



CARTAS AL DIRECTOR

Desprescripción: guiando su definición

Deprescribing: guiding its definition

Aitana Rodríguez-Pérez¹, Bernardo Santos-Ramos¹,
Eva Rocío Alfaro-Lara²

¹UGC Farmacia, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Sevilla. España.

Autor para correspondencia

Aitana Rodríguez Pérez
Avda. Manuel Siurot s/n. 41013-Sevilla. España

Correo electrónico:
aitanarp@gmail.com

Recibido el 4 de julio de 2017;
aceptado el 13 de septiembre de 2017.

DOI: 10.7399/fh.10848

Sra. Directora:

Hemos leído atentamente la carta titulada "Deprescripción ¿de qué estamos hablando?", publicada en el último número de la revista y, agradeciendo a los autores la difusión de la controversia existente, quisiéramos comentar nuestra visión¹. En la carta no se concluye si el concepto de deprescripción debe equipararse al de adecuación o debe ser diferente en base a la cita de los estudios seleccionados por los autores, de los que se desconoce el criterio de selección. Según nuestro criterio son conceptos diferentes, complementarios pero necesarios.

La suspensión de un fármaco considerado inadecuado para un paciente ha existido desde siempre. Sin embargo, ante el creciente problema de la polimedización surge el concepto de deprescripción como: *un proceso de revisión y evaluación del plan terapéutico a largo plazo, que permita suspender, sustituir o modificar la dosis de fármacos, que fueron prescritos adecuadamente, pero que, bajo ciertas condiciones clínicas pueden considerarse innecesarios o con una relación beneficio-riesgo desfavorable*¹.

El concepto clave es la suspensión de medicamentos prescritos adecuadamente. Además, hay dos características claras que deben diferenciar al proceso de deprescripción: la monitorización de las variables de salud para impedir resultados negativos tras la retirada del fármaco y la consideración del pronóstico de vida del paciente como una condición relevante a la deprescripción de ciertos tratamientos. Esto último se explica con los fármacos prescritos de forma preventiva cuyo tiempo hasta beneficio espe-

rado supera dicha esperanza de vida o prescritos durante un tiempo mayor que el que han demostrado ser eficaces².

Sobre el debate que plantean los autores de si la deprescripción debe hacer referencia a un objetivo o un proceso, creemos que debe hacer referencia a un proceso. En la revisión citada en la carta se puede comprobar como la mayoría de los artículos que incluyen una definición, incluyen la palabra proceso. Es más, debe ser un proceso guiado y basado en la evidencia, que además tenga en cuenta las preferencias del paciente³.

La forma en la que se realiza dicho proceso es, precisamente, lo que ahora se está investigando, fundamentalmente por tres grandes grupos, australiano, canadiense y el nuestro. Hasta el momento, se han desarrollado sobre todo herramientas de ayuda a la deprescripción implícitas, tipo algoritmos de decisión. El grupo australiano (*Australian Deprescribing Network*) enfoca el proceso como un paso más de la "correcta prescripción", es decir, adecuación, y ha creado recientemente una herramienta de este tipo³. Del mismo modo, los canadienses (*CaDeN: Canadian Deprescribing Network*), que sí diferencian el proceso de el de adecuación, han desarrollado el proyecto "*Deprescribing Guidelines for the Elderly*", creando guías de ayuda para la retirada de grupos de fármacos concretos⁴. Las herramientas explícitas, del tipo criterios, son menos abundantes. El grupo CRONOS de la SEFH y nuestro grupo, apoyados por el de Pluripatología y Edad Avanzada de la SEMI hemos desarrollado una de ellas, los criterios LESS-CHRON. Esta herramienta permite sistematizar, en base a la



evidencia disponible, la desprescripción de fármacos. Todo ello, centrado en un grupo especialmente vulnerable y proclive a la polimedicación: los pacientes crónicos complejos⁶. Se trata de un listado, desarrollado siguiendo la metodología Delphi modificada, de 27 criterios (binomios fármaco-indicación para la que se encuentra prescrito) que recogen: condición que justifica la desprescripción, variable de salud a monitorizar y tiempo de seguimiento recomendado para valorarlos.

Bibliografía

1. Rodríguez Pérez A, Alfaro Lara ER, Nieto Martín MD, Ruiz Cantero A, Santos Ramos B. Deprescribing in patients with multimorbidity: a necessary process. *Eur J Intern Med.* 2015;26:18-9.
2. Hardy JE, Hilmer SN. Deprescribing in the last year of life. *J Pharm Pract Res.* 2011;41:146-51.
3. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, *et al.* Reducing inappropriate polypharmacy. The process of deprescribing. *JAMA.* 2015;175:827-34.
4. Canadian Deprescribing Network (CaDeN). Annual Report 2016 [Internet]. Québec: CaDeN; 2016 [consultado 03/07/2017]. URL: http://deprescribing.org/wp-content/uploads/2015/11/CaDeN_Annual-Report_23Jan2017_en_web.pdf
5. Rodríguez-Pérez A, Alfaro-Lara ER, Albiñana-Pérez S, Nieto-Martín MD, Díez-Manglano J, Pérez-Guerrero C *et al.* Novel tool for deprescribing in chronic patients with multimorbidity: List of Evidence-Based Deprescribing for Chronic Patients criteria. *Geriatr Gerontol Int.* 2017. En prensa. doi: 10.1111/ggi.13062

En base a todo lo anterior, nos reiteramos en la necesidad de referirse a la desprescripción cuando corresponda, diferenciándolo de la adecuación de la forma en la que nuestro grupo ha desarrollado el concepto y la herramienta LESS-CHRON.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.