



Departamento de Farmacología y Terapéutica
HOSPITAL DE CLÍNICAS "Dr. Manuel Quintela"

Medicamentos salud y sociedad: la prescripción en la era cuaternaria (prevención cuaternaria).

Dr. Gustavo Tamosiunas.

Continuando con el último editorial, les proponemos reflexionar algunos aspectos vinculados al uso de medicamentos en lo que hemos llamado la era cuaternaria en donde la prescripción requiere de nuevas estrategias.

El impacto de los medicamentos en la salud de la población depende de numerosos factores, y, más allá de lo que pudiéramos pensar o creer, no solo se relaciona con lo científico técnico, como el perfil farmacológico, terapéutico, toxicológico ó farmacéutico. Existen además factores económicos, políticos, culturales, sociales que se entrelazan entre sí y con los de índole netamente científica técnica que hacen muy difícil predecir lo que ocurrirá con determinado medicamento, tanto en lo que se refiere a sus beneficios potenciales como a riesgos impredecibles (y muchas veces evitables). Es por eso que para cualquier análisis serio del efecto clínico de un medicamento (en la sociedad o en un paciente concreto), proponemos considerar al menos tres dimensiones fundamentales, la vinculada a las características del fármaco, la vinculada a las características del paciente, y las vinculadas a las características del uso (los patrones de uso en una sociedad). El análisis de estas dimensiones es un ejercicio de buena prescripción que a manera de dispositivo de protección, nos ayudará a un mejor uso de los medicamentos. El concepto de dispositivos que introducimos en este editorial pensamos que puede ser una herramienta útil a la hora de la prescripción, dado el contexto actual en el que vivimos (excesiva información de dudosa calidad, muy escasa información pertinente, falta de filtros, de tiempo de lectura y de rumiación, demasiados sesgos, inmediatez, alto recambio etc.). En este contexto tan precario y poco afecto a la reflexión (modernidad líquida mediante al decir del filósofo y sociólogo Z. Bauman), llamamos dispositivos a aquellas situaciones o cogniciones que desencadenan o mejor que nos permiten, desencadenar una respuesta. Veremos algunos dispositivos que llamaremos de protección, es decir que nos permiten desencadenar conductas apropiadas (protectoras) en relación al uso de medicamento. Una característica importante de tales dispositivos es que se presentan en forma o a manera de bucles de retroalimentación (feed back). Es decir que tales dispositivos ponen en marcha mecanismos de retro e inter relación que permite el ajuste de nuestra conducta deseado. Escapa a los objetivos de esta editorial el desarrollo del concepto de dispositivos de prescripción que será motivo de otro artículo.

Cuando pensamos en la prescripción de un medicamento, debemos tener claro que el efecto clínico obtenido puede ser muy diferente al buscado, y esto ocurre con cierta frecuencia (daremos algunos ejemplos en este editorial) Para reducir el daño potencial y/o

aumentar las posibilidades de máxima efectividad, debemos tener en cuenta al menos dos tipos de dispositivos de protección. El primero tiene que ver con lo que comentábamos, el efecto clínico obtenido de un medicamento dependerá no solo del fármaco en cuestión sino de la interrelación de tres tipos de factores, aquellos vinculados al fármaco, al paciente y al patrón de uso. Este bucle de interacción tiene dispositivos que nos permiten alertar, prevenir y en última instancia proteger dicho bucle. Tres dispositivos nos protegen y nos permiten “navegar” en lo que llamamos en otro editorial, en la era cuaternaria: el tiempo, la comunicación y la ética. Tales dispositivos tienen características propias y nos ayudarán a hacer un mejor uso del medicamento.

Veamos algunos ejemplos para entender el bucle Fármaco-Paciente-Patrón. Cuando vamos a prescribir una benzodiazepina, no solo debemos considerar su perfil farmacológico sino qué pacientes lo recibirá, durante cuánto tiempo y en qué condiciones. El mismo alprazolam puede ser muy peligroso en sujetos de edad avanzada aunque sea por corto intervalo de tiempo, así como en sujetos de mediana edad lo es por un tiempo prolongado. Si bien este ejemplo parece un lugar común, tomemos en cuenta algunos artículos recientes sobre patrones de uso de benzodiazepinas. Mencionaremos dos artículos que ejemplifican lo comentado. En un reciente artículo publicado en el BMJ de abril del 2016, se publica resultados de un seguimiento a pacientes con stroke comparado con otro grupo control. Aquellos que usaban psicofármacos (en ambos grupos) presentaban mayor mortalidad. Otro estudio en esa misma revista, pero hace ya 4 años (BMJ sept. 2012) mostró una relación en el riesgo (50%) de demencia con el uso crónico de benzodiazepinas. Este aumento de la mortalidad o los riesgos (imprevisibles pero evitables como dijimos más arriba) de demencia eran impensables en la década de los 60 cuando estos fármacos irrumpieron en la sociedad. Lo que queremos demostrar con estos ejemplos es que seguramente no es el GABA el problema, ni lo es la vida media del loracepam, los aspectos cognitivos del diacepam o el riesgo de dependencia del alprazolam; lo grave es, su forma de uso (patrón de uso) por parte de la población (incluido los médicos). No son las benzodiazepinas el problema, sino cómo estamos abusando de ellas, con lo que corremos el riesgo de perder buenas herramientas terapéuticas, y lo que es imperdonable aún, empeorar la calidad de vida y probablemente, además estemos modificando la sobrevida de los pacientes. Máxime si junto al daño producido, no estaba justificado su uso (este nos introduce al otro dispositivo, el ético). En relación a este tema recomendamos los artículos que vienen en este boletín en relación al efecto de psico estimulantes en el niño, ISRS en la menopausia así como a la vacuna HPV, los tres ponen de relieve el tema de la “adversidad” tiempo y especialmente cuando la eficacia es en el mejor de los casos dudosa o con sesgos en la evidencia.

