

Prescripción de medicamentos

Realizado un diagnóstico y despertada la intención de tratar se pasa a la elección de un medicamento. Esta elección puede hacerse pasando por la etapa de la elección del principio farmacológico, paso deseable para mejorar la racionalidad de la indicación o de un modo reflejo saltando esta etapa porque el marketing de un producto ha sido exitoso en promover la identificación de un fármaco con un nombre comercial.

La intención de tratar es un paso previo a la prescripción que merece ser analizada. Pienso que el médico puede creer que su misión específica es la prescripción de un medicamento, que así lo espera el paciente y que la no prescripción podría defraudar al paciente y no confortarlo contrariando así lo que el médico siente es su misión específica. La industria farmacéutica trata de reforzar permanentemente esa postura estimulando al paciente en esta demanda y estimulando al médico en esta oferta. En este caso, los pacientes, como para toda industria, son potenciales clientes en los que se debe estimular el consumo de un tipo de producto.

El estímulo de la intención de tratar se consigue a través de los trabajos presentados en el ámbito médico, en las reuniones científicas, en las revistas científicas, y a través de la acción personalizada de la información médica directa a través de literatura médica postal, a través de visitantes médicos y la televisión científica. Es previsible que la promoción farmacéutica invadirá el correo electrónico. La estimulación de la demanda por parte de los pacientes se consigue a través de la divulgación científica en periódicos, revistas o audiciones de televisión con comunicadores sociales o expertos médicos.

Una vez conseguida la penetración en parte del mercado los propios pacientes se convierten en promotores inconscientes de la industria médica a través de colocar en un plano de moda la conversación sobre el uso de un determinado producto. En un país de cultura farandúlica como el nuestro, los ricos y famosos se convierten también en promotores de la moda medicinal.

¿Cuáles son los fundamentos de la intención de tratar?

1) la curación específica de una condición provocadora de síntomas o signos que deterioran la calidad de vida o determinantes de una situación que acortará la sobrevida; 2) el alivio sintomático; 3) el alivio de la ansiedad que provoca la enfermedad; 4) el ganar tiempo con la idea de que el paciente medicado aceptará una espera. La espera queda así fraccionada con los tiempos que demandan la acción de uno o varios medicamentos.

No parece que puedan existir dudas sobre la racionalidad de la primera pero tampoco que las dudas sobre la racionalidad aumenten para los fundamentos de las intenciones ulteriores. No resulta difícil aceptar que históricamente la medicina nació para aliviar síntomas desconociendo si esto alargaría la vida, esto último debe haber sido una sorpresa de los últimos 100 años. Recuperados de esta sorpresa la medicina se ha lanzado al presagio y la premonición mediante la incorporación del concepto de riesgo de enfermedad.

La intención de tratar abarca ahora los factores de riesgo. Ya no se trata de curar o aliviar sino de detectar las enfermedades en su período asintomático y aun antes detectando los riesgos para prevenir la instalación de una enfermedad. Esto ha ampliado el mercado médico de los enfermos a los sanos en riesgo y como este riesgo debe ser descubierto en los sanos, el mercado médico abarca ahora a toda la población del mundo. La intención de tratar se extiende así de un pequeño porcentaje de población afectada por enfermedades a toda la población mundial.

Los comunicadores sociales, predicadores del consumo, y la culturización de la moda médica han hecho que enfermos y sanos con «riesgo» o aún antes de caer en la población de riesgo demanden tratamientos sin siquiera preguntarse si esto mejorará su sobrevida o su calidad de vida. El objetivo se convierte en corregir anormalidades aunque ellas sean incidentales y no amenacen la sobrevida o la calidad de vida. Por otra parte, no está demostrado en todos los casos que corregir un factor de riesgo sea lo mismo que no tenerlo, y si lo es, tampoco está demostrado que los efectos adversos no reemplacen una causa de muerte por otra sin mayor sobrevida, con igual sobrevida y peor calidad o

con una sobrevida estadísticamente mayor pero una diferencia humanamente despreciable. ¿Quién a los cuarenta años aceptaría un mes más de vida a los 85 años con Alzheimer?

La intención de tratar se ha convertido en un precepto insoslayable de la actividad médica aunque el éxito esté vinculado cada vez más con el destratamiento si el éxito se mide por mayor y mejor sobrevida.

