

# Uso racional de medicamentos

Dr. Gustavo Tamosiunas

Farmacólogo Clínico. Cardiólogo Clínico.  
Profesor Director del Departamento de Farmacología y Terapéutica.  
Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo. Uruguay.



**Resumen:** El concepto de uso racional del medicamento, así como sus determinantes y actores, debe considerarse desde una perspectiva sistémica en donde cada eslabón de la cadena merece ser analizada porque afecta al resto. De esta manera la propiedad emergente sería el medicamento como bien social y no como es hoy una mercancía más regida por las leyes del mercado.

En el presente artículo se reflexiona y se discuten además algunos aspectos de la ética de la prescripción que nos deben ayudar en este sentido.

**Abstract:** The concept of rational use of medicines, its determinants and actors, must be considered from a systemic perspective where each link in the chain deserves to be analyzed because it affects to the rest. In this way the emergent property, the drug, is defined as social good.

In this article we reflect and discuss some aspects related to the prescription ethics that should help us in this meaning.

**Palabras clave:** Medicamentos, uso racional del medicamento, ética, prescripción.

**Key words:** Key words: Medications, rational use of medicines, ethics, prescription.

## Definición y concepto

Reflexionamos en este artículo sobre algunos aspectos vinculados al uso de medicamentos. Nuestro abordaje es desde una perspectiva sistémica, que nos ayude a comprender en qué manera los diferentes componentes de este sistema se vinculan, interactúan y generan diferentes consecuencias para la sociedad, según los valores que lo sustenten.

Solo un abordaje que tome en cuenta la complejidad del sistema podrá redundar en una clara mejoría en el uso del medicamento.

Es clásica la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que de alguna manera ha tomado en cuenta esta perspectiva, al definir uso racional de medicamentos (URM) cuando: "Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad" (OMS, 1985).

Analicemos brevemente algunos aspectos contenidos en esta definición.

Vemos en primer lugar que para un URM debemos integrar el diagnóstico clínico a la prescripción. Esto debe entenderse en el sentido que antes de usar un medicamento, debemos tener claro, cuál es la situación clínica del paciente, para establecer el primer punto del URM: **el objetivo terapéutico**.

Para el logro del objetivo debemos considerar los diferentes niveles de acción, es decir tomar en cuenta si buscamos:

- reducción de síntomas,
- evitar lesión de órganos blanco,
- reducir mortalidad o
- mejorar calidad de vida.

Luego debemos, según la evidencia científica, seleccionar el mejor tratamiento disponible para alcanzar dichos objetivos, para nuestro paciente en particular. Esto implica ante todo, reconocer la pertinencia de incluir (o no) un medicamento al tratamiento.

Luego vendrá el capítulo de elaboración de la receta, y por último determinar de qué manera vamos a monitorizar dicho tratamiento.

Al plantearnos objetivos, debemos considerar el tiempo, entre otras variables, es decir cuánto tiempo debe nuestro paciente recibir dicha medicación.

tamosiunasgustavo@gmail.com

En este momento es importante reconocer una particularidad de este proceso de decisión terapéutica, la **dialógica** que creemos es de suma importancia para llegar a buen puerto, como diría Vaz Ferreira en su recordada *Moral para intelectuales (que por otra parte recomendamos leer con atención)*. Dialógico viene de diálogo, que es el que hay que tener desde una doble perspectiva. Por un lado hacia nosotros, de carácter reflexivo buscando y analizando la mejor terapéutica y por otro lado con el paciente quien debe estar *comprometido* desde el inicio con dicho proceso.

El diálogo interno necesita de *conocimientos* clínicos y farmacológicos y el diálogo (*externo*), con el paciente necesita de *actitud de escucha activa*, interactiva, respetando los valores y creencias del paciente y explicando la necesidad del tratamiento con sus riesgos asociados.

