



Cartas al Director
Artículo español

Desprescripción en el paciente crónico terminal: las estatinas como ejemplo para hacernos reflexionar

Deprescribing in the chronic terminal patient: statins as an example for reflection

Cristóbal Gallego Muñoz¹, Luis Olmos Gutiérrez², Elena Urbieto Sanz²

¹ Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia), España

² Universidad de Sevilla, España

Señor director:

El término desprescripción o deprescripción ha ido evolucionando a lo largo de los años e incorporando diferentes matices ⁽¹⁻⁶⁾. Ponemos como ejemplo la definición de Rodríguez-Pérez et al en 2015 ⁽⁷⁾: “proceso de revisión y evaluación del plan terapéutico a largo plazo, con el objetivo de suspender, sustituir o modificar la dosis de esos fármacos (que fueron prescritos adecuadamente) que bajo ciertas condiciones clínicas pueden considerarse innecesarios o con una relación beneficio-riesgo desfavorable”.

El término ha sido incluido recientemente como descriptor MesSH (Medical Subject Heading) en el tesoro editado por la *National Library of Medicine*, detalle inequívoco de la gran difusión que ha alcanzado entre los profesionales sanitarios.

El proceso de desprescripción no resulta fácil en muchas situaciones clínicas en pacientes crónicos, quizás por cierta inseguridad o falta de experiencia. Es frecuente que en enfermos con cáncer avanzado se mantengan fármacos hipocolesterolemiantes como son las estatinas, fármacos cuyo objetivo terapéutico es prevenir problemas cardiovasculares a medio y largo plazo. En un ensayo clínico aleatorizado ⁽⁸⁾ (N=381 pacientes; 192 en el grupo control y 189 en el grupo intervención) publicado en 2015, los autores compararon el efecto de mantener y de retirar las estatinas en enfermos avanzados (aproximadamente el 50 % eran oncológicos) con pronóstico de supervivencia inferior al año. No se encontraron diferencias relevantes entre los dos grupos en eventos cardiovasculares (11 en el grupo control y 13 en el grupo intervención; p = 0,64), fallecimientos en los dos primeros meses (39 en el grupo control y en el grupo intervención; p = 0,36) ni en supervivencia (mediana de 190 días en el grupo control y mediana de 229 días en el grupo intervención; p = 0,60).

Este estudio tiene que hacernos reflexionar sobre la opción de retirar fármacos indicados para prevenir problemas a largo plazo en enfermos que tienen un pronóstico limitado a corto plazo, resultando ser en el caso concreto de las estatinas una práctica segura y eficiente. En nuestra opinión, no tiene sentido crear molestias, iatrogenia y gasto

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: toba_gallego@hotmail.com (Cristóbal Gallego Muñoz).

Recibido el 10 de octubre de 2017; aceptado el 16 de octubre de 2017.



para prevenir complicaciones que se proyectan en el tiempo en pacientes en quienes se prevé que este tiempo va a ser muy limitado.

Con respecto al coste de estos tratamientos, el precio mensual con estatinas oscila entre 1,58 € (simvastatina 20 mg) ⁽⁸⁾ y 28,55 € (pitavastatina 2 mg) ⁽⁹⁾ por paciente. Por otro lado, más de 100.000 pacientes oncológicos pasan cada año a situación terminal en nuestro país y por lo tanto con mal pronóstico a corto plazo, aunque desconocemos cuántos de estos pacientes están tratados con estatinas. Si realizamos un análisis de sensibilidad, y asumimos que un 10 %, 20 %, 30 % o 40 % de estos pacientes están siendo tratados con estatinas en el momento de la nueva situación clínica (fase terminal), el ahorro anual estimado se situaría en 189.600 € - 3.426.000 €, 379.200 € - 6.852.000 €, 568.000 € - 10.278.000 € y 758.400 € - 13.704.000 €, respectivamente en el caso de retirada de estatinas de su arsenal terapéutico.

Estos datos deben hacernos reflexionar sobre el tema y hacernos formular una pregunta: *¿Qué fármacos se pueden retirar en el enfermo avanzado?*

Todo, por el bien de la sociedad presente y futura.

Contestación a la carta de Angeles Franco-Lopez, miembro del Comité Editorial de JONNPR

Estimados Doctores Gallego Muñoz, Olmos Gutiérrez y Urbietta Sanz :

Consideramos su carta de gran interés y motivo de reflexión para todo el sistema sanitario de nuestro país.

La sostenibilidad de nuestro sistema público ha sido y es motivo de preocupación para los gestores y los políticos. Medidas como las que usted apunta tendrían un impacto importante en la economía, ya que a los fármacos habría que añadir todas las pruebas diagnósticas inútiles que se realizan a pacientes terminales en los que ya se han agotado todas las medidas terapéuticas y sin embargo se le siguen haciendo controles de tomografía computarizada, etc., lo que, además de ser un gasto inútil, parece un intento de mantener unas expectativas que son vanas.

El problema, a mi juicio, en este país va a ser muy complejo porque la sanidad ha sido y es utilizada como arma política. Mientras eso siga siendo así me gustaría saber cuál es el partido político valiente (¿o suicida?) que se atreve a decir que debemos de desprescribir los fármacos, no solo por su impacto en el ahorro sanitario, sino por los efectos secundarios que provocan en pacientes a los que ya no van a beneficiar.

Podemos, cada uno de nosotros, desde nuestro micromundo, hacer esfuerzos para que impere el sentido común, pero ya sabemos que la lucha individual es ardua y acaba agotando al individuo cuando este no es defendido por el sistema. Probablemente la solución sea agruparnos y hacer una asociación o varias contra el "sobreuso" de la medicina. Desde aquí le animo a dar ese paso. Cuente con toda nuestra colaboración.

Angeles Franco-Lopez

Miembro del Comité Editorial de JONNPR

Referencias

1. Woodward MC. Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People through Reducing Medications. *Journal of Pharmacy Practice and Research*. 2003; 33:323-328.
2. Le Couteur D, Gnjjidic D, McLachlan A. Deprescribing. *Australian Prescriber*. 2011; 34:182-185.
3. Thompson W, Farrell B. Deprescribing: what is it and what does the evidence tell us? *Can J Hosp Pharm*. 2013; 66:201-202.

4. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Courteur D, Rigby D et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA*. 2015; 175:827-834.
5. Gavilan-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jimenez-de Gracia L, Gomez Santana MC. Ancianos frágiles polimedcados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012; 47:162-167.
6. Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*. 2015; 80:1254-1268.
7. Rodriguez Perez A, Alfaro Lara ER, Nieto Martin MD, Ruiz Cantero A, Santos Ramos B. Deprescribing in patients with multimorbidity: a necessary process. *Eur Intern Med*. 2015; 26:e18-19.
8. Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH, Ritchie CS, Bull JH, Fairclough DL et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2015; 175:691-700.
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 26 Septiembre 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/nomenclator.do>.
10. Servicio Murciano de Salud [consultado 26 Septiembre 2017]. Disponible <http://www.murciasalud.es/gftb.php?idsec=474&opt=ficha1&cod=C10AA08&area=1>.