

Prescripción prudente y deprescripción de fármacos como herramientas para la prevención cuaternaria

Prescrição prudente e desprescrição de fármacos como ferramentas para a prevenção quaternária

Prudent prescribing and deprescribing drugs as tools for quaternary prevention

María del Carmen Gómez Santana. Médica de Familia y Comunidad. Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud (POLIMEDICADO). Plasencia, Cáceres, España. maykamen@gmail.com (*Autora correspondiente*)

Enrique Gavilán-Moral. Médico de Familia y Comunidad. Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud (POLIMEDICADO). Plasencia, Cáceres, España. enrique.gavilan.moral@gmail.com

Antonio Villafaina-Barroso. Farmacéutico de Atención Primaria. Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud (POLIMEDICADO). Plasencia, Cáceres, España. antonio.villafaina@gmail.com

Laura Jiménez-de Gracia. Médica de Familia y Comunidad. Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud (POLIMEDICADO). Plasencia, Cáceres, España. lauradegracia@hotmail.com

Resumen

Las consecuencias de una medicación inadecuada son diversas y con gran repercusión a nivel clínico: desde efectos adversos e interacciones medicamentosas a fracturas por caídas y aumento de morbi-mortalidad. Para evitar o mejorar dichas consecuencias, así como para abordar sus causas y con la seguridad del paciente en mente, nace la deprescripción para conseguir una prescripción más segura, más prudente y más humana. La atención primaria se sitúa en un lugar privilegiado para hacer frente a este reto que debería formar parte de cualquier estrategia de prevención cuaternaria.

Resumo

As consequências de uma medicação inadequada são diversas e com grande repercussão clínica: desde efeitos adversos e interações medicamentosas até fraturas por quedas e aumento da morbidade e mortalidade. Para se evitar ou amenizar essas consequências, bem como abordar as suas causas, levando-se em conta a segurança dos pacientes, surge a desprescrição para se obter uma prescrição mais segura, mais prudente e mais humana. A atenção primária está em uma posição privilegiada para enfrentar o desafio da desprescrição e esta deveria fazer parte de qualquer estratégia de prevenção quaternária.

Abstract

The consequences of inappropriate medication are diverse and have great clinical impact: from adverse effects and medication interactions to fractures from falls and increased morbidity and mortality. To avoid or ameliorate such consequences, as well as to address its causes, bearing in mind patients' safety, deprescription has emerged as a safer, more prudent and humane practice. Primary care is in a privileged position to address this challenge of deprescription and it should be part of any strategy of quaternary prevention.

Palabras clave:

Deprescripción
Prescripciones de Medicamentos
Prevención Cuaternaria
Seguridad del Paciente

Palavras-chave:

Desprescrição
Prescrições de Medicamentos
Prevenção Quaternária
Segurança do Paciente

Keywords:

Deprescribing
Drug Prescriptions
Quaternary Prevention
Patient Safety

Financiación:

ninguna declarada.

Aprobación ética:

no aplicable.

Conflicto de intereses:

ninguno declarado.

Procedencia y revisión por pares:

revisado por pares.

Recibido el: 06/10/2014.

Aceptado el: 13/12/2014.

Introducción

En la actualidad es bien conocido y aceptado que la interacción entre el paciente y el sistema sanitario puede tener como consecuencia daños no relacionados con la evolución de la enfermedad, sino con las prácticas, productos, procedimientos y sistemas sanitarios.¹ Aunque el manejo y la prescripción de los fármacos sean prudentes, hay momentos en los que éstos entran en contradicción con el estado actual del paciente. La deprescripción es un intento de resolver dichas contradicciones.

Para poder deprescribir medicamentos a un paciente es preciso tener una idea global de esa persona, integrando aspectos tanto de las esferas biomédica y farmacológica, como del contexto personal y social. Uno de los pasos esenciales es adecuar los medicamentos que se usan a las metas de la atención sanitaria-prevención (primaria, secundaria, terciaria o cuaternaria) de morbilidad y mortalidad, intención curativa, alivio de síntomas, prevención de sufrimiento (tratamiento paliativo), y mejoría o mantenimiento de la funcionalidad, autonomía o calidad de vida.

