

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

"PRESCRIPCIONES MEDICAS EN SERVICIOS EXTERNOS DEL  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN  
JUAN DE DIOS"

"Estudio descriptivo sobre prescripciones medicas en Servicios Externos  
(Consulta Externa y Emergencia) del Departamento de Pediatría  
del Hospital General San Juan de Dios.  
Análisis de 1000 prescripciones"



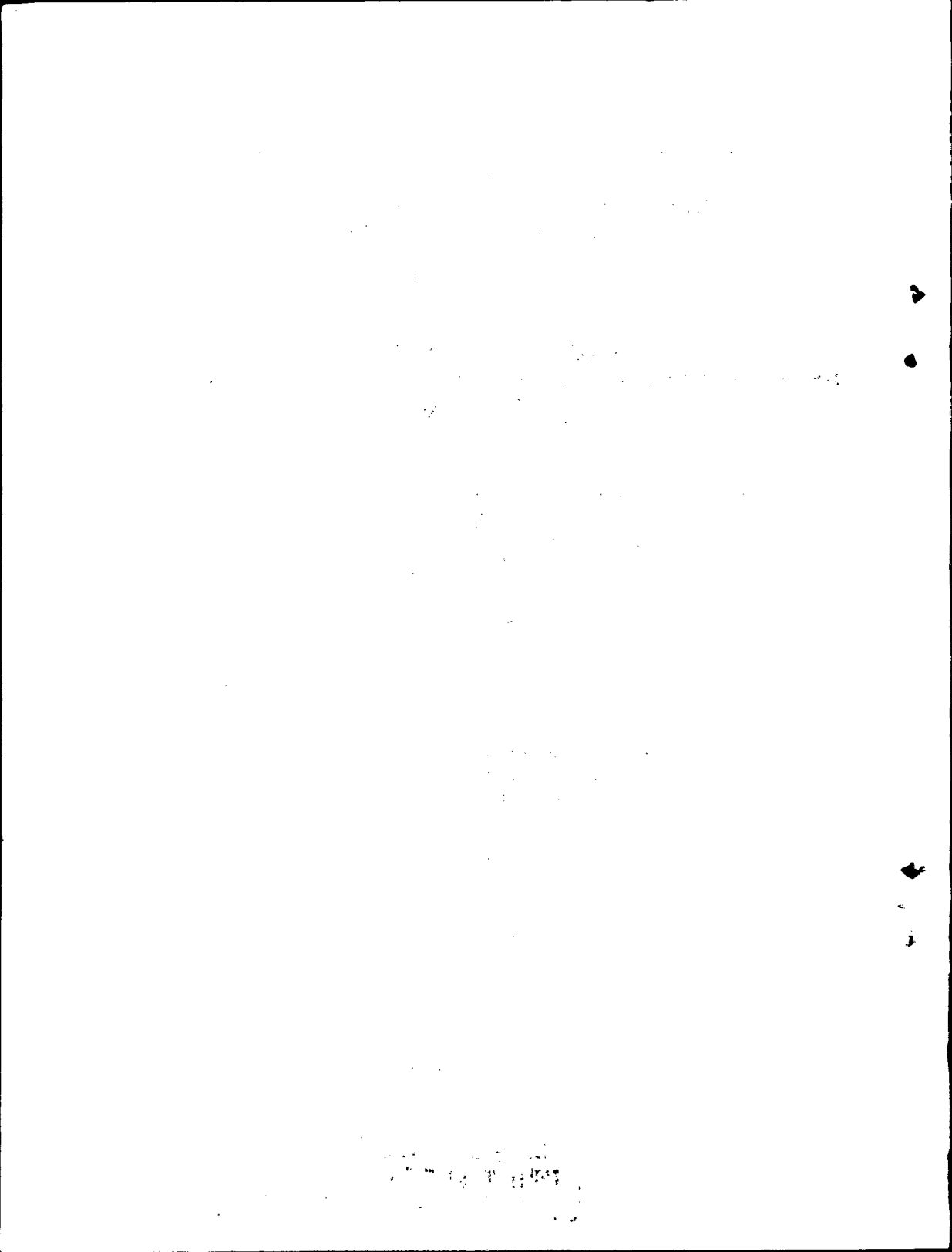
MAVELITA JOHANNA RAMIREZ CRUZ

*En el acto de investidura de:*

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, agosto de 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central



DL  
OS  
T(2974)

HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"  
SUBDIRECCION MEDICA  
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Oficio No. P-1-95

Guatemala, 18 de agosto - de 1995. --

BACHILLER: Mavelita J. Ramirez  
CARNET No. 8712720  
P R E S E N T E.

Estimada Bachiller Ramirez:

El Comité de Investigación la informa que su Informe Final ha sido autorizado para la divulgación de su trabajo de Tesis titulado:

" PRESCRIPCIONES MEDICAS EN SERVICIOS EXTERNOS DEL DEPARTAMENTO DE -  
PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DIOS". -----

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente,

Dr. Bernardo Coronado.  
COORDINADOR COMITE DE INVESTIGACION



Vo.Bo. Dr. Cesar Augusto Reyes Martinez.  
JEFE DEPTO. DOCENCIA E INVESTIGACION.

cc; archivo.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

1947



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 11 de Agosto de 1995

Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las  
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: Perito en Administración de Empresas, Mavélita Johanna  
Título o diploma de diversificado, Nombres y ape-

Ramírez Cruz. Carnet No. 8712720  
llidos completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:


"PRESCRIPCIONES MEDICAS EN SERVICIOS EXTERNOS DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL

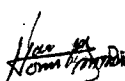
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS".


y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

  
Firma del estudiante

Héctor David F. Prade Celur  
MEDICO Y CIRUJANO  
COLEGIADO 4773

  
Asesor  
Firma y sello personal

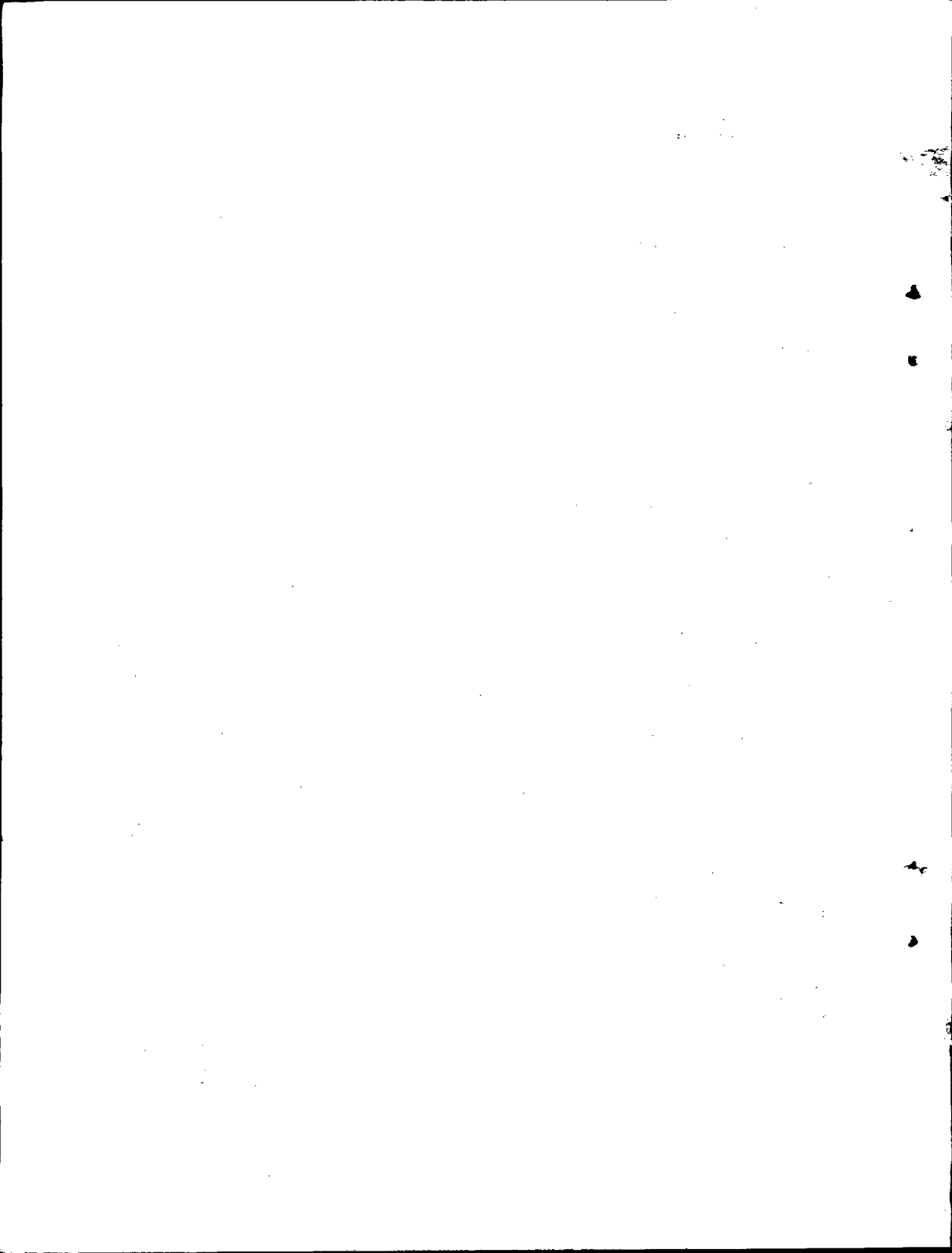
  
Luis F. Pérez Martini  
Médico y Cirujano  
Col. No. 4951

  
Carlos S. Vargas R.  
MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado No. 2437

Revisor  
Firma y sello

Registro Personal

9696



EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El (La) Bachiller: MAVELITA JOHANNA RAMIREZ CRUZ

Carnet Universitario No. 87-12720

Ha presentado para su Examen General Publico, previo a optar al

Titulo de Médico y ~~firmado~~ el trabajo de Tesis titulado:

PRESCRIPCIONES MEDICAS EN SERVICIOS EXTERNOS DEL DEPARTAMENTO

DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Trabajo asesorado por: DR. HECTOR DAVID PRADO COHRS

DR. LUIS PEREZ MARTINI

DR. CARLOS H VARGAS R.

y revisado por:

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite  
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION :

Guatemala, 14 de agosto de 195

DR. EDGAR BELTRON BARRILLAS  
Por Unidad de Tesis

DR. RMO CASTILLO RODAS  
DIRECTOR  
CENTRO DE INVESTIGACIONES  
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE :



DR. Edgar Axel Oliva Gonzalez  
DECANO

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957

1957



## CONTENIDO

|   | PAGINA |
|---|--------|
| I. Introducción                           | 1      |
| II. Definición del problema               | 2      |
| III. Justificación                        | 3      |
| IV. Objetivos                             | 4      |
| V. Revisión Bibliográfica                 | 5      |
| VI. Metodología                           | 23     |
| VII. Presentación de Resultados           | 25     |
| VIII. Discusión e interpretación de datos | 38     |
| IX. Conclusiones                          | 42     |
| X. Recomendaciones                        | 43     |
| XI. Revisión Bibliográfica                | 44     |
| XII. Resumen                              | 46     |
| XIII. Anexo                               | 47     |

[The text in this block is extremely faint and illegible. It appears to be a multi-paragraph document, possibly a letter or a report, with several lines of text scattered across the page. The content is not discernible.]

