

11226

16



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

UNAM

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOAQUÍN CANOVAS PUCHADES"
TEPIC, NAYARIT.

DESABASTO DE MEDICAMENTOS Y SU REPERCUSIÓN EN EL
PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

I. S. S. S. T. E.
SUBDELEGACION MEDICA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. J. C. P."
TEPIC, NAYARIT.



ISSSTE

DR. MARIO BRAVO GONZÁLEZ

TEPIC, NAYARIT

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DR. MARIO BRAVO GONZALEZ

DESABASTO DE MEDICAMENTOS Y SU REPERCUSIÓN EN EL PACIENTE
CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA

DRA. LAURA ELENA LOMELI GUERRERO
ASESOR DE TESIS Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"
DE TEPIC, NAYARIT

DR. JOSE VILCHIS CASTRO
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DE TESIS
U.N.A.M.

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MEDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR JEFATURA DE SERVICIOS
DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE

TEPIC, NAYARIT; MARZO 1997

I. S. S. S. T. E.
SUBDELEGACION MEDICA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. J. C. P."
TEPIC, NAYARIT.

I. S. S. S. T. E.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
01 FEB. 2001
Vo. Bo.

**DESABASTO DE MEDICAMENTOS Y SU REPERCUSIÓN EN EL PACIENTE
CON ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. MARIO BRAVO GONZALEZ

AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

DESABASTO DE MEDICAMENTOS Y SU REPERCUSIÓN EN EL PACIENTE
CON ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA

INDICE GENERAL

MARCO TEÓRICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	9
OBJETIVOS.....	11
METODOLOGÍA.....	12
a) Tipo de estudio.....	12
b) Población, lugar y tiempo.....	12
c) Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	12
d) Grupo de estudio.....	12
e) Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	13
d) Variables de medición.....	13
f) Método para captar la información.....	14
g) Consideraciones éticas.....	14
RESULTADOS.....	15
a) Descripción de resultados.....	15
b) Gráficas.....	17
c) Tablas.....	22
DISCUSION.....	27
CONCLUSIONES.....	28
BIBLIOGRAFIA.....	29
ANEXOS.....	31

MARCO TEORICO

En el presente estudio se investiga el desabasto de medicamentos y su repercusión en el paciente con enfermedad crónica degenerativa por lo tanto daremos una breve contextualización de los principales padecimientos que se observan con mayor frecuencia en la consulta diaria del medico familiar, así como los medicamentos más comunes para su control. (4)

HIPERTENSION ARTERIAL

Esta se define como la elevación persistente de la presión sistólica por arriba de 140 mm Hg y de la presión diastólica por arriba de 90 mm Hg la prevalencia de la hipertensión aumenta en forma progresiva conforme avanza la edad, desde la segunda hasta la séptima décadas de la vida. Como consecuencia, la hipertensión se detecta en menos de 10% de personas con edad de 18 a 29 años pero aumenta aproximadamente de 50 a 70% en quienes se encuentran entre la sexta y séptima décadas de la vida. Durante la segunda mitad de la vida, gran parte de incremento en la prevalencia de la hipertensión relacionado con la edad se debe a la elevación progresiva de la presión sistólica. En cambio, la presión diastólica aumenta hasta la quinta década, pero declina en cada de venio sucesivo. En consecuencia, en una parte de los casos, la hipertensión en personas de edad avanzada es atribuible a la elevación aislada de la presión sistólica.(2)

Una vez que se ha establecido un diagnostico preciso, la finalidad de la terapéutica antihipertensiva consiste en evitar o prevenir lesiones en órganos terminales.

Se describirá brevemente los fármacos antihipertensivos que se encuentran en el cuadro básico institucional del sector salud.(2)

CLORTALIDONA Y CLOROTIAZIDA

Bloquean la reabsorción tubular de sodio y agua y ejercen acción sobre la pared vascular arteriolar; las dosis se gradúan según sean los resultados. Se combinan con otros antihipertensivos cuya acción refuerzan. Deben prescribirse junto con sales de potasio para prevenir hipocalcemia.

Indicados en la hipertensión leve o moderada clortalidona 50 a 300 mg cada 24 o 48 horas, clorotiazida 500 a 1500 mg cada 24 horas.(5)

RESERPINA

Alcaloide de la rauwolfia serpentina provoca depresión de los depósitos de catecolaminas a nivel de la s arteriolas, por lo que interfiere con a acción

simpática, tiene acción también a nivel de la formación reticular del sistema nervioso central, con efectos sedantes.

Esta indicado en la hipertensión leve o moderada asociada a diuréticos.

Dosis adultos 0.25 a 0.75 mg en 24 horas en dos o tres tomas.(5)

ALFA METIL DOPA

Interfiere en la descarboxilación de la dopa, al dificultar su transformación en dopamina, se forma así alfa metil noradrenalina, de acción mas débil que la noradrenalina, con la cual compite a nivel de los efectores arteriales y disminuye la acción simpática constrictora.

Esta indicada en la hipertensión arterial leve y moderada, generalmente asociada a diuréticos.

Dosis adultos 250 a 2000 mg por día, en una, tres o cuatro tomas al día.(3)

PRAZONSIN

Esta clasificado como dilatador arterial y venoso, cuyo mecanismo de acción está incompletamente dilucidado parece ser que su eficacia es como agente bloqueador alfa adrenergico.

Esta indicado en el tratamiento de hipertensión arterial moderada a severa que no haya presentado respuesta con otros agentes antihipertensores.

Dosis indicar de 1 mg cada ocho horas.(3)

METOPROLOL

Disminuye la frecuencia y el gasto cardiaco y reduce la actividad de la renina circulante. Al disminuir el gasto cardiaco pueden aumentar la resistencia periférica como mecanismo compensador, por lo que conviene combinarlos con diuréticos.

Son particularmente eficaces para disminuir la tensión arterial en los enfermos con hipertensión hiperdinamica. Pueden ser los antihipertensivos de elección en pacientes que tienen elevadas concepciones de renina circulante.

Dosis en adultos de 100 a 400 mg por día.(5)

CAPTOPRIL

Estos fármacos son tan eficaces para reducir la presión arterial como los diuréticos, betabloqueadores y antagonistas de calcio. Además, presentan ventajas sobre otros antihipertensivos, porque son mas eficaces para prevenir y

reducir las lesiones en órganos terminales, además disminuyen al mínimo la interferencia de otros factores de riesgo cardiovascular.

