

Prescripción inadecuada en pacientes polimedicados mayores de 64 años en atención primaria

López-Álvarez Muíño, Xosé Luís; Conde Guede, Lea; Gestoso Lamazares, Tareixa.

CENTRO DE SAÚDE MARIÑAMASA. OURENSE

Cad Aten Primaria
Ano 2015
Volume 21
Páx. 56 - 57

O estudo que presentamos hoxe trata sobre a prescripción inadecuada (PI), un problema frecuente nas consultas dos médicos de familia.

OBXECTIVO

Estudar a PI en pacientes polimedicados maiores de 64 anos de idade pertencentes a catro centros docentes de Atención Primaria de Barcelona.

DESEÑO

Trátase dun estudo descritivo, transversal e multicéntrico.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo realizouse sobre 5667 pacientes con máis de 5 principios activos prescritos, o que supoñía o 51% da poboación maior de 64 anos de idade dos catro centros participantes no estudo. O tamaño mostral resultante foi de 467 pacientes, dos que se recolleron variables demográficas e clínicas. Etiquetouse como PI aqueles pacientes que cumprían polo menos un dos criterios STOPP/START.

RESULTADOS

Dos 467 pacientes incluídos inicialmente excluíronse por diferentes motivos 40 pacientes, quedando finalmente 427 (91%) (Fig. 1). O 60% eran mulleres e a media de fármacos prescritos era de 8.9 ($\pm 2,8$ DE). A PI afectou ao 76.4% da mostra, sendo maior a maior número de fármacos e sen presentar diferenzas significativas coa idade ou o sexo (Fig. 1). Así mesmo, afectou ao 51.4% dos criterios STOPP e ao 53.6% dos criterios START. Entre os criterios STOPP, o máis frecuente fai referencia á aspirina en pacientes sen indicación clara para ela. Tamén resultou rechamante o uso inadecuado de benzodiazepinas e a duplicación de fármacos, entre os que destacaron os antiinflamatorios.

Dentro dos criterios START destacou a falta de antiagregantes en pacientes diabéticos con múltiples factores de risco cardiovascular, a omisión de estatinas nestes mesmos pacientes, así como a non prescripción de metformina en pacientes diabéticos con síndrome metabólica.

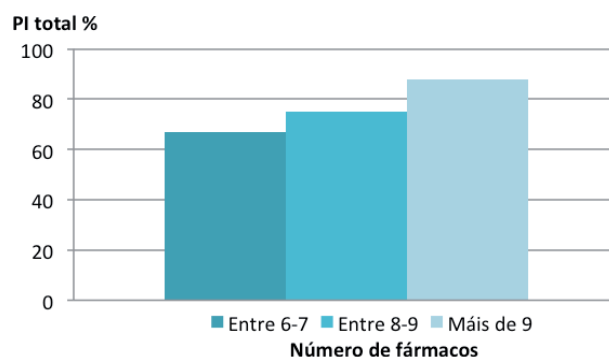


FIGURA 1

DISCUSIÓN

A polimedicación pódese definir en termos cuantitativos, atendendo á utilización de máis dun número determinado de fármacos, pero tamén pode definirse en termos cualitativos, tendo en conta a utilización de fármacos pouco axeitados (criterios STOPP) ou pola contra pola non utilización dun fármaco indicado (criterios START).

Pode acontecer que os pacientes teñan unha soa enfermidade que require múltiples fármacos ou pacientes con múltiples enfermidades. A polimedicación constitúe un problema de saúde pública nos países desenvolvidos e ademais está asociada a maior mortalidade en persoas anciás, de aí a importancia das conclusións que se obteñen de estudos coma o presente¹. O 18% da poboación española ten máis de 65 anos de idade² e o 80% dos usuarios do sistema público presenta algunha enfermidade crónica, das cales deriva o 70% do gasto sanitario. Sabemos que o 80% das consultas en atención primaria son crónicas e que o 60% dos ingresos hospitalarios son de pacientes crónicos que ademais ingresarán en múltiples ocasións e consumirán múltiples fármacos. As enfermidades crónicas non se curan senón que se coidan.