# I. INTRODUCCION

Tradicionalmente la confección de una receta sigue un esquema definido que facilita su interpretación.

Para decir que una prescripción está correctamente elaborada debe cumplir con los siguientes requisitos: fecha, nombre del paciente, edad, peso, nombre genérico y comercial del medicamento, instrucciones de su preparación y su uso, nombre, No. de colegiado y firma del médico, así como el cargo de quien la elaboró.

El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de las prescripciones médicas emitidas en los servicios externos (Emergencia y Consulta Externa) del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, para determinar si cumplen con los requisitos básicos anteriormente mencionados.

Además se pretende determinar si el medicamento recetado es el apropiado para la enfermedad del paciente pediátrico.



## II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La receta es una importante transacción terapéutica entre el médico y su paciente. Resume en un trozo de papel la capacidad diagnóstica y la experiencia terapéutica del médico, con instrucciones para aliviar o restablecer la salud del enfermo.(3)

Por otra parte, la prescripción puede constituir un documento legal ante la Justicia, especialmente en el caso de intoxicaciones, que puede determinar la responsabilidad ante aquella por parte del médico, del farmacéutico o de terceros. (2,3,4,5 y 7)

Por lo anteriormente expuesto las instrucciones referentes a las recetas deben incluir todos los detalles necesarios para que un paciente sepa bien cómo, con qué, cuando y durante cuanto tiempo debe tomar su medicación.(3)

Las consecuencias de la falta de cumplimiento, aunque son evidentes, no son apreciadas plenamente a menudo por el médico ni por el enfermo. La subutilización de la droga recetada priva al paciente de los beneficios terapéuticos buscados, lo que a su vez puede llevar a una recurrencia o empeoramiento de la enfermedad, al surgimiento de microorganismos antibióticorresistentes o a la prescripción de una dosis mayor o de un agente más potente con posible toxicidad si el cumplimiento no mejora.(3)

Todos estos datos destacan la necesidad de que el médico conozca bien los principios básicos de la redacción de recetas y de la forma de instruir al paciente sobre la toma de su medicación.(5)

Este estudio evaluará 1000 recetas extendidas en los servicios externos del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, con el fin de encontrar las fallas que estas contengan, para después dar recomendaciones específicas sobre la correcta elaboración de las mismas mejorando así la atención del paciente pediátrico y evitando posteriores complicaciones que podrían poner en riesgo la vida del paciente.

### III. JUSTIFICACION

A los servicios externos del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, acudieron en 1994 en en primer semestre un total de 9,113 pacientes; divididos así 2,460 niños en Consulta Externa y 6,653 en Emergencia.

A los pacientes que se les puede tratar ambulatoriamente, se les extienden recetas médicas, muchas de ellas ilegibles, mal redactadas, con ausencia de datos importantes, en algunos casos inapropiadas para la enfermedad del paciente y a veces indicando medicamentos fuera del poder adquisitivo de la familia del enfermo.

Una receta mal elaborada puede ser terapéuticamente inútil, llegando a producir efectos indeseados como: intoxicaciones y en el peor de los casos hasta la muerte.

Este trabajo evaluará la calidad de las prescripciones hechas en los servicios externos de la Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, para después dar recomendaciones específicas, que mejoren la calidad de atención al paciente pediátrico.

#### IV. OBJETIVOS

##### GENERAL:

Evaluar la calidad de las prescripciones médicas emitidas en los servicios externos (Consulta Externa y Emergencia) del departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

##### ESPECIFICOS:

1. Determinar si las recetas extendidas en los servicios externos del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios llenan los requisitos básicos que debe contener una prescripción correctamente elaborada.
- 2) Determinar si el medicamento recetado es el apropiado para la enfermedad del paciente.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

### V. PRINCIPIOS DE LA REDACCION DE RECETAS

La receta es una importante transacción terapéutica entre el médico y su paciente. Resume en un trozo de papel la capacidad diagnóstica y la experiencia terapéutica del médico, con instrucciones para aliviar o restablecer la salud del enfermo. (4)

La prescripción es un pedido de medicamentos hecho por el médico al farmacéutico para el paciente, que incluye además instrucciones sobre la preparación para el farmacéutico y sobre el empleo de dichas drogas para el enfermo. (6)

Por otra parte, la prescripción puede constituir un documento legal ante la justicia. (3,5,6 y 9) especialmente en el caso de envenenamientos, que puede determinar la responsabilidad ante aquella por parte del médico, del farmacéutico o de terceros. Por todas esas razones la receta debe escribirse con tinta o bolígrafo como todos los documentos y en el idioma oficial para cada país. (6)

Numerosos estudios sugieren que son demasiados los médicos que no instruyen debidamente a sus enfermos sobre cómo tomar la medicación que les han recetado. Las reseñas de estos estudios indican que del 25 al 50% de los pacientes en diversas situaciones clínicas no tomaba los medicamentos en la forma prescrita. (4 y 6)

Casi todos los errores tenían relación con las instrucciones: se tomaban los medicamentos en dosis equivocadas; con fin erróneo o en momentos inadecuados. Algunos pacientes omitían algunas dosis o no completaban el tratamiento. Estos datos destacan la necesidad de que el médico conozca bien los principios básicos de la redacción de recetas y de la forma de instruir al paciente sobre la toma de su medicación. (6)

#### GENERALIDADES:

Para ser capaz de redactar con exactitud y rapidez las recetas se necesita considerable práctica. La escritura debe ser legible. Es conveniente que en el formulario figuren siempre el nombre, la dirección, el teléfono, las horas de consulta, el número de matrícula profesional y demás datos pertinentes del médico responsable. Como las recetas médicas son documentos medicolegales, deben escribirse con tinta, aunque esto es obligatorio solamente para las sustancias controladas por el programa II. También es una excelente costumbre, muy poco seguida, que el médico guarde una copia exacta o el carbónico en sus archivos, que lo proteja y completa el registro del tratamiento. (4)



## ELECCION DEL NOMBRE DE LA DROGA:

Casi todas las drogas pueden prescribirse con sus nombres oficiales (United States Adopted Names; USAN) o por los nombres patentados por sus propietarios (nombres comerciales). El nombre no patentado se denomina a menudo nombre genérico. Esto último, basado en una definición estricta se usa correctamente para designar una relación química entre drogas, como sulfonamidas, barbitúricos, etc., pero la distinción se ha pasado por alto y el término genérico se emplea casi con exclusión de no patentado.

Se discuten las ventajas relativas de recetar por nombre no patentado o patentado. Los argumentos en favor del uso de nombres no patentados se basan en su mayoría en la eliminación de la duplicación de drogas y en la posibilidad de un beneficio económico para el paciente. Los argumentos en contra de esta práctica incluyen generalmente la falta de control de calidad, la variabilidad en la formulación y por ende en la disponibilidad biológica de la droga, y el hecho de que muchos nombres no patentados son difíciles de recordar y escribir. Los argumentos en uno y otro sentido tienen pronta contestación. Prácticamente en todos los estados se adoptaron leyes que permiten que el farmacéutico sustituya el producto de una compañía por el de otra, siempre que tenga la misma fórmula, en circunstancias específicas. Estas leyes hablan también de los mecanismos por los cuales el médico puede facilitar o evitar la sustitución. Tanto el médico como el farmacéutico deben estar familiarizados con las leyes que rigen en su estado. Sin embargo el médico puede evitar la sustitución si en la receta indica "no sustituir" o indica al farmacéutico, mediante manifestación verbal, la obligatoriedad de entregar el producto indicado.

Al redactar prescripciones lo mejor es emplear el nombre no patentado seguido del nombre del fabricante entre paréntesis, si el producto de un fabricante específico tiene auténticas ventajas. Esto no sólo elimina la necesidad de memorizar múltiples nombres de drogas, si no que también asegura al médico de que se despachará el producto de un fabricante determinado.(4)

## ELECCION DE UN SISTEMA DE PESAS Y MEDIDAS:

Las recetas deben expresarse siempre en el sistema métrico decimal. Sólo es necesario designar las cantidades de drogas con números e indicar la unidad de peso o volumen del sistema métrico empleado. En la misma receta el número arábigo se coloca después del nombre oficial de la droga, y si se recetan varios ingredientes las comas decimales se colocan en la misma línea vertical. Muchos médicos usan una línea vertical en lugar de comas decimales y esta "línea decimal" puede estar ya impresa en todas las recetas en

blanco. Por encima de ella puede colocarse "g o ml". Debemos destacar, sin embargo, que cuando se emplea la línea decimal todas las cantidades de los ingredientes deben expresarse en las unidades básicas del sistema métrico (g o ml) y que esta línea no puede usarse para expresar fracciones decimales o miligramos. (4)

#### **MEDIDAS DOMESTICAS:**

Lamentablemente, las drogas recetadas con tanto cuidado por el médico en miligramos y mililitros son medidas generalmente por el paciente con utensilios de cocina. La "gota", de tamaño variable, presenta un problema especial. Su tamaño depende del líquido que se dispensa en gotas-peso específico, temperatura y viscosidad y también del orificio del gotero y del ángulo en que se sostiene este último. La USP no aprueba la prescripción de dosis en gotas, pero ofrece un gotero uniforme oficial para quienes deseen usarlo. Este gotero uniforme oficial, sostenido verticalmente, dispensa gotas de agua cuyo peso es de 45 a 55 mg cada una. La mayor parte de los productos comerciales suministra un gotero calibrado para este tipo de preparado. El tamaño de la cucharadita doméstica también varía considerablemente. Con fines domésticos se ha establecido en el American National Standards Institute una cucharadita de té patrón norteamericana que contiene  $4.93 \pm 6 - 0.24$  ml. La USP especifica que esta cucharadita de té puede considerarse con un contenido de 5 ml. Se dice que una cucharada de mesa contiene 15 ml.

Otros dispositivos como cilindros de plástico moldeado y tapas de medición se han desarrollado para medir y administrar medicamentos líquidos. Una jeringa oral puede utilizarse para medir y administrar drogas a niños; estas jeringas (de vidrio y plásticas) se venden en diferentes tamaños para asegurarle la administración exacta de drogas. Han sido muy recomendados por el Committee on Drugs, American Academy of Pediatrics (1975), para reemplazar los acostumbrados utensilios domésticos. Los médicos que consideran necesario prescribir medicamentos líquidos para la administración por vía oral deben solicitar al farmacéutico que entregue el dispositivo apropiado con la medicación para asegurarse de que el paciente puede tomar sin dificultad la dosis recetada. (4)

#### **CONFECCION DE LA RECETA:**

Tradicionalmente la confección de una receta sigue un esquema definido que facilita su interpretación. Este esquema es esencialmente el mismo si la receta abarca una sola droga o una mezcla de dos o más fármacos. Solamente una receta debe escribirse en un formulario. Los principales elementos de un modelo se ilustran en el ejemplo No. 1. Los números a la izquierda destacan las diferentes partes de una receta, que se explican a continuación.