La elección del tratamiento. El desarrollo incesante de productos farmacológicos cuya finalidad es la misma con el mismo o diferente mecanismo de acción hace que el médico tenga dificultades en la elección. Los fundamentos racionales de elección son: 1) una mayor eficacia en los resultados, esto es, mayor probabilidad de corregir anormalidades o aliviar síntomas; 2) menor proporción de efectos adversos; 3) menor peligrosidad en los efectos adversos; 4) menores dificultades en la administración, vía, periodicidad y complacencia del paciente; 5) costo económico.

Fundamentos menos racionales son: 1) la novedad; 2) cuando se ignora si se alarga la sobrevida; 3) cuando se ignora si evita complicaciones de la enfermedad que se trata; 4) cuando se elige una droga simplemente porque su acción interfiere con un mecanismo patogénico más atractivo aunque no se hayan demostrado ventajas de sobrevida o calidad de vida.

Quizás la racionalidad de una prescripción debiera verificarse siguiendo los siguientes pasos: 1) Doctor, usted ha hecho la siguiente prescripción: Confirme. 2) ¿Aliviará con esto los síntomas del paciente? 3) ¿Curará con esto la enfermedad del paciente? 4) ¿Corregirá con esto el riesgo aumentado? 5) ¿Interactúa su medicación con otros medicamentos que el enfermo toma o tomará simultáneamente? 6) ¿Qué riesgos tiene el medicamento prescripto? 7) ¿Presena el enfermo alguna condición patológica, fisiológica o psicológica que incremente los efectos adversos de la medicación? 8) ¿Será el paciente complaciente con la medicación y qué ocurrirá si la suspende? 9) ¿Es ésta la droga más eficiente en la condición del paciente? 10) ¿Es ésta la marca más económica? 11) ¿Ha comunicado al paciente sus respuestas a todas las preguntas anteriores? 12) Verifique: si las dosis indicadas son correctas; si el intervalo de las dosis es correcto; si la vía de administración es la apropiada; si el tiempo de tratamiento es correcto; si se ha especificado la relación con la ingesta u otras medicaciones. Usted no realizaría una transfusión de sangre incompatible, haga este *cross matching* entre el paciente y el medicamento antes de prescribirlo. Cuando haya contestado a todo esto está en condiciones de entregar la prescripción al paciente.

Si se cumplen todos estos requisitos sólo habría que pedirle a Salud Pública que avalara la calidad de las drogas utilizadas por los laboratorios medicinales y por otra parte si se reconociera la ausencia de ventajas de nuevos medicamentos se dejaría de pagar royalties por novedad.

Todo esto parecería suficiente para enfrentar la prescripción de un medicamento pero cuando se prescriben medicamentos para evitar riesgos futuros se hace necesario calcular el costo que demanda la prevención de ese riesgo y el costo eventual del tratamiento de la complicación atribuible a ese riesgo. En un trabajo reciente¹ de profilaxis de fracturas mediante el tratamiento de la osteoporosis se demuestra que el tratamiento consigue reducir las fracturas en un 50%, de 6,2% a 3,2%. Esto es que sobre 100 pacientes tratadas se le ha evitado fractura a 3 pacientes. Si no entiendo mal esto significa que 97 pacientes tratadas no han conseguido ningún beneficio. No soy un experto en costos pero un cálculo rápido del costo de consultas médicas, estudios de laboratorio y densitometrías me hace suponer que en los 3 años de tratamiento esas 97 pacientes de cada 100 habrán invertido aproximadamente 1.000.000 de pesos (o dólares para que suene más fuerte). Trescientos treinta y tres mil dólares por fractura que se evita. Si la fractura se seguía de muerte o parálisis quizá podría considerarse que el evitarla no tiene precio pero si no todas tuvieran ese curso ominoso la inversión podría ser considerada disparatada. ¿Es racional destinar esta magnitud de fondos a esta prevención? Un nuevo problema se plantea para la prescripción de un medicamento ¿estamos desviando los recursos económicos de una utilización racional hacia sectores que simplemente han sabido manejar mejor el marketing?

La medicina tiene profunda raigambre ética y puede resultar conflictivo sujetarla simplemente a las leyes de mercado.

Alberto Agrest
Castex 3575, 1425 Buenos Aires

1. Liberman UA, Stuart RW, Browll J et al. Effect of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fractures in postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 1995; 333: 1437-43.