



Deprescripción y la seguridad en el uso de medicamentos

Chile está envejeciendo a un ritmo cada vez más acelerado. En 2004, la población de 60 años o más representaba el 11,6% del total, mientras que los de 80 años o más conformaban solo el 1,6%. Hoy, 20 años después, existe un aumento en la proporción de personas mayores de 19,2% de la población y un incremento en la franja de 80 años o más de 3,2% del total. De acuerdo a proyecciones del Centro de Conocimiento e Investigación en Personas Mayores de la UDD, para 2044 cerca del 30% de la población tendrá 65 o más años. Esto conlleva nuevos desafíos, sobre todo en el área de la salud y, en particular, en la farmacología.

Si lo anterior lo cruzamos con los alarmantes indicadores de la prevalencia de enfermedades crónicas en el país, donde las personas mayores suelen presentar una mayor carga de enfermedad, respecto del resto de la población, nos enfrentamos a un incremento del uso de

medicamentos que requiere atención. Esto implica una mayor prevalencia de la polifarmacia (cuando una persona consume más de cinco medicamentos al día), incrementándose los errores de medicación, problemas de adherencia a los tratamientos, además de una mayor incidencia y prevalencia de efectos adversos, posicionando a las personas mayores como uno de los grupos con mayor vulnerabilidad

En este escenario, estrategias como la deprescripción, o la revisión sistemática de la medicación, con el objetivo de lograr una mejor relación riesgo-beneficio del paciente, aparece como lo óptimo para este segmento de la población. Este abordaje clínico busca disminuir los efectos indeseados o la sobreutilización de fármacos para minimizar sus riesgos, siendo el camino para una prescripción segura y más efectiva.

No obstante, este debe enfocarse en un proceso continuo y liderado

siempre por el médico tratante, con varios factores que deberán ser considerados para llevarse a cabo, como el tipo de enfermedad, las clases de medicamentos o si la persona está cerca del fin de la vida o posee una enfermedad terminal, por ejemplo. Pero esto no implica, necesariamente, la suspensión de un medicamento, sino que también la disminución de dosis o el aumento de intervalos de administración e, incluso, la disminución paulatina de un medicamento para incorporar otro.

Estrategias de este tipo -que buscan la seguridad y la efectividad de los tratamientos farmacológicos en personas mayores- debiesen impulsar una mejor comunicación entre médicos especialistas (cardiólogos, diabetólogos, geriatras u otros que pueden atender a un misma persona), pacientes y químicos farmacéuticos, que tiendan a enfoques de atención más integrales y proactivos.



Paula Molina
Químico farmacéutico de Farmacias Ahumada