

DESPRESCRIPCIÓN RAZONADA EN PACIENTES POLIMEDICADOS

SUMARIO

INTRODUCCIÓN.....	1
PUNTOS GUÍA PARA LA REVISIÓN DE UN TRATAMIENTO Y DESPRESCRIPCIÓN.....	1
1 Revisar.....	2
2 Analizar.....	2
3 Actuar sobre la medicación.....	3
4 Acordar.....	6
5 Monitorizar.....	6
ASPECTOS ORGANIZATIVOS GENERALES.....	7

INTRODUCCIÓN

La dinámica actual de atención sanitaria favorece la polimedicación, entendiéndola como el hecho de tomar más medicamentos de los que clínicamente son apropiados en términos cualitativos, o por el elevado número de fármacos empleados, en términos cuantitativos¹. El límite es variable según los distintos grupos de trabajo, aunque cinco medicamentos durante más de tres meses es el número más extendido.

A la polimedicación contribuyen muchos factores algunos relacionados con el paciente (edad, morbilidad, demanda de atención, automedicación...), otros con el sistema organizativo sanitario con sus deficiencias de comunicación, tanto entre los distintos profesionales sanitarios y niveles asistenciales, como por el hecho de que la dispensación se realice en distintas oficinas de farmacia.

En los pacientes de mayor edad, por sus características fisiológicas, las consecuencias de la polimedicación pueden superar el beneficio que se pretende alcanzar. Distintos estudios han puesto de manifiesto un incremento de los efectos adversos (hasta el 35% en ancianos polimedcados)² y de interacciones que contribuyen a un aumento de la morbilidad (hospitalizaciones, trastornos cognitivos, riesgo de caídas)^{3,4,5} y de la mortalidad⁶.

Ante este hecho se debe comenzar a integrar en la práctica clínica el proceso continuo de revisión de los planes de tratamiento abordando no sólo la prescripción, sino la desprescripción con la retirada razonada de medicamentos. La situación ideal sería prescribir determinando claramente el objetivo que se pretende alcanzar y el plazo de tiempo que se considera razonable para conseguirlo, planteando la retirada del medicamento si no se consiguen dichos objetivos o el tratamiento no es bien tolerado.

Sin embargo lo habitual es que el profesional se encuentre con planes terapéuticos que se han vuelto realmente complejos por falta de tiempo para su seguimiento o de actualización de registros. Por ello en este BOLCAN, se intenta describir una metodología de trabajo adaptada e integrada a nuestros recursos, dirigida prioritariamente a los pacientes mayores crónicos y polimedcados, intentando facilitar la compleja tarea de desprescripción.

PUNTOS GUÍA PARA LA REVISIÓN DE UN TRATAMIENTO Y DESPRESCRIPCIÓN

Se han descrito **distintas estrategias de desprescripción, algunas desde una perspectiva centrada en el paciente** con revisión de la medicación y análisis de situación integral^{7,8} y **otras más centradas en el medicamento que aplican distintos criterios de eficacia, seguridad o eficiencia**. Así pues las herramientas disponibles de ayuda a la desprescripción son diversas^{9,10,11}. Destacar el algoritmo de decisión propuesto por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP) que maneja criterios de indicación, adecuación, efectividad y seguridad en los tratamientos¹² o el cuestionario Hamdy con un planteamiento centrado en la indicación o adecuación¹³.

Este BOLCAN ha tomado como referente la estrategia centrada en el paciente, realizando un análisis integral que se sustenta sobre **cinco premisas**⁷ que se exponen a continuación, adaptando dicha estrategia a nuestros propios recursos sanitarios.

1. **Revisar:** los medicamentos, los problemas de salud y conocimientos sobre ambos.
2. **Analizar:** adherencia terapéutica y objetivos terapéuticos.
3. **Actuar sobre la medicación:** retirando, sustituyendo o adecuando.
4. **Acordar** con el paciente.
5. **Monitorizar** los cambios derivados de la desprescripción.

1. REVISAR

Los medicamentos incluidos en la bolsa y en los planes de tratamiento

Se recomienda la **revisión periódica de la “bolsa de medicamentos”**, normalmente con una periodicidad anual, aumentando la frecuencia según la situación clínica, contrastando los fármacos hallados con los que **figuran en el “plan de tratamiento”** (PT). Este paso es fundamental para asomarnos a la realidad, ya que en muchas ocasiones lo que el médico cree que toma el paciente no se corresponde con lo que realmente está tomando, detectándose un alto grado de discrepancia¹⁴, así nos podemos encontrar con:

- **Medicación que no se está retirando de la farmacia**, situación conocida con el término de **pseudopolimedicación**, es decir, medicamentos que estando activos en el PT de la historia clínica de salud, se comprueba que el paciente no retira de la farmacia (atendiendo a las fechas de cobertura y/o consultando los históricos de dispensación de la historia digital). En estos casos habría que valorar la relevancia del hecho, determinando la necesidad de continuidad o finalización del tratamiento.
- **Medicamentos hallados en la bolsa de medicamentos y no registrados en el PT**, por proceder de otros ámbitos asistenciales públicos o privados o por haber sido adquiridos por el propio paciente (automedicación).
- **Tratamientos homeopáticos o plantas medicinales**: hallazgos relativamente frecuentes, de los que se deberá valorar su pertinencia y continuidad.

