

## DEPRESCRIPCIÓN EN EL PACIENTE POLIMEDICADO

Sánchez Serrano JL<sup>1</sup>, González Zarca MT<sup>1</sup>, Muñoz Carreras MI<sup>1</sup>  
Lara García-Escribano S<sup>1</sup>, García Carreño EM<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Farmacia Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan

<sup>2</sup> Servicio de Geriátría Hospital de Ciudad Real

*“Una retirada a tiempo es una victoria” Napoleón Bonaparte (1769-1821)*

### EL PACIENTE POLIMEDICADO

Se ha definido al **paciente polimedicado** como aquel que consume cinco o más medicamentos durante un periodo mínimo de 6 meses, por cualquier vía (oral, parenteral, inhalada, etc)<sup>1</sup>.

La polimedicación es un fenómeno frecuente, sobre todo en personas mayores de 65 años. Son los que más enfermedades crónicas acumulan, presentan una demanda asistencial en atención primaria 3 veces superior a la media de la población<sup>2,3</sup> y consumen más del 30% de los medicamentos que se prescriben, generando el 75% del gasto farmacéutico.

Las enfermedades crónicas y la polimedicación de la población están aumentando debido, entre otros motivos, al **envejecimiento** de la población. Podemos saber si una población está envejeciendo mediante el cálculo del índice de envejecimiento, que se expresa mediante la relación entre la cantidad de personas adultas mayores (> 65 años) y la cantidad de niños y jóvenes (<15 años). En la actualidad en España este índice es del 17,2%, con un 5,1 % de población con más de 80 años.

En Castilla-La Mancha el número de personas que han registrado en el último cuatrimestre del año 2014 un consumo regular de más de 5 principios activos ascendió a 173.631, un 9 % de la población con tarjeta sanitaria del SESCAM. Este porcentaje en pacientes mayores de 65 años se eleva hasta un 37 %. Se ha calculado que una cuarta parte de estos pacientes polimeditados mayores de 65 años, cerca de 30.000 pacientes, se encuentran expuestos de forma regular a 10 o más principios activos.

### Características del paciente crónico complejo

Las características del paciente polimedicado se corresponden en buena parte con las que definen el paciente crónico complejo:

- Situación evolutiva dinámica que requiere seguimiento y vigilancia en el tiempo de sus enfermedades crónicas. Hay que adaptar la intensidad de la atención en cada momento.
- Alta utilización de servicios de hospitalización urgente y servicios de urgencias.
- Enfermedades progresivas, en situación avanzada y con pronóstico de vida limitado, que pueden hacer cambiar los objetivos terapéuticos.
- Utilización de un elevado consumo de recursos y fármacos.
- Participación de más de un profesional en la atención de estos pacientes.
- Necesidad de activar y gestionar el acceso a diferentes dispositivos asistenciales y recursos en el proceso de atención, especialmente en situación de agudización o crisis. Requerimiento de vías preferentes de atención y de intensidad modulable.
- Fragilidad básica asociada a la condición del paciente.
- Alta probabilidad de que se produzca una disminución aguda funcional o cognitiva.
- Síndromes geriátricos de nueva aparición.
- Situaciones psicosociales adversas.

## **Incertidumbre terapéutica**

Una de las principales limitaciones que nos encontramos en los pacientes con enfermedades crónicas y patologías concomitantes es que en las guías de práctica clínica normalmente conducen a actuar sobre enfermedades concretas <sup>4</sup> y no tienen en cuenta otras patologías que puede presentar el paciente.

La mayoría de ensayos clínicos no incluyen como población de estudio a los pacientes crónicos complejos, siendo de hecho, esta característica, uno de los principales motivos de exclusión.

Todo ello dificulta la toma de decisiones terapéuticas en este tipo de pacientes, ya que la evidencia disponible es escasa. Debido a este motivo, el médico debe aplicar su experiencia clínica y el sentido común al establecer un tratamiento en estos pacientes.

## **Riesgos relacionados con la polimedicación**

Los efectos de la polimedicación sobre la salud de las personas son importantes. El riesgo de sufrir efectos adversos e interacciones medicamentosas se incrementa por cuatro cuando se toman más de 8 medicamentos <sup>5</sup>. Por otra parte, también afecta la adherencia terapéutica y el grado de adecuación relacionada con la complejidad del régimen terapéutico y el número de medicamentos prescritos. Para la correcta evaluación se debe de realizar una Valoración Geriátrica Integral en la que se tiene en cuenta no solo variables clínicas, sino también la situación funcional, mental y social, que son importantes para evaluar la correcta adecuación de la farmacoterapia y establecer los objetivos terapéuticos.

Por todo esto, se hace necesaria la revisión de la medicación en el paciente polimedicado. La evidencia actual muestra que, a corto plazo, la retirada de algunos medicamentos como benzodiazepinas y antipsicóticos, entre otros, y ajustar la dosis en población geriátrica no empeora los resultados en salud y no se ha asociado a la aparición de síntomas relacionados con la retirada de tratamientos <sup>6</sup>. También se ha observado que disminuía las caídas y los costes de los tratamientos <sup>7</sup>.

