



## EDITORIAL. FARMACOLOGÍA CLÍNICA: LA CONSTRUCCIÓN DEL EFECTO DE LOS MEDICAMENTOS. *Parte I*

*Prof. Dr. Gustavo Tamosiunas*

La farmacología clínica se interesa por el buen uso de los medicamentos en el ser humano. Nos referimos no solamente al uso racional en toda su dimensión, sino que incluimos como necesario, su uso responsable, basada en una ética de la prescripción y acorde a la actual concepción de la salud como derecho. Estos aspectos específicos es decir la salud como derecho y su relación con los medicamentos, serán motivo de otro editorial. Ahora bien, esta prescripción debe basarse en fundamentos científicos sólidos, en un conocimiento pertinente, que está en permanente actualización y revisión, por lo que necesita de una profunda reflexión por parte de todos. Sin embargo el conocimiento no está allí, pronto a ser tomado o descubierto, como en algún momento se ha pensado, el conocimiento se va construyendo, por tanto, el conocimiento farmacológico también se va construyendo, aunque pueda ser difícil percibirlo de esta manera. Entonces la invitación a la reflexión de este editorial es la siguiente, si el conocimiento se construye, y estoy convencido de ello, deberíamos detenernos más a pensar quién construye nuestro conocimiento, cómo se construye, donde se construye y especialmente por qué o para qué se construye. Obviamente nos dedicaremos más específicamente a la construcción del conocimiento farmacológico. Cuando nos referimos a esta "construcción farmacológica" nos estamos refiriendo tanto a sus efectos farmacológicos como terapéuticos. Es un tema profundo, delicado y que generará controversias (bienvenidas sean) y al que le dedicaremos al menos este y el próximo editorial.

Entre las características de esta construcción queremos jerarquizar algunas especialmente que sirvan de analizador. Entre las características de la construcción del conocimiento destacamos su variabilidad (o movilidad) con el tiempo, su multidimensionalidad y su constante interacción (que hace a la variabilidad) entre sus diferentes actores, del que destacamos la interacción social histórica y cultural. El efecto de los medicamentos, decíamos, también se construye, a diferencia de aquellos que piensan (un poco ingenuamente) que el efecto se descubre porque está allí. La sola búsqueda, es una construcción. Cuando entendemos esta perspectiva del medicamento, es decir sobre su construcción, notamos que tenemos mucho para reflexionar sobre lo que prescribimos (o lo que no prescribimos) y cómo lo hacemos. Lo que ocurre que a partir de dicha

construcción suceden cosas. Por ejemplo hemos construido una forma de prescribir que no necesariamente se basa en la evidencia, ¿correcto? Cuando prescribimos un medicamento por una marca comercial y no por denominación genérica, esto es un conocimiento construido, por ejemplo en base a una posición sobre la política de genéricos, o de los genéricos específicamente, aunque no lo estemos pensando así. Esto sucede así y genera conductas o patrones de prescripción que pueden generar (de hecho las generan) distorsiones de distinto tipo: económicas, comerciales, farmacéuticas, farmacológicas y terapéuticas. De alguna manera este aspecto tiene que ver con la crisis de la medicina basada en la evidencia a la que nos hemos referido anteriormente, ya que la evidencia participa de esta construcción, aunque es tan solo un aspecto de esa construcción. Vayamos a otros ejemplos para “bajar a tierra” estos conceptos, aparentemente tan lejanos a la prescripción y la terapéutica racional. Cuando hablamos que las benzodiazepinas pueden producir entre sus efectos adversos, aumento del riesgo de caídas, trastornos cognitivos, riesgo de demencia o farmacodependencia, lo asociamos al “costo” (construido) que pagamos por sus efectos beneficiosos, terapéuticos, entiéndase como aquellos beneficios hipnóticos o ansiolíticos, aunque no exista evidencia alguna de su beneficio más allá de algunas semanas. Hemos construido el efecto terapéutico a lo largo de años de uso en donde se ha minimizado estos riesgos, aunque hay evidencia al respecto desde hace mucho tiempo. Es más, aunque reconocemos que la dependencia a benzodiazepinas es difícil de tratar, continuamos abusando de su prescripción y repetición sin mucha culpa, ya que “el paciente lo necesita” o se trata “solo de una repetición” o con un sentimiento casi piadoso “no podemos dejarlo sin ella”. ¿En realidad no podemos? La evidencia no lo respalda, y en lo referente al uso racional esta ética de la prescripción de benzodiazepinas dista de ser racional. Parecería que una vez que fue aprobado por una agencia (llámese FDA, EMA o la que quieran citar), más que aprobado su registro, parece haber sido “santificado”. Ya hemos mencionado el daño que puede provocar especialmente en su uso crónico, sin embargo algo nos impide ejercer esa deconstrucción y nueva construcción de este conocimiento, que ha trascendido la mera evidencia científica y es más social en el sentido de noósfera al que alude E. Morin a propósito de las ideas. No vemos como peligroso el abuso a las benzodiazepinas, nos cuesta llevar adelante el necesario proceso de deshabitación o desprescripción al que nos referiremos en este mismo boletín. Lo que ocurre es que esta selectiva construcción tiene sus ventajas y ya nos ocuparemos de ellas más adelante.