Los problemas de salud

Todos los problemas de salud desde un abordaje integral (físico, psíquico, funcional...), deberían actualizarse y registrarse adecuadamente en la historia clínica, identificándolos como **activos o inactivos, y verificando su relación con los medicamentos prescritos**. Es frecuente observar la presencia de fármacos sin indicación terapéutica activa o justificada.

El grado de conocimiento de los pacientes sobre los medicamentos y sobre sus problemas de salud

Es necesario indagar sobre la percepción que el paciente tiene sobre la utilidad de los medicamentos que toma y el conocimiento que tiene sobre sus problemas de salud. La falta de conocimientos básicos sobre estos aspectos pueden ser motivo de un uso inapropiado de la medicación, tal y como expone la Organización Mundial de la salud¹⁵: *“No importa lo efectivo y seguro que sea un producto intrínsecamente, sólo puede cumplir su función si es utilizado correctamente”*. Por tanto, es conveniente comprobar si el paciente conoce:

- Lo que toma y quién se lo prescribió
- Para qué lo toma y el objetivo terapéutico (indicación y efectividad)
- Cómo lo toma: dosis, pauta, forma de administración y duración del tratamiento
- Datos básicos relacionados con la seguridad: efectos adversos, precauciones, interacciones, contraindicaciones
- Datos sobre su conservación

Aportar la adecuada información sobre la terapia farmacológica está altamente asociado con la percepción del paciente sobre su utilidad, con el correcto uso del medicamento y con mejores resultados de la farmacoterapia^{16,17}. La información se debe facilitar verbalmente y por escrito, asegurándonos que es comprendida, además de hacer saber que la información básica y trascendente relacionada con la medicación se halla disponible en los prospectos de los medicamentos.

Es necesario que enfermería se implique activamente en las actividades de revisión de la bolsa de medicamentos y en las relacionadas con los conocimientos del paciente sobre los temas señalados¹⁸.

2. ANALIZAR

Problemas de adherencia terapéutica

La falta de adherencia tiene una alta prevalencia, de hecho entre el 35 y 50% de los pacientes incumplen el tratamiento^{19,20}, llegando al 70% en los pacientes mayores sin cuidador. Existen distintos métodos para detectar los problemas de adherencia, que se recogen en el *Infarma vol 4, núm 3. Adherencia Terapéutica*.

Los motivos que pueden estar detrás de los problemas de adherencia son diversos, destacar la aparición de reacciones adversas, problemas con el copago farmacéutico o la falta de motivación en los procesos crónicos en donde los resultados en términos de salud no son tan evidentes para el paciente.

Un inadecuado control de la enfermedad por falta de adherencia puede interpretarse como una no respuesta al tratamiento y dar lugar a una sucesión de actuaciones innecesarias, como la petición de más pruebas complementarias o la introducción de nuevos fármacos. Con todo ello se está contribuyendo aún más a la aparición de efectos indeseables de la medicación y seguramente a un mayor grado de incumplimiento terapéutico. Por tanto, este aspecto debe ser tenido en cuenta en el contexto de la prescripción.

Objetivos terapéuticos según situación clínica

Los objetivos de control terapéutico difieren con la edad y las circunstancias del paciente. Estrategias que en principio podrían aportar un beneficio clínico, en determinadas circunstancias dejan de tener prioridad, por ejemplo, intervenciones en prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en situaciones de fragilidad o al final de la vida, por lo que habría que valorar la necesidad de la continuidad de determinados tratamientos.

3. ACTUAR

En base a lo anterior se debe redefinir el plan terapéutico valorando qué fármacos mantener, retirar, sustituir y en cuáles modificar la dosis, en función de los condicionantes descritos.

Fármacos susceptibles de RETIRAR

- Duplicidades (P).
- Fármacos que estén ocasionando RAM (P).
- Fármacos que se prescribieron para síntomas que puedan resultar de una RAM.
- Fármacos que hayan superado los tiempos máximos de duración (P).
- Fármacos sin indicación terapéutica activa, registrada o justificada.
- Fármacos con poca evidencia de eficacia para una indicación concreta.
- Fármacos de utilidad terapéutica baja (UTB) o sin utilidad terapéutica claramente demostrada (P).

