

***“MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS EN
CONSULTORIO EXTERNO DE UNA
PREPAGA PROVINCIAL. ANÁLISIS DE
EFICACIA Y SEGURIDAD”***

**TESIS DE LA MAESTRIA EN MEDICINA TROPICAL
E HIGIENE**

Alumna: Farm. YOLANDA ELISABETH GARCIA

Director: Mg. Prof. SERGIO DANIEL MORALES

CORRIENTES - 2016

INDICE

1. INTRODUCCION	03
1.1 El Ejercicio de la Medicina y la Receta en Egipto	03
1.2 El Ejercicio de la Medicina y la Receta entre los Hebreos	04
1.3 El Ejercicio de la Medicina y la Receta en India	04
1.4 El Ejercicio de la Medicina y la Receta en China	05
1.5 El Ejercicio de la Medicina y la Receta en Grecia	05
1.6 El Ejercicio de la Medicina y la Receta en Roma	06
1.7 El Termino “Rx”	08
1.8 Uso Racional del Medicamento. Todo un Desafío	08
1.9 Los Estudios de Utilización de Medicamentos y la “cultura” de la Utilización de Medicamentos	09
1.10 De la Certeza a la Realidad	10
1.11 Costo de los Medicamentos	12
1.12 Estudios de Utilización de los Medicamentos	12
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo General	12
2.2 Objetivos Particulares	12
3. HIPOTESIS	13
4. MATERIAL Y METODOS	13
4.1 Población en Estudio	13
4.1.1 Definición de Variables	13
4.1.2 Variables Analizadas	14

4.1.3	Unidad de Análisis	15
4.2	Muestra	15
4.3	Recolección de Datos	15
4.4	Secuencia Temporal	16
4.5	Clasificación de los Diagnósticos	16
4.6	Codificación de los Medicamentos	16
4.7	Clasificación Cualitativa de los Medicamentos	18
4.8	Almacenamiento y Análisis Estadístico de los Datos	19
5.	RESULTADOS	19
5.1	Población General Según Sexo	20
5.2	Grupos Farmacológicos Mas Prescriptos	20
5.3	Fármacos Mas Prescriptos	21
5.4	Fármacos Mas Prescriptos Vs. Diagnósticos	22
6.	DISCUSION DE LOS RESULTADOS	27
7.	CONCLUSION.....	32
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
9.	ANEXOS	41
9.1	Anexo I	42
9.1.1	Glosario de Términos	43
9.1.1	Abreviaturas o Acrónimos Utilizados	44
9.2	Anexo II	45
9.2.1	Planilla de Recolección de Datos	45

“MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE UNA PREPAGA PROVINCIAL. ANÁLISIS DE EFICACIA Y SEGURIDAD”

1. INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, se elaboraban recetas para la atención de los pacientes. Es así que desde tiempos inmemorables, culturas de China, Egipto, Mesopotamia, recetaban medicación a sus pacientes.

En tiempos pasados, la receta era la nota que por escrito daba el médico al boticario para la composición de un medicamento en base a varios componentes de origen natural.

1.1 EL EJERCICIO DE LA MEDICINA Y LA RECETA EN EGIPTO

En el Antiguo Egipto¹ se desarrolló una variada y fructífera tradición médica, aunque caracterizada por una concepción mágica de la enfermedad. Fueron creadores de un sistema sanitario público, en el cual existía un médico para cada enfermedad (primer referencia de la especialización médica); y de su valioso legado podemos rescatar².

- Los papiros de Ramesseum (1900 a.C.), en los que se describen recetas y fórmulas mágicas^{1,2}.
- El papiro Ebers (1550 a.C.), uno de los más importantes y de los más largos documentos escritos encontrados del antiguo Egipto: mide más de veinte metros de longitud y unos treinta centímetros de alto y contiene 877 apartados que describen numerosas enfermedades en varios campos de

la medicina y sus correspondientes prescripciones. Este papiro incluye la primera referencia escrita acerca de los tumores¹.

- El papiro Edwin Smith (1650 a.C.), de contenido fundamentalmente quirúrgico. La información médica contenida era obtenida en el curso de los procesos de embalsamamiento y momificación de los cadáveres. En este papiro se establecen por primera vez tres grados de pronóstico, de modo similar al de la medicina moderna: favorable, dudoso y desfavorable¹⁻³.

1.2 EL EJERCICIO DE LA MEDICINA Y LA RECETA ENTRE LOS HEBREOS

Una de las fuentes de información, de las cuales se obtiene información respecto de la medicina Hebrea, lo constituye el Antiguo Testamento de la Biblia. Allí se detallan en diferentes citas bíblicas procedimientos y rituales relacionados con la salud. Entre ellos podemos mencionar: aislamiento de personas infectadas, lavado de manos tras manipular cuerpos difuntos, profilaxis y supresión de epidemias, supresión de enfermedades venéreas y prostitución, cuidados de la piel, baños, vivienda y ropa, sexualidad, etc³.

1.3 EL EJERCICIO DE LA MEDICINA Y LA RECETA EN INDIA

En territorio del actual Pakistan, se desarrollo entre el 2800 y el 1600 a.C una sociedad muy similar a la civilización Sumeria.

Antes del siglo IV a.C. se redactó el Áiur vedá (*la verdad acerca de la longevidad*); en el cual se veía la salud como la armonía entre cuerpo, mente y espíritu³.

El Áiur vedá comprende ocho disciplinas diferentes: *kayachikitsa* (medicina interna), *shalyachikitsa* (cirugía y anatomía), *shalakyachikitsa* (otorrinolaringología), *kaumarabhritya* (pediatría), *bhutavidya* (psiquiatría), *agada tantra* (toxicología), *rasayana* (ciencia del rejuvenecimiento), y *vajikarana* (ciencia de la fertilidad).

También se exigía del conocimiento de diez artes indispensables para la preparación y aplicación de las medicinas, a saber: destilación, habilidades operativas, cocina, horticultura, metalurgia, manufactura del azúcar, farmacia, análisis y separación de minerales, composición de metales, y preparación de álcalis.

1.4 EL EJERCICIO DE LA MEDICINA Y LA RECETA EN CHINA

Para la cultura china, el TAO es el origen del Universo, que se sostiene en un equilibrio inestable, como resultado de dos fuerzas: el YIN (la tierra, el frío, lo femenino) y el YANG (el cielo, el calor, lo masculino)³. Estos son capaces de modificar los elementos que constituyen el universo: agua, tierra, fuego, madera y metal. La enfermedad se interpreta como ruptura del equilibrio y por lo tanto su tratamiento es la recuperación de ese equilibrio fundamental.

Con la llegada de la dinastía Han (206 a.C.- 220 d.C.), y con el apogeo del taoísmo se empieza a enfatizar los remedios vegetales y minerales, los venenos, la dietética, así como las técnicas respiratorias y el ejercicio físico.

1.5 EL EJERCICIO DE LA MEDICINA Y LA RECETA EN GRECIA

La cultura griega, definía la medicina como “la técnica o el arte de curar”, pero la figura griega del médico por excelencia lo constituye Hipócrates, conocido como

padre de la medicina moderna, fundamentados en las consideración de Galeno y la escuela Alejandrina⁴, respecto de su visión novedosa que enfrenta la razón a la mitología.

El conocido “Juramento Hipocrático”³ implicaba que la medicina era ejercida por un grupo de profesionales que compartían código ético y pone límites a lo que puede hacer un medico, dando lugar a la aparición de los especialistas.

En el año 300 a.C. Alejandro Magno⁴ funda Alejandría, la ciudad que en poco tiempo se convertiría en el referente cultural del Mediterráneo y Oriente Próximo. La escuela Alejandrina compiló y desarrolló todos los conocimientos sobre medicina conocidos de la época, a la vez que contribuyo a formar algunos destacados médicos.

1.6 EL EJERCICIO DE LA MEDICINA Y LA RECETA EN ROMA

El saber medico griego, se prolonga a la Antigua Roma⁵, la cual se convierte en centro del saber medico, clínico y docente del mediterráneo, con la llegada de importantes figuras medicas griegas y alejandrinas.

