

Título: “USO DE MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. CIUDAD SANTA FE. MARZO-ABRIL Y DICIEMBRE DE 2018”.

Autores: FAUDA Myriam; IACONO Patricia; FERRARO Julieta; PIGATTO, Sol; BRAGADO Francina; DONNET, Maria I.

Institución: Dirección Provincial de Red de Medicamentos y Tecnología Farmacéutica- Dirección de Salud Mental- Dirección de Información para la Gestión. Ministerio de Salud Pcia. Santa Fe. Juan de Garay 2880. Santa Fe (3000) - (0342) 4573708 mareysantafe@hotmail.com

Tipo de trabajo (enfoque): Trabajo de investigación

Categoría Temática: Gestión/ Administración de los servicios de salud

Resumen del contenido: Los trastornos mentales tienen alta prevalencia. Los recursos disponibles para afrontarlos son escasos y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz. Si bien mejoró la disponibilidad de medicamentos en el Primer nivel de Atención no se conocen estudios que indiquen si su uso es racional. Con el objetivo de identificar los perfiles prescriptivos de los psicofármacos y su relación con el llamado uso racional de medicamentos y conocer la percepción de los médicos que atienden en el Primer Nivel de Atención (PNA) respecto de los Problemas de Salud Mental (PSM) y su resolución se realiza este estudio cuantitativo descriptivo transversal. Se analizaron las prescripciones de psicofármacos realizadas en 49 efectores de PNA de la Ciudad de Santa Fe y se realizó una encuesta a médicos del PNA. El 55 % de las prescripciones correspondían a Ansiolíticos (Clonazepam el más prescripto), 21% antipsicóticos, 17% antidepresivos y 6% antiepilépticos. Los médicos del PNA, están insatisfechos con la respuesta dada ante PSM, consideran que los usuarios tampoco lo están y refieren que hasta el 50% de estos problemas podría resolverse con otro tipo de tratamiento no farmacológico. El uso de psicofármacos podría considerarse no racional, según la definición de uso racional de la OMS. Creemos necesario revisar y unificar los criterios diagnósticos, la terapéutica instaurada, y el registro de la información; incluir otras formas de terapias no farmacológicas y un acompañamiento farmacéutico proactivo en el seguimiento farmacoterapéutico.

Palabras claves: Psicofármacos, uso racional, Primer Nivel de Atención

Soporte técnico para presentación: cañón de proyección

**USO DE MEDICAMENTOS RELACIONADOS A LA SALUD MENTAL
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

MARZO- ABRIL Y DICIEMBRE DE 2018. CIUDAD DE SANTA FE

Autorxs:

FAUDA, Myriam (Farmacéutica)

IACONO, Patricia (Farmacéutica)

FERRARO, Julieta (Farmacéutica)

PIGATTO, Sol (Médica Psiquiatra)

BRAGADO, Francina (Lic. En Administración de Servicios de Salud)

DONNET, Maria Isabel (Médica Generalista y de Familia)

Institución: Dirección Provincial de Red de Medicamentos y Tecnología Farmacéutica-
Dirección de Salud Mental- Dirección de Información para la Gestión. Ministerio de Salud
Pcia. Santa Fe. Juan de Garay 2880. Ciudad de Santa Fe (3000) Santa Fe. (0342) 4588800
mareysantafe@hotmail.com

Tipo de trabajo: Trabajo de Investigación.

Fecha de realización: Marzo- Abril y Diciembre de 2018

Categoría Temática: Gestión /administración de servicios en salud.

~ TRABAJO INÉDITO ~

USO DE MEDICAMENTOS RELACIONADOS A LA SALUD MENTAL
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. MARZO- ABRIL Y DICIEMBRE DE 2018.

CIUDAD DE SANTA FE

INTRODUCCIÓN.

Los trastornos/ problemas de salud mental (PSM) tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz.

Según el Informe sobre la salud en el mundo 2001, se debe dar prioridad al acceso a los medicamentos esenciales. Los psicofármacos esenciales deben estar siempre disponibles en todos los niveles de la atención sanitaria.¹

Los medicamentos constituyen la tecnología médica más utilizada en el mundo contemporáneo, han salvado vidas y prevenido enfermedades, pero su indiscriminada utilización los ha convertido en un problema de salud pública. La sociedad occidental tiene planteado un reto importante, tanto desde el punto de vista económico como ético en relación con su uso apropiado, y en especial con aquellos que son de efecto psicoactivo, pues son estos los que han experimentado en los últimos 20 años mayor incremento en su uso.²

El éxito de la farmacoterapia se encuentra cuando en la práctica clínica diaria se aplica el concepto de uso racional del medicamento, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS-1985). Cuando se da esta situación se considera que una prescripción es adecuada.³

Tomando los efectores del Primer Nivel de Atención (PNA) de la ciudad de Santa Fe, se desarrolla este trabajo que tiene como objetivo identificar los perfiles prescriptivos de los psicofármacos y su relación con el llamado uso racional de medicamentos y conocer la visión de los médicos que atienden en el nivel antes dicho respecto de los PSM y su resolución.

Acerca de los autores: somos seis trabajadoras de la salud que ejercemos distintas funciones profesionales en las direcciones que anteriormente se nombran. Es fundamental,

desde cualquier nivel de gestión, y más si hablamos desde el nivel central, tener información que permita intervenir en forma eficaz. Desde allí el interés en este tema.

CONTEXTO. LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA. JUSTIFICACIÓN.

La Provincia de Santa Fe (Argentina), inició un proceso de reorganización territorial organizándose en cinco regiones, en cada una de estas regiones-redes pueden identificarse nodos. Los nodos son núcleos de articulación, concentración, distribución y redistribución de capacidades, información y recursos (Región 1-Nodo Reconquista, Región 2-Nodo Rafaela, Región 3-Nodo Santa Fe, Región 4-Nodo Rosario, Región 5- Nodo Venado Tuerto).

Con la creación del Programa Provincial de medicamentos (Decreto Nº 1357 /93), la provincia garantiza la disponibilidad de insumos farmacéuticos a través de un sistema mixto de gestión de los mismos, una parte de los insumos provienen de Compras Centralizadas con distribución descentralizada en las cinco Droguerías instaladas una en cada Nodo de Salud, otra parte de los insumos provienen de Programas Nacionales, otros de Producción a través de los Laboratorios Estatales (uno provincial Laboratorio Industrial Farmacéutico-LIF- y otro de la Municipalidad de Rosario Laboratorio de Especialidades Medicinales -LEM-); además los efectores por compras descentralizadas adquieren los insumos farmacéuticos que no provienen de niveles centrales, contemplando los requisitos establecidos en el Formulario Terapéutico Provincial.

Tomando en cuenta lo expuesto y considerando que el PNA es donde reciben atención médica la mayor parte de los pacientes con PSM, se plantea la necesidad, de organizar un sistema de distribución de medicamentos que facilite el acceso a los mismos por parte de los usuarios, que reciben atención en los efectores dependientes del Ministerio de Salud (MS) de la Provincia de Santa Fe, garantizando, por otra parte, el cumplimiento de la Ley Nacional de Psicotrópicos Nº 19303/71 (adhesión Provincial Decreto Nº 696/73).

En el Nodo Santa Fé, durante el año 2016, se organizó la Red de Salud Mental, estableciendo para cada región territorial un equipo de trabajo para abordar los PSM, la participación de un referente farmacéutico en el equipo y la distribución a finales del año 2015 de 29 rubros provenientes de gestión de compras centralizadas, para el tratamiento de las patologías más frecuentes relacionadas con PSM, fueron los pilares en la mejora de la disponibilidad de los productos en el territorio, facilitando el acceso a dichos tratamientos.

En una evaluación sobre la evolución de los consumos mensuales de estos rubros a nivel provincial, en el período noviembre 2015- abril 2018, se observa:

- En 3 rubros (10%), disminuyó el consumo en el periodo evaluado (clorpromazina, clotiapina, carbonato de litio).
- En 12 rubros (38%) aumentó el consumo en un rango que va del 3 al 50 % de aumento (amitriptilina, fluoxetina, haloperidol decanoato ampolla x 3 ml, levomepromazina, zuclopentixol, biperideno, clonazepam 2 mg, midazolam, lorazepam, topiramato 25 mg, topiramato 100 mg).
- En 6 rubros (21%), aumentó el consumo en un rango que va del 50 al 100 % (citalopram, haloperdol 5 mg ampollas, risperidona 1 mg y 3 mg, lamotrigina, àcidovalproico).
- En 9 rubros (31%), aumentó el consumo en un rango mayor al 100%. (clonazepan 0.5 mg, diazepam ampollas, lorazepam ampollas, haloperidol decanoato ampolla x 1 ml, risperidona en ampollas, quetiapina, paroxetina, sertralina, zolpidem).

Por otro lado, analizando los consumos por efector, en la ciudad de Santa Fe, se observa una disminución del consumo de la mayor parte de los psicofármacos de la lista de compras centralizadas en el Hospital Mira y López (hospital dedicado al tratamiento de enfermedades mentales en pleno proceso de transformación a un hospital polivalente, impulsando la descentralización de los pacientes a los equipos territoriales de atención en los Centros de Salud –CS-). Esta disminución del consumo refleja lo esperado, luego de la conformación de la Red de Psiquiatría que descentraliza la atención y dispensa de medicamentos para enfermedades mentales. En contraste, se produjo un aumento en el consumo general, por parte del resto de los efectores que distribuyen estos medicamentos a los CS.

Considerando los datos globales a nivel provincial, que indican un aumento de consumo de los medicamentos comprados a través de compras centralizadas, habilita a pensar que se optimizó el acceso a los mismos, o por el contrario, puede existir un exceso en el uso de psicofármacos o tal vez el uso de psicofármacos en el PNA no sigue patrones de uso racional de los mismos. Además en el trabajo cotidiano se observan y presentan dificultades en la implementación de la Red de Psiquiatría debido a diversas deficiencias estructurales y organizativas, observándose algunas dificultades por las que atraviesan los

médicos generalistas y de familia, tanto para realizar el diagnóstico, como el seguimiento de los tratamientos instaurados.

En virtud de lo expuesto en los párrafos anteriores, surgen diferentes interrogantes, con los cuales comenzamos este trabajo:

¿Cuáles son los perfiles prescriptivos de medicamentos psicotrópicos en el PNA en la ciudad de Santa Fe? Esos perfiles prescriptivos ¿Son acordes a los patrones de uso racional?

A medida que fuimos avanzando fueron apareciendo otras preguntas, considerando que la prescripción del medicamento es una parte de la atención de salud mental, una de las acciones que la implementación de la Red de Psiquiatría ha tratado de optimizar, dando lugar a la mirada del médico del PNA:

Cuáles son las características de los PSM que se atienden en los CS? Qué intervenciones se realizan en el PNA? ¿Realiza seguimiento y acompañamiento? Ha recibido formación para acompañar este tipo de problemas? Cuenta con recursos para hacerlo? ¿Consulta al especialista o equipos matriciales de apoyo cuando la evolución en el proceso salud enfermedad no es acorde a lo esperado?

Así entonces este trabajo se organiza en dos partes, la primera tomando datos de las recetas elaboradas en el PNA y la segunda realizando una encuesta a los profesionales que atienden en dicho nivel.

MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL.

Los diferentes tipos de padecimiento mental son problemas de alta prevalencia en América Latina. En 2011, en Argentina, el suicidio fue la segunda causa de muerte más frecuente en el grupo etario 15 a 29 años y la tercera en el grupo 30 a 34 años.⁵

En 2010, el Trastorno Depresivo (TD) Mayor fue la tercera causa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Si sólo se midieran los años perdidos por discapacidad, el TD ocuparía el primer puesto, el Trastorno de Ansiedad (TA) ocupan el décimo cuarto puesto entre los causantes de AVAD y el segundo entre las causas de años perdidos por discapacidad.⁵

Según el Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-V), los TA incluyen el ataque de pánico; el trastorno de ansiedad generalizada; las fobias específicas; las reacciones de estrés agudo y postraumático y los trastornos

obsesivos compulsivos, disociativo y somatomorfo. En un informe sobre las prácticas en Salud Mental (SM) dentro de los dispositivos de APS en Santiago del Estero, se evidenció que los TA fueron el tercer diagnóstico más frecuente entre la población adulta en el período 2006-2007, precedidos de los problemas de relación paterno filiales y la depresión. La misma frecuencia se encontró en el servicio de urgencias de un centro médico de La Plata. En adolescentes, la prevalencia de TA va del 11% al 26,6%, la contención familiar juega un papel importante en esta población.⁵

Tanto el TD como los TA suelen relacionarse estadísticamente con diferentes enfermedades de las llamadas orgánicas. De hecho, ambos son factores de riesgo cardiovascular, en especial haber atravesado una cirugía de bypass coronario, aumenta el riesgo de comenzar a padecer una depresión. En los adultos mayores, tanto la depresión como la ansiedad pueden ser los primeros síntomas de una demencia.⁵

Otro padecimiento mental, menos frecuente que la depresión y la ansiedad, pero igualmente con gran impacto en la salud de la población, es la esquizofrenia que, según el estudio nacional realizado por el PEPSI en 1979, tenía una prevalencia del 3%. Las personas con esquizofrenia presentan mayores tasas de infecciones, enfermedades endócrino metabólicas, enfermedades cardíacas y respiratorias que la población general, así como un mayor riesgo de muerte. A eso se le suman los problemas metabólicos que suelen aparecer como consecuencia del tratamiento con antipsicóticos.⁵

Sin embargo, el acceso a la atención de las personas con padecimiento mental dista aún de ser equitativo. Se brinda en forma centralizada, predominantemente en hospitales, muchos de ellos dedicados sólo a la SM, y alejados, la mayor parte de las veces, del lugar de residencia de los usuarios.⁵

Con el objetivo de revertir esa situación, es sancionada en 2010 la Ley Nacional de SM Nº 26.657 que establece los derechos de las personas con padecimiento mental, regula las modalidades de atención, la internación psiquiátrica voluntaria o involuntaria y señala la forma en que el Estado debe controlar su cumplimiento. En el capítulo dedicado a la modalidad de abordaje, establece que la atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario, a cargo de un equipo interdisciplinario y basarse en los principios de la atención primaria de la salud (APS).

También se indica que las derivaciones que se realicen fuera del ámbito comunitario “sólo corresponden si se realizan a lugares donde la persona cuenta con mayor apoyo y contención social y familiar”.⁵

Si bien, los datos sobre la prevalencia e incidencia de los padecimientos mentales en Argentina se encuentran fragmentados y no siempre están actualizados, la depresión en sus diferentes formas, la ansiedad, la angustia y los trastornos psicóticos (TP) se conservan siempre como problemas frecuentes.

La OMS describe la *salud mental* como “un estado de bienestar (físico y psíquico) en el cual un individuo es consciente de sus propias aptitudes y capacidades y puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y es capaz de hacer contribuciones en su comunidad”.⁶

Los sistemas de salud en todas partes del mundo deben enfrentar enormes desafíos para poder brindar atención y proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Los recursos disponibles son insuficientes, no están distribuidos de manera equitativa y se usan de modo ineficiente.⁶

Por otra parte, los sistemas de salud de muchos países han sufrido importantes cambios estructurales y en sus políticas de SM, los cuales han logrado reducir el estigma asociado a trastornos mentales y aumentaron su accesibilidad a los tratamientos. Sin embargo, en muchos países sólo una pequeña minoría de quienes lo necesitan, reciben el tratamiento adecuado. Por esta razón, una de las tendencias más importantes que se está planteando a nivel mundial es la descentralización e integración de los servicios de SM en APS.⁷ No obstante, lo que se necesita es aumentar la capacidad del sistema organizado bajo la estrategia de APS, para que pueda prestar un paquete de servicios asistenciales integrado mediante capacitación, apoyo y supervisión.⁸

Los modelos de cooperación o colaboración entre niveles asistenciales son los más usados para el abordaje de los PSM bajo la estrategia de APS. Éstos consisten en asignar la responsabilidad de la atención de los PSM a los médicos generales o de familia de los CS en el PNA, contando con la interacción y apoyo por parte de profesionales especializados del segundo nivel o tercer nivel de Atención.⁶

Los trabajadores de salud del PNA, deben asumir la responsabilidad en la prevención, diagnóstico, y tratamiento de estos trastornos tan prevalentes; lo cual seguramente se traducirá en una mejora de los indicadores generales de salud, así como la calidad de

atención, pues las personas que consulten se sentirán integralmente escuchadas, sin que haya una parte de su padecimiento que permanezca ignorada, se ahorrarán el tener que movilizarse hasta un centro de atención especializado lejos de su comunidad y su familia, pudiendo continuar cerca de su círculo de contención y sus actividades habituales. Otra responsabilidad será planificar en conjunto con otros integrantes del equipo de salud y de la comunidad, en articulación con otros sectores (como Educación o Desarrollo Social), actividades dirigidas a la prevención primaria del padecimiento mental y a la reinserción social de las personas afectadas, conociendo los recursos locales tanto para el paciente como sus familiares.⁵

Por último, es importante que el médico sepa prescribir racionalmente los medicamentos disponibles para tratar los problemas mentales más frecuentes y junto con el resto del equipo de salud puedan brindar información a los consultantes sobre el cuidado que se debe tener con los mismos tanto en el almacenamiento, conservación y en su uso.⁵

La OMS analizó los datos probatorios para el tratamiento eficaz de los trastornos mentales y llegó a la conclusión que un enfoque combinado psicosocial y farmacológico probablemente sea el que dé mejores resultados. Existe un gran número de tratamientos para el manejo farmacológico de los trastornos mentales, muchos de estos tratamientos son eficaces en las etapas agudas y para prevenir recaídas, pero otros muchos siguen sin demostrar su eficacia en los tratamientos a largo plazo, por lo tanto, no todas las farmacoterapias “eficaces” son “esenciales”.¹

Las prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) hacen referencia a los fármacos que deberían ser evitados por el riesgo de producir reacciones adversas, interacciones medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad, duplicidades o por su ineficacia. Las PPI también incluyen dosis, frecuencias y duraciones de tratamiento inapropiadas. En general, un fármaco se considera adecuado o apropiado, cuándo presenta una evidencia clara que apoya su uso en una indicación determinada, es tolerado adecuadamente en la mayoría de los pacientes y su relación coste/efectividad es favorable.³

La OMS define en 1985, como uso racional de los medicamentos, cuando: “los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, en dosis ajustadas a su situación particular, durante un período de tiempo adecuado y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad”. Según esta definición el uso irracional de medicamentos puede

referirse a la falta de acceso a los medicamentos esenciales o al uso inadecuado de los medicamentos que son accesibles y están disponibles.¹

Los estudios de utilización de medicamentos permiten identificar áreas específicas de intervención que permiten mejorar la calidad terapéutica e identificar los perfiles prescriptivos de comercialización y uso de medicamentos en una población. **Perfil prescriptivo** es el conjunto de rasgos que caracterizan la prescripción- Monodroga o Principio Activo (PA), concentración, dosis, tiempo de tratamiento, diagnóstico para el cual se prescribió. Conocer los patrones de uso de los mismos en nuestro entorno permite intervenir para la utilización racional del medicamento y seguridad del paciente. Por otro lado se entiende como **PA o monodroga** a toda sustancia química o mezcla de sustancias relacionadas, de origen natural, biogénico, sintético o semisintético que, poseyendo un efecto farmacológico específico, se emplea en medicina humana.

En la actualidad al PA de un medicamento y/o especialidad medicinal se lo denomina Ingrediente Farmacéutico Activo (IFA), adoptando la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), la clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) de la OMS, a efecto del ordenamiento de IFA's, así como de medicamentos y especialidades medicinales.

La **clasificación ATC** es un sistema de codificación de sustancias farmacéuticas y medicamentos en cinco niveles:

- Grupo anatómico (sistema u órgano sobre el que actúa),
- grupo terapéutico principal (efecto farmacológico),
- subgrupo químico terapéutico (indicaciones terapéuticas) y
- PA (estructura química del Ingrediente Farmacéutico Activo).

OBJETIVOS

Generales:

- Identificar los perfiles prescriptivos de los psicofármacos en efectores del Primer Nivel de Atención (PNA) localizados en la Ciudad de Santa Fe, durante los meses de marzo y abril de 2018.
- Analizar el mencionado perfil en el marco de lo que la OMS ha definido como uso racional de medicamentos, en efectores del Primer Nivel de Atención

(PNA) localizado en la Ciudad de Santa Fe, durante los meses de marzo y abril de 2018.

- Relevar la realidad asistencial de los problemas de salud mental y las intervenciones realizadas en el PNA desde la visión de los médicos que atienden en dicho nivel.

Específicos:

- Caracterizar a la población que consume psicofármacos, consultante en efectores del PNA de la Ciudad de Santa Fe, según las variables sexo y edad.
- Identificar los principios activos prescritos y dispensados, dosis y tiempo de dispensa, en efectores del PNA de la Ciudad de Santa Fe.
- Identificar la especialidad del prescriptor de este tipo de medicamento en efectores del PNA de la Ciudad de Santa Fe.
- Listar los diagnósticos enunciados expresados por los prescriptores para aquellos pacientes que consumen psicofármacos en efectores del PNA de la Ciudad de Santa Fe.
- Reconocer las indicaciones autorizadas de los psicofármacos prescritos y relacionarlas con los diagnósticos expresados en la prescripción en efectores del PNA de la Ciudad de Santa Fe.
- Describir características de la demanda de atención a los problemas de salud mental y las intervenciones que se realizan en los efectores del PNA localizados en la Ciudad de Santa Fe.
- Indagar la opinión de los médicos de los efectores del PNA de la Ciudad de Santa Fe, acerca de su integración en la Red de Psiquiatría.
- Indagar la percepción en cuanto a la satisfacción y a la eficacia de sus intervenciones en salud mental que tienen los médicos de los efectores del PNA, localizados en la Ciudad de Santa Fe.

METODOLOGÍA: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. Este trabajo se subdivide a la vez en dos partes:

- 1º: donde se toman datos de las recetas prescritas en el PNA.

→ 2º: donde se releva la opinión y percepción del médico de APS en cuanto a los problemas de salud mental y sus intervenciones.