El proceso de prescripción es complejo y está influido por múltiples factores y profesionales, propios y ajenos al sistema sanitario. Las fallas en este proceso deben ser analizadas bajo un enfoque sistémico que determine los puntos de riesgo, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente. Los medicamentos prescritos, mantenidos, cambiados o retirados deben ser un reflejo del proceso de constante cambio de metas en la atención.

Deprescripción y prescripción prudente son hermanas gemelas en este proceso. Habitualmente, primero debe aparecer la prescripción segura, por anteceder en el tiempo a la deprescripción y por llevar a la práctica el principio ineludible del *primum non nocere*. Pero, en ocasiones, el paciente sufre un cambio brusco que modifica de manera sustancial sus expectativas y condiciones de vida, de manera que la deprescripción se impone como una prioridad y se anticipa en el tiempo al cambio en el estilo de prescripción de una forma más agresiva a más conservadora.²

¿Cómo mejoramos la seguridad del tratamiento farmacológico?

El acto de la prescripción suele ser el momento en el que se decide que un paciente sea tratado con un determinado medicamento. Esta decisión es importante y debe tener un objetivo terapéutico claro y explícito. Los tratamientos con medicamentos llevan aparejado el riesgo de que el paciente sufra un daño. Este riesgo se puede minimizar si en el momento de la prescripción se siguen una serie de principios que buscan mejorar la seguridad del tratamiento farmacológico.³

Los principios de la prescripción prudente fueron definidos por Gordon Schiff,³ junto con un equipo multidisciplinar de médicos, farmacéuticos y educadores, en base a su experiencia y a la información recogida de estudios recientes que demuestran que los medicamentos se usan frecuentemente de forma inapropiada, que existe una sobreutilización de los mismos (a la vez que una infrautilización en otros casos) y que su empleo se asocia a reacciones adversas, hospitalizaciones y mortalidad relacionadas.

Estos principios apuestan por un cambio radical en actitudes y conductas relacionadas con la prescripción, de modo que el objetivo principal es promover una prescripción segura, orientada a evitar al paciente los riesgos y daños derivados del tratamiento farmacológico. Además, incluyen un nuevo constructo: el principio de prevención, un paradigma ecológico que fuerza el ejercicio de prevenir los potenciales efectos adversos, incluso cuando la relación causa-efecto no haya sido totalmente establecida científicamente. Los principios de prescripción prudente, recogidos en la Tabla 1, giran en torno a varias ideas claves.

En primer lugar, la necesidad de pensar más allá de los medicamentos poniendo en marcha estrategias de prevención e implementando un abordaje no farmacológico. Se aboga por la práctica de una prescripción más estratégica, mejorando los inicios de tratamiento, la selección del mismo y los cambios que se realicen, valorándolos en el contexto del régimen terapéutico completo del paciente.

Otro punto clave es conocer las reacciones adversas más frecuentes y graves de los medicamentos de uso habitual y estar alerta por si se producen. Es necesario informar al paciente de las reacciones adversas más importantes para que pueda reconocerlas y sepa cómo actuar. Además la aproximación a los nuevos medicamentos e indicaciones debe ser prudente y escéptica, manteniéndose al día empleando fuentes de información objetivas y de calidad.

Dentro de los principios de prescripción prudente es fundamental respetar las creencias y valores de los pacientes, trabajando con ellos para establecer objetivos comunes e implicarles en la toma de decisiones compartidas. Por último, como idea clave, cabe destacar la valoración de los resultados de los tratamientos a largo plazo, teniendo presente que un adecuado seguimiento del paciente puede mejorar los resultados de la farmacoterapia.

Tabla 1. Principios de la prescripción prudente.