En Roma la casta médica se organizaba ya en médicos generales (*medici*), cirujanos (*medici vulnerum, chirurgi*), oculistas (*medici ab oculis*), dentistas y los especialistas en enfermedades del oído. No existía una regulación oficial para ser considerado médico, pero a partir de los privilegios concedidos a los médicos por Julio César se estableció un cupo máximo por ciudad. También las legiones romanas disponían de un cirujano de campaña y estaban acompañadas por un equipo capaz de instalar un hospital (*valetudinaria*) en pleno campo de batalla para atender a los heridos durante el combate.

La figura médica romana por excelencia fue Galeno⁶, quien estudio medicina con los seguidores de Hipócrates⁷ (entre otros) por lo que se convirtió en el mayor exponente de la escuela hipocrática. Sus tratados se tradujeron por más de trece siglos, siendo utilizados como material de estudio por generaciones; por lo que se lo considera uno de los médicos más importantes e influyentes de la medicina occidental.

Un gran aporte de la medicina pública romana, fue la convicción de que la malaria se propagaba a través de insectos o aguas pantanosas; por ello se construyeron acueductos, alcantarillas y baños todo para asegurar suministro de agua potable y sistema de evacuación de excretas apropiados.

Casi veinte siglos más tarde, se demuestra que el suministro de agua potable y el tratamiento de eliminación de aguas residuales, son dos indicadores fundamentales del nivel de salud de una población. Esta afirmación reconoce a los romanos su valioso aporte a la medicina moderna.

La figura médica romana por excelencia fue Claudio Galeno; conocido como Galeno de Pérgamo que nació en el año 130 de nuestra era, bajo influencia griega y al amparo de uno de los mayores templos dedicados a Esculapio (Asclepios). Estudió medicina con dos seguidores de Hipócrates: Etraconio y Sátiro. Finalmente viajó a Roma donde su fama como médico de gladiadores le llevó a ser elegido médico del emperador Marco Aurelio. Fue el principal exponente de la escuela hipocrática, pero su obra es una síntesis de todo el saber médico de la época. Sus tratados se copiaron, tradujeron y estudiaron durante los siguientes trece siglos, por lo que es considerado uno de los médicos más importantes e influyentes en la medicina occidental.

1.7 EL TÉRMINO “Rx”

De estos tiempos ha perdurado el símbolo Rx que se mantiene actualmente en las recetas⁸. Su origen es poco preciso, data de prácticas alquímicas, por lo cual puede derivar del símbolo egipcio “el ojo de Horus” que denota salud. La mitología hace referencia a la invocación al “dios Júpiter”, por parte de los médicos para lograr el resultado esperado.

Para la Farmacotecnia, el símbolo Rx proviene del vocablo latino “récipe”⁹, que significa “tómese” o “dispense” y es la interpretación de la instrucción hacia el farmacéutico; por lo cual precedía a la receta que el médico enviaba para preparar el medicamento.

Recetar un medicamento es sinónimo actual de prescribir, ordenar medicamentos, por lo que una prescripción médica es el acto profesional del médico que consiste en recetar una determinada medicación o indicar un determinado tratamiento a un paciente.

1.8 USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. TODO UN DESAFÍO

El uso racional de los medicamentos implica tener en cuenta los criterios más importantes de selección de medicamentos basados en la eficacia, seguridad, conveniencia y costo¹⁰. La comunidad espera que el prescriptor recete el medicamento más apropiado, con pautas individualizadas de tratamiento y a un costo razonable, donde entran en juego la accesibilidad y la equidad.

La utilización racional de medicamentos de manera adecuada constituye todo un desafío debido en parte a que de manera constante aparecen nuevos medicamentos y que en algunos casos todavía no ha sido demostrada su seguridad clínica a largo plazo o el lugar que ocupa en la terapéutica.

Un ejemplo lo constituyen las infecciones de las vías respiratorias, donde la mayoría de las veces obedece a etiologías de naturaleza vírica que no precisan tratamiento con antibióticos y tienden a la curación espontánea. El uso inapropiado de antimicrobianos¹¹ para estas situaciones clínicas representa un gasto innecesario y potencia la aparición de cepas resistentes a los antibióticos de mayor uso.

1.9 LOS ESTUDIOS DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS Y LA “CULTURA” DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

La globalización ha permitido que la información se difunda rápidamente con términos y costumbres nuevas que impactan en la sociedad y no siempre de manera positiva. En este contexto el paciente se convierte en un cliente, por lo tanto la inversión en salud es un gasto. El medicamento paso de ser un bien social a ser un elemento de consumo, es decir una mercancía¹².

Con estos conceptos incorporados en el subconsciente de gran parte de la población aparece una nueva concepción del diario vivir la medicalización, es decir a cada problema un medicamento. De este modo, para no deprimirse o para estar feliz habría que consumir un antidepresivo, o para mejorar la figura adelgazantes o anabolizantes o sino, algo del gran recetario para vivir mejor como: polivitamínicos, ansiolíticos, energizantes, aminoácidos, coenzima Q10, entre otros. Como si esto fuera un símbolo de estatus¹⁰.

Sin embargo, tomar un medicamento, poco a poco forma parte de una rutina, con el objeto de alcanzar un estilo de vida sana o natural. Esto ocurre no precisamente en la gente enferma o en la gente mayor. Esta conducta,

paulatinamente se ha extendido en la sociedad, que consume medicamentos solo para sentirse bien y para ganar más salud, con el agravante que esta cultura del medicamento se transmite a los niños y jóvenes adolescentes. Un aspecto positivo respecto a la cultura del medicamento, es que en el medio de una gran crisis social y financiera, la Argentina ha comenzado a redefinir los medicamentos esenciales, los medicamentos genéricos y además, comienza a diseñar políticas de salud^{10,12}.

1.10 DE LA CERTEZA A LA REALIDAD

La epidemiología del medicamento constituye una herramienta necesaria para describir lo que sucede en el escenario del medicamento¹³. No hay dudas de que la descripción resulta muy eficiente ni de que a menudo es muy sugestiva; también resulta obvio que corre el riesgo de ser el instrumento de un saber fiscalizador: que mida la distancia entre lo que debería ocurrir y lo que ocurre.

La epidemiología del medicamento está en el centro de las contradicciones que hoy día enfrenta el organismo científico de la medicina en su confrontación con las presiones de las compañías farmacéuticas, que es parte de una cultura del mercado más amplia que intenta imponerse como criterio de comportamiento y de formulación de valores de referencia¹⁴.

La epidemiología del medicamento ha conquistado su territorio metodológico demostrando su capacidad de vivir en las más diversas condiciones, solo resta esperar que continúe siendo un instrumento aplicable en beneficio de las poblaciones.

Es importante definir tres términos que se confunden a menudo, pero que expresan conceptos a la vez diferentes y complementarios: eficacia, efectividad y eficiencia.

La eficacia se define como el grado en el que una determinada intervención, procedimiento, régimen o servicio origina un resultado beneficioso en condiciones ideales. De manera ideal, la determinación (y la medida) de la eficacia se basa en los resultados de un ensayo controlado con distribución aleatoria¹³.

La efectividad es el grado de que una determinada intervención, procedimiento, régimen o servicio puestos en práctica logran lo que se pretende conseguir para una población determinada.

La efectividad de un fármaco en la práctica no solo dependerá de su eficacia, demostrada en ensayos clínicos, sino también de la habilidad diagnóstico del prescriptor, de las condiciones farmacéuticas del producto cuando esté en el mercado y de un conjunto de factores, como la información dada por el médico en el momento de prescribir, las características clínicas del paciente y el uso concomitante de otros fármacos entre otros factores^{13,14}.

La eficacia y la efectividad nos dan una idea del esfuerzo que es preciso realizar para obtener el resultado deseado con una intervención^{15,16}.

Se define eficiencia como los efectos o resultados finales alcanzados en relación con el esfuerzo empleado en términos monetarios, de recursos y de tiempo, o también como el grado en el que los recursos empleados para procurar una determinada intervención, procedimiento, régimen o servicio de eficacia y efectividad conocidas, son mínimos.

1.11 Costo de los medicamentos

A partir de los años cincuenta y sobre todo en los sesenta, el costo de los medicamentos pasó a ser todo un problema en salud para las autoridades sanitarias^{17,18}. La preocupación por el costo ha sido el tercer factor, conjuntamente con la efectividad y los efectos indeseables, ha tener en cuenta en la evaluación del papel de los medicamentos en la comunidad.

