

El uso de una herramienta de apoyo para la desprescripción no redujo las reacciones adversas a medicamentos en adultos mayores

The use of a decision support tool did not reduce adverse drug reactions in older adults

Comentado de:

McDonald EG, et al. *JAMA Intern Med.* 2022 Mar 1;182(3):265-273. doi: 10.1001/jamainternmed.2021.7429. PMID: 35040926¹

Objetivo

Evaluar el efecto de una herramienta electrónica de apoyo a la decisión de desprescripción sobre las reacciones adversas a medicamentos (RAM) después del alta hospitalaria en adultos mayores con polifarmacia.

Diseño y lugar

Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados en cuña (en inglés, *stepped-wedge*) en el que todos los hospitales participantes pasaron primero por una fase control y después por una fase de intervención de manera secuencial. El orden en el cual pasaban de la fase control a la fase de intervención fue definido en forma aleatoria. Los conglomerados estuvieron formados por 11 hospitales de Canadá, agrupados según un criterio geográfico. Los autores planearon incluir seis conglomerados pero debido a dificultades relacionadas con el reclutamiento de los pacientes, el número se redujo a tres.

Participantes

Fueron incluidas las personas mayores de 65 años que hubieran estado internadas en alguno de los 11 centros participantes y que al momento del ingreso consumieran de manera regular cinco o más medicamentos. En caso de tratarse de pacientes en cuidados paliativos, fueron elegibles si tenían un pronóstico de más de tres meses de vida y, en caso de pacientes rehospitalizados, si no habían participado con anterioridad en el estudio.

Intervención

Durante la fase de intervención, la información acerca de los antecedentes personales, la medicación habitual y la enfermedad actual de los pacientes era ingresada de manera manual en el software *Medsafer*. Esta herramienta generaba un informe personalizado que señalaba la medicación potencialmente inapropiada (MPI) y las recomendaciones para la desprescripción de estos

fármacos, en base a la información de los pacientes y las guías de práctica clínica basadas en la evidencia. El informe era recibido por el equipo tratante en la internación (médicos y farmacéuticos), quienes podían tomar decisiones acerca de la medicación al alta. Además, se brindaban folletos informativos acerca de la MPI a los pacientes y sus familias y se enviaba una copia del informe a los médicos y farmacéuticos de cabecera. Durante la fase control, los pacientes recibían los cuidados habituales.

Medición de resultados principales

El resultado primario fue la proporción de pacientes que experimentaron una RAM dentro de los primeros 30 días después del alta hospitalaria, incluidas las reacciones adversas por abstinencia de medicamentos.

Mediante una entrevista telefónica fue evaluada la incidencia de un evento adverso (p. ej. caída, consulta a guardia, hospitalización) y luego la probabilidad de que este estuviese relacionado con la medicación. Quienes realizaban esta evaluación estaban ciegos a la intervención recibida por los pacientes, y emplearon la escala Likert de Leape y Bates de 0 a 6 puntos, en la que el puntaje 5 indica que la reacción adversa fue probablemente causada por medicación, y el puntaje 6, definitivamente causada por medicación.

Los resultados secundarios incluyeron la proporción de pacientes con uno o más MPI desprescritos al alta hospitalaria. Un medicamento se consideró desprescrito si fue suspendido o si se indicó una reducción gradual para suspenderlo.

Resultados

Fueron incluidos 5.698 pacientes que sobrevivieron al alta hospitalaria con una mediana de edad de 78 años (rango, 72 a 85 años), 50,2 % mujeres; no se recogieron datos sobre raza y etnia. Fueron asignados a tres conglomerados (control: 3.204 pacientes; intervención: 2.494 pacientes). Del total, 4.989 pacientes (87,5 %) completaron la entrevista posterior al alta (control: 2.742 pacientes; intervención: 2.247 pacientes). La Tabla 1 resume los resultados principales del estudio.

Tabla 1. Incidencia de reacciones adversas a medicamentos y de desprescripción de al menos un medicamento antes y después de la intervención. Nota: La diferencia en el número absoluto de participantes en cada grupo (N) se debe a las pérdidas en el seguimiento de pacientes al mes del alta hospitalaria. Abreviaturas: IC: intervalo de confianza; MPI: medicación potencialmente inapropiada; RR: riesgo relativo.

Desenlace	Antes de la intervención, n/N (%)	Después de la intervención, n/N (%)	Diferencia absoluta del RR (IC 95 %)
Pacientes con reacciones adversas a medicamentos a los 30 días	138/2742 (5,0)	111/2247 (4,9)	-0,8 (-2,9 a 1,3)
Pacientes con al menos un MPI desprescrito al alta	795/2667 (29,8)	1249/2256 (55,4)	22,8 (17,6 a 28,0)

Conclusiones

Este ensayo clínico aleatorizado por conglomerados mostró que brindar apoyo en la decisión de desprescripción a los equipos médicos de hospitalizaciones agudas no afectó la incidencia de RAM a 30 días, aunque la intervención fue segura y condujo a mejoras en la desprescripción.

Fuente de financiamiento / Conflicto de interés de los autores: Estudio subvencionado por el Instituto Canadiense de Investigación en Salud, la Red Canadiense de Fragilidad y el Centro para el Envejecimiento e innovación en salud cerebral. Los autores declararon no poseer conflictos de interés.

Comentario

Después de una hospitalización de cuidados agudos, las RAM son comunes y en hasta el 60 % de los casos consideradas prevenibles^{2,3}. Si bien existe interés en desarrollar herramientas de soporte a la decisión para facilitar el proceso de desprescripción, hasta la fecha hay poca evidencia sobre su efectividad.

