

Prescripción inapropiada en adultos mayores: Una mirada desde la atención primaria

Sr. Editor:

El mundo se enfrenta a una acelerada transición demográfica, en la que el número de adultos mayores está aumentando, y, como consecuencia, se incrementa la prevalencia de comorbilidades y el consumo de medicamentos^{1,2}. Según estimaciones, para el año 2050, más del 20 % de la población mundial será adulta mayor (>60 años en países no desarrollados; >65 años en países desarrollados). Esta presenta predisposición a desarrollar interacciones y eventos adversos medicamentosos, por lo que requieren de una evaluación clínica global y estandarizada, donde se determine el estado funcional, cognitivo, afectivo, situación socioeconómica y de apoyo familiar, que la convierten en un reto clínico¹⁻⁵.

Esta valoración integral constituye una necesidad latente de la Atención Primaria, dentro de la cual el Médico de Familia juega el rol principal⁴. La valoración geriátrica integral se diferencia de la evaluación médica estándar en que no solo se centra en la patología del anciano, sino que pretende un conocimiento más profundo no solo del paciente sino también de su entorno global, es decir, de aquello que tiene impacto y trascendencia en su persona². Por ello, es indispensable identificar las problemáticas que aquejan a la persona mayor, para integrarla e interpretarla en conjunto con los diagnósticos de cada paciente, con apoyo de equipos multidisciplinarios para ofrecer la mejor opción terapéutica posible³⁻⁶.

El abordaje integral del paciente geriátrico tiene como componente fundamental la optimización del manejo farmacológico, un proceso complejo debido a la necesidad de reconocer los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos del mayor, conocer la correcta indicación del medicamento, manejar la dosis correcta y tener la capacidad de identificar tempranamente la toxicidad asociada, mediante un adecuado proceso de seguimiento a los pacientes^{5,7}.

La prescripción de medicamentos forma parte inseparable del acto médico, sin embargo, la medicina actual padece un grave y creciente contratiempo llamado polifarmacia, el cual,

configura un problema de salud pública⁶. Aunque cualquier profesional sanitario debe evitar la polimedición, el Médico de Familia y el personal de enfermería de Atención Primaria son elementos fundamentales en la conciliación de medicamentos^{2,6}. En esta se estudia la medicación habitual prescrita después de una consulta médica o tras un ingreso hospitalario por parte de estos profesionales, puesto que son el personal sanitario que mejor conoce el contexto biopsicosocial de cada paciente⁶.

La polifarmacia es definida como el uso de 5 a 10 medicamentos, mientras que la polifarmacia excesiva hace relación a la prescripción de más de 10 medicamentos. La polifarmacia no solo tiene una concepción cuantitativa, sino que, en caso de que un medicamento prescrito se encuentre a una dosis inadecuada o sin una indicación precisa, incluyendo los medicamentos sin fórmula médica o suplementos herbales los cuales se encuentran en aumento, se estaría incurriendo en polifarmacia^{5,8}.

Las consecuencias de la polifarmacia se pueden dividir en seis grupos: 1. Reacciones adversas medicamentosas; 2. Interacciones medicamentosas; 3. Cascadas de prescripción; 4. No adherencia al tratamiento médico; 5. Incremento de la prevalencia de síndromes geriátricos; 6. Medicación potencialmente inapropiada en ancianos⁵.

En nuestro medio, entre el 11,5 – 62,5 % de la población geriátrica se encuentra polimedificada, por tanto todo el personal sanitario debe estar entrenado para no inducir la polimedición en mayores, identificarla tempranamente y prevenir la aparición de complicaciones asociadas a este fenómeno, de modo que, se recomienda la aplicación de diferentes estrategias de tamizaje^{1,2,5}. En Atención Primaria, son varias las herramientas disponibles para identificar la polifarmacia en las personas mayores, como los criterios de adecuación terapéutica de Beers actualizados, propuestos por la Asociación Americana de Geriátrica, y los criterios STOP-START, por sus siglas en inglés de *Screening Tool of Older Person's Prescriptions* y *Screening Tool to Alert doctors to Right i.e. appropriate, indicated Treatment*^{1,3,5,7}.

Desprescripción, es el proceso de retiro de una medicación inapropiada, supervisada por un profesional de la salud, con el objetivo de reducir la polifarmacia y mejorar los desenlaces clínicos¹⁰. A pesar de que el proceso de desprescripción no

se encuentra exento de riesgos (efectos rebote, recurrencia de síntomas para los cuales estaban siendo utilizados, entre otros)⁹, en población vulnerable sometida a polimedicación, el personal responsable del tratamiento debe apoyarse en principios científicos (falta de indicación clara, posibles eventos adversos, cambio en los objetivos terapéuticos) y éticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) para desprescribir una terapia¹⁰. Con este conocimiento, el Médico de Familia no debe temer a la hora de retirar un medicamento (desprescripción) o realizar cambios, y si al hecho de incurrir en inercia clínica (inercia terapéutica)^{6,11}.

En nuestra práctica diaria, utilizamos los criterios de adecuación terapéutica de Beers actualizados por su práctica implementación, la evidencia científica disponible y su utilidad para mejorar la selección de fármacos a prescribir, y desprescribir, reduciendo así la frecuencia de efectos adversos asociados a la polifarmacia en población geriátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lucchetti G, Lucchetti AL. Inappropriate prescribing in older persons: a systematic review of medications available in different criteria. *Arch Gerontol Geriatr.* 2017;68:55-61.
2. Tatum III PE, Talebreza S, Ross JS. Geriatric Assessment: An Office-Based Approach. *Am Fam Physician.* 2018;97(12):776-84.
3. Fick DM, Semla TP, Steinman M, Beizer J, Brandt N, Dombrowski R, et al. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67:674-94.
4. Muñoz-González DA. El gerontólogo clínico y su rol en la atención primaria de salud. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud.* 2019;5(3):119-20.
5. Castro-Ramírez JA, Orozco-Hernández JP, Marin-Medina DS. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. *Rev Med Ris.* 2015;21(2): 52-7.
6. Jiménez ÓE, Aniés MPA, Caldentey CV, Rubio FG, Rodríguez MÁH, Manuel MS. Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. *Aten Primaria.* 2018;50:70-9.
7. Antimisiaris D, Cutler T. Managing polypharmacy in the 15-minute office visit. *Prim Care.* 2017;44(3):413-28.
8. Sánchez-Duque JA, García-Zuluaga AF, Betancourt-Quevedo R, Alzate-González MF. ¿Es hora de regular los productos y suplementos herbales? *CIMEL.* 2018;23(2).
9. Machado-Alba JE, Gaviria-Mendoza A, Machado-Duque ME, Chica L. Deprescribing: a new goal focused on the patient. *Expert Opin Drug Saf.* 2017;16(2):111-12.
10. Llobet-Vila L, Manresa-Domínguez JM, Carmona-Segado JM, Franzi-Sisó A, Valles-Balash, Martínez-Díaz I. Dilemas en la enfermedad crónica avanzada: ¿prevención o desprescripción? *Aten Primaria.* 2018;50(10):583-9.
11. Machado-Alba JE. ¿Inercia clínica, que tanto nos afecta? *Rev Med Ris.* 2013;19(1):94-6

Adalberto D. Pantoja-Molina^a, Daniela M. Perilla-Orozco^a, Jorge A. Sánchez-Duque^{a,b}

^aGrupo de Investigación Salud, Familia y Sociedad. Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán. Cauca (Colombia).

^b Grupo de investigación Epidemiología, Salud y Violencia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira. Risaralda (Colombia)

Correo electrónico:
jorandsanchez@utp.edu.co