**EJEMPLO No. 1**

- 1. 28 de mayo de 1985
- 2. John Jones, 6 años de edad  
596 South Main Street  
Salt Lake City, Utah 84101
- 3. R/
- 4. Suspensión oral de ampicilina (Pfizer) 250 mg/5 ml
- 5. Dispensar 200 ml (con jeringa oral).
- 6. Rótulo: Tomar 5 ml por vía oral a las 8 de la mañana, 12 del mediodía, 16 y 20 horas diariamente durante 10 días para infección. Ampicilina 250 mg/5 ml. 200 ml
- 7. No repetir.
- 8. Thomas A. Brown, M.D.  
DEA No. AB1234321  
508 South Main Street  
Salt Lake City, Utah 84101

1. **FECHA:** La fecha de redacción de la receta es importante. Las leyes federales exigen que las recetas para drogas que figuran en los programas II, III y IV de la Ley de Sustancias Controladas de 1970 lleven fecha; las recetas de sustancias de los programas III y IV no pueden despacharse ni renovarse después de 6 meses de su fecha de emisión. (1, 3, 4, 6 y 9)

2. **NOMBRE Y DIRECCION DEL PACIENTE:** Ambos son necesarios para apresurar el manejo de la receta y evitar posible confusión con medicaciones destinadas a otra persona. La edad también debe incluirse. Además, el farmacéutico verificará el nombre y la edad del paciente porque de otro modo le será imposible controlar la dosis prescrita. Las prescripciones para drogas del programa II deben contener el nombre y la dirección completos del paciente, y el farmacéutico debe transferir esta información al rótulo que coloca en el recipiente del medicamento. (1, 3, 4, 5, 6 y 9)

3. **SUPERINSCRIPCION:** Consiste en el símbolo Rp (no "Rx"), abreviatura de RECIPE, latino de "tómese" o "despáchese". (4, 5 y 6)

4. **INSCRIPCION:** Es el cuerpo de la receta y contiene el nombre y la fuerza (dosis) de la droga deseada. Las drogas se prescriben en Estados Unidos por sus nombres oficiales en idioma inglés. Las abreviaturas deben evitarse porque su uso trae frecuentes errores. Cuando se

desean escribir dos o más drogas en la misma prescripción, el nombre y la cantidad de cada una se colocan juntos en un renglón separado, directamente por debajo del anterior. Tradicionalmente el orden de los ingredientes, si hay más de uno, es el siguiente:

**BASE:** Es la droga principal y confiere su acción principal a la prescripción.

**COADYUVANTE:** Es una droga que ayuda a aumentar la acción del ingrediente principal.

**CORRECTIVO:** Modifica o corrige los efectos indeseables de la base o del coadyuvante.

**VEHICULO:** Es el agente empleado como solvente en la solución, para aumentar el volumen o para diluir la mezcla.

En la práctica las recetas contienen pocas veces más de un nombre de droga, pero cuando se prescriben tres agentes la droga más potente o principal debe ir primero, el otro ingrediente segundo y el vehículo último, como se ve más adelante. (4, 5 y 6)

5. **SUSCRIPCIÓN:** Contiene las instrucciones para el farmacéutico. En las recetas con una sola droga las mismas consisten generalmente en "dispensar 10 tabletas", "dispensar 200 ml", "dispensar con jeringa oral", etc.; en las recetas con dos o más drogas consisten generalmente en una frase breve como "Hacer una solución" o "Mezclar y colocar en 10 cápsulas", o una palabra sola como "Mezclar". (4, 5 y 6)

6. **FIRMA:** La firma de la receta consiste en las instrucciones al paciente. El término firma no se refiere al nombre del médico sino que deriva del latín SIGNA, que significa "escribir", "marcar" o "rotular". Como el inglés es el idioma de elección, las directivas están precedidas de la palabra Rotular; no deben usarse términos anticuados como el latín Signa o su abreviatura "Sig." o "S". Ocasionalmente esta parte de la prescripción se denomina transcripción, y el término firma se reserva para el nombre del médico.

Las instrucciones al paciente deben estar siempre escritas en el idioma natal de este último. El uso de abreviaturas latinas no tiene sentido alguno. Las instrucciones al paciente contienen detalles sobre la cantidad de droga a tomar, el tiempo y la frecuencia de la dosis y otros factores como dilución y vías de administración. Cuando se usa algún dispositivo para la administración del medicamento, el médico o el farmacéutico demostrarán cómo se usa o estudiarán junto con el paciente las indicaciones que lo acompañan. Si la droga es sólo para uso externo, o debe agitarse bien antes de usar, o es un veneno, esto debe indicarse.

Expresiones como "tomar según instrucciones" o "tomar según sea necesario" nunca son satisfactorias y deben evitarse. En lo posible deben especificarse horas exactas

recetas originales, sin tener en cuenta si se trata o no de una sustancia controlada. Puede hacerlo con instrucciones de repetir cierto número de veces, o de no repetir. Las frases como "Repetir prn" y "Repetir ad lib" nunca son apropiadas. Esta información no es necesaria en las órdenes de prescripción de narcóticos para sustancias del programa II, que por ley no puede repetirse.(4 y 6)

- 8. FIRMA DEL MEDICO: La receta se completa con la firma del médico como profesional, con aclaración de su título. La ley federal exige que la dirección del médico y su número de matrícula profesional aparezcan también en todas las recetas de drogas controladas y que esta receta esté firmada (con el apellido bien legible) con tinta o lápiz indeleble. (1, 3, 4, 5, 6 y 9)

**DOSIFICACION.**

Las instrucciones sobre dosificación son una parte muy importante de la redacción de las prescripciones. El número de días durante el cual se contempla la medicación, el número de dosis por día y el tamaño de cada dosis determina el volumen de la prescripción. No hay límite mínimo de la cantidad total de medicación prescrita, y puede pedirse una sola dosis, si eso es todo lo que se necesita. En cambio, un límite máximo está indicado para casi todas las recetas, aunque la medicación deba continuarse por tiempo indefinido; en este influyen la estabilidad y el costo de la droga y la posible necesidad de alterar el tratamiento. Un factor importante que debe determinar la cantidad de droga dispensada es el estado mental del paciente y la toxicidad potencial del fármaco. Si un paciente está deprimido o es un suicida en potencia no deben prescribirse cantidades totales de droga que son mortales tomadas de una sola vez. Si no existen estos problemas, una buena regla empírica es prescribir sólo medicación suficiente para 7 a 14 días. El almacenamiento de las porciones no usadas de una prescripción y el uso compartido de prescripciones con personas que no deberían recibirlas, debe conversarse explícitamente con cualquier paciente que recibe una receta importante.

Blackwell anunció que 9 de 75 pacientes usaban drogas que habían sido recetadas a otras personas.(4)

**Tamaño y forma de la medicación:**

El límite superior de la medicación unitaria (cápsulas, tabletas, etc.) es generalmente de 0.5 g para adultos, pero este límite arbitrario basado en lo que el paciente puede tragar sin molestias puede sobrepasar cuando el producto farmacéutico es denso. A la inversa, un volumen más pequeño puede estar indicado para medicación liviana pero voluminosa o para ciertos pacientes, especialmente los muy pequeños o

del día. Si es terapéuticamente importante tomar la medicación a intervalos específicos durante todo el día o durante un tiempo determinado, esto debe indicarse en las instrucciones al paciente. El médico tendrá en cuenta especialmente las necesidades de pacientes ancianos, muy enfermos o disminuidos, y de los que tienen dificultades de lenguaje. Para estas personas las instrucciones se escribirán también con más detalle en una hoja aparte, que el paciente debe conservar. Para evitar posibles errores, la primera palabra de las instrucciones al paciente debe servir como recordatorio de la correcta vía de administración. Así, las instrucciones de un preparado de uso interno deben empezar con la palabra tomar; para una pomada o una loción, la palabra aplicar; para supositorios, insertar; y para gotas a colocar en el saco conjuntival, el conducto auditivo externo o las fosas nasales: colocar. Las instrucciones al paciente también deben emplearse para recordarle el fin que se da a la prescripción, incluyendo frases como "para aliviar el dolor". "para aliviar el dolor de cabeza" o "para aliviar el prurito". Las instrucciones que podrían ser embarazosas para el paciente si figuran en la receta o el rótulo deben darse en privado.

Por muchas razones la medicación recetada y la cantidad entregada debe estar identificada en el rótulo. Por ejemplo, la rápida identificación de una droga y de la cantidad consumida puede ayudar a iniciar el tratamiento apropiado en el caso de reacciones adversas a la droga, o de sobredosis accidental o deliberada. Por lo tanto, en muchos estados es obligatorio indicar en el rótulo el nombre, la fuerza y la cantidad de droga dispensada. Cuando es apropiado, el farmacéutico también debe indicar la fecha de vencimiento y dar instrucciones especiales de almacenamiento en el rótulo de la prescripción.

El farmacéutico siempre debe estar alerta para detectar sobredosis de drogas potentes en las prescripciones que dispensa. Esto es una verificación adicional para la seguridad del paciente. Si es aconsejable administrar una droga en cantidad mayor que la habitual, es conveniente el médico subraye la dosis y escriba "cantidad correcta" o "dosis correcta" y sus iniciales al lado. (4 y 6)

7. **DATOS PARA REPETICION:** Según la reforma de Durham-Humphre de la Ley Federal de Alimentos, Drogas y Cosméticos, las recetas de medicamentos a los que se aplica la advertencia "La ley federal prohíbe despachar sin receta", no pueden repetirse sin el consentimiento del médico. Según las Reformas de Control de Abuso de Drogas de la misma ley, las recetas de medicamentos de los programas III y IV no pueden repetirse más de cinco veces, y quedan invalidadas 6 meses después de la fecha de expedición. Esto tiene por finalidad controlar el uso excesivo o el abuso de medicamentos. Por estas razones el médico debe indicar su intención con respecto a la repetición en todas sus

muy ancianos.

Muchas drogas se venden comercialmente en una variedad limitada de formas de dosificación (únicamente cápsulas del mismo peso). Por razones evidentes de comodidad y economía, estas formas "patrón" de medicación deben preferirse, excepto en circunstancias especiales. Hasta conocer por experiencia las formas de dosis unitaria en que pueden obtenerse las diferentes drogas, el médico debe confiar en su farmacéutico para esta información. (4)

#### **Dosis habituales:**

El médico consultará referencias sobre el medicamento o el prospecto que acompaña al producto, para gularse acerca de las dosis habituales para adultos y dosis habituales para pacientes pediátricos. Estas dosis representan las que deberán producir el efecto terapéutico conocido en adultos y en niños, luego de la administración de la droga por vía bucal a menos que se especifique lo contrario. La Dosis Habitual debe servir al médico únicamente de guía, ya que es frecuente que deba administrar más o menos cantidad para obtener un resultado terapéutico óptimo. Algunas de las referencias citadas ofrecen también los Límites de Prescripción Habituales en Adultos, que servirán sobre todo de guía al farmacéutico cuando se trata de confirmar respecto de recetas que indican dosis extraordinariamente elevadas. (4)

### **LEY DE SUSTANCIAS CONTROLADAS**

Existen varias leyes nacionales, estatales y municipales que controlan la pureza de las drogas y su manufactura, venta y despacho. Estas leyes deben ser conocidas y respetadas por el médico. La prioridad corresponde a la ley más severa, sea nacional, estatal o local. Las leyes más importantes están incluidas en la Ley General de Control y Prevención de Abuso de Drogas de 1970. Esta ley divide a los narcóticos y otras drogas en cinco grupos, categorías o programas.

