

*UNIVERSIDAD CENTRAL "MARIA ABREU"
DE LAS VILLAS
FACULTAD DE QUIMICA FARMACIA*



Servicios sanitarios en área de salud del Policlínico Ramón Pando Ferrer. Descripción demográfica y sanitaria de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

Tesis presentada en opción al título de

Licenciada en Ciencias Farmacéuticas

Autora: Bislany Mengana Chivás

Tutora: MSc. Lic. Elizabeth M^a. Fundora Sarraff

**Santa Clara
2007**

FACULTAD DE QUIMICA FARMACIA
DEPARTAMENTO DE FARMACIA



Servicios sanitarios en área de salud del
Policlínico Ramón Pando Ferrer. Descripción
demográfica y sanitaria de los pacientes
con enfermedades crónicas no transmisibles.

Tesis presentada en opción al título de de
Licenciada en Ciencias Farmacéuticas

Mengana Chivas

Elizabeth Ma. Fundora Sarraff

Autora: Bislany

Tutora: MSc. Lic.

Santa Clara

2007

*Uno no advierte jamás lo que esta hecho
solo puede ver lo que esta por hacer.*

Marie Curie.

- ❖ *A mis padres, por su incondicional apoyo, dedicación y comprensión.*
- ❖ *A mi hermano, por su amor, cariño y prestarme ayuda cuando la necesite.*
- ❖ *A mi familia, por su apoyo y preocupación durante toda mi vida de estudiante para poder hacer realidad mis sueños.*

- ❖ *A mis padres y hermanito, por su aliento de seguir siempre adelante y guiarme por el buen camino.*
- ❖ *A mi tutora Elizabeth, por su gran sacrificio, dedicación y comprensión.*
- ❖ *A mis compañeritas de aula, por sus consejos y ayuda desinteresada.*
- ❖ *A todos los profesores de la carrera que de una forma u otra aportaron un granito de arena.*
- ❖ *A todas aquellas personas que estuvieron presentes en mis malos y buenos momentos.*

En Fin

A todos...Muchas Gracias

Resumen

El uso racional de los medicamentos es una cuestión relevante cuando se tratan las enfermedades utilizando como recurso sanitario fundamental la terapia medicamentosa. En especial, resulta de vital importancia el uso racional de los medicamentos en determinados grupos poblacionales, con énfasis en niños, ancianos y todos aquellos pacientes que requieran medicación por largos períodos de tiempo. Es conocido que en estos grupos de pacientes existe una mayor probabilidad de aparición de problemas relacionados con la medicación. En este trabajo se realiza una descripción general de los servicios de atención primaria de salud que brinda el Policlínico Ramón Pando Ferrer, de locación universitaria, así como descripción demográfica y sanitaria de los pacientes con enfermedades no transmisibles de esta área de salud, como punto de partida en la contribución al uso racional de los medicamentos en estos grupos especiales de población. Para ello se empleó como técnica para la recogida de datos la consulta de documentos oficiales tales como los certificados médicos emitidos por los prescriptores para la dispensación de estos pacientes a través de tarjetas de control de la medicación, calificadores de cargo del personal sanitario, actas del Comité de Farmacia y Terapéutica, etc.

Los resultados obtenidos muestran que el número de pacientes con enfermedades no transmisibles en el área alcanza los 1849 pacientes, además, el grupo mayoritario de pacientes pertenece al rango de 60 y más años de edad y al sexo femenino. La enfermedad no transmisible más frecuente en el área, es la HTA, que llega a alcanzar una prevalencia de un 51%. La prevalencia de pacientes con patologías asociadas es de un 22,4%, y de pacientes con más de dos patologías asociadas es de un 3,7%. Otras enfermedades no transmisibles frecuentes en los pacientes en estudio son el asma bronquial, las enfermedades cardíacas, y la diabetes mellitus, con un orden decreciente en los niveles de prevalencia.

Indice

Índice

Introducción-----	1
Capítulo I: Fundamentación conceptual de la problemática-----	4
1.1: Breve bosquejo histórico-----	4
1.2 Sistema conceptual-----	4
1.3 Papel del farmacéutico en el sistema nacional de salud-----	10
1.3.1 La función del farmacéutico en Cuba-----	10
1.4 Programa Nacional de medicamentos de la Republica de Cuba----	12
1.5 Problemas Relacionados con los medicamentos-----	14
1.5.1 Tipos de PRM-----	15
1.5.2 Factores asociados a la aparición de PRM-----	16
1.5.2.1 PRM con origen en el paciente-----	16
1.6- Enfermedades no transmisibles-----	18
Capítulo II: Metodología y procedimientos-----	23
2.1 Marco referencial metodológico de la investigación-----	23
2.1.1 Etapa Preparatoria-----	24
2.1. 2 Etapa Exploratoria-----	25
2.1.2.1Selección de los Instrumentos para la recogida de información	25
2.1.2.1.2 Fuentes de información-----	26
2.1.2.1.3 Consideraciones acerca de los Estudios descriptivos-----	27
2.1.3 Etapa Analítica-----	28
Capítulo III: Análisis de los resultados-----	30
3.1 Descripción general de los Servicios de Salud que se brindan en el área-----	30
3.1.1 Sistema local de salud-----	30
3.1.2 Algunas actividades sanitarias en el área de salud-----	33
3.1.2.1 Enfermera encuestadora-----	33
3.1.2.2 Servicio de esterilización (central de esterilización) -----	36
3.1.3 Consideraciones generales acerca de los Servicios de Salud en el área -----	38

Indice

3.2 Descripción demográfica de los pacientes con enfermedades no transmisibles-----	38
3.2.1 Pacientes con enfermedades no transmisibles en el área de salud agrupados según consultorio-----	38
3.2.2 Pacientes con enfermedades no transmisibles en el área de salud agrupados según unidad asistencial y área-----	39
3.2.3 Pacientes con enfermedades no transmisibles en el área de salud agrupados según sexo -----	39
3.2.4 Pacientes con enfermedades no transmisibles en el área de salud agrupados por rango de edad-----	40
3.2.5 Pacientes con enfermedades no transmisibles en el área de salud agrupados según sexo y rango de edad-----	41
3.2.6 Conclusiones parciales para descripción demográfica de los pacientes con enfermedades no transmisibles-----	43
3.3 Descripción sanitaria de los pacientes con enfermedades no transmisibles-----	44
3.3.1 Patologías más frecuentes en pacientes con enfermedades no transmisibles en unidades asistenciales y en el área de salud por sexo-----	44
3.3.2 Patologías más frecuentes en pacientes con enfermedades no transmisibles en unidades asistenciales y en el área de salud por rango de edad-----	44
3.3.3 Patologías asociadas en pacientes con enfermedades no transmisibles en unidades asistenciales y en el área de salud-----	46
3.3.4 Pacientes con enfermedades no transmisibles con más de dos patologías asociadas en unidades asistenciales y en el área de salud-----	48
3.3.5 Patologías más frecuentes en las asociaciones en pacientes con enfermedades no transmisibles en unidades asistenciales y en el área de salud-----	50

Indice

3.3.6 Prevalencia de patologías más frecuentes por unidad asistencia y área de salud-----	51
3.3.7 Conclusiones parciales para descripción sanitaria de los pacientes con enfermedades no transmisibles-----	52
Conclusiones-----	54
Recomendaciones-----	55
Anexos	

Introducción

Los medicamentos son la herramienta terapéutica más utilizada en la lucha contra la enfermedad, de entre las que disponen los médicos en su práctica clínica (OMS, 1993). La evolución de la medicina va inevitablemente unida al desarrollo del medicamento. Los grandes avances en la prevención, en el diagnóstico y en el tratamiento eficaz de numerosas patologías están relacionados casi siempre con avances y descubrimientos en el terreno farmacológico.

A nivel mundial el interés por mejorar la calidad de la prestación farmacéutica en los sistemas sanitarios modernos en las últimas décadas, ha propiciado el desarrollo creciente de políticas de uso racional de medicamentos, que han venido perfilándose a nivel mundial a través de las diferentes conferencias y documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS 1985, 2000).

Sin embargo, muchas de las políticas de uso racional del medicamento implementadas centran sus actuaciones en los aspectos económicos de la prestación y en la adecuación de las prescripciones a las indicaciones autorizadas por las correspondientes agencias de evaluación, dejando de lado la observación de los resultados de las terapias farmacológicas en los pacientes. No se puede hablar con rigor de un uso racional del medicamento, dejando al margen el análisis tanto de la efectividad como de la seguridad de los tratamientos farmacológicos en los pacientes concretos (Madurga M et al., 1998).

La responsabilidad de que no se consigan los resultados esperados al prescribir una terapia farmacológica no tiene sólo un motivo. Son múltiples las causas y los factores que pueden afectar a la seguridad y/o a la efectividad de un tratamiento farmacológico. Muchos problemas de los conocidos como las reacciones adversas son inevitables, incluso son una especie de peaje que la sociedad está dispuesta a pagar por conseguir el efecto del medicamento. Pero en otras ocasiones, la no consecución del objetivo del medicamento tiene que ver con un uso inadecuado del mismo o una falta de vigilancia de sus efectos, y en muchos casos éstas situaciones podrían evitarse con un adecuado seguimiento del paciente (OMS, 1993, Hepler C, Strand L 1999, Martínez-Olmos J, Baena I, 2001). Este seguimiento se hace imprescindible para aquellos pacientes que necesitan emplear los

medicamentos por largos períodos de tiempo dado el carácter crónico de su enfermedad.

Las *enfermedades crónicas* se llaman así, porque se van desarrollando poco a poco y de manera silenciosa, es decir, durante las primeras etapas de su desarrollo muchas de ellas no presentan síntomas o signos alarmantes, que hagan suponer que se están desarrollando.

Son irreversibles, porque van ocasionando el deterioro de uno o varios órganos del cuerpo limitando seriamente sus funciones, pero la mayoría, detectadas a tiempo, son controlables, hasta el grado de permitir a las personas vivir con calidad y durante mucho tiempo.

Entre las características comunes de las *enfermedades crónicas* están:

➤ -Generalmente necesitan de un tiempo considerable para desarrollarse y manifestarse.

-Destruyen progresivamente los tejidos del o de los órganos que dañan.

-Todas ellas pueden complicarse severamente y desencadenar otro tipo de enfermedades, ya sea también crónicas o infecciosas.

-Son incapacitantes, no porque el enfermo tenga que dejar de hacer todas sus actividades, sino porque las limita severamente.

-Requieren de un control médico sistemático y permanente, lo que origina muchos gastos y problemas económicos, familiares, laborales y sociales.

-El costo de los tratamientos es alto, debido al consumo permanente de fármacos y la realización de estudios de control, así como de terapias y consultas médicas frecuentes.

-Algunas pueden prevenirse fácilmente al cambiar los estilos de vida adoptados (Colaboradores de Wikipedia, 2007).

Nuestro país no está ajeno a esta problemática y aunque se realizan ingentes esfuerzos para mantener disponibles las medicaciones en los pacientes a pesar de las carencias materiales, estos necesitan de un seguimiento permanente que no se realiza en muchas áreas de salud y en el cual el profesional farmacéutico tiene responsabilidad.

En nuestro trabajo hemos decidido realizar una descripción demográfica y sanitaria de los pacientes con enfermedades crónicas, también conocidas como no transmisibles, como una premisa para abordar la problemática del uso racional de medicamentos en dichos pacientes, los que, dada su

condición, resultan más vulnerables a los efectos adversos de terapias a largo plazo, y por tanto, resulta de una importancia vital realizar el control de su medicación.

Además se indaga acerca de las características más generales del área y de sus servicios de salud, pues es en este contexto donde debe tener lugar la actuación farmacéutica mediata con este grupo de pacientes.

Por tanto, nuestro problema a investigar será conocer:

¿Cuales son las características del Servicio de Atención Primaria en Policlínico Ramón Pando Ferrer y de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de esta área de salud desde el punto de vista demográfico y sanitario?

Para resolver el problema a investigar proponemos como objetivo general de esta investigación:

Realizar una descripción de los Servicios de Salud en Policlínico Ramón Pando Ferrer y de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de esta área de salud desde el punto de vista demográfico y sanitario.

Para cumplimentar este objetivo general proponemos los siguientes objetivos específicos:

Objetivos específicos:

1-Realizar una descripción general de los Servicios de Salud que se brindan en el área perteneciente al Policlínico Ramón Pando Ferrer.

2-Realizar una descripción demográfica de los pacientes con enfermedades no transmisibles.

3-Realizar una descripción sanitaria de los pacientes con enfermedades no transmisibles.

La estructura del trabajo está integrada por tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

En el capítulo I se realiza una fundamentación de la problemática planteada.

En el capítulo II y III se establecen la metodología de investigación seguida y el análisis de los principales resultados obtenidos al dar cumplimiento a los objetivos propuestos, lo cual permite arribar a las conclusiones y recomendaciones que el trabajo propone.

Fundamentación conceptual de la problemática

1.1 Breve bosquejo histórico

Durante siglos la producción y administración de medicamentos estuvieron lideradas por el terapéutico, el cual personificaba la unidad de la medicina y la farmacia.

La primera referencia que se tiene de la separación de estas 2 ramas, se encuentra en un decreto imperial del Emperador *Federico II* de Sicilia, quien en 1240 expidió un edicto que reglamentaba el ejercicio de la farmacia en su reino (Rescala T, 1994.)

Es a partir de aquí que el médico llevado por una gran conciencia científica y humanista comienza a apartarse cada vez más del farmacéutico y este último, en una sociedad de consumo, se dedicó casi de forma exclusiva a desarrollar los aspectos económicos de su profesión.

Desde principios del siglo XIX, el farmacéutico se comienza a comportar como un gran negociante de medicamentos, no obstante, el medicamento continuó afianzando su lugar como objeto de las Ciencias Farmacéuticas y se convirtió de hecho en la tecnología sanitaria más utilizada en el mundo, por tanto la farmacia mantenía un lugar en el desarrollo de las Ciencias Médicas.

Pero en realidad el profesional médico, nunca más volvió a considerar al farmacéutico como un profesional que formara parte del equipo de salud en atención primaria, es así como en la década de los 80 del pasado siglo, se realizan una serie de reuniones en la OMS donde se define el lugar que realmente debe ocupar el farmacéutico en la atención primaria de salud.

1.2 Sistema conceptual.

➤ **Concepto de salud:** El problema de lo que es salud y lo que es enfermedad (la definición de salud), la ciencia no lo ha resuelto todavía aunque existe una constante aproximación hacia su solución. La aproximación al concepto de salud, es un encomiable intento desde épocas pretéritas, y el más avanzado parece responder un poco más a la realidad: el enfoque ecológico de salud, es decir, la unión de lo biológico y lo psíquico (individuo) en el entorno natural y sociocultural. Desde esa conceptualización se asumirá la salud, y se aplicará

tanto en la dimensión individual, como en la familia y en la comunidad. (Martínez S, 2001).

➤ **Concepto de Salud Pública:** Para la mayoría de los expertos y especialistas existe el consenso de considerar a la salud pública, cuya esencia es la salud de la población, como ciencia integradora de disciplinas afines y de otras que abordan diferentes temáticas como la economía, la administración, las ciencias sociales y de la conducta (sociología, antropología, psicología social) que ha dado lugar a una amplia concepción integradora de múltiples ciencias y que constituye uno de sus aspectos importantes donde se incluyen: epidemiología, bioestadística, las ciencias biológicas y farmacéuticas, la sociología, la economía de la salud, las ciencias sociales, ciencias políticas, de administración y otras. (Debesa F, 2006)

➤ **Sistema de Salud:** Es el conjunto de unidades administrativas de producción y servicios, responsabilizadas con la atención integral de la salud de toda la población. (Miranda M, Nieto O, 2001)

➤ **Sistema de Salud Cubano:** Cuba posee un sistema integral y descentralizado para la atención de la salud. En el mismo es posible distinguir tres niveles de dirección administrativa: municipal, provincial y nacional, y cuatro niveles de servicios: área, municipal, provincial y nacional. (Miranda M, Nieto O, 2001)

➤ **Atención Primaria de Salud (APS):** Según la declaración de Alma Atta de la OMS la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud (SNS) del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar

donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La APS como estrategia, enfoca los principales problemas de salud de la comunidad en tres niveles de prevención:

- Promoción de salud.
- Tratamiento de las enfermedades más comunes.
- Rehabilitación.

Esta comprendida por los siguientes elementos esenciales de acción:

- Educación sanitaria.
- Promoción de suministro de alimentos y una apropiada nutrición.
- Adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico.
- Atención materno – infantil, incluyendo planificación familiar.
- Inmunizaciones.
- Prevención y control de enfermedades endémicas.
- Tratamiento adecuado de enfermedades crónicas y accidentes.
- Promoción de la salud mental.
- Provisión de medicamentos esenciales.

Para poder llevar la APS a la población se requiere determinar el perfil de actuación del SNS y para ello se instrumentan los SILOS. (Miranda M, Nieto O, 2001)

➤ **Sistemas Locales de Salud (SILOS):** Los Sistemas Locales de Salud surgen como propuesta de transformación estructural de los Sistemas Nacionales de Salud, en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana (Septiembre de 1986), para mejorar la infraestructura de los servicios de salud y dar respuesta a los requerimientos de la APS. Las definiciones de los SILOS varían de país en país y de región en región, teniendo en cuenta las diferentes características histórico-político-técnico-administrativas de cada país, su extensión geográfica, distribución de población y recursos. La característica fundamental de los SILOS es su descentralización ejecutiva (recursos), y normativa. Para definir un SILOS se hace a través de las siguientes características: área de superficie, población total, densidad de población, % de

área rural, % de área urbana, características socio-económicas de la población (industrias presentes, tipo de actividad laboral fundamental de la población), aspectos de salud (incidencia de determinadas enfermedades en esa población, problemas sociales como el alcoholismo, la drogadicción, la violencia doméstica y social, índices de mortalidad general, infantil, materna, etc.)

Los SILOS en Cuba se corresponden con la estructura de la Dirección Municipal de Salud, dentro de la cual se encuentran las áreas de salud (Paganini J, Capote R, 1992).

