

## Prescripción y adquisición de medicamentos y procedimientos: Análisis de las limitaciones actuales en el ejercicio médico

Mariangel Rocha Aldana, Damara Del Valle Prieto Chacín, Trina M. Navas B.

### Resumen

**Objetivo:** Analizar el cumplimiento de la prescripción y de los procedimientos en los pacientes atendidos por un internista en la situación sanitaria venezolana actual y conocer el estado de insatisfacción de estos médicos ante las prescripciones realizadas.

**Método:** Parte A: Dirigida a los pacientes y será un estudio de casos, descriptivo, prospectivo y transversal basado en una evaluación médica y una entrevista. Parte B: dirigido a los médicos: estudio descriptivo, prospectivo y transversal a través de una encuesta. **Tratamiento estadístico:** Descripción estadística con medidas de tendencia central y de proporción.

**Resultados:** En la fase A se analizaron 422 pacientes. Los principales diagnósticos fueron Hipertensión Arterial (45.13% mujeres y 32.14% hombres), Diabetes Mellitus tipo 2 (32.74% mujeres y 18.37% hombres) y Cardiopatía (19.03% mujeres y 16.33% hombres). El 67.77% refería cumplimiento irregular o nulo y la principal causa fue la no disponibilidad del tratamiento en 62.13%. En la fase B: se analizaron 100 encuestas, donde se afirmó no contar con todos los implementos necesarios para el ejercicio profesional en el 80% de los que ejercían en instituciones públicas, y el 31% en privadas, y el nivel de insatisfacción fue alto. **Discusión:** el acto médico del internista en el país está limitado por la imposibilidad de adquirir medicamentos y el ejercicio médico es generador de frustración y estrés.

**Palabras Clave:** prescripción; medicamentos; limitaciones del ejercicio médico.

### Prescription and acquisition of medications and medical procedures: analysis of current limitations in the medical practice

Mariangel Rocha Aldana, Damara Del Valle Prieto Chacín, Trina M. Navas B.

#### Abstract

**Objective:** To analyze the fulfillment of prescriptions and medical procedures in patients treated by internists in the current Venezuelan health situation and learn about the level of dissatisfaction of these physicians with this situation. **Methods:** This study was done in two kinds of population: group A: a descriptive, prospective and cross-sectional case study based on a comprehensive medical evaluation and an interview. Group B: also, a descriptive, prospective and cross-sectional study, but through a survey on the physicians. **Statistical treatment:** Statistical description with measures of central tendency and proportion. **Results:** In phase A, 422 patients were analyzed. The main diagnoses were Arterial Hypertension (45.13% female and male 32.14%), Diabetes Mellitus type 2 (32.74% female and 18.37% male) and Cardiopathy (19.03% female - and 16.33% male). The 67.77% reported irregular or null fulfillment and the reason was the lack of availability for purchase in 62.13%. In phase B: 100 surveys were analyzed,; 80% of those who work in public institutions declared that not all the implements needed for their professional practice were available. This was true, also in 31% in private practice with a high level of dissatisfaction. **Discussion:** the internist's medical act in the country is limited by

\* Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" Caracas, Venezuela.  
Trabajo Ganador de Mención Honorífica en las Jornadas de Egresandos "Dr. Carlos Moros Ghersi" de los Postgrados de Medicina Interna 2017 del área metropolitana de Caracas, otorgado por la SVMIL.

---

## PRESCRIPCIÓN Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS: ANÁLISIS DE LAS LIMITACIONES ACTUALES EN EL EJERCICIO MÉDICO

*the impossibility of acquiring medications and perform the right medical procedures. This situation generates in them feelings of frustration and stress.*

**Key Words:** *prescription; medications; limitations of the medical exercise.*

### Introducción

La Venezuela actual se caracteriza por una severa escasez de la cual no se escapa el sector salud. Actualmente vivimos una situación crítica que ha sido denunciada por múltiples organismos y organizaciones; sin embargo, hasta el momento de la realización de esta investigación, no existe una medición fidedigna de la magnitud del problema.

La eficacia terapéutica bien sea médica o quirúrgica, va directamente relacionada con la prescripción adecuada que a su vez se basa en la certeza diagnóstica, el momento de inicio del tratamiento y la posibilidad del cumplimiento del mismo, sin olvidar la adherencia terapéutica.

Este razonamiento es válido en un escenario ideal, donde el acceso a la atención médica y a la terapéutica se cumpla racionalmente. Dada la realidad venezolana, dibujada por la ausencia de disponibilidad tanto de medicamentos como de cualquier tipo de insumos médicos en los tiempos actuales, se plantea una severa dilación en la atención efectiva de la salud del venezolano; donde el acto médico desde el punto de vista de su razonamiento puede ser impecable, pero al no lograr incorporar estrategias médico-quirúrgicas correctamente, puede culminar en complicaciones a corto y largo plazo. De allí la importancia de definir la magnitud del problema.

No existen tratamientos baratos o caros, solo existen tratamientos adecuados. Si se observa la consecuencia inmediata de la oración citada, es que lo único que aumenta el costo de atención médica es la ausencia de un acto médico eficaz que se traduce en una consulta tardía o actos médicos ineficientes o antiéticos, los que pueden ser por falta de conocimiento del médico tratante o como es el caso específico que nos proponemos estudiar, la ausencia de disponibilidad de insumos médicos o quirúrgicos.

Ante una inflación del 486% para el momento de la culminación de la toma de datos, todas las áreas de la economía estaban afectadas; esto incluye el sector salud y la adquisición de medicamentos por parte de los pacientes, Adicionalmente, la escasez desborda el problema y redundando en las consecuencias que se observan en pacientes con patologías crónicas mal controladas y/o complicadas por patologías agudas, debido a la dilación en la adquisición de los medicamentos o instrumentos requeridos<sup>(1)</sup>.

Esta situación produce una severa frustración que desgasta al médico e irrumpe en la relación médico - paciente. Esta situación que se mantiene en forma creciente expone al galeno y al equipo de salud al síndrome de “*Burn out*” o desgaste profesional, condición que afecta no solo su ejercicio, sino también su condición individual<sup>(2)</sup>.

Otra situación que se suma en Venezuela es el incremento del uso y en ocasiones la migración completa por *motu proprio* a otros tipos de terapia, para conseguir de manera provisional la mejoría de sus síntomas sin tomar en cuenta los importantes efectos adversos que éstos podrían desencadenar, o simplemente la ausencia del efecto deseado y sus consecuencias: enfermedad sin tratamiento eficiente que termina en complicaciones que pudieron ser prevenibles. Esto no ha sido medido.

De esta manera consideramos que la identificación oportuna de la incidencia de efectos adversos por uso indiscriminado de terapia no convencional es de vital importancia, puesto que no se cuenta con un registro de los mismos. Además, y con el razonamiento empírico de que probablemente el índice de la migración a terapia herbaria en la actualidad es elevada, y por lo tanto de sus reacciones adversas o interacciones medicamentosas también, las cuales no serán reconocidas debido a la inexistencia de un sistema formal de farmacovigilancia en esta área, justificaron esta investigación.

En general, en el mundo la escasez de medicamentos no forma parte del mundo civilizado y sólo ocurre durante las guerras y los desastres naturales. En los países donde sucede en ausencia de estas

dos situaciones, se requiere de un concepto que lo explique, y por ello surgió la definición de Emergencia Humanitaria (EH), esto se refiere a una situación de profunda crisis social donde gran cantidad de personas mueren y sufren de enfermedades, hambre y/o el desplazamiento, debido a desastres naturales y a situaciones provocadas por el hombre, mientras que otros pueden beneficiarse de él. El ejemplo más simple de lucro a través del medicamento son los ilícitos farmacéuticos e inclusive los llamados “bachaqueros”<sup>(3)</sup>.

La medición internacional de este fenómeno es liderada por los países africanos. Una institución denominada *Humanitarian Aid Office* definió, hasta el año 2010 un grupo de países de esta región en donde la ayuda multilateral era inexistente y como consecuencia los problemas de salud no obtenían solución alguna. Según esta organización, esas situaciones son consecuencia de las agendas de los gobiernos potencialmente ayudadores que a discrecionalidad o silencio de las agendas internas que vulneran esas poblaciones y son denominados “huérfanos de ayuda” para lo que la unión europea ha diseñado fórmulas para la identificación de los mismos<sup>(4)</sup>.

La existencia de una crisis humanitaria en Venezuela, para este momento sigue siendo un debate internacional. Las noticias y las fuentes tienen valores variables, y la inacción de las instituciones que pueden realmente valorarla no se hacen palpables para su definición; esto se refiere a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), que poseen representantes en nuestro país y son los testigos fieles de la realidad. No existe un solo reporte en la página oficial del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ni siquiera en el centro de prensa sobre la situación de salud (ni de la violencia, ni de la escasez de medicamentos) de la página oficial, y tampoco en UNICEF Venezuela para el momento de esta investigación<sup>(5)</sup>.

Más allá del debate político, para el momento de esta publicación, la realidad ha empeorado, es abrumadora y se vive en todos los rincones del país. El impacto de la ausencia de disponibilidad

de medicamentos e insumos médicos que limitan la atención médica y se observan las consecuencias en los pacientes en su desesperación de no poder tratarse enfermedades agudas o graves que pueden traer consecuencias individuales y familiares<sup>(6)</sup>.

En cuanto a la eficacia de la medicina herbaria, en general en los antecedentes de la librería Cochrane por ejemplo, concluyen que es limitada debido a la pobreza metodológica de los estudios realizados<sup>(7-10)</sup>.