## **EN QUE CONSISTE LA DEPRESCRIPCIÓN**

La deprescripción de medicamentos es un proceso de desmontaje de la prescripción que por medio de su análisis, intenta mostrar sus contradicciones y ambigüedades. El fin es reconsiderar la prescripción desde el principio, comenzando desde el conocimiento del estado y situación del paciente hasta el diagnóstico de sus problemas de salud,

su expectativa de vida, así como las metas de la atención sanitaria y objetivos asistenciales para ese paciente y el tiempo que tardan en obtener su beneficio, la indicación de los medicamentos y su seguimiento posterior.

Los fundamentos en los que se basa la deprescripción son básicamente científicos y éticos.

Se trata de un proceso singular, continuo (prescripción-deprescripción), que necesariamente debe adaptarse a cada paciente de forma individualizada y a sus circunstancias, y que concluye con la evaluación de la pertinencia de continuar un tratamiento, suspenderlo, ajustar la dosis o sustituirlo por otro medicamento y la adición de otros que están infrautilizados <sup>8</sup>.

La pericia para deprescribir es uno de los principios de la prevención cuaternaria y la prescripción prudente es necesaria para frenar los riesgos asociados a la medicalización. Se estima que 1 de cada 5 medicamentos prescritos en personas de edad avanzada son inapropiados, siendo estos la principal causa de efectos adversos prevenibles <sup>9</sup>.

La deprescripción puede aplicarse a los pacientes independientemente del número de fármacos que toman, aunque adquiere especial relevancia en los polimedcados y en los pacientes frágiles.

El objetivo es mejorar la seguridad y la eficiencia.

En la **Tabla 1** se incluyen grupos de Medicamentos susceptibles de deprescripción.

## **Estrategias**

Existen distintas estrategias de deprescripción, unas desde una perspectiva centrada más en el medicamento, aplicando distintos criterios de eficacia, seguridad o eficiencia y otras desde una perspectiva centrada en el paciente con revisión de la medicación analizando la situación integral del mismo.

### **a) Por fármacos**

Útil para retirar fármacos innecesarios, para ello podemos utilizar los criterios de Beers <sup>10</sup> y los STOPP-START <sup>11</sup>, estos últimos aportan mayor sensibilidad que los primeros. En 2014 aparece una nueva versión de los criterios STOPP-START <sup>12</sup>, En esta versión, se produce un incremento del 31% en el número total de criterios incluidos. Este aumento en el número de criterios se debe a la incorporación al mercado de fármacos nuevos o nuevas indicaciones en el periodo desde la versión 1 en 2008 y la versión 2 de 2014.

Son útiles también las herramientas de prescripción electrónica asistida integradas en los módulos de prescripción de las historias clínicas informatizadas.

## b) Por paciente

Reconsiderar en el paciente su régimen terapéutico, eliminando lo innecesario y añadiendo lo preciso.

### Fases

A veces las guías de práctica clínica inducen a la polimedicación, sobretudo en pacientes con varios procesos por ello es importante revisar y deprescribir si fuera necesario.

Podemos establecer tres niveles de revisión:

1. Revisión de la prescripción.
2. Revisión de la prescripción, concordancia y adherencia terapéutica.
3. Revisión clínica de la medicación y sus condicionantes: uso del medicamento en el contexto clínico del paciente.

**La revisión clínica de la medicación** es el proceso en el cual el médico valora la efectividad de cada medicamento relacionándola con la evolución de las patologías, la presencia de efectos indeseables, y el conocimiento que tiene el paciente de su tratamiento. Se trata de llegar a un acuerdo con el paciente acerca de su tratamiento para optimizar el efecto de la medicación, minimizando el número de problemas y acontecimientos adversos asociados a la medicación, mejorando la adherencia y la eficiencia.

Los aspectos a valorar en la revisión clínica de la medicación son:

- **Indicación:** ver si es el tratamiento adecuado para el problema de salud.
  - **Medicamento:** revisar que las dosis, pautas y duración sean adecuadas.
  - **Eficacia:** que el fármaco sea efectivo para el objetivo terapéutico (beneficio terapéutico marginal de la medicación, definido como la ganancia adicional cuando se añade una unidad más de fármaco en relación con el beneficio clínico obtenido) y que además sea la alternativa más eficiente.
  - **Seguridad:** evitar los Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM), interacciones, contraindicaciones, cascada de prescripción que se origina cuando se interpreta como nueva enfermedad los efectos adversos producidos por la medicación <sup>13</sup>, duplicidades, fármacos no aconsejados en determinados grupos de edad.
  - **Paciente:** la adecuación de cada uno de los medicamentos según las condiciones clínicas, situación funcional y cognitiva y expectativa de vida.
- También es importante el conocimiento que éste tiene de los aspectos relacionados con su tratamiento y que esté de acuerdo con el mismo.

