



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA DE BIOQUÍMICA Y FARMACIA

**“ANÁLISIS DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN EL ÁREA DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ
ROMÁN - RIOBAMBA.”**

TESIS DE GRADO

PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

BIOQUÍMICO FARMACÉUTICO

PRESENTADO POR:

LUPE TERESA SANUNGA SILVA

RIOBAMBA – ECUADOR

2011

DEDICATORIA

*A mi Padre que desde el cielo ha sido mi guía
A mi Madre por su sacrificio de toda una vida
A mis dos hermanos por ser el motivo de progreso
A mí querido esposo por ser mi apoyo incondicional
A mis tíos y abuelitos por toda su confianza brindada*

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo por su aporte académico en mi formación profesional.

Al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba por el apoyo brindado en la realización del trabajo investigativo y de manera especial a la Dra. Anita Salazar Jefe del Departamento de Farmacia.

Al Dr. Carlos Espinoza por su valiosa colaboración y asesoramiento en la dirección de la presente Tesis.

Al BQF. Fausto Contero Miembro del Tribunal de Tesis por el gran aporte brindado en la elaboración del trabajo.

A todas las personas que colaboraron de cualquier manera para la culminación de este trabajo de investigación.

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA DE BIOQUÍMICA Y FARMACIA

El Tribunal de Tesis certifica que: El trabajo de investigación “ANÁLISIS DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN - RIOBAMBA”, de responsabilidad de la señorita egresada Lupe Teresa Sanunga Silva, ha sido prolijamente revisado por los Miembros del Tribunal de Tesis, quedando autorizada su presentación.

	FIRMA	FECHA
Dra. Yolanda Díaz. DECANA FACULTAD CIENCIAS	_____	_____
Dr. Luis Guevara DIRECTOR DE ESCUELA	_____	_____
Dr. Carlos Espinoza DIRECTOR DE TESIS	_____	_____
BQF. Fausto Contero MIEMBRO DEL TRIBUNAL	_____	_____
Tlgo. Carlos Rodríguez DIRECTOR DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN	_____	_____
NOTA DE TESIS ESCRITA	_____	

Yo, Lupe Teresa Sanunga Silva, soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en esta Tesis; y el patrimonio intelectual de la Tesis de Grado, pertenece a la ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO.

LUPE TERESA SANUNGA SILVA

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Ac	Ácido
AINE	Antiinflamatorio no esteroide
AVAC	Año de vida ajustado a calidad
cc	Centímetro cúbico
DCI	Denominación común internacional
DOE	Denominación oficial Española
EDA	Enfermedad diarreica aguda
EFG	Especialidad farmacéutica genérica
FDA	Administración de alimentos y fármacos
FIR	Farmacéutico interno residente
g	Gramo
HPAVR	Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román
mg	Miligramo
mL	Mililitro
mm Hg	Milímetros de mercurio
MSP	Ministerio de Salud Pública
No	Número
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PRM	Problema relacionado con medicamentos
RNM	Resultado negativo asociado a la medicación
SFT	Seguimiento farmacoterapéutico
SNS	Sistema Nacional de Salud
UE	Unión Europea
UI	Unidad Internacional

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE ABREVIATURAS	
ÍNDICE DE CUADROS	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS	
ÍNDICE DE ANEXOS	
INTRODUCCIÓN	

1.	MARCO TEÓRICO	1
1.1.	Atención farmacéutica.....	1
1.1.1.	Concepto.....	1
1.1.2.	Objetivos.....	1
1.2.	Seguimiento farmacoterapéutico.....	2
1.2.1.	Definición.....	2
1.3.	Servicio de farmacia hospitalaria.....	3
1.3.1.	Personal de los servicios de farmacia hospitalaria.....	3
1.3.2.	Funciones del farmacéutico dentro de farmacia hospitalaria.....	4
1.4.	Epidemiología.....	5
1.4.1.	Transición Epidemiológica.....	7
1.5.	Morbilidad.....	7
1.5.1.	Tasas de morbilidad.....	8
1.6.	Medicamento.....	9
1.6.1.1.	Diferencia entre el medicamento genérico y el de marca.....	10
1.6.1.2.	Importancia de las siglas EFG.....	10
1.6.1.3.	Importancia de las siglas D.O.E. y D.C.I.....	11
1.6.1.4.	Especialidad de referencia.....	11
1.6.1.5.	Efecto terapéutico de los genéricos.....	12
1.6.1.6.	Ventajas.....	12
1.7.	Evaluación Económica.....	13
1.7.1.	Drogas Genéricas.....	15
1.8.	Necesidad del uso racional de medicamentos.....	17
1.9.	Gratuidad de los medicamentos.....	18
1.9.1.	Gratuidad de medicamentos en Ecuador.....	19
1.10	Salud en Ecuador.....	20

1.10.1.	La Reforma del sector Salud.....	21
2.	PARTE EXPERIMENTAL	26
2.1.	Lugar de la Investigación.....	26
2.2.	Factores de estudio.....	26
2.3.	Materiales y equipos.....	27
2.3.1.	Materiales.....	27
2.3.2.	Equipos.....	27
2.4.	Metodología.....	27
2.4.1.	Perfil de morbilidad.....	28
2.4.2.	Perfil Epidemiológico.....	28
3.	RESULTADOS Y DISCUSIONES	29
3.1	Diagnóstico situacional consumo de medicamentos 2009.....	29
3.2.	Descripción de la muestra de pacientes.....	31
3.3.	Análisis del consumo de medicamentos.....	33
3.4.	Análisis de encuesta realizada a personal Médico de emergencia.....	53
3.5.	Análisis de encuesta realizada a familiares de pacientes.....	58
4.	CONCLUSIONES	60
5.	RECOMENDACIONES	63
6.	RESUMEN	64
7.	BIBLIOGRAFÍA	66
8.	ANEXOS	72

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO No.1	Listado de los principales medicamentos que se dispensaron durante el año 2009 para el área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba.....	34
CUADRO No.2	Pacientes atendidos por género en el área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba en el mes de agosto del 2010.....	36
CUADRO No.3	Pacientes atendidos por grupo etario en el área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba durante el mes de agosto del 2010.....	37
CUADRO No.4	Diez principales causas de morbilidad en el área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba, correspondientes al mes de agosto del 2010.....	38
CUADRO No.5	Morbilidad de pacientes menores de 1 año del área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba correspondiente al mes de agosto de 2010.....	39
CUADRO No.6	Morbilidad de pacientes de 1 a 4 años del área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba correspondiente al mes de agosto de 2010.....	41
CUADRO No.7	Morbilidad de pacientes de 5 a 9 años del área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba correspondiente al mes de agosto de 2010.....	42
CUADRO No.8	Morbilidad de pacientes de 10 a 14 años del área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba correspondiente al mes de agosto de 2010.....	43

CUADRO No.9	Morbilidad de pacientes de 15 a 19 años del área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba correspondiente al mes de agosto de 2010.....	44
CUADRO No.10	PRM identificados en el área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba durante el mes de agosto del 2010.....	50
CUADRO No.11	Posibles pérdidas de medicamentos descubiertas en el área de emergencia del HPAVR de Riobamba durante el mes de agosto del 2010.....	53
CUADRO No.12	Análisis comparativo costo – beneficio de la pérdida de medicamentos del área de emergencia del HPAVR de Riobamba durante el mes de agosto del 2010.....	54
CUADRO No.13	Enfermedades más frecuentes que se atienden en esta área.....	56
CUADRO No.14	Revela si existen siempre en farmacia todos los medicamentos que se necesitan para emergencia.....	57
CUADRO No.15	Muestran el tipo de medicamentos que se usan más y cuáles son.....	58
CUADRO No.16	Determina la frecuencia con que se cuida que no existan interacciones medicamentosas al momento de recetar.....	58
CUADRO No.17	Demuestra como el profesional médico considera la atención que brindan en esta área.....	59
CUADRO No.18	Establece cómo considera la población la atención que se brinda en el área de emergencia.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA No.1	Perfil epidemiológico de pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba durante el mes de agosto del 2010.....	46
TABLA No.2	Verificación de inventarios y bodega para el área de emergencia en base a los medicamentos e insumos más utilizados.....	52

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA No.1	Diez principales causas de morbilidad ecuador 2007.....	10
FIGURA No.2	Clasificación de los estudios de evaluación económica....	17

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICONo.1	Principales medicamentos dispensados durante el año 2009 para el área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba.....	35
GRÁFICONo.2	Pacientes atendidos por género en el área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba en el mes de agosto del 2010.....	36
GRÁFICONo.3	Pacientes atendidos por grupo etario en el área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba en el mes de agosto del 2010.....	37
GRÁFICONo.4	Diez principales causas de morbilidad en el área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba, correspondientes al mes de agosto del 2010.....	39
GRÁFICONo.5	Morbilidad de pacientes menores de 1 año del área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba correspondiente al mes de agosto de 2010.....	40
GRÁFICONo.6	Morbilidad de pacientes de 1 a 4 años del área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba correspondiente al mes de agosto de 2010.....	41
GRÁFICONo.7	Morbilidad de pacientes de 5 a 9 años del área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba correspondiente al mes de agosto de 2010.....	42
GRÁFICONo.8	Morbilidad de pacientes de 10 a 14 años del área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba correspondiente al mes de agosto de 2010.....	44

GRÁFICONo.9	Morbilidad de pacientes de 15 a 19 años del área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba correspondiente al mes de agosto de 2010.....	45
GRÁFICONo.10	Resultados del perfil epidemiológico de pacientes atendidos en el área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba durante el mes de agosto del 2010.....	50
GRÁFICONo.11	PRM identificados en el área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba durante el mes de agosto del 2010.....	51
GRÁFICONo.12	Verificación en inventarios y bodega de los medicamentos e insumos más utilizados para el área de emergencia.....	52
GRÁFICONo.13	Medicamentos que fueron dispensados en el área de emergencia del HPAVR de Riobamba durante el mes de agosto del 2010 y que son considerados como pérdidas.....	53
GRÁFICONo.14	Porcentaje de medicamentos perdidos del área de emergencia del HPAVR de Riobamba durante el mes de agosto del 2010.....	54
GRÁFICONo.15	Costos de medicamentos tomados como una pérdida del área de emergencia del HPAVR de Riobamba durante el mes de agosto del 2010.....	55
GRÁFICONo.16	Da a conocer los porcentajes de las enfermedades más frecuentes que se atienden en esta área.....	56
GRÁFICONo.17	Corresponde a la disponibilidad existente de todos los medicamentos por parte de farmacia.....	57
GRÁFICONo.18	Demuestra todos los medicamentos que se utilizan con mayor frecuencia.....	58
GRÁFICONo.19	Frecuencia con que se cuida que no existan interacciones medicamentosas al momento de	59

	recetar.....	
GRÁFICONo.20	Cómo el profesional considera la atención brindada en esta área.....	60
GRÁFICONo.21	Cómo se considera la atención que se brinda en el área de emergencia.....	61

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

FOTOGRFÍANo.1	Sala de Emergencia.....	77
FOTOGRFÍANo.2	Pacientes en espera del turno en Emergencia.....	77
FOTOGRFÍANo.3	Toma de datos de las hojas 08 en Farmacia.....	78
FOTOGRFÍANo.4	Toma de datos de recetas en Farmacia.....	78
FOTOGRFÍANo.5	Doctora líder de Farmacia quien me colaboró.....	79

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO No.1	Tabla de los principales medicamentos con las respectivas cantidades que se utilizaron durante el año 2009 para el área de emergencia.....	74
ANEXO No.2	Tabla de medicamentos que se dispensaron para emergencia que solo tenían recetas más no las hojas 08 como evidencia de que el paciente fue atendido el en HPAVR de Riobamba y que representan pérdidas.....	75
ANEXO No.3	Encuesta dirigida al personal médico del área de emergencia del “Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román”.....	76
ANEXO No.4	Área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba.....	77
ANEXO No.5	Trabajo realizado en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba durante el mes de agosto del 2010.....	78
ANEXO No.6	Hoja 08 del área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba.....	80
ANEXO No.7	Parte diario del área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba.....	81
ANEXO No.8	Receta del área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba.....	82
ANEXO No.9	Receta actual del área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba.....	83

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos han constituido siempre un componente importante de la vida del hombre y de las organizaciones. Aunque los medicamentos no son suficientes por sí solos para proporcionar una atención adecuada, juegan un papel importante en la protección, mantenimiento y restauración de la salud. Los medicamentos son insumos importantes en los servicios de salud y objeto de transacciones comerciales. Como la relación que guarda el medicamento como objeto de comercialización y su valor de uso es tan decisivo, que originó el concepto del medicamento como “bien social” (15) (23)

Se puede definir al medicamento como un producto, como cualquier bien material que posea valor para el consumidor o usuario, y sea susceptible de satisfacer una demanda y reporte un ingreso monetario al productor. (15)

Las modalidades y razones del consumo de medicamentos están condicionadas por diversos factores interactuantes, entre los que cabe mencionar: las prácticas terapéuticas y de prescripción médica, la actitud de los pacientes en su relación con los médicos, la percepción de la población en relación a las propiedades de los medicamentos, los recursos económicos de las personas, la disponibilidad de fondos públicos y privados para su adquisición y distribución, y las actividades de promoción de la industria farmacéutica. El empleo está determinado también por aspectos culturales y por otras características específicas de la población consumidora como, por ejemplo, las enfermedades prevalentes, y los recursos tecnológicos y económicos disponibles.(8)

El carácter lucrativo de la actividad industrial de producción y de comercialización de los medicamentos ha propiciado desvíos importantes como la producción excesiva de medicamentos innecesarios, ineficaces o con potencial tóxico, la prescripción irracional, la automedicación, etc. Ello, a su vez, afecta las actividades de enseñanza, información y consumo. (15)

El gasto en medicamentos no cesa de aumentar en todo el mundo, con crecientes desigualdades entre los países. El mercado mundial ya supera la cifra de US \$ 250,000 millones anuales, de los cuales, cerca de 7% corresponde a América Latina. En términos globales, la tercera parte de la población mundial consume el 66% de la producción farmacéutica, mientras el resto de la población consume solo el 34% de este total. (15)

Esto es aún más graves en los países en vías de desarrollo como el nuestro en donde, además, se produce el desabastecimiento de los hospitales y centros de salud que atienden a los sectores más necesitados de la población. (12)

Los servicios públicos se caracterizan por una insuficiente disponibilidad de medicamentos, material médico-quirúrgico y otros insumos que influye negativamente sobre la calidad de la atención y la utilización de los servicios. La evaluación económica de los medicamentos permite reducir las arbitrariedades en la toma de decisiones sobre el uso de los recursos disponibles, de manera que constituye un instrumento indispensable para mejorar la práctica sanitaria y para conseguir mejores resultados a un costo asumible para la economía de un país. (34)

El método que se utilizo en este análisis fue el de campo ya que se hace un seguimiento a recetas, hojas 08, historias clínicas, partes diarios en el área de Emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba durante el mes de agosto del 2010; también se utilizó el método deductivo por el análisis de datos para llegar a los respectivos resultados.

En este Hospital se ha observado que existe una alta cifra de pacientes atendidos principalmente en el área de emergencia, y se presume que es aquí donde se encuentra el problema de pérdidas más grandes de medicamentos que ocurren por diversas razones y por consiguiente esto trae también perdidas económicas a la Institución. Por eso se busca mediante esteanálisis del consumo de medicamentos reducir el gasto en su adquisición y mejorar también el tratamiento farmacoterapéutico.

Se identifico que el sexo Masculino constituye el 51% y el sexo Femenino el 49%; de ellos los niños de entre 1 a 4 años ocupan la mayor parte de pacientes atendidos con el 40,6%. El consumo de medicamentos del año 2009 determinó que el Ibuprofeno se dispensó en mayor proporción con 5292 unidades que representa el 22,5%; luego la Amoxicilina con 2395 unidades que equivale al 10,2%, demostrando que los antiinflamatorios y antiinfecciosos fueron ampliamente utilizados y además estos resultados concuerdan con los del 2010. Las afecciones que se presentaron con mayor frecuencia son EDA con 243 casos que representan un 18,3%; Parasitosis con 174 casos que corresponde al 13%, Amigdalitis con 171 casos que equivale el 12,9%, Rinofaringitis con 145 casos que es el 10,9% y la Faringitis con 129 casos que pertenece al 9,7%. La mayor incidencia para cada grupo etario es: en pacientes menores de 1 año la Rinofaringitis con 79 casos que representa un 27%, para los niños de 1 a 4 años la EDA con 129 casos que equivale al 23,4%, y la Parasitosis que se presenta en pacientes de 5 a 9 años con 71 casos que corresponde un 22,4%, en pacientes de 10 a 14 años con 66 casos que constituye un 46,1% y en pacientes de 15 a 19 años con 14 casos que es igual al 53,9%.

Para el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba la principal causa de pérdidas de medicamentos en Emergencia es por recetas que no tienen hojas 08 con un total de 107 unidades que corresponden al 88,4%.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ATENCIÓN FARMACÉUTICA

1.1.1 CONCEPTO

Según Charles D. Hepler y Linda M. Strand: es la “Provisión responsable de la Farmacoterapia con el propósito de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”.