**PROGRAMA I.** Las drogas de este grupo tienen gran potencial de abuso y ningún uso médico actualmente aceptado en Estados Unidos. Ejemplos de estas drogas son: marihuana, heroína, peyote, mescalina, psilocibina, tetrahidrocanabinos, LSD, cetobemidona, levomoramida, racemoramida, benzil morfina, dihidromorfina, metilsulfonato de morfina, nicocodeína, nicomorfina, metacualona y otras. Las sustancias enumeradas en este programa no pueden recetarse, pero pueden obtenerse con fines de investigación y estudio, o para su análisis químico, por solicitud a la Drug Enforcement Administration, Department of Justice (Forma 225), con un protocolo del uso propuesto. (4)

**PROGRAMA II.** Las drogas de este grupo tienen gran potencial

de abuso con alto riesgo de dependencia psíquica o física. Las sustancias controladas del programa II consisten en ciertas drogas opiáceas y drogas que contienen anfetaminas o metanfetaminas como único ingrediente activo o combinadas. Ejemplo de sustancias incluidas en esta categoría son: opio, morfina, codeína, hidromorfona, metadona, meperidina, cocaína oxicodeona, anileridina, oximorfona, dextroanfetamina y metanfetamina. También se incluyen en el programa II: fenmetrazina, metilfenidato, amobarbital, pentobarbital, secobarbital, clorhidrato de etorfina y difenoxilato. (4)

**PROGRAMA III.** Las drogas de este programa tienen un potencial de abuso menor que las de los grupos I y II; su abuso puede producir dependencia física moderada o baja, o gran dependencia psicológica. Este grupo incluye compuestos que contienen cantidades limitadas de ciertas drogas opiáceas y no opiáceas, como clorhexadol, glutetimida, metiprilon, sulfondietilmetano, sulfonmetano, nalorfina, benzofetamina, clorofentermina, clortermina, fendimetrazina, y algunos barbitúricos (excepto los que pertenecen a otra categoría). (4)

**PROGRAMA IV.** Las drogas de este programa tienen bajo potencial de abuso que sólo producen limitada dependencia física o psicológica con respecto a las drogas del grupo III. En esta categoría figuran: barbital, fenobarbital, metilfenobarbital, cloral, betaina, hidrato de cloral, etclorvinol, etinamato, meprobamato, paraldehído, metohexital, fenfluramina, dietilpropión, fentermina, las benzodiazepinas, mebutamato y propoxifeno. (4)

**PROGRAMA V.** Las drogas de este programa tienen un potencial de abuso menor que las del programa IV y consisten en preparados que contienen cantidades moderadas de ciertas drogas opiáceas, generalmente con fines antitusivos o antidiarreicos que pueden distribuirse sin necesidad de prescripción. Las sustancias de este programa pueden recetarse lo mismo que las de III y IV. Además, las drogas del grupo V pueden dispensarse sin receta, siempre que: 1) esta distribución esté sólo a cargo de un farmacéutico; 2) no más de 240 ml de cualquier sustancia del programa V conteniendo opio, y no más de 120 ml o más de 24 unidades sólidas de dosis de ninguna otra sustancia controlada, se vendan al mismo consumidor en un período dado de 48 horas sin una receta válida; 3) el comprador al por menor tenga por lo menos 18 años; 4) el farmacéutico se asegure de una identificación apropiada; 5) se lleve un libro que contenga el nombre y la dirección del comprador, el nombre y la cantidad de la Sustancia Controlada comprada, la fecha de venta y las iniciales del farmacéutico, y 6) otras leyes nacionales, estatales o municipales no requieran una prescripción.

El rótulo de cualquier Sustancia Controlada de los grupos II, III o IV, dispensadas a o para un paciente con la correspondiente receta, debe contener la siguiente adverten-



cia: "Atención: las leyes federales prohíben la transferencia de esta droga a cualquier persona que no sea el paciente al cual se recetó la misma".

Para poder recetar Sustancias Controladas, el médico debe inscribirse en la Drug Enforcement Administration, Registration Section, Department of Justice. Si el médico tiene más de un consultorio donde administra y/o dispensa cualquier droga de los cinco programas, debe hacerlo constar. El registro debe renovarse anualmente. El número del certificado de registro debe figurar en todas las prescripciones de Sustancias Controladas. El médico debe también presentar un inventario de las Sustancias Controladas de que dispone, cada 2 años; presentar un formulario revisado si cambia de domicilio profesional; mantener un registro de Sustancias Controladas de los programas II a V que dispensa, si cobra regularmente a sus pacientes por separado o junto con sus servicios profesionales por esta medicación, y pedir sus provisiones de sustancias controladas del grupo II para dispensar o administrar en formularios especiales.

El médico y el farmacéutico son legalmente responsables de la correcta prescripción y dispensación de las drogas que abarca la Ley de Sustancias Controladas. Hay muchos detalles técnicos en las disposiciones y por ello sin quererlo el médico puede violar la ley en su uso profesional de Sustancias Controladas, especialmente en lo que se refiere a opiáceos para pacientes con enfermedades incurables o al tratamiento de la drogadicción. (1, 3, 4, 5, 6 y 9)

#### **INSTRUCCIONES DE CUMPLIMIENTO PARA LOS PACIENTES**

Casi todos los médicos suponen que una vez hecho el diagnóstico y extendida la receta, el paciente recogió los beneficios de su buen criterio diagnóstico y terapéutico, pero lo cierto es que el tratamiento farmacológico de cualquier tipo queda comprometido a menudo por la falta de pleno cumplimiento por parte del paciente. Los errores comunes de cumplimiento de un régimen en el enfermo pueden ser por omisión, propósito (tomar remedios por razones equivocadas), dosificación, cronología o secuencia, agregado de medicaciones no prescritas o cese prematuro de la farmacoterapia. Además, del 3 al 18% de los paciente deja pasar más de 10 días sin cumplir sus prescripciones. (4)

Observaciones como éstas sugieren que es necesario prestar atención a algunos principios básicos de las instrucciones de cumplimiento que el paciente debe recibir.

#### **FACTORES ASOCIADOS CON LA FALTA DE CUMPLIMIENTO.**

El que no toma los remedios que debe, como el que reacciona a los placebos, no es un individuo fácilmente identificable. (3)

Los pacientes que no son dignos de confianza con un régimen de tratamiento pueden serlo con otro. Porter, después de un detallado estudio de este problema, llega a la conclusión de que "...no ha sido posible identificar un tipo especial de paciente no cooperador. Todos los pacientes pueden serlo en potencia; nunca puede darse por sentado el cumplimiento". Sin embargo, Gillum y Barsky (1974), basándose en una reseña crítica de la literatura, comprobaron que factores psicológicos, ambientales y sociales, característicos del régimen de drogas y naturaleza de la interacción médico-enfermo eran los aspectos de relación más constante con el no cumplimiento. Algunos de estos factores se reseñan brevemente aquí a fin de indicar algunas medidas que el médico puede tomar para mejorar el cumplimiento del paciente.(4)

**La enfermedad del paciente.** Después de redactar la receta, el médico debe asegurarse de que el paciente conoce la naturaleza y el pronóstico de su enfermedad, qué puede esperar de su medicación (efectos indeseables aceptables e inaceptables, y signos de eficacia que pueden ayudar a mejorar su cumplimiento). El médico debe explicarle cómo la medicación altera el proceso patológico. Los pacientes dejan a menudo de tomar una medicación como la penicilina para la faringitis estreptocócica porque no conocen la necesidad de continuar con la droga después de que cesan los síntomas agudos. Del mismo modo, pacientes que toman medicación antidepresiva dejan de hacerlo con frecuencia porque el médico no les explicó los efectos desfavorables que pueden aparecer ni les aclaró que pueden pasar 10 o más días antes de notar alguna mejoría. Los enfermos con dolencias crónicas son propensos a descuidar su cumplimiento, especialmente si el tratamiento es profiláctico o supresivo, la afección tiene síntomas leves o no los tiene, o las consecuencias de omitir una o dos dosis no son inmediatas. Por el contrario, cuando la recaída es inmediata o severa el paciente se desvía mucho menos del régimen prescrito.(4)

**El paciente.** Los errores y la falta de cumplimiento son más frecuentes en las edades extremas y en las personas que viven solas. Los pacientes geriátricos presentan problemas por su falta de memoria o por autonegligencia. El mal cumplimiento en los niños se relaciona con problemas de sabor y deglución, aunque la impresión materna sobre la severidad de la enfermedad tiene gran influencia en el cumplimiento de los pacientes pediátricos. El médico debe explorar con cierto detalle los hábitos de alimentación, sueño y trabajo del paciente. De otro modo se arriesga a recetar una droga que debe administrarse tres veces por día junto con las comidas a una persona que sólo come dos veces por día o que duerme todo el día y trabaja de noche. Factores educacionales, económicos, étnicos y de personalidad también pueden influir en el cumplimiento del paciente. Según Blackwell, el enfermo pobre y menos educado propenso a riesgos por su personalidad tiene más probabilidades de no cumplir con su tratamiento. en Esta-

dos Unidos el problema es grave en las personas cuya lengua materna no es el inglés, y que pueden necesitar instrucciones cuidadosas escritas y verbales en ese idioma.(4)

**El médico.** Estudios de Mazullo y col., sugieren que los médicos que no explican las razones de sus decisiones pueden ser un determinante importante de la falta de cumplimiento del paciente. La relación médico con el enfermo y la claridad con que le explica el régimen de tratamiento tienen un gran efecto en el cumplimiento. Por ello la relación médico-paciente debe verse como un proceso de instrucción y motivación por ambas partes, que contraen un convenio mutuo de salud. La efectividad de la comunicación médico-enfermo tiene relación inversa con el porcentaje de errores en la toma de drogas. Las instrucciones referentes a las recetas deben incluir todos los detalles necesarios para que un paciente sepa bien cómo, con qué, cuándo y durante cuánto tiempo debe tomar su medicación. (4)

**La medicación recetada.** Las medicaciones múltiples, los regímenes de dosis frecuentes y los rasgos físicos de la medicación en sí estimulan a menudo la falta de cumplimiento. Los pacientes que toman tres o más medicamentos tienden más a no usarlos como deben. Del mismo modo, cuanto mayor frecuencia está indicada en la toma de un remedio, más probable es que no se haga así. Hulka y col., revelaron que el número de omisiones se duplica cuando el número de fármacos prescritos aumentaba de uno a cuatro. En la misma forma, los índices se duplican cuando la administración aumenta de una a cuatro veces al día. Considerable confusión puede también producirse cuando múltiples drogas de aspecto similar se prescriben al mismo paciente, como lo destacaron Mazzullo, y Mazzullo y Lasagna, quienes señalaron también la conveniencia de ofrecer al paciente un nombre que identifique cada medicación recetada, por ejemplo: pildora para el corazón, siempre que se sepa que debe lograr cada medicación.

Los pacientes suspenden a menudo la medicación al aparecer efectos secundarios menores porque no les han dicho que estas reacciones son comunes y no deben temerles. Deben darse al paciente instrucciones especiales con respecto a los síntomas que indican sobredosis, como mareos, por agentes antihipertensivos. Pero antes el médico debe determinar con los antecedentes si el paciente ya tiene los síntomas que luego pueden interpretarse mal como relacionados con la droga. Este mal entendido puede llevar a la suspensión injustificada de una droga muy útil. (4)

**El medio del tratamiento.** El marco en que se administra la medicación recetada influye de manera notable en el cumplimiento. Una serie de estudios en el mismo hospital psiquiátrico reveló que la falta de cumplimiento aumenta progresivamente de 19% en pacientes internos hasta 37% en pacientes diurnos y 48% en pacientes externos.

