



## CARTAS AL DIRECTOR

### Consumo de benzodicepinas en una comuna de la región metropolitana de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina

#### Benzodiazepines use in a commune in the Rosario Metropolitan Area, Santa Fe Province, Argentina

Sr. Director:

En Argentina, los medicamentos para el sistema nervioso central, entre éstos los fármacos psicolépticos, son desde hace años los de mayor facturación<sup>1</sup>. La región metropolitana de Rosario, situada en el centro de la provincia de Santa Fe, tiene a esta ciudad como cabecera de un conjunto de 44 comunas y 17 municipios que conforman una realidad urbana y rural. Pavón Arriba, localidad de aproximadamente 2.000 habitantes, es una de las comunas que integran esta región, tiene características comunes a ésta y se sitúa a unos 50 km de Rosario<sup>2</sup>.

En este contexto se evaluó el consumo de fármacos benzodicepínicos en esta localidad y se analizó la utilización de estos fármacos en el tiempo. Para esto se realizó un estudio observacional transversal de las dispensaciones de benzodicepinas (BZD) efectuadas en esta localidad durante el año 2007. Se relevaron todas las prescripciones de BZD, esto incluyó las indicadas en la atención general y en la atención especializada. A esta última no se accede en la comuna, el sistema de salud público provee sólo el diacepam (DZP).

Se relevaron tanto los fármacos dispensados pertenecientes al grupo N05BA y el clonacepam (CNZ). La Organización Mundial de la Salud ubica a este fármaco dentro del grupo N03AE (antiepilépticos derivados de la BZD) con una dosis diaria definida (DDD) de 8 mg. Sin embargo, en nuestro medio, el principal uso de este fármaco es como ansiolítico. Es posible hallar en la literatura médica métodos para comparar dosis equivalentes de BZD; así, 10 mg de DZP se corresponden con 1 mg de CNZ<sup>3</sup>.

El consumo de BZD en la localidad durante el año estudiado se observa en la [tabla 1](#). Los fármacos que cubren el segmento de utilización (DU) del 90% son CNZ, loracepam (LZN) y alprazolam. Las BZD esenciales contenidas en el Formulario Terapéutico Nacional para uso no comicial son DZP, LZN y CNZ. Este último sólo se utiliza para el tratamiento de las crisis de pánico. Al DZP se lo observó fuera del segmento DU del 90%. Sólo el 2,2% del consumo total corresponde al administrado a través de la dispensación pública. Es evidente que el elevado consumo de

estos psicotrópicos resulta a expensas del sistema privado, cuyos usuarios tienen capacidad para financiar, al menos parcialmente, su gasto en salud.

El 33,9% (intervalo de confianza del 95%: del 29,1 al 39,0%) de los usuarios retiró la medicación durante 4 o más meses. Para caracterizar la relación entre el número de meses en que a cada usuario se le dispensaron estos fármacos en el año en estudio y las DDD totales utilizadas por éste, se ajustó un modelo de regresión no lineal para fármacos desagregados. Se lo llevó a cabo para CNZ (Ecuación [EC]:  $DDD = 54,20 \cdot e^{x^{0,30}}$ ;  $r^2 = 0,80$ ) debido a su importancia en el consumo total, y para el DZP (EC:  $DDD = 12,94 \cdot x^{1,36}$ ;  $r^2 = 0,89$ ) y el LZN (EC:  $DDD = 20,14 \cdot x^{1,55}$ ;  $r^2 = 0,82$ ), a fines de contar con los medicamentos de referencia esenciales. En cada caso, x fue igual al número correspondiente a los distintos meses en que se dispuso el fármaco en cuestión para cada usuario.

El análisis de las ecuaciones precedentes indica que al cabo de un año de utilización, un usuario de DZP consume 225 DDD por encima de las que se hubiesen encontrado al multiplicar por 12 el consumo del primer mes; mientras que el mismo análisis da lugar a 706 DDD para el LZN y 1.106 DDD para el CNZ. En cuanto a las consecuencias medidas en el incremento del requerimiento de dosis con mayor tiempo de utilización, el CNZ aún con vida media prolongada resulta aquí claramente desventajoso con respecto al DZP, y al ser

**Tabla 1** Consumo en número de dosis diaria definida y de dosis diaria definida por mil habitantes y día de los fármacos benzodicepínicos utilizados en Pavón Arriba durante el año en estudio. Se expresa también el correspondiente porcentaje de consumo para cada una de los fármacos utilizados

Fármaco	DDD	DHD	(%)
Clonacepam	28.185	39,04	47,08
Loracepam	13.174	18,25	22,00
Alprazolam	12.980	17,98	21,68
Diacepam	2.916	4,04	4,87
Bromacepam	1.500	2,08	2,51
Midazolam	780	1,08	1,30
Flunitracepam	120	0,17	0,20
Cloracepato	110	0,15	0,18
Zolpidem	60	0,08	0,10
Clobazam	45	0,06	0,08
Total	59.870	82,92	100,00

DDD: dosis diaria definida; DHD: dosis diaria definida por mil habitantes y día.

un fármaco de alta potencia se evidencia menos conveniente que el LZP.