Según Strand y Morley: “Una práctica centrada en el paciente, en la cual el profesional asume la responsabilidad para las necesidades relacionadas a los medicamentos y trabaja en el hallazgo y satisfacción de estas necesidades”. (11)

1.1.2. OBJETIVOS

- **Terapéuticos:** relacionados con el éxito de la terapia medicamentosa.
- **Económicos:** relacionados con la reducción de gastos en la medicación y servicios de salud.
- **Calidad de vida:** relacionado con la mejora del ambiente vital del paciente y su actitud frente a este.
- **Satisfacción del paciente** (11)

1.2 SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

1.2.1. DEFINICIÓN

Según el Documento de Consenso en Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo 2001 informado en el tercer Congreso de Granada de Atención Farmacéutica 2007, considera que el SFT es “la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos”. Esto se realiza mediante la detección de los Problemas relacionados con los medicamentos (PRM) para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. (4)

- El SFT ha de proveerse de forma continua, esto significa que el farmacéutico debe cooperar y colaborar con el paciente en forma indefinida en el tiempo para prevención o resolución de los RNM cuando estos aparezcan. Y desarrollar labores educativas, monitorizar los tratamientos y sus efectos.(29)

- El SFT se realiza de forma sistematizada, esto significa que se ajustan a unas directrices o pautas ordenadamente relacionadas entre sí, que contribuyen a que se alcance su objetivo. (29)

Por tanto, el SFT necesita de diseño y desarrollo de procedimientos, fácilmente aplicables en cualquier ámbito asistencial, que establezcan en un modo estructurado y ordenado de actuar y a la vez centren el trabajo del farmacéutico. (39)

- El SFT debe realizarse de forma documentada ya que es un aspecto determinante en el desarrollo de esta práctica asistencial. Esto supone que el farmacéutico adopte un papel activo en la elaboración de sistemas de documentación que permita registrar la actividad. (29)

1.3. SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA

Los servicios de Farmacia Hospitalaria son, por ley, servicios generales clínicos. Sus funciones fueron descritas por la legislación. Jerárquicamente suelen depender de la dirección médica del hospital al igual que los servicios de Análisis Clínicos, Microbiología o Medicina Nuclear entre otros. Son responsables de la adquisición, conservación, dispensación y elaboración de medicamentos así como de la selección y evaluación de medicamentos, la información farmacoterapéutica, las actividades de farmacocinética clínica, de farmacovigilancia, el control de productos en fase de investigación clínica y la realización de estudios de utilización de medicamentos. Son también responsables de coordinar las comisiones de farmacia y terapéutica de los hospitales y de elaborar y mantener las guías o formularios farmacoterapéuticos. Es decir, cumplen funciones de gestión, logísticas, y clínicas tanto con fines asistenciales, docentes como de investigación.

Recientemente destaca su involucración en el seguimiento y control de tratamientos farmacológicos tanto de pacientes hospitalizados como ambulatorios (atención farmacéutica y farmacia clínica), la elaboración y control de preparaciones parenterales (agentes antineoplásicos, antibióticos y nutrición parenteral) y la automatización de los procesos de dispensación individualizada de los medicamentos a los pacientes ingresados (distribución en dosis unitarias).(3)

1.3.1. PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA

Para trabajar en los servicios de farmacia hospitalaria, en muchos países europeos, se exige al licenciado en farmacia además un postgrado que es el título de especialista en farmacia hospitalaria. Este título oficial se consigue superando una prueba nacional de selección para elegir hospital y cuatro años de residencia remunerada (es conocido como el FIR, farmacéutico interno residente). Durante los cuatro años de residencia el farmacéutico adquiere todos los conocimientos y habilidades para ejercer la especialidad (es un periodo de formación pero ejerciendo la profesión al igual que los médicos especialistas). El sistema MIR-FIR surgió como adaptación del sistema americano de formación de médicos en los

años 60-70. Hoy en día nadie duda de las bondades de dicho sistema de formación por la calidad y excelencia de la misma. (3) (4)

Existen farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria que además han conseguido diplomas acreditativos de superespecializaciones en Oncología farmacéutica, Farmacocinética Clínica, Farmacoeconomía, Farmacoepidemiología y Nutrición Parenteral y Enteral . Además, muchos farmacéuticos especialistas trabajan a tiempo completo en actividades como farmacocinética clínica, atención farmacéutica en distintas especialidades médicas, seguimiento nutricional, información y documentación farmacoterapéutica, farmacovigilancia y farmacoepidemiología, y educación e información a pacientes ambulatorios entre otras. (3)

En un servicio de farmacia de un hospital de nivel terciario de unas 600 camas, típicamente hay unos 5-6 farmacéuticos especialistas y unos 4-8 farmacéuticos residentes. Además, suele haber estudiantes de 5º de farmacia realizando su estancia de prácticas tuteladas. Aparte de técnicos y/o enfermeras y personal auxiliar. En algunos grandes hospitales (más de 1500 camas) el número de farmacéuticos especialistas puede ser entorno a 15. (3) (4)

1.3.2. FUNCIONES DEL FARMACÉUTICO DENTRO DE FARMACIA HOSPITALARIA.

La profesión farmacéutica es tan antigua como la medicina e históricamente sus orígenes se confunden. En la práctica de la farmacia (que se podría definir como una profesión universal, que está integrada en el campo de la salud y cuya misión específica es la de liderar el uso correcto de los medicamentos) se reconoce el insustituible papel del profesional farmacéutico en el ámbito asistencial, específicamente en las instituciones hospitalarias. La farmacia pública y la farmacia hospitalaria son consideradas hoy, en la mayoría de regiones del mundo, el escenario natural de la práctica farmacéutica. (4)

- Los farmacéuticos tienen la responsabilidad profesional de suministrar información sobre el potencial peligro que representa la automedicación.
- Somos los responsables directos del almacenamiento seguro de medicamentos y sobre su deshecho una vez se ha completado el tratamiento.
- En el contexto de la Atención Farmacéutica esto implica identificar, resolver y prevenir los problemas relacionados con la medicación o estilo de vida que interfieran en el tratamiento farmacológico de un paciente.(3) (4)

1.4. EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología es la disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas. La epidemiología en sentido estricto, que podría denominarse humana, ocupa un lugar especial en la intersección entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales y aplica los métodos y principios de estas ciencias al estudio de la salud y la enfermedad en poblaciones humanas determinadas. (30)

La epidemiología se considera una ciencia básica de la medicina preventiva y una fuente de información para la salud pública. La epidemiología estudia, sobre todo, la relación causa-efecto entre exposición y enfermedad. Las enfermedades no se producen de forma aleatoria; tienen causas, muchas de ellas sociales, que pueden evitarse. Por tanto, muchas enfermedades podrían prevenirse si se conocieran sus causas. Los métodos epidemiológicos han sido cruciales para identificar numerosos factores etiológicos que, a su vez, han justificado la formulación de políticas sanitarias encaminadas a la prevención de enfermedades, lesiones y muertes prematuras. (30)

La epidemiología surgió del estudio de las epidemias de enfermedades infecciosas; de ahí su nombre. Ya en el siglo XX los estudios epidemiológicos se extendieron a las enfermedades y problemas de salud en general, analizados mediante diversos métodos, entre los cuales los de la demografía y la estadística son especialmente importantes. Funciones de la epidemiología. (30)

La epidemiología es parte importante de la salud pública y contribuye a:

1. Definir los problemas de salud importantes de una comunidad.
2. Describir la historia natural de una enfermedad.
3. Descubrir los factores que aumentan el riesgo de contraer una enfermedad (su etiología)
4. Predecir las tendencias de una enfermedad.
5. Determinar si la enfermedad o problema de salud es prevenible o controlable...
6. Determinar la estrategia de intervención (prevención o control) más adecuada.
7. Probar la eficacia de las estrategias de intervención.
8. Cuantificar el beneficio conseguido al aplicar las estrategias de intervención sobre la población.
9. Evaluar los programas de intervención.
10. La medicina moderna, especialmente la mal llamada medicina basada en la evidencia (medicina factual o medicina basada en estudios científicos), está basada en los métodos de la epidemiología. Metodología en epidemiología.

La epidemiología se basa en el método científico para la obtención de conocimientos, a través de los estudios epidemiológicos. Ante un problema de salud, y dados los datos disponibles sobre el mismo, formularemos una hipótesis, la cual se traduce en una serie de consecuencias contrastables mediante experimentación. Se realiza entonces un proyecto de investigación que comienza con la recogida de datos y su posterior análisis estadístico, que permite obtener medidas de asociación (Odds Ratio, Riesgo Relativo, Razón de tasas), medidas de efecto (Riesgo atribuible) y medidas de impacto (fracción etiológica o riesgo atribuible proporcional), tanto a nivel de los expuestos como a nivel poblacional. De los resultados de esta investigación podemos obtener conocimientos que servirán para realizar recomendaciones de salud pública, pero también para generar nuevas hipótesis de investigación. (28)

1.4.1. TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Constituye un proceso de cambio dinámico a largo plazo en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población. La transición epidemiológica, que va acompañada por la transición demográfica, presenta cuatro aspectos a destacar:

1. Desplazamiento en la prevalencia de las enfermedades transmisibles por las no transmisibles.
2. Desplazamiento en la morbilidad y mortalidad de los grupos jóvenes a los grupos de edad avanzada.
3. Desplazamiento de la mortalidad como fuerza predominante por la morbilidad, sus secuelas e invalideces.
4. Polarización epidemiológica. La polarización epidemiológica sucede cuando en distintas zonas de un país o en distintos barrios de una misma ciudad encontramos diferencias en la morbilidad y mortalidad de la población (28)

1.5. MORBILIDAD

Morbilidad es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

La morbilidad es un dato demográfico y sanitario que cumple la función de informar la proporción de personas que sufren una enfermedad en un espacio y tiempo acotados. Esto es así a modo de poder analizar de mejor modo la evolución de tal enfermedad en condiciones particulares ya que al delimitarla, los efectos y fenómenos producidos son más fácilmente observables. La morbilidad es especialmente utilizada por la epidemiología, la disciplina de la medicina que se especializa en el análisis y estudio del avance de diferentes epidemias en diferentes tipos de población. (28)

De acuerdo a los resultados obtenidos a partir de la investigación basada en la morbilidad, los especialistas pueden saber el poder o el efecto que una enfermedad tiene en una población, al mismo tiempo que se pueden analizar las causas de tal situación y buscar las posibles soluciones para el futuro (soluciones que pueden ir desde vacunas o remedios específicos hasta cambios en el acceso a las condiciones de vida esenciales para el ser humano).

1.5.1. TASAS DE MORBILIDAD

Hay dos tipos de tasas de morbilidad que se utilizan para diagnosticar diferentes situaciones. Una de ellas es la prevalencia, aquella que muestra cómo la enfermedad que afecta a una población se mantiene en el tiempo, mientras la otra es la incidencia, aquella que estipula el crecimiento de esa enfermedad en un período acotado y específico de tiempo. Esta segunda tasa tiene que ver con la noción de crecimiento o aparición abrupta de la enfermedad. (28)
(30)

N ° DE ORDEN	CAUSAS DE MORBILIDAD	NUMERO DE CASOS	TASAS *
1	Infecciones Respiratorias Agudas	1.703.083	12517,6
2	Enfermedades Diarreicas Agudas	516.567	3796,8
3	Otras Enfermedades Venéreas	91.960	675,9
4	Hipertensión Arterial	67.570	496,6
5	Diabetes	25.894	190,3
6	Varicela	17.721	130,2
7	Dengue Clásico	10.253	75,4
8	Intoxicación Alimentaria	10.199	75
9	Víctimas de Violencia y Maltrato	9.566	70,3
10	Salmonellosis	7.298	53,6

FUENTE: DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ECUADOR. 2007. AGUILAR, E.

FIGURA No.1. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ECUADOR 2007

Población 13.605.485 * Por 100,000 Habitantes. (1)

1.6. MEDICAMENTO

Es todo preparado farmacéutico que contiene uno o más fármacos y que se introducen al organismo con fines curativos, sin embargo en la práctica los términos fármaco y medicamento se utilizan sin ninguna diferencia. (33)

1.6.1. MEDICAMENTO GENÉRICO

Un medicamento genérico es una copia de un medicamento de marca. Las características principales de un medicamento genérico son las siguientes:

- Como concepto general, se trata de una especialidad farmacéutica que tiene el mismo principio activo, la misma dosis, la misma forma farmacéutica y las mismas características cinéticas, dinámicas y técnicas que un medicamento que no está protegido por patente alguna y que es utilizado como referencia legal técnica.
- El medicamento genérico debe aportar la demostración de bioequivalencia terapéutica con el medicamento original que le sirve de referencia.
- Se podrán comercializar los medicamentos genéricos una vez haya expirado la patente del medicamento original o de referencia y, por tanto, haya finalizado el tiempo de exclusividad del laboratorio investigador.
- Los genéricos son medicamentos de calidad, seguridad y eficacia demostrada, elaborados a partir de principios activos bien conocidos y que se comercializan con el nombre de la sustancia medicinal correspondiente seguida de un indicativo de su condición de genérico.
- Tienen menor precio que sus correspondientes medicamentos de referencia.(6)

Los medicamentos genéricos se reconocen por tener en su envase la *Denominación Oficial Española* (DOE) o, en su defecto, por la *Denominación Común Internacional* (DCI), seguida del nombre o marca del titular o fabricante y las siglas EFG (Especialidad Farmacéutica Genérica). (25)

La presencia de las siglas EFG en el cartonaje, se convierte en un aspecto decisivo para poder identificar a un genérico. En los Estados Unidos, las leyes no permiten que un medicamento genérico sea exactamente igual al medicamento de marca. Un genérico debe usar las mismas sustancias que los medicamentos de marca. Es posible que los colores, sabores y otros componentes inactivos sean diferentes. (6) (25)

1.6.1. 1. Diferencia entre el medicamento genérico y el de marca

La principal diferencia está en la denominación: el medicamento genérico adquiere el nombre de la sustancia medicinal que lo compone. Los genéricos se comercializan en el mercado una vez que la patente del medicamento original ha caducado y que ha sido autorizado por el Ministerio de Sanidad. (23)

1.6.1.2. Importancia de las siglas EFG

La inclusión de las siglas EFG en la identificación del medicamento garantiza que el medicamento ha sido aprobado por las autoridades sanitarias por reunir las condiciones de calidad, seguridad y eficacia exigidas.

Si una especialidad farmacéutica se denomina con el nombre del principio activo y el del fabricante, pero no lleva las siglas EFG, no es un genérico a efectos legales. (20)

- **Garantías ofrecen las EFG**

Su calidad está garantizada tanto por el laboratorio fabricante como por las autoridades sanitarias. Como cualquier otro medicamento, los genéricos deben ser autorizados por la Administración sanitaria mediante la oportuna evaluación técnica y administrativa que garantice su calidad, seguridad y eficacia. (26)

Un genérico sólo se autoriza si cumple las normas de correcta fabricación de medicamentos y si se ha comprobado que actúa de manera idéntica al de marca. Por tanto, los requisitos de calidad de los genéricos son los mismos que los exigidos para cualquier otra especialidad farmacéutica. (26)

Los medicamentos genéricos tienen las mismas características en cuanto a calidad, seguridad y eficacia, que el mismo medicamento de referencia. En este sentido, los medicamentos genéricos representan una opción sanitaria perfectamente válida.

