que garantice la coherencia de los diferentes eslabones en la cadena del medicamento y la disponibilidad de los medicamentos correspondientes a cada nivel de atención con base en las necesidades de cada nivel y con base en la oferta de la industria médico farmacéutica (40)

Un suministro poco fiable, las faltas de existencia de medicamentos, la expiración de los fármacos y la disponibilidad de medicamentos inapropiados por parte del sistema sanitario lleva a ineficiencias que repercuten en el prescriptor y el paciente (40)

El productor por su parte debe garantizar que los medicamentos cumplan con las buenas prácticas de producción farmacéutica que le permita al consumidor tener confianza, credibilidad y seguridad en el producto (30)

Una parte importante en la cadena del uso racional de medicamentos la constituye la prescripción racional, la cual sigue los lineamientos del método científico con la realización de una serie de pasos: (25)

- A) un diagnóstico correcto del problema de salud del paciente;
- B) una elección de un tratamiento efectivo y seguro –que puede o no involucrar la utilización de un fármaco-;
- C) una selección apropiada del medicamento, dosis y duración, en su caso;
- D) una comunicación de las indicaciones e información adecuada al paciente;
- E) un posterior monitoreo del resultado de la terapia

Proceso de utilización de los medicamentos

El proceso de utilización de los medicamentos consta de los siguientes componentes: prescripción, dispensación y cumplimiento del tratamiento.

1. La prescripción se define como el acto de determinar la medicación que el paciente debe tomar, así como la posología correcta y la duración del tratamiento (22)

La prescripción la lleva a cabo el médico. Cuando ésta no se ajusta a las normas correctas de tratamiento por ejemplo, prescripciones de medicamentos extravagantes, incorrectas, múltiples o excesivas, se da la prescripción irracional (22)

El médico debe promover el uso racional de los medicamentos mediante la prescripción de fármacos que, dentro de las alternativas existentes, sea el más efectivo, seguro y a un costo razonable para el paciente y para el sistema de salud. El prescriptor puede verse afectado por factores internos y externos. Su formación puede no ser adecuada o tener hábitos de prescripción anticuados. En lo referente a factores externos, un número excesivo de pacientes y la presión ejercida por compañías farmacéuticas complican su decisión de prescripción (22)

2. La dispensación se define como la acción de preparar y distribuir a un paciente un ciclo de tratamiento basándose en una prescripción, que incluye la revisión de ésta, en cuanto a dosis adecuada del medicamento prescrito, forma farmacéutica y vía de administración. La persona que realiza esta actividad se llama dispensador y según la Ley General de Salud, sólo puede ser realizada por el profesional en farmacia (24)

El farmacéutico debe lograr durante la dispensación que el paciente conozca las propiedades beneficiosas y los riesgos de los medicamentos o de las estrategias terapéuticas recomendadas por el prescriptor, asimismo contribuirá a educar al paciente acerca del riesgo que puede representar la toma de fármacos sin prescripción médica. La dispensación puede verse afectada por falta de productos a dispensar, escasez del tiempo destinado a esa actividad o por el exceso de trabajo (25)

3. El cumplimiento del tratamiento se refiere a la acción de los pacientes de tomar el tratamiento como se lo indica el prescriptor y el dispensador, tanto la posología como la duración del mismo (25)

El paciente debe utilizar sólo los medicamentos con prescripción médica, la posología y duración indicadas con base en su problema de salud correctamente diagnosticado. Sin embargo, el cumplimiento del tratamiento por cada paciente está influido por muchos factores, entre los que se incluyen las creencias culturales (25)

Las actividades de mercadeo dirigidas a prescriptores, dispensadores y consumidores pueden contribuir al uso irracional. Por otra parte, la falta de lectura crítica por parte de los prescriptores de las publicaciones engañosas, y la globalización de Internet dentro de la red de salud, también contribuyen al uso irracional de medicamentos, pues se desarrollan campañas orientadas al cambio de medicamentos, alegaciones falsas y promoción comercial disfrazada de pruebas clínicas (47)

La automedicación, tanto en países industrializados como los que están en vías de desarrollo, es una práctica común, y se puede manifestar por el uso de la medicina natural, el almacenamiento (guardar medicamentos sobrantes) el uso repetido de medicamentos bajo prescripción, y la compra directa de medicamentos que deberían dispensarse por receta médica (18)

El uso irracional o no racional es la utilización de medicamentos de un modo no acorde con la definición anterior de uso racional. En todo el mundo, más del 50% de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden de forma inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales, y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta (59)

Los siguientes son algunos tipos frecuentes de uso irracional de medicamentos:

- Uso de demasiadas medicinas por paciente;
- Uso inadecuado de medicamentos antimicrobianos, a menudo en dosis incorrectas, para infecciones no bacterianas;
- Uso excesivo de inyecciones en casos en los que serían más adecuadas formulaciones orales;
- Recetado no acorde con las directrices clínicas;
- Automedicación inadecuada, a menudo con medicinas que requieren receta médica

La falta de acceso a medicamentos y las dosis inadecuadas tienen como consecuencia un alto índice de morbilidad y de mortalidad, sobre todo a raíz de infecciones infantiles y enfermedades crónicas, tales como la hipertensión, la diabetes, la epilepsia o enfermedades mentales. El uso inadecuado y excesivo de medicamentos supone un desperdicio de recursos, a menudo pagados por los pacientes, y trae como consecuencia un considerable perjuicio al usuario en cuanto a la falta de resultados positivos y a la incidencia de reacciones adversas a medicamentos. Además, el uso excesivo de medicamentos antibióticos está teniendo como resultado una mayor resistencia antimicrobiana (55)

Finalmente, el uso excesivo irracional de medicamentos puede estimular una demanda desproporcionada por parte de los pacientes, y reducir el acceso y los índices de consultas debido a la escasez de medicamentos y a la pérdida de confianza del paciente en el sistema sanitario (55)

Es fundamental identificar los motivos por los que se utilizan de modo irracional los medicamentos, para poder así elegir estrategias adecuadas, eficaces y factibles. A menudo existen razones perfectamente racionales para utilizar los medicamentos de forma irracional. Entre las causas del uso irracional se cuentan la falta de conocimientos, habilidades o información independiente, la disponibilidad sin restricciones de los medicamentos, el exceso de trabajo del personal sanitario, la promoción inadecuada de medicamentos y las ventas de medicinas basadas en el ánimo de lucro (20)

El uso incorrecto de medicamentos en gran escala puede repercutir de una forma muy adversa sobre los costos de la asistencia sanitaria y sobre la calidad de la farmacoterapia y de la atención correcta, e influye negativamente sobre los resultados de los tratamientos, representado en la no mejoría de salud del paciente, presencia de complicaciones y requerimiento de hospitalizaciones (11)

Otros de los efectos adversos son la mayor probabilidad de reacciones negativas y una errónea dependencia de los medicamentos por parte de los pacientes (20)

Cálculo de costos

El análisis de costos representa un importante instrumento de gestión, ya que permite a los directores medir la eficiencia de sus programas. El término eficiencia puede entenderse como la obtención de un máximo de resultados a partir de una

cantidad determinada de recursos (por ejemplo, comprar más medicamentos manteniendo el presupuesto invariable) o la obtención de un nivel determinado de resultados con un costo mínimo (por ejemplo, tratar una infección bacteriana con el costo más bajo). Las cifras de los costos se pueden utilizar también para estimar la repercusión financiera de prestar servicios a volúmenes distintos de pacientes, a diferentes tipos de pacientes o a diferentes tipos de enfermedades y para fijar precios (15)

El punto de inicio de un cálculo de costos es el precio de compra original de cada medicamento. Éste varía a lo largo del tiempo dependiendo del proveedor, la fecha de la compra, la unidad de compra y el volumen. El método del cálculo de costos depende de la finalidad del ejercicio: se puede emplear un costo medio para hacer comparaciones, mientras que para fijar un precio de venta debe utilizarse el costo de la compra más reciente. Si en el caso de los medicamentos importados, los costos de transporte son importantes, éstos deberán añadirse al costo de compra de esos fármacos concretos (25)

Otros costos, entre ellos los gastos de transporte derivados de la distribución dentro del país, deben asignarse preferentemente totalizándolos, sobre todo si la información de costos se usa para fijar precios (25)

Si los medicamentos se vuelen a envasar el costo de los correspondientes procedimientos se puede atribuir a los fármacos en cuestión como costos directos. Los costos directos son los que pueden atribuirse directamente a las partidas cuyo costo se está calculando (por ejemplo, el precio de compra del medicamento). Los costos indirectos son los que no se pueden atribuir directamente como, por ejemplo, las pérdidas de medicamentos y los gastos generales de explotación. La manera más fácil de asignar estos costos indirectos es añadirlos como porcentajes al costo directo de cada medicamento (16)

Análisis del costo variable total

El costo variable es un costo que cambia según la cantidad de servicios proporcionados (por ejemplo, medicamentos y suministros)

El costo variable total se define como la suma del costo de compras de medicamentos, el costo de mantenimiento de inventario, el costo de realización de los pedidos y el costo de las faltas (25)

Los costos variables pueden ser estables o incrementales -si el costo sigue igual independientemente del número de transacciones o de la cantidad de existencias, es un costo estable (también llamado a veces costo fijo). Si el costo aumenta directamente con el número de compras o con el volumen de las existencias, se trata de un costo incremental. La diferencia entre los costos estables e incrementales es importante debido a que casi todas las intervenciones influyen únicamente en los costos incrementales, mientras que los estables permanecen casi igual (15)

Con frecuencia, los costos se dividen en fijos (estables) y variables (incrementales). El alquiler de un almacén es un costo fijo, ya que no varía con la cantidad de medicamentos almacenada. Los materiales de envasado son costos variables, ya que varían directamente con la cantidad de medicamentos distribuida. Esta división de los costos en fijos y variables resulta útil para determinar el umbral de rentabilidad (el volumen de producción o de servicios en el que los ingresos procedentes de las ventas son iguales a los gastos) (15)

Elaboración del costo variable total

El costo variable total está formado por cuatro componentes:

- costos de adquisición de los medicamentos (totalmente incrementales)
- costos de mantenimiento del inventario (estables e incrementales)
- costos de la función de compras (estables e incrementales)
- costos de las faltas de existencias (fundamentalmente incrementales)

Costos de adquisición de los medicamentos: Es el costo neto de todas las compras de medicamentos, incluyendo los costos de envío y seguro del fabricante y cualquier tipo de aranceles o derechos de aduana. Se trata de un costo incremental. Los datos se pueden obtener de los registros de compras, los registros de existencias o las facturas de los proveedores (15)

Los costos totales de compras de medicamentos durante un cierto período de tiempo son los gastos netos de todos los fármacos adquiridos, incluyendo el precio unitario neto (con descuentos, si los hay) los gastos de envío y seguro del proveedor al almacén inicial y los aranceles de importación. El total se obtiene a partir de los registros de compras y (si es necesario) de las facturas de los proveedores (15)

Los costos de compra de cada medicamento previstos y las estimaciones de pérdidas de existencias y gastos generales permiten establecer el costo total de los fármacos (15)

Cálculo del valor de las existencias. La base de partida que sirve de patrón para valorar las existencias es el costo original neto de las compras y no el precio de venta.

Costos de mantenimiento de inventario: Estos costos tienen diversos subcomponentes, algunos incrementales y otros estables.

El costo del mantenimiento del inventario, también denominado costo de mantenimiento de existencias, se calcula como un porcentaje del valor anual medio de las existencias, que se obtiene añadiendo los valores de las existencias iniciales y finales del año financiero y dividiendo la suma entre dos (17)

El costo de mantenimiento del inventario incluye varios componentes, muchos de los cuales presentan simultáneamente aspectos estables y marginales (17)

El costo de oportunidad es el valor de mercado de los fondos inmovilizados en existencias que podrían haber sido utilizados con otro fin. Es variable y creciente, cuanto mayor es el valor de las existencias, mayor es el costo de oportunidad. Los gastos de explotación de almacenaje incluyen los sueldos del personal de almacén (que deben incluir compensaciones extrasalariales complementarias) los costos de espacio (alquiler o de amortización de edificios) impuestos, los costos de utilidad, el mantenimiento de edificio, servicios públicos, comunicaciones, otros costos directos y amortización de equipos y la seguridad, son costos estables a no ser que se sumen personal, espacio o equipos adicionales para la gestión de unas existencias en aumento (17)

Los suministros para la gestión de materiales como, por ejemplo, material de envasado, son habitualmente costos variables y crecientes, cuanto mayor es el volumen de existencias y el número de envíos, mayor es el volumen de estos suministros necesitados (17)

Se producen costos de transporte cada vez que un artículo se traslada de un nivel del sistema de suministros a otro. Este costo consta de componentes estables (personal, sueldos y compensaciones extrasalariales complementarias del personal de transporte, mantenimiento y amortización de vehículos) y variables y crecientes (gasolina, reparaciones, peaje y gastos de desplazamiento del personal de transporte) También en este caso, si se añaden más conductores o vehículos para hacer frente a un aumento de la carga de trabajo, estos últimos costos son incrementales (25)

Los costos de deterioros y daños de los medicamentos se producen sobre todo si los procedimientos de almacenamiento son defectuosos, pero en todos los almacenes existen riesgos. En general, estos costos son variables y crecientes cuanto mayor es el nivel de existencias, mayores son los costos de deterioro (25)

Los costos por vencimiento representan con frecuencia entre un 3 y un 5 por ciento anual de las existencias de medicamentos. Si esta relación se mantiene, los costos son variables y crecientes, ya que aumentan con el valor de las existencias. Si no se dispone de datos las pérdidas se estiman como un porcentaje del valor medio de las existencias, basándose en la opinión de un experto (25)

Los costos de obsolescencia se refieren principalmente al equipo y las piezas de repuestos, pero las modificaciones introducidas en los formularios y los cambios registrados en las prácticas de prescripción pueden convertir en obsoletos ciertos medicamentos. Estos costos pueden considerarse estables, ya que no varían necesariamente con el volumen o el valor de las existencias (25)

Los costos por pérdidas debidas a robos o desapariciones inexplicadas suponen una adición considerable al costo de mantener las existencias. Se trata por lo general de costos variables y crecientes la pérdida total aumenta al elevarse el volumen promedio de existencias (15)

Costos de las compras: Los costos de la función de compras (llamados a veces costos de los pedidos) son los costos asociados con la gestión de las licitaciones, la realización de los pedidos de compras y la recepción de las mercancías como los costos de mantenimiento del inventario. Se incurre en ellos con cada concurso público de medicamentos y (menos claramente) cada vez que se cursa un pedido (15)

Los costos estables incluyen los sueldos (con la inclusión de las compensaciones extrasalariales complementarias) y beneficios de la dotación normal de personal de compras. Otros costos estables son los debidos al local de oficinas, agua y electricidad, suministros básicos, mantenimiento y amortización y comunicaciones. Otros costos de compra son variables y crecientes; cuantos más pedidos se cursan, más elevados son los costos totales. Entre ellos se incluyen formularios y suministros, conferencias telefónicas interurbanas y faxes, viajes y otros gastos asociados con el proceso de las licitaciones. Si se amplían el personal, el espacio o el equipo para hacer frente a un aumento de volumen de compras, también estos costos se convierten en marginales (15)

Costos de las insuficiencias de existencias

Son cuatro los tipos de costos que se asocian con las insuficiencias de existencias:

- costo de las compras urgentes (habitualmente a precios superiores a los normales)
- pérdida de ingresos si un cliente acude a otro lugar a comprar el artículo,
- aumento de morbilidad y mortalidad debido a la escasez.
- deterioro de la imagen y las faltas de existencias menoscaban la confianza del público en el sistema sanitario.

Modelos de adquisición y costo variable total de las compras

Los precios de compra de los medicamentos representan sólo una parte del costo total de la adquisición de los medicamentos; los otros componentes importantes son los costos asociados con el mantenimiento del inventario, los de mantenimiento del sistema de compras y los costos adicionales derivados de eventuales faltas de existencias (costos de ruptura) (25)

Aunque normalmente las oficinas de compras se preocupan ante todo de los costos de compra de los medicamentos, los otros componentes pueden aumentar la factura total de adquisición en un 50 por ciento o más. Teniendo en cuenta la situación particular de cada país, los costos totales de compras pueden reducirse a un mínimo, eligiendo el modelo de compras óptimo, que se define por:

- intervalo entre los pedidos. Las opciones son pedidos anuales (uno al año) programados (pedidos periódicos, por ejemplo, cada tres meses) y

continuos (pedidos cursados cada vez que las existencias descienden por debajo de un nivel especificado)

- objetivos establecidos para las existencias de seguridad, que varían de acuerdo con los plazos de espera del proveedor, las tendencias del consumo y los objetivos del nivel de servicio,
- fórmula utilizada para calcular la cantidad de cada pedido, que puede ser fija o variable.

El modelo de compras puede diferir en los diversos niveles del sistema del suministro o según los tipos y clases de medicamentos. Las circunstancias o las leyes de un país concreto pueden imponer un cierto tipo de método de adquisición o de contrato que, a su vez limita las opciones para elegir el modelo de compras (25)

Los sistemas y las fórmulas que se utilizan para estimar las necesidades y definir las cantidades de los pedidos varían con el modelo de compras y con la disponibilidad de información sobre el consumo en el pasado (25)

Infecciones de vías respiratorias superiores

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10, en el capítulo diez, se incorporan las infecciones de vías respiratorias superiores y éstas incluyen lo siguiente: rinitis aguda (J00) sinusitis aguda (J01) faringitis aguda (J02) amigdalitis aguda (J03) laringitis y traqueitis aguda (J04) laringitis obstructiva aguda y epiglotitis (J05) e infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificados (J06) (CIE-10, 20)

Las infecciones respiratorias agudas se clasifican en altas y bajas. Se afectan con mayor frecuencia las vías respiratorias altas (51) Estas enfermedades presentan distintas características, su evolución es corta y los síntomas pueden pasar inadvertidos y no ser motivo de consulta. Alrededor del 90% de los episodios de las infecciones respiratorias son leves y autolimitadas y requieren sólo medidas de apoyo.

No obstante, muy a menudo son tratados con antibióticos, conducta que aumenta el costo de los programas de control, gastos familiares y el riesgo de desarrollar resistencia (40)

El Hospital Nacional de Niños cuenta con una Guía Pediátrica Básica de Diagnóstico y Tratamiento para Infecciones Respiratorias Agudas, la cual clasifica las IRAS en leve, moderada y grave (52)

Las Infecciones Respiratorias Agudas leves presentan los siguientes síntomas y signos: catarro, obstrucción nasal, tos, dolor de garganta y otalgia pasajera. La guía propone el siguiente tratamiento: líquidos tomados, lactancia materna, comidas frecuentes, evitar cambios bruscos de temperatura, limpieza de nariz y acetaminofén (52)

Por su parte, las Infecciones Respiratorias Agudas moderadas además de lo anterior presentan exudados de garganta, dolor persistente, respiración rápida. Para su manejo, además de lo expuesto en el párrafo anterior, se recomienda uso de penicilina benzatínica, rehidratación oral, trimetropin sulfametoxazol en los casos que no mejora en el rango de 48 a 72 horas (52)

En aquellos casos de Infecciones Respiratorias Agudas graves, que el niño presente dificultad respiratoria, aleteo nasal, retracciones intercostales, apnea, cianosis, postración o tendencia a la inconciencia, agitación acentuada, rechazo de alimentos o líquidos, debe ser trasladado al hospital, posición semisentado y con oxígenos de 1-2 litros/minuto (52)

Para el resfriado común o rinofaringitis aguda, esta guía recomienda manejo sintomático. Para la sinusitis, el tratamiento es penicilina benzatínica, trimetropin sulfametoxazol. Por su parte, para el manejo de la nasofaringitis, que la mayoría de las ocasiones es viral el tratamiento es sintomático. Si es bacteriana se trata con penicilina benzatínica (52)

Para tratar la faringoamigdalitis, se sugiere el uso de penicilina benzatínica.

