

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Luis Arturo Camacho Saavedra¹

El uso racional de medicamentos es un objetivo de salud pública de suma importancia vigente en todos los países pero de muy difícil logro. Debido a su complejidad y amplitud requiere con frecuencia de estrategias y acciones que trascienden el ámbito sanitario y comprometen a otros sectores como el de educación, comunicación social, economía, industria y comercio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en Nairobi 1985 propone que el uso racional de medicamentos requiere que los pacientes reciban las medicaciones apropiadas a sus necesidades clínicas, a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales, por un período adecuado y al costo más bajo para ellos y su comunidad (1).

Entre los estándares mínimos para la acreditación de facultades de medicina actualizados al 2006 se incluyen las competencias generales donde diversas variables versan sobre Prescripción de medicamentos e incluye los indicadores: 26.1 Uso racional de medicamentos; 26.2 En la propuesta de prescripción, el estudiante consigna, cuando menos, la denominación internacional común (DCI), la forma farmacéutica, la posología, la dosis y el período de administración del medicamento; 27.2 El estudiante explica los riesgos, contraindicaciones, advertencias, reacciones adversas e interacciones de los medicamentos que prescriben; 30.4 El estudiante elabora informes sobre reacciones adversas a medicamentos (2).

En el currículo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo se incluye la asignatura de Farmacología Clínica en el Quinto año, donde el objetivo fundamental es el uso racional de medicamentos y se desarrolla según la formación basada en competencias, para las cuales se han

desarrollado métodos de evaluación indirectos tratando de acercarse en lo posible a la realidad (3). Los principios de la competencia Prescripción Racional siguen la propuesta de la Universidad de Groningen, de la cual se ha tomado los 3 primeros: definir el problema de salud, establecer el objetivo terapéutico y definir eficacia comparativa, (3).

El aprendizaje de la prescripción constituye el aprendizaje de una competencia clínica-académica, entendiendo como competencia, a la aptitud, pericia e idoneidad para hacer algo de manera eficaz, que implica el saber teórico y práctico, lo cual requiere para el desarrollo de la asignatura, el contacto con pacientes (4,5).

En la práctica clínica de La Libertad-Perú se evidencia una prescripción No racional como por ejemplo el exceso de antibióticos prescritos en enfermedades respiratorias que va del 55 al 66%, cuando el estándar sugerido por OMS es 30% (6,7).

Se halló que el uso de nimodipino es No racional en 100% de 249 pacientes en los que fue prescrito para entidades diferentes a la indicación precisa del fármaco, esto es, hemorragia subaracnoidea (8). En el manejo de pacientes con osteoartritis la terapia fue racional en 45,38% (9). En usuarios de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) que deberían recibir gastroprotección, con el factor edad solo el 4.4% recibió gastroprotección; con el factor antecedente de gastropatía sólo el 35.5% la recibió. Como gastroprotector se usó el hidróxido de aluminio en 63.2% de los pacientes, siendo el fármaco de elección y conveniente para ese objetivo el omeprazol(10).

Es menester, por lo tanto, promover el uso racional de medicamentos a través de la educación médica, uso de nombres genéricos, conocimiento del petitorio farmacológico nacional y elaboración de un petitorio farmacológico local, uso de guías de manejo clínico, empleo de normas terapéuticas desde

¹ Docente Sección Farmacología Departamento de Ciencias Básicas Médicas. Servicio Medicina Hospital I Florencia de Mora. lucasa@viabcp.com

pregrado, farmacovigilancia que incluye el uso de la hoja de informe de reacciones adversas a medicamentos, formación de los comités farmacológicos, estudios de utilización de medicamentos y monitorización de la prescripción (1,11). En relación a la educación sobre reacciones adversas se ha demostrado que después de un curso de Farmacología de un año, la percepción de los estudiantes sobre el riesgo de RAM se modificó significativamente (12). Para incrementar la tasa de reportes de RAM es necesario establecer sistemas convenientes de reporte de RAM y proveer entrenamiento en su uso (13).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Midzuaray A: Manual de Terapéutica Médica para Prescriptores de primer nivel de atención. Servicios de Medicina Pro-Vida. Lima 1998. PP27-40).
2. Resolución Suprema 007-2006-SA. El Peruano. Normas Legales Lima 24-07-06. Pag 325680-325394.
3. Silabo Farmacología Clínica 2005. Facultad de Medicina UNT
4. González C, Sánchez L. El diseño curricular por competencias en la educación médica. Escuel Nacional de Salud Pública. Ciudad de La Habana. Educ Med Sup 17(4):3-8.
5. Julio C. Vásquez Vargas: El currículo médico y las competencias profesionales. Universidad César Vallejo.
6. Villanueva R, Armas L. Características de la prescripción médica de niños con infección respiratoria aguda en la consulta externa pediátrica del Hospital Belén de Trujillo. Tesis Bach Med UNT 2003 Trujillo Perú.
7. Camacho L. Impacto de la promoción del uso racional de medicamentos en la utilización de antibióticos en infecciones respiratorias en el hospital I Florencia de Mora Essalud Trujillo. TIFC. PI 8397-Cbas-MED2006
8. Camacho L, Urbina O, Paredes Y, Peña W. Uso racional de nimodipino en los Hospitales Florencia de Mora y Víctor Lazarte Essalud de Enero a Octubre 2002. TIFC 5° Año Facultad de Medicina UNT 2003.
9. Camacho L, Villavicencio M, Oliver P, Silva I. Terapia farmacológica racional en el manejo de osteoartritis. TIFC 5° Año Facultad de Medicina UNT 2003.
10. Camacho L, Aguilar J, Briones T, Castillo M. Citoprotección gástrica en usuarios de AINEs en el Hospital I Florencia de Mora Essalud. TIFC 5° Año Facultad de Medicina UNT 2003.
11. Ministerio de salud. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS CONSEJO NACIONAL DE SALUD Lima, 2004. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/infodigemid/servicios/politicanacmed.pdf>
12. Durrieu G et al. Percepcion of risk of ADR by medical students. British Journal of Clinical Pharmacology. Aug 2007;64(2):233.
13. Hye-Young Youn, Hyun-Jin Kim. Voluntary reporting of ADR in a Korean hospital. Am J Health-Syst Pharm. Jul2007;64:1468