

Polimedición y deprescripción: recomendaciones prácticas

PUNTOS CLAVE

- La polimedición (más de 5 fármacos prescritos o uso inadecuado de fármacos en un paciente) puede inducir más daños que beneficios y precisa de revisión periódica para evaluar las necesidades del paciente en función de los objetivos terapéuticos y deprescribir los medicamentos que ya no le sean necesarios.
- El proceso de supervisión del tratamiento del paciente polimedicado, por parte del equipo asistencial, consta de 3 intervenciones básicas: revisión de la medicación, toma de decisiones compartidas y seguimiento de las modificaciones del tratamiento.
- La revisión farmacológica del tratamiento se deberá realizar medicamento a medicamento, valorando la necesidad, efectividad, adecuación y seguridad de los mismos.
- Las decisiones tomadas en cada etapa del proceso de revisión deben basarse en la mejor evidencia disponible y en herramientas específicas de deprescripción (*STOPP/START*, *AGS Beers*, *Polypharmacy*, *MedStopper*, etc.).
- En el proceso de revisión puede ser útil tener en cuenta: medicamentos de escaso valor terapéutico; carga anticolinérgica; medicamentos que prolongan el intervalo QT; o, efectos adversos que puedan ocasionar una cascada terapéutica.
- La toma de decisiones compartidas consta de 4 escalones: 1) Presentar las opciones para deprescribir; 2) Discutir beneficios y riesgos de cada opción; 3) Analizar las preferencias del paciente; y, 4) Tomar una decisión con el paciente.
- En la toma de decisiones compartidas es muy importante establecer una relación de confianza médico-paciente y utilizar un lenguaje apropiado; sin olvidar que ha de ser un proceso bidireccional, involucrando al paciente y asegurándose de que comprende la información que se le suministra.
- Es muy importante priorizar que fármaco se va a deprescribir en primer lugar y realizar la deprescripción medicamento a medicamento.
- El seguimiento es fundamental para establecer si se puede interrumpir el fármaco de forma completa o reducir la dosis; o, si hay que reinstaurar el fármaco retirado.
- Algunos fármacos precisan de un seguimiento más intenso porque la deprescripción debe hacerse reduciendo gradualmente la dosis.



INTRODUCCIÓN

Se considera **polimedición** el uso diario de más de 5 fármacos, pero desde el punto de vista cualitativo también puede considerarse polimedición el uso de fármacos inadecuados o que no estén clínicamente indicados (1). La polimedición puede tener múltiples consecuencias: disminución de la adherencia al tratamiento, aparición de efectos adversos e interacciones, incremento de hospitalizaciones y morbimortalidad, así como empeoramiento en la calidad de vida. Las estimaciones de la prevalencia de polimedición o uso de medicación inapropiada en España son variables, con estudios que la sitúan entre el 34-41% (2) y otros que llegan al 73% (3). Por ello, es necesario revisar periódicamente los fármacos prescritos en pacientes polimeditados para deprescribir aquellos que no son estrictamente necesarios y que además pueden ocasionar problemas de seguridad.

La **deprescripción** se define como la retirada supervisada por un médico de fármacos inapropiados (2-4). La prescripción de varios fármacos en un paciente debe ser adecuada a todas las condiciones clínicas, atendiendo a sus preferencias, pero también ha de tener en cuenta los riesgos por efectos adversos e interacciones de todos los fármacos prescritos. Se estima que los medicamentos están implicados en un 5-17% de los ingresos hospitalarios, de los cuales la mitad se consideran potencialmente prevenibles (1).

SUMARIO

- Introducción.
- Revisión de la medicación.
 - Herramientas para la revisión /deprescripción.
- Toma de decisiones compartidas.
 - Etapas del proceso.
 - Herramientas del lenguaje.
 - Recomendaciones para priorizar.
- Seguimiento.
- Bibliografía.

La deprescripción, es aconsejable cuando (1-5):

- El paciente está polimedcado, especialmente si es anciano, frágil, con expectativa de vida corta (enfermedad terminal o proceso neurodegenerativo avanzado) o cuando los fármacos no aportan nada a la esperanza o calidad de vida.
- La relación beneficio/riesgo es negativa o no existe ningún beneficio.
- El fármaco se considera inapropiado (duplicidades, interacciones, errores).
- El fármaco no tiene base de evidencia clínica.
- El fármaco se administra durante un periodo de tiempo demasiado corto o demasiado largo.
- No exista o deje de existir la indicación para la que fue prescrito.
- Se produzcan cambios clínicos relevantes.
- Se manifiesten situaciones vitales que modifican la percepción y actitud del paciente ante los medicamentos.
- El paciente lo solicite (consensuado).

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha elaborado el **Circuito Asistencial para la revisión de la medicación del paciente polimedcado**, para dotar de un procedimiento uniforme y consensuado para la revisión de los pacientes polimedcados en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Se han priorizado los pacientes que tengan 15 o más medicamentos prescritos durante 180 días o más (6). En el módulo de prescripciones de Diraya, se identifica con el aviso "*Paciente polimedcado. Debería ser revisado*" identificando los pacientes con *15 medicamentos prescritos independientemente de su duración*. El circuito asistencial propuesto para la revisión de la medicación se centra en tres intervenciones principales: revisión de la medicación, toma de decisiones compartidas y seguimiento de las modificaciones del tratamiento (6).

REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN

El proceso de revisión debe realizarse antes de la cita con el paciente, y tiene como objetivo detectar problemas con los medicamentos prescritos, en cuanto a efectos de: indicación, eficacia, adecuación y seguridad, tal como establece el algoritmo del Circuito Asistencial del SAS (ver algoritmo 1) (6), que está basado en el algoritmo propuesto por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP) y consensuado con las principales Sociedades Científicas Sanitarias en Andalucía (2).

El proceso de revisión debería contemplar una serie de aspectos clave a tener en cuenta (ver anexo I) y que posteriormente se pueda verificar con la información proporcionada por el paciente en la entrevista clínica (*):

- a) Identificar la **indicación** para la que fue prescrito cada medicamento (1,6-8):
- Determinar si sigue presente la(s) indicación(es) que originaron cada prescripción o si se ha(n) resuelto completamente. En ocasiones no existe indicación válida porque el diagnóstico es dudoso, por no estar confirmado o ser de presentación muy atípica
 - Considerar no sólo la historia clínica, sino también las características y circunstancias personales y sociales del paciente.

