



**DISEÑO DE UNA RUTA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DEL
SERVICIO FARMACÉUTICO PARA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA
EN PRIMERA INFANCIA EN LA RED SUR DE BOGOTÁ**

Alex Vanessa Medina

alemedina@udca.edu.co

C.C. 1020742096

Claudia Constanza Afanador

cfanador@udca.edu.co

C.C. 46376912

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES (U.D.C.A.)
FACULTAD DE CIENCIAS
PROGRAMA DE QUÍMICA FARMACÉUTICA
BOGOTÁ D.C**

2017

**DISEÑO DE UNA RUTA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DEL
SERVICIO FARMACÉUTICO PARA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA
EN PRIMERA INFANCIA EN LA RED SUR DE BOGOTÁ**

Alex Vanessa Medina

C.C. 1020742096

Claudia Constanza Afanador

C.C. 46376912

**PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE QUÍMICO
FARMACÉUTICO**

DIRECTOR

JOSE RICARDO URREGO NOVOA

**Químico Farmacéutico Especialista en Farmacología, Especialista en
Epidemiología; MSc Toxicología, MSc Administración, PhD (C) Ciencias
Farmacéuticas**

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES (U.D.C.A)

FACULTAD DE CIENCIAS

QUÍMICA FARMACÉUTICA

2017

DEDICATORIA

Nuestro trabajo lo dedicamos primeramente a Dios el cual fue nuestra guía en todo momento y fue la luz de esperanza en los momentos de oscuridad.

Agradecer a nuestras familias las cuales nos apoyaron y nos brindaron todo su apoyo y amor en el proceso de nuestra formación.

Vanessa Medina

Claudia Afanador

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

LISTADO DE TABLAS	7
LISTADO DE GRAFICAS.....	8
LISTADO DE IMÁGENES	9
LISTADO DE ANEXOS	10
ABREVIATURAS.....	11
GLOSARIO.....	12
1 .Introducción.....	15
2 .Planteamiento del problema.....	16
3. Justificación.....	19
4. Normatividad	22
5 .Antecedentes	24
6. Marco teórico.....	25
6.1 Ruta de atención integral.....	25
6.2 Infección respiratoria aguda	26
6.3 Manifestaciones clínicas de la ira.....	26
6.4 Diagnóstico CIE-10	27
6.3 Etiología	30
6.5 Factores de riesgo.....	31
6.6 Factores protectores.....	31
7. Otitis media aguda.	32
8.0 Faringitis.....	34
8.1 Laringotraqueitis.....	36
9.0 Infecciones respiratorias agudas inferiores.	37
9.1 Neumonías y bronconeumonías.....	37
9.2 Clínica de neumonías y bronconeumonías.	37
9.3 Tratamiento neumonía.	38
9.4 Neumonía grave.....	39
9.5 Neumonía inicial.....	39
9.6 Tratamiento neumonía.	40
10. Rinofaringitis, resfrió común (gripa).....	40
10.1 Síntomas.	40
10.2 Epidemiología.....	41
10.3 Tratamiento.	41
11. Sinusitis maxilar.	41
11.1 Síntomas.	41
11.2 Epidemiología.....	41
12 Amigdalitis.....	41
12.1 Síntomas.	42
12.2 Tratamiento.	42
13. Promoción de la salud.....	43
14 .Prevención de la enfermedad.....	43

15 Actividades de promoción y prevención que se realizan actualmente para la infección respiratoria aguda en niños.....	45
16. La gestión integral del riesgo.....	47
17. Matriz 5W1H.....	47
17.1 Estrategias promoción.....	47
17.2 Promover la información, educación y comunicación social.....	48
17.3 Estrategias de prevención.....	49
17.4 Selección de medicamentos y dispositivos médicos.....	49
17.5 Comité de farmacia y terapéutica local.....	50
17.6 Adquisición de medicamentos y dispositivos médicos.....	51
17.7 Centro de abastecimiento.....	51
17.8 Recepción y almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos.....	52
17.9 Establecimiento de criterios, procedimientos y recursos para el cuidado y la conservación de los medicamentos y dispositivos médicos.....	52
17.10 Distribución.....	52
17.11 Ley de talento humano en salud.....	53
18. Información al paciente.....	53
18.1 Lactancia materna.....	54
18.2 Micronutrientes y control vitamínico.....	55
18.3 Prevención.....	56
18.4 Estilos de vida saludable.....	57
18.5 Acciones dirigidas a la formación de estilos de vida saludable.....	57
18.6 Cuidado en el hogar.....	57
19. Farmacovigilancia.....	60
19.1 El uso racional y seguro de los medicamentos.....	61
19.2 La educación y la información a los pacientes.....	61
19.3 Uso racional de medicamentos.....	62
19.4 Administración de medicamentos.....	63
19.5 Automedicación responsable.....	63
19.6 ¿Quiénes participan de la automedicación responsable?.....	64
19.7 El rol del paciente.....	65
19.8 El rol del farmacéutico.....	65
Diagnóstico.....	67
19.9 Recolección de muestras de laboratorio de virología.....	67
19.10 recolección de muestras de laboratorio de microbiología.....	68
19.11 Farmacovigilancia en paraclínicos.....	68
20. Propuesta.....	69
20.1 Momentos del curso de vida.....	71
20.2 Grupos de riesgo.....	71
20.3 Planeación para la elaboración de la RIAS.....	74
21. Objetivos.....	76
21.1 Objetivo general.....	76
21.2 Objetivos específicos.....	76
22. Metodología.....	77

23. Discusión y resultados.....	78
23.1 Diagnóstico situacional.....	78
23.2 Variable persona.	78
23.3 Variable tiempo.	80
23.4 Variable lugar.	81
24. Revisión rápida.....	82
24.1 SELECCIÓN DE LA EVIDENCIA	83
24.2 REVISIÓN DEL MODELO INTEGRAL DE SALUD	84
24.3 Revisión de la normatividad.	86
24.4 Propuesta.	87
25 conclusiones.....	96
26. Sugerencias.	97
27. Bibliografía.	98

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 Manifestaciones clínica de la IRA.....	27
Tabla 2 Infecciones respiratorias de las vías superiores	27
Tabla 3 Influenza y neumonía	28
Tabla 4 Otras infecciones agudas de las vías inferiores	30
Tabla 5 Infecciones de las vías respiratorias superiores e inferiores	32
Tabla 6 Cuadro clínico de otitis media y manejo	33
Tabla 7 Cuadro clínico de faringitis y manejo.....	35
Tabla 8 Escala de Westley (modificada por Fleisher) para valoración clínica de la dificultad respiratoria en los niños con laringotraqueobronquitis	36
Tabla 9 Historia natural de la enfermedad	42
Tabla 10 Período pre-patogénico y periodo patogénico.....	44
Tabla 11 Entornos	72
Tabla 12 Identificación / Priorización del grupo de riesgo	75
Tabla 13 Metodología.....	77
Tabla 14 Historia natural de la enfermedad período pre-patogénico.....	85
Tabla 15 Historia natural de la enfermedad signos y síntomas	85
Tabla 16 Historia natural de la enfermedad Diagnóstico	86
Tabla 17 Historia natural de la enfermedad tratamiento.....	86
Tabla 18 Cambios en el servicio farmacéutico	94

LISTADO DE GRAFICAS

Gráfica 1 Casos reportados por sexo por cada año	79
Gráfica 2 Casos reportados por edades.....	80
Gráfica 3 Casos reportados por localidad	81

LISTADO DE IMÁGENES

Imagen 1 Infección respiratoria aguda	46
Imagen 2 Campaña de vacunación	47
Imagen 3 Unidades de servicio de la Sur red integrada	70

LISTADO DE ANEXOS

1. Matriz 5W1H Gestión del servicio Farmacéutico:

Fortalecimiento del sector salud por medio: Administración, Selección, Adquisición, recepción y almacenamiento de medicamentos.

2. Matriz 5W1H Atención Farmacéutica:

Contar con un conjunto de elementos como procesos, procedimientos y metodología para optimizar la atención primaria en salud, donde destacamos:

Prevención y promoción, Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Uso racional de los medicamentos, Administración de medicamentos.

3. Matriz 5W1H Pruebas diagnósticas:

Seguridad de las pruebas en Atención Farmacéutica: Pruebas diagnósticas para la confirmación de patología.

4. Matriz 5W1H Gestión integral:

Atención Integral del medicamento, Farmacovigilancia.

5. Manual de funciones y competencias.

6. Esquema de vacunación.

7. Revisión Rápida de la literatura.

8. Propuesta Ruta Gestión del servicio Farmacéutico.

9. Propuesta Ruta Atención Farmacéutica.

ABREVIATURAS

Siglas	Significado
APS	Atención Primaria en Salud.
DANE	Departamento Administrativo Nacional de estadísticas.
EM	Error de Medicación.
GPC	Guías de Práctica Clínica.
ICBF	Instituto Colombiana de Bienestar Familiar.
IRA	Infección Respiratoria Aguda.
MEF	Modelos de efectos fijos
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de Salud.
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas.
RAM	Reacción Adversa de medicamentos.
RED	Integral de Prestación de Servicios.
RIAS	Ruta Integrales de Atención en Salud.
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública.
SF	Servicio Farmacéutico.
SGSSS	Sistema General Seguridad en Salud Colombia.

GLOSARIO

Atención primaria de salud: es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación.

Crup: Síndrome clínico agudo con estridor inspiratorio, tos, disfonía, ronquera y signos de dificultad respiratoria debido a varios grados de obstrucción

Detección temprana: es la realización de pruebas de detección para encontrar problemas de salud antes de que aparezcan los síntomas por medio de pruebas diagnósticas, exámenes médicos y autoexámenes para encontrar una enfermedad u otros problemas de salud en las primeras fases de su evolución.

Diagnóstico: Un diagnóstico son el o los resultados que se arrojan luego de un estudio, evaluación o análisis sobre determinado ámbito u objeto. El diagnóstico tiene como propósito reflejar la situación de un cuerpo, estado o sistema para que luego se proceda a realizar una acción o tratamiento que ya se preveía realizar o que a partir de los resultados del diagnóstico se decide llevar a cabo.

Entorno: Es el espacio físico, social y cultural donde se habita cotidianamente (vivienda, escuela, lugar de trabajo, vecindario, vereda, municipio, ciudad) y donde se establecen relaciones sociales que determinan una manera de vivir y de ser.

Escala de crup de Wesley: Utilizada para medir objetivamente la severidad de crup y se usa para evaluar la efectividad del tratamiento de la patología respiratoria

Guía Clínica de Atención: Es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática en salud específica.

Intervención: Se centran en la corrección de las prácticas y los hábitos personales, Se da el nombre de intervención en salud a todo aquel esfuerzo que tiene como objeto promover buenos comportamientos relacionados con la salud.

Matriz 5W1H: Se utiliza para definir el proceso de planificación, compuesto por 5W y 1H, que son los aspectos que debemos cubrir para tener una planificación adecuada. Son las preguntas lógicas que debe contener todo procedimiento e para desempeñar correctamente cierta actividad

Morbilidad: Cualquier desviación, subjetiva u objetiva de un estado de bienestar fisiológico o psicológico; en este sentido "malestar", "enfermedad" y "condición mórbida" pueden considerarse como sinónimos.

Mortalidad: Ocurrencia de muerte, estudiada en una población o subpoblación dada.

Paliación: Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. Es un tipo de juicio clínico.

Política Farmacéutica Nacional: Sistema de regulaciones dirigido a controlar la disponibilidad y la demanda de medicamentos.

Protección específica: Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que buscan identificar posibles casos de una enfermedad o alteraciones del estado de salud en las personas

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS): “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

Rehabilitación: Término general para referirse a la fase del proceso de atención sanitaria dirigido a atender las secuelas de una enfermedad o trauma que causan disfunción y discapacidad con el objetivo de restituir a la persona su funcionalidad social, laboral e integral.

Salud pública farmacéutica: se define como la aplicación de conocimientos, habilidades y recursos farmacéuticos a la ciencia y al arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y proteger e incrementar la salud para todas las personas, es necesario promover nuevos servicios dirigidos a la comunidad, así como aportar estudios epidemiológicos que demuestren su eficacia.

Salud pública: La salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo.

Tiraje: Es un signo clínico del sistema respiratorio, cuando los tejidos de la caja torácica se desplaza anormalmente hacia el interior de la caja durante la inspiración.

1 .Introducción

El propósito de la iniciativa de la Organización Panamericana de Salud (OPS) sobre Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) es contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria para alcanzar la prestación de servicios de salud más accesible, equitativa, eficiente, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos, según OPS, en el sistema de salud.

Basado en la Atención Primaria en Salud (APS), una ruta que presta servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y es está capaz de rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

La salud publica farmacéutica es la aplicación de conocimientos, habilidades y recursos farmacéuticos a la ciencia y al arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y proteger e incrementar la salud para todas las personas, es esencial promover nuevos servicios dirigidos a la comunidad, así como aportar estudios epidemiológicos que demuestren su eficacia.

Al saber que se cuenta con un gran número de profesionales farmacéuticos la implementación de unir conocimientos y servicios para brindar mejor atención desde el sector comunitario para realizar una propuesta de una ruta de atención primaria en servicios farmacéuticos, donde se identifiquen probables situaciones, que conllevan a que se desarrollen patologías que pueden ser prevenibles. En relación con papel del farmacéutico en salud; la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en 1993 las actividades y funciones, que el profesional Químico Farmacéutico puede desempeñar, una de las funciones incluyen las intervenciones de salud pública en el paciente que el desempeña en los distintos ámbitos asistenciales y profesionales donde está presente: farmacéutico comunitario, atención primaria, especialista en farmacia

hospitalaria. Él tiene ejes importantes que desempeñar para influir positivamente en las políticas farmacéuticas, la utilización de los medicamentos y sus resultados, así como en otros aspectos de la atención sanitaria. En muchos casos, será necesaria la colaboración con otros profesionales de la salud en el ámbito comunitario para realizar una Atención Primaria en Salud.

Los factores de la gestión del riesgo se relacionan con la percepción de los riesgos con la intervención en salud pública destinados a reducirlos los cuales serán aplicados a la atención primaria en salud, en pacientes menores de 5 años que padecen la patología de Infección Respiratoria Aguda (IRA); por medio de la inclusión de una ruta la cual se desarrollara a partir de la prevención en la cual se debe escalar varios factores; con el propósito la intervención del Químico Farmacéutico desde un entorno a nivel de la comunidad, para disminuir o mitigar los casos por medio de intervención oportuna y los que se lleguen a presentar una atención oportuna involucrados en una ruta de atención primaria en salud.

2 .Planteamiento del problema.

Las Ruta Integrales de Atención en Salud (RIAS) son una herramienta que define, a los agentes del sistema como lo son el territorio y el prestador, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las actividades del cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Estas circunstancias, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales. A partir de la RIAS, se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), incluyendo también las guías de práctica Clínica (GPC).

Las RIAS son el instrumento regulatorio básico para la atención de las prioridades en salud, la definición de las redes integrales de prestación de servicios, la gestión integral del riesgo en salud, la descripción de mecanismos de pago orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud en cuanto a equidad y bienestar social.

Los objetivos sociales de las RIAS son las ganancias en salud y la reducción de la carga de enfermedad. Sin embargo, el objetivo transversal del modelo es la legitimidad del sistema a través de la consolidación de la confianza del ciudadano, la pertenencia, aceptabilidad, oportunidad de la atención para la garantía del derecho a la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha planteado tres tipos de RIAS, que se describen a continuación.

1. Ruta de promoción y mantenimiento de la salud: Comprende las acciones y las interacciones que el sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos en salud y la protección de la salud de la población, promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones. Así mismo, incluye las acciones que desde el cuidado se debe proporcionar desde y hacia el individuo para el goce o recuperación de la salud comprendiendo también aquellas que se espera que el propio individuo realice para prevenir los riesgos o mejorar su recuperación de la enfermedad.
 2. Ruta de grupo de riesgo: Esta ruta incorpora actividades individuales y colectivas, que pueden ser realizadas en los entornos saludables, en el prestador primario o complementario, y que están dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.
-

3. Ruta específica de atención: esta ruta aborda condiciones específicas de salud, incorpora actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos, en el prestador primario y complementario, orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación según sea el caso.

Una red integral de prestación de servicios, se define como el conjunto acoplado de prestadores de servicios de salud y organizaciones funcionales de servicios de salud, y privados, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional en un componente primario y complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad; al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutoria a la población; contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para asegurar la gestión adecuada de la atención así como resultados en salud.

Esto implica que las rutas, para su planificación, dimensionamiento, desarrollo e implementación, deben tener explícitos los criterios y procesos que propicien una prestación de servicios de salud configurada desde los requerimientos de la demanda y su correspondiente arreglo institucional y no al arbitrario de los agentes institucionales del sistema, son una herramienta que definen a los agentes del sistema de salud, las condiciones necesarias para asegurarla integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, y en grupos de poblaciones específicas.

Las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad en grupos de poblaciones en las RIAS permiten garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de

intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos.

Con el advenimiento del modelo de atención integral en salud a través de rutas integrales de atención de servicios de salud, se ha evidenciado la no existencia de una ruta de atención primaria del servicio farmacéutico en Infección Respiratoria Aguda en primera infancia a nivel de Bogotá D.C. Lo anterior concuerda con la necesidad sentida y expresada a través del Ministerio de Salud y protección en la generación de propuestas para el diseño de rutas de prestación de servicios farmacéuticos con énfasis en Atención Primaria en Salud de forma específica para Infección Respiratoria Aguda en menores de cinco años en el sur de Bogotá.

3. Justificación

La Infección Respiratoria Aguda (IRA), es la infección respiratoria más frecuente en el mundo y representa un importante tema de salud pública en nuestro país esta se constituyen un grupo de enfermedades que se producen en el sistema respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que inicia de forma repentina y duran menos de dos semanas, representan una de las primeras causas de atención médica en todo el mundo, tanto en la consulta ambulatoria como en la hospitalización y se encuentran entre las primeras causas de mortalidad. Estas enfermedades afectan a toda la población pero, al grupo poblacional con mayor riesgo son los menores de cinco años.