Para la primera parte se utilizan como fuentes de datos:

1. Las recetas dispensadas en el período - marzo y abril de 2018- prescriptas en los CS y dispensadas a través de las farmacias de referencia en la Red, con farmacéuticos habilitados para la dispensa de psicotrópicos según normas vigentes.

2. El Historial del paciente, obtenido de Sistema Informático Diagnose instalado en Farmacias Hospitalarias.

3. Base de datos del Sistema de Información de Centros Atención Primaria (SICAP)

Para la segunda parte se construye una encuesta dirigida a los médicos de efectores del PNA de la Ciudad de Santa Fe construida a los fines de este trabajo.

La 1º parte se realizó en 49 efectores del primer nivel de atención, 47 dependientes de la gestión provincial y 2 de la gestión municipal, dentro de los límites de la ciudad de Santa Fe. El análisis se realizó sobre las recetas dispensados en el período marzo - abril de 2018.

Para la 2º parte se elaboró una encuesta autoadministrada que fue enviada a médicos que atienden en el PNA, via mail en forma personalizada, en el mes de diciembre de 2018.

Unidad de Análisis:

1º parte: Prescripción de psicofármacos, confeccionada en receta, en cualquier centro de salud de la Ciudad de Santa Fe, archivados en los SFH de la misma ciudad, dependientes del MS de la provincia de Santa Fe- Nodo Santa Fe- , en el período comprendido entre marzo y abril de 2018.

2º parte: Médico que trabaje en efector del PNA, de la Ciudad de Santa Fe, cualquiera sea su especialidad.

Operacionalización de variables.

1º parte:

Subregión: de pertenencia del centro de salud: Centro Sur- Norte y La Costa

Edad: que figura en prescripción (receta)

Sexo: que figura en prescripción (receta)

PA prescripto (PA): Los principios activos se agrupan teniendo en cuenta la Clasificación ATC (Anexo I). Tomando para el análisis los siguientes grupos: Antipsicóticos (N05A), Ansiolíticos (N05B), Antidepresivos (N06A), Antiepilépticos (N03A), en este último grupo, se consideraron únicamente aquellos utilizados como estabilizantes del ánimo.

Concentración del PA: descrita por el prescriptor en las recetas. Podrá ser: miligramos, gramos, porcentaje del ingrediente, o unidad internacional

Forma farmacéutica del PA: Comprimidos- Gotas- Jarabe- Ampollas

Especialidad médica del prescriptor: expresada en el sello que imprime en cada receta el médico prescriptor.

Diagnóstico expresado por prescriptor: se toma la clasificación del CIE 10 (Anexo II).

En este trabajo se considera la variable TIEMPO DE TRATAMIENTO solo para los datos provenientes de la subregión Norte; en la prescripción de benzodiazepinas . Esa información fue extraída del historial del paciente que se encuentra en farmacia.

2º parte:

Edad y Sexo

Antigüedad como médico: en años y Especialidad médica

Características de los problemas de Salud Mental: Lo que comprendería:

- El diagnóstico que corresponde a los PSM que se asisten y
- la frecuencia de consultas que se relacionan directa o indirectamente con PSM.

Características de las intervenciones ante PSM:

- De intervenciones **farmacológicas**: cantidad de recetas prescriptas con psicofármacos y el tipo de estos últimos.
- De **otras** intervenciones: tipo de estas.

Integración a la Red de Salud Mental: en tanto cantidad de derivaciones para atención de la Red y tipo de respuesta recibida.

Formación profesional para asistir este tipo de demanda: consideración del profesional en tanto tener:

- Conocimientos
- Formación teórico práctica
- capacitación continua
- Supervisión de la práctica

Autoeficacia y satisfacción con la tarea: Si considera tener a disposición recursos para la atención y su opinión acerca de la satisfacción de los usuarios con la atención en salud mental.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la recolección de datos se tendrá en cuenta el principio de justicia que define el derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones culturales, ideológicas, políticas, sociales o económicas. Determina el deber correspondiente de respetar la diversidad en las materias mencionadas y de colaborar a una equitativa distribución de los beneficios y riesgos entre lxs miembros de la sociedad. El principio de beneficencia, que define el derecho de toda persona de vivir de acuerdo con su propia concepción de la vida buena, a sus ideales de perfección y felicidad, que está íntimamente relacionado con el principio de autonomía, determina también el deber de cada uno de buscar el bien de los otros, no de acuerdo a su propia manera de entenderlo, sino en función del bien que ese otro, busca para sí

RESULTADOS.

1º parte:

Se analizaron las prescripciones realizadas en 2548 recetas, correspondientes a 1720 pacientes, atendidos en 49 efectores del PNA de la ciudad de Santa Fe distribuidas en tres subregiones (Norte, Centro Sur, Costa), como veremos en la tabla a continuación. Nótese que la cantidad de recetas es mayor a la de pacientes dado que algunos de estos tenían más de una receta en el periodo analizado, excluyendo las recetas con principios activos repetidos en un mismo paciente.

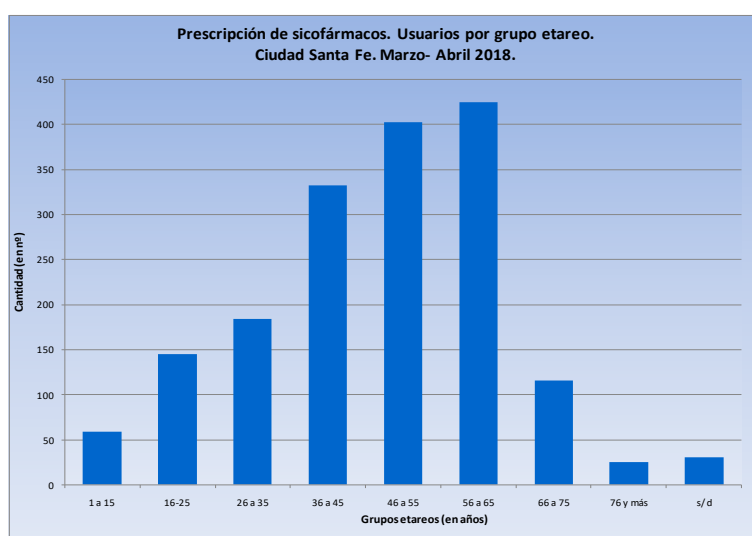
SUBREGION	C. DE SALUD	PACIENTES	RECETAS	PRESCRIPCIONES
NORTE	21	309	419	416
CENTRO- SUR	21	1205	1991	1877
DE LA COSTA	7	206	138	326
TOTAL	49	1720	2548	2619

1- Características de la población estudiada:

De 1720 pacientes, encontramos que:

- El 68,4 % de los pacientes, a los que se les dispensó psicofármacos en el periodo de estudio, fueron de sexo femenino y el 31,3 % sexo masculino (el 0.3 % restante corresponde a las recetas en las que no constaba el dato).

- El rango de edades se subdividió en grupos, la mayor cantidad de prescripciones se dio en pacientes incluidos en tres rangos (36 a 65 años), como se observa a continuación:



2- Grupos Terapéuticos prescritos

Se observan los siguientes resultados sobre el total de los usuarios (1720), a los que se les prescribió un psicofármaco en los CS en el periodo considerado:

1°- Ansiolíticos: prescritos en 1400 (81%) de los usuarios cuyas recetas se analizaron. Dentro de este grupo el PA Clonazepam, fue el más prescripto (824 pacientes).

2°- Antipsicóticos: prescritos en 444 usuarios, 26% del total de los usuarios.

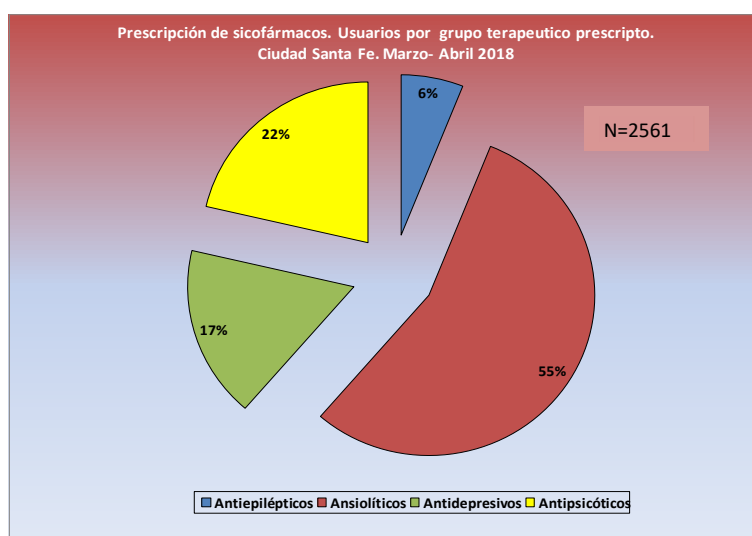
3°- Antidepresivos: prescritos en 434 usuarios, 25 % del total de los usuarios.

4°- Antiepilépticos: prescritos en 149 usuarios, 9 % del total de los usuarios.

Remarcamos que dentro de este último grupo, solo se consideraron para el análisis, los PA cuya acción terapéutica se relaciona con patologías relacionadas a enfermedades de SM en las que se requiere su acción como estabilizante del estado de ánimo, no se consideraron PA tales como: fenitoína, fenobarbital, clobazam, levetiracetam, entre otros.

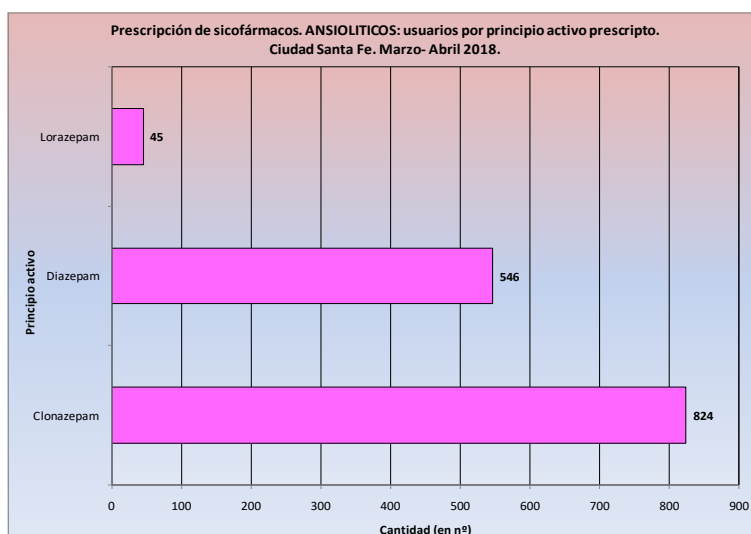
El siguiente cuadro y gráfico exponen la frecuencia de prescripción por grupo terapéutico, en relación al total de las prescripciones (2561) realizadas a los 1720 usuarios.