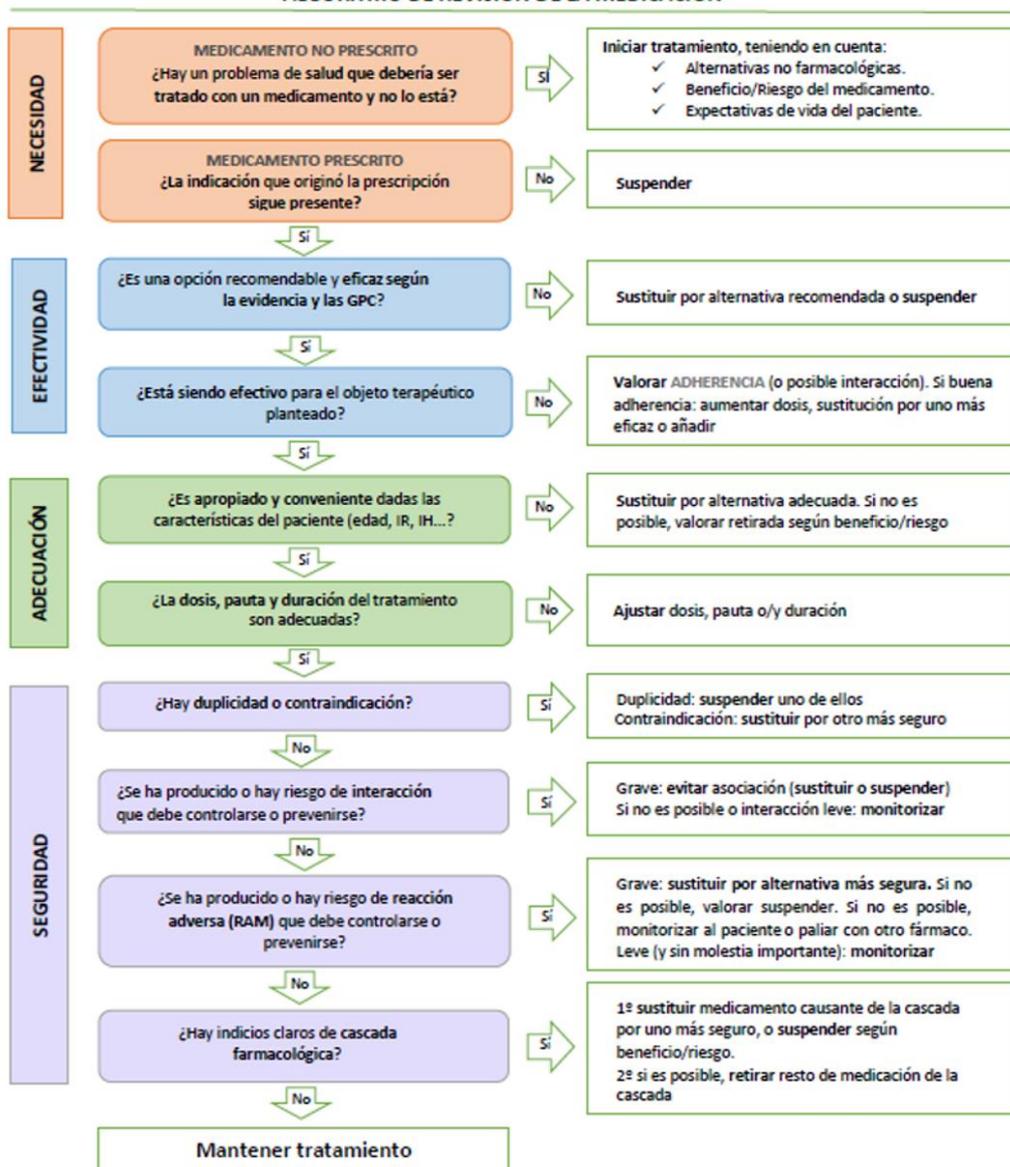
- Determinar si la prescripción es necesaria, por un problema de salud que debe ser tratado farmacológicamente, teniendo en cuenta el beneficio/riesgo y las expectativas de vida del paciente.
- Separar los **medicamentos esenciales** de los **medicamentos innecesarios**. La retirada de los medicamentos esenciales podría empeorar o descontrolar la enfermedad para la que fueron prescritos.
- Asegurarse de que el paciente comprenda la importancia de la terapia con los medicamentos esenciales (*).
- Tener en cuenta todos los medicamentos que toma el paciente, incluyendo plantas, remedios tradicionales y otras terapias de automedicación (*).
- Revisar los **medicamentos de escaso valor terapéutico** (cuadro I del [tríptico](#) del Circuito Asistencial del SAS) (6).
- Revisar la necesidad de continuar los medicamentos innecesarios en casos de esperanza de vida corta.
- Verificar cuáles pueden tener una función en el logro de los resultados terapéuticos, especialmente los que más le importan al paciente (*).
- Revisar los **tratamientos preventivos** para asegurarse de que el paciente pueda tomarlos el tiempo necesario para obtener beneficios (*). En algunos pacientes (p.ej.: con demencia grave, insuficiencia orgánica o cáncer metastásico) es poco probable que el fármaco preventivo (bifosfonatos, estatinas) confiera beneficio para la expectativa de vida del paciente; y, en ese caso, habrá que estimar la expectativa de vida mediante herramientas de predicción de riesgos.
- Plantearse si los **cambios en el estilo de vida** (p. ej.: cambio de dieta, disminución de consumo de alcohol) pueden reemplazar cualquier tratamiento farmacológico innecesario. También habrá que considerar suspender el uso de un medicamento si la afección objetivo es autolimitada, leve o intermitente.

- b) Valorar la **efectividad** (6,8):

- Comprobar que la **elección** del tratamiento sea la más eficaz y recomendable para lograr los resultados terapéuticos revisados, según la evidencia actual.
- Valorar la **eficacia según la indicación** para la que fue prescrito. En caso de diagnóstico confirmado, en ocasiones el fármaco no presenta evidencia de eficacia (p. ej.: ivabradina prescrita para angina estable, a pesar que los ensayos clínicos no muestran beneficio) o, el fármaco no confiere beneficio adicional después de un periodo de uso continuo (p. ej.: bifosfonatos durante más de 5 años) o, después de cierta edad (p. ej.: terapia hormonal en mayores de 70 años).
- Comprobar si la prescripción de un medicamento alternativo (no considerado de elección) se debe a algún tipo de **alergia** (al principio activo o a los excipientes, como la lactosa) (*).
- En caso de "ineficacia" se deberá:
 - Evaluar la **adherencia** (*), ya que el 50% de los pacientes que toman cuatro o más medicamentos no los toman según lo prescrito; o,
 - Ajustar la **dosis, pauta y duración**; o,
 - Sustituir por una **alternativa** adecuada a las condiciones del paciente.

(*): Preguntas y diálogos dirigidos al paciente

ALGORITMO DE REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN



Adaptado de "Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. SEFAP 2012" por Torres R, López A y González J. Grupo de Trabajo de la Comisión de Calidad Intercentros de Atención Primaria. PolimedASEF. Revisión del tratamiento de la persona mayor polimedica. Área de Salud Ibiza-Formentera. 2017.



Algoritmo 1. Tomado de (6)

- c) Evaluar la **adecuación** de la prescripción (6,7):
- Comprobar las situaciones que pueden requerir ajustar la dosis (**insuficiencia renal o hepática**).
 - Valorar los factores que puedan modificar la prescripción en función de la **edad** del paciente, (p. ej.: pauta posológica administrada).
 - Preguntar por la facilidad de administración de la **forma farmacéutica** prescrita (*), ya que la dificultad para tragar formas orales grandes puede inducir a un uso inadecuado

- (machacar comprimidos, abrir cápsulas orales) que desencadene falta de cumplimiento, ineficacia o daño.
- Identificar **medicamentos particularmente molestos** para el paciente (p. ej.: gasto económico excesivo, requisitos de seguimiento, como los anticoagulantes anti-vitamina K).
- Determinar las expectativas y preferencias del paciente estimando si la **calidad de vida** actual es más importante que prolongar la vida o la prevención de futuros eventos mórbidos

d) Valorar la **seguridad** (6-8):

- Revisar si hay medicamentos **duplicados**: mismo fármaco (p. ej.: medicamento en monoterapia o asociado); o, fármacos del mismo grupo/clase terapéutica (p. ej.: aumento de carga anticolinérgica).
- Valorar si existen **contraindicaciones** (p. ej.: betabloqueantes en un paciente asmático).
- Identificar la existencia o el riesgo de **reacciones adversas (RAM)**, valorándolas también con los datos de laboratorio (p. ej.: hipopotasemia por uso de diuréticos).
- Identificar **medicamentos que se deben evitar**, especialmente en ancianos para valorar si el daño potencial es muy superior al beneficio esperado.
- Intervenir de forma proactiva preguntando al paciente (*) por **síntomas comunes** concretos que pueden deberse a reacciones adversas (p. ej.: presencia de síntomas anticolinérgicos; mareos o somnolencia; estreñimiento por calcioantagonistas; etc.) (9). Algunas herramientas, como la “Toxicidad Acumulativa” de *Polypharmacy* (pág. 22), resumen las principales RAM que pueden prevenirse de los medicamentos más utilizados (10).
- Si el paciente está experimentando RAM, informar mediante el sistema de notificación de sospechas de RAM (Tarjeta Amarilla).
- Valorar los indicios de **cascada terapéutica**. Identificar los medicamentos recetados para contrarrestar las RAM de otros medicamentos (p. ej.: suplementos de potasio para contrarrestar el efecto del diurético recetado para la hinchazón del tobillo secundaria al uso de antagonistas del calcio). En estos casos, habrá que reconsiderar las indicaciones del fármaco que causó la RAM inicial o sustituirlo por un fármaco alternativo con mejor tolerabilidad.
- Identificar posibles riesgos por la administración concomitante de fármacos que inducen RAM similares, algo muy usual en los pacientes polimedicados (p. ej.: insuficiencia renal por *triple whammy*: AINE+IECA o ARA-II+diurético).
- Identificar la existencia o el riesgo de **interacciones**. Se deben evitar las interacciones mostradas en el módulo de prescripción electrónica (Receta XXI) (6). También es recomendable evaluar la información obtenida del paciente de algunos síntomas (incluidas las interacciones fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad), sin olvidar la posibilidad de automedicación (*).
Algunos medicamentos son susceptibles de interactuar con otros muchos, como los anticoagulantes anti-vitamina K (acenocumarol, warfarina); y también con alimentos, como el zumo de pomelo. En otros casos el efecto terapéutico se anula debido a mecanismos de acción opuestos, como es el caso de los anticolinérgicos (ciertos antipsicóticos, antidepresivos y antiparkinsonianos, entre otros) y los anticolinesterásicos (rivastigmina, donepezilo y galantamina).