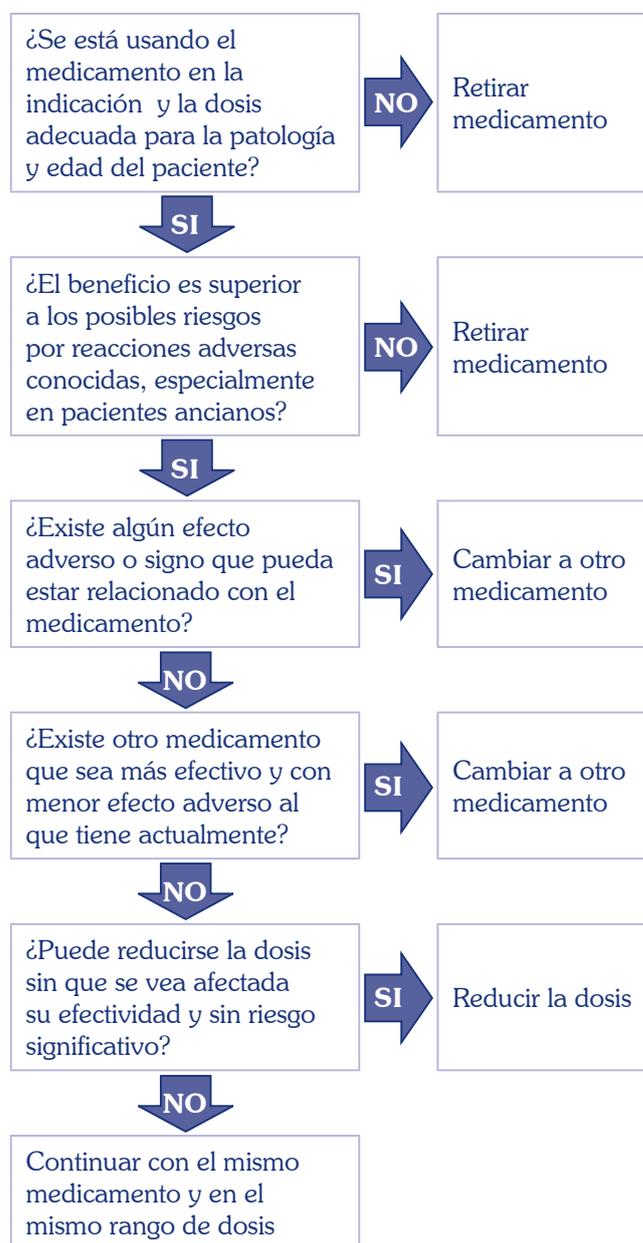
Las **herramientas** que podemos utilizar son: Cuestionario de Hamdy <sup>14</sup>, los criterios Priscus <sup>15</sup>, los de McLeod <sup>16</sup>. Estos listados especifican los medicamentos a evitar según la situación clínica del paciente.

Otras herramientas que podemos utilizar son:

- Assessing Care of Vulnerable Elderly (ACOVE) <sup>17</sup>, orientado al paciente de edad avanzada
- Screening tool for medication review <sup>18</sup>, orientado a pacientes polimedcados.

También se dispone de la única herramienta que se ha validado en nuestro medio, la Medication Appropriateness Index (MAI) <sup>19</sup>, por su complejidad de aplicación presenta problemas en atención primaria, por ello y para sistematizar la revisión clínica a los pacientes crónicos complejos, se ha adaptado para atención primaria el algoritmo de la SEFAP <sup>20</sup> modificado. (**Figura 1**)

**Figura 1.** Algoritmo de deprescripción.



## - Etapas de la revisión clínica

Podemos establecer cuatro etapas:

- 1<sup>a</sup>. Jerarquización de las patologías.
- 2<sup>a</sup>. Asociar cada fármaco que toma el paciente a la patología que trata.
- 3<sup>a</sup>. Establecer el objetivo terapéutico para cada tratamiento.
- 4<sup>a</sup>. Aplicar un algoritmo de revisión estructurada que nos permitan de manera lógica decidir qué medicamentos deprescribir. El algoritmo de Garfinkel <sup>21</sup> ha sido utilizado en dos ensayos clínicos sobre deprescripción, en los que se ha mostrado efectivo para interrumpir medicación sin asociarse con efectos adversos significativos.

## Consecuencias

Como cualquier intervención médica, la deprescripción puede tener consecuencias positivas y negativas <sup>22</sup>.

a) Entre las **positivas**, cabe destacar una mayor satisfacción del paciente, mejoras funcionales y de la calidad de vida, reducción del riesgo de efectos adversos e interacciones, y menor coste para el paciente y para el sistema.

b) En cuanto a las consecuencias **negativas**, también habrá que tenerlas en cuenta, por lo que es necesario un seguimiento en el paciente, teniendo en cuenta las necesidades del paciente y los fármacos que se han discontinuado. Como ejemplos de consecuencias negativas se encuentra el síndrome de retirada y el efecto rebote que se exponen a continuación.