Pensar más allá de los medicamentos	
Principio 1	Buscar en primera instancia alternativas no farmacológicas.
Principio 2	Tratar las causas subyacentes de los problemas de salud, en lugar de centrarse exclusivamente en los síntomas.
Principio 3	Buscar oportunidades para la prevención en lugar de centrarse exclusivamente en el tratamiento de síntomas o de la enfermedad avanzada.
Principio 4	Usar el tiempo como un test diagnóstico y terapéutico siempre que sea posible.
Practicar una prescripción más estratégica	
Principio 5	Emplear pocos medicamentos pero aprender a utilizarlos bien.
Principio 6	Evitar el cambio continuo de medicamentos sin tener motivos claros y concluyentes basados en la evidencia.
Principio 7	Ser escéptico con las "terapias individualizadas".
Principio 8	Siempre que sea posible, comenzar el tratamiento con un sólo fármaco.
Estar alerta ante la aparición de reacciones adversas a los medicamentos	
Principio 9	Ante un nuevo problema de salud, pensar en primer lugar si puede tratarse de una reacción adversa a un medicamento.
Principio 10	Informar a los pacientes sobre la posibilidad de que se produzcan reacciones adversas a sus medicamentos para que sean capaces de reconocerlas lo más pronto posible en caso de que aparezcan.
Principio 11	Tener presente que se puede estar promoviendo y tratando a la vez un síndrome de abstinencia.
Aproximarse a los nuevos medicamentos y a las nuevas indicaciones con prudencia y escepticismo	
Principio 12	Informarse de los nuevos medicamentos y de las nuevas indicaciones empleando fuentes fiables e independientes.
Principio 13	No tener prisa en utilizar medicamentos de reciente comercialización.
Principio 14	Asegurarse de que el medicamento mejora resultados clínicos orientados al paciente y no solo variables subrogadas orientadas a la enfermedad.
Principio 15	Evitar la ampliación o extrapolación de indicaciones.
Principio 16	No dejarse seducir por una elegante farmacología molecular o por el mecanismo de acción de los fármacos.
Principio 17	Tener precaución con la promoción selectiva de estudios.
Trabajar con los pacientes para establecer objetivos comunes	
Principio 18	No ceder de forma precipitada y poco crítica a las peticiones de los pacientes, especialmente con los medicamentos que conocen a través de la publicidad.
Principio 19	Ante un fracaso terapéutico, evitar prescribir más fármacos sin antes comprobar la adherencia del paciente al tratamiento.
Principio 20	Evitar utilizar medicamentos que el paciente ha tomado previamente sin obtener resultados o que causaron una reacción adversa.
Principio 21	Suspender el tratamiento con fármacos innecesarios o que no estén siendo efectivos.
Principio 22	Respetar las dudas expresadas por los pacientes sobre sus medicamentos.
Valorar los efectos del tratamiento de forma amplia y a largo plazo	
Principio 23	Pensar más allá de los beneficios a corto plazo de los fármacos y valorar los beneficios y riesgos a más largo plazo.
Principio 24	Buscar oportunidades para mejorar los sistemas de prescripción y hacer cambios que hagan más segura la prescripción y el uso de medicamentos.

Fuente: Modificado a partir de Schiff et al.³

¿Qué es y cómo llevar a cabo la deprescripción de medicamentos?

La polimedicación se ha convertido en un auténtico problema de salud pública.⁴ Podríamos hablar largo y tendido sobre sus causas (Tabla 2) y sus consecuencias (Figura 1), pero solo nos centraremos en su abordaje.

Clásicamente se han descrito múltiples abordajes⁵ para este complejo problema, pero la mayoría de estas intervenciones se caracterizan por ser externas, con un enfoque estrictamente "técnico". Esto pone de manifiesto la necesidad de un modelo diferente que contemple la situación funcional, clínica y sociofamiliar, centrado en mejorar los resultados desde la perspectiva del paciente (p.ej., calidad de vida) y que adapte el régimen terapéutico a la situación del paciente según su fragilidad, expectativa de vida, necesidades y perspectiva vital. En este contexto surge la idea y el concepto de deprescripción de medicamentos.⁶

La deprescripción de medicamentos es un proceso de desmontaje de la prescripción por medio de su análisis, mostrando sus contradicciones y ambigüedades. El fin es reconsiderar la prescripción desde el principio, comenzando desde el conocimiento del estado y situación del paciente hasta el diagnóstico de sus problemas de salud, hasta el final, 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, y que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y la adición de otros que están infrautilizados.⁷

Tabla 2. Factores determinantes del uso múltiple e inadecuado de medicamentos y de aparición de efectos adversos debidos al uso de fármacos.

