



Sobre Medicamentos

“LA INICIATIVA DE LA DESPRESCRIPCIÓN”

Juan Carlos González*****

Esta sección está dedicada a reforzar el mensaje de cuidado que el médico ha de tener con la prescripción de medicamentos. Todos los archivos originales pueden encontrarse con la dirección electrónica anexa a cada uno.

(The Deprescribing Initiative)

Tomado de: http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/nov201701/05_iniciativa/

José G. León-Burgos

Pharmacy Practice News, 11 de agosto de 2017

<http://www.pharmacypracticenews.com/Clinical/Article/08-17/The-Deprescribing-Initiative/42284/ses=ogst?enl=true>
Traducido por Salud y Fármacos



<https://www.medicinapersonalizadagenomica.com/wp-content/uploads/2017/09/desprescripc%C3%B3n-600x315.png>

El caso

“BL es un paciente que se queja de sentirse cansado todo el tiempo. También le preocupan los resultados de una reciente prueba de absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) que mostró osteopenia moderada.

Es un hombre de 62 años que tiene antecedentes de hipertensión, reflujo gastrointestinal (ERGE), hipotiroidismo, diabetes e hiperlipidemia.

Tiene una presión arterial de 132/75 mm Hg.

Resultados de laboratorio:

Hormona estimulante de la tiroides, 1.270 mUI / L;
hemoglobina glicosilada A1c, 6,3 %; vitamina B12, 120 pmol/L. Prueba: DXA T-score -2.3.

Medicamentos: omeprazol 20 mg al día, metformina 1000 mg dos veces al día, levotiroxina 50 mcg al día, losartán 100 mg al día, hidroclorotiazida 25 mg al día y atorvastatina 40 mg al día.

¿Cree usted que el sentir del paciente tiene relación con la medicación?

¿Cree usted que necesita todos esos medicamentos?

¿Cree usted que retirar los medicamentos que no le sean útiles puede beneficiar al paciente?

¿Se propondría a hacerlo?

***** MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-
juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co





El problema

La polifarmacia se ha convertido casi que en una pauta del ejercicio actual. 1 de cada 3 norteamericanos recibe más de 5 medicamentos. ¿Por qué? Esa tendencia a asistir a varios especialistas, sumado a la falta de un médico que conozca integralmente al paciente, así como la errada convicción en las facultades de Medicina de que solo prescribiendo podemos ayudar a los pacientes, pueden ser las responsables.

Lo cierto es que ello suma muchísimo a la posibilidad de que surjan eventos adversos y, aún más, cuando se hace a pacientes de mayor edad (esa es la población diana de la polifarmacia).

La postura

Canadá está promoviendo la desprescripción como un proceso de revisión destinado a empezar a disminuir el uso de medicamentos y, para eso, comprometerse con el paciente (conocerlo a profundidad, como siempre ha debido

ser) resulta clave. El lema es "más es menos". Están seguros de que, al desprescribir, disminuyen los eventos adversos, mejoran el estado de salud y, además, como ganancia secundaria, disminuyen los costos del sistema.

La forma de hacerlo

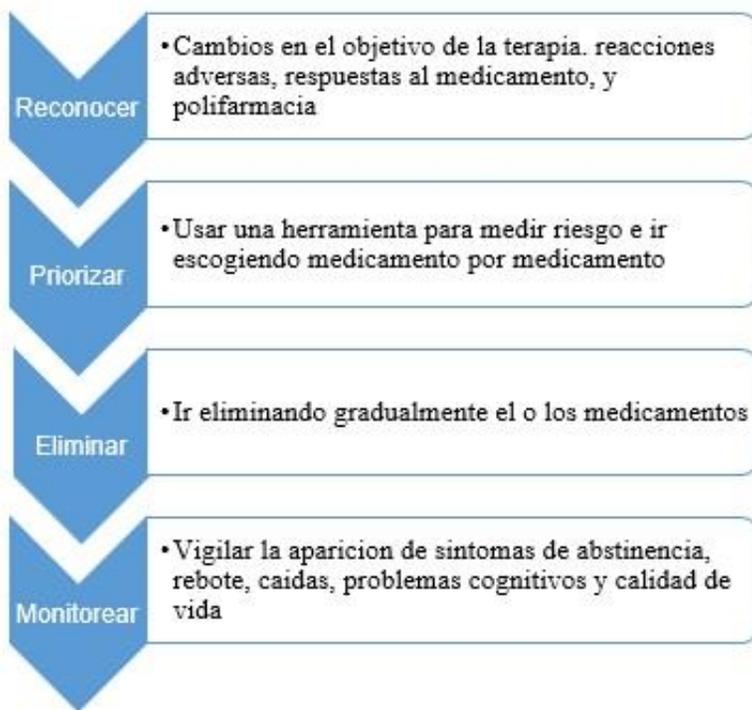


Figura 1. Acercamiento sistemático a la de prescripción

Nota: Adaptado de Simmons B. Deprescribing. Presentado en: Alberta College of Family Physicians; 26 de diciembre de 2015

Hacerlo, implica compartir con el paciente tal decisión y tener la posibilidad de comunicarse.

Las guías

Cada algoritmo va acompañado de un folleto informativo de desprescripción para los proveedores de atención médica que contiene más información sobre la clase de medicamentos y

las razones por las que es importante evaluar la necesidad de continuar con dicha terapia.

Para obtener más información, visite www.deprescribing.org.

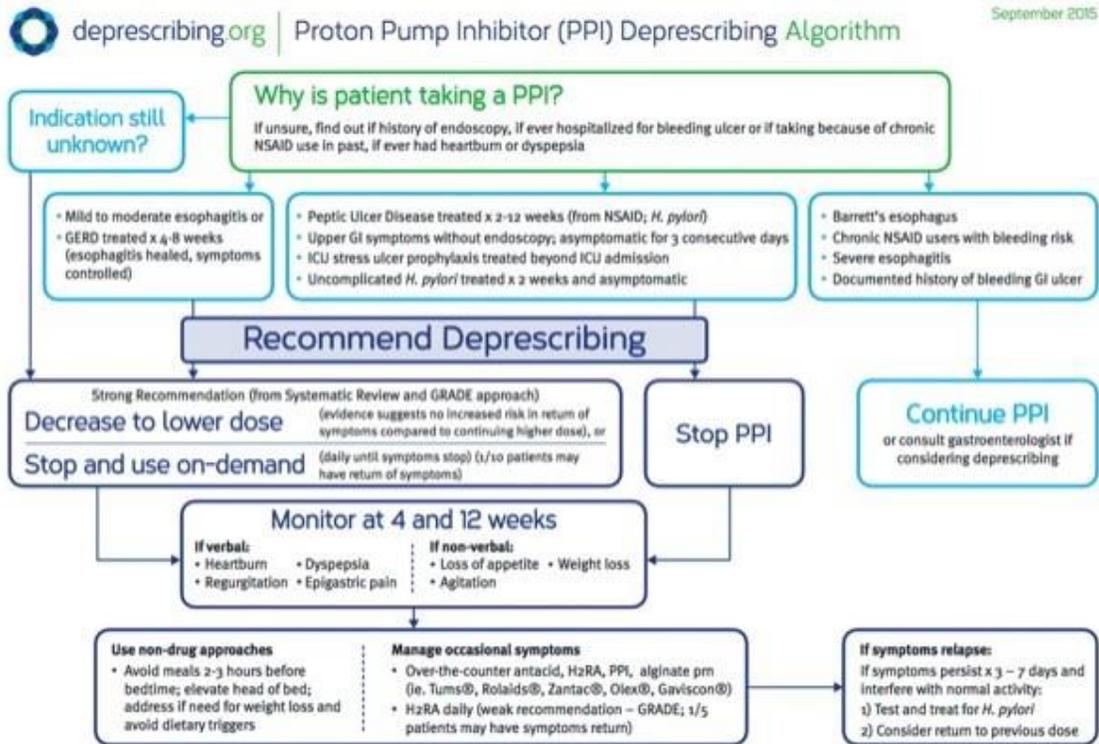


Figura 2. Algoritmo de desprescripción de IBP

Fuente: Farrell B, Pottie K, Thompson W, et al. Evidence-based Clinical Practice Guideline for Deprescribing Proton Pump Inhibitors (2015, unpublished research).

Farmacéutas y geriatras están convencidos de que, al desprescribir, mejoran la salud de sus pacientes. Por eso están diseñando algoritmos que explican cómo hacerlo. Para obtener más información, visite www.deprescribing.org.

¡Ojo!, en Canadá la entrega de medicamentos se hace a través de un profesional farmacéuta que tiene la capacidad de entender la posibilidad de que se produzcan eventos adversos al usar combinaciones de medicamentos. Nosotros,

de seguro, en este momento, solo lo podríamos hacer con médicos que asuman ese manejo integral de su paciente (y, a la larga, así debería ser siempre; es la idea de la APS).

¡Carambas!, acá en Colombia hemos de empezar ya a hacer proyectos similares y, sin duda, comenzar con los pacientes que tienen el mayor riesgo de los eventos adversos por la polifarmacia, nuestros adultos mayores.

Respecto a las preguntas planteadas al inicio de este resumen:

Tengo fuertes sospechas de que la polifarmacia que recibe el paciente BL tiene que ver con ese cansancio, estoy casi seguro que ya no requiere el omeprazole y sospecho que la atorvastatina puede tener algo que ver con ese cansancio... ¡Debo revisar esta prescripción!

Referencias

(1) Qato DM, Wilder J, Schumm LP et al. Changes in Prescription and Over-the-Counter Medication and Dietary Supplement Use Among Older Adults in the United States, 2005 vs 2011. *JAMA*. 2016;176(4):473-482.

(2) Barrett K, Eleanor L, Alexander GC. How Polypharmacy Has Become a Medical Burden Worldwide. *Clin Pharm*. 2016;8(6). doi: 10.1211/CP.2016.20201251

(3) Frank C. Deprescribing: a new word to guide medication review. *CMAJ*. 2014;186(6):407-408.

(4) Farrell B, Pottie K, Rojas CH, et al. Methodology for Developing Deprescribing Guidelines: Using Evidence and GRADE to Guide Recommendations for Deprescribing. *PLoS One*. 2016; 11(8):e0161248. doi: 10.1371/journal.pone.0161248