PSICOFARMACOS	Frec.	%
Ansiolíticos	1417	55,33
Antipsicóticos	547	21,36
Antidepresivos	442	17,26
Antiepilépticos	155	6,05
TOTAL	2561	100

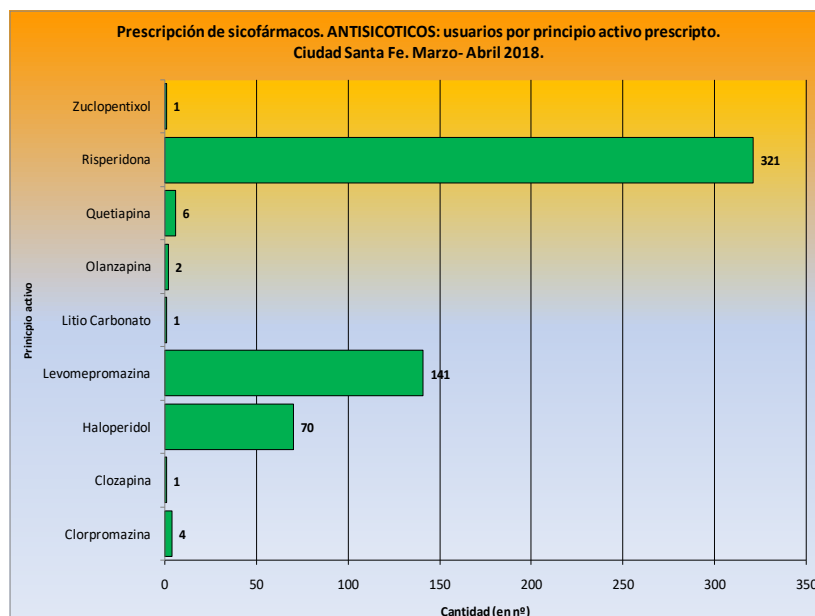


A continuación, en gráficos, podemos ver dentro de cada grupo terapéutico cuales fueron los principios activos prescripto. Así:

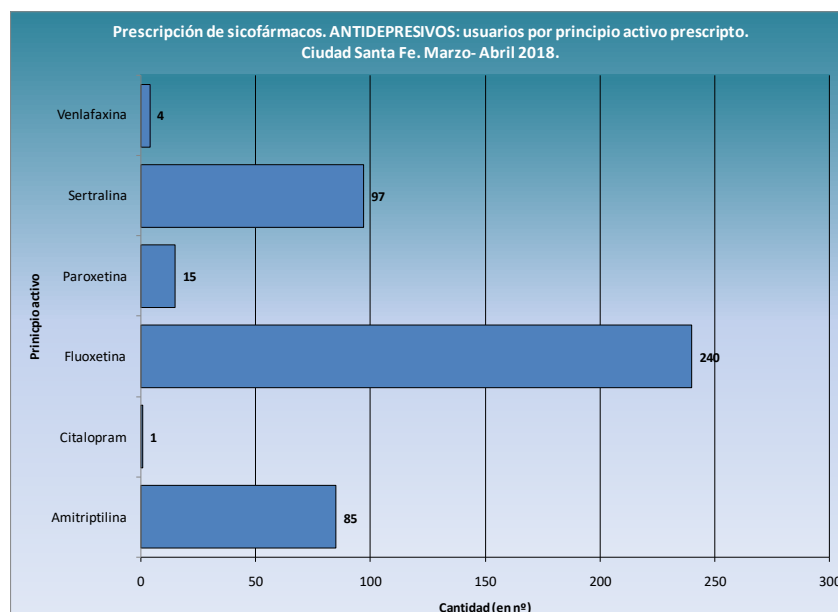
- ✓ Dentro del grupo de los **Ansiolíticos** el PA más prescripto fue clonazepam seguido por diazepam.



- ✓ En el grupo de los **Antipsicóticos** en PA más prescrito fue Risperidona seguido por levomepromazina y en menor proporción Haloperidol.

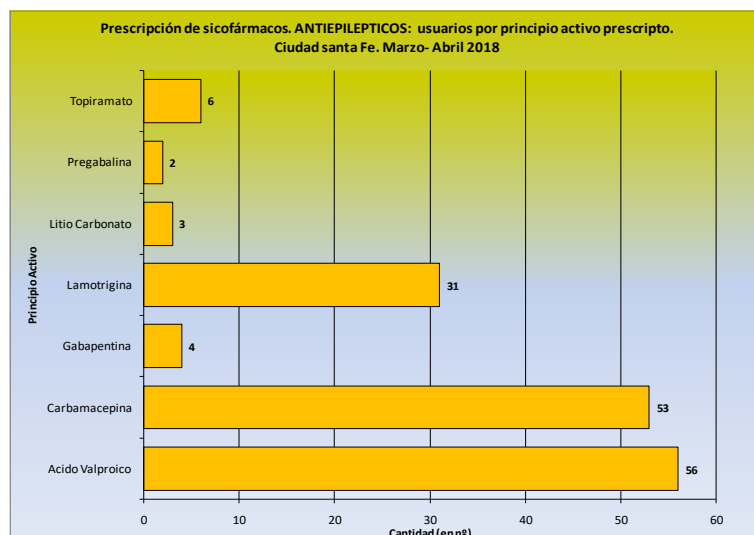


- ✓ En el caso de los **Antidepresivos** el PA más prescrito fue Fluoxetina seguido por Sertralina y en menor proporción Amitriptilina.



- ✓ En el caso de los **antiepilépticos** la mayor parte de las prescripciones se realizaron para pacientes con diagnóstico de epilepsia o convulsiones (57%),

la frecuencia de prescripción como estabilizante del ánimo fue muy baja (24 pacientes).



Siguiendo con el análisis de las prescripciones, creemos importantes señalar algunas observaciones más:

- En 1123 (65 %) usuarios , se observó que tenían prescrito un solo PA, 353 usuarios (21 %) tenían prescrito dos principios activos, 193 usuarios (11 %) tres principios activos y 51 (3 %) usuarios tenía más de tres principios activos prescritos
- Aquellos pacientes que tenían más de un PA prescrito, **las combinaciones** entre principios activos más frecuente fue Clonazepam con Risperidona y Clonazepam con Fluoxetina. Dentro de un mismo grupo terapéutico la combinación más frecuente fué Risperidona con Levomepromazina y levomepromazina con Haloperidol (Tablas en Anexo I).
- Varios pacientes los que tenían prescrito más de un psicofármaco, tenían asociaciones dentro de un mismo grupo terapéutico. Ej. dos antipsicóticos o dos antidepresivos (Tablas en Anexo I).

3- Diagnósticos expresados en las prescripciones.

Para el análisis de los diagnósticos expresados en las recetas analizadas, se tomó en cuenta en aquellos pacientes que tenían más de un diagnóstico y uno de ellos se

correspondía con alguna patología clínica, se consideró el diagnóstico relacionado a trastornos mentales y del comportamiento (Códigos F CIE 10).

Observamos entonces:

- En el 44 % de los usuarios, el diagnóstico consignado en la receta fue Trastorno de la Ansiedad,
- el segundo lugar lo ocupa TD (15.5 %),
- luego Trastorno Psicótico (7 %).
- En menor proporción Trastorno relacionado con el Alcohol (5%), Epilepsia (4%), Trastorno del Sueño (3%).

Debe destacarse que en las recetas evaluadas correspondientes al 7 % de los pacientes, no figuraba el diagnóstico. (Tabla en Anexo II)

Tiempo de tratamiento:

Como ya se ha señalado, se valoró el tiempo de tratamiento solo en pacientes medicados con Benzodiacepinas, y atendidos en Centros de Salud referenciados a dos Farmacias Hospitalarias pertenecientes a la Subregión Norte, las cuales contaban con registros de los últimos tres años, del perfil farmacoterapéutico de los usuarios. Según estos registros:

- ✓ El 68 % de los usuarios tratados con Benzodiacepinas (clonazepam, diazepam, lorazepam) con diagnóstico de Trastorno de la Ansiedad, llevaban más de 12 semanas de tratamiento,
- ✓ El 90 % de los usuarios tratados con benzodiacepinas para el insomnio, llevaba más de cuatro semanas de tratamiento.

Cruzando datos sobre el principal motivo de diagnóstico y los principios activos prescritos con mayor frecuencia, se obtuvo los resultados expuestos en la tabla a continuación:

Clonazepam (prescrito en 824 sobre 1720 usuarios evaluados): se prescribió en el 49 % de los usuarios, para Trastorno de la Ansiedad, utilizándose en el 2.5 % de los mismos una dosis superior a 2 mg/ día. En el 66% de los usuarios de CS de la Subregión Norte, el tiempo de tratamiento superó las 12 semanas. Por otro lado, Clonazepam se prescribió en el 15 % de los usuarios para TD, utilizándose en el 17 % de los mismos una dosis superior a 2 mg/día y en el 100% de los usuarios, el tiempo de tratamiento superó las 8 semanas.

Diazepam (prescrito en 546 de los 1720 usuarios evaluados): en el 61 % de los usuarios se prescribió para TA, el 8 % la dosis prescrita superó los 10 mg/día. En el 69 % de los usuarios el tiempo de tratamiento superó las 12 semanas. Por otro lado, en el 12 % de los usuarios se prescribió para el tratamiento de TD, en el 9% de los usuarios la dosis superó los 10 mg/día y en el 71 % de los usuarios la duración del tratamiento superó las 8 semanas.
--

Lorazepam (prescripto en 47 de los 1720 usuarios evaluados): en el 32 % de los usuarios a los que se le prescribió este PA, fue indicado para el tratamiento de TD, mientras que en el 17 % de los usuarios fué prescripto para Trastorno de la Ansiedad, superando para este diagnóstico en un 60 % de los usuarios la dosis diaria de 3 mg/día. En la subregión norte, en la cual se estudió el tiempo de tratamiento, solo tres usuarios estaban medicados con lorazepam, de los cuales uno superó las 12 semanas de tratamiento. Del total de usuarios dos superaron la dosis diaria máximas de 6 mg/día.

Risperidona (prescripto en 321 de los 1720 usuarios evaluados): los cuatro diagnósticos principales para los que se prescribió este fármaco fueron Trastorno psicótico en el 21% de los usuarios, de los cuales un solo usuario tenía una dosis mayor a 6 mg /día. El diagnóstico que le sigue fue TA prescripto en el 14 % de los usuarios, TD en el 13 % de los usuarios, Trastorno relacionado con el alcohol en el 11 % de los usuarios. Del total de usuarios con este medicamento sólo tres tenían indicada la vía parenteral.

Levomepromazina (prescripto en 141 usuarios sobre 1720 evaluados): los cuatro diagnósticos principales para los que se prescribió este fármaco fueron: TA en el 14 % de los usuarios, Trastorno psicótico en el 13 % , TD en el 12.7 % y Trastorno relacionado con el alcohol en el 12 % . En el 60 % de los usuarios a los que se les prescribió, se encontró que este fármaco estaba asociado a otro antipsicótico. En ningún usuario la dosis día superó la dosis diaria de 100 mg/día (dosis diaria máxima 100-200 mg/día)¹⁹.

Haloperidol (prescripto en 69 usuarios sobre 1720 evaluados): los tres diagnósticos principales para los que se prescribió son los siguientes: Trastorno psicótico: 42 % de los usuarios, seguido por Esquizofrenia en el 16 % y finalmente para TA en el 10 % de los usuarios. En ningún caso la dosis día superó los 20 mg, considerada como máximas en la Guía para el Uso Racional de Psicofármacos en el Primer Nivel de Atención. El 36 % de los usuarios tenía prescripto este PA bajo la forma farmacéutica inyectable, en la presentación inyectable intramuscular de acción prolongada.

