



CARTAS AL DIRECTOR

Deprescribir al final de la vida

Gabriela Picco^{*1}, Judith Poblet², Roberto Santos³ y Rocío Ríos⁴

¹Médico Internista-Paliativista, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios, Pamplona. ²Residente de Medicina Interna. Complejo Universitario de Navarra. Pamplona. ³Farmacéutico, Jefe de Servicio de Farmacia, Hospital San Juan de Dios, Pamplona. ⁴Médico de familia-paliativista, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios, Pamplona. España

Recibido el 25 de julio de 2017

Aceptado el 01 de agosto de 2017

Picco G, Poblet J, Santos R, Río R. Deprescribir al final de la vida. Med Paliat. 2019;26(1):86-87.

Sr. Director:

Sanz Rubiales y cols.¹ proponen considerar la deprescripción de fármacos al final de la vida, ya que la futilidad en la prescripción médica es una realidad en los pacientes derivados a Cuidados Paliativos (CP). Varios estudios² muestran que los pacientes con cáncer avanzado continúan recibiendo medicamentos innecesarios, lo que hace evidente la necesidad de clarificar los objetivos terapéuticos. En CP, un fármaco se considera fútil si no tiene un beneficio a corto plazo en el control de síntomas o en la calidad de vida.

Los pacientes con una expectativa de vida menor a un año reciben fármacos para tratar o prevenir enfermedades crónicas y otros destinados al control de síntomas, con lo cual la polifarmacia crece a medida que se acerca el final de la vida: el 47 % de los pacientes reciben más de 10 fármacos durante el último mes de vida³.

La práctica de deprescribir está sustentada por una creciente evidencia⁴, y se define como el proceso de optimización de un tratamiento suspendiendo fármacos inapropiados. Los objetivos son: reducir los efectos secundarios vinculados a interacciones múltiples, mejorar la calidad de vida del paciente y mejorar la adherencia^{4,5}.

Goncalves y cols.², en un estudio multicéntrico, señalan que los protectores gástricos podían considerarse fútiles en el 50 % de sus pacientes.

Con los fármacos que más se ha investigado es con las estatinas, y se considera seguro deprescribirlas en pacientes que la reciben como prevención primaria y secundaria⁶.

Otros fármacos que deben considerarse PIM (Medicamentos Potencialmente Inapropiados) son: aspirina, anticoagulantes, antihipertensivos, hipoglucemiantes, bifosfonatos y fármacos para la demencia.

Aunque el impacto en la calidad de vida y en el gasto farmacéutico está bien documentado, la deprescripción al final de la vida sigue siendo un asunto controvertido y las guías que se han elaborado no han influido en la práctica clínica⁵.

Sirven de ayuda las cuestiones que Holmes y cols.⁷ recomiendan tener en cuenta:

- Estimar la expectativa de vida del paciente (considerar el contexto de la fragilidad y la trayectoria de declive clínico del paciente).
- Identificar los objetivos del cuidado que se quiere dar.
- Valorar el tiempo estimado que se necesita para que un fármaco evidencie el beneficio de su uso.
- Determinar el objetivo diana de un determinado fármaco: es para prevenir una enfermedad, para tratar su consecuencia o para tratar un síntoma.
- Considerar si el fármaco puede ser interrumpido bruscamente o no.

*Autor para correspondencia:

Gabriela Picco

Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Juan de Dios. c/ Beloso Alto, 3. 31006, Pamplona, Navarra, España

Correo electrónico: abpicco@hotmail.com

DOI: [10.20986/medpal.2019.1032/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1032/2019)

Es acuciante la necesidad de crear un consenso que ayude a la toma de decisiones en la deprescripción al final de la vida, y que esta práctica sea considerada dentro de un marco adecuado a las singularidades de las diferentes trayectorias de final de vida, objetivos del cuidado y preferencias de los pacientes.

Bibliografía

1. Sanz Rubiales A, del Valle ML, Fernández M, Ferreira R. ¿Qué fármacos se pueden retirar en el enfermo avanzado? *MEDIPAL* 2017;24(3):169-70.
2. Goncalves F, Almeida A, Antunes C, Cardoso M, Carvalho M, Claro M, et al. Symptoms other than pain in palliative care in Portugal. *Am J Hospice Palliat Med* 2015;32(3):335-40.
3. Morin L, Vetrano D, Rizzuto D, Calderón Larrañaga A, Fastbom J, et al. Choosing wisely Measuring the burden of medications in older adults near the end of life: nationwide longitudinal cohort study. *Am J Med* 2017;130(8):927-36.
4. Gnjidic D, Costeur DGL, Hilmer SN. Discontinuing drug treatments. *BMJ*. 2014;349: g7013.
5. Lindsay J, Dooley M, Martin J, Fay M, Kearney A, Barras M. Reducing potentially inappropriate medications in palliative cancer patients: evidence to support deprescribing approaches. *Support Care Cancer*. 2014;22(4):1113-9.
6. 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(5):691-700.
7. Holmes HM, Hayley DC, Alexander GC, Sachs GA. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. *Arch Intern Med* 2006;166(6):605-9.