Los síntomas clínicos de estas enfermedades pueden variar dependiendo de la severidad; es así como los cuadros leves incluyen fiebre de inicio súbito, tos y otros síntomas del tracto respiratorio superior como dolor de garganta, rinorrea y síntomas sistémicos como dolor de cabeza, dolores musculares y fatiga.

En los cuadros graves el cuadro clínico incluye fiebre, tos y dificultad respiratoria. En caso de no ser manejado de forma adecuada y oportuna, puede conducir a la muerte. Los síntomas clínicos que afectan las vías respiratorias inferiores y el pulmón, presentan los cuadros más severos, siendo las principales causas de morbilidad y mortalidad por IRA

El contagio de esta infección se realiza por vía aérea, a través de gotas de flugge o por vía directa, a través de objetos contaminados con secreciones. Los principales mecanismos de contagio son la inhalación de aerosoles o microgotas con gérmenes, y el contacto directo con secreciones infectadas (inoculación en las mucosas nasal, ocular o cavidad oral). Con una dosis infectante muy pequeña. Es posible la transmisión de persona a persona por inhalación de un escaso número de gérmenes presentes en las microgotas que se producen al toser o estornudar.

Estos hechos explican la gran facilidad con que pueden diseminarse estas infecciones, produciendo epidemias; estudios experimentales han demostrado que sólo se necesitan 10 partículas virales para producir infección por el virus de influenza A, lo que determina que la enfermedad se propague con gran rapidez en una comunidad, produciéndose grandes epidemias y pandemias.

La Infección Respiratoria Aguda incluye un grupo de enfermedades que afectan el sistema respiratorio alto y bajo; puede cursar desde un resfriado común hasta complicación más severa como la neumonía e incluso puede ocasionar la muerte.

Los cuadros leves son generalmente de naturaleza viral, altamente contagiosos y de corta duración. Incluyen fiebre de inicio súbito, tos, y otros síntomas del tracto respiratorio superior como dolor de garganta, rinorrea, y síntomas sistémicos como dolor de cabeza, dolores musculares y fatiga. En general la enfermedad se resuelve en pocos días, la tos y el malestar pueden persistir más de dos semanas.

En los cuadros graves se incluye la infección respiratoria aguda que puede tener origen viral o bacteriano, y que para su manejo requiere tratamiento intrahospitalario. En caso de no ser manejado de forma adecuada y oportuna, puede conducir a la muerte.

La IRA en Colombia, la tasa de mortalidad infantil, pasó en los últimos 26 años de 45.82 defunciones infantiles (menores de 1 año por mil nacidos vivos) en el año 1985 a 14.8 en 2010, para este mismo año, la mortalidad neonatal precoz (menos de 7 días) por 6.7 por 1.000 nacidos. Por su parte la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años ha pasado de más de 35 casos por 100.000 niños menores de 5 años a 16.5 en 2010, según datos de estadísticas vitales del DANE

La infección respiratoria aguda representan un riesgo sustancial para la población, debido a su elevado potencial de diseminación; por esta razón a partir de 2012, de acuerdo a recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y cumpliendo con lo establecido en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y el decreto 3518 de 2006 del Ministerio de Salud en Colombia, la infección respiratoria aguda se vigila bajo cuatro estrategias: vigilancia centinela de ESI-IRAG, vigilancia intensificada de IRAG inusitado, vigilancia de la mortalidad por IRA en menores de cinco años y la vigilancia de la morbilidad por IRA en todos los grupos de edad, en pacientes hospitalizados y ambulatorios.

La salud pública farmacéutica se define como la aplicación de conocimientos, habilidades y recursos farmacéuticos a la ciencia y al arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y proteger e incrementar la salud para todas las personas, es necesario promover nuevos servicios dirigidos a la comunidad, así como aportar estudios epidemiológicos que demuestren su eficacia.

Al saber que se cuenta con un gran número de profesionales farmacéuticos la implementación de unir conocimientos y servicios para brindar mejor atención desde el sector comunitario para diseñar una ruta farmacéutica comunitaria donde se identifiquen probables situaciones que llevan a que se desarrollen patologías que pueden ser prevenibles o al brindársele una oportuna atención, al diseñar estos programas uno de los factores a los que pueden ayudar es un menor costo y una mayor efectividad.

Los factores de la gestión del riesgo se relacionan con la percepción de los riesgos con la intervención en salud pública destinados a reducirlos los cuales serán aplicados a la atención primaria en salud, en pacientes menores de 5 años que padecen la patología de Infección Respiratoria Aguda (IRA); por medio de la inclusión de una ruta, partiendo de una prevención en la cual se debe escalar varios factores; con el propósito la intervención del Químico Farmacéutico desde un entorno a nivel de la comunidad, para disminuir o mitigar los casos por medio de intervención oportuna con una atención eficiente, de calidad en la cual se involucran todos estos conceptos en una ruta (RIAS) con énfasis en la APS.

4. Normatividad

Ley 1438 de 2011, tiene como objetivo el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud

permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable.

Ley 1751 de 2015, en la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" artículo 2, establece la salud como un derecho fundamental por tanto autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, asistiéndole al estado la responsabilidad de adoptar las políticas para asegurar la igualdad de trato, de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos y cada uno de los habitantes del territorio.

Resolución 003202 de 2016, La presente resolución adopta el "Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS" así como unas Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Igualmente, se establecen disposiciones en relación con la implementación de las RIAS y las responsabilidades de los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Ministerio de salud, 1996), Artículo 6 Dentro del plan de atención básica se incluyen aquellas acciones de salud pública, mediante las cuales se busca garantizar un entorno sano, orientado y coordinado a la población para el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y brindar el conocimiento sobre el uso oportuno y adecuado de los otros planes de atención.

Ley 212 de 1995, por medio de la cual se regular la profesión de químico farmacéutico, perteneciente al área de la salud, con el fin de proteger y

salvaguardar el derecho que tiene la población de que se le otorgue calidad y seguridad en los medicamentos, cosméticos, preparaciones farmacéuticas con bases en productos naturales y demás insumos de salud relacionados con el campo de la química farmacéutica artículo 1º y en las actividades químicas farmacéuticas que inciden en la salud individual y colectiva.

Decretos 2200/2005, el Químico Farmacéutico que de igual manera se encarga de las labores orientadas al paciente, que son las de promoción y prevención de la salud, dispensación e indicación farmacéutica. (Salazar Ospina, 2012).

5 .Antecedentes

En la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, celebrada en 1978, se definieron el concepto y las bases de la atención primaria de salud (APS). Desde entonces, se han alcanzado muchos logros en materia de salud. Sin embargo, en la misma Región de las Américas persisten muchos desafíos que superar.

Estos esfuerzos se centran en estar trabajando en el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la APS y da un mandato específico a la OMS.

La estrategia de la APS se vincula con otras estrategias de desarrollo por medio de acciones intersectoriales, como la promoción de ciudades y espacios saludables; la educación relacionada con el ambiente y la economía; la promoción de la salud y la prevención.

Para la implementación de los servicios farmacéuticos basados en APS, se han identificado los siguientes factores críticos de éxito gestión y planificación, educación continua y permanente, leyes y reglamentaciones; El cambio deberá generarse hacia el interior del servicio farmacéutico, esto es al replantear la forma de organización, gestión y visión del servicio.

Por otra parte, el cambio también se dará hacia el exterior de los SF, al modificarse la relación del farmacéutico con el equipo interdisciplinario de salud, transformando su papel profesional y la relación de los SF y sus nuevas funciones con los demás servicios en la institución, además de su integración con las RISS. La transformación que se requiere por parte del profesional farmacéutico es muy profunda y deberá darse gradualmente, en la medida en que se logren los cambios en la enseñanza y se promueva con mayor intensidad la educación permanente.

6. Marco teórico

6.1 Ruta de atención integral.

La Ruta de Atención Integral en Salud reconoce que a todas las personas se les debe garantizar el acceso a una serie de atenciones e intervenciones en el curso de sus vidas, que se orientan a desarrollar sus capacidades y a promover el más alto nivel de bienestar, individual y colectivo.

El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos en Colombia y más específicamente en la ciudad de Bogotá en la zona sur no se cuenta con un RIAS de servicios farmacéuticos enfocados en la infección respiratoria aguda.

6.2 Infección respiratoria aguda

La infección respiratoria aguda incluye un conjunto de enfermedades que afectan el sistema respiratorio, que pueden ser causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con una evolución promedio a 15 días. Esta infección afecta a toda la población pero, fundamentalmente a los menores de cinco años ya que es un grupo población, el impacto sobre ellos depende de varios factores que suele asociarse a la evolución de la infección como son el estado nutricional, el desarrollo del sistema respiratorio, los ambientes a los cuales se ven expuestos y las variaciones climáticas.

6.3 Manifestaciones clínicas de la ira

Las manifestaciones clínicas de esta infección pueden presentarse dependiendo de la severidad; es así como los cuadros leves incluyen fiebre de inicio súbito, tos y otros síntomas del tracto respiratorio superior como dolor de garganta, rinorrea y síntomas sistémicos como dolor de cabeza, dolores musculares y fatiga. En los cuadros graves el cuadro clínico incluye fiebre, tos y dificultad respiratoria en diferentes grados. En caso de no ser manejado de forma adecuada y oportuna, puede conducir a la muerte. Los síntomas clínicos que afectan las vías respiratorias inferiores y el pulmón, presentan los cuadros más severos, siendo las principales causas de morbilidad y mortalidad por IRA.

Tabla 1 Manifestaciones clínica de la IRA

Periodo Subclínico	Periodo clínico	Periodo de Evolución
1. Principales agentes productores de neumonía virales (virus sincicial respiratorio, etc.) Bacterianos (neumococo, H influenza, etc.) Parásitos (Toxoplasma, gondi, etc.)	Sintomatología: Inicio con cuadro catarral de vías respiratorias, tos irritativa y persistente, tiraje intercostal, taquipnea, cianosis, decaimiento, hipertermia.	Puede evolucionar a Curación Cronicidad Muerte
2. Factores del huésped Más frecuente en menores de cinco años y lactantes		
3. Factores ambientales Más frecuente en invierno, suele transmitirse en lugares poco ventilados, La favorecen la contaminación ambiental y hacinamientos.		

Tomado de la infectología clínica. González Napoleón Torales Andrés

6.4 Diagnóstico CIE-10

Tabla 2 Infecciones respiratorias de las vías superiores

Diagnóstico CIE-10	
código CIE-10	Diagnóstico
J00	Rinofaringitis aguda (resfriado común)
J010	Sinusitis maxilar aguda
J011	Sinusitis frontal aguda
J012	Sinusitis etmoidal aguda
J013	Sinusitis esfenoidal aguda
J014	Pansinusitis agudas
J018	Otras sinusitis agudas

J019	Sinusitis aguda, no específica
J020	Faringitis estreptococica
J028	Faringitis aguda debida a otros microorganismos específicos
J029	Faringitis aguda, no específica
J030	Amigdalitis estreptococica
J038	Amigdalitis aguda debida a otros microorganismos específicos
J039	Amigdalitis aguda, no específica
J040	Laringitis aguda
J041	Traqueitis aguda
J042	Laringotraqueitis aguda
J050	Laringitis obstructiva, aguda
J051	Epiglotitis aguda
J060	Laringofaringitis aguda
J069	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada

Tomado del manual de codificación.

Tabla 3 Influenza y neumonía

Diagnóstico CIE-10	
código CIE-10	Diagnóstico
J100	Influenza con neumonía, debida a virus de la influenza identificado
J101	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, debida virus de la influenza identificado
J108	Influenza, con otras manifestaciones, debido al virus de la influenza identificado
J110	Influenza con neumonía, virus no identificado

J111	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado
J118	Influenza con otras manifestaciones, virus no identificado
J120	Neumonía debida a adenovirus
J121	Neumonía debida a virus sincitial respiratorio
J122	Neumonía debida a virus para influenza
J128	Neumonía debida a otros virus
J129	Neumonía viral, no específica
J13	Neumonía debida a streptococcus pneumoniae
J14	Neumonía debida a haemophilus influenzae
J150	Neumonía debida a klebsiella pneumoniae
J151	Neumonía debida a pseudomonas
J152	Neumonía debida a estafilococos
J153	Neumonía debida a estafilococos del grupo B
J154	Neumonía debida a otros estafilococos
J155	Neumonía debida a escherichia coli
J156	Neumonía debida a otras bacterias aerobias gramnegativas
J157	Neumonía debida a mycoplasma pneumoniae
J158	Otras neumonías bacterianas
J159	Neumonía bacteria, no específica
J160	Neumonía debida a clamidias
J180	Bronconeumonía, no especificada
J181	Neumonía lobar, no especificada
J182	Neumonía hipostática, no especificada
J188	Otras neumonías, de microorganismo no especificado
J189	Neumonía, no específica

Tomado del manual de codificación.

Tabla 4 Otras infecciones agudas de las vías inferiores

Diagnóstico CIE-10	
código CIE-10	Diagnóstico
J200	Bronquitis aguda debida a mycoplasmapneumoniae
J201	Bronquitis aguda debida a haemophilusinfluenzae
J202	Bronquitis aguda debida a estreptococos
J203	Bronquitis aguda debida a virus coxsackie
J204	Bronquitis aguda debida a virus coxsackie
J205	Bronquitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
J206	Bronquitis aguda debida a virus rinorus
J207	Bronquitis aguda debida a virus echo
J208	Bronquitis aguda debida a otros microorganismos específicos
J209	Bronquitis aguda, no especifica
J210	Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
J218	Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos específicos
J219	Bronquiolitis aguda, no especifica
J22	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores

Tomado del manual de codificación.

6.3 Etiología

Una gran variedad de virus y bacterias ocasionan las infecciones respiratorias. Dentro del grupo de virus están ante todo los rinovirus, virus de la influenza, virus sincitial respiratorio, virus de la parainfluenza o adenovirus. En cuanto a los agentes bacterianos en infecciones adquiridas en la comunidad, los microorganismos más comunes son: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae causando el 74% de estas y el Staphylococcus aureus, el 9%.

6.5 Factores de riesgo.

Los principales factores de riesgo, asociados a muerte por neumonía, o al desarrollo de IRA son:

- Niño menor de 2 meses
- No lactancia materna o desnutrición
- Carencia de Vitamina A
- Bajo peso al nacer
- Falta de inmunizaciones.
- Tiempo frío y/o cambios bruscos de temperatura.
- Hacinamiento.
- Prevalencia elevada de portadores nasofaríngeos de bacterias patógenas.
- Exposición a la contaminación del aire: intradomiciliario: humo de cigarrillo y combustión de leña, carbón o cualquier material de biomasa, para cocinar; extradomiciliario: contaminación ambiental dada ante todo por aumento de dióxido de azufre (SO₂), dióxido de nitrógeno (NO₂), ozono (O₃) y partículas respirables en especial aquellas de menos de 10 micras de tamaño o PM₁₀.
- Desconocimiento del manejo integral de las IRA en el hogar y de los signos de alarma para neumonía

6.6 Factores protectores.

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Alimentación complementaria adecuada y buen nivel de nutrición

- Inmunizaciones especialmente vacunas del sarampión, triple viral, DPT, *Haemophilus influenzae* y BCG.

Se propone una clasificación ante todo basada en niveles de severidad y unas conductas de manejo para los primeros niveles de atención según dicha severidad, con especial atención a las neumonías, por ser ellas la causa más frecuente e importante de muerte por IRA.

Tabla N° 5 Infecciones de las vías respiratorias superiores e inferiores

Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores	Infecciones de las Vías Respiratorias Inferiores
Otitis media	Neumonía / bronconeumonía
Faringitis incluyendo la faringitis estreptocócica	Bronquiolitis

Tomado guía de atención de la infección respiratoria aguda.

7. Otitis media aguda.

Es una inflamación infecciosa del oído medio, que incluye la cavidad del oído medio, la trompa de Eustaquio y en algunos casos la mastoides. El oído medio se comunica con la nasofaringe a través de la trompa de Eustaquio. Habitualmente las infecciones respiratorias altas de origen viral que producen edema en la mucosa de la trompa de Eustaquio, preceden o acompañan a los episodios de otitis.

Tabla N° 6 Cuadro clínico de otitis media y manejo.

CUADRO CLINICO, CLASIFICACION Y MANEJO			
Signos:	Inflamación sensible detrás de la oreja.	Está supurando el oído desde hace MENOS de 2 semanas, o Dolor de oído, o Tímpano rojo e inmóvil (mediante	Oído supurando desde hace 2 semanas o más: Otorrea: - Mucoide Serosa
Clasifíquese como:	mastoiditis	infección aguda del oído	infección crónica del oído
Tratamiento	Formulé el mismo tipo y dosis de antibiótico que para la neumonía: Penicilina Procaínica -Amoxicilina, -Ampicilina -TMP-SMX. Si requiere cirugía: hospitalización urgente.	-Tratamiento antimicro- biano oral -Seque el oído con mechas-Maneje dolor y fiebre -Dar indicaciones para secar el oído con pequeños trozos de tela entorchados, introduci- dos y retirados en el oido, hasta lograr extraer la tela totalmente limpia. -Haga otra evaluación en 2 días. -Si no mejora o sigue igual cambie de antibiótico	General: - Remover la pus - Cultivo de oído medio - Seque el oído con mechas Específico: Inicial: - Antimicrobiano con espectro beta-lactamasa (+) - Acetaminofén para el dolor y la fiebre según necesidad.

Tomado de la organización panamericana de la salud Infecciones respiratoria agudas en niños.

Los antibióticos de primera línea son: Para otitis media aguda:

- Amoxicilina: 80 - 90 mg/Kg/día cada 8 horas durante 7 días.
- Trimetoprin sulfa: 10 mg de trimetoprin y 45 mg de sulfa por Kg/día cada 12 horas durante 7 a 10 días.
- Eritromicina sulfa: 40 mg de eritromicina y 150 mg de sulfa por Kg/día cada 6 horas durante 7 a 10 días.

