

Boletín Farmacológico

Volumen 5, Número 2 / Setiembre 2014.

Editorial: El uso crónico de medicamentos.

El uso crónico de medicamentos.

Dr. Gustavo Tamosiunas

En este número del Boletín se hará referencia a algunos problemas vinculado al tratamiento crónico (antiepilépticos y estatinas); a la importancia del uso de las fichas técnicas para un uso adecuado de medicamentos y a la necesaria evaluación de los tratamientos (aunque estos sean ya sancionados por el tiempo). Estos artículos están conectados por un hecho: el uso crónico de medicamentos, al cual queremos referirnos en esta editorial. El uso de medicamentos en forma crónica requiere de una evaluación periódica de sus efectos, para determinar hasta cuando son beneficiosos, hasta cuando sus efectos adversos puede superar sus beneficios, que tan beneficiosos están siendo en relación a los objetivos planteados previamente, cual es el costo (directo e indirecto) que nos (a nosotros, al paciente y a la sociedad) está insumiendo. Esta monitorización de la terapéutica nos permitirá saber hasta cuándo debemos seguir prescribiéndolos.

"los pacientes deben recibir la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo para ellos y la comunidad" (OMS 1985)

Esto es especialmente importante si pretendemos una terapéutica responsable, razonada, reflexiva, crítica y **especialmente acordada con nuestros pacientes** quienes son en realidad, destinatarios últimos de estas herramientas terapéuticas. Son ellos los que van a recibir nuestros consejos y recomendaciones así como los medicamentos que prescribimos. Por tanto importa recordar el concepto de uso racional de la OMS: "los pacientes deben recibir la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, **durante un período de tiempo adecuado** y al menor costo para ellos y la comunidad" (OMS 1985). Esta definición se ha repetido tantas veces que no reparamos en su significado. En este sentido no puede ser admitido el uso crónico de AINEs, y menos que esté llevando a un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares, renales y gastrointestinales en la sociedad, por usarlos durante períodos demasiados prolongados a dosis demasiado elevadas. Cuando revisamos las recomendaciones de agencias internacionales al respecto, como la Agencia Europea de Medicamentos o la española o la británica (por citar algunas) lo que se concluye es que la evidencia de su nefro cardio o gastrototoxicidad se enmarca en un escenario irracional e irresponsable; no así en las condiciones recomendadas de uso. Cuando la amoxicilina clavulánico aparece como la primera causa de internación por hepatotoxicidad aguda por medicamentos en España (nota informativa de AEMPS 2006) y se señala que es un efecto infrecuente pero que se ha extendido por su extenso uso (injustificado a juzgar por la epidemiología bacteriana), nos tiene que hacer pensar que "algo huele mal en Dinamarca". Lo mismo ocurre con el tan evocado efecto deletéreo sobre las funciones cognitivas de las benzodiazepinas o sus efectos sobre las caídas en sujetos de edad avanzada. Otro tanto ocurre con el extenso uso de antidepresivos de tipo ISRS en donde su uso en la mayor parte de cuadros depresivos (leves a moderados) difícilmente supere al placebo. Pero aumentamos las hemorragias digestivas, las interacciones medicamentosas por sus efectos sobre las CYP, osteoporosis, disfunción sexual. Con los Inhibidores de la bomba de protones ocurre lo mismo: uso demasiado prolongado en situaciones no bien establecidas, y en contrapartida aumentamos el riesgo de fracturas, infecciones o hipomagnesemia.