<p>FACTORES ASOCIADOS AL PACIENTE Y SU ENTORNO SOCIOFAMILIAR</p> <p>Factores biológicos: Edad por encima de 75 años, mujeres Morbilidad asociada: Tener tres o más enfermedades crónicas, depresión, ansiedad, esquizofrenia, deterioro cognitivo, insuficiencia cardíaca, renal o hepática, enfermedades respiratorias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes y síntomas digestivos. Consumo de fármacos específicos: Ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos, analgésicos, antiagregantes y espasmolíticos. Factores psicológicos: Pobre autopercepción de la salud y deficiente adaptación a la enfermedad. Factores sociales: Situación económica deficiente, bajo nivel educativo, vivir solo o con un cuidador discapacitado, viudedad, dependencia física, vivir en zonas rurales.</p> <p>FACTORES ASOCIADOS AL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO</p> <p>Institucionalización. Ingresos hospitalarios en el último año. Interconsultas entre especialistas. Múltiples agentes prescriptores. Acudir a múltiples farmacias. Discrepancias entre pacientes y facultativos sobre la historia farmacoterapéutica. Adopción acrítica y sistemática de las guías clínicas basadas en la evidencia.</p>

Fuente: Modificado de Gavilán-Moral et al.⁷



Figura 1. Consecuencias de la polimedición y el uso inadecuado de medicación.
 Fuente: Modificado de Gavilán et al.⁶ CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Los condicionantes para poder llevarla a cabo de una forma segura y aceptada son la disponibilidad de evidencias científicas (balance beneficios/riesgos), la funcionalidad física y social, calidad de vida, comorbilidad y preferencias del paciente, los factores farmacológicos de los medicamentos (farmacodinámica y farmacocinética, indicaciones y contraindicaciones, interacciones) y los no farmacológicos (contexto social y familiar, aspectos psicológicos, funcionamiento sistema sanitario, recursos de la comunidad, expectativas, relación médico-paciente).⁸ Parte, pues, de un modelo diferente al considerar aspectos de la persona y de su entorno al mismo tiempo que los biomédicos. Aunque la deprescripción es un proceso dinámico, para su mejor comprensión se puede dividir en una serie de fases.

Lo primero es disponer de un listado fiel de la medicación que toma el paciente. En muchas ocasiones, lo que el médico cree que toma el paciente no siempre se corresponde con lo que éste dice tomar, siendo alto el grado de discrepancia entre ellos.⁹

El segundo paso sería redefinir el plan terapéutico: qué fármacos eliminar, sustituir o introducir y en cuáles modificar la dosis, en función de los condicionantes descritos en Tabla 3. Determinadas cuestiones podrían facilitar la identificación de fármacos susceptibles de ser deprescritos. Lo más urgente sería replantear la continuidad de medicamentos que estén produciendo efectos adversos o que potencialmente puedan ser dañinos.

Tabla 3. Condicionantes para el proceso de deprescripción de medicamentos.

Disponibilidad de evidencias científicas sobre el balance beneficios-riesgos.
Grado de funcionalidad física y social del paciente.
Metas de la atención sanitaria (curación, retrasar o cambiar la causa de la muerte, prevención de la morbilidad, mejora o mantenimiento de la funcionalidad o de la calidad de vida, alivio sintomático o prevención cuaternaria).
Expectativas de vida.
Nivel de calidad de vida.
Comorbilidad, grado de control de las enfermedades y estado general de salud.
Adherencia del paciente a los tratamientos y a los consejos de deprescripción.
Preferencias y expectativas del paciente sobre el deseo de abandonar, mantener o iniciar otros nuevos fármacos.
Factores farmacológicos de los medicamentos (farmacodinámica y farmacocinética, indicaciones y contraindicaciones, interacciones).
Factores no farmacológicos de los medicamentos (contexto social y familiar, aspectos psicológicos, funcionamiento sistema sanitario, recursos de la comunidad, relación médico-paciente).