En líneas generales, hay que considerar el **riesgo global** de los daños inducidos por los fármacos en un determinado individuo. Dicho riesgo va a depender de factores ligados a: los medicamentos (número de medicamentos prescritos, uso de medicamentos de “alto riesgo” y, toxicidad anterior o presente); y, al paciente (mayor de 80 años, deterioro cognitivo, múltiples comorbilidades, abuso de

sustancias, múltiples prescriptores, incumplimiento pasado o actual) (7).

De cada medicamento revisado habrá que establecer si es **idóneo para ser retirado**, basándose en (7):

- ✓ No existe indicación válida.
- ✓ La enfermedad/síntoma se ha resuelto completamente.
- ✓ Es ineficaz para la enfermedad/síntoma para el que fue prescrito.
- ✓ Es parte de una cascada terapéutica.
- ✓ El daño potencial actual excede claramente cualquier beneficio potencial.
- ✓ Es poco probable que el fármaco preventivo confiera cualquier beneficio para la expectativa de vida del paciente.

El médico registrará los resultados de la etapa inicial de revisión de la medicación, según el Circuito Asistencial del SAS, en el denominado “**Informe de Revisión de la Medicación**” que se encuentra en el módulo de prescripción de Diraya y que deberá ser modificado en las sucesivas etapas que marca el Circuito. La estructura del informe es mixta, con un apartado predefinido donde el médico consignará el resultado de cada intervención y un campo de texto libre denominado “Observaciones” (6):

- No ha habido cambios de tratamiento
- Cambio de dosis o pauta de alguno(s) tratamiento(s)
- Nuevos tratamientos
- Anulación de tratamientos
- Observaciones (opcional)

Para su elaboración, el médico podrá consultar la medicación activa en receta electrónica, informes de consultas externas/altas, últimas analíticas y otros procedimientos diagnósticos; pudiendo solicitar asesoría a otros profesionales sanitarios de atención primaria u hospital y, en caso de mayor complejidad, al denominado **equipo local de apoyo**, que se conformará en cada Área Sanitaria. Esta labor de revisión de la medicación y registro de resultados puede ser iniciada por cualquier **médico de atención primaria u hospital** que atienda al paciente, no obstante, la secuencia de intervenciones/consultas clínicas que describe el Circuito Asistencial del SAS pivota en el entorno de la atención primaria (6).

Los **farmacéuticos de atención primaria y hospital** colaboran activamente en esta etapa de revisión de la medicación del paciente polimedicado, de manera proactiva o a demanda del médico, y registran en el Portal Único de Diraya los resultados de su revisión en el denominado “**Informe de Valoración Farmacológica**”. A este informe tendrá acceso cualquier miembro del equipo asistencial que atiende al paciente de atención primaria u hospitalaria (6).

Herramientas para la revisión/deprescripción

El proceso de revisión debe basarse en fuentes de buena calidad (fichas técnicas, recomendaciones basadas en evidencia, etc.) o en herramientas concretas para deprescribir. Existen numerosas [herramientas](#) que permiten identificar los fármacos no deseables

(*) Preguntas y diálogos dirigidos al paciente

que deben ser interrumpidos por razones de seguridad o prescripción potencialmente inadecuada y que pueden facilitar las decisiones clínicas para reducir medicación (2,4,10). La revisión de estas herramientas hay que hacerla previamente a la cita con el paciente, para evaluar su idoneidad y discutirlo después con el paciente y/o cuidador; e incluso, para seleccionar material de apoyo para el paciente (folletos, gráficas, vídeos, etc.) que incluyen algunas páginas web (11,12). Estas herramientas sirven de guía, especialmente en pacientes geriátricos, pero no suplantán el criterio clínico, las preferencias, objetivos de cuidado y necesidades de un paciente individual, ni se deben utilizar de forma punitiva o para restringir el acceso a los fármacos (13). A continuación, se describen algunas, para facilitar su consulta.

– **Herramientas de deprescripción generales**, destinadas a identificar prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) que abarcan todos los medicamentos disponibles:

- Criterios [STOPP/START](#), creados en 2008 y traducidos al español en 2019. También debe consultarse la [versión 2 de 2015](#), en la que sólo se hace referencia a los criterios eliminados y los nuevos que se añaden. Se incluyen 65 criterios STOPP basándose en la evidencia clínica, y también interacciones fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad, duplicidad terapéutica y medicamentos que incrementan el riesgo de deterioro cognitivo y caídas en ancianos. Es de rápida aplicación, aunque no indica el efecto potencial por el que se considera inadecuado. Los criterios START incorporan 22 indicadores que detectan omisiones de prescripción que podrían beneficiar a los pacientes geriátricos en determinadas situaciones clínicas. Existe una [web del NHS británico](#), actualizada en 2016, que además de los criterios STOPP/START, ofrece información adicional sobre documentos de soporte (p. ej.: guías NICE) que pueden ayudar en la toma de decisiones concreta (10).
- Criterios [AGS Beers](#), cuya última actualización es de 2019, abordan los PPI en pacientes a partir de los 65 años de

edad. Consta de 2 tablas principales: 30 criterios de fármacos o categorías terapéuticas que se consideran inapropiadas, independientemente del diagnóstico; y 40 criterios sobre medicación a evitar o para utilizar con precaución, en pacientes con determinadas enfermedades. También existen otros 6 criterios adicionales sobre fármacos que deben utilizarse con precaución en pacientes geriátricos. Incluye también otras tablas sobre: interacciones, reducción de dosis según la función renal y un listado de medicamentos con marcadas propiedades anticolinérgicas (10).

- Recomendaciones [Polypharmacy](#), cuya última edición es de 2018, incluye 49 recomendaciones ordenadas por sistemas fisiológicos que, en ocasiones, enlazan a diversas fuentes: riesgo anticolinérgico, guías y artículos de interés (*NICE*, *SIGN*, etc.), eficacia según NNT y un listado denominado "Toxicidad Acumulativa", que resume las principales RAM -que pueden prevenirse- de los medicamentos más utilizados. Se puede consultar online como [Polypharmacy Guidance Medicines Review](#) (ver figura 1) (10).
- [MedStopper](#), sistema electrónico de apoyo a la toma de decisiones clínicas que, tras introducir los medicamentos que toma un paciente, los secuencia según "probabilidades de interrupción" (ver figura 2), proporcionando sugerencias sobre cómo reducir la medicación y los posibles síntomas debidos a la reducción o retirada, así como los comentarios de los criterios *Beers/STOPP* (10).
- [Tríptico del Circuito Asistencial del SAS](#). Basándose preferentemente en los criterios STOPP/START y STOPP-Pal, es una fuente de consulta rápida que incluye 28 fármacos o grupos terapéuticos que son considerados como los que más pueden comprometer la seguridad del paciente; y además, incluye 2 cuadros sobre: medicamentos de escaso valor terapéutico y los de mayor actividad anticolinérgica (6).