Ejercen su acción antihipertensiva mediante inhibición competitiva de la enzima convertidora de angiotensina, la cual transforma a la angiotensina en el potente vasoconstrictor angiotensina II. al disminuir la concentración de esta última en la circulación, se reduce el tono vascular y la liberación de aldosterona.

Dosis de 12.5 a 50 mg tres veces al día.(3)

DIABETES MELLITUS

La diabetes Mellitus clínicamente representa un síndrome con metabolismo alterado, hiperglucemia debida a deficiencia parcial o absoluta de la secreción de insulina o la reducción de su eficacia biológica o ambas se puede clasificar en dos grandes grupos la diabetes Mellitus insulino dependiente o DM tipo I y la diabetes Mellitus no insulino dependiente o DM II que es la mas frecuente y de la cual hablaremos brevemente y su tratamiento.

La DM II presenta los síntomas clásicos de poliuria, sed, visión borrosa recurrente, parestesias y fatiga, pérdida de peso a pesar de un apetito normal o aumentado. Se considera positivo cuando la concentración de glucosa plasmática en ayuno es mayor de 140 mg/100 ml en mas de una ocasión. Se considera que hay tolerancia normal a la glucosa cuando los valores plasmáticos de glucosa a las 2 horas son menores de 140 mg/100 ml, y ninguno de los valores entre el principio y dos horas después de la prueba sobrepasa a 200 mgg/100 ml.

El objetivo del tratamiento es el de intentar la restauración de las alteraciones metabólicas conocidas a lo normal con la esperanza de que este enfoque impida si no es que evite el progreso de enfermedad microvascular.

De los medicamentos usados en el control de la DM II están los siguientes que se encuentran dentro del cuadro básico del sector salud.(89)

TOLBUTAMIDA. GLIBENCLAMIDA. CLOROPROPAMIDA

Las sulfonilureas están indicadas en el diabético tipo II (estable, no dependiente de insulina), con peso cercano al ideal y que no se controla con dieta exclusivamente, se han incluido tres sulfonilureas de potencia y tiempo de acción diferentes, como son la tolbutamida, la glibenclamida y la cloropropamida. Todas actúan estimulando directamente la secreción de insulina, por lo que se requiere cierta reserva pancreática.

Dosis de adultos tolbutamida 500 mg a 3 grs en 24 horas en una a tres tomas con los alimentos. Glibenclamida 2.5 mg a 20 mg en 24 horas en una a tres

tomas con los alimentos. Cloropropamida 125 a 500 mg en 24 horas en una sola toma.(23)

INSULINA

La insulina es una hormona pancreática que aumenta el consumo tisular de la glucosa y la síntesis proteica, estimulando la glucogénesis hepática y la lipogénesis, con disminución, de la lipólisis. Es, en suma, la hormona anabólica por excelencia, y se utiliza siempre en el diabético tipo I (inestable juvenil) y en el diabético tipo II (dependiente de la insulina).

La insulina tiene dos presentaciones de acción rápida (para casos de descontrol metabólico agudo) y de acción intermedia; se seleccionarán según el fraccionamiento y el horario de los alimentos. Comúnmente se utiliza la de origen bovino y solo para casos de resistencia o alergias de indica la porcina.

La dosis se ajusta para cada caso en particular.(8)

ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis Reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica, sistémica que tiene sus manifestaciones mas prominentes en las articulaciones diartrodiales se desarrolla una sinovitis persistente y progresiva en las articulaciones periféricas. Se ha buscado evidencia convincente. La artritis Reumatoide tiene una distribución mundial y afecta a todos los grupos étnicos, aunque la enfermedad puede ocurrir a cualquier edad, la prevalencia aumenta con la edad, el pico de incidencia se encuentra entre la cuarta y la sexta décadas de la vida.

La osteoartritis es la forma mas frecuente de artritis y la segunda causa de incapacidad a largo plazo en los adultos. Mas de la mitad de todas las personas mayores de 65 años tienen cambios radiograficos de osteoartritis en las rodillas y virtualmente todos tienen estos cambios por lo menos en una articulación después de los 75 años de edad. La mayoría de los individuos no presentan síntomas, sin embargo la osteoartritis no debe considerarse un rasgo "normal" del envejecimiento, la osteoartritis es el resultado de eventos mecánicos y biológicos que desestabilizan el acoplamiento normal de la degradación y síntesis del cartilago articular y del adverso subcondial.(20)

De los medicamentos que se encuentran dentro del cuadro básico institucional y que mas se usan están los siguientes:

Los analgésicos son medicamentos que se usan con mucha frecuencia con el tratamiento sintomático de los padecimientos reumáticos. De acuerdo con la intensidad del dolor y de su asociación o no con inflamación, se utilizan

analgésicos mas o menos potentes o medicamentos que, además de analgésicos son también antiinflamatorios.(5)

El acetaminofen es un analgésico con potencia similar a la del ácido acetilsalicílico, pero con la ventaja sobre éste último de que no es irritante de la mucosa gástrica; no tiene actividad antiinflamatoria. El dextropropoxifeno es un analgésico potente, de acción central, sin efecto antiinflamatorio y cuyo uso prolongado puede producir adicción.

Los antiinflamatorios no esteroideos son utilizados en la atención de las enfermedades reumáticas a sabiendas de que no actúan sobre su causa, por lo cual deben ser usados de manera continua y por tanto tiempo cuanto persistan los síntomas.

El mecanismo de acción de cada uno de ellos es distinto; algunos no son bien conocidos y debido a su efecto antiinflamatorio son también analgésicos en grado variable.(23)

Los salicilatos y demás antiinflamatorios esteroides son utilizados generalmente en el tratamiento inicial de las enfermedades reumáticas y su administración puede combinarse eventualmente con la de los antiinflamatorios esteroides.

El aurotiomalato es benéfico exclusivamente en la artritis Reumatoide; la colchicina, por su parte, tiene acción antiinflamatoria en el ataque de gota.

De todo lo dicho se desprende la necesidad de señalar los antiinflamatorios eficaces para cada enfermedad y de continuar su administración por el tiempo que se considere necesario en cada caso y a la dosis requerida, según la evaluación periódica del paciente.

En la artritis Reumatoide el ácido acetilsalicílico es el medicamento de elección para iniciar el tratamiento. Para ellos la dosis debe ser suficiente a fin de que tenga efecto antiinflamatorio y no meramente analgésico de 500 mg cada 8 horas.(20)

Cuando subpotencia no es suficiente para el control sintomático se agregan la fenilbutazina a dosis de 100 a 200 mg tres veces al día; la indometacina de 25 a 50 mg tres veces al día o el naproxen a dosis de 500 a 750 mg en 24 horas.