Esto destaca la necesidad de enseñar los principios de

automedicación antes que el paciente salga del hospital, y la responsabilidad adicional que el médico debe asumir para lograr un cumplimiento satisfactorio en los pacientes que examina en las clínicas y en su consultorio privado.(4)

#### CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE CUMPLIMIENTO.

Las consecuencias de la falta de cumplimiento, aunque son evidentes, no son apreciadas plenamente a menudo por el médico ni por el enfermo. La subutilización de la droga recetada priva al paciente de los beneficios terapéuticos buscados, lo que a su vez puede llevar a una recurrencia o empeoramiento de la enfermedad, al surgimiento de microorganismos antibióticorresistentes o a la prescripción de una dosis mayor o de un agente más potente con posible toxicidad si el cumplimiento mejora. Antes de juzgar a un paciente como no cooperativo o no óptimamente controlado con el tratamiento inicial es necesario esforzarse por determinar si la medicación se toma de acuerdo a las instrucciones. El 75% de pacientes derivados para su evaluación de refractariedad a la fenitoina no tomaban realmente la droga como les había sido recetada. Los índices de cumplimiento de algunos grupos de pacientes para digoxina, hidrocortizida y cloruro de potasio eran de 92%, 83% y 60% respectivamente, a sugerido que éste último ejemplo indica que la falta de cumplimiento es un factor contribuyente de los casos frecuentes de hipopotasemia y toxicidad de los glucósidos cardíacos.

La sobreutilización de la droga prescrita somete al paciente a mayor riesgo de reacciones adversas. Estos problemas pueden desarrollarse en forma bastante inocente; con frecuencia el paciente omite tomar una dosis y por eso duplica la siguiente o adopta la aptitud de si una tableta es buena dos deben ser mejores. Un estudio del perfil de medicación indica que la sobreutilización de drogas, produce 65% de los problemas de cumplimiento.

La prevalencia del no cumplimiento a planteado interrogantes a cerca del efecto de esta variable sobre los ensayos clínicos de nuevas drogas. Aunque estos estudios llevan incluidos numerosos controles, las dificultades propias del no cumplimiento deben en cierta medida comprometer la capacidad para establecer índices verdaderos de eficacia y toxicidad de cualquier agente determinado.(4)

**El farmacéutico y el cumplimiento del paciente:** El farmacéutico es generalmente el último profesional que esta en contacto con el paciente privado ambulatorio antes de comenzar la medicación. Los farmacéuticos pueden cooperar eficazmente con el médico para educar al paciente en el cumplimiento de su régimen, y pueden aconsejar a este último sobre como tomar su medicación. La cooperación entre médico y farmacéutico favorece una farmacoterapia óptima, especialmente con pacientes propensos a errores en la toma de drogas. Lamentablemente, en algunos Estados esta cooperación puede entrar en conflicto con las leyes destinadas a evitar connivencias entre farmacéuticos y médicos.(4)

**MORBILIDAD Y TRATAMIENTOS RECOMENDADOS.****1. IRA: Infección Respiratoria Aguda.****TRATAMIENTO: (RECOMENDADO POR OPS) (12)**

- Cotrimoxazol 80 mg de trimetoprim + 400 mg de sulfametoxazol (4 mg/kg/dosis de trimetoprim)
- Amoxicilina (15 mg/kg/dosis)
- Ampicilina (25 mg/kg/dosis)
- Penicilina Procaína (50,000 UI/kg/dosis)
- Penicilina Benzatínica 600,000 UI única dosis
- Paracetamol (10 a 15 mg/kg/dosis)

**2. Sx. DIARREICO: Es el aumento en el número de evacuaciones intestinales al día y/o el cambio en la consistencia de las heces.**

**TRATAMIENTO: (RECOMENDADO POR OPS) (11)**

- Suero de rehidratación oral.
- Antimicrobianos en casos específicos

| Dx.                           | Elección  | Opción  |
|-------------------------------|---|---|
| Sospecha de shigella          | TPM-SMX<br>(TPM 10mg/kg/d y<br>SMX 50mg/kg/d/2<br>dosis x 5 días. | Ampicilina<br>100 mg/kg/d/en<br>4 dosis x 5 d   |
| Amebiasis Intestinal<br>Aguda | Metronidazol 30mg/<br>kg/día/3 dosis x 5<br>a 10 días.            | En casos gra-<br>ves: clorhidra-<br>to de dihidro-<br>emetina 1 a --<br>1.5 mg/kg/d/2<br>dosis x 5 días |
| Giardiasis Aguda              | Metronidazol 15mg/<br>kg/d/3 dosis x 5 d                          | Quinacrina 7mg<br>/kg/d/3 dosis<br>x 5 días.  |

3. **SX. CONVULSIVO Y EPILEPSIA:** son ataques con un componente motor; son contracciones musculares repetidas (clónicas) o mantenidas (tónicas), de carácter involuntario, que pueden ser generalizadas o afectar a grupos específicos de músculos.

La Epilepsia se refiere a ataques recurrentes, ya sean de etiología desconocida (epilepsia idiopática) o debidos a lesiones cerebrales congénitas o adquiridas (epilepsias secundarias, sintomáticas u orgánicas). (2 Y 7)

**TRATAMIENTO:**

- Fenobarbital: dosis inicial 2-3 mg/kg día 1 ó 2 tomas al día.
- Fenilhidantoinas: 5-7 mg/kg/día 2 tomas al día
- Carbamazepina: 10-15 mg/kg/día 2 ó 3 veces al día
- Acido Valproico: 10 a 20 mg/kg/día 3 ó 4 veces al día

4. **ASMA BRONQUIAL:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y difusa, con hiperreactividad de las vías aéreas a una gran variedad de estímulos, y con un alto grado de reversibilidad. (2 Y 7)

**TRATAMIENTO:**

- Salbutamol: dosis oral inicial es de 2 a 4 mg 3 a 4 veces por día, la dosis diaria total no debe exceder de 32 mg.
- Teofilina:
- Aminofilina:
- Antihistaminicos:

5. **BRONCONEUMONIA:** Inflamación aguda de bronquiolos y pulmones que se caracteriza por escalofríos, fiebre, taquicardia, estertores respiratorios, respiración bronquial, tos con expectoración, dolor torácico intenso. Suele deberse a la extensión de una infección bacteriana de las vías respiratorias superiores hacia las inferiores; aunque también pueden ser causadas por virus, hongos y otros. (2 Y 7)

**TRATAMIENTO:**

- Penicilina procaína 50,000 UI/kg/24 horas x 7 a 10 días.
- Eritromicina 30 a 50 mg/kg/24 horas dividido 4 dosis por 10 días
- Cefuroxima 100 mg/kg/24 hrs x 7 a 10 días.
- Acetaminofén 10 a 15 mg/kg dosis.

6. **INFECCION DEL TRACTO URINARIO:** Infección de uno o más componentes del aparato urinario. La mayoría se deben a gérmenes gram negativos, y, entre ellos, las bacterias más corrientes son *Escherichia coli* o especies del género *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas* o *Enterobacter*. Es más frecuente en mujeres que en hombres y puede ser asintomática. Se caracteriza por micción frecuente, escozor, dolor y, si es grave hematuria macroscópica y pus en la orina. (2 Y 7)

**TRATAMIENTO:**

- Amoxicilina 50 mg/kg/24 horas dividido 3 dosis por 7 a 10 días
- Cefadroxil 40 a 60 mg/kg/24 horas cada 12 horas por 7 a 10 días
- Cefaclor 20 mg/kg/24 horas dividido 3 dosis por 10 días
- Trimetoprim Sulfametoxazol 20 mg/kg/24 hrs de SMX  
4 mg/kg/24 hrs de TMT cada 12 horas por 10 días

7. **ANEMIA:** Reducción del volumen de los glóbulos rojos o de la concentración de hemoglobina por debajo de los valores normales que se encuentran en las personas sanas. (2 Y 7)

**TRATAMIENTO:**

- Sulfato ferroso 6 mg/ kg/ día dividido en 3 tomas x 4 a 6 semanas.
- Acido Fólico 50 microgramos/ 24 horas.

8. **OTITIS MEDIA:** Inflamación o infección del oído medio, proceso común en la infancia. Suele ser causada por *Haemophilus influenzae* o el *Streptococcus pneumoniae*. A menudo la otitis media, va precedida va precedida por una infección de las vías respiratorias superiores. (2 Y 7)

**TRATAMIENTO:**

- Ampicilina 50 a 100 mg/kg/24 horas dividido en 4 dosis por 10 días
- Amoxicilina 40 mg/kg/24 horas dividido en 3 dosis por 10 días
- Trimetoprim sulfametoxazol 8 y 40 mg/kg/24 horas cada 12 horas por 10 días
- Eritromicina 30 a 50 mg/kg/24 horas dividido 4 dosis por 10 días

9. **AMIGDALITIS:** Infección o inflamación de las amígdalas. Suele ser causada por estreptococo Beta hemolítico del grupo "A".(2 y 7)

**TRATAMIENTO:**

- Penicilina benzatínica 600,000-1,200,000 UI primera dosis, y después una vez al mes como profilaxis de la fiebre reumática.
- Eritromicina 30 a 50 mg/kg/24 horas dividido 4 dosis por 10 días
- Amoxicilina 50 mg/kg en 24 horas dividido en 3 dosis por 10 días
- Ampicilina 50 a 100 mg/kg en 24 horas dividido 4 dosis por 10 días
- Tx. de sostén: Acetaminofén o ASA. Gargarismos con solución salina.

10. **CONJUNTIVITIS:**Inflamación conjuntival causada por bacterias, virus, alérgenos o factores ambientales. Se caracteriza por enrojecimiento de los ojos, secreción espesa, párpados pegajosos.(2 y 7)

**TRATAMIENTO:**

- Sulfamida oftálmica 4 veces al día en cada ojo
- Eritromicina oftálmica 4 veces al día en cada ojo.

11. **IMPETIGO:** Infección estreptocócica o estafilocócica de la piel que comienza con un eritema focal y progresa hasta producir vesículas pruriginosas, erosiones y costras melicéricas.(2 Y 7)

**TRATAMIENTO:**

- Penicilina procaína 50,000 UI IM cada 24 hrs x 10 días.



## VI. METODOLOGIA

### 1. Tipo de estudio:

Se realizará un estudio descriptivo.

### 2. Selección del sujeto de estudio:

Se estudiarán las prescripciones médicas de pacientes, que hayan acudido a los servicios de Consulta Externa y Emergencia del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, las cuales serán tomadas al azar en diferentes horas y en diferentes días.

### 3. Tamaño de la muestra:

Se tomará como muestra 1000 prescripciones médicas.

### 4. Criterios de exclusión:

Paciente que haya asistido a la Consulta Externa y/o Emergencia de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, a quienes no se les haya extendido receta; y las recetas de personas que no quieran colaborar con el estudio.

### 5. Variables:

A. Si la prescripción cumple los criterios específicos de elaboración de una receta. Se evaluará si tiene o no la información siguiente: fecha, nombre del paciente, edad, peso, nombre genérico y comercial del medicamento, presentación del medicamento, instrucciones de su preparación y de su uso, nombre, número de colegiado y firma del médico, así como el cargo de quien elaboró la receta.