Para otitis media recurrente:

- Amoxicilina: 20 mg/Kg/día en una o 2 dosis por 3 a 6 meses.
- Sulfisoxazol: 75 mg/Kg/día en una o 2 dosis por 3 a 6 meses. Para otitis media con efusión:
- Agente antibiótico: igual que para la otitis media aguda, pero durante 14 a 21 días.

Corticoide: prednisolona 1 mg/Kg./día dividido en 2 dosis por 5 días.

8.0 Faringitis.

La faringitis es una enfermedad inflamatoria de la mucosa y estructuras adyacentes a la garganta. Clínicamente existen tres entidades principales que son: amigdalitis, nasofaringitis y faringoamigdalitis, las cuales generalmente se acompañan además de diversos grados de inflamación de la úvula, nasofaringe y paladar blando. La mayoría de las faringitis tienen un origen viral. Con frecuencia se asocian al resfriado común producido por los rinovirus, coronavirus o virus de la influenza o parainfluenza.

Tabla N° 7 Cuadro clínico de faringitis y manejo

CUADRO CLINICO, CLASIFICACION Y MANEJO			
CLASIFIQUE LA ENFERMEDAD			
Signos:	No puede beber.	Ganglios linfáticos del cuello sensibles y abultados y Secreción purulenta	Secreción u obstrucción nasal, Garganta roja, Dolor o ardor
Clasifí- que Como:	absceso de garganta	infección de garganta (streptococica)	faringitis viral
Tratamien- to:	Hospitalización	Formule un antibiótico para infección estreptocócica de la garganta). Trate la fiebre = o > 38.5°C axilar o el dolor seg. Recomiende medios físicos Dígale a la madre que regrese inmediatamente si el Seguimiento en dos días. Haga otra evaluación en 2 días, si no mejora o sigue igual cambie de antibiótico.	Indicaciones sobre como cuidarlo en el hogar. Recomiende un remedio inofensivo y suavizante para el dolor de garganta. Trate la fiebre o el dolor.

Tomado de la guía de atención de la infección respiratoria aguda.

La penicilina sigue siendo el tratamiento de elección. Esta puede usarse como penicilina G benzatínica en una sola aplicación intramuscular, a dosis de 600.000 U para menores de 27 kg, pero tiene la desventaja que es una

inyección muy dolorosa y tiene más alta incidencia de reacciones alérgicas que la penicilina oral. Cuando se prefiere el tratamiento oral, la administración de penicilina V debe ser a dosis de 250 mg 3 veces al día durante 10 días para los menores de 27 kg.

Otras alternativas de tratamiento como la eritromicina, útil para pacientes alérgicos, sin embargo ha demostrado fallas tan altas como 24.7%, habiéndose encontrado menor efectividad y mayor número de recaídas que con las cefalosporinas.

8.1 Laringotraqueitis

Laringotraqueobronquitis aguda es una infección de la vía respiratoria alta y baja que produce un edema subglótico importante. Afecta casi siempre a niños de 2 a 3 años y suele seguir a una infección respiratoria alta iniciada uno o dos días antes. Los síntomas comprenden fiebre, disfonía (ronquera), tos molesta y fuerte y estridor inspiratorio.

Tabla N° 8 Escala de Westley (modificada por Fleisher) para valoración clínica de la dificultad respiratoria en los niños con laringotraqueobronquitis

CUADRO	0	1	2	3
Estridor	Ninguno	Solo con agitación	Leve en reposo	Grave en reposo
Retracción	Ninguna	Leve	Moderada	Grave
Entrada de aire (a la auscultación)	Normal	Leve disminución	Moderada disminución	Marcada disminución
Nivel de conciencia	Normal	Inquieto	Inquieto	Letárgico

Tomado de la guía de atención de la infección respiratoria aguda.

Interpretación:

0-4: leve. 5-6: leve-moderada. 7-8: moderada. 9 ó más: grave

9.0 Infecciones respiratorias agudas inferiores.

Es la infección localizada o generalizada del parénquima pulmonar con compromiso predominantemente alveolar. El compromiso localizado a un lóbulo se denomina clásicamente neumonía lobar; cuando el proceso está limitado a los alveolos contiguos a los bronquios o se observan focos múltiples, se denomina bronconeumonía. Para efectos prácticos el término neumonía engloba ambos conceptos.

9.1 Neumonías y bronconeumonías.

9.2 Clínica de neumonías y bronconeumonías.

Su intensidad, severidad o gravedad, es muy variable. La tos, la fiebre la polipnea y las retracciones son los elementos básicos que orientan a su diagnóstico; la auscultación pulmonar puede dar signología de consolidación como broncofonía, o soplo tubárico; tanto la neumonía como la bronconeumonía dan crepitantes o estertores alveolares finos al final de la inspiración en la zona o zonas comprometidas; el malestar general y el compromiso del estado general varía según la severidad del cuadro clínico.

- La frecuencia respiratoria es mayor de 60 veces por minuto en lactantes menores de 2 meses.
- La frecuencia respiratoria es más de 50 veces por minuto en los lactantes de 2-11 meses.
- La frecuencia respiratoria es de 40 o más veces por minuto en niños de 1-4 años.

Producto de este enfoque se definieron los siguientes niveles de severidad para neumonía o bronconeumonía:

Enfermedad muy grave: signos de IRA más cualquiera de los siguientes hallazgos: somnolencia importante con dificultad para despertar al niño, estridor laríngeo en reposo, presencia de convulsión, desnutrición grave en el niño mayor de 2 meses, fiebre o hipotermia para menores de 2 meses, incapacidad para beber líquidos en los mayores de 2 meses y disminución importante del apetito en los menores de 2 meses.

- Neumonía grave: cuadro clínico de IRA más retracción subcostal persistente en ausencia de signos para enfermedad muy grave.

-Neumonía: cuadro clínico de IRA más respiración rápida y ausencia de signos de neumonía grave o de enfermedad muy grave.

9.3 Tratamiento neumonía.

Medidas de soporte: Oxigenoterapia según requerimientos idealmente con base a control de oximetría de pulso buscando saturaciones mayores de 90%; con preferencia por sistemas de bajo flujo (cánula nasal), líquidos IV y aporte nutricional de acuerdo a las características de cada caso en particular, manejo de la fiebre ($T^{\circ} > 38.5^{\circ}\text{C}$) y desobstrucción nasal.

Antibióticos:

- **2mL:** oxacilina (200 mg/k/día) c/6h y gentamicina (6 mg/k/día) c/12h. Evalúe cefalosporinas de 3a generación.

- **2mL :** 1) cloranfenicol (100mg/kg/día) c/6h + oxacilina (200mg/Kg/d) c/6h 2) cefotaxime (200 mg/k/día) C/6h + oxacilina (200 mg/k/día) c/6h. 3) ceftriaxona (100 mg/k/día) 1 dosis + oxacilina a dosis anteriores.

En infecciones bacterianas graves, administrar penicilina sódica cristalina cada 6 horas más gentamicina cada 8 horas. En niños menores de una semana, administrar gentamicina cada 12 horas.

9.4 Neumonía grave.

- **< 2 mL:** ampicilina (200mg/kg/d) c/6h y gentamicina (6 mg/k/día) c/12h x 4 d.

- **2 mL:** penicilina cristalina (200.000 U/k/día) o ampicilina (200 mg/k/día) repartidas en dosis de c/6h x 4 a 7 días.

Considere opción al cuarto día de continuar VO amoxicilina (100 mg/k/día) repartida en dosis de c/8h hasta completar 10 días. Manejo simultáneo de SBO si lo tiene.

9.5 Neumonía inicial.

Medidas de soporte en casa: manejo de la fiebre, continuar alimentación, administración abundante de líquidos fraccionados; recomendar desobstrucción nasal frecuente según necesidad.

- No se recomiendan antitusivos ni vaporizaciones ni terapia respiratoria.
- Indicar signos de alarma.
- Antibióticos : Los cuatro (4) antibióticos a considerar en primera línea son Trimetoprim -sulfametoxazo Amoxicilina-Ampicilina-Penicilina Procaínica

Bronquiolitis

Cuadro agudo de obstrucción de las pequeñas vías aéreas, precedido de infección del tracto respiratorio superior, que afecta fundamentalmente a los menores de 2 años.

Se presenta principalmente en epidemias durante los meses de lluvia. La mayoría de los niños afectados tienen antecedente de contacto con otros niños

que sufrieron alguna infección respiratoria en la semana inmediatamente anterior. Tiene una alta contagiosidad.

- infección respiratoria alta de 3 a 5 días, rinorrea, tos, pérdida de apetito, ocasionalmente fiebre.

-Sibilancias

-Dificultad respiratoria en grados variables

9.6 Tratamiento neumonía.

Manejo General: Líquidos basales, oxigenación, aporte calórico adecuado.

Si no hay mejoría significativa en las primeras 24 horas o hay empeoramiento, aunque discutido en general se acepta el uso de esteroides ciclo corto de 5 días.

-Metilprednisolona 1-2 mg/K/dosis (primeras 24 horas), luego 1-2 mg/K/día (Conferencia mundial de promoción, 1991) ha dividido en 3 a 4 dosis.

-Prednisolona 1-2 mg/K/día dosis matutina.

No usar antibióticos excepto si hay sospecha importante de sobreinfección bacteriana, en especial ante niños con factores de riesgo.

10. Rinofaringitis, resfrió común (gripa).

Es la inflamación de la mucosa nasal y faríngea, causada por virus como Rinovirus, Coronavirus, Para influenza y adenovirus.

10.1 Síntomas.

Secreción nasal y estornudos, a menudo seguidos de inflamación rinofaríngea y dolor de garganta después de unos pocos días. Estarán siempre inflamadas las membranas mucosas de los senos causando dolor y disconfort, dolor al agacharse y secreción mucosa.

10.2 Epidemiología.

Los virus se diseminan por contacto directo con secreciones infectadas, mano a mano o a través de fómites.

10.3 Tratamiento.

No requiere tratamiento específico y no se dispone de fármacos antivirales para estos virus.

11. Sinusitis maxilar.

Inflamación de los senos paranasales causada por bacterias, virus o alergia. Las bacterias predominantes son *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*.

11.1 Síntomas.

Los síntomas típicos son dolor facial, dolor unilateral,

Dolor en los dientes superiores, secreción nasal purulenta, cambio en el olfato, sensación de encontrarse mal y algunas veces fiebre.

11.2 Epidemiología.

Se transmiten por contacto o por el aire.

TRATAMIENTO: Tratamiento de elección: Amoxicilina 500 mg x 3 durante 10 días, Si presenta alergia a la penicilina: Claritromicina 250 mg x 2 durante 7 días, Azitromicina 500 mg x 1 durante 3 días.

12 Amigdalitis.

Faringoamigdalitis: Es un proceso febril agudo que se caracteriza por la inflamación de las mucosas del área de faringoamigdalina. Puede ser causada por virus o bacterias como *Estreptococo beta hemolítico del grupo A*.

12.1 Síntomas.

Los síntomas se caracterizan por dolor de garganta, dolor al tragar y un mal estado general. Los síntomas pueden acompañarse de fiebre. Los hallazgos varían aumento en el tamaño de las amígdalas, una membrana mucosa hiperémica, exudado o adenopatías latero cervical.

La transmisión se produce por contacto persona a persona. Es poco frecuente antes de los 3 años de edad.

12.2 Tratamiento.

El grupo de primera elección son las penicilina ya se (benzatinica o G sódica) ampicilina o amoxicilina. Si el paciente presentar alergias puede utilizarse la eritromicina.

Tabla N° 9 Historia natural de la enfermedad

Esquema de la historia natural de la enfermedad			
Periodo prepatogenico	Periodo patogenico		Tratamiento
Agente: microorganismo virales y bacterianos	Cuadro clinico leve	Cuador clinico grave	
Huesped <ul style="list-style-type: none"> • Niños menores de cinco años • Desnutricion • Esquema de vacunacion incompleto 	<ul style="list-style-type: none"> •Fiebre de inico subitoo • Tos •Dolor de garganta •Rinorrea •Dolor de garganta •Dolor muscular •Fatiga 	<ul style="list-style-type: none"> •Fiebre •Dificultad respiratoria •Convulsiones •Anormalmente somnoliento o dificultad para respirar •Incapacidad para beber 	varia según la patología que se esta presentando
Medio ambiente <ul style="list-style-type: none"> •Exposicion al humo del hogar/ tabaco • Condiciones de hacinamiento • Climas frios y lluviosos • Cambio de temperatura •Asistencia a guarderia 	Entrada 	Evolucion menor a 15 dias Influenza: usualmente de 2 días pero puede variar de 1 a 5 días aproximadamente. Parainfluenza: de 2 a 6 días. Virus sincitialrespiratorio: de 3 a 6 días, pero puede variar en 2 ó 8 días Coronavirus: 14 días. Adenovirus: de 2 a 14 días Rinovirus: de 1 a 4 días Metapneumovirus: de 4 a 6 días Bocavirus: de 5 a 14 días Streptococcuspneumoniae: de 1 a 3 días Haemophilusinfluenzae: de 2 a 4 días	

Elaboración propia.

La Ruta de Atención Integral farmacéutica a la Primera Infancia abarca desde primeros días del nacimiento y hasta los cinco años de vida, los niños y las niñas demandan gran atención por parte de los servicios de salud, dada su alta

vulnerabilidad de enfermar y morir, por lo tanto, requieren controles y atenciones en salud de forma más frecuente. La Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia, contempla las atenciones que reciben los niños y las niñas de acuerdo con las etapas y edades, en la Ruta, corresponden al sector salud, en especial desde el nacimiento hasta los cinco años de vida, por eso los servicios de salud juegan un papel muy importante en el proceso de la Atención Integral, incluido el desarrollo y el crecimiento durante la Primera Infancia.

13. Promoción de la salud.

Las acciones de promoción de la salud están definidas, según la Conferencia de Ottawa (Ginebra, OMS 1986), como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Cualquier recomendación o intervención que haya demostrado mejorar la calidad de vida de las personas o disminuir su morbilidad es, en sí misma, una medida de promoción de la salud.

- El medio ambiente: contaminación física y entorno.
- Los hábitos de vida.

14 .Prevención de la enfermedad.

Según la definición de la OMS en 1998 “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”

La prevención tiene como objetivo principal desarrollar recursos que puedan evitar la aparición de la enfermedad. Significa que se deben realizar acciones anticipatorias a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir el riesgo (social M. d., Estrategias de comunicación , 2015) o de enfermar.

En la historia natural de las enfermedades se pueden considerar 3 periodos, que sirven para distinguir las acciones preventivas, dependiendo en qué etapa intervenga cada una:

- **Periodo pre-patogénico:** no hay ningún cambio anatómico o fisiopatológico que se pueda identificar con la enfermedad. Es la etapa en la cual el sujeto está expuesto a factores de riesgo o etiológicos. Algunos de estos factores no son modificables (edad y género), pero otros como los hábitos de alimentación, el fumar y la actividad física sí son modificables a través de acciones de prevención primaria. Todas las intervenciones que se aplican en este período se
- **Período patogénico:** en este período ya es identificable la enfermedad en el terreno anatomo-fisiopatológico. Se pueden considerar dos fases:
 - **Pre-sintomático:** se han producido cambios anatomo-fisiopatológicos que se pueden identificar y asociar a la enfermedad, pero aún no hay manifestación clínica. Es un período asintomático.
 - **Sintomático:** Las alteraciones anatomo-fisiopatológicas se expresan clínicamente con síntomas y/o signos.
- **Periodo de resultados o secuelas:** Son las consecuencias del avance de la enfermedad. Puede representarse como curación, cronicidad de la misma, incapacidad o incluso la muerte.

Tabla 10 Período pre-patogénico y periodo patogénico

Periodo pre-patogenico	Periodo patogenico	
prevencion primaria	Prevencion secundaria	Prevencion terciaria
Promocion de la salud	Diagnostico y tratamiento	Rehabilitacion

Tomado de la organización panamericana de la salud

15 Actividades de promoción y prevención que se realizan actualmente para la infección respiratoria aguda en niños.

En el contexto de promoción las actividades que se realizan actualmente direccionadas por Ministerio de salud y protección social tiene proyectos que son contemplados en el área de comunicación quien realiza las estrategias; sin embargo, no todas terminan en campaña publicitaria, algunas veces sólo se da una rueda de prensa para enterar a los medios del tema. Las actividades de Promoción y Prevención son responsabilidad de las EPS (Empresas promotoras de salud), todas las partes están incluidas en el desarrollo del evento y la superintendencia de salud vigila que se cumplan.

El ministerio de salud y protección social asigna el presupuesto y el mensaje promocional para cada campaña, sin embargo, no establece las estrategias mediante las cuales se implementaran dichas estrategias.

- Afiches o folletos: El propósito es que el producto de salud es que este sea dinámico, creativo y ágil. El afiche sigue normas primordialmente de imagen positiva el ministerio no permite que ningún logo de laboratorio farmacéutico o cualquier casa comercial acompañe sus campañas por ser un ente regulador de los mismos.

Imagen 1 Infección respiratoria aguda

PREVENGAMOS ENFERMEDADES
Cuida tu salud

POR LA TEMPORADA DE LLUVIAS PREVENGA INFECCIONES RESPIRATORIAS

INFECCIONES RESPIRATORIAS
Son enfermedades que comprometen las vías respiratorias o al pulmón, entre las cuales se encuentran la gripe, bronquitis, neumonía, la faringitis, broncoelectromioma, la rinitis, entre otras.

¿CÓMO SE ADQUIEREN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS?
Por vía respiratoria, a través de partículas de saliva que quedan suspendidas en el aire al ser expulsadas por una persona enferma, al toser, hablar o estornudar.
Por contacto directo al saludar con la mano o de beso a una persona que tiene la enfermedad.
Al tocar elementos que han estado en contacto con una persona con gripe.