En algunos casos de artritis reumatoide el aurotiomalato se puede adicionar a los anteriores a dosis de 50 mg diarios y hasta 1gr. cada semana.

El acetaminofen a dosis de 300 a 600 mg cada 4 a 6 horas si hay demasiadas molestias gástricas con el uso de ácido acetilsalicílico.(2)

De acuerdo a la ley que ampara al ISSSTE en su artículo No. 23 señala que en caso de enfermedad, el trabajador, el pensionista, así como sus beneficiarios, tendrán derecho a las prestaciones en dinero y especies siguientes: atención médica de diagnóstico, odontológicas, quirúrgicas, hospitalarias, farmacéuticas y de rehabilitación y durante el plazo máximo de 52 semanas para la misma enfermedad (11)

De acuerdo a las funciones y organización el servicio de farmacia en un hospital o clínica de atención familiar es aquel que proporciona los medicamentos al paciente, prescritos por su médico tratante (1)

En particular, en este país existen cientos de laboratorios que preparan medicamentos con fórmulas similares, lo cual para las instituciones hospitalarias y los médicos constituyen un problema, no solo en lo que se refiere a la presentación diversa sino en lo referente a los nombres comerciales y dosis así como en lo referente a la adquisición, pues de no establecerse una reglamentación para el caso, la institución se expone a una sobreexistencia en los almacenes respectivos de medicamentos, que posteriormente no tendrán ninguna aplicación ni valor comercial, originándose así el **desabasto en medicamentos básicos y de primera elección**.

La difícil situación económica por la que atravesó México a finales de 1994 y 1995 pusieron en evidencia la vulnerabilidad y limitaciones de nuestra industria farmacéutica. Como consecuencia de la escasez de divisas, del brusco cambio de paridad del peso en relación con el dólar y de la elevada dependencia del exterior que existe en este sector se deterioró en forma significativa la disponibilidad y abasto de medicamentos en el país.

La industria farmacéutica en México, se caracteriza por su elevada dependencia del exterior, a través de la importación de materias primas, y por la importante participación en el mercado nacional de empresas con capital extranjero mayoritario. (19)

Si se modifica el aspecto de un medicamento usado para el tratamiento de una enfermedad crónica, es posible que la nueva preparación sea de distinto color, forma o tamaño. El paciente a menudo se abstiene de tomarlo en espera de que su próxima visita al médico, que a lo mejor no tiene lugar antes de tres meses, esté le asegure que se trata de la tableta apropiada, mientras tanto, su trastorno **empeora por falta de medicamento**. El farmacéutico puede superar en parte esta dificultad aconsejando al paciente, pero la moraleja es que no deben cambiarse con frecuencia los proveedores de medicamentos, sobre todo cuando se trata de medicamentos para enfermedades crónicas. (21)

La pérdida de confianza por parte de quien prescribe los medicamentos o del farmacéutico se puede transmitir al paciente, si los medicamentos de menor costo no son de una calidad demostrada. En una prueba de doble anonimato realizada en Barbados en que se utilizó la tiazida de fabricación local y la misma sustancia importada de uso más difundido se demostró que ambos productos eran igualmente eficaces para reducir la tensión arterial; gracias a este resultado, se logró recobrar la confianza de los médicos locales y hacer grandes ahorros. (21)

Si los pacientes necesitan comprar medicamentos, es posible que, para tratar de ahorrar, tomen una dosis menor que la prescrita. Por lo contrario, los medicamentos gratuitos pueden fomentar el acaparamiento inútil, según se comprobó en Barbados cuando se estableció un servicio no lucrativo de suministro de medicamentos. (21)

Se ha demostrado que el tratamiento preventivo tomado en la forma prescrita tiene una eficacia del 93% en la prevención del paso de infección a enfermedad tuberculosa. En la revisión de expedientes de enfermos con Tb. es bastante común encontrar que los pacientes recogieron la cantidad adecuada de tratamiento profiláctico y aun así tuvieron la enfermedad. (9)

Algunos pacientes son ostensiblemente honestos al declarar que son pésimos para tomar medicamentos, y lo confesaron de inmediato. Otros son realmente honestos sobre el hecho de que no intentan en absoluto tomar el medicamento. Estos pacientes, aunque frustrantes, proporcionan al prestador de servicios de salud información de primera mano que ahorra tiempo y energía en el largo plazo. Es muy útil conocer la situación de observancia del paciente y permite vigilar el tratamiento completo y apropiado para hacer que lo concluya. (9)

En un estudio realizado en el periodo de 1985/1989 en la delegación 1 del **Distrito Federal** y en el hospital rural del IMMS-Solidaridad en Metepec Hgo. En la cual se revisaron las principales causas de abandono de tratamiento contra una **enfermedad crónica degenerativa** (Tbp) se encontró que las causas principales fueron: vivir en un medio rural, no tener escolaridad alguna, tomar más de una hora en trasladarse a la unidad de atención médica, y falta o desabasto de medicamentos, no se encontró asociación con las variables socioeconómicas ni con el conocimiento de la enfermedad por el paciente. (13)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen diversas causas por las cuales el paciente con enfermedad crónica degenerativa tiene un mal control o complicaciones de su enfermedad, esto puede ser por una parte debido a situaciones personales o familiares, o también a causas que escapan del control del propio paciente, entre ellas precisamente el desabasto de medicamento. Por lo tanto nos preguntamos:

¿Cuáles son los medicamentos que más se desabastan y como repercute en los aspectos médico, económico y laboral en el paciente crónico degenerativo de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Joaquín Cánovas Puchades” del ISSSTE Tepic?

JUSTIFICACION

El presente proyecto de investigación tiene como propósito establecer las repercusiones de tipo laboral, económico y de salud en los pacientes con padecimientos crónico-degenerativo de esta clínica, específicamente en el campo de desabasto de medicamentos básicos que cubren el esquema y espectro de los tratamientos instituidos en dichos pacientes.

A raíz de la crisis económica por la que atraviesa nuestro país en los dos últimos años, pusieron en evidencia las limitaciones en algunas de las instituciones del Sector Salud, la del ISSSTE no fue la excepción y en particular la de la clínica de Medicina Familiar "Dr. Joaquín Cánovas Puchades", la cual se vio afectada por el desabasto de medicamentos básicos y de primera elección repercutiendo así en los derechohabientes de esta clínica.

El presente estudio va encaminado a encontrar dicho desabasto en caso de que exista y establecer que repercusiones tiene sobre el paciente con padecimiento crónico-degenerativo. Así mismo tratar de encontrar y sugerir alternativas de solución para la mejor evolución terapéutica de dichos pacientes.

