

Uso racional de fármacos como buena práctica clínica. Deprescribir como actividad de prevención cuaternaria

The rational use of medicines as good clinical practice. Deprescribing as a form of quaternary prevention

Óscar Esteban-Jiménez^{a,g,k}, María Aránzazu Murciano-Antón^{b-d,i,k}, Isabel Barrio-Díez^{h,j,k} y Eloísa Rogero-Blanco^{e,f,i,k}

^a Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bombarda. Zaragoza (España)

^b Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Directora del Centro de Salud Universitario Dr. Pedro Laín Entralgo. Alcorcón. Madrid (España)

^c Profesora asociada vinculada. Facultad de Ciencias de la Salud. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid (España)

^d Program in Biomedical Sciences and Public Health. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid (España)

^e Centro de Salud General Ricardos. Madrid (España)

^f Red de Investigación Cooperativa en Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS)

^g Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos de la Sociedad Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC)

^h Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sárdoma. Vigo (España)

ⁱ Grupo de Trabajo de Farmacoterapia de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC)

^j Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos de la Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC)

^k Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

CORREO ELECTRÓNICO:

Óscar Esteban Jiménez. oscarrej@hotmail.com

La historia del medicamento está ligada a la de la humanidad. Desde el uso ancestral de la corteza de sauge para aliviar el dolor hasta la llamada «era milagrosa» de los antibióticos, el ser humano siempre ha buscado alivio en sustancias terapéuticas. El enorme desarrollo farmacológico actual ha facilitado una paradoja: nunca hemos dispuesto de tantos fármacos eficaces y seguros, pero tampoco antes habíamos estado tan expuestos a los riesgos derivados de su uso excesivo o inadecuado.

En los últimos 50 años, la explosión de información y productos farmacéuticos ha transformado enfermedades antes mortales en condiciones crónicas que, junto al envejecimiento poblacional y la presión asistencial, favorecen la prescripción automática, más reactiva que reflexiva. La polifarmacia^{1,2}, junto con la prescripción inapropiada, constituye hoy un problema de salud pública de primera magnitud. Las consecuencias clínicas son evidentes: aumento de reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones medicamentosas, hospitalizaciones evitables, caídas, deterioro funcional y pérdida de adherencia terapéutica^{3,4}.

Ante este escenario, el uso racional de los medicamentos constituye una exigencia ética, científica y social. La Organización Mundial

de la Salud (OMS)^{5,6} lo definió en 1985 como aquel uso en el que las personas reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en dosis apropiadas, durante el tiempo necesario y al menor coste posible para ellas y la comunidad. En la práctica, esto implica transformar la prescripción en un proceso de razonamiento clínico basado en la evidencia, la individualización y la eficiencia. Prescribir de forma razonada significa integrar el conocimiento farmacológico, el juicio clínico y los valores del paciente.

El concepto de prescripción razonada, promovido por la OMS^{5,6} y asumido plenamente por la Atención Primaria española, es un pilar fundamental de las buenas prácticas clínicas, donde el 90% de las prescripciones se emiten en este nivel asistencial⁷, el personal médico de familia ocupa una posición estratégica: posee una visión integral de sus pacientes y, por tanto, la capacidad de coordinar, revisar y decidir. Desde esta centralidad, la Atención Primaria constituye el escenario idóneo para iniciar tres procesos complementarios y fundamentales: el uso racional de medicamentos, el estudio de la polifarmacia y la deprescripción.

La deprescripción⁸ se ha consolidado como una herramienta clave dentro de la prevención cuaternaria (**figura 1**); es decir, aquellas



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

intervenciones destinadas a evitar el daño iatrogénico derivado de la sobreutilización de recursos sanitarios. La deprescripción busca optimizar la calidad de vida y, lejos de representar la renuncia a tratar, significa devolver sentido al acto médico, eliminando tratamientos cuyo balance riesgo-beneficio ha dejado de ser favorable o cuya indicación inicial ya no es vigente. Deprescribir es «un proceso sistemático para identificar y retirar aquellos medicamentos cuyos riesgos superan los beneficios dentro de los objetivos terapéuticos del paciente»⁹.