POBLACIÓN EN RIESGO
Niños menores de cinco años.
Adultos de 60 y más años.
Personas con enfermedades de enfermedades pulmonares crónicas, con inmunosupresión.
Mujeres embarazadas.

SI CREE QUE TIENE GRIPE O TIENE LOS SÍNTOMAS, SIGA ESTAS INDICACIONES
Lávese las manos con frecuencia.
Use tapabocas que cubra nariz y boca.
Evite asistir a eventos masivos.
Evite los cambios bruscos de temperatura.
Tome abundante líquido.
No comparta utensilios, cubiertos, bebidas, ni comidas.
Al toser o al estornudar, cúbrase la nariz y boca con pañuelo desechable o con el antebrazo.
Tápiese nariz y boca cuando pase de un lugar cerrado al clima ambiente.

¿CÓMO EVITAR QUE SU NIÑO SE ENFERME?
Evite el contacto de los niños con personas que tengan tos o gripe. O, si están con gripe que usen tapabocas.
Evite los cambios bruscos de temperatura.
Lactancia materna exclusiva, hasta los seis meses de edad.
Mantenga al día las vacunas, de acuerdo a la edad.
Cuando barra o limpie el polvo no lo haga cerca de los niños.
Abra ventanas y puertas para que circule el aire.
Si vive en zonas sin pavimentar, humedezca el piso para evitar que se levante el polvo.
Evite mantener encendidos carros o motos en espacios cerrados.

¿CÓMO CUIDAR A SU NIÑO SI YA ESTA ENFERMO COMO GRIPE?
Lávese las manos con frecuencia. De igual manera lo deben hacer padres y cuidadores.
Realice limpieza nasal con suero fisiológico.
Si le suministra leche materna, ofrézcale mayor cantidad, no la suspenda.
Si está comiendo menos, ofrézcale alimentos con mayor frecuencia.
Controle la fiebre, según recomendaciones dadas por el médico.
No le administre medicamentos que no haya formulado el médico.
Vigile los signos de alarma para consultar inmediatamente al médico.

Síntomas
Tos
Fiebre
Dolor de garganta, oído, cabeza
Respiración rápida
Mucosidad
Dificultad para respirar
Ojos llorosos
Malestar general
EN NIÑOS
Hundimiento de costillas

¡SIGNOS DE ALARMA!
¿En qué momento DEBE llevar a su niño al servicio médico?

Si tiene respiración rápida.
No puede comer o beber nada, o vomita todo.
Está con fiebre alta, no cede con la F.A.C.E.M.
Se le hunden las costillas.
El niño se muestra muy cansado, no quiere jugar.
Cada vez que respira, se le escuchan ruidos en el pecho al respirar.
Si el niño tiene alergia o asma.
Si el niño presenta alguno de los signos de alarma de SIVIGILA.

Elaboró: Taty Da Anacleto Pineda
Revisó: da Mercedes Clara Carolina Melo
Diseñadora: Gabriela Zamora

Tomado de SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017

- Comerciales: Anteriormente, se realizaban comerciales de 30 segundos pero son largos y pierden recordación se recomiendan comerciales de 10 segundos que son más puntuales y se emiten en todos los canales existentes: Nacionales, regionales y privados. Cuñas: Se transmiten en las 10 principales emisoras del país para lograr mayor difusión. Avisos luminosos Eucoles (paraderos): Se llega a determinado público mediante avisos en los paraderos por un periodo de 12 días.

Imagen 2 Campaña de vacunación



Tomado campaña de vacunación alcaldía mayor de Bogotá.

16. La gestión integral del riesgo.

Con el objetivo de disminuir los casos que se generen en la IRA en menores de cinco años en la red sur de Bogotá, se hace necesario gestionar “la probabilidad de ocurrencia de eventos no deseados, evitables en el ambiente o en las poblaciones que pueden tener consecuencias o causar daño a un entorno, a un individuo o a un colectivo”

En términos de que se presente la IRA existen factores generadores que pueden empeorar una condición previa, lo que hace necesario el no esperar que se genere el evento, si no adelantarnos a que este se no se presente

17. Matriz 5W1H.

Herramienta de planeación estratégica.
Ver ANEXO N°1

17.1 Estrategias promoción.

Como se contempla en la política farmacéutica nacional el Químico farmacéutico debe contribuir a los hábitos de vida saludable y los entornos a los cuales se encuentran la población, así es necesario trasladar el químico farmacéutico a la comunidad, la farmacia comunitaria satisfacen las

necesidades de salud de una comunidad que coloca a los farmacéuticos como críticos contribuyentes a la evolución de la asistencia sanitaria.

Al papel vital que desempeñan los farmacéuticos y las farmacias juegan un papel importante en la atención primaria en salud ya que ayudan a asegurar este bien establecido Infraestructura de salud sigue siendo viable y sostenible en el futuro en particularmente aquellas con enfermedades infecciosas.

La plena integración de los farmacéuticos en una colaborativo, centrado en el paciente es así que se genera la necesidad que el químico farmacéutico se traslade a la comunidad, en la infección respiratoria aguda el traslado del profesional su labor se centraría.

17.2 Promover la información, educación y comunicación social.

En la estrategia de IEC es el presenta componentes de información, medios de comunicación y estrategias pedagógicas que buscan lograr de manera eficaz y a un bajo costo aprehender y desarrollar estos hábitos en la población. Ver ANEXO N° 2.

La adopción de hábitos saludables de vida está ligados a buenas estrategias y metodologías, lo cual aun en poblaciones de bajo nivel educativo permite protegerla de riesgos y enfermedades involucra un proceso de aprendizaje que permite a las personas tomar decisiones, modificar conductas y cambiar las condiciones sociales que lo rodean

Mejorar el conocimiento de la población sobre las IRA y promover la adopción de comportamientos que contribuyan a su prevención, puede disminuir la morbilidad y la mortalidad por esta causa. Para garantizar que la población mejore sus conocimientos, actitudes y prácticas con relación a la prevención de las IRA se recomienda:

- Informar a los pacientes, a las familias y a la comunidad sobre las infecciones respiratorias, su modo de transmisión y el riesgo de padecerlas.

- Recordar a la población sobre los principios básicos de higiene personal, en especial sobre el riesgo de transmisión de IRA al toser y estornudar sin protección, y la transmisión de las manos a las mucosas.
- Indagar, toda vez que se haga el diagnóstico de IRA, sobre otros posibles casos en la familia y jardín que pueda constituir un brote de estas enfermedades
- Informar a los pacientes, a las familias y a la comunidad acerca de los signos de IRA, de las conductas adecuadas para el manejo de estas enfermedades en el hogar y los signos de alarma para la consulta precoz.
- Difundir a toda la población estos contenidos promoviéndolos a través de actividades educativas con la realización una presentación de títeres en las cuales interpretaran un cuento en el cual se brindara la información en promoción y prevención desde un enfoque del servicio farmacéutico.

17.3 Estrategias de prevención.

Esta estrategia se busca mejorar la oportunidad y calidad de la atención, evitando hospitalizaciones innecesarias, fortaleciendo la educación en prevención de la Infección respiratoria aguda en padres y/o cuidadores. Lo que podemos y debemos hacer es ayudar a las personas a manejar su enfermedad en la comunidad, a acceder al cuidado que necesitan donde viven. Ver anexo 2

17.4 Selección de medicamentos y dispositivos médicos.

Se establecerá como las actividades interrelacionadas que de manera continua multidisciplinaria y participativa se realiza en una institución de salud o en un establecimiento farmacéutico, para definir los medicamentos y dispositivos médicos con que se deben contar para asegurar el acceso de los usuarios a ellos, teniendo en cuenta su seguridad, eficacia, calidad y costo. En el proceso

de selección toma parte activa el servicio farmacéutico y el Comité de Farmacia y Terapéutica.

17.5 Comité de farmacia y terapéutica local.

Se establecerá un comité de farmacia y terapéutica por cada hospital distrital de la red sur de Bogotá, y para la integración de este comité se convocara un comité de farmacia y terapéutica local en los cuales deberán asistir un farmacéutico de por cada hospital, los promotores de salud, representante de las droguerías de las localidades. Ver anexo N° 1

En las reuniones que se establecerán en los 5 hospitales de la red sur de Bogotá esta reunión será mensual, en las cuales deben encontrarse en el grupo que las integra un Químico farmacéutico representante de cada hospital, Regente de farmacia, médico y enfermera, cada tres meses se realizara el comité de farmacia y terapéutica local en los cuales asistirán los representante de las droguerías locales, promotores de salud.

En estas reuniones se tocaran temas como son:

- Listado básico de medicamentos, en los cuales se contemplara la calidad, seguridad y costo
- Recomendar la implantación de una guía y protocolos de utilización de medicamentos
- Capacitaciones el uso correcto de medicamentos.
- Programas de actualización terapéutica.
- Elaborar protocolos de utilización de medicamentos y administración.
- Implantar un programa para detección, seguimiento y evaluación de reacciones adversas a medicamentos.

- Formular las políticas sobre medicamentos y dispositivos médicos en relación con la prescripción, dispensación, administración, sistemas de distribución, uso y control.

17.6 Adquisición de medicamentos y dispositivos médicos.

Las actividades que realiza la institución públicas de salud de la red sur (Unidad de atención de enfermedad respiratoria aguda comunitaria, UAERAC/UAIRAC, 2012) de Bogotá que permite adquirir los medicamentos y dispositivos médicos que han sido incluidos en el plan de compras, con el fin de tenerlos disponibles para la satisfacción de las necesidades de sus usuarios, beneficiarios o destinatarios.

17.7 Centro de abastecimiento.

Gestionar con eficiencia el abastecimiento de medicamentos, dispositivos y médicos en el sistema público de salud, generando ahorro, oportunidad y calidad que permitan contribuir al cumplimiento de las políticas públicas de salud generando ahorro mediante la consolidación de demanda, que permita la obtención del menor precio posible en las compras intermediadas por el sistema público de salud, para optimizar el uso de los recursos y dar mayor acceso a la salud de la población.

Garantizar la calidad de servicio en la completitud de la demanda comprometida de medicamentos y dispositivos de uso por el sistema público de salud; para asegurar el abastecimiento a la RED de Salud y otorgar tratamiento oportuno a los Pacientes.

Como agente regulador del mercado logrando mejores costos en medicamentos y dispositivos médicos, lo que constituye un apoyo para la formulación de políticas y toma de decisiones al implementar programas de salud e intervenciones sanitarias. VER ANEXO N° 1

17.8 Recepción y almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos.

Es el conjunto de actividades que tiene como objetivo el cuidado y la conservación de las especificaciones técnicas con las que fueron fabricados los medicamentos y dispositivos médicos. VER ANEXO N°1

El almacenamiento debe planificarse, teniendo en cuenta básicamente los siguientes aspectos:

- a) Selección del sitio.
- b) Diseño de instalaciones

17.9 Establecimiento de criterios, procedimientos y recursos para el cuidado y la conservación de los medicamentos y dispositivos médicos.

El procedimiento para el almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos se adelantará básicamente de conformidad con las siguientes disposiciones: organización sistemáticamente los insumos dentro del servicio permite ubicación fácil, lo que contribuye a agilizar los despachos e inventarios y ayuda a optimizar el espacio disponible. Los medicamentos se sitúan a un principio de organización específico, forma farmacéutica, clasificación farmacológica, orden alfabético o nivel de atención, acorde con los criterios de almacenamiento.

Con la utilización de tecnologías como lectores inalámbricos para código de barras, el almacenamiento de embalajes se puede realizar por líneas. VER ANEXO N°1

17.10 Distribución.

En la distribución física de medicamentos y dispositivos médicos, se aplicarán las disposiciones en el que se regulan las actividades y procesos de adquisición, embalaje, transporte, recepción, almacenamiento y distribución

Será elaborado con el propósito de optimizar la gestión de la institución, buscando un mayor grado de eficiencia y eficacia en todos y cada uno de los procesos y procedimientos implementados, la unificando los procesos en cada una de las áreas permitiendo al funcionario tener claridad en cada una de sus tareas a realizar.

17.11 Ley de talento humano en salud.

LEY 1164 DE 2007

Por Talento Humano en Salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional .Ver anexo N°5

Promoción y prevención

Jornadas de vacunación

18. Información al paciente.

Sistema de información institucional ;Las instituciones prestadoras de servicios de salud, construirán e implementarán el Sistema Institucional de Información, en lo posible computarizado, sobre medicamentos, vacunas y dispositivos médicos, integrado al Sistema Institucional de Salud, Sistema Integral de Información en Salud y Sistema General de Información Administrativa.

El Sistema de Información Institucional del Servicio Farmacéutico estará bajo la responsabilidad del director de dicho servicio. La información debe ser oportuna, completa, veraz y de calidad, sustentada en evidencia científica comprobable, obtenida de sus propias fuentes o de fuentes científicas reconocidas y permitirá la comunicación con los demás servicios de institución, Sistema Institucional de Salud, Sistema Integral de Información en Salud y Sistema General de Información Administrativa.

La asimetría tradicional de conocimientos entre ambas partes del acto médico, propia de un sistema paternalista, ha ido evolucionando hacia un nuevo marco de relaciones en el que los pacientes siguen siendo enfermos pero dejan de ser sujetos pasivos y pasan a llamarse usuarios.

Esta información será suministrada en jornadas de vacunación programadas, en los cinco hospitales que integran la red sur de Bogotá, interpersonalmente el Químico Farmacéutico, capacitara a las auxiliares de enfermería las cuales suministrarán la información a los pacientes, y esta a su vez brindaran la información a los padres de familia que asisten a colocarle las vacunas a niños menores de 5 años, pero también se contara con las bases de datos como son: CIMUN y medicamentos a un clic por los cuales los pacientes podrán dejar sus preguntas las cuales serán atendidas en el CIMUN: 24 horas para preguntas de urgencias y lanzo superiores podrán tardar hasta una semana cuales las preguntas sean de un carácter más académico. VER ANEXO N°2

18.1 Lactancia materna.

Este derecho posibilita que los niños y las niñas tengan: una mejor salud y un mejor crecimiento y desarrollo. Por ello se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y complementada hasta los 2 años o más. Ver anexo N°2

La leche materna es mejor alimento para el bebé, ya que tiene todo lo que necesita, en las cantidades justas para que se desarrolle adecuadamente y crezca saludable

El objetivo de la capacitación es acompañar a la madre, la familia o quien se ocupa del cuidado del niño o niña, para facilitar la adopción de prácticas y conductas beneficiosas en relación con la alimentación de los niños; la evaluación de la alimentación y la orientación que se debe brindar en cada control del niño sano, así como también cuando está enfermo o cuando es

dado de alta. Asegurar el cumplimiento de estos aspectos es parte fundamental del compromiso para mejorar la salud y la nutrición de los niños.

Brindar información concreta y apropiada, hay que establecer una relación confiable

–Mostrando interés, respeto y comprensión, y aceptando los dichos y sentimientos de las personas– y reforzar la confianza de padres o cuidadores en la tarea que les compete.

Esta capacitación se brindara en los hospitales de la red sur de Bogotá, cuando los padres de familia o cuidadores asistan a la aplicación de vacunas obligatorias, se les brindara esta capacitación.

18.2 Micronutrientes y control vitamínico.

La estrategia PAI-Plus consiste en la inclusión de vitamina A (cápsulas líquidas blandas por 100.000 Unidades Internacionales - UI) en el esquema del Plan Ampliado de Inmunizaciones para suplementar a niños y niñas menores de 5 años y a las mujeres lactantes en posparto (hasta la semana 6 después del parto), de acuerdo al esquema PAI. Es por ello que se ha denominado “Intervenciones múltiples a través de un solo canal”, pues se aprovecha la logística de la vacunación. Ver anexo N°2

Para llevar a cabo otra intervención, en este caso la suplementación con Vitamina A. Como se trata de una medida de suplementación, su impacto se logra en corto plazo.

La vitamina A es un nutriente determinante en la nutrición infantil, mejora la defensa ante algunas enfermedades y en consecuencia previene la muerte, especialmente en los primeros años de vida (1–3), además, aparentemente ayuda a mejorar funciones neurológicas. En niños menores de 3 años es necesaria para la visión, la generación y conservación de tejido epitelial interno y externo, crecimiento corporal y el sistema inmunológico y reproductivo.

En Colombia, el déficit de vitamina A es considerado por la OMS un problema de salud pública moderado. Según la encuesta de nutrición del 2010, que conduce el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la prevalencia del déficit de esta vitamina en niños de 1 a 4 años fue 24,3 %, lo que implica un incremento de 5,9 y 11,1 puntos porcentuales frente a los resultados de la misma encuesta realizada en 2005 y 1995 respectivamente.

Teniendo en cuenta que la deficiencia de vitamina A en niños es un problema de salud pública significativo, diversos países han diseñado estrategias enfocadas a reducir y controlar las carencias de los principales micronutrientes. Dentro de las estrategias que se encuentran actualmente en uso se destaca la administración de suplementos y la educación nutricional para asegurar el consumo regular de alimentos ricos en micronutrientes.

Se realizara una guía de práctica clínica para os profesionales de la salud enfocada en la promoción del crecimiento en niños menores de 5 años

El objetivo suplementación vitamínica a población primera infancia es acompañar a la madre, la familia o quien se ocupa del cuidado del niño o niña, para facilitar la adopción de prácticas y conductas beneficiosas en relacionado al crecimiento y desarrollo, además de brindar información concreta y apropiada, hay que establecer una relación confiable –mostrando interés, respeto y comprensión.

El monitoreo del crecimiento es esencial para ayudar a las madres o cuidadores a comprender cómo la alimentación y las medidas preventivas de salud pueden asegurar la salud integral del niño.