Este desabasto genera múltiples problemas, siendo el mas importante el económico para el propio paciente así como por parte del médico que al no otorgársele por la farmacia la cantidad suficiente de medicamento para su tratamiento, el paciente acude a consulta varias veces al mes, solo por medicamento, esto genera que la consulta diaria del médico se vea saturada y posiblemente se deje de atender en este momento a algún paciente de primera vez.

Este problema de desabasto genera otro mas importante es que el médico se vea en la necesidad de cambiar el medicamento en ese momento debido a que lo que esta tomando el paciente no existe en farmacia, esto repercute en el buen control del padecimiento que se estaba llevando e iniciar con otro medicamento momentáneamente mientras se surte a farmacia el medicamento que el paciente tiene indicado con años en algunos casos.

Genera esto además molestias del paciente con el personal de farmacia, con el médico tratante y con todo el personal, ya que dice que por eso el pagó sus impuestos y se le descuenta una cantidad de dinero de su quincena por servicio médico y exige que le deben otorgar su medicamento, o que le compren en farmacia particular para seguir con su mismo tratamiento.

OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar el desabasto de medicamentos básicos en el paciente con padecimiento crónico-degenerativo de la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Joaquín Cánovas Puchades" del ISSSTE Tepic.

ESPECIFICOS

- Conocer la enfermedad crónico degenerativa en el grupo de pacientes estudiados.
- Determinar las repercusiones de tipo económico en el paciente crónico-degenerativo por dicho desabasto
- Determinar las repercusiones de tipo laboral en el paciente crónico-degenerativo por dicho desabasto.
- Determinar las repercusiones de tipo médico-terapéutico en el paciente crónico-degenerativo por dicho desabasto.
- Conocer la distribución por sexo y edad de los pacientes que acuden a consulta con enfermedad crónico degenerativa.
- Conocer el grado de desabasto de insumos terapéuticos y cuales son.
- Identificar el tipo de paciente y su profesión que acude a consulta por enfermedad crónico degenerativa.

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, abierto.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

El presente estudio se realizara en la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Joaquín Cánovas Puchades” del ISSSTE, en el primer nivel de atención, ubicada en la unidad Fovissste de la ciudad de Tepic Nayarit, durante los meses de Agosto a Octubre de 1996.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Esta se realiza mediante muestreo aleatorio intencionado.

El tamaño de la muestra se calcula en base a la formula $n = \frac{2^2 P^9}{E^2}$ para promedio de una población.

Obteniéndose un resultado de 136 casos a los cuales se les realizó la entrevista previamente diseñada (Anexo 2).

GRUPO DE ESTUDIO

Se estudio una muestra de 136 pacientes con padecimiento crónico-degenerativo a los cuales se les aplicó la encuesta para estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSION Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ◆ Ser derechohabiente del ISSSTE
- ◆ Estar adscritos a esta unidad médica
- ◆ Estar en tratamiento de un padecimiento crónico-degenerativo
- ◆ Que acepten ser entrevistados
- ◆ Que acudan a la consulta externa en el periodo de Septiembre a Octubre de 1996.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no completaron la entrevista

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- No existen

VARIABLES DE MEDICIÓN

DESABASTO DE MEDICAMENTO

Se entiende como la falta de medicamento que están en el cuadro básico del ISSSTE y que por cualquier causa no se encuentra en la farmacia de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Joaquín Cánovas Puchades” y que por lo tanto no se otorga al paciente al presentar este su receta para continuar su tratamiento del padecimiento crónico-degenerativo.

PACIENTE CRÓNICO-DEGENERATIVO

Es aquel paciente que se mantiene en control por su médico familiar de algún padecimiento crónico-degenerativo como en la Diabetes, la Hipertensión, etc. y que regularmente toma los mismos medicamentos.

FACTORES MEDICO, ECONÓMICO Y LABORAL

Son factores médicos lo referente a la salud y su equilibrio biopsicosocial que puede ser afectado por la falta de medicamentos de control de su padecimiento crónico-degenerativo.

En el factor económico es la carencia o falta de dinero para acudir regularmente o en forma extraordinaria a la consulta externa de medicina y que no se encuentre el medicamento para su control, obligando esto a acudir nuevamente el día que ya se cuente con dicho medicamento de control.

Este factor va muy relacionado con el laboral ya que éste involucra la continua falta a trabajar con la repercusión que esto lleva consigo.

METODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Primeramente se aplicara una encuesta a un encargado de la farmacia mediante una hoja llamada "Formato para detectar grado de desabasto de medicamentos básicos" (anexo 1). Con esta encuesta se conocerá el grado de desabasto que existe y sobre todo en que tipo de medicamentos repercute mas dicha carencia.

Posteriormente se realizará la entrevista a 136 derechohabientes pacientes crónico-degenerativos, en forma personal por el titular de la investigación, aplicando la encuesta llamada "Cuestionario para identificar repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónico-degenerativas" (anexo 2). El cual contempla los diferentes objetivos de la investigación como son ficha de identificación, repercusión en el aspecto laboral, económico y clínico/médico.

Una vez obtenidas todas las encuestas se procedió a realizar el análisis de los datos para la obtención de resultados de la investigación, el cual se realizó por razones y proporciones.

CONSIDERACIONES ETICAS

Por ser un estudio descriptivo y que no involucra ningún factor que atenté ética y moralmente a los entrevistados, y además de solo pedir autorización verbalmente para la elaboración de la encuesta, no se anexa acta de autorización por escrito.

RESULTADOS

DESCRIPCION DE RESULTADOS

El resultado de la encuesta de desabasto de medicamentos en la farmacia de la clínica arrojó los siguientes resultados:

Que existe un desabasto importante de medicamentos incluso llegando hasta un 100% como es el caso de la Gligenclamida, siguiendo en porcentaje por el Captopril con un 80% de desabasto y en menor porcentaje la Carbamazepina (50-60%), Nifedipino (30-60%), Alfametildopa (30-50%) y el Metoprolol (30-40%).

Estos son los medicamentos que tienen mayor desabasto y de mayor prescripción aunque existen otros como se aprecia en la tabla 1.

Tabla de porcentaje de desabasto de medicamento en la farmacia de la clínica de medicina familiar "Dr. J.C.P."