La FDA exige que todos los medicamentos sean seguros y eficaces. Los medicamentos genéricos contienen las mismas sustancias y producen los mismos efectos en el organismo que los medicamentos de marca. Por lo tanto, los riesgos y beneficios son iguales que los del medicamento de marca. (25) (26)

1.6.1.3. Importancia de las siglas D.O.E. y D.C.I.

La DCI o *Denominación Común Internacional* es la denominación oficial con que se reconoce a un principio activo farmacológico. Este tipo de denominación está regulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es asignado por ella, a propuesta del laboratorio fabricante. Utiliza unas reglas de prefijos y sufijos que sirven para encuadrar a muchos principios activos dentro de grupos farmacológicos específicos. (25)

Las DCI se publican en latín y en inglés, pero existen versiones para las principales lenguas que han sido adoptadas oficialmente por los países donde tales lenguas tienen carácter oficial. En el caso de España, la responsabilidad de la versión española está en el Ministerio de Sanidad y Consumo, que emplea el término DOE, o *Denominación Oficial Española*. (20)

1.6.1.4. Especialidad de referencia

Una especialidad de referencia es aquella que sirve de base y comparación para la elaboración de genéricos y que contiene un principio activo bien conocido presentando un

perfil de eficacia y seguridad suficientemente establecido por su continuado uso clínico. Para que pueda considerarse una especialidad como referencia de un genérico, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Su principio activo debe estar comercializado durante más de 10 años en España o estar dentro de un genérico dentro de la Unión Europea (UE).
- La especialidad estará autorizada en España o en la UE.
- La especialidad será preferentemente la original (laboratorio investigador) o con mayores ventas (continuado uso clínico).
- Se aceptan como especialidades de referencia cualquier formulación autorizada, aunque no sea la que está actualmente en el mercado. Esta medida está encaminada a evitar que un laboratorio impida la aparición de genéricos de sus especialidades originales mediante reformulación frecuente o periódica. (20)

1.6.1.5. Efecto terapéutico de los genéricos

Los genéricos tienen garantizado su efecto terapéutico al haber demostrado idéntico perfil de equivalencia que el producto de referencia. En farmacocinética poseen unos parámetros ($C_{m\acute{a}x}$, $T_{m\acute{a}x}$, AUC) semejantes al medicamento original, lo que les garantiza las mismas características farmacológicas y toxicológicas. (23)

1.6.1.6. Ventajas

Los genéricos suponen un ahorro importante sobre los medicamentos originales de marca. Es un beneficio directo para el ciudadano al pagar menos por el fármaco y contribuyen a racionalizar el gasto público en medicamentos, sin que por ello baje la calidad y la eficacia del genérico. (23)

Los motivos principales para que posean un menor precio son fundamentalmente dos:

- **Ausencia de gastos de investigación:** el medicamento genérico contiene un principio activo que ha sido previamente investigado, protegido por patente, y que una vez que ésta ha expirado puede ser adquirido y comercializado de forma generalizada. De esta manera, en el precio del medicamento genérico no repercutirá ningún gasto achacable a la investigación y desarrollo. (23)
- **Reducción de los costes asociados al producto:** el menor coste de la materia prima tras la expiración de la patente y aumento de la oferta, los menores costes de fabricación y control por la experiencia previa del producto, así como los menores gastos en la promoción comercial del producto hacen que todo ello revierta positivamente en el coste total del producto. (23)

1.7. EVALUACIÓN ECONÓMICA

Los medicamentos son una de las principales herramientas terapéuticas y su empleo resulta esencial en la mayor parte de los actos médicos. De hecho, prácticamente toda la población los ha consumido, y en consecuencia la repercusión económica de su utilización es muy alta y se incrementa progresivamente. Por ello, el estudio y fomento de su utilización apropiada constituye una preocupación fundamental de todos los agentes que intervienen en el mercado de la salud. Sin embargo, el concepto de uso apropiado puede variar según las distintas perspectivas de los agentes implicados. (8)

En todo caso la utilización apropiada del medicamento requiere conocer la magnitud de su efecto clínico y su seguridad, así como la relación existente entre estos aspectos y el consumo de recursos que origina. En función de estos aspectos podrá determinarse la mejor estrategia terapéutica para la atención de un determinado tipo de enfermos, lo que en última instancia puede ser comparado con lo que ocurre en el mundo real. Al conjunto de actividades encaminadas a obtener esta información suele denominarse “evaluación de medicamentos”.

En una época en la que existe una importante limitación de los recursos sanitarios, además de demostrar que los medicamentos son seguros, eficaces y efectivos, también debemos

tener información sobre la relación que existe entre su coste y sus efectos clínicos. Este tipo de investigación se denomina fármaco-economía, y su importancia es cada vez mayor para todos los agentes implicados en el uso de medicamentos (médicos prescriptores, farmacéuticos, administración, industria farmacéutica, etc.).(19)

COSTES	EFFECTOS	DENOMINACIÓN ESTUDIO
<Unidad de medida)	(unidad de medida)	
Monetaria	monetaria	coste-beneficio
Monetaria	clínica (ensayo)	coste-eficacia
Monetaria	clínica (realidad)	coste-efectividad
Monetaria	preferencia paciente	coste-utilidad
Monetaria	iguales	minimización de costes

FUENTE: COSTO-BENEFICIO.2007.SANCHEZ,M.

FIGURA No.2. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

Si los efectos de la intervención farmacológica se miden en unidades clínicas (mm Hg de tensión, número de muertes evitadas, días de enfermedad), estaríamos hablando de estudios de coste eficacia y de coste efectividad.

En los de coste eficacia la magnitud del efecto clínico del medicamento se obtiene a partir de los ensayos clínicos, mientras que en los de coste/efectividad el efecto es el que ocurre en la realidad. No obstante, en la actualidad es infrecuente conocer la efectividad de los medicamentos.

En muchas situaciones clínicas las preferencias y la calidad de vida del paciente son de mucha importancia. En ellas los estudios de coste utilidad son los más adecuados. Con frecuencia la determinación de los efectos del medicamento se realiza mediante las unidades denominadas “AVAC” (año de vida ajustado a calidad), unidad que pondera la duración cuantitativa de la vida con el bienestar percibido por el paciente en la situación clínica en la que se encuentra. (15)

En los estudios de coste-beneficio los efectos clínicos del medicamento deben transformarse en unidades económicas, es decir debe asignarse un valor monetario a consecuencias clínicas

(muerte, discapacidad funcional, etc.), lo que es mal aceptado por los profesionales sanitarios y los pacientes. Por ello, este tipo de evaluaciones son infrecuentes.

Los estudios de minimización de costes se realizan cuando los efectos clínicos de los medicamentos son iguales. No obstante, esta equivalencia terapéutica con frecuencia se asume sin ser totalmente real.

En la realización y/o evaluación de los estudios de fármaco-economía conviene tener en cuenta una serie de aspectos importantes. La perspectiva desde la que se realiza la evaluación es de gran trascendencia. Así, la posición social global es claramente distinta a la de un hospital, o a la de asistencia primaria, o a la de una aseguradora o un paciente. Por ejemplo, un alta precoz hospitalaria disminuye los costes para el hospital, pero los aumenta en asistencia primaria. Lógicamente una perspectiva social es, en general, la más adecuada.

En el análisis no debe incluirse únicamente el precio de adquisición del medicamento, ya que existen otros costes importantes: tiempo de personal, material para administración, pruebas de laboratorio, etc. También es importante recordar que gastos y efectos no se producen en el mismo momento, lo que debe ser tenido en cuenta al realizar el análisis.

En conjunto estos estudios deben permitir racionalizar el gasto en medicamentos, facilitando la elección de las alternativas farmacológicas de mayor eficiencia. (15)

1.7.1. DROGAS GENÉRICAS

La experiencia fármaco-económica fundada en los resultados clínicos bien conocidos facilitan la consideración de estos medicamentos en los sistemas solidarios de salud ya que su relación costo - beneficio permite sostener modelos equitativos de salud (habitualmente públicos). (26)

No obstante, no todos los medicamentos genéricos contienen una adecuada relación costo - beneficio y debido a ello no todos pueden ser tenidos en cuenta por los sistemas solidarios de seguridad social. En primer término debemos decir que existen tres categorías de drogas genéricas, a saber:

Medicamentos v: vitales - son aquellos que pueden salvar vidas, que no pueden suprimirse sin provocar graves consecuencias a los pacientes o que son de importancia primordial en los servicios de salud, en especial los medicamentos calificados como preventivos y las vacunas.

Medicamentos e: esenciales - son aquellos que son costo-eficaces frente a aquellas enfermedades que amenazan menos la vida pero que, no obstante, son importantes para resolver un universo amplio de patologías.

Medicamentos n: no esenciales - (o de capacidad reducida) - son aquellos medicamentos destinados al tratamiento de problemas de salud de menor envergadura, o medicamentos que tienen un alto costo en relación con su eficacia.

Bajo esta óptica, para que las drogas genéricas sean consideradas en los sistemas solidarios de salud deben ser costo-efectivas y bioequivalentes (su capacidad farmacocinética: absorción - distribución - metabolismo y eliminación de una determinada droga que debe ajustarse a los patrones establecidos clínicamente por la droga de investigación u original.)

Podríamos definir que una droga genérica calificada como vital o esencial proporciona una relación costo - eficacia y otra costo - beneficio que aseguran un adecuado resultado terapéutico tanto para el médico prescriptor como para la economía del sistema, incluyendo en ello a los administradores y a los pacientes. (13)

En la rutina podría decirse que la ventaja fundamental de un medicamento genérico, es poseer un costo inferior a la droga original pero manteniendo el mismo rango de calidad. (13)

1.8. NECESIDAD DEL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS

Las políticas de medicamentos deben encaminarse, primordialmente, a racionalizar y estimular su uso apropiado, ajustado a los objetivos globales y particulares de una política de salud que asegure la accesibilidad a las prestaciones de salud y a los medicamentos.

Deben procurarse, adicionalmente, estrategias para la contención de los gastos en medicamentos o su reducción en el marco de acciones que tiendan a controlar el costo de las

prestaciones de salud. Se trata, entonces, de establecer un programa concebido para atender las necesidades con el objetivo fundamental de satisfacerlas mediante productos de eficacia e inocuidad demostradas, de la mejor calidad posible, y a precios y costos razonables o los más bajos posibles. (38)

Para un uso racional es preciso que se prescriba el medicamento apropiado, que se disponga de este medicamento oportunamente y a un precio asequible, que se despache en las condiciones debidas y que se tome en las dosis indicadas y a los intervalos, y durante el tiempo prescrito. (3)

El medicamento apropiado ha de ser eficaz y de calidad y seguridad aceptadas.

Por lo tanto, se deberá concebir el uso racional de los medicamentos como un conjunto de medidas cuyo objetivo es asegurar el acceso de la población a los medicamentos que se necesitan para una asistencia sanitaria efectiva, a un costo asumible para la sociedad.

El suministro de medicamentos, desde el punto de vista administrativo, tiene como finalidad garantizar a toda la población la disponibilidad, asequibilidad y uso racional de medicamentos en condiciones óptimas de calidad, seguridad y eficacia. Se concibe como un sistema constituido por etapas secuenciales interrelacionadas intra e interdependientes e integradas, que demandan una cuidadosa coordinación y riguroso controles de calidad y eficiencia. (4)

Ciertamente, sólo se puede practicar una medicina efectiva donde haya una administración eficiente de medicamentos.

El establecimiento de modelos, guías de tratamiento y, específicamente, de tratamientos estandarizados – como parte de los programas que instituyen formularios de medicamentos esenciales – tiene por objeto establecer mayor racionalidad en la utilización de los medicamentos y subsidiariamente, un sistema para la contención de gastos en la atención fármaco terapéutica.(4)

1.9.GRATUIDAD DE MEDICAMENTOS

La gratuidad de medicamentos se da a nivel mundial por ejemplo en la región de Andalucía, un total de 240.172 niños menores andaluces de un año se han beneficiado del acceso gratuito a los medicamentos y productos sanitarios prescritos por su médico desde que se iniciase esta prestación, en agosto de 2008, hasta el 30 de junio de 2010.

Esta medida, puesta en marcha por el Gobierno andaluz, trata así de reforzar la protección de la salud en la primera infancia y ayuda a las familias andaluzas a afrontar los gastos económicos derivados de la llegada de un nuevo hijo, según ha destacado en una nota la Consejería de Salud.

En total, se han prescrito un total de 1.803.835 recetas de medicamentos a estos 325.802 menores, lo que ha supuesto una inversión para Salud de más de 8,3 millones de euros. (27)

Esta iniciativa se incluye dentro del 'Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. Hasta la aprobación de esta medida se tenía que abonar un porcentaje del precio de venta de los fármacos indicados a niños menores de un año, al igual que el resto de la población no exenta de aportación económica en el pago de medicamentos.

A partir de la puesta en marcha de esta prestación, este porcentaje que oscila entre el 10 y el 40 por ciento del precio según el tipo de medicamento es asumido por la Junta de Andalucía íntegramente.

Los grupos de medicamentos más consumidos son los analgésicos y antipiréticos, antibióticos y los fármacos para el padecimiento obstructivo de las vías respiratorias, los antihistamínicos, corticosteroides y vacunas antibacterianas.

La prescripción puede además realizarse en papel a través de los modelos oficiales de receta específicos para los colectivos exentos de aportación económica. (27)

1.9.1. GRATUIDAD DE MEDICAMENTOS EN ECUADOR

La gratuidad de medicamentos en el Ecuador se da en base al siguiente artículo establecido en la ley orgánica de la salud.

Art. 154.- El Estado garantizará el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad y su uso racional, priorizando los intereses de la salud pública sobre los económicos y comerciales.

Promoverá la producción, importación, comercialización, dispensación y expendio de medicamentos genéricos con énfasis en los esenciales, de conformidad con la normativa vigente en la materia. Su uso, prescripción, dispensación y expendio es obligatorio en las instituciones de salud pública.

Es así que el gobierno del Economista Rafael Correa si ha puesto en marcha la aplicación de este artículo con el lema “La salud ya es de todos”, y los ecuatorianos ya tenemos acceso a una salud gratuita y digna.(32)

1.10. SALUD EN EL ECUADOR

Ecuador es uno de los países de la región con mayores desigualdades en materia de salud y con menor impacto de los recursos invertidos en salud, sólo superado por Nicaragua, Honduras, Bolivia y Haití.

El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por su segmentación. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres. (32)

La consulta nacional de 1997 atribuye cuatro roles del estado en salud:

- Rectoría
- Promoción de la salud
- Garantía de acceso equitativo a la atención
- Provisión descentralizada de los servicios

La estructura dependiente del MSP está muy debilitada por la falta de presupuesto y su capacidad de liderar el sector salud es por el momento limitada. El principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial.

Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales, indígena en su mayoría.

Desde 1995 se ha venido desarrollando en Ecuador un proceso de Reforma del Sector Salud, asentado sobre un proceso de descentralización y transferencia de funciones del MSP a las Municipalidades que lo soliciten. Al momento actual no existen consensos completos entre los diversos actores de cómo llevar adelante dicho proceso de descentralización, que no ha contado con decisiones políticas acordes. Esta situación, unida a la reducción muy importante de los recursos asignados al sector salud, ha repercutido en la calidad de atención, niveles de coberturas de servicios que no responden adecuadamente a las necesidades sentidas y a la realidad epidemiológica de poblaciones, especialmente en aquellas zonas más depauperadas. (32)

A pesar de ello, tanto el MSP como el Consejo Nacional de Salud han reconocido esta situación de crisis y están comprometidos en llevar a delante el proceso de reforma del sector a nivel central y hacer lo necesario a fin de apoyar el proceso de de transferencia de

funciones a los gobiernos locales. Existen leyes en las cuales se apoya la reforma del sector como:

- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud;
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;
- Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano,
- Programa Nacional de Nutrición y alimentación, y la
- Ley de Descentralización y participación social.

Varias de estas leyes apoyan la descentralización del SNS en Sistemas Cantonales de Salud, la participación ciudadana y el aumento de la cobertura. No obstante, el nivel de aplicación de estas leyes es muy reducido debido a inestabilidad política que ha sufrido el país en los últimos años. (32)

1.10.1. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Casi tres décadas han transcurrido desde la Reunión de Alma-Ata, donde se fijó la meta de “Salud Para Todos en el año 2000” y se establecieron los indicadores sanitarios mínimos, a alcanzar por parte de los países de Latinoamérica y el Caribe.

Unos cuantos años después empezaron a generarse propuestas de Reforma al Sector Salud, muchas de ellas dentro de las Reformas a los Estados. Lamentablemente, el desarrollo político y social fue insuficiente, se acentuó la falta de equidad y al culminar el siglo XX, más del 20% de la población carecía de acceso a la protección total de la salud. El análisis de la reforma del sector salud intentó entonces, además de examinar las políticas sociales para extender la cobertura, vincular a éstas con los factores condicionantes y determinantes de las estrategias adoptadas para alcanzar estas metas.

En la región de las Américas, la Reforma del Sector de la Salud y del desarrollo de las políticas sanitarias se producen en contexto de apertura económica, consolidación democrática y ajuste estructural de los Estados. Procesos que han influido en los

mecanismos y estrategias orientadas a mejorar el acceso de la población a los sistemas de protección social, especialmente en la década de los 90, donde se intensificaron estos procesos. (32)

En la I Cumbre de las Américas, celebrada en EEUU en 1994, los gobiernos de la región reafirmaron su compromiso de incorporar en sus procesos de Reforma del Sector de la Salud, mecanismos para garantizar el acceso equitativo a determinados servicios básicos sanitarios y de mejorar la calidad de los mismos. Un año después, la Organización Panamericana de la Salud junto con otras agencias internacionales, patrocinaron una reunión especial sobre Reformas del Sector de la Salud, donde se establecieron sus criterios rectores, basados en los principios de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.

En los primeros años de la década de los 90 los países de la región aún no tenían una unificación de criterios respecto a la Reforma del Sector de la Salud, la reunión convocada en 1995 por la Organización Panamericana de la Salud produjo luego, una definición que se ha venido utilizando ampliamente desde entonces:

“La Reforma en Salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los Sistemas de Salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”.

En 1998 la OPS redactó y sugirió unos lineamientos metodológicos para la preparación de los perfiles de los sistemas de servicios de la salud, en los países de la región, en sus componentes básicos: contexto político, económico y social; organización general, recursos y funciones; y, seguimiento y evaluación de las reformas.