**Síndrome de retirada.** Es más probable en el caso de fármacos que afectan al sistema nervioso central, como es el caso de las benzodiazepinas. El síndrome de retirada se podría evitar si la retirada se hace lentamente y bajo supervisión médica, y en casos en el que se presuponga gran dependencia psíquica, iniciar retirada cambiándolo por placebo. En el caso de los antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, generalmente suele ser leve y se resuelve en unos diez días. El cese abrupto de levo-dopa puede precipitar una clínica grave con rigidez muscular, inestabilidad y pérdida de conciencia.

**Efecto rebote.** La discontinuación de beta-bloqueantes puede asociarse a taquicardia e hipertensión de rebote y puede agravar la insuficiencia cardíaca o la isquemia.

Para incrementar el grado de confianza del paciente en el proceso de deprescripción es fundamental

que dichos cambios se realicen de forma gradual y que el seguimiento sea estrecho, sobre todo al comienzo, involucrando activamente al paciente o a su cuidador en las decisiones y aclarando que ningún cambio es irreversible.

## VIABILIDAD DE LA DEPRESCRIPCIÓN

### Revisión bibliográfica

La viabilidad y aplicabilidad de algoritmos para la deprescripción de medicamentos se ha demostrado con éxito y de forma segura. Los estudios publicados se centran en pacientes ancianos, cuyas particularidades los hacen especialmente vulnerables a PRM, y reflejan resultados positivos en cuanto a mejoría clínica y calidad de vida percibida por dichos pacientes y sus cuidadores, siendo rara la necesidad de reintroducir los medicamentos por reaparición de síntomas.

Así lo muestra, por ejemplo, un estudio observacional realizado en Israel <sup>23</sup> con pacientes de instituciones geriátricas, en el que se consiguió retirar un total de 322 medicamentos, 2,8 de los 7 medicamentos de media por paciente, entre los que se incluían antihipertensivos, antidiabéticos, estatinas, nitratos, antihistamínicos, antidepresivos, digoxina, suplementos de potasio y hierro. Durante los 12 meses de seguimiento se observó una reducción significativa de mortalidad (45% frente a 21%) y de las derivaciones al hospital (30% frente a 11,8%) respecto al grupo control, mientras que solamente fue necesario reintroducir el 10% de los medicamentos por reaparición de síntomas. Los mismos autores han publicado otro estudio con ancianos ambulatorios en el que, tras una puesta en común con pacientes y cuidadores, se suspendieron cerca del 50% de los fármacos, es decir, una reducción de 4,9 medicamentos por paciente, de los cuales solo el 2% fueron reintroducidos.

También se han realizado estudios de deprescripción de grupos farmacológicos específicos, y se ha demostrado una reducción de prescripciones inapropiadas aplicando criterios implícitos y explícitos, intervenciones multidisciplinares y utilizando sistemas informáticos de ayuda para la toma de decisiones para deprescribir. A pesar de las limitaciones de la evidencia disponible, en cuanto a resultados clínicos que guíen la deprescripción y su impacto (estudios heterogéneos, medición de distintas intervenciones, muestras pequeñas), todo apunta a que es factible y positivo. Por lo tanto, al tiempo que se van depurando y evaluando las mejores estrategias para deprescribir, hay que ir trabajando para desmontar las barreras que dificultan esta tarea en la práctica clínica y que afloran cuando se explora como se sienten los profesionales médicos ante el proceso de deprescripción.

Por ello, a la hora de desprescribir es recomendable seguir unas pautas, para hacerlo de forma segura, teniendo especial cuidado cuando se quieran suprimir ciertos fármacos (como betabloqueantes, benzodiacepinas, anticolinérgicos, antidepresivos y esteroides), ya que éstos requieren retiradas paulatinas y un seguimiento cercano sobretodo inicialmente para evitar posibles efectos secundarios, por ello la deprescripción es un proceso gradual que debe realizarse fármaco a fármaco.

### **Experiencia en la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan**

Existen diferentes estudios sobre la atención farmacéutica (AF) tanto a nivel hospitalario como en pacientes institucionalizados en los que esta intervención consigue disminuir el número de reingresos hospitalarios <sup>24,25</sup>, sin embargo, a nivel de atención primaria los estudios son escasos, y por ello algunos indicadores, como los ingresos hospitalarios, han sido poco analizados.

En el trabajo desarrollado en la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Alcázar de San Juan, el Servicio de Farmacia revisó la medicación de los pacientes polimedicados de un Consultorio Local del Área. De las 960 personas que constituían el cupo de este consultorio local, 193 tenían más de 75 años, y de estos se elaboró un listado, con los pacientes que tenían prescritos 7 ó más medicamentos, sin contabilizar tratamientos agudos, material de cura, ni absorbentes de incontinencia urinaria; y se revisó el listado de medicación de estos pacientes. Finalmente se seleccionaron 84 pacientes con una media de 9 medicamentos.