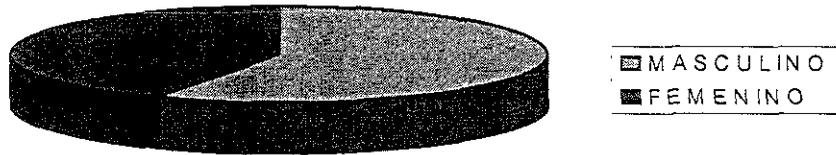
MEDICAMENTO	PORCENTAJE
GLIBENCLAMIDA	80-100%
CAPTOPRIL	70-80%
CARBAMAZEPINA	30-60%
NIFEDIPINO	30-60%
ALFAMETILDOPA	30-50%
METOPROLOL	30-40%
DIFENILHIDANTOINA	20%
TOLBUTAMIDA	10%
ISOSORBIDE	2.5%

FUENTE: Cuestionario para identificar repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónico-degenerativas.

El resultado del anexo 2 es el siguiente:

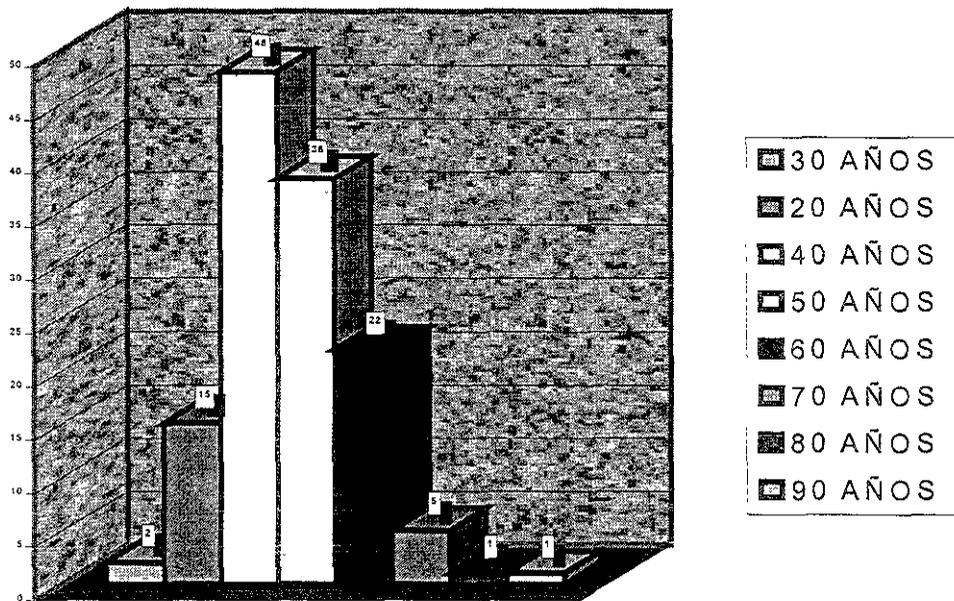
De las 136 entrevistas que se realizaron se obtuvieron 132 encuestas, se excluyeron 4 debido a que no estaban completas, dándonos los siguientes resultados:

En base a la ficha de identificación se encontró que se realizó el estudio con un porcentaje mayor en hombres (76) que en mujeres (56)(gráfica 1), de estos la edad de mayor porcentaje fue de 40 a 50 años, (86)(gráfica 2), con una escolaridad que en su mayoría son profesionistas (69) (gráfica 3), y de estos la profesión mas común es la de maestros (63) (gráfica 4), siendo su estado civil en su mayoría casados. (110) (gráfica 5), llama la atención es el turno en que laboran casi en su totalidad es el matutino, (gráfica 6), esto por que dicha encuesta se aplicó en el turno matutino, y la enfermedad crónico-degenerativa mas común fue la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica (108) (gráfica 7).



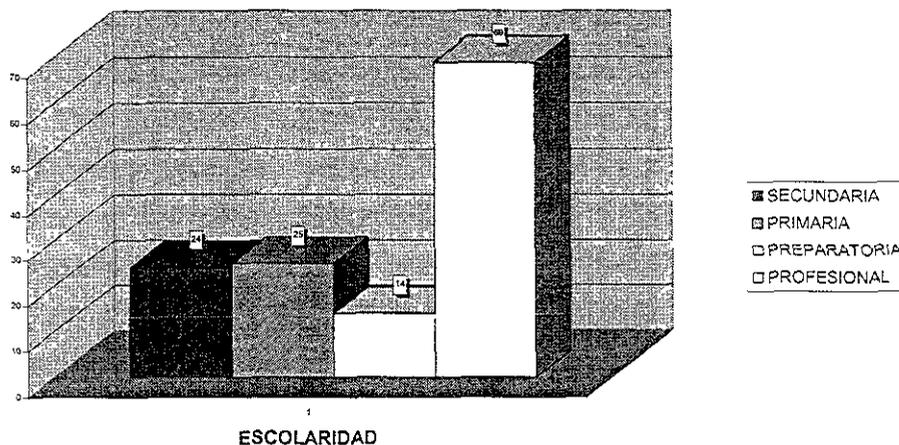
FUENTE: Cuestionario para identificar repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónica-degenerativa

GRAFICA 2 DISTRIBUCION POR EDAD



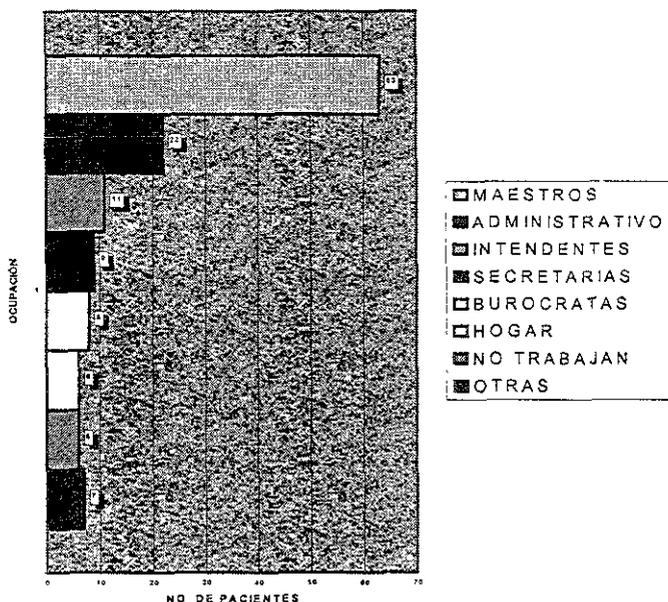
FUENTE: Cuestionario para identificar repercusiones del desabasto de medicamentos básicos para los pacientes con enfermedad crónica-degenerativa