➤ **Policlínico**

El policlínico integral constituye la unidad básica del SNS que desarrolla actividades de promoción, protección y recuperación de la salud sobre la población de un área geográfica determinada, mediante servicios que alcanzan a sanos y a enfermos, en el ámbito familiar, laboral, escolar o social en general, al igual que sobre el medio en que vive, estudia y trabaja la población dentro del territorio a él asignado. (Pérez I, Hernández F, 1982)

➤ **Áreas de Salud**

El área de salud es el espacio socio-geo-demográfico donde tiene lugar la APS, es la extensión territorial, producto de la división funcional de un municipio, donde reside un grupo de población, cuya atención primaria esta a cargo de un policlínico integral. La atención sanitaria en el área se produce tanto en el hogar, centro de trabajo, escuela, como en el policlínico, por un mismo equipo de profesionales y técnicos que garantizan la continuidad de los servicios y la consolidación de los vínculos permanentes entre la familia y el equipo de salud. (Pérez I, Hernández F, 1982)

➤ **Programas básicos del área de salud.**

Se definen como todas las acciones que en forma planificada desarrollan las instituciones con servicios de atención médica primaria para promover, proteger y recuperar la salud de la comunidad. Estas acciones se proyectan sobre la familia, concebida como unidad social primaria, y dentro de ella a cada uno de sus componentes. Su ejecución esta a cargo de pediatras, ginecobstetras, psicólogos, estomatólogos, enfermeras, trabajadores sanitarios y diferentes

técnicos medios, con el apoyo y participación activa de la propia comunidad organizada. (Pérez I, Hernández F, 1982)

➤ **Epidemiología:** Es la parte de la medicina que se dedica al estudio de la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas determinadas, así como la aplicación de este estudio a los problemas de salud. Por lo tanto la epidemiología estudia la salud de los grupos humanos en relación con su medio. (Colaboradores de Wikipedia, 2007)

➤ **Prevalencia:** En Epidemiología se denomina Prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento, o período de tiempo determinado. La prevalencia indica el peso o la abundancia del evento que soporta la población, teniendo su mayor utilidad en los estudios de planificación de servicios sanitarios. Es una proporción. Por lo tanto, no tiene dimensiones y su valor oscila entre 0 y 1, aunque a veces se expresa como porcentaje. (Colaboradores de Wikipedia, 2007)

➤ **Farmacia como profesión:** Es el sistema de conocimientos acerca de las drogas y sus efectos sobre el hombre, y, por tanto, constituye un servicio de salud. Parte importante de ese sistema de conocimiento se traslada a un producto: el medicamento, el cual cumple su función social cuando se utiliza adecuadamente en un paciente. (Miranda M, Nieto O, 2001)

➤ **Farmacia como establecimiento:** Es una unidad de salud, dedicada a la dispensación a pacientes, de productos farmacéuticos y que, además, brinda servicios de elaboración de formulaciones e información al paciente y otros profesionales de la salud. (Miranda M, Nieto O, 2001)

➤ **Farmacéutico:** Es un individuo que se desempeña en una de las fases del proceso llamado Farmacia, donde se realizan tareas y actividades propias de los subsistemas del sistema total de farmacia. (Miranda M, Nieto O, 2001). Los farmacéuticos comparten con los químicos la responsabilidad de sintetizar compuestos orgánicos con valor terapéutico a través de la investigación y desarrollo de nuevos fármacos. El cometido de un farmacéutico no se basa tan

sólo en la venta de medicamentos: entre las labores del licenciado está: preparar medicinas (fórmulas magistrales, preparados oficinales), además, cada vez con más frecuencia se solicita consejo a la comunidad de farmacéuticos en materia de salud e higiene. (Colaboradores de Wikipedia, 2007)

➤ **Servicios farmacéuticos comunitarios:** Se presentan a través de las farmacias comunitarias y tienen como objetivo fundamental la optimización del uso de los medicamentos mediante las buenas prácticas de dispensación y de acciones orientadas a modificar los hábitos del individuo, la familia y la comunidad, todo ello incluido en el concepto de uso racional. Dichos servicios deben estar enmarcados dentro del programa nacional de medicamentos del país y ser atendidos por personal profesional capacitado. La farmacia comunitaria y sus vínculos con la población, constituyen una unidad de salud con características únicas en términos de su relación con la comunidad y debe, como consecuencia, ser utilizada para el desarrollo de actividades de apoyo y promoción a la salud. Dichas actividades constituyen los llamados servicios a la comunidad, dentro de los que se destacan:

- Educación a la comunidad.
- Promoción de la salud con campañas sanitarias.
- Vigilancia epidemiológica.
- Servicios domiciliarios (atención a pacientes con atención médica especializada).
- Asistencia a instituciones y centros de trabajo.
- Usufructo. (Miranda M, Nieto O, 2001)

➤ **Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT):**

La Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT), una de las comisiones clínicas de mayor relevancia, es un órgano de asesoramiento, consulta, coordinación e información relacionada con los medicamentos tanto en la atención primaria como en la atención secundaria de salud. Tiene como principal función la selección de medicamentos que deberán conformar la Guía Farmacoterapéutica (GFT) en los centros de atención primaria y secundaria.

Asimismo, debe constituirse como una asesoría que, tanto de forma pasiva (respuesta a solicitudes de inclusión/ exclusión de medicamentos de la GFT) como de forma activa (criterios explícitos de utilización de medicamentos; boletines de difusión periódica sobre información de medicamentos), incremente la calidad del uso de los medicamentos y del conocimiento de los mismos por parte de los profesionales sanitarios de un centro de salud.

La CFT se considera una comisión asesora de la dirección de la institución. La CFT debe organizarse y actuar garantizando objetividad y credibilidad en sus recomendaciones, así como fijar una política de resolución de los conflictos que pueden derivarse de dichas recomendaciones. (Sedeño C, 2002).

1.3 Papel del farmacéutico en el sistema nacional de salud: La labor del profesional farmacéutico debe representar una forma integral y estratégica de dar respuesta a la problemática de los medicamentos. En una política nacional de Medicamentos, el profesional farmacéutico debe asegurar la biodisponibilidad oportuna de medicamentos esenciales en todos los niveles de atención, en cantidades y presentaciones adecuadas, de calidad, seguridad y eficacia terapéutica comprobada, a precios accesibles a esa la comunidad y al sistema, con una prescripción racional sobre bases científicas, una dispensación sistematizada, el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente y educación a la comunidad para obtener su participación. (Miranda M, Nieto O, 2001)

1.3.1 La función del farmacéutico en Cuba

En una sociedad como la cubana, donde no existe para el profesional farmacéutico presión alguna referente a la ganancia comercial, típica en cualquier sociedad capitalista, el profesional farmacéutico está en condiciones de dedicar todos sus esfuerzos a las tareas de un verdadero profesional formado para mejorar la salud de la población, una función que viene desempeñando sin que sea explotado al máximo en todo su potencial, con limitación de su acción muchas veces al control de loteo, vencimiento y chequeo de producciones dispensariales, sin aprovechar su formación para que funja como un promotor de salud o educador para prevenir enfermedades. En muchos casos se

circunscribe al farmacéutico, relacionado solamente con la responsabilidad material sobre los medicamentos.(Debesa F, 2006)

Cada día se hace más patente la necesidad de utilizar esta fuerza profesional, como parte integrante de la multifactorialidad de la salud, para contribuir directamente no solo al empleo científico y racional de los medicamentos en estrecha colaboración con el resto del equipo de salud, sino además para trabajar como parte de ese equipo en el logro de la salud integral. (Debesa F, 2006)

En la carpeta metodológica de trabajo del Ministerio de Salud Pública se expresa textualmente “incluir al licenciado en Ciencias Farmacéuticas como parte integrante del equipo de salud, para que cumpla su función como dispensador de atención sanitaria, consejero y colaborador en la decisión y análisis de la terapéutica, realizando evaluaciones conjuntas dentro del equipo de salud sobre la calidad de la prescripción”.

Hace unos años con el surgimiento de las Farmacias Principales Municipales(FPM), se dieron algunos pasos hacia la integración del farmacéutico de la comunidad al equipo de salud; por otra parte, se han venido realizando desde el punto de vista docente un grupo de actividades a nivel de centro rector para los estudios farmacéuticos (Instituto de Farmacia y Alimentos, UH) y las universidades del resto del país (Universidades del Centro y el Oriente) para ampliar la visión que sobre la salud tienen estos profesionales, tanto en los Diplomados de Servicios Farmacéuticos, como en las Maestrías en Farmacia Clínica, se les brindan las herramientas necesarias para su integración al equipo de salud de una forma óptima. Muchos de estos conocimientos han quedado en la academia. Aunque se han comenzado a ver algunos frutos, todavía el farmacéutico está muy lejos de ser el promotor de salud que de él se espera, todavía sigue viendo su acción, solo ligada al uso de los medicamentos y mientras esta visión no se amplíe y este profesional no entienda que la salud comienza en la prevención y que en ella intervienen un gran número de factores no se logrará que este ocupe el lugar que necesita la sociedad (Debesa F, 2006).

1.4 Programa Nacional de medicamentos de la Republica de Cuba.

En febrero de 1991 el Programa Nacional de Medicamentos (PNM) del Ministerio de Salud Pública de Cuba fue la respuesta a los cambios políticos que se estaban produciendo en la Europa del Este y que podrían afectar el financiamiento del sistema futuro, tal como ocurrió. Este Programa está fundamentalmente dirigido a brindar una mejor asistencia médica, controlar la prescripción y reducir el número de medicamentos circulantes a expensas de un grupo de ellos ya obsoletos y sin eficacia demostrada. El propósito fundamental del Programa era garantizar que cada paciente recibiera el medicamento que necesitara posteriormente en cualquier lugar del país a pesar de las circunstancias económicas.

Hoy las medidas de carácter organizativo técnico cobran un valor estratégico para mantener una adecuada disponibilidad, garantizar el uso racional y combatir el desvío de los medicamentos, tomando en consideración que los volúmenes y renglones físicos se encuentran limitados por las condiciones del período especial en que vivimos. (Miranda M, Nieto O, 2001)

Procedimiento para la venta de medicamentos a través de tarjetas de adquisición o control.

- El médico que atiende al paciente deberá emitir certificado médico donde se haga constar el diagnóstico y medicamento indicado con dosificación y posología. En un mismo certificado podrá prescribir más de un medicamento, aclarando siempre en cada uno de ellos dosificación y posología.
- En este certificado deberá determinarse igualmente la duración del tratamiento de cada medicamento, es decir, el tiempo por el cual se prescribe, el que no será nunca mayor de un año.
- El paciente presenta el certificado en la farmacia de su lugar de residencia para la compra de los medicamentos a fin de que se le emita el modelo 30-45 "Tarjeta de adquisición de Medicamentos Controlados".

- El responsable técnico de la farmacia debe emitir la “Tarjeta de Adquisición de Medicamentos Controlados” cumpliendo los escaques de la misma de acuerdo con lo indicado por el médico, habilitando una sección para cada producto. Al certificado médico se le anotará el número de tarjeta a que corresponda archivándose por Consultorio Médico de la Familia y, por ende, consecutivo. Si posteriormente se recibe otro certificado para la misma tarjeta en uso, deberá archivar adjunto al primero, habilitando en ésta los nuevos medicamentos prescritos siempre que halla espacio para ello.
- Las deficiencias de las prescripciones para medicamentos regulados por tarjeta control (certificados emitidos por facultativos de hospitales) detectadas en las farmacias comunitarias, serán analizadas en el CFT del área de salud y remitidas a la FMP para que el presidente del CFT del municipio las discuta con la dirección municipal correspondiente y lo informe al Grupo Provincial y municipal de Fármacoepidemiología, manteniendo registros de estos análisis. (Miranda M, Nieto O, 2001)

En Cuba, este sistema mantiene un registro de 78 productos, que son de extraordinaria importancia para el tratamiento y la terapéutica de un importante número (97 %) de las más frecuentes y peligrosas enfermedades crónicas no transmisibles. Dicho registro se realiza a nivel de las diferentes farmacias y se controlan por tipo de medicamento, dosis y frecuencia de administración, médico que lo prescribe, localidad de residencia del paciente, afección por la cual se indica y otro grupo de datos de importancia. Estos medicamentos son llamados “medicamentos controlados o por tarjeta control”. (Hernández C. et al., 2006)

Esta dispensación de medicamentos mediante el uso de un certificado con validez aprobada hasta un año renovable cada vez que se requiera, constituyó una idea surgida como recurso para el control de los medicamentos en medio de graves limitaciones económicas, pero una vez puesto en práctica se ha consolidado como un buen sistema para la prescripción en aquellos pacientes que mantienen tratamientos estables durante prolongados períodos. Este sistema facilita la planificación de la producción y distribución de los

medicamentos en función de la demanda real, según las necesidades de cada provincia, municipio o área de salud.

A los pacientes con tarjeta control para la compra de medicamentos no se le expiden recetas periódicamente como norma, y este elemento de por sí ha representado un ahorro de recursos y una optimización del tiempo destinado a la consulta médica. Por ello este sistema de expedición de medicamentos mediante certificado se ha mantenido aún cuando las condiciones económicas son más favorables que cuando surgió el sistema. (Sansó F et al.; 2000)

1.5 Problemas Relacionados con los medicamentos (PRM)

El conjunto de experiencias no deseables cuando se instaura una terapia farmacológica, se identifican como problemas relacionados con los medicamentos (PRM), de forma que siempre que el paciente esté experimentando una enfermedad o sintomatología y ésta tenga una relación identificable o sospechada con la terapia farmacológica (Strand et al., 1990), el paciente tendrá un PRM.

Un PRM es un problema de salud, consecuencia de fallos de la farmacoterapia que producidos por diversas causas, conducen a que no se alcancen los objetivos terapéuticos o se produzcan efectos no deseados (Espejo J et al, 2002).

El Consenso de expertos de Granada (Segundo Consenso de Granada, 2002) y sus posteriores modificaciones (Martínez et al, 1999, Díez et al, 2000), aportan una herramienta de trabajo fundamental en el campo de los problemas relacionados con los medicamentos, que ayuda a evitar las divergencias en los resultados encontrados en diferentes investigaciones (Baena M, 2003), ya que:

- Recoge una definición única de PRM.
- Aporta 3 dimensiones de PRM: Necesidad, Efectividad y Seguridad, indicando que para que un paciente no sufra un PRM, el medicamento tiene que ser necesario, efectivo y seguro.
- Aporta una clasificación de los mismos en 6 tipos (Martínez et al. , 1999, Díez et al. , 2000) que es exhaustiva, ya que todos los posibles PRM están incluidos en uno de los 6 tipos, donde además las categorías son

autoexcluyentes: cada problema de salud relacionado con un medicamento solo puede ser debido a un único PRM.

1.5.1 Tipos de PRM

Los PRM fueron clasificados en 6 categorías por el Consenso de Granada que tras las modificaciones posteriores quedaron recogidos de la siguiente forma en el Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (Comité de Consenso, 2002):

- **NECESIDAD**

PRM 1 El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita

PRM 2 El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita

- **EFFECTIVIDAD**

PRM 3 El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inefectividad no cuantitativa de la medicación

PRM 4 El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inefectividad cuantitativa de la medicación

- **SEGURIDAD**

PRM 5 El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de la medicación

PRM 6 El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de la medicación

Entendiéndose que:

- ❖ Un medicamento es necesario si ha sido prescrito o indicado para un problema de salud concreto que presenta el paciente.
- ❖ Un medicamento es inefectivo cuando no alcanza suficientemente los objetivos terapéuticos esperados.
- ❖ Un medicamento es inseguro cuando produce o empeora algún problema de salud del paciente.
- ❖ Un PRM es cuantitativo cuando depende de la magnitud de un efecto.

1.5.2 Factores asociados a la aparición de PRM

Son muchas las causas que pueden provocar un PRM, ya que pueden producirse en algún momento desde que el medicamento es seleccionado por un facultativo hasta que el medicamento es eliminado del organismo. En general estas causas se podrían agrupar según su origen en tres grandes grupos:

- Las que se deben a la prescripción
- Las que se deben al paciente
- Las que se deben al propio medicamento

1.5.2.1 PRM con origen en el paciente

Una vez prescrito o indicado un medicamento, el paciente juega un papel central en su efectividad y seguridad, ya sea de forma activa, con su conducta, ya sea por sus características específicas. Ahondaremos en determinados factores fisiológicos que son descritos para los pacientes con enfermedades crónicas.

Características específicas de los pacientes

En general se puede decir, que la variabilidad entre pacientes en la respuesta a un fármaco es debido entre otros aspectos a:

1. Factores fisiológicos
2. Determinados hábitos
3. Factores genéticos
4. Diferentes estados patológicos

Factores Fisiológicos

Entre los factores fisiológicos que pueden ocasionar variabilidad a la respuesta de un fármaco se encuentran el embarazo, los ritmos circadianos, la edad y el género, a estos últimos nos referiremos.

- La Edad

La edad es un factor esencial en la variación de los parámetros farmacocinéticos de los fármacos. Deben distinguirse varios períodos con diferentes comportamientos fisiológicos que afectan a éstos parámetros: el nacimiento, la infancia, la edad adulta y la vejez. Los recién nacidos y los jóvenes son más susceptibles a los fármacos, especialmente los recién nacidos ya que la función metabólica es menos activa. Por otra parte los ancianos presentan un

metabolismo más lento que el adulto, por lo que igualmente son más susceptibles a ciertos fármacos (Wepierre J, 1988).

Se puede decir que los fármacos tienden a producir mayores efectos y más prolongados en los extremos de la vida.

Además no se puede olvidar que las personas mayores suelen consumir más medicamentos lo cual hace, al menos en potencia, que aumente el riesgo de interacciones. La edad del paciente es una característica a tener en cuenta a la hora de establecer un tratamiento tanto para la elección del medicamento como para la elección de la dosis y posología más adecuada. (Recalde J et al., 1998).

- El Género

Las mujeres pueden presentar una mayor susceptibilidad a algún fármaco. Este hecho parece estar relacionado con su peso, generalmente inferior al del hombre y a las diferencias hormonales, especialmente dependiendo del momento del ciclo menstrual (Wepierre J, 1988).

En la bibliografía consultada el género presenta resultados dispares, algunos autores lo relacionan claramente con la aparición de PRM (Major S. et al., 1998, Martín M. et al., 2002) y en otros parece no existir asociación con el evento investigado (Gandhi T. et al., 2003, Climente M. et al., 2001). En todos aquellos donde se observó asociación entre el género y la aparición de eventos no deseables derivados de los medicamentos, está lo fue con el género femenino.

1.6- Enfermedades.

1.6.1 Enfermedad crónica.

Se llama enfermedad crónica a aquella patología de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. Una enfermedad crónica no siempre es incurable. Sólo que esta curación es impredecible y siempre será en plazos largos. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a tres meses puede considerarse como crónica.

Aunque existen factores hereditarios que predisponen a las personas a desarrollarlas, las enfermedades crónicas no son transmisibles o contagiosas y

se originan relacionadas principalmente a la personalidad, al valor que se otorgue a la salud y a la vida y sobre todo a los estilos de vida adquiridos, es decir, los hábitos que desarrollamos cotidianamente, entre los que están: el tipo de alimentación, el consumo o uso de alguna droga, el sedentarismo y falta de ejercicio físico, la adopción de posturas incorrectas al caminar, sentarse o dormir, la forma de controlar y manejar las emociones y sentimientos, entre otros. (Colaboradores de Wikipedia, 2007).

1.6.1 Enfermedades no transmisibles.

A continuación se hace referencia a algunas de estas enfermedades crónicas las cuales también son denominadas como no transmisibles (ENT) (Rockville, R. & Bethesda, M. (2007)

Artritis:

Es una inflamación de una o más articulaciones que provoca dolor, hinchazón y movimiento limitado

Artritis gotosa:

Es un ataque súbito de dolor articular, especialmente en los pies y en las piernas, que ocurre cuando el ácido úrico se acumula en las articulaciones.

Artritis reumatoide:

La artritis reumatoide es una enfermedad que ocasiona inflamación de las articulaciones y tejidos circundantes, pero también puede afectar otros órganos.

Hipertensión Arterial:

La Hipertensión Arterial es una elevación sostenida de la presión arterial sistólica y/o diastólica que, con toda probabilidad, representa la enfermedad crónica más frecuente de las muchas que azotan a la humanidad. El control de la Hipertensión Arterial reduce la morbilidad y la mortalidad por Enfermedad Cerebro Vascular, Insuficiencia Cardíaca, Cardiopatía Isquémica e Insuficiencia Renal y reduce la incidencia de Retinopatías. Por esta razón se plantea que es la medida más importante, universal y menos costosa.

Enfermedad cardíaca hipertensiva

La enfermedad cardíaca hipertensiva es una complicación tardía de la hipertensión (presión sanguínea alta), que afecta al corazón.

Úlcera péptica

Las úlceras son erosiones (desgaste o corrosión) en el revestimiento del estómago o el duodeno (la primera parte del intestino delgado que conecta con el estómago). Una úlcera presente en el estómago se llama úlcera gástrica y en el duodeno úlcera duodenal y ambas se conocen con el nombre de úlceras pépticas

Hipotiroidismo

Es una afección en la cual la glándula tiroides no logra producir suficiente hormona tiroidea

Glaucoma

El glaucoma es una enfermedad del ojo que se define como una neuropatía óptica progresiva o una enfermedad del nervio óptico. Uno de los principales factores que pueden inducir a un glaucoma es una presión intraocular alta. Un glaucoma sin tratar conduce a un daño irreversible del disco óptico de la retina con su consecuente pérdida del campo de visión y puede convertirse en una ceguera parcial o total.

Diabetes

La diabetes es causada por un problema en la forma en que el cuerpo produce o utiliza la insulina. La insulina es necesaria para mover la glucosa (azúcar en la sangre) hasta las células, donde ésta se usa como fuente de energía. Si la glucosa no entra en las células, el cuerpo no puede utilizarla para producir energía. Entonces queda demasiada glucosa en la sangre, lo que causa los síntomas de la diabetes.

Asma

Es un trastorno inflamatorio de las vías respiratorias que causa ataques de sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos.