El cumplimiento del tratamiento médico se refiere al grado de éxito con que un paciente lleva a cabo las recomendaciones preventivas o de tratamiento dadas por un profesional de la salud. El no cumplimiento, por otra parte, se refiere a la ignorancia, olvido, o falta de entendimiento del régimen sugerido por el médico. En la literatura especializada, se hace distinción entre los términos cumplimiento y adherencia. El primero connota un papel pasivo en el fiel seguimiento de las directrices recibidas; el segundo, más ampliamente admitido, implica la activa colaboración voluntaria del sujeto<sup>(11)</sup>.

Conviene aclarar los siguientes términos, aunque es preciso señalar que no hay un consenso al respecto. Error de Medicación (EM) (*Medication Error, ME*). Es cualquier error que se produce en cualquiera de los procesos del sistema de utilización de los medicamentos (*drug-use-system error*). El *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP)* define los errores de medicación como: “cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización”<sup>(12)</sup>.

De igual forma se define al Acontecimiento Adverso por Medicamentos (AAM) (*Adverse Drug*

---

## PRESCRIPCIÓN Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS: ANÁLISIS DE LAS LIMITACIONES ACTUALES EN EL EJERCICIO MÉDICO

*Event, ADE*) como “cualquier daño, grave o leve, causado por el uso (incluyendo la falta de uso) de un medicamento”<sup>(16)</sup> o “cualquier daño resultante del uso clínico de un medicamento”<sup>(13)</sup>.

El paciente venezolano se encuentra ante una realidad nunca antes descrita por razones sociopolíticas que van más allá de la intención de esta investigación. Sin embargo, la motivación que nos lleva a plantearla, es la enorme escasez y la incapacidad del médico de resolver problemas médicos desde lo más sencillo hasta lo más complicado. Por lo tanto, mantiene al binomio médico – paciente en un estado de inacción y angustia, cuyo final se escribirá al pasar el tiempo en las enfermedades crónicas y se pueda medir como aumentaron las complicaciones de estas, y por otro lado, cuando tengamos en nuestras manos los anuarios de estadística vital del año en curso donde la situación ha sido más álgida para las enfermedades agudas y es allí donde debe reflejarse.

Un estudio en Escocia de más de 18.000 pacientes de más de 40 evaluaciones generales potencialmente prevenibles (Edad promedio 50 años y 49% hombres), y de las admisiones no planificadas al hospital, se asociaron altamente con el aumento de combinaciones de la condición física y condiciones psicosociales<sup>(14)</sup>. Esto enseña la repercusión de la enfermedad no solo en el estado físico sino el afectivo y social.

Los pacientes con cuatro o más comorbilidades tenían mayor prevalencia de bajo nivel de alfabetización y condición de salud, en comparación con los que tienen menos multimorbilidades; por lo que los investigadores, han hecho hincapié en la importancia para la salud, de baja alfabetización y su asociación con mala salud<sup>(15,16)</sup>.

En un estudio de más de 300 pacientes con insuficiencia cardíaca, los pacientes que se presentaron con mayor número de morbilidades previamente diagnosticadas, y que tenía bajo nivel de alfabetización, tuvo mayor dificultad para seguir instrucciones de los medicamentos y su cumplimiento en comparación con aquellos con menos condiciones crónicas. Los resultados que destacan

la importancia de la detección de los pacientes con enfermedades crónicas múltiples para varios factores psicosociales y sugieren la necesidad de adaptar la conducta hacia la clínica específica y psicosocial de las características de los pacientes que desarrollan una comorbilidad. De hecho, el Colegio Americano de Cardiología ha subrayado recientemente la consideración de factores psicosociales en la práctica de la atención centrada en el paciente con estos complejos pacientes. Por otra parte, estudios previos sugieren una complicada relación etiológica entre el desarrollo de eventos coronarios agudos, multimorbilidad y psicosocial concluyendo que muchas enfermedades crónicas tienen un riesgo independiente de factores que pueden causar estrés, depresión, ansiedad, y declive funcional; como consecuencia hay dificultades psicosociales también puede precipitar el inicio y complicación de las patologías médicas<sup>(16)</sup>.

Estas reflexiones dibujan la Venezuela actual. De hecho, las situaciones descritas en la literatura actual sobre incumplimiento del tratamiento, están francamente relacionadas con la falta de adherencia; en general, no contemplan la ausencia de disponibilidad del medicamento como causa de tal incumplimiento. Se insiste que esta situación se limita a las condiciones de guerra, desastres naturales y refugiados, que constituyen la emergencia humanitaria<sup>(16)</sup>.

Existe literatura desde la década pasada que señala que enfermedades de alto costo y/o discapacidad, hacen imposible la carga para la familia<sup>(17)</sup>. En nuestro país existía la farmacia de alto costo para estos medicamentos, además la atención hospitalaria una atención adecuada de los pacientes. En la actualidad estas opciones tampoco están disponibles, así como se dificulta también la posibilidad diagnóstica.

Lamentablemente, nos comparamos con el África Subsahariana donde el tratamiento de esta enfermedad es considerada como todo un reto debido a la pobreza y la falta de cobertura de salud, que se refleja en un claro aumento de las complicaciones tales como los accidentes cerebrovasculares y cardiopatía isquémica entre los más importantes. Otra

situación social similar fue la de los desempleados de Inglaterra en recesión industrial, cuyo nombre aún perdura como “Gissa Job”, que se refiere a los mantenidos por el estado y que tenían las enfermedades de la pobreza con la depresión como elemento adicional<sup>(18,19)</sup>.

Existen estudios venezolanos que han demostrado que el uso de herbarios existe en diferentes proporciones; sin embargo, en la actualidad, nos preguntamos si esta masa poblacional aumenta en función de la falta de disponibilidad de medicamentos. Este punto se convierte en una de las motivaciones del trabajo<sup>(20)</sup>.

Inmerso en la situación social y política se encuentra el médico tratante. En su ejercicio diario, la prescripción es parte de la atención médica. La forma de evitar las complicaciones es a través de la prescripción de medicamentos razonada e individualizada. En nuestra actualidad nacional es frecuente la frustración por la pérdida del paciente tanto de su control médico, de su vida por no contar con los medicamentos y/o insumos para una actuación a tiempo y adecuada. Todo esto puede llevar al médico al *síndrome de Burnout (desgaste profesional)*. Este ha sido relacionado fundamentalmente con la realización de las residencias de especialización, en el ambiente de trabajo y características personales<sup>(21)</sup>. En 1995 en el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” se midió el estrés en el residente de postgrado en un trabajo de grado, así como en otras investigaciones<sup>(22)</sup>, concluyendo que era una variable muy importante a considerar en la formación del individuo<sup>(23)</sup>. Sin embargo, las condiciones actuales son muy diferentes y la frustración y actitud del médico deben ser medidos nuevamente para evaluar no solo la repercusión en su desempeño ; sino también en su salud.

Para terminar, la historia reciente de Venezuela se escribe en muchos aspectos en la actualidad. La universidad tiene la responsabilidad de aportar sus datos en cada área en que se desempeñe. Es por ello que a través de nuestro trabajo de grado, queremos conocer la realidad de la prescripción y su cumplimiento y su repercusión en el médico pres-

criptor ante la impotencia del cumplimiento de su quehacer.

### Objetivo General

1. Analizar el cumplimiento de la prescripción de medicamentos y la de los procedimientos de los pacientes atendidos por un internista en la situación sanitaria venezolana actual
2. Establecer el grado de insatisfacción de los médicos ante el resultado de las prescripciones realizadas.

### Métodos

Se trató de un estudio en dos partes: parte A: Dirigida a los pacientes como estudio de casos, analítico, prospectivo y transversal y parte B: dirigido a los médicos: estudio analítico, prospectivo y transversal.

### Población y muestra

**Parte A:** constó de la totalidad de pacientes que consultaron a los servicios médicos del Hospital General del Oeste. La muestra: fue no probabilística, de selección intencional y se basó en aquellos pacientes atendidos por las autoras en el periodo comprendido entre agosto 2016 y mayo 2017, de cualquier género; su lugar de atención fue en la consulta externa, emergencia, interconsulta, evaluaciones preoperatorias y hospitalización.

**Parte B:** la población estuvo constituida por los médicos de cualquier especialidad, edad y género, que se encuentran en en ejercicio de la profesión dentro del país. La muestra fue no probabilística, de selección intencional y basada en el número de respuestas obtenidas a través de una encuesta enviada por vía electrónica a partir de las bases de datos de las Sociedad Venezolana de Medicina Interna.

### Procedimiento

**Parte A:** luego de la aprobación del consentimiento informado, se procedió a realizar una historia clínica y posteriormente se aplicó una encuesta por parte de las autoras que contempla la evaluación del cumplimiento del tratamiento. Luego se analizaron las variables pertinentes en relación con

---

## PRESCRIPCIÓN Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS: ANÁLISIS DE LAS LIMITACIONES ACTUALES EN EL EJERCICIO MÉDICO

las complicaciones y/o las reacciones adversas relacionadas con el incumplimiento previa atención.

**Parte B:** luego de solicitar la participación de los miembros de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna a través de su Junta Directiva, se solicitó la difusión de la encuesta a sus miembros. Esta fue enviada desde la base de datos de la citada sociedad y respondida al correo electrónico. La encuesta constó de una prueba piloto la cual no requirió modificaciones y se procedió a enviar la encuesta definitiva. Todos los datos fueron vaciados en una base de datos para su posterior procesamiento.

### Tratamiento estadístico

Se realizó fundamentalmente una descripción estadística con medición de proporción en las variables cualitativas y de medidas de tendencia central en las cuantitativas.