Los niños con laringotraqueobronquitis deben referirse al hospital para el manejo con líquidos, epinefrina y esteroides.

La traqueitis bacteriana se trata con oxacilina, y se refiere al hospital para manejo de vía aérea artificial.

La epiglotitis se refiere al hospital para tratamiento con cloranfenicol e intubación traqueal.

En las Normas de Atención Integral de Salud, del Ministerio de Salud, del año 1995, en el anexo número diez se dan las recomendaciones para la atención del niño y la niña con infección respiratoria aguda: para el resfriado común el tratamiento es ambulatorio y sintomático; para faringitis estreptocócica el antibiótico de elección es la penicilina benzatínica y acetaminofén; y para faringitis viral el manejo es sintomático e hidratación (8)

En el PAIS, conscientes de la necesidad de unificar criterios diagnósticos y terapéuticos para este grupo de patologías, en el 2002, internos universitarios de la carrera de Farmacia de la Universidad de Costa Rica, intentaron hacer un primer esfuerzo con la redacción de un manual de manejo farmacológico y no farmacológico para las infecciones de vías respiratorias superiores, sin embargo, este documento no fue oficializado para utilizarlo como protocolo en las Áreas de Salud (10)

Medicamentos utilizados para el manejo de las infecciones de vías respiratorias superiores, según la Norma de atención integral de Salud y la Guía pediátrica básica de diagnóstico y tratamiento para IRAS

Acetaminofén (paracetamol)

Clasificación: Analgésico, antipirético.

Indicación: Tratamiento del dolor osteomuscular moderado (de origen no inflamatorio porque tiene mínima acción antiinflamatoria) y para el tratamiento de la fiebre.

Absorción: Oral, rápida y casi completa. Puede disminuirse si el acetaminofén se toma luego de comidas con alto contenido de carbohidratos.

Precauciones en pediatría: estudios no han demostrado problemas específicos que podrían limitar el uso de acetaminofén en niños.

Dosis oral: 1.5 gramos/m² de superficie corporal/día dividido en dosis. En niños de 1 a 2 años, 120 mg cada 4 horas si es necesario, mientras persistan los síntomas. En niños de 2 a 4 años, 160 mg cada 4 horas si es necesario, mientras persistan los síntomas. En niños de 4 a 6 años, 240 mg cada 4 horas si es necesario, mientras persistan los síntomas (5)

Para dosis de paracetamol en supositorios, en niños antes de los 2 años la dosis debe individualizarse por el médico, para niños de 2 a 4 años y 4 a 6 años, igual dosis que la vía oral, respectivamente (5)

Amoxicilina

Clasificación: Antibacteriano sistémico, aminobencilpenicilina.

Indicación: Tratamiento de otitis media, sinusitis e infecciones causadas por organismos susceptibles en vías respiratorias y piel (5)

Absorción: Excelente absorción después de la administración oral. Alta, del 75-90%.

Precauciones en pediatría: no se han descrito problemas pediátricos específicos.

Dosis oral: antibacteriano 20-50mg/Kg/día, dividido cada 8 horas.

Clorfeniramina

Clasificación: Antihistamínico (receptor H₁)

Indicación: Profilaxis y tratamiento sintomático de rinitis, conjuntivitis alérgica, tratamiento de prurito, urticaria, angioedema, reacciones alérgicas a transfusiones y tratamiento de rinorrea acuosa (5)

Absorción: Se absorbe bien luego de administración oral.

Precauciones en pediatría: su uso no se recomienda en recién nacidos o menores de 3 meses, ni en niños prematuros por su efecto sobre el Sistema Nervioso Central (convulsiones) (5)

Dosis oral: En niños de 1 a 2 años, 1 mg dos veces al día. En niños de 2 a 5 años, 1 mg cada 4 a 6 horas (máximo 6mg/día). En niños de 6 a 12 años, 2 mg cada 4 a 6 horas (máximo 12mg/día) (5)

Descongestionante respiratorio oral (Bromfeniramina maleato 2mg y fenilefrina clorhidrato 5 mg)

Clasificación: Descongestionante, Antihistamínico.

Indicación: Tratamiento congestión nasal, de los estornudos y de la rinorrea.

Dosis pediátrica: niños 6-12 años: 5mL cada 4 horas (dosis máxima 30mL por día)

Dextrometorfano

Clasificación: Antitusivo.

Indicación: En el alivio sintomático de la tos no productiva.

Absorción: Se absorbe rápidamente en el tracto gastrointestinal.

Precauciones en pediatría: no se han realizado estudios apropiados que relacionen la edad con los efectos del dextrometorfano. Sin embargo, problemas específicos no se han documentado. (5)

Dosis oral: En niños 1-2mg/Kg/24 horas, dividido en 3-4 veces al día. En niños de 2 a 6 años 2.5-5mg cada 4 horas o 7.5mg cada 6-8 horas. (5)

Difenhidramina

Clasificación: Antihistamínico (receptor H₁), sedante.

Indicación: Tratamiento de tos por resfrío o alergia.

Absorción: Se absorbe bien después de la administración oral, 40 a 60%

Precauciones en pediatría: su uso no se recomienda en recién nacidos o en niños prematuros. Puede causar reacciones paradójicas, alucinaciones, coma y muerte, en caso de sobredosis (5)

Dosis oral: En niños con peso hasta 9.1 Kg 6.25 a 12.5 mg cada 4 a 6 horas. En niños > 9.1 Kg 12.5 a 25 mg cada 4 a 6 horas.

Penicilina G Benzatínica

Clasificación: Antibacteriano, penicilina.

Indicación: Activo contra algunos microorganismos gram positivos, pocos gram negativos, algunos anaerobios y espiroquetas (5)

Absorción: Intramuscular lenta.

Dosis parenteral pediátrica: Infecciones del Tracto Respiratorio Superior por estreptococo del grupo A; 25.000 a 50.000 Unidades/Kg, dosis única, máximo 1.2 millones de unidades (5)

CAPÍTULO # 3

DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

Según el enfoque y la profundidad u objetivo, es una investigación no experimental descriptiva y retrospectiva, de tipo cuantitativa.

3.2 Área de Estudio

La investigación se realizó en el Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan, del cantón la Unión de Cartago, convenio Universidad de Costa Rica-Caja Costarricense de Seguro Social, la cual brinda servicios médicos en el primer nivel de atención con once EBAIS.

Unidad de Análisis

La unidad de análisis del estudio son las infecciones de vías respiratorias superiores que se presentaron en el Área de Salud, así como los médicos que laboraban durante el mes de octubre del 2005. En estas unidades se medirán las variables de interés para el grupo de trabajo. Los sujetos son los usuarios de 1 a menos de 6 años de edad, con el diagnóstico de infección de vías respiratorias superiores.

Para el conocimiento sobre el manejo de las IVRS por parte de los médicos del Área, se realizó un estudio poblacional, es decir; se tomó a todos los médicos de dicha área (11 en total) y se les administró un cuestionario estructurado (Anexo # 2)

Universo

La población en referencia son todos los pacientes comprendidos entre uno y menos de seis años de edad, del primer nivel de atención del Área de Salud de Concepción, San Diego, y San Juan (CSDSJ) con infecciones de vías respiratorias superiores.

El total de la población fue de 562 pacientes en el Área de Salud de Concepción, San Diego, y San Juan (CSDSJ), y los médicos que laboraban en estos Núcleos durante octubre de 2005.

Muestra

Muestreo irrestricto aleatorio:

Con las investigadoras se determinó, que el nivel de confianza del estudio sería del 90%, con un error del 5%. No hubo necesidad de ajuste por no-respuesta, pues se diseñaron dos muestras espejo, idénticas a la primera, para sustituir los casos no encontrados en la primera.

Se aplicó la teoría de muestreo para la estimación de una proporción y como estimador de la varianza se tomó la varianza máxima, donde $p = 0.5$.

$$n = \left(\frac{Z_{\frac{\alpha}{2}} \sqrt{pq}}{d} \right)^2 .$$

$Z_{\frac{\alpha}{2}}$ = Nivel de Confianza con la distribución normal = 1.64 al 90% de confianza

d = Error máximo permisible = 0.05

$p = 0.5$

$q = 1-p = 0.5$

Con lo que se obtiene una muestra total -ya corregida- por población finita, de 183 pacientes.

Para seleccionar la muestra se procedió a ordenar los registros por EBAIS, sexo y edad de manera sistemática.

La unidad estadística, es el expediente seleccionado, de manera sistemática, de la población del Área de Salud de Concepción, San Diego, y San Juan (CSDSJ) según EBAIS, sexo y edad, de acuerdo con el listado de pacientes en estudio. El marco de muestreo es el listado de los pacientes del Área de Salud de Concepción, San Diego, y San Juan (CSDSJ)

Elección de la muestra

Con el total de la población se hicieron tres muestras de la misma manera señalada anteriormente. Se identificaron con los números 1, 2 y 3. Se seleccionó un número al azar entre uno y tres. Todos los expedientes que llevan ese número seleccionado, constituyen la muestra elegida. Si algún expediente no se encontró se utilizó una de las otras dos muestras, como muestra espejo en el mismo caso, para reemplazarlo y si no se encontró en la primera muestra espejo, ese expediente se buscó en la segunda.

Teniendo las tres muestras, 1, 2 y 3, se decidió trabajar con la número 3. Ésta consta de 183 expedientes clínicos, con el diagnóstico de infecciones de vías respiratorias superiores, distribuidos en los 4 Núcleos del Área de Salud CSDSJ. Se procedió a solicitar el permiso respectivo a la Coordinación del Área de Salud, para movilizar los expedientes clínicos de los Núcleos de San Juan, San Diego y Concepción, al Núcleo de Villas de Ayarco. Dicho traslado se ejecutó en las dos

tardes de los viernes anteriores a la revisión, con ayuda del chofer- mensajero del Área, en una ocasión y en la segunda, por medios personales.

Con la técnica de análisis documental, se aplicó el instrumento hoja de cotejo “Revisión de Expedientes Clínicos” a 170 expedientes, dado que los restantes 13 no clasificaban por diferentes motivos (no concordaban el diagnóstico ni el rango de edad o, sencillamente, no apareció el expediente en el Núcleo que se buscó ni al ser sustituidos en las muestras espejo) Resultó una tasa de pérdida del 7.1%, la cual es aceptable para el tipo de investigación efectuada.

La aplicación de la hoja de cotejo, para los Núcleos de Concepción, San Diego y San Juan se realizó en dos sábados, en la mañana, con la participación de ambas investigadoras. Los expedientes de Villas de Ayarco fueron revisados después de las 4 de la tarde, en ese mismo Núcleo. En algunas ocasiones fue necesario el desplazamiento de las investigadoras a los Núcleos respectivos, para la revisión de ciertos expedientes clínicos.

Se aprovechó el espacio brindado por el Coordinador del Área de Salud, en la reunión mensual de octubre con los médicos para la aplicación del “Cuestionario Prescripción-Indicación del tratamiento en IVRS-2005”. Los médicos del Área de Salud CSDSJ constituyen un muestreo poblacional.

Por lo tanto, esta recolección de datos se realizó de forma manual, para luego ser procesada en programas como Excel y Epi-info.

Fuentes de Investigación: Primarias y Secundarias

Para elaborar el estudio se utilizaron distintos tipos de fuentes de información, las cuales pueden clasificarse como primarias y secundarias.

Fuentes Primarias

Expedientes clínicos

Inventario y listado de Medicamentos

Sistema de Información de Salud del Programa de Atención Integral de Salud.

Fuentes Secundarias

Las fuentes secundarias se refieren a aquellos casos, cuyos datos ya fueron recolectados por alguien más (miembros de equipo de atención o funcionarios del Área) a este tipo corresponden: el ASIS (Análisis de Situación de Salud), Lista Oficial de Medicamentos de la CCSS, libros, tesis, protocolo de manejo de IVRS, revistas e información obtenida mediante INTERNET.

Identificación, descripción y relación de variables

Variable dependiente: Aplicación de la Norma de Atención Integral en Salud y la Guía de Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas del HNN.

Variable independiente: Prescripción farmacológica de las infecciones de vías respiratorias superiores.

Las variables planteadas relacionan con las actividades de los médicos, en cuanto a la prescripción de medicamentos. Todos estos elementos contribuyen -en menor o mayor grado- en la existencia de medicamentos para el Área de Salud. Estas variables inciden de forma directa en la racionalidad o no, del uso de los medicamentos. En el Área de Salud de Concepción, San Diego y San Juan, como en otras áreas, éstos son los aspectos que más contribuyen a la existencia de fármacos en el departamento de Farmacia.

Operacionalización de Variables

Problema

¿Aplican, los médicos del primer nivel de atención del Área de Salud CSDSJ, la prescripción farmacológica para el manejo de Infecciones de Vías Respiratorias Superiores, en niños de 1 a 6 años de edad, recomendada en la norma de atención integral de salud y el Hospital Nacional de Niños, que permite garantizar el tratamiento adecuado y el uso racional de los medicamentos para esta patología, durante el cuarto trimestre del 2004?

Objetivo general

Analizar comparativamente la prescripción farmacológica que realizan los médicos del primer nivel de atención del Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan (CSDSJ), para el manejo de Infecciones de Vías Respiratorias Superiores en niños de 1 a 6 años de edad, con lo estipulado en la norma de atención integral de salud y lo recomendado por el Hospital Nacional de Niños, como entidad especializada en la atención de este grupo etáreo, para el tratamiento adecuado y el uso racional de medicamentos para esta patología.

3.4 Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos

Por la naturaleza del estudio se considera que es de tipo cuantitativo. Para lo cual se utilizó la técnica de observación, que incluye los instrumentos: hoja de cotejo y encuesta.

Para el proceso de revisión de expedientes se utilizó la hoja de cotejo, donde se incluyeron datos como diagnóstico del usuario, número de consultas y el tratamiento indicado. También se consignó si el usuario recibió información acerca de los medicamentos que recibe y reacciones adversas del mismo.

Posteriormente, mediante el cuestionario que se aplicó a todos los médicos de los EBAS del Área de Salud, se determinó el uso o no de las normas de atención integral de salud, para las infecciones respiratorias agudas, o la guía pediátrica básica de diagnóstico y tratamiento de esas mismas infecciones.

3.5 Plan de Tabulación y Análisis

Se creó la base de datos para el análisis de las variables, en la cual se procedió a codificar los instrumentos que se aplicaron, así como la información obtenida de éstos.

En el análisis estadístico de los datos se aplicaron paquetes informáticos ad hoc. Se consideró necesario elaborar gráficos y cuadros comparativos, para facilitar el estudio y justificar las conclusiones y recomendaciones.

En la elaboración de dichos cuadros y gráficos se utilizaron los programas de Microsoft Office 2003, específicamente Microsoft Word y Microsoft Excel, así como Epi-Info.

3.6 Resultados esperados y limitaciones

Resultados esperados

Con base en los objetivos propuestos dentro de los resultados que se esperan están:

- Porcentaje de conocimiento de la existencia de la Norma de Atención Integral en Salud.
- Porcentaje de conocimiento del anexo de Atención del niño y la niña con infecciones respiratorias agudas.
- Porcentaje del cumplimiento del anexo de Atención del niño y la niña con infecciones respiratorias agudas.
- Porcentaje del conocimiento de la Guía de Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños.
- Porcentaje de niños que consultan por infecciones respiratorias agudas.
- Porcentaje de niñas que consultan por infecciones respiratorias agudas.
- Edad más frecuente de presentación de infecciones respiratorias agudas.
- Porcentaje de cumplimiento de la Guía de Manejo de Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños.
- Costo aproximado para el manejo de resfrío común (rinofaringitis aguda) propuesto por la norma y la guía.
- Costo aproximado para el manejo de sinusitis aguda propuesto por la norma y la guía.
- Costo aproximado para el manejo de faringitis aguda propuesto por la norma y la guía.

- Costo aproximado para el manejo de amigdalitis aguda propuesto por la norma y la guía.
- Costo aproximado para el manejo de laringitis y traqueitis agudas propuesto por la norma y la guía.
- Costo aproximado para el manejo de laringitis obstructiva aguda y epiglotitis propuesto por la norma y la guía.
- Costo aproximado para el manejo de infecciones de vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificado propuesto por la norma y la guía.
- Porcentaje de expedientes médicos en los cuales se incluye la educación dentro del manejo de las patologías.

Limitaciones

Las principales limitaciones encontradas fueron: el tiempo, por la cantidad de datos e información para procesar. Además, la aplicación del cuestionario a los médicos se realizó en jornada laboral, que coincidió con la de las investigadoras.

Otra limitación fue la existencia de un sistema de base de datos sin depurar, en aspectos como variables demográficas y diagnóstico, así como, la carencia de un patrón ordenado que informe sobre los diferentes costos en el PAIS.