Ejemplo de los indicadores de Polypharmacy

Respiratory System		
20	Inhalers	<ul style="list-style-type: none"> ○ Assess symptom control (SIGN 153 ; ask about frequency of inhaler use/adherence) ○ Assess inhaler technique and adherence to dosing schedule ○ Also see Quality Prescribing in Respiratory
21	Theophylline	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monotherapy in COPD is not appropriate – safer, more effective alternatives are available ○ CAUTION: Toxicity (tachycardia, CNS excitation) ○ Avoid combination with macrolides or quinolones
22	Steroids	<ul style="list-style-type: none"> ○ Long term oral use for respiratory disease is rarely indicated <ul style="list-style-type: none"> ○ Withdraw gradually if: use >3 weeks, >40 mg prednisolone/day ○ Stepping down steroid inhalers: Reduce slowly (by 50% every 3 months) ○ CAUTION: Osteoporotic fractures: Bone protection if long term treatment necessary ○ Ensure use of steroids aligned with COPD GOLD guideline
23	Antihistamines (1 st generation)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rarely indicated long term ○ CAUTION: Anticholinergic ADRs. Anticholinergic Burden tool



Figura 1. Tomada de (10)

MEDSTOPPER							
Stopping Priority RED=Highest GREEN=Lowest	Medication/ Category/ Condition	May Improve Symptoms?	May Reduce Risk for Future Illness?	May Cause Harm?	Suggested Taper Approach	Possible Symptoms when Stopping or Tapering	Beers/STOPP Criteria
	glyburide (DiaBeta, Glynase, Micronase) / Sulfonylurea / type 2 diabetes		 CALC / NNT		Tapering not required	symptoms of increased thirst/increased urination, re-measure A1c in 3 months, measure blood glucose only if high glucose symptoms occur/return	Details
	omeprazole (Prilosec, Losec) / Proton pump inhibitor / ulcer prevention				If used daily for more than 3-4 weeks. Reduce dose by 50% every 1 to 2 weeks. Once at 25% of the original dose and no withdrawal symptoms have been seen, stop the drug. If any withdrawal symptoms occur, go back to approximately 75% of the previously tolerated dose.	return of symptoms, heartburn, reflux	Details
	ASA (Aspirin) / ASA / rheumatoid arthritis				Tapering not required		Details
	metformin (Glucophage) / Metformin / type 2 diabetes with high glucose symptoms		 CALC		Tapering not required	symptoms of increased thirst/increased urination, re-measure A1c in 3 months, measure blood glucose only if high glucose symptoms occur/return	None

Figura 2. Tomada de (10)

– **Herramientas de deprescripción específicas:**

- Criterios [STOPPFrail](#) para pacientes mayores y frágiles, creados en 2017 y traducidos al castellano en 2019 (también conocida como [STOPP-Pal](#)) (10). Actualizada en la [versión 2](#) (14).
- Según ciertas clases de medicamentos (ver tabla 1):
 - ❖ [Deprescribing.org](#). Página web canadiense que aborda actualmente 5 algoritmos de deprescripción, así como otros recursos (folletos, vídeos, etc.) (10).
 - ❖ [NSW TAG](#). Página web de una asociación australiana independiente de profesionales sanitarios que abordan varias guías de deprescripción de 7 grupos de medicamentos (10).
 - ❖ [TaperMD](#). Página web de una universidad canadiense que actualmente incluye 17 grupos o clases terapéuticas sobre las cuáles realizar deprescripción (10).
 - ❖ [Guía de Revisión de la Medicación en AP. \(UGC Farmacia AP, Sevilla\)](#). Revisa el uso adecuado de 9 tipos o grupos de medicamentos, aunque incorpora otras secciones de gran interés: uso de fármacos que prolongan el intervalo QT, dosis en insuficiencia hepática y recomendaciones específicas en COVID-19 (15).

Cuando se consultan fuentes extranjeras, especialmente del área anglosajona, hay que recordar que a veces usan denominaciones diferentes a la Denominación Común Internacional (DCI), como es

el caso de acetaminophen en vez de paracetamol (DCI), o glyburide en vez de glibenclamida (DCI). También hay que tener en cuenta que hay diferencias en los medicamentos comercializados en distintos países (10).

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS

En la consulta con el paciente, hay que establecer los objetivos del tratamiento a través de la toma de decisiones compartidas (8). La mayoría de la bibliografía aborda este proceso en ancianos, que suelen ser los pacientes con mayor número de medicamentos prescritos, pero es similar en otros pacientes polimedidados.

Los médicos suelen ser reticentes a iniciar una conversación sobre deprescripción, ya que creen que los pacientes valoran mucho los medicamentos, especialmente los ancianos y pondrán resistencia a la retirada del fármaco. Pero, las actitudes del paciente pueden ser contradictorias, pudiendo tener simultáneamente una actitud positiva tanto para tomar medicamentos como para reducirlos. Por ello, es fundamental explicar bien que la deprescripción es posible y que no debe interpretarse como un abandono o una falta de cuidado. Muy por el contrario, el mantener el *statu quo* no modificando nada, puede ser una inercia terapéutica dañina, al no deprescribir tratamientos inadecuados. Los pacientes y los médicos suelen sobrestimar los beneficios de los tratamientos y subestimar sus daños y existe una tendencia a considerar más perjudiciales los daños derivados de la deprescripción que los originados por no actuar ante un mal tratamiento que se perpetúa en el tiempo (16,17).

Herramientas de deprescripción específicas de algunas clases de medicamentos

Grupo/Clase Terapéutica	Herramientas			
	Deprescribing.org	NSW TAG	TaperMD	UGC. Farmacia AP
AINE: Aspirina			✓	
AINE: no selectivos y COX-2			✓	
Antianémicos: déficit hierro			✓	✓
Antianémicos: déficit vit. B12			✓	✓
Anticolinesterásicos y Memantina	✓		✓	
Anticolinérgicos		✓	✓	✓
Antidepresivos: ISRS e ISRN y Tricíclicos		✓	✓	✓
Antiglaucomatosos			✓	
Antigotosos			✓	
Antihipertensivos			✓	
Antihistamínicos sedantes		✓	✓	
Antiosteoporóticos: Bifosfonatos			✓	
Antiosteoporóticos: vitamina D y calcio			✓	
Antipsicóticos	✓	✓	✓	
Antipsicóticos: en demencias				✓
Antiulcerosos: IBP	✓	✓	✓	
EPOC				✓
Hipnóticos: Benzodiazepinas y medicamentos-Z	✓	✓	✓	✓
Hipocolesterolemiantes: Estatinas			✓	
Hipoglucemiantes	✓		✓	✓
Opioides		✓	✓	✓

Tabla 1.

En general, el médico de AP se siente capacitado para retirar medicamentos cuando se han aliviado los síntomas o éstos han desaparecido, pero muestran menos seguridad para deprescribir medicamentos preventivos, aunque los potenciales perjuicios de la polimedición superen los posibles beneficios a largo plazo, por lo que es preciso delimitar el período de tiempo después del cuál debería revisarse la continuidad de los tratamientos (16,17). Además de las barreras del médico y del paciente, hay que tener en cuenta aquellas derivadas del sistema sanitario: receta electrónica que renueva automáticamente las prescripciones; guías y protocolos intervencionistas; prescripción inducida o asociada al acto clínico; y, múltiples profesionales involucrados en la atención del paciente (p. ej.: falta de comunicación entre el médico de AP y el médico de hospital); por lo que es importante establecer una coordinación adecuada para que la deprescripción no genere situaciones de desconfianza o preocupación en el paciente (2,17).

