

# DIFICULTADES PARA EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Albert Figueras<sup>1</sup>

## RESUMEN

A punto de cumplirse los 25 años de la definición del concepto de uso racional de los medicamentos en Nairobi, el autor reflexiona sobre cómo es posible lograr un mejor uso de los medicamentos en la Comunidad Andina a partir de la discusión de tres puntos fundamentales: (1) no siempre se requieren medicamentos para tratar una dolencia; (2) prescribir es algo más que extender una receta con un nombre comercial, y (3) es necesario implicar al paciente en su propio tratamiento.

**Palabras clave:** Prescripción de medicamentos; Terapéutica (fuente: DeCS BIREME).

## DIFFICULTIES FOR RATIONAL DRUG USE

### ABSTRACT

Approaching the 25th anniversary of the definition of the concept of the rational drug use in Nairobi, the author makes a reflection about how it is possible to achieve a better use of them in the Andean Community from the discussion of three main issues: (1) drugs are not always needed to treat a disease; (2) to treat is more than to handle a written prescription with a brand name; and (3) it is necessary to involve the patient in his own treatment.

**Key words:** Drug prescriptions; Therapeutics (source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

Están a punto de cumplirse 25 años desde que, en 1985, en una frecuentemente citada reunión de expertos sobre medicamentos, llevada a cabo en Nairobi <sup>(1)</sup>, se definió el uso racional de medicamentos como la prescripción del medicamento más adecuado para el paciente que lo necesite, administrado a las dosis apropiadas durante el tiempo necesario y proporcionando al enfermo la información requerida sobre su tratamiento.

Esta definición contiene tres elementos clave para la utilización ideal de un fármaco, y de ella se desprenden tres afirmaciones que serán el eje de la presente revisión, a saber:

1. No siempre se requieren medicamentos para tratar una dolencia;
2. Prescribir es algo más que extender una receta con un nombre comercial, y
3. Es necesario implicar al paciente en su propio tratamiento.

Veamos detenidamente cada uno de estos puntos y analicemos sus posibles implicaciones en la Comunidad Andina.

### NO SIEMPRE SE NECESITAN MEDICAMENTOS PARA TRATAR UNA ENFERMEDAD

La segunda mitad del siglo XX y la primera década del siglo XXI ha sido considerada como la época dorada de la farmacología.

Hace 20 ó 30 años se produjo la explosión farmacológica de origen químico: se descubrieron y sintetizaron numerosas moléculas nuevas para tratar las enfermedades más prevalentes (como mínimo, las más prevalentes en los países industrializados). Antibióticos modernos y costosísimos entraban en el mercado para sustituir a otros antibióticos que iban quedando obsoletos a causa de las resistencias que aparecían; químicos y expertos en galénica buscaban sin cesar, nuevas moléculas con efecto analgésico

<sup>1</sup> Profesor Asociado, Departamento de Farmacología Clínica y Terapéutica, Universitat Autònoma de Barcelona. Fundació Institut Català de Farmacologia, Hospital Vall d'Hebron. Barcelona, España.

o antihipertensivo –aunque, en realidad, sólo fuesen ligeras modificaciones de fármacos bien conocidos–.

Así, llegaron al mercado las enésimas versiones de una benzodiacepina, de un inhibidor del enzima conversor de la angiotensina o de un antiinflamatorio no esteroideo. Además, cuando alguna patente estaba a punto de caducar, siempre surgían nuevas formas farmacéuticas o se proponían nuevas vías de administración, fruto de la pesquisa de los departamentos de galénica de la industria farmacéutica.

En la actualidad, la farmacología química ha dejado paso a una farmacología más acorde con la técnica propia del siglo XXI. Anticuerpos monoclonales y fármacos obtenidos mediante biotecnología constituyen un campo prometedor (aunque, a menudo, más complejo de lo que inicialmente se creía, o con más efectos indeseados de los esperados).

Con toda probabilidad, esta plétora de moléculas disponibles en cualquier farmacia bajo nombres más o menos exóticos (“de fantasía”, les llaman en algunas latitudes) presentados como cápsulas, gelatinas o parches de aspecto ultramoderno y envasados en cajas de colores llamativos, nos ha hecho olvidar algo que constituye la esencia de la medicina. Probablemente la sobreabundancia de medicamentos ha eclipsado el hecho de que, antes de prescribir un fármaco para una enfermedad determinada, como ya nos enseñaron Hipócrates o Galeno hace unos cuantos siglos, es necesario conocer el estilo de vida del paciente, la calidad de su dieta, el ejercicio físico que realiza o cómo descansa, así como echar un vistazo a sus emociones y sus relaciones con quienes le rodean, tanto en casa como en el trabajo.

¿Cuántos pacientes con hipertensión no empiezan un tratamiento con el último *sartán* disponible sin que nadie les haya aconsejado perder un poco de peso o reducir la ingesta de sodio (ni nadie les haya explicado cómo se puede perder peso ni en qué alimentos hay sodio, además del salero)?