Este ensayo¹ no pudo demostrar un impacto significativo en las RAM a corto plazo, sin embargo hubo un impacto clínico y significativo desde el punto de vista estadístico en la desprescripción de MPI, a la vez que permitió generar datos de seguridad extensos en apoyo de la desprescripción en los cuidados agudos. La incidencia global de RAM (definida con puntuación Likert de Leape y Bates de 5 o 6) fue de solo 5 % antes de la intervención, inferior al 15 % observado en otros estudios⁴⁻⁸. Esto limitó el poder estadístico del ensayo para detectar una diferencia en el resultado primario.

Por otro lado, la reducción en el número de conglomerados habría introducido el riesgo de que la aleatorización no lograra el balance entre los grupos a lo largo de los tiempos de entrada. Sin embargo, los autores realizaron varios análisis de sensibilidad post hoc para abordar el bajo número de conglomerados, los desequilibrios de grupo y los posibles sesgos, cuyos resultados no alteraron las conclusiones del estudio.

Para considerar su validez externa es importante destacar que esta intervención abordó regímenes de medicamentos complejos, y si bien podría ser generalizable a hospitales académicos y comunitarios, la necesidad de ingreso manual de los datos de los pacientes para la generación de informes podría dificultar su escalabilidad en otros ámbitos.

El abordaje de la problemática de la MPI suele requerir intervenciones de múltiples componentes y adaptadas al contexto. Como ejemplo de este tipo de intervenciones a nivel local podemos mencionar la experiencia del Hospital Italiano de Buenos Aires que implementó —previa adaptación por consenso de expertos de los criterios de Beers⁹— una intervención educativa¹⁰ a médicos y pacientes, mediante recomendaciones automatizadas en la Historia Clínica Electrónica al detectarse la prescripción de MPI, con el propósito de generar un espacio de toma de decisiones compartidas en las consultas de los adultos mayores.

Conclusiones de las comentadoras

Los hallazgos del estudio resumido no mostraron que el uso de una herramienta para la desprescripción redujera las RAM. Esto podría deberse a la falta de poder estadístico dado que el número de eventos fue menor a lo anticipado. Sin embargo, su utilización podría mejorar la desprescripción en forma segura. Ante la falta de evidencia concluyente que avale el uso de esta herramienta en particular, consideramos recomendable que cada institución implemente medidas para reducir la prescripción de MPI adaptadas a sus recursos y las características de su población a cargo. Por otro lado, es importante que los pacientes y sus familias estén al tanto de que reciben MPI y se involucren en la toma de decisiones.

Estudios futuros de RAM debieran enfocarse en medicamentos de alto riesgo, extendiendo el tiempo de seguimiento para observar resultados a largo plazo.

Julietta Bitler, Daniela Greco [Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. julieta.bitler@hospitalitaliano.org.ar, daniela.greco@hospitalitaliano.org.ar]

Bitler J, Greco D El uso de una herramienta de apoyo para la desprescripción no redujo las reacciones adversas a medicamentos en adultos mayores. *Evid Actual Pract Ambul.* 2023;26(1):e007048. Available from: <https://dx.doi.org/10.51987/EVIDENCIA.V26I1.7048>. Comentado de: McDonald EG, et al. The MedSafer Study-Electronic Decision Support for Deprescribing in Hospitalized Older Adults: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2022;182(3):265–273. doi:10.1001/jamainternmed.2021.7429. PMID: 35040926

Referencias

1. McDonald EG, Wu PE, Rashidi B, et al. The MedSafer Study-Electronic Decision Support for Deprescribing in Hospitalized Older Adults: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2022;182(3):265–273. Available from: 10.1001/jamainternmed.2021.7429.
2. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, et al. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med.* 2003;138(3):161–7. Available from: 10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00007.
3. Croft LD, Liquori ME, Ladd J, et al. Frequency of Adverse Events Before, During, and After Hospital Admission. *South Med J.* 2016;109(10):631–635. Available from: 10.14423/SMJ.0000000000000536.
4. Costello WG, Zhang L, Schnipper J, et al. Post-Discharge Adverse Events Among African American and Caucasian Patients of an Urban Community Hospital. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2020;8(2):439–47. Available from: 10.1007/s40615-020-00800-z.
5. Forster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ.* 2004;170(3):345–349.
6. Stuijt CCM, Bekker CL, Van Den Bemt B, et al. Effect of medication reconciliation on patient reported potential adverse events after hospital discharge. *Res Social Adm Pharm.* 2020;17(8):1426–32. Available from: 10.1016/j.sapharm.2020.10.012.
7. Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. *CMAJ.* 2004;170(8):1235–40. Available from: 10.1503/cmaj.1030683.

8. Xiao Y, Smith A, Abebe E, et al. Understanding Hazards for Adverse Drug Events Among Older Adults After Hospital Discharge: Insights From Frontline Care Professionals. *J Patient Saf.* 2022;18(8):e1174–e1180. Available from: 10.1097/PTS.0000000000001046.
9. Calabro P, Donnianni I, Bellomo MJ, et al. Criterios de Beers para identificar el consumo de medicación potencialmente inapropiada: adaptación para su aplicación en Argentina. *Evid Actual Práct Ambul.* 2022;25(4):e007032. Available from: 10.51987/EVIDENCIA.V26i1.7032;https://doi.org/10.51987/evidencia.v26i1.7032.
10. Elizondo C, Mozeluk N, Calabro P, et al. Intervención para disminuir el uso de medicación inapropiada en adultos mayores . 2019;Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1390783.