En este último, se examinan las diferentes fases en los procesos de Reforma: génesis, diseño, negociación, ejecución y evaluación, identificándose además los actores principales del proceso tanto en la sociedad cuanto en el propio sector. (32)

Los contenidos generales propuestos para pretender establecer estrategias de cambio dentro del proceso de Reforma del Sector Salud en los países de la región, y que son los que han sido considerados en diferente magnitud por nuestras naciones:

- Marco Jurídico
- Derecho a los cuidados de la Salud y al aseguramiento.
- Aumento de la Cobertura.
- Función Rectora de los Ministerios de Salud.
- Separación de Funciones
- Descentralización.
- Participación y control Sociales.
- Financiamiento y Gasto
- Oferta de Servicios
- Modelos de Gestión
- Formación y Capacitación de los Recursos Humanos
- Calidad y Evaluación de Tecnologías

Con las políticas implantadas se han logrado adelantos importantes, fundamentalmente en el aspecto normativo y teórico, ya que los sistemas de salud de toda la región reconocen, de manera implícita y explícita el carácter universal del derecho a la Salud de toda la población. No obstante, las reformas adoptadas en este sentido no siempre han logrado en la práctica dar cobertura de salud a todos los habitantes.

Una rápida mirada al sector salud en el Ecuador en las últimas décadas, refleja una realidad bastante problemática y la presencia de limitantes en su accionar: Acceso inequitativo a los servicios, bajas coberturas y calidad de atención, modelo de atención curativo y biológico, gestión centralizada y de bajas coberturas de atención, falta de una política integral de recursos humanos, inadecuada coordinación interinstitucional, paternalismo de instituciones

públicas y privadas, alto costo de insumos y tecnologías, situación similar a la de otros países de la región, que sin embargo ha sufrido algunos cambios en los últimos años, cuando se empiezan a implementar acciones relacionadas con la reforma del sector salud, que inicia en la década de los 80's.

Varios técnicos del sector consideran que el proceso debía contar con lo que se denominó la Reforma Mínima, a través de la cual, progresivamente se produciría un cambio y al mismo tiempo facilitaría consolidar nuevas fuerzas para enfrentar más tarde procesos Máximos.
(32) (30)

Esta Reforma Mínima se caracterizaría por:

- La Separación de las funciones de financiamiento de la provisión de servicios;
- El fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud;
- El fortalecimiento de las entidades territoriales o del régimen seccional;
- El apoyo a los programas de garantía de calidad y acreditación de servicios;
- La regulación de las empresas de aseguramiento privado;
- El apoyo a la creación de nuevos actores sociales en provincias y cantones;
- La ampliación de coberturas, mediante programas de servicios básicos localizados en zonas de mayor carencia de servicios;
- El apoyo a la gestión administrativa y financiera descentralizada de las unidades de salud.
- La realización de proyectos a pequeña escala para probar la aplicabilidad de mecanismos e instrumentos de reforma.

El Ministerio de Salud Pública a inicios del nuevo milenio, se pronunció mediante la emisión de un documento para discusión, posicionamiento del MSP frente a la Reforma del Sector Salud. (Abril de 2001.), que el Ecuador se encuentra aún en la fase de formulación de la Reforma en Salud. Sin embargo, debido a que las transformaciones de esta magnitud son el resultado de procesos acumulativos y complejos, que involucran tanto a la sociedad como

a las organizaciones públicas y privadas del sector, este proceso de Reforma Sanitaria se ha insinuado a través de esfuerzos dispersos e inconexos, generados tanto desde el Estado, cuanto desde organizaciones autónomas, ONG's y organismos internacionales. En este contexto se inserta el Programa PASSE. Estas experiencias acumuladas permiten evaluar la validez de ciertas propuestas y definir los principales lineamientos de la Reforma que le convienen al Ecuador. (32) (30)

CAPÍTULO II

2. PARTE EXPERIMENTAL

2.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en el área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba.

Esta institución se ubica en la parroquia Maldonado de la ciudad de Riobamba, cuenta con instalaciones adecuadas y personal médico completo, además brinda las siguientes áreas médicas como: Emergencia, Consulta Externa, Farmacia, Laboratorio Clínico, Hospitalización que comprende Cirugía, Clínica, Infectología, Lactantes y Neonatología; Departamentos como Imagenología, Odontología y Quirófano.

2.2. FACTORES DE ESTUDIO

El Área de Emergencia cuenta con 5 médicos tratantes los mismos que se distribuyen 2 por turno, 1 licenciada en enfermería y 1 farmacéutico, además cuenta con una sala grande dividida en dos partes, una para la toma de signos por la enfermera y la otra para la atención médica.

2.3. MATERIALES Y EQUIPOS

2.3.1. MATERIALES

- Recetas
- Hojas 08
- Partes diarios
- Material de oficina

2.3.2. EQUIPOS

- Computador
- Impresora
- Proyector

2.4. METODOLOGÍA

Las actividades realizadas para la recolección de datos fueron:

1. Revisión y toma de datos de recetas, hojas 08 y partes diarios correspondientes al área de emergencia; durante la mañana y la tarde del mes de agosto del 2010 con la colaboración del personal de salud.
2. Análisis del consumo de medicamentos con los datos obtenidos durante el mes de estudio, en base al perfil de morbilidad y perfil epidemiológico.

2.4.1. PERFIL DE MORBILIDAD

Esta metodología consta en determinar las patologías más frecuentes durante el mes de estudio, con sus respectivos porcentajes y graficas, además se debe establecer el número y porcentaje de pacientes que hay para cada enfermedad más frecuente por grupos determinados de edades; para así saber cuales son los grupos de mayor riesgo en cada patología.

2.4.2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Este método consiste en conocer si existió o no un desperdicio de medicinas, de acuerdo a la morbilidad determinada, los medicamentos que salen principalmente para las mismas, y las unidades básicas que se necesitan según los casos estimados por cada categoría de edades de pacientes.

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS Y DISCUSIONES

Los datos obtenidos en el área de Emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba durante el mes de agosto de 2010 han sido clasificados en forma de cuadros y tablas explicativas, con sus correspondientes gráficos.

3.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL CONSUMO DE MEDICAMENTOS 2009

CUADRO No.1. LISTADO DE LOS PRINCIPALES MEDICAMENTOS QUE SE DISPENSARON DURANTE EL AÑO 2009 PARA EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA.

No	MEDICAMENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE %
1	Ibuprofeno	5292	22,5
2	Amoxicilina	2395	10,2
3	Suero oral	2017	8,6
4	Azitromicina	1094	4,6
5	Azitromicina + loratadina + pseudoefedrina	690	2,9
6	Ambroxol	604	2,6
7	Penicilina benzatínica	603	2,6
8	Acetaminofén	593	2,5
9	Ampicilina	472	2
10	Otros	9776	41,5
TOTAL		23.536	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

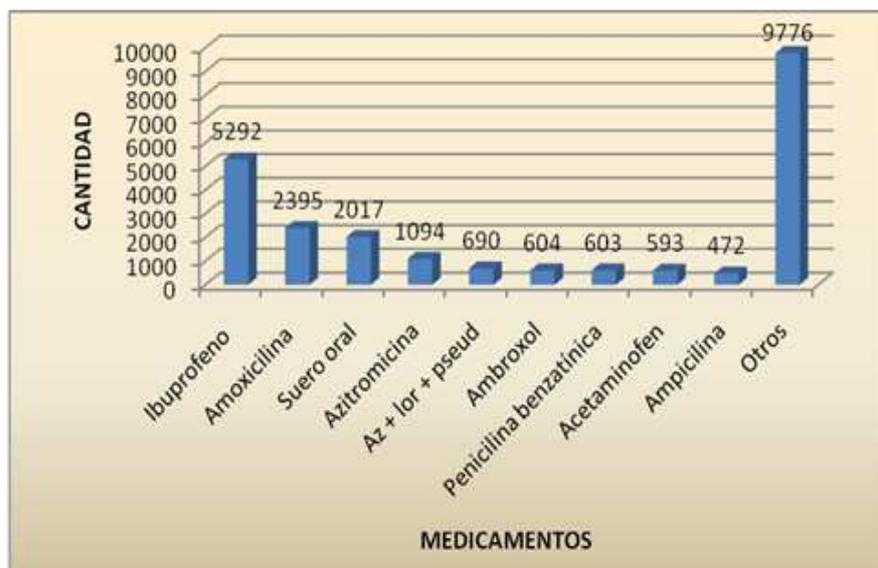


GRÁFICO No.1. PRINCIPALES MEDICAMENTOS DISPENSADOS DURANTE EL AÑO 2009 PARA EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA.

Mediante el CUADRO No1 y GRÁFICO No1 se dan a conocer los principales medicamentos que se dispensaron para el área de emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román durante el año 2009. Donde se destaca el antiinflamatorio Ibuprofeno como el medicamento que se descargó en mayor proporción con 5292 unidades que representa el 22,5%; luego esta la Amoxicilina que es un antiinfeccioso con 2395 unidades que equivale al 10,2%, y el suero oral que es un electrolito más carbohidratos con 2017 unidades que corresponde al 8,6%; demostrando así que los antiinflamatorios y antiinfecciosos fueron y son ampliamente utilizados en pacientes infantiles para diversas patologías, como era de esperarse según estudios realizados a nivel nacional e internacional.

3.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE PACIENTES

CUADRO No.2. PACIENTES ATENDIDOS POR GÉNERO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA EN EL MES DE AGOSTO DEL 2010.

PACIENTES			
SEXO	Masculino	Femenino	TOTAL
CANTIDAD	742	724	1466
PORCENTAJE	51%	49%	100%

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

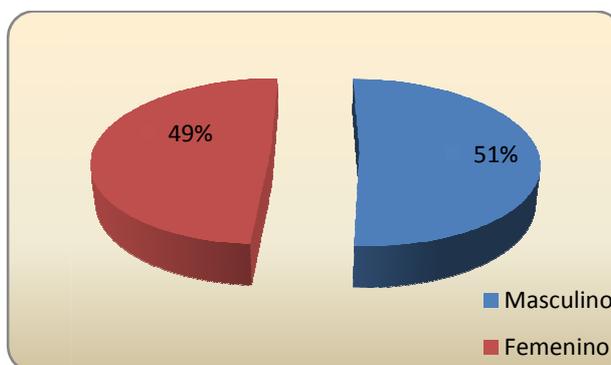


GRÁFICO No.2. PACIENTES ATENDIDOS POR GÉNERO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA EN EL MES DE AGOSTO DEL 2010.

Durante el periodo de estudio se atendieron en el área de Emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba un total de 1466 pacientes como lo indica el CUADRO No 2 y GRÁFICO No 2, de los cuales 742 pacientes fueron del sexo Masculino representando el 51% y 724 del sexo Femenino con un 49%, observándose una ligera diferencia entre los mismos. Con ellos se analizó el consumo de medicamentos, la identificación de posibles fugas de medicinas y las perdidas que representan para la Institución. Dichos resultados indican que el sexo masculino es más propenso a cualquier tipo de morbilidad antes que el sexo femenino y concuerdan con datos estadísticos de pacientes hospitalizados durante el periodo Noviembre 2009 – Enero 2010 de un trabajo de

Tesis realizado en el mismo Hospital, donde establece que existió mayor porcentaje de pacientes de sexo masculino también en esta área.

CUADRO No.3. PACIENTES ATENDIDOS POR GRUPO ETARIO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL 2010.

PACIENTES POR EDAD						
CASOS	< 1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	TOTAL
Ingresos	22	17	13	7	1	60
Con Diagnóstico	293	551	317	143	26	1330
Sin Diagnóstico	13	24	15	5	1	58
Niños Sanos	5	3	5	5	0	18
TOTAL	333	595	350	160	28	1466
PROMEDIO	83,3	148,8	87,5	40	7	366,5
PORCENTAJE %	22,7	40,6	23,9	10,9	1,9	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

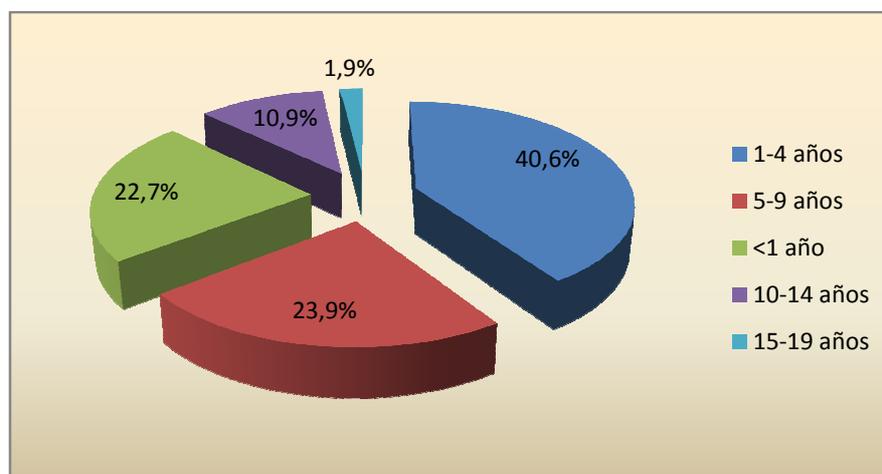


GRÁFICO No.3. PACIENTES ATENDIDOS POR GRUPO ETARIO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA EN EL MES DE AGOSTO DEL 2010.

Los resultados expresados en el CUADRO No 3 y GRÁFICO No 3 indican la edad de los pacientes que fueron atendidos en el área de Emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de Riobamba durante el mes de investigación, donde los niños que

comprenden la edad de 1 a 4 años obtienen el mayor número de pacientes llegando a ser 595 niños que equivale al 40,6%; luego se encuentran los pacientes incluidos en la edad de 1 a 9 años con un total de 350 niños que corresponde al 23,9%; después están los pacientes cuya edad es menor a 1 año con 333 niños que pertenece al 22,7%. Esto indica que la tasa de morbilidad tiene mayor incidencia en niños de 0 a 9 años. Pero hay que destacar que en este mes existió un número mayor de pacientes de lo habitual de la edad de 5 a 9 años por la razón que se acercaron a sacar certificados médicos, es así que estos resultados tienen relación con datos de pacientes hospitalizados correspondientes al trabajo de tesis realizado en el periodo Noviembre 2009 - Enero 2010 en la misma Institución, en los que establece que la edad de mayor incidencia de morbilidad es de 0 a 5 años.

3.3. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS

CUADRO No.4. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA, CORRESPONDIENTES AL MES DE AGOSTO DEL 2010.

No	DIAGNÓSTICO	No DE CASOS	PORCENTAJE %
1	Enfermedad Diarreica Aguda	243	18,3
2	Parasitosis	174	13
3	Amigdalitis	171	12,9
4	Rinofaringitis	145	10,9
5	Faringitis	129	9,7
6	Traumatismos y Heridas	36	2,7
7	Bronquitis	33	2,5
8	Síndrome Gripal	30	2,2
9	Transgresión Alimentaria	29	2,2
10	Otras Causas	340	25,6
TOTAL		1330	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

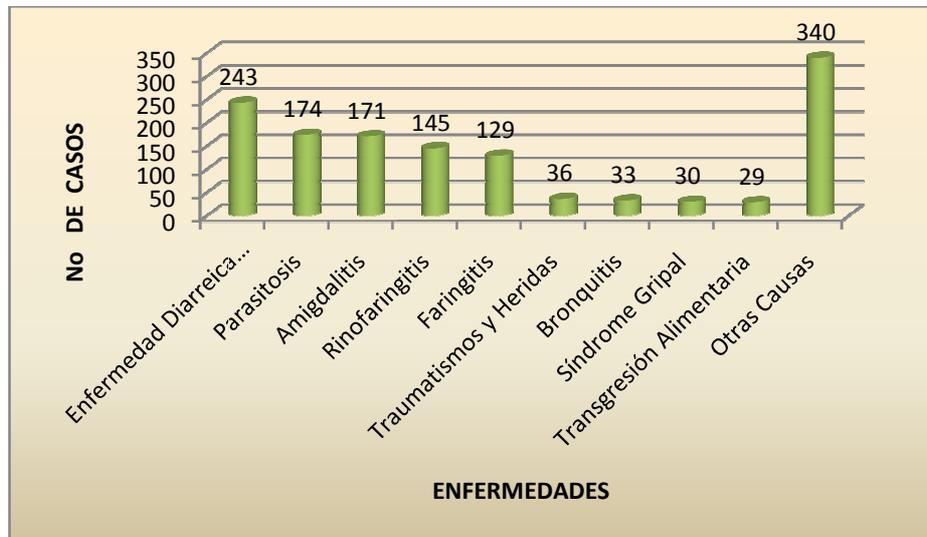


GRÁFICO No.4. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA, CORRESPONDIENTES AL MES DE AGOSTO DEL 2010.

Por medio del CUADRO No 4 y GRÁFICO No 4 se muestra las principales causas de morbilidad en las que se destacan la Enfermedad Diarreica Aguda teniendo un total de 243 casos encontrados los mismos que representan un 18,3%; luego esta la Parasitosis con 174 casos que corresponde al 13% y la Amigdalitis con 171 casos que equivale el 12,9%. Para este análisis se tomo en cuenta solo a pacientes en cuyas hojas 08 constaba el diagnóstico respectivo teniendo 1330 pacientes de un total de 1466. Además se evidencia que existió gran demanda de niños con parasitosis propia de la temporada en la que se realizó la investigación ya que fue periodo de obtención de certificados médicos para las matriculas. Estos resultados tienen similitud con perfiles de morbilidad de años anteriores correspondientes a este mes, realizados en la Institución.

CUADRO No.5. MORBILIDAD DE PACIENTES MENORES DE 1 AÑO DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO DE 2010.

