



Dossier

Sobre el acto de deprescripción prudente

Eleonora Peña y Lillo¹

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo. Servicio de Clínica Médica. Hospital Luis Lagomaggiore.
ele_pyl@hotmail.com

Recibido: 05 de mayo de 2019 - Aceptado: 23 de mayo de 2019

Los daños causados por las intervenciones médicas han crecido de manera exponencial en los últimos años, alcanzado dimensiones poblacionales y representando una de las principales causas de muerte. El potencial dañino a gran escala de las intervenciones sanitarias ha logrado reconocimiento académico y social. A partir de ello es que surge el concepto de “prevención cuaternaria”. Marc Jamouille fue quien la definió elevando su propuesta en 1999 para finalmente oficializarse en el año 2003 por la World Organization of National Colleges (WONCA), Academies and Academic Associations of General Practitioners/FamilyPhysicians.¹

La Prevención Cuaternaria aparece entonces como un cuarto tipo de prevención, no relacionada al riesgo de enfermedades, sino al riesgo de iatrogenia, de intervencionismo diagnóstico y terapéutico excesivo y de medicalización innecesaria.

Cada vez es más bajo el umbral terapéutico para las intervenciones médicas, no solo debido a los mismos profesionales de la salud, sino también por la percepción de la salud como un bien de consumo.²

El concepto de enfermedad también se ha modificado con el correr de los años. De este modo los factores de riesgo hoy en día son considerados como el equivalente de enfermedades en muchos casos, y la diferencia entre prevención y cura es cada vez más indefinida. Este tipo de prácticas son habitualmente medicalizadas, trayendo como consecuencia la mayor comercialización de fármacos con el incremento en los costos de salud, además de que se puede ver afectada la calidad de vida de las personas.

La polimedicación puede definirse en forma cuantitativa como el uso de más de un número determinado de fármacos, o cualitativa, teniendo en cuenta el uso de fármacos inadecuados o el consumo de medicamentos no indicados.³

Ambos conceptos se complementan. Está demostrado que a mayor número de fármacos prescritos, mayor es la posibilidad de tratamientos innecesarios y de que aparezcan efectos adversos prevenibles.

La polimedicación es un gran problema de salud pública, no solo por su alta prevalencia, que entre los ancianos frágiles o muy ancianos es alrededor del 70% o por sus consecuencias, sino

también por ser un fenómeno creciente. Este hecho puede que esté relacionado con el envejecimiento de la población y el consecuente aumento de morbilidad en personas mayores. La interacciones medicamentosas aumentan a medida que se prescriben mayor cantidad de fármacos, alcanzado 50% cuando se indican más de 5 fármacos y casi 100% con más de 10.^{4,5}

A su vez se pueden identificar dos patrones diferentes de pacientes polimedcados. Uno sería el paciente con una sola enfermedad que requiere múltiples medicamentos para el tratamiento de dicha patología y el otro sería el paciente con múltiples comorbidas, donde cada enfermedad precisa uno o varios medicamentos. El segundo perfil es el más frecuente en los ancianos, principalmente cuando sobreviene el fenómeno de la fragilidad.

A partir de lo expuesto anteriormente es que surge la deprescripción como una necesidad. Se trata de un proceso sistemático de identificación y discontinuación de drogas en instancias en las cuales existen daños o potenciales daños y estos superan los beneficios existentes o potenciales dentro del contexto de un individuo con objetivos de atención, nivel actual de funcionamiento, esperanza de vida, valores, y preferencias.^{3,6,7}

Ante todo el prescriptor debe maximizar los beneficios y minimizar los riesgos o daños, "Primum non nocere". Tanto la prescripción como deprescripción deben realizarse en múltiples situaciones con escasez de evidencia científica, lo cual nos obliga a apoyar la prudencia del acto médico en los cuatro principios de la ética médica.⁶

En el acto de prescripción la eficacia de un medicamento constituye la beneficencia, los efectos adversos que produce es la no maleficencia a evitar, el consentimiento del paciente a usar un fármaco responde a

la autonomía y finalmente la prescripción apoyada en evidencias costo-efectivas y acceso equitativo constituye la justicia.

El principio de beneficencia, se basa en que el médico debe actuar siempre en favor del mejor interés del paciente. El beneficio de un fármaco lo determina su capacidad para alcanzar los objetivos establecidos, que vienen definidos por las evidencias desprendidas de los estudios sobre su eficacia.^{8,9,10} De allí que los conceptos de beneficencia y eficacia muchas veces se superponen.