(P) Recursos de ayuda a la prescripción actualmente disponibles en la historia clínica (Programa del Paciente Crónico Polimedcado y/o módulo de prescripción)

• Duplicidades

Presentaciones con el mismo principio activo o mismo subgrupo terapéutico. Si estas duplicidades son injustificadas, por no tener que ver con el ajuste o la titulación de la dosis (normalmente en medicamentos de estrecho margen terapéutico), habría que proceder a su retirada. Las duplicidades constituyen uno de los problemas más importantes relacionados con la seguridad de los tratamientos ya que, pueden dar lugar a intoxicaciones e incrementar el riesgo de otras reacciones adversas a medicamentos RAM.

Según datos obtenidos de las historias clínicas de Drago-AP en nuestra CCAA, las duplicidades están presentes en un 31% de los planes terapéuticos en los pacientes mayores de 65 años con más de 10 medicamentos.

• Fármacos que estén ocasionando una reacción adversa medicamentosa (RAM)

Ante la introducción de nuevos tratamientos debería haber un periodo de seguimiento clínico y de control de respuesta, para identificar la aparición de cualquier tipo de RAM. Recordar que dichas RAM deben ser notificadas a los Centros de Farmacovigilancia de referencia, preferentemente:

- Reacciones adversas graves.
- Reacciones adversas que se relacionen con medicamentos sujetos a seguimiento adicional de seguridad, identificados con un triángulo negro invertido.

• Fármacos que se prescribieron para síntomas que puedan resultar de una RAM²¹

Identificar la denominada prescripción en cascada, fármacos que se pautaron para tratar síntomas que se interpretaron como un nuevo problema de salud, cuando originalmente son RAM.

Tabla 2. Ejemplos de reacciones en cascada		
FÁRMACOS	REACCIÓN ADVERSA	PRESCRIPCIÓN EN CASCADA
Vasodilatadores, diuréticos, betabloqueantes, Antagonistas del calcio, IECAs, AINEs, opioides, antidepresivos, ansiolíticos	Mareo	Cinarizina, sulpirida
AINEs	Hipertensión	Antihipertensivo
Diuréticos tiazídicos	Hiperuricemia, gota	Alopurinol, colchicina
Antiepilépticos	Rash	Antihistamínico, corticoide tópico
	Náuseas	Metoclopramida, domperidona

• Fármacos que hayan superado los tiempos máximos de duración

Es importante prescribir los fármacos en las indicaciones aprobadas, pero también tener en cuenta el **tiempo recomendado de tratamiento según situación clínica** (por ejemplo: más de 5 años de tratamiento con bifosfonatos para la prevención primaria de fracturas en la osteoporosis posmenopáusica; más de 12 meses de doble antiagregación (AAS+clopidogrel), en el contexto de cardiopatía isquémica²² o más de 4 semanas de tratamiento con IBP en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, sin comprobar si se ha producido remisión o proceder a investigar etiología.

• Fármacos sin indicación terapéutica activa, registrada o justificada

Con frecuencia en los PT hay medicamentos que no se asocian a ningún problema de salud activo. Esta circunstancia puede aparecer en el caso de tratamientos vigentes en patologías ya resueltas y/o para el tratamiento de los síntomas de patologías crónicas con curso fluctuante, donde el tratamiento sintomático debería mantenerse sólo mientras persistan los síntomas y no de forma crónica, realizando el seguimiento adecuado por si reaparecen. Incluso retirar fármacos cuya indicación haya dejado de estar justificada en las etapas finales de la vida.

• Fármacos que aún siendo de utilidad terapéutica reconocida poseen poca evidencia para una indicación concreta

Fármacos que no se corresponden con las indicaciones recogidas en sus fichas técnicas ni en las recomendaciones de las Guías Farmacoterapéuticas de referencia



Tabla 3. Ejemplos sobre fármacos utilizados en situaciones en donde no existe evidencia suficiente

IBPs	Protección gástrica en pacientes sin factores de riesgo (1).
AINEs indefinidos	Sin antecedentes de patología inflamatoria de base.
Estatinas	En prevención 1ª en pacientes con riesgo cardiovascular leve o moderado.
Montelukast	En pacientes con asma leve o moderada.
Bifosfonatos	En pacientes sin osteoporosis y/o riesgo de fractura, en prevención primaria. En pacientes en tratamiento superior a 5 años.
Corticoides tópicos indefinidos	En pacientes sin patología inflamatoria crónica de piel que lo justifique (psoriasis).
Gabapentina y/o pregabalina	Para el manejo del dolor de origen no neurológico. Para el dolor neuropático, valorar respuesta.