El objetivo de esta experiencia fue observar el impacto que supone una intervención farmacéutica, tanto en disminución del gasto farmacéutico como en la disminución de ingresos hospitalarios.

Intervención farmacéutica se denomina a todas las actuaciones en las que el farmacéutico participa activamente en la toma de decisiones, en la terapia de los pacientes y también en la evaluación de los resultados <sup>26</sup>.

La recogida de la información fue realizada por un farmacéutico de atención primaria. Se revisó la historia clínica y farmacoterapéutica de los pacientes seleccionados con el programa Turriano (Historia clínica informatizada de Atención Primaria del Servicio de Salud de Castilla La Mancha) y Mambrino XXI (Historia Clínica informática de los Hospitales de CLM), y los datos de consumo farmacéutico fueron procesados con el sistema de información de la prestación farmacéutica a través

de receta médica del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (DIGITALIS®) y a través de los ficheros de facturación de recetas médicas aportados por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Durante un periodo de 5 meses, desde el 1 de noviembre de 2013 hasta el 31 de marzo de 2014, el farmacéutico revisó el listado de medicación de estos pacientes.

Para evaluar la adecuación del tratamiento farmacológico, el farmacéutico siguió un procedimiento normalizado que consistía en la aplicación del cuestionario MAI modificado como método implícito y la lista de criterios STOPP-START como método explícito.

De manera periódica se programaron reuniones presenciales del farmacéutico con el médico de familia responsable de los pacientes.

Previamente a la reunión, el farmacéutico mandaba al médico un listado con los pacientes a revisar, en el que se incluían las patologías y medicamentos que tenían dichos pacientes; y en el momento de la reunión el farmacéutico le daba al médico por escrito todas las propuestas de actuación. Las patologías más prevalentes que presentaron los 84 pacientes que fueron incluidos en el estudio fueron:

- diabetes: 33 pacientes (38,82%).
- hipertensión: 64 pacientes (75,29%).
- dislipemia: 38 pacientes (44,70%).

En los 84 pacientes a los que se les revisó la medicación se realizaron 283 intervenciones farmacéuticas de las que el médico aceptó 225 (82,41%).

La mayor parte de las intervenciones aceptadas consistieron en la eliminación de medicamentos, suprimiéndose un total de 178, que supone el 23,54% de los medicamentos que tenían prescritos los pacientes.

Los principales motivos de suspensión de los medicamentos fueron:

- indicaciones inapropiadas: 85 medicamentos (47,75%).
- interacciones farmacológicas: 45 medicamentos (25,28 %).
- duplicidades terapéuticas (27 (15,16%).

Tras la intervención farmacéutica disminuyó la media de medicamentos prescritos por paciente, de manera que de 9 que tenían inicialmente pasaron a una media de 7 medicamentos por persona.

Todo esto teniendo en cuenta que no siempre se eliminaron medicamentos sino que también hubo ocasiones en las que se vio la necesidad de introducir nuevos medicamentos.

Los medicamentos que presentaron mayores intervenciones fueron los inhibidores de la bomba de protones (IBP). Con estos medicamentos principalmente se realizó intercambio terapéutico, cambiando la mayoría de los IBP a omeprazol; también se suspendieron en muchos pacientes debido a que ya no tenían la indicación para la que se prescribieron.

Para analizar el impacto que habían tenido estas intervenciones, se calculó el gasto farmacéutico y el número de ingresos hospitalarios asociados a los 84 pacientes a los que se les revisó la medicación, del 1 de noviembre de 2013 al 31 de marzo de

2014, y se comparó con el gasto farmacéutico y el número de ingresos hospitalarios de los pacientes que presentaban 7 o más medicamentos del mismo consultorio local en el año anterior, en el periodo de tiempo del 1 de noviembre de 2012 hasta el 31 de marzo de 2013.

Los resultados obtenidos en este trabajo demuestran que tanto el gasto farmacéutico como el número de ingresos hospitalarios se habían visto reducidos en nuestro periodo de estudio, de manera que el gasto en farmacia se había reducido un 31,68% (16.770,94 euros) y los ingresos hospitalarios un 56,25%.

Como conclusión podemos decir que aunque se requieren más estudios en atención primaria, las intervenciones farmacéuticas tienen un impacto favorable tanto económicamente como en la calidad de vida del paciente.