De esta manera el uso racional del medicamento se asocia siempre a una **ética** de la prescripción incluyendo al paciente en las decisiones. Siempre existe una ética en la prescripción, lo que debemos considerar es: cuáles son los valores que sustentan nuestras decisiones terapéuticas.

En la elaboración de la receta debemos incluir el principio activo (*denominación genérica*), dosis, tiempo, vía de administración e intervalo de administración.

Asimismo nuestro paciente deberá comprender nuestros objetivos, por qué usamos dicha medicación, qué esperamos obtener, qué riesgos frecuentes pueden ocurrir (*reacciones adversas*) y qué hacer al respecto. Es por esto que decimos que prescripción es *comunicación*, y sin una buena comunicación, entendiéndola como proceso horizontal, interactivo, dinámico, tampoco habrá una buena prescripción.

La elaboración de la receta pues **no es** un acto reflejo, puramente administrativo sino un acto de responsabilidad compartida.

Por último nos encontramos con la necesaria monitorización del tratamiento, incluyendo la prescripción referida. ¿Para qué monitorizamos? Para evaluar respuesta, para evaluar nuestro accionar, nuestra estrategia, nuestra comunicación, los diferentes problemas que fueron surgiendo durante el uso de dicho medicamento, la adhesión, la efectividad (*dijimos bien efectividad y no eficacia*), la aparición de reacciones adversas, interacciones, correcciones por fallas, olvidos o situación clínica, en fin, corroborar hipótesis planteadas (*o no*).

La **farmacovigilancia** es nuestra responsabilidad e involucra este espectro de evaluaciones, para, según el caso, ajustar, suspender, agregar, modificar y especialmente si así lo amerita reportar al Sistema Nacional de Farmacovigilancia (*del cual nos ocuparemos en otro momento*).

Volviendo a la definición de la OMS, advertimos que integra además, la situación clínica del paciente con los *costos (entendiendo tanto los directos e indirectos)* para la comunidad. De esta manera el organismo trata de resumir los diferentes actores que participan en el uso del medicamento y especialmente hace énfasis en dos aspectos.

Por un lado recomienda un *juicio crítico de la evidencia para individualizar la terapéutica*, es decir integrar validez interna y validez externa. Por otro lado la recomendación de incluir en nuestras decisiones clínicas los aspectos económicos, destacando la importancia (*e impacto*) de nuestra prescripción (*individual*) en la sociedad.

Debemos tener presente que nuestra forma de prescribir, afecta al resto de la sociedad. Este hecho es ahora más evidente que entonces, por la alta exposición de nuestra sociedad a los medicamentos (*formando parte del proceso de medicalización*) y muy especialmente con la llegada de los medicamentos de alto precio (*mal llamados de alto costo*). En la fase de monitorización es que surge el concepto de la necesaria *prevención cuaternaria*, que escapa a los fines del presente artículo.

### Vigencia del concepto de URM

Como vemos la definición de la OMS tiene más de 30 años, pero su enunciado y lo que subyace a la definición (*el uso irracional de medicamentos*) es hoy tan vigente como entonces.

Lo importante es que en ese momento se sentaron las bases de lo que podría ser las primeras recomendaciones de dicho organismo hacia las buenas prácticas de prescripción y de uso de medicamentos.

Es necesario detenernos un momento en la pertinencia del concepto, es decir sobre la preocupación por un uso racional de los medicamentos (*URM*).

La pregunta es *¿Se justifica hacer énfasis en un URM?* Cada vez estamos más convencidos de ello, sin embargo la promoción de un URM no parece estar aún, en la agenda de las autoridades

sanitarias, de las instituciones de salud, de los profesionales en general, de las farmacias, de los congresos y simposios nacionales o internacionales, de la industria farmacéutica, la publicidad y los medios de comunicación.

