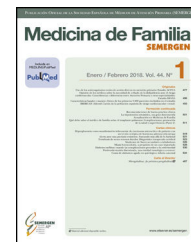




Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



Abordando el reto de la polimedicación en ancianos: algo más que desprescribir. Reflexiones a partir del “Estudio PYCAF”



ADDRESSING THE CHALLENGE OF POLYMEDICATION IN THE ELDERLY: SOMETHING MORE THAN DESCRIBING. Reflections from the “PYCAF Study”

“No es un arte de poca importancia recetar medicamentos correctamente, pero es un arte de mucha más dificultad saber cuándo suspenderlos o incluso cuándo no prescribirlos” Philippe Pinel (1745-1826)- Médico francés, pionero en la humanización del tratamiento médico a enfermos psiquiátricos.

Sabemos que nuestros pacientes envejecen, que envejecer es consustancial con la fragilidad, y ésta con la enfermedad. Sabemos que el número de medicamentos indicados para todo tipo de procesos, ya sean patológicos, fisiológicos, sintomáticos, preventivos, paliativos, procedentes o absolutamente improcedentes, ha aumentado exponencialmente en los últimos años. Llevamos tiempo hablando y oyendo hablar de la necesidad de hacer algo a propósito de la tormenta perfecta que supone la combinación de un paciente frágil y una terapia farmacológica compleja.

En los últimos años, conscientes de la necesidad de abordar este problema, han surgido distintas iniciativas a nivel mundial dirigidas a mejorar la práctica clínica, tales como «Choosing Wisely» (elegir sabiamente), «Less is more» (menos es más) o «Do not do» (no hacer). En abril de 2013 el Ministerio de Sanidad puso en marcha el proyecto «Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas en España»¹. El objetivo principal del proyecto era reducir la utilización de las intervenciones sanitarias innecesarias, es decir, con efectividad dudosa o escasa, no coste-efectivas y no prioritarias, elaborando una serie de recomendaciones basadas en los principios de la «Medicina Basada en la Evidencia». De entre las recomendaciones que la comunidad científica emitió, resaltamos las de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y de Medicina Interna: “No prescribir fármacos sin considerar el tratamiento previo, evaluar interacciones y el grado de adherencia al cumplimiento”;

“No tomar decisiones clínicas en personas mayores de 75 años sin haber evaluado su situación funcional y “No usar benzodiacepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada”.

A este respecto acompañan a esta editorial, en este número de Medicina de Familia-SEMERGEN, resultados del “Estudio PYCAF”: Prevalencia y Características del Anciano Frágil². Turégano y cols. muestran cómo nuestros pacientes están en riesgo de sufrir caídas como consecuencia de estar expuestos a un elevado número de fármacos, siendo el consumo de antipsicóticos o hipnóticos sedantes una de las variables que más incrementan este riesgo, avalando así la necesidad de hacer una utilización racional de la medicación. Además, la muestra de este estudio son nuestros pacientes, los que vemos día a día en las consultas, captados en nuestros Centros de Salud por nuestros residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de toda España acercándonos más a nuestra realidad.

Es inevitable después de leer este interesante trabajo preguntarnos ¿cómo podemos evitar la polimedicación en un contexto social en el que la población no sólo vive más años, sino que tiene la expectativa de vivirlos bien, disponiendo de un sistema sanitario que le oferta la salud como un derecho fundamental?. ¿Por qué soportar el dolor asociado a la longevidad o la tristeza que produce la soledad y la potencial incapacidad o dependencia del anciano frágil cuando existen medicamentos que pueden aliviar esta sintomatología?

La polimedicación se ha constituido como un problema de salud pública en los países desarrollados, no sólo por su prevalencia, que entre los ancianos frágiles es de alrededor del 70%, o por sus consecuencias, sino también por ser un fenómeno creciente³. Así lo reconoce la OMS, y con base en ello, en un reciente informe recomienda un

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.11.002>

1138-3593/© 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

abordaje global: "La gestión de la polifarmacia implica la toma de decisiones multifacéticas y requiere el conocimiento combinado de médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros profesionales de la salud, incluida la participación sistemática, el compromiso y el empoderamiento de los pacientes"⁴.

La polimedición podría ser considerado un factor de riesgo potencialmente modificable y por tanto subsidiario de una intervención preventiva. Lo idóneo sería comenzar por una prevención primaria, y realizar una prescripción racional, prudente y adecuada a cada paciente. Para ello disponemos de una serie de herramientas sobre las que apoyarnos como "Principios para la realización de una prescripción prudente"⁵ o los criterios STOPP/START, STOPP/FRAIL, BEERS y LESS-CHRON desarrollados para detectar medicación inapropiada a evitar en personas mayores, entre otros.

Pero, ¿qué ocurre si a pesar de intentar una prescripción prudente nos encontramos con pacientes con un elevado número de fármacos, ya sea porque estén indicados de forma adecuada, como consecuencia del fenómeno en cascada (tratar síntomas que realmente son efectos secundarios de fármacos con un nuevo medicamento), por carencias en la coordinación entre profesionales, o por cualquier otra causa?. Estas situaciones nada infrecuentes bien podrían abordarse con un planteamiento de prevención secundaria. Sería el momento de plantear la desprescripción, pero ¿con qué criterios, forma y periodicidad?. ¿Y si el paciente no está de acuerdo o sufre un empeoramiento tras la retirada del fármaco?. ¿Estamos preparados para asumir esta complicada tarea?. Los profesionales tendemos a mantener una actitud pasiva, por estar menos preparados para asumir los riesgos derivados de una acción que de una inacción, considerando la inacción continuar con el tratamiento y acción su retirada⁶. El apoyo de programas estructurados como la revisión del plan terapéutico, con objetivos definidos, metodología descrita y adaptada a la realidad asistencial, así como el desarrollo de herramientas tecnológicas e informáticas, pueden ciertamente ayudar en este reto.

En cualquier caso, estas acciones deben realizarse centradas en el paciente, individualizando cada caso y atendiendo a la comorbilidad, funcionalidad física, social y de calidad de vida. Los médicos de familia conocemos bien a nuestros pacientes, su entorno, sus redes de apoyo, sus creencias, preferencias y expectativas, y este conocimiento nos va a facilitar la desprescripción en una situación compleja y delicada como la vivida en pacientes cuya expectativa de vida no supera el tiempo que tarda el medicamento en obtener un beneficio clínico relevante, o bien por la presencia de una gran fragilidad que hace necesaria la revisión de la adecuación del tratamiento que el paciente tenía pautado hasta ese momento. ¿Nos encontraríamos en este punto con la tarea de realizar una prevención terciaria?. La decisión compartida con el paciente y la información de los pros y contras de la utilización de fármacos y de que no tiene por qué ser una situación definitiva, sino que puede ser reevaluado periódicamente pueden ser decisivos para poder llevar con éxito esta tarea.

En ocasiones prescribir es más sencillo que desprescribir. Nos sentimos capaces de retirar aquellos medicamentos

que ya han cumplido el objetivo terapéutico para el que fueron prescritos, pero cuando se trata de fármacos de carácter preventivo, o cuya respuesta es difícilmente valorable, nos sentimos más reticentes e inseguros. Así mismo trabajamos con la presión de la creciente demanda de "soluciones" a problemas que no son enfermedades pero que se vivencian como tal por parte de los pacientes y de sus familiares, provocando situaciones de sobreactuación y sobretratamientos que debemos evitar y controlar en la medida de lo posible. Sobre este fenómeno ha aparecido en los últimos años un nuevo concepto: "prevención cuaternaria"⁷ definido como el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica obviando actividades innecesarias y proporcionando medidas que sean capaces de paliar el daño producido como consecuencia de esa actividad.

Debemos considerar el problema de la polimedición como un reto de salud pública creciente y prioritario. Debemos concienciarnos y aceptar la realidad del potencial perjuicio que se puede producir a los pacientes y a la sociedad como consecuencia de realizar prescripciones inadecuadas o innecesarias. Debemos formarnos, conocer y aplicar con sentido crítico las recomendaciones de las Sociedades Científicas y Guías Clínicas a este respecto, fomentando la coordinación entre niveles asistenciales y profesionales, así como aprovechar el potencial de los recursos informáticos y tecnológicos. Y como no, colaborar y fomentar la labor de investigación como la que han realizado nuestros compañeros del estudio PYCAF para aportar solidez científica en esta difícil, compleja pero imprescindible tarea.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Proyecto "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España". En: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm. NIPO: 680-14-046-9. [Consultado: 11 de noviembre 2019].
2. Turégano Yedro M, Núñez Villén A, Romero Vigara JC, Cinza Sanjurjo S, Velilla Zancada S, Segura-Fragoso A, et al. Riesgo de caídas y consumo de fármacos en los pacientes mayores de 65 años. Estudio PYCAF. *Semergen*. 2019 Aug 8; <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2019.05.009>. S1138-3593(19)30207-2.
3. Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana MC. Ancianos frágiles polimeditados: ¿es la desprescripción de medicamentos la salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47:162-7.
4. World Health Organization (?2019)? Medication safety in polyparmacy: technical report. World Health Organization. En: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325454>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Consultado: 11 de noviembre 2019].
5. Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AD. Principles of Conservative Prescribing. *Arch Intern Med*. 2011;171:1433-40.
6. Jansen J, Naganathan V, Carter SM, McLachlan AJ, Nickel B, Irwig L, et al. Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. *B.M.J.* 2016, 353:i2893.
7. Gervas J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *A.M.F.* 2012;8:312-7, 6.

Elena Carriedo Ule^{a,*} y Luis Ortega-Valín^b

^a *Médico de Familia, José Aguado II. León*

^b *Farmacéutico de Hospital. Profesor Asociado de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elenadenoja@gmail.com (E.C. Ule).