

Foro abierto de opinión



PRESCRIPCIÓN RACIONAL DE MEDICAMENTOS

SP/ 72

Rational prescription of medicine

Prof. Marcelo **Lalama**

Profesor de Farmacología
Universidad Central del
Ecuador

Existe consenso entre aquellos que trabajan con programas de medicamentos, sobre la necesidad de priorizar la Prescripción Racional de Medicamentos, como el objetivo central en el desarrollo del personal de prescriptores. Muchos informes señalan el incremento de las malas prácticas de prescripción, en particular en los países en vías de desarrollo, mientras aumentan los esfuerzos por identificar el alcance y la naturaleza del problema y en particular buscar su solución [1].

Racionalizar significa poner orden, normatizar. No olvidemos que los mejores servicios de salud y hospitales del mundo, se caracterizan por tener sus conductas terapéuticas completamente normatizadas. El sentido común, la sencillez en los procedimientos, la educación e información calificadas, el compromiso en la prescripción, la elaboración de formularios básicos, el diseño de guías terapéuticas, etc., siguen siendo la mejor tecnología para la Prescripción Racional de Medicamentos. La experiencia internacional demuestra que éstos son procesos con buenas posibilidades de eficiencia a largo plazo y que el éxito está relacionado con la persistencia, la paciencia y el liderazgo en la aplicación del método, la educación de los prescriptores y, lo más importante, el establecimiento de una política de salud que señale estos objetivos como un compromiso político [2].

El enciclopedismo en la información y educación médicas, el empleo exagerado de fuentes de información desconocidas o poco transparentes, confunden más que ilustran el conocimiento.

La lista de medicamentos esenciales (LME)/OMS

Desde 1977, cuando fue lanzado el concepto de los Medicamentos Esenciales, con la publicación de la primera Lista de la OMS, ésta ha sido revisada cada dos años. Al momento 156 países, la mayoría en vías de desarrollo, la han adoptado como la base para sus propios programas de medicamentos, al igual que UNICEF y las agencias de la cooperación internacional [3]. Se debe poner énfasis que estos medicamentos representan la mejor relación costo/beneficio y no medicamentos de segunda clase para la gente pobre, siendo la mejor opción terapéutica en términos de beneficios y evidencias y no los más baratos. Se trata de un minucioso proceso de revisión sistemática de la seguridad, eficacia, conveniencia y costo. La LME, debe ser la columna vertebral de los programas de racionalización o normatización de medicamentos. La 13a. LME (editada en el 2003), contiene 316 principios activos y está muy relacionada con las guías de tratamiento de la OMS.

La elevación en el precio de los medicamentos es un fenómeno universal. El 98% de los fármacos de la LME ya no tienen patente en 65 países en desarrollo, lo cual facilita su producción en forma de genéricos [4]. De 1998 a 2001, los costos de la prescripción en EE.UU. e Inglaterra aumentaron 62% y 30%, respectivamente. El empleo de los Medicamentos Esenciales ayuda en el control del alza de los precios [5-7]. El elevado costo de los medicamentos y el alto componente de su valor en la factura de salud, sólo inferior al gasto de personal, ha determinado que los países ricos aprendan la lección y adopten conductas para controlar el impacto de los medicamentos en los programas de salud. La tendencia apunta a que los países desarrollados comiencen a adoptar estas políticas, que tan importantes resultados han tenido en situaciones precarias de disponibilidad de recursos.

La inclusión de un nuevo fármaco en la LME considera a la seguridad de su administración un requisito de fundamental importancia. Cuando un nuevo medicamento sale a la calle, lo consumen más pacientes, en las condiciones más diversas y durante más tiempo, que en su fase de ensayo clínico. De este modo aparecen nuevos efectos adversos que transforman en negativa la relación riesgo/beneficio. En el Reino Unido los medicamentos con menos de cinco años en el mercado llevan una señal de alerta [8].

El empleo de un proceso de información sistemático, integrado, continuo, es importante para mejorar la calidad de la prescripción en los servicios de salud. Por razones naturales, los médicos jóvenes son más propensos al cambio en los hábitos de prescripción, lo cual facilita la aplicación de reformas a nivel universitario [9]. Objetivo central para la Prescripción Racional de Medicamentos, es fomentar la enseñanza sistemática de la Farmacología Clínica o Terapéutica en las Escuelas de Medicina, para lo cual recomendamos el empleo de los siguientes parámetros:

- Un objetivo claro y definido: "La Prescripción Racional de Medicamentos".
- Redimensión del contenido curricular, teniendo como base el diagnóstico específico de problemas y su manejo con los fármacos de la LME.
- Selección de los problemas terapéuticos en términos de prevalencia, en base al contexto epidemiológico del país, poniendo énfasis en Atención Primaria de Salud y considerando nuestro producto final: el médico general tipo familiar.
- Solución de los problemas terapéuticos empleando algoritmos racionales, en forma de guías o protocolos, de acuerdo con las recomendaciones metodológicas de la OMS [10].

