

DEPRESCRIPCIÓN

Sumario

- **¿QUÉ ES LA DEPRESCRIPCIÓN?**
- **¿POR QUÉ DEPRESCRIBIR?**
- **¿A QUIÉN DEPRESCRIBIR?**
- **¿CÓMO DEPRESCRIBIR?**
- **BARRERAS A LA DEPRESCRIPCIÓN**
- **¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS DE LA DEPRESCRIPCIÓN? LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO**
- **ALGUNOS EJEMPLOS DE DEPRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA**

¿QUÉ ES LA DEPRESCRIPCIÓN?

El término *deprescripción* no tiene una definición exacta y admite diversos matices. Le Couteur y cols.¹ la definen como el cese de un tratamiento de larga duración bajo la supervisión de un profesional médico. Gavilán y cols.² entienden por deprescripción «el proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros».

La finalidad de la deprescripción es reconsiderar la prescripción desde el principio, comenzando por el conocimiento del estado y la situación del paciente hasta el diagnóstico de sus problemas de salud, la indicación de los medicamentos y su seguimiento posterior. Se trata de un proceso singular, continuo (prescripción-deprescripción), que necesariamente debe adaptarse a cada persona y circunstancia.

La deprescripción debería aplicarse siempre que se vayan acumulando medicamentos en el régimen terapéutico, ante cambios clínicos relevantes o situaciones vitales que modifiquen la percepción y actitud de la persona ante los medicamentos. Para ello, cuando se inicia un tratamiento farmacológico, es necesario explicar al paciente que se le realizará un seguimiento para valorar su evolución y que el tratamiento puede ser modificado o interrumpido si no resulta efectivo o no lo tolera. De esta forma es posible discutir y compartir las expectativas del paciente desde el inicio del tratamiento¹.

¿POR QUÉ DEPRESCRIBIR?

La deprescripción puede aplicarse a los pacientes independientemente del número de fármacos que toman, aunque adquiere especial relevancia en los polimedicados y en los pacientes frágiles.

La polimedicación se puede definir en términos cuantitativos, atendiendo al uso de más de un número determinado de fármacos (habitualmente 4 ó 5), o en términos cualitativos, teniendo en cuenta la utilización de fármacos inadecuados o simplemente el consumo de algún medicamento clínicamente no indicado³.

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

La deprescripción es un proceso singular, continuo, que necesariamente debe adaptarse a cada persona y circunstancia

En nuestro medio, en población ambulatoria por encima de los 65 años, el consumo crónico medio de medicamentos oscila, según estudios, entre unos 7 y 13⁴. Según una reciente revisión sistemática, aproximadamente una de cada cinco prescripciones realizadas en atención primaria en personas mayores es inapropiada⁵, aunque estos datos son muy variables según el estudio y el contexto.

La polimedicación y el uso inapropiado de medicamentos se han convertido en un problema de salud pública de primer orden en los países desarrollados, tanto por su alta prevalencia y tendencia al alza como por sus consecuencias^{2,6}:

- **Clínicas:** disminución de la adherencia, efectos adversos e interacciones, mayor riesgo de hospitalización, de morbilidad y mortalidad, mayor riesgo de lesiones por caídas y deterioro de la funcionalidad física y la calidad de vida.
- **Éticas:** ausencia de beneficio de determinados tratamientos, daños por efectos adversos, pérdida de autonomía de los pacientes, deterioro de la relación clínica, pérdida de confianza en la asistencia sanitaria.
- **Económicas:** gasto innecesario para los pacientes y para la sociedad, consultas y hospitalizaciones por efectos adversos o cuidados adicionales.

Los fundamentos en los que se basa la deprescripción son básicamente científicos y éticos². Los pacientes ancianos, con multimorbilidad o polimedificados, suelen estar poco representados en los ensayos clínicos con medicamentos. Las guías de práctica clínica están pensadas para el manejo de las patologías, a menudo sin tener en cuenta la comorbilidad de los pacientes. Existen muchas guías con información acerca de cómo iniciar o añadir fármacos, pero muy pocas acerca de cómo retirarlos⁷. Por otra parte, algunos fármacos producen efectos adversos molestos y potencialmente graves o aportan un beneficio dudoso en población anciana polimedificada. Además, en ocasiones, las preferencias de los pacientes chocan frontalmente con las recomendaciones clínicas.

*La deprescripción
adquiere especial
relevancia en los pacientes
polimedificados y frágiles*

¿A QUIÉN DEPRESCRIBIR?

Las situaciones en las que se puede considerar la deprescripción son diversas, priorizando las siguientes^{1,3}:

- Pacientes polimedificados, especialmente ancianos.
- Cuando los fármacos producen efectos adversos. Por ejemplo, las caídas y los trastornos cognitivos son con frecuencia efectos adversos relacionados con el uso de medicamentos en ancianos.
- Cuando los fármacos no han demostrado eficacia en los ensayos clínicos (por ejemplo, los SYSADOA) o no son efectivos en el paciente concreto.
- Cuando la expectativa de vida es corta, en pacientes terminales, frágiles o con demencia avanzada. En estos casos, deben reevaluarse los objetivos de los tratamientos. Los tratamientos para la hipertensión, la osteoporosis o la dislipemia, cuyo beneficio se produce a largo plazo, tienen un valor limitado en pacientes con una expectativa de vida corta y a menudo su relación riesgo-beneficio se invierte.
- Cuando, al revisar la medicación de forma rutinaria, se encuentran medicamentos que no son necesarios o adecuados (por ejemplo, IBP en pacientes de bajo riesgo gastrointestinal) o que han dejado de serlo, porque ha cambiado la evidencia o las características del paciente.
- Cuando se detectan duplicidades, interacciones relevantes, errores de prescripción, medicación inadecuada o incumplimiento «responsable».

¿CÓMO DEPRESCRIBIR?

Se puede hablar de dos estrategias para la deprescripción²:

- a) Por fármacos. Se trataría de, una vez conocido que un fármaco determinado es inapropiado para su uso en una población concreta, revisar uno a uno a todos esos pacientes para identificar quiénes lo tienen prescrito, actuando luego en consecuencia. Este tipo de intervenciones suele ser útil para retirar medicamentos innecesarios, consume menos tiempo y suele ser más eficiente, aunque tiene menos en cuenta el contexto individual y sociofamiliar. Para ello pueden ser de gran utilidad los criterios de Beers⁸ y los STOPP-START⁹.
- b) Por pacientes. Se trataría de reconsiderar en un paciente concreto su régimen terapéutico, discontinuando lo innecesario y añadiendo lo preciso de una forma individualizada, según el estado del paciente y su expectativa de vida. Suele apoyarse en el uso de algoritmos que facilitan la toma de decisiones^{10,11}. Todos ellos tienen en común que son procesos que se realizan por pasos y se basan en criterios de necesidad (confrontación de la indicación del medicamento con las necesidades clínicas del paciente y las metas de la atención sanitaria) y de efectividad-seguridad (balance beneficio-riesgo), al tiempo que tienen en consideración la expectativa de vida y el tiempo que el medicamento tarda en alcanzar su beneficio.

La deprescripción por paciente consiste en una serie de fases que se esquematizan en la tabla 1, y que van desde el conocimiento global del paciente, disponiendo de información detallada sobre la medicación que toma, su estado físico y contexto; análisis de la idoneidad de su plan terapéutico, si es coherente con los valores y preferencias de la persona; discutir y acordar los cambios con el paciente, hasta el seguimiento de la respuesta^{1,2}.

Tabla 1. **Fases del proceso de deprescripción de medicamentos según Gavilán y cols²**

Revisar	<ul style="list-style-type: none">– Listado completo de medicamentos– Valorar estado físico y aspectos de la persona y su contexto sociofamiliar
Analizar	<ul style="list-style-type: none">– Evaluar la adherencia, interacciones y efectos adversos– Valorar metas de atención, objetivos del tratamiento, esperanza de vida y tiempo hasta beneficio
Actuar	<ul style="list-style-type: none">– Comenzar por deprescribir fármacos inapropiados, que dañan o no se usan– Paso de escenario preventivo o modificador de la enfermedad a paliativo o sintomático
Acordar	<ul style="list-style-type: none">– Expectativas, creencias, preferencias– Adaptar el ritmo a las posibilidades reales
Monitorizar	<ul style="list-style-type: none">– Resaltar logros, valorar adherencia a la deprescripción, apoyar– Detectar reaparición de síntomas o agravamiento de la enfermedad de base

En la fase de revisión, uno de los métodos más utilizados es el de la «bolsa marrón» (brown bag), que consiste en que el paciente acuda a la consulta con toda su medicación, de manera que el profesional pueda ver exactamente todo lo que está tomando, incluyendo plantas medicinales y medicación sin receta, ya que el grado de discrepancia entre lo que el paciente toma y lo que el médico cree que toma suele ser alto^{9,2}.

En la fase de análisis son de utilidad diversas herramientas que ayudan a la evaluación sistemática de la adecuación de la medicación^{11,12}:

- El **algoritmo de Garfinkel**¹² ha sido utilizado en dos ensayos clínicos sobre deprescripción, en los que se ha mostrado efectivo para interrumpir medicación sin asociarse con efectos adversos significativos.
- La monografía de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP) sobre «**Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico**»¹¹ propone un algoritmo para la revisión de la medicación que está siendo utilizado en nuestro contexto. La tabla 2 recoge las preguntas a realizar cuando se revisa la medicación, para valorar la indicación, el medicamento, la eficacia y la seguridad.
- El **índice de adecuación de prescripción** (MAI) es un instrumento validado para la evaluación de fármacos en relación a la indicación del tratamiento, y está disponible en castellano, pero es muy complejo de utilizar.
- El **cuestionario Hamdy** es un cuestionario orientado a buscar en la prescripción activa del paciente aquellos medicamentos que no necesita¹¹. Es fácil de utilizar, aunque no está validado.

Tabla 2. **Preguntas incluidas en el algoritmo de revisión de la medicación de la SEFAP**¹¹

Indicación	¿Está indicado este tratamiento para el problema de salud que presenta el paciente? ¿Tiene el paciente un problema de salud que debería ser tratado con un medicamento y no lo está?
Medicamento	¿Son la dosis, pauta y duración del medicamento adecuadas? ¿El medicamento es adecuado y conveniente dadas la características del paciente?
Efectividad	¿Está siendo efectivo el tratamiento para el objetivo terapéutico planteado? ¿Es la alternativa más eficaz basada en la evidencia y/o guías de práctica clínica?
Seguridad	¿Se ha producido o existe riesgo de reacción adversa que debe controlarse o prevenirse? ¿Se ha producido o existe riesgo de interacción que debe controlarse o prevenirse? ¿Hay indicios claros en el plan terapéutico del paciente de una cascada farmacológica? ¿Hay duplicidades o medicamentos contraindicados por la edad o la patología?

La deprescripción es un proceso gradual y debe realizarse fármaco a fármaco, acordándolo con el paciente, comenzando por aquellos que pueden producir problemas relevantes de seguridad (como anticolinérgicos o sedantes) e identificando duplicidades, cascadas terapéuticas o fármacos contraindicados. A veces, el objetivo será una reducción gradual de la dosis o el paso de un uso regular a un uso «a demanda».

La deprescripción es un proceso gradual y debe hacerse fármaco a fármaco

BARRERAS A LA DEPRESCRIPCIÓN

Para asegurar que la deprescripción es aceptada por el paciente y no conduce a riesgos innecesarios es preciso tener un conocimiento amplio de los medicamentos y del paciente y su contexto, así como de las barreras asociadas a la deprescripción que se describen en la tabla 3.

Tabla 3. **Barreras asociadas a la deprescripción²**

Barreras del sistema sanitario y sociedad	<ul style="list-style-type: none">– Receta electrónica y otros métodos que reactivan automáticamente la continuidad de las prescripciones– Guías clínicas y protocolos intervencionistas– Sistemas de salud impersonales, poco centrados en los pacientes– Prescripción inducida– Sobremedicalización y mercantilización de la salud– Prescripción, íntimamente asociada al acto clínico– Múltiples profesionales involucrados en la atención del mismo paciente
Barreras del médico	<ul style="list-style-type: none">– Inercia sobreterapéutica– Educación médica centrada en el medicamento– Falta de destrezas para cambiar actitudes– Reticencias a cambiar medicamentos prescritos por otros facultativos
Barreras en la relación médico-paciente	<ul style="list-style-type: none">– No discutir posibilidades de deprescripción con el paciente/familia– No tener en cuenta la perspectiva del paciente
Barreras del paciente	<ul style="list-style-type: none">– Percepción de abandono– Miedos, vivencias pasadas desagradables– Resistencia a abandonar medicamentos que viene tomando durante mucho tiempo

¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS DE LA DEPRESCRIPCIÓN? LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO

Como cualquier intervención médica, la deprescripción puede tener consecuencias positivas y negativas^{1,13}. Entre las positivas, cabe destacar una mayor satisfacción del paciente, mejoras funcionales y de la calidad de vida, reducción del riesgo de efectos adversos e interacciones, y menor coste para el paciente y para la comunidad. En otras ocasiones no hay cambios apreciables en los resultados de salud. En cualquier caso, siempre se deben tener en cuenta las posibles complicaciones que podrían derivarse de la deprescripción:

- **Síndrome de retirada.** Es más probable en el caso de fármacos que afectan al sistema nervioso central, como es el caso de las benzodiazepinas. El síndrome de retirada se podría evitar si la retirada se hace lentamente y bajo supervisión médica. En el caso de los antidepresivos ISRS generalmente suele ser leve y se resuelve en unos diez días. El cese abrupto de levo-dopa puede precipitar una clínica grave con rigidez muscular, inestabilidad y pérdida de conciencia.

- **Efecto rebote.** La discontinuación de beta-bloqueantes puede asociarse a taquicardia e hipertensión de rebote y puede agravar la insuficiencia cardíaca o la isquemia.
- **Desenmascaramiento de interacciones.** Por ejemplo, al discontinuar fármacos en un paciente tratado con acenocumarol se puede alterar el INR.
- **Reaparición de síntomas.** Por ejemplo, insomnio tras el cese de hipnóticos.

Para incrementar el grado de confianza del paciente en el proceso de deprescripción es fundamental que dichos cambios se realicen de forma gradual y que el seguimiento sea estrecho, sobre todo al comienzo (que es cuando suelen aparecer los principales problemas), manteniendo una actitud de «puerta abierta», involucrando activamente al paciente o a su cuidador en las decisiones y aclarando que ningún cambio es irreversible.

Es importante mantener una actitud de «puerta abierta», porque ningún cambio es irreversible

ALGUNOS EJEMPLOS DE DEPRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

A continuación presentamos algunos escenarios en los que puede valorarse la deprescripción, siempre en el contexto individual de cada paciente.

Ejemplo 1. Paciente polimedicado de bajo riesgo de sangrado tratado con IBP

Ejemplo 2. Mujer de 65 años que toma alendronato desde hace más de 6 años para prevención primaria de fracturas

El riesgo de fracturas atípicas con los bisfosfonatos es mayor con el uso prolongado (más de 5 años). Transcurridos los cinco primeros años, la retirada de los bisfosfonatos no parece aumentar el riesgo de fracturas no vertebrales en mujeres¹⁴.

Ejemplo 3. Hombre con hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con *Serenoa repens*

Ejemplo 4. Anciano con cardiopatía isquémica que toma 325 mg/día de aspirina

Los criterios STOPP⁹ establecen que no es adecuado utilizar aspirina a dosis superiores a 150 mg/día, debido a un aumento del riesgo de sangrado, sin evidencia de una mayor eficacia.

Ejemplo 5. Paciente con insuficiencia cardíaca tratado con diuréticos e IECA que toma etoricoxib cuando tiene dolores musculares

Tanto los AINE no selectivos como los COXIB no deben emplearse en pacientes con insuficiencia cardíaca. Interaccionan con los diuréticos e IECA. El etoricoxib además puede asociarse a hipertensión grave.

Ejemplo 6. Anciano frágil con diagnóstico de cáncer avanzado, tratado con memantina y donepezilo

Los fármacos anticolinesterásicos tienen una eficacia limitada en la enfermedad de Alzheimer¹⁵. Memantina, como terapia añadida a los fármacos anticolinesterásicos, tiene una eficacia incierta¹⁶. Teniendo en cuenta la expectativa de vida de este paciente, parece lógico simplificar el tratamiento, retirando la memantina y valorando el donepezilo.

Ejemplo 7. Paciente con diabetes tipo 2 y HbA_{1c} de 7,8% tratado con metformina en monoterapia y en el que se quiere evitar el riesgo de hipoglucemia debido a su profesión (transportista)

Su médico le plantea añadir un inhibidor de la DPP-4, informando al paciente que, si transcurridos 6 meses la HbA_{1c} no baja al menos un 0,5%, retirará el fármaco prescrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Le Couteur D, Banks E, Gnjjidic D, McLachlan A. Deprescribing. *Austr Prescr*. 2011;34(6):182-5. Disponible en: <http://www.australianprescriber.com/magazine/34/6/182/5>
2. Gavilán-Moral, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana C. Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos una salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X12000601>
3. Gavilán E, Villafaina A, Jimenez L. Polimedicación en personas mayores. *AMF*. 2012;8(8):426-33.
4. Gavilán y Villafaina, Eds. Polimedicación y Salud: Estrategias para una adecuación terapéutica: Servicio Extremo de Salud. 2011. Disponible en: www.polimedicado.com
5. Opondo D, Eslami S, Visscher S, de Rooij SE, Verheij R, Korevaar JC, et al. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. *PLoS one*. 2012;7(8):e43617. Disponible en: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0043617>
6. Villafaina A, Gavilán E. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011;35:114-23. Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/PolimedicadosVol35n4.pdf
7. A practical guide to stopping medicines in Older People. *BPJ*. 2010; Issue 27:10-23. Disponible en: <http://www.bpac.org.nz/magazine/2010/april/stopGuide.asp>
8. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(4):616-31. Disponible en: http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/2012BeersCriteria_JAGS.pdf
9. Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher P, Cruz-Jentoft A. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(5):273-9. Disponible en: http://rincondocentemfyc.files.wordpress.com/2011/12/stopp_start_espanol.pdf
10. Scott IA, Gray LC, Martin JH, Mitchell CA. Minimizing inappropriate medications in older populations: a 10-step conceptual framework. *Am J Med*. 2012;125(6):529-37 e4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22385783>
11. Amado Guirado E, Durán Parrondo C, Izko Gartzia N, Massot Mesquida M, Palma Morgado D, Rodríguez Palomar G, et al. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. SEFAP. 2012. Disponible en: <http://issuu.com/sefap/docs/sefap>
12. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch of Intern Med*. 2010;170(18):1648-54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20937924>
13. Gnjjidic D, Le Couteur DG, Kouladjian L, Hilmer SN. Deprescribing trials: methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes. *Clin Geriatr Med*. 2012;28(2):237-53. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22500541>
14. Black DM, Schwartz AV, Ensrud KE, Cauley JA, Levis S, Quandt SA, et al. Effects of continuing or stopping alendronate after 5 years of treatment: the Fracture Intervention Trial Long-term Extension (FLEX): a randomized trial. *JAMA*. 2006;296(24):2927-38. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17190893>
15. Warner J, Butler R, Gupta S. Dementia. *Clin Evid*. 2010;04:1001.
16. Farrimond LE, Roberts E, McShane R. Memantine and cholinesterase inhibitor combination therapy for Alzheimer's disease: a systematic review. *BMJ open*. 2012;2(3). Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/2/3/e000917.full>

Fecha de la revisión bibliográfica: diciembre de 2012

Se recuerda la importancia de notificar los efectos adversos a la Unidad de Farmacovigilancia
Teléfono 94 400 7070 · Fax 94 400 7103 · correo-e: farmacovigilancia@osakidetza.net

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME / MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Arrate Bengoa, Saioa Domingo, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Leire Gil, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^o José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1575054-X