Fluoxetina (prescripta en 240 usuarios sobre 1720 evaluados): los tres diagnósticos principales para los que fue prescripto fueron: TD en el 46 % de los usuarios, TA en el 15 % y Trastorno relacionado con el alcohol en el 12.5 % de los usuarios. En ningún usuario la dosis día superó los 80 mg/día, dosis máxima recomendada según la bibliografía consultada ^{10,17}.

Sertralina (prescripta en 97 usuarios sobre 1720 evaluados): los tres diagnósticos principales para los que fué prescripto fueron: TD en el 28 % de los usuarios a los que se les prescribió este PA, TA en el 23 % y Trastorno relacionado con el alcohol en el 18 %. En ninguno de los usuarios la dosis diaria superó los 200 mg / día, dosis máxima recomendada en la bibliografía consultada.

Amitriptilina (prescripta en 85 usuarios sobre 1720 evaluados): los tres diagnósticos principales para los que se indicó este fármaco fueron: TD en el 39 % de los usuarios, Ta en el 19 % y Cefalea en el 13 %, en ningún caso la dosis día superó los 150 mg/día, dosis máxima recomendada en la bibliografía consultada. Es un fármaco considerado de segunda línea para el tratamiento de la depresión.

Ácido Valproico (Prescripto en 56 usuarios sobre 1720 evaluados): los diagnósticos principales para los que se indicó fue Epilepsia en 43 % de los usuarios, Convulsiones en 9 % , Retraso mental leve, deterioro del comportamiento de grado no especificado en 9 % y Trastorno de la Personalidad en 9 % de los usuarios. En ningún caso se superó la dosis diaria máxima.

Carbamazepina (Prescripta en 52 usuarios): los diagnósticos principales para los que se prescribió fue Epilepsia en 31 % de los usuarios, Convulsiones en 15 % , TA en 8 % , Trastorno psicótico en 8 % y TD en 8%. En un solo paciente superó la dosis diaria máxima recomendada de 1200 mg/día, se prescribió 1600 mg/día para el diagnóstico de convulsiones no especificadas.

Lamotrigina (Prescripta en 31 usuarios) para los siguientes diagnósticos principales: Epilepsia en 45 % de los usuarios, Trastorno psicótico en el 13 %, TD 10 %. El el 35 % (11)de los usuarios la dosis día fue mayor a 200 mg/día, dosis máxima recomendada como estabilizante del ánimo: 200 mg/día. En crisis mayores se puede utilizar hasta 500 mg en monoterapia, o 400 mg en combinación con otro anticonvulsivante (Valproato de Mg). En 5 pacientes con diagnóstico de epilepsia y encefalopatía se utilizó dosis mayores a 200 mg/día. En ningún caso la dosis día superó los 500 mg/día. En un solo usuario se utilizó una dosis día de 500 mg para el diagnóstico de TD.

4- Especialidad de los prescriptores.

El 41% de los usuarios tenía prescripciones provenientes de Médicos con especialidad Medicina General y de Familia , en el 25 % de los usuarios no estaba especificada la especialidad del prescriptor (o el prescriptor no tenía especialidad) y en el sello expresaba Médico. En el 18.4 % de los usuarios, las prescripciones fueron realizadas por Médicos Clínicos, en el 15 % de los usuarios fueron realizadas por Médicos Psiquiatras, en el 0.4 % de los usuarios fue realizada por Médicos Pediatras y en el 0.5 % por Médicos Neurólogos.

2ª parte:

Se envió una encuesta a 70 prescriptores del PNA, que habían prescripto las recetas evaluadas en la primer parte del trabajo, el 43 % (30) de los prescriptores respondieron la encuesta. (Encuesta en Anexo III)

Los resultados indican que:

- La mayor parte de los prescriptores son de sexo femenino (23/ 30).
- En cuanto a la especialidad del prescriptor, la mayoría (19/ 30) tenían como especialidad Medicina General y de Familia, siguiéndole en frecuencia la Psiquiatría (5/ 30).
- Respecto a la edad el 16 encuestados respondieron estar en el rango de 36 a 50 años, y 13 estar en el rango de 25 a 35 años.
- 14 respondieron tener entre 6 a 15 años de ejercicio profesional y 13 contestaron tener menos de 5 años en la profesión.

Características de los PSM.

- La mayoría de los médicos encuestados responde que atiende, “en un día normal de trabajo”, 15 a 19 pacientes.

Cantidad pacientes	Frecuencia (nº)
0 a 4 pacientes	5
5 a 9 pacientes	2
10 a 14 pacientes	8
15 a 19 pacientes	11
20 pacientes ó más	6
Total	30

- De esos pacientes 18 encuestados consideran que menos del 15% son consultas relacionadas **directamente** con PSM, y 11 consideran que entre el 15-29 % de las consultas, se relacionan **indirectamente** con PSM.
- En cuanto a los diagnósticos que perciben como más frecuentes señalan: Depresión, Trastorno del Sueño, Ansiedad y Consumo problemático de sustancia.

Diagnósticos	Frecuencia (nº)
Depresión	27
Trastornos del sueño	27
Ansiedad	25
Consumo problemático de sustancias	23
TOC y Pánico	11
Enfermedad Bipolar	1

Características de la Intervención

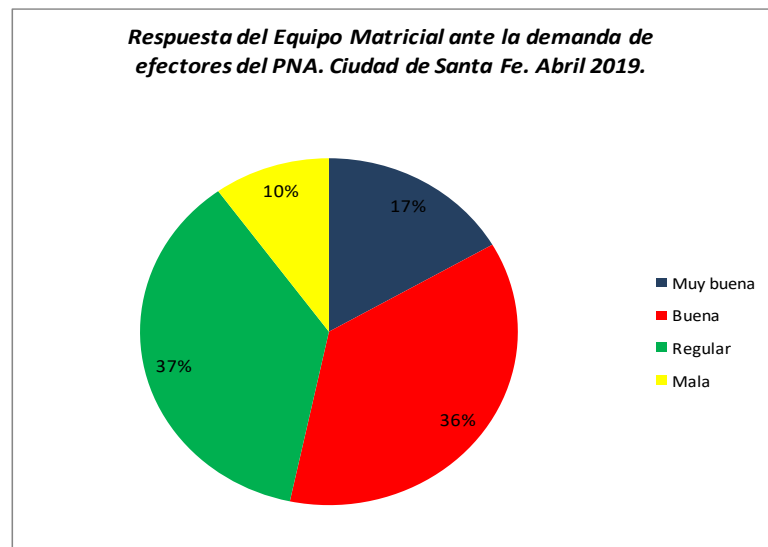
- En cuanto a la cantidad de recetas que extienden en un día normal de trabajo, la mayor parte expresan prescribir entre 11 y 20 recetas diarias, de las cuales, la mayoría (24/ 30) refiere que menos de cinco corresponden a recetas que tienen un psicofármaco prescripto.
- También se observa un alto porcentaje de prescripción de benzodiacepinas en relación al resto de los psicofármacos.

Psicofármacos	% de prescripción				
	0- 24%	25- 49%	50- 74%	75- 100%	NS/ NC
Benzodiacepinas	9	7	8	4	2
Antidepresivos	18	5	3	1	3
Antisicóticos	22	3	2	0	3
Estabiliz. del ánimo	23	4	0	0	3
Antiepilépticos	22	4	2	0	2

- No obstante, la mayor parte de los prescriptores estiman que entre el 26-50% de los pacientes podría resolver su problema de salud mental con otro tipo de intervención, sin el uso de medicamentos.

Integración de la Red de Salud Mental

Los médicos del PNA perciben que las derivaciones a los equipos Matriciales a cargo de Especialistas en Salud Mental es menor al 20% de los pacientes atendidos y cuando se les preguntó cómo era la respuesta del Equipo Matricial ante la demanda del PNA, el 37% de los encuestados respondió regular, mientras que el 36% la considera buena como se observa en el siguiente gráfico.



Fuente: Encuesta de Salud Mental

Los problemas percibidos por los encuestados, en general se relacionan con:

- ✓ falta de contrarreferencia,
- ✓ dificultad en conseguir turnos,
- ✓ falta de comunicación entre los equipos de los diferentes niveles de atención,
- ✓ falta de redes interinstitucionales y trabajo interdisciplinario.

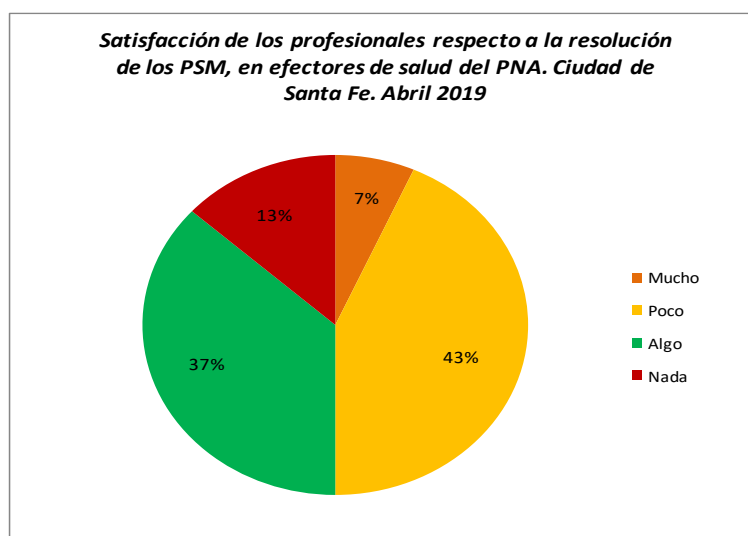
Formación.

Ante la pregunta sobre su conocimiento de guías de Práctica Clínica para abordar este tipo de patologías, la mayoría expresó no conocer guías.

La mayoría de los encuestados refiere haber recibido formación tecno- práctica para el diagnóstico y tratamiento psicofarmacológico de PSM en la carrera de grado, pero expresan no haber recibido formación en los últimos tres años (67%), no obstante el 73% de los encuestados responde haber participado en discusiones de casos clínicos conjuntamente con los equipos de Salud Mental. El 87% considera que necesita recibir más información sobre temas de Salud Mental.

Satisfacción y eficacia de la intervención realizada en la resolución del PSM.

El gráfico a continuación muestra que la mayor parte de los prescriptores (24/ 30) está poco ó algo satisfecho con la resolución de los problemas de salud mental de sus pacientes. Y, 17 de los 30 encuestados piensan que sus pacientes tampoco están satisfechos con el trabajo del PNA en los PSM.



Fuente: Encuesta de Salud Mental

25 de los 30 encuestados respondieron que les falta herramientas para resolver PSM en el PNA. Los 5 encuestados restantes son médicos psiquiatras.

Las sugerencias u observaciones expresadas por los encuestados para mejorar la atención en el PNA de los pacientes con PSM refieren:

- ✓ Déficit en la comunicación y la articulación entre los niveles de atención y con los equipos matriciales.

- ✓ Falta de formación y capacitación en la resolución de los PSM en el PNA.