Es necesario promover el uso racional de los fármacos para contribuir a un sistema sanitario equitativo y eficaz, en el que la implementación farmacológica se adecue a las necesidades reales e individuales, y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas sean para toda la población.

## Agradecimiento

Al Dr. Oscar Bottasso por la revisión del presente trabajo.

## Bibliografía

1. Indec-Ministerio de Economía y Producción. INDEC. La industria farmacéutica en la Argentina. Primer trimestre del 2007. Argentina [citado 3 Ene 2008]. Disponible en: URL: [http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/13/farm\\_05\\_07.pdf](http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/13/farm_05_07.pdf).
2. Plan Estratégico Metropolitano. Región Rosario. Acuerdos Estratégicos Metropolitanos 2004. Rosario. Argentina [citado 14 Feb

2008]. Disponible en: URL: [http://www.pem.org.ar/biblioteca/articulos/plan\\_estrategicomropolitano\\_acuerdos\\_estrategicos\\_metropo.pdf](http://www.pem.org.ar/biblioteca/articulos/plan_estrategicomropolitano_acuerdos_estrategicos_metropo.pdf).

3. Drugs utilization review of benzodiazepine use in first nations and inuit populations. *Drugs Use Evaluation-Bulletin-September 2005- Canadá*. [citado 16 Abr 2008]. Disponible en: URL: [http://www.hc-sc.gc.ca/fnihah-spnia/pubs/nihb-ssna/\\_drug-med/2005\\_09\\_due-eum/index-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fnihah-spnia/pubs/nihb-ssna/_drug-med/2005_09_due-eum/index-eng.php).

Nora Beatriz Quaglia Planas\*, Jorgelina Paciaroni, María Mónica Elías y Mercedes Leiva

*Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, Universidad Nacional de Rosario, Argentina*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico: nquaglia@fbioyf.unr.edu.ar (N.B. Quaglia Planas).*

doi:10.1016/j.aprim.2008.12.008

## La visita domiciliaria como forma de enseñanza en la atención primaria de salud cubana

### The home visit as form of teaching in primary health care in Cuba

*Sr. Director:*

Desde 1983 se inició en Cuba la especialidad en medicina general integral, que constituye el perfeccionamiento del enfoque social de la medicina, premisa básica del sistema de salud de cualquier país del mundo. En la práctica cotidiana los médicos y el personal de enfermería de la atención primaria, combinando la atención individual con la familiar, actuarían de forma más eficaz sobre los problemas asistenciales. La familia, en conjunto con el individuo y la comunidad, es objeto de actuación profesional, no acudimos a la familia solamente para ver a un paciente enfermo, sino para evaluarla de forma integral, diagnosticar sus problemas y emprender acciones para solucionarlos, de ahí que la medicina familiar cubana sitúe la atención familiar de un área indiferenciada en un campo de actuación propio, con enfoque y paradigma definidos.

La forma de enseñanza, o forma organizativa docente, es la estructuración de la actividad conjunta del docente y los estudiantes para lograr los objetivos de una actividad determinada, dentro de ellas se describen la clase, la educación en el trabajo, el trabajo independiente, la consulta docente estudiantil, la actividad científica estudiantil y la práctica preprofesional<sup>1-3</sup>. Partiendo del principio que no se describe la atención domiciliaria (visita a la familia) como forma de enseñanza, nos propusimos realizar valoraciones teóricas y prácticas que justifiquen incluir esta actividad como tal, tanto en la formación de

estudiantes de pregrado como en el posgrado, lo cual resulta un programa en marcha en nuestro país.

La visita domiciliaria es la actividad conjunta que pueden desarrollar los docentes y educandos, para alcanzar los objetivos en la formación del profesional. Permite la incorporación de conocimientos, habilidades y valores, con metodología propia. Debe desarrollarse necesariamente en la práctica, aprovechando la diversidad de situaciones que aporta la familia. Permite, además, que cualquier evento que afecte a la salud individual pueda ser abordado en el contexto de una visita domiciliaria.

El método se basa en la solución de problemas mediante el trabajo independiente, que demuestra la capacidad de autonomía en un contexto de trabajo en grupo. La resolución de problemas es mayor en condiciones de actividad conjunta<sup>4</sup>.

Las habilidades a desarrollar son diagnosticar y tratar los problemas de salud de la familia, unidas a otras habilidades complejas, como interrogar, transcribir los datos a la historia clínica, elaborar, contrastar y comprobar hipótesis, decidir la terapéutica y evaluar resultados, además de habilidades de comunicación con el grupo.

Los medios empleados son las propias familias y las historias de salud familiar.

La evaluación se realizará mediante la observación del desempeño y la autoevaluación del estudiante.

De esta forma la visita domiciliaria, como práctica peculiar y distintiva de la medicina familiar, desde el punto de vista teórico y práctico, puede ser tipificada por primera vez en nuestro medio como forma de enseñanza en la atención primaria de salud.

## Bibliografía

1. Díaz Martínez PM, García Núñez R. Orientaciones metodológicas mínimas para el inicio de la labor docente. Cienfuegos. 2004.