Con el uso de antidepresivos ocurre algo parecido en el sentido de su dudosa y/o leve eficacia para la depresión (tal como se la utiliza actualmente) sumado al riesgo de sangrados, alteraciones en la esfera sexual, dificultades en la conciliación del sueño, cierta irritabilidad así como la menos conocida dificultad para su cese luego de un uso prolongado, por citar algunos ejemplos. Nada del otro mundo (me refiero a los efectos adversos y a su eficacia), pero “por suerte contamos con ellos”, ya que nos basamos en la evidencia que permitió su aprobación por agencias internacionales y analizada y fuertemente promocionado por expertos en la materia...

No olvidemos el creciente uso de los antipsicóticos y el riesgo de mortalidad cardiovascular o el abuso de analgésicos y el riesgo cardiorrenal o gastrointestinal que ocasionan. Sin embargo seguimos abusando de ellos sin problema, porque lo hemos construido de esa manera, lo hemos naturalizado, y el riesgo asociado es un pequeño costo a pagar (que pagan los pacientes y la sociedad) por sus beneficios (¿?). ¿Qué pasa cuando analizamos el efecto de otras terapéuticas que hemos construido desde otro lugar?. Un ejemplo claro son los derivados del cannabis para uso medicinal. Aquí las voces en contra de la “marihuana medicinal” en relación a la dependencia, neurotoxicidad y falta de evidencia nos abruman. ¿Cómo hemos construido estos conocimientos, dónde y quiénes lo han generado? Los metanálisis sobre dificultades en encontrar diferencias estadísticamente significativas en depresiones leves a moderadas no nos alcanzan, la cardiotoxicidad de antipsicóticos proviene de estudios epidemiológicos (de “menor fuerza de evidencia”), el uso de variables blandas o subrogadas para uso de antidiabéticos o la no inferioridad de los nuevos anticoagulantes directos (aunque presenten muchos de los inconvenientes de la warfarina) no importan, pero del uso médico de derivados de sustancia ilegales no podemos ni siquiera discutir aún con seriedad y sin prejuicios. Ni hablemos de los medicamentos de alto precio que admitimos “comprar” cuando los genéricos nos proporcionarían más allá del beneficio conocido un camino hacia el bien social y la sustentabilidad de sistemas sanitarios. Hemos construido aquello de lo mejor (¿?) para “mi” paciente sin importar el costo. Todos deberíamos pensar en estas construcciones del conocimiento que deforman la evidencia y no nos permite la libertad de seleccionar la mejor terapéutica disponible para el paciente y la sociedad. La tenemos a nuestro alcance pero en nuestra sociedad líquida, al decir del recientemente desaparecido Z. Bauman, no parece haber espacio para la reflexión. Será así o aún tenemos esperanza... yo apuesto a que si la hay y creo no ser el único. Ahora bien, entre las características de aquella construcción con la que iniciamos este editorial, se encuentra la modulación, es decir a la vez que se construye se va de-construyendo y re-construyendo casi momento a momento, lo que generará un reforzamiento positivo o negativo, simientes potenciales del nuevo conocimiento, pero para ello deberemos estar atentos. A esta posibilidad de una nueva construcción del conocimiento científico en general y en particular en relación a los medicamentos nos dedicaremos en el próximo editorial.