DISCUSIÓN

Como observamos, la población en tratamiento con psicofármacos, es de mediana edad y en su mayoría de sexo femenino, coincidiendo con los resultados de otros estudios^{13,14,15,16}, las causas probables mencionadas en la bibliografía refieren una mayor prevalencia de enfermedades mentales en la población femenina, una mayor frecuencia de consulta en los CS de esta población. Como expresa Franco López L y Sáenz Rodríguez MJ en su trabajo *“Benzodiacepinas y el dolor de vivir” - “ellas se sienten descontentas y sobrepasadas en ocasiones por sus roles sociales, así como por las obligaciones adquiridas familiar y laboralmente, dando lugar a la sintomatología ansiosa Se convierten en esclavas absolutas realizando actividades múltiples, laboralmente y para otros miembros de la familia sin demanda previa pero que las esclaviza y las obliga a reproducirlo para evitar conflictos interfamiliares posteriores. Estas situaciones en las que aparecen de forma persistente los síntomas ansiosos, reflejando ese dolor de vivir, generan una búsqueda activa de las BZP para mitigarlo y poder sobrellevar las cargas impuestas así como la aflicción que éstas les producen. Del mismo modo, el consumo se cronifica, ya que no existen cambios en los contextos sociales en los que están inmersas”-*.

En cuanto al diagnóstico consignado en la receta, el orden de frecuencias resulta similar a otros estudios^{15,16,24}. Cabe destacar que en un alto porcentaje de las recetas faltaba el dato de diagnóstico (7%), dificultando la comparación con otros trabajos publicados y la valoración de los usuarios a los que se les prescribió un psicofármaco en relación al diagnóstico consignado. Esto nos interpela acerca de la racionalidad de la prescripción. Por otro lado se observó que el 6% tenía diagnóstico Trastorno Psicótico.

Al considerar los resultados de las encuestas a médicos del PNA, se observa una diferencia en cuanto a la percepción del diagnóstico más frecuente de los pacientes atendidos en relación a los consignados en las recetas, apareciendo trastorno del sueño y consumo problemático de drogas, como uno de los principales diagnósticos junto a T. Depresivo y T. Ansiedad. Creemos que esta diferencia puede relacionarse con varias situaciones:

- Las intervenciones realizadas por los médicos del PNA no siempre se relacionan con la instauración de un tratamiento farmacológico,
- Desde la APS, la atención se realiza como PROBLEMAS de salud mental más que como DIAGNÓSTICOS, y Consumo problemático de sustancias y Trastornos del sueño se perciben más como problemas sociales que como diagnósticos médicos.

En cuanto al número de principios activos prescritos se observa que en el 65 % de los usuarios se prescribió un solo psicofármaco, similar a los resultados de otros autores²⁴, mientras que en el 21 % tenía dos principios activos y tres principios activos en el 11 %. Cabe destacar que en otros estudios²⁴ se describió porcentajes similares de usuarios con dos o más psicofármacos prescritos. Se aclara que la asociación más frecuente fue clonazepam con risperidona y clonazepam con fluoxetina, en este último caso en un porcentaje similar a otros trabajos²⁴. Ante estas asociaciones, nos preguntamos acerca del tiempo durante el cual fueron prescritas. Tengamos en cuenta que su uso inadecuado o no racional, puede crear un riesgo de dependencia a las mismas.

Los resultados del presente estudio muestran que el grupo terapéutico más prescripto fue el de los ansiolíticos, igual o superior a los resultados encontrados en otros trabajos^{7,13,16}, siendo clonazepam el PA dentro del grupo y del total de principios activos, el que más se prescribió. En el trabajo de Fridman G¹⁸ se advierte un incremento de uso de clonazepam en forma sostenida en el periodo 2004-2013. Tomando este estudio en cuenta puede inferirse que el alto consumo de ansiolíticos no es un problema local y que se necesitan nuevos estudios que indaguen en forma más profunda las causas que originan su prescripción. Especialmente teniendo en cuenta que la mayor proporción de los usuarios que consumen estos principios activos son de sexo femenino. Por otro lado, el documento emitido por el Ministerio de Salud de Nación *“Una mirada específica sobre la problemática del consumo de Psicofármacos en Argentina 2012”*²⁰ refiere que el 18 % de la población total nacional, entre 12 a 65 años, hicieron uso de tranquilizantes o ansiolíticos, especificando que el consumo es mayor en las mujeres y aumenta a partir de los 35 años. Además este estudio indica que en más del 80 % de los casos el uso fue bajo prescripción médica y que el prescriptor fue un médico general.

El 61% de los principios activos prescritos en pacientes de la subregión norte llevaban más de un año de tratamiento, el tiempo promedio fue de 1.8 años similar a los

hallazgos en el trabajo de Augsburg C y Gerlero S¹³. Coincidimos con este trabajo mencionado poniendo en discusión las instancias de evaluación y reevaluación diagnóstica y seguimiento terapéutico de los usuarios que permiten estipular la finalización del tratamiento instaurado. Y en este sentido mencionamos las observaciones realizadas por los médicos encuestados en cuanto a la necesidad de mayor articulación y rapidez en la respuesta de los Equipos Matriciales para el seguimiento de estos pacientes.

La Guía para el uso racional de Psicofármacos en el primer Nivel de Atención¹⁷, explicita que: a partir de las dos semanas de utilización de Benzodiacepinas, hay un mayor riesgo de desarrollo de tolerancia, dependencia física y psíquica. Así, la duración total del tratamiento con estas drogas no debería superar las ocho a doce semanas para el tratamiento de la ansiedad y las cuatro semanas para el tratamiento del insomnio. Los resultados del presente estudio indican un uso irracional de benzodiacepinas al observarse en la subregión norte, un 68% de los pacientes con diagnóstico Trastorno de la Ansiedad con más de 12 semanas de tratamiento y el 90 % de los pacientes con diagnóstico de Insomnio supera las 4 semanas de tratamiento.

Por otro lado, la dosis día recomendada en la bibliografía para clonazepam en Trastorno de la Ansiedad es de 2 mg/día, un bajo porcentaje de los usuarios estudiados (2.5 %) tenía prescripto dosis superiores a estos valores. Observamos que los usuarios con diagnóstico de TD en tratamiento con dosis superiores a las recomendadas, representan un porcentaje mayor (17%). En cuanto a las dosis día de Diazepam, la bibliografía recomienda una dosis día de 10 mg para ambos diagnósticos, siendo en este caso superada en el 8 a 9% de los usuarios estudiados. Lorazepam, se prescribió en un número bajo de usuarios y a diferencia de los anteriores, el diagnóstico principal para el que se prescribió fue TD. Más del 60 % de los usuarios con este diagnóstico, en tratamiento con esta droga, supera la dosis diaria usual de 3 mg/día estipulada en la Guía antes mencionada. Solo en dos usuarios la dosis día superó la dosis máxima recomendada en la bibliografía^{10,17} de 6 mg/día.

Considerando los diagnósticos para los que se indicó ansiolíticos, se puede observar que algunos usuarios recibieron tratamientos inadecuados, en vista del diagnóstico consignado en las recetas, tales como depresión y psicosis.

El segundo lugar, lo ocupa el grupo terapéutico de los denominados Antipsicóticos, prescritos en el 26% de los pacientes estudiados. El estudio de Augsburg C, Gerlero S¹³

arroja igual resultado, no siendo así el de Fridman G¹⁸ cuyos resultados le dan el segundo lugar, al grupo de los Antidepresivos.

Dentro del grupo de los Antipsicóticos, el PA más prescripto fue Risperidona (19% de los usuarios), dado sus múltiples usos, si bien la mayor parte de las prescripciones se realizaron para el tratamiento de T. Psicótico, se observa también que fué indicado para Trastorno de Ansiedad. Se visualizó dosis superior a las recomendadas en la bibliografía¹⁷ (6 mg/día), en un único usuario para la vía oral. Muy pocos usuarios tienen indicada la vía Parenteral, lo que habla de un uso racional en cuanto a la vía de administración y dosis utilizadas.

En cuanto a la prescripción de Antipsicóticos Típicos, se observa una alta prescripción de Levomepromacina (8% de los usuarios) indicado para T. de Ansiedad en primer lugar. Debe observarse que el patrón de uso de levomepromazina no se observa en los estudios antes mencionados tales como el de Gridman G, en el que se destaca un aumento del uso de antipsicóticos atípicos, por sus ventajas sobre los típicos en cuanto a su buena efectividad, menor rango de efectos colaterales y la posibilidad de tratar la sintomatología negativa de la psicosis. Hace falta estudios que profundicen las causas del uso de Levomepromazina y se ponga en discusión las principales patologías para las que fue indicada. En este trabajo también se observó que en un 60 % de los usuarios se asoció este PA a otro antipsicótico y en general la bibliografía^{1,21-23} no recomienda la asociación de dos antipsicóticos, por el aumento en las reacciones adversas que pueden interferir con el cumplimiento terapéutico.

El tercer lugar lo ocuparon los Antidepresivos, dentro de los mismos el más prescripto fue Fluoxetina coincidente a lo descrito por otros autores^{18,15}, observándose además, una caída en el consumo de antidepresivos tricíclicos, probablemente causado por la menor presentación de efectos adversos de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina¹⁷. Además, analizando el diagnóstico para el cual se prescribió Amitriptilina se detecta usos no relacionado a patologías de Salud Mental, utilizándose por ej, para tratamiento de dolor (ej. Cefaleas, etc.).

La mayor parte de los médicos del PNA, estiman que hasta el 50% de los PSM podrían resolverse sin la prescripción de un psicofármaco, datos similares al de otras publicaciones⁷, lo cual induce a pensar que efectivamente se está realizando un uso irracional de psicofármacos en el PNA, y que se estarían medicalizando problemas menores de salud

mental, que podrían resolverse con otro tipo de intervenciones, tales como: psicoterapia, terapia ocupacional, educación física, huertas, abordaje interdisciplinario e integral del PSM.

También la mayoría de los médicos del PNA dicen no tener herramientas y conocimientos suficientes para el diagnóstico e intervención eficaz de los PSM, no pueden nombrar guías de protocolo, con lo cual suponemos que tampoco se aplican en la práctica. La sumatoria de esas situaciones que venimos enunciando:

- Hasta un 50% de PSM que podrían resolverse sin medicalización;
- la falta de herramientas y conocimientos y
- la escasa capacitación recibida en los últimos años; colabora en la poca o nula

satisfacción que sienten los profesionales con el trabajo realizado y en consecuencia perciben que los usuarios tampoco están satisfechos con la atención recibida. Coincidiendo con estas situaciones y percepciones, las observaciones que realizan: planteando que no hay respuesta integrada, ni interdisciplinaria y que existe déficit en la construcción de redes interinstitucionales, considerando que la atención sigue siendo asistencialista y medicalizadora; siendo necesaria una mejor interrelación con los Equipos Matriciales.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

En base a los resultados obtenidos, en los cuales se observa un alto porcentaje de prescripción de benzodiacepinas, con tratamientos prolongados en el tiempo, puede inferirse un uso irracional de estos medicamentos. Por otro lado, es necesario profundizar el estudio en cuanto a las causas del uso de levomepromazina, especialmente su asociación con otros antipsicóticos, hecho no descripto en otros trabajos publicados ni en la bibliografía consultada; así como también profundizar el estudio en cuanto al diagnóstico para el cual fue prescripto.