La predisposición del paciente hacia la polifarmacia o hacia la deprescripción depende en gran parte de las habilidades de comunicación del profesional, de las experiencias anteriores y del grado de confianza que el paciente tenga en el médico. Y, no hay que olvidar que el paciente debe involucrarse en la toma de decisiones ya que, al informarse mejor sobre los resultados potenciales, los pacientes tienden a elegir opciones más conservadoras (menos medicamentos), lo que facilita la deprescripción (16,17).

Etapas del proceso

La clave de este proceso es que tiene que ser bidireccional, todo lo opuesto a modelos informados paternalistas (en el que el médico decide por el paciente) o cuando el médico es un transmisor de información pero no aconseja, dejando al paciente la responsabilidad de decidir. En la toma de decisiones compartidas, cada decisión se adopta de manera conjunta, de modo que el médico habla con el paciente para involucrarlo, y consta de varias etapas: presentar las opciones de deprescripción, discutir sus beneficios y riesgos y ayudar al paciente a explorar sus preferencias para tomar decisiones (ver Figura 3) (16-19):

1. Presentar las **opciones** que pueden ser objeto de deprescripción.
 - Identificar las metas y objetivos del paciente con respecto a la terapia con medicamentos, interesándose por sus problemas y preocupaciones para identificar oportunidades de deprescripción.
 - Explicar que existe la posibilidad de retirar algunos medicamentos de forma gradual o completa, una opción que a menudo el paciente no concibe que se pueda hacer.
 - Explorar activamente las actitudes de los pacientes hacia los medicamentos y la deprescripción; ya que son muy variadas e incluso contradictorias.
 - Establecer una relación de confianza entre médico y paciente, antes de discutir la posibilidad de deprescripción.

- Reconocer que existe cierta preferencia hacia el *statu quo*, a no cambiar nada en lugar de deprescribir; reconocer este malestar.
 - Valorar la opinión del acompañante o cuidador, y tener en cuenta su papel en la toma de decisiones.
 - Discutir y acordar el papel de los profesionales implicados, especialmente otros médicos prescriptores, en el proceso de deprescripción.
2. Discutir los potenciales **beneficios y riesgos de cada opción**, tanto los causados por los medicamentos como por la deprescripción.
- Mejorar la comprensión de la información hablada:
 - Utilizar lenguaje sencillo, evitando la jerga médica.
 - Evitar la voz pasiva.
 - Utilizar palabras concretas, evitando frases largas y complejas.
 - Minimizar el ruido de fondo.
 - Mirar a la persona cuando se habla.
 - Facilitar información escrita.
 - Verificar que se ha comprendido la información, pidiendo al paciente que explique lo que ha entendido.
 - Utilizar ayudas visuales, combinando números e imágenes, para que el paciente vea las partes “positivas” y “negativas” al mismo tiempo.
 - Mejorar la comprensión de la información numérica:
 - Utilizar datos numéricos para describir los riesgos, si están disponibles, teniendo en cuenta que diferentes personas interpretan como “riesgo”, “raro”, “inusual” y “común” de diferentes maneras.
 - Utilizar el riesgo absoluto en lugar de riesgo relativo. Por ejemplo, el riesgo de un evento aumenta de 1 en 1.000 a 2 en 1.000, en lugar de que el riesgo de que el evento se duplique.
 - Utilizar frecuencias naturales (p. ej., 10 en 100) en lugar de porcentajes (10%)
 - Emplear el mismo denominador al comparar el riesgo: 7 de cada 100 para un riesgo y 20 de cada 100 para otro, en lugar de 1 de cada 14 y 1 de cada 5.
 - Presentar un riesgo durante un período de tiempo definido (meses o años) si es relevante. Por ejemplo, si 100 personas reciben tratamiento durante 1 año, 10 experimentarán un efecto adverso.
 - Utilizar un encuadre tanto positivo como negativo. Por ejemplo, el tratamiento tendrá éxito para 97 de cada 100 personas y no tendrá éxito para 3 de cada 100 personas.
 - Explicar cualquier información clave, como marcadores de laboratorio.
 - Explicar la diferencia entre medicamentos para la “prevención” (p. ej., estatinas o anticoagulantes) y para el “tratamiento” de síntomas concretos (p. ej., dolor).
 - Explicar la diferencia entre los términos “salud” y “calidad de vida”, que son conceptos que habitualmente no están claros para los pacientes.
3. Analizar las **preferencias** para las distintas opciones.
- Después de haber facilitado información sobre riesgos y beneficios, analizar las preferencias y los objetivos de la deprescripción.
 - Revisar las preferencias del paciente con frecuencia, ya que éstas suelen cambiar a lo largo del tiempo.
 - Ofertar la posibilidad de discutir sobre el equilibrio entre la calidad y la cantidad de años de vida, pero respetando si el paciente no quiere abordar ese tema.

Esquema de los retos para la toma de decisiones compartidas			
Paso 1 Concienciar de las opciones	Paso 2 Discutir beneficios y riesgos	Paso 3 Analizar preferencias	Paso 4 Tomar una decisión
Paciente			
Conocimiento limitado de la oportunidad de participar Actitudes variadas y/o contradictorias Preferencia por el <i>statu quo</i> Participación del acompañante	No distinción entre medicamentos preventivos y sintomáticos Dificultades para procesar la información Dificultades sensoriales	Las preferencias varían, tanto en el mismo paciente como con respecto a otros, especialmente en ancianos Suponer que el médico conoce sus preferencias Varía la disposición a discutir la esperanza de vida	Varían las preferencias de participación Contraste entre la preferencia declarada y la real Alta dependencia del médico para tomar decisiones
Médico			
Información sanitaria de origen múltiple Ausencia de desencadenantes externos para la toma de decisiones Preferencia por el <i>statu quo</i>	Es importante discutir tanto sobre los beneficios como los riesgos Falta de confianza en la comunicación de riesgos Incertidumbre de la evidencia	Incomodidad al discutir el equilibrio entre calidad y cantidad de vida Poca orientación disponible para la obtención de preferencias en personas mayores	Describir las decisiones incluye el seguimiento Malestar con los pacientes que no quieren involucrarse

Figura 3. Tomada de (17)

4. Tomar una **decisión**.

- Decidir la opción que mejor se adapte a las preferencias del paciente, enfatizando que él es el experto en su propia experiencia y bienestar.
- Averiguar cuáles son los objetivos y opiniones del paciente para favorecer su participación en el proceso y en la toma de decisiones.
- Animarle a conocer los motivos de la decisión tomada, pero respetando si prefiere delegar la decisión en otras personas.
- Informar claramente que la decisión de retirar un medicamento es provisional, no definitiva, y será continuamente revisada la necesidad o no de tomarlo. Explicar al paciente que puede revisar su decisión antes de la fecha de revisión acordada -si así lo desea- y que puede cambiar de opinión sobre una decisión de haya tomado en cualquier momento.
- Acordar qué fármaco será el que se retire -o al que se reducirá la dosis- en primer lugar, así como la frecuencia y el seguimiento que se realizará en la consulta.
- En el proceso de seguimiento, es posible que haya que volver a reintroducir un medicamento retirado o prescribir otro que se considere necesario.
- Acordar y comunicar el plan que se ha decidido al paciente y/o cuidador.
- Asegurar el cumplimiento, valorando tanto la voluntad como la capacidad del paciente para tomar la medicación.
- Registrar la discusión y la decisión tomada junto con detalles que dijo el paciente sobre qué es importante para él al tomar esas decisiones.
- Puede ofrecerse compartir esto con el paciente, por ejemplo, una copia impresa que resuma su diagnóstico, opciones y decisiones realizadas y enlaces a recursos de alta calidad, para que se lo lleve, o se le proporcione muy pronto, después de la discusión.
- Incluir, en la información proporcionada, detalles de con quién contactar si tiene más preguntas.

Herramientas del lenguaje

Algunos autores denominan el proceso de la toma de decisiones compartidas como el proceso de las tres conversaciones: *Choice talk*, *Option talk* y *Decision talk* (18,19) y es necesario abordarlas de un modo óptimo:

1) Presentar las **opciones** (*Choice talk*), que comprende varios escalones:

- Se puede iniciar la conversación diciendo: "He estado revisando su historia y he visto que hay algún medicamento que toma, que ahora no le haría falta tomar, en concreto el medicamento X ya no le está aportando beneficios porque..." y "Ahora que hemos identificado el problema, es hora de pensar qué hacer a continuación"(*)
- Para ofertar la opción hay que reducir el riesgo de que el paciente piense que el médico no está suficientemente informado: "Hay buena información sobre cómo se diferencian estos tratamientos que me gustaría discutir contigo"

- Enfatizar la importancia de respetar las preferencias individuales: "Los tratamientos tienen diferentes consecuencias... algunas te importarán más a ti que a otras personas..."
- Abordar la incertidumbre, ya que los pacientes suelen desconocer el grado de incertidumbre en medicina: "Los tratamientos no siempre son efectivos y las posibilidades de experimentar efectos secundarios varían..."
- Comprobar la reacción, porque la elección de opciones puede ser desconcertante y el paciente puede expresar preocupación. Se sugieren frases como: "¿Seguimos?" o "¿Te hablo sobre las opciones?"
- Posponer el cierre de esta conversación si el paciente reacciona pidiendo al médico que le diga qué hacer. Cuando esto ocurre, el médico tendrá que asegurarle que está dispuesto a apoyarle, diciendo: "Me complace compartir mis puntos de vista y ayudarte a tomar una buena decisión. Pero antes de hacerlo, ¿puedo describir las opciones con más detalle para que entiendas lo que está en juego?"

2) Discutir **beneficios y riesgos** potenciales de cada opción (*Option talk*):

- Verificar los conocimientos del paciente: "¿Recuerdas cuándo y por qué se inició esta medicación?" o "¿Sabes por qué o para qué lo estás tomando?" o "¿Qué has oído o leído sobre este tratamiento?" y "La enfermedad para la que te prescribieron este medicamento, ¿ha mejorado o empeorado?"
- Hacer una lista clara de las opciones (que proporciona una buena estructura) y diga: "Permíteme enumerar las opciones antes de entrar en más detalles". Si es apropiado, incluya la opción de vigilancia activa (*watchful waiting*).
- Describir las opciones en términos prácticos, generando diálogo y explorando preferencias. Si hay dos tratamientos médicos, diga: "Ambas opciones son similares e implican tomar medicamentos con regularidad". Señale cuando hay diferencias claras (cirugía o medicación), donde el aplazamiento es posible o donde las decisiones son reversibles, diciendo: "Estas opciones tendrán diferentes implicaciones para ti en comparación con otras personas, así que quiero describir..."
- Tener claro los riesgos y los beneficios de las diferentes opciones es el centro de la toma de decisiones compartidas. Es importante aprender a comunicar el riesgo efectivo proporcionando datos de riesgo. Hay que intentar dar la información en fragmentos.
- Ofrecer apoyo a las decisiones del paciente, mediante herramientas que hagan que las opciones sean visibles (p. ej.: cuadrícula de opciones, tabla de decisiones, etc.), lo cual puede ahorrar tiempo, diciendo: "Estas herramientas se han diseñado para ayudarte a comprender las opciones con más detalle. Úsalas y regresa para que pueda responder tus preguntas".
- Enumerar nuevamente las opciones (método de enseñanza posterior) para confirmar que la información proporcionada se ha entendido al hacer que el paciente "enseñe de nuevo" lo que se ha discutido y las instrucciones que se le han dado y además ofrece la oportunidad de aclarar conceptos erróneos.

(*) Preguntas y diálogos dirigidos al paciente

3) Analizar las preferencias para las distintas opciones (*Decision talk*):

- Guiar al paciente para que forme sus preferencias, diciendo: "¿Qué es lo que más te importa, desde tu punto de vista?" o "¿Estás de acuerdo con lo que te digo o prefieres otra cosa?"
- Cuando se obtiene una preferencia, el médico debe estar preparado con un plan de respaldo ofreciendo más tiempo u orientando al paciente, si ese es su deseo.

4) Tomar una decisión (*Decision talk*):

- Verificar la necesidad de aplazar o tomar una decisión, diciendo: "¿Estás listo para decidir?" o "¿Quieres más tiempo?" o "¿Tienes más preguntas?" o "¿Hay más cosas que deberíamos discutir?"
- Recordar al paciente que las decisiones pueden revisarse.

Al final de cada conversación hay que dar tiempo al paciente para que procese la información, siendo muy importante que haya entendido lo que se le ha explicado. Puede preguntarse: "¿Me he explicado con claridad?" o "¿Necesitas saber algo más?" o "¿Qué te parece lo que te digo?, no pareces convencido..." (6,19).

Recomendaciones para priorizar

Cuando el médico determina qué medicamentos se pueden deprescribir, tomando una decisión sobre el **orden de retirada**, que puede hacerse según 3 criterios prácticos (7):

(1) Medicamentos que pueden producir mayor daño y menos beneficio.

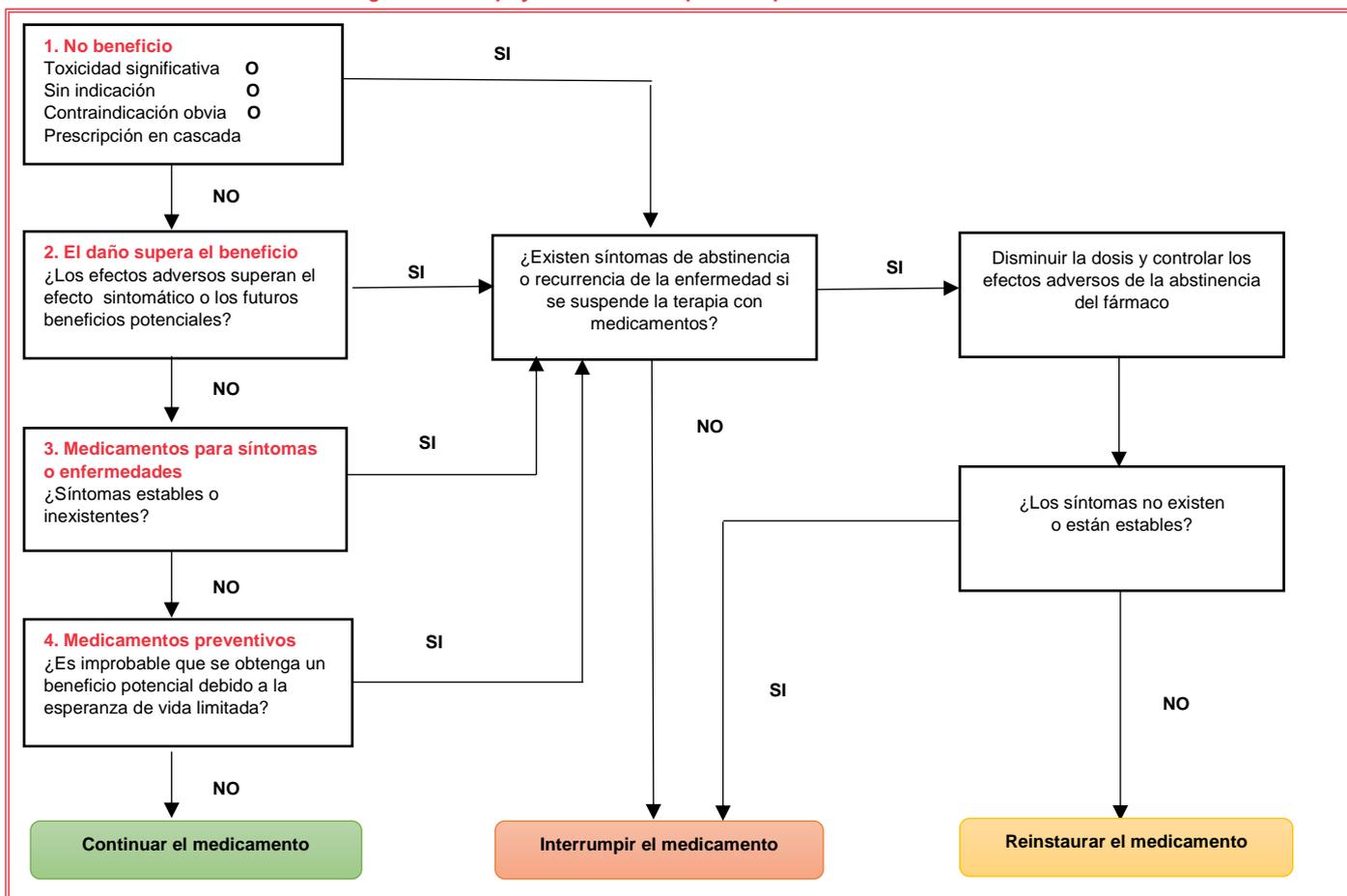
(2) Aquellos más fáciles de suspender, es decir los que tienen menor probabilidad de reacciones de abstinencia o de rebote de la enfermedad.

(3) Aquellos medicamentos que el paciente está más dispuesto a suspender primero (para ganar aceptación para deprescribir otros medicamentos).

El enfoque sugerido es clasificar los medicamentos de: "daño elevado/beneficio bajo" a "daño bajo/beneficio alto" (ver algoritmo 2).

Si existen varios fármacos sobre los que abordar la reducción o retirada, deberá realizarse sólo con **un medicamento cada vez**, para que los riesgos (reacciones de abstinencia o reaparición de la enfermedad) y los beneficios (resolución de RAM) puedan atribuirse a fármacos específicos y rectificar, si fuese necesario (1,4,7). Es aconsejable deshabituarse al paciente de los medicamentos que tienen más probabilidades de causar efectos adversos de abstinencia, e instruirlo -y/o al cuidador- sobre los efectos a observar e informar, y qué acciones pueden emprender por sí mismos, si ocurrieran. Se debe comunicar el plan y las contingencias a todos los profesionales sanitarios implicados y otras personas relevantes (cuidadores, familia) involucradas en el cuidado del paciente. Hay que documentar completamente las razones y los resultados de la deprescripción (7)

Algoritmo de apoyo a la decisión para suspender el uso de medicamentos



Algoritmo 2. Tomado de (7)

Hay que tener en cuenta si el medicamento puede **interrumpirse de forma brusca o necesita una reducción gradual** para evitar efectos adversos (1,2,4,20,21,22) (ver tabla 2).

El último paso es programar la cita del paciente para el seguimiento (6) y tener prevista la analítica que se puede necesitar en cada caso.

Medicamentos que deben deprescribirse de forma gradual		
Clase Terapéutica	Síntomas de retirada	Estrategia para prevenirlos
Anticolinesterásicos	Empeoramiento cognitivo, agitación, alucinaciones	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la dosis en un 50% cada 4 semanas.
Anticonvulsivantes (con uso no antiepiléptico: gabapentina, pregabalina)	Ansiedad, depresión, insomnio, náuseas, dolor, sudoración	<ul style="list-style-type: none"> Reducir la dosis 25% cada semana; lo cual supone suspender después de 4 semanas o más.
Antidepresivos	Acatisia, ansiedad, cefalea, insomnio, irritabilidad	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la dosis en un 25% cada 4-6 semanas. Si no se logra, valorar sustituir por fluoxetina.
Antihipertensivos y Antianginosos	<p>Angina, taquicardia, hipertensión, arritmia, ansiedad, infarto de miocardio</p> <p>La retirada brusca de antagonistas del calcio y betabloqueantes puede causar o exacerbar una angina</p> <p>Puede incrementarse la frecuencia de la angina durante la retirada de parches de nitroglicerina</p>	<ul style="list-style-type: none"> Betabloqueantes: reducción gradual mensual durante 3-6 meses; o disminución de dosis en un 25-50% cada 4 semanas. Monitorizar la presión sanguínea y la frecuencia cardiaca después de cada cambio de dosis. Tiazidas: dosis en días alternos, y posteriormente dos dosis semanales. Antianginosos nitratos: disminuir la dosis de forma progresiva y alargar los intervalos de administración en periodos de 4-6 semanas.
Antiparkinsonianos	Hipotensión, psicosis, temblor, rigidez muscular, pseudosíndrome neuroléptico maligno	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la dosis en un 25% cada 4 semanas.
Antipsicóticos (especialmente para la agitación en ancianos)	Discinesias, insomnio, síntomas de retirada (náuseas, vómitos, sudoración, psicosis)	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la dosis en un 25% cada 2 semanas. Si se presentan efectos adversos, regresar a la última dosis, mantener 2 meses y reducir a intervalos del 10%.
Benzodiazepinas e Hipnóticos-Z	Agitación, ansiedad, confusión, insomnio, convulsiones, cefalea, irritabilidad	<ul style="list-style-type: none"> Reducir dosis total 10-25% en intervalos de 2-3 semanas. Puede sustituirse por dosis equivalente de diazepam y reducir 2 mg cada 2-3 semanas. Monitorizar semanalmente durante la reducción. Si aparecen síntomas de retirada mantener dosis previa 2-4 semanas y continuar reducción más lentamente.
Inhibidores de la Bomba de Protones	Molestias gastrointestinales, acidez estomacal	<ul style="list-style-type: none"> Reducción del 50% cada 4-8 semanas o en días alternos. Monitorizar a las 4 y 12 semanas. Puede considerarse el uso de antihistamínicos antagonistas H2 para tratar los síntomas.
Opioides	Espasmos musculares, ansiedad, escalofríos, dolor, diarrea, vómitos, insomnio, abstinencia.	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la dosis 10% cada 1-2 semanas; o reducir la dosis en un 5-25% cada 1-4 semanas, según la tolerabilidad del paciente. Al llegar al 1/3 de la dosis inicial, ralentizar el ritmo de retirada a la mitad.

Tabla 2. (2,5,20,21,22)

SEGUIMIENTO

La última etapa de la deprescripción de medicamentos es monitorizar y vigilar adecuadamente la aparición de posibles RAM, síndromes de retirada, efecto de rebote o empeoramiento de la enfermedad de base; así como, para valorar la adherencia a la deprescripción y detectar nuevas dificultades (2,16). Es imprescindible establecer plazos, acordando una agenda compartida (con el paciente, cuidadores y otros profesionales sanitarios) para el seguimiento de la deprescripción iniciada, que es la clave para conseguir una práctica eficaz. Concretamente habría que tener en cuenta que (1,4):

- Cuando existen varios fármacos a deprescribir, es más fácil realizar el seguimiento cuando la retirada se hace de forma escalonada (retirada de un fármaco cada vez) con el objetivo de identificar síntomas, condiciones o riesgos que permitan disminuir la dosis o interrumpir el tratamiento.

- Cada proceso de deprescripción lleva implícitos una serie de análisis y plazos para revisarlo (p. ej.: medir la frecuencia cardíaca cuando se reduce la dosis de ciertos antihipertensivos de forma gradual).
- Hay que valorar si el paciente presenta problemas tras la retirada del medicamento.
- Se debe identificar el beneficio para reforzar la decisión de reducir o retirar el fármaco.
- Ante el regreso de síntomas de la condición inicial, puede no ser posible la retirada completa, para lo que habrá que tener en cuenta si se puede mantener una dosis reducida; o reinstaurar de nuevo el tratamiento como era eficaz.

El Circuito Asistencial del SAS establece que el seguimiento sea realizado por el médico de AP (monitorizar los cambios realizados y/o modificar el tratamiento y/o valorar nuevas prescripciones) y la enfermera (como refuerzo de las modificaciones de tratamiento realizadas y procedimiento de autocuidados); así como, para programar las revisiones periódicas según la necesidad (6).

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Revisión de prescripciones para evitar problemas de seguridad. [Bol Ter Andal. 2017; 32\(1\): 1-5.](#)
- 2- Montero Carrera J. Deprescripción. Más allá del uso racional del medicamento. [Med Farm Andal. 2020; 21\(1\): 47-66.](#)
- 3- Esteban Jiménez O et al. Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. [Aten Primaria. 2018; 50\(S2\): 70-9.](#)
- 4- Krska J et al. Deprescribing: tackling increasing polypharmacy. [Prescriber. 2017; \(Jul\):32-6.](#)
- 5- Gavilán E et al. Deprescripción de medicamentos. [FMC. 2015;22 supl 3:9-33.](#)
- 6- SAS. [Circuito asistencial para la revisión de la medicación del paciente polimedcado. 2021;](#) (Marzo).
- 7- Scott IA et al. Reducing inappropriate polypharmacy. The process of deprescribing. [JAMA Intern Med. 2015; 175: 827-34.](#)
- 8- Scottish Government Polypharmacy Model of Care Group. [Polypharmacy Guidance, Realistic Prescribing 3rd. Edition, 2018.](#) Scottish Government/NHS Scotland. [Online: [Polypharmacy: Manage Medicines](#) y [Teach Back](#)].
- 9- Garjón Parra J. ¿Y si fuera el medicamento? Síntomas comunes que pueden deberse a reacciones adversas. [BIT. 2011; 19\(2\): 17-28.](#)
- 10- Polimedación y deprescripción: herramientas. [Destacado CADIME. 2019; \(Abril\).](#)
- 11- Herramientas de deprescripción en la práctica clínica. [Portal Medicam. 2021; \(mayo\).](#)
- 12- Reeve E et al. Deprescribing tools: a review of the types of tools available to aid deprescribing in clinical practice. [J Pharm Pract Res. 2020; 50:98-107.](#)
- 13- American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. [J Am Geriatr Soc. 2019; 67\(4\): 674-94](#)
- 14- Curtin D et al. Deprescribing in older people approaching end-of-life: development and validation of STOPPFrail version 2. [Age Ageing. 2020; 50:465-71.](#)
- 15- [Guía de Revisión de la Medicación en Atención Primaria.](#) UGC Farmacia Atención Primaria. Sevilla. 2021.
- 16- Deprescripción en ancianos: un proceso laborioso. [Ojo de Markov. 2016; \(51\).](#)
- 17- Jansen J et al. Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. [BMJ. 2016; 353: i2893.](#)
- 18- Elwyn G et al. Shared decision making: A model for clinical practice. [J Gen Intern Med. 2012; 27: 1361-7.](#)

19- NICE. Shared decision making. [NICE NG197. 2021.](#)

20- No hay medicamentos “para toda la vida”. [INFAC. 2013; 21\(2\): 10-7.](#)

21- Villén Romero N et al. ¿Cómo y cuando se debe hacer una reducción gradual de la dosis de los medicamentos? [Butll Inf Ter. 2015; 26\(7\): 45-53.](#)

22- Molina K et al. Deprescribing Technique to Minimize Safety Issues Associated with Inappropriate Polypharmacy. [Oregon State Drug Rev. 2021; 11\(5\): 1-4.](#)

En la revisión de este artículo ha participado D^a María Dolores Llamas del Castillo, Farmacéutica de Atención Primaria. Distrito de Atención Primaria Costa del Sol. Málaga.

Centro Andaluz de Información de Medicamentos.
CADIME
Programa de la Consejería de Salud dirigido por la
Escuela Andaluza de Salud Pública

ISSN: 0212-9450

INFORMACIÓN Y SUSCRIPCIONES:

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Cuesta del Observatorio nº 4

18080 Granada

Tfno: 958027400

E-MAIL: cadime.easp@juntadeandalucia.es

WEB: www.cadime.es

SECRETARIO DE REDACCIÓN: Antonio Matas Hoces.

REDACCIÓN CADIME: Victoria Jiménez Espinola, Estrella Martínez Sáez, Antonio Matas Hoces, María Teresa Nieto Rodríguez, Antonio Olry de Labry Lima.

DOCUMENTACIÓN: María Victoria Mingorance Ballesteros

COMITÉ EDITORIAL: Emilio Alegre del Rey, Sonia Anaya Ordoñez, Idoia Arrillaga Ocampo, Regina Sandra Benavente Cantalejo, Jose Luis Castro Campos, Beatriz García Robredo, Pedro Martín Muñoz, María Jesús Ordoñez Ruiz, Isabel Rodríguez Bravo, María Dolores Sánchez Mariscal, Ismael Tinoco Racero, Jaime Torelló Iserte.



El Boletín Terapéutico Andaluz (BTA) es una publicación destinada a los profesionales sanitarios de Andalucía con el fin de informar y contribuir a promover el uso adecuado de los medicamentos. Este boletín es miembro de la Sociedad Internacional de Boletines Independientes de Medicamentos (I.S.D.B)

Anexo I. Listado de verificación en el proceso de revisión de la medicación y deprescripción en pacientes polimedicados

	Médico	Paciente
REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN		
1	Historia clínica del paciente: indicación	
2	Analíticas y procesos diagnósticos recientes: indicación	
3	Medicamentos esenciales para cada indicación	Asegurar que comprende su importancia.
4	Elección más eficaz para cada indicación	
5	Alergias: comprobar la pertinencia de la alternativa prescrita	Preguntar por alergias a medicamentos o excipientes.
6	Adherencia (en caso de ineficacia)	Preguntar.
7	Ajustar: dosis, pauta y duración (en caso de ineficacia)	
8	Sustituir por otra alternativa adecuada al paciente (en caso de ineficacia)	
9	Posibles medicamentos innecesarios y los de escaso valor terapéutico	Preguntar: remedios caseros, plantas medicinales, automedicación, alimentos. Plantear cambios en el estilo de vida.
10	Medicamentos innecesarios que pueden ayudar al objetivo terapéutico	Valorar cuáles le importan.
11	Medicamentos preventivos según esperanza de vida	
12	Insuficiencia renal o hepática: ¿ajuste de dosis?	
13	Edad: ¿ajuste de dosis?	
14	Forma farmacéutica prescrita	Preguntar si presenta inconvenientes.
15	Medicamentos duplicados (mismo principio activo)	
16	Medicamentos duplicados (mismo grupo/clase terapéutica)	
17	Contraindicaciones	
18	Reacciones adversas (RAM)	Preguntar por síntomas concretos.
19	Cascada terapéutica	Preguntar la finalidad de cada fármaco.
20	Interacciones	Preguntar sobre otros medicamentos o suplementos no prescritos.
TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS		
21	Establecer relación de confianza e identificar metas del paciente	Involucrarlo en el proceso. Valorar la opinión del cuidador. Animarlo a que exprese sus dudas y objetivos. Analizar sus preferencias y revisarlas periódicamente. Asegurar que ha comprendido el proceso y la decisión. Suministrar la información impresa que demande (folletos, gráficas, copia de la decisión, citas, etc.). Fomentar el cumplimiento. Ofrecer persona de contacto para dudas y urgencias.
22	Presentar las opciones de deprescripción	
23	Discutir beneficios y riesgos de cada opción: mejorar la comprensión (lenguaje, porcentajes, gráficos, etc.)	
24	Diferenciar entre medicamentos para la prevención y para el tratamiento	
25	Analizar preferencias del paciente	
26	Tomar una decisión: qué fármaco será reducido o retirado	
27	Coordinar la acción con profesionales sanitarios implicados.	
28	Comunicar el plan acordado y el seguimiento	
SEGUIMIENTO		
29	Evaluar la conveniencia de analítica u otras mediciones necesarias	Dar plazo apropiado para evaluar resultados.
30	Evaluar problemas de la retirada: RAM, rebote, abstinencia	Preguntar.
31	Evaluar la adherencia, especialmente en reducción gradual de dosis	
32	Valorar la eficacia de: retirada completa o disminución de dosis o reinstaurar tratamiento	
33	Dar próxima cita, si es necesaria	

Necesidad

Efectividad

Adecuación

Seguridad

Decisión

Seguimiento

Anexo I. Modificada de (6,7)