Sencillamente el uso adecuado del medicamento, no está en la agenda. Incluso si nos detenemos a realizar una búsqueda bibliográfica sobre el tema, no se encuentran tan fácilmente artículos nuevos que refieren al uso irracional, como si ocurre con los nuevos medicamentos lanzados al mercado, con los anuncios de curas milagrosas, o de algún nuevo estudio publicado en revistas de renombre por líderes de opinión en la materia, sobre el último avance alcanzado con una nueva molécula, próxima a ser autorizada por la FDA o la EMA (*generando desde antes de nacer la necesidad de su utilización*).

Este último punto también genera propicia y reproduce un uso irracional. Esta irracionalidad, a nuestro entender, depende en buena medida de desconocer el carácter sistémico y complejo del uso de los medicamentos y prestarle atención al tema cada uno, desde su perspectiva, desde su realidad, ocupando sus *"chacras"*, en compartimentos estancos. Así no podrá mejorarse el uso de medicamentos.

Pensamos que debemos cambiar nuestra mirada, hacia una visión integral, multidisciplinaria, participativa, de vasos comunicantes que se interconectan y retroactúan. De esta manera y según la teoría de los sistemas, la propiedad emergente del uso de medicamentos, en la forma en que son usados en la actualidad, es tener al medicamento como una mercancía más, un bien de consumo, dirigido por tanto a consumidores, en el sentido profundo como lo ha empleado el sociólogo Z. Bauman recientemente desaparecido, es decir, siguiendo las leyes del mercado con poca capacidad de reflexión, autocrítica y *"manejados"* por los mass médium.

### Cadena de medicamento

El URM es un proceso complejo, porque comprende la adecuada interacción de múltiples componentes: una prescripción apropiada, pero también una disponibilidad oportuna de medicamentos eficaces, seguros, de calidad comprobada, a la mejor relación costo/beneficio, en las condiciones adecuadas de almacenamiento, conservación, dispensación y administración.

Es así que surge el concepto de **cadena de medicamento**.

¿Qué se entiende por cadena del medicamento?. El concepto comprende los diferentes pasos (*eslabones*) interrelacionados que describen la vida del medicamento, desde su concepción e investigación y desarrollo hasta el consumo por parte del usuario o paciente.

Por tanto la cadena incluye no solo la fases de desarrollo del medicamento (*fases 0, 1, 2,3*) previo al registro, el registro y el inicio de la fase 4, la promoción, la prescripción, almacenamiento, dispensación, uso, monitoreo y regulación posterior. Cuando no se cumplen algunas de estas secuencias, la cadena se "rompe", no hay un URM con las consiguientes consecuencias en la salud de la población.

El medicamento ha ido ocupando un lugar cada vez mayor en la sociedad, en una forma progresiva, y hoy nos encontramos con un número de medicamentos muy grande, con diferentes grados de eficacia, dudosa seguridad, enormes costos y usados muchas veces en condiciones para la cuales no fueron aprobadas o incluso con la advertencia por parte de autoridades sanitarias de no usar.

Repetimos: no somos conscientes de la exposición masiva de medicamentos que tenemos hoy en nuestra sociedad.

Por otra parte, en general se percibe fácilmente su (*potencial*) beneficio (*con poco filtro en relación a la veracidad de tal eficacia*) y no se toman en cuenta las otras caras del medicamento, que hacen al impacto real que sobre la salud éste tiene.

Por eso nos parece pertinente promover no ya un uso racional, sino adecuado y sobre todo responsable del medicamento.

Junto al concepto de cadena de medicamento, debemos tomar en cuenta los actores que participan de esta cadena.

Tenemos así a la industria farmacéutica, universidades, autoridades sanitarias, médicos prescriptores y profesionales de la salud, enfermeras, pacientes, farmacéuticos, dispensadores, instituciones de salud, medios de comunicación y sociedad en su conjunto.

Es decir que cualquier eslabón de la cadena o cualquiera de sus integrantes debería favorecer y promover el URM ya que éste es (*o debería ser*) un bien de todos.

El que exista un uso adecuado o irracional, es consecuencia no solo del funcionamiento o disfuncionamiento de algunos de estos actores o eslabones, sino y especialmente de entender a todos estos procesos como un sistema.