En cuanto a la visión que tienen los médicos del PNA de la Ciudad de Santa Fe, sobre los PSM y su resolución, estiman que la mitad de los PSM podrían resolverse con propuestas e intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales, sin acudir a la medicalización de la población, no obstante aclaran no tener herramientas suficientes para resolver satisfactoriamente los PSM y no sentirse “respaldados” con la respuesta de los equipos matriciales de SM.

Sería de utilidad abordar los procesos de formación de los profesionales médicos que generan prescripciones de psicofármacos en el PNA, y poner en discusión la forma de acompañamiento y seguimiento de la terapéutica instaurada.

Se hace necesario abordar los procesos de formación y discutir los roles en la red de salud de los profesionales médicos y farmacéutico. Tengamos en cuenta que se indican tratamientos con sustancias controladas, bajo normas claras de dispensa, lo cual se puede observar como una oportunidad de mejora en la calidad de atención. La receta entonces, se constituiría como un medio para el seguimiento farmacoterapéutico y no solo como un contralor para cumplir con normas vigentes, ya que actuaría:

- Apoyando a los equipos de salud en ese rol de seguimiento,
- alertando y detectando problemas relacionados con los medicamentos, para evitar un uso inadecuado de los mismos (terapéuticas prolongadas en el tiempo por repetición de recetas por ejemplo),
- poniendo en agenda una reevaluación y discusión periódica de los diagnósticos,
- alertando sobre la necesidad de seguimiento del tratamiento.

Creemos importante revisar y unificar los criterios diagnósticos, la terapéutica instaurada, y el registro de la información generada en la atención, que permita la realización de estudios con mayores precisiones de la realidad local, evitando documentos incompletos, e imprecisiones diagnósticas que no se condicen con la terapéutica instalada.

Es fundamental la inclusión de terapias psicológicas y otras formas de tratamiento no farmacológicos que permitan abordar los problemas que provocan sufrimiento subjetivo en forma amplia, así como un acompañamiento farmacéutico proactivo en el seguimiento farmacoterapéutico en los casos que lo necesiten, en forma conjunta con los equipos de salud. Así, podríamos lograr que la atención de los PSM en el PNA sea menos asistencial y medicalizadora y más integral y comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS. "Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud". Washington, D.C.: OPS, © 2010 [citado marzo 2018]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf.
2. Caro-Mantilla M, Apolinaire-Pennini J, González-Menéndez R. Uso inadecuado de psicofármacos en las personas de 60 años y más. Revista Finlay [revista en Internet]. 2013 [citado 2016 Nov. 10]; 3(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/174>
3. Mud Castello F. Mejora de la prescripción en mayores de 65 años tras la detección de prescripciones potencialmente inapropiadas u omitidas utilizando los criterios STOPP/START [Tesis Doctoral]. Universidad de Valencia: Repositori de Contingut Lliure Roderic; 2016.
4. World Health Organization. 20th WHO Model List of Essential Medicines. Medicamentos Esenciales y productos de salud: WHO Medicines website; actualizado marzo 2017 [citado marzo 2018]. Disponible en: http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/20th_EML2017_FINAL_amedAug2017.pdf?ua=1.
5. Ministerio de Salud de la Nación. Salud Mental en el Primer Nivel de Atención. Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS). Ciudad Autónoma de Buenos Aires República Argentina: CUS Medicamentos; 2017 [citado Abr 30 de 2018]. Disponible en: http://186.33.221.24/medicamentos//files/Traps_Salud_Mental_CUS_julio_2017.pdf
6. OMS. Salud Mental: un estado de bienestar [sede Web]. Diciembre 2013. Consultado en marzo de 2018. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
7. Moreno E, Moriana JA. El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. Salud Ment [revista en la Internet] 2012 Ago [citado 2018 Abr 30]; 35(4): 315-322. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n4/v35n4a7.pdf>.
8. OMS. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra: Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization; 2010 [citado Abr 30 de 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>.
9. Alan F, Schatzberg MD, Charles B, Nemeroff MD. Fundam. de Psicofarmacología Clínica Parte II. 3ª Edición. Argentina: Consult Pharma SRL, American Psychiatric Association; 2013.
10. Stephen MS. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Guía del Prescriptor. Quinta Edición. Madrid: Ed. Aulamédica, formación en Salud. Madrid; 2014.

11. López JJ, Ibor A. DSM-IV Breviario Criterios Diagnósticos. 4ª Ed. Barcelona España: Elsevier Masson; 2002.
12. Allori JL, Carnelli NA, Cervellino JC, Cervetto JL, Coianis L, Der Rose MC [et.al]. Formulario Terapéutico Conamed. Coordinado por Héctor Rubinetti, dirigido por Roberto Lugones. 5º Ed. Buenos Aires: Biotecnológica: Fundación Comisión de Medicamentos; 2009.
13. Augsburger C, Gerlero S. La accesibilidad al tratamiento psicofarmacológico en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.24, p.96-122; 2017.
14. Franco Lòpez L, Sáenz Rodríguez MJ. Benzodiacepinas y el dolor de vivir. Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia, 23 (1), Barcelona: ICA, pp. 35-48; 2018.
15. Vedia Urgell C, Bonet Monne C, Forcada Vega N, Parellada Esquiús. Estudio de Utilización de Psicofármacos en Atención Primaria. Aten Primaria [revista en la Internet] 2005 Sep [citado Sept 28 de 2018]; 36(5):239-47. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13079144>.
16. Secade Villa R, Rodríguez García E, Valderrey Barbero J, Fernández Herminda JR, Vallejo Seco G, Jiménez García JM. El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). Psicothema [revista en la Internet] 2003 [citado Sept 28 de 2018]; 15(4):650-655. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1119.pdf>.
17. Ministerio de la Salud Nación. Guía para el uso racional de Psicofármacos en el primer Nivel de Atención. Primera Edición. Buenos Aires: CUS Medicamentos Esenciales; 2018. Disponible en: <http://186.33.221.24/medicamentos/images/2018/Gu%C3%ADa%20psicof%C3%A1rmacos%20MEDICAMENTOS%20ESENCIALES%202018%20FINAL.pdf>.
18. Fridman G. Uso de Psicofármacos en la Región del Noreste Argentino durante la década de 2004-2013. Ars Pharmaceutica. 2018; 59(3):113-120. Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/7226>. Fecha de acceso: 01 dic. 2018.
19. Confederación Médica de la República Argentina. Formulario Terapéutico Nacional. Editorial: COMRA Edición: Décimo Primera. 2010. Disponible en: http://www.uader.edu.ar/fcvs/biblioteca/info_interes/comra_2010.pdf.
20. Secretaría de Programación para la prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el narcotráfico. "Una mirada específica sobre la problemática del consumo de Psicofármacos en Argentina 2012". Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas. Presidencia de la Nación Argentina. Marzo 2013. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/UnaMiradaEspecificaSobreElConsumoDePsicofarmacosEnArgentina.ZAoZ2013.-.pdf>.

21. Figueroa Calderón R, Navarro Prada N. Estudio de utilización de medicamentos antipsicóticos en combinación, para el manejo de Esquizofrenia tipo Paranoide en pacientes hombres del servicio de hospitalización de Psiquiatría General del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú. 2016.
22. Thomas R., Paton C. Antipsychotic Polypharmacy in Schizophrenia: Benefits and Risks. CNS Drugs. 2011; 3 (25): 383 – 384. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21476610>.
23. Moreno Izco L. Tratamiento Antipsicótico ante el fracaso de la primera línea de Tratamiento: ¿Subir dosis, cambio de fármaco, asociar antipsicótico?. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra. 2012; 20 (5). Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/BD4F1232-71A1-4049-A505-38EBCC1C1A17/245085/Bit_v20n5.pdf.
24. López-Peiga C, Srrano-Fuentes RM, Valverde-Trillo A, Casabella-Abrila B, Mundet-Tudiric X. ¿Quién controla a los enfermos tratados con fármacos psicotrópicos en Atención Primaria?. Aten Primaria. 2006;37(8):446-51. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0212656706704024/1-s2.0-S0212656706704024-main.pdf?_tid=228b8f00-c3bc-4b05-8af3-9aff4f42cbae&acdnat=1549294744_686bf390354e82eff1317bbe3025b173.

ANEXOS

ANEXO I

En aquellos pacientes que tenían más de un PA prescrito, se observaron las siguientes combinaciones:

Combinaciones entre Antipsicóticos y la frecuencia de las mismas.

COMBINACIONES ENTRE ANTIPSICÓTICOS	<i>Frec.</i>	<i>%</i>
Risperidona- Levomepromazina	54	65,85
Haloperidol- Levomepromazina	15	18,29
Risperidona- Haloperidol	4	4,88
Risperidona- Clorpromazina	3	3,66
Clorprom- Levomep- Risper	1	1,22
Risperidona- Quetiapina	1	1,22
Litio- Risperidona	1	1,22
Risper- Zuclopentina- Levomeprom	1	1,22
Risperidona - Levomep- Haloperidol	1	1,22
Olanzapina- Risperidona	1	1,22
Total	82	100

Combinaciones entre antiepilépticos y la frecuencia de las mismas.

COMBINACIONES E/ ANTIEPILÉPTICOS	Frec.	%
Carbamacepina- Valproato	2	20,00
Lamotrigina- Valproato	4	40,00
Topiramato- Valproato	3	30,00
Lamotrigina- Litio	1	10,00
Total	10	100,00

Combinaciones entre Ansiolíticos y la frecuencia de las mismas.

COMBINACIONES E/ ANSIOLÍTICOS	Frec.	%
Diazepam- Clonazepam	14	77,78
Clonazepam- Lorazepam	2	11,11
Diazepam- Lorazepam	1	5,56
Clobazam- Clonazepam	1	5,56
Total	18	100,00

Combinaciones entre Antidepresivos y la frecuencia de las mismas.

COMBINACIONES E/ ANTIDEPRESIVOS	Frec.	%
Fluoxetina- Sertralina	2	22,22
Sertralina- Amitriptilina	4	44,44
Sertralina- Paroxetina	1	11,11
Amitriptilina- Fluoxetina	2	22,22
Total	9	100,00

Combinaciones entre Antipsicóticos y la frecuencia de las mismas.

COMBINACIONES E/ ANTIPSICÓTICOS	Frec.	%
Risperidona- Clorpromazina	3	3,66
Risperidona- Levomepromazina	54	65,85

Risperidona- Haloperidol	4	4,88
Clorprom- Levomep- Risper	1	1,22
Haloperidol- Levomepromazina	15	18,29
Risperidona- Quetiapina	1	1,22
Litio- Risperidona	1	1,22
Risper- Zuclopentina- Levomep	1	1,22
Risper- Levomep- Haloperidol	1	1,22
Olanzapina- Risperidona	1	1,22
Total	82	100,00

Además, se dieron las siguientes combinaciones entre diferentes grupos:

Marcado con rojo, amarillo y verde, las tres primeras frecuencias.