### Resultados

**Fase 1:** En el grupo total se analizaron 422 pacientes que aceptaron participar en la investigación entre los meses de Septiembre de 2016 y Julio de 2017. La distribución por mes resultó en un promedio de  $34.82 \pm 13.35$  DS paciente/ mes. La distribución por Servicio fue de 152 pacientes (36.02%) en atención ambulatoria (consulta y triaje) y 270 (63.98%) en hospitalización (incluidos emergencia, interconsulta y preoperatoria).

El promedio de edad fue de  $54.58$  años  $\pm 19.19$  DS. El género correspondió a 53.55% de mujeres y 46.44% hombres.

El GRAFFAR modificado de Méndez Castellanos resultó con un franco predominio del estrato IV en un 87.68%, el resto fueron Graffar III en 10.66% Graffar II 0.95% y Graffar V 0.71%.

Entre los hábitos psicobiológicos se encontró que el 40.52% era fumador (mujeres 35.09% y hombres 64.91%) El 49.05% refirió ingesta alcohólica, de los cuales 38.16% eran mujeres y 61.84% hombres. El consumo de alcohol se clasificó según el test de CAGE (24) en 61.35% para usuarios de alcohol, los abusadores de alcohol se distribuyeron en 16.91% para dos pre-

guntas y 11.59% para tres y 10.14% para dependientes con cuatro preguntas positivas. De los 422 pacientes, 25 (5.92%) tenía consumo de drogas ilícitas, y correspondían a 88% hombres y 12% mujeres.

En cuanto al sueño, era normal en 361 pacientes, que corresponde al 85.55% distribuidos en mujeres 54.02% y hombres 45.98%.

La independencia se midió a través de la Escala de Barthel que resultó en independientes en 343 personas (81.23%) con 50.44% mujeres y 49.56% hombres. La dependencia se distribuyó en leve 28 pacientes (6.64%) dividido en 71.43% mujeres y 28.57% hombres, la moderada 27 pacientes (6.40%) con 66.67% mujeres y 33.33% hombres; y la severa 24 (5.69%) distribuido entre 66.67% mujeres y 33.33% hombres.

Los tres principales antecedentes patológicos, según el género, fueron en el caso de las mujeres: hipertensión arterial 108 (47.78%), diabetes mellitus tipo 2, 74 pacientes (32.74%) y cardiopatías 23 (10.18%); para los hombres: hipertensión arterial 82 (41.84%) diabetes mellitus tipo 2 235 (17.86%) y asma/EPOC 15 (7.65%).

Sobre los diagnósticos de egreso, de igual forma, fueron comunes los tres primeros en mujeres y hombres: hipertensión arterial (102 mujeres - 45.13%- y 63 hombres -32.14%-) diabetes mellitus tipo 2 (74 mujeres -32.74%- y 36 hombres - 18.37-) y cardiopatía (43 mujeres - 19.03%- y 32 hombres - 16.33%-) el resto se especifica en la **tabla 1**.

Sobre el consumo de herbarios se evidenció que 51 pacientes (12.08%) de las personas incluidas, lo hacían. De estos, 35 de forma recreacional (68.63%) y el resto como automedicación. Las 3 principales hierbas de consumo fueron malojillo -*Cymbopogon citratus*- referido en 29 (49,15%), toronjil -*Melissa officinales*- 17 pacientes (33.33%) y moringa -*Moringa oleífera*- 8 pacientes (15.69%). Como efectos adversos se documentó en los 3 pacientes usuarios de raíz de onoto -*Bixa orellana*- la presencia de hepatopatía.

Tabla 1. Diagnósticos de egreso: frecuencia general y según género

Diagnóstico	Grupo total		Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%	n	%
Hipertensión Arterial	165	39.09	102	61.81	63	38.18
Diabetes Mellitus Tipo 2	110	26.06	74	67.27	36	32.72
Cardiopatía	75	17.77	43	57.33	32	42.66
IRB	56	13.27	31	55.35	25	44.64
Asma/EPOC	20	4.73	7	35	13	65
ECV	31	7.34	19	61.29	12	38.70
Gastropatía Crónica	10	2.36	9	90	1	10
SIDA	20	2.84	4	20	16	80
Epilepsia	5	1.18	2	40	3	60
ERC	27	6.39	11	40.74	16	59.25
Obesidad	32	7.58	25	78.12	7	21.87
Insuficiencia Venosa	12	2.84	5	41.66	7	58.33
TVP	19	4.50	15	78.94	4	21.05
Cirrosis	4	0.94	0	0	4	100
Crecimiento Prostático	2	0.47	0	0	2	100
Tuberculosis Pulmonar	28	6.63	9		19	
Hipotiroidismo	5	1.18	0	0	5	100
Déficit Cognitivo	7	1.65	5		2	
Tuberculosis Pleural	13	3.08	6		7	
SDO	39	9.24	23		16	
Artritis/ Arteriopatía/ Anemia	9	2.13	7		2	
Porfiria / Síndrome Nefrítico	3	0.71	1		2	
Depresión / Síndrome adenomegálico	4	0.94	2	50	2	50
Diabetes Mellitus Tipo 1 / Mieloma/ Intoxicación por warfarina	2	0.47	1	50	1	50
Pie Diabético	16	3.79	6		10	
Infarto del miocardio	12	2.84	10		2	
Melanoma/Absceso Hepático/ Leucemia/ Traumatismo Raquimedular/Obstrucción intestinal/ VDRL reactivo/ Fractura patológica/ Peritonitis/ Primoconvulsión/ Fibrotórax*	1	0.23	0	0	1	100
Hemorragia digestiva (superior - inferior)	14	3.31	7	50	7	50
Parkinson	3	0.71	2	66.66	1	33.33
Trastorno hidroelectrolítico	7	1.65	3	42.85	4	57.14
Alcoholismo	26	6.16	2	7.69	24	92.30
Poliadicción	18	4.26	2	11.11	16	88.88
Neuroinfección	5	1.18	2	40	3	60
Infección urinaria	36	8.53	23	63.88	13	36.11
Patología renal o urológica	19	4.50	5	26.31	14	73.68
Infección de Partes Blandas	68	16.11	32	47.05	36	52.94
Malaria	8	1.89	1	12.5	7	87.5
Intoxicación por <i>Bixa orellana</i>	3	0.71	1	33.33	2	66.66
Fibrilación auricular con respuesta ventricular adecuada	4	0.94	4	100	0	0
Insuficiencia venosa	12	2.84	5	41.66	7	58.33
Miastenia/Pancreatitis/ Linfoma/ Fiebre de Origen Desconocido/ Esclerodermia/ Tromboembolismo pulmonar*	1	0.23	1	100	0	0
Fractura de cadera	5	1.18	5	100	0	0
Tumor Pulmonar/ Aborto/ Litiasis Vesicular*	3	0.71	3	100	0	0
Hernia Inguinal	8	1.89	3	37.5	5	62.5

\*: Porcentaje por cada diagnóstico

---

## PRESCRIPCIÓN Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS: ANÁLISIS DE LAS LIMITACIONES ACTUALES EN EL EJERCICIO MÉDICO

De los pacientes evaluados, el 71.33% afirmó tener tratamiento por prescripción médica, el 28,67% no lo tenían. Entre los pacientes que cumplían prescripción el 31.89% tenía sólo una, el 27.24% tenían 2, el 14.95% con 3, el 14.29% con 4 y el 11.63% con 5 ó más medicamentos. Se pudo determinar que las tres principales prescripciones fueron los antihipertensivos en un 56,14% siendo los ARA 2 los más comunes (73.37%) y entre estos el Losartan Potásico, con 81.45%. En segundo lugar los hipoglicemiantes en un 28.57% siendo la Metformina el principal de este grupo con un 80.23%. Por último los antiagregantes ocupan el tercer lugar correspondiendo a un 14.95%.

De los pacientes con prescripción de medicamentos el 32,23% aseguró cumplir su tratamiento de forma regular; el 67.77% restante refirió cumplimiento irregular o nulo. Al interrogar sobre la causa de incumplimiento, la mayoría de los pacientes (62.13%) refirió como razón principal la no disponibilidad del mismo, alegando acudir a más de 5 farmacias por mes en un 65.46%. El 4.98% acudió a un Centro de Diagnóstico Integral (CDI) o a buhoneros para la obtención de medicamento y algunos casos (11.30%) se vieron en la necesidad de buscar tratamiento fuera del país. Colombia fue el país más utilizado para la adquisición en 76.47%. Sólo 30 pacientes (9.97%) refirieron abandono del tratamiento por decisión propia.

De los 422 pacientes, el 13.03% (55 pacientes) tenía indicado tratamiento cuya distribución depende del Estado, entre ellos el tratamiento anti-retroviral de infección por VIH en cualquiera de sus formas, anti TBC, malaria y hemarginato en los casos de porfiria. De estos, ninguno reportó incumplimiento por ausencia de disponibilidad.

La automedicación fue referida en 92 (21.80%) pacientes y en su mayoría (65.22%) fue de forma responsable con acetaminofén (70.65%). El 29.35% restante se automedicó de manera irresponsable, bien sea administrando dosis irregulares de medicamento en vista de no contar con el mismo, (esto consistió en dividir las tabletas, toma de medicamentos interdiaria o inyectaban dosis no indicadas de insulina para prolongar sus días de

tratamiento). Por otra parte, hacían uso de tratamientos indicados por personas no relacionadas al área de la salud.

En 22 pacientes (5.21%) se reportó dilación de procedimientos, 5 de ellos (22.73%) por razones institucionales como, por ejemplo no disponer de quirófanos y ascensores operativos, además de no contar con productos para esterilización de endoscopios (Cidex<sup>R</sup>) en el servicio de gastroenterología; el resto (77.27%) por razones inherentes al mal control de sus patologías de base, principalmente hipertensión y diabetes mellitus, por incumplimiento de su tratamiento por no contar con el mismo.

