



Letters to the Editor / Cartas al Editor

¿POR QUÉ SE DIFICULTA LA DEPRESCRIPCIÓN EN LA PRÁCTICA COTIDIANA?. ANÁLISIS DE SUS CAUSAS.

Daniela Carolina Lillo

Médica Especialista en Geriátría, Universidad Maimonides. Medicina General Hospital Lopez Lima. General Roca. Rio Negro. Argentina

Email: daniela.lillo@hotmail.com

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2017;3:74-76.

Señor Editor:

La prescripción medicamentosa inadecuada consiste en el riesgo de sufrir efectos adversos farmacológicos mayores al beneficio clínico esperado, no sólo por la existencia de mejores alternativas, sino también por el uso de fármacos con una mayor frecuencia o mayor duración de la indicada, la duplicidad de medicamentos, uso de drogas con alto riesgo de interacciones medicamentosas, así como el no uso de fármacos beneficiosos y que sí estarían indicados^{1,2}.

El principal antídoto contra este problema es la práctica sistemática de la deprescripción, es decir el cese de un tratamiento de larga duración bajo la supervisión de un profesional médico por medio de su revisión, y que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y/o adición de otros³.

Sin embargo, son muchas las barreras que dificultan el ejercicio de la misma y que deben conocerse a fin de poder neutralizar su negativo efecto. Estas verdaderas "barreras de la deprescripción" pueden clasificarse¹⁻⁴ en:

Barreras del sistema sanitario y de la sociedad:

Dentro de este tipo de barrera se destacan las siguientes razones:

1. Receta electrónica y otros métodos que reactivan automáticamente la prescripción
2. Guías clínicas y protocolos intervencionistas
3. Sistemas de salud impersonales, poco centrados en los pacientes

4. Prescripción inducida: es aquella prescripción generada por otro facultativo cuando el médico de cabecera acepta transcribirla aunque no comparta su planteamiento diagnóstico terapéutico (5).

5. Sobremedicalización y mercantilización de la salud

6. Prescripción íntimamente asociada al acto clínico: La responsabilidad asociada al acto de la prescripción es un evento de reciente data, ya que en la antigüedad el médico elaboraba, prescribía y dispensaba los medicamentos. En cambio, en estos tiempos la producción, distribución y suministro se realizan a través de la farmacindustria, droguerías y del profesional farmacéutico, respectivamente⁶.

7. Múltiples profesionales involucrados en la atención del mismo paciente, sin un médico coordinador.

Barreras del médico:

Dentro de este tipo de barrera se encuentran las siguientes razones:

1. Inercia terapéutica
2. Educación médica centrada en el medicamento
3. Falta de destrezas para cambiar actitudes
4. Reticencias a cambiar medicamentos prescritos por otros facultativos
5. Acceso a información médica inducida por agentes de propaganda médica/farmacológica

Barreras en la relación médico-paciente:

En este tipo de barrera se destacan las siguientes razones:

1. No discutir posibilidades de deprescripción con el paciente/familia
2. No tener en cuenta la perspectiva del paciente
3. Escaso tiempo por consulta en relación a demanda.

Barreras del paciente

1. Percepción de abandono
2. Miedos, vivencias pasadas desagradables durante deprescripciones previas: síndrome de retirada (ej: benzodiacepinas), efecto rebote (ej: taquicardia e hipertensión arterial al discontinuar el beta-bloqueante), desenmascaramiento de interacciones (ej: alteración del RIN al discontinuar el acenocumarol), reaparición de síntomas (ej: insomnio tras el cese de los hipnóticos)

3. Resistencia a abandonar medicamentos que está tomando desde ya hace mucho tiempo
4. Valoración sobreestimada de las prescripciones de los especialistas consultados

CONCLUSIÓN:

El conocimiento de las causas que atentan contra la deprescripción es fundamental a fin de poder desactivarlas y lograr una terapéutica más efectiva y segura.

REFERENCIAS

- 1.- Le Couteur D, Banks E, Gnjdic D, McLachlan A. Deprescribing. Austr Prescr. 2011;34(6):182-5
- 2.- Gavilán E, Villafaina A, Jimenez L. Polimedición en personas mayores. AMF. 2012;8(8):426-33
- 3.- Lillo D. La deprescripción en el anciano: un estudio observacional. Electron J Biomed 2017;2:
- 4.- Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. Arch Intern Med. 2010;170(18):1648-54
- 5.- Danti G, Castellani L. La prescripción inducida en medicina general. Investigación orientada a la reflexión sobre los estudios de utilización de los fármacos. Farm Clin. 1991;3:236-52
- 6.- Maglio I. Responsabilidad médica en la prescripción de fármacos en indicaciones no aprobadas (uso off label). Biblioteca Virtual NOBLE | Octubre 2013.

CORRESPONDENCIA:

Dra. Daniela Carolina Lillo

Medica de Cabecera de PAMI (Programa de Atención Médica Integral) del INSSJP 2011
Res FACUMED UNCO 044/2011.

General Roca

Rio Negro.

Argentina

Email: daniela.lillo@hotmail.com