18.3 Prevención.

Atención de eventos de interés en salud publica IRA VER ANEXO N° 1

18.4 Estilos de vida saludable.

La eficacia de las conductas saludables es mayor si se instauran desde la infancia educar a los niños y niñas en estilo de vida saludables desde temprana edad, es la medida preventiva más eficaz para mejorar la condición de salud a lo largo de toda la vida del individuo. VER ANEXO N°1

18.5 Acciones dirigidas a la formación de estilos de vida saludable.

Es importante que los niños y las niñas vivencien experiencias que les permitan avanzar en la consolidación de hábitos saludables. En este sentido se sugiere considerar los siguientes aspectos:

— Motivarles y explicarles en su lenguaje los pasos a seguir para practicar los hábitos, haciendo énfasis en los beneficios que éstos brindan a la salud y bienestar integral.

— Mostrar de manera práctica las indicaciones de los pasos a seguir durante la rutina diaria para formar hábitos saludables. Los niños y las niñas comprenden mejor mirando el cómo hace.

Estas actividades se realizarán con ayuda de láminas para explicar los pasos de un hábito y con un montaje en vivo en cada capacitación para garantizar la retención de la información ya que, después de la demostración se pedirán que los padres o cuidadores realicen la misma representación.

Se programarán las visitas a los UPA, una vez al mes organizándolas según la ubicación de cada hospital distrital, para garantizar que todas las UPA reciban las capacitaciones programadas de estilos de vida saludable. VER ANEXO N°2

18.6 Cuidado en el hogar.

Orem (1995) conceptualiza el cuidado dependiente como una actividad que ejecutan los adultos responsables para los individuos socialmente dependientes. Los niños como receptores requieren del cuidado parcial o total

de otros para su estado de salud y para mantener los requerimientos de autocuidado, debido a que se encuentran en etapas de desarrollo físico, psicológico y social. Para que el cuidado dependiente se lleve a cabo se deben de cubrir ciertos requisitos universales y de desarrollo. Un requisito se refiere a las acciones que se suponen son necesarias para la regulación del funcionamiento y desarrollo humano con la finalidad de controlar los factores ambientales y humanos que afectan dicha regulación y así lograr en este caso el cuidado dependiente.

El menor de cinco años que se enfrenta a las infecciones respiratorias demanda un cuidado dependiente para restaurar sus requisitos universales desviados (aire, alimentación y funcionamiento), en este sentido la madre, como ya se mencionó, actúa como agente de cuidado ejecutando acciones que cubran dichos requisitos.

Se elaborara una guía dirigida a los padres o cuidadores del menor de la cual es una herramienta que servir como guía en las cuales se encontrara recomendaciones acerca de los factores que pueden proteger la salud del niño y pueden ser fomentados por los padres y cuidadores de los niños para apoyar su sano desarrollo.

La guía se tomara como ayuda educativa en la cual permitirá conversar y analizar con la familia y la comunidad cada mensaje educativo.

El diseño de esta guía permite seleccionar fácilmente los temas por el sistema en las diferentes secciones cada hoja de la guía contiene por una cara ilustraciones alusivas a los mensajes educativos, para mostrar a la madre, familia y comunidad durante la consejería y por la otra cara, texto con los contenidos simplificados del tema como son como almacenamientos de los medicamentos que se encuentran en el hogar, cuales son los medicamentos que maneja en el hogar, que medicamentos utiliza cuando el menor presenta síntomas de IRA, como se debe realizar la administración de medicamentos.

Uso adecuado de medicamentos de venta libre (OTC), para el tratamiento de IRA

La Organización Mundial de la Salud -OMS- adoptó como definición para los medicamentos de Venta Libre u OTC (Sigla en inglés “OverTheCounter”, que literalmente, traducida al español, significa “sobre el mostrador”) a los “medicamentos cuya entrega y administración no requieren de la autorización de un facultativo. Puede identificarse diferentes categorías para estos medicamentos, de acuerdo con la legislación de cada país. Asimismo, el lugar de venta para estos productos puede estar limitado a las farmacias o puede darse en establecimientos comerciales”. (Organización Mundial de la Salud - OMS-). Ver ANEXO N° 4

Los medicamentos de venta libre para el tratamiento de IRA en menores de cinco años deben contar con una serie de especificaciones como lo son:

- 1) Sean eficaces y seguras para ser automedicadas en el alivio de síntomas de problemas menores y utilizados por tiempos cortos.
- 2) Sean formas farmacéuticas de fácil manejo y almacenamiento
- 3) Su dosificación terapéutica sea de bajo riesgo.
- 4) Sean monofármacos o asociaciones con índice riesgo/beneficio
- 5) Indicaciones específicas de uso
- 6) No se destinen a la prevención o curación de patologías que requieran diagnóstico o prescripción facultativa, así como a aquellas otras patologías que determine el Ministerio de Salud y Protección.
- 7) Duración del tratamiento.
- 8) Estén destinadas a la prevención, alivio o tratamiento de síndromes o síntomas menores.

9) Se formulen con las sustancias medicinales expresamente establecidas por el Ministerio de Salud y protección en una lista positiva, la cuál será actualizada periódicamente.

10) Hayan demostrado ser seguras y eficaces para la indicación terapéutica correspondiente.

Un medicamento de venta libre puede contribuir, notablemente, a optimizar los recursos que las instituciones de salud, la familia y cada individuo, asignan para el cuidado de la salud.

En general, puede decirse que, el cuidado de la salud y el uso responsable de los medicamentos de venta libre (OTC), son elementos esenciales en la atención primaria a la salud.

Los medicamentos de venta libre representan una gran parte del régimen terapéutico en los sistemas de salud, se emplean para el cuidado de la salud con sus respectivas indicaciones terapéuticas

La actividad de capacitación para padres de familia y/o cuidadores se llevara a cabo en las 27 UPAS con los que cuenta la red sur de Bogotá, en las cuales se realizara por programaciones programadas por la enfermera jefe que maneja el plan de salud pública PIC.

19. Farmacovigilancia.

La Farmacovigilancia se ocupa de la detección, la evaluación y la prevención de los riesgos asociados a los medicamentos una vez comercializado. La definición fue ampliada en el 2002, considerando la Farmacovigilancia como “La ciencia y actividades relacionadas con la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o cualquier problema relacionado con medicamentos.

En Colombia la Farmacovigilancia trata de estudiar problemas asociados al uso y los efectos del uso de medicamentos en la sociedad con el objetivo de prevenirlos y resolverlos. Se entiende que la Farmacovigilancia se ocupa de los medicamentos, medios de contraste, vacunas y pruebas diagnósticas, pero también incluye problemas asociados con productos fitoterapéuticos o plantas medicinales VER ANEXO N° 3-4

Los principales objetivos de la farmacovigilancia son:

1. Detección temprana de las reacciones adversas e interacciones desconocidas hasta ese momento.
2. Detección de aumentos de la frecuencia de reacciones adversas (conocidas),
3. Identificación de factores de riesgo y de los posibles mecanismos subyacentes de las reacciones adversas.
4. Estimación de los aspectos cuantitativos de la relación beneficio/riesgo y difusión de la información necesaria para mejorar la regulación y prescripción de medicamentos.

Los objetivos finales de la farmacovigilancia son:

19.1 El uso racional y seguro de los medicamentos.

La evaluación y comunicación de los riesgos y beneficios de los medicamentos comercializados.

19.2 La educación y la información a los pacientes.

En Colombia para el año 1996 La línea especializada de Farmacovigilancia del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA la cual trabaja en pro del uso seguro de los medicamentos en el país. Las líneas de acción del Programa Nacional de Farmacovigilancia están enfocadas a la

recolección y análisis de reacciones adversas a medicamentos y productos biológicos, la socialización de información sobre seguridad de medicamentos y la Coordinación de la Red Nacional de Farmacovigilancia.

Esta red cuenta con dos grupos de actores: Personas (Pacientes, cuidadores y profesionales de la salud -médicos tratantes, odontólogos, enfermeros, químicos farmacéuticos, etc.) e Instituciones (Hospitales, clínicas, autoridades seccionales de salud, laboratorios farmacéuticos, importadores y comercializadores de medicamentos, INVIMA). La Red cuenta con el Grupo de Farmacovigilancia del INVIMA como nodo central.

19.3 Uso racional de medicamentos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985 define que hay Uso Racional de los Medicamentos (URM) “cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad”.

El URM promueve la calidad en el cuidado de la salud, asegurando que usemos los medicamentos sólo cuando sean requeridos y que comprendamos claramente el motivo de su uso y la forma correcta de utilizarlos en las dosis, intervalos y períodos de tiempo indicados por el profesional de la salud.

Una estrategia de URM no puede restringirse solo al abordaje de los temas relacionados con la prescripción y la dispensación racional por parte de los profesionales de la salud y la utilización apropiada por parte de los pacientes. Es indispensable ampliar la mirada, para valorar la posibilidad de acceso, la eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos disponibles en el mercado, las necesidades y problemas de salud prioritarios, el contexto de políticas de salud y de medicamentos en particular, la influencia del mercado y la publicidad, las diferencias culturales, la participación social, etc., colocando al paciente y su comunidad en el centro de la escena para proveerle una atención

sostenida, en la que el uso racional de medicamentos sea una de las estrategias efectivas.

19.4 Administración de medicamentos.

Una actividad básica en el uso seguro de los medicamentos es establecer una historia farmacoterapéutica completa del paciente en el medio ambulatorio y hospitalario, y realizar su respectiva actualización y seguimiento permanente. Esta historia farmacoterapéutica elaborada por el químico farmacéutico permite la detección de problemas relacionados con el uso de medicamentos. (Esta conciliación farmacéutica está incluida en los requerimientos del Sistema Único de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad).

- Seguridad en el uso de medicamentos La historia farmacoterapéutica se debe desarrollar de forma análoga a la apertura, actualización y seguimiento que ejecuta el médico de la historia clínica o de la evolución clínica del paciente. La historia farmacoterapéutica debe considerarse como un programa indispensable en las diferentes instituciones de salud y un paso obligado para evitar errores de medicación y trabajar por el uso seguro de medicamentos.

19.5 Automedicación responsable.

La automedicación es entendida como la práctica sanitaria en la que el individuo, por su propia iniciativa o por sugerencias de personas diferentes al prescriptor, toma decisiones sobre los problemas que afectan su salud y la farmacoterapia necesaria para superarlos. “La automedicación y sus términos sinónimos, auto formulación, auto prescripción o autodeterminación prescriptiva, es definida como la acción de recurrir a los fármacos sin mediar la prescripción del médico”

Los medicamentos disponibles en nuestro país para la automedicación constituyen una pequeña parte de los medicamentos que se comercializan y se

denominan medicamentos de venta directa, siendo aquellos que se pueden adquirir sin receta médica.

La automedicación responsable, se contrapone a la autoprescripción, que corresponde al uso indiscriminado de medicamentos que, requiriendo de una receta médica, se consume sin indicación ni supervisión de un profesional.

¿Cuáles son los beneficios de la automedicación responsable?

Se verifican tanto a nivel individual como comunitario (para la sociedad) y corresponden a los siguientes:

- El alivio o solución de problemas de salud se puede realizar de manera autónoma y complementaria a la labor profesional de los médicos.
- Incrementa la autonomía y la responsabilidad de las personas en el cuidado de su salud.
- Se evitan las esperas, desplazamientos, pérdidas de tiempo, etc.
- Se contribuye al desahogo del sistema sanitario, congestionado habitualmente por dolencias que son susceptibles de tratarse de manera autónoma.

19.6 ¿Quiénes participan de la automedicación responsable?

Los medicamentos son sustancias que habitualmente ayudan a aliviar, controlar y curar enfermedades. Sin embargo, no se debe olvidar que son productos químicos, que empleados en forma inapropiada, excesiva o indiscriminada pueden causar problemas. En base a lo anterior, es que los medicamentos por norma general son indicados (prescritos o recetados) y supervisados en su uso por médicos, matronas o dentistas. Sin embargo, existe un grupo de medicamentos que por su seguridad, eficacia y fácil utilización, pueden ser empleados por las personas sin requerir de asistencia médica. Estos son los denominados medicamentos de venta directa, que

pueden ser adquiridos en farmacias sin necesidad de presentar una receta médica. La automedicación, al tratarse del uso de medicamentos de venta directa sin supervisión, requiere de una actitud responsable en su uso, que incluye la consulta al farmacéutico de la farmacia donde adquiere el medicamento, el reconocimiento adecuado de síntomas de fácil diagnóstico y la identificación del medicamento que más se ajuste a su requerimiento, así como la lectura completa y responsable de los folletos de información que acompañan al producto. En la automedicación responsable, juegan un rol importante, el paciente, el farmacéutico que dispensa los medicamentos, los fabricantes que los producen y la autoridad sanitaria que autoriza y fiscaliza los medicamentos. VER ANEXO N°2

19.7 El rol del paciente.

Si una persona opta por la automedicación debe ser capaz de:

1. Reconocer los síntomas que se deben tratar;
2. Determinar que está en condiciones apropiadas para la automedicación;
3. Elegir un producto de automedicación adecuado;
4. Seguir las instrucciones para el uso del producto descritas en su rotulado y folleto de información.

19.8 El rol del farmacéutico.

En la automedicación el farmacéutico tiene una importante responsabilidad en su control, ya que es el único profesional que podría intervenir en ella de manera directa. Así cada persona podrá ver en el farmacéutico un consejero y educador, que lo apoyará en el restablecimiento y cuidado de su salud. Respecto de la automedicación el farmacéutico tiene las siguientes funciones:

- Proporcionar asesoría objetiva sobre la automedicación y los medicamentos de venta directa que están disponibles para ello.

- Informar acerca de las posibles interacciones o contraindicaciones de un medicamento; así como verificar que la dosis y presentación seleccionadas sean las correctas. Uso Racional de los Medicamentos Ministerio de Salud. 26
- Comunicar al usuario respecto de los posibles efectos adversos que pueden presentarse al emplear el medicamento y que situaciones requerirían asistencia médica.
- Recomendar la asesoría médica si el paciente reconoce que la automedicación no es apropiada, por persistencia o agravamiento de los síntomas o por la presentación de efectos no deseados.
- Incentivar al paciente a leer cuidadosamente el rotulado y folleto de información del producto, para obtener consejos útiles y reconocer las circunstancias cuando la automedicación es o no haya sido apropiada
- Alentar al público a considerar los medicamentos como productos especiales que deben ser almacenados y utilizados racionalmente y, para tal propósito, no tomar ninguna acción que pueda alentar a las personas a comprar un medicamento en cantidades excesivas.
- Reconocer y reforzar la distinción entre medicamentos con prescripción y aquellos que no la requieren (medicamentos de venta directa) y asegurarse de que las personas que utilizan la automedicación estén bien informadas y protegidas de los posibles riesgos o efectos negativos a largo plazo.

Las fuentes de información de los pacientes pueden ser:

En una esfera muy próxima: El personal del sistema de salud: el médico responsable de la prescripción; la enfermera responsable de la administración; el químico farmacéutico responsable en los servicios de farmacia, por la

dispensación, la atención farmacéutica y otros aspectos relacionados con del medicamento; La institución de salud en que recibimos atención.

RAM

Se entiende Como Reacción adversa a medicamentos (RAM) cualquier efecto perjudicial que ocurre tras la administración de un fármaco a las dosis normales utilizadas en la especie humana , para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o para la modificación de alguna función fisiológica. (Uso racional de medicamentos una tarea de todos,, 2010)

Diagnóstico

19.9 Recolección de muestras de laboratorio de virología.

Las patologías producidas por agentes virales son de alta frecuencia en la consulta pediátrica. En la mayoría de los casos, el diagnóstico etiológico se sospecha basado en los síntomas y signos del paciente y no se requiere confirmación por laboratorio. Sin embargo, en la actualidad también nos vemos enfrentados a la complejidad de pacientes graves en unidades de cuidados intensivos, quienes presentan cada vez mejores expectativas de éxito en sus tratamientos. En ellos, el oportuno y correcto diagnóstico etiológico y la monitorización de las infecciones virales.

Las aplicaciones del diagnóstico virológico son variadas y dependen de los medios disponibles y de las circunstancias que ameriten un diagnóstico etiológico específico. En salud pública se utiliza habitualmente en programas de vigilancia epidemiológica.

Los métodos de diagnóstico viral se basan fundamentalmente en:

a) Detección del agente viral completo o de sus componentes: por aislamiento viral con observación del efecto inducido por el virus vivo propagado en un

huésped biológico; por visualización de la partícula viral total o parcial; por detección de sus componentes macromoleculares (antígenos virales o ácido nucleico viral).

b) Detección de la respuesta inmune del huésped mediante el estudio de anticuerpos antivirales (serología).

19.10 recolección de muestras de laboratorio de microbiología.

Recolección de muestras para cultivo

Las indicaciones para obtener cultivos representativos de sangre o líquido pleural, están relacionadas con las condiciones clínicas del paciente. Si el paciente ha recibido algún antimicrobiano antes de la recolección de la muestra de sangre, deben tomar un total de dos muestras separadamente en un tiempo no mayor de 48 horas.

El objetivo es identificar los microorganismos responsables de IRAG o IRAG inusitado para poder plantear un tratamiento dirigido y evitar el uso inadecuado de antimicrobianos.

Las muestras de sangre para hemocultivo deben ser procesadas para el diagnóstico de gérmenes comunes (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza*, *Moraxellacatarralis*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* y *Pseudomonas aeruginosa*). Deben ser sembradas en Agar Sangre, Agar Chocolate, Agar MacConkey.