Fuente: Modificado de Gavilán-Moral et al.⁶

Existen en la literatura multitud de métodos para identificar medicamentos inapropiados en los ancianos y que son susceptibles de ser eliminados: los más usados son los de Beers y los STOPP.¹⁰ Sin embargo, estos métodos no valoran las características particulares de cada paciente, obviando además los aspectos clínicos y psicosociales, por lo que no siempre son criterios útiles para adecuar la medicación en los ancianos frágiles, cuya característica principal es la heterogeneidad. Los fármacos cuya utilidad ha sido superada al desaparecer la enfermedad que motivó su introducción, así como los que el paciente se resiste a tomar, podrían ser los siguientes en ser deprescritos.

En cualquier caso, para tomar decisiones aceptadas y adaptadas a cada paciente sobre cómo modificar el régimen terapéutico, es preciso valorar a cada persona y todo lo que a ésta rodea. Las decisiones sobre cómo llevar a cabo la deprescripción dependen básicamente de resolver las tensiones y contradicciones entre dos pares de interrogantes, como son: (1) ¿es la expectativa de vida de esta persona (determinada por el pronóstico y la evolución natural de la enfermedad) mayor que el tiempo que tarda el medicamento en obtener un beneficio clínico relevante?, y (2) ¿son congruentes las metas de la atención sanitaria (curación, cuidados, prevención primaria, secundaria, terciaria o cuaternaria), determinados por la valoración de grado de comorbilidad, el estado funcional y la calidad de vida, con los objetivos de la prescripción-deprescripción (por ejemplo, pasar de un escenario de prevención a largo plazo a tratamientos meramente sintomáticos)?¹¹ También es preciso evaluar el grado de adherencia a los tratamientos, los deseos del paciente de abandonar, mantener o iniciar otros nuevos fármacos, sus expectativas y experiencias previas, así como su contexto sociofamiliar.

La última fase, la de seguimiento clínico y farmacoterapéutico, tiene como misión principal detectar y evitar las complicaciones derivadas de la deprescripción, como la reaparición o agravamiento de la enfermedad de base, y evaluar el grado de adhesión y aceptación de las recomendaciones. 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 su cuidador en las decisiones y aclarando que ningún cambio es irreversible.¹²

Se trataría pues 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,¹³ basándose 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 beneficios/riesgos), al tiempo que tienen en consideración la expectativa de vida y el tiempo que el medicamento tarda en alcanzar su beneficio.

La deprescripción típicamente es un proceso que se adapta y justifica de una forma más adecuada y aceptada en los pacientes que se encuentran en una situación terminal. Por extensión y por los mismos motivos, puede ser aplicable a ancianos frágiles, cuya expectativa de vida es corta en la mayoría de los casos.¹⁴ Sin embargo, si consideramos que la deprescripción debe y puede ser un proceso que acompañe siempre a la prescripción, cualquier momento puede ser bueno, sobre todo cuando se van 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.¹⁵

¿Qué riesgos, barreras y amenazas contempla?

En el proceso de deprescripción pueden aparecer riesgos, como la aparición de efectos indeseables o agravamiento de procesos de base. Así mismo existen múltiples barreras, tanto del sistema sanitario y la sociedad, como del médico y su relación con el paciente, junto con sus miedos y percepciones. En la Figura 2 se reflejan las diferentes actitudes hacia la deprescripción.

Si el paciente no está de acuerdo con los cambios propuestos en su medicación o tiene miedo a las consecuencias, puede hacer fracasar ese intento de mejora en la adecuación de su medicación. La influencia de los profesionales sanitarios, la familia, los amigos y los medios de comunicación son determinantes en el cese de la medicación que pueden actuar tanto favoreciendo como limitando el proceso de deprescripción, y resulta importante identificar dichos factores.¹⁶

Para asegurar que la deprescripción es aceptada por el paciente y no conduce a riesgos innecesarios también es preciso tener un conocimiento amplio de los medicamentos y del paciente y su contexto (Tabla 4). Saber manejar bien los fármacos, sus propiedades, precauciones de uso y los problemas que pudiera acarrear su discontinuación es imprescindible. Sin embargo, existen pocos estudios que evalúen la seguridad de la retirada de medicamentos, por lo que el *ars medica* y la prudencia son los que guían habitualmente la práctica clínica. Conocer el significado que la persona otorga al medicamento y su experiencia del proceso es primordial, ya que en muchas ocasiones descubrimos que la falta de adhesión al proceso de deprescripción esconde miedos y vivencias desagradables.¹⁷ Todo ello nos muestra la necesidad de un proceso de deprescripción centrado en el paciente, involucrándolo y educándolo sobre los riesgos y beneficios de la medicación, disipando los temores sobre la cesación de medicamentos, convirtiéndose en un proceso de apoyo, seguimiento y supervisión.