**Fase 2:** se analizaron las encuestas respondidas por 100 médicos internistas que aceptaron participar en la investigación. La distribución por género correspondió a 64% de mujeres y 36% hombres. El promedio de edad fue de 41,47 años  $\pm$  13,98 DS, y el promedio de años de ejercicio fue 14,78  $\pm$  12,59 DS.

Se distribuyeron para el ejercicio de su especialidad según el lugar de trabajo de la siguiente manera: sólo en centros públicos 41%, en centros privados 16% y 43% trabajaba en ambos.

De las patologías frecuentemente más tratadas por este grupo de especialistas las tres principales son la diabetes mellitus tipo 2 en 52%, hipertensión arterial en un 51% e infecciones respiratorias bajas en un 32%.

En cuanto a aquellos que trabajan en instituciones públicas, el 80% afirmó no contar con todos los implementos necesarios para el ejercicio correcto de sus actividades, mientras que los médicos en ejercicio privado, manifestaron no contar con dichas herramientas el 31%.

En las instituciones públicas de salud los médicos se vieron en la necesidad de referir los pacientes a otros centros por no contar con todos los implementos en 77% y 31% en centros privados. Por su parte, el 80% de los médicos que laboran en centros públicos se vieron en la necesidad de solicitar la canalización extrahospitalaria de medicamentos e insumos para brindar la atención requerida y



mostraron un nivel bajo de satisfacción con las instituciones que brindaron apoyo en un 53% por esta razón; en los centros privados, la canalización extrahospitalaria fue necesaria en 43% y el bajo nivel de satisfacción se midió en 18%.

El 84% de los médicos de centros públicos ha tenido la necesidad de indicar varias opciones terapéuticas debido a la falta de disponibilidad de la prescripción individualizada, y en la práctica privada se midió en 46%. El número de alternativas a la opción prescrita fue de tres o más opciones en 75% en centros públicos y 50% en los privados.

En cuanto a haber sentido comprometido el ejercicio de su profesión por la falta de insumos, sumó el 84% en la labor pública y 58% en centros privados.

El aumento del nivel de estrés por la situación hospitalaria fue referido en el 80% de los internistas en ejercicio público y 56% en privado. Las manifestaciones más comunes fueron similares para ambos grupos y las más frecuentes fueron respectivamente para público y privado: ansiedad en 62% y 47%, seguido de cefalea en 32% y 15%, insomnio 17% y 15%, agresividad 16% y 10% e hiporexia 1% para ambos.

Al evaluar la experiencia acerca del aumento del número de pacientes por complicaciones de la patología de base, como consecuencia del cumplimiento irregular del tratamiento requerido, opinaron afirmativamente el 80% de los médicos en hospitales públicos y el 49% en los centros privados.

También los especialistas de centros públicos, manifestaron que sus pacientes han recurrido a tratamientos no convencionales, para sustituir el indicado por ellos. Refirieron que el 77% sustituían la prescripción. Lo hacían principalmente por remedios herbarios en el 59%, homeopatía 27%, acupuntura 14% y naturopatía 13%, (1,13 modalidades por respuesta). En el grupo de especialistas de centros privados, esto se evidenció en 48%, con 31% de pacientes que recurren a tratamiento herbario en 31%, homeopatía 19%, acupuntura 15%, *flores de Bach* 7%, aromaterapia y consejos de expen-

dedor de farmacia en 6 % respectivamente, como principales opciones.

### Discusión

La situación de salud del año 2017 debe quedar para las crónicas venezolanas como la más grave de la historia de nuestro país lo que es peor, puede llegar a niveles insospechados<sup>(25)</sup>.

Ha sido comparada con el estado de salud de la época de la guerra de independencia<sup>(26)</sup>, con el triste contraste de que no estamos en guerra y que los avances de la medicina a nivel mundial, han llevado a otros estados organizados a ofrecer los servicios de salud más adecuados o están en fase de adecuación, para así cumplir con las metas de la mejor atención médica posible.

Esta situación tan crítica convierte en una obligación para los médicos en ejercicio, no sólo optimizar su ejercicio profesional; sino también, la imperiosa necesidad de documentarlo y proponer soluciones que permitan superar la crisis humanitaria que hay en el momento actual en nuestro país. Esta fue la motivación de llevar a cabo esta investigación, en la cual se explora la realidad en el área de medicamentos<sup>(27)</sup>.

La muestra estudiada estuvo constituida por 422 pacientes y fue similar en sus características demográficas a otros estudios realizados en nuestra realidad hospitalaria<sup>(28-30)</sup>. Se caracterizó por una edad promedio de  $54,58 \pm 19,19$  años, con un leve predominio de mujeres; la gran mayoría pertenecía a la clasificación IV del GRAFFAR según Méndez Castellanos; el 40% eran fumadores con una mayor proporción en los hombres; el 81% eran independientes; el 61% consumía alcohol, pero la ingesta anormal se encontró en 28% que fueron clasificados como abusadores y 11% como dependientes con una minoría que consumía drogas ilícitas. Estos datos nos permiten interpretar que la muestra evaluada es similar a la población atendida en nuestra área de influencia; además, no difiere de otras investigaciones nacionales por lo que sus datos son útiles para la realidad nacional<sup>(31)</sup> incluyendo la encuesta ENCOVI<sup>(32)</sup>.

---

## PRESCRIPCIÓN Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS: ANÁLISIS DE LAS LIMITACIONES ACTUALES EN EL EJERCICIO MÉDICO

En cuanto a las enfermedades que portaban los pacientes, también coincidieron con las registradas en el estudio EVESCAM, recientemente presentado, donde la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la prediabetes, las dislipidemias y otras enfermedades cardiometabólicas fueron las más frecuentes<sup>(33)</sup>. En el estudio que estamos presentando aquí, se atendieron todo tipo de enfermedades médicas, que también fueron afectadas por el déficit de medicamentos.

La gran mayoría de los pacientes evaluados tenía prescripción de por lo menos un medicamento. El 26% que no la tenían, era portador de una enfermedad aguda o se realizaba el diagnóstico de una enfermedad crónica y en ese momento se iniciaría alguna prescripción.

En aquellos que tenían prescripción, se cumplió el precepto de medicar con el menor número de drogas, ya que la mayoría tenía sólo una, y de forma decreciente en número de pacientes, llegaron a tener 3 o más. Esto es de particular importancia en la prescripción, porque evita la interacción medicamentosa, favorece la adherencia y la calidad de vida, además de ajustar costos y factibilidad de adquisición del medicamento<sup>(34-37)</sup>.

Según la distribución de patologías, encontramos que la gran mayoría presenta enfermedades crónicas y que para garantizar la vida y su calidad dependen del cumplimiento de las medidas terapéuticas. Es por ello particularmente grave la demostración del incumplimiento del mismo en el 67,77%, bien sea por cumplimiento irregular o total, pues la consecuencia será un inadecuado control de su enfermedad de base.

Más de la mitad de los pacientes que incumplían el tratamiento, alegaron la falta de disponibilidad del mismo para su adquisición y realizaban la búsqueda al menos, en 5 farmacias, sin éxito, por lo que el cumplimiento era imposible.

Esta realidad ha sido denunciada en medios de comunicación y revistas científicas de<sup>(38)</sup> forma progresiva y constante en los últimos años<sup>(39,40)</sup>. Existe un trabajo de investigación del Instituto

Prensa y Sociedad denominado *Huérfanos en Salud*, que demuestra de forma fehaciente que esta afirmación de los pacientes es una realidad aplicable a toda la farmacopea necesaria para la atención adecuada en todo el país. De los seis capítulos de esa investigación, dos son dedicados a los medicamentos (vacunas y antibióticos), con hallazgos similares a los de esta investigación: no se cumplen adecuadamente las prescripciones debido a que no hay disponibilidad de los mismos<sup>(41,42)</sup>. Es importante señalar, que solo el 9% de los encuestados refirió que renunciaba a buscar el medicamento, lo cual equivale a uno de cada 10. Muy probablemente esto demuestra que nuestros pacientes están claros en la necesidad del cumplimiento de la medicación para su beneficio, lo que nos ofrece un buen motivo para mantener la educación sobre la importancia del cumplimiento; sólo falta la implementación de políticas que permitan el acceso al mismo.

De igual forma, la gran mayoría de los pacientes solicitaban sus medicamentos en farmacias, sólo el 5% los obtuvo a través de comerciantes informales o Centros de Diagnóstico Integral (CDI), y el 11% lo obtuvo en el exterior, siendo Colombia, la fuente principal. El hecho de que los pacientes acuden poco a los CDI o a los vendedores ambulantes es una evidencia de que nuestros pacientes conocen la vía correcta de adquisición de los medicamentos y de esta forma cumplen con la cadena de distribución minimizando el riesgo de ser víctimas de Ilícitos Farmacéuticos<sup>(43)</sup>, los cuales vienen en acenso en el país y han sido documentados por el Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” quienes han hecho públicas las diversas formas que se han encontrado este año, que incluyen venta ilegal de productos provenientes del extranjero (contrabando), los adulterados, falsificados, contaminados entre algunos<sup>(44)</sup>. El “bachaqueo” (término que se internacionalizó) de medicamentos, bien sea por vendedores informales o medios sociales, aunque no se documentó en esta investigación, debe considerarse un problema de salud pública dados los riesgos inherentes a la calidad del medicamento adquirido.