B. Diagnóstico: se buscará en el libro de Consulta

Externa y Emergencia el diagnóstico del cuadro clínico del paciente, para saber si el medicamento es el apropiado para la enfermedad.

**6. Instrumento de medición de variables:**

Boleta de recolección de datos, elaborada para el estudio. (Ver anexo)

**7. Recursos:**

**A. Materiales:**

a) Económicos: se estima que este estudio tendrá un costo aproximado de: Q 500.00 costeados por estudiante de Medicina que hace el estudio.

b) Físicos:  
Hospital General San Juan de Dios.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

## CUADRO 1

DISTRIBUCION DEL DIAGNOSTICO SEGUN FAMILIA  
SERVICIOS EXT. DE PEDIATRIA DEL HGSJD. ABRIL, MAYO Y JUNIO 95

| SERVICIO/ SI NO              | EMERGENCIA |     | CONSULTA EXTERNA |     |
|------------------------------|------------|-----|------------------|-----|
|                              | No.        | %   | No.              | %   |
| SI SABIAN DX. LOS FAMILIARES | 210        | 42  | 115              | 23  |
| NO SABIAN DX. LOS FAMILIARES | 290        | 58  | 385              | 77  |
| TOTAL                        | 500        | 100 | 500              | 100 |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

## CUADRO 2

CAUSAS DE AUSENCIA DE DIAGNOSTICO  
SERVICIOS EXT. DE PEDIATRIA DEL HGSJD. ABRIL, MAYO Y JUNIO 95

| SERVICIO/OTROS                            | EMERGENCIA |    | CONSULTA EXTERNA |    |
|---|------------|----|------------------|----|
|   | No.        | %  | No.              | %  |
| NO APARECIO NOMBRE DEL PACIENTE EN F4     | 39         | 8  | 0                | 0  |
| NO APARECIO DX EN F4 SOLO NOMBRE DEL PTE. | 49         | 9  | 0                | 0  |
| EXPEDIENTE MEDICO ILEGIBLE                | 21         | 4  | 122              | 24 |
| TOTAL                                     | 109        | 21 | 122              | 24 |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

TABLA 1

DISTRIBUCION DE LA MORBILIDAD Y MEDICAMENTOS RECETADOS EN LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES DIO PRESCRIPCION MEDICA EN EMERGENCIA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. ABRIL, MAYO Y JUNIO 1995.

| MORBILIDAD               | MEDICAMENTO         | No. | TOTAL | %   |
|--------------------------|---------------------|-----|-------|-----|
| 1. INFECCION RESP. AGUDA |                     |     | 86    | 22% |
| Tx. de sostén:           | * Acetaminofén      | 50  |       |     |
|                          | * ASA               | 16  |       |     |
|                          | Ampicilina          | 9   |       |     |
|                          | Amoxicilina         | 7   |       |     |
|                          | TMT-SMT             | 5   |       |     |
| 2. SX. DIARREICO         |                     |     | 74    | 19% |
|                          | & SRO               | 69  |       |     |
|                          | TMT-SMT             | 12  |       |     |
|                          | Ampicilina          | 10  |       |     |
|                          | Metronidazol        | 9   |       |     |
| 3. BRONCONEUMONIA        |                     |     | 47    | 12% |
|                          | Peni-procaina       | 14  |       |     |
|                          | Ampicilina          | 11  |       |     |
|                          | Amoxicilina         | 10  |       |     |
|                          | Eritromicina        | 7   |       |     |
|                          | Cefalosporinas      | 9   |       |     |
| Tx. de sostén:           | Acetaminofén        | 20  |       |     |
|                          | Espectorante simple | 10  |       |     |
| 4. ASMA BRONQUIAL        |                     |     | 43    | 11% |
|                          | Salbutamol          | 28  |       |     |
|                          | Teofilina           | 8   |       |     |
|                          | Aminofilina         | 7   |       |     |
|                          | Antihistamínicos    | 5   |       |     |
|                          | Hismanal            | 3   |       |     |
|                          | Histaprin           | 2   |       |     |
| 5. OTITIS MEDIA          |                     |     | 32    | 8%  |
|                          | Amoxicilina         | 11  |       |     |
|                          | Ampicilina          | 8   |       |     |
|                          | Eritromicina        | 7   |       |     |
|                          | TMT-SMT             | 6   |       |     |
| Tx. de sostén:           | Acetaminofén        | 20  |       |     |

|                      |                              |       |      |
|----------------------|------------------------------|-------|------|
| 6. AMIGDALITIS       |                              | 24    | 6%   |
|                      | Peni-Benzatínica             | 16    |      |
|                      | Eritromicina                 | 8     |      |
| Tx. de sostén:       | Acetaminofén                 | 16    |      |
| 7. ITU               |                              | 20    | 5%   |
|                      | TMT-SMT                      | 7     |      |
|                      | Amoxicilina                  | 6     |      |
|                      | Ampicilina                   | 5     |      |
|                      | Cefalosporinas               | 2     |      |
| Tx. de sostén:       | Acetaminofén                 | 14    |      |
| 8. SX. CONVULSIVO:   |                              | 16    | 4%   |
|                      | Fenobarbital                 | 7     |      |
|                      | Epamin                       | 7     |      |
|                      | Carbamazepina                | 2     |      |
| 9. INFECCION DEL TGI |                              | 12    | 3%   |
|                      | TMT-SMT                      | 5     |      |
|                      | Ampicilina                   | 3     |      |
|                      | Amoxixilina                  | 3     |      |
| 10. IMPETIGO         |                              | 7     | 2%   |
|                      | Peni-Procaína                | 7     |      |
| OTROS                |                              | 30    | 8%   |
|                      | SUB-TOTAL                    | 391   | 100% |
|                      | + ILEGIBLES                  | 21    |      |
|                      | + NO APARECIERON EN FORMA -4 | 88    |      |
|                      |                              | <hr/> |      |
|                      |                              | 500   |      |

\* Hubo niños a los que se les prescribió acetaminofén o ASA y también se les recetó antibiótico.

& Hubo niños a los que sólo se les prescribió SRO, y otros a quienes también se les recetó antibiótico.

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

TABLA 2

DISTRIBUCION DE LA MORBILIDAD Y MEDICAMENTOS RECETADOS EN LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES DIO PRESCRIPCION MEDICA EN CONSULTA EXTERNA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. ABRIL, MAYO Y JUNIO 1995.

| MORBILIDAD  | MEDICAMENTO         | No. | TOTAL     | %          |
|---|---------------------|-----|-----------|------------|
| <b>1. INFECCION RESP. AGUDA</b>                       |                     |     | <b>60</b> | <b>18%</b> |
| Tx. de sostén:  | * Acetaminofén      | 40  |           |            |
|   | * ASA               | 15  |           |            |
|   | Salbutamol          | 6   |           |            |
|   | Ampicilina          | 5   |           |            |
|   | Amoxicilina         | 5   |           |            |
|   | Trimetoprim Sulfa.  | 3   |           |            |
| <b>2. Sx. Diarreico</b>                               |                     |     | <b>58</b> | <b>15%</b> |
|   | & SRO               | 58  |           |            |
|   | Trimetoprim Sulfa   | 14  |           |            |
|   | Metronidazol        | 12  |           |            |
|   | Ampicilina          | 11  |           |            |
| <b>3. Sx Convulsivo</b>                               |                     |     | <b>52</b> | <b>14%</b> |
|   | Fenobarbital        | 23  |           |            |
|   | Carbamazepina       | 21  |           |            |
|   | Epamin              | 08  |           |            |
| <b>4. Asma Bronquial e Hiperreactividad Bronquial</b> |                     |     | <b>50</b> | <b>13%</b> |
|   | Salbutamol          | 26  |           |            |
|   | Antihistaminicos    | 12  |           |            |
|   | Teofilina           | 07  |           |            |
|   | Aminofilina         | 05  |           |            |
| <b>5. Broncomeumonia</b>                              |                     |     | <b>37</b> | <b>10%</b> |
|   | Penicilina Procaína | 13  |           |            |
|   | Ampicilina          | 10  |           |            |
|   | Cefalosporinas      | 08  |           |            |
|   | Eritromicina        | 06  |           |            |
| Tx. de sostén:  | Acetaminofén        | 17  |           |            |
|   | Espectorante Simple | 10  |           |            |

|                    |                          |            |      |
|--------------------|--------------------------|------------|------|
| 6. ITU             |                          | 33         | 9%   |
|                    | Trimetoprim Sulfa.       | 14         |      |
|                    | Amoxicilina              | 8          |      |
|                    | Ampicilina               | 7          |      |
|                    | Cefalosporinas           | 4          |      |
| Tx. de sostén:     | Acetaminofén             | 9          |      |
| 7. ANEMIA:         |                          | 16         | 4%   |
|                    | Sulfato ferroso          | 11         |      |
|                    | Acido fólico             | 5          |      |
| 8. OTITIS MEDIA:   |                          | 14         | 4%   |
|                    | Amoxicilina              | 6          |      |
|                    | Ampicilina               | 3          |      |
|                    | Eritromicina             | 3          |      |
|                    | Trimetoprim sulfa        | 2          |      |
| Tx. de sostén:     | Acetaminofén             | 7          |      |
| 9. AMIGDALITIS:    |                          | 11         | 3%   |
|                    | Peni-Benzatínica         | 8          |      |
|                    | Eritromicina             | 3          |      |
| Tx. de sostén:     | Acetaminofén             | 5          |      |
| 10. CONJUNTIVITIS: |                          | 9          | 2%   |
|                    | Sulfamida (oftálmica)    | 7          |      |
|                    | Eritromicina (oftálmica) | 2          |      |
| OTROS              |                          | 38         | 10%  |
| SUB-TOTAL          |                          | 378        | 100% |
|                    | + ILEGIBLES              | <u>122</u> |      |
|                    |                          | 500        |      |

\* Hubo niños a los que se les prescribió acetaminofén o ASA y también se les recetó antibiótico.

& Hubo niños a los que sólo se les prescribió SRO, y otros a quienes también se les recetó antibiótico.

FUENTE: Boleta de recolección de datos.