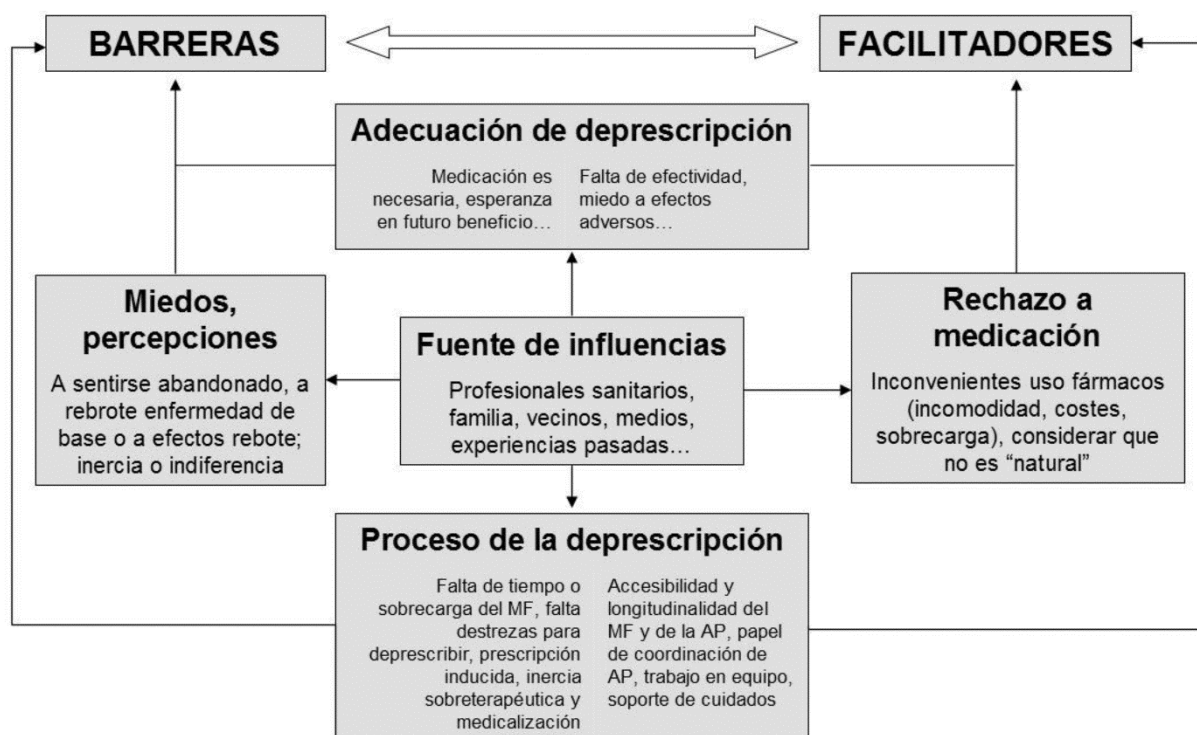


Figura 2. Actitudes hacia la deprescripción. MF: Médico de Familia; AP: Atención Primaria. Fuente: Modificado de Reeve et al.¹⁶

Tabla 4. Aspectos contextuales a tener en cuenta a la hora de tomar decisiones con el paciente sobre intervenciones médicas.

Habilidades cognitivas	¿Está el paciente capacitado para tomar los medicamentos correctamente y para entender sus propiedades básicas?
Estado emocional	¿Está el paciente pasando por una etapa de angustia que le impida tomar decisiones?
Creencias culturales	¿Qué significado social se le atribuye en su entorno al medicamento?
Creencias espirituales	¿Hay algún impedimento religioso en tomar la medicación adecuadamente (por ejemplo, en un paciente musulmán que debe tomar el fármaco con el desayuno y nos encontramos en el mes del Ramadán)?
Accesibilidad a los cuidados sanitarios	¿Tiene problemas de movilidad que le impidan ir al centro de salud a monitorizar el efecto de la deprescripción? ¿Está su médico disponible para visitas domiciliarias?
Soporte social	Ahora que el paciente se encuentra frágil, ¿quién o quiénes cuidan de él?
Responsabilidades de las cuidadoras	¿Se hacen cargo de rellenar su pastillero y de administrar los medicamentos a la hora indicada?
Actitudes antes la enfermedad	¿Por qué se resiste a tomar estas pastillas? ¿Se siento enfermo?
Relación con los profesionales sanitarios	¿Siente el paciente confianza en los profesionales y cercanía suficientes como para consultar en el caso de que la deprescripción fracase?
Situación económica del paciente	¿Puede costearse el paciente sus medicinas?

Fuente: Modificado de Gavilán-Moral et al.⁶

¿Qué papel tiene la Atención Primaria en la prescripción prudente y la deprescripción?

Atendiendo a los principios de Atención primaria, reflejados en la Tabla 5, el médico de familia mantiene un papel primordial en la atención prudente al paciente polimedcado. Su labor, llevada a cabo sobre el terreno, en el día a día, de forma sistematizada, basada en una relación clínica de confianza, en coordinación con otros profesionales y, en ocasiones, más intuitiva que racionalmente, tiene potencialmente más posibilidades de ser aceptada y compartida por el paciente que cualquier otra intervención sanitaria. Para potencializar este papel sería importante formar a nuestros residentes en competencias para una mejor prescripción de medicamentos, siendo necesario desarrollar habilidades de comunicación de los residentes de medicina de familia.¹⁸

Tabla 5. Características de la Atención Primaria que facilitan la atención a la persona mayor polimedcada.

Accesibilidad
La accesibilidad mejora la confianza del paciente en el médico y favorece la adhesión a nuestras recomendaciones sobre deprescripción de medicamentos, al reducir la incertidumbre que produce la retirada de ciertos medicamentos
Longitudinalidad
La continuidad en los cuidados por la misma persona a lo largo del tiempo favorece que se pueda monitorizar los efectos, positivos o negativos, del uso de medicamentos, así como los derivados de su discontinuación.
Trabajo en equipo
La labor conjunta y centrípeta (con el paciente en el centro de la atención) de múltiples profesionales (otros médicos, enfermeras, trabajadores sociales, farmacéuticos) y personas (cuidadores informales y formales) es necesaria y posible.
Coordinación farmacoterapéutica
El médico de familia debe ser el coordinador de los tratamientos farmacológicos del paciente, tanto los que son recomendados por los especialistas del segundo nivel asistencial como los prescritos en urgencias o los de venta libre. Conciliar la medicación es una labor genuina del médico de familia.
Conocimiento de los fármacos
Conocer el perfil farmacológico de los medicamentos de uso preferente en atención primaria, sus efectos adversos más frecuentes y sus limitaciones, es imprescindible. Usar pocos medicamentos pero de forma adecuada facilita este conocimiento y contribuye a optimizar el régimen terapéutico.
Conocimiento de las personas
El médico de familia está en un lugar privilegiado para conocer los aspectos biomédicos y psicológicos de las personas a las que atiende, así como su contexto familiar y social.

Fuente: Modificado de Gavilán-Moral et al.⁶

Conclusiones

Un abordaje sistémico del problema de la polimedcación y el uso inadecuado de medicamentos nos lleva a entender estos problemas como un fallo de sistema que debe ser corregido. Es prevención cuaternaria la evitación del daño que causa la actividad del sistema sanitario, especialmente la evitación de la actividad innecesaria e inapropiada, la evitación de actividades sin eficacia y/o efectividad, y la evitación de la medicalización.