En cuanto a los medicamentos cuya distribución depende del estado (BADAN, IVSS), en el tiempo

de estudio, ninguno reportó dificultad en su adquisición para el momento de la investigación. Aquí se contemplan los antiretrovirales para el complejo SIDA – VIH, las porfirias con el uso arginato de hemina y el tratamiento antituberculoso. Luego de culminada la recolección de la muestra, se documentó en el país una disminución de la disponibilidad de los antiretrovirales e inclusive hubo problemas temporales con los antituberculosos, pero no se reflejan en los pacientes estudiados.

Los hallazgos de esta investigación deben ser contrastados con los del anuario de estadística vital en los mismos períodos de estudio. Esto permitiría demostrar las graves consecuencias a que lleva el control inadecuado de enfermedades como la HTA o la diabetes y confirmar lo que se ha vivido en las emergencias de los hospitales, que no es otra cosa que el aumento de la frecuencia tanto de la morbilidad como de la mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular, Infarto del Miocardio, las descompensaciones agudas de la Diabetes Mellitus. Lamentablemente los Anuarios de Estadística Vital no se encuentran disponibles actualmente para su consulta<sup>(45)</sup>.

La automedicación fue menor a la esperada y se midió en 22% ,pero la gran mayoría lo hizo de forma responsable (en conocimiento del uso) con acetaminofén. La automedicación irresponsable fue identificada por la toma de decisiones en cuanto a la cantidad utilizada de medicamentos prescritos; esto fue: mitad de la tableta o de la dosis de insulina o el uso interdiario de cualquier medicamento. Esto refleja la situación de precariedad y una necesidad de resolver la situación con los instrumentos disponibles por parte del paciente.

A pesar de esta grave situación, es importante que no se utilizó la automedicación improvisada representada por el mecanismo del consejo de la familia, amigos o vecinos, muy usado y documentado en nuestro país. Un estudio previo de nuestro hospital en 2015, también encontró que el acetaminofén es el medicamento más frecuente en la automedicación en general y además en los pacientes con enfermedad cardíaca; por otra parte, la automedicación por sugerencia de fami-

lia y vecinos tenía una frecuencia del 26 y 13% respectivamente<sup>(37)</sup>.

En cuanto a los remedios herbarios, el hallazgo de la investigación demostró dos caras:

- 1) En la fase uno que fue la información ofrecida por el paciente, se encontró que prácticamente no existió migración a este tipo de ingestión por la ausencia del medicamento prescrito en sólo apenas el 12% de los pacientes, lo cual es sumamente importante. Se mantuvo la búsqueda del principio activo con excepción de un 9% que abandonó la búsqueda pero no migró a improvisaciones herbarias o de otro tipo. Se documentó que alrededor de dos tercios de estos usuarios lo hacían con intención recreacional. El resto lo realizó a manera de automedicación pero complementaria.
- 2) En la fase dos que corresponde a la información aportada por los médicos, se encontró una mayor frecuencia de migración a las terapias alternativas o complementarias. En los médicos de ejercicio público se encontró la cifra de migración a tratamiento no convencional para sustituir el indicado por ellos en un 77% y fue principalmente por tratamiento herbario en un 59%; otra migración de estos pacientes fue a homeopatía, acupuntura y naturopatía en menor proporción. En el área privada fue en 48%, con 31% de pacientes, homeopatía 19%, acupuntura 15%, flores de Bach 7%, aromaterapia y consejos de expendedor de farmacia en 6% respectivamente, como principales opciones.

Es de hacer notar que la frecuencia expresada en la fase uno de la investigación es exclusivamente de nuestro hospital, mientras que los porcentajes de la encuesta corresponden a las referencias a nivel nacional. En nuestro hospital, se mantiene una línea de investigación que llevamos en conjunto con la educación del paciente sobre el uso y consecuencias de las terapias alternativas, por lo que podrían plantearse varias razones del bajo uso: ha

---

## PRESCRIPCIÓN Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS: ANÁLISIS DE LAS LIMITACIONES ACTUALES EN EL EJERCICIO MÉDICO

funcionado la educación en el área en los pacientes, la negación por miedo a ser reprendidos por esta práctica o un sesgo de la memoria. Cualquiera que sea la causa, debemos insistir en la educación a los pacientes y los médicos para minimizar los efectos adversos y mantener en nuestros pacientes la prescripción científicamente demostrada que le ofrezca el mejor beneficio a su patología<sup>(46)</sup>.

Las hierbas más usadas fueron el Malojillo -*Cymbopogon citratus* -, el Toronjil -*Melissa officinalis*- y la Moringa -*Moringa oleifera*-, sin precisar efectos colaterales debido al uso ocasional probablemente.

No obstante debe siempre tenerse claro que contienen principios activos capaces de producir interacción medicamentosa o reacciones adversas, que han sido documentado<sup>(47,48)</sup> **1) el malojillo:** es un flavonoide hipoglucemiante, hipotensor y utiliza para su excreción la vía del citocromo P450 por lo que debe analizarse su uso simultáneo con drogas que compartan dicha vía<sup>(49)</sup>, **2) el toronjil:** neurotoxicidad y predisposición al sangrado, interacción medicamentosa con los sedantes, inhibidores de la recaptación de serotonina, escopolamina y nicotina<sup>(50)</sup>, **3) la moringa** es francamente hipoglucemiante<sup>(51-53)</sup> y el resto de los efectos promocionados no han sido evaluados en humanos. No obstante existe documentación del uso de estas terapias de todas estas modalidades en el territorio nacional<sup>(54)</sup> por lo que el médico debe estar vigilante de su uso y potenciales efectos adversos.

Por otra parte, menos frecuentemente usaron otras hierbas, entre las cuales, los tres pacientes que refirieron el uso de raíz de onoto -*Bixa orellana*- lo ingirieron por condiciones hepáticas agudas que empeoraron con su uso ameritando hospitalización. Ningún paciente murió, pero se exacerbaron formas clínicas de una hepatitis aguda viral severa con comportamiento colestático según la clasificación de LiverTox<sup>(55)</sup> luego de la ingesta. Esta situación viene siendo repetitiva en nuestros hospitales en pacientes que consultan con la combinación de enfermedad hepática e ingesta de *Bixa orellana*<sup>(56,57)</sup>; es poca la literatura al respecto, pero se documenta la hepatotoxicidad del uso de la raíz

en contraposición con estudios in vitro de la hoja que señala beneficio<sup>(58)</sup> y posible acción de hepato-protección<sup>(59)</sup>. Esto señala el peligro de la documentación incompleta de la investigación herbaria y puesta en uso por datos parciales en desconocimiento de la preparación ideal. Ejemplo de ello son los preparados en casa que no distinguen cuál parte de la planta será usada, en qué cantidad, dilución, etc.

La mayoría de los pacientes evaluados había ingresado por patologías médicas; sin embargo se pudo documentar en el 22% de ellos una dilación en procedimientos que se explicaron por razones similares a la falta de medicamentos en el 22%, y correspondían a causas institucionales (funcionamiento inadecuado de los ascensores, problemas diversos en el área quirúrgica y falta de material para esterilización de equipos). Esto debe ser medido y es un reflejo de la ineficiencia en la planificación de las políticas públicas. El resto de las dilaciones se relacionó con falta de control de la enfermedad de base lo cual nuevamente nos lleva al principio: en ausencia de medicamentos no se logra el control de situaciones clínicas y allí pueden haber consecuencias graves tanto en la enfermedad de base como en la dilación misma de un diagnóstico o procedimiento.

La investigación de Ponte *et al.*<sup>(60)</sup> realizada a nivel nacional en 40 hospitales tipo 3 o 4, que representaron el 67% de todos los centros de salud de este tipo en el país, y que se dirigió a través de encuestas a médicos responsables de la atención de enfermedad coronaria aguda para identificar la capacidad de un centro asistencial en atender un paciente con un episodio de cardiopatía isquémica aguda, encontró que en el 87% de los centros se podía hacer un electrocardiograma y solo en el 15% se podían medir enzimas cardíacas.

Sobre el tratamiento, documentó que sólo el 2% contaban con aspirina, clopidogrel, heparina u otros productos para trombolisis; no tenían aspirina en 67%, agentes trombolíticos en 45% ni capacidad para hacer cateterismo y angioplastia en 82%. Por lo tanto estas situaciones son, prácticamente, una garantía de no poder resolver adecuadamente los

eventos coronarios agudos en la realidad actual del país<sup>(60)</sup>.

En la fase dos de la investigación, donde se evaluaba la realidad del médico internista en el ejercicio profesional de la Venezuela actual, reveló el bajo interés de los médicos en responder la encuesta, lo que puede ser una medición indirecta del interés de participar activamente en la problemática.

Esto se deduce porque la encuesta fue enviada a los 900 miembros de la SVMMI vía mail y respondieron solamente 30, que corresponde al 3% de la membresía. Se implementó también la vía personal en el reciente Congreso Venezolano de Medicina Interna (27-29 de Septiembre de 2017, Hotel Renaissance, Caracas, Venezuela), donde se logró la participación de otros 70 médicos con un total final de 100, equivalente a la opinión del 11% de los miembros de la SVMMI<sup>(61)</sup>.

Las respuestas dibujaron un grupo de médicos internistas con edad promedio de 41,47 años  $\pm$  13,98 DS con predominio de mujeres en un 64% y con un tiempo promedio de graduación de 14,78  $\pm$  12,59 DS. La amplia DS nos permite interpretar que la muestra estuvo constituida tanto por médicos muy jóvenes, como por internistas con muchos años de experiencia. Los años de ejercicio señalaron la misma tendencia.