No se trata de una moda, sino de un imperativo clínico respaldado por la evidencia. Numerosos estudios¹⁰ han demostrado que la deprescripción no incrementa la mortalidad ni empeora la calidad de vida; al contrario, reduce las caídas, mejora la funcionalidad y revaloriza la relación médico-paciente. Este proceso es prioritario en pacientes frágiles, polimedicados o con expectativa de vida limitada. La farmacovigilancia y las estrategias de revisión de tratamientos encuentran aquí su complemento lógico: un compromiso por la seguridad del paciente que abarca tanto la detección de reacciones adversas como la prevención de prescripciones innecesarias.

Entre las estrategias de abordaje más eficaces, se incluyen la conciliación terapéutica, la revisión periódica de la medicación (basada en revisar, analizar, actuar, toma de decisiones compartidas [TDC] y monitorizar) y el uso de herramientas que ayudan a identificar fármacos inapropiados en población anciana. Entre estas destacan los Criterios STOPP/START v3¹¹, los Criterios de Beers¹², LESS-CHRON¹³ y diversas escalas de carga anticolinérgica como ACB¹⁴ o CRIDECO¹⁵. Sin embargo, más allá de los protocolos, la clave radica en la

actitud crítica de la médica o el médico y en su disposición a ejercer una medicina más centrada en la persona que en la enfermedad.

El fenómeno de la cascada terapéutica¹⁶, cuando un nuevo fármaco es prescrito para tratar un efecto secundario de otro, ilustra cómo el exceso de confianza en la farmacología puede derivar en un círculo de daño iatrogénico. Este proceso, más en pacientes frágiles, agrava la polimedicación e incrementa el riesgo de eventos adversos. Frente a ello, la prudencia clínica y la sospecha diagnóstica son herramientas preventivas de alto valor: ante un síntoma nuevo, debe considerarse siempre la posibilidad de una RAM.

Las barreras para la deprescripción son conocidas: falta de tiempo en consulta, inercia terapéutica, temor a la descompensación y escasa comunicación entre niveles asistenciales. Aunque hay facilitadores potentes: el trabajo multidisciplinar, la TDC, el uso de algoritmos, la educación sanitaria y una buena relación médico-paciente. En Atención Primaria, la deprescripción es un compromiso ético y social que implica reconocer los límites del tratamiento y priorizar los objetivos vitales sobre los biomédicos. Es un ejercicio de humildad profesional: saber no solo qué prescribir, sino cuándo retirar el medicamento, actuando como una forma avanzada de prevención cuaternaria orientada a evitar el daño innecesario.

No debemos olvidar que los ensayos clínicos tienen limitaciones¹⁷: incluyen muestras pequeñas y poblaciones seleccionadas. Muchos medicamentos llegan al mercado con información incompleta sobre riesgos en grupos vulnerables. De ahí la importancia de una farmacovigilancia activa y de una revisión crítica constante, tareas

Figura 1. Uso racional de fármacos. Deprescribir como actividad de prevención cuaternaria



en las que la Atención Primaria debe desempeñar un papel protagonista.

Uso racional y deprescripción son dos caras de la misma moneda que buscan el equilibrio entre beneficio y riesgo. La primera garantiza que los medicamentos se utilicen de forma justa; la segunda, que se retiren cuando su uso ya no es necesario. La aplicación de ambas actuaciones se asocia a una medicina más segura, sostenible y humana. Con el envejecimiento y la multimorbilidad, se impone un cambio cultural donde la calidad asistencial se mida por la pertinencia y seguridad de cada tratamiento, alejándose del automatismo.

Como recordaba Philippe Pinel, «es un arte mayor saber cuándo suspender o siquiera omitir un medicamento». Deprescribir no es restar, sino sumar prudencia y respeto por el o la paciente. El reto moderno es aprender a usar mejor los fármacos y a retirarlos cuando no son necesarios. En ese equilibrio reside el futuro de la Atención Primaria como garante de una asistencia segura, eficiente y centrada en la persona, bajo la premisa de *primum non nocere*. Como dijo Coco Chanel: «La simplicidad es la clave de la verdadera elegancia. Menos es más».