Asimismo, las opiniones recolectadas en el cuestionario que se le aplicó a los médicos del Área de Salud CSDSJ, fueron las de los galenos que estaban en el año 2005 y no necesariamente eran todos los que laboraban en el período de estudio, -octubre a diciembre de 2004-, que fue el período en que se realizó la revisión de los expedientes clínicos.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cuadro de variables

Objetivo específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente de datos
1. Comparar los medicamentos que se prescriben en el Área de Salud de CSDSJ para el tratamiento de las IVRS, con los medicamentos sugeridos por la Norma de Atención Integral de Salud, y la Guía Pediátrica del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas del HNN	Prescripción de medicamentos por parte de los médicos del Área de Salud CSDSJ	Indicación de uno o varios medicamentos por una persona autorizada y recibido por otra autorizada para dispensar la orden. Suele ser escrita e incluye datos básicos como nombre, número de identificación, fecha de nacimiento del usuario, firma y código del prescriptor	Nombre del medicamento para el manejo de infecciones respiratorias agudas	Nombre por el que se conoce el fármaco, puede ser genérico o comercial	<p>Porcentaje de analgésico prescrito para el manejo de IVRS</p> <p>Porcentaje de antitusivo prescrito para el manejo de IVRS</p> <p>Porcentaje de antibiótico prescrito para el manejo de IVRS</p> <p>Porcentaje de antihistamínico prescrito para el manejo de IVRS</p>	Hoja de Cotejo	Expediente clínico

	Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente de datos
1. Comparar los medicamentos que se prescriben en el Área de Salud de CSDSJ para el tratamiento de las IVRS, con los medicamentos sugeridos por la Norma de Atención Integral de Salud, y la Guía Pediátrica del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas del HNN	Información de temas de salud durante la consulta de IVRS por parte de los médicos del Área de Salud de CSDSJ	Identificación en el expediente de información acerca de temas de salud relacionados con IVRS	Temas de salud relacionados con la prevención de IVRS y signos de alarma de IVRS	Medidas que se toman para la prevención manejo e identificación de signos de alarma de IVRS	Porcentaje expedientes clínicos de pacientes con IVRS que recibieron información de salud relacionada con la patología en estudio	Hoja de Cotejo	Expediente clínico

Objetivo específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente de datos
2. Identificar el conocimiento que tienen los médicos y las médicas del Área de Salud CSDSJ sobre la Norma de atención integral de Salud, el anexo de la misma, Atención del niño y la niña con infecciones respiratorias agudas y la Guía Pediátrica Básica para el tratamiento de infecciones respiratorias agudas propuesto por el HNN	Información de la Norma de Atención Integral de Salud	Es el criterio manifiesto de los médicos y las médicas del Área de Salud CSDSJ acerca del dominio y entendimiento de la Norma de Atención Integral de Salud	Conocimiento sobre la Norma de Atención Integral de Salud	Conocimiento de la existencia de la Norma de Atención Integral de Salud	Porcentaje de médicos que conocen las Normas de Atención Integral de Salud	Encuesta: cuestionario aplicado	Expediente clínico

Objetivo específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente de datos
2. Identificar el conocimiento que tienen los médicos y las médicas del Área de Salud CSDSJ sobre la Norma de atención integral de Salud, el anexo de la misma, Atención del niño y la niña con infecciones respiratorias agudas y la Guía Pediátrica Básica para el tratamiento de infecciones respiratorias agudas propuesto por el HNN	Información del Anexo #10, Atención del niño y la niña con infección respiratoria aguda, incluido en la Norma de Atención Integral de Salud	Es el criterio manifiesto de los médicos y las médicas del Área de Salud CSDSJ acerca del dominio y entendimiento del Anexo #10, Atención del niño y la niña con infección respiratoria aguda, incluido en la Norma de Atención Integral de Salud	Conocimiento sobre el Anexo #10, Atención del niño y la niña con infección respiratoria aguda, incluido en la Norma de Atención Integral de Salud	Conocimiento de la existencia del Anexo #10, Atención del niño y la niña con infección respiratoria aguda, incluido en la Norma de Atención Integral de Salud	Porcentaje de médicos que conocen el Anexo #10, Atención del niño y la niña con infección respiratoria aguda, incluido en la Norma de Atención Integral de Salud	Encuesta: cuestionario aplicado	Expediente clínico

Objetivo específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente de datos
2. Identificar el conocimiento que tienen los médicos y las médicas del Área de Salud CSDSJ sobre la Norma de atención integral de Salud, el anexo de la misma, Atención del niño y la niña con infecciones respiratorias agudas y la Guía Pediátrica Básica para el tratamiento de infecciones respiratorias agudas propuesto por el HNN	Información de la Guía Pediátrica Básica para tratamiento de infecciones respiratorias agudas propuestas por el Hospital Nacional de Niños	Es el criterio manifiesto de los médicos y las médicas del Área de Salud CSDSJ acerca del dominio y entendimiento de la Guía Pediátrica Básica para tratamiento de infecciones respiratorias agudas propuestas por el Hospital Nacional de Niños	Conocimiento sobre de la Guía Pediátrica Básica para tratamiento de infecciones respiratorias agudas propuestas por el Hospital Nacional de Niños	Conocimiento de la existencia de la Guía Pediátrica Básica para tratamiento de infecciones respiratorias agudas propuestas por el Hospital Nacional de Niños	Porcentaje de médicos que conocen la Guía Pediátrica Básica para tratamiento de infecciones respiratorias agudas propuestas por el Hospital Nacional de Niños	Encuesta: cuestionario aplicado	Expediente clínico

Objetivo específico	Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente de datos
3. Determinar el costo calculado del manejo de infecciones de vías respiratorias superiores en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo calculado del manejo de rinosfarinitis aguda en el Área de Salud CSDSJ	Costo económico de los medicamentos para la atención del paciente de 1 a 6 años de edad con diagnóstico de rinosfarinitis aguda	Costo de los medicamentos para la atención médica para rinosfarinitis aguda en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo económico que le representan al Área de Salud CSDSJ los medicamentos para la atención de rinosfarinitis Aguda	Costo del acetaminofén	Revisión del informe	Informe de costo del PAIS

	Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente de datos
3. Determinar el costo calculado del manejo de infecciones de vías respiratorias superiores en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo calculado del manejo de sinusitis aguda en el Área de Salud CSDSJ	Costo económico de los medicamentos para la atención del paciente de 1 a 6 años de edad con diagnóstico de sinusitis aguda	Costo de los medicamentos para la atención médica para sinusitis aguda en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo económico que le representan al Área de Salud CSDSJ los medicamentos para la atención de sinusitis Aguda	Costo del acetaminofén Costo de la penicilina benzatínica Costo del descongestionante	Revisión del informe	Informe de costo del PAIS

	Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente de datos
3. Determinar el costo calculado del manejo de infecciones de vías respiratorias superiores en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo calculado del manejo de faringitis aguda en el Área de Salud CSDSJ	Costo económico de los medicamentos para la atención del paciente de 1 a 6 años de edad con diagnóstico de faringitis aguda	Costo de los medicamentos para la atención médica para faringitis aguda en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo económico que le representan al Área de Salud CSDSJ los medicamentos para la atención de faringitis aguda	Costo del acetaminofén Costo del descongestionante	Revisión del informe	Informe de costo del PAIS

	Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente de datos
3. Determinar el costo calculado del manejo de infecciones de vías respiratorias superiores en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo calculado del manejo de amigdalitis aguda en el Área de Salud CSDSJ	Costo económico de los medicamentos para la atención del paciente de 1 a 6 años de edad con diagnóstico de amigdalitis aguda	Costo de los medicamentos para la atención médica para amigdalitis aguda en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo económico que le representan al Área de Salud CSDSJ los medicamentos para la atención de amigdalitis aguda	Costo del acetaminofén Costo del descongestionante Costo de la penicilina benzatínica	Revisión del informe	Informe de costo del PAIS

	Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente de datos
3. Determinar el costo calculado del manejo de infecciones de vías respiratorias superiores en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo calculado del manejo de laringitis y traqueitis aguda en el Área de Salud CSDSJ	Costo económico de los medicamentos para la atención del paciente de 1 a 6 años de edad con diagnóstico de laringitis y traqueitis aguda	Costo de los medicamentos para la atención médica para laringitis y traqueitis aguda en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo económico que le representan al Área de Salud CSDSJ los medicamentos para la atención de laringitis y traqueitis aguda	Costo del traslado en ambulancia Costo de traslado en taxi	Revisión del informe	Informe de costo del PAIS

	Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente de datos
3. Determinar el costo calculado del manejo de infecciones de vías respiratorias superiores en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo calculado del manejo de laringitis obstructiva aguda y epiglotitis en el Área de Salud CSDSJ	Costo económico de los medicamentos para la atención del paciente de 1 a 6 años de edad con diagnóstico de laringitis obstructiva aguda y epiglotitis	Costo de los medicamentos para la atención médica para laringitis obstructiva aguda y epiglotitis en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo económico que le representan al Área de Salud CSDSJ los medicamentos para la atención de laringitis obstructiva aguda y epiglotitis	Costo del traslado en ambulancia Costo de traslado en taxi	Revisión del informe	Informe de costo del PAIS

	Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente de datos
3. Determinar el costo calculado del manejo de infecciones de vías respiratorias superiores en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo calculado del manejo de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificados en el Área de Salud CSDSJ	Costo económico de los medicamentos para la atención del paciente de 1 a 6 años de edad con diagnóstico de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificados	Costo de los medicamentos para la atención médica contra las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificados en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo económico que le representan al Área de Salud CSDSJ los medicamentos para la atención de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificados	Costo del acetaminofén Costo del descongestionante	Revisión del informe	Informe de costo del PAIS

	Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente de datos
3. Determinar el costo calculado del manejo de infecciones de vías respiratorias superiores en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo calculado de los medicamentos que se recetan de más para IVRS	Costo económico de los medicamentos que se dan de más en una consulta de IVRS en el Área de Salud CSDSJ	Costo de los medicamentos que se prescriben de más en la consulta de IVRS en niños de 1 a 6 años de edad en el Área de Salud CSDSJ	Costo económico que representan para el Área de Salud CSDSJ los medicamentos que se recetan de más	<p>Costo de medicamentos extras en rinosfarinitis aguda</p> <p>Costo de medicamentos extras en IVRS de sitios múltiples o no especificados</p> <p>Costo de medicamentos extras en amigdalitis aguda</p> <p>Costo de medicamentos extras IVRS bacteriana</p>	Revisión del informe	Informe de costo del PAIS

Cronograma de actividades 2005-2006

	<i>ENERO A MARZO</i>	<i>ABRIL</i>	<i>MAYO</i>	<i>JUNIO</i>	<i>JULIO A AGOSTO</i>	<i>SETIEMBRE A OCTUBRE</i>	<i>NOVIEMBRE</i>	<i>DICIEMBRE</i>	<i>ENERO A MARZO</i>	<i>ABRIL 2006</i>
<i>ACTIVIDADES</i>										
<i>1. Elaboración del protocolo de investigación</i>	X	X								
<i>2. Selección y reunión con la Tutora de la Tesis</i>		X	X							
<i>3. Elaboración de los instrumentos de recolección de datos.</i>				X						
<i>5. Reunión con Tutora y Estadista</i>					X	X				
<i>4. Trabajo de investigación de campo.</i>						X				
<i>5. Análisis de los datos</i>						X				
<i>7. Elaboración del borrador del documento final</i>						X	X			
<i>8. Revisión del documento final por el tutor</i>							X	X	X	
<i>9. Revisión de lectoras</i>								X	X	
<i>10. Entrega del documento final</i>										X

CAPÍTULO # 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

RESULTADOS

I. Análisis de la prescripción e indicación de tratamiento para Infecciones de vías respiratorias superiores

En la recopilación de las informaciones participaron todos los médicos (11 en total) que laboraban en el mes de octubre del 2005, en el primer nivel de atención del Área de Salud de Concepción, San Diego y San Juan (CSDSJ), los cuales están distribuidos de la siguiente forma:

Cuadro 5: Distribución de los médicos y médicas según Núcleos del Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan. Año 2005

Lugar de trabajo	EBAIS - Sector	Total
Núcleo de Concepción	No: 3,4,5 y 11	4
Núcleo de San Diego	No: 2,8, 9 y 10	4
Núcleo de San Juan	No: 1 y 7	2
Núcleo de Villas de Ayarco	No: 6	1
Total		11

Fuente: Encuesta Prescripción-Indicación del Tratamiento en IVRS, octubre de 2005.

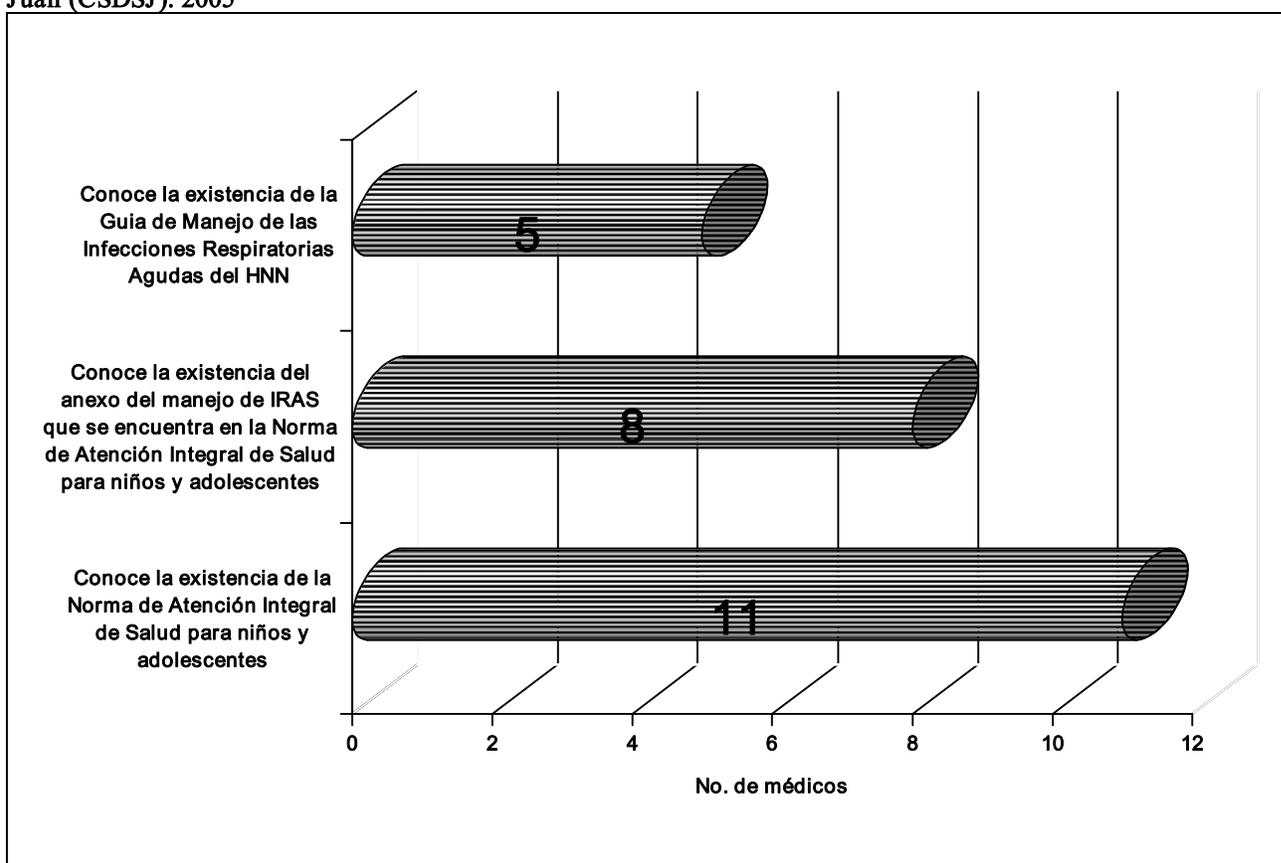
La información obtenida mediante la encuesta aplicada a los médicos, valoró los siguientes aspectos:

- Conocimiento que tienen los médicos del Área de Salud sobre la Norma de Atención Integral en Salud y el anexo sobre manejo de IRAS y la Guía de Manejo de la Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños.
- Aplicación de las recomendaciones de la Norma de Atención Integral en Salud y su anexo de manejo de IRAS.
- Justificación de la no aplicación de la Norma de Atención Integral en Salud y su anexo sobre el manejo de IRAS y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños.
- Manejo farmacológico y no farmacológico que le dan los médicos del Área de Salud CSDSJ, a cada una de las enfermedades que conforman el grupo de las IVRS.
- Relación entre el tratamiento con antibiótico y el tiempo de prescripción según la enfermedad.
- Estrategias para disminuir la prescripción de medicamentos en IVRS.

Se realizaron tres preguntas para identificar el conocimiento que tienen los médicos del Área de Salud sobre la Norma de Atención Integral en Salud y el anexo sobre manejo de IRAS y la Guía de Manejo de la Infecciones Respiratorias Agudas, del Hospital Nacional de Niños.

A la pregunta ¿Conoce la existencia de la Guía de Manejo para las Infecciones Respiratorias Agudas del HNN?, la mayor cantidad de respuestas demostró fue que es la menos conocida por los médicos (5 de 11), de los cuales, tres son del Núcleo de Concepción, y un médico de cada uno de los demás Núcleos. (Gráfico 1)

Gráfico 1: Número de Médicos que conocen la existencia de la Norma de Atención Integral en Salud y su anexo sobre el manejo de IRAS y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños. Primer nivel de atención Área de Salud de Concepción, San Diego y San Juan (CSDSJ). 2005



Fuente: Encuesta Prescripción-Indicación del Tratamiento en IVRS, octubre de 2005

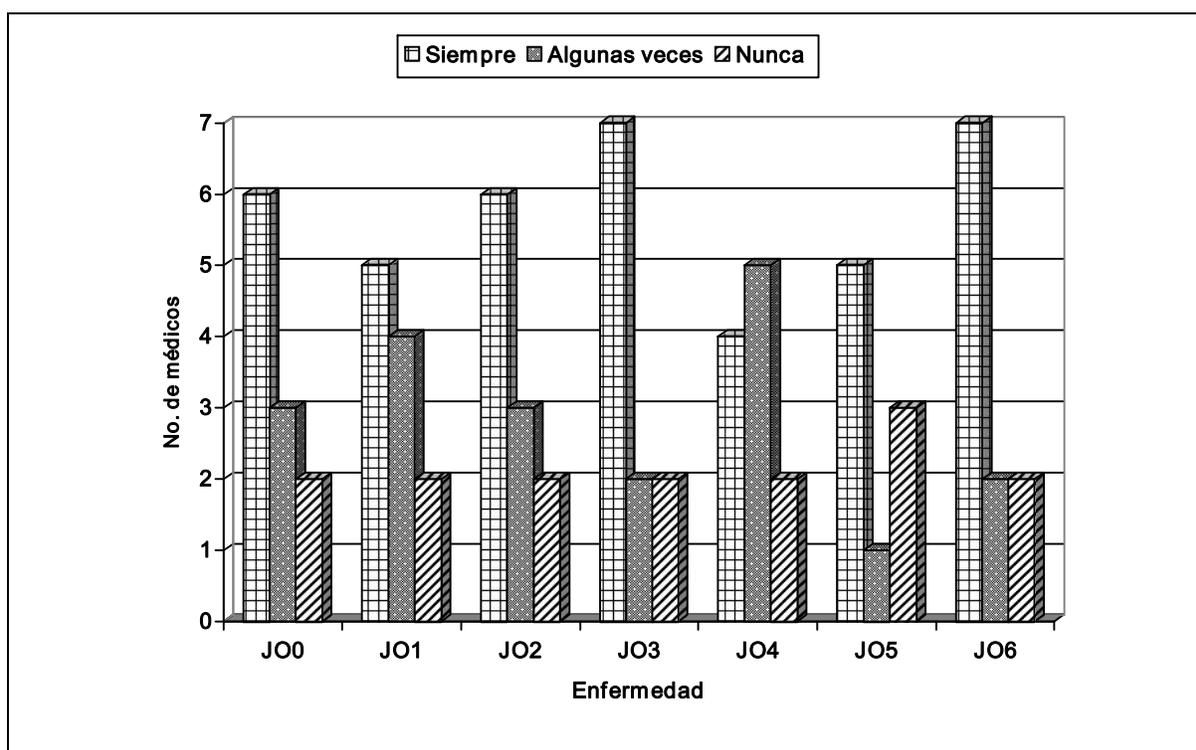
En esta parte se destaca que, el 100% de los médicos del Área de Salud CSDSJ, conocen la existencia de la Norma de Atención Integral en Salud para Niños y Adolescentes, sin embargo, una cantidad menor -73%- saben de la existencia del anexo para el manejo de las IRAS, que se incluye en la norma. Es detalle reveló que los médicos conocen la Norma en Salud para la aplicación de los criterios relativos a la atención del niño sano, pero desconocen las recomendaciones de

manejo de patologías. De igual forma, no todos conocen que también se puede extraer esta información de la citada norma.

Cabe señalar que un porcentaje importante de los médicos del Área de Salud CSDSJ, desconocen la Guía de Manejo para las Infecciones Respiratorias Agudas del HNN (45% de los médicos).

En lo referente a la prescripción de tratamiento, y el aporte que brinda la normativa sobre el manejo, se identificó que las enfermedades en las cuales se aplican mayormente las recomendaciones de la Norma, son: Amigdalitis aguda y Laringitis y traqueitis aguda (7 de 11 médicos dicen aplicarla) Rinofaringitis aguda y Faringitis aguda (6 de 11 médicos dicen aplicarla) (Gráfico 2).