Una prescripción prudente debe equilibrar las expectativas de vida del paciente, los objetivos terapéuticos y el tiempo que necesita el fármaco para alcanzarlos, de no ser así será objeto de deprescripción.¹⁰

Sin embargo de este principio surgen conflictos importantes. En primer lugar la evidencia científica con la que contamos suele surgir de estudios de distinta calidad y validez que suelen realizarse en adultos jóvenes, estando por lo general infrarrepresentada la población diana principal de una gran parte de medicamentos, como son los ancianos frágiles, polimedcados, pluripatológicos, terminales y postrados. A partir de este tipo de evidencia suelen confeccionarse las guías de práctica clínica de prescripción, con escasa validez para este grupo poblacional, muy centradas en los síntomas y por otro lado tendientes a encorsetar el acto médico y desencadenar cascadas terapéuticas peligrosas.³

En los ancianos la expectativa de vida limitada diluye los objetivos que pretendemos alcanzar con un fármaco, siendo dudosa su beneficencia. Habitualmente no se puede monitorizar el efecto de un fármaco, por lo que nuevamente debemos recurrir a la evidencia científica, la misma tiende a magnificar beneficios y infraestimar riesgos. Es por ello que la decisión de

prescribir y deprescribir debe ser siempre individualizada.

En la práctica diaria todo lo que hay disponible sobre ensayos clínicos en adultos mayores es tomado de subgrupos de ensayos generales, los cuales presentan algunos inconvenientes. De por sí es difícil reclutar adultos mayores para realizar ensayos clínicos, sobre todo aquellos frágiles o con múltiples comórbidas, siendo pobremente representados en estos estudios. Los trabajos de investigación generalmente tienen criterios de inclusión y exclusión relacionados con la funcionalidad y comórbidas de los pacientes. Estos criterios son justificados por la influencia en los objetivos primarios pero llevan a la exclusión de los mayores.

La cascada de eventos asociados al uso de múltiples fármacos son la aparición de efectos adversos, que en ancianos son más frecuentes, graves y pueden terminar en defunción, el aumento de hospitalizaciones, mayor grado de discapacidad, Síndromes geriátricos (confusión, caídas incontinencia) y finalmente muerte². Se debe evaluar periódicamente la relación riesgo/beneficio para decidir la continuación o retirada de la prescripción. El que prescribe no suele recomendar medicamentos potencialmente dañinos de forma intencional, pero puede hacerlo involuntariamente influenciado por el marketing de la industria farmacéutica^{5,11}, opiniones de expertos, guías de práctica clínica. Pese a esto el profesional debería declarar no tener conflictos de interés con la industria, al igual que poder hacer una lectura crítica de la literatura científica. Si el daño producido por un fármaco es indiscutible, la deprescripción es obvia. Sin embargo reconocer la maleficencia de un fármaco no siempre es fácil debido a los efectos adversos que simulan un nuevo síntoma de las enfermedades o se confunden con síndromes geriátricos, que

se atribuyen a la edad o que se comunican mal por afectar a pacientes con discapacidades.

Una vez sopesados los riesgos y beneficios toma protagonismo el paciente: la autonomía entraña el poder de veto. Se requiere la participación activa de los mismos en la toma de decisiones, sobre la base del respeto a la dignidad de la persona.

Sin embargo esta toma de decisiones no siempre resulta fácil, ya que en muchas ocasiones en el proceso deliberativo se ven involucradas otras personas como familiares y cuidadores.⁶

El principio de Justicia puede definirse como distribución equitativa de cargas y beneficios: trato justo e imparcial, libre de sesgos, sobre la base de la necesidad médica. En las últimas décadas ha habido un incremento progresivo del gasto sanitario apoyado en la falsa creencia de que mientras más gasto mejor salud. El número de fármacos crece año a año, y los recursos sanitarios son limitados. Visto así mantener tratamientos no beneficiosos por respeto a la autonomía del paciente es un desafío ético para el sistema sanitario y quienes trabajan en el en busca de una distribución equitativa de los recursos. El médico debe mantener su responsabilidad con la institución en que trabaja.⁶

Entonces si bien la deprescripción puede llevarse a cabo en todos los paciente, la población que más tiende a beneficiarse con esta práctica es la de los ancianos, polimedicados y con una corta expectativa de vida (terminales, frágiles, y con demencia avanzada).^{2,3}

Se debe contar con la participación activa del paciente y/o familiares y cuidadores. El respeto de las preferencias del paciente genera participación y confianza.

Existen barreras de deprescripción del paciente y la familia como son la falta de percepción de los efectos adversos, sensación de abandono, miedo, atención

inadecuada, bajo nivel educativo entre otras.^{12, 13}

Por otro lado cualquier momento es oportuno para deprescribir ya sea durante la hospitalización del paciente, al ingreso en una residencia geriátrica o en la consulta clínica ambulatoria.

A su vez debemos tener presente que una deprescripción prudente no es un acto definitivo, sino que debe ser transitoria y reevaluarse en forma periódica con el fin de determinar el alcance de los objetivos terapéuticos. Hay pacientes que pueden presentar exacerbación de la sintomatología previa tras la retirada de un medicamento, o la aparición de síntomas de rebote, representando estos algunos de los riesgos de deprescribir.^{14, 15}