19.11 Farmacovigilancia en paraclínicos.

Farmacovigilancia es un requisito imprescindible para la detección precoz de los riesgos asociados con medicamentos y la prevención de reacciones adversas a estos. Además, es una ayuda a los profesionales de la salud y a los pacientes para conseguir la mejor relación beneficio/riesgo con una terapia segura y efectiva. La farmacovigilancia desempeña un papel importante en la

toma de decisiones en farmacoterapia, en los aspectos individual, regional, nacional e internacional

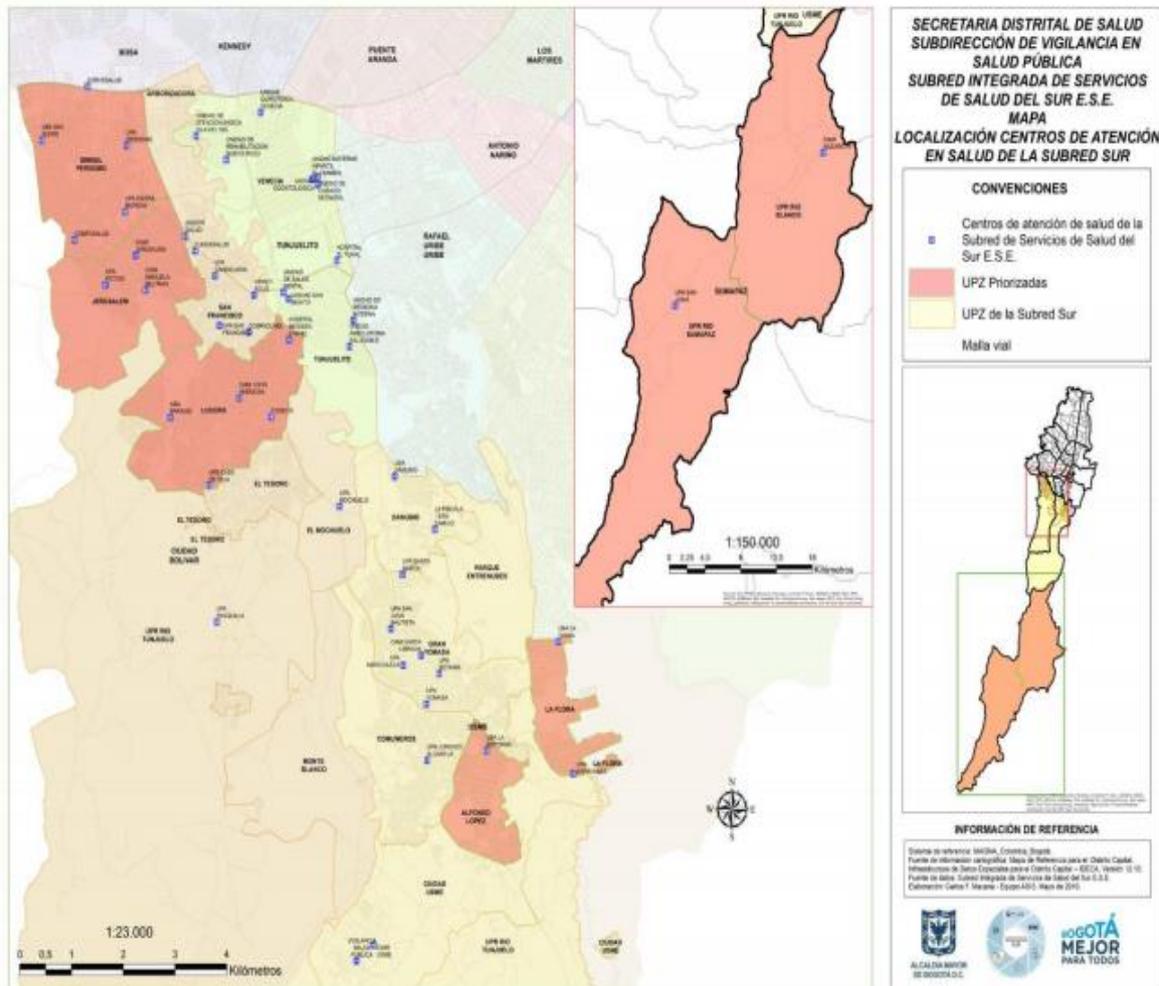
La estrategia número cinco corresponde al fortalecimiento de la rectoría y del sistema de vigilancia con enfoque de gestión de riesgos, haciendo énfasis en el diseño del sistema de vigilancia y el desarrollo de un programa de farmacovigilancia que incluya la generación y difusión de sistemas de alerta, la vigilancia activa de medicamentos de interés , la vigilancia de usos no autorizados, así como planes de gestión de riesgo y vigilancia de errores de medicación además de estrategias de prevención.

Estos procedimientos promueven distintas formas de aprendizaje y de mejoramiento de la seguridad, al generar alertas, difundir experiencias, analizar tendencias de riesgo y perfeccionar el funcionamiento de los sistemas.

20. Propuesta

Dando respuesta a la petición del ministerio de salud y protección, se genera la propuesta de la ruta farmacéutica y acogiendo la posición plateada por la Organización Panamericana de la Salud, que la atención primaria debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud.

Imagen 3 Unidades de servicio de la Sur red integrada



Tomado Subred Integradas de Servicios de salud Sur

Sector Sur con un alto nivel de vulnerabilidad, a lo que se suma la carencia de servicios de salud de niveles dos y tres tanto del servicio de la red pública como privado. Está limitado por el río Tunjuelito en su costado occidental; por los cerros en su costado oriental y sur con el acceso al Sumapaz.

Por su zona de montaña al sur y occidente; por la autopista del sur y por el río Tunjuelito en todo su costado por occidental, factor que lo hace especialmente frágil por la baja cantidad de conexiones.

20.1 Momentos del curso de vida

Primera infancia: Hace referencia al momento vital o etapa que comprende el desarrollo de los niños y las niñas desde su gestación hasta los 5 años de vida (Política de Primera Infancia, 2006; Ley 1098 de 2006). Los niños y las niñas desde su nacimiento hasta los 5 años son sujetos de derechos y, en cuanto tales, seres sociales únicos, irreductibles, activos y con subjetividad propia. Esta concepción implica que se consideran seres humanos dignos, amparados por los derechos propios a su naturaleza y particular momento del ciclo vital (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2013) .

20.2 Grupos de riesgo

9. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas

3. Entornos.

Tabla 11 Entornos

Entorno	Manual de RIAS	Ministerio de educación	Ministerio de salud primera infancia
Entorno hogar	Se comprende como el escenario de refugio, acogida y afecto. Constituye un espacio de residencia permanente y es fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales de base para la vida social, cultural y política de las personas y las familias.	Entorno familiar Este tipo presta atención integral en cuidado, nutrición y educación inicial a niños y niñas menores de cinco años.	Está dirigida a los niños y niñas de familias que no pueden acceder a una oferta de atención integral, como los hogares de bienestar o los jardines infantiles debido a dificultades geográficas o de otro tipo. Esta modalidad tiene como propósito formar a los padres de familia para que asuman el rol de educadores en el hogar.

<p>Entorno educativo</p>	<p>Comprendido como escenarios de vida cotidiana donde la comunidad educativa desarrolla capacidades a través de procesos de enseñanza/aprendizaje contextualizados, que permiten la construcción social y reproducción de la cultura, el pensamiento, la afectividad, los hábitos y estilos de vida</p>	<p>Esta modalidad va dirigida a niños y niñas menores de cinco años ubicados en zonas urbanas. En esta se brindarán los componentes de cuidado, nutrición y educación</p>	<p>El entorno institucional, está dirigida a la atención de niños y niñas mediante la utilización de la capacidad instalada y la experiencia. Se les brindarán los componentes de educación inicial, salud, nutrición, recreación, cuidado afectivo y social.</p>
<p>Entorno comunitario</p>	<p>Los espacios donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias; así como también, los espacios de relación, encuentro y desplazamiento, como son las infraestructuras, bienes y servicios dispuestos</p>	<p>Esta modalidad brinda atención integral a los niños y niñas menores de cinco años atendidos actualmente por los Hogares Comunitarios de Bienestar del ICBF, complementando los servicios de</p>	<p>Se dirige a niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF. En esta modalidad, se busca complementar los servicios de cuidado y nutrición que reciben los niños con el componente educativo.</p>

	en el espacio público.	cuidado y nutrición con un componente educativo.	
--	------------------------	---	--

Elaboración propia

En las modalidades de entorno hogar, educativo y comunitario. La iniciativa tendrá un enfoque en la primera infancia en las cuales se debe contar con el cuidador como parte de las estrategias a realizar en las que se deben incluir elementos como son el juego, la literatura y la educación a los cuidadores.

En el marco metodológico para la elaboración de las rutas integrales de atención en salud (RIAS).

20.3 Planeación para la elaboración de la RIAS.

Generar una participación del servicio farmacéutico en las RIAS, como parte de su implementación en Infección Respiratoria Aguda en primera infancia a nivel de Bogotá D.C, en la zona sur.

Convocar al equipo.

En el ejercicio educativo se convocará a tres expertos.

Primer experto: José Ricardo Urrego

Segundo experto: Alex Vanessa Medina

Tercer experto: Claudia Afanador

Tabla N° 12 Identificación / Priorización del grupo de riesgo

Características del grupo de riesgo	
Nombre del grupo de riesgo	IRA en primera infancia
Factores de riesgos relacionados con el grupo de riesgo	Edad, Nutrición , sexo, temporadas de lluvia
Desenlace relacionado con el grupo de riesgo	Morbilidad

VER ANEXO N° 9

21. Objetivos

21.1 Objetivo general

Proponer la conformación y organización de una ruta de atención primaria en servicios farmacéuticos en la red sur de Bogotá, en infección respiratoria aguda con énfasis en APS

21.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la condición de la demanda y oferta de servicios en el tratamiento de la IRA en la red sur de Bogotá.
- Establecer los procesos estratégicos para la prestación de servicios farmacéuticos dentro de la red con énfasis en APS.

22. Metodología

Tabla 13 Metodología

Fases	Técnica
Tipo de estudio	Estudio descriptivo transversal
Diagnóstico situacional de entorno.	<p>Análisis de situación teniendo en cuenta las tres variables epidemiológicas, las cuales se pudieron extraer del programa SIVIGILA.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persona. 2. tiempo. 3. Lugar
Revisión rápida de literatura	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir palabras claves. 2. Establecimiento de bases de datos. 3. Definir tiempo de búsqueda. 4. Establecer idiomas (español- inglés) 5. Se hizo lista de chequeo para revisión 6. calidad de información. 7. Selección del material pertinente al objetivo del trabajo.
Revisión del modelo de atención integral MIAS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión actual de la normativa MIAS. 2. Revisión de los protocolos para la elaboración de las rutas integrales de salud. 3. Se revisó la normatividad existente en Colombia para servicios farmacéuticos.

<p>Diseño de la Ruta</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se evaluó la historia de la enfermedad. 2. Se construyó el esquema de la historia de la enfermedad. 3. Se construyó esquema intervenciones en los estadios de la enfermedad (patogénico y pre patogénico.) 4. Se hizo una matriz 5W1H la cual tiene un objetivo estratégico, estrategias que son las siguientes: Que, porque, como, donde, quien 5. Se siguió el manual MIAS para la elaboración de la ruta.
<p>Diseño de la estructura de la red de prestación de servicios</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión bibliográfica sobre modelos de redes de prestación de servicios de salud 2. Establecer el flujo de información necesaria acorde a las funciones del servicio farmacéutico 3. Organización del mapa de procesos de dirección, prestación del servicio y de apoyo.

23. Discusión y resultados.

23.1 Diagnóstico situacional.

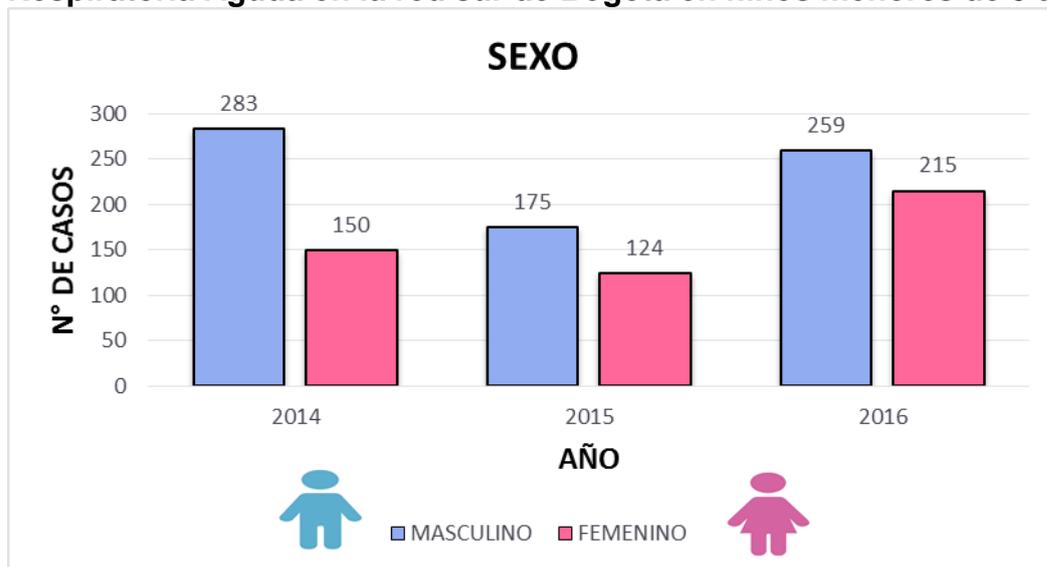
A partir de los datos obtenidos del programa de SIVIGILA, se estableció el diagnóstico situacional.

23.2 Variable persona.

La población infantil registrada fue de 1206 casos, de los datos reportados por el programa de SIVIGILA de datos sospechosos, probables y confirmados por laboratorio, de la red sur de Bogotá tomando los años 2014, 2015 y 2016, se

filtrar la información y por localidades de atención que se encuentran ubicadas en el sur de Bogotá las cuales lo conforman: Antonio Nariño, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe, Tunjuelito y Usme; Se encuentran en un rango de edad de 0 a 5 años, para la extracción de los datos se tuvo en cuenta la calidad del dato completitud, repetibilidad y duplicidad, se evidencio un mayor número de casos en el 2016 con un total de (474) casos el año 2014 con (433), esto puede presentarse ya que según lo reportado por el IDEAM en los años 2014 y 2016, fueron años en que se aumentó la precipitación, comparados con el 2015, y según el artículo Infección respiratoria aguda en niños un problema de salud pública no resuelto por Natalia Restrepo Centeno MD, argumenta que los cambios climáticos inciden en la aparición de nuevos casos de IRA, en menores de 5 años.

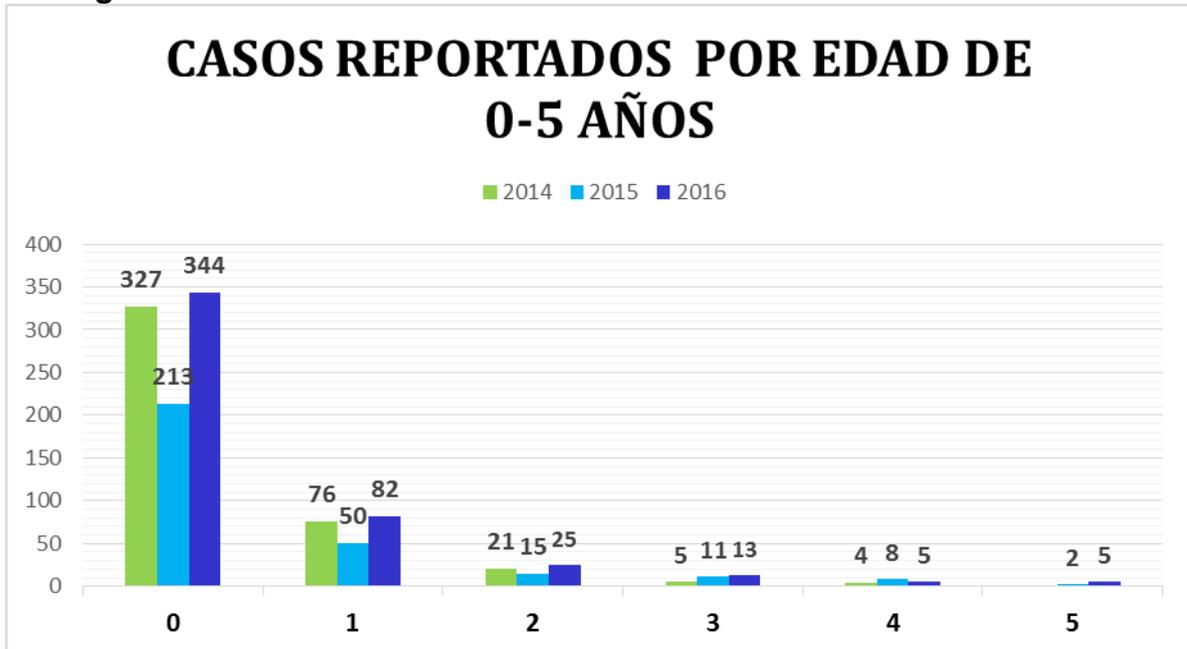
Gráfica 1 Casos reportados por el programa SIVIGILA sobre la Infección Respiratoria Aguda en la red sur de Bogotá en niños menores de 5 años



Se evidencia un número mayor de casos reportados de niños que niñas, lo que coincide con el estudio de López y otros (2001) que indican que son los principalmente afectados por las IRA, más aun si son menores de cinco años. Kuszniez, (2007) también plantea que de los pacientes que presentaron IRA, mayormente eran varones.

23.3 Variable tiempo.

Gráfica 2 Casos reportados de IRA por edades de 0 a 5 años, en la red sur de Bogotá.