Gráfico 2: Número de médicos que aplican la Norma de Atención Integral de Salud y su anexo sobre el manejo de IRAS y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños. Primer nivel de atención Área de Salud de Concepción, San Diego y San Juan (CSDSJ). 2005



Fuente: Encuesta Prescripción-Indicación del Tratamiento en IVRS, octubre de 2005.

Enfermedad: J00: Rinofaringitis aguda (Resfriado común)

J01: Sinusitis aguda

J02: Faringitis aguda

J03: Amigdalitis aguda

J04: Laringitis y traqueitis bacteriana

J05: Laringitis obstructiva aguda (CROUP) y epiglotitis

J06: Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificados.

La mayor parte de los médicos del Área de Salud CSDSJ, refiere que aplican las recomendaciones hechas por la Norma de Atención Integral en Salud y su anexo

de manejo de IRAS, para cada patología que incluye el apartado de IVRS, según el CIE-10; y los que la conocen, aplican la Guía de Manejo de las IRAS del HNN.

En el siguiente cuadro se expone, en números absolutos, la cantidad de médicos que conocen la existencia de la Norma de Atención Integral de Salud para niños y adolescentes, y con qué frecuencia la aplican. De este cuadro se desprende que, el 100% de los encuestados conocen la existencia de la Norma de Atención Integral de Salud para niños y adolescentes. Sin embargo, sólo 54.% de los profesionales en salud encuestados la aplican siempre. El 27% la aplican algunas veces y 18% nunca la aplican.

Cuadro 6: Relación entre la aplicación de la norma según el conocimiento de la existencia de la Norma de Atención Integral de Salud para niños y adolescentes.

Conoce la existencia de la Norma de Atención Integral de Salud para niños y adolescentes	Aplicación de la Norma						Total
	Siempre		Algunas veces		Nunca		
	#	%	#	%	#	%	
Sí	6	54.5	3	27.3	2	18.2	11
No	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Encuesta Prescripción-Indicación del Tratamiento en IVRS, octubre de 2005.

Las Normas de Atención Integral en Salud, tienen un anexo de la atención del niño y la niña con infección respiratoria aguda. Se basa en los diagnósticos de Rinofaringitis aguda, Faringitis aguda y Amigdalitis aguda. Se preguntó a los médicos si lo conocen y lo aplican para cada patología. El resultado encontrado fue que, para la Rinofaringitis aguda 72.7% lo conoce, y de ellos el 75% dice siempre aplicarlo; el restante 25% dice que algunas veces lo aplica.

Para Faringitis aguda, 72.7% de los encuestados conoce la existencia del anexo para el manejo de esta patología, sin embargo, sólo el 62.5% dice aplicarlo siempre. Por su parte, 37.5% dice que algunas veces lo aplica.

Para Amigdalitis aguda 72.7% de los encuestados dice conocer la existencia del anexo, pero sólo 37.5% lo aplica siempre, y 62.5% dice aplicarlo algunas veces.

Cuadro 7: Relación entre los diagnósticos y la aplicación de la norma según si conocen el anexo del manejo de IRAS que se encuentra en la Norma de Atención Integral de Salud para niños y adolescentes.

Enfermedad	Conoce la existencia del anexo del manejo de IRAS que se encuentra en la Norma de Atención Integral de Salud para niños y adolescentes	Aplicación del Anexo						Total
		Siempre		Algunas veces		Nunca		
		#	%	#	%	#	%	
Rinofaringitis aguda (J00)	Sí	6	75	2	25	0	0	8
	No	0	0	0	0	3	100	3
Faringitis aguda (J02)	Sí	5	62.5	3	37.5	0	0	8
	No	0	0	0	0	3	100	3
Amigdalitis aguda (J04)	Sí	3	37.5	5	62.5	0	0	8
	No	0	0	0	0	3	100	3

Fuente: Encuesta Prescripción-Indicación del Tratamiento en IVRS, octubre de 2005.

Con base en el conocimiento de la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños, queda evidenciado que 45.5% de las personas encuestadas dice conocer la guía. Con respecto a la aplicación de la guía se encuentra que, para Rinofaringitis aguda de los médicos que dicen conocer la guía; 80% afirma que siempre cumple la guía, 20% algunas veces.

Para Sinusitis aguda, 60% dice aplicar la guía siempre, y 40% la aplica algunas veces. Igual comportamiento se observa para Faringitis aguda y para Laringitis obstructiva aguda y epiglotis.

Por otro lado, para Laringitis y traqueitis aguda y las Infecciones de vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificados, de los médicos que conocen la guía, 80% dice que siempre la aplica y 20% dice aplicarla algunas veces.

Cuadro 8: Relación entre los diagnósticos y la aplicación de la guía de manejo de infecciones respiratorias agudas del Hospital Nacional de Niños.

Enfermedad	Conoce la existencia de la Guía de manejo de infecciones respiratorias agudas del HNN	Aplicación de la Guía						Total
		Siempre		Algunas veces		Nunca		
		#	%	#	%	#	%	
Rinofaringitis aguda (J00)	Sí	4	80	1	20	0	0	5
	No	0	0	0	0	6	100	6
Sinusitis aguda (J01)	Sí	3	60	2	40	0	0	5
	No	0	0	0	0	6	100	6
Faringitis aguda (J02)	Sí	3	60	2	40	0	0	5
	No	0	0	0	0	6	100	6
Laringitis y traqueitis aguda (J03)	Sí	4	80	1	20	0	0	5
	No	0	0	0	0	6	100	6
Amigdalitis aguda (J04)	Sí	2	40	3	60	0	0	5
	No	0	0	0	0	6	100	6
Laringitis obstructiva aguda y epiglotis (J05)	Sí	3	60	2	40	0	0	5
	No	0	0	0	0	6	100	6
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificados (J06)	Sí	4	80	1	20	0	0	5
	No	0	0	0	0	6	100	6

Fuente: Encuesta Prescripción-Indicación del Tratamiento en IVRS, octubre de 2005.

Las razones dadas por los médicos, de la no aplicación continua de la Norma o la Guía, son las siguientes:

- no recordaban lo que en ellas se mencionaba o
- no las tenían a su alcance

En contraste, los médicos que justificaron la no aplicación total del tratamiento recomendado en la Norma o la Guía, dieron las siguientes razones:

- no contaban con la Norma o Guía a su alcance
- por desconocimiento completo de las mismas
- porque consideraban que no la necesitaban
- porque nunca habían tenido casos que ameritaran su utilización.

En algunas opiniones se registró que ciertas patologías no requerían manejo de primer nivel de atención y eran referidas a centros de segundo o tercer nivel, como por ejemplo, laringitis obstructiva aguda y epiglotitis.

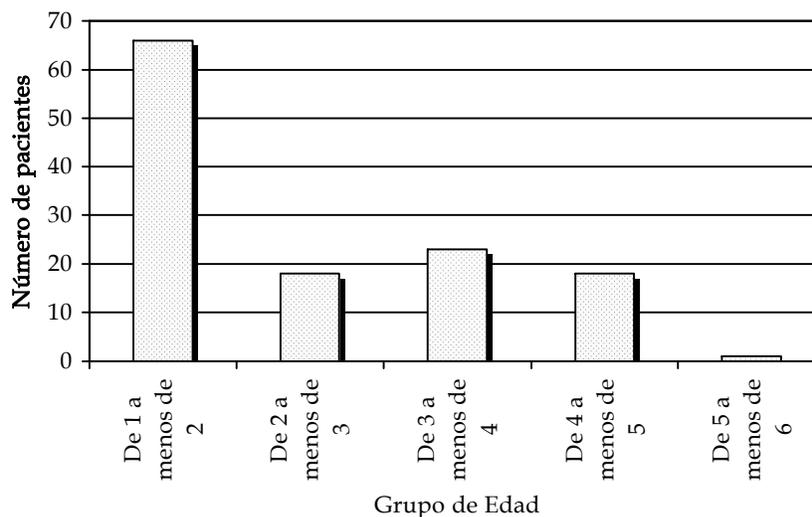
En cuanto a las estrategias utilizadas por los médicos para disminuir la prescripción de medicamentos en IVRS, dicen utilizar:

- Educación de padres o encargados de los niños (9 médicos)
- Todos los médicos del núcleo de Concepción y el del Sector 1 de San Juan, fueron los únicos que no mencionaron la educación de padres o encargados como estrategia.
- Revisión y divulgación de las normas por parte del personal de salud (3 médicos)
- Manejo de normas de higiene en el hogar (2 médicos)
- Educación al personal de salud sobre el uso racional de medicamentos, en especial los antibióticos (1 médico)
- Diagnóstico clínico adecuado (1 médico)

II: Resultados de revisión de expedientes

II a. Caracterización de la población en estudio según edad, género y Núcleo al que pertenecen

Gráfico 3: Distribución del número de pacientes según grupo de edad que consultaron por infecciones de vías respiratorias superiores en el Área de Salud CSDSJ durante octubre a diciembre del 2004



Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004

Por otra parte, el análisis de los expedientes clínicos del Área de Salud CSDSJ, se llevó a cabo con los niños de 1 a menos de 6 años de edad, que consultaron en el cuarto trimestre del 2004 y que, dentro de los diagnósticos incluían infecciones de vías respiratorias superiores. La muestra total fue de 183, pero solamente se obtuvieron 170 expedientes, lo que da una tasa de no-respuesta del 7.1%.

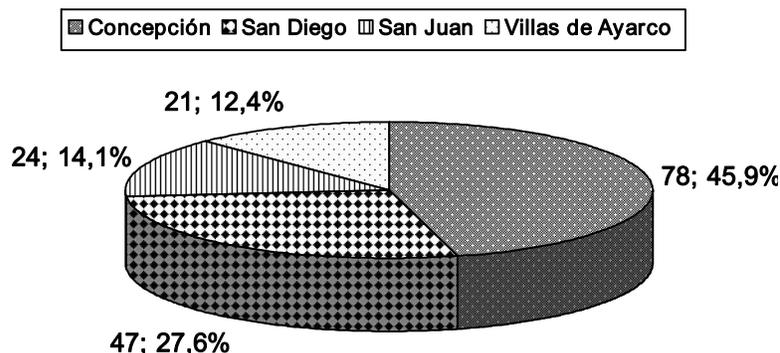
El 51.8% (88 pacientes) son niños, el 48.2% (82 pacientes) son niñas.

El promedio de edad es de 1.99 ± 1.20 años, el 75% de los pacientes tienen edades por debajo de 3 años. El 52.4% (89 niños) se concentran en los menores de dos años (Gráfico 3) Esta situación se asemeja al comportamiento que tiene esta patología a nivel nacional y mundial, es decir, en los primeros años de vida es cuando se presenta el mayor número de infecciones respiratorias agudas.

No existen diferencias significativas –estadísticamente- entre los promedios de edad por sexo ($p = 0.9007$) El promedio de edad para los hombres es de 1.98 ± 1.16 años y el de las mujeres 2.00 ± 1.24 años.

El grupo de edad que menos consulta es el de 5 a menos de 6 años. Los grupos restantes tienen una presentación proporcionalmente igual.

Gráfico 4: Distribución absoluta y relativa de los pacientes que consultaron por infección de vías respiratorias superiores, de acuerdo con el Núcleo a que pertenecen, octubre a diciembre de 2004.



Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004

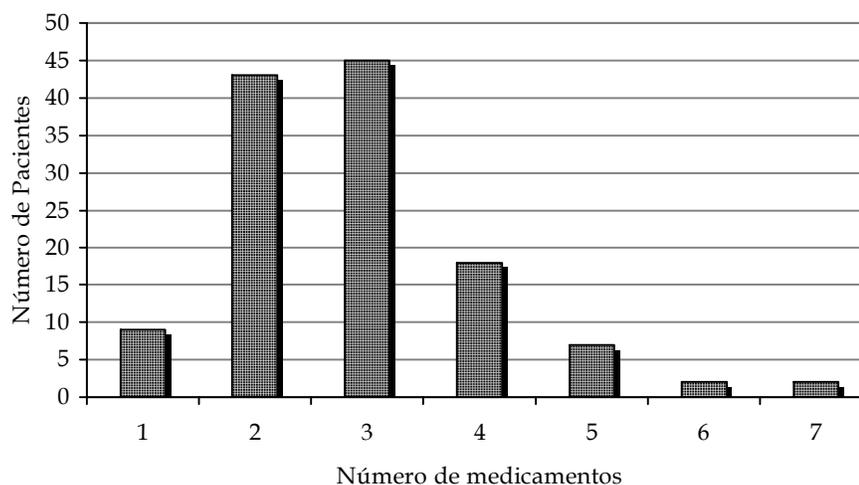
La distribución de los pacientes, según el Núcleo al que pertenecen, dio la distribución que se muestra en el Gráfico 4. La mayoría de los pacientes correspondían al Núcleo de Concepción, 45.9% (78 pacientes), seguidos por 47 pacientes (27.6%) que pertenecen al Núcleo de San Diego

II b. Prescripción de medicamentos en la población estudiada

Esta sección incluye el análisis de 128 pacientes. Fueron seleccionadas las consultas que tenían un solo diagnóstico (Anexo #12)

En promedio se prescribieron 2.88 medicamentos por consulta. El 50% de los pacientes recibió 3 medicamentos o menos, y el 2.5% entre 6 y 7 medicamentos. Como se aprecia en el gráfico 9, la mayor concentración se presenta entre 2 y 3 medicamentos por consulta.

Gráfico 5: Distribución del número de pacientes, según número de medicamentos recibidos en la consulta de infecciones de vías respiratorias superiores, en el Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.



Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004

La relación de los diagnósticos, según sexo, para los 128 pacientes con diagnóstico único, es proporcionalmente igual para hombres y mujeres, pues no se encontró asociación estadística entre el diagnóstico y el sexo del paciente ($p = 0.6203$) El principal diagnóstico por el cual consultan es la IVRS de sitios múltiples o no especificados (J06) 89 casos de 128, es decir, 69.5%, como se observa en el gráfico 6.

El segundo diagnóstico más frecuente, es el de faringoamigdalitis aguda. Se presentaron 12 casos (9.3%)

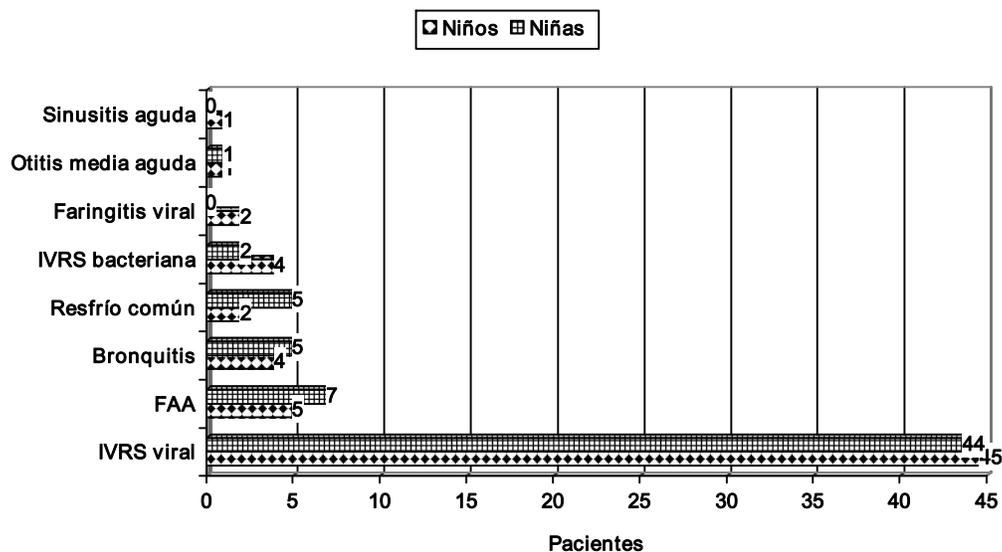
Hay que tener en cuenta que dentro de los expedientes revisados, 9 casos correspondían al diagnóstico de bronquitis aguda, ocupando el tercer lugar de frecuencia. Esta patología es una infección de las vías respiratorias inferiores. Sin embargo, se dejó dentro del estudio para llamar la atención en la importancia de la depuración de la base de datos de los diagnósticos.

Dado que las Normas de Atención Integral en Salud, así como la Guía de Manejo de las Infecciones de Vías Respiratorias del Hospital Nacional de Niños, no incluyen el protocolo de manejo para esta patología, se tomó como que el 100% se manejó adecuadamente.

Los diagnósticos de resfrío común e IVRS bacteriana, ocuparon el cuarto y quinto lugares en frecuencia. Del primero hubo 7 casos (5.4%) por su parte, del segundo se presentaron 6 pacientes (4.6%)

Para faringitis aguda y otitis media se presentaron dos casos, y para sinusitis aguda; un caso.

Gráfico 6: Distribución de los pacientes, de 1 a menos de 6 años de edad que consultaron por infecciones de vías respiratorias superiores, según el diagnóstico. Primer nivel de atención. Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan, octubre a diciembre de 2004.

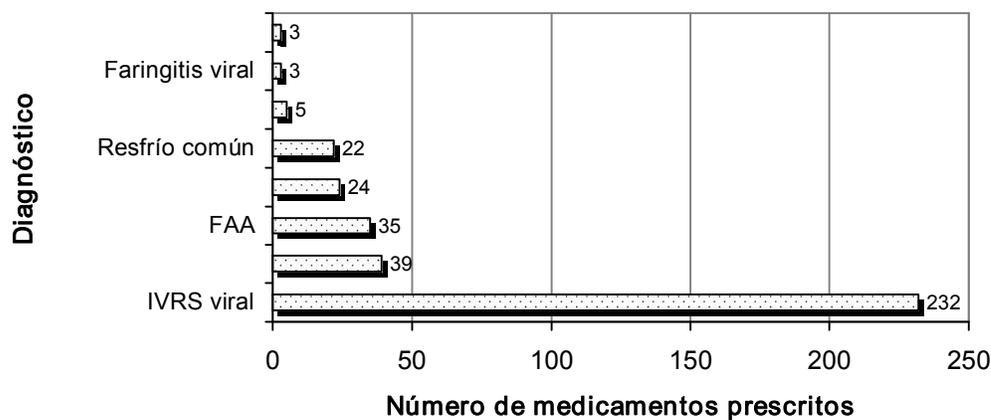


Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004

II c. Distribución de medicamentos según diagnóstico

En las 128 consultas médicas registradas con diagnóstico único, se prescribieron 363 medicamentos, de los cuales 232 corresponden al diagnóstico de IVRS de sitios múltiples o no especificados, 39 a Bronquitis aguda; 35 a Faringoamigdalitis aguda (FAA) 24 a IVRS bacteriana; 22 a Resfrío común (rinofaringitis aguda) 5 a Otitis media aguda; 3 a Faringitis viral y 3 a Sinusitis aguda (Gráfico 7)

Gráfico 7: Cantidad de medicamentos prescritos para los niños de 1 a menos de 6 años de edad, según el diagnóstico. Primer nivel de atención. Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan, octubre a diciembre de 2004.



Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

II d. Evaluación del cumplimiento en forma específica según criterio médico

A efectos de evaluar el cumplimiento en la atención de pacientes, según el diagnóstico determinado por el médico, se analizaron cuatro criterios categorizados en: adecuado o no adecuado, como se muestra en el siguiente cuadro resumen:

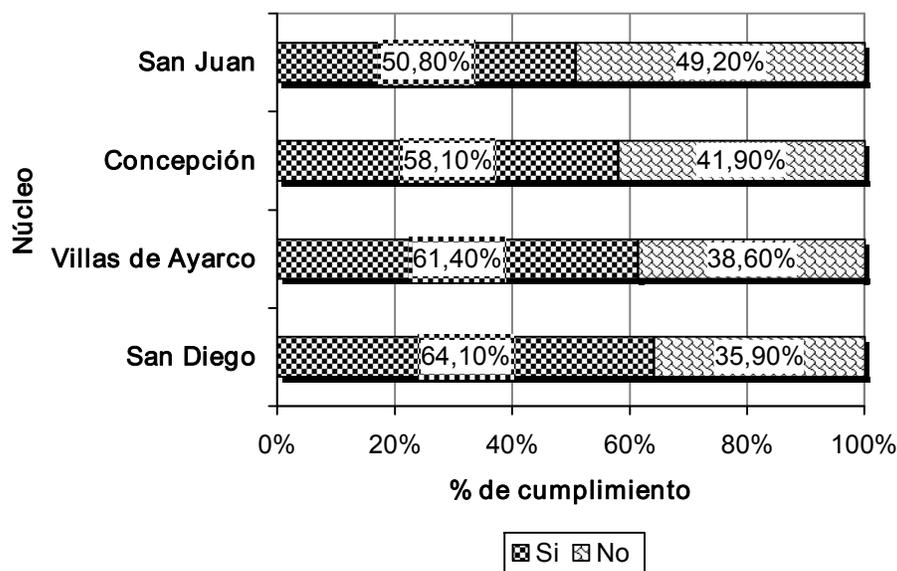
Criterio	Adecuado	No Adecuado
Medicamento	El medicamento recetado <u>es adecuado</u> para el diagnóstico determinado según criterio médico	El medicamento recetado <u>no es adecuado</u> para el diagnóstico determinado según criterio médico
Forma	La presentación del medicamento recetado <u>es adecuada</u> para el diagnóstico determinado según criterio médico	La presentación del medicamento recetado <u>no es adecuada</u> para el diagnóstico determinado según criterio médico
Frecuencia	La frecuencia de acuerdo con la presentación del medicamento recetado <u>es adecuada</u> para el diagnóstico determinado según criterio médico	La frecuencia de acuerdo con la presentación del medicamento recetado <u>no es adecuada</u> para el diagnóstico determinado según criterio médico
Duración	La duración del tratamiento de acuerdo con la frecuencia y presentación del medicamento recetado <u>es adecuada</u> para el diagnóstico determinado según criterio médico	La duración del tratamiento de acuerdo con la frecuencia y presentación del medicamento recetado <u>no es adecuada</u> para el diagnóstico determinado según criterio médico

De esta forma se construyó un indicador que resume lo adecuado de un medicamento en función del diagnóstico, presentación o forma farmacéutica; frecuencia y duración del tratamiento. Será considerado como adecuado aquel medicamento que cumple con todos los criterios establecidos.

Al analizar medicamento por medicamento prescrito y evaluar su adecuación de acuerdo con el diagnóstico, se encuentra que el 59% de los medicamentos fueron recetados adecuadamente.

El Núcleo de San Juan es el que muestra menor cumplimiento de la Norma y la Guía de Manejo. El 50% de los medicamentos recetados fueron inadecuados en alguno de los siguientes rubros: nombre del medicamento, forma farmacéutica, frecuencia y duración. En el Núcleo de Concepción, el 42% de los medicamentos fueron recetados de manera inapropiada. En Villas de Ayarco este porcentaje alcanza el 38.6% y en San Diego el 36%.

Gráfico 8: Porcentaje de cumplimiento de la Norma de Atención Integral de Salud y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños, según nombre, forma farmacéutica, frecuencia y duración del medicamento prescrito para IVRS, en los Núcleos del Área de Salud de CSDSJ, octubre a diciembre de 2004



Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

En el cuadro 9 se puede notar que los diagnósticos con mayor incumplimiento de la norma y la guía de manejo, son el resfriado común con 77% de los medicamentos, las IVRS con 43.1% y la bronquitis aguda con 41%, con base en el nombre, forma farmacéutica, frecuencia y duración del tratamiento.

Cuadro 9: Cumplimiento general de la Norma de Atención Integral de Salud y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños, según nombre, forma farmacéutica, frecuencia y duración del medicamento según diagnóstico, en el Área de Salud de CSDSJ, octubre a diciembre de 2004

Diagnóstico	Total de Casos		Cumplimiento general			
	Número de Casos	Porcentaje	No Número de Casos	Porcentaje	Si Número de Casos	Porcentaje
Resfrío común	22	100.0%	17	77.3%	5	22.7%
IVRS viral	232	100.0%	100	43.1%	132	56.9%
Bronquitis aguda	39	100.0%	16	41.0%	23	59.0%
IVRS bacteriana	24	100.0%	8	33.3%	16	66.7%
Faringitis viral	3	100.0%	1	33.3%	2	66.7%
Otitis media aguda	5	100.0%	1	20.0%	4	80.0%
FAA	35	100.0%	6	17.1%	29	82.9%
Sinusitis aguda	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%

Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

Medicamentos

Al analizar los medicamentos recetados de acuerdo con el diagnóstico, las cifras demostraron que en el resfrío común, el 45% de los fármacos fueron inadecuados.

Cuadro 10: Cumplimiento de la Norma de Atención Integral de Salud y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños, según nombre del medicamento y su respectivo diagnóstico, en el Área de Salud de CSDSJ, octubre a diciembre de 2004

Diagnóstico	Total de Casos		Cumplimiento según medicamento			
	Número de Casos	Porcentaje	No		Si	
			Número de Casos	Porcentaje	Número de Casos	Porcentaje
Resfrío común	22	100.0%	10	45.5%	12	54.5%
Faringitis viral	3	100.0%	1	33.3%	2	66.7%
IVRS viral	232	100.0%	76	32.8%	156	67.2%
IVRS bacteriana	24	100.0%	5	20.8%	19	79.2%
Bronquitis aguda	39	100.0%	8	20.5%	31	79.5%
FAA	35	100.0%	5	14.3%	30	85.7%
Otitis media aguda	5	100.0%	0	0.0%	5	100.0%
Sinusitis aguda	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%

Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

Forma farmacéutica

En lo que a la forma farmacéutica se refiere, el 68% de los medicamentos prescritos para resfrío común son inadecuados.

Cuadro 11: Cumplimiento de la Norma de Atención Integral de Salud y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños, según la forma farmacéutica del medicamento y su respectivo diagnóstico, en el Área de Salud de CSDSJ, octubre a diciembre de 2004

Diagnóstico	Total de Casos		Cumplimiento según forma farmacéutica			
	Número de Casos	Porcentaje	No		Si	
			Número de Casos	Porcentaje	Número de Casos	Porcentaje
Resfrío común	22	100.0%	15	68.2%	7	31.8%
IVRS viral	232	100.0%	79	34.1%	153	65.9%
Bronquitis aguda	39	100.0%	13	33.3%	26	66.7%
Faringitis viral	3	100.0%	1	33.3%	2	66.7%
IVRS bacteriana	24	100.0%	6	25.0%	18	75.0%
Otitis media aguda	5	100.0%	1	20.0%	4	80.0%
FAA	35	100.0%	5	14.3%	30	85.7%
Sinusitis aguda	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%

Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

Frecuencia

Con respecto a la frecuencia, en el 77% de los casos diagnosticados como resfrío común, fueron recetados de manera inadecuada, de acuerdo con la frecuencia con que se prescribe el medicamento.

Cuadro 12: Cumplimiento de la Norma de Atención Integral de Salud y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños, según frecuencia con que se prescribe el medicamento y su respectivo diagnóstico, en el Área de Salud de CSDSJ, octubre a diciembre de 2004

Diagnóstico	Total de Casos		Cumplimiento según frecuencia			
	Número de Casos	Porcentaje	No		Si	
	Número de Casos	Porcentaje	Número de Casos	Porcentaje	Número de Casos	Porcentaje
Resfrío común	22	100.0%	17	77.3%	5	22.7%
Bronquitis aguda	39	100.0%	15	38.5%	24	61.5%
IVRS viral	232	100.0%	82	35.3%	150	64.7%
IVRS bacteriana	24	100.0%	7	29.2%	17	70.8%
FAA	35	100.0%	4	11.4%	31	88.6%
Otitis media aguda	5	100.0%	0	0.0%	5	100.0%
Faringitis viral	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%
Sinusitis aguda	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%

Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

Duración

Con respecto a la duración, el diagnóstico de bronquitis aguda es el que presenta mayor porcentaje de incumplimiento.

Cuadro 13: Cumplimiento de la Norma de Atención Integral de Salud y la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños, según duración del tratamiento para cada patología, en el Área de Salud de CSDSJ, octubre a diciembre de 2004

Diagnóstico	Total de Casos		Cumplimiento según duración			
	Número de Casos	Porcentaje	No		Si	
	Número de Casos	Porcentaje	Número de Casos	Porcentaje	Número de Casos	Porcentaje
Bronquitis aguda	39	100.0%	18	46.2%	21	53.8%
Resfrío común	22	100.0%	5	22.7%	17	77.3%
IVRS viral	232	100.0%	47	20.3%	185	79.7%
FAA	35	100.0%	6	17.1%	29	82.9%
IVRS bacteriana	24	100.0%	4	16.7%	20	83.3%
Otitis media aguda	5	100.0%	0	0.0%	5	100.0%
Faringitis viral	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%
Sinusitis aguda	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%

Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

Educación en salud

Con base en la revisión de los expedientes, se encontró que, en 77.5% de los expedientes clínicos se consignaron temas de educación en salud, como parte del manejo de las infecciones de las vías respiratorias superiores. Mientras que, en 22.4% no aparecen datos al respecto en el expediente clínico.

Temas de educación

A continuación se enlistan los temas educativos que se consignan en los expedientes clínicos, en la consulta de IVRS.

- Uso racional de medicamentos.
- Consumo de líquidos tibios.
- Lavado de manos.
- Prevención de IVRS.
- Signos de alarma.
- Alimentación.
- Importancia de vacunas.

III. Cálculo aproximado del costo

El objetivo número tres de este proyecto de investigación no se cumplió, debido a limitantes en la organización de los costos, como la inexistencia de un sistema de información adecuado y actualizado, que permitiera obtener datos precisos de los medicamentos utilizados para IVRS en el último trimestre del 2004. Además, la poca información que se obtuvo, se efectuó en poco tiempo y durante la jornada laboral, lo que dificultó aún más completar a cabalidad esta parte del proyecto. Inclusive, se trató de contar con datos actualizados para enero del 2006, con el propósito de que el resultado del desarrollo de este objetivo fuera provechoso para la organización del PAIS, sin embargo, no fue posible y sólo se recogieron valores de diciembre del 2005.

Es sabido que en todo proyecto de investigación, no siempre se obtienen los resultados esperados, -por múltiples razones-, y que hay dificultades en el desarrollo de algunas actividades del proceso investigativo, que imposibilitan llegar a las conclusiones que el investigador desearía exponer. Por lo tanto, se decidió desarrollar este objetivo, como ejemplo, según la cantidad y profundidad de la información recolectada.

Dado que no se dispone de un sistema de costos, se partió de una estimación, luego de que se obtuvieron el costo del recurso humano y de los medicamentos.

En información aportada por la Unidad de Recursos Humanos, así como de la Dirección de Áreas de Salud del PAIS, se desglosan diferentes porcentajes aproximados, que influyen en el costo de los medicamentos.

El valor calculado (simple proyección de costo aproximado) de los medicamentos que se prescriben en el manejo de cada una de las enfermedades analizadas, deriva de que incluyen 60% de la planilla del recurso humano de Farmacia, 30% del medicamento propiamente y 10% que se distribuye en rubros generales: 7% en alquiler del almacén o planta física, servicios básicos como electricidad, luz y teléfono y 3% en anexos como etiquetas, bolsas y frascos para los fármacos, entre otros.

Aunque el período de investigación analizado corresponde al cuarto trimestre del 2004, se llegó al acuerdo con la Tutora de la investigación, de que para la organización en estudio, era de mayor relevancia el análisis del costo calculado o aproximado, -lo más actualizado posible-, para enero del 2006. Sin embargo, fue difícil obtener la información para esta fecha, por lo que se trabajó con datos de diciembre del 2005.

Según lo precedente, se toma el gasto de planilla del período en estudio (diciembre 2005) éste se divide entre el número de cupones en ese mismo mes (que corresponde al número de medicamentos despachados) para obtener el costo de preparación para cada cupón, en términos del recurso humano invertido. Al resultado anterior se le suma el costo del medicamento como tal, pagado por la organización. De esta manera se obtiene el costo calculado o aproximado de un medicamento "x" en ese mes. No fue posible revisar las recetas médicas o cupones de los fármacos prescritos, por lo que el valor obtenido no es exacto, ya que se desconocen las cantidades de medicamentos recetados; tampoco se incluye el 10% que corresponde a los rubros generales como 7% de alquiler del almacén o planta física, servicios básicos de electricidad, luz y teléfono, y 3% en anexos: etiquetas, bolsas, frascos para los fármacos, entre otros.

En diciembre del 2005, el gasto de planilla del recurso humano, en el personal de Farmacia, fue C/ 3026201.13 (colones) El número de cupones despachados en ese mismo mes fue 21960, es decir, preparar cada cupón de una receta requieren en recurso humano de Farmacia aproximadamente, C/ 137.80 (colones).

Cuadro 14: Comparación del costo aproximado o calculado de los medicamentos para el manejo de cada patología según la Norma de Atención Integral en Salud y la Guía de Manejo de Infecciones Respiratorias del Hospital Nacional de Niños, para diciembre de 2005, en el Área de Salud de CSDSJ.

Enfermedad	Tratamiento			
	Norma	Costo del medicamento (colones)	Guía	Costo del medicamento (colones)
Rinofaringitis aguda	Analgésico-Antipirético	191.08	Analgésico Descongestionante o antihistamínico	191.08 + 238.56 ó 342.88= 772.52
Sinusitis aguda	--		Analgésico Descongestionante Penicilina Benzatínica	191.08 + 238.56 ó 342.88 + 186.22= 958.74
Faringitis aguda	Analgésico-antipirético		Analgésico-antipirético	191.08
Laringitis y traqueitis aguda	--		III nivel de atención	Traslado en ambulancia(*)
Amigdalitis aguda	Analgésico-antipirético Penicilina benzatínica	191.08 + 186.22	Analgésico Descongestionante Penicilina Benzatínica	191.08 + 238.56 ó 342.88 + 186.22= 958.74
Laringitis obstructiva aguda y epiglotitis	--		III nivel de atención	Traslado en ambulancia(*)
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificados	Analgésico antipirético	191.08	Analgésico antipirético	191.08

Fuente: Unidad de Contratación Administrativa, PAIS. Departamento Administrativo, Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan, 2006.

Existen diferencias en los costos, con base en la Guía y las Normas de Atención para el manejo de rinofaringitis, pues la Norma indica sólo analgésico-antipirético (acetaminofén) entonces el costo es de C/ 191.08 colones, mientras que para esa misma patología, la Guía recomienda un antihistamínico o un descongestionante. Si se prescribe el descongestionante el costo es C/ 238.56 colones, mientras que si se da el antihistamínico, el costo es C/ 342.88 colones.

Los números anteriores indican que sólo en lo que corresponde al rubro de los costos del recurso humano de Farmacia y del medicamento como tal, para tratar cada una de las patologías de IVRS, que no ameritan traslado al III nivel de atención, se deberían invertir, aproximadamente, C/ 1000 colones en el despacho de esos medicamentos, sin tomar en cuenta los otros factores, como los servicios básicos (agua, luz, teléfono) alquiler del almacén o bodega, traslados del mensajero ni consulta médica.

(*) Debido a que el manejo de la laringitis y traqueitis aguda, así como la de la laringitis obstructiva aguda y la epiglotitis se da en el III nivel de atención, si llega al I nivel de atención, el paciente debe ser trasladado.

Según informaciones del Departamento de Administración del Área de Salud CSDSJ, existen dos opciones para el traslado de los pacientes al III nivel de atención: Hospital Max Peralta en la provincia de Cartago, ya sea, vía ambulancia o taxi, éste cobra aproximadamente C/ 5000 colones, sólo de ida, pero si en el taxi va personal médico o de enfermería acompañando al paciente, éste cobrará C/ 5000 colones más por el regreso del funcionario a su sitio de trabajo.

Por su parte, la ambulancia cobra (traslado ida y vuelta) dependiendo de la ubicación de cada Núcleo; esto significa que, para un traslado del Núcleo de Villas de Ayarco, el costo es C/ 6382.50 colones. Del Núcleo de Concepción, el costo es C/ 5220.00 colones. De los Núcleos de San Diego y San Juan el costo es C/ 5000.00 colones, aproximadamente.

Hubo consultas médicas registradas en los expedientes clínicos, en las cuales el usuario consultó por varias razones; hechos que generaron más de un diagnóstico por consulta, aparte de las patologías en estudio. Esta situación motivó que se prescribieran más fármacos, además de los requeridos para una consulta por IVRS.

Al analizar los medicamentos que se dieron de más, para la consulta de infecciones agudas de vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificados, encontramos que el costo aproximado o calculado para el PAIS por estos medicamentos, -sólo por prepararlos y despacharlos-, fue C/ 9086.19 colones. Para la amigdalitis aguda fue C/ 2798.33 colones y para la rinofaringitis fue C/ 2999.20 colones. Todo lo anterior, durante el mes de diciembre de 2005, en el Área de Salud CSDSJ.

CAPÍTULO # 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- En el Área de Salud de CSDSJ, a pesar de que los médicos conocen la existencia de las Normas de Atención Integral de Salud, no se cumplen para el manejo de infecciones de vías respiratorias superiores, lo que se reflejó en la falta de información en temas de salud, así como la prescripción de medicamentos que no corresponden al tratamiento de estas enfermedades.
- No existe una adecuada divulgación de la Guía Pediátrica Básica de Diagnóstico y Tratamiento de las infecciones respiratorias agudas del Hospital Nacional de Niños. Es una herramienta que no está siendo utilizada en el Área de Salud de CSDSJ.
- El comportamiento de esta patología del Área de Salud de CSDSJ, es similar a la del resto del país y fuera de sus fronteras, con respecto a la edad de presentación.
- En el Área de Salud de CSDSJ, se prescribe antibiótico en patologías infecciosas virales que no requieren de estos medicamentos, en consecuencia, se encarece la consulta médica y se propicia el uso irracional de medicamentos.
- No existe unificación de criterios para el manejo de las infecciones de vías respiratorias superiores en el Área de Salud de CSDSJ.
- El sistema de información del PAIS no tiene datos confiables. Se detectaron deficiencias importantes en los datos relacionados con los diagnósticos, así como variables demográficas.
- Hay ausencia de una base de datos o sistema, que incluya el informe e inventario de costos para medicamentos en el PAIS.