No	PATOLOGÍA	No CASOS	PORCENTAJE %
1	Rinofaringitis	79	27
2	EDA	71	24,2
3	Faringitis	34	11,6
4	Amigdalitis	18	6,1
5	Bronquitis	12	4,1
6	Síndrome gripal	12	4,1
7	Transgresión alimentaria	3	1
8	Traumatismos y heridas	2	0,7
9	Parasitosis	0	0
10	Otras causas	62	21,2
TOTAL		293	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

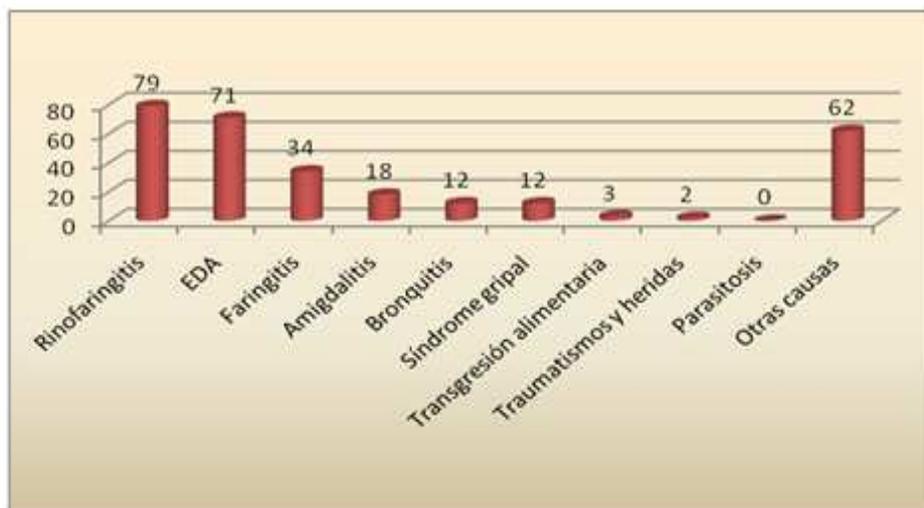


GRÁFICO No.5. MORBILIDAD DE PACIENTES MENORES DE 1 AÑO DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO DE 2010.

Se demuestra en el CUADRO No 5 y GRÁFICO No 5 en lo que respecta a los pacientes menores de 1 año que la mayor incidencia de morbilidad se presenta en Rinofaringitis con 79 casos que representa un 27% seguido de la Enfermedad Diarreica Aguda con 71 casos que corresponde al 24,2% estas patologías son muy comunes en niños de esta edad según estudios realizados en el Hospital y a nivel nacional.

CUADRO No.6. MORBILIDAD DE PACIENTES DE 1 A 4 AÑOS DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO DE 2010.

No	PATOLOGÍA	No CASOS	PORCENTAJE %
1	EDA	129	23,4
2	Amigdalitis	82	14,9
3	Faringitis	55	9,9
4	Rinofaringitis	49	8,9
5	Parasitosis	23	4,2
6	Traumatismos y heridas	23	4,2
7	Bronquitis	17	3,1
8	Transgresión Alimentaria	17	3,1
9	Síndrome Gripal	16	2,9
10	Otras causas	140	25,4
TOTAL		551	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

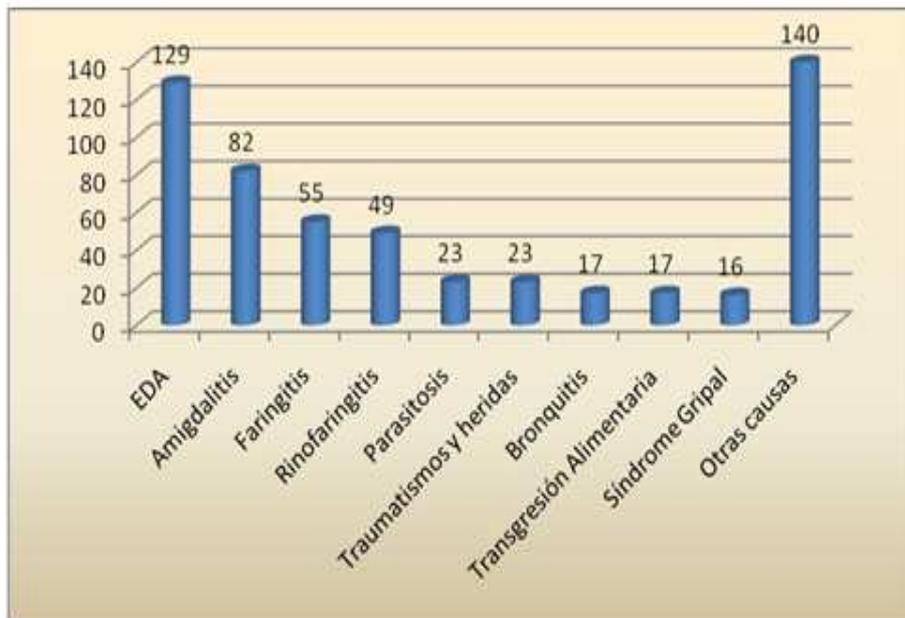


GRÁFICO No.6. MORBILIDAD DE PACIENTES DE 1 A 4 AÑOS DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO DE 2010.

La mayor incidencia de morbilidad en lo que concierne a los niños de 1 a 4 años esta en la Enfermedad Diarreica Aguda con 129 casos que representa un 23,4% y se expone en el CUADRO No 6 y GRÁFICO No 6, los mismos que concuerdan con datos estadísticos de estudios realizados en el Hospital.

CUADRO No.7. MORBILIDAD DE PACIENTES DE 5 A 9 AÑOS DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO DE 2010.

No	PATOLOGÍA	No CASOS	PORCENTAJE %
1	Parasitosis	71	22,4
2	Amigdalitis	55	17,4
3	EDA	36	11,4
4	Faringitis	27	8,5
5	Rinofaringitis	14	4,4
6	Traumatismos y heridas	8	2,5
7	Transgresión Alimentaria	8	2,5
8	Bronquitis	2	0,6
9	Síndrome Gripal	1	0,3
10	Otras causas	95	30
TOTAL		317	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

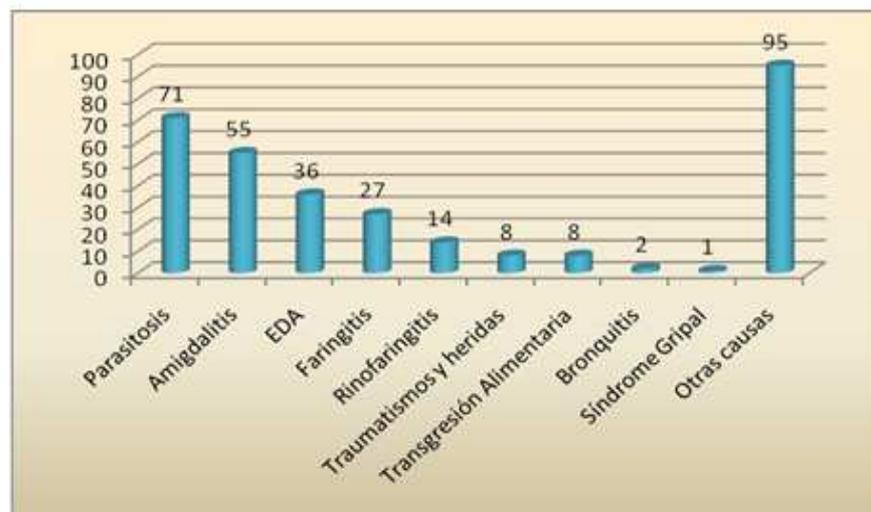


GRÁFICO No.7. MORBILIDAD DE PACIENTES DE 5 A 9 AÑOS DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO DE 2010.

Con el CUADRO No 7 y GRÁFICO No 7 correspondiente a los pacientes de 5 a 9 años se observa que la mayor incidencia de morbilidad se presenta en la Parasitosis con 71 casos que representa un 22,4% esto se debe a que en este mes acuden muchos pacientes más por la necesidad del certificado médico que por que sientan algún malestar; este hecho no debería ser tomado como un caso de emergencia, sino más bien como un caso para atender por consulta externa ya que existen verdaderos motivos de emergencia que esperan ser atendidos de manera urgente. Luego está la Amigdalitis con 55 casos que corresponde al 17,4% esta patología si sería la verdadera mayor incidencia de morbilidad según lo anteriormente dicho.

CUADRO No.8. MORBILIDAD DE PACIENTES DE 10 A 14 AÑOS DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO DE 2010.

No	PATOLOGÍA	No CASOS	PORCENTAJE %
1	Parasitosis	66	46,1
2	Amigdalitis	15	10,5
3	Faringitis	12	8,4
4	EDA	6	4,2
5	Traumatismos y heridas	3	2,1
6	Rinofaringitis	2	1,4
7	Bronquitis	2	1,4
8	Transgresión Alimentaria	1	0,7
9	Síndrome Gripal	0	0
10	Otras causas	36	25,2
TOTAL		143	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

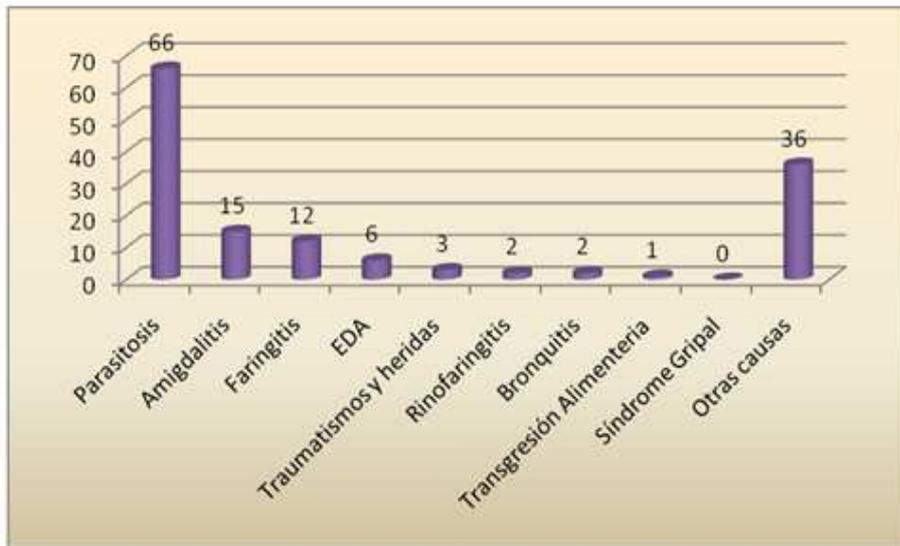


GRÁFICO No.8. MORBILIDAD DE PACIENTES DE 10 A 14 AÑOS DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO DE 2010.

Como lo muestra el CUADRO No 8 y GRÁFICO No 8 pertenecientes a los pacientes de 10 a 14 años se observa que la mayor incidencia de morbilidad se presenta en la Parasitosis con 66 casos que representa un 46,1% seguido por Amigdalitis con 15 casos que corresponde al 10,5% de igual manera que en el caso anterior considero que la parasitosis no debería ser atendido como una emergencia y que la amigdalitis es la verdadera mayor incidencia de morbilidad.

CUADRO No.9. MORBILIDAD DE PACIENTES DE 15 A 19 AÑOS DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO DE 2010.

No	PATOLOGÍA	No CASOS	PORCENTAJE %
1	Parasitosis	14	53,9
2	Amigdalitis	1	3,8
3	Faringitis	1	3,8
4	EDA	1	3,8
5	Síndrome Gripal	1	3,8
6	Rinofaringitis	1	3,8
7	Traumatismos y heridas	0	0
8	Transgresión Alimentaria	0	0
9	Bronquitis	0	0
10	Otras causas	7	27
TOTAL		26	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

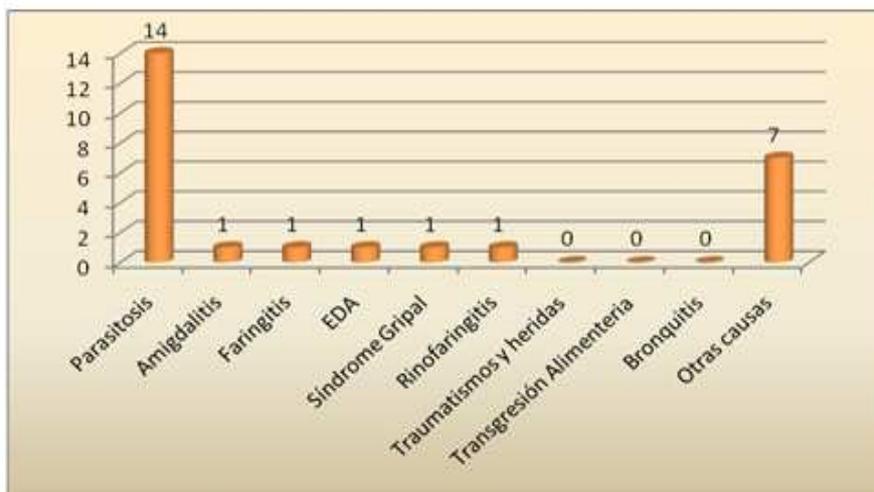


GRÁFICO No.9. MORBILIDAD DE PACIENTES DE 15 A 19 AÑOS DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO DE 2010.

Se determinó con el CUADRO No 9 y GRÁFICO No 9 que la morbilidad de los pacientes atendidos de 15 a 19 años es la Parasitosis con 14 casos que representa un 53,9%, pese a que no es un caso de emergencia y tomando en cuenta que en lo que respecta a las otras enfermedades su número de casos es mínimo por la demanda tan baja de pacientes.

TABLA No.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL 2010.

Morbilidad	Medicamentos	Categoría	Casos Estimados	Unidades Básicas/caso	Subtotal Unidades Requeridas	Total Unidades	Exceso Medicamento
EDA	Ibuprofeno 200mg/5ml	< 1 año	71	1	71	242	
		1-4 años	129	1	129		
		5-9 años	36	1	36		
		10-14 años	6	1	6		
	Suero Oral sobre	< 1 año	71	1	71	296	
		1-4 años	129	1	129		
		5-9 años	36	2	72		
		10-14 años	6	4	24		
	Clotrimoxazol 200+40 mg	< 1 año	71	1	71	284	
		1-4 años	129	1	129		
		5-9 años	36	2	72		
		10-14 años	6	2	12		
Paracetamol 150 mg/5ml	< 1 año	71	1	71	242		
	1-4 años	129	1	129			
	5-9 años	36	1	36			
	10-14 años	6	1	6			
PARASITOSIS	Albendazol100 mg/5ml	< 1 año	0	1	0	160	
		1-4 años	23	1	23		
		5-9 años	71	1	71		
		10-14 años	66	1	66		
	Metronidazol250mg/5ml	< 1 año	0	1	0	297	
		1-4 años	23	1	23		
		5-9 años	71	2	142		
		10-14 años	66	2	132		
AMIGDALITIS	Ibuprofeno 200mg/5ml	< 1 año	18	1	18	170	
		1-4 años	82	1	82		

		5-9 años	55	1	55		
		10-14 años	15	1	15		
	Amoxicilina 250mg/5ml	< 1 año	18	1	18	407	
		1-4 años	82	2	164		1
		5-9 años	55	3	165		
		10-14 años	15	4	60		
	Claritromicina1 25mg/5ml	< 1 año	18	1	18	255	1
		1-4 años	82	1	82		1
		5-9 años	55	2	110		
		10-14 años	15	3	45		
	P. Benzatínica 1200000	< 1 año	18	1	18	170	
		1-4 años	82	1	82		
		5-9 años	55	1	55		
		10-14 años	15	1	15		
	Azitromicina20 0mg/5ml	< 1 año	18	1	18	185	1
		1-4 años	82	1	82		3
		5-9 años	55	1	55		5
		10-14 años	15	2	30		
RINOFARINGITIS	Paracetamol 150 mg/5ml	< 1 año	79	1	79	144	
		1-4 años	49	1	49		
		5-9 años	14	1	14		
		10-14 años	2	1	2		
	Ibuprofeno 200mg/5ml	< 1 año	79	1	79	144	
		1-4 años	49	1	49		
		5-9 años	14	1	14		
		10-14 años	2	1	2		
FARINGITIS	Ibuprofeno 200mg/5ml	< 1 año	34	1	34	128	
		1-4 años	55	1	55		
		5-9 años	27	1	27		
		10-14 años	12	1	12		

	Paracetamol 150 mg/5ml	< 1 año	34	1	34	128	
		1-4 años	55	1	55		
		5-9 años	27	1	27		
		10-14 años	12	1	12		
TRAUMATISMOS	Ibuprofeno 200mg/5ml	< 1 año	2	1	2	36	
		1-4 años	23	1	23		
		5-9 años	8	1	8		
		10-14 años	3	1	3		
	Paracetamol 150 mg/5ml	< 1 año	2	1	2	36	
		1-4 años	23	1	23		
		5-9 años	8	1	8		
		10-14 años	3	1	3		
BRONQUITIS	Amoxicilina 250mg/5ml	< 1 año	12	1	12	60	
		1-4 años	17	2	34		
		5-9 años	2	3	6		
		10-14 años	2	4	8		
	Amoxicilina+A cClavulan	< 1 año	12	1	12	60	
		1-4 años	17	2	34		
		5-9 años	2	3	6		
		10-14 años	2	4	8		
	Salbutamol	< 1 año	12	1	12	37	
		1-4 años	17	1	17		
		5-9 años	2	2	4		
		10-14 años	2	2	4		
	Ibuprofeno 200mg/5ml	< 1 año	12	1	12	33	
		1-4 años	17	1	17		
		5-9 años	2	1	2		
		10-14 años	2	1	2		
	Paracetamol 150 mg/5ml	< 1 año	12	1	12	33	
		1-4 años	17	1	17		