(1) Principales factores de riesgo: historia de úlcera o hemorragia gastrointestinal, dosis altas de AINEs, uso concomitante de corticoides o anticoagulantes, presencia de dispepsia o ERGE, terapia antiagregante dual (AAS+clopidogrel).

• Fármacos de utilidad terapéutica baja (UTB) o sin utilidad terapéutica claramente demostrada

Fármacos que no cuentan con suficiente evidencia científica que respalde su uso. Estos fármacos contribuyen a aumentar la complejidad de los tratamientos y el riesgo de interacciones y RAM.

RECOMENDACIÓN PARA LA RETIRADA SEGURA DE MEDICAMENTOS

La retirada de fármacos siempre debe realizarse con precaución ya que no todos los medicamentos pueden suprimirse bruscamente. En algunos casos se precisa retirada gradual para evitar el efecto rebote.

El Infac “No hay medicamentos para toda la vida” vol 21 nº 2 2013”, muestra un listado bastante completo de medicamentos que precisan retirada gradual y la manera de realizarla, así como aquellos en los que no es preciso dicha retirada gradual. Aquí ilustramos una muestra (Tabla 5)

Tabla 5. Algunos medicamentos de uso frecuente que requieren una reducción gradual en su retirada.	
IBPs	Reducción gradual si altas dosis o tomar a días alternos o a demanda.
Beta bloqueantes y tiazidas	Con los betabloqueantes, reducción gradual de la dosis a intervalos mensuales durante 3-6 meses. Con las tiazidas, tomar a días alternos y luego a dos dosis semanales.
Benzodiazepinas e hipnóticos Z (1)	Reducir la dosis 10-25% cada 2-4 sem. Reducción en un tiempo de 6 sem hasta 1 año (2).
Gabapentina, pregabalina	Reducción de un 25% semanalmente (2).
Opioides solos o asoc. a otros analgésicos	Disminuir un 10% diario o cada 1 –2 sem si hay dependencia psicológica o comorbilidad cardiorrespiratoria. Al llegar a 1/3 de la dosis inicial, enlentecer el descenso (2) y luego continuar.

(1) Se puede sustituir por una dosis equivalente de diazepam y reducir 2-2,5 mg cada 2-4 sem: Hipnóticos Z: zolpidem y zopiclona
(2) Si aparecen síntomas de abstinencia y/o empeoramiento clínico, mantener la misma dosis hasta nuevo control de los síntomas.

Fármacos susceptibles de SUSTITUIR

- Fármacos inapropiados para personas mayores (P).
- Fármacos que estén interaccionando entre ellos, con enfermedades o plantas (P).
- Fármacos con opciones más eficientes (P).

(P) Recursos de ayuda a la prescripción actualmente disponibles en la historia clínica (Programa del Paciente Crónico Polimedcado y/o módulo de prescripción)

• Fármacos inapropiados para personas mayores

Deben sustituirse por alternativas más seguras. Para su identificación existen distintas herramientas como los criterios Beers²³, los Criterios STOPP²⁴ (con información ordenada por aparatos o sistemas) o el listado Priscus²⁵ que ofrece alternativas terapéuticas más adecuadas (Tabla 6).

Tabla 6. Algunos ejemplos de fármacos inapropiados en personas mayores, basados en la lista Priscus.

FÁRMACO	PROBLEMA	ALTERNATIVAS	MANEJO DEL FÁRMACO PROBLEMÁTICO
Analgésicos y Antiinflamatorios			
Indometacina Ketoprofeno Piroxicam Meloxicam Fenilbutazona Etoricoxib	Muy alto riesgo de sangrado gastrointestinal, ulceración o perforación que puede ser mortal. Indometacina: Alteraciones del SNC. Fenilbutazona: Discrasias sanguíneas. Etoricoxib: Contraindicaciones cardiovasculares.	Paracetamol. Opioides débiles (Tramadol, Codeína). AINES menos agresivos (Ibuprofeno).	Usar en combinación con agentes gastroprotectores (IBP). Vigilancia de manifestaciones de complicaciones gastrointestinales (gastritis, úlcera, hemorragia). Vigilar función renal. Vigilar función cardiovascular (tensión arterial, signos de insuficiencia cardiaca congestiva). Duración menor posible del tratamiento. Fenilbutazona: Vigilar recuento sanguíneo.
Espasmolíticos urinarios			
Oxibutinina Tolterodina Solifenacina	Efectos anticolinérgicos (boca seca, estreñimiento, efectos sobre el SNC...) Prolongación del QT.	Trospium. Tratamiento no farmacológico (ejercicios de suelo pélvico, terapia física).	Vigilar la aparición de efectos anticolinérgicos. Vigilar función SNC. Vigilar ECG.

(Información íntegra disponible en el documento "