RECOMENDACIONES

Las siguientes son recomendaciones dirigidas a las instancias superiores del PAIS: entre ellas Dirección General, Dirección de Áreas de Salud y Coordinaciones de Área de Salud:

1. Divulgar la existencia de la Guía de manejo de las infecciones agudas del HNN y del anexo No. 10 para el manejo de las IRAS de la Norma de Atención Integral en Salud, entre los médicos del Área de Salud CSDSJ.
2. Distribuir entre los médicos del Área de Salud que trabajan en los EBAIS, los documentos protocolarios actualizados en el manejo de las diferentes patologías, entre ellas IVRS, previa solicitud y despacho de los mismos, por parte del Departamento respectivo de la CCSS.
3. Fomentar espacios de discusión y capacitación del personal médico de los EBAIS, en el manejo adecuado de IVRS, según lo dictaminado por los protocolos oficiales.
4. Informar al personal de los Núcleos y EBAIS del Área de Salud CSDSJ, especialmente a los médicos, el detalle de las inversiones monetarias que generan el dar a la organización, un determinado tratamiento medicamentoso para IVRS, con el fin de fomentar el uso racional de los fármacos.
5. Concientizar a los médicos sobre el costo que generan a la organización, (PAIS) tanto el tratamiento farmacológico adecuado, como el no adecuado de las IVRS.
6. Promover entre el personal de salud, principalmente, médicos del Área de Salud, la importancia de brindar educación adecuada en el manejo no farmacológico y farmacológico de las IVRS, a los usuarios de los servicios, predominantemente padres de familia.
7. Resaltar la importancia de escribir de forma clara y precisa, todos los datos necesarios para la prescripción de un medicamento en el expediente clínico, como el nombre completo del fármaco, la presentación farmacéutica y la duración del tratamiento, con el propósito de que sirva de información para investigaciones futuras, relevantes para la organización.
8. Realizar una depuración precisa de la base de datos computarizada (Sistema de Información de Salud, SIS) que incluya diagnósticos más exactos, por parte de los profesionales de la Unidad de Informática del PAIS, con el fin de que las REDES de los Núcleos y EBAIS del Área de Salud, así como los médicos que digitan agendas en su lugar de trabajo, introduzcan datos diagnósticos confiables.

9. Incentivar las Unidades de Informática y Financiero Contable, así como al Departamento de Farmacia de esta organización, para concretar la creación de una base de datos o sistema de información, que muestre el detalle o inventario de los costos para medicamentos en el PAIS.
10. Introducir un programa informático que permita identificar las pérdidas económicas por medicamentos vencidos, y cuantificar cupones despachados con el fin de obtener un valor más exacto del cálculo aproximado de costos, ya que no se conoce la cantidad de fármacos recetados.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía referida

1. Al-Shehri, Anne et al, *Continuing education for general practice. Systematic learning from experience*. British Journal Practice 1993; 43:249-253
2. Análisis de Situación de Salud, Área de Salud Concepción, San Diego y San Juan, 2004.
3. Berkow, Robert y otros. *El Manual Merck*. Decimosexta edición original. Novena edición en español. España, 1994.
4. Caja Costarricense de Seguro Social. *Dirección de Modernización. Modelo Readecuado de Atención*. San José, Costa Rica, 1998.
5. Caja Costarricense de Seguro Social. *Formulario Terapéutico Institucional*. Gerencia Médica, Departamento de Farmacoterapia. San José, Costa Rica, 2004.
6. Caja Costarricense de Seguro Social. *Lista Oficial de Medicamentos 2002*. San José, Costa Rica: Departamento de Farmacoterapia. Comité de Farmacoterapia. 2002.
7. Caja Costarricense de Seguro Social. *Lista Oficial de Medicamentos 2004*. San José, Costa Rica: Departamento de Farmacoterapia. Comité de Farmacoterapia. 2004.
8. Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud. *Normas de Atención Integral de Salud. Primer nivel de atención*. San José, Costa Rica. 1995.
9. Castaño Quiroga, Carlos. *Gestión descentralizada de medicamentos: Nuevas opciones para mejorar la eficiencia y transparencia del sector público*, Gestión Médica, Perú, 2001.
10. Chinchilla, Abrahana et al. *Módulo Educativo para el Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS). Infecciones Respiratorias Agudas*. Programa de Atención Integral de Salud. UCR-CCSS. 2002.
11. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, *Memorias de Congreso Actualización en Pediatría*, 2004, 1-90
12. Dirección de Áreas de Salud. Programa de Atención Integral en Salud. Convenio UCR-CCSS, *Lineamientos para la entrega de medicamentos*. Circular DAS-042-04, 2004, 1- 2)
13. Declaración de los Ciudadanos por la Salud, 2000, Bangladesh

14. Declaration of Alma-Ata, International on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sep. 1978.
15. Downes, John. Diccionario de términos de finanzas. 4ta. Edición. Hauppauge. Series de Educación Barron. 1995.
16. Dumoulin, Jérôme; et al. Acceso a los Medicamentos y Financiación: Análisis económico y financiero de base. Programa de Acción de Medicamentos y Vacunas Esenciales de la OMS. 1991.
17. Dudik, Néstor et al. *Uso irracional de fármacos, su clasificación y estudio de la incidencia económica de los medicamentos vencidos*. Legislación Farmacéutica. Buenos Aires, Argentina. 2000
18. *Estudio sobre automedicación y autoprescripción en América Latina*. ILAR. Colombia, Asociación Nacional de Industriales. ANDI. 2003
19. González, Edilberto; et al. *Prescripción de antibióticos para infecciones respiratorias agudas leves en niños*. Bulletin of the Pan American Health Organization, Vol 30: 2, Cuba, 1996.
20. Gutiérrez, Gustavo. *El uso injustificado de medicamentos, un problema grave en aumento*. Archivos de Investigación Médica, México. 1988; 1:329-333
21. Hodgking C, Lanza O. *Tercer mundo y el acceso a medicamentos esenciales*. Vol. 2. Correo acción internacional para la salud. Bolivia: AIS; 1999
22. Holladay; N. *El bienestar del paciente frente a las ganancias de la compañía: ¿un dilema para la industria?* Carta Médica, CCSS, 1997; 22-24.
23. Klein, David, *What Are The Most Important Steps That Can Be Taken To Control Costs?* Business Insurance, 2003, p.24
24. Ley General de Salud y Ley Orgánica del Ministerio de Salud. San José, Costa Rica. 1974.
25. Management Sciences for Health. *La Gestión del Suministro de Medicamentos: Selección, compra, distribución y utilización de productos farmacéuticos*. OPS. Segunda edición. 1997. Pág. 43, 195, 270, 757, 761, 775 y 780.
26. Medicamentos y Salud. *El concepto de medicamentos esenciales y accesibilidad*. Medicamentos y salud. 2003, 5-9
27. Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Salud*. San José, Costa Rica, 1999-2004.

28. Miranda Gutiérrez, Guido. *La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica*, II Edición, EDNASSS, CCSS, San José, Costa Rica, 1994.
29. Miranda, Gutiérrez, Guido. *La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica. Historia de la Seguridad Social*. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, CENDEISSS y Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica, 1996.
30. Naciones Unidas (PNUD). *Nuevas Orientaciones de la Cooperación Técnica entre los países en desarrollo*, Nueva York, Estados Unidos, 1995.
31. Organización Mundial de la Salud et al. *La gestión del suministro de medicamentos*. España, 2002.
32. Organización Mundial de la Salud. *Pautas para establecer políticas farmacéuticas nacionales*. Gráficas reunidas. Ginebra, Suiza, 1988. (A).
33. Organización Mundial de la Salud. *Procedimientos revisados para actualizar la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS*, Mayo 2001.
34. Organización Mundial de la Salud. *Selección de medicamentos esenciales*. Junio 2002, Ginebra.
35. Organización Panamericana de la Salud. *Control de casos de infecciones respiratorias agudas de los niños*. Estudio de intervención. Informe de reunión en Ginebra, 19-21 abril, 1988. Washington, DC: OPS; 1989.
36. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Informe Programa IRA de la OMS*. Washington, DC: OPS/OMS; 1990:1-2
37. Organización Panamericana de la Salud. *Pautas para el Establecimiento de un Programa Nacional de Control de Medicamentos*. Editorial Piedra Saut. Ciudad de Guatemala, Guatemala, Abril, 1989
38. Organización Panamericana de la Salud. *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica*. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Costa Rica, 2002.
39. Organización Panamericana de la Salud. *Situación del Medicamento en el Istmo Centroamericano*. III Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Panamá. Managua, Nicaragua. 1987.
40. Organización Mundial de la Salud; *Uso de medicamentos Esenciales*, Serie de Informes Técnicos 796, Ginebra, 1990 OMS;
41. OPS, Salud en las Américas, 1998

42. Pérez, Ricardo, et al. *Patrones de prescripción terapéutica en diarrea e infecciones respiratorias agudas en dos instituciones de salud. SS e IMSS.* Gaceta Médica Mexicana. 1992; 128:531-542
43. Prácticas cuestionadas de promoción de medicamentos. *Internet y promoción de medicamentos.* Vol. 37. Correo acción internacional para la salud. Bolivia: AIS; 1997
44. Proyecto Estado de la Nación. *VII Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible.* San José, Costa Rica, 2001.
45. Proyecto Estado de la Nación. *VIII Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible.* San José, Costa Rica, 2002
46. Puigventós, Francesc et al, *Uso racional de medicamentos en primer nivel de atención. Colombia.* Boletín Fármacos 2004; 7 (3), 11
47. Rosero, Luis. *Oferta y acceso a los servicios de salud de Costa Rica.* Investigaciones en Salud Pública. Documento Técnico No. 13. OPS. 1999
48. Sáenz, Desirée. *Impacto de la intervención educativa en el consumo de antibióticos en la seguridad social* Revista Costarricense de Salud Pública. Vol.7:12 San José, 1998
49. Sáenz, Desirée. *Revisión comparativa de los perfiles de consumo de antibióticos entre hospitales nacionales,* Revista Costarricense de Salud Pública. Vol.8:12 San José, 1999
50. Santich, Ileana. *Conceptualización de un progreso integral de suministros de medicamentos para el sector público: Guía y materiales de apoyo para la presentación del tema.* OPS, Programa de Desarrollo de los Servicios de Salud, 1987.
51. Schwartz, Robert et al. *Physician motivations for nonscientific drug prescribing.* Society Sciences Medical 1989; 28:577-582
52. Soto, Manuel. *Guía pediátrica básica de diagnóstico y tratamiento de infecciones respiratorias agudas.* Centro docente de referencia, Hospital Nacional de Niños. San José, Costa Rica. 1988
53. *Uso Racional de Medicamentos,* Informe de la Conferencia de Expertos, Nairobi, 25-29 de Noviembre de 1985; OMS, Ginebra 1996.
54. Vacca, Carlos et. al. *La evaluación de la calidad de la entrega de medicamentos en droguerías de Bogotá.* Fhasten Ltda. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; 2001

55. World Health Organization, *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action*, 2003
56. World Health Organization. *The World Drug Situation*. Geneva, Switzerland. 1988.
57. World Health Organization, *The World Drug Situation*, Geneva, Switzerland 1991
58. Wyngaarden J. *Tratado de Medicina Interna*. 1992; Interamericana. 19ª. Edición. 290-309; 439-445; 1503-1526.
59. Neumann PJ, Evidence-based and value-based formulating guidelines www.who.int/medicines, 2004.

Entrevistas

60. Badilla, Santiago. Entrevista a MBA. Santiago Badilla, Unidad de Contratación Administrativa del PAIS, 29/06/2005.
61. Morera Sigler, Maritza, Entrevista a Dra. Maritza Morera Sigler, Comité de Farmacoterapia de CCSS, 20/07/2004

Bibliografía consultada

1. Ávalos R., Ángela. *"País defiende acceso a medicinas genéricas"*. La Nación (San José, CR.) 20 de octubre, 2003.
2. Barrantes, R. Investigación: Un camino al conocimiento. Un enfoque cuantitativo y cualitativo. EUNED, Costa Rica, 2002.
3. Departamento Centro de Información. Sección Otros Programas Prioritarios. Ministerio de Salud, Dirección General de Estadística y Censos. Mortalidad por DM según causa específica y sexo. Costa Rica, 1996.
4. Dormond Herrera, Emilio. *Historia de la Seguridad Social*. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, CENDEISSS y Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica, 1996.
5. Elizondo Almeida, Jorge. *"Reforma del Sector Salud de Costa Rica"*. Acta Médica Costarricense. Volumen 36, No. 1: 4-5. 1993.
6. Flores Fallas, Emilia et al. *El control y el Registro del Medicamento como Garantía de la Calidad para el Consumidor Costarricense*. Tesis de Maestría en Salud Pública, Sistema de Estudios de Postgrado: Universidad de Costa Rica, 1992.
7. Goodman and Gilman; *"Las bases farmacológicas de la terapéutica"* 9na. Edición, (r): 1996: 720.
8. Gutiérrez Saxe, Miguel. *Exploración de datos censales sobre la pobreza, aproximada según necesidades básicas insatisfechas (NBI), en la Costa Rica actual*. Simposio: Costa Rica a la luz del Censo 2000. 2002
9. Guzmán León, Juany MSC. *"Retos políticos para el 2002"*. En Revista Actualidad Económica No.255-256 Año XVI 20 diciembre 2001.
10. Hernández, Greivin. *"Medicamentos: ¿Por qué tan caros?"*. Contrapunto (7): 10. 2000.
11. Hoen, Ellen't. *"Globalización y acceso a medicamentos esenciales"*. Revista del Sur (107-108): 8-13, set-oct. 2000.
12. Jiménez León, Jorge y otros. *Boletín Estadístico INS-SALUD*. San José Costa Rica, 2000, 2001.
13. Laclé, Adriana. *Mortalidad Prematura en Costa Rica*. Instituto de Investigaciones en Salud. Universidad de Costa Rica, OPS. Costa Rica. 1996, p.22.

14. López González, Fernando. *"Tensión crece por productos genéricos"*. Semanario Universidad. (San José, CR.), 16 de octubre, 2003.
15. Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social. *Manual de Atención Integral de los Niños (as) en el Escenario Escolar*. San José, Costa Rica. 1999
16. Moreno, Carlos. *Promoción del Uso Racional de Medicamentos.*, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. 1993.
17. Moya L. *Estadísticas Generales de los Servicios de Salud*. Caja Costarricense de Seguro Social. Serie Estadística de la Salud No 5D. 1996.
18. Prat A, González M, Trilla A, Asenjo MA. Calidad asistencial, atención al usuario y relaciones con los medios de comunicación. Barcelona: Editorial Masson, 2002: 285
19. Salazar, Arturo. *Plan general para el desarrollo de guías clínicas de tratamiento basadas en evidencia*. Fármacos. CCSS. 2003. 31-88.
20. Sánchez Arguedas, Juan Carlos. *"Editorial"*. Acta Médica Costarricense. Volumen 36, No. 1: 1-3. 1993.
21. Soto, Manuel. *Plan institucional para el manejo del niño asmático*. CCSS- Hospital Nacional de Niños. San José, Costa Rica. 2003.
22. Velásquez, Gerardo et al. *Reforma del Sector Farmacéutico y del Sector Salud en las Américas: una Perspectiva Económica*. Organización Mundial de la Salud. 1998.

ANEXOS

ANEXO # 1

MÓDULO EDUCATIVO PARA EL EQUIPO BÁSICO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (EBAIS): MANEJO DE LAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

En el Área de Salud existe un manual, descriptivo de manejo farmacológico propuesto para las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, como respuesta para unificar los criterios de tratamiento, a continuación se describe:

INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES (Chinchilla, A.; 2002)**RESFRIADO COMÚN (Rinofaringitis)**

DEFINICIÓN: Es una infección viral aguda de las vías respiratorias como nariz, garganta y laringe.

Presenta cefalea y dolor de garganta, sin fiebre o fiebre baja, congestión nasal, estornudos, secreción nasal, dolor de oído, “carraspera” y malestar general.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL RESFRIADO:

Malestar general: Como tal se entiende el estado en el que la persona se siente con molestias en todo el cuerpo, presenta cansancio y dolor en las extremidades. Se presentan dolores musculares y en las articulaciones.

Fiebre: A veces no se produce.

Cefalea: Los dolores de cabeza se pueden experimentar por inflamación y congestión nasal. Si el dolor se sitúa en la región frontal, se puede deber a una sinusitis, la cual es una inflamación de los senos paranasales.

Congestión nasal

Estornudos y tos

Dolor de garganta: Durante el resfrío, frecuentemente la garganta se encuentra seca y dolorosa. En la mayoría de las personas, es el primer síntoma de un resfrío.

Dolor de oído: Es una complicación común en el resfrío, especialmente, en los niños. Cuando se presenta una abundante secreción nasal, el oído puede bloquearse, provoca entonces ese malestar y una audición disminuida. Es importante que cuando exista un dolor intenso a nivel del oído, se consulta al médico, pues puede presentar una otitis media que, necesariamente, deberá ser tratada a tiempo para que no repercuta a nivel de la audición.

TRANSMISIÓN

Se da por pequeñas gotas de saliva al toser, estornudar y hablar. Estas gotas ingresan al organismo por la vía respiratoria. También se transmite al compartir objetos contaminados con secreciones respiratorias de personas enfermas.

VACUNACIÓN

La vacuna está constituida por virus inactivados o muertos, lo que significa que no pueden ocasionar la enfermedad al ser aplicados.

Es necesario vacunarse en el inicio de la época de invierno.

Esta vacuna puede ser administrada junto con otras vacunas.

La dosis depende de la edad.

Es importante que recuerde, que éstas son enfermedades virales, por lo tanto, los antibióticos no tienen ninguna utilidad, así que no es recomendable automedicarse, favorece que las bacterias se tornen resistentes a los antibióticos con los que se cuenta actualmente.

MEDIDAS GENERALES Y PREVENCIÓN DEL RESFRIADO COMÚN.

TRATAMIENTO

DESCONGESTIONANTES: Son efectivos para reducir la congestión nasal propia de estas enfermedades.

SINUSITIS AGUDA

DEFINICIÓN: Proceso inflamatorio en los senos paranasales debido a infecciones víricas, bacterianas y fúngicas o a reacciones alérgicas. (Berkow, 1994, 2594).

AGENTES CAUSALES:

Estreptococos

Neumocos

Haemophilus influenzae

Estafilococos

ETIOLOGÍA

Habitualmente es desencadenada por una infección vírica aguda del tracto respiratorio. Las exacerbaciones de una sinusitis crónica pueden ser producidas por un bacilo gramnegativo o microorganismos anaerobios. En el 25% de los casos, la sinusitis maxilar crónica, es secundaria a una infección dentaria. (Berkow, 1994, 2594).

SÍNTOMAS Y SIGNOS

Los síntomas y signos de las sinusitis agudas y crónicas son similares. La zona que recubre el seno afectado puede estar sensible y edematosa. La sinusitis maxilar produce dolor en la región maxilar, los dientes y cefalea frontal. La sinusitis frontal ocasiona dolor y cefalea en el área frontal. La sinusitis etmoidal produce dolor por detrás y entre los ojos y una cefalea frontal a menudo descrita como "fisurante". El dolor de la sinusitis esfenoidal está peor localizada y se proyecta a la región frontal u occipital. Puede existir malestar general. La presencia de fiebre y escalofríos sugiere la presencia de la infección más allá de los senos. La mucosa nasal está roja y turgente, a menudo hay rinorrea purulenta amarilla o verdosa.

TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento en la sinusitis aguda son la mejoría del drenaje y el control de la infección. La inhalación de vapores produce una vasoconstricción nasal efectiva y estimula el drenaje. Los vasoconstrictores tópicos, como fenilefedrina al 0.25% en aerosol cada 3 horas, son eficaces pero deben utilizarse durante un máximo de 7 días, los vasoconstrictores sistémicos como la pseudoefedrina 30 mg VO adultos, cada 4 a 6 horas son menos eficaces.