Sibilancias (Estertores sibilantes): Son un sonido silbante y agudo durante la respiración que ocurre cuando el aire fluye a través de las vías respiratorias estrechas.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Es un grupo de enfermedades pulmonares que causa inflamación de las vías respiratorias y sus formas más comunes son el enfisema y la bronquitis crónica.

Bronquiectasia

Es la destrucción y ensanchamiento de las vías respiratorias mayores. Una persona puede nacer con esta afección (bronquiectasia congénita) o la puede desarrollar posteriormente en la vida.

Bronquitis crónica

Es una inflamación de las vías aéreas principales en los pulmones que continúa durante un período prolongado o que reaparece en forma repetitiva.

Bronquiolitis

Es la inflamación de los bronquiolos (vías aéreas más pequeñas que se ramifican a partir de la vía aérea principal), por lo general causada por una infección viral.

Enfisema

El enfisema es una enfermedad pulmonar que comprende daños a los sacos alveolares (alvéolos) de los pulmones. Los sacos alveolares no pueden desinflarse completamente y, por lo tanto, son incapaces de llenarse con aire nuevo para garantizar una adecuada provisión de oxígeno al cuerpo.

Epilepsia

La epilepsia es un trastorno cerebral que involucra convulsiones (cambio súbito en el comportamiento provocado por una excesiva actividad eléctrica en el cerebro) repetitivas de cualquier tipo.

Dermatitis seborreica

Es una dolencia cutánea, inflamatoria y común que hace que se formen escamas, que van de blancas a amarillentas, en áreas grasosas como el cuero cabelludo o dentro del oído, y puede ocurrir con o sin enrojecimiento cutáneo. Costra láctea es el término que se utiliza cuando la dermatitis seborreica afecta el cuero cabelludo de los bebés.

Mal de Parkinson

Es un trastorno cerebral caracterizado por temblor y dificultad en la marcha, el movimiento y la coordinación. La enfermedad está asociada con el daño a una parte del cerebro que está comprometida con el movimiento.

Enfermedad cardíaca. (Cardiopatía)

Es cualquier trastorno que afecta la capacidad del corazón para funcionar normalmente. Las diversas formas de cardiopatía comprenden entre otras:

- **Arritmias** (Disrritmias; Ritmos anormales del corazón; Ritmos cardíacos anormales; Bradicardia; Taquicardia)

Es cualquier trastorno del ritmo o frecuencia cardíaca y significa que el corazón palpita demasiado rápido, demasiado lento o con un patrón irregular. Cuando el corazón palpita más rápido de lo normal, se denomina taquicardia y cuando lo hace demasiado lento, se denomina bradicardia

- **Insuficiencia cardíaca:** (insuficiencia cardíaca congestiva)

La insuficiencia cardíaca, también denominada insuficiencia cardíaca congestiva, es una afección potencialmente mortal en la cual el corazón ya no puede bombear suficiente sangre al resto del cuerpo.

- **Miocardiopatía hipertrófica:**

La miocardiopatía hipertrófica es una forma de miocardiopatía, una afección en la cual se presenta engrosamiento del músculo cardíaco, lo cual dificulta el trabajo del corazón

- **Miocardiopatía isquémica** (Cardiopatía isquémica, Enfermedad cardíaca isquémica)

Es un término que los médicos utilizan para describir a los pacientes que tienen insuficiencia cardíaca congestiva debido a una arteriopatía coronaria. El término

"isquémico" significa que un órgano, como el corazón, no está recibiendo suficiente sangre y oxígeno; mientras que "cardio" significa corazón y "miopatía" quiere decir que es una enfermedad relacionada con el músculo.

- **Prolapso de la válvula mitral:**

Es un problema cardíaco en el cual la válvula que separa las cámaras superior e inferior izquierda del corazón no abre ni cierra en forma apropiada.

- **Angina inestable:**

Es un tipo de dolor torácico agudo que ocurre cuando el corazón no obtiene suficiente oxígeno y puede ser un signo de advertencia de un ataque cardíaco.

Migraña:

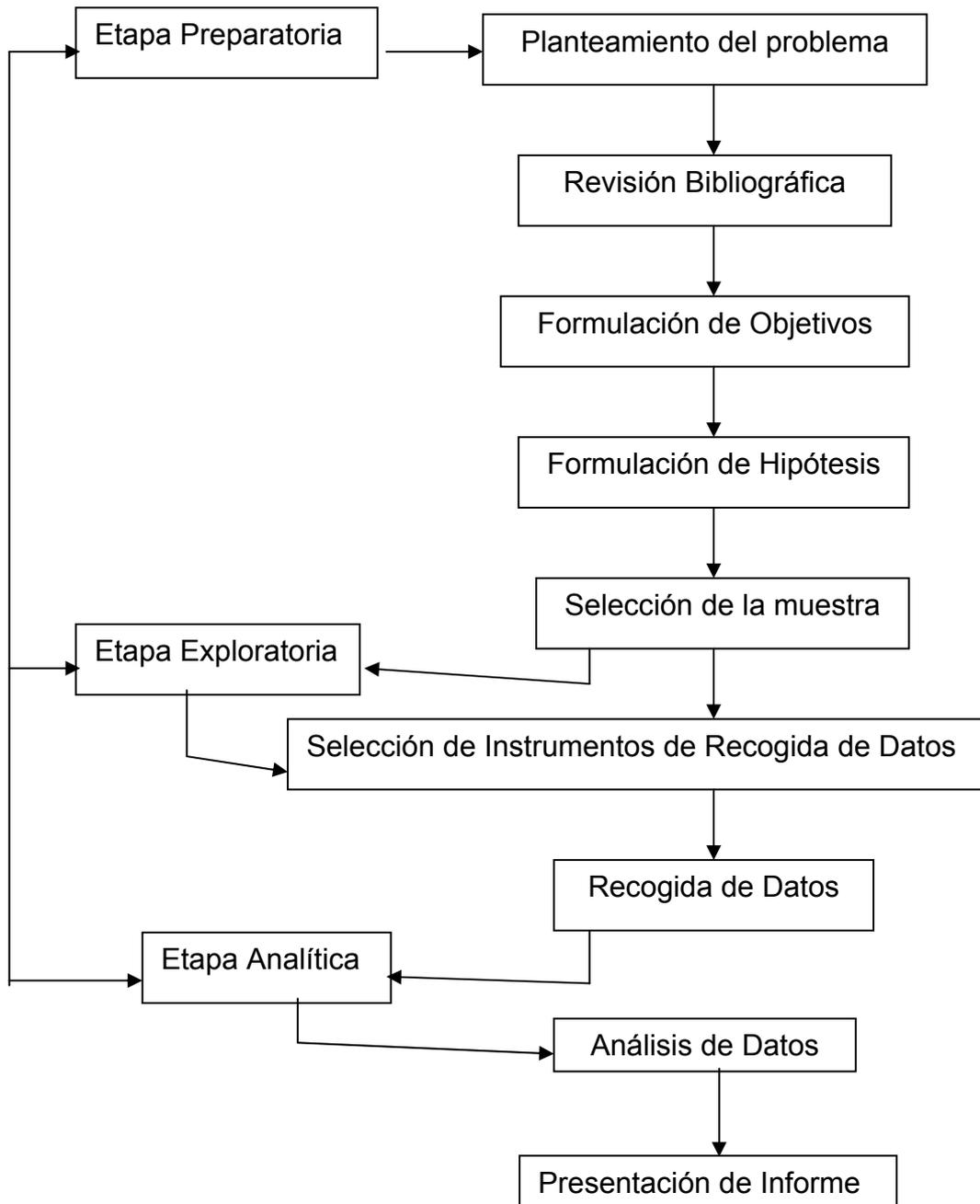
Es un tipo de dolor de cabeza primario que afecta a algunas personas de manera repetitiva con el tiempo. Las migrañas son diferentes de otros dolores de cabeza dado que se presentan con síntomas como náuseas, vómitos o sensibilidad a la luz. ((Rockville, R. & Bethesda, M. (2007).

Las enfermedades crónicas, como hipertensión, cardiopatías, artritis, cáncer y diabetes mellitus son más prevalentes con la edad, así como su presencia conjunta en muchos pacientes, lo cual obliga al tratamiento medicamentoso de una o todas las enfermedades en cuestión, pudiendo ser los medicamentos la intervención más importante cuando de usan de forma apropiada, pero cuando se usan de forma incorrecta pueden no brindar beneficios terapéuticos y sí afectar aún más su salud debido a las reacciones adversas.(Beyth R, Shorr R, 1999) (Cunningham G, Scott J 1997).

En nuestro país, en este sentido, debe comenzar a desempeñar una función aún más protagónica los farmacoepidemiólogos y los farmacéuticos (comunitarios y de área de salud) que en estrecha colaboración los médicos de la familia y los especialistas deben convertirse en un equipo de salud poderoso que trabaje arduamente con el objetivo de lograr la calidad de la prescripción en general y en el paciente con enfermedades crónicas en particular. (Debesa F, Cué M 1999)

2.1 Marco referencial metodológico de la investigación.

El método científico de investigación, el cual permite obtener el conocimiento científico, se desarrolla en fases y etapas que conforman la metodología a realizar, donde se interrelacionan hechos, fenómenos y datos. En el presente trabajo, se desarrolla la siguiente Metodología de la Investigación de visión metodológica que integra el análisis cuantitativo y cualitativo.



2.1.1 Etapa Preparatoria.

En la etapa preparatoria, se realiza un análisis que permite la clarificación del área problemática y la consiguiente identificación del problema. Una vez planteado el problema se realiza la revisión de la bibliografía existente. Esta búsqueda permitió contextualizar el estudio, evitar replicaciones y seleccionar los métodos. Además permitió la reflexión acerca de los conceptos a investigar teniendo como punto de referencia los criterios dados por diferentes autores tanto nacionales como del ámbito internacional.

Continuando la secuencia investigativa, ya con el problema definido y la revisión bibliográfica realizada, se formulan los objetivos, que ya han sido plasmados en la parte introductoria de este informe y la siguiente hipótesis:

Hipótesis:

Es posible describir los Servicios de Salud y las características demográficas y sanitarias de la población con enfermedades crónicas no transmisibles en área de salud perteneciente al Policlínico Ramón Pando Ferrer, de locación universitaria.

Llegado este momento se debe realizar la selección de la muestra.

Selección de la muestra

El estudio se realiza en el área de salud del Policlínico Ramón Pando Ferrer, durante los meses de Febrero y Marzo de 2007.

El universo de población se corresponde con todos los pacientes que pertenecen al área de salud del Policlínico Ramón Pando Ferrer, de locación universitaria.

Se toma la muestra igual a todos los pacientes con enfermedades crónicas del área de salud, la cual fue analizada en su totalidad y seccionada en estratos que se corresponden con variables demográficas y sanitarias.

Criterios de inclusión en el estudio:

- 1-Pertenecer al área de salud del Policlínico Ramón Pando Ferrer
- 2-Padecer una enfermedad crónica no transmisible.

Criterios de exclusión en el estudio:

- 1-No pertenecer al área de salud del Policlínico Ramón Pando Ferrer
- 2-No padecer una enfermedad crónica no transmisible.

Definición conceptual de las variables

Sexo: Variable demográfica, (género).

Edad: Variable demográfica, (etárea).

Patología única: variable sanitaria: se padece sólo una enfermedad

Patologías asociadas: variable sanitaria: se padece más de una enfermedad, enfermedades concomitantes

Definición operacional de las variables

Sexo:

Masculino.

Femenino.

Edad:

Rangos: 0-15 años

16-39 años

40-59 años

≥ 60 años

Patología: enfermedad no transmisible (ENT) (enfermedad crónica)

enfermedad no transmisible con patologías asociadas (presencia de dos patologías)

enfermedad no transmisible con más de dos patologías asociadas.

2.1. 2 Etapa Exploratoria.

2.1.2.1 Selección de los Instrumentos para la recogida de información.

Esta fase es una de las etapas más importantes del trabajo, pues aporta las herramientas que facilitarán la recogida de los datos a analizar con posterioridad, para dar paso a los resultados del trabajo investigativo.

En la recolección de la información necesaria para el estudio se utilizó como técnica de recogida de datos una técnica indirecta: Consulta de documentos oficiales.

2.1.2.1.1 Consulta de documentos oficiales.

Se consultan diversos documentos oficiales que describen la labor asistencial del centro de atención primaria y características demográficas y sanitarias de la población con enfermedades crónicas no transmisibles:

- Calificadores de cargo del personal sanitario del área.
- Documentación epidemiológica y del SILOS en el área.
- Certificados médicos emitidos por los prescriptores en el área.

- Actas de Comité Fármaco-Terapéutico en el área.

Como se ha expresado se utilizó como técnica de recogida de datos una técnica indirecta, la consulta de documentos oficiales, la cual forma parte del Método de Investigación Documental a través del cual se consiguen los elementos de información y análisis que permiten facilitar la estructuración y desarrollo de una investigación, al identificar y conocer el estado del arte alrededor de un tema de estudio, permite determinar, además, la aproximación empírica y teórica bajo la que ha sido estudiado el tema, e identificar si a través de la investigación que se pretende realizar es posible generar nuevos conocimientos, confirmar comportamientos ya observados, etc.

2.1.2.1.2 Fuentes de información

La información documental relativa al tema de estudio o problema de investigación se obtiene de las fuentes de información, que son entidades, instituciones o personas que recopilan, procesan y ponen a disposición de los usuarios los documentos que contienen información y conocimientos acerca de la realidad que le interesa conocer al usuario.

Se entiende por documento un objeto capaz de transmitir al interesado la información que el autor o autores desean compartir con los demás, o bien algún objeto que de forma directa o indirecta permita obtener información y hacer juicios acerca del entorno en que se encontró o de las personas que lo elaboraron.

De esta manera, un documento puede ser un libro, revista, tesis y en general cualquier material que contenga información, incluso los mapas, pinturas, fotografías, registros fósiles, son considerados documentos de investigación.

Los documentos pueden ser públicos o privados. Algunos documentos públicos compendian información sobre una determinada población (por ejemplo censos, información estadística, archivos institucionales), o alguna característica específica que le es propia. (Valderrábano M. et al., 2004)

- Calificadores de cargos

Los calificadores integran los cargos y ocupaciones de las categorías ocupacionales de operarios, trabajadores administrativos, trabajadores de servicios y técnicos y se clasifican en:

a) comunes: incluye cargos y ocupaciones empleados en todas las entidades;

b) de rama o actividad: incluye los cargos y ocupaciones de una rama o actividad específica y pueden ser empleados por otro organismo que la posea.

c) propios de organismos: incluye los cargos y ocupaciones, que sólo emplean las entidades del organismo al que pertenece el calificador.

- Documentación epidemiológica y del SILOS.

Queda reflejada en el capítulo de análisis de resultados.

- Certificados médicos emitidos por los prescriptores.

El modelo del certificado médico queda anexo en el informe.

2.1.2.1.3 Consideraciones acerca de los Estudios descriptivos

Consideraciones generales:

Estudios descriptivos.

Muy frecuentemente el propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Esto es decir como es y se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así –y valga la redundancia- describir lo que se investiga.

Es necesario hacer notar que los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con lo que tienen que ver. Aunque desde luego, pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir como es y se manifiesta el fenómeno de interés, su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas. (Hernández, R, 2003)

Consideraciones específicas:

Los estudios epidemiológicos son diseños no experimentales (observacionales) que simulan lo que podría haberse concluido si se hubiese realizado un experimento.

Dentro de los estudios epidemiológicos se encuentran estudios transversales

Características

- También conocidos como de estudios de prevalencia.
- Son estudios observacionales descriptivos, no direccionales.
- Describen o identifican problemas de salud en un momento determinado del tiempo o en un corto período de tiempo.
- Examinan la relación entre una enfermedad y una serie de variables en una población determinada en un momento temporal.
- Son una fotografía de la comunidad.

De forma general la metodología que se sigue en nuestra investigación posee visión metodológica que integra el análisis cuantitativo y cualitativo.

Específicamente se realiza un estudio observacional, transversal y descriptivo.

Ventajas:

- Facilidad de ejecución.
- Rápidos y económicos.
- No existen pérdidas durante el seguimiento.
- Fáciles de repetir.
- Permiten estudiar más de una enfermedad o factor de riesgo a la vez.
- Permiten estimar la prevalencia de una enfermedad o factor de riesgo.
- Son la puerta de entrada a los estudios analíticos.
- Útiles para valorar la repercusión de las enfermedades.
- Se realizan en una muestra representativa de la población por lo que se pueden hacer generalizaciones válidas.
- Útiles en programas de planificación y administración sanitaria, describen el nivel de salud e identifican grupos susceptibles, con el objetivo de destinar recursos. (Bonal, J., 1993)

2.1.3 Etapa Analítica.

Una vez colectados los datos necesarios se procede al análisis de los mismos para la elaboración del informe final de la investigación.

Los datos colectados para las variables demográficas y sanitarias aportan las frecuencias absolutas de cada variable en cada estrato y los resultados del análisis para las variables se informan a través del cálculo de las frecuencias

relativas (expresadas en valores porcentuales) como método estadístico-matemático clásico para el tipo de estudio en cuestión (estadística descriptiva) El análisis de los resultados obtenidos se muestra en el Capítulo III.

Análisis de los resultados

3.1 Descripción general de los Servicios de Salud que se brindan en el área.

3.1.1 Sistema local de salud (SILOS)

➤ Límites geográficos del área de salud.

El Policlínico Ramón Pando Ferrer está situado geográficamente en la carretera de Camajuaní, abarcando el área comprendida desde el Reparto La Granjita hasta el Km. 16 que se corresponde con la Minerva, limitando con el municipio de Camajuaní.

- Limita por el norte: Área de salud del Policlínico Capitán Roberto Fleites.
- Limita por el sur: Área de salud del policlínico de Santa Clara.
- Limita por el este: Municipio Camajuaní.

➤ División por Consejo Popular.

Posee dos consejos populares:

- Consejo Popular de la Universidad.
- Consejo Popular Camilo Cienfuegos.

➤ Densidad de población: 8748.

- Número de habitantes por grupos de edad y sexo:
 - ❖ 0-15: 2057 Femeninos: 975, Masculinos: 1082
 - ❖ 16-59: 5199 Femeninos: 2581, Masculinos: 2618.
 - ❖ 60: 1492 Femeninos: 696, Masculinos: 796.

➤ Número de escuelas (4), cantidad de alumnos (4353).

➤ Principales industrias:

- Industria Textilera

➤ Principales unidades agrícolas

- Cooperativa de producción agrícola (CPA) Camilo Cienfuegos.

➤ Principales unidades de servicios de salud:

- Sala de rehabilitación.
- Consultorios. (17)
- Policlínico con clínica estomatológica.

➤ Disponibilidad diaria de horas médicas por especialidades:

- Atención al cuerpo de guardia: 24 horas diarias
- Ultrasonido: 8 horas diarias

- Medicina Interna: 4horas, una vez por semana
 - Dermatología: 4horas, una vez por semana.
 - Psiquiatría de adulto: 8horas, una vez por semana
 - Cardiología: 4horas, dos veces por semana
 - Ortopedia: 4horas, dos veces por semana
 - Cirugía de adulto: 4horas, dos veces al mes
 - Nefrología: 4horas, una vez al mes
 - Angiología: 4horas, una vez al mes
 - Neurología: 4horas, una vez al mes
 - Reumatología: 4horas, una vez al mes
 - Gastroenterología: 4horas, una vez por mes
 - Disponibilidad diaria de horas estomatológicas: 8horas diarias
- Programas priorizados en el área.
- Materno infantil (PAMI)
 - Programa de ITS VIH/SIDA
 - Programa de Enfermedades Crónicas no transmisibles
 - Adulto mayor
 - Vigilancia epidemiológica:
 - Programa TB (Tuberculosis)
 - Programa de Vectores.
 - Programa de Vacunación.
 - Programa de Lectospirosis.
 - Programa de Control Sanitario Internacional.
 - Programa de Lepra.
 - Programa de Hepatitis B y C.
 - Programa de Inspección Sanitaria Estatal
- Comité Fármaco-Terapéutico
- Miembros: Directora del Policlínico (MGI)
- Vicedirectora Asistencia Médica (MGI)
 - Jefe de Grupo Básico de Trabajo #1 (MGI)
 - Jefe de Grupo Básico de Trabajo #2 (MGI)
 - Jefe de Enfermeras
 - Vicedirectora Docente (MGI)
 - Responsable del PAMI (MGI)

Responsable de medicamentos (Técnico en Farmacia)

Responsable Técnico Farmacia 728 (Técnico en Farmacia)

Responsable Técnico Farmacia 961 (Técnico en Farmacia)

Temáticas analizadas: Tratamientos en los seropositivos del área

Farmacovigilancia: -Psicofármacos

-Antibióticos

Medicina Natural y Tradicional

Drogas y Estupefacientes

Políticas terapéuticas: -Hipertensión,

-Enfermedades cardíacas

➤ Cuadro higiénico de los principales centros de trabajo, escuelas, círculos infantiles y otros, aquí se valora:

- Servicios médicos: chequeo de serología y prueba citológica.
- Higiene ambiental: si hay salideros, roturas, se valora pisos, techos, baño, la situación del agua, la presencia de vectores, si hay moscas, mosquitos, ratones entre otros.
- Higiene ambiental laboral: se valora el microclima, la situación de la iluminación, si hay ruido, polvo, humo, etc.