En la práctica, hacer prevención cuaternaria es utilizar servicios y tecnologías sólo cuando es probable que los beneficios superen a los daños. El conocimiento del paciente, la comunicación con él y el conocimiento de las evidencias científicas disponibles, ajena a manipulaciones industriales, son herramientas fundamentales para evitar sobremedicalizar o sobretratar a la población.^{18,19}

Para conseguir que el balance entre los beneficios y los riesgos sea favorable para el paciente, prescribir de una forma segura y deprescribir en el momento adecuado se convierte en una necesidad en el día de la actividad sanitaria, especialmente en el ámbito de la atención primaria. Las potencialidades de la medicina de familia y las características de la atención primaria nos sitúan en un lugar privilegiado para afrontar este reto.

Referencias

- Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(7):580-583. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2007.071027>. PMID:18559439.
- Gavilán E, Jimenez L, Villafaina L. Deprescripción de medicamentos en ancianos: paradojas y contradicciones. *FMC*. 2013;20(1):22-26.
- Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AE, Koronkowski MJ, Lambert BL. Principles of conservative prescribing. *Arch Intern Med*. 2011;171(16):1433-1440. <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.256>. PMID:21670331.
- Wise J. Polypharmacy: a necessary evil. *BMJ*. 2013;347:f7033. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f7033>. PMID:24286985.
- Kaur S, Mitchell G, Vitetta L, Roberts MS. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. *Drugs Aging*. 2009;26(12):1013-1028. <http://dx.doi.org/10.2165/11318890-000000000-00000>. PMID:19929029.
- Gavilán E, Villafaina A, Jimenez L. Polimedición en personas mayores. *AMF*. 2012;8:426-433.
- Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana MC. Ancianos frágiles polimedificados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(4):162-167. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.01.003>. PMID:22683145.
- Barsky AJ. Nonpharmacologic aspects of medication. *Arch Intern Med*. 1983;143(8):1544-1548. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.1983.00350080050013>. PMID:6870436.
- Bikowski RM, Ripsin CM, Lorraine VL. Physician-patient congruence regarding medication regimens. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49(10):1353-1357. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49265.x>. PMID:11890495.
- 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 Ageing*. 2008;37(6):673-679. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afn197>. PMID:18829684.
- Holmes HM, Hayley DC, Alexander GC, Sachs GA. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. *Arch Intern Med*. 2006;166(6):605-609. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.6.605>. PMID:16567597.
- Leydon GM, Rodgers L, Kendrick T. A qualitative study of patient views on discontinuing long-term selective serotonin reuptake inhibitors. *Fam Pract*. 2007;24(6):570-575. <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmm069>. PMID:18032401.
- Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. *Arch Intern Med*. 2010;170(18):1648-1654. <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2010.355>. PMID:20937924.
- Carey EC, Covinsky KE, Lui LY, Eng C, Sands LP, Walter LC. Prediction of mortality in community-living frail elderly people with long-term care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(1):68-75. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01496.x>. PMID:18031487.
- Moen J, Bohm A, Tilleenius T, Antonov K, Nilsson JL, Ring L. "I don't know how many of these [medicines] are necessary." - a focus group study among elderly users of multiple medicines. *Patient Educ Couns*. 2009;74(2):135-141. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.019>. PMID:18845412.
- Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging*. 2013;30(10):793-807. <http://dx.doi.org/10.1007/s40266-013-0106-8>. PMID:23912674.
- Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T. Qualitative insights into general practitioners views on polypharmacy. *BMC Fam Pract*. 2010;11(1):65. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-11-65>. PMID:20840795.
- Fournier JP, Escourrou B, Dupouy J, Bismuth M, Birebent J, Simmons R, et al. Identifying competencies required for medication prescribing for general practice residents: a nominal group technique study. *BMC Fam Pract*. 2014;15(1):139. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-15-139>. PMID:25084813.
- Gervas J. Prevención cuaternaria: teoría y práctica en la consulta, la enseñanza y la política sanitaria, y su relación con la equidad y el coste [Internet]. In: Equipo CESCA. 2011 [última consulta el año mês día]. Disponible en: <http://equipocesca.org/prevencion-cuaternaria-teoria-y-practica-en-la-consulta-la-ensenanza-y-la-politica-sanitaria-y-su-relacion-con-la-equidad-y-el-coste/2011>
- Jamoulle M, Gomes LF. Prevenção quaternária e limites em medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;9(31):186-191. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(31\)867](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(31)867).