Tanto en la sinusitis aguda como en la sinusitis crónica, debe administrarse antibióticos durante al menos 10 a 12 días. En la sinusitis aguda el tratamiento inicial es la penicilina G o V, 250 mg VO cada 6 horas y como segunda opción, la eritromicina 250mg VO cada 6 horas. La eficacia de los antibióticos mejora notablemente si añade prednisona (20 mg cada 24 horas en adultos), que facilita el drenaje sinusal. En la sinusitis crónica un tratamiento prolongado con antibióticos durante 4 a 6 semanas determina a menudo la resolución completa. La sensibilidad de los patógenos aislados del exudado sinusal y la respuesta del paciente guían la terapia posterior. La sinusitis que no responde al tratamiento antibiótico debe requerir una intervención quirúrgica." (Berkow, R. et al, 1994, p. 2594-5)

FARINGITIS

DEFINICIÓN: Inflamación aguda de la faringe.

TIPOS:

Estreptocócica (bacteriana)

Viral

Mycoplasma pneumoniae

Chlamydia pneumoniae

Faringitis estreptocócica: Es una inflamación dolorosa de la garganta (faringe) causada por bacterias *Streptococo beta hemolítico del grupo A*.

Faringitis viral: Es una inflamación de la garganta producto –como su nombre lo indica- de una invasión viral.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Fiebre mayor a 38.5 grados centígrados (sólo en la bacteriana)

Escalofríos

Dolor corporal

Pérdida del apetito

Dolor de oído

Cefalea

Dificultad para tragar

Cambios en el tono de voz

Náuseas

Vómitos

Dolor abdominal

Las amígdalas se enrojecen e inflaman, en ocasiones, presentan puntos blancos y pus (sólo en la bacteriana).

La mucosa faríngea puede estar moderadamente inyectada o muy inflamada.

Adenopatías cervicales

COMPLICACIONES

Fiebre reumática y artritis: Son poco frecuentes y surgen a partir de una faringitis que no ha sido tratada ni atendida adecuadamente.

Glomerulonefritis aguda: Se presenta en un mínimo de pacientes; esta enfermedad se caracteriza por una inflamación del riñón, que se da 2 ó 3 semanas después de la infección inicial.

TRANSMISIÓN

De persona a persona, a través de gotitas de la secreción nasal o de la garganta de una persona infectada, o por personas que ya tienen la bacteria, pero que aún no presentan ningún signo de la enfermedad.

FACTORES DE RIESGO, PREVENCIÓN Y CUIDADOS GENERALES PARA FARINGITIS.

TRATAMIENTO

ANTIBIÓTICOS (SÓLO EN LA BACTERIANA)

Primera elección: Amoxicilina: 40-60 mg/Kg. Dividido en 3 dosis (cada 8 horas) por 5 a 7 días.

Segunda elección: Penicilina Benzatínica (una sola dosis)

Mayores de 30 Kg. de peso: 1.2-2.4 millones de unidades intramusculares

Menores de 30 Kg. de peso: 600000 unidades intramusculares

Tercera elección: Eritromicina o una cefalosporina de primera generación.

ANTIPIRÉTICO Y ANALGÉSICO (EN BACTERIANA Y VIRAL)

Acetaminofén: si presenta fiebre de 38.5 grados centígrados, o más de temperatura axilar, administrar 10 a 15 mg/Kg./día dividido en 4 dosis.

AMIGDALITIS AGUDA

DEFINICIÓN: Inflamación aguda de las amígdalas palatinas, debida en general a una infección estreptocócica o, con menor frecuencia, a una infección vírica. (Berkow, 1994, 2597).

La amigdalitis se caracteriza por inflamación y dolor de garganta, más acentuado con la deglución y a menudo, irradiado a los oídos. Los niños muy pequeños a menudo, no refieren dolor de garganta, pero rechazan el alimento. Son frecuentes fiebre alta, malestar general, cefalea y vómitos. (Berkow, 1994, 2597).

DIAGNÓSTICO

Las amígdalas están edematosas e hiperémicas. En las criptas puede existir un exudado purulento y una membrana blanca, fina, no confluyente y confinada a la amígdala, que puede separarse sin sangrar. (Berkow, 1994, 2597).

TRATAMIENTO

Amigdalitis vírica: Tratamiento sintomático, igual al tratamiento de faringitis.

Amigdalitis estreptocócica: Antibiótico: Penicilina G , 250 mg VO cada 6 horas o Penicilina V, 125 mg VO cada 8 horas, para los niños menores de 6 años.

EPIGLOTITIS

DEFINICIÓN: Infección grave y rápidamente progresiva de la epiglotis y de los tejidos circundantes, que puede ser velozmente mortal en muy poco tiempo debido a la súbita obstrucción respiratoria por las estructuras inflamadas.

AGENTES CAUSALES:

Estreptococos

H. influenzae tipo b

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Comienzo agudo y fulminante

Dolor de garganta

Ronquera

Fiebre elevada

Disfagia

Cuadro de distrés respiratorio (salivación, disnea, taquipnea, estridor inspiratorio)

TRATAMIENTO

Manejo rápido. Traslado al tercer nivel de atención, emergencias. Control de vía aérea.

6. INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES DE SITIOS MÚLTIPLES O NO ESPECIFICADOS

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) son enfermedades de nariz, garganta, bronquios y pulmones, que sin el manejo adecuado pueden conllevar complicaciones.

CAUSAS:

Estas enfermedades son causadas por microorganismos:

Virus

Bacterias

AGENTES MÁS FRECUENTES

Virus: Influenza, Parainfluenza, Adenovirus, Sincicial respiratorio y Rhinovirus.

Bacterias: Haemophilus influenzae y Streptococcus.

Esquema de vacunación contra IVRS

FACTORES PREDISPONENTES

1. Ambientales:

Contaminación ambiental dentro y fuera del hogar.

Tabaquismo activo y pasivo.

Deficiente ventilación de la vivienda.

Cambios bruscos de temperatura.

Asistencia a lugares de alta concentración de población como teatros, cines, estancias infantiles, etc.

Contacto con personas enfermas con IRA.

2. Individuales:

Edad: Aunque afecta a todas las edades, son más frecuentes y graves en niños y niñas menores de 1 año y, especialmente, en menores de 2 meses de edad. También perjudica a personas mayores de 60 años.

Niños que nacieron con bajo peso.

Ausencia de lactancia materna.

Desnutrición.

Infecciones previas.

Esquema incompleto de vacunación.

Carencia de vitamina C.

Personas mayores de 60 años.

3. Sociales:

Hacinamiento.

Piso de tierra en la vivienda.

Madre con escasa escolaridad.

PRINCIPALES FUENTES DE CONTAMINACIÓN EN EL HOGAR

El humo del cigarrillo.

La cocina.

El polvo.

TRANSMISIÓN

De persona a persona por gotas de saliva que el afectado expulsa cuando habla, tose o estornuda.

El enfermo, al tocar su nariz, se contamina las manos y al tener contacto con otros objetos, los infecta.

IMPORTANTE

Las condiciones de hacinamiento y lugares con ventilación inadecuada favorecen la transmisión de estos microbios.

La transmisión es mayor en la estación lluviosa, debido a que en esta época, la casa pierde la mitad del calor interior y gana humedad.

La humedad en lugares cerrados se puede producir por cocinar, secar ropa, por la evaporación del agua al hervir ropa o alimentos, respiración, estornudar o toser.

Si no se sale fuera de la casa, el vapor se acumula y condensa en muros, techos y vidrios. Así, la casa se humedece, se deteriora y produce focos insalubres en el interior.

POBLACIÓN DE RIESGO

A menor edad, hay mayor incidencia y complicación de las infecciones respiratorias agudas.

Lactantes con problemas del corazón.

Prematuros.

Personas con cáncer, SIDA, transplantados, diabéticos, asmáticos, bronquitis o alguna otra enfermedad crónica.

Adultos mayores.

Embarazadas.

MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA IVRS

¿CÓMO SABER SI UN NIÑO TIENE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA?

Este tipo de enfermedades tiene en común una serie de síntomas y signos que pueden ser detectados en casa y que son señal de que el niño o un miembro de la familia, están con una infección respiratoria aguda, estos son:

Tos

Garganta enrojecida

Secreción nasal

Malestar general

Congestión nasal

Disfonía

Fiebre

Dificultad respiratoria

Escalofríos

Estornudos

CUIDADOS EN EL HOGAR ANTE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA:

¿QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER?

TRATAMIENTO

DESCONGESTIONANTES (Antihistamínicos):

Eliminan el exceso de secreción nasal. Ejemplo: pseudoefedrina.

ANTITUSIVOS: Reducen la frecuencia y la intensidad de la tos. Dentro de estos medicamentos están los que actúan directamente en el centro de la tos ubicado en el cerebro. Ejemplos: codeína, dextrometorfano.

ANALGÉSICOS Y ANTIPIRÉTICOS: Sirven para calmar el dolor y disminuir la fiebre. Ejemplos: acetaminofén e ibuprofeno.

Con el ibuprofeno se puede presentar irritación gástrica. Se deben tomar estos medicamentos con suficiente agua.

EXPECTORANTES: Hacen que la tos sea más productiva, lo que permite remover los agentes contaminantes de las vías respiratorias. Ejemplo: bromhexina.

ANTIISTAMÍNICOS: Disminuyen las secreciones nasales y bloquean los efectos de una sustancia llamada histamina, que congestiona los pequeños vasos sanguíneos, provocando estornudos.

Los de PRIMERA GENERACIÓN producen sueño y tienden a producir boca seca y disminuir las secreciones; los de SEGUNDA GENERACIÓN, no provocan tanto estos problemas.

PRIMERA GENERACIÓN	SEGUNDA GENERACIÓN
Clorfeniramina	Astemizol
Pseudoefedrina	
Difenhidramina	
Hidroxicina	

Fuente: Chinchilla, A; 2002

CUIDADOS AL UTILIZAR MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS IVRS

MEDICAMENTOS PARA LA TOS:

Codeína: es un antitusivo muy efectivo.

Dextrometorfano:

Emulgentes: Ejemplo: glicerina, miel de abeja, limón, jarabe simple. Presentan un efecto suavizante, especial para niños, ya que no contienen fármacos.

COMPLICACIONES DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS: NEUMONÍA Y OTITIS MEDIA

Aunque este tema no constituye un objetivo investigativo planteado, se decide hacer mención del mismo en la Sección de Anexos, debido a que son patologías de consulta relativamente frecuente, como complicaciones de las IRAS, en los servicios de salud que brinda el Primer Nivel de Atención del Área de CSDSJ. Es importante dar a conocer el respectivo manejo farmacológico, con el fin de estimular el análisis crítico de futuros investigadores, en cuanto al tratamiento medicamentoso de las complicaciones de las infecciones de vías respiratorias superiores.

ANEXO # 2

CUESTIONARIO PARA MÉDICOS DEL ÁREA DE SALUD DE CSDSJ PRESCRIPCIÓN-INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO EN IVRS

Prescripción - Indicación del tratamiento en IVRS

Estimado (a) colega estamos realizando nuestro Trabajo Final de Graduación en la Maestría de Administración de Servicios de Salud de la UNED, y se cuenta con el aval de la coordinación académica del PAIS, por lo que le solicitamos su colaboración, para responder el siguiente grupo de preguntas.

	Nº Formulario	
Fecha de aplicación	Encuestador	
Lugar de Trabajo	1 (<input type="checkbox"/>) Núcleo de Concepción	3 (<input type="checkbox"/>) Núcleo de San Juan
	2 (<input type="checkbox"/>) Núcleo de San Diego	4 (<input type="checkbox"/>) Núcleo de Villas de Ayarco
EBAIS al que pertenece		
¿Conoce usted la existencia de la Norma de Atención Integral en Salud para niños y adolescentes?		1 Si (<input type="checkbox"/>) 2 No (<input type="checkbox"/>)
¿Conoce usted la existencia del anexo del manejo de IRAS que se encuentra en la Norma de Atención Integral en Salud para niños y adolescentes?		1 Si (<input type="checkbox"/>) 2 No (<input type="checkbox"/>)
¿Conoce usted la existencia de la Guía de Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas del Hospital Nacional de Niños?		1 Si (<input type="checkbox"/>) 2 No (<input type="checkbox"/>)

Tratamiento prescritos

Enfermedad	Aplicación de la norma	Justifique su respuesta si contestó 2 ó 3	Tratamiento que usted acostumbra prescribir
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificados (J06)	1 (<input type="checkbox"/>) Siempre la aplico 2 (<input type="checkbox"/>) Algunas veces la aplico 3 (<input type="checkbox"/>) Nunca la aplico		
Sinusitis aguda (J01)	1 (<input type="checkbox"/>) Siempre la aplico 2 (<input type="checkbox"/>) Algunas veces la aplico 3 (<input type="checkbox"/>) Nunca la aplico		
Amigdalitis aguda (J03)	1 (<input type="checkbox"/>) Siempre la aplico 2 (<input type="checkbox"/>) Algunas veces la aplico 3 (<input type="checkbox"/>) Nunca la aplico		
Rinofaringitis aguda (J00)	1 (<input type="checkbox"/>) Siempre la aplico 2 (<input type="checkbox"/>) Algunas veces la aplico 3 (<input type="checkbox"/>) Nunca la aplico		

- | | |
|---|--|
| Laringitis y traqueitis aguda
(J04) | 1 (<input type="checkbox"/>) Siempre la aplico |
| | 2 (<input type="checkbox"/>) Algunas veces la aplico |
| | 3 (<input type="checkbox"/>) Nunca la aplico |
| Faringitis aguda (J02) | 1 (<input type="checkbox"/>) Siempre la aplico |
| | 2 (<input type="checkbox"/>) Algunas veces la aplico |
| | 3 (<input type="checkbox"/>) Nunca la aplico |
| Laringitis obstructiva aguda y
epiglotitis (J05) | 1 (<input type="checkbox"/>) Siempre la aplico |
| | 2 (<input type="checkbox"/>) Algunas veces la aplico |
| | 3 (<input type="checkbox"/>) Nunca la aplico |

Estrategias que usted aplicaría para disminuir la prescripción de medicamentos en infecciones de vías respiratorias superiores

ANEXO # 3

**HOJA DE COTEJO PARA OBTENER LA INFORMACIÓN DE LOS
EXPEDIENTES CLÍNICOS DEL ÁREA DE SALUD CSDSJ
Prescripción - Indicación del tratamiento en IVRS**

Número de expediente _____
 Número de formulario _____
 Encuestador _____
 Fecha de Consulta _____
 Nombre del paciente _____
 Fecha de nacimiento _____
 Edad del paciente _____

Sexo: 1 () Masculino 2 () Femenino

1 () Núcleo de Concepción	3 () Núcleo de San Juan
2 () Núcleo de San Diego	4 () Núcleo de Villas de Ayarco

EBAIS al que pertenece _____

Motivo de consulta _____

Diagnóstico _____

Diagnóstico de reconsulta _____

Tratamiento indicado

Nombre del medicamento	Forma farmacéutica	Frecuencia	Duración	Educación en salud	Forma Farmacéutica: Tabletas (Tab), Cápsulas (Cap), Jarabes (Jar), Suspensión (Susp), Inyectable (Iny), Cremas /Ungüentos (Cre), Supositorios/Óvulos (Sup). Otro: Indicarlo
					Frecuencia: Diario BID (C/12 h) TID (C/8 h) QID (C/6 h) c/4 horas HS (Hora sueño)
					PRN (según Necesite) NE (No especificado) Otro: Indicarlo
					Duración: Días, Semanas, Meses, Unidades, Otro: Indicarlo

ANEXO # 4

Cuadro 1: Detalle de los medicamentos recetados para el diagnóstico de IVRS de sitios múltiples o no especificados en las consultas médicas del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

Nombre	Forma	Frecuencia	Duración	Número de Casos
Acetaminofén				19
Acetaminofén		TID	5d-7d	1
Acetaminofén	Jarabe	BID	3d	1
Acetaminofén	Jarabe	QID		16
Acetaminofén	Jarabe	QID	3d	11
Acetaminofén	Jarabe	QID	5d-7d	6
Acetaminofén	Jarabe	QID	Otra duración	1
Acetaminofén	Jarabe	TID		1
Acetaminofén	Jarabe	TID	3d	7
Acetaminofén	Jarabe	TID	5d-7d	14
Acetaminofén	Jarabe	TID	Otra duración	1
Acetaminofén	Supositorios			1
Acetaminofén	Supositorios	QID	Otra duración	1
Acetaminofén	Supositorios	TID	5d-7d	1
Amoxicilina				10
Amoxicilina	Suspensión	TID	5d-7d	7

Nombre	Forma	Frecuencia	Duración	Número de Casos
Bromofex				6
Bromofex	Jarabe	TID		9
Bromofex	Jarabe	TID	5d-7d	2
Bromofex	Jarabe	TID	8d	2
Clorfeniramina				9
Clorfeniramina		TID	5d-7d	1
Clorfeniramina	Jarabe			1
Clorfeniramina	Jarabe	BID		4
Clorfeniramina	Jarabe	BID	Otra duración	1
Clorfeniramina	Jarabe	QID	3d	1
Clorfeniramina	Jarabe	TID		5
Clorfeniramina	Jarabe	TID	3d	10
Clorfeniramina	Jarabe	TID	5d-7d	12
Clorfeniramina	Jarabe	TID	8d	1
Dexametasona	Inyectable			1
Dexametasona	Inyectable	STAT		2
Dexametasona	Jarabe	TID		1
Dextrometorfano				1
Dextrometorfano	Jarabe	TID		9

Nombre	Forma	Frecuencia	Duración	Número de Casos
Dextrometorfano	Jarabe	TID	3d	1
Dextrometorfano	Jarabe	TID	Otra duración	2
Difenhidramina				1
Difenhidramina	Jarabe	BID	5d-7d	1
Difenhidramina	Jarabe	TID		1
Difenhidramina	Jarabe	TID	3d	3
Difenhidramina	Jarabe	TID	5d-7d	3
Difenhidramina	Jarabe	TID	8d	1
Difenhidramina	Jarabe	TID	Otra duración	1
Otros fármacos				5
Otros fármacos			3d	1
Otros fármacos	Crema			5
Otros fármacos	Crema	BID	3d	1
Otros fármacos	Jarabe	Diario	Otra duración	2
Otros fármacos	Otra forma			1
Otros fármacos	Otra forma	Otra frecuencia		1
Otros fármacos	Otra forma	Otra	Otra	1

Nombre	Forma	Frecuencia	Duración	Número de Casos
		frecuencia	duración	
Otros fármacos	Otra forma	QID		1
Otros fármacos	Otra forma	QID	3d	1
Otros fármacos	Otra forma	TID		1
Otros fármacos	Tabletas	Diario	1d	1
Otros fármacos	Tabletas	Diario	Otra duración	1
Salbutamol	Jarabe	TID	Otra duración	1
Salbutamol	Otra forma			1
Salbutamol	Otra forma	Otra frecuencia		1
Trimetropin	Jarabe	BID	10d	1
Trimetropin	Jarabe	BID	5d-7d	1
Trimetropin	Otra forma	BID		1
Vitamina C				2
Vitamina C	Jarabe	Diario	15d	1
Vitamina C	Jarabe	Diario	Otra duración	4
Vitamina C	Tabletas	Diario	Otra duración	2

Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

ANEXO # 5

Cuadro 2: Detalle de los medicamentos recetados para el diagnóstico de Bronquitis Aguda en la consulta médica del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