1.12 Estudios de utilización de los medicamentos

Los estudios de Utilización de Medicamentos, constituyen en la década actual el componente básico de la investigación en Farmacología Clínica¹⁶ y en consecuencia son instrumentos imprescindibles para mejorar el impacto del uso de los fármacos sobre la calidad de la práctica médica y los cuidados de la salud de las poblaciones.

A fin de evaluar las prescripciones de medicamentos en los consultorios externos de una prepaga de Resistencia se diseñó un estudio de Utilización de Medicamentos¹⁹⁻²¹.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general:

Evaluar la racionalidad de las prescripciones realizadas en consultorio externo por médicos de una prepaga provincial.

2.2 Objetivos particulares:

1. Reconocer los grupos farmacológicos más prescriptos
2. Identificar los fármacos más prescriptos.

3. Analizar relaciones entre fármaco prescripto y diagnóstico.
4. Buscar el valor terapéutico potencial de los fármacos utilizados.

3. HIPÓTESIS

Los afiliados a la prepaga, cuentan con la posibilidad de utilizar los servicios de los médicos que atienden en consultorios propios, sin necesidad de abonar coseguro y con la sola presentación de la orden de consulta médica. Esta clase de prestación permite un seguimiento más estricto de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles como lo son la diabetes, la hipertensión arterial o la EPOC.

Hipótesis de trabajo: Los controles de auditoría en los consultorios no alcanzan para lograr una prescripción adecuada de los medicamentos.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio sobre Utilización de Medicamentos^{17,20,21} de carácter observacional, descriptivo y transversal del tipo prescripción-indicación realizado en los consultorios de una prepaga de la Ciudad de Resistencia.

Los estudios de prescripción-indicación permiten conocer para que se utiliza un medicamento²² o grupos de medicamentos concretos en relación al diagnóstico.

4.1 Población en Estudio

Pacientes atendidos en consultorios externos de una prepaga de la ciudad de Resistencia, en la Provincia de Chaco, y que reciben tratamiento.

4.1.1 Definición de Variables

MEDICAMENTO: Un medicamento es uno o más fármacos integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en personas o en animales, dotado de propiedades que permiten el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar el estado de salud de las personas enfermas, o para modificar estados fisiológicos.

REMEDIO: un remedio es algo que se emplea para solucionar un problema o revertir un perjuicio. El término, cuyo origen etimológico se encuentra en el latín *remedium*, suele mencionarse como sinónimo del medicamento que ingiere una persona cuando sufre alguna enfermedad o siente algún malestar.

FARMACO: Entendemos por fármaco (o principio activo) una sustancia con composición química exactamente conocida y que es capaz de producir efectos o cambios sobre una determinada propiedad fisiológica de quien lo consume; un fármaco puede ser exactamente dosificado y sus efectos (tanto benéficos como perjudiciales) perfectamente conocidos, luego de utilizar dicho fármaco en un número de personas lo suficientemente grande.

POBLACION ADULTA: se considera como población adulta, aquella conformada por los mayores de 15 años.

4.1.2 Variables analizadas

Para el análisis se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

- a) relacionados al afiliado: sexo y edad
- b) relacionadas al medicamento prescrito: dosis, indicación, valor terapéutico potencial.

c) relacionadas al diagnóstico: fármacos prescritos

4.1.3 Unidad de Análisis

Recetas médicas prescritas

Criterio de inclusión: paciente que recibe una prescripción como resultado de la consulta médica, tomando a la población adulta atendida entre los meses de enero de 2014 a mayo de 2015.

Resguardo Ético: los datos obtenidos no serán publicados, manteniendo el anonimato de la fuente utilizada para el estudio.

4.2 Muestra

Se consideró toda la población atendida a partir del mes de enero de 2014 y hasta el mes de mayo de 2015.

4.3 Recolección de datos

Se analizaron los variables medicamento, remedio y fármaco, y los datos obtenidos de las recetas originales, se volcaron directamente en una planilla Excel. En la misma se incluyeron fármacos, medicamentos y/o remedios, organizados de la siguiente manera: fecha, datos demográficos del paciente (edad, sexo), fármaco/s, diagnóstico y especialidad del prescriptor.

4.4 Secuencia temporal

Tomados de recetas diarias emitidas, en horarios matutino y vespertino, durante 16 meses a partir de enero de 2014 hasta mayo 2015. Se registraron todas las recetas²⁴ efectuadas en el consultorio externo de la prepaga y presentadas por el afiliado en la oficina de Farmacia para la dispensación.

Los consultorios se encuentran en la ciudad de Resistencia, distantes unos 300 metros de las oficinas administrativas de la prepaga propiamente dicha y el horario de atención es de 08:00hs a 12:00hs y de 17:00hs a 21:00hs de lunes a viernes. Cuentan con más de un profesional para diferentes especialidades médicas, tales como: cardiología, neumonología, ginecología y obstetricia, cirugía, traumatología, clínica médica y Sanatorio propio para derivación de interconsultas e internaciones.

Los pacientes atendidos en estos consultorios, acceden a los medicamentos por en farmacias externas (no cuentan con servicio propio de farmacia), a libre elección del afiliado.

4.5 Clasificación de los Diagnósticos:

Se utilizó la clasificación CIE 10 (clasificación internacional de las enfermedades) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁵.

4.6 Codificación de los Medicamentos

Se utilizó la Clasificación ATC (Anatomical-Therapeutic-Chemical)²⁶ para codificar y agrupar a los medicamentos. Es una clasificación recomendada por el Nordic Council of Medicines, el Drug Utilization Research Group (DURG) y la OMS, con la cual permite asignar un código a cada medicamento. Todos los

medicamentos son clasificados en 5 niveles o sub-grupos para su análisis grupal y cada nivel tiene asignada una categorización específica. Es una clasificación relacionada con la terapéutica farmacológica clínica²⁷ de aplicación práctica e internacional. La estructura en cinco niveles y comprende:

- 1.- Nivel (anatómico): Órgano o sistema en el cual actúa el fármaco.

Existen 14 grupos en total

A	SISTEMA DIGESTIVO Y METABOLISMO
B	SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS
C	SISTEMA CARDIOVASCULAR
D	MEDICAMENTOS DERMATOLÓGICOS
G	APARATO GENITOURINARIO Y HORMONAS SEXUALES
H	PREPARADOS HORMONALES SISTÉMICOS, EXCL. HORMONAS SEXUALES
J	ANTIINFECIOSOS EN GENERAL PARA USO SISTÉMICO
L	AGENTES ANTINEOPLÁSICOS E IMUNOMODULADORES
M	SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO
N	SISTEMA NERVIOSO
P	PRODUCTOS ANTIPARASITARIOS, INSECTICIDAS Y REPELENTES
R	SISTEMA RESPIRATORIO
S	ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS
V	VARIOS

- 2.- Nivel: Subgrupo terapéutico, identificado por un número de dos cifras.
- 3.- Nivel: Subgrupo terapéutico o farmacológico, identificado por una letra del alfabeto.
- 4.- Nivel: Subgrupo terapéutico, farmacológico o químico, identificado por una letra del alfabeto.
- 5.- Nivel: Nombre del principio activo o de la asociación farmacológica, identificado por un número de dos cifras.

Se obtiene así el código completo de cada principio activo. Algunos principios activos, en virtud de sus propiedades terapéuticas pueden tener más de un código.

4.7 Clasificación Cualitativa de los Medicamentos

A- Se utilizó una modificación de la clasificación cualitativa según su Valor Intrínseco o Terapéutico de Laporte²⁸ y colaboradores.

1. VALOR ELEVADO

2. VALOR NO ELEVADO (valor relativo, valor dudoso / nulo y valor inaceptable)

Se consideran como:

1. VALOR ELEVADO: Medicamentos de uso abierto con eficacia y seguridad demostradas en Ensayos Clínicos Controlados²⁹ para Indicaciones definidas. Sus efectos son inmediatos y obvios. Ejemplos: Penicilinas. Betabloqueantes. Insulinas. Clorpromazina. Ibuprofeno. Clortalidona. Sulfato ferroso. Prednisona.