Es importante encontrar, que estos internistas se mantienen activos en ejercicio hospitalario o público en el 84%, donde el 41% lo hacía exclusivamente en los centros públicos y el resto combinaba con ejercicio privado. Esto refleja el gran compromiso de los médicos internistas con su especialidad y la salud pública nacional, dado que a pesar de la realidad socioeconómica y penurias asociadas a la realidad venezolana, se mantienen firmes en la atención del hospital o servicio público sin abandonar la filosofía humanitaria y científica que nuestra especialidad tiene como norte.

Esta encuesta se limitó a los internistas como primer paso a una investigación más profunda y definición de la realidad nacional en todas las especialidades.

Las patologías referidas son un reflejo de los diagnósticos encontrados en los pacientes evaluados y confirma nuevamente los hallazgos del estudio EVESCAM<sup>(33)</sup>, donde la problemática cardiometabólica no sólo fue la causa más frecuente de atención en medicina interna, sino en toda la problemática nacional y orienta como deben dirigirse los recursos de atención en salud. Adicionalmente, señala que la realidad de los pacientes y de los médicos es la misma teniendo las dos partes (prescriptor y paciente) la misma problemática y por lo tanto los hallazgos y predicciones clínicas sobre los problemas futuros es acertada y necesaria para evitar que suceda. Esto es; a corto plazo mayor cantidad de pacientes estarán en las emergencias con complicaciones agudas de enfermedades crónicas, descompensadas, y a mediano y largo plazo habrá pérdida de calidad de vida y aumento de la mortalidad por complicaciones asociadas con las citadas patologías.

La encuesta refleja las precarias condiciones del ejercicio médico en la actualidad. Se describe con claridad cuando el 80% de los centros públicos y el 30% de los privados señalan que en su área de trabajo no cuentan con los implementos adecuados para la realización del acto médico. Esto alcanza la máxima expresión al contestar que deben referir a otros centros el 77% en el ejercicio público y 31% en el privado, así como la necesidad de solicitar en 80% y 43% respectivamente, medicamentos o insumos.

La realidad planteada es la de una situación en donde el médico está presente, pero se podría atender probablemente en un solo centro asistencial y sin recurrir a gastos del paciente apenas en el 20% de los centros de salud públicos y 67% de los privados. Esto no está de acuerdo con los estándares de ejercicio médico del gremio venezolano en general y menos aún del internista, quien es capaz de resolver desde el punto de vista médico el mas alto porcentaje de las situaciones médicas que atiende<sup>(62)</sup>. La falla es fundamentalmente estructural y debe ser analizada para su solución definitiva. Evidencia adicional de este análisis es la inconformidad del internista cuando señala que en público y privado respectivamente estuvo presente en el

---

## PRESCRIPCIÓN Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS: ANÁLISIS DE LAS LIMITACIONES ACTUALES EN EL EJERCICIO MÉDICO

53% y el 18% sobre el apoyo institucional recibido para resolver los problemas del paciente<sup>(63)</sup>.

El ejercicio privado es menos afectado, pero sin embargo representa también un alto porcentaje y en forma alguna es admisible. La supervivencia del sistema privado, puede deberse a que la gerencia de estas instituciones hace un ejercicio mucho más adecuado a la realidad y busca las soluciones que el médico requiere para prestar sus servicios.

Sobre la prescripción, la experiencia de señalar varias opciones para lo que debería ser una sola, es una constante; se observó en el 84% de los centros públicos y 46% de los privados, con un número de opciones mayor a 3 por prescripción en el 75% y 50% de cada uno. Esta situación hace que la práctica médica se realice sin los estándares internacionales adecuados, pues no existe literatura que señale que el intercambio de drogas, aunque sean de la misma familia y menos aún entre familias de antihipertensivos, por ejemplo, sea eficiente o seguro, por lo que este tipo de prescripción pone en riesgo el control de los pacientes y su futuro. Aun así, existen iniciativas por parte de los médicos de la SVMMI para apoyar a los pacientes en la toma de decisiones sobre los lamentables, pero necesarios cambios de medicamentos en la HTA y en la diabetes, lo que se publicó en la Revista Oficial y en página web como una guía para facilitar a los pacientes la toma de decisiones al respecto<sup>(64)</sup>. Sería importante lograr guías de orientación a pacientes en otras especialidades para que los médicos puedan al menos ayudar a los pacientes en tan difícil situación.

La Ley de Medicamentos en nuestro país señala que la prescripción es responsabilidad del médico; sin embargo, esta ley parte del principio que existen las condiciones para que el acto médico se realice en óptimas condiciones, situación que es la realidad nacional donde situaciones ajenas al acto de la prescripción, pero relacionadas con el medicamento pueden perjudicar al paciente y por tanto la responsabilidad es del prescriptor. Todo esto se relaciona con: ausencia de medicamentos, medicamentos subestandar, ilícitos farmacéuticos, entre algunos<sup>(43, 65)</sup>.

Sobre el número de pacientes que ha presentado complicaciones relacionadas con el incumplimiento involuntario del tratamiento, fue mayor en el ejercicio público (80% vs 49%). Esta situación refleja que está presente en ambos grupos de forma preocupante y es la evidencia de que el problema es nacional. Por ello, la solución debe venir de un análisis concienzudo de la situación nacional y entender que debe iniciarse por aceptar la ayuda humanitaria en conjunto con la toma de medidas que faciliten la disponibilidad de medicamentos e insumos de calidad adecuada para todos tal y como en muchas especialidades hemos definido y debe realizarse en armonía con los principios bioéticos de la medicina: beneficencia, o maleficencia, autonomía, justicia y distribución adecuada de las cargas sociales<sup>(43,66,67)</sup>.

El dato mas fuerte de la encuesta es que el 84% de los médicos que ejerce en público y el 58% de los que lo hacen en privado, sienten comprometido su ejercicio profesional. Esto no sólo va en detrimento de la atención al paciente, sino que también repercute en la salud del médico, al generarle una serie angustias relacionadas con la incapacidad del ejercicio médico adecuado. A pesar de que la encuesta no fue diseñada para medir el Burn Out<sup>(68,69)</sup> o desgaste profesional del médico, estos señalan en un 80% de los médicos hospitalarios y el 56% de los médicos que ejercen en privado, que su nivel de estrés profesional ha aumentado. Los síntomas mas frecuentemente revelados en ambos grupos fueron para cada grupo respectivamente ansiedad en 62% y 47%, seguido de cefalea en 32% y 15%, insomnio 17% y 15%, agresividad 16% y 10% e hiporexia 1% para ambos. La salud del médico es importante y debe ser también objetivo del empleador y del estado. El desempeño óptimo de un médico debe ser uno de los parámetros que interese al estado y no solo como un recurso laboral<sup>(70)</sup> como lo contempla la ley.

Todos estos hallazgos señalan que la realidad de la atención en salud en el país en este momento histórico, va mas allá de la formación y disponibilidad del médico en su sitio de trabajo. Él está allí, insertado en la estructura actual de las malas políticas públicas, relacionadas con la adquisición

de insumos o medicamentos y su distribución que afecta gravemente la realidad nacional, tal y como lo demostró la investigación Huérfanos en Salud citada anteriormente<sup>(71,72)</sup>. Queda entonces suficiente evidencia de las carencias generales y confirma entre otras cosas, la propensión al aumento del estrés laboral y aparición del Burnout o desgaste profesional del médico, cuya aparición ha sido señalada con cambios menores de la organización de un sistema laboral, como lo documentó González y col. Por lo tanto, la pérdida del sistema de salud que apoya el ejercicio médico reflejado en la falta de insumos y/o medicamentos, es un estresor mayor y facilita la generación de este síndrome<sup>(73-75)</sup>. Por estas razones la medición periódica de esta condición y minimizar sus precipitantes debe ser una meta de cualquier servicio de salud.

Un hallazgo inesperado es la virtual ausencia de la migración a las terapias alternativas. Impresiona que nuestros pacientes tienen clara la necesidad de que su tratamiento no es el resultado de la improvisación y el 90% de ellos se esfuerza en conseguirlo y lo hace por las vías adecuadas: en la farmacia. La única opción citada como otra vía complementaria fue la herbaria y aunque no se exploró, fue por la vía de la automedicación donde la Bixa Orellana representó un serio problema con riesgo aumentado de severa morbilidad hepática e inclusive de mortalidad en experiencias empíricas previas del hospital. Es importante recordar que la medición de los efectos colaterales de estas opciones es poco medida y citamos los riesgos de hipoglucemia por ejemplo en las frecuentemente utilizadas, lo que exalta la importancia de interrogar su uso ante el alto número de pacientes que pueden ser víctimas silentes de estos.

A través de este trabajo encontramos un nicho para el desarrollo de nuevas investigaciones que demuestran el amplio horizonte donde el médico internista debe desarrollarse. Como líder en el equipo de salud, debe aprender a identificar los problemas y a plantear soluciones a nivel gerencial en equipos multidisciplinarios y así, lograr la atención de la salud del venezolano que todos aspiramos<sup>(63)</sup>.

Esta investigación demuestra que existe una deficiencia importante a nivel público y privado de

la disponibilidad de medicinas e insumos que afecta la salud del paciente. Demuestra que los pacientes no abandonan la búsqueda de sus medicamentos y que sólo el 12% migran a la medicina alternativa.

Se observa también que el médico representa un importante nivel de ansiedad generada por la limitación del acto médico. En conclusión, estamos ante una emergencia de salud que afecta tanto a la población general como al médico y debe ser resuelta a la brevedad posible a través de una gerencia competente que permita un sano ejercicio médico.

En base a esto es recomendable iniciar una reestructuración del sistema de salud que permita la llegada urgente de medicamentos para limitar del daño de la falta de disponibilidad y se implementen políticas públicas eficientes para eliminar esta situación.