## CUADRO 3

ADECUACION DEL MEDICAMENTO A LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE  
SEGUN DIAGNOSTICO MEDICO

| SERVICIO/ SI NO                  | EMERGENCIA |       | CONSULTA EXTERNA |     |
|----------------------------------|------------|-------|------------------|-----|
|                                  | No.        | %     | No.              | %   |
| TX. ADECUADO<br>COMPLETO         | 381        | 76.2  | 363              | 73  |
| TX. NO ADECUADO                  | 1          | 0.2   | 0                | 0   |
| TX ADECUADO PERO<br>INCOMPLETO * | 97         | 19.4  | 15               | 3   |
| ILEGIBLES                        | 21         | 4.2   | 122              | 24  |
| TOTAL                            | 500        | 100.0 | 500              | 100 |

\*Pacientes a los cuales se les dió receta por antibióticos pero no se les dió receta por antipiréticos, analgésicos, desinflamatorios o antihistaminicos, según el caso.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

**CUADRO 4**  
**DISTRIBUCION DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PRESCRIPCIONES MEDICAS**  
**EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL DEPTO. DE PEDIATRIA HGSJD**  
**ABRIL, MAYO Y JUNIO DE 1,995.**

| CARACTERISTICAS              | EMERGENCIA |       |     |       | CONSULTA EXTERNA |       |     |       |
|------------------------------|------------|-------|-----|-------|------------------|-------|-----|-------|
|                              | SI         | %     | NO  | %     | SI               | %     | NO  | %     |
| LEGIBLE                      | 479        | 95.8  | 21  | 4.2   | 378              | 75.6  | 122 | 24.4  |
| MEMBRETE                     | 290        | 58.8  | 210 | 42.0  | 439              | 87.8  | 61  | 12.2  |
| FECHA                        | 389        | 77.8  | 111 | 22.2  | 414              | 82.8  | 86  | 17.2  |
| NOMBRE DEL PACIENTE          | 0          | 0     | 500 | 100.0 | 3                | 0.6   | 497 | 99.4  |
| EDAD                         | 0          | 0     | 500 | 100.0 | 0                | 0     | 500 | 100.0 |
| DIRECCION                    | 0          | 0     | 500 | 100.0 | 0                | 0     | 500 | 100.0 |
| PESO                         | 2          | 0.4   | 498 | 99.6  | 0                | 0     | 500 | 100.0 |
| NOMBRE DEL MEDICAMENTO       |            |       |     |       |                  |       |     |       |
| GENERICO                     | 278        | 55.6  | 222 | 44.4  | 139              | 27.8  | 361 | 72.2  |
| COMERCIAL                    | 194        | 38.8  | 306 | 61.2  | 200              | 40.0  | 300 | 60.0  |
| AMBOS                        | 7          | 1.4   |     |       | 39               | 7.8   |     |       |
| PRESENTACION DEL MEDICAMENTO | 443        | 88.6  | 57  | 11.4  | 451              | 90.2  | 49  | 9.8   |
| TRATAMIENTO COMPLETO         | 307        | 61.4  | 193 | 38.6  | 415              | 83.0  | 85  | 17.0  |
| INSTRUCCIONES DE SU USO      |            |       |     |       |                  |       |     |       |
| DOSIS                        | 499        | 99.8  | 1   | 0.2   | 427              | 85.4  | 73  | 14.6  |
| FRECUENCIA DE DOSIS          | 500        | 100.0 | 0   | 0     | 500              | 100.0 | 0   | 0     |
| TIEMPO DE DURACION           | 389        | 77.8  | 111 | 22.2  | 403              | 80.6  | 97  | 19.4  |
| VIA DE ADMINISTRACION        | 417        | 83.4  | 83  | 16.6  | 439              | 87.8  | 61  | 12.2  |
| NOMBRE DEL MEDICO            | 0          | 0     | 500 | 100.0 | 70               | 14.0  | 430 | 86.0  |
| NUMERO DE COLEGIADO          | 0          | 0     | 500 | 100.0 | 70               | 14.0  | 430 | 86.0  |
| FIRMA DEL MEDICO (LEGIBLE)   | 0          | 0     | 500 | 100.0 | 0                | 0     | 500 | 100.0 |
| SELLO DEL SERVICIO           | 361        | 72.2  | 139 | 27.8  | 448              | 89.6  | 52  | 10.4  |
| QUIEN HIZO LA RECETA         |            |       |     |       |                  |       |     |       |
| EXTERNO                      | 83         | 16.6  |     |       | 151              | 30.2  |     |       |
| INTERNO                      | 361        | 72.2  |     |       | 19               | 3.8   |     |       |
| RESIDENTE                    | 56         | 11.2  |     |       | 28               | 5.6   |     |       |
| JEFE                         | 0          | 0     |     |       | 302              | 60.4  |     |       |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO 5

RELACION ENTRE LA LEGIBILIDAD DE LAS PRESCRIPCIONES.  
SERVICIOS EXTERNOS DE PEDIATRIA DEL HGSJD  
ABRIL, MAYO Y JUNIO 1995

| SERVICIO         | LEGIBILIDAD |            | TOTAL       |
|------------------|-------------|------------|-------------|
|                  | SI          | NO         |             |
| EMERGENCIA       | 479         | 21         | 500         |
| CONSULTA EXTERNA | 378         | 122        | 500         |
| <b>TOTAL</b>     | <b>857</b>  | <b>143</b> | <b>1000</b> |

CHI CUADRADO=  $P \leq 0.05$  (83.24)  
SIGNIFICATIVO

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO 6

RELACION ENTRE EL MEMBRETE DE LAS PRESCRIPCIONES.  
SERVICIOS EXTERNOS DE PEDIATRIA DEL HGSJD.  
ABRIL, MAYO Y JUNIO 1995.

| SERVICIO         | MEMBRETE   |            | TOTAL       |
|------------------|------------|------------|-------------|
|                  | SI         | NO         |             |
| EMERGENCIA       | 290        | 210        | 500         |
| CONSULTA EXTERNA | 439        | 61         | 500         |
| <b>TOTAL</b>     | <b>729</b> | <b>271</b> | <b>1000</b> |

CHI CUADRADO:  $P \leq 0.05$  (112.38)  
SIGNIFICATIVO

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO 7

RELACION ENTRE LA FECHA DE LAS PRESCRIPCIONES.  
SERVICIOS EXTERNOS DE PEDIATRIA DEL HGSJD.  
ABRIL, MAYO Y JUNIO 1995.

| SERVICIO         | FECHA |     | TOTAL |
|------------------|-------|-----|-------|
|                  | SI    | NO  |       |
| EMERGENCIA       | 389   | 111 | 500   |
| CONSULTA EXTERNA | 414   | 86  | 500   |
| TOTAL            | 803   | 197 | 1000  |

CHI CUADRADO:  $P \leq 0.05$  (3.95)  
SIGNIFICATIVO

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO 8

RELACION ENTRE EL USO DE NOMBRE GENERICO EN LAS PRESCRIPCIONES.  
SERVICIOS EXTERNOS DE PEDIATRIA DEL HGSJD  
ABRIL, MAYO Y JUNIO 1995

| SERVICIO         | NOMBRE GENERICO |     | TOTAL |
|------------------|-----------------|-----|-------|
|                  | SI              | NO  |       |
| EMERGENCIA       | 278             | 222 | 500   |
| CONSULTA EXTERNA | 139             | 361 | 500   |
| TOTAL            | 417             | 583 | 1000  |

CHI CUADRADO:  $P \leq 0.05$  (79.47)  
SIGNIFICATIVO

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO 9

RELACION ENTRE EL USO DE NOMBRE COMERCIAL EN LAS PRESCRIPCIONES  
SERVICIOS EXTERNOS DE PEDIATRIA DEL HGSJD  
ABRIL, MAYO Y JUNIO 1995.

| SERVICIO         | NOMBRE COMERCIAL |     | TOTAL |
|------------------|------------------|-----|-------|
|                  | SI               | NO  |       |
| EMERGENCIA       | 194              | 306 | 500   |
| CONSULTA EXTERNA | 200              | 300 | 500   |
| TOTAL            | 394              | 606 | 1000  |

CHI CUADRADO: P NS

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO 10

RELACION ENTRE LA PRESENTACION DEL MEDICAMENTO EN LAS RECETAS  
SERVICIOS EXTERNOS DE PEDIATRIA DEL HGSJD  
ABRIL, MAYO Y JUNIO 1995

| SERVICIO         | PRESENT. DEL MEDICAMENTO |     | TOTAL |
|------------------|--------------------------|-----|-------|
|                  | SI                       | NO  |       |
| EMERGENCIA       | 443                      | 57  | 500   |
| CONSULTA EXTERNA | 451                      | 49  | 500   |
| TOTAL            | 894                      | 106 | 1000  |

CHI CUADRADO: P ≤ NS

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO 11

RELACION ENTRE EL TRATAMIENTO COMPLETO EN LAS PRESCRIPCIONES.  
SERVICIOS EXTERNOS DE PEDIATRIA DEL HGSJD.  
ABRIL, MAYO Y JUNIO 1995

| SERVICIO         | TRATAMIENTO COMPLETO |     | TOTAL |
|------------------|----------------------|-----|-------|
|                  | SI                   | NO  |       |
| EMERGENCIA       | 307                  | 193 | 500   |
| CONSULTA EXTERNA | 415                  | 85  | 500   |
| TOTAL            | 722                  | 278 | 1000  |

CHI CUADRADO:  $P \leq 0.05$  (58.11)  
SIGNIFICATIVO

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO 12

RELACION ENTRE LA DOSIS DE LAS PRESCRIPCIONES.  
SERVICIOS EXTERNOS DE PEDIATRIA DEL HGSJD.  
ABRIL, MAYO Y JUNIO 1995.

| SERVICIO         | DOSIS |    | TOTAL |
|------------------|-------|----|-------|
|                  | SI    | NO |       |
| EMERGENCIA       | 499   | 1  | 500   |
| CONSULTA EXTERNA | 427   | 73 | 500   |
| TOTAL            | 926   | 74 | 1000  |

CHI CUADRADO:  $P \leq 0.05$  (75.65)  
SIGNIFICATIVO

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO 13  
 RELACION ENTRE EL TIEMPO DE DURACION DEL MEDICAMENTO EN LAS RECETAS  
 SERVICIOS EXTERNOS DE PEDIATRIA DEL HGSJD  
 ABRIL, MAYO Y JUNIO 1995

| SERVICIO         | TIEMPO DE DURACION |     | TOTAL |
|------------------|--------------------|-----|-------|
|                  | SI                 | NO  |       |
| EMERGENCIA       | 389                | 111 | 500   |
| CONSULTA EXTERNA | 403                | 97  | 500   |
| TOTAL            | 792                | 208 | 1000  |

CHI CUADRADO: P NS

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO 14  
 RELACION ENTRE LA VIA DE ADMON. EN LAS PRESCRIPCIONES.  
 ABRIL, MAYO Y JUNIO 1995.

| SERVICIO         | VIA DE ADMON. |     | TOTAL |
|------------------|---------------|-----|-------|
|                  | SI            | NO  |       |
| EMERGENCIA       | 417           | 83  | 500   |
| CONSULTA EXTERNA | 439           | 61  | 500   |
| TOTAL            | 856           | 144 | 1000  |

CHI CUADRADO:  $P \leq 0.05$  (3.93)  
 SIGNIFICATIVO

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

VIII. DISCUSION E INTERPRETACION  
DE RESULTADOS



### VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Los resultados encontrados evidencian que de las mil prescripciones evaluadas en los servicios de Emergencia y Consulta Externa, el 58% y el 77% respectivamente, de los familiares o encargados de los niños desconocían el diagnóstico del paciente, lo que se traduce en poca o ninguna información por parte del médico, o en déficit en el plan educacional. (Ver cuadro 1) (4 y 6).

Al analizar la forma de registro de pacientes (Forma 4) en el 21% de los casos de emergencia y en el 24% de los casos de Consulta Externa no se pudo determinar el diagnóstico médico, debido a la falta de datos en la forma 4 y a la ilegibilidad de la letra del médico. Es muy difícil que tengamos estadísticas de morbilidad confiables en nuestro hospital, cuando una cuarta parte de los diagnósticos no pueden ser establecidos. (Ver cuadro 2)

La morbilidad de ambos servicios va de acuerdo a la morbilidad nacional. (6). Emergencia difiere de Consulta Externa en que tiene entre su morbilidad Infección del tracto gastrointestinal e Impétigo; Consulta Externa difiere de Emergencia en que aparecen entre su morbilidad: Anemia y Conjuntivitis. (Ver tabla 1 y 2) (8 y 10)

Se evaluó la adecuación del tratamiento con la entidad clínica del paciente con los parámetros: ADECUADO COMPLETO, NO ADECUADO Y ADECUADO PERO INCOMPLETO; encontrándose el 76% de Emergencia y el 73% de Consulta Externa, fue adecuado, lo cual indica que la labor asistencial por parte del personal médico es la correcta, aunque no se pudo determinar si la dosis era la recomendada para el paciente, ya que no se escribió el peso del niño en las recetas.

Aunque en su mayoría los tratamientos fueron adecuados, no podemos olvidar que estamos tratando con vidas humanas, lo que nos obliga a tratar de no cometer ni un error; por eso aunque en este estudio sólo haya sido una receta la inadecuada, más 21 recetas ilegibles, más 97 recetas con medicamentos adecuados pero incompletos, podemos decir que son deficientes, ya que está en peligro la vida de 119 niños. (Ver cuadro 3)

Según la bibliografía revisada, las características que se presentan en el cuadro 4, debieran aparecer en cada prescripción médica, para facilitar su interpretación, para evitar posible confusión con medicaciones destinadas a otra persona y porque la prescripción constituye un documento médico legal, el cual debe redactarse con exactitud y legibilidad.

Por lo anteriormente expuesto, no se puede decir que una receta está correctamente elaborada porque cuenta con ciertos requisitos básicos, si no que debe contar con todos. Es cierto que una receta sin nombre del paciente y con buenas instrucciones sobre su uso puede ser despachada y utilizada correctamente, pero si por ejemplo la madre de este niño también trajo al hermanito o hermanitos -que es lo clásico en nuestros servicios- ella podría equivocar los medicamentos, lo que haría que el niño no mejorara, empeorara, se intoxicara y en el peor de los casos muriera.

La legibilidad de las prescripciones se evaluó leyendo las recetas, si era entendible para la investigadora se calificaba como legible.

Es posible que algunas recetas consideradas como legibles no lo fueran para los familiares. Por lo tanto, las cifras descritas podrían representar una subestimación del problema.

Las deficiencias en las recetas no fueron consistentemente más frecuentes en uno de los dos servicios evaluados, como se verá a continuación.

Se encontró en Consulta Externa un 24% de ilegibilidad lo cual puede atribuirse a que el tiempo por paciente es demasiado corto. Llama la atención que este servicio en su mayoría es atendido por médicos especialistas, quienes saben o debieran saber que las recetas constituyen documentos médico legales, por lo que se deben redactar con exactitud y legibilidad. (3,4,5 y 6).

En cuanto a la legibilidad hay diferencia significativa entre ambos servicios, siendo más legibles en Emergencia que en Consulta Externa. (Ver cuadro 5)

En ambos servicios las recetas carecen de datos generales del paciente. (Ver cuadro 4)

En cuanto al nombre genérico o comercial en Emergencia se encontró que ambos nombres aparecieron en un 1% de las prescripciones, y en Consulta Externa en un 8% (Ver cuadro 4). La diferencia en ambos servicios, en cuanto al nombre genérico fué significativa, a favor de Emergencia. (Ver cuadro 8). Y en cuanto al nombre comercial no fué significativa. (Ver cuadro 9)

Casi todas las drogas pueden prescribirse con sus nombres genéricos, o por los nombres comerciales. Esto queda a criterio del médico. Aunque se discuten las ventajas relativas entre usar uno o el otro.

El uso de nombres genéricos se basa en la eliminación de la duplicación de drogas y en la posibilidad de un beneficio económico para el paciente.

Los argumentos en contra, incluyen la falta de control de calidad, la variabilidad en la formulación y por ende en la disponibilidad biológica de la droga.

Lo ideal es escribir el nombre genérico, seguido del comercial entre paréntesis. (4 y 6)

En cuanto a las instrucciones del uso del medicamento recetado, no se observó diferencia significativa entre ambos servicios, en la presentación del medicamento y en el tiempo de duración del mismo.

Sí se encontró diferencia significativa entre ambos servicios en la dosis a utilizar, la vía de administración y el tratamiento completo. (Ver cuadros 10,11,12,13 y 14)

Esta es la parte vital de una prescripción médica, pues al escribir las instrucciones correctamente se evitará sobredosificaciones o usos inadecuados de los medicamentos.

Las prescripciones médicas extendidas en ambos servicios carecían de datos sobre la persona que las elaboró.

En Emergencia no se encontró nombre, No. de colegiado y firma legible en ninguna de las recetas.

En Consulta Externa sólo el 14% de las prescripciones contaba con el nombre y No. de colegiado del médico, aunque la firma era ilegible. Todas estas recetas correspondían a medicamentos de uso controlado. (Ver cuadro 4)

Las prescripciones médicas deben llevar el nombre, el No. de colegiado del médico y una firma legible para responsabilizarlo legalmente sobre el buen o mal uso de las mismas. (4 y 6)

En emergencia el 89% de las recetas fueron hechas por externos e internos y en Consulta externa el 66% fueron hechas por médicos especialistas y residentes. (Ver cuadro 4)

Todas las recetas carecían de algún dato importante, es por eso que las prescripciones deben formar parte del proceso de aprendizaje del estudiante y del profesional de la medicina.

## IX. CONCLUSIONES

1. La calidad de las prescripciones médicas emitidas en los servicios externos (Emergencia y Consulta Externa) del Departamento de Pediatría del Hospital General "San Juan de Dios", es deficiente.
2. Las recetas extendidas en los servicios externos del departamento de Pediatría del Hospital General "San Juan de Dios", no llenan los requisitos básicos que deben contener las prescripciones médicas correctamente elaboradas. Aunque algunas cuentan con los requisitos más indispensables, no podemos decir que son bien elaboradas ya que según la literatura revisada, deben contar con todos y no con algunos de ellos.
3. Los medicamentos recetados fueron adecuados en un 76% de Emergencia y en un 73% de Consulta Externa, aunque estos porcentajes sobrepasan la mitad de los pacientes, no podemos olvidar el resto, ya que tratándose de vidas humanas el 100% de eficiencia es más que importante. Hubo tratamientos incompletos en 19% en Emergencia y en 3% de Consulta Externa, estos fueron catalogados así porque se dió el medicamento básico pero no se dieron analgésicos, antipiréticos o antihistamínicos, según el cuadro clínico.
4. El estudio hizo evidente deficiencias en el control estadístico de la morbilidad en los servicios estudiados.

**X. RECOMENDACIONES**

1. La correcta elaboración de recetas debe formar parte del proceso de aprendizaje del estudiante y del profesional de la medicina.
2. Se debe mejorar la utilización de la Forma 4 y formas estadísticas similares, llenando todas las casillas con los datos correspondientes, con información legible y verídica.
3. Implementar programas de supervisión que aseguren tratamientos completos y apropiados para los pacientes.
4. Exigir la legibilidad de la letra del estudiante y del profesional de la medicina.
5. Hacer énfasis en el plan educacional, para explicar el diagnóstico del paciente y la forma de administrar el tratamiento al mismo.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GOTECHA  
Biblioteca Central

## XI. BIBLIOGRAFIA

1. Arias, Francisco., et al. Revisión de la Lista Oficial de Medicamentos, Caja Costarricense del Seguro Social. Fármacos: 1,993; Cap. I y II.
2. Diccionario de Medicina MOSBY. Grupo editorial Oceano.1995
3. España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Farmacia y Productos Farmacéuticos, La Ley del Medicamento. 1,990. p 68 y 69.
4. Goodman Gilman, A. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 7a. Ed. Argentina, Edit. Médica Panamericana.1,986 Apéndice I. p 1563-1571. Cap. 8 p 178-179
5. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Dirección General de Servicios de Salud, Depto. Jurídico. Recopilación de Leyes y Reglamentos del Servicio de Salud. 1,987. p 114 y 134.
6. Litter, Manuel. Farmacología Experimental y Clínica. 5a. Ed. Argentina. Edit. El Ateneo. 1975. p 173-191.
7. Nelson, Waldo., et al. Tratado de Pediatría. 13ava. Ed. México, Edit. Interamericana. 1989. Tomos I y II.
8. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la Situación de Salud por Regiones. Vol. No. 3. Don Quijote, S.A. Guatemala, Sept. 1992. p 17-31.
9. Organización Panamericana de la Salud. Bol. of Sanit Panam 116 (1). Información Farmacológica. Nuevo decreto sobre medicamentos en el Brasil. Washington D.C. 1,994. p 60
10. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Las Condiciones de Salud en la Américas. Vol. II. Washington, D.C. 1,990. p 161-170.
11. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex.

Manual de Tratamiento de la Diarrea. No. 13 Washington, D.C. USA. 1987.

12. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex. Tratamiento del niño con infección--respiratoria aguda. No. 15. Washington, D.C. USA. 1987

## XII. RESUMEN

Este es un estudio descriptivo que consistió en analizar 1,000 prescripciones médicas, emitidas en los servicios externos del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, durante los meses de Abril, Mayo y Junio de 1995.

Se utilizó una boleta de recolección de datos, elaborada para el estudio, obteniendo resultados que evidenciaron deficiencias en la elaboración de las recetas extendidas en estos servicios.

Se hizo una comparación estadística entre los resultados de Emergencia y Consulta Externa a través de la Prueba de Chi cuadrado, encontrándose diferencias significativas en algunos aspectos; pero realmente las deficiencias no fueron más frecuentes en uno u otro servicio.

Además se evaluó si el medicamento recetado era el adecuado para la enfermedad del paciente, encontrándose que en su mayoría los tratamientos fueron adecuados, pero algunos fueron incompletos.

El estudio evidenció sub-registro en la utilización de la Forma 4, lo que impidió conocer la cuarta parte de los diagnósticos médicos.



**XII. ANEXOS**

TRABAJO DE INVESTIGACION  
PRESCRIPCIONES MEDICAS EN SERVICIOS  
EXT. DEL DEPTO. DE PEDIATRIA DEL HGSJD.  
ESTUDIANTE: MAVELITA JOHANNA RAMIREZ C.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ No.de orden: \_\_\_\_\_

Historia clinica: \_\_\_\_\_ Emergencia \_\_\_\_ Cons.Externa: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ m

ESTADO CLINICO:

ENFERMEDAD DEL PACIENTE:

Según paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dx. Médico:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICAMENTO:-----  
-----  
-----

ADECUACION DEL MEDICAMENTO A LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE:

Es adecuado: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS DE LA RECETA

Legible: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Menbrete SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Fecha: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre del Pte. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Edad del Pte. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Dirección: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Correcta: \_\_\_\_\_  
 Nombre del medicamento: Genérico: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Comercial: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Ambos: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Presentación del medicamento:..... SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Tratamiento completo:..... SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Instrucciones de su uso:..... SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Dosis a tomar:..... SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Frecuencia de la dosis:..... SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Tiempo de duración:..... SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Vías de administración..... SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Nombre del Médico:..... SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 No de colegiado: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Firma: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Sello del servicio:..... SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Quién hizo la receta: Externo..... SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Interno..... SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Residente.... SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Jefe o  
 Especialista. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GÖTTINGEN  
 Biblioteca Central

**BIBLIOTECA CENTRAL**  
*Universidad de San Carlos de Guatemala*

Este libro debe ser devuelto  
en la última fecha marcada

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

BIBLIOTECA CENTRAL-USAC  
DEPOSITO LEGAL  
PROHIBIDO EL PRESTAMO EXTERNO