2- VALOR NO ELEVADO: son los medicamentos con valor relativo, dudoso o inaceptable de acuerdo a las siguientes definiciones tomadas de Laporte y colaboradores.

a . VALOR RELATIVO: medicamentos en combinación irracional porque contienen un fármaco de valor elevado y uno o varios de valor dudoso o nulo, en una misma forma farmacéutica. Ejemplos: Amoxicilina + bromhexina., dextrometorfan + ambroxol, metoclopramida +simeticona

b. VALOR DUDOSO / NULO: fármacos cuya eficacia terapéutica no ha sido demostrada en ensayos clínicos controlados para las indicaciones

anunciadas. Ejemplos: Hepatoprotectores, Enzimas digestivas, Ginseng, Ginko biloba, Vasodilatadores cerebrales, Idebenona, Serenoa repens, diosmina.

c. VALOR INACEPTABLE: medicamentos en combinación irracional en una sola forma farmacéutica o aquellos que presentan una relación beneficio/riesgo claramente desfavorable. Ejemplos: Diclofenac+Amoxicilina, Alprazolam + Sulpirida, Dextropropoxifeno + Dipirona + Complejo B

B- Además de la clasificación cualitativa de los medicamentos, se utilizaron los siguientes patrones de referencia para analizar las prescripciones³⁰ de acuerdo a los diagnósticos:

1-British National Formulary (BNF) 2011³¹: Contiene indicaciones precisas de medicamentos de primera elección para un tratamiento farmacológico.

2-Formulario Terapéutico Nacional de Confederación Médica de la República Argentina (FTN-COMRA)³²: Contiene medicamentos esenciales y de eficacia clínica demostrada.

Se tomó como referencia cualitativa si estaban o no incluidos en el FTN los medicamentos prescriptos.

4.8 Almacenamiento y análisis estadístico de los datos

Los datos obtenidos fueron cargados en una planilla en el programa Microsoft Excel y posteriormente analizados estadísticamente con el programa SPSS 11.5 (Statistical Package for Social Sciences)

5. RESULTADOS

Del total de recetas observadas, se encontró:

5.1 POBLACION GENERAL SEGÚN SEXO

Teniendo en cuenta el sexo en la población se halló lo siguiente: Sexo femenino: 41 %; Sexo masculino 59 %. (Grafico 1)



Grafico 1: Total de Recetas Según Sexo.

5.2 GRUPOS FARMACOLOGICOS MAS PRESCRIPTOS

Considerando la Clasificación ATC²⁶ de todos los medicamentos prescritos, se puede observar que el grupo farmacológico más indicado ha sido el grupo del Sistema Nervioso, seguido por el grupo del Sistema Cardiovascular; en tercer lugar el Sistema Digestivo y Metabolismo. Observamos que el 41% de las prescripciones corresponden al grupo de fármacos del Sistema Nervioso seguido por un 24% correspondientes al Sistema Cardiovascular. Ambos grupos, superan el 50% considerando el total de fármacos prescritos. (Grafico2)

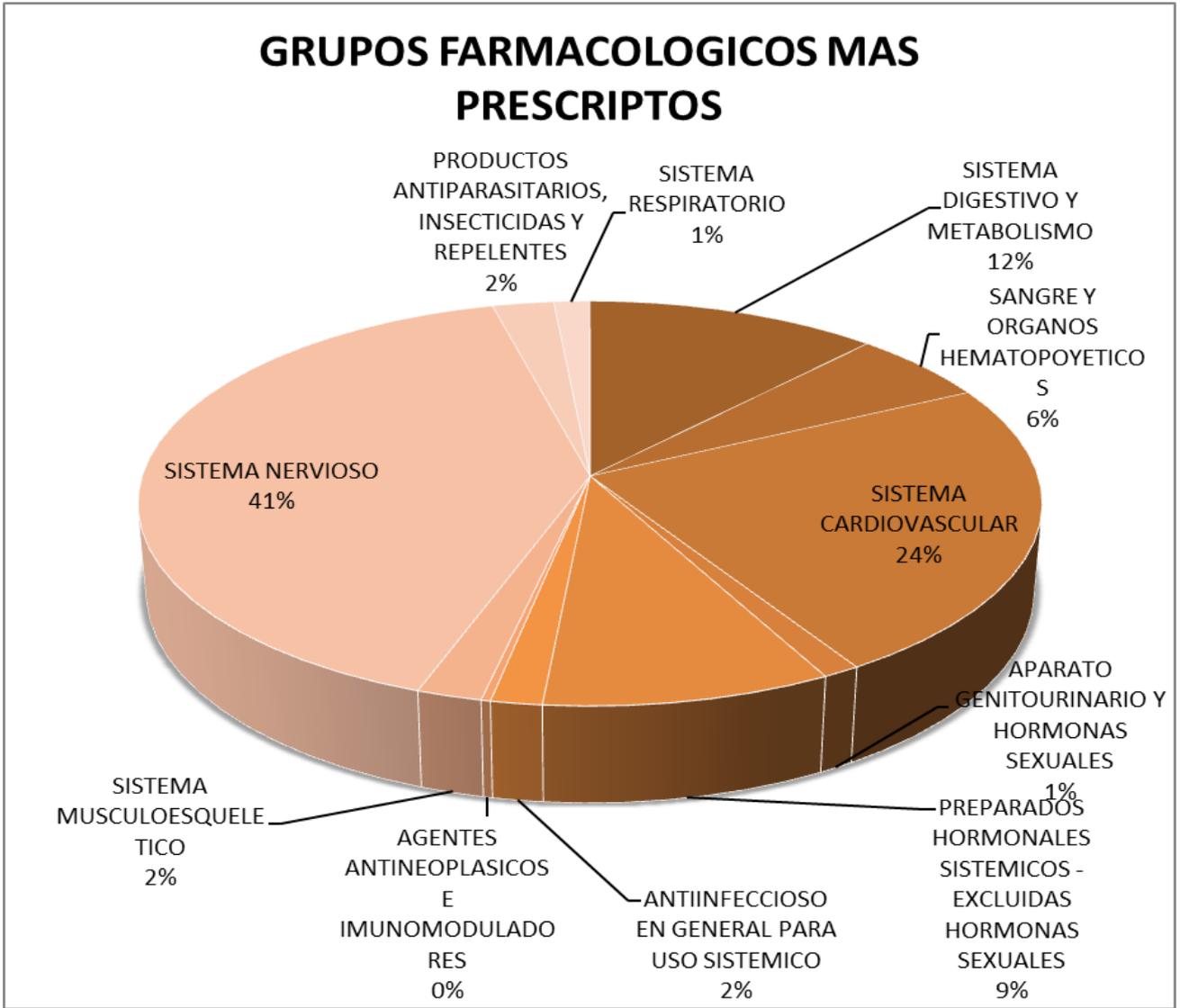


Grafico 2: Grupos Farmacologicos mas Prescriptos.

5.3 FARMACOS MAS PRESCRIPTOS

Dentro de estos grupos farmacologicos, indicados en el grafico anterior, encontramos que existen ochenta y cuatro (84) fármacos diferentes.

Entre los fármacos mas prescriptos encontramos clonazepam en primer lugar, seguido por losartan en segundo lugar y simvastatina en tercer lugar; el resto de los fármacos prescriptos se representan en la Tabla 1.

FARMACOS MAS PRESCRIPTOS	
<i>Fármaco</i>	<i>Cantidad de Prescripciones</i>
Clonazepam	72
Losartan	45
Simvastatina	33
Lamotrigina	31
Divalproato de Sodio	26
Metformina	26
Carbamazepina	24
Hidrocortisona	22
Carvedilol	21
Metoclopramida	21
Risperidona	21
Clopidogrel	19
Insulina	19
Propafenona	19
Hidroxicloroquina	17
Olanzapina	17
Levotiroxina	15
Pantoprazol	15
Alplazolam	14
Cilostazol	11
Glimepirida	9

Tabla 1: Farmacos mas Prescritos

5.4 FARMACOS MAS PRESCRIPTOS VS DIAGNOSTICO

El farmaco mas prescrito es el clonazepam, de acuerdo a lo que podemos ver en la tabla presente; de acuerdo al diagnostico el Clonazepam fue utilizado para

depresión (51%), seguida de ansiedad (32%), el resto se representa en el Grafico 3.