GRAFICA 3 DISTRIBUCION POR ESCOLARIDAD



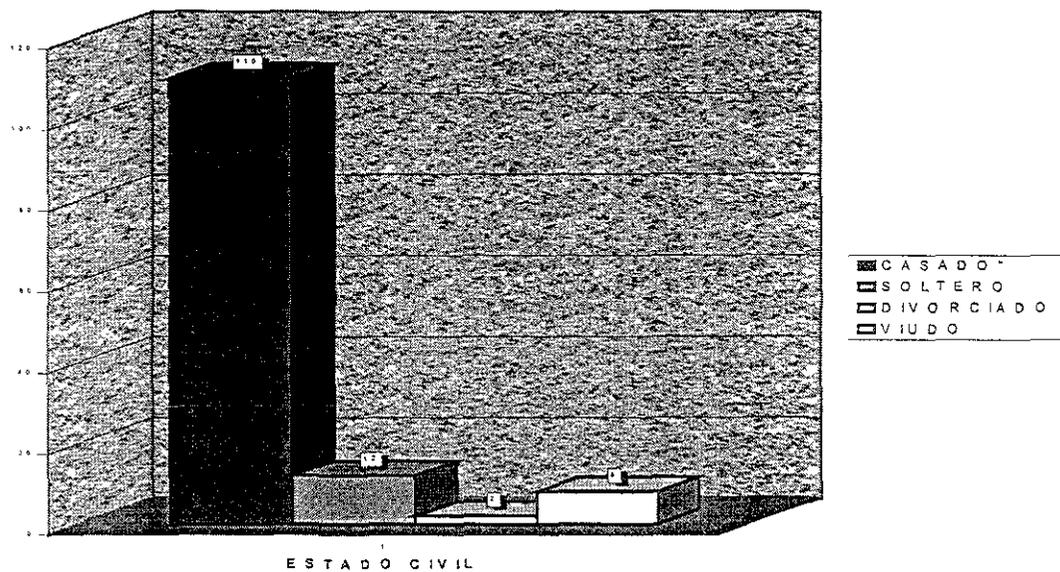
FUENTE: Cuestionario para identificar repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónica-degenerativa.

GRAFICA 4 DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN



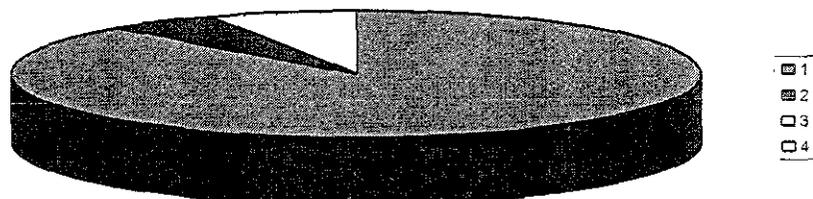
FUENTE: Cuestionario para identificar repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónica-degenerativa.

GRAFICA 5 DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL



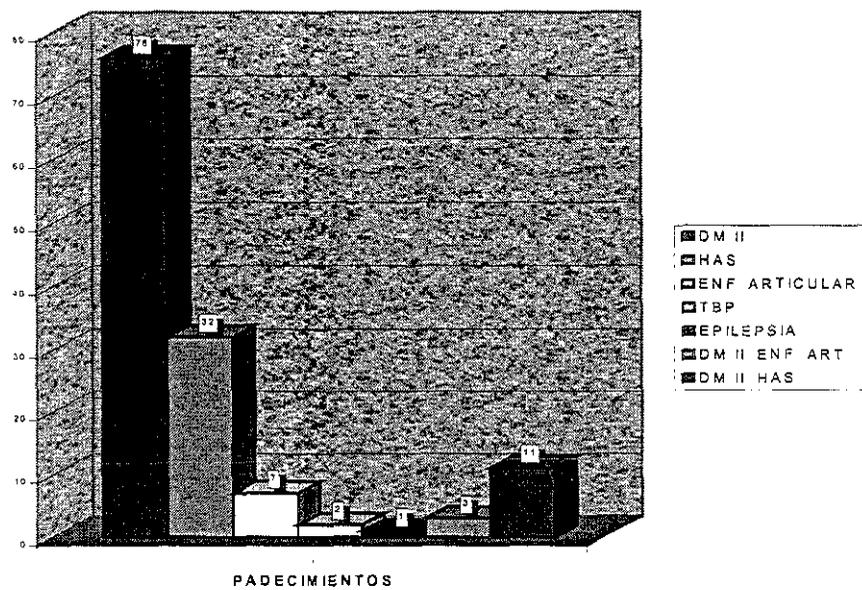
FUENTE: Cuestionario para identificar repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónica-degenerativa.

GRAFICA 6 DISTRIBUCIÓN POR TURNO LABORAL



FUENTE: Cuestionario para identificar repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónica-degenerativa.

GRAFICA 7 DISTRIBUCIÓN POR PADECIMIENTOS



FUENTE: Cuestionario para identificar repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónica-degenerativa.

El resultado que se obtuvo a la pregunta del aspecto laboral ¿cada vez que acude a esta clínica a surtir su medicamento la situación en su trabajo es?. Resulta que una tercera parte no tiene problema (42 pacientes) pero dos terceras partes tienen necesidad de presentar justificante o licencia médica (68 pacientes) (tabla 2) y casi en su mayoría (106 pacientes) deben permanecer de 1 a 3 horas en la clínica para que se les otorgue el servicio (tabla 3).

En el aspecto económico una tercera parte gasta menos de 5 pesos (46 pacientes), otra gasta de 5 a 10 pesos (42 pacientes) y otra gasta mas de 10 pesos (tabla 4). El medio de transporte mas utilizado es el camión urbano (63 pacientes) (tabla 5). En cuanto a la pregunta de con que frecuencia acude a la clínica para surtir su medicamento de control, la mayoría refiere que es solo una vez al mes (87 pacientes) y otros que dos veces por mes (28 pacientes) (tabla 6) estos resultados están relacionados con la duración de medicamento otorgado que es de 3 semanas en 63 pacientes y de un mes en 43 pacientes (tabla 7).

En el aspecto clínico-médico referente a la pregunta de que si ha sufrido recaída de su padecimiento por falta de medicamento 68 pacientes refieren que si y 54 pacientes refieren que no (tabla 8).

En respuesta a la pregunta con que frecuencia ha tenido recaídas por falta de medicamentos, ésta está dividida en 57 pacientes a que una vez al año y 72 pacientes que 2 veces por año (tabla 9).