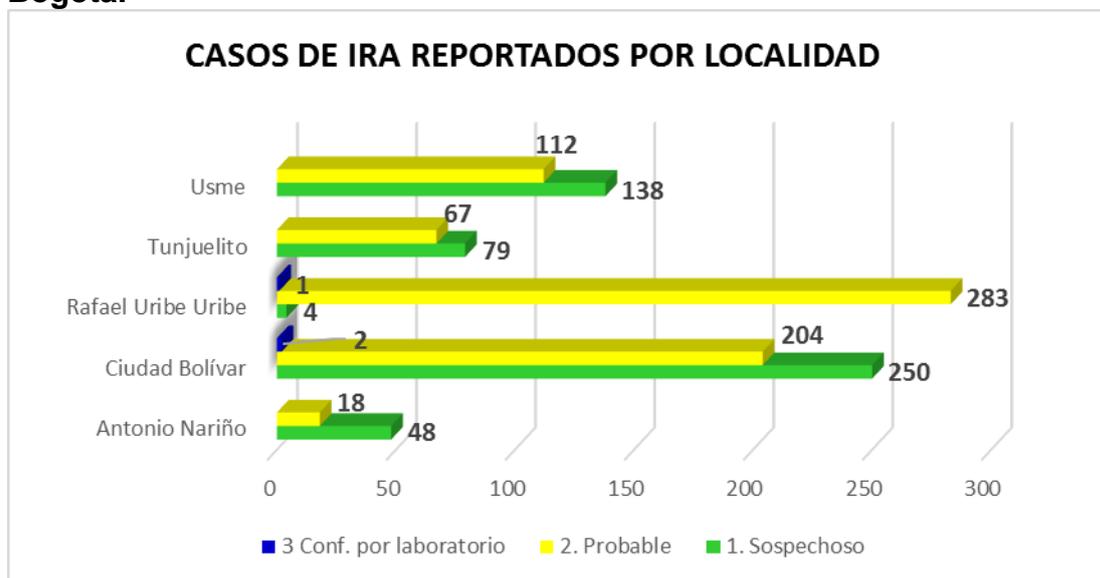
Las Infecciones respiratorias agudas (IRA) son consideradas unos de los principales motivos de consulta en menores de 5 años, transformándose en uno de los problemas más importantes de Salud Pública en Bogotá.

Analizando la distribución por edad, se observó una mayor concentración en los menores de 1 año. Lo que permite afirmar que la infección respiratoria aguda afecte principalmente a dicho grupo etario, esto se puede deber que al que el crecimiento y desarrollo se encuentran como indicadores de salud, el bajo peso al nacer se considera un factor de riesgo, ya que los menores que presentan este estado tiene 5 veces más posibilidades de desarrollar una IRA, también se puede asociar que la malnutrición materna, y el bajo peso al nacer es un riesgo de tener hijos con malnutrición, en este grupo etario se cuenta con una inmadurez inmunológica, lo que los hace más propensos a presentar esta patologías, esquemas de vacunación incompleto contribuyen a la aparición de dichas patologías.

Se genera una disminución de los casos cuando los menores se encuentran en un rango de edad de 3 a 5 años, esto se puede asociar a que la madurez pulmonar está completa, permitiéndoles tener un sistema inmune más resistente.

23.4 Variable lugar.

Gráfica 3 Casos reportados por localidad de residencia de la red sur de Bogotá.



Se evidencio un número mayor de casos reportados por la localidad Ciudad Bolívar, entra casos sospechosos y probables con 460 casos, esto puede deberse a que ciudad Bolívar es la localidad más grande de Bogotá y según las proyecciones de población de localidades 2014 para Bogotá se estiman que hay 71 nacimientos por cada 1000 MEF (modelo de efectos fijos), por ende se deduce, que al presentar más casos por relaciona por su población, se evidencia que se generan más datos en el tipo de caso probable con 684 casos, esto se puede deber a que este tipo de casos es aquel que cumple con criterios de la definición clínica en la patología IRA, por ende su identificación se hace más sencilla.

En cuanto a su etiología o agente causal; Entre los numerosos microorganismos causantes, los virus se reconocen como los agentes

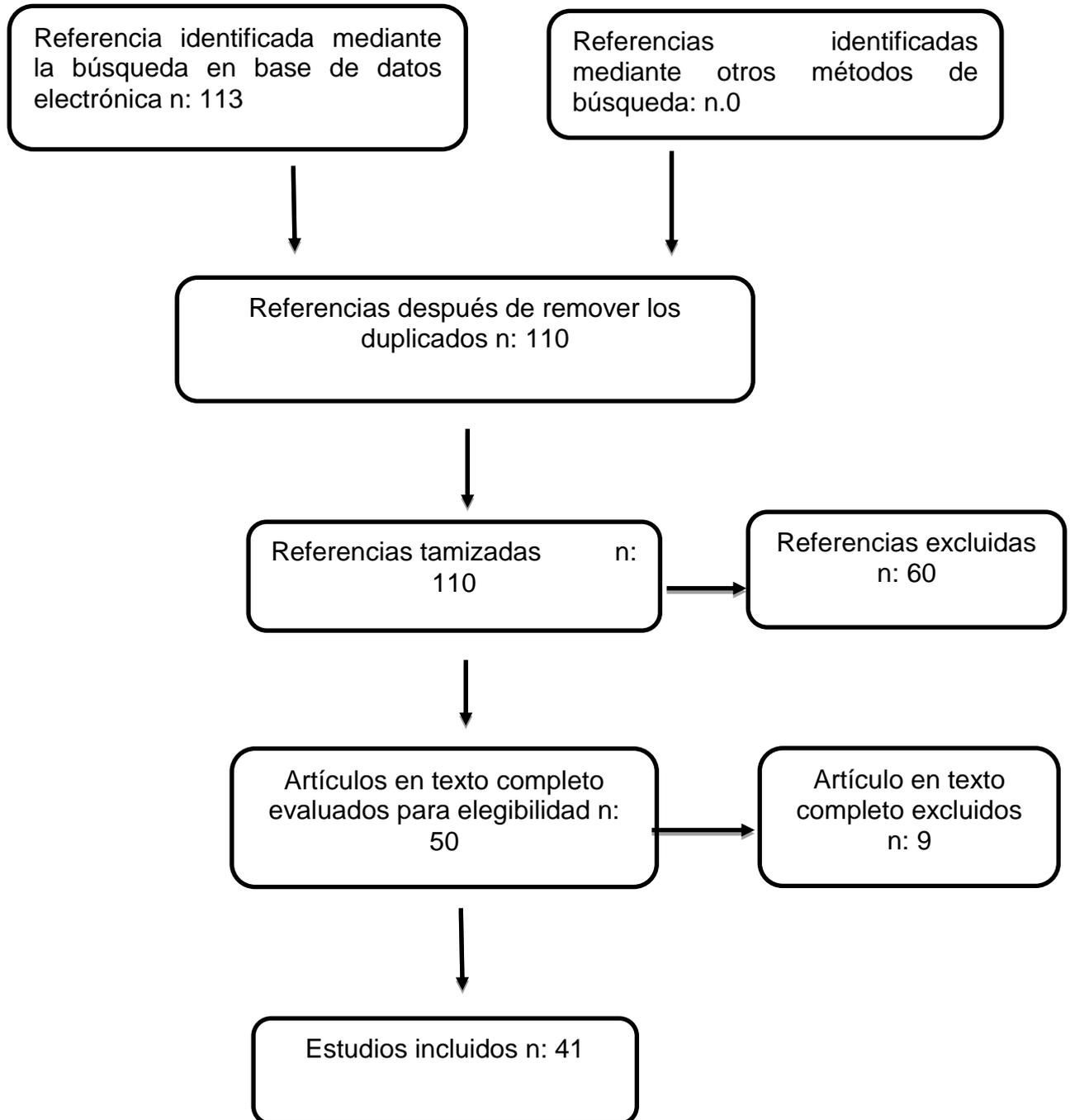
etiológicos predominantes en las infecciones respiratorias agudas. Los agentes etiológicos virales más comunes en las infecciones respiratorias incluyen: Adenovirus (AdV), Influenza A y B (Flu A y Flu B), Parainfluenza 1, 2, 3 y 4 (PIV 1, 2, 3), Virus Sincitial Respiratorio humano (hVSR), Coronavirus Humano (hCoV), Rinovirus (RV), Enterovirus (EV), Bocavirus Humano (hBoV) Y (VSR) virus sincicial respiratorio, entre otros.

Debido a la gran variedad de patógenos que las causan y, a que todos producen signos y síntomas similares, estos no pueden ser tomados como referencia para distinguir el causante etiológico de la patología, haciéndose necesaria la confirmación por el laboratorio del responsable de la infección en cada caso, según lo reportado son mínimos ya que de 1206 casos, solo 3 casos fueron reportados con confirmación de laboratorio, el diagnóstico virológico de la etiología de la infección respiratoria aguda resulta fundamental, debido a que representa una ayuda importante en el manejo del paciente y el control de los brotes epidémicos anuales, aunque el manejo clínico de las infecciones respiratorias virales es similar, así sea causado por virus como influenza, adenovirus, parainfluenza o virus sincicial respiratorio, conocer el agente implicado permite disminuir el uso de antibióticos, orientar el manejo individual del paciente, aislarlo y de esta forma interrumpir la transmisión.

24. Revisión rápida.

La revisión rápida de literatura, según el manual Cochrane es la revisión de literatura gris, es aquella literatura que no se encuentra formalmente publicada en revistas o libros.

24.1 SELECCIÓN DE LA EVIDENCIA



Se realiza una revisión rápida de la literatura, según el manual Cochrane; La revisión rápida es aquella que pertenece a la literatura gris, a través de la

búsqueda en las siguientes bases de datos: Medline, Pubmed y Lilasc, se utilizaron los descriptores claves para consultar el objeto estudio de intervención en Atención primaria en salud en menores de cinco años, intervención farmacéutica, farmacéuticos y la comunidad, infección respiratoria aguda. Se eligieron 110 artículos debido a que son los que cuentan con características de estrategia entendiéndose estrategia como la mejor evidencia científica, de los cuales se descartaron 3 por estar duplicados, 60 por estar incompleto, y 9 por idioma quedando 41 artículos.

Con esta revisión se evidenciaron varios hallazgos como son: según las intervenciones documentadas la atención primaria se agrupa en dos categorías: educativa, de recurso humano (integración del químico farmacéutico en el equipo de salud a nivel comunitario), e informático (diseño e implementación de software especializados para una determinada patología) esta implementación de un servicio farmacéutico comunitario se realiza en varios países, para atender las necesidades de los pacientes desde el lugar de residencia, con respecto a nuestro país no se encuentra implementada y la intervenciones individuales.

Se evidencio que en la mayoría de artículos hablan de intervención comunitaria (educación, caracterización de la población y recurso humano) la cual se orientan a identificar y orientar las características de los actores, quienes conforman los diversos grupos de trabajo para las intervenciones que surjan en propósito de diagnósticos de la comunidad Ver anexo N°7

24.2 REVISIÓN DEL MODELO INTEGRAL DE SALUD

Se elaboró matriz 5W1H ver anexo N° 1, 2,3 y 4 en las cuales se establecieron objetivos estratégicos, los cuales se extrajeron de la resolución 1403 de 2007, el primer objetivo habla de la atención farmacéutica la cual se dividió en prevención y promoción de acuerdo a la historia natural de la enfermedad. Ver figura N° 5, de acuerdo a resolución y las actividades que se aplicarían según

las intervenciones encontradas en la revisión rápida y las actividades IEC (Información, Educación y Comunicación).

Tabla N° 14 Historia natural de la enfermedad período pre-patogénico

Historia natural de la enfermedad	
Período prepatogénico	
Niveles de prevención y promoción	
Prevención	Promoción
<ul style="list-style-type: none"> •Jornadas de vacunación (selección adquisición distribución y almacenamiento) •Suplementación de micronutrientes a población primera infancia •Uso racional de los medicamentos •Administración de medicamentos • Automedicación Responsable 	<p>AIEPI (Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia)</p>

Tabla N°15 Historia natural de la enfermedad signos y síntomas

Historia natural de la enfermedad
Signos y síntomas
<ul style="list-style-type: none"> •Automedicación responsable. • Inspección Vigilancia y Control. • Protección específica (para pruebas diagnósticas).

Tabla N° 16 Historia natural de la enfermedad Diagnóstico

Historia natural de la enfermedad
Diagnóstico
Pruebas diagnósticas para la confirmación de patología
<ul style="list-style-type: none"> • Selección, adquisición, distribución y almacenamiento • Farmacovigilancia • Tecnovigilancia • Farmacoeconomía (sensibilidad y especificidad)

Tabla N° 17 Historia natural de la enfermedad tratamiento

Historia natural de la enfermedad
Patogenicidad
Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Uso adecuado de medicamentos de venta libre (OTC), para el tratamiento de IRA • Información al paciente • Verificación de dosis • Farmacoepidemiología

24.3 Revisión de la normatividad.

Según el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta distintas normas de referencia las siguientes: Ley 212 de 1995 la cual reglamenta la profesión del servicio Farmacéutico, Decreto 2200 del 2005 Reglamenta el servicio Farmacéutico, resolución 1403 del 2007 Determina el modelo de gestión del servicio Farmacéutico, Atención primaria en Salud, atención farmacéutica; Ley 1438 del 2011, plan de salud pública de intervenciones colectivas resolución 518 del 2015 Modelo integral de atención en salud resolución (MIAS) 429 del 2016, Política de atención integral en salud (PAIS) resolución 249 del 2016, Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas

integrales de atención en salud (RIAS) resolución 3202 del 2016, Ley 1751 del 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.

La organización panamericana de salud y la OMS, define los servicios farmacéuticos basados en atención primaria de salud como aquel proceso clave ya implica la relación directa con el usuario/paciente. De este proceso hacen parte las actividades de promoción de la salud, la dispensación, el acompañamiento farmacoterapéutico, la farmacovigilancia y el apoyo a la automedicación responsable.

24.4 Propuesta.

Los objetivos estratégicos que se plantaron corresponden a aquellos que brindan directrices los cuales se extrajeron de la resolución 1403 de 2007 ya que estos permiten relacionar el trato directo con el paciente y la unión de los servicios farmacéuticos en red en la atención primaria en salud en la patología IRA. Las actividades de estos procesos son: Promoción, prevención, planificación, implementación, gestión y evaluación de los servicios farmacéuticos; desarrollo e implementación; participación en la selección, adquisición, distribución y almacenamiento de medicamentos y en la evaluación de las tecnologías en salud; proporcionar información sobre los medicamentos; participación en el diseño, monitoreo y evaluación de nuevos programas.

Para el desarrollo de la propuesta, se buscaron las mejores prácticas existentes en las actividades relacionadas con los servicios farmacéuticos. Sin embargo, cabe tomar en cuenta que éste es un proceso en construcción colectiva, y que no existe un modelo completo y validado; por lo tanto, necesita realimentarse de la experiencia.

Se busca garantizar la atención integral, integrada y continua, respondiendo a las necesidades y problemas, tanto individuales como colectivos, de la salud de la población.

La propuesta cuyo objetivo ha sido proporcionar la herramienta necesaria para implementar la operación de la APS en un servicio farmacéutico Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) como estrategia operativa para la implementación de la APS la ruta atención primaria en salud del servicio farmacéutico, cuyo fin es definir los equipos de trabajo y reconocer la importancia de los grupos interdisciplinarios

La atención integral se vincula con el hecho de que el sistema de salud se organiza para proveer los servicios necesarios, donde están integradas la promoción de la salud, la prevención, la curación y la rehabilitación, para responder adecuadamente a las necesidades de la población.

Se realizó la división en gestión farmacéutica y atención farmacéutica, los cuales están en resolución 1403 de 2007, para la propuesta de ruta de servicio farmacéuticos basados en APS en la patología IRA, se tuvo en cuenta ambos campos, en primer lugar se planteará la discusión sobre gestión farmacéutica la cual se maneja bajo un eje central el cual es el comité de farmacia y terapia local en cual subdividió en selección, adquisición, distribución y almacenamiento el cual se contempla en la sociedad española de farmacia hospitalaria.

En cual brinda una Guía para el Desarrollo de Servicios de Farmacia Hospitalaria, la cual se divide en la selección de medicamentos, acompañada de la consecuente elaboración de un formulario terapéutico, el cual servirá de herramienta para realizar un listado básico de medicamentos y dispositivos médicos, este comité se considerada la piedra angular de un sistema eficiente de suministro de productos farmacéuticos. Los demás procesos del suministro; programación, adquisición, almacenamiento, y distribución son etapas con un alto contenido administrativo cuyas acciones giran alrededor del grupo de medicamentos seleccionados para que integren el sistema de suministros, lo cual se genera la propuesta de un centro de abastecimiento de medicamento, como el que se encuentra en funcionamiento en Chile, la estrategia del centro de abastecimiento permitirá reducciones en cuanto tiempo en la recepción de

los insumos, costos y almacenamientos ver anexo N°1. La implementación de este centro se implementaría en la localidad de Tunjuelito en la red ya que esta localidad cuenta con el hospital de Tunjuelito de segundo nivel , lo cual permitiría mayor viabilidad ya que en este hospital se realizaran Comité de Farmacia y Terapéutica local, en el cual se establecerán reuniones mensuales en las cuales se contemplaran las funciones (Comite de farmacia y terapéutica, Guía farmacoterapeutica,, 2015)

1. Seleccionar los medicamentos que se van a utilizar con criterios de calidad, eficacia, seguridad, coste y necesidad.
2. Recomendar la implantación de una política de utilización de medicamentos.
3. Educar en todos aquellos aspectos relacionados con el uso correcto de los medicamentos, promoviendo programas de actualización terapéutica.
4. Elaborar protocolos de utilización de medicamentos, así como implantar métodos que garanticen su cumplimiento, priorizando medicamentos de elevado riesgo o elevado coste.
5. Implantar un programa para detección, seguimiento y evaluación de reacciones adversas a medicamentos.
6. Realizar Guías de Farmacoterapéutica. (Conseso de atención farmacéutica,, 2011)

En la gestión de los suministros de medicamentos en los servicios farmacéuticos, éste es un tema central el cual comprende una serie de etapas que tienen por objetivo garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos para la salud con atributos de calidad, y con criterio de racionalidad; Incluye: la planeación de las necesidades; la implementación de buenas prácticas de adquisición; las buenas prácticas de almacenamiento para que se conserven adecuadamente los medicamentos; la gerencia de inventario con racionalidad de recursos y la distribución oportuna (Cebast,N, 2017).

La Organización Mundial de la Salud estima que más del 90% de las mujeres embarazadas y lactantes recibe medicamentos, ya sean indicados por el

médico o automedicados. Además, pueden consumir las llamadas drogas sociales como el tabaco, el alcohol o las drogas ilícitas.

En la unión europea se establece el autocuidado y la automedicación seguros y efectivos a la hora de proporcionar consejo sanitario, respondiendo a una serie de síntomas y/u ofreciendo servicios que promuevan estilos de vida saludables y la prevención de la enfermedad.

En el libro blanco de la farmacia comunitaria europea en uno de sus planteamientos es establecer reforzar la notificación de reacciones adversas a medicamentos y vacunas en las cuales se capacitara al personal de salud encabezado por el personal de enfermería , incluyendo cuidadores, el gremio de las droguerías que conforman la red sur de Bogotá, perteneciente a los cinco hospitales públicos que conforman la red sur de Bogotá, Usme, Tunjuelito, Nazareth, Vista hermosa y Meissen, en las cuales se dará prioridad a las vacunas que se administraran a menores de cinco años, estas capacitaciones se brindara información en cuanto la administración, dosificación, almacenamiento y residuos. (Libro blanco de la farmacia comunitaria Europea,, 2012)

Las actividades de prevención por medio de una estrategia que se desempeñe desde el rol del servicio Farmacéutico realizando capacitación al personal de salud sobre adquisición y selección de las vacunas necesarias que deben tener para la erradicación y control de enfermedades inmunoprevenibles en la población menor de 5 años no dejando de lado factores importantes como son la dosificación, cumplimiento del tratamiento y técnica de manejo los desechos, además como estrategia se recomienda que el Químico Farmacéutico tenga acceso a la información de la historia de los niños y de ellas identificar cuales no están cumpliendo con el esquema de vacunación e implementar la visita domiciliaria a las madres que no asisten con los niños para la vacunación, con el fin de retroalimentarlas sobre la importancia de la

protección oportuna en los niños menores de 5 años mediante la vacunación. Todo lo anterior basado en la intervención del Químico farmacéutico en la implementación de la red dentro del equipo asistencial de salud que atiende a un grupo en riesgo en Canada. (Improving medicines for children in Canada. Findings of the expert panel on therapeutic products for infants, children and youth.,, 2013)

Lactancia materna, Se evidencia la importancia que se presente la interacción entre el químico farmacéutico y el cuidador realizando intervenciones de educación en las madres que están medicadas, educándolas en la utilización de la farmacoterapia, Estas actividades se llevaran a cabo en 5 salas UPAS ubicadas en cada una de las localidades que conforman la red sur de Bogotá por medio de la citación trimestral. Esto fundamentado segun La Organización Mundial de la Salud estima que más del 90% de las mujeres embarazadas y lactantes recibe medicamentos, ya sean indicados por el médico o automedicados. Además, pueden consumir las llamadas drogas sociales como el tabaco, el alcohol o las drogas ilícitas. (Le Doaere, 2015)

Suplementación de micronutrientes a población de primera infancia. Se identificó que la atención integral a enfermedades prevalentes de la infancia debe estar guiada por el servicio farmacéutico de cada localidad donde implemente estrategias operacionales, al prescriptor información técnica y formas de presentación farmacéutica. A los padres y cuidadores educación en administración del medicamento. Estas actividades se llevaran a cabo en 5 salas UPAS para cuidadores y al personal de salud en cada hospital ubicado en cada una de las localidades que conforman la red sur de Bogotá. (social M. d., Estrategias nacional para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes.,, 2014)

Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI): Se considera necesario la implementación de la educación enfocada en prácticas familiares y comunitarias que incluyan las intervenciones del servicio

farmacéutico teniendo como objeto tres actividades fundamentales como son: Estilos de vida saludable, cuidado en el hogar, Uso adecuado de medicamentos de venta libre (OTC) para el tratamiento de IRA, bajo unas estrategias de actividades que contribuirán a evitar futuros problemas de salud como son: Pautas de almacenamiento de los medicamentos, Intervenir en los factores que pueden alterar la integridad de los medicados, lo anterior se realizara por medio de talleres para brindar educación presencial a padres y cuidadores. Se llevaran a cabo en 5 UPAS que se encuentran en la localidad de la red sur de Bogotá. Según estrategia establecida en México basados en atención primaria en salud. (gonzalez, 2016)

Uso racional de los medicamentos; Se sugiere la implementación de un programa el cual se desarrolle por medio trabajo interdisciplinario donde el químico farmacéutico pueda tener acceso a las historias clínicas la cual le servirá como herramienta para saber que medicamentos y en que dosis son tratados los niños que tienen patología de IRA, lo cual ayudara para evidenciar la Verificación de dosis, selección y administración de medicamentos y al mismo tiempo si los niños presentan reincidencia como estrategia implementar que el Químico Farmacéutico realizara una visita domiciliaria a los padres y cuidadores que tengan niños que son identificados como grupo de riesgo y por medio de educación a los cuidadores. (Ramos-Fernández JM, 2015).

Administración de medicamentos; Se identificó que uno de los factores que afecta a nivel comunitario es la falta de una cadena de suministros de medicamentos que tenga como guía un químico farmacéutico que por medio de un centro de información ubicado en el hospital de Tunjuelito nivel II de complejidad donde se eduque sobre la adquisición, abastecimientos, manejo, conservación de los medicamentos, además se sugiere la creación de un listado de medicamentos en base a la clasificación del riesgo según su vía administración y dosis, además realizar un lista de semaforización de medicamentos y su color dependerá de la clasificación del riesgo para

pacientes menores de 5 años que sufran la patología de IRA lo cual nos referenciamos de las políticas que tienen establecido en continente de África sobre factores que afecta la disponibilidad de los medicamentos. (Yasmin Chandani, 2012).

Automedicación Responsable: De acuerdo a lo evidenciado en el desarrollo de la investigación ejecutada de la prevención de la automedicación juega un rol importante la interlocución entre el cuidador y el Químico farmacéutico ya que tiene responsabilidad en el control de la enfermedad, para desarrollar eficientemente actividades como un consejero y educador, que lo apoyará en el restablecimiento y cuidado de la salud de los niños menores de 5 años, la construcción de respuestas integrales e integradas en salud de acuerdo a los servicios ofrecidos por cada subred integrada, basado en el trabajo en red, Sistemas Integrados de Gestión y gestión del riesgo con el fin mejorar el acceso a la atención en salud, acercando la institución a la comunidad de red sur de Bogotá, según la identificado en Uso de medicamentos entre los usuarios de servicios basados en el hogar y en la comunidad de los estados unidos. (Judith Shinogle, 2016)

Se evidencia que la atención integral a enfermedades prevalentes de la infancia debe estar guiadas por un comité de farmacia terapéutica donde implemente estrategias operacionales teniendo en cuenta tres componentes:

El primero consiste en el mejoramiento del desempeño del personal de salud, que incluye la adaptación, capacitación y el seguimiento posterior para la prevención y control de las enfermedades infantiles.

El segundo es el fortalecimiento de los servicios de salud para apoyar al personal de salud en sus tareas permanentes para que ofrezcan una atención de buena calidad.

El tercero la implementación de la educación enfocada en prácticas familiares y comunitarias que incluyen las intervenciones que se hacen desde el servicio de salud cuando asisten a un control las madres y niños, fomentando los buenos

hábitos higiénicos en hogar y la comunidad en beneficio de la salud de los niños. (La renovación de la atención primaria de salud en la Americas, Redes integradas de servicio de salud,, 2010)

Se proponen los siguientes cambios en los servicios farmacéuticos hacia los principios de la APS

Tabla N° 18 Cambios en el servicio farmacéutico

Cambios en el servicio farmacéutico	
Atención individual, incompleta y fragmentada	Atención integral e integrada al individuo, la familia y la comunidad, humanizada y comprometida con el alcance de resultados en salud
Atención centrada en la enfermedad	Atención centrada en la salud, incluyendo la promoción y la prevención.
Servicio farmacéutico centrado en el medicamento.	Servicio farmacéutico centrado en el individuo, la familia y la comunidad
Atención episódica	Atención continua
Trabajo individual	Trabajo en equipo
Acceso inequitativo a los servicios farmacéuticos	Equidad y cobertura universal
Dificultades en el acceso geográfico a los servicios farmacéuticos.	Mejor distribución de las redes de salud
Sistemas de suministros ineficientes, segmentados y fragmentados	Sistema único de suministros
El mismo servicio para todos	El servicio adecuado a las necesidades
Servicios fragmentados y segmentados	Servicios en Redes Integradas de servicios de salud

Falta de protocolos	Definición de normas, guías y procesos
Recursos humanos insuficientes en cantidad y calidad	Recursos humanos adecuados y sostenibles
Formación profesional orientada al producto	Formación profesional orientada al servicio comunitario e integral
Políticas orientadas al producto	Políticas orientadas al servicio comunitario e integral
Trabajo exclusivo con el sector salud	Trabajo intersectorial

Tomado: Renovación de la atención primaria de salud en las américas versión N°6

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud Declaración de Montevideo que los Servicios Farmacéuticos de calidad deben partir de un diagnóstico adecuado, con la elección de los medicamentos, las dosis más adecuadas a la persona y la prescripción basadas en la evidencia, y con la prestación de servicios farmacéuticos de calidad, incluidos la dispensación, en la cual se brinda información y apoyo para el logro de los objetivos terapéuticos por el paciente, incluyendo no sólo el uso racional de los medicamentos sino también la promoción de estilos de vida saludables y el autocuidado. VER ANEXO N°8-9

25 conclusiones.

1. Se realizó el diseño de ruta de atención primaria en salud del servicio farmacéutico para infección respiratoria aguda en primera infancia en el sur de Bogotá, donde se resalta la atención integral al individuo, familia y comunidad comprometida con el alcance de resultados en salud.
2. Se evidencio que el servicio farmacéutico debe trabajar con un sistema de red integrada, focalizando las necesidades de una determinada población.
3. Se implementó según la información recolectada que se necesita plantear los estadios de la enfermedad para evidenciar la historia de la enfermedad y fomentar una atención centrada en la salud incluyendo la prevención y promoción.
4. Se ejecutó el diseño de una ruta integral donde el proceso de intervenciones comunitarias pretende diseñar, evaluar las acciones desde la propia comunidad con el acompañamiento del facilitador en este caso el Químico Farmacéutico, promoviendo la movilización de grupos interdisciplinario.

26. Sugerencias.

- Se recomienda la utilización de las herramientas de información de medicamentos (CIMUN, medicamentos a un clic), por parte del personal de salud.
- Desarrollar las estrategias IEC (Información, Educación y Comunicación) para la construcción de manuales, guías y talleres dirigida a la comunidad para la capacitación y el fortalecimiento de la comunidad.
- Se hace necesario realizar y fortalecer los programas de promoción y prevención en la primera infancia, en AIEPI (Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia), en los cuales se incluya el servicio farmacéutico.
- Se sugiere a nivel de red, se genere el comité de farmacia y terapia local.
- Realizar evaluaciones de un centro de abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos en cuanto a pertinencia, costo, ubicación y talento humano.
- Se generen programas en la academia, sobre especializaciones en farmacia comunitaria.
- Se recomienda apoyar la investigación en los mecanismos eficientes de aseguramiento bajo un modelo de servicios farmacéuticos basados en APS, solvencia de incentivos morales y financieros y la cultura de la autorregulación por parte de los profesionales de la salud y el autocuidado por parte de los ciudadanos.

27. Bibliografía.

- (2013). Diagnostico comparativo de los programas de farmacovigilancia nacional, distrital y en una institución de régimen especial de la ciudad de Bogotá,. Bogotá.
- AIEPI. (2010). Guia de atención y consejería de la niñez en la familia . Bogotá D.C,.
- Alfaro Lara, B. F. (2014). Sociedad española de farmacia, Analisis de procesos de seleccion, . España .
- (2015). Analisis de situación de salud Colombia,. Bogotá. Direccion de epidemiologia y demografia, Ministerio de salud y protección
- CIMUN. (08 de Junio de 2017). Obtenido de <http://www.cimun.unal.edu.co/acerca-del-cimun/>
- (2015). Comite de farmacia y terapéutica, Guía farmacoterapeutica,. España.
- Conferencia mundial de promocion. (1991). Carta Ottawa.
- (2007). Congreso de Colombia, Ley de talento humano,. Colombia.Capitulos II y IV,
- (2009). Conocimiento de los padre y cuidadores sobre los signos de alarma para Infección Respiratoria Aguda que motiven llevar al menor a un centro de salud,. Valdivia,Chile.
- (2011). Conseso de atención farmacéutica,. Madrid, España.Versión 2016.
- (2013). Desarrollo de la practica de la farmacia, centrado en el paciente,. Ginebre-Suiza.
- Diana. (s.f.).
- Diana Carreño, S. B. (2012). Plan de mejoramiento continuo,Matriz 5W1H. Bogota D.C.
- (2010). Estrategia de comunicación para la salud integral en la infancia,. Washington, D.C.
- (2013). Estrategias de promocion de la salud y prevención en SNS,. España, Madrid,.

- (2010). Estrategias utiles para la promoción de estilos de vida saludable en atención primaria en salud,. Vitoria-Gasteiz.
- gonzalez, M. A. (2016). Efectividad de las intervenciones para mejorar la prescripción de medicamentos en atención primaria,. México.
- (2011). Guia de servicios farmacéuticos en la atención primaria en salud,. Washington,.
- (s.f.). Guía operativa para la prestación del servicio de atención .
- (2012). Guía operativa para la prestación del servicio de atención integral en la primera infancia,. Bogotá.
- (2010). Guia para la atención y consejería del niño en la familia,. San Andres Islas.
- (s.f.). Guía practica para la prestación.
- (2014). Historia natural de la enfermedad.
- (2013). Improving medicines for children in Canada. Findings of the expert panel on therapeutic products for infants, children and youth,. Canadá.
- inmunoprevenible, e. (2016). Protocolo de vigilancia en salud pública, infección respiratoria aguda. Bogota.
- Instituto nacional de salud. (2016). SIVIGILA, Protocolo infección respiratoria aguda. Colombia.
- (2016). Instituto nacional de salud.protocolo de vigilancia . Colombia.
- Judith Shinogle, P. a. (2016). Medication Use Among Medicaid Users of Home and Community-Based Services,. Estados unidos,.
- (2010). La renovación de la atención primaria de salud en la Americas, Redes integradas de servicio de salud,. Washington, D.C.
- Le Doaere, B. C. (2015). Improving antibiotic prescribing for children in the resource -poor setting,. Canada.
- (2012). Libro blanco de la farmacia comunitaria Europea,. Bruselas.
- (201). Lineamientos técnicos de salud en primera infancia, comité intersectorial de primera infancia, Rstrategia nacional de cero a siempre,.

- (2011). Manual Cochrane de revision sistematica de intervenciones,. Julian PT Higgins y Sally Green,.
Manual de codificacion, C. (2017).
- (2016). Manual metodologico para la elaboracion e implimentacion de la RIAS.
Bogota D.C.
- Maria Pilar Mori sanchez. (2008). Una propuesta metodologica para la intervencio comunitaria,.
Ministerio de salud. (1995). Ley 212 . Colombia.
- Ministerio de salud. (1996). Resolucion 4288 . Colombia.
- Ministerio de Salud Publica. (2015). Sistema Nacional de Farmacovigilancia.
Quito, Ecuador.
- (2016). Ministerio de salud y proteccion . Bogota D.C.
- Ministerio de salud y proteccion social. (2017). Infecciones respiratoria aguda .
Colombia.
- Ministerio de Salud y Proteccion Social. (2017). Medicamentos a un clic ,.
Colombia.
- (2014). Modalidades de atencion modelos y precticas para la primera infancia en Bogota,.
Bogotá.
- N, S. (12 de Junio de 2017). cenabast.cl. Obtenido de <http://www.cenabast.cl/>
N.S. (s.f.).
- Organizacion panamericana de salud. (1978). Declaracion ALMA-ATA.
- (2012). Organización panamericana de salud, Infecciones respiratoria agudas en los niños,.
Organization, w. H. (1998). Health Promotion, Education, and Communication,.
(2011). Pautas para la utilizacion de protocolos de la consulta o indicacion farmaceutica,.
Cordoba, Argentina.
- (2013). Percepción sobre las infecciones respiratorias agudas que poseen las madres de niños menores de 5 años .
Horqueta-Paraguay.
- (2012). Plan nacional de Información, educación y Comunicación (IEC).
Antioquia, Medellin.
-

- Ramos-Fernández JM, P.-S. E.-B.-M.-M.-P.-C. (2015). Epidemiology of patients hospitalised due to bronchiolitis in the south of Europe: Analysis of the epidemics,. España.
- (2016). Redes integradas de servicios de salud para el desarrollo de la APS en Bogotá,. Bogotá.
- Rodriguez, O., & Espindola, E. (2010). Intervencion educativa sobre infecciones respiratorias agudas.
- salud, M. d. (1995). Ley 212. Colombia.
- Secretaria de salud de Bogota. (2013). Vacunacion. Bogota.
- Sistema General de Seguridad Social en Salud. (2014). Guia para padres y cuidadores,. Bogotá.
- social, M. d. (2005). Decreto 2200. Colombia.
- social, M. d. (2011). Ley 1438 . Colombia .
- social, M. d. (2014). Estrategias nacional para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes,. Colombia.
- social, M. d. (2015). Estrategias de comunicacion . Colombia.
- social, M. d. (2015). Guia de atención de la infección respiratoria aguda . Colombia.
- social, M. d. (2015). Ley 1751. Colombia.
- social, M. d. (2016). Resolucion 003202 . Colombia.
- UNICEF. (2012). Evaluacion del crecimiento de niñas y niños,. Gobierno de la provinvia de Salta.
- (2012). Unidad de atención de enfermedad respiratoria aguda comunitaria,UAERAC/UAIRAC. Colombia, Bogota.
- (2010). Uso racional de medicamentos una tarea de todos,. Santiago- Chile.
- Yasmin Chandani, M. N. (2012). Factors Affecting Availability of Essential Medicines among Community Health Workers in Ethiopia, Malawi, and Rwanda: Solving the Last Mile Puzzle,. Estados Unidos.
- (inmunoprevenible, 2016) (social, 2011) (social M. d., 2015)