Prescripción inadecuada en pacientes polimedicados mayores de 64 años en atención primaria. Filomena-Paci J, García-Alfaro M, Redondo-Alonso F, Fernández- San-Martín M, Grupo Polimedicación Litoral. Aten Primaria. 2015;47(1):38-47

Por todo isto, o debate está servido; xa no ano 2013 a revista Atención Primaria publicaba un artigo especial sobre a medicalización da vida na consulta³. É evidente que o sistema sanitario ten que dar un cambio radical: pasar de curar a coidar pero con dignidade, limitando os esforzos terapéuticos e o exceso de tecnoloxía e de fármacos. A calidade da atención que prestamos, como dicía Donabedian, é o balance entre os beneficios e os danos á saúde, de aí a importancia dunha prescripción adecuada⁴. E para levar a cabo unha prescripción prudente son indispensables tres principios: a formación, a honestidade e a empatía do médico cos seus pacientes.

O uso de seis fármacos é, en si mesmo, un preditor independente de mortalidade (OR:3) e é difícil xustificar a necesidade de tomar máis de seis principios activos⁵.

Existen moitas formas de avaliar a adecuación da prescripción á que sometemos aos nosos pacientes: os criterios STOPP/START⁶ (aínda que neste estudo se utilizou unha versión validada para España⁷), os criterios de Beers⁸ (que son máis utilizados en Estados Unidos), guías de práctica clínica baseadas na evidencia, etc., pero en ocasións estas só son tidas en conta cando as súas recomendacións coinciden coa interpretación persoal que temos da evidencia⁹. Por outra parte, o que é bo para unha enfermidade non sempre é o mellor para unha persoa maior; por iso se require un equilibrio entre o exceso de prescripcións e as infraprescripcións. A miúdo as persoas maiores teñen múltiples problemas de saúde. Así, para un hipotético paciente de idade avanzada que padece unha enfermidade pulmonar obstrutiva crónica, diabeite tipo 2, osteoporose, hipertensión e artrose, as guías de práctica clínica recomendarían máis de 12 medicamentos¹⁰. Isto xera o que chamamos cascadas terapéuticas, porque aparecen efectos secundarios dun fármaco que a miúdo non se identifican como tal senón coma un novo síntoma para o cal se prescribe un novo medicamento¹¹. Por exemplo, os antipsicóticos poden producir síntomas e signos extrapiramidais e simular unha enfermidade de Parkinson, os inhibidores da colinesterasa incontinencia urinaria, os diuréticos tiazídicos hiperuricemia, os antiinflamatorios non esteroides hipertensión arterial, etc., todos eles fármacos prescritos con moita frecuencia en persoas maiores, e cuxos síntomas son tamén moi prevalentes.

Este estudo pon polo tanto de manifesto a importancia de revisar e individualizar os tratamentos dos nosos pacientes, ademais da necesidade de posuír sistemas computarizados que nos axuden a prescribir ou a identificar prescripcións inadecuadas utilizando criterios coma os aquí empregados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M, Benser M, Bates DW. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. *Arch Intern Med.* 2001;161(13):1629.

2. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población a 1 de julio de 2013, resultados provisionales. Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y nacionalidad. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/p321/serie/10/&file=01003.px&type=pcaxis&L=0>
3. Cerecedo-Pérez MJ, Tovar-Boboc M, Rozadilla-Arias A. Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos? *Aten Primaria.* 2013;45(10):536-540.
4. Donabedian A. La calidad de la Atención médica. México DF: Prensa Médica Mexicana. 1984;95-151.
5. Incalzi AR, Capparella O, Gemma A, Porcedda P, Raccis G, Sommella L. A simple method of recognizing geriatric patients at risk for death and disability. *J. Am Geriatr Soc.* 1997;45:945-8.
6. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2008;46:72-83.
7. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:273-9.
8. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med.* 2003;163:2716-24.
9. Owen-Smith A, Coast J, Donovan J. The usefulness of NICE guidance in practice: different perspectives of managers, clinicians and patients. *International Journal of technology Assessment in Health Care* 2010;26(3):317-322.
10. Boyd CM, Darer J, Boult C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA.* 2005;294:716.
11. Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ.* 1997;315:1096.