¿Cuántos pacientes llevan meses tratándose con la última estatina, sin que nadie se haya interesado por analizar cuidadosamente sus hábitos dietéticos, ni les hayan explicado cómo es posible reducir la ingesta de grasas?

¿A cuántas madres les *prescriben* un antibiótico para la faringitis de su hijo o para la otitis no complicada, sin detenerse a explicarles la causa de estas dolencias y qué se puede hacer para aliviar los síntomas de su hijo?

¿Cuántas veces se echa mano de antiinflamatorios para aliviar lumbalgias debidas a la contracción muscular como reacción a la ansiedad en el puesto de trabajo, de sildenafil para tratar de aliviar problemas de erección originados por un deterioro de la relación con la pareja, o de laxantes potentes para personas que ni comen fibra ni se mueven?

El uso no racional ni razonado de los medicamentos, en Perú y en todo el mundo, pasa por un mensaje inicial claro: tratar a un paciente no significa recetarle algo. Tratar a un paciente significa escucharle, observarle, conocer su entorno y valorar esta información como un todo (al fin y al cabo, en contra de lo que pretende la medicina superespecializada –incluso supersubespecializada– los seres humanos no somos huesos, corazones, intestinos o columnas vertebrales que andan sueltas, sino que somos personas que vivimos en un entorno concreto, con unos hábitos por lo general bien definidos, bastantes temores y cierta prisa). Identificar problemas teniendo en cuenta esta premisa y buscar soluciones de fondo, tiene numerosas ventajas:

- (1) mejoramos la confianza del paciente;
- (2) mejoramos la satisfacción del paciente;
- (3) llegamos al origen de su problema y le proponemos una solución verdaderamente etiológica, y
- (4) podemos evitar numerosos efectos indeseables innecesarios, eso sin tener en cuenta aspectos como el gasto ineficiente para el sistema o para la canasta familiar.

#### PRESCRIBIR ES ALGO MÁS QUE ESCRIBIR UNA RECETA

El segundo componente de la definición de uso racional de los medicamentos tiene su importancia, revelada por numerosos estudios de utilización de medicamentos, realizados en los ámbitos más variados que uno pueda imaginar, desde hospitales punteros hasta los puestos de salud de las zonas más selváticas y aisladas. No sólo se utilizan medicamentos como primera aproximación a un problema de salud sin considerar antes y de manera preceptiva la posibilidad de aplicar tratamientos no farmacológicos, sino que muy a menudo, cuando se prescriben medicamentos, parece que se utilice una pauta fija sin tener en cuenta los principios generales de la farmacología.

Las clases iniciales de farmacología básica en cualquier facultad de medicina del mundo se dedican a explicar los principios generales del paso de los fármacos por el organismo. A los futuros prescriptores se les habla de farmacocinética y se les describen cuestiones que,

en teoría, deberían utilizar luego en el proceso de la prescripción: la concentración plasmática alcanzada depende de la dosis, pero también del tiempo, del peso del paciente, de su tejido adiposo, de su edad, de su sexo o de otros medicamentos que esté tomando conjuntamente. Conceptos como interacciones, variabilidad interindividual, tiempo de eliminación o poblaciones especiales (en referencia a ancianos o niños, embarazadas o diabéticos, por ejemplo), tienden a olvidarse rápidamente. Simplemente, no siempre se ponen en práctica, y eso explica la rigidez en las pautas de administración que demuestran numerosos estudios.

Las benzodiacepinas son sistemáticamente prescritas a dosis infraterapéuticas, la ranitidina es recetada a cualquier paciente que ingrese en el hospital, haciendo caso omiso a si tiene factores de riesgo o no de presentar una úlcera gastroduodenal. La digoxina una vez al día de lunes a viernes, con “descanso” sábados y domingos. ¿Por qué?

Recordar las bases de la farmacología para cualquier profesional que utilice fármacos debería ser, como mínimo, deseable, sino imprescindible. Por el bien de los pacientes y del sistema de salud.

## ES ESENCIAL IMPLICAR AL PACIENTE

Poca utilidad tiene el mejor fármaco que exista en el mercado para tratar la dolencia de un paciente, si él no se toma este medicamento. La adherencia al tratamiento es esencial para lograr el objetivo terapéutico, y la falta de adherencia continúa siendo una de las causas destacables de fracaso.

De poco sirve llegar a la conclusión que el paciente realmente necesita el medicamento y adecuar la dosis y la pauta a sus necesidades, si finalmente, sólo toma las primeras cápsulas.

A menudo, los pacientes toman su tratamiento sólo hasta que les desaparecen los síntomas que motivaron la consulta (el dolor o la fiebre, habitualmente). A menudo, pacientes que deberían seguir un tratamiento crónico por una dolencia normalmente asintomática (como la hipertensión arterial o la hipercolesterolemia), lo abandonan al cabo de poco tiempo porque “están bien”.

O se abandona un tratamiento con diuréticos para la hipertensión porque el paciente lo toma antes de acostarse y cada noche tiene que levantarse a orinar y después se queda desvelado; nadie le explicó que podía tomarlo por la mañana.