Los ejemplos son muchos y hemos citado algunos a título de ejemplo solamente; ya que lo que nos importa es reflexionar sobre el hecho de que para muchos de los medicamentos que usamos ampliamente en nuestra sociedad, les conocemos ya el riesgo de su uso o incluso su bajo valor terapéutico intrínseco o incluso su baja utilidad terapéutica (más allá del valor intrínseco) y sin embargo continuamos usándolos y actuamos (si es que lo hacemos) muy tímidamente. En Inglaterra hay una expresión al respecto: "tenemos un elefante en la habitación" aludiendo al hecho de que muchas veces tenemos una realidad que es imposible de no verla (como el elefante en la habitación) pero actuamos como si no existiera por la

incomodidad que resultaría hacerlo. De esta manera este tipo de uso crónico nos está agotando la herramienta terapéutica no tanto por su toxicidad, sino por la toxicidad de su extenso uso en condiciones inapropiadas. No podemos depositar la responsabilidad solamente en la publicidad, la industria o la sociedad postmoderna de este problema catalogado por algunos autores como de salud pública; debemos intentar un cambio de nuestra cultura de prescripción.

Hace ya algunos años ha surgido la noción de desprescribir, es decir revisar y retirar cuando se evalúe innecesario o perjudicial el mantenimiento de un régimen terapéutico. Sin embargo no nos parece adecuado tener que crear otro concepto, simplemente porque como expresamos aquí y en otras editoriales, solo se trata de usarlo racionalmente. Uso racional consiste entre otras cosas, solo cuando sea necesario, por lo tanto el concepto de prescripción incluye su eventual retiro. Cuando recomendamos como dispositivo de protección la monitorización de los tratamientos en especial del farmacológico, nos referíamos no solo a la variabilidad de la respuesta terapéutica sino especialmente a la pertinencia farmacológica. La pertinencia farmacológica es la primera pregunta a contestarnos: ¿es pertinente el uso de este medicamento para esta condición? Si es así, ¿cuáles son las recomendaciones aceptadas de uso? Al plantearnos un plan terapéutico tenemos que tener noción del tiempo y comunicarlo en forma adecuada al paciente para que sepa nuestras expectativas. De esta manera si el paciente conoce desde el inicio que el AINE debe usarse durante algunos días y las benzodiazepinas algunas semanas porque de lo contrario son mayores los riesgos, iniciaríamos un camino de uso responsable de los medicamentos. La analogía con el tránsito de vehículos y el uso de medicamentos muchas veces ayuda a comprender. La luz verde luego de un tiempo establecido, cambia al amarillo (alerta!), y si nos demoramos, el rojo nos señala la necesidad de detenernos. En el área del medicamento esto significa que hay algunos de ellos que transitan con luz verde, otros con luz amarilla por lo que están siendo considerados su restricción o potencial retiro. La diferencia es que cuando usamos un medicamento no tienen pintado en la caja el "color de uso", y recordemos que lo que pudo incluso haber sido adecuado en un momento puede no serlo en el uso continuado. Este es el caso de las benzodiazepinas útiles en ciertas situaciones clínicas pero dentro de un período acotado, muy por debajo del que usualmente se lo usa; muy por debajo del nivel de riesgo neurológico (cognitivo), psiquiátrico (depresión), o traumatológico (caídas o fracturas). Pero el monitorizar un tratamiento, evaluar la prescripción no significa desprescribir sino usarlos adecuadamente.

Lo que parecería más adecuado sería reflexionar formas de desmedicalizar, desnaturalizar el uso no pertinente de medicamentos en la sociedad. Pensamos que desmedicalizar es posible desde nuestras conductas de prescripción, comunicando, monitorizando, usando los medicamentos según estrategias razonadas y compartidas. Es tarea de todos y desde este lugar hemos iniciado un espacio de comunicación al respecto. En este sentido es que queremos desarrollar las próximas **Jornadas de Novedades Terapéuticas entre el 3 y 6 de noviembre** próximo donde discutiremos estos temas de medicalización y el costo de los medicamentos (tema que explícitamente hemos soslayado en esta editorial). Además iniciaremos la puesta en marcha del observatorio de medicamentos (OBSERVAME), así como las discusiones sobre las recientes recomendaciones sobre el tratamiento de la Hipertensión arterial, Diabetes, Dislipemias, Resistencia a los antibióticos, uso de psicofármacos en niños, AINEs o nuevos anticoagulantes orales entre otros temas.

Esperamos que sirvan como insumos para contribuir a esa desmedicalización tan necesaria a la que aludimos.