Continuando entonces con nuestra reflexión, el bucle FFF significa que debemos reflexionar en la interacción de estos factores, es decir de qué manera el tiempo (patrón de uso) cambia el perfil terapéutico del fármaco y deja de ser beneficioso (si alguna vez lo fue, aunque esto es otro tema) para convertirse en lo que debemos antes que nada evitar: el daño, y sobre todo el daño injustificado. No se si en verdad fue Hipócrates quien lo dijo, pero es el primer concepto a aprehender, aprender y comprender fundamentalmente que lo primero es no dañar (*primum non nocere*).

Lo mismo está ocurriendo con otro grupo de medicamentos muy utilizado, los AINEs. El riesgo de eventos cardiovasculares o la nefro o hepatotoxicidad de estos medicamentos de uso cotidiano nos resultaba lejano, marginal sin importancia epidemiológica hace 20 años, cuando nuestra preocupación solo era el tracto gastrointestinal (que por otra parte aún

sigue siendo el problema mayor). Lo mismo vale decir de la hepatotoxicidad de la asociación de amoxicilina con el inhibidor de betalactamasa ácido clavulánico, o del más reciente rivaroxabán (anticoagulante oral directo). Este problema como comentamos más arriba no tiene fronteras y como ya hemos señalado requieren de un cambio en nuestra cultura de prescripción y de manejo de los medicamentos por parte de la sociedad; esto incluye a la industria farmacéutica, la población, profesionales de la salud, los centros asistenciales y las autoridades sanitarias. La película la hemos vivido muchas veces y siguen apareciendo argumentos del mismo estilo, esto es la exposición en forma masiva de medicamentos en la comunidad, con poca o ninguna evidencia que lo sostenga. En todas estas situaciones los dispositivos que mencionamos nos ayudan a una mejor prescripción. En este sentido es que no compartimos el concepto recientemente aparecido y vinculado a la prevención cuaternaria, nos referimos a la desprescripción. Consideramos que en la prescripción adecuada está implícito el valorar el tiempo, como dispositivo de protección. Cuando consideramos el tiempo dentro del bucle FPP nos encontramos que tenemos que considerar cuándo suspender una prescripción, en el caso de benzodiazepinas probablemente no más allá de tres meses y de los antidepresivos quizás no más de seis. En ese momento se debería prestar atención a reconsiderar si el tiempo ha sido suficiente, si se alcanzaron objetivos predefinidos, o que tanto se aleja la respuesta alcanzada a la planificada. Es que nos encontramos en un momento en que debemos pensar en el uso prolongado de medicamentos, ya que desconocemos su impacto en relación a este factor (por eso lo consideramos como dispositivo). Recordemos que cuando un medicamento se aprueba para su uso, más que conocer todos sus efectos, apenas conocemos lo mínimo de su perfil de efectos: es decir, probables efectos adversos y potenciales beneficios. Es decir que conocemos muy poco de ellos cuando “se nos presentan en sociedad”, el uso vigilado nos permitirá conocer cuál será su lugar en la terapéutica. Si explicáramos este concepto a nuestros pacientes probablemente no se prescribirían tan rápidamente los medicamentos de última generación. Pero tampoco conocemos cuál es la mejor forma de usarlos en el tiempo. Por razones obvias no es posible conocer el patrón de prescripción más adecuado de ningún medicamento antes de que salga al mercado, esto es patrimonio exclusivo de los profesionales de la salud, autoridades sanitarias, sociedades científicas, la academia, la sociedad en su conjunto al realizar la farmacovigilancia debida. Es decir, las primeras fases de desarrollo (0, 1,2 y 3) están a cargo principalmente del laboratorio que lo desarrolla y luego durante la fase 4 colabora con los demás actores comentados. La fase 4 no tiene un tiempo de finalización ya que el impacto de los medicamentos a largo plazo solo es posible vigilándolos a largo plazo. No tenemos evidencia a favor del uso prolongado de ninguno de estos fármacos, pero cada vez tenemos más evidencia sobre sus riesgos.

En el dispositivo de comunicación (que debe instalarse desde el inicio del vínculo médico paciente) debemos considerar y compartir con el paciente por qué, para qué, cómo, que efectos se esperan (beneficiosos y adversos) y tiempo de uso. Asimismo y en neta interacción incluimos los dispositivos éticos, que si bien habitualmente no los vinculamos a la prescripción, cada vez más evidente se nos hace considerarlos como dispositivos de prescripción. En futuros editoriales desarrollaremos con ejemplo el tema de los diferentes bucles y dispositivos de prescripción. Baste hoy reflexionar sobre la necesidad de incluirlos, y de abordar el uso de medicamentos con una perspectiva sistémica para transitar en la incertidumbre de esta modernidad líquida que parece haber llegado para quedarse.