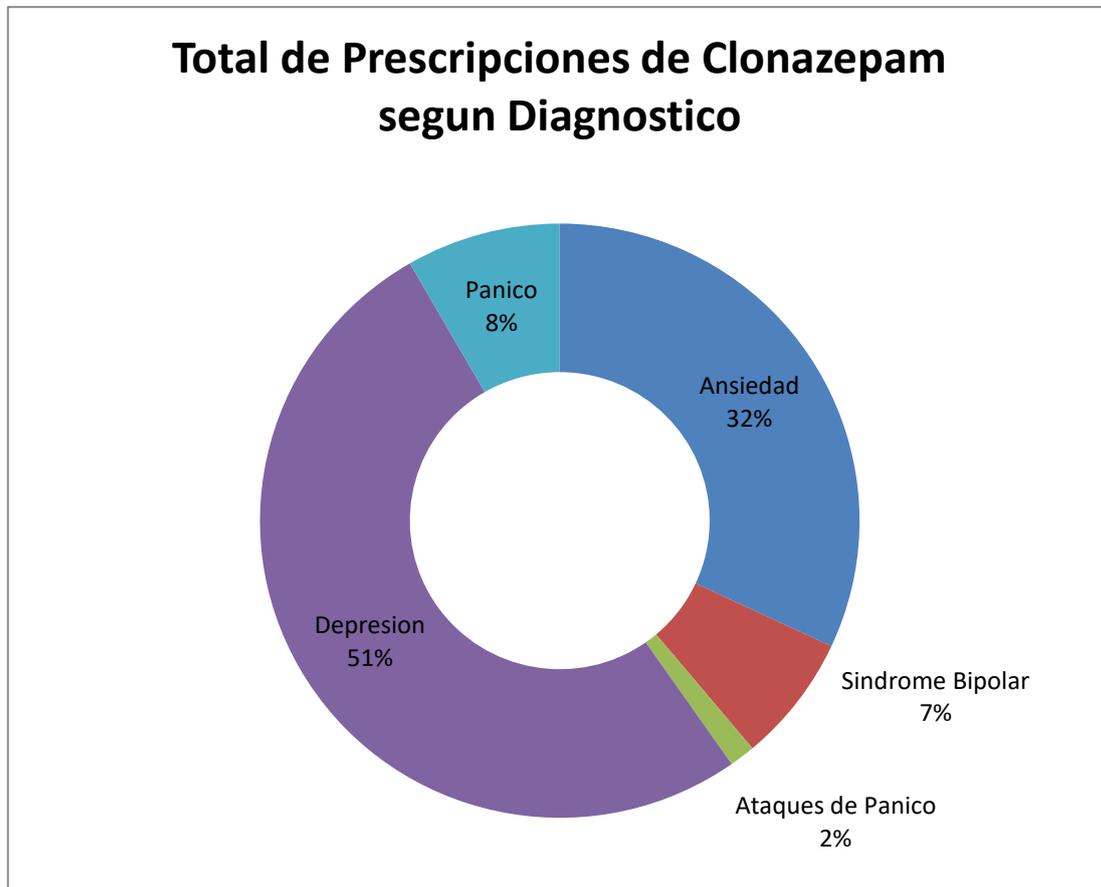


Grafico 3: Total de Prescripciones de Clonazepam según Diagnostico.

En todos los casos, los diagnósticos están relacionados al fármaco, no así el profesional prescriptor. (Grafico 4).

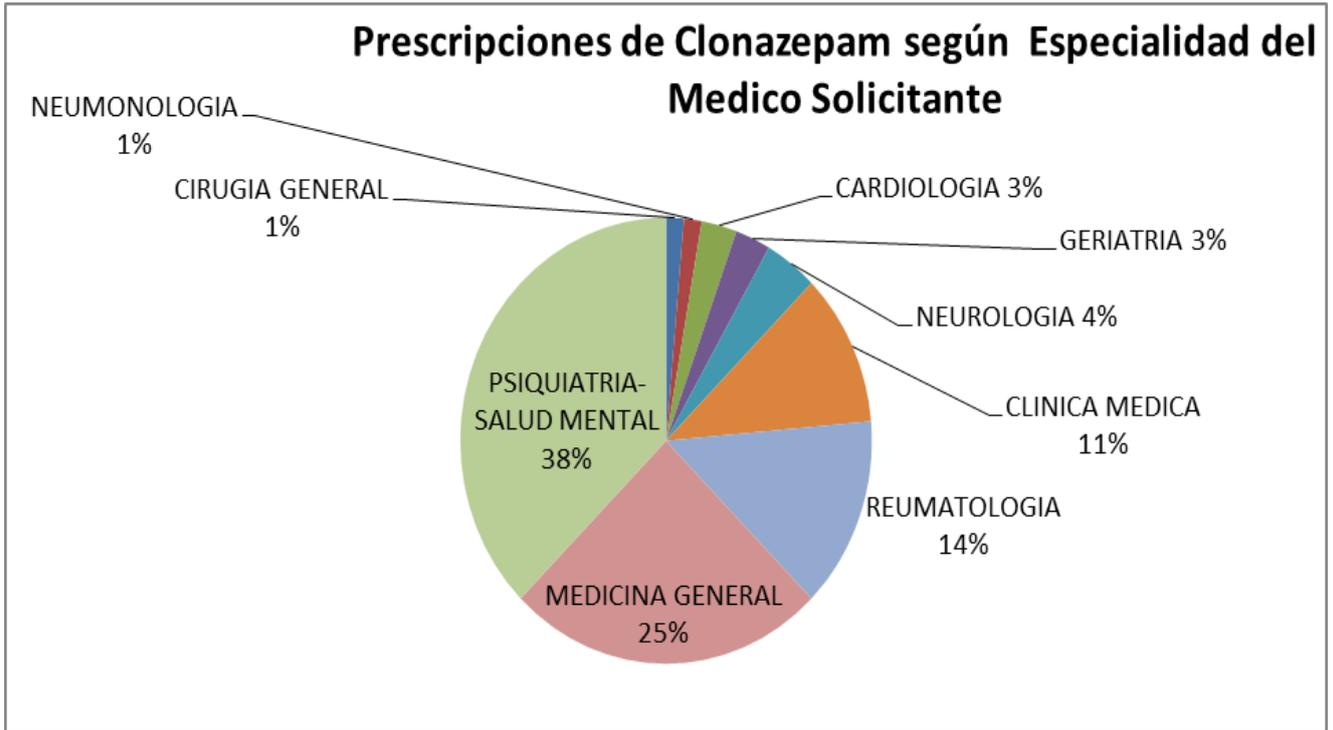


Grafico 4: Prescripciones de Clonazepam según Especialidad del Medico Solicitante.

El segundo fármaco más prescrito fue Losartán, indicados para los encontrando diagnósticos de Hipertensión Arterial (98%) e insuficiencia Cardiaca Congestiva (2%). De la relación de los diagnosticos precedentes y los medicos especialistas prescriptores, se observaron una distribución con mayor numero de prescriptores especialistas en cardiologia, 38% seguidos por un 29% de Medicos Generalistas. Ver Grafico 5.