**Tabla 1.** Medicamentos susceptibles de deprescripción

<b>PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR</b>	<b>Indicación</b>	<b>Condición susceptible a deprescripción</b>	<b>Variable para considerar el éxito/ fracaso de la intervención y la necesidad de re-introducción</b>
<b>Estatinas</b>	Prevención secundaria	Demencia avanzada <sup>27</sup>	Variación HDL/LDL
	Hipercolesterolemia en prevención primaria	Mayores 85 años <sup>28,29</sup>	Evento cardiovascular Elevación LDL > 140mg/dl
<b>Antiagregantes</b>	Prevención primaria	Dosis de AAS 300 mg, no indicada <sup>30</sup>	Evaluación RCV
	Prevención secundaria	Terapia doble antiagregante > 1 año tras evento <sup>31</sup>	Eventos cardiovasculares
<b>Antihipertensivos</b>	HTA	Mayores de 80 años con TA < 160/90 y más de dos antihipertensivos <sup>32,33,34</sup>	TA > 180 mm Hg
	Cualquiera	2 o más antihipertensivos de la misma clase (medicamentos que actúan sobre sistema renina angiotensina / diuréticos / antagonistas del calcio) <sup>35</sup>	
<b>PSICOFÁRMACOS</b>	<b>Indicación</b>	<b>Condición susceptible a deprescripción</b>	<b>Variable para considerar el éxito/ fracaso de la intervención y la necesidad de re-introducción</b>
<b>Fármacos antidemencia</b>	Alzheimer	Índice de Barthel < 40 <sup>36,37,38</sup>	Cambios de comportamiento, episodios de agitación
		Terapia combinada IACE + memantina <sup>39</sup>	
<b>Antipsicóticos</b>	Demencia	Tratamientos > 6-12 semanas <sup>40</sup>	Sintomatología psicológica y conductual
	Insomnio	Cualquiera <sup>41</sup>	
<b>Antidepresivos</b>	Depresión mayor	Tratamiento > 6 meses tras remisión de primer episodio <sup>42</sup>	
<b>Benzodiacepinas</b>	Insomnio/ ansiedad	Tratamiento > 4-12 semanas <sup>43</sup>	
		Pacientes > 65 años <sup>10</sup>	

SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	Indicación	Condición susceptible a deprescripción	Variable para considerar el éxito/ fracaso de la intervención y la necesidad de re-introducción
AINEs y COXIBs	Analgesia	Riesgo cardiovascular <sup>44,45</sup>	
		Insuficiencia renal <sup>46</sup>	
		Dosis altas de AINE <sup>47</sup>	
<b>SYSADOA (glucosamina, condroitin sulfato y diacereina)</b>	Osteoartrosis	cualquiera <sup>48</sup>	Dolor en EVA
<b>Bifosfonatos</b>	Osteoporosis	3-5 años de tratamiento continuado <sup>49</sup>	Reevaluación del riesgo de fracturas (FRAX) cada 1-2 años
OTROS	Indicación	Condición susceptible a deprescripción	Variable para considerar el éxito/ fracaso de la intervención y la necesidad de re-introducción
<b>Antidiabéticos orales</b>	Diabetes	Mayores de 80 años con DM de 10 años de evolución y en tratamiento con insulina <sup>50</sup>	HbA1c > 8% a pesar del ajuste de dosis de insulina
<b>Inhibidores de la bomba de protones</b>	Enfermedad péptica	Tratamiento > 8 semanas <sup>51</sup>	
	Protección gástrica	No riesgo teniendo en cuenta características paciente y medicación concomitante (medicación gastrolesiva: corticoides, AINE, COXIBs, antiagregantes y anticoagulantes) <sup>52</sup>	
<b>Vasodilatadores periféricos</b>	Insuficiencia venosa periférica	Tratamiento > 3 meses <sup>53</sup>	Recaída
<b>Gabapentina y pregabalina</b>	Dolor neuropático	Respuesta inadecuada <sup>54</sup>	Recaída
		Fin del tratamiento por remisión estable del dolor <sup>54</sup>	

## BIBLIOGRAFIA

- Chan D, Hao Y, Wu S. Characteristics of outpatient prescriptions for frail taiwanese elders with long-term care needs. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2009;18:327–34.
- INSALUD. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: Instituto nacional de la Salud; 1996.
- Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2004;28:113–20.
- Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, Westert GP, Schneider EC. Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: a systematic analysis of evidence-based guidelines. *Plos ONE.* 2011; 6:e25987.
- Onder G, Petrovic M, Tangiisuran B, Meinardi, MC, Markito-Notenboom W, Somer A, et al. Development and Validation of a Score to Assess Risk of Adverse Drug Reactions Among In-Hospital Patients 65 Years or Older. *The GerontoNet ADR Risk Score.* *Arch Intern Med* 2010; 170:1142-1148.
- Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med.* 2010; 170(18):1648-54. PubMed PMID: 20937924.
- Weber V, White A, McIvried R. An electronic medical record (EMR)-based intervention to reduce polypharmacy and falls in an ambulatory rural elderly population. *Journal of General Internal Medicine.* 2008; 23(4):399-404.
- Hardy JE, Hilmer SH. Deprescribing in the last year of life. *J Pharm Pract Res.* 2011;41:146–51.
- Gavilán-Moral, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana C. Ancianos frágiles polimedificados: ¿es la deprescripción de medicamentos una salida? *Rev. Esp Geriatr Gerontol*[Internet].2012.Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X12000601>.
- American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(4):616-31. Disponible en: <http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/2012AGSBeersCriteriaCitations.pdf>.
- Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher P, Cruz-Jentoft A. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(5):273-9. Disponible en: [http://rincondocentemfyc.files.wordpress.com/2011/12/stopp\\_start\\_espanol.pdf](http://rincondocentemfyc.files.wordpress.com/2011/12/stopp_start_espanol.pdf).
- Denis O'mahony<sup>1</sup>, David O'sullivan, Stephen Byrne, Marie Noelle O'connor, Cristin Ryan, Paul Gallagher. Stopp/Start criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2.
- NHS Scotland. The model of care polypharmacy working group. Polypharmacy guidance. Julio 2014. Disponible en: <http://www.knowledge.scot.nhs.uk/home.aspx>.