		5-9 años	2	1	2		
		10-14 años	2	1	2		
SÍND. GRIPAL	Amoxicilina 250mg/5ml	< 1 año	12	1	12	47	
		1-4 años	16	2	32		
		5-9 años	1	3	3		
		10-14 años	0	4	0		
	Ibuprofeno 200mg/5ml	< 1 año	12	1	12	29	
		1-4 años	16	1	16		
		5-9 años	1	1	1		
		10-14 años	0	1	0		
	Paracetamol 150 mg/5ml	< 1 año	12	1	12	29	
		1-4 años	16	1	16		
		5-9 años	1	1	1		
		10-14 años	0	1	0		
	Loratadina5mg/ 5ml	< 1 año	12	1	12	29	
		1-4 años	16	1	16		
		5-9 años	1	1	1		
		10-14 años	0	1	0		
T. ALIMENTARIA	Salas Rehidratación Oral	< 1 año	3	1	3	40	
		1-4 años	17	1	17		
		5-9 años	8	2	16		
		10-14 años	1	3	3		
	Ibuprofeno 200mg/5ml	< 1 año	3	1	3	29	
		1-4 años	17	1	17		
		5-9 años	8	1	8		
		10-14 años	1	1	1		
TOTAL							12

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

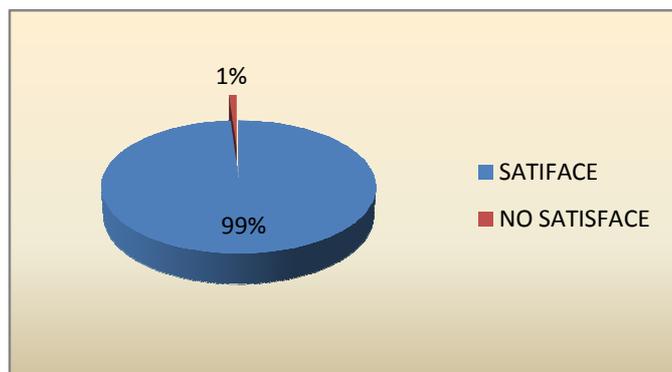


GRÁFICO No.10. RESULTADOS DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL 2010.

Se puede apreciar mediante la TABLA No.1 y GRÁFICO No.10 los resultados de la ejecución del Perfil Epidemiológico que esta basado en normativas del HPAVR, en donde de los 1304 pacientes tomados en cuenta, se encontró que a 12 pacientes se les dio 1 unidad más de medicamento; es decir existieron 12 unidades recetadas y dispensadas en exceso, mismo que equivale al 1% de pacientes que no satisfacen la dosis ya que existe una dosis no adecuada que puede afectar al paciente dando lugar a efectos adversos graves o intoxicaciones en lugar de que mejore de su enfermedad.

CUADRO No.10. PRM IDENTIFICADOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL 2010.

PRM	No DE CASOS	PORCENTAJE %
Contraindicado	13	33,3
Dosis no adecuada	12	30,8
Medicamento no adecuado	7	17,9
Interacción	6	15,4
Duplicidad de medicamento	1	2,6
TOTAL	39	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

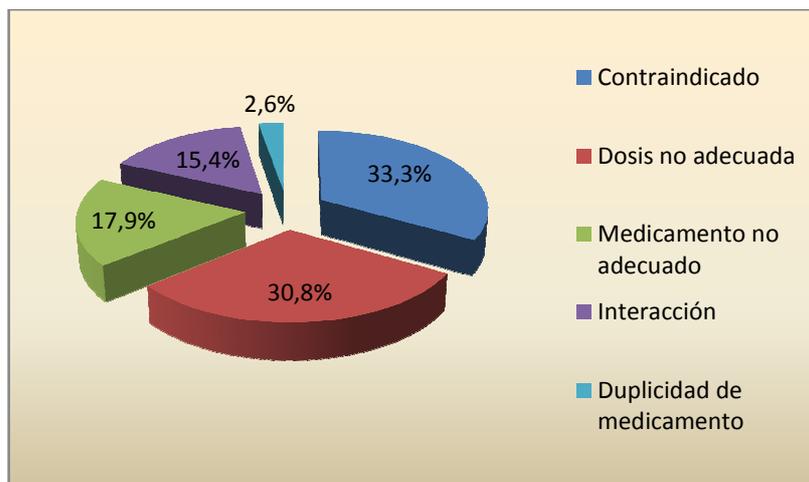


GRÁFICO No.11. PRM IDENTIFICADOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE RIOBAMBA DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL 2010.

Se muestra a través del CUADRO No.10 y GRÁFICO No.11 que los principales PRM identificados son: Contraindicado con el 33,3% como es el caso de la loratadina en niños menores de 2 años, Dosis no adecuada 30,8% que comprende errores de prescripción, Medicamento no adecuado con el 17,9% como lo son los supositorios; e Interacción con 15,4% en la que se destaca que un medicamento disminuye la efectividad de otro ejemplo el ácido clavulánico con los macrólidos. Estos PRM tienen gran importancia ya que determinan que el perfil farmacoterapéutico no es satisfactorio; ya que estos deberían no existir o ser mínimos. Además para la detección de los PRM se realizó en base a estudios bibliográficos nacionales e internacionales existentes.

TABLA No.2. VERIFICACIÓN DE INVENTARIOS Y BODEGA PARA EL ÁREA DE EMERGENCIA EN BASE A LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS MÁS UTILIZADOS.

MEDICAMENTO E INSUMO	EXISTENCIA EN INVENTARIO Y BODEGA
Acetaminofén jarabe	Si
Amoxicilina 250 mg polvo suspensión	Si
Ambroxol + clenbuterol jarabe 7,5 mg /5ml	Si
Ampicilina solución inyectable 500 mg -1 g	Si
Albendazol 100 mg	Si
Azitromicina 200 mg polvo suspensión	Si
Amoxicilina + acidoclavulánico	Si
Cotrimoxazol 240 mg suspensión	Si
Cloruro de sodio 0,9%	Si
Claritromicina 125 mg suspensión	Si
Dextrosa al 5%	Si
Electrosol sodio	Si
Electrosol potasio	Si
Ibuprofeno 100 mg suspensión	Si
Ibuprofeno 200 mg suspensión	Si
Jeringuillas 3,5,10 cc	Si
Loratadina 5 mg	Si
llave de tres vías	Si
Metronidazol 250 mg suspensión	Si
Microgotero	Si
Penicilina Benzatinica 1200000	Si
Salas de rehidratación	Si
Salbutamol 0,5% para nebulización	Si
Suero fisiológico	Si
Vasocan No 22 y 24	Si

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

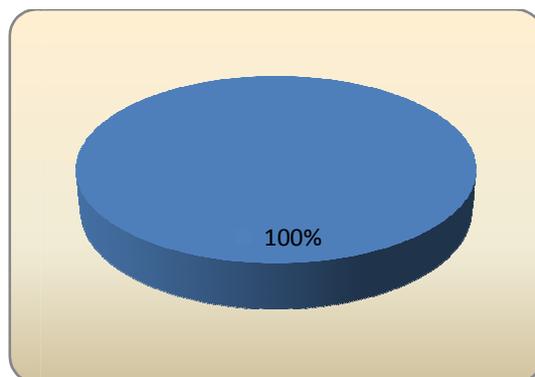


GRÁFICO No.12. VERIFICACIÓN EN INVENTARIOS Y BODEGA DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS MÁS UTILIZADOS PARA EL ÁREA DE EMERGENCIA.

La TABLA No. 2 y GRÁFICO No 12 indican que el 100% de los medicamentos que fueron dispensados en mayor proporción para las diferentes morbilidades durante este mes de análisis; si constan en el inventario del área de Emergencia y que además se tienen las respectivas reservas para el consumo del resto del año según la demanda esperada.

CUADRO No.11 POSIBLES PÉRDIDAS DE MEDICAMENTOS DESCUBIERTAS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAVR DE RIOBAMBA DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL 2010.

CAUSAS	No MEDICAMENTOS	PORCENTAJE%
INGRESOS NO COMPROBADOS	2	1,7
DOSIS NO ADECUADA	12	9,9
RECETAS SIN HOJAS 08	107	88,4
TOTAL	121	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

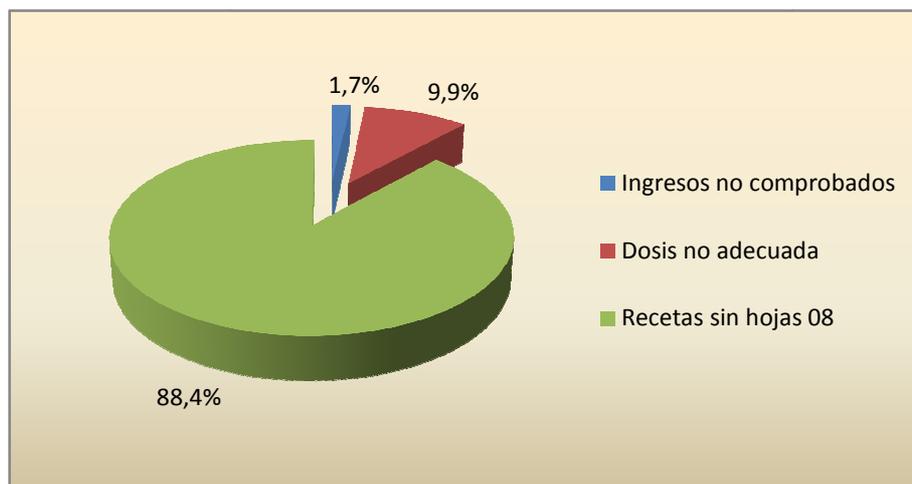


GRÁFICO No.13 MEDICAMENTOS QUE FUERON DISPENSADOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAVR DE RIOBAMBA DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL 2010 Y QUE SON CONSIDERADOS COMO PÉRDIDAS.

Las causas de la posible pérdida de medicamentos se muestran en el CUADRO No 11 y GRÁFICO No 13, en donde se determina que la principal causa que se encontró es la de recetas que no tienen hojas 08 con un total de 107 unidades que corresponden al 88,4%; esto indica que al no existir estos documentos no hay evidencia de que esos pacientes que sacaron medicinas fueron atendidos dentro de Emergencia y que en realidad necesitaban esa medicación. A no ser de que se de una justificación apropiada por parte del personal Médico que es quien prescribe las recetas y tiene total control sobre las mismas.

CUADRO No.12 ANÁLISIS COMPARATIVO COSTO – BENEFICIO DE LA PÉRDIDA DE MEDICAMENTOS DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAVR DE RIOBAMBA DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL 2010.

TIPO DE MEDICAMENTO PERDIDO	CANTIDAD	PORCENTAJE %	COSTO \$
Analgésicos y antiinflamatorios	50	41,3	33,5
Vitaminas	28	23,1	10,54
Anti infecciosos	27	22,3	78,43
Antiparasitarios	10	8,3	6,24
Otros	6	5	20,32
TOTAL	121	100	149,03

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

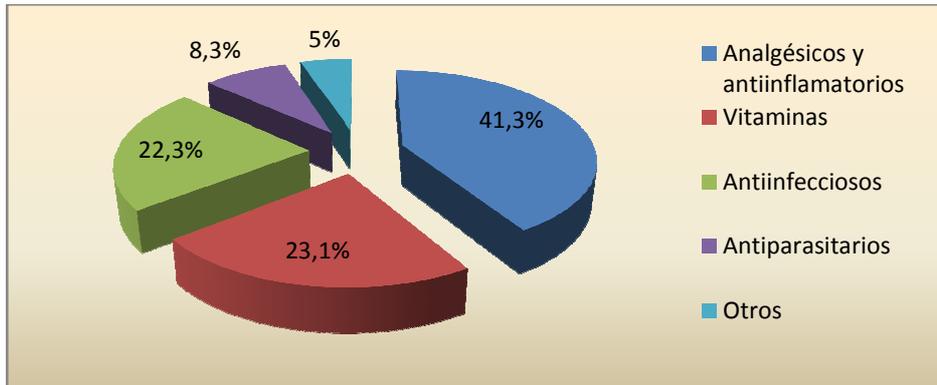


GRÁFICO No.14 PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS PERDIDOS DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAVR DE RIOBAMBA DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL 2010.

Se determinó que los Analgésicos y Antiinflamatorios ocupan la mayor parte de los medicamentos que se los toma como pérdidas con un total de 50 unidades que corresponden al 41,3%, seguidos de las vitaminas con 28 unidades que son el 23,1% y los antiinfecciosos con 27 unidades que equivale al 22,3% como se observa en el CUADRONo.12 y GRÁFICO No. 14. Esto indica que las perdidas van relacionadas con los medicamentos que tienen mayor demanda según el análisis mencionado ya anteriormente.



GRÁFICO No.15 COSTOS DE MEDICAMENTOS TOMADOS COMO UNA PÉRDIDA DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HPAVR DE RIOBAMBA DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL 2010.

Mediante el CUADRO No.12 y GRÁFICO No.15 se demuestra encambio que los medicamentos Antiinfecciosos pese a no ser los de mayor porcentaje en unidades perdidas, si son los que ocupan mayores costos con \$78,43, seguido de los Analgésicos con \$33,50 y el grupo de los otros medicamentos con \$20,32 siendo estos tres grupos los más relevantes; pero el costo total del mes de observación llegan a \$149,03 quedando en evidencia que hay grandes pérdidas de medicinas por el mal manejo de las mismas por parte del personal médico que labora dentro del área de Emergencia y que esto trae como consecuencia perdidas económicas muy altas para el HPAVR. Así también un efecto negativo es que con toda la medicina que no se sabe a donde en realidad fue a dar se pudo haber beneficiado a muchos pacientes o talvez con ese dinero se pudo heber hecho otras adquisiciones que son muy necesarias en Farmacia.

Se sabe que la farmacia invierte fuertes cantidades de dinero en compras y adquisiciones en medicina para todas las áreas del Hospital las mismas que espero que se reduscan haciendo un seguimiento a los culpables de estas perdidas presentadas. Estos resultados fueron determinados en base a una documentación privada de Farmacia que se me fue facilitada en donde se establece los precios que tienen cada uno de los medicamentos.

3.4. ANÁLISIS DE ENCUESTA REALIZADA A PERSONAL MÉDICO DE EMERGENCIA.

CUADRO No.13 ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES QUE SE ATIENDEN EN ESTA ÁREA.

ENFERMEDADES	CANTIDAD	PORCENTAJE%
Amigdalitis aguda	5	22
Faringitis aguda	5	22
EDA	5	22
Broncomonía	5	22
Influenza Estacional	1	4
Dermatitis atópica	1	4
Neumonía	1	4
TOTAL	23	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

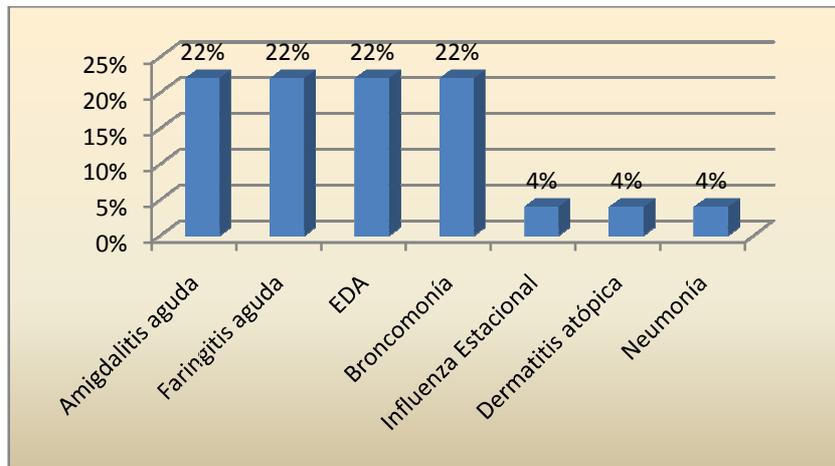


GRÁFICO No.16 DA A CONOCER LOS PORCENTAJES DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES QUE SE ATIENDEN EN ESTA ÁREA.

Con el CUADRO No. 13 Y GRÁFICO No. 16 se muestra que coincidieron los Médicos del área de Emergencia en decir que entre las enfermedades más frecuentes se encuentran la Amigdalitis aguda, Faringitis aguda, EDA y Broncomonía las mismas que ocupan un 22% cada una del total de los votos; las que a la vez están relacionadas con las enfermedades establecidas como las principales causas de morbilidad que se indican en el CUADRO No. 4 y GRÁFICO No. 4 anteriormente.