Debe también entenderse que el médico está sufriendo no sólo en el ejercicio sino también en su vida personal y la solución es la corrección de las enormes distorsiones de planificación que signan la salud pública del país.

#### Referencias

1. Cabrera A. Venezuela se enfrenta a la inflación más alta de su historia EL NACIONAL WEB 24 de julio 2016 - 10:42 am., consultado el 16 de agosto de 2016 en [http://www.el-nacional.com/economia/Venezuela-enfrenta-inflacion-alta-historia\\_0\\_890310999.html](http://www.el-nacional.com/economia/Venezuela-enfrenta-inflacion-alta-historia_0_890310999.html)
2. Pereda-Torales Luis, Márquez Celedonio Félix Guillermo, Hoyos Vásquez María Teresa, Yáñez Zamora Marco Ismael. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. Salud Ment [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2017 Feb 18]. 32; 5: 399-404. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000500006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500006&lng=es).
3. Väyrynen R. Las emergencias humanitarias. Los retos de la globalización. Ensayo en homenaje a Theotonio Dos Santos. Francisco López Segrera (ed.). UNESCO, Caracas, Venezuela. 1998. ISBN: 9291430366. Consultado el 24 de agosto 2016, Disponible en la World Wide Web: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/unesco/vayr.rtf>
4. Portal de transparencia y vigilancia de la cooperación española. La Realidad de la Ayuda.. Glosario consultado el 24 de agosto de 2016 en <http://www.realidadayuda.org/>
5. UNICEF. Centro de prensa. Consultado el 24 de agosto de 2016 en [http://www.unicef.org/spanish/media/media\\_pr\\_emergencias.html](http://www.unicef.org/spanish/media/media_pr_emergencias.html) -UNICEF – Venezuela. Sala de prensa. Enero – mayo 2016. Consultado el 24 de agosto de 2016 en <http://www.unicef.org/venezuela/spanish/media.html>
6. Reyes Torres E. ¿Hay o no hay crisis humanitaria en Venezuela?. El Nacional. 9 de julio de 2016. Consultado el 24 de Agosto de 2016 en [http://www.el-nacional.com/eddy\\_reyes\\_torres/crisis-](http://www.el-nacional.com/eddy_reyes_torres/crisis-)

## PRESCRIPCIÓN Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS: ANÁLISIS DE LAS LIMITACIONES ACTUALES EN EL EJERCICIO MÉDICO

- humanitaria-Venezuela\_0\_880712043.html
- White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 1. Consultado el 5 de noviembre de 2016 en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000009.pub4/pdf/abstract>
  - Melchart D, Linde K, Fischer P, Berman B, White A, Vickers A, Allais G. "Acupuncture for idiopathic headache" (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 4 2002. Oxford: Update Software. Consultada en 2 noviembre 2016 en [https://www.researchgate.net/publication/276127744\\_Acupuncture\\_for\\_Frequent\\_Migraine\\_A\\_Randomized\\_PatientAssessor\\_Blinded\\_Controlled\\_Trial\\_with\\_One-Year\\_Follow-Up](https://www.researchgate.net/publication/276127744_Acupuncture_for_Frequent_Migraine_A_Randomized_PatientAssessor_Blinded_Controlled_Trial_with_One-Year_Follow-Up)
  - Van Tulder MW, Cherkin DC, Berman B, Lao L, Koes BW. "Acupuncture for low back pain (Cochrane Review)". En *The Cochrane Library*, numero 3, 2000. Oxford: Update Software. Consultada en diciembre 4 2016 en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001351.pub2/pdf>
  - Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, Stones RW. "Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea (Cochrane Review)". En *The Cochrane Library*, Issue 4 2002. Oxford: Update Software Consultada en diciembre 4 2016 en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002123/pdf/abstract>
  - Di Matteo M, Hays R, Gritz E, Bastani R. Patient adherence to cancer control regimens. 1993. *Psychological Assessment*. 5: 102-112.
  - National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCCMERP Taxonomy of medication errors, 1998. Consultada en noviembre 4 de 2016 en Disponible en: <http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>.
  - Bates DW, Leape L, Petrycki S. Incidence and preventability of adverse drug events in hospitalized adults. *J Gen Intern Med* 1993; 8:289-94.
  - Tisminetzky M, Gurwitz J, Mc Manus DD, Saczynski JS, Erskine N, Waring ME, Anatchkova M, Awad H, Parish DC, Lessard D, Kiefe C, Goldberg R Multiple Chronic Conditions and Psychosocial Limitations in Patients Hospitalized with an Acute Coronary Syndrome. *Am J Med*. 2016. 129;6:608-14.
  - Morrow D, Clark D, Tu W, Wu J, Weiner M, Steinley D, Murray MD. Correlates of health literacy in patients with chronic heart failure. *Gerontologist*. 2006.46;5:669-676.
  - Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*. 2002;288:475-482.
  - Lerman C, Daly M, Walsh WP, Resch N, Seay J, Barsevick A, Birenbaum L, Heggan T, Martin G Communication between patients with breast cancer and health care providers. Determinants and implications *Cancer*. 1993 Nov 1;72(9):2612-20.
  - Seedat YK. Why is control of hypertension in sub-Saharan Africa poor? *Cardiovasc J Africa*. 2015. 26; 4: 193-95
  - Smith R. "Gissa job": the experience of unemployment *BMJ* 1985. 291;2:1263 – 65 consultado el 24 de Agosto de 2016 en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1417082/pdf/bmjered00472-0049.pdf>
  - Navas T. Uso racional del Medicamento *Med Intern (Caracas)* 2009. 25;1:3-14
  - Llera J, Durante E. Correlation between the educational environment and burn-out syndrome in residency programs at a university hospital. *Arch Argent Pediatr*. 2014. 112;1:6-11.
  - Tariffe Serny MJ. Síndrome De Burnout En Residentes Del Postgrado De Medicina Interna, De La Universidad De Carabobo, Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. 2013. Valencia – Venezuela. [Trabajo de Grado] presentado y aprobado para optar por el título de Especialista en Medicina Interna. 2013
  - Muriel E, Molinaro F. Stress en residentes del postgrado universitario de medicina interna. 1995. Trabajo de Grado presentado y aprobado para optar por el título de Especialista en Medicina Interna. 2009
  - Buchsbaum D Buchanan R, Centor R, Schnoll S, Lawton M. Screening for Alcohol Abuse Using CAGE Scores and Likelihood Ratios. *Ann Intern Med* 115; 10: 774-77
  - Bello R, Damas J, Marco F, Castro J. Venezuela's health-care crisis. *Lancet* 2017. 390; 10094:551
  - Herrera I. José Oletta: "Esta crisis de salud no se vivía desde la Independencia". *El Nacional*. Consultado el 05 de octubre de 2017 en [http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/jose-oletta-esta-crisis-salud-vivia-desde-independencia\\_204063](http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/jose-oletta-esta-crisis-salud-vivia-desde-independencia_204063)
  - Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Comunicado Público de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna ante la Crisis Humanitaria en el Sector Salud. Consultada el 5 de octubre de 2017. <http://svmi.web.ve/wh/documentos/Comunicado-publico-de-la-Sociedad-Venezolana-de-Medicina-Interna.pdf>
  - Bolívar F. Automedicación: frecuencia en un servicio de Medicina Interna. [Trabajo Especial de Grado]. Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" Caracas, Venezuela – Universidad Central de Venezuela, Caracas-Venezuela. 2015.
  - Gordon E. Enfermedad renal en paciente con enfermedad renal crónica sin reemplazo de terapia renal: conocimiento y comparación entre colombianos y venezolanos. [Trabajo Especial de Grado]. Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" Caracas, Venezuela – Universidad Central de Venezuela, Caracas-Venezuela. 2017.
  - El Adulto Mayor: epidemiología en el Hospital general del Oeste. El Adulto Mayor: epidemiología en el Hospital General del Oeste. 2016. [Trabajo Especial de Grado]. Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" Caracas, Venezuela – Universidad Central de Venezuela, Caracas-Venezuela. 2016.
  - Médicos x la Salud, Observatorio Venezolano de la Salud. Encuesta Nacional de Hospitales 2016. Febrero 2017. Consultada el 5 de octubre de 2017 <http://www.ovsalud.org/publicaciones/salud/encuesta-nacional-de-hospitales-2016/>
  - ENCOVI 2016. Consultada el 2 de octubre de 2017 en <http://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/encovi-2016.asp>
  - Sociedad Venezolana de Medicina Interna [Internet]. Presentación de Resultados de EVESCAM. Consultado el 3 de octubre de 2017 en <http://svmi.web.ve/wh/documentos/EVESCAM-reporte-de-resultados.pdf>
  - Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu I, González-Rubio F, Poblador-Plou B, Lairla-San José M, et al. Polypharmacy Patterns: Unravelling Systematic Associations between Prescribed Medications. *PLoS ONE* 2013. 8;12: e84967.
  - Venturini CD, Engroff P, Ely LS, Zago LFA, Schroeter G, Gomes I, De Carli GA, et al. Gender differences, polypharmacy, and potential pharmacological interactions in the elderly. *Clinics*. 2011. 66;11:1867-187
  - Oscanoa T. Interacción Medicamentosa en Geriatria. *Anal Fac Med (San Marcos - Perú)* 2004. 64;2:119-26.
  - Ortega M, Navas T. Automedicación y prescripción de analgésicos en pacientes con enfermedad cardiovascular *VitaE Enero-Marzo 2015 N°61* consultada el 2 de octubre de 2017 en [http://vitaec.ucv.ve/index\\_pdf.php?module=articulo\\_pdf&n=5088&rv=117](http://vitaec.ucv.ve/index_pdf.php?module=articulo_pdf&n=5088&rv=117)
  - Parkin Daniels J. Venezuela's economic crisis hampers HIV/AIDS treatment. *Lancet* 2017. 389;10074:1088–1089
  - Gómez S. Aseguran que venezolanos mueren por falta de insumos médicos. Junio 2015. Consultado el 2 de octubre de 2017 en [http://www.eluniversal.com/noticias/politica/aseguran-que-venezolanos-mueren-por-falta-insumos-medicos\\_39425](http://www.eluniversal.com/noticias/politica/aseguran-que-venezolanos-mueren-por-falta-insumos-medicos_39425)
  - Materano J. Fallan 8 de cada 10 medicamentos en red de farmacias. Marzo 2017. Consultado el 2 de octubre de 2017 en [http://www.eluniversal.com/noticias/caracas/fallan-cada-medicamentos-red-farmacias\\_642918](http://www.eluniversal.com/noticias/caracas/fallan-cada-medicamentos-red-farmacias_642918)