Otras veces nadie avisó a la paciente que toma alendronato que se recomienda estar por lo menos media hora de pie después tomar su comprimido para evitar la esofagitis. Tampoco se advierte que un tratamiento para la tuberculosis puede provocar hepatitis y que hay unos signos y síntomas por vigilar.

Cuando el paciente sabe qué le sucede, a qué se debe lo que le sucede, cuál será el abordaje terapéutico y por qué es importante que siga determinadas instrucciones o que se tome el medicamento de manera regular durante el tiempo que consideremos necesario, cuando el paciente es consciente de todo eso, se hace cómplice del prescriptor, participa en la toma de la decisión terapéutica, se anima a resolver sus dudas y la adherencia al tratamiento es claramente superior.

En otras palabras, si la adherencia es mejor, hay menos tratamientos inefectivos (no por falta de eficacia terapéutica de los fármacos, tampoco por problemas en la calidad de los productos, sino porque el paciente que lo necesita, toma el medicamento prescrito a la dosis apropiada y durante el tiempo necesario).

## Y, PARA SER RACIONAL...

Queda otro aspecto implícito en la definición de Nairobi del uso racional de medicamentos, y que merece un poco de atención.

Hay que seleccionar el medicamento. Existen numerosos medicamentos en el mercado, pero no todos han demostrado la misma eficacia para las mismas indicaciones. Hay medicamentos cuya eficacia está sustentada por el resultado de ensayos clínicos a doble ciego con asignación aleatoria que demuestran superioridad frente a la mejor alternativa –por ejemplo, el principio activo recomendado en el momento en que se llevó a cabo el estudio–. Por otro lado, hay moléculas que sólo se han mostrado superiores al placebo o que han demostrado no ser inferiores al tratamiento alternativo. La calidad de las pruebas científicas, la relación beneficio-riesgo, la idoneidad de un fármaco sobre las demás opciones para un paciente concreto, la comodidad de uso y, en última instancia, el precio, son cuestiones que necesariamente hay que considerar durante el proceso de la prescripción razonada, una vez decidido que realmente el paciente requiere un fármaco para resolver su problema de salud.

Con demasiada frecuencia se opta por utilizar el último medicamento que nos han presentado los visitantes médicos y olvidamos los medicamentos tradicionales para la misma indicación, frecuentemente con una

eficacia no superada por los nuevos fármacos y un perfil de toxicidad mucho mejor conocido. Palabras como “novedad”, sellos como “aprobado por la FDA” o imprecisiones como “eficacia comprobada” modifican –deberíamos pensar que inconscientemente– el proceso de toma de decisiones del prescriptor hasta convertirlo en algo irracional y basado en *evidencias* de poca o nula calidad, *evidencias* que –por regla general– el prescriptor ni ha leído, ni ha tenido tiempo, ni posibilidad de valorar detenidamente desde el punto de vista metodológico, estadístico, ni de lógica clínica.

## CONCLUSIONES

Para mejorar la “racionalidad” del uso de los medicamentos es fundamental sospechar que algo puede estar mal e identificar dónde se encuentran los problemas. A partir de esta premisa, es posible tener la base para diseñar intervenciones que permitan avanzar hacia un uso más racional de los medicamentos.

Son tantas las *novedades* terapéuticas y tan rápida su introducción en el mercado, que el riesgo de desactualización creciente de cualquier profesional sanitario puede considerarse alarmante, más teniendo en cuenta que de la “formación continuada” se encargan, casi exclusivamente, los propios fabricantes. Así, quizás deberíamos matizar que, más que desactualización, quizás hay actualización sesgada. Y esto es peor, porque cuando alguien es consciente de que sus conocimientos pueden estar poco actualizados, se preocupa de corregir el problema buscando información; sin embargo, cuando

alguien se cree actualizado, pero no es consciente del sesgo que tiene su actualización, entonces estamos frente a una de las principales fuentes que explican el uso irracional de los medicamentos, en la Comunidad Andina y, también, en cualquier lugar del mundo.

La realización periódica de estudios de utilización de medicamentos que señalen dónde, cuando y en qué circunstancias se utilizan irracionalmente los medicamentos, junto con iniciativas dirigidas a la formación continuada de calidad e independiente de los intereses de la industria, son tareas a las que los sistemas públicos de salud deberían dedicar recursos. Las personas, quienes enferman y requieren el mejor tratamiento disponible, lo merecen.

## Conflictos de interés

El autor refiere no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Conference of Experts on the Rational Use of Drugs.** The rational use of drugs. Report of the Conference of Experts, Nairobi 25-29 Nov, 1985. Geneva: World Health Organization; 1987.

---

**Correspondencia:** Albert Figueras

*Dirección:* Hospital Vall d'Hebron, Pass Vall d'Hebron, 119-129. E-08035, Barcelona.

*Correo electrónico:* afs@icf.uab.cat

Consulte las ediciones anteriores de la  
Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública en  
[www.scielo.org.pe](http://www.scielo.org.pe)