Quiere decir que para que exista un URM deben estar dadas todas y cada una de las instancias que se necesitan para fortificar la cadena. Nos referimos a un adecuado acceso con equidad, medicamentos eficaces, seguros, de calidad y a un costo adecuado, políticas de vademécum claramente establecidas, comités de terapéutica en las instituciones, autoridades sanitarias que promuevan las buenas prácticas de prescripción y de farmacovigilancia, adecuados sistemas de expedición y dispensación de medicamentos por los canales adecuados, promoción no tendenciosa (*en sus diferentes y creativas formas*), además de una correcta prescripción del médico.

No se entiende un URM sin un listado acorde a las necesidades y requerimientos de salud de la población a partir de estudios adecuados y no de las exigencias del mercado. En este sentido recordemos que la OMS también ha ido publicando la llamada lista de medicamentos esenciales (*la primera lista proviene de 1977*), con actualizaciones periódicas, invitando a los diferentes países a elaborar sus propias listas. Esto es un elemento más para alcanzar un URM, ya que una mayor cantidad de medicamentos no asegura (*todo lo contrario*) una mejor calidad asistencial o salud para los pacientes.

Lo importante es conocer las bases del buen uso. En este sentido la OMS ha publicado y denunciado que en el mundo más del 50% de los medicamentos se recetan, se dispensan se venden o se toman en forma inadecuada o incorrecta y además un tercio carece de medicamentos esenciales.

Si bien esto lo decía la OMS hace más de una década, hoy el tema parece ser más grave por diferentes factores. Por un lado la aparición de los Medicamentos de Alto Precio (*quizás debemos acostumbrarnos a este término*), que agrega un dilema para nuestras sociedades vinculado al acceso. Más aún cuando recientemente la OMS en 2015, ha ido modificando la concepción de medicamento esencial al incorporar a su lista algunos medicamentos como los de la hepatitis C para dar una respuesta a la falta de acceso a estos medicamentos.

Otros factores que dificultan un uso adecuado de medicamentos son el excesivo número de medicamentos de bajo dudoso o nulo valor terapéutico así como de los numerosos medicamentos “yo también” aprobados por las agencias reguladoras o ministerios de salud, la sofisticación de los diseños y metodología de los ensayos clínicos (*que hacen difícil extraer conclusiones adecuadas*), la avalancha de estudios publicados de cuestionable pertinencia y validez (*externa e interna*), el crecimiento de nuevos medicamentos aprobados para su uso, la presión de la industria, el creciente proceso de medicalización de la sociedad, el protagonismo de los medios de comunicación (*incluyendo los informáticos*), el mal uso del movimiento de la medicina basada en la evidencia y el lugar que ocupan los eventos de carácter científico (*muchas veces pseudocientíficos*) y los expertos, al presentar los “últimos adelantos estrella”.

### El rol de la formación

La formación en farmacología es otro factor pero hay que recordar que dicha actividad es a contracorriente, de alguna manera contra cultural, siendo un desafío cada vez más importante sobre todo en la educación continua, que es cuando el profesional se ve enfrentado a los dilemas de la prescripción.

Lo mismo vale para la sociedad en su conjunto, el proceso de educación a la sociedad debe iniciarse y mediante un abordaje sistémico. De aquí que tengamos una adhesión a los tratamientos crónicos que no va más allá del 50%, con lo que esto implica en cuanto a riesgos, pérdida de la efectividad y costos.

Un ejemplo donde es claramente irracional el empleo de medicamentos es en el uso de antibióticos cuyo uso inadecuado ha generado por ejemplo solo en los EEUU gastos entre 4000 y 5000 millones de dólares anuales y unos 900 millones de euros en Europa (*AIS 2009*), aparte de la conocida alta incidencia de resistencia a escala mundial como lo denunció y alertó la OMS en 2014, con lo que puede significar en el momento actual perder la herramienta de los antibióticos.