BIBLIOGRAFÍA

1. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 2017;17:230.
2. Hernández-Rodríguez MÁ, Sempere-Verdú E, Vicens-Caldentey C, González-Rubio F, Miguel-García F, Palop-Larrea V, et al. Evolution of polypharmacy in a Spanish population (2005-2015): a database study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. [Internet]. 2020;29:433-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/Pds.4956>
3. Deprescripción (Ed). Información Farmacoterapéutica de la Comarca (INFAC). Vol. 21, N.º 8, 2012.
4. Esteban Jiménez Ó, Navarro Pemán C, González Rubio F, Lanuza Giménez FJ, Montesa Lou C. Análisis de la incidencia y de las características clínicas de las reacciones adversas a medicamentos de uso humano en el medio hospitalario. [A study of incidence and clinical characteristics of adverse drug reactions in hospitalized patients]. *Rev Esp Salud Publica*. 2017 Dec 22;91:e201712050. Spanish. PMID: 29269726; PMCID: PMC11587308.
5. De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guía de buena prescripción. En: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [Consultado el 9 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/jh2991s/>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts (El uso racional de medicamentos. Informe de la conferencia de expertos). Ginebra: OMS; 1985.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Consultado 10 mayo 2026]. Disponible en: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.hacienda.gob.es%2Fcdi%2Fgasto%2520sanitario%2Fserie%2520gasto%2520farmac%25c3%25a9utico%2520y%2520sanitario.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>
8. Esteban Jiménez Ó, Arroyo Aniés MP, Vicens Caldentey C, González Rubio F, Hernández Rodríguez MÁ, Sempere Manuel M. Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. [Deprescribing to increase people health or when deprescribing could be the best pill]. *Aten Primaria*. 2018 Nov;50 Suppl 2(Suppl 2):70-79. Spanish. DOI: 10.1016/j.aprim.2018.09.001. Epub 2018 Sep 29. PMID: 30279013; PMCID: PMC6837147.
9. Bortolussi-Courval É, Smyth E, Costiniuk C, Falutz J, Ross SB, Liu K, et al. Prevalence of medication overload among older people with HIV: a MedSafer study. *BMC Infect Dis*. 2024 Oct 25;24(1):1204. DOI: 10.1186/s12879-024-10105-9. PMID: 39455936; PMCID: PMC11520045.
10. García Pliego RA, Baena Díez JM, Herreros Herreros Y, Acosta Benito MÁ. Deprescripción en personas mayores: es el momento de pasar a la acción. [Deprescription in old people: It's time to take action]. *Aten Primaria*. 2022 Aug;54(8):102367. Spanish. DOI: 10.1016/j.aprim.2022.102367. Epub 2022 May 30. PMID: 35653980; PMCID: PMC9160471.
11. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *European Geriatric Medicine*. 2023;14(4):681-93.
12. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. [Internet]. 2023;71(7):2052-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.18372>
13. Rodríguez-de Francisco L, Rodríguez-Pérez A, Mejías-Trueba M, Beobide-Tellería I, Juanes-Borrego AM, Saavedra-Quirós V, et al. Protocolo de validación de la herramienta de deprescripción LESS-CHRON en pacientes pluripatológicos. Proyecto LESS-CHRON-VALIDATION. *Farm Hosp*. [Internet]. 2022;46(5):311-5. Disponible en: SciELO España
14. Boustani M, Campbell N, Munger S, Maidment I, Fox C, Cummings J, et al. Impact of medications on the cognitive function of elderly people: a systematic review. *Drugs Aging*. 2008;25(10):857-71.
15. Ramos García H, Climent Catalá MT, Gasull Molinera V, Sánchez Roy R, Pérez Tur J, Pardo Albiach J, et al. CRIDECO: un proyecto para crear ciudades neuroprotegidas. *Farmacéuticos Comunitarios*. [Internet]; 2019.
16. Llop R, Rodríguez D. Cascada terapéutica: prevención, identificación y adecuación del tratamiento. *Bulletí d'Informació Terapèutica (BIT)*. 2021;32(1):1-6.
17. McGavock H. Prescription-related illness - a scandalous pandemic. *J Eval Clin Pract*. 2004;10:491-7.