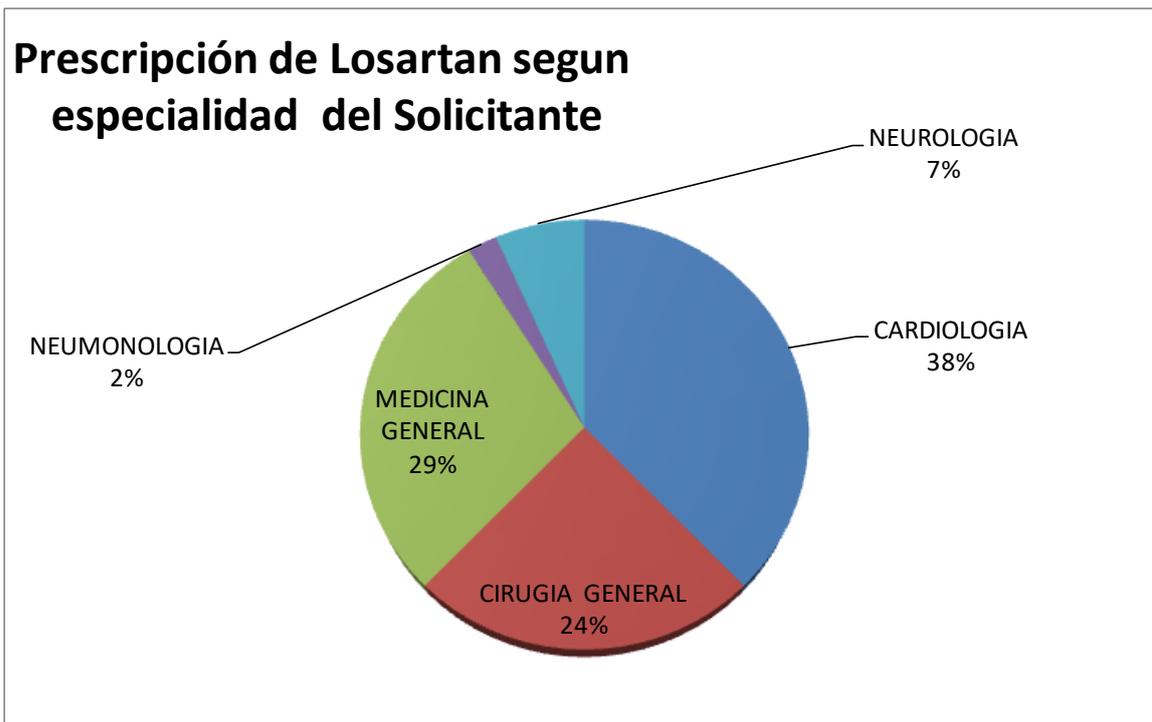


Grafico 5: Prescripción de Losartán Según Especialidad

Analizando la utilización de simvastatina, tercer fármaco más indicado, según prescripción médica, encontramos que el mayor porcentaje de diagnósticos corresponde a Hipertensión Arterial con 55%, seguido de Colesterolemia con el 24% y de Dislipidemia con 21%. Teniendo en cuenta la relación entre los diagnósticos precedentes y los médicos especialistas prescriptores, se observaron mayor prescripción por parte de especialistas en cardiología, el resto se detalla en el Grafico 6.

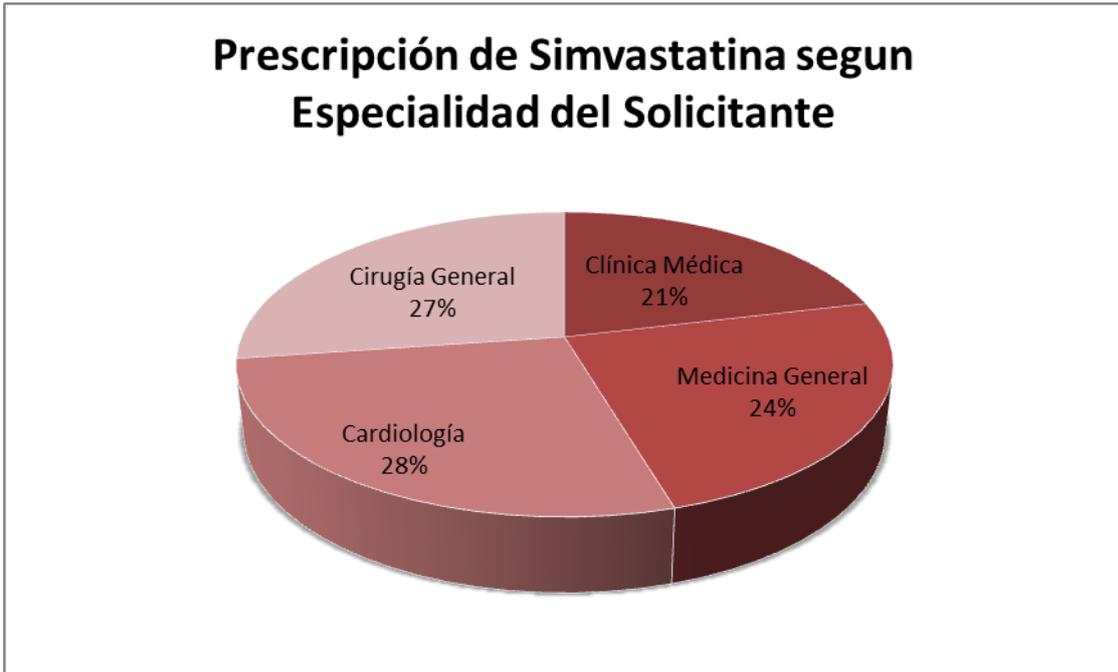


Grafico 6: Prescripción de Simvastatina según Especialidad del Solicitante

5.5 CLASIFICACION DIAGNOSTICA DEL CIE10

Dentro de la clasificación diagnóstica del CIE 10²⁵, encontramos que los grupos más prescritos son los siguientes: el primer lugar corresponde a Enfermedades del Sistema Circulatorio seguido del grupo de las enfermedades que causan Trastornos Mentales y del Comportamiento y en tercer lugar el grupo de Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas.

Tomando el grupo de TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (161) y el grupo denominado ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (84) constituyen el grupo más numeroso. La totalidad de los diagnósticos se especifican en la Tabla 2.

Bloques de Códigos	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
A00 - B99	ENFERMEDADES INF ECCIOSAS Y PARASITARIAS	8
D50 - D89	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	9
E00 - E90	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	132
F00 - F99	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	161
G00 - G99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	84
H00 - H59	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	1
I00 - I99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	166
J00 - J99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	7
K00 - K93	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	2
L00 - L99	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	2
M00 - M99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	53
N00 - N99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	7
O00 - O99	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	6
R00 - R99	SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	30
S00 - T98	TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	10
Z00 - Z99	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	7

Tabla 2: Total de Diagnósticos según Códigos de CIE 10

6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se encontraron varios estudios con resultados similares, que abordaron el tema de la utilización de medicamentos y sus posibles impacto sobre la salud de los pacientes; siendo esta una preocupación no solo de la seguridad social sino también de los sistemas de salud pública. Particularmente en este estudio se han observado que, dentro de los grupos farmacológicos más prescritos se

encuentra el grupo de Sistema Nervioso Central 41%; seguido por el grupo del Sistema Cardiovascular 24% y el grupo del Sistema Digestivo y Metabolismo 12%. Dentro de estos grupos, los fármacos más prescritos por grupo fueron Clonazepam, Losartán y Simvastatina; para cada grupo respectivamente.

Si relacionamos estos fármacos con los diagnósticos, encontramos que en el caso del Clonazepam se prescribió en un 51% para depresión; 32% ansiedad, 8% pánico y 2% ataques de pánico. Los médicos prescriptores en su gran mayoría corresponden a la especialidad de Psiquiatría y Salud Mental (38%), juntamente con Médicos Generalistas (25%) y en menor proporción Reumatólogos (14%) y Clínica Médica (11%).

En tanto que para el Losartán, se prescribió en un 98% para tratamiento de HTA y en un 2% para la ICC. Encontramos que la mayor cantidad de recetas corresponden a Cardiólogos (38%), con importante porcentaje por especialistas en Medicina General (29%) y Cirugía General (24%) con menor número de recetas confeccionadas por Neurólogos (7%) y Neumólogos (2%).

Para Simvastatina el 55% correspondió a tratamientos de HTA, 24% a colesterolemia y 21% a dislipidemia. Los especialistas son en su gran mayoría Cardiólogos (28%), seguidos de Cirujanos Generales (27%), Médicos Generalistas (24%) y especialistas en Clínica Médica (21%).

Según el FTN 11° Ed. de la COMRA³², Clonazepam, pertenece al grupo de las benzodiazepinas, dentro de la clasificación de Ansiolíticos e Hipnóticos. Tiene las mismas recomendaciones que lorazepam para el tratamiento del trastorno de pánico (crisis de pánico a repetición). Se debe administrar por periodos cortos de tiempo y acompañados por otras medidas no farmacológicas. Clonazepam constituye un tratamiento alternativo para crisis de ausencia típica que no

responde a la etosuximida o al ácido valproico, también para las crisis de ausencia atípicas y generalizadas mioclónicas y atónicas.

Losartán, pertenece al grupo de los antagonistas de la angiotensina II, dentro del grupo de los Fármacos Antihipertensivos y que Regulan el Sistema Renina Angiotensina, reduce la presión arterial, aunque aún faltan datos sobre su eficacia en la morbimortalidad en pacientes hipertensos no complicados, pero no ha demostrado ser más eficaz que los IECA^{29,31,32}. Está indicado para tratamiento como alternativa en pacientes que requieren recibir un IECA y presentan efectos colaterales como tos, que limitan su uso.

También en el tratamiento de la IC al igual que la HTA, los estudios comparativos no han demostrado mayor eficacia que con los IECA.

La Simvastatina es un inhibidor de la HMG CoA reductasa³² y actúa por reducción del colesterol sanguíneo; pertenece al grupo de los Fármacos que afectan el Metabolismo de los lípidos (dislipidemias). Tiene eficacia en prevención secundaria, donde redujo la mortalidad total, por causa cardiovascular, eventos coronarios y necesidad de revascularización de miocardio^{16,28,32}.

Según estudios de medicamentos de Eficacia Terapéutica Elevada^{12,14}, los fármacos prescritos se encuentran dentro de grupos de valor terapéutico, cuentan con eficacia y seguridad demostradas por ECC²⁹ (Ensayos Clínicos Controlados) para indicaciones definidas.

Respecto al consumo de Clonazepam, se relacionó con un estudio publicado en la Revista Medicina Buenos Aires, realizado por el Instituto de Investigaciones Biofarmacológicas, dependiente de la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Medicina de la UNNE (Universidad Nacional del Nordeste), sobre utilización

de medicamentos en el NEA. En este trabajo la finalidad fue cuantificar y clasificar todos los medicamentos prescritos, en el periodo de un (1) año, en la población atendida en el Instituto Obra Social de la Provincia de Corrientes (IOSCOR), el Instituto de Servicios Sociales, Seguros y Prestamos (INSSSeP) del Chaco y el Instituto de Servicios Sociales de la UNNE. También se buscó determinar los medicamentos más prescritos, y valorar cualitativamente la racionalidad científica de las prescripciones más frecuentes, analizando la eficacia, la seguridad y el impacto económico de los medicamentos involucrados (relación beneficio-riesgo-costos). Todo esto analizando los factores que condicionan la prescripción y a fin de elaborar un sistema de intervención concreto sobre los problemas identificados³⁵. Se observaron numerosas irracionalidades en la prescripción y utilización de medicamentos, que pueden producir una “Patología Farmacológica” y afectar la salud de los pacientes, producir efectos tóxicos o fármaco dependencia y una distorsión del gasto en salud de la Seguridad Social. Del amplio estudio realizado, se mencionan por ejemplo que entre los 20 fármacos más prescritos hay 5 ansiolíticos benzodiazepínicos (Alprazolam, Lorazepam, Flunitrazepam, Bromazepam y Diazepam) habitualmente de uso crónico.

Otro estudio sobre utilización de medicamentos en el NEA, realizado por el mismo grupo de trabajo, consistió en analizar en forma particular grupos de fármacos más prescritos en el ISSUNNE (Instituto de Servicios Sociales de la UNNE), a la vez de poder valorar los perjuicios que los medicamentos pueden provocar y las patologías asociadas que pudieran aparecer a raíz de una terapéutica farmacológica irracional. Este trabajo demuestra una prescripción

crónica de psicofármacos y prescripción de medicamentos en combinaciones a dosis fijas inaceptables³⁶.

En particular, sobre el uso de benzodiazepinas, podemos citar también un estudio presentado en las Comunicaciones Científicas y Tecnológicas de la UNNE, abordando en particular este tema preocupante en el Instituto Previsión Social de Misiones (IPS). En el mismo se observa que dentro del subgrupo denominado Psicolépticos (N05) las Benzodiazepinas fueron los fármacos más prescritos³⁷.

En Cuba en el año 2007, se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, que incluyó 1.055 y desarrolló en las 14 provincias del país; fueron incluidos la totalidad de los municipios de Ciudad de La Habana y los municipios cabeceras restantes, con el objetivo de caracterizar las prácticas de consumo de fármacos en la población adulta. Se encontró que los grupos farmacológicos más consumidos fueron: los antihipertensivos, los antiinflamatorios no esteroideos y los psicofármacos³⁸. La selección de los individuos de la muestra se realizó mediante un muestreo estratificado aleatorio, con fijación proporcional al tamaño del estrato poblacional (edad y sexo) de cada municipio incluido³⁹.

En el año 2011 en Brasil, se publicó un trabajo cuyo objetivo fue estudiar el perfil de los fármacos consumidos por la población de Campiñas, en el estado de Sao Paulo. El Estudio se basó en el uso de medicamentos tomando como variable sexo y edad de la población adulta, como también el grupo farmacológico al cual pertenecen. Se encontrando que el mayor consumo se registró en la población adulta femenina mayor de 40 años, y los fármacos más utilizados fueron

aquellos incluidos en los grupos de Sistema Nervioso Central y Sistema Cardiovascular⁴⁰.

En la ciudad de la Plata, se planteó un estudio sobre uso de medicamentos en población adulta mayor, el diseño fue transversal y descriptivo, con el objetivo de analizar precisamente la utilización de medicamentos y su calidad de prescripción. Se encontró un amplio uso de medicamentos potencialmente inapropiados y poli medicación que incluía uso de medicamentos considerados inefectivos o de valor terapéutico dudoso⁴¹.

7- CONCLUSIÓN

En el presente trabajo se demuestra que los medicamentos no siempre son prescritos adecuadamente por los médicos de cabecera, dedicados a la atención de una población definida de pacientes. El seguimiento del paciente y su tratamiento no siempre son de primera elección, a pesar del uso de fármacos de valor terapéutico elevado.

Los resultados obtenidos, aportan valiosa información sobre la práctica terapéutica habitual, la descripción del uso real de los medicamentos y de sus consecuencias; siendo a la vez de utilidad para plantear una revisión del gasto actual en medicamentos por parte de la entidad financiadora.

En conclusión se demuestra la necesidad de elaborar un sistema de intervención concreta sobre los problemas identificados para reducir consecuencias médico-asistenciales de las prescripciones inadecuadas y del uso de medicamentos de eficacia no demostrada, que conlleva inevitablemente a un impacto económico negativo a causa de la terapéutica irracional en los sistemas de salud.

Particularmente para entidades financiadoras en la Seguridad Social, los resultados de estudios de este tipo, constituyen todo un desafío, el cual puede ser afrontado con la implementación de un Programa de Uso Racional de los Medicamentos que asegure igualdad, equidad y accesibilidad a los medicamentos en las poblaciones asistidas.

8- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1-Magi, G. (2005) *Dioses y Faraones del Antiguo Egipto: Misterios, Historias, Leyendas*. España. Bonechi.
- 2-Guidotti, M. C. & Cortese, V. (2004). *Antiguo Egipto: Arte, Historia y Civilizacion*. (1° Ed.). España: Susaeta.
- 3-Parrado, P. C. (2003). *Hipócrates Latino: El de Medicina de Cornelio Celso en el Renacimiento*. España: Universidad de Valladolid
- 4-Renault, M. (2002). *Alejandro Magno*. (1° Ed.) Madrid. Edhasa.
- 5-Albertini, E. (2002). *El Imperio Romano*. España. Padilla Libros.
- 6-Lain Entralgo, P. (1978). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Elsevier Masson
- 7-Zozaya, A. (1904). *Aforismos y Pronósticos de Hipócrates*. Madrid. Maxtor.
- 8-Neumayer P. & Stark R. (2015). *Medicina con Símbolos. Curar mediante la transferencia de información y la Nueva Homeopatía*. España. Edaf.
- 9-Biedermann, H. (1996). *Diccionario de Símbolos, con más de 600 Ilustraciones*. Barcelona. Paidós.

10- Valsecia M. (2002). La Cultura del Medicamento o Medicalización de las comunidades. *Boletín Fármacos*. 5(2). Recuperado de:

http://www.boletinfarmacos.org/042002/ventana_abierta.asp

11- Finer, D. (2000). Resistencia a los antimicrobianos: una amenaza mundial.

. *Boletín Medicamentos Esenciales*. OMS. Recuperado de:

<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2250s/s2250s.pdf>

12- Laporte J. R. & Tognoni G. (1993). *Estudios de Utilización de Medicamentos y Farmacovigilancia*. (2º Edición). Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas.

13- Laporte, J.R. (2001). *La Evaluación del Efecto de los Medicamentos: Principios Básicos de investigación Clínica*. (2º Edición). Barcelona. Astra Zeneca.

14-Laporte, J.R. & Tognoni, G. (1993). *Principios de Epidemiología del medicamento*. (2º Edición). Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas.

15- Last, J.M. (1989). *Diccionario de Epidemiología*. Barcelona. Salvat.

16- Figueras, A. Caamano, F. Gestal, O.J.J. (2000). *Diseño del Estudio de Utilización de Medicamentos (EUM)*. España. Gac Sanit.

17- Tognoni G. (1993). *Principios de epidemiología del medicamento*. (2ª Edición.) Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas.

18- Figueras, A. Caamano, F. Gestal Otero, J.J. (2000). *Metodología de los estudios de utilización de medicamentos en Atención Primaria*. España. Gac Sanit.

19- Escudero, C. (2013). *Manual de Auditoria Médica - Asociación Medica Federal (1° Edición)*. Buenos Aires. Dunken.

20- Malagon Londoño, G., Galán Morera, R., Pontón Laverde, G. (2003). *Auditoria en Salud para una Gestión Eficiente. (2° Edición)*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.

21-Lopez Castellano, A., Moreno Royo, L., Villagrasa Sebastián, V. (2006). *Manual de Farmacología: Guía para el Uso Racional del Medicamento. (3° Edición)*. España. Elsevier.

22-Rodes, J., Pique, J. M. (2007). *Libro de la Salud del Hospital Clinic de Barcelona y la Fundación BBVA*. España. Nerea SA

23- Mendoza Patiño, N., (2008). *Farmacología Médica*. México: Editorial Medica Panamericana.

24- Peretta, M. D. (2005). *Reingeniería Farmacéutica: Principios y Protocolos de la Atención al Paciente. (2° Edición)*. Argentina. Editorial Medica Panamericana.

25- Schopen, M. (2006) *Electronic Versions of ICD-10 – Files, Formats, Functions* . Recuperado de: <http://www3.who.int/icd/currentversion/fr-icd.htm>

26- Oslo. Nordic Council on Medicines and WHO Collaborating Centre for Drug Statistics methodology. (1998). *The Nordic Council on Medicines Working Group concerning ATC/DDD questions. Guidelines for ATC classification and DDD assignment*. Recuperado de: <http://www.whocc.no/atcddd/>

27- Hardman, J.G., Limbird, L. E., Molinoff, P. B., Ruddon, R. W., Goodman Gilman, A. (2005) . *The Pharmacology Basis of Therapeutics. (11ª Edición)*. Mc Graw Hill.

28- Capellà D., Laporte J. R., (1993) *Métodos aplicados en estudios descriptivos de utilización de medicamentos. (2ª Edición)* Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas.

29- Fundació Institut Català de Farmacologia. (2000). *Index Farmacòlogic* Recuperado de: http://www.icf.uab.es/a_primaria/indexfe.htm

30- Figueras, A., Vasallo, A., Narvaez, E. (2003). *Estudios de Utilización de Medicamentos: Manual Práctico*. España. Editorial Ediciones Científicas y Técnicas.

31- British National Formulary (2011). Published jointly by BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society. FNB. Recuperado de:

<https://www.bnf.org/>

32- Confederación Médica de la República Argentina – COMRA - (2005).

Formulario Terapéutico Nacional. (10ª ed.). Recuperado de:

<http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/sitios.html>

33- NIH - Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. *Clonazepam*.

Washington. Medline Plus. Recuperado de:

<https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682279-es.html>

34- Nadalín, E. González, A.M. Oteo, H. Ribeiro, R. Tassoni, S. Palchik, V.

(2014) *Formulario Terapéutico Provincial Provincia de Santa Fe. Comisión de*

Medicamentos del Ministerio de Salud Pública de la Provincia. Recuperado de:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/212408/1101617/file/FORMULARIO%20TERAPEUTICO.pdf>

35- Malgor L. (1999). Estudios de Utilización de Fármacos: un instrumento

necesario para impulsar el uso racional de los medicamentos. *Medicina Buenos*

Aires. 59, 5-2. Recuperado en:

<http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol59-99/52/farmacos.htm>

36-Morales, S.D. Espindola, J. Crenna, V. Malgor, L. Valsecia, M.E. (2000).

Estudio de Utilización de Medicamentos en el Instituto de la Seguridad Social de

la UNNE – ISSUNNE. Recuperado de:

<http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/medicina/m-011.pdf>

37- Morales, S.D. Malgor, L. Valsecia, M.E. (2001). *Farmacología Clínica: Consumo de Fármacos Ansiolíticos en un Instituto de la Seguridad Social del NEA*. Recuperado de:

<http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2003/comunicaciones/03-Medicas/M-039.pdf>

38- García Milián, A.J.; Alonso Carbonell, L.; Puig P.L.; Salvador Ruiz,A.K.; Blanco Hernández,H.^{VI} (2009). Consumo de medicamentos referidos por la población adulta de Cuba, año 2007. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 25. Recuperado en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-1252009000400002

39- Anker, M.Brudon-Jakobowicz, P. Fresle, D.A. Hogerzeil, V.H. (1993). *Cómo investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud - Indicadores seleccionados del uso de medicamentos - Serie sobre investigaciones*. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2975s/>

40- Costa,K.S. Berti de Azevedo Barros,M. Stolses Bergamo, P.M. Galvão César, L. Goldbaum, M. (2011) *Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil*. Recuperado de:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400004

41- Regueiro, M. Mendy, Cañas, M. Farina, H.O. Nagel, P. (2011). *USO DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS.*

Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v28n4/a12v28n4.pdf>

9- ANEXOS

9.1 ANEXO I

Glosario

Abreviaturas

9.1 ANEXO I

9.1.1. Glosario de Términos

Clasificación Anatómica Terapéutica y Clínica: Sistema de codificación de los fármacos y medicamentos, según su efecto farmacológico, sus indicaciones terapéuticas y su estructura química.

Epidemiología del Medicamento: Estudio del consumo y los efectos de los fármacos en la comunidad. Incluye estudios de utilización de medicamentos, ensayos clínicos y farmacovigilancia.

Estudios de Utilización de Medicamentos: Según la definición de la OMS, los que tratan de la comercialización, distribución y uso de fármacos en una sociedad, con énfasis especial en las consecuencias médicas, sociales y económicas.

Estudio observacional: Estudio epidemiológico analítico en el que el investigador no determina la asignación de los sujetos a cada grupo, sino que se limita a observar lo que ocurre en la realidad.

Relación beneficio/riesgo: Refleja la relación entre el beneficio demostrado o esperado y el riesgo documentado o temido que pueden derivarse de una intervención terapéutica determinada. Constituye una manera de expresar un juicio sobre el posible papel de una intervención (por ej un fármaco) en la

práctica médica, basado en datos de eficacia y seguridad, relacionados con la gravedad y pronóstico de la enfermedad tratada.

Formulario terapéutico: Un formulario terapéutico es aquel que posee aunque de manera resumida, información básica sobre los medicamentos incluidos: nombre genérico, indicaciones terapéuticas, dosis, efectos adversos, contraindicaciones e interacciones, y su clasificación terapéutica; siendo opcional los nombres comerciales y los respectivos precios.

9.1.2. Abreviaturas o Acrónimos Utilizados

ATC: Clasificación anatómico-clínica terapéutica

COMRA: Confederación médica de la República Argentina

FTN: Formulario Terapéutico Nacional

EUM: Estudio de utilización de medicamentos

CIE: Clasificación internacional de enfermedades

OMS: Organización mundial de la salud

BTF: Formulario Terapéutico Británico (*British National Formulary*)

HTA: Hipertensión Arterial

ICC: Insuficiencia Cardíaca Congestiva

DBT: Diabetes

DURG: Grupo de Estudio de Uso de Drogas (*Drug Utilization Research Group*)

EPOC: Enfermedad Pulmonar Crónica Obstructiva

SN: Sistema Nervioso

9.2 ANEXO II

9.2.1 Planilla de Recolección de Datos