Recordemos nuevamente la definición de la OMS: *el medicamento según la situación clínica, a la dosis y tiempo adecuado, al menor costo posible para el individuo y la sociedad.*

### Ética de la prescripción

Por último queremos señalar que los valores asociados a la prescripción deben ser tomados en cuenta a la hora de evaluar el uso de medicamentos. Es por ello que los consideramos dispositivos de prevención cuaternaria; ellos deberían ser la guía de las buenas prácticas de prescripción y de uso racional.

Le dedicaremos una breve descripción con algunos ejemplos sobre que significa ética de (*en*) la prescripción.

Los cuatro principios básicos de la bioética deberían ser una guía al prescriptor, ellos son el principio de:

- beneficencia,
- no maleficencia,
- autonomía y
- justicia.

El primero, **beneficencia**, alude a indicar un medicamento solamente cuando haya suficientes pruebas de su utilidad en el paciente en particular. Nótese que no nos hemos referido al concepto de eficacia que tiene poco valor a la hora de la prescripción (*a diferencia del valor que tiene para las autoridades sanitarias*), sino a la efectividad (*de lo que surge nuevamente el relativo valor que tiene un nuevo medicamento*).

La **no maleficencia** se refiere al clásico “*primum non nocere*” que lamentablemente es poco aludido a la hora de la prescripción.

El principio de **autonomía** se refiere en terapéutica a respetar las creencias, características propias de cada individuo y explicarle en lenguaje entendible lo que se espera del tratamiento, lo que puede ocurrir en cuanto a efectos adversos, como se monitorizará el tratamiento y escuchar

y respetar las decisiones del paciente que es el último usuario del tratamiento.

En cuanto a la **justicia** si bien se la relaciona con responsabilidad de autoridades sanitarias es decir, contemplar el acceso, la equidad y sustentabilidad de recursos a la hora de asignar presupuesto, debe estar en la mente del prescriptor las consideraciones económico financieras ya que en la lapicera se encuentra el inicio de una cadena de eventos que puede llevar a comprometer al sistema.

Ya hemos comentado los bemoles de la evidencia por tanto es necesario ir con precaución y atender a los cuatro dispositivos éticos de la prescripción y no solo alguno de ellos. El rofecoxib, los antibióticos, los antipsicóticos atípicos, las benzodiacepinas, los anticoagulantes orales directos (*rivaroxaban, dabigatrán*), los AINEs, son solo algunos ejemplos en que se toma o tomó en cuenta un aspecto del problema, sin considerar los demás atributos.

Las patologías que se han generado a partir del mal uso de medicamentos requieren un análisis crítico, reflexivo, de honestidad intelectual para encaminarnos de una buena vez a considerar lo que dijimos al comienzo del presente artículo, es decir la propiedad emergente del sistema: si seguimos considerando al medicamento como mercancía y regirnos por las leyes del mercado o como un bien social y entrar a considerar al medicamento en el marco del derecho a la salud.

Nos queda mucho camino para recorrer y construir entre todos, pero es una utopía que merece ser recorrida.

Recibido: 25/04/2017  
Aprobado: 11/05/2017

### Bibliografía recomendada

1. Laporte J: Principios de Epidemiología del medicamento. 1998. 2 ed. Masson, Salvat.
2. Sackett D, Haynes RB, et col: Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. 1994 2 Edición. Editorial Médica Panamericana.
3. OMS: Perspectivas políticas Promoción del Uso Racional del Medicamento Componentes centrales. Setiembre 2002.
4. OMS: Resistencia a los antibióticos. Proyecto de plan de acción mundial sobre resistencia a los antibióticos. 68 Asamblea Mundial de la Salud. Marzo 2015.
5. Bernal M: Ética de la prescripción. Inf Ter Sist Nac Salud 2011; 35: 57-63.
6. Tamosiunas G: Farmacología y Terapéutica hoy nuevos desafíos. Aportes. 2005. Suplemento de Revista Noticias. SMU.