Existen diversas herramientas para deprescribir, instrumentos que permiten señalar fármacos susceptibles de retirada ya que los riesgos superan los beneficios. Como toda herramienta no reemplaza el juicio clínico, pero sirven como guía para la prescripción racional de medicamentos. Algunas de las más difundidas son los criterios de Beers actualizados en el año 2015 de la sociedad Americana de Geriátrica en adultos mayores. Consisten en una lista explícita de los medicamentos potencialmente inadecuados que es mejor evitar en adultos mayores en general y en aquellos con ciertas

enfermedades o síndromes, o deben ser prescritos en dosis reducidas, con precaución o cuidadosamente supervisado. Esta guía es de uso ambulatorio e institucional y excluye a pacientes en cuidados paliativos. Clasifica a los medicamentos como “potencialmente Inapropiados” los cuales deben evitarse independiente del diagnóstico, “posiblemente Inapropiados” debieran evitarse en ciertas enfermedades o síndromes ya que los pueden exacerbar y “medicamentos que deben usarse con precaución”, ajustados en base a la función renal y por posibles interacciones medicamentosas.^{16, 17}

Otra herramienta útil son los criterios Europeos Stopp/Start actualizados en 2014. Estos no sólo describen errores de tratamientos sino también omisiones.¹⁸ Ninguna de estas herramientas ha sido validada en nuestro país.

Finalmente las principales consecuencias beneficiosas de la deprescripción son reducción de efectos adversos, resolución de efectos adversos específicos, mejoría de la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes, mejor adherencia a tratamientos y reducción de errores en medicación. Y a su vez una prescripción prudente y justa reduce los costos en política sanitaria.^{10, 19}

Conclusión:

En la evaluación periódica del adulto mayor es esencial la revisión y adecuación del tratamiento farmacológico.

La deprescripción debe ser un proceso individualizado, planificado y supervisado. La toma de decisiones compartidas debe ser una parte integral del proceso.

La deprescripción prudente exige un

monitoreo cercano para evaluar si se alcanzan los objetivos, detectar efectos adversos, y demostrar al paciente que no es un abandono sino una intervención.

Ante un posible fracaso se debe reiniciar la medicación y asumir el error de la retirada. Sería importante contar con herramientas de deprescripción validadas para nuestra población.

Referencias bibliográficas

- 1- Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios e tecnología. Organización das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Salud. 1a Ed. Brasília. 2002.
- 2- Acuña MG. Prevención cuaternaria en la práctica clínica cotidiana: un imperativo ético. RAM 2014; 2 (2): 19-22.
- 3- Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A, Jiménez de Gracia L, Gómez Santana M. Ancianos frágiles polimedcados: ¿Es la deprescripción de medicamentos la salida?. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012; 47(4):162-7.
- 4- Maher Robert, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opin Drug saf. 2013; 13 (1): 57-65.
- 5- Scott I, Potter K, Rigby D, Del Mar C, Jansen J. Reducing Inappropriate Polypharmacy. The Process of Deprescribing. JAMA Intern Med. 2015; 175(5):827-34.
- 6- Hortal Carmona J, Aguilar Cruz I, Parrilla Ruiz F. Un modelo de deprescripcion prudente. Med Clin Barc. 2015; 144(8):362-9.
- 7- Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of deprescribing with network analysis: implications for future research and clinical practice. Br J Clin Pharmacol. 2015; 80 (6): 1254–68.
- 8- Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L, Villafaina Barroso A. Deprescripción de medicamentos en ancianos: paradojas y contradicciones. FMC. 2013; 20 (1): 22-6.
- 9- Tjia J, Givens J. Ethical framework for medication discontinuation in nursing home residents with limited life expectancy. Clin Geriatr Med. 2012; 28(2):255-72.
- 10- Le Couteur D, Ford G, McLachlan A. Evidence, Ethics and Medication Management in Older People .Journal of Pharmacy Practice and Research. 2010; 40 (2): 148-52.
- 11- Galán Herrera S, Delgado Marroquín M, Altisent Trota R. Análisis de la relación entre el médico de atención primaria y la industria farmacéutica. Aten Primaria. 2004; 34(5):231-47.
- 12- Hansen C, O'Mahony D, Kearney P, Sahm L, Cullinan S, Huibers C et al. Identification of behaviour change techniques in deprescribing interventions: a systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. 2018; 84(12):2716-28.
- 13- O'Mahony D, Curtin D. Deprescribing in older people: why it matters in routine clinical practice. Pol Arch Intern Med. 2018; 128 (4):197-9.
- 14- AlRasheed M, Alhawassi T, Alanazi A, Aloudah N, Khurshid F, Alsultan M. Knowledge and wilingness of physicians about deprescribing among older patients: a qualitative study. Clin Interv Aging. 2018; 13: 1401-8.

-
- 15- Jansen J, Naganathan V, Carter S, McLachlan A, Nickel B, Bonner C et al. Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. *BMJ*. 2016; 353:i2893.
 - 16- Pastor Cano J, Aranda García A, Gascón Cánovas J, Rausell V, Tobaruela Soto M. Adaptación española de los criterios Beers. *An Sist Sanit Navar*. 2015; 38 (3): 375-85.
 - 17- Campanelli C. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60(4): 616-31.
 - 18- Gallagher P, O'mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age and Ageing*. 2008; 37(6): 673-9.
 - 19- Page A, Clifford R, Potter K, Schwartz D, Etherton-Ber C. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2016; 82(3): 583-623.