CUADRO No.14 REVELA SI EXISTEN SIEMPRE EN FARMACIA TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SE NECESITAN PARA EMERGENCIA.

OPCIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE %
Si	5	100
No	0	0
TOTAL	5	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

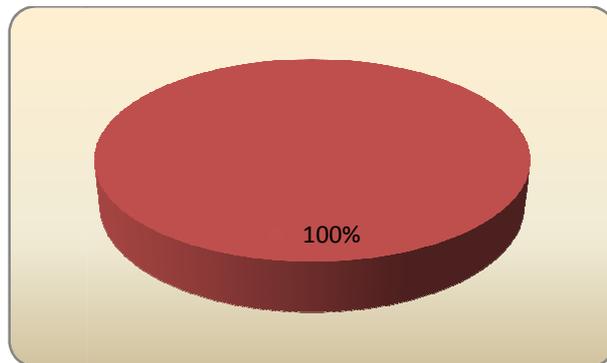


GRÁFICO No.17 CORRESPONDE A LA DISPONIBILIDAD EXISTENTE DE TODOS LOS MEDICAMENTOS POR PARTE DE FARMACIA.

Por medio del CUADRO No. 14 y GRÁFICO No. 17 se estableció por criterio de los Médicos con un 100% que siempre existen todos los medicamentos necesarios para emergencias por parte de la Farmacia y esto se pudo comprobar mediante la verificación de los inventarios correspondientes y los resultados se observan en la TABLA No. 2 y GRÁFICO No. 12.

CUADRO No.15 MUESTRAN EL TIPO DE MEDICAMENTOS QUE SE USAN MÁS Y CUÁLES SON.

MEDICAMENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE%
Antiinfecciosos	5	38,4
Analgésicos y antiinflamatorios	4	30,8
Antimicóticos	2	15,4
Antivirales	2	15,4
TOTAL	13	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

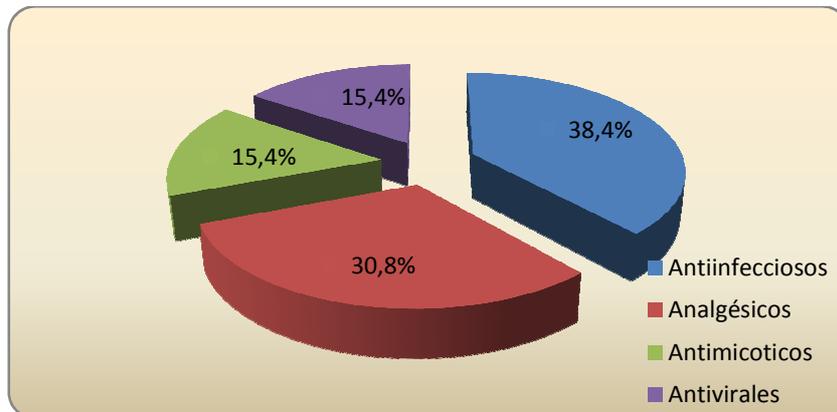


GRÁFICO No.18 DEMUESTRA TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SE UTILIZAN CON MAYOR FRECUENCIA.

Los resultados expresados en el CUADRO No. 15 y GRÁFICO No. 18 corresponden a los principales tipos de medicamentos que fijan según los Medicos como los de mayor utilidad y son los Antiinfecciosos con un 38,4%, los Analgésicos con un 30,8% siendo los dos los que sobresalen. Asi tambien coinciden con el estudio que se muestra en el CUADRO No. 1 y GRÁFICO No. 1 anteriormente.

CUADRO No.16 DETERMINA LA FRECUENCIA CON QUE SE CUIDA QUE NO EXISTAN INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS AL MOMENTO DE RECETAR.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE %
Siempre	4	80
A veces	1	20
Nunca	0	0
TOTAL	5	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

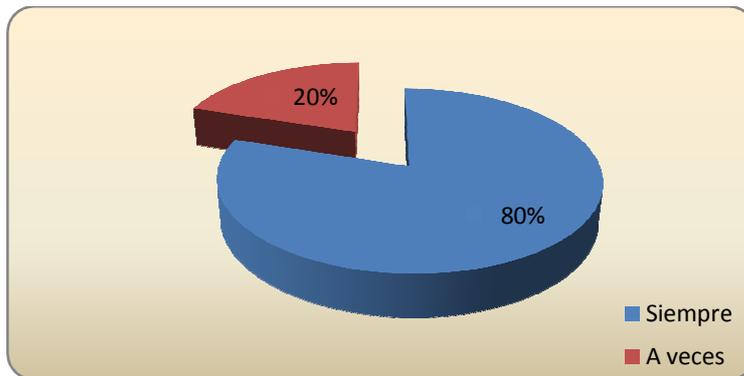


GRÁFICO No.19 FRECUENCIA CON QUE SE CUIDA QUE NO EXISTAN INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS AL MOMENTO DE RECETAR.

El CUADRO No. 16 y GRÁFICO No. 19 pone en evidencia que el 80% del personal Médico siempre cuida que no existan interacciones medicamentosas, mientras que el 20% restante dice que solo lo hace a veces por falta de tiempo. Estos resultados tienen algo de relación con los expuestos en CUADRO No. 10 y GRÁFICO No. 11 ya mencionados.

CUADRO No.17 CÓMO EL PROFESIONAL MÉDICO CONSIDERA LA ATENCIÓN QUE BRINDAN EN ESTA ÁREA.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE %
Muy buena	4	80
Buena	1	20
Mala	0	0
TOTAL	5	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

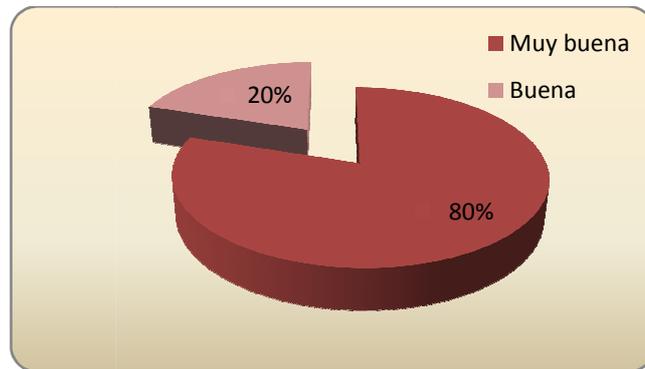


GRÁFICO No.20 CÓMO EL PROFESIONAL CONSIDERA LA ATENCIÓN BRINDADA EN ESTA ÁREA.

Se puede apreciar en el CUADRO No. 17 y GRÁFICO No. 20 que un 80% de los Médicos consideran que la atención que brindan a la población es Muy buena ya que dicen que atienden al momento y dan la medicina gratis, pero un 20% restante dice que la atención es solo Buena ya no se dispone de equipos que son de gran importancia para emergencias.

3.5. ANÁLISIS DE ENCUESTA REALIZADA A FAMILIARES DE LOS PACIENTES

CUADRO NO.18 ESTABLECE CÓMO CONSIDERA LA POBLACIÓN LA ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN EL ÁREA DE EMERGENCIA.

OPCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE %
Muy buena	2	20
Buena	8	80
Mala	0	0
TOTAL	10	100

ELABORADO POR: LUPE TERESA SANUNGA SILVA

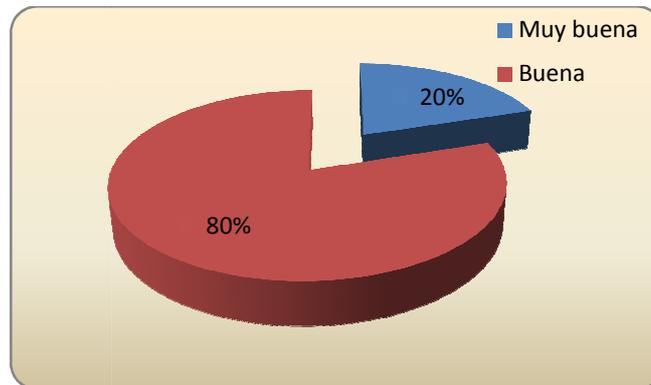


GRÁFICO No.21 CÓMO SE CONSIDERA LA ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN EL ÁREA DE EMERGENCIA

Se demuestra con el CUADRO No. 18 y GRÁFICO No. 21 que el 80% de la población encuestada y que son familiares de los pacientes atendidos consideran que la atención brindada en Emergencia es Muy buena ya que el servicio no cuesta y además se les da los medicamentos de forma gratuita, mientras que el 20% restante dice que es Buena porque debería existir al menos otro Médico tratante para la atención por la gran demanda de pacientes ya que se espera mucho tiempo. Esto sale al contrario de lo que dicen los Médicos en la encuesta realizada como lo indica el CUADRO No. 17 y GRÁFICO No. 20.

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES

1. Se analizó el consumo de medicamentos en el área de Emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba, orientado más en detectar las causas de la pérdida de medicinas; así como también mejorar el tratamiento farmacoterapéutico de los pacientes. Donde de los 1466 pacientes que fue la muestra total, el sexo Masculino representa el 51% y el sexo Femenino el 49%; de ellos los niños de entre 1 a 4 años ocupan la mayor parte de pacientes con el 40,6%. (Ver CUADRO No.2,3).
2. Se realizó el Diagnostico Situacional de la dispensación y consumo de medicamentos del año 2009 y dio como resultados que el Ibuprofeno se utilizó en mayor proporción con 5292 unidades que representa el 22,5%; luego esta la Amoxicilina con 2395 unidades que equivale al 10,2%, y el suero oral con 2017 unidades que corresponde al 8,6% del total de medicina respectivamente; demostrando que los antiinflamatorios y antiinfecciosos fueron ampliamente utilizados en pacientes infantes para diversas patologías. (Ver CUADRO No1).
3. Se detecto que entre las afecciones que se presentan con mayor frecuencia en el área de Emergencia del HPAVR se destacan la EDA con 243 casos que representan un 18,3%; Parasitosis con 174 casos que corresponde al 13%, Amigdalitis con 171 casos que equivale el 12,9%, Rinofaringitis con 145 casos que es el 10,9% y la Faringitis con 129 casos que pertenece al 9,7%. (Ver CUADRO No.4).

4. Se comprobó que la dosificación prescrita por los Médicos en algunos casos no se ajustaban al perfil farmacoterapéutico que el paciente requería.
5. Se demostró la mayor incidencia del Perfil de Morbilidad para cada grupo etario es: en pacientes menores de 1 año la Rinofaringitis con 79 casos que representa un 27%, para los niños de 1 a 4 años la EDA con 129 casos que equivale al 23,4%, y la Parasitosis que se presenta en pacientes de 5 a 9 años con 71 casos que corresponde un 22,4%, en pacientes de 10 a 14 años con 66 casos que constituye un 46,1% y en pacientes de 15 a 19 años con 14 casos que es igual al 53,9%. (Ver CUADRO No. 5,6,7,8,9).
6. Se efectuó la encuesta al personal Médico del área de Emergencia mismos que coinciden con el estudio en cuanto a las enfermedades más comunes y los medicamentos que más se usan, además dicen que siempre existe en farmacia todos las medicinas, el 80% de Médicos aseveran que evitan no producir interacciones medicamentosas y que la tención que brindan es Muy buena según el 80% de los encuestados. (Ver CUADRO No.13, 14, 15, 16, 17).
7. Se observó que las adquisiciones e inventarios si estaban en relación a la gran demanda de pacientes que acudieron a la farmacia por medicamentos en un 100%; además se evidencio que existía suficiente medicina para todo el resto del año. (Ver TABLA No.2).
8. Se ejecutó un análisis comparativo costo – beneficio en donde se determina que la principal causa para las pérdidas de medicamentos que se encontró es la de recetas que no tienen hojas 08 con un total de 107 unidades que corresponden al 88,4%; y que los Analgésicos y Antiinflamatorios ocupan la mayor parte de los medicamentos que se los toma como pérdidas con un total de 50 unidades que corresponden al 41,3%. (Ver CUADRO No.11,12).

9. Se realizó la difusión al personal médico y de farmacia de los resultados del estudio efectuado con el propósito de que se conozca y se tomen los correctivos necesarios.

10. El valor por pérdidas de medicina en el área de Emergencia durante el mes estudiado alcanzó a \$149,03, dejando en evidencia que el valor estimado para el año es considerablemente elevado, tomando en cuenta que los ingresos para la Institución no son tan grandes y que debe haber buen manejo de los mismos.

CAPÍTULO V

5. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere contar con un Médico tratante más en el área de Emergencia para mejorar el servicio a la colectividad ya que los familiares de los pacientes se quejan que la atención no es rápida como lo debería ser.
2. Se recomienda crear un nuevo modelo de receta tipo chequera para todas las áreas y en especial para Emergencia debido a la gran fuga de medicina, en la que exista un talonario donde también conste la firma y sello del médico que se hace responsable de sus recetas que prescriba junto con la fecha, el nombre del paciente y el servicio a que corresponde, para de esta manera verificar con las hojas 08.
3. Se podría pedir a las máximas autoridades de Salud que el Bioquímico Farmacéutico se incorpore al equipo de salud dentro de todos los Hospitales Públicos del País, para poder brindar nuestros conocimientos a la colectividad buscando el beneficio del paciente.
4. Se debería proponer al HPAVR que la Farmacia preste su servicio las 24 horas del día y que se incorpore un profesional Bioquímico Farmacéutico más para así tener un mayor control en cuanto a la salida legal de medicina y también mejorar el tratamiento farmacoterapéutico de los pacientes en general.
5. Convendría hacer continuas capacitaciones al personal de farmacia para que estén al tanto sobre todo lo concerniente a los medicamentos.

CAPÍTULO VI

6. RESUMEN

Se analizó el consumo de medicamentos en el área de Emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román de la ciudad de Riobamba durante el mes de Agosto del 2010, para detectar causas de pérdida de medicinas y mejorar el tratamiento farmacoterapéutico de los pacientes.

Se utilizó el Método deductivo realizándose seguimiento a recetas, hojas 08 y partes diarios de pacientes para obtener información del consumo de medicamentos, ejecutar análisis estadístico y obtener resultados de la investigación.

Se identificó que los medicamentos más consumidos fueron: el antiinflamatorio Ibuprofeno con 5292 unidades que representa el 22,5%, el antiinfeccioso Amoxicilina con 2395 unidades equivalente al 10,2%. Los posibles factores de pérdida fueron: desfallo de medicina por recetas que no tienen hojas 08 como evidencia de que fueron entregadas al paciente siendo un total de 107 unidades, equivalentes al 88,4%; dosis no adecuada, con 12 unidades correspondientes al 9,9%, de estos factores los antiinflamatorios, las vitaminas y los antiinfecciosos, fueron los medicamentos que más se pierden 41,3%, 23,1% y 22,3% respectivamente, las pérdidas de medicinas durante el mes estudiado alcanzan a \$149,03.

Se evidenció pérdidas económicas para el Hospital, recomendándose crear un nuevo modelo de receta tipo chequera para que en el talonario también conste datos del paciente, el área a la que pertenece y el medicamento prescrito, evitándose mayores pérdidas de medicamentos.

SUMMARY

It was analyzed the consumption of medicines in the área of Emergency of the Pediatric Hospital Alfonso Villagómez Román of the city of Riobamba during the month of August 2010, to detect causes of loss of medicines and to improve the pharmacotherapeutic treatment of the patients.

The deductive Method was used being carried out monitoring to prescriptions, leaves 08 and daily reports of patients to obtain information of the consumption of medicines, to execute statistic analysis and to obtain results of the investigation

It was identified that the most consumed medicines were: the anti-inflammatory Ibuprofen with 5292 units that represents the 22.5% the ant infectious Amoxilina with 2395 units equivalent to the 10, 2%. The possible factors of loss were: embezzlement of medicine by prescriptions that do not have leaves 08 as evidence that they were delivered the patient being a total of 107 units, equivalent to the 88,4%, dose done not owe, with 12 units corresponding to the 9,9%, of these factors the anti-inflammatories the vitamins and the ant infectious were the medicines that more are lost 41,3%, 23.1% and 22.3% respectively, the lost ones of medicines during the studied month reach to \$ 149,03.

It was shown economic losses for the Hospital, being recommended to créate a new checkbook type prescription model so that in the checkbook also the patient data can be evident, the área to which belongs and the prescribed medicine, being avoided greater losses of medicines.



CAPÍTULO VII

7. BIBLIOGRAFÍA

1. **AGUILAR, E.** Diez Principales Causas de Morbilidad Ecuador 2007
<http://juansiguenzamorbididadecuador.blogspot.com/>
2009/01/12
2. **ÁLVAREZ, F. y otros.** 2001. Atención Farmacéutica en Personas que han Sufrido Episodios Coronarios Agudos. Salud Pública. (España) Vol. 75 pp. 375-388.
3. **ATENCIÓN DE FARMACIA HOSPITALARIA**
<http://users.servicios.retecal.es/pdelrio/fmn.html>
2005/02/28
4. **ATENCIÓN FARMACÉUTICA**
http://www.atencion-farmaceutica.com/atencion_farmaceutica.htm
2007/05/11
5. **ATENCIÓN FARMACOTERAPEÚTICA**
<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/ops/sdmdu.pdf>
2010/11/23

6. BARNÉS, M. Medicamentos Genéricos

http://www.saludalia.com/saludaliaNuevo/interior/farmacia/doc/medicamentos_genericos.htm#1

2000/11/08

7. BRODIE, DC. y otros. 1980. Societal Needs for Drugs and Drugsrelated Services. Estados unidos. Am J Pharm. pp. 276-278.

8. CERASALE, V. Política de Medicamentos Eficaz

<http://www.revistamedicos.com.ar/numero20/pagina72.htm>

2002/08/04

9. CHINCHILLA, C. Perfil Farmacoterapéutico del Paciente

mar.uninet.edu/zope/.../perfil%20farmacoterapeutico.pdf – Similares

2008/07/01

10. COMISIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DEL ECUADOR.

2006. Guía Terapéutica del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos. 6a.ed. Quito. Artegraf. pp. 15-44.

11. CONTERO, F. s/a. Introducción a la Atención Farmacéutica. Riobamba. s.e. pp. 3-4

12. DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

<http://www.dnsffaa.gub.uy/revista/Vol26/Contenido.htm#Resumen48>

2010/03/18

13. FÁRMACOS GENÉRICOS

<http://www.elergonomista.com/galenica/concepto.htm>

2007/05/27

- 14. FATTORUSSO, V., RITTER, O.** 2001. Vademécum Clínico. 9a. ed. Madrid. El Ateneo. pp. 417-615.

- 15. FERNÁNDEZ, M.** Costo - beneficio.

<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v40n4/v40n4a02.pdf>

2007/05/23

- 16. GONZALES M. y otros.** 2006. Manual de Terapéutica. Medellín. CIB. pp. 2-575.

17. GUÍA DE MEDICAMENTOS

http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap2-6-1-1.pdf

2010/10/22

- 18. HERRERA, J. y otros.** 2007. Atención Farmacéutica en Pediatría. Madrid. El Sevier. pp. 379.

- 19. HERRERA, M.** Fármaco Economía, Eficiencia y Uso Racional de Medicamentos.

<http://www.Revbrasciencfarm.com/htm>

2007/03/17

- 20. INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD.** Medicamento genérico

<http://www.institutonacionaldesalud./doc/medicamentosgenericos.htm>

2009/07/07

- 21. JIMENEZ, V.** 2003. Problemas Farmacoterapéuticos. Guía para su Prevención y Resolución. España. AFAHPE. pp. 14-16.
- 22. LABORATORIOS ROCHE.** 1998. Vademécum Farmacéutico. 8a. ed. Quito. s.e. pp. 564
- 23. LOS MEDICAMENTOS**
<http://www.fisterra.com/material/formMag/formMag.asp>
2006/04/23
- 24. LLAMUCA, T.** 2010. Identificación y Control de PRM en el Área de Hospitalización del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román – Riobamba. Bioquímico Farmacéutico. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Ciencias. Escuela de Bioquímica y Farmacia. pp.35 – 56.
- 25. MEDICAMENTO GENÉRICO**
<http://holistica2000.com.ar/Schwarzcol1.htm>
2008/11/05
- 26. MEDICAMENTOS GENÉRICOS**
http://www.aeseg.es/genericos_preguntas.asp
2006/06/15
- 27. NIÑOS MENORES DE 1 AÑO SE BENEFICIAN EN CORDOBA DEL ACCESO GRATUITO A LOS MEDICAMENTOS.**
<http://www.surdecordoba.com/mas-noticias/143-mas-noticias-/744-mas-de-22000-menores-de-un-ano-se-benefician-en-córdoba-del-acceso-gratuito-a-los-medicamentos.html>
2010/09/09
- 28. ORTIZ, L.** Perfil Epidemiológico de la Población

[http://www.eumed.net/libros/2010b/690/PERFIL%20EPIDEMIOLOGICO%
DE%20LA%20POBLACION.htm](http://www.eumed.net/libros/2010b/690/PERFIL%20EPIDEMIOLOGICO%20DE%20LA%20POBLACION.htm)

2010/03/08

- 29. PAURA, A.** 2005. Introducción a la Atención Farmacéutica. Curso de Atención Farmacéutica. Módulo I. Buenos Aires. pp 1-8.

30. QUÉ ES UN PERFIL EIDEMIOLOGICO

<http://ar.answers.yahoo.com/question/index?qid=20101021193302AAz1kDo>

2008/05/27

- 31. ROSENSTEIN, E.** 2001. Vademécum de Bolsillo. 27a. ed. Quito. PLM, S.A. pp. 188-191.

32. SALUD EN EL ECUADOR

<http://www.saludecuador.com.htm>.

2009/07/24

- 33. SAMANIEGO, E.** 2005. Fundamentos de Farmacología Médica. 6ª.ed. Quito. CCE. 2p

34. SÁNCHEZ, M. Control del Gasto Farmacéutico

[http://www.elpais.com/articulo/sociedad/98/farmacias/pagara/Estado/elpepisoc/2
0100327elpepisoc_7/Tes](http://www.elpais.com/articulo/sociedad/98/farmacias/pagara/Estado/elpepisoc/20100327elpepisoc_7/Tes)

2010/03/29

- 35. SCHNEIDER, C. y otros.** 2004. Vademécum Farmacológico Ecuatoriano. Genérico y de Marcas. Bogotá. Ediciones Médicas Internacionales. 519 p.

36. SEDEÑO, C. y otros. 2003. Atención Farmacéutica. Ejercicio del Profesional que Contribuye al Uso Racional de los Medicamentos en la Sociedad. Academia (España). Vol. 3. pp. 15-17.

37. UNIVERSIDAD CATÓLICA “SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO”

www.slideshare.net/.../calculo-de-dosis-pediátricas.

2009/11/23

38. USO DE MEDICAMENTOS

<http://www.ugr.es/~atencfar/>

2006/04/12

39. WERTHEIMER, A. y otros. 1989. Manual para la Administración de Farmacia Hospitalaria. Washington. OPC. pp. 2-6.

CAPÍTULO VIII

8. ANEXOS

ANEXO No.1. TABLA DE LOS PRINCIPALES MEDICAMENTOS CON LAS RESPECTIVAS CANTIDADES QUE SE UTILIZARON DURANTE EL AÑO 2009 PARA EL ÁREA DE EMERGENCIA.

TIPO DE MEDICAMENTO	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	CANTIDAD
Antiinflamatorio y antirreumático (AINE)	Ibuprofeno suspensión 100 mg/5ml	1576
	Ibuprofeno forte suspensión 200 mg/5ml	2737
	Ibuprofeno tabletas 200,400,600 mg	979
Antibacteriano Betalactámico	Amoxicilina suspensión 250 mg/5ml	1457
	Amoxicilina + sulbactan polvo suspensión	800
	Amoxicilina + ácido clavulánico polvo suspensión 250 mg/62,5 mg/5ml	138
Antiasmático broncodilatador	Ambroxol gotero 15 mg/2ml	89
	Ambroxol + clenbuterol jarabe 7,5 mg /5ml	515
Preparación para resfriado común	Acetaminofén + pseudoefedrina + loratadina jarabe	313
	Acetaminofén + pseudoefedrina + loratadina gotero	377
Analgésicos y Antipiréticos	Acetaminofén jarabe 120 mg	210
	Acetaminofén gotero 100 mg	4
	Acetaminofén tabletas 500 mg	365
	Acetaminofén supositorios 300 mg	14
Antiinfeccioso	Penicilina Benzatínica 1200 000 UI	603
Antiinfeccioso	Azitromicina suspensión 200 mg/5 ml	831
	Azitromicina tabletas 500 mg	263
Antiinfeccioso	Ampicilina solución inyectable 500 mg -1 g	463
	Ampicilina + sulbactan polvo suspensión	9
Electrolitos con carbohidratos	Sales de rehidratación oral sobres	2017
Otros		9776
TOTAL		23.526

ANEXO No.2. TABLA DE MEDICAMENTOS QUE SE DISPENSARON PARA EMERGENCIA QUE SOLO TENIAN RECETAS MÁS NO LAS HOJAS 08 COMO EVIDENCIA DE QUE EL PACIENTE FUE ATENDIDO EL EN HPAVR DE RIOBAMBA Y QUE REPRESENTAN PÉRDIDAS.

CAUSA	MEDICAMENTO	No UNIDADES	\$ COSTO/UNIDAD	\$ COSTO FINAL
DOSIS INADECUADA	Amoxicilina polvo para suspensión 250 mg/5ml	1	1,11	1,11
	Azitromicina polvo para suspensión 200 mg/5ml	9	4,12	37,08
	Claritromicina polvo para suspensión 125 mg/5ml	2	5,7	11,4
FALSOS INGRESOS	Ácido ascórbico tableta 500 mg	1	0,08	0,08
	Dextrosa en agua al 5% 1000 cc	1	1,18	1,18
RECETAS SIN HOJAS 08	Complejo B jarabe 120 ml	10	0,91	9,1
	Ibuprofeno suspensión 100 mg/5ml	12	1,45	17,4
	Ibuprofeno suspensión 200 mg/5ml	6	1,65	9,9
	Amoxicilina polvo para suspensión 250 mg/5ml	5	1,11	5,55
	Paracetamol jarabe 150mg/ml	10	0,53	5,3
	Sulfadiazina de plata crema 1%	1	1,72	1,72
	Dicloxacilina polvo para suspensión 250 mg/5ml	2	1,31	2,62
	Ácido ascórbico tableta 500 mg	17	0,08	1,36
	Paracetamol tabletas 500 mg	10	0,03	0,3
	Metronidazol suspensión 250mg/5ml	4	0,78	3,12
	Tinidazol tableta 1 g	4	0,11	0,44
	Gentamicina oftálmica 300mg/5ml	1	2,27	2,27
	Ibuprofeno tableta 600 mg	12	0,05	0,6
	Clotrimoxazolsulfa suspensión 200mg+40mg/5ml	2	1,15	2,3
	Albendazol suspensión 100 mg/5ml	2	1,34	2,68
	Aciclovir suspensión 200 mg/5ml	2	8	16
	Azitromicina polvo para suspensión 200 mg/5ml	2	4,12	8,24
	Cefalexina polvo para suspensión 250 mg/5ml	2	1,08	2,16
	Claritromicina polvo para suspensión 125 mg/5ml	1	5,7	5,7
	Loratadina jarabe 5 mg/5ml	1	1,14	1,14
	Sales de rehidratación oral sobre en polvo	1	0,28	0,28

ANEXO No.3. ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL MÉDICO DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL “HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN”.

Objetivo: Obtener información real para el desarrollo de Tesis titulado “Análisis del consumo de medicamentos en el área de Emergencia del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román - Riobamba.”

1.- ¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes que se atienden en esta área?

.....
.....

2.- ¿Existen siempre en farmacia todos los medicamentos que se necesitan para emergencia?

SI ()

NO ()

Si la respuesta es NO cuáles son:.....

.....

3.- ¿Qué tipo de medicamentos se usan más y cuáles son?

Analgésicos ().....

Antibacterianos ().....

Antimicóticos ().....

Antivirales ().....

Otros ().....

4.- ¿Con qué frecuencia cuida usted que no existan interacciones medicamentosas al momento de recetar?

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

Por qué.....

5.- ¿Usted como profesional considera que la atención brindada en esta área es?

Muy buena ()

Buena ()

Mala ()

Por qué.....

Gracias

ANEXO No.4. ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA.



FOTOGRAFÍA No.1. SALA DE EMERGENCIA



FOTOGRAFÍA No.2. PACIENTES EN ESPERA DEL TURNO EN EMERGENCIA

ANEXO No.5. TRABAJO REALIZADO EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL 2010.



FOTOGRAFÍA No.3. TOMA DE DATOS DE LAS HOJAS 08 EN FARMACIA



FOTOGRAFÍA No.4. TOMA DE DATOS DE RECETAS EN FARMACIA



FOTOGRAFÍA No.5. DOCTORA LÍDER DE FARMACIA QUIEN ME COLABORÓ

ANEXO No.6. HOJA 08 DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA.

HISTORIA CLÍNICA		HISTORIA CLÍNICA		HISTORIA CLÍNICA		HISTORIA CLÍNICA		HISTORIA CLÍNICA																					
1. REGISTRO DE ADMISIÓN																													
<table border="1"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Apellido</td> <td>Sexo</td> <td>Edad</td> <td>Fecha de admisión</td> <td>Horario</td> <td>Turno</td> <td>Atendido por</td> <td>Asesorado por</td> <td>Asesorado por</td> </tr> <tr> <td>...</td> </tr> </table>										Nombre	Apellido	Sexo	Edad	Fecha de admisión	Horario	Turno	Atendido por	Asesorado por	Asesorado por
Nombre	Apellido	Sexo	Edad	Fecha de admisión	Horario	Turno	Atendido por	Asesorado por	Asesorado por																				
...																				
2. FASE DE ATENCIÓN FACTIVA																													
<table border="1"> <tr> <td>...</td> </tr> </table>																			
...																				
3. ACCIDENTE, HISTORIA, INFORMACIÓN, EXAMENAMIENTO CLÍNICO Y MAGNIFICACIÓN																													
<table border="1"> <tr> <td>...</td> </tr> </table>																			
...																				
4. ASISTENTES PERSONALES Y FAMILIARES																													
<table border="1"> <tr> <td>...</td> </tr> </table>																			
...																				
5. ENFERMEDAD ACTUAL Y ENTORNO DE SU CASA																													
<table border="1"> <tr> <td>...</td> </tr> </table> <p>...</p>																			
...																				

ANEXO No.7. PARTE DIARIO DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA.

		Dr. Jorge Enrique Ballester CIRUJANO GENERAL COL. 2210		DÍA 1 MES Agosto AÑO 2010															
HORA	Nº DE HISTORIA CLINICA O APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	Afiliado al I.E.S.S.	DOMICILIO	EXPLICAR LA EMERGENCIA							TRANSFERIDO A					Condición al salir		DIAGNOSTICO PRINCIPAL
					Medicina General	Cirugía General	Pediatría	Ginecología	Oftalmología	Hidrocefalia	Accidente / Trauma / Lesión / Quemadura / Polio	SI	NO	OTROS	Hospital - Consulta Externa	Domicilio	Otro Hospital	Vivo	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	Taty Moya	3a		San Antonio	✓														EDA
	Marcelo Moya	8a		San Antonio	✓														EDA
	Patricio Moya	9a		San Antonio	✓														Control
	Daniela Estrella	4a		La Esperanza	✓														EDA
	Helene Moya	8a		San Antonio		✓													Colitis aguda?
	Guillermo Moya	2a		La Esperanza	✓														Peritonitis
	Santiago Moya	5a		San Antonio	✓														Peritonitis
	Patricio Moya	3a		San Antonio	✓														EDA
	Juan Carlos Moya	10a		Control	✓														EDA
	Yanet Moya	1a		Control		✓													TEE
	María de los Angeles	4a		La Esperanza	✓														EDA
	Florencia Moya	10a		La Esperanza															Colitis aguda
	Patricio Moya	2a		San Antonio	✓														Colitis aguda
	María Fernanda	8a		San Antonio	✓														EDA
	Helene Moya	8a		San Antonio	✓														Peritonitis
	Carla Moya	10a		San Antonio	✓														Peritonitis
	Cristina Moya	1a		San Antonio	✓														Colitis
	Carla Moya	10a		San Antonio	✓														EDA
	Patricio Moya	3a		San Antonio	✓														Peritonitis
	Reina Moya	1a		San Antonio	✓														Peritonitis
	Rebeca Moya	2a		San Antonio	✓														EDA

S.P. SI Form. 527

REGISTRO DE CONSULTAS EN EMERGENCIA

REGISTRO DE CONSULTAS EN EMERGENCIA

ANEXO No.8. RECETA DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA.

 Hospital Pediátrico ALFONSO VILLAGÓMEZ R. RIOBAMBA					
Nombre <i>Aldo Z Emby</i>					
DÍA	MES	AÑO	EDAD	# H. CLÍNICA	
<i>27</i>	<i>08</i>	<i>2010</i>	<i>5a</i>		
Cama #			Servicio <i>EMG</i>		
Rp.			Receta #		
<p><i>Ibuprofeno 100mg</i> <i>frasco # (Luna)</i></p> <hr/> <p><i>1</i></p>					
					
Firma		Sello		Código #	

ANEXO No.9. RECETA ACTUAL DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA.

 <p>Hospital Pediátrico 00001 ALFONSO VILLAGÓMEZ R.</p> <p>Fecha:..... Nombre:..... Servicio:..... Rp.</p> <p align="center">Firma y sello Médico</p>	 <p>HOSPITAL PEDIATRICO ALFONSO VILLAGOMES R. 00001</p> <p>Nombre:..... Fecha:.....</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">Edad</th> <th style="width: 25%;">Servicio</th> <th style="width: 25%;">N° cama</th> <th style="width: 25%;">H. Clínica</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>Rp.</p> <p align="center">Código # _____ Firma y Sello Médico</p>	Edad	Servicio	N° cama	H. Clínica					<p align="center">INDICACIONES</p>
Edad	Servicio	N° cama	H. Clínica							

Nombres y Apellidos:.....

N° cedula:.....

Firma:.....