- Validación del medicamento o tratamiento de elección, empleando la Medicina en Base de Evidencias (MBE). Más del 60% de la evidencia publicada en forma de revisiones sistemáticas, metanálisis y estudios clínicos controlados, parece haber sido realizada idealmente para Farmacología Clínica. Las fuentes más importantes de evidencia tienen accesos al Internet, la mayoría sin costo en países en vías de desarrollo.
- Formación de una cultura virtual, usando bases primarias de datos y portales electrónicos seleccionados.
- Lectura crítica, para interpretar en forma debida los hallazgos de los Estudios Clínicos con medicamentos.
- Incorporación del inglés leído como rutina en el proceso, dado que al menos el 90% de la MBE se publica en este idioma.
- Motivación y entrenamiento para informar al paciente.
- Redefinición del rol de la Farmacología Básica, por su proyección en las Ciencias Clínicas. Sus contenidos deben estar orientados a un sistema claramente utilitario en la vida práctica de los futuros médicos.

SP/ 74

Las guías terapéuticas: La información disponible al momento evidencia la efectividad de las Guías o Protocolos Terapéuticos en la Prescripción Racional de Medicamentos [11]. La normatización de la prescripción mediante protocolos terapéuticos, constituye el método más simple y efectivo para mejorar la calidad de la terapéutica y para disminuir los ingentes desperdicios en gastos de medicamentos [12]. Existen evidencias suficientes a favor de su empleo en forma continua [13-17]. No siempre estas guías terapéuticas, que han crecido rápidamente, están exentas de conflictos de interés. Para mejorar la calidad, veracidad y transparencia de los protocolos terapéuticos, se han creado ciertos grupos como AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) para estandarizar el desarrollo de los protocolos; GRADE (Working Group on Grading Harmonization) para estandarizar el nivel de eficiencia; y GIN (Guidelines International Network) para el intercambio de tablas de evidencia [18]. En el Reino Unido, los protocolos de NICE (National Institute for Clinical Excellence) pueden resultar en el reembolso del costo de nuevas terapias [19].

Bibliografía

1. Laing RO, Hogerzeil HV, Ross Degnan D. 2001. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries, *Health Policy and Planning*, 16(1): 13-20.
2. Smith JA. 2002. Education on prescribing can be improved, *British Medical Journal*, 325: 776.
3. World Health Organization. 2003. The selection and use of essential medicines. Report of the WHO Expert Committee, 2002 (including the 12th Model List of Essential Medicines). Technical Report Series No 914. Geneva: WHO.
4. Hogerzeil H. 2005. Director Dept. Medicines Policy and Standards OMS (Ginebra), [e-farmacos] e-farmacos@healthnet.org, Wed, 23 Mar.
5. Hogerzeil HV. 2004. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. *BMJ* 329:1169-1172.
6. Australian Government. Department of Health and Ageing. Pharmaceutical benefits scheme expenditures and prescriptions. www.health.gov.au.
7. Drahos P, Henry D. 2004. The free trade agreement between Australia and the United States. *BMJ* 328: 1271-2.

8. Violeta Mazo / MADRID (14-01-2005). Publicado en: Edición Impresa - 5 Sentidos.

9. Lalama, M. 2005. Los 100 Protocolos Terapéuticos, Atención Primaria de Salud - OMS-OPS, AFEME, Foro de Medicamentos, Cuarta Edición, Nina Comunicaciones, Quito.

10. Guide to Good Prescribing, A Practical Manual, World Health Organization, Action Programme on Essential Drugs, Geneva, 1999.

11. Meyer J.C. et al. 2001. Randomized controlled trial of prescribing training in a South African province, Medical Education, 35: 833-840.

12. Hogerzeil HV. 2004. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. BMJ 329:1169-1172.

13. World Health Organization: Essential Medicines WHO Model List, 13th edition, April 2003.

14. Grimshaw J, Russell IT. 1993. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet 342: 1317-22.

15. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. 1999. Clinical guidelines: potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines. BMJ 318: 527-30.

16. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. 1998. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. BMJ 317: 465-8.

17. Walley T, Earl-Slater A, Haycox A, Bagust A. 2000. An integrated national pharmaceutical policy for the United Kingdom? BMJ 321: 1523-6.

18. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. 1998. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. BMJ 317: 465-8.

19. Walley T, Earl-Slater A, Haycox A, Bagust A. 2000. An integrated national pharmaceutical policy for the United Kingdom? BMJ 321: 1523-6.