Nombre	Forma	Frecuencia	Duración	Número de Casos
Acetaminofén	Jarabe	QID		1
Acetaminofén	Jarabe	QID	10d	1
Acetaminofén	Jarabe	QID	3d	1
Acetaminofén	Jarabe	TID	3d	1
Acetaminofén	Jarabe	TID	5d-7d	1
Amoxicilina				1
Amoxicilina	Suspensión	TID		1
Amoxicilina	Suspensión	TID	5d-7d	2
Bromofex	Jarabe	TID		2
Bromofex	Jarabe	TID	8d	1
Cefalexina	Suspensión	QID	5d-7d	1
Clorfeniramina	Jarabe	TID	5d-7d	1
Dexametasona	Inyectable			2
Dexametasona	Inyectable	STAT		2
Difenhidramina			1	
Difenhidramina	Jarabe	TID	8d	2
Eritromicina	Jarabe	TID	5d-7d	1
Otros				2

Nombre	Forma	Frecuencia	Duración	Número de Casos
Medicamentos				
Otros Medicamentos		Diario	5d-7d	1
Otros Medicamentos	Otra Forma		1	
Otros Medicamentos	Supositorios	BID	3d	1
Otros Medicamentos	Tabletas	Diario	5d-7d	2
Salbutamol	Jarabe			1
Salbutamol	Jarabe	TID		2
Salbutamol	Jarabe	TID	5d-7d	2
Salbutamol	Jarabe	TID	8d	1
Salbutamol	Otra Forma		2	
Salbutamol	Otra Forma	Otra Frecuencia		1
Vitamina C				1

Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

ANEXO # 6

Cuadro 3: Detalle de los medicamentos recetados para el diagnóstico de amigdalitis aguda en la consulta médica del Área de Salud de CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

Nombre	Forma	Frecuencia	Duración	Número de Casos
Acetaminofén	Jarabe	QID		4
Acetaminofén	Jarabe	QID	10d	1
Acetaminofén	Jarabe	QID	3d	1
Acetaminofén	Jarabe	QID	5d-7d	1
Acetaminofén	Jarabe	TID	3d	1
Acetaminofén	Jarabe	TID	5d-7d	2
Acetaminofén	Jarabe	TID	Otra Duración	1
Acetaminofén	Supositorios	STAT	1d	1
Amoxicilina				1
Amoxicilina	Suspensión	TID		1
Amoxicilina	Suspensión	TID	5d-7d	7
Bromofex	Jarabe	TID		3
Cefalexina	Suspensión	QID	5d-7d	1
Clorfeniramina	Jarabe	TID	3d	1
Clorfeniramina	Jarabe	TID	5d-7d	1
Difenhidramina	Jarabe	TID		1
Difenhidramina	Jarabe	TID	5d-7d	1

Nombre	Forma	Frecuencia	Duración	Número de Casos
Difenhidramina	Jarabe	TID	Otra Duración	1
Eritromicina	Jarabe	TID	5d-7d	1
Otros Medicamentos		Otra Frecuencia		1
Otros Medicamentos	Crema			1
Otros Medicamentos	Otra Forma		1	
Vitamina C	Tabletas	Diario	Otra Duración	1

Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

ANEXO # 7

Cuadro 4: Detalle de los medicamentos recetados para el diagnóstico de IVRS Bacteriana en la consulta médica del Área de Salud de CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

Nombre	Forma	Frecuencia	Duración	Número de Casos
Acetaminofén	Jarabe	QID		1
Acetaminofén	Jarabe	TID		1
Amoxicilina	Suspensión	TID	5d-7d	5
Bromofex	Jarabe	TID		1
Clorfeniramina	Jarabe	BID		4
Dexametasona	Inyectable	STAT	1d	2
Otros Medicamentos	Crema			1
Otros Medicamentos	Inyectable	STAT	1d	2
Otros Medicamentos	Supositorios	Diario	5d-7d	1
Salbutamol	Jarabe	TID		2
Salbutamol	Otra Forma	Otra Frecuencia		1
Salbutamol	Otra Forma	STAT		1
<i>Vitamina C</i>	<i>Tabletas</i>	<i>Diario</i>	<i>Otra Duración</i>	1

Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

ANEXO # 8

Cuadro 5: Detalle de los medicamentos recetados para el diagnóstico de resfrío común en la consulta médica del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

Nombre	Forma	Frecuencia	Duración	Número de Casos
Acetaminofén				2
Acetaminofén		Otra Frecuencia		1
Acetaminofén	Jarabe	QID	3d	1
Acetaminofén	Jarabe	TID	3d	1
Acetaminofén	Supositorios			1
Bromofex				2
Bromofex	Jarabe			1
Difenhidramina	Jarabe	QID	3d	1
Difenhidramina	Jarabe	TID		1
Difenhidramina	Jarabe	TID	5d-7d	1
Otros Medicamentos				4
Otros Medicamentos	Tabletas	Diario	5d-7d	1
Vitamina C				4

Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

ANEXO # 9

Norma de Atención Integral de Salud. Anexo No. 10: Atención del niño y la niña con infección respiratoria aguda

Consejo Técnico Asesor de Atención Integral a las Personas
 Normas de Atención Integral de Salud
 Primer Nivel de Atención
 Caja Costarricense de Seguro Social-Ministerio de Salud
 Febrero 1995
 Anexo No. 10

Atención del niño y la niña con infección respiratoria aguda

1. Atención del niño (a) con tos o dificultad para respirar

A. Niño (a) de 2 meses a 4 años de edad

Signos	No puede beber Tiene convulsiones Anormalmente somnoliento o difícil de despertar Estridor en reposo Desnutrición grave	Tiraje (únicamente retracción subcostal)	No tiene tiraje Respiración rápida 50 por minuto o más si el niño (a) tiene de 2 a 11 meses o 40 por minuto o más si tiene de 1 a 4 años	No tiene tiraje No tiene respiración rápida (menos de 50 por minuto, si el niño tiene de 2 a 11 meses. Menos de 40 por minuto, si tiene de 1 a 4 años)
Clasifíquese como	Enfermedad muy grave	Neumonía grave	Neumonía	No es neumonía: tos o resfriado
Tratamiento	Refiéralo urgentemente al hospital. Si el tiempo de traslado al hospital es mayor de 3 horas administre penicilina procaínica dosis de 25000 a 50000 unidades por kg IM más Trimetroprim sulfametoxazol a dosis de 60 mg por kg vía oral. Trate la fiebre, si tiene 38.5° o más de temperatura axilar, con acetaminofén 10-15 mg por kg por día dividido en 4 dosis. Trate la sibilancia, si tiene (ver normas de tratamiento de asma)	Refiéralo urgentemente al hospital. Si el tiempo de traslado al hospital es mayor de 3 horas, déle la primera dosis de un antibiótico (ver enfermedad muy grave) Trate la fiebre, si tiene 38.5° o más de temperatura axilar, a la dosis indicada para enfermedad muy grave. Trate la sibilancia (ver normas de tratamiento de asma)	Tratamiento en el hogar Déle un antibiótico: Amoxicilina dosis 40-50 mg/kg/día, dividido en 3 dosis por 10 días (**) Trate la fiebre, si tiene 38.5° o más de temperatura axilar, con acetaminofén 10-15 mg/kg/día, dividido en 4 dosis. Trate la sibilancia (ver normas de tratamiento de asma) Dígale a los padres o encargados que regresen en dos días para volver a evaluarlo, o antes si empeora.	Tratamiento en el hogar Si tose más de 30 días, refiéralo para una evaluación Dígale a la madre que lo cuide en la casa: Ofrecerle líquidos abundantes Continúe con la alimentación habitual Si el niño (a) es amamantado continuar con la leche materna. Tratar la fiebre, si tiene 38.5° o más de temperatura axilar, a la dosis indicadas. Tratar la sibilancia (ver normas de asma)

(**) Alternativa: Penicilina benzatínica (menor de 2 años 300000U IM, mayores de 5 años 1200000U IM más Trimetroprim sulfametoxazol 30-60 mg/kg/día, dividido en dos dosis cada 12 horas)

Evaluar al niño (a) a los dos días si está tomando antibiótico para neumonía

Signos	Peor No puede beber Tiene tiraje Tiene otros signos de peligro (ver enfermedad muy grave)	Igual	Mejorando Respira más lentamente Tiene menos fiebre Está comiendo mejor
Tratamiento	Refiéralo urgentemente al hospital	Cambie de antibiótico: penicilina procaínica 10000-20000 U/kg IM/día más trimetroprim sulfametoxazol 30-60mg/kg/día en dos dosis cada 12 horas	Termine el tratamiento con amoxicilina

B. Niño (a) menor de dos meses de edad

Signos	Dejó de alimentarse Presenta convulsiones Anormalmente somnoliento o difícil despertar Estridor en reposo Sibilancia o Fiebre o temperatura baja (menor de 35.5°)	Tiraje grave o Respiración rápida (60 por minuto o más)	No tiene tiraje grave y No tiene respiración rápida (menos de 60 por minuto)
Clasifíquese como	Enfermedad muy grave	Neumonía grave	No es neumonía: tos o resfriado
Tratamiento	Refiéralo urgentemente al hospital Mantenga al niño abrigado Si el tiempo de traslado al hospital es mayor de 3 horas, trátele con Ampicilina 100 mg/kg IV	Refiéralo urgentemente al hospital Mantenga al niño abrigado Si el tiempo de traslado al hospital es mayor de 3 horas, déle la primera dosis de antibiótico: Ampicilina 100 mg/kg IV.	Dígale a los padres o encargados que lo cuiden en casa: -Mantener al niño abrigado (no en exceso) -Amamantarlo con frecuencia Limpiarle la nariz si interfiere con la alimentación -Regresar rápidamente si: Respira con dificultad Respira rápidamente Es difícil alimentarlo La salud del niño empeora

2. Atención del niño (a) con problemas de oídos o dolor de garganta

A. Atención del niño (a) con infección de oído

Signos	Oído supurando desde hace menos de dos semanas Dolor de oído, o Timpano rojo e inmóvil (mediante otoscopia)	Oído supurando desde hace dos semanas o más
Clasifíquese como	Infección aguda del oído	Infección crónica del oído
Tratamiento	Déle antibiótico oral: Amoxicilina 40-50mg/kg/día dividido en tres dosis, por 10 días (**) Evalúe de nuevo en 5 días: si hay mejoría continuar con Amoxicilina, si no hay mejoría o empeora cambiar a Trimetoprim sulfametoxazol 30-60 mg/kg/día en dos dosis, cada 12 horas hasta completar 10 días de tratamiento. Trate la fiebre, si tiene temperatura axilar igual o mayor de 38.5°, con acetaminofén (10-15 mg/kg/día dividido en cuatro dosis) Trate el dolor, si tiene, con acetaminofén a las dosis antes indicadas.	Trate la fiebre, si tiene temperatura axilar igual o mayor de 38.5°, como se indicó anteriormente Trate el dolor si tiene Refiéralo al especialista en ORL lo antes posible Indique a la madre: No introduzca ningún objeto (algodón, aplicador u otro) en el oído del niño No deje que el niño nade o se meta agua en el oído (cubrirlo durante el baño)

(**) Alternativa: Penicilina benzatínica (menor de dos años 300000 unidades IM, de dos a cinco años 600000 unidades IM, seis años y más 1200000 unidades IM dosis única) más Trimetoprim sulfametoxazol (30-60 mg/kg/día, en dos dosis cada 12 horas) No administrar TMP-SMX a menores de 2 meses.

B. Atención del niño (a) con dolor de garganta

Signos	No puede beber	Ganglios linfáticos del cuello sensibles y aumentados de tamaño y Exudado blanco en la garganta	Secreción u obstrucción nasal Garganta roja Dolor o ardor de garganta
Clasifíquese como	Absceso de garganta	Faringitis estreptocócica	Faringitis viral
Tratamiento	Refiéralo al hospital Administre Penicilina benzatínica (como para infección estreptocócica de garganta) Trate la fiebre, si tiene 38.5°, o más de temperatura axilar, con acetaminofén 10-15 mg/kg/día, cada 6 horas	Administre un antibiótico: Penicilina benzatínica (menores de dos años 300000 unidades IM, 2 a 5 años 1200000 unidades IM) Trate la fiebre, si tiene 38.5°, o más de temperatura axilar, con acetaminofén 10-15 mg/kg/día, cada 6 horas Trate el dolor, con acetaminofén a las dosis indicadas	Trate la fiebre o el dolor Dígale a la madre que: Regrese si el niño empeora Ofrezca al niño líquidos adicionales En caso que el niño esté siendo amamantado, continuar con la lactancia materna

Medidas de prevención de las IRA

- Lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses y luego hasta los dos años
- Mantener el control periódico del crecimiento y desarrollo del niño.
- Cumplir las normas de inmunizaciones.
- Evitar el contacto de niños sanos con personas (niños o adultos) con IRA.
- Evitar cambios bruscos de temperatura ambiental.
- Evitar contacto de los niños, principalmente lactantes, con humo de cualquier origen, en especial del tabaco.
- Evitar el uso del biberón y promover el uso de la taza o vaso antes del año de edad.
- Prevenir el bajo peso al nacer y la condición de pretérmino fomentando el control prenatal de la madre.

ANEXO # 10

GUÍA PEDIÁTRICA BÁSICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Apoyo a los Recursos Humanos en el Plan de Supervisión Infantil
 GUÍA PEDIÁTRICA BÁSICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

I. Infecciones Respiratorias Agudas

II. Asma Bronquial

Centro Docente de Referencia

Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera"

Servicio de Neumología, San José, Costa Rica

Dr. Manuel Soto Quirós

1988

Clasificación y tratamiento Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A.)

CLASIFICACIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS	TRATAMIENTO
I.R.A Leve	Catarro, obstrucción nasal, tos, dolor de garganta, dolor pasajero de oído	Líquidos tomados, lactancia materna, comidas frecuentes, evitar cambios bruscos de temperatura, limpieza de la nariz. Acetaminofén
I.R.A Moderada	Lo anterior más: -Exudado de garganta -Dolor persistente -Respiración rápida > 50 por minuto en < 1 año > 40 por minuto 1 a 4 años	Lo anterior más: Penicilina benzatínica Rehidratación oral Trimetoprim Sulfametoxazol en los casos que no mejora a las 48-72 horas
I.R.A Grave	Dificultad respiratoria: aleteo nasal, retracciones, apneas, cianosis, postración o tendencia a la inconsciencia, agitación acentuada, rechazo del alimento y líquidos	Traslado a hospital, oxígeno (1-2 L/min) posición semisentada

OPS-OMS

Infecciones del tracto respiratorio superior

Resfriado

Tx. Sintomático

Uvulitis

Tx. Ampicilina o Cloranfenicol

Otitis media

Tx. Penicilina benzatínica

Trimetroprim sulfametoxazol

Alternativo: Ampicilina V.O

Miringitis bulosa

Tx. Eritromicina

Sinusitis

Tx. Penicilina benzatínica

Trimetroprim sulfametoxazol o Ampicilina V.O

Nasofaringitis viral

Tx. Sintomático

Nasofaringitis febril prolongada

Tx. Penicilina benzatínica

Faringoamigdalitis

Tx. Penicilina benzatínica

Infecciones agudas del tracto respiratorio inferior

Laringotraqueobronquitis

Tx. Humedad, líquidos, epinefrina, esteroides

Traqueitis bacteriana

Tx. Oxacilina (Cloranfenicol)

Vía aérea artificial

Epiglotitis

Tx. Cloranfenicol

Intubación endotraqueal

Bronquiolitis

Tx. Sintomático

Alimentación personal

Oxígeno

Valorar broncodilatadores (solo el 30% responden)

Neumonía

Agente	Tratamiento
Estreptococo del grupo B	Penicilina
Staphylococcus aureus	Oxacilina
Streptococcus pneumonie	Penicilina o cloranfenicol
Haemophilus influenzae	Ampicilina o cloranfenicol
Mycoplasma pneumonie	Eritromicina
Chlamydia trachomatis	Eritromicina
Gram negativos	Gentamicina o amikacina

ANEXO # 11

PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL PAIS CONVENIO UCR-CCSS**Programa de Atención Integral a la Salud de Niños y niñas (menores de 10 años)**

- Atención del recién nacido
- Vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo
- Inmunizaciones
- Atención al escolar
- Atención a la morbilidad prevalente
- Detección, atención y referencia de los casos de violencia
- Vigilancia de la mortalidad infantil
- Atención odontológica preventiva
- Atención odontológica curativa

Programa de Atención integral del adolescente (10 a 19 años)

- Vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo
- Atención a la adolescente embarazada
- Atención al adolescente con factores de riesgo
- Atención a la sexualidad y salud reproductiva
- Atención a la morbilidad prevalente
- Detección, atención y referencia de los casos de violencia
- Atención odontológica preventiva
- Atención odontológica curativa

Programa de Atención Integral de la Mujer (20 a 64 años)

- Vigilancia y promoción de la mujer sana
- Atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer
- Atención del embarazo, post-parto y post-aborto
- Detección y referencia del embarazo de alto riesgo
- Detección y referencia de cáncer de cérvix y cáncer de mama
- Detección, atención y referencia de los casos de violencia
- Detección, atención de los casos de menopausia y climaterio
- Atención a la morbilidad prevalente
- Atención odontológica preventiva
- Atención odontológica curativa

Programa de Atención Integral del Adulto (20 a 64 años)

- Vigilancia y promoción del adulto sano
- Atención de la salud sexual y reproductiva
- Detección y atención de las enfermedades transmitidas por vectores
- Detección y atención de enfermedades crónicas no transmisibles
- Atención a la morbilidad prevalente
- Detección , atención y referencia de los casos de violencia
- Atención odontológica preventiva
- Atención odontológica curativa

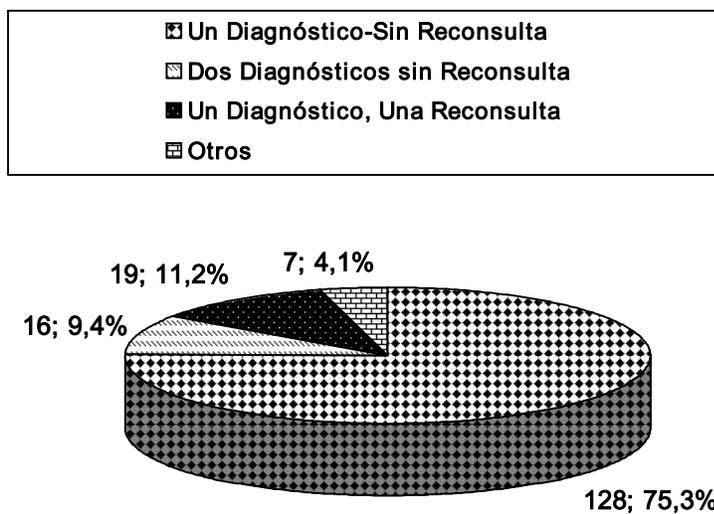
Programa de Atención Integral del Adulto Mayor (65 años y más)

- Vigilancia y promoción del adulto mayor sano
- Detección y atención de la discapacidad funcional
- Detección y captación de la discapacidad mental
- Prevención y atención de fracturas de cadera
- Atención a la morbilidad prevalente
- Atención a la salud sexual
- Detección y referencia de los casos de cáncer de mama
- Detección, atención y referencia de los casos de violencia
- Atención odontológica preventiva
- Atención odontológica curativa

ANEXO # 12

DISTRIBUCIÓN DE LOS EXPEDIENTES SEGÚN DIAGNÓSTICO CON RECONSULTA O SIN ELLA

Gráfico 1: Relación de los diagnósticos según el número de pacientes atendidos en el Área de Salud CSDSJ -por infecciones de vías respiratorias superiores-, octubre a diciembre de 2004.



Fuente: Revisión de Expedientes Clínicos del Área de Salud CSDSJ, octubre a diciembre de 2004.