➤ Personal médico en el área:

- Pediatras (2)
- Clínicos (2)
- Ginecólogos (2)
- Psiquiatra (1)
- Fisiatra (1)
- Médico en Medicina Deportiva (1)
- Médicos Generales Integrales (MGI) (31)
- Dermatólogo (1)
- Residentes, tercer y cuarto Año (5), segundo (3), primero (4)
- Médicos no especializados después del 87. Generales (7)
- Jefe de grupo de unidad básico de trabajo, GBT (2)

➤ Personal directivo

- Director: Médico MGI
- Vicedirectora en asistencia médica: Médico MGI
- Vicedirectora docente (1): MGI

- Vicedirectora de Higiene y Epidemiología(1)
- Jefa de enfermera (1)
- Jefa de estomatología (1)
- Administrador (1)
- Personal de enfermería y técnicos medios según especialidades.
 - Personal de enfermería: 60
 - Técnico en medios diagnóstico e investigación médica (2)
 - ❖ Laboratorio (2)
 - ❖ Fisioterapia (16)
 - Técnicos auxiliares (4)
 - Técnico en higiene y epidemiología (2)
 - Técnico en ciencias informáticas (1)
 - Técnico en información y bibliotecología (1)

Algunos de los calificadores de cargo del personal sanitario del policlínico se reflejan en Anexos.

3.1.2 Algunas actividades sanitarias en el área de salud.

Aunque la calidad del sistema de salud cubano es ampliamente reconocida no solo a nivel nacional sino también a nivel internacional, hemos querido hacer referencia en nuestro informe a algunas de las actividades más importantes que se realizan a nivel comunitario con un grupo especial de pacientes, aquellos que se encuentran viviendo con VIH-SIDA. Aún en la población cubana existen tabúes al respecto y la labor que aquí describimos para la atención primaria de estos pacientes es una muestra del profundo humanismo y grado de responsabilidad con que se enfrenta esta pandemia a nivel mundial en nuestro país, y es también una muestra fehaciente de cómo existen mecanismos que aunan el personal paramédico (de enfermería) a los especialistas en epidemiología y de cómo debieran aunarse a este equipo el farmacéutico comunitario y del área de salud, para realizar una labor aún más completa.

3.1.2.1 Enfermera encuestadora

Acciones a desarrollar por la Enfermera especialista en ITS/VIH-SIDA

- Conocer y participar en el control del 100% de las serologías reactivas de su área.

- Controlar el cumplimiento de las medidas de prevención de la sífilis congénita.
- Garantizar el tratamiento inmediato de las embarazadas con serología reactiva o con sífilis.
- Garantizar el cumplimiento del tratamiento previa indicación a:
 - Todos los casos de sífilis y sus contactos.
 - Persona con serología reactiva si conclusión diagnóstica
 - Todo caso de blenorragia y sus contactos.
- Vigilar el cumplimiento de las Buenas Prácticas del manejo con enfoque sindrómico de la ITS (SFV (Síndrome de flujo vaginal), SSV (Síndrome de secreción vaginal), SDAB (Síndrome de dolor abdominal bajo) .
- Realizar entrevista epidemiológica a:
 - Todo caso diagnosticado de sífilis reciente y gonorrea.
 - 100% de serología reactiva.
 - Embarazadas con serología reactiva.
 - A los menores de 15 años.
- Realizar las entrevistas que sean necesarias hasta tanto no se cierre el foco de los casos diagnosticado de sífilis y gonorrea (reentrevista).
- Controlar al 100% de los contactos de casos de sífilis, gonorrea que residan en su área de salud
- Controlar la recepción y envío de boleta viajera (con la información del caso en situación de cambio de residencia).
- Programar y controlar que se cumpla el seguimiento serológicos a casos diagnosticados de sífilis recientes y casos de serología reactiva no concluida.
- Controlar la dispensarización de los casos diagnosticados de sífilis, gonorrea, VIH-SIDA y otras ITS.

Para la prevención y control del VIH-SIDA

- Conocer de cada una de las PV VIH (paciente viviendo con VIH) con de su área de salud el resultado de CD-4 y carga viral (miden la cantidad del ARN del VIH que está en la sangre).

- Controlar el cumplimiento del protocolo Nacional para la prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) del VIH.
- Controlar el seguimiento de los niños nacidos de madres seropositivas al VIH/SIDA.
 - Administración de jarabe de AZT (Zidovudina) hasta seis semanas.
 - PCR (reacción en cadena de la polimerasa, es la más común de las pruebas de carga viral y es la única aprobada por la FDA) a los 15 días de nacido (toma de muestra en papel de filtro)
 - Pruebas especiales.
- Conocer, registrar y monitorear el cumplimiento del esquema terapéutico.
- Conocer y actuar en correspondencia ante las sospechas de las enfermedades oportunistas y enfermedades relacionadas con VIH/SIDA, manejo clínico y terapia antirretroviral, estado nutricional así como adherencia a esta terapia, atención estomatológica e incorporación a la vida social.
- Participar junto al epidemiólogo del área en el control de los contactos de VIH/SIDA.
- Informarse sobre el resultado de las Interconsultas médicas con especialidades de los hospitales e institutos a que asistan los PV VIH.
- Visita de terreno a seropositivas y enfermos. Seguimiento de los egresos hospitalarios.
- Realizar acompañamiento psicológico junto al EBS (Equipo Básico de Salud) a los PV VIH/SIDA respecto al impacto ante la notificación, vida sexual, expectativa de vida, tratamiento, apoyo a la familia y relación de la pareja.
- Contribuir junto al resto del equipo de salud en la plena inserción social de los PV VIH y trabajar por incorporarlo a un equipo de ayuda mutua y a todas las unidades de prevención y promoción que se realizan en la comunidad.
- Trabajar en conjunto con el EBS en función de la familia y de la comunidad para evitar discriminación y estigmatización de los PV VIH

OTRAS

- Aplicar metodología de concejería en ITS y VIH a :
 - Embarazadas y sus parejas sexuales.
 - Diagnosticados de ITS/VIH y sus parejas sexuales.
 - Población sexualmente activa.
 - Adolescentes y jóvenes.
 - Población dispensarizada por conducta sexual de riesgo.
- Impulsar, planificar y ejecutar las actividades de promoción y educación para la salud en su área.
- Identificar zonas de mayor vulnerabilidad dentro de radio de acción y motivar a la formación de promotores.
- Desarrollar trabajos educativos con el consejo popular y sectores sociales, así como la creación de grupos de trabajo comunitarios.
- Ofrecer capacitación y asesoría en el manejo integral de los casos de ITS al personal de salud.
- Participar en la reunión operativa municipal del programa.
- Recolectar y tabular los datos primarios para el sistema de información estadístico.
- Superación profesional (autopreparación, talleres, diplomados, cursos a distancia).
- Realizar investigaciones relacionada con el programa en su área de salud.
- Participar en el resto de las actividades del policlínico sin olvidar su rol y su función social.

Un servicio de apoyo al control de las enfermedades muy importante y de un alto grado de responsabilidad lo constituye el servicio brindado por el personal paramédico en las centrales de esterilización, la que se refleja brevemente a continuación:

3.1.2.2 Servicio de esterilización (central de esterilización)

Pasos

- Pre esterilización

1. Fregar con agua de detergente y enjuagar con agua destilada esto se realiza en cuerpo de guardia, luego se pone a escurrir y secar por una hora.
2. Descontaminación esta se realiza con hipoclorito 0,05% este proceso se le realizan a todo el material de cristal y se mantiene por 30 minutos y el material metálico se descontamina con un antioxidante concentrado (Benzalconio), luego se empaquetan.
 - Luego de empaquetado, al equipo se le ponen dos fechas, uno en el primer paño, se le pone la fecha del día, valido por 72 horas y la inicial del nombre del operario
 - Poner los materiales excepto los guantes en la autoclave, ya preparada para esterilizar, por 30 minutos. Los guantes, boquillas y tramos de gomas se friegan con detergente solo, se enjuagan y se secan y se esterilizan por 15 min. y se secan por 20min. Para luego almacenar en vitrinas de cristal limpias y con puertas cerradas (las vitrinas se deben fregar con agua y detergente semanalmente y desinfectar con alcohol al 76% y durante 72 horas)

Todos los procederes conllevan la utilización de guantes menos la esterilización y lo post-esterilización que es el área verde. El área roja (área sucia) es donde se descontamina, se friega, se escurre y se empaqueta. Los materiales para transportarlos deben estar en bolsas de nylon.

Cuando se han utilizado materiales en pacientes con sospechas o diagnostico de VIH/SIDA, a estos se les realiza un trabajo diferente a los demás materiales. Por ejemplo, a la jeringuilla no se le hace arrastre (limpieza simple con agua corriente), se pone 60min con hipoclorito al doble (0,10%) se esteriliza por 20 min. en este proceso se debe trabajar con mucho cuidado, terminado el mismo se esteriliza sola en la autoclave como si fuera a ser el inicio el proceso completo.

A las autoclaves presentes en el servicio se les realizan comprobaciones para su buen funcionamiento, además esta central debe tener una buena iluminación, la enfermera debe usar ropa estéril, bata y gorra verde y deben trabajar, además de ella, dos personas mas, debe tener una puerta de entrada de sucio (trampa de entrada) y otra de salida de limpio (trampa de salida).

3.1.3 Consideraciones generales acerca de los Servicios de Salud en el área.

Con respecto a los Servicios de salud podemos decir que el área cuenta con una amplia gama de servicios, como se ha evidenciado en la descripción general y que estos servicios tienen un buen respaldo en recursos humanos y materiales. En especial quisiéramos señalar como una deficiencia la ausencia de la actividad del profesional farmacéutico, que puede afectar el trabajo del Comisión de Farmacia y Terapéutica, además de la afectación en la actividad de seguimiento fármacoterapéutico a realizar por el profesional farmacéutico en los grupos de pacientes con riesgos entre los que se encuentran aquellos con patologías crónicas que son objeto de estudio en nuestro trabajo.

3.1.3 Conclusiones parciales para descripción general de los Servicios de Salud que se brindan en el área.

- 1- En el área se cuenta con los recursos materiales y humanos que permiten brindar una amplia gama de Servicios de Salud.
- 2- La actividad del profesional farmacéutico esta deficitaria, lo cual afecta las funciones que dentro del área realiza este profesional.

3.2 Descripción demográfica de los pacientes con enfermedades no transmisibles

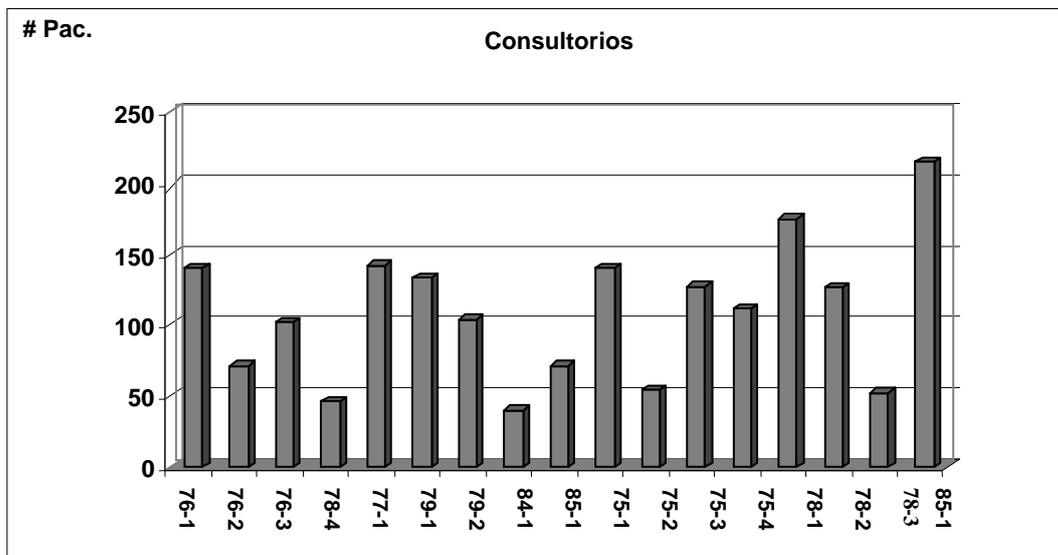
3.2.1 Pacientes con enfermedades no transmisibles en el área de salud agrupados según consultorio.

Se muestran la Tabla y el gráfico correspondiente.

Tabla 1: Pacientes con enfermedades no transmisibles por consultorios en área.

Unidad # 728			Unidad # 961		
Consultorios	# de Pacientes	(%)	Consultorios	# de Pacientes	(%)
76-1	140	(7,6)	75-1	140	(7,6)
76-2	71	(3,8)	75-2	54	(2,9)
76-3	102	(5,5)	75-3	127	(6,9)
77-1	46	(2,5)	75-4	111	(6)
78-4	142	(7,7)	78-1	175	(9,5)
79-1	133	(7,2)	78-2	126	(6,8)
79-2	104	(5,6)	78-3	52	(2,8)
84-1	40	(2,2)	80-1	215	(11,6)
85-1	71	(3,8)			

Gráfico 1: Pacientes con enfermedades no transmisibles por consultorios en área



Como puede observarse hay una gama amplia en cuanto a cantidad de pacientes por consultorios en el área, están los consultorios con un número reducido de pacientes (84-1), y otros con un gran número de pacientes con enfermedades no transmisibles (80-1).

3.2.2 Pacientes con enfermedades no transmisibles en el área de salud agrupados según unidad asistencial y área.

Tabla 2: Pacientes con enfermedades no transmisibles por unidad asistencial y área.

	# Pacientes
Unidad # 728	849
Unidad # 961	1000
Área de Salud	1849

Como puede observarse para el área de salud hay un total de 1849 pacientes con enfermedades no transmisibles los cuales se analizaron en su totalidad, realizándose una descripción demográfica y sanitaria de estos pacientes que representan 21.1 % de la población del área.

3.2.3 Pacientes con enfermedades no transmisibles en el área de salud. agrupados según sexo.

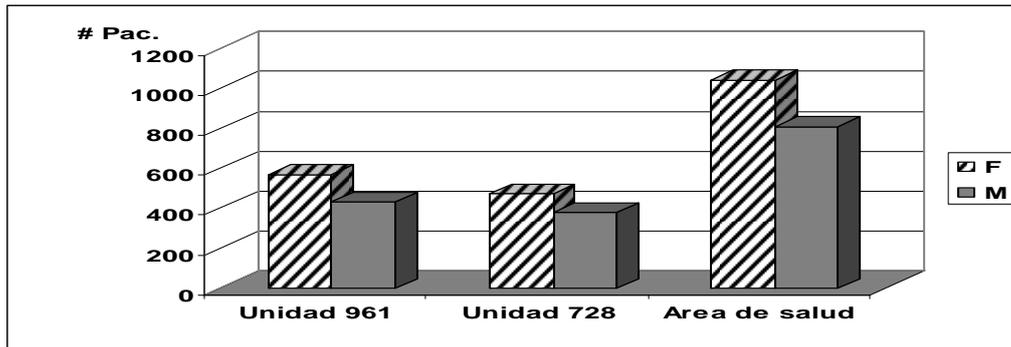
Los resultados para los consultorios se muestran en Tabla 3 y los gráficos 2 y 3 en anexos.

Los resultados más generales se muestran a continuación:

TABLA 4: Pacientes agrupados según sexo en unidades de farmacias y área de salud.

	Unidad # 728	%	Unidad # 961	%	Área de Salud	%
Total						
Sexo Femenino	473	(55,7)	568	(56,8)	1041	(56,3)
Total						
Sexo Masculino	376	(44,2)	432	(43,2)	808	(43,6)

Gráfico 4: Pacientes agrupados según sexo en las Unidades Asistenciales y Área de Salud



Como puede observarse hay prevalencia de pacientes femeninos con respecto a los pacientes masculinos a nivel de consultorio, unidad asistencial y área de salud, constituyendo la población femenina el 56,3 % de los de los pacientes con enfermedades de crónicas en el área de salud.

3.2.4 Pacientes con enfermedades no transmisibles en el área de salud agrupados por rango de edad.

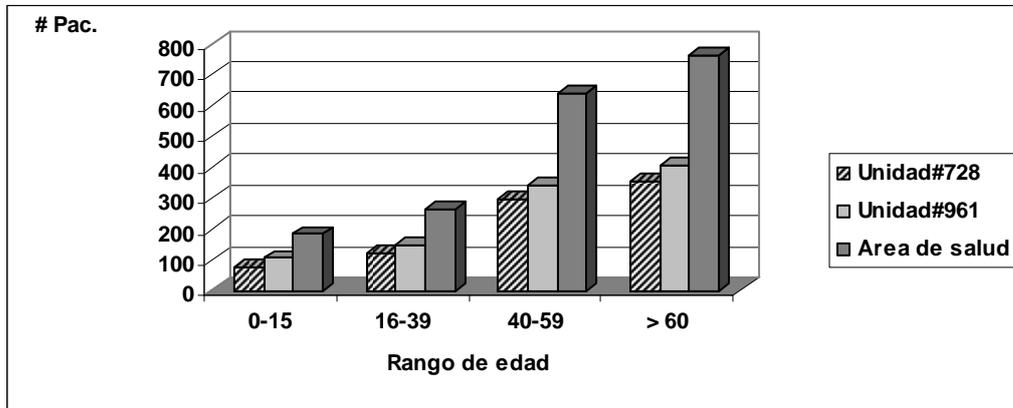
Los resultados para los consultorios se muestran en la Tabla 5 y los gráficos 5 y 6 en anexos.

Los resultados más generales son los siguientes:

Tabla 6: Pacientes agrupados por rango de edad en Unidades de Farmacia y área de Salud

Rango de edad	Unidad #728	Unidad #961	Área de salud
0-15	78 (9,5%)	105(10,5%)	183(9,9%)
16-39	120 (14,1%)	146(14,6%)	266(14,4%)
40-59	296 (34,9%)	344(34,4%)	639(34,6%)
>60	355(41,8%)	405(40,5%)	761(41,2%)
TOTAL	849	1000	1849

Gráfico 7: Pacientes agrupados por rango de edad en cada Unidad Asistencial y Área de Salud



Como puede observarse hay prevalencia de pacientes con 60 ó más años de edad, constituyendo un 41,2 % de los pacientes en estudio del área de salud. Este mismo comportamiento esta presente a nivel de consultorio y unidad asistencial.

3.2.5 Pacientes con enfermedades no transmisibles en el área de salud agrupados según sexo y rango de edad.

Las tablas donde se muestra la distribución por sexo y rango de edad para cada consultorio de las dos unidades asistenciales (Tablas 7 y 8), se encuentran reflejados en los anexos del trabajo.