- 14.- Hamdy RC, Wyatt S, Whalen K, Donnelly JP, Compton R, Testerman F, Haulsee P, Hughes J. Reducing Polypharmacy in extended Care. *South Med J*. 1995; 88(5):534-538.
- 15.- Holt S, Schmiedl S, Petra A, Thürmann PA. Potentially Inappropriate Medications in the Elderly: The PRISCUS List. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 543-51.
- 16.- McLeod PJ, Huang AR, Tamblyn RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. *CMAJ* 1997; 156:385-91.
- 17.- Higashi T, Shekelle P, Solomon D, Knight E, Roth C, Chang J, Kamberg C, MacLean C, Young R, Adams J, Reuben D, Avorn J, Wenger N. The Quality of Pharmacologic Care for Vulnerable Older Patients. *Ann Intern Med*. 2004; 140: 714-720.
- 18.- De Smet P, Denneboom W, Kramers C, Grol R. A Composite Screening Tool for Medication Reviews of Outpatients. *Drugs Aging*. 2007, 24(9): 733-760.
- 19.- Fitzgerald LS, Hanlon JT, Shelton PS, Landsman PB, Schmander KE; Pulliman C, Williams ME. Reliability of a modified medication appropriateness Index in Ambulatory older persons. *Ann of Pharmacotherapy*. 1997; 31: 543-548.
- 20.- Ester Amado Guirado. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. SEFAP 2012. Disponible en: <http://issuu.com/sefap/docs/sefap1>.
- 21.- Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med*. 2010;170:1648-54.
- 22.- Gnjidic D, Le Couteur DG, Kouladjian L, Hilmer SN. Deprescribing trials: methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes. *Clin Geriatr Med*. 2012;28(2):237-53. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22500541>.
- 23.- Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J*. 2007;9:430-4.
- 24.- Le Couteur D, Banks E, Gnjidic D, McLachlan A. Deprescribing. *Austr Prescr*. 2011;34(6):182-5. Disponible en: <http://www.australianprescriber.com/magazine/34/6/182/5>.
- 25.- Novak CJ, Hastanan S, Moradi M, Terry DF. Reducing unnecessary hospital readmissions: the pharmacist's role in care transitions. *Consult Pharm*. 2012; 27(3):174- 79.
- 26.- A Clopés. Intervención farmacéutica. SEFH. Disponible en: [www.sefh.es/bibliotecavirtual/ftomo1/cap1314.pdf](http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/ftomo1/cap1314.pdf).
- 27.- Baena Díez J , González Casafonta MI, Rafael Rodríguez Portillo R. Evidencias disponibles y criterios para la retirada de fármacos en las demencias. Disponible en URL: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pid=articulo=90157561&pid\\_usuario=0&pcontactid=&pid\\_revista=45&ty=34&accion=L&origen=fmc&web=www.fmc.es&lan=es&fichero=45v19n09a90157561pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=articulo=90157561&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=45&ty=34&accion=L&origen=fmc&web=www.fmc.es&lan=es&fichero=45v19n09a90157561pdf001.pdf).
- 28.- Álvarez-Sala LA, Valderrama M, Torres FJ, Agudo P, Rodríguez-Gorostiza FJ, Millán J. Tratamiento hipolipemiente en ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:195-209.
- 29.- Uso de las estatinas en prevención primaria. Generalitat Catalunya. Disponible en: <http://www.gencat.es:8000/salut/depsalut/pdf/esbit405.pdf>.
- 30.- Antiagregación en prevención primaria y secundaria. Boletín información farmacoterapéutica Sacilyte nº1 2007. Disponible en: [http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/institucion/tkContent?idContent=1209321&locale=es\\_ES](http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/institucion/tkContent?idContent=1209321&locale=es_ES).
- 31.- Grupo de trabajo de la semFYC para el proyecto Recomendaciones «NO HACER». Recomendaciones NO HACER. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria .2014.
- 32.- Badia Farré T, Formiga Perez F, Almeda Ortega J, Ferrer Feliu A, Rojas Ferreras S, Grupo Octabaix. Relación entre presión arterial y mortalidad a los 4 años de seguimiento en una cohorte de mayores de 80 años. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137:97-103.
- 33.- Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. (Estudio HIVET Hypertension in the very elderly trial).2008;358:1887-98.
- 34.- M. Gorostidi, A. de la Sierra /*Med Clin (Barc)*. Tratamiento de la hipertensión arterial en el paciente muy anciano 2011;137(3):111-112.
- 35.- Nota informativa Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. Uso combinado de medicamentos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina (IECA/ARAI): restricciones de uso.MUH (FV), 6/2014.