RISPERIDONA combinada con...	Frec.	%
Valproato + Clonacepan	4	1,94
Valproato + Risperidona	4	1,94
Valproato + Clonazepam + Amitriptilina	1	0,49
Carbamacepina + Risperidona	5	2,43
Carbamacepina + fluoxetina	1	0,49
Carbamacepina+ Clonazepam+ Risperidona	3	1,46
Carbamacepina+ Clonazepam+ Fluoxetina	1	0,49
Carbamacepina+ Diazepam+ Fluoxetina	1	0,49
Lamotrigina+ Clonazepam	1	0,49
Lamotrigina+ Clonazepam+ Sertralina	1	0,49
Topiramato+ Fluoxetina	1	0,49
Clonazepam	60	29,13
Clonazepam + Risperidona	3	1,46
Clonazepam+ Tramadol	1	0,49
Diazepam	13	6,31
Diazepam+ Biperideno	1	0,49
Lorazepam	7	3,40
Amitriptilina	2	0,97

Amitriptilina+ Clonazepam	6	2,91
Fluoxetina	9	4,37
Proxetina	1	0,49
Sertralina	7	3,40
Clonazepam+ Amitriptilina	4	1,94
Clonazepam + Fluoxetina	46	22,33
Clonazepam+ Paroxetina	1	0,49
Clonazepam+ Sertralina	21	10,19
Clonazepam+ Venlafaxina	1	0,49
TOTAL	206	100

LEVOPROMAZINA combinada con...	Frec.	%
Clonazepam	18	23,08
Clonazepam+ Amitriptilina	3	3,85
Clonazepam+ Fluoxetina	14	17,95
Clonazepam+ Haloperidol	1	1,28
Clonazepam+ Paroxetina	2	2,56
Clonazepam+ Sertralina	9	11,54
Diazepam	3	3,85
Diazepam+ Fluoxetina	1	1,28
Diazepam+ Paroxetina	1	1,28
Lorazepam	3	3,85
Lorazepam+ Sertralina	2	2,56
Lorazepam+ Velaflaxina	1	1,28
Fluoxetina	3	3,85
Sertralina	1	1,28
Litio+ Carbamacepina	2	2,56
Lamotrigina+ Clonazepam	2	2,56
Lamotrigina+ Diazepam	2	2,56
Carbamacepina	1	1,28

Valproato	1	1,28
Valproato+ Diazepam	2	2,56
Valproato+ Clonazepam	2	2,56
Valproato+ Clonazepam+ Fluoxetina	1	1,28
Amitriptilina+ Clonazepam	3	3,85
TOTAL	78	100

CLONAZEPAM combinada con...	Frec.	%
Risperidona	60	30
Levomepromazina	18	9
Valproato	3	1,5
Valproato + Fluoxetina	2	1
Valproato + Sertralina	2	1
Valproato + Olanzapina	1	0,5
Carbamacepina	1	0,5
Carbamacepina + Amitriptilina	2	1
Carbamacepina + Sertralina	1	0,5
Carbamazepina + Haloperidol	1	0,5
Lamotrigina	4	2
Lamotrigina + Sertralina	1	0,5
Pregabalina	1	0,5
Topiramato + Fluoxetina	1	0,5
Amitriptilina	22	11
Citalopram	1	0,5
Fluoxetina	58	29
Fluoxetina + Haloperidol	3	1,5
Haloperidol	16	8
Litio + Sertralina	1	0,5
Quetiapina	1	0,5
TOTAL	200	100

ANEXO II

Diagnósticos expresados en las prescripciones.

DIAGNÓSTICOS	Frec.	%
F41.9- Trastorno de Ansiedad No Especificado	759	44,13
F32.9 TD no especificado	267	15,52
Sin Diagnóstico	122	7,09
F29- Trastorno Psicótico No Especificado	104	6,05
F10.9 - Trastorno relacionado con el alcohol no especificado.	88	5,12
G40.9- Epilepsia No Especificada	67	3,90
F51.0- Trastorno Primario del sueño. Insomnio Primario	53	3,08
F20- Esquizofrenia	28	1,63
R56.8- Otras Convulsiones y las No especificadas	26	1,51
I10- HTA Primaria	26	1,51
70.9- Retraso mental leve, deterioro del comportamiento de grado no especificado	19	1,10
F10.9 F32.9 Ambos Diagnósticos	18	1,05
F60.9- T. de Personalidad No Especificado	15	0,87
M62.4 Contractura Muscular	14	0,81
R51 Cefalea	14	0,81
F63.9- T. de los Hábitos y de los Impulsos No Especificado	13	0,76
F29 F41.9 Ambos Diagnósticos	11	0,64
M54- Lumbalgia	11	0,64
F19.1 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de multiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, uso nocivo	11	0,64
M79.7 Fibromialgia	8	0,47
E11 Diabetes Mellitus	5	0,29
F29 F32.9 Ambos Diagnósticos	5	0,29

G62.9 Polineuropatía No Especificada	5	0,29
F31.9- T. Bipolar	4	0,23
F45.4 Trastorno por dolor	3	0,17
G93.4 Encefalopatía No especificada	3	0,17
F03 Demencia Sin Especificar	2	0,12
F63.9 F70.9 Ambos Diagnósticos	2	0,12
G20 Enfermedad de Parkinson	2	0,12
G24.9 Distrofia no especificada	2	0,12
I69 Secuela de ACV	2	0,12
M06.9 Artritis Reumatoidea No Especificada	2	0,12
E03.9 Hipotiroidismo No Especificado	1	0,06
F29 F19 Ambos Diagnósticos	1	0,06
F52.0 Falta o pérdida del deseo sexual	1	0,06
F84.0 Autismo infantil	1	0,06
G35 Esclerosis Múltiple sin especificar	1	0,06
G80.9 Parálisis Cerebral Sin Especificar	1	0,06
G81 Hemiplejía	1	0,06
I49.9 Otras Enfermedades del Corazón	1	0,06
K29.7 Gastritis	1	0,06
TOTAL	1720	100

ANEXO III

Encuesta: Uso de psicofármacos y problemas de Salud Mental **en el Primer Nivel de Atención**

Este cuestionario tiene el objetivo de conocer algunas de las características y frecuencia de la demanda asistencial por problemas de salud mental en los equipos de salud del PNA, explorar el tipo de tratamientos administrados y las estrategias Implementadas por los médicos en relación a esta temática.

A continuación se presentan distintas preguntas donde puede responder (marcando con una cruz o completando numéricamente) lo que considere más cercano a la realidad de su labor asistencial en su Centro de Salud.

Esta encuesta es anónima. Muchas gracias por su tiempo y atención.

Dirección Provincial Salud Mental.

Dirección Provincial Red de Medicamentos y Tecnología Farmacéutica.

Dirección Provincial Información para la Gestión

Dirección Provincial Regional de Salud Nodo Santa Fe

DATOS PERSONALES ☐ ☐

Sexo: M F

Edad:

- 25 – 35 años
- 36 – 50 años
- 51 – 59 años
- 60 años o más

Antigüedad como médico:

- Menos de 5 años
- 6 a 15 años
- 16 a 24 años
- 25 años o más

Especialidad/es:

- Medicina general y de familia
- Clínica médica

- Psiquiatría
- Psicología
- Sin especificar
- Otra

I. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

I.A) Considerando un día normal de trabajo, señale de manera aproximada:

¿Cuántos pacientes ha atendido?

- 0 – 4 pacientes
- 5 – 9 pacientes
- 10 – 14 pacientes
- 15 – 19 pacientes
- 20 pacientes o más

¿Qué porcentaje aproximado de esas consultas se relacionan directamente con problemas de salud mental (el motivo de consulta principal es un problema de salud mental)?

- Menos 15%
- 15 a 29 %
- 30 a 49 %
- 50% o más

¿Qué porcentaje aproximado de esas consultas se relacionan con problemas de salud mental indirectamente (el motivo de consulta principal es otro problema de salud)?

- Menos 15%
- 15 a 29 %
- 30 a 49 %
- 50% o más

I.B) Señale al menos tres diagnosticos/PSM que se atienden en su Centro de Salud (CS)

1. Esquizofrenia
2. Depresión

3. Enfermedad de bipolaridad
4. Trastornos de ansiedad y trastornos del sueño
5. Trastornos obsesivo compulsivo y pánico
6. Consumo problemático de sustancia

I.C) ¿Considera que los pacientes que presentan problemas de salud mental, acuden al centro de salud con más frecuencia que otros pacientes en general?

- Si
- No

II. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

Las siguientes preguntas tienen el objetivo de conocer las características de las intervenciones médicas en problemas de salud mental en Atención Primaria.

II.A) Estime el número de recetas médicas que extiende en un día normal de trabajo:

- Menos de 10 recetas
- 11 a 20 recetas
- Más de 20 recetas

II.b) De estas, ¿cuántas son de psico-fármacos?

II. C) Indique con qué frecuencia aproximada se recetan los siguientes psicofármacos:

- Benzodiazepinas _____%
- Antidepresivos _____%
- Antipsicóticos _____%
- Estabilizadores del ánimo _____%
- Fármacos antiepilépticos _____%
- Otros (especificar) _____%

II. D) Además del uso de psicofármacos, ¿Qué otro tipo de intervención realiza para la resolución de los PSM?

II. E) Algunos PS requieren la utilización de psicofármacos. Sin embargo, otros casos podrían tratarse sin el uso de los mismos. De los pacientes con tratamiento farmacológico en el CS ¿qué % aproximado considera que podría solucionar su problema con otro tipo de intervención, sin el uso de medicación?

III. INTEGRACIÓN A LA RED DE SALUD MENTAL (SM)

III. a) ¿Qué % aproximado del total de sus pacientes deriva a SM?

III. b) ¿Cómo considera las respuestas del equipo matricial ante la demanda del PNA?

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Justifique brevemente su respuesta:

IV. FORMACIÓN

IV. a) ¿Conoce protocolos y/o guías de tratamiento establecidas para el abordaje de los problemas de salud mental más frecuentes?

- Sí
- No

En caso afirmativo nombre al menos una de ellas _____

IV. b) A lo largo de su formación de grado, posgrado o residencia, ¿ha recibido formación técnico/práctica para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental en AP?

- Sí
- No

IV. c) En su puesto de trabajo, en los últimos 3 años ¿ha recibido formación sobre temas de salud mental en AP?

- Sí
- No

IV. d) ¿Ha participado alguna vez en supervisiones de casos, conjuntamente con Equipos de SM?

- Sí
- No

IV. e) ¿Cree que necesita recibir más información sobre temas de salud mental?

- Sí
- No

V. PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA Y SATISFACCIÓN CON LA TAREA

V. a) ¿Considera que tiene las herramientas y conocimientos (recursos de formación, técnicos, fármacos, tiempos, etc) suficientes para diagnosticar e intervenir eficazmente los problemas de salud mental?

- Sí
- No

V. b) ¿Se siente satisfecho con el trabajo que realiza en los problemas de salud mental?

- Nada
- Poco
- Algo
- Mucho

V. c) ¿Cree que los usuarios se sienten satisfechos con el servicio que se presta en el PNA para la atención de los PSM?

- Sí
- No

Sugerencias/observaciones que desea realizar:

Muchas gracias por su colaboración.