Los resultados considerados más generalizadores se muestran en las siguientes tablas y gráficos:

Tabla 9: Total de Pacientes de Unidad 728 agrupados según sexo y rango de edad

Rango de edad	Femenino	%	Masculino	%
0-15	41	(51,3)	38	(48,7)
16-39	60	(50)	60	(50)
40-59	170	(57,6)	125	(48,2)
>60	202	(56,9)	153	(43)

Tabla 10: Total de Pacientes de Unidad 961 agrupados según sexo y rango de edad

Rango de edad	Femenino	%	Masculino	%
0-15	44	(41,9)	61	(58)
16-39	83	(56,8)	63	(43,1)
40-59	201	(59,6)	139	(40,3)
>60	240	(59,1)	166	(40,9)

Tabla 11: Total de Pacientes del Área de Salud agrupados según sexo y rango de edad

Rango de edad	Femenino	%	Masculino	%
0-15	85	(46,4)	98	(53,5)
16-39	143	(53,7)	123	(46,2)
40-59	371	(58)	268	(41,9)
>60	442	(58)	319	(41,9)
Total	1041	(56,3)	808	(43,6)

Gráfico 8: Total de Pacientes de Unidad 728 agrupados según sexo y rango de edad.

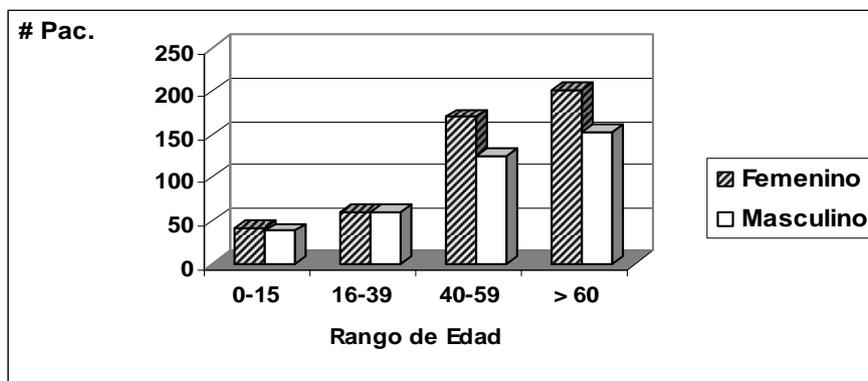


Gráfico 9: Total de Pacientes de la Unidad 961 agrupados según sexo y rango de edad.

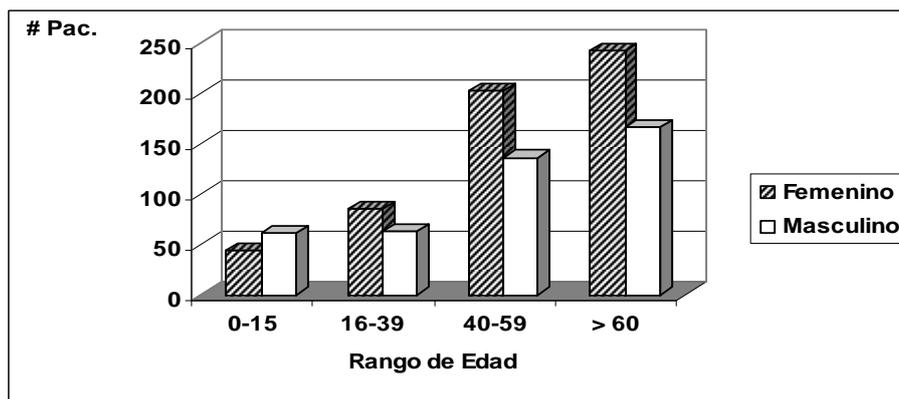
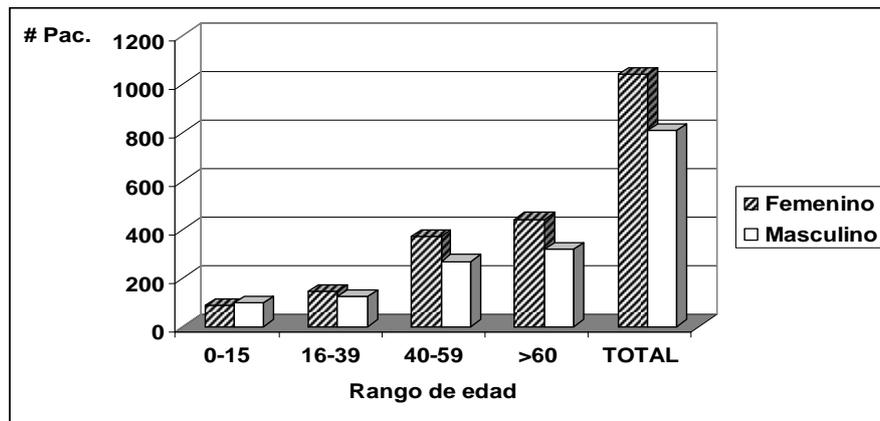


Gráfico 10: Total de Pacientes del Área de salud agrupados según sexo y rango de edad.



Como puede observarse, de manera general, para las unidades asistenciales y el área, hay predominio del sexo femenino para los diferentes rangos de edades analizados, con excepción del rango de edad de 0-15 años para la unidad 961 y el área de salud. Según estos resultados, el grupo mayoritario de pacientes con enfermedades no transmisibles en el área esta constituido por las mujeres de 60 o mas años de edad.

3.2.6 Conclusiones parciales para descripción demográfica de los pacientes con enfermedades no transmisibles.

- 1- El número de pacientes con enfermedades no transmisibles oscila entre 40 y 215 pacientes para los diferentes consultorios en el área de salud.
- 2- El número de pacientes con enfermedades no transmisibles en el área alcanza los 1849 pacientes, que representan un 21.1% de toda la población del área de salud.
- 3- Existe una mayor proporción de pacientes del sexo femenino, las que representan un 56,3% de los pacientes con enfermedades no transmisibles en el área.
- 4- Existe una mayor proporción de pacientes en el rango de 60 y más años de edad, que representan un 41,2% de los pacientes con enfermedades no transmisibles en el área.
- 5- Existe una mayor proporción de pacientes en el rango de 60 y más años de edad y del sexo femenino, las que representan un 23,9% de los pacientes con enfermedades no transmisibles en el área.

3.3 Descripción sanitaria de los pacientes con enfermedades no transmisibles.

3.3.1 Patologías más frecuentes en pacientes con enfermedades no transmisibles en unidades asistenciales y en el área de salud por sexo.

Las tablas 12 y 13 donde se muestran las ENT más frecuentes en pacientes agrupados por sexo en los consultorios de ambas unidades asistenciales se recogen en anexos. Traemos esos resultados pero a nivel de unidad asistencial y área:

Tabla 14: ENT más frecuentes en pacientes agrupados por sexo en unidad asistencial y área de salud.

Unidad ó área	Femenino		Masculino		Total	
	Enfermedad	%	Enfermedad	%	Enfermedad	%
#728	HTA(230)	(48,7)	HTA(170)	(45,2)	HTA(400)	(21,6)
#961	HTA(323)	(56,8)	HTA(220)	(50,9)	HTA(543)	(29,4)
área	HTA(553)	(53,1)	HTA(390)	(48,2)	HTA(943)	(51)

Como puede observarse, la ENT más frecuentes en las unidades asistenciales y en el área, tanto en pacientes femeninos como masculinos es la HTA, que llega a alcanzar una prevalencia de un 51%.

3.3.2 Patologías más frecuentes en pacientes con enfermedades no transmisibles en unidades asistenciales y en el área de salud por rango de edad.

Las tablas 15 y 16 que presentan las ENT más frecuentes en pacientes agrupados por rango de edad en los consultorios de ambas unidades asistenciales se recogen en anexos. Traemos esos resultados para unidad asistencial y área de salud.

TABLA 17: ENT más frecuentes agrupadas por rango de edad en unidad asistencial #728.

Rango de edad	ENT	%
0-15	Asma(65)	(83,3)
16-39	HTA(50) Asma(33)	(41,6) (27,5)
40-59	HTA(165) Asma(21)	(55,9) (16,2)
>60	HTA(195) Asma (22)	(66,1) (6,2)

TABLA 18: ENT más frecuentes agrupadas por rango de edad en unidad asistencial #961.

Rango de edad	ENT	%
0-15	Asma(75)	(71,4)
16-39	HTA(53) Asma(59)	(36,3) (40,1)
40-59	HTA(227) Asma(43)	(65) (12,3)
>60	HTA(261) Asma(21)	(64,6) (5,2)

TABLA 19: ENT más frecuentes agrupadas por rango de edad en área de salud

Rango de edad	ENT	%
0-15	Asma(140)	(76,5)
16-39	Asma(92) HTA(103)	(34,5) (38,5)
40-59	Asma(91) HTA(392)	(14,2) (60,8)
>60	Asma(43) HTA(456)	(5,6) (59,9)

Gráfico 11: ENT más frecuentes agrupadas por rango de edad en unidad asistencial 728.

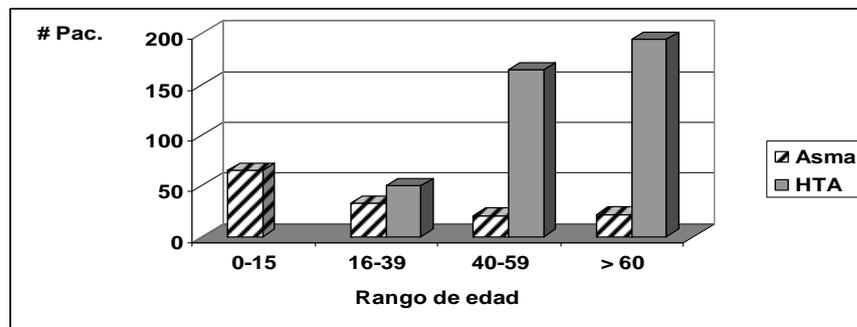


Gráfico 12: ENT más frecuentes agrupadas por rango de edad en unidad asistencial 961.

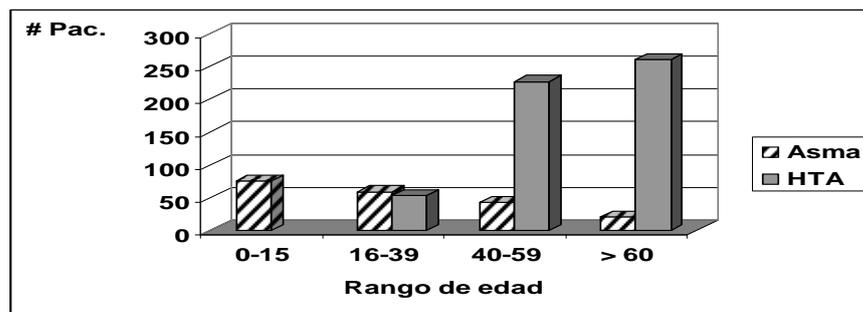
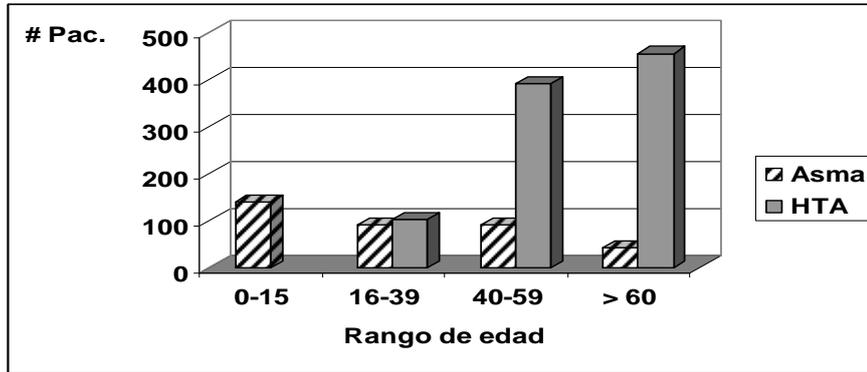


Gráfico 13: ENT más frecuentes agrupadas por rango de edad en unidad asistencial 961.



Según lo aquí mostrado, cuando se comparan los resultados obtenidos para los diferentes rangos de edad, el asma bronquial resulta predominante en el rango de 0-15 años, en ambas unidades asistenciales y por tanto, también en el área. Para otros rangos de edad, de manera general, la patología más frecuente en los pacientes en ambas unidades asistenciales y a nivel de área es la hipertensión arterial (HTA) y en segundo término el asma bronquial.

3.3.3 Patologías asociadas en pacientes con enfermedades no transmisibles en unidades asistenciales y en el área de salud.

Las tablas que describen la presencia de patologías asociadas en pacientes de los diferentes consultorios de ambas unidades asistenciales se reflejan en anexos (Tablas 20, Tablas 21)

Traemos esos resultados a nivel de unidad asistencial y área:

Tabla 22: Pacientes con patologías asociadas agrupados por rango de edad y sexo en unidades de farmacia del área.

Rango de edad	Unidad #728		Unidad #961	
	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)
0-15	9(21,9)	16(43,2)	3(6,8)	1(1,6)
16-39	5(8,3)	4(6,7)	11(13,2)	5(9,4)
40-59	41(24,1)	25(20)	40(19,9)	28(20,1)
>60	56(27,7)	46(30)	84(35)	41(24,7)
Total	111(23,4)	91(24,2)	138(24,3)	213(49,3)

Leyenda: F (Femenino) M (Masculino)

Gráfico 14: Pacientes con patologías asociadas agrupados por rango de edad y sexo en la unidad de farmacia 728

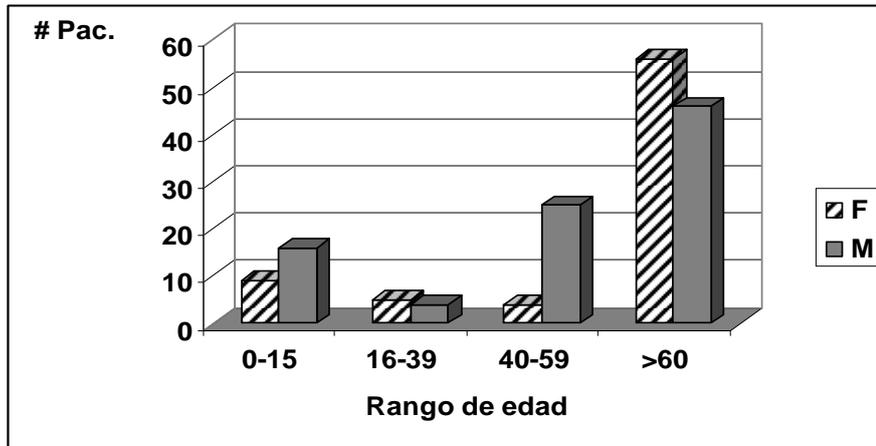


Gráfico 15: Pacientes con patologías asociadas agrupados por rango de edad y sexo en la unidad de farmacia 961.

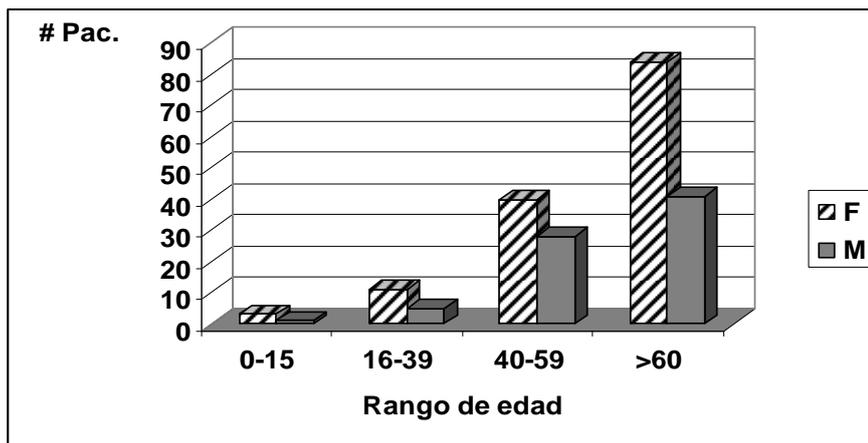
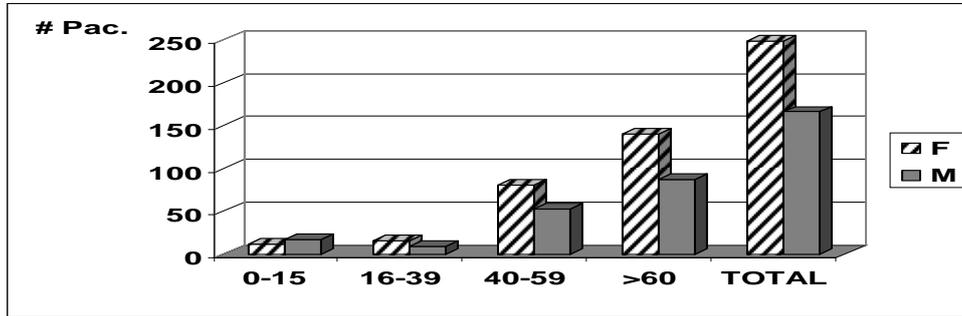


Tabla 23: Pacientes con patologías asociadas agrupados por rango de edad y sexo en el área de salud.

Rango de edad	F (%)	M (%)	%
0-15	12 (14,1)	17(17,2)	29(15,8)
16-39	16 (11,2)	9(7,3)	25(9,4)
40-59	81 (21,8)	53(19,8)	134(21)
>60	140(31,7)	87(27,2)	227(29,8)
TOTAL	249 (13,5)	166(8,9)	415(22,4)

Gráfico 16: Pacientes con patologías asociadas agrupados por sexo y rango de edad en el área de salud.



Las tablas muestran como la mayor parte de los pacientes con patologías asociadas están en los rangos de edad de 40-59 y de 60 y más de edad, con predominio de este último rango. En cuanto al sexo también hay predominio de patologías asociadas en mujeres más que en hombres.

3.3.4 Pacientes con enfermedades no transmisibles con más de dos patologías asociadas en unidades asistenciales y en el área de salud.

Las tablas que describen la presencia de más de dos patologías asociadas en pacientes de los diferentes consultorios de ambas unidades asistenciales se reflejan en anexos (Tablas 24 y 25)

Traemos esos resultados a nivel de unidad asistencial y área:

Tabla 26: Pacientes con más de dos patologías agrupados por unidad asistencial.

Rango de edad	Unidad #728		Unidad #961	
	F (%)	M (%)	F (%)	M(%)
0-15	-----	-----	-----	-----
16-39	-----	-----	-----	-----
40-59	7(4,1)	2(1,6)	4(2)	2(4,9)
>60	18(8,9)	8(5,2)	21(8,7)	7(4,2)

Leyenda: F (Femenino) M (Masculino)

Gráfico 17: Pacientes con más de dos patologías agrupados en unidad asistencial 728

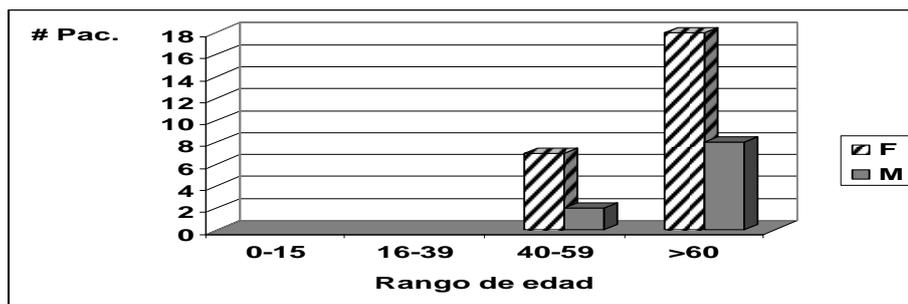


Gráfico 18: Pacientes con más de dos patologías agrupados en unidad asistencial 961

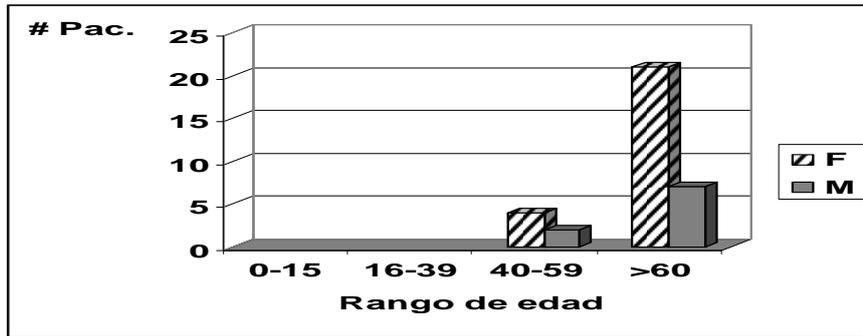
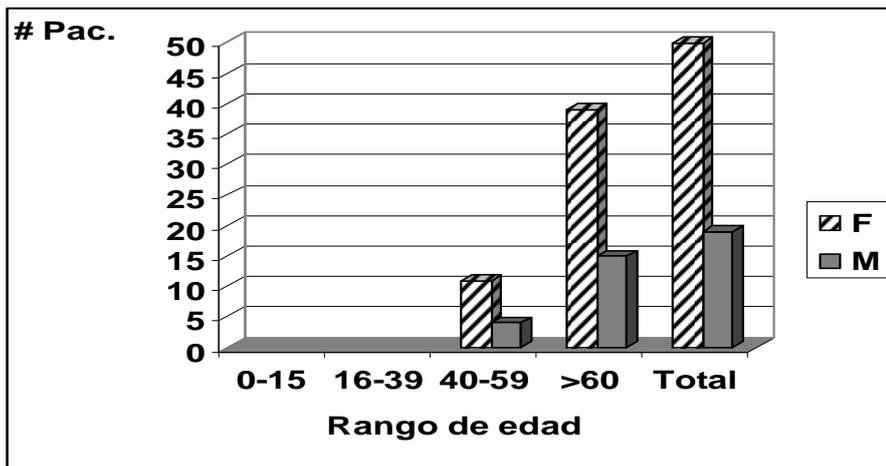


Tabla 27: Pacientes con más de dos patologías agrupados por área de salud.