41. Instituto Prensa y Sociedad. Vacunas que no llegan. Capítulo 2. 2017. Consultado el 6 de octubre de 2017 en <http://ipysvenezuela.org/huerfanosdelasalud/2017/06/03/583/>
42. Instituto Prensa y Sociedad. Un antibiótico ausente. Capítulo 4. Consultado el 6 de octubre de 2017 en <http://ipysvenezuela.org/huerfanosdelasalud/2014/06/20/4-3/>
43. Navas Blanco T. Ilícitos farmacéuticos: una visible realidad oculta. *Gac Méd Caracas*. 2013;121(4):273-293.
44. Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". Circulares 2017. Consultada el 3 de octubre de 2017 en [http://www.inhrr.gob.ve/circulares\\_rc.php](http://www.inhrr.gob.ve/circulares_rc.php)
45. Ministerio del Poder Popular para la Salud. <http://www.vicepresidencia.gob.ve/index.php/publicaciones/>
46. Velásquez Rodríguez G, Villamizar Avendaño J, Yáñez Plata T, Martí Carvajal T. Medicina alternativa y/o complementaria: prevalencia y factores asociados. *Med Intern (Caracas)* 2004. 20;2: 70-82
47. Ramírez Sánchez M, Arellano Parra M, Schotborgh Z. Intoxicación herbácea en niños. Aspectos básicos *Revista Venezolana de Salud Pública*. 2013. 1;2: 61-8
48. Navas N, Valdivieso L, González A, Verlezza S, Agüero L, Barrios M, López W, Moreno A. Farmacovigilancia y Medicina Interna. *Med Intern (Caracas)* 2013. 29;2: 95 - 111
49. Ota A, Ulrich N. An Overview of Herbal Products and Secondary Metabolites Used for Management of Type Two Diabetes. *Front Pharmacol*. 2017. 8: 436
50. Posadzki P, Watson L, Ernst E. Herb–drug interactions: an overview of systematic reviews. *Br J Clin Pharmacol*. 2013. 75;3: 603–618
51. Spada A, Battezzati A, Schiraldi A, Bertoli S. Moringa oleifera Seeds and Oil: Characteristics and Uses for Human Health *Leone A. Int. J. Mol. Sci*. 2016. 17: 214
52. Stoh S, Hartman M. Review of the safety and efficacy of Moringa oleifera. *Phytother Res*. 2015. 29: 796-84.
53. Toma A, Eyasu Makonnen E, Mekonnen Y, Debella A, Adisakwattana S. Antidiabetic activities of aqueous ethanol and n-butanol fraction of Moringa stenopetala leaves in streptozotocin-induced diabetic rats. *BMC Complement Altern Med*. 2015.; 15: 242 consultada el 6 de octubre de 2017 en [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4506633/pdf/12906\\_2015\\_Article\\_779.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4506633/pdf/12906_2015_Article_779.pdf)
54. Briceño Montes M, Torres Valecillos M. Plantas medicinales para la curación de enfermedades usadas por los habitantes de la Parroquia Cristóbal Mendoza del Municipio Trujillo Universidad de Los Andes-Núcleo Universitario Rafael Rangel-Trujillo-. [Trabajo de Grado] Departamento de Biología y Química Universidad de los Andes. 2010. Venezuela Consultado el 5 de octubre de 2017 en Disponible en: <http://bdigital.ula.ve/RediCiencia/busquedas/DocumentoRedi.jsp?file=32505&type=ArchivoDocumento&view=pdf&docu=26217&col=6>
55. Clinical and Research Information on drug induced liver diseases. *LiverTox. Phenotypes*. Consultado el 5 de octubre de 2017 en [https://livertox.nih.gov/Phenotypes\\_intro.html](https://livertox.nih.gov/Phenotypes_intro.html)
56. Garassini M, Fernández S, Lecuna P, Velásquez L. Ingesta de medicina alternativa en pacientes con enfermedad hepática *GEN* 2006. 60; 4: 262-66
57. Colina N, Carias A, Rodríguez M. XXXIII Congreso Panamericano de Gastroenterología. Hepatotoxicidad por Bixa orellana. A propósito de un caso. *Revista de Gastroenterología de México* 2012;77(Supl 2):1-53
58. Araújo Vilar D, Araujo Vilar M, Limae Moura A, Nervo Raffin F, Oliveira M, Oliveira Franco C, et al. Traditional Uses, Chemical Constituents, and Biological Activities of Bixa Orellana. *Scientific World Journal* 2014. 1-14 consultada el 6 de octubre de 2017 en <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/857292/>
59. Huaman O, Sandoval M, Béjar E, Huamán Z, Tarazona V. Efecto de los extractos acuoso e hidroetanólico de hojas de Bixa orellana (achiote) sobre los indicadores no enzimáticos de la hepatotoxicidad por paracetamol, en ratas. *An. Fac. med (Lima-Perú)* 2013. 74;4: 279-83
60. Ponte C. Limitación en la atención del paciente con Cardiopatía isquémica debido al desabastecimiento de insumos. 2017. *Avances Cardiológicos (Venezuela)* en prensa.
61. Moros Ghersi C, Essenfeld de Sekler E, Marcano H, Parejo J, Salazar V. El médico internista en el sistema de salud de la Venezuela actual. Ponencia Central del XVIII Congreso Venezolano de Medicina Interna 2012. 28;2:98-105.
62. Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas, Federación Médica Venezolana. Código de Deontología Médica. Consultado en 4 de octubre de 2017 en [http://www.cmdmc.com.ve/index.php?option=com\\_content&view=article&id=143:codigo-de-deontologia-medica-&catid=68:codigos&Itemid=119](http://www.cmdmc.com.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=143:codigo-de-deontologia-medica-&catid=68:codigos&Itemid=119)
63. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Perfil de competencias del médico internista. 2016. Consultado el 12 de octubre de 2017 en <http://svmi.web.ve/wh/documentos/Perfil-de-Competencia-profesional-Med-Interna-SVMI.pdf>
64. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Crisis humana y escasez de medicamentos: Guía práctica para los pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial. 2017. Consultado el 30 de septiembre de 2017 en <http://www.svmi.web.ve/documentos/contrato.php>
65. Catalán-Matamoros DI, González-Ochando N, Pecharroman-Arribas H, Fernández-Muelas A, Bentolila-Benchimol S, Ibarra-Lorente M. Los medicamentos falsificados en internet y el proyecto europeo Fakeshare: experiencias y actuaciones en España. *Rev. Esp. Salud Pública [Internet]*. 2016 [citado 2017 Oct 08];90: e20005. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272016000100304&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100304&lng=es).
66. Schroeder SA. Social Justice as the Moral Core of Family Medicine: A Perspective from the Keystone IV Conference. *J Am Board Fam Med*. 2016 Jul-Aug;29 Suppl 1:S69-71.
67. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. "Contrato Social de los Médicos Internistas con sus Pacientes". Mayo 2007. Consultado el 2 de octubre de 2017 en <http://www.svmi.web.ve/documentos/contrato.php>
68. Pereda-Torales L, Márquez Celedonio F, Hoyos Vásquez M, Yáñez Zamora M. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental* 2009;32:399-404
69. McCray L, Cronholm P, Bogner H, Gallo J, Neill R. Resident Physician Burnout: Is There Hope? *Fam Med* 2008;40(9):626-32.
70. Asamblea Nacional de la República Bolivariana De Venezuela. Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. 2005. Consultada el 12 de octubre de 2017 en [http://www.inpsasel.gob.ve/moo\\_doc/lopcymat.pdf](http://www.inpsasel.gob.ve/moo_doc/lopcymat.pdf)
71. Instituto Prensa y Sociedad. Vacunas que no llegan. Capítulo 2. 2017. Consultado el 6 de octubre de 2017 en <http://ipysvenezuela.org/huerfanosdelasalud/2017/06/03/583/>
72. Instituto Prensa y Sociedad. Un antibiótico ausente. Capítulo 4. Consultado el 6 de octubre de 2017 en <http://ipysvenezuela.org/huerfanosdelasalud/2014/06/20/4-3/>
73. Diaz González RJ, Hidalgo R. The burn-out syndrome in physicians of the public health system of a health area]. *Rev Clin Esp*. 1994. 194;9:670-6.
74. Dyrbye L, Trockel M, Frank E, Olson K, Linzer M, Lemaire J, et al. *Ann Intern Med*. 2017. 166; 10: 743-45. Development of a Research Agenda to Identify Evidence-Based Strategies to Improve Physician Wellness and Reduce Burnout *Ann Intern Med*. 2017.166; 10:743-744
75. Do Medical Residents Experience Burnout? *Ann Intern Med*. 2002.136; 5:1-29.