- 36.- Guías de Buena práctica en geriatría. Decisiones difíciles en la enfermedad de Alzheimer. SEGG 2012.
- 37.- Parsons C, Hughes CM, Passmore AP, Lapane KL. Withholding, discontinuing and withdrawing medications in dementia patients at the end of life. A neglected problem in the disadvantaged dying? *DrugsAging*. 2010; 27(6):435-49.
- 38.- Mattace-Raso F. *J Alzheimers Dis*. 2014 Apr 18. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24748117>.
- 39.- Pérez Franco B, Turabián Fernández JL. Tratamiento combinado con inhibidores de la colinesterasa y memantina para la enfermedad de Alzheimer Boletín farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha. Vol. XV, N.º 4. 2014. Disponible en: [http://seccam.castillalamancha.es/sites/seccam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/boletin\\_farmacoterapeutico\\_no4.pdf](http://seccam.castillalamancha.es/sites/seccam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/boletin_farmacoterapeutico_no4.pdf).
- 40.- Alzheimer's Society. Optimising treatment and care for people with behavioural and psychological symptoms of dementia. A best practice guide for health and social care professionals. July 2011.
- 41.- American Psychiatric Association Five Things Physicians and Patients Should Question recommendation 5 updated August 21, 2014.
- 42.- NICE. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. National Clinical Practice Guideline 90. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90>.
- 43.- Boletín de información Farmacoterapéutica de Navarra. Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. Abr-jun 2014. Volumen 22, nº 2.
- 44.- selección de aine: entre el riesgo cardiovascular y el gastrointestinal. Volumen 16 • nº 4 • 2 0 0 8 Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac/eu\\_miez/adjuntos/infac\\_v16\\_n4.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v16_n4.pdf).
- 45.- CADIME Seguridad de AINEs tradicionales y COXIBs: puesta al día. Disponible en: [http://www.cadime.es/es/boletin\\_terapeutico\\_andaluz.cfm?bid=33](http://www.cadime.es/es/boletin_terapeutico_andaluz.cfm?bid=33).
- 46.- Loza E. AiNes en la práctica clínica: lo que hay que saber.. Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología, Madrid, España. IT del Sistema Nacional de Salud. Volumen 35, Nº 3/2011. Disponible en: [http://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/infMedic/docs/vol35n3AINEs.pdf](http://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35n3AINEs.pdf).
- 47.- Nota informativa Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. Riesgo cardiovascular de dosis altas de ibuprofeno o dexibuprofeno: recomendaciones de uso. MUH (FV), 4/2015.
- 48.- NICE clinical guideline 177. Osteoarthritis: the care and management of osteoarthritis in adults. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg177>.
- 49.- Nota informativa Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios. Bisfosfonatos y riesgo de fracturas atípicas de fémur. MUH (FV) /04/2011.
- 50.- Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2012.
- 51.- WeMeReC. Stopping medicines – proton pump inhibitors. October 2010. Disponible en: <http://www.wemerec.org/Documents/enotes/StoppingPPIsenotes.pdf>.
- 52.- Gwen M.C. A Benefit–Risk Assessment of the Use of Proton Pump Inhibitors in the Elderly. *Drugs and aging* 2014; 4 (31); 263-282.
- 53.- Nota informativa Agencia Española del Medicamento. Re- evaluación de la relación beneficio-riesgo de los agentes flebotónicos para administración vía oral. Ref: 2002/09.
- 54.- NICE. Neuropathic pain – pharmacological management: The pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings. guidelines [CG173] November 2013.

#### Comité de Redacción:

Arroyo Pineda V, Fernández-Corada Sánchez A, Martínez Cruz S, Rubio Salvador AR, Sánchez de la Nieta MD, Tejada Cifuentes F, Lara García-Escribano S, Jiménez de Andrés E.

#### Consejo Editorial:

Área de Farmacia, Comisiones de Farmacia y Terapéutica y del Uso Racional del Medicamento de las Gerencias de Área Integrada y de las Gerencias de Atención Especializada y Primaria de Toledo. SESCOAM.



Edita SESCOAM - Área de Farmacia

Dirección de correo: Eduardo Jiménez de Andrés. Secretaría Comité de Redacción. Área de Farmacia. SESCOAM

Avenida Río Guadiana 4. Toledo 45071. Teléfono:925/27.41.00. FAX:925/27.41.44. E-mail:burm@seccam.jccm.es

I.S.S.N.:1576-2408

D.L.: TO-602-2012