Rango de edad	F (%)	M (%)	%
0-15	----	----	
16-39	----	----	
40-59	11	4	15
>60	39	15	54
TOTAL	50(2.7)	19 (1)	69(3.7)

Gráfico 19: Pacientes con más de dos patologías agrupados en el área de salud



De estos resultados podemos observar, según se muestra en tablas y gráficos que la asociación de más de dos patologías está presente en los pacientes de 40 a 59 años y los que poseen 60 o más años de edad, con predominio en la población femenina.

3.3.5 Patologías más frecuentes en las asociaciones en pacientes con enfermedades no transmisibles en unidades asistenciales y en el área de salud.

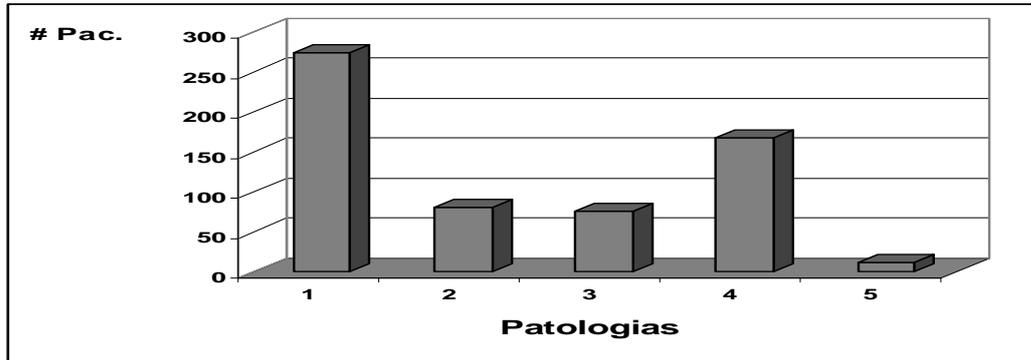
Las tablas que describen la presencia de las patologías más frecuentes en las asociaciones en los pacientes de los diferentes consultorios de ambas unidades asistenciales se reflejan en anexos (Tablas 28 y 29)

Tabla 30: Patologías más frecuentes en los pacientes con enfermedades asociadas en unidad asistencial y área de salud.

	HTA (%)	Asma (%)	Diabetes (%)	E. C. (%)	Úlcera (%)
Unidad #961	169 (79,3)	48 (22,5)	46 (21,6)	97 (46)	12 (5,7)
Unidad #728	110 (54,5)	33 (16,3)	31 (15,3)	71 (35,1)	—
Área de Salud	275 (66,2)	81 (19,5)	77 (18,5)	168 (40,5)	12 (2,9)

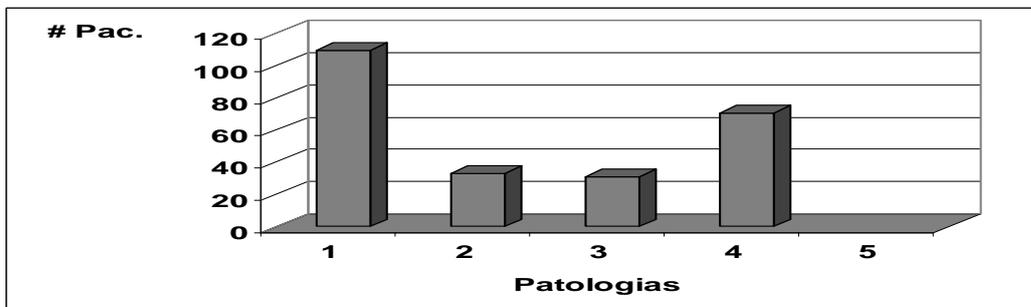
Leyenda: E.C. (Enfermedad Cardíaca)

Gráfico 20: Patologías más frecuentes en los pacientes con enfermedades asociadas en unidad asistencial 728.



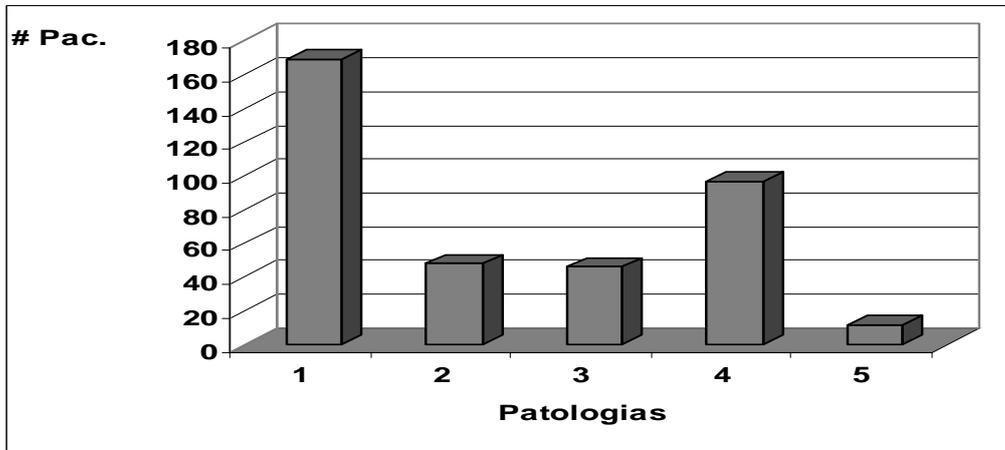
Leyenda: 1(HTA), 2(Asma), 3(Diabetes), 4(Enfermedades Cardíacas) 5(Úlcera)

Gráfico 21: Patologías más frecuentes en los pacientes con enfermedades asociadas en unidad asistencial 961.



Leyenda: 1(HTA), 2(Asma), 3(Diabetes), 4(Enfermedades Cardíacas) 5 (Úlcera)

Gráfico 22: Patologías más frecuentes en los pacientes con enfermedades asociadas en el área de salud.



Leyenda: 1(HTA), 2(Asma), 3(Diabetes), 4(Afecciones Cardiacas), 5(Ulcera)

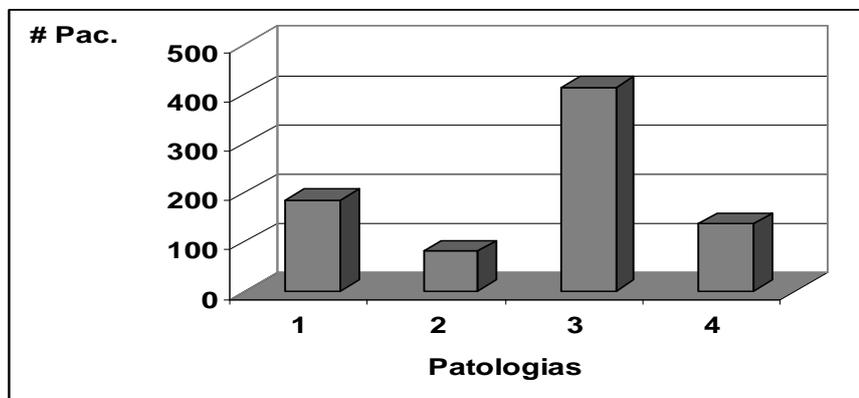
Como puede observarse, la ENT mas frecuente en los pacientes que padecen varias patologías es la Hipertensión arterial, seguida de las enfermedades cardiacas, asma, diabetes y ulcera.

3.3.6 Prevalencia de patologías más frecuentes por unidad asistencial y área de salud.

Tabla 31: Prevalencia de enfermedades no transmisibles más comunes en unidades asistenciales y área.

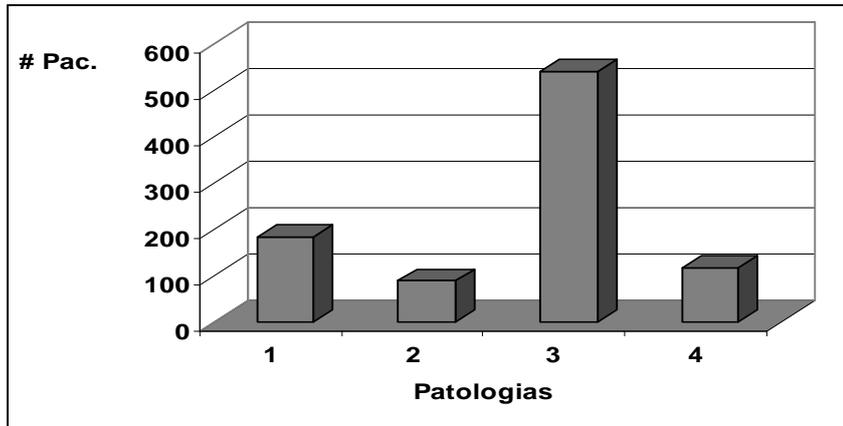
	Asma	Diabetes	HTA	E. C.
Unidad728	186(10%)	81(4,4%)	400(21,6)	137(7,4%)
Unidad961	183(9,8%)	88(4,7%)	543(29.4)	117(6,3%)
Área	369(20%)	169(9,1%)	943(51)	254(13,7%)

Gráfico 23: Cantidad de pacientes con las patologías más frecuentes por unidad asistencial 728



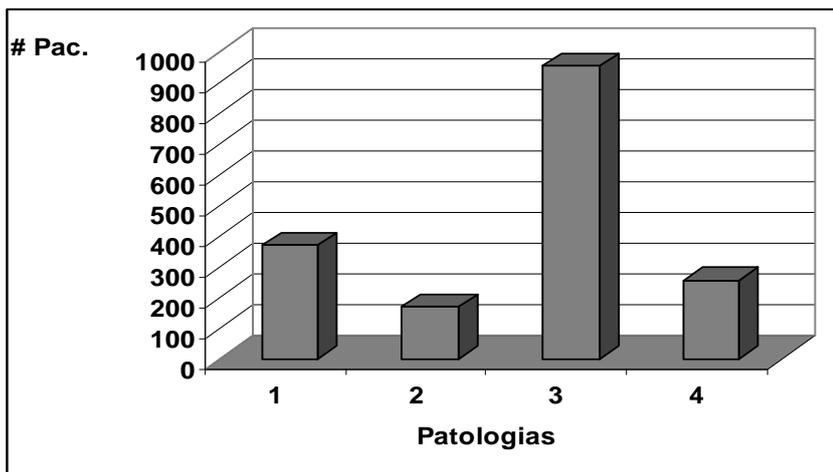
Leyenda: 1 (Asma), 2(Diabetes), 3(HTA), 4(Enfermedades Cardíacas)

Gráfico 24: Cantidad de pacientes con las patologías más frecuentes para unidad asistencial 961.



Leyenda: 1 (Asma), 2(Diabetes), 3(HTA), 4(Enfermedades Cardíacas)

Gráfico 25: Prevalencia de patologías más frecuentes en el área de salud.



Leyenda: 1 (Asma), 2(Diabetes), 3(HTA), 4(Enfermedades Cardíacas)

En orden decreciente para los niveles de prevalencia de ENT en el área hallamos, en primer termino a la Hipertensión arterial, seguida de asma bronquial, las enfermedades cardiacas, y la diabetes mellitus.

3.3.7 Conclusiones parciales para descripción sanitaria de los pacientes con enfermedades no transmisibles.

1- La enfermedad no transmisible más frecuente en el área, tanto en pacientes femeninos como masculinos es la HTA, que llega a alcanzar una prevalencia de un 51%.

2- El asma bronquial resulta predominante en el rango de 0-15 años. Para otros rangos de edad, la patología más frecuente en los pacientes es la hipertensión arterial (HTA) y en segundo término el asma bronquial.

3- Los pacientes con patologías asociadas están en los rangos de 40-59 y de 60 y más años de edad, con predominio de este último rango. En cuanto al sexo hay predominio de patologías asociadas en mujeres más que en hombres. La prevalencia de pacientes con patologías asociadas alcanza un 22,4%.

4- La asociación de más de dos patologías esta presente en los pacientes de 40 a 59 años y los que poseen 60 o mas años de edad, con predominio en este último rango y en la población femenina, alcanzando una prevalencia de 3,7%.

5- La enfermedad no transmisible más frecuente en los pacientes con patologías asociadas es la hipertensión arterial, seguida de las enfermedades cardíacas, asma, diabetes y úlcera.

6- Los niveles de prevalencia en orden decreciente para enfermedades no transmisibles en los pacientes del área muestran, en primer termino, a la Hipertensión arterial, seguida del asma bronquial, las enfermedades cardíacas, y la diabetes mellitus.

CONCLUSIONES

- 1- El área cuenta con los recursos materiales y humanos que permiten brindar una amplia gama de Servicios de Salud, aunque la actividad del profesional farmacéutico esta deficitaria en el área.**

- 2- El número de pacientes con enfermedades no transmisibles en el área de salud alcanza los 1849 pacientes, los cuales representan 21.1% de toda la población del área de salud.**

- 3- El grupo mayoritario de pacientes pertenece al rango de 60 y más años de edad y al sexo femenino, los que representan un 23,9% de los pacientes con enfermedades no transmisibles en el área.**

- 4- La enfermedad no transmisible más frecuente en el área, es la HTA, que llega a alcanzar una prevalencia de un 51%.**

- 5- El asma bronquial resulta predominante en el rango de 0-15 años. Para otros rangos de edad, la patología más frecuente en los pacientes es la hipertensión arterial y en segundo término el asma bronquial.**

- 6- La prevalencia de pacientes con patologías asociadas es de un 22,4%, y de pacientes con más de dos patologías asociadas es de un 3,7%, los cuales pertenecen a los rangos de 40-59 y de 60 y más años de edad, con predominio de este último rango y del sexo femenino.**

- 7- Otras enfermedades no transmisibles frecuentes en los pacientes con patologías asociadas y en general, en los pacientes en estudio, son el asma bronquial, las enfermedades cardiacas, y la diabetes mellitus, con un orden decreciente en los niveles de prevalencia.**

RECOMENDACIONES

- 1- Se recomienda una mayor utilización de los recursos sanitarios de esta área de salud insertada en el campus universitario en función de la docencia y la investigación, en especial, en la disciplina de Farmacia Social.**

- 2- Se recomienda la confección de una base de datos que incluya a los pacientes con enfermedades no transmisibles en el área, con la perspectiva de contribuir al uso racional de los medicamentos en este grupo de pacientes.**

BIBLIOGRAFIA

1. AGUILAR, J et al. , (2001) Análisis de la morbilidad en una consulta de Atención Primaria con historia clínica informatizada Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Zaragoza, pp 60-65.
2. ALDEREGUIA, J. (1988.) Nuevas orientaciones de la salud pública socialista principales aspectos. Revista Cubana Salud Pública.
3. ALVAREZ, M. & GALLEGO, P. (2001) Revisión crítica de la práctica clínica. Estrategias eficaces para mejor la adherencia a la prescripción de fármacos Medifam, pp29-32.
4. BAENA, M. (2003) Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada Barcelona, Masson, pp53-59.
5. BEYTH, R. & SHORR, R. (1999) Epidemiology of adverse drug reactions in the elderly by drug class. Drugs Aging, 14, pp231-239
6. BONAL, J (1993) Farmacia Hospitalaria. Editorial Médica Internacional pp 412.
7. CIPOLLE, R et al., (1990) Drug-related problems: theirs structure and function. Ann Pharmacother, pp1093-7.
8. CLIMENTE, M et al., (2001) Prevalencia y características de la morbilidad relacionada con los medicamentos como causa de ingreso hospitalario. . Atención Farmacéutica, 3, pp9-22.
9. Colectivo de autores (2007) Ministerio de trabajo y Seguridad Social Legislación laboral Republica de Cuba, Resolución general, pp2-3.
10. C. C. (2002) Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Ars Pharmaceutica, 43, pp179-187.

11. C. C. (2002) Problemas Relacionados con Medicamentos. Segundo Consenso de Granada 43, pp175-184.
12. CUNNINGHAM, G. (1997) Adverse drug reactions in the elderly and their prevention. *Scott Med J*, 42, 136-137.
13. DEBESA, F. (2006) El farmacéutico y la salud pública. *Revista Cubana Farmacia*, 40, pp0-0.
14. DÍEZ, M. (2000) Sugerencia de definición para el PRM 3. Clasificación de problemas relacionados con la medicación según el Consenso de Granada, 2, pp139-140.
15. ESPEJO, J et al., (2002) Problemas relacionados con medicamentos: Definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria. *Pharm Care Esp.*, 4, pp122-127.
16. FERRÁNDIZ, J. & SANTOSA, A. (2004) Fármacos antiinflamatorios no esteroideos y gastroprotección. *Servicio de Farmacia. Área 11 Instituto FMC*, 11, pp 641-50.
17. FRANCISCO, G. & CUÉ, M. (1999) Los medicamentos y el anciano. *Rev Cubana Farm*, pp 140-150.
18. GANDHI, T et al., (2003) Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med*, 348, pp1556-1564.
19. HEPLER, C. & STRAND, L. (1999) Oportunidades y responsabilidades en Atención Farmacéutica. *Pharm Care Esp* 1, pp35-47.
20. HERNANDEZ, M et al., (2006) Nuevo indicador para el análisis de las reacciones adversas a medicamentos que se prescriben por certificado médico en Cuba. *Revista Cubana de Farmacia*. pp53-62.
21. HERNANDEZ, R. (2003) Metodología de la investigación, La Habana, pp76-77.
22. IBARRA, F. Metodología de la investigación social. Ciudad de la Habana, editorial Pueblo Nuevo, pp64, 110-134.

23. IÑESTA, A. (2001) Estudios sobre uso de medicamentos y otros. Revista Española de Salud Pública, 11, pp13-14.
24. INSTITUTOS NACIONALES, D. S. (2007) Medline Plus. Información de salud
25. KAISER, R. (1994) La entrevista centrada en la narración en el campo de la investigación educativa caracteres, aplicación y evaluación, Alemania Rev. Educación, 49/50, pp80.
26. MADURGA, M et al., (1998) Nuevas perspectivas de la farmacovigilancia en España y en la Unión Europea. El sistema Español de farmacovigilancia, pp 37-62.
27. MAJOR, S et al., (1998) Drug-related hospitalization at a tertiary teaching center in Lebanon: incidence, associations and relation to self-medicating behavior. Clin Pharmacol pp 450-461.
28. MARTÍN, M et al., (2002) Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. Med Clin, 118, pp 205-210.
29. MÁRTINEZ, F et al., (1999) Problema relacionado con los medicamentos sí clasificado. Régimen Posológico inadecuado, 1, pp488.
30. MARTÍNEZ, J. & BAENA, I. (2001) La atención Farmacéutica como método para mejorar la salud de los pacientes Coordinación entre los profesionales médicos y farmacéuticos, 3, pp135-139.
31. MARTÍNEZ, S. (2001) La familia: una aproximación desde la salud. Revista Cubana de Medicina General Integral pp 257-262.
32. MINSAP. (1992) Objetivos, propósitos y directivas para incrementar la salud pública cubana 1992-2000. Editorial Ciencias Médicas, p.1-3.
33. MIRANDA, M. & NIETO, O. (2001) El sistema de Suministros en los servicios farmacéuticos, Elementos de deontología farmacéutica., Cuba, La Habana pp 30-90.

34. MOLERO, R. & ACOSTA, M. (2006) Comisión de farmacia y terapéutica: rol en el proceso de selección. Farmacia hospitalaria, planificación y organización de un servicio de farmacia. Cuba, Farmacia hospitals pp 28.
35. NOCEDO, I. & ABEU, H. (1989) Metodología de la investigación pedagógica y psicológica, La Habana, Kulikov, VN pp 35-60.
36. NÚRIA, G et al., (2004) GUIA - PROTOCOLO : OJO ROJO pp 14.
37. OPS (2002) Prevención clínica. Guía para médicos-Washington Publicación científica, pp 1.
38. OMS (1985) Uso racional de los medicamentos. Informe de la Conferencia de Expertos, pp25-29.
39. OMS (1993) El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe. Tokyo, pp 4.
40. PAGANINI, F. & CAPOTE, R. (1992) Los Sistemas Locales de Salud, Cuba, Publicación científica #. 519, pp 11-17.
41. Peña, C (2001) Valoración farmacológica de la prescripción de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes ingresados con osteoartrosis. Revista Cubana de Reumatología, Ciudad Habana, Cuba, pp 1-9.
42. PEREZ, I. & HERNANDEZ, F. (1982) Teoría y administración de salud pp 120-121.
43. PÉREZ, M et al., (2006) Hábitos de prescripción de medicamentos a pacientes pediátricos alérgicos. Revista Cubana Farmacia, pp 17-19.
44. RECALDE, J et al., (1998). Interacciones entre medicamentos prescritos en la población mayor de 65 años. Atención Primaria, 22, pp434-439.

45. RESCALA, T. (1994) La profesión farmacéutica y la farmacia. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Informativo de Medicamentos, pp1.
46. RODRÍGUEZ, R. (1984). Evolución de la morbilidad infecciosa en Cuba. Revista Cubana Higiene y Epidemiología, 22, pp387-396.
47. ROCKVILLE, R. & BETHESDA, M. (2007) National library of Medicine. Gov/Spanish/ US
48. SANSÓ, F et al., (2000) Propuesta de modelo para la prescripción de medicamentos controlados por tarjeta. Revista Cubana de Medicina General Integral, 16, pp322-328.
49. SANTOS, J. (2006) Estudio sobre el grado de cumplimiento de las recomendaciones de alertas sanitarias sobre los riesgos cardiovasculares de los coxibs 4, pp882-885.
50. SANTOS, M et al., (1994) Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial, Barcelona, Med Clin, 102, pp532-536.
51. SEDEÑO, C. (2002) Función social de la epidemiología de los medicamentos. Su desarrollo en Cuba. Revista Cubana de Farmacia, pp 129-137.
52. SELECCIÓN DE AUTORES,(2006) Caracterización el patrón de prescripción de carbamazepina. Revista Cubana de Farmacia, 40, pp30-45.
53. SELECCIÓN DE AUTORES. (2004) Alteraciones digestivas por antiinflamatorios no esteroideos. Revista Española de Enfermedades Digestivas, pp6-10.
54. VALDERRÁBANO, M et al.,(2004) La investigación documental. Rev. Educación Universitaria, pp53-76.

55. WEPIERRE, J. (1988) Variaciones de la respuesta del organismo a los fármacos. IN MASSON. (ED.) Manual de Farmacología General y Molecular. . Universidad de Colima, pp 136-153.
56. Colaboradores de Wipedia (2007) Wikipedia, La enciclopedia libre.
57. OMS. (2000) Noncommunicable Disease Surveillance. In diseases, pp14-16.
58. OMS (2000) The use of essential drugs. Techniques Report Series, 895, pp1-16.

Anexos

3.2 Descripción demográfica de los pacientes con enfermedades no transmisibles

3.2.3 Pacientes con enfermedades no transmisibles en el área de salud agrupados según sexo.

Tabla 3: Pacientes agrupados según sexo en consultorios pertenecientes a las Unidades de Farmacias del área.

Unidad #728	Femenino	Masculino	Unidad #961	Femenino	Masculino
76-1	72(51,4%)	68 (48,9%)	75-1	79 (56,4%)	61 (43,5%)
76-2	36(50,7%)	35 (49,2%)	75-2	34 (62,9%)	20 (37%)
76-3	56(54,9%)	46 (45%)	75-3	75 (59%)	52 (40,9%)
77-1	64(61,5%)	40 (39,2%)	75-4	65 (58,5%)	46 (41,4%)
78-4	30(65,2%)	16 (34,7%)	78-1	99 (56,5%)	76 (43,4%)
79-1	82(57,7%)	60 (42,2%)	78-2	74 (58,7%)	52 (41,2%)
79-2	76(57,1%)	57 (42,8%)	78-3	25 (48%)	27 (51,9%)
84-1	18 (45%)	22 (55%)	80-1	117(54,4%)	98 (45,5%)
85-1	39(54,9%)	32 (45%)			

Gráfico 2: Pacientes agrupados según sexo por consultorios en la Unidad Asistencial 728

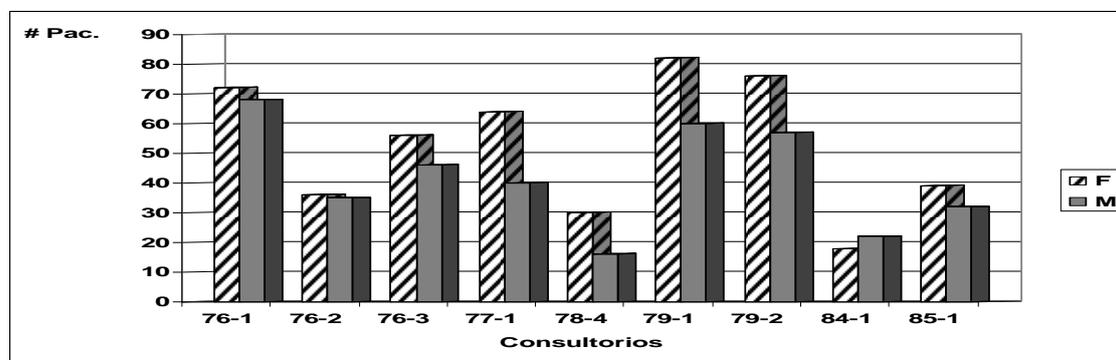
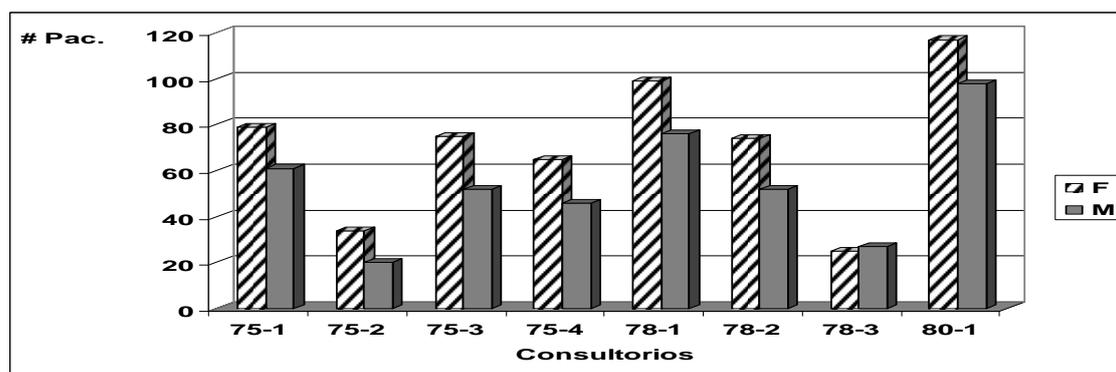


Gráfico 3: Pacientes agrupados según sexo por consultorios en la Unidad Asistencial 961



3.2.4 Pacientes con enfermedades no transmisibles en el área de salud agrupados por rango de edad.

Tabla 5: Pacientes agrupados por rango de edad en consultorios pertenecientes a unidades de farmacias.

Unidad#728	0-15	16-39	40-59	>60
76-1	8(5,7%)	15(10,7%)	50(35,7%)	67(47,9%)
76-2	7(9,9%)	8(11,3%)	30(42,2%)	26(36,6%)
76-3	7(6,8%)	14(13,7%)	51(50%)	30(29,4%)
77-1	13(12,5%)	21(20,2%)	25(24%)	45(43,3%)
78-4	4(8,7%)	9(19,6%)	20(43,5)	13(28,3%)
79-1	16(11,3%)	17(12%)	53(37,3%)	56(39,4%)
79-2	13(9,8%)	19(14,3%)	37(27,8%)	64(48,1%)
84-1	7(17,5%)	6(15%)	10(25%)	17(42,5%)
85-1	3(4,2%)	11(15,5%)	20(26,7%)	38(53,5%)
Unidad#961	0-15	16-39	40-59	>60
75-1	10 (7,1%)	19 (13,5%)	55(39,3%)	56(40%)
75-2	7(13%)	6(11,1%)	10(18,5%)	25(46,3%)
75-3	19(15%)	23(18,1%)	46(36,2%)	39(30,7%)
75-4	19(17,1%)	18(16,2%)	46(41,4%)	28(25,2%)
78-1	15(8,6%)	33(18,9%)	53(30,3%)	74(42,3%)
78-2	10(7,9%)	19(15%)	41(32,5%)	56(44,4%)
78-3	4(7,7%)	8(15,4%)	19(36,5%)	21(40,4%)
80-1	21(9,8%)	20(9,3%)	67(31,1%)	107(49,8%)

Gráfico 5: Pacientes agrupados según rango de edad por consultorios en la Unidad Asistencial 728

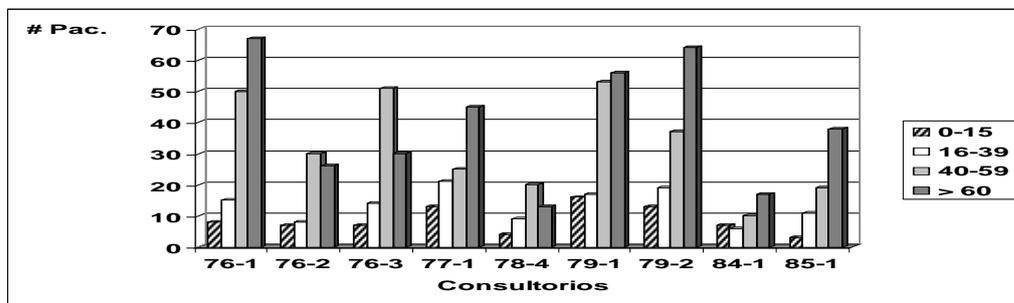
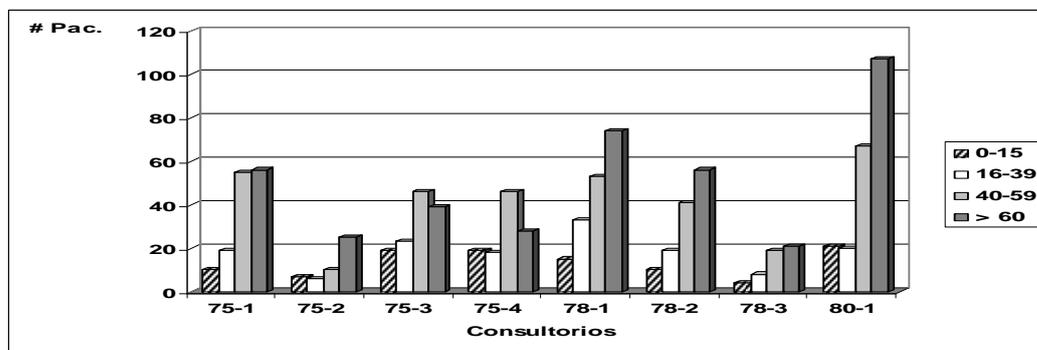


Gráfico 6: Pacientes agrupados por rango de edad en consultorios pertenecientes a la Unidad Asistencial 961



3.2.5 Pacientes con enfermedades no transmisibles en el área de salud agrupados según sexo y rango de edad.

Tabla 7: Pacientes agrupados por consultorio, sexo, rango de edad para unidad farmacia 728.

Rango de edad	76-1		76-2		76-3		77-1		78-4	
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)		M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)
0-15	4 (50)	4 (50)	4 (57,1)	3 (42,8)	3 (42,8)	4 (57,1)	6 (46,1)	7 (53,8)	3 (46,1)	1 (25)
16-39	7 (46,4)	8 (53,3)	2 (25)	6 (75)	10 (71,4)	4 (28,5)	16 (76,1)	5 (23,8)	4 (44,4)	5 (55,5)
40-59	29 (58)	21 (42)	17 (56,)	13 (43,3)	22 (43,1)	29 (56,8)	14 (56)	11 (44)	14 (70)	6 (30)
>60	32 (47,7)	34 (50,)	13 (50)	13 (50)	21 (70)	9 (30)	28 (62,2)	17 (37,7)	9 (69,2)	4 (30,7)
Rango de edad	79-1		79-2		84-1		85-6		Unidad # 728	
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo			
	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M(%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)
0-15	12 (75)	4 (25)	5 (38,4)	8 (61,5)	2 (28,5)	5 (71,4)	2 (66,6)	1 (33,3)	41 (51,3)	37 (48,7)
16-39	7 (41,1)	10 (58,8)	9 (47,3)	10 (52,6)	2 (33,3)	4 (66,6)	3 (27,2)	8 (72,7)	60 (50)	60 (50)
40-59	36 (67,9)	17 (32)	23 (62,1)	14 (37,8)	3 (30)	7 (70)	12 (3,1)	7 (36,8)	170 (57,6)	125 (48,2)
>60	27 (48,2)	29 (51,8)	39 (60,9)	25 (39)	11 (64,7)	6 (35,2)	22 (57,8)	16 (42,1)	202 (56,9)	153 (43)

Tabla 8: Pacientes agrupados por consultorio, sexo, rango de edad en la unidad de unidad farmacia 961.

Rango de edad	75-1		75-2		75-3		75-4		78-1	
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)						
0-15	7 (70)	3 (30)	4 (57,1)	3 (42,8)	8 (42,1)	11 (57,8)	9 (47,3)	10 (52,6)	3 (20)	12 (80)
16-39	9 (90)	10 (10)	4 (66,6)	2 (33,3)	10 (43,4)	13 (56,5)	9 (50)	9 (50)	22 (66,6)	11 (33,3)
40-59	31 (56,3)	24 (43,6)	10 (62,5)	6 (37,5)	27 (58,6)	19 (41,3)	28 (60,8)	18 (39,1)	31 (58,4)	22 (41,5)
>60	32 (57,1)	24 (42,8)	16 (64)	9 (36)	30 (56,9)	9 (23)	19 (67,8)	9 (32,1)	43 (58)	31 (41,8)
Rango de edad	78-2		78-3		80-1		Unidad # 961			
	Sexo		Sexo		Sexo					
	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)						
0-15	4 (40)	6 (60)	3 (75)	1 (25)	6 (28,5)		15 (71,4)		44 (41,9)	61 (58)
16-39	13 (68,4)	6 (31,5)	5 (62,5)	3 (37,5)	11 (55)		9 (45)		83 (56,8)	63 (43,1)
40-59	21 (51,2)	20 (48,7)	11 (57,8)	8 (42,1)	42 (62,6)		25 (37,3)		201 (59,6)	139 (40,3)
>60	36 (64,2)	20 (35,7)	6 (28,5)	15 (71,4)	58 (54,2)		49 (45,7)		240 (59,1)	166 (40,9)

3.3 Patologías más frecuentes en pacientes con enfermedades no transmisibles en unidades asistenciales y en el área de salud por sexo.

3.3.1 Pacientes con enfermedades no transmisibles en el área de salud agrupados según consultorio

Tabla 12: ENT más frecuentes en pacientes agrupados por sexo en los consultorios de la Unidad #728

Consultorio	Femenino		Masculino	
	Enfermedad	%	Enfermedad	%
76-1	HTA(39)	(54,1)	HTA(37)	(54,4)
76-2	HTA(16)	(44,4)	HTA(20)	(57,1)
76-3	HTA(36)	(64,3)	HTA(22)	(47,8)
77-1	HTA(34)	(53,1)	HTA(17)	(42,5)
78-4	HTA(11)	(36,6)	HTA(6)	(37,5)
79-1	HTA(39)	(47,5)	HTA(24)	(40)
79-2	HTA(27)	(35,5)	HTA(22)	(38,5)
84-1	HTA(8)	(44,4)	HTA(7)	(31,8)
85-1	HTA(20)	(51,3)	HTA(15)	(46,8)
TOTAL	HTA(230)	(48,7)	HTA(170)	(45,2)

Tabla 13: ENT más frecuentes en pacientes agrupados por sexo en los consultorios de la Unidad #961

Consultorio	Femenino		Masculino	
	Enfermedad	%	Enfermedad	%
75-1	HTA(49)	(62)	HTA(35)	(57,4)
75-2	HTA(18)	(52,9)	HTA(9)	(45)
75-3	HTA(47)	(62,6)	HTA(19)	(36,5)
75-4	HTA(40)	(61,5)	HTA(24)	(52,1)
78-1	HTA(57)	(57,5)	HTA(41)	(53,9)
78-2	HTA(37)	(50)	HTA(26)	(50)
78-3	HTA(12)	(48)	HTA(12)	(44,4)
80-1	HTA(63)	(53,8)	HTA(54)	(55,1)
TOTAL	HTA(323)	(56,8)	HTA(220)	(50,9)

3.3.2 Patologías más frecuentes en pacientes con enfermedades no transmisibles en unidades asistenciales y en el área de salud por rango de edad.

Tabla 15: ENT más frecuentes en pacientes agrupados por rango de edad en los consultorios de la Unidad #728

R. de edad	76-1		76-2		76-3		78-4		77-1	
	ENT	%	ENT	%	ENT	%	ENT	%	ENT	%
0-15	Asma (7)	(87,5)	Asma (5)	(71,4)	Asma (6)	(85,7)	Asma (2)	(50)	Asma (10)	(76,9)
16-39	HTA (6)	(40)	Asma (5)	(62,5)	HTA (8)	(57,1)	Hip (4)	(44,4)	HTA (7)	(33,3)
40-59	HTA (31)	(62)	HTA (14)	(46,6)	HTA (33)	(96,4)	HTA (12)	(60)	HTA (18)	(72)
>60	HTA (39)	(58,2)	HTA (12)	(46,1)	HTA (21)	(70)	EC (5)	(38,5)	HTA (26)	(57,7)
R. de edad	79-1		79-2		84-1		84-5			
	ENT	%	ENT	%	ENT	%	ENT	%	ENT	%
0-15	Asma (15)	(93,7)	Asma (11)	(84,6)	Asma (7)	(100)	Asma (2)	(66,6)		
16-39	Asma (5)	(29,4)	Asma (7) HTA (7)	(36,8)	Epil. (3)	(50)	HTA (8)	(72,7)		
40-59	HTA (27)	(50,9)	HTA (18)	(48,6)	HTA (3)	(30)	HTA (9)	(47,4)		
>60	HTA (38)	(67,8)	HTA (24)	(37,5)	HTA (12)	(70,6)	HTA (18)	(47,4)		

Leyenda: Epil. (Epilepsia), Hip (Hipotiroidismo), HTA (Hipertensión arterial)
ENT (Enfermedad no transmisible), EC (Enfermedades cardiacas)

Tabla 16: ENT más frecuentes en pacientes agrupados por rango de edad en los consultorios de la Unidad #961

Rango de edad	75-1		75-2		75-3		75-4	
	ENT	%	ENT	%	ENT	%	ENT	%
0-15	As(8)	(80)	As(4)	(57,1)	As(12)	(63,1)	As(13)	(68,4)
16-39	HT(8)	(42,1)	As(14)	(66,6)	As(9)	(39,2)	HT(10)	(55,5)
40-59	HT(38)	(69)	HT(10)	(62,5)	HT(29)	(63)	HT(32)	(69,5)
>60	HT(39)	(69,6)	HT(12)	(50)	HT(29)	(74,3)	HT(22)	(78,5)
Rango de edad	78-1		78-2		78-3		80-1	
	ENT	%	ENT	%	ENT	%	ENT	%
0-15	As(11)	(73,3)	As(7)	(70)	As(3)	(75)	As(17)	(80,9)
16-39	HT(15)	(45,4)	As(8)	(42,1)	HT(4)	(50)	As(10)	(50)
40-59	HT(35)	(66)	HT(28)	(68,3)	HT(10)	(52,6)	HT(45)	(67,1)
>60	HT(46)	(62,2)	HT(32)	(57,1)	HT(10)	(47,6)	HT(71)	(66,3)

Leyenda: HT (HTA), AS (asma)

3.3.3 Patologías asociadas en pacientes con enfermedades no transmisibles en unidades asistenciales y en el área de salud.