La pregunta que si ha requerido otro tipo de atención `por falta de medicamento da el resultado siguiente: hospitalización 32 pacientes, solicitar médico en urgencias 40 pacientes, acudir a consulta privada y comprar medicamentos 30 pacientes y conseguir medicamento con familiares o amigos 25 pacientes (tabla 10).

TABLA 2

ASPECTO LABORAL

¿Cada vez que acude a esta clínica a surtir su medicamento la situación en su trabajo es?

Le otorgan permiso sin problema	42
Le limitan los permisos en frecuencia	12
Le descuentan el día	5
Tiene necesidad de justificar	33
Tiene necesidad de presentar licencia medica	35
Otras	5
TOTAL	132

FUENTE: cuestionario para identificar repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónica degenerativas

TABLA 3

ASPECTO LABORAL

¿Cuanto tiempo permanece en esta clínica cada vez que acude por medicamento?

Mas de 3 horas	16
De 1 a 3 horas	106
Menos de 1 hora	10
TOTAL	132

FUENTE: cuestionario para identificar repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónica degenerativa.

TABLA 4

ASPECTO ECONÓMICO

¿Cuánto gasta cada vez que acude a ésta clínica a surtir su medicamento?

Mas de 10 pesos	41
De 5 a 10 pesos	42
Menos de 5 pesos	46
No gasta	3
Otros	0
TOTAL	132

FUENTE: Cuestionario para identifica repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónica degenerativa.

TABLA 5

ASPECTO ECONÓMICO

¿Que medio de transporte utiliza cada vez que acude a esta clínica a surtir sus medicamentos?

Transporte urbano	63
Transporte colectivo	16
Transporte particular	21
Taxi	23
Caminando	6
TOTAL	132

FUENTE: Cuestionario para identifica repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónica degenerativa.

TABLA 6

ASPECTO ECONÓMICO

¿Con que frecuencia acude a esta clínica para surtir su medicamento de control de su padecimiento?

Una vez por mes	87
2 veces por mes	28
Cada semana	9
Mas de una vez por mes	8
TOTAL	132

FUENTE: Cuestionario para identifica repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónica degenerativa.

TABLA 7

ASPECTO ECONÓMICO

¿Cuanto tiempo alcanza a tomar su medicamento de control, en la dosis indicada con la cantidad otorgada cuando acude a consulta?

1 Semana	3
2 Semanas	21
3 Semanas	65
1 Mes	43
Mas de 1 mes	0
TOTAL	132

FUENTE: Cuestionario para identifica repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónica degenerativa.

TABLA 8

ASPECTO CLÍNICO-MÉDICO

¿Ha sufrido recaídas de su padecimiento por falta de administración de su medicamento?

Si	68
No	54
Algunas veces	10
TOTAL	132

FUENTE: Cuestionario para identifica repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónica degenerativa.

TABLA 9

ASPECTO CLÍNICO-MÉDICO

¿Con que frecuencia ha tenido recaídas por falta de medicamentos?

Una vez por año	57
Dos veces por año	72
Cada 3 meses	10
Cada mes	1
Otro	
TOTAL	132

FUENTE: Cuestionario para identifica repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónica degenerativa.

TABLA 10

ASPECTO CLÍNICO-MÉDICO

¿Ha requerido otro tipo de atención de su padecimiento por falta de medicamento?

Hospitalización	32
Solicitar medico en urgencias	42
Consulta particular y comprar medic.	32
Conseguir medic. Con fam. o amigos	25
Otros	11
TOTAL	132

FUENTE: Cuestionario para identifica repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enfermedad crónica degenerativa.

DISCUSION

En este estudio se comprobaron las variables a estudiar, esto es que se confirmó el desabasto de medicamentos siendo este en algunos casos de hasta el desabasto total del 100% como sucedió con el medicamento Glibenclamida, esto lógicamente ocasiona diversos problemas al paciente que se encuentra bajo control con dicho medicamento, desde la molestia del paciente por no tener el medicamento hasta complicaciones (tabla 10) por no querer otro tipo de medicina en lo que se surte dicho medicamento, ocasionando incluso un abandono de tratamiento (24), por diversas causas.

Como se apreció en los resultados (tabla 1), otro de los medicamentos que tiene hasta 80% de desabasto es el Captopril, seguido de la Carbamazepina, Nifedipino, Alfametildopa y el Metoprolol, como podemos observar estos medicamentos de uso muy común corresponden también con los padecimientos que mas se presentan en la clínica de medicina familiar "Dr. J.C.P." que son la DMII y la HAS (gráfica 7). Por lo tanto este desabasto va a repercutir tanto en el aspecto laboral, económico y clínico-médico como analizaremos enseguida (13).

Este desabasto tiene varias causas, desde la falta de abasto de los laboratorios, pasando por la lentitud del proceso burócrata de adquisiciones hasta en uso irracional de los mismos medicamentos por parte del personal de salud (21).

Dentro del resultado de las encuestas se observa que poco mas de 90% de los pacientes son trabajadores en activo (gráfica 4), y que estos acuden la mayoría a consulta en el mismo turno que laboran ocasionando con esto ausentismo en el trabajo la mayoría de las veces y otras que se ven en la necesidad de buscar y pedir licencia médica (tabla 2) o justificante para poder acudir a la consulta por su medicamento, y esto aunado al desabasto de medicina, tendrán que acudir mas veces a la clínica para que le sea otorgado su medicamento (tabla 6) ocasionando a la larga una gran perdida del gasto público de las diversas dependencias por ausencias y perdidas de horas hombre de trabajo.

CONCLUSIONES

En este estudio se concluye que sí existe desabasto de medicamentos, en especial las medicinas de padecimientos crónico-degenerativo y sobre todo para los dos padecimientos mas comunes como son la DMII y la HAS.

Que existe una problemática importante en los tres factores estudiados como son el laboral, el económico y el clínico-médico, y estos tres factores repercuten a nivel nacional sobre ausentismo al trabajo y sueldos y salarios no devengados por permisos y licencias médicas para acudir a consulta a recibir su tratamiento.

Esto nos orienta a tomar medidas en dos aspectos importantes, una, en la mejor planeación de abasto de medicamentos para prever cualquier contingencia que pueda afectar la existencia de medicinas.

Y el otro aspecto es el laboral que podría ser que el paciente trabajador acuda a consulta a control de su padecimiento crónico-degenerativo en el turno contrario en el cual trabaja y acudir en caso de urgencia en cualquier momento que se requiera.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Barquín – C.M. Servicio de farmacia dirección de hospitales. 5ta. Edición México D.F. Interamericana 1985; 601.
- 2.- Campbel WF, Francia Gs. Manual Internacional de Hipertensión USA. Hoechst Marios Roussel.1999.
- 3.- diccionario de Especialidades farmacéuticas. México 1997.
- 4.Fauci et. Al. Harrison. Principios de Medicina Interna. Mc Garaw-Hill Interamericana. 14ª ed. 1998
- 5.- García Carrasco. Avances en Artritis Reumatoide. Manual Moderno. 1.ed. 2000.
- 6.-García de Sola R. Hidrocefalia. En Martin Fed. Medicina Interna en el paciente pediátrico. 1(2), 2-3 Madrid; saned, 1989;17-22.
- 7.-Gutiérrez A.H., Lara E.A. – Guadalupe G.R., ¿Tiene diabetes y no lo sabe? Diabetes. 1999. Hoy 17:128-130.
- 8.-Himes SE. Diabetes Mellitus tip. 2 tratamiento intensivo. Atención Médica México, No. 2000 13(11).64-79.
- 9.-J-Pozsik C. Clínicas médicas de Norteamérica.- Tuberculosis México D.F. Interamericana 1993; 6(2) 1360-362.
- 10.-J. Pascual Gómez. Programa de formación continuada en Medicina Asistencial. MEDICINE- Migraña y Cefalea en racimos_ 2000,37(1):21.
- 11.- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 1984; 11-12.
- 12.- Lozano. Introducción a la Geriatria. Mendez editores 2 ed. 2000.
- 13.-Manjarrez-Morales E. Serrano-Montes V. Cano-Perez G. Y Cols. Principales causas de abandono de tratamiento contra la Tb. pulmonar.- Gaceta médica de México 1993;129(2):57-62.
- 14.-Mendez RI, Namihira GD, Moreno AL y Sosa MC. El Protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis México. Trillas 1993.
- 15.-Manifestación del impacto regulatorio d la NOM-SSA-030 1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial/diabetes. México 1999 3-7.
- 16.-Norma oficial mexicana SSA-015-1999, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. México 1999, 5-6.
- 17.-Pascual J. Diagnostico y Tratamiento del dolor de la cabeza en atención primaria. Jano 1991;41:3-30.
- 18.-Pineda EB. Alvarado EL. Canales FH. Metodología de la investigación. Manual para desarrollo de personal de salud. Organización panamericana de la salud, 2da. Edición, 1994.
- 19.-Rodríguez – Weber T. Perspectivas de la industria farmacéutica y químico farmacéutica en México – Salud Publica de México 1995,27(4): 350-52.
- 20.-Rlippel JH, Principios de las enfermedades Reumáticas. Arthritis foundation. 11 ed. Atlanta Georgia. USA.1997.
- 21.-S-Fraser H. Uso racional de los medicamentos esenciales – Foro mundial de la salud 1985; 6(1): 74-78.

ESTA TESIS NO SE
DEBE REPRODUCIR

- 22.-Tapia-Conyer R. Et. Al. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. INN52-Secretaría de Salud, México 1993.
- 23.-Terney Jr. Diagnostico clínico y tratamiento. Manual moderno. 36 ed.2000
- 24.-Vaquero J., Oya S. II Premio iberoamericano de epilepsia. Barcelona: Labaz, 1985;231-243.
- 25.-Zarranz JJ. Enfermedades vasculares generales hemorrágicas. En: Zarranz JJ. Ed. Neurología. Barcelona: Doyma libros S.A., 1994:271-276.
- 26.-V. Guitera Calvo –J. Pascual Gómez. Programa de formación continua en medicina asistencial- MEDICINE- Cefalea tensional- 2000,31(1):23-27.

ANEXO

ANEXO NO. 2

Cuestionario para identificar repercusiones del desabasto de medicamentos básicos en pacientes con enf. Crónico-degenerativas.

IDENTIFICACIÓN:

CÉDULA _____	LUGAR DE RESIDENCIA _____
SEXO _____	ESCOLARIDAD _____
EDAD _____	ENF. QUE PADECE _____
OCUPACIÓN _____	D.M. TIPO II _____
ESTADO CIVIL _____	H.T.A.S. _____
TURNO LABORAL _____	T.B.P. _____
	OTRAS _____

Aspecto Laboral

¿Cada vez que acude a esta clínica a surtir su (s) medicamentos (s) la situación en su trabajo es?

- A) Le otorgan permiso sin problemas ()
- B) Le limitan los permisos en frecuencia ()
- C) Le descuentan el día ()
- D) Tiene necesidad de justificante ()
- E) Tiene necesidad de presentar licencia médica ()
- F) Otras ()

¿Cuanto tiempo permanece en esta clínica cada vez que acude por medicamentos?

- A) Mas de 3 horas ()
- B) 1-3 horas ()
- C) Menos de 1 hora ()

Aspecto económico

¿Cuanto gasta cada vez que acude a esta clínica a surtir su medicamento?

- A) Mas de 10.00 M.N. ()
- B) De 5.00 a 10.00 M.N. ()
- C) Menos de 5.00 M.N. ()
- D) No gasta ()
- E) Otros ()

¿ Que medio de transporte utiliza cada vez que acude a esta clínica a surtir sus medicamentos?

- A) Transp. Urbano ()
- B) Transp. Colectivo ()
- C) Automóvil particular ()
- D) Taxi ()
- E) Caminando ()

¿Con que frecuencia acude a esta clínica para surtir su (s) medicamentos (s) de control de su padecimiento?

- A) 1 vez por mes ()
- B) 2 veces por mes ()
- C) Mas de 1 vez por mes ()
- D) Mas de 1 vez por mes ()

¿Cuanto tiempo alcanza a tomar su medicamento de control, en la dosis indicada con la cantidad otorgada cuando acude a consulta?

- A) 1Semana ()
- B) 2 Semanas ()
- C) 3 Semanas ()
- D) 1 Mes ()
- E) Mas de 1 mes ()

Aspecto clínico-médico

¿Ha sufrido recaídas de su padecimiento por falta de administración de su medicamento?

- A) Si ()
- B) No ()
- C) Algunas veces ()

¿Con que frecuencia ha tenido recaídas por falta de medicamentos?

- A) Una vez por año ()
- B) Dos veces por año ()
- C) Cada 3 meses ()
- D) Otro ()

¿Ha requerido otro tipo de atención de su padecimiento por falta de medicamento?

- A) Hospitalización ()
- B) Solicitar médico en urgencias ()
- C) Consulta particular y compra de med. ()
- D) Conseguir medicamentos con familiares o amigos ()
- E) Otros ()