Tabla 20: Pacientes con patologías asociadas en consultorios agrupados por sexo y rango de edad. (Unidad Asistencial #728)

R. de edad	76-1		76-2		76-3		77-1			
	Patol. Asoc.		Patol. Asoc.		Patol. Asoc.		Patol. Asoc.			
	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)		M (%)	
0-15	—	1 (25)	—	—	—	—	—		—	
16-39	—	—	—	1 (16,7)	3 (30)	—	1 (6,25)		—	
40-59	8 (27,6)	2 (9,5)	3 (17,6)	2 (15,4)	4 (18,2)	6 (20,7)	4 (28,6)		1 (9,1)	
>60	10 (31,3)	8 (23,5)	4 (30,8)	3 (23)	4 (19)	7 (77,8)	12 (42,9)		4 (23,5)	
R. de edad	78-4		79-1		79-2		84-1		85-1	
	Patol. Asoc.		Patol. Asoc.		Patol. Asoc.		Patol. Asoc.		Patol. Asoc.	
	F (%)	M (%)								
0-15	—	—	1 (8,3)	1 (25)	—	2 (25)	—	—	—	—
16-39	1 (25)	1 (20)	—	1 (10)	—	1 (10)	—	—	—	—
40-59	2 (14,3)	—	7 (19,4)	1 (5,9)	7 (30,4)	1 (7,1)	—	2 (28,6)	—	1 (14,3)
>60	4 (44,4)	1 (25)	12 (44,4)	6 (20,7)	9 (23)	3 (12)	5 (45,4)	2 (33,3)	5 (22,7)	3 (18,8)

. Leyenda: R.: Rango

Tabla 21: Pacientes con patologías asociadas en consultorios agrupados por sexo y rango de edad. (Unidad Asistencial #961)

R. de edad	75-1		75-2		75-3		75-4	
	Patologías Asociadas		Patologías Asociadas		Patologías Asociadas		Patologías Asociadas	
	F (%)	M (%)						
0-15	—	—	1(25)	—	—	—	1(10)	1(11,1)
16-39	—	1(10)	—	—	1(10)	—	3(33,3)	—
40-59	8(25,8)	9(37,5)	4(40)	—	5(18,5)	4(21)	3(10,7)	3(16,6)
>60	14(43,7)	4(16,7)	6(37,5)	4(44,4)	8(26,6)	2(22,2)	10(52,6)	1(11,1)
R. de edad	78-1		78-2		78-3		80-1	
	Patologías Asociadas		Patologías Asociadas		Patologías Asociadas		Patologías Asociadas	
	F (%)	M (%)						
0-15	—	—	—	—	1(33,3)	—	—	—
16-39	5(22,7)	1(9,1)	—	—	—	2(66,7)	—	3(33,3)
40-59	4(12,9)	5(22,7)	4(19)	4(20)	4(36,4)	2(25)	8(19)	1(4)
>60	15(34,9)	8(25,8)	10(27,8)	5(25)	—	3(20)	21(36,2)	14(28,6)

Leyenda: R.: Rango

3.3.4 Pacientes con enfermedades no transmisibles con más de dos patologías asociadas en unidades asistenciales y en el área de salud.

Tabla 24: Pacientes con más de dos patologías agrupados por consultorio, rango de edad y sexo (Unidad asistencial #728)

Consultorio	Sexo	Rango de edad			
		0-15(%)	16-39(%)	40-59(%)	>60(%)
76-1	F	—	—	2(6,9)	1(3,1)
	M	—	—	—	3(8,8)
76-2	F	—	—	—	2(15,4)
	M	—	—	—	—
76-3	F	—	—	2(9)	2(9,5)
	M	—	—	2(6,9)	1(11,1)
77-1	F	—	—	1(7,1)	4(14,3)
	M	—	—	—	1(5,9)
78-4	F	—	—	—	1(11,1)
	M	—	—	—	—
79-1	F	—	—	1(2,8)	2(7,4)
	M	—	—	—	1(3,4)
79-2	F	—	—	1(4,3)	1(2,5)
	M	—	—	—	—
84-1	F	—	—	—	2(18,1)
	M	—	—	—	1(16,7)
85-1	F	—	—	—	3(13,6)
	M	—	—	—	1(6,3)

Tabla 25: Pacientes con más de dos patologías agrupados por consultorio, rango de edad y sexo (Unidad asistencial #961)

Consultorio	Sexo	Rango de edad			
		0-15(%)	16-39(%)	40-59(%)	>60(%)
75-1	F	—	—	3(9,7)	4(12,5)
	M	—	—	2(8,3)	2(8,3)
75-2	F	—	—	1(10)	1(6,2)
	M	—	—	—	—
75-3	F	—	—	—	2(6,7)
	M	—	—	—	—
75-4	F	—	—	—	4(21)
	M	—	—	—	—
78-1	F	—	—	—	3(7)
	M	—	—	—	2(6,5)
78-2	F	—	—	—	3(8,3)
	M	—	—	—	1(5)
78-3	F	—	—	—	—
	M	—	—	—	—
80-1	F	—	—	—	4(6,9)
	M	—	—	—	2(4,2)

3.3.5 Patologías más frecuentes en las asociaciones en pacientes con enfermedades no transmisibles en unidades asistenciales y en el área de salud.

TABLA 28: Patologías más frecuentes en pacientes con enfermedades asociadas agrupados por consultorio.. (Unidad Asistencial #728)

Patologías	76-1 (%)	76-2 (%)	76-3 (%)	77-1 (%)	78-4 (%)
HTA	19(65,5)	8(61,5)	20(80)	12(60)	6(66,7)
Asma	9(31)	3(23)	7(28)	5(25)	—
Diabetes	41(13,8)	4(30,8)	7(28)	4(20)	—
Afecciones Cardiacas	13(44,8)	5(38,5)	9(36)	9(45)	5(55,5)
Glaucoma	—	—	—	—	—
Patologías	79-1 (%)	79-2 (%)	84-1 (%)	85-1 (%)	
HTA	21(72,4)	13(56,5)	6(66,7)	5(55,5)	
Asma	—	8(34,8)	—	—	
Diabetes	9(31)	—	—	3(33,3)	
Afecciones Cardiacas	17(58,6)	9(39,1)	—	4(44,4)	
Glaucoma	—	-	2(22,2)	—	

TABLA 29: Patologías más frecuentes en pacientes con enfermedades asociadas agrupados por consultorio. (Unidad Asistencial #961)

Patologías	75-1 (%)	75-2 (%)	75-3 (%)	75-4 (%)
HTA	33(97)	11(73,3)	17(89,5)	18(81,8)
Asma	7(20,6)	4(26,7)	3(15,8)	10(45,4)
Diabetes	13(38,2)	—	4(21)	—
Enfermedades Cardiacas	15(44,1)	7(46,7)	6(31,6)	13(59)
Ulcera	—	—	—	—
Patologías	78-1 (%)	78-2 (%)	78-3 (%)	80-1 (%)
HTA	29(74,3)	16(69,6)	7(58,3)	38(80,8)
Asma	7(17,9)	5(21,7)	3(25)	9(19,1)
Diabetes	9(23)	10(43,5)	—	10(21,3)
Afecciones Cardiacas	17(43,6)	8(34,8)	5(41,7)	26(55,3)
Ulcera	6(15,4)	—	—	6(12,8)

Pacientes con ENT de los consultorios pertenecientes a cada unidad y área de salud.

	Promedio	Desviación Estándar
Unidad 728	94.3	39.4
Unidad 961	125.00	55.9
Área de salud	108.6	48.8

Pacientes femeninos con ENT de los consultorios pertenecientes a cada unidad asistencial y área de salud.

	Promedio	Desviación Estándar
Unidad 728	52.555	22.633
Unidad 961	71.00	30.495
Área de salud	61.235	27.442

Pacientes masculinos con ENT de los consultorios pertenecientes a cada unidad asistencial y área de salud

	Promedio	Desviación Estándar
Unidad 728	41.77	17.569
Unidad 961	54.00	25.145
Área de salud	47.52	21.691

3.1 Breve bosquejo sobre la actividad sanitaria en el área de salud.

Algunos calificadores e cargo:

NOMENCLATURA DE LA OCUPACIÓN:

AUXILIAR DE ADMISIÓN, ARCHIVO Y ESTADÍSTICAS

CATEGORIA: ADMINISTRATIVO

DESCRIPCION DEL CONTENIDO DE TRABAJO (Principales Funciones)

- Mantiene actualizada la información estadística referente a las características demográficas, epidemiológicas, higiénicas, asistenciales, socio-económicas y culturales del área de Salud del policlínico u otras unidades asistenciales.
- Realiza la inscripción, distribución y coordinación de los turnos de consulta.
- Confecciona las tarjetas índices de pacientes, y controla las mismas.
- Suministra información referente a las consultas y de otros servicios que presta la unidad.

- Realiza la entrega de los certificados médicos confeccionados en las consultas.
- Garantiza la conservación y custodia de las historias clínicas y las codifica.
- Actualiza el cuadro de salud del área y confecciona los informes periódicos que así se requiere.
- Lleva el control de los ingresos, egresos y traslados de los pacientes.
- Recopila y busca datos estadísticos y los procesa; lleva registros de datos y ayuda en la preparación de las tablas para la obtención de datos estadísticos.
- Realiza otras tareas de similar naturaleza según se requiera.

REQUISITOS DE CONOCIMIENTOS: Graduado de Nivel Medio Superior

TÉCNICO EN CIENCIAS INFORMÁTICAS

CATEGORIA OCUPACIONAL: TECNICO

NIVEL DE UTILIZACIÓN: EN TODAS LAS ENTIDADES

FUNCIONES O TAREAS PRINCIPALES

- Participa en la búsqueda de soluciones a problemas técnicos;
- Responde por la implementación de los sistemas a su cargo;
- Participa en la evaluación de sistemas en explotación o para su adquisición y en la determinación de la factibilidad y conveniencia de su implementación;
- Apoya en la elaboración de los planes de seguridad, de vigilancia y análisis de riesgos;
- Participa en el análisis de sistemas de información;
- Participa en la realización de un conjunto de servicios, procesos informáticos o proyectos informáticos;
- Participa en la implementación de software, aplicaciones de Comercio Electrónico, aplicaciones multimedia, Páginas Web, Sitos Web y Portales;
- Participa en la instalación de sistemas, software, estaciones, servidores, y otros dispositivos de conectividad;
- Instala y cablea redes informáticas y de comunicaciones;
- Participa en la administración de bancos de software, bases de datos,

- sistemas, servidores de correo electrónico y fax, sitios Web o Intranet;
- Repara y ensambla tecnologías de la información y las comunicaciones;
- Realiza tareas de búsqueda de información por Internet.
- Realiza otras funciones de similar naturaleza según se requiera.

REQUISITOS DE CONOCIMIENTOS

Graduado de Nivel Medio Superior.

NOMENCLATURA DEL CARGO: PSICÓLOGO ESPECIALIZADO DE LA SALUD

CATEGORÍA OCUPACIONAL: TÉCNICO

NIVEL DE UTILIZACIÓN: UNIDADES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

DESCRIPCION DEL CONTENIDO DE TRABAJO (Funciones Principales)

- Elabora normas para las actividades de los psicólogos y las psicometrías en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud.
- Aplica e interpreta pruebas psicológicas para arribar a un diagnóstico a niños, adolescentes, gestantes y adultos con trastornos psicológicos o que padecen enfermedades somáticas con componente emocional para mejorar su evolución.
- Realiza tratamiento psicológico a parejas con trastornos sexuales.
- Interpreta pruebas psicológicas para el diagnóstico en niños, adolescentes y adultos con trastornos o que padecen de enfermedades somáticas con componente emocional para su evolución.
- Presta tratamiento psicológico al paciente.
- Trasmite a los médicos especialistas los conocimientos y habilidades sobre el manejo de aspectos psicológicos de la enfermedad.
- Desarrolla discusiones grupales, estudios de motivación laboral, terapia individual y de grupo, en las unidades, escuelas y centros de trabajo.
- Dirige y participa en actividades educativas sobre temas de psicología en general y de educación sexual.
- Realiza actividades docentes en la formación de los técnicos medios de salud, estudiantes de medicina y otros.
- Realiza labores de investigación y docencia.
- Realiza otras funciones de similar naturaleza, según se requiera.

REQUISITOS DE CONOCIMIENTOS

Graduado de Nivel Superior en Psicología con Curso de Especialización de dos años de duración.

NOMENCLATURA DEL CARGO: TÉCNICO SUPERIOR “A” EN HIGIENE, EPIDEMIOLOGÍA Y NUTRICIÓN

CATEGORÍA OCUPACIONAL: TÉCNICO

DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE TRABAJO (Funciones Principales)

- Participa en el diseño, control y evaluación de la información dietética para el sistema de información básica estadística a nivel nacional.
- Promueve, orienta, aplica y adecua normas técnicas, administrativas y de elaboración de alimentos; orienta la adquisición de equipos y utensilios adecuados; confecciona material para la divulgación técnica y organizativa de la actividad; asesora en los proyectos de construcción equipamiento y remodelación de servicios de alimentación.
- Colabora en los estudios dietéticos de las tesis de grado de residentes médicos.
- Realiza labores de asesoramiento dietético.
- Realiza funciones técnicas inherentes a la Ingeniería del Trabajo y Sanitario, así como labores en Zoonosis.
- Realiza funciones de investigación, asesoría, así como otras funciones de similar complejidad según se requiera.
- Planifica y supervisa el sistema de crianza, selección y cruzamiento genéticos de acuerdo con las características de cada línea de animales.
- Diagnostica y supervisa el programa de medidas preventivas y terapéuticas.
- Realiza funciones de investigación, docencia y asesoría.
- Realiza otras funciones de similar naturaleza, según se requiera.

REQUISITOS DE CONOCIMIENTO

Graduado de Nivel Superior en Centros Docentes del Sistema Nacional de Salud o en Centros Docentes del Ministerio de Educación Superior en especialidades afines con la actividad.

NOMENCLATURA DEL CARGO: ENFERMERO DE NIVEL SUPERIOR

CATEGORÍA OCUPACIONAL: TÉCNICO

DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE TRABAJO (Funciones Generales)

- Realiza el examen físico a pacientes y familiares; registra en la Historia Clínica la evaluación de las respuestas de pacientes, familias y comunidades.
- Evalúa la información y emite juicios para realizar acciones de enfermería.
- Planifica actividades de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación de salud.
- Jerarquiza y toma decisiones ante emergencias médicas y quirúrgicas.
- Analiza e interpreta resultados de investigaciones clínicas y de laboratorio.
- Prepara a los pacientes para las investigaciones clínicas especiales;
- Desempeña funciones docentes y metodológicas en centros docentes; jerarquiza y participa en
- investigaciones de enfermería y otras áreas.
- Asesora, supervisa, controla y organiza la actividad de enfermería.
- Participa en la elaboración de normas y procedimientos de enfermería.
- Realiza otras funciones de similar naturaleza según se requiera.

REQUISITOS DE CONOCIMIENTO

Graduado de Nivel Superior en la Especialidad de Licenciatura en Enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

NOMENCLATURA DEL CARGO: TÉCNICO MEDIO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE TRABAJO (Funciones Generales)

- Cuida de la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua, registra en la historia clínica todos los problemas identificados en individuos, familia y comunidad.
- Identifica y comunica signos y síntomas que denoten mejoría o empeoramiento de la salud del paciente.
- Realiza actividad de rehabilitación en los tres niveles de atención.
- Participa en la vigilancia epidemiológica.
- Prepara al paciente para pruebas ulteriores a realizar; hace canalización de venas y otras funciones

- relacionadas con su perfil.
- Controla el proceso de limpieza, desinfección e higienización del área de trabajo.
- Vela por el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia.
- Participa en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
- Imparte docencia incidental en el puesto de trabajo.
- Participa en investigaciones; divulga y aplica los resultados de las mismas.
- Realiza otras funciones de similar naturaleza, según se requiera.

REQUISITOS DE CONOCIMIENTOS

Graduado de Técnico Medio en Enfermería, en Centros Docentes del Sector de la Salud

NOMENCLATURA DEL CARGO:

TÉCNICO “C” EN MEDIOS DE DIAGNÓSTICO E INVESTIGACIÓN MÉDICA

DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE TRABAJO (Funciones Generales)

- Realiza pruebas y análisis para el diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de investigaciones en los distintos laboratorios.
- Procede a la lectura de las láminas en el microscopio.
- Colorea y lee de urgencia las láminas de gota gruesa en casos necesarios.
- Realiza labores de investigación y docencia.
- Realiza otras funciones de similar naturaleza, según se requiera.

REQUISITOS DE CONOCIMIENTOS

Graduado de Técnico Medio en Centros Docentes del Sector Salud en especialidades afines a la actividad.

CH 117-1.

MINSAP
Mod. 30-83

NO 515783 B

Producto: *Antiparental*
Intal Side *got*

FORMA: *got*

TARJETA DE ADQUISICION
DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE:
M^{ca} Nive Lopez

DIRECCION DEL PACIENTE:
34031504753

No. IDENTIDAD PERMANENTE:
C. E. Camp. Km 10 1/2

FARMACIA DONDE ESTAN SITUADOS:
728

ENTRADA EN			ENTRADA EN	
D	M	A	MESES	AÑO
<i>28</i>	<i>3</i>	<i>06</i>	<i>2</i>	<i>07</i>

ENTREGAS									
D	M	A	Cant.	Dist./year	D	M	A	Cant.	Dist./year
<i>28</i>	<i>3</i>	<i>06</i>	<i>50</i>	<i>12</i>					
<i>28</i>	<i>3</i>	<i>06</i>	<i>50</i>	<i>12</i>					
<i>28</i>	<i>3</i>	<i>06</i>	<i>50</i>	<i>12</i>					

Modelo 53-69 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Hospitales y Policlínicos		CERTIFICADO DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS CONTROLADOS POR TARJETA	
<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Adición	<input type="checkbox"/> Renovación	<input type="checkbox"/> Cambio de tratamiento
Tarjeta No. _____			
Datos del paciente:			
Nombre y Apellidos: _____			
Edad: _____ Sexo: _____ No. de C. I.: _____ H. C. _____			
Dirección: _____ Municipio: _____			
Atención Médica Brindada en:			
Área de Salud / Hospital: _____			
Especialidad: _____ Consultorio: _____			
Diagnóstico (s):			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
Tratamiento:			
Diagnóstico No.	Medicamento	Dosis Diaria	
Válido por: _____			
Fecha: _____ Expedido por: _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">Firma y cargo del médico</div>			
Datos del Registro:			
Nombre y Apellido (persona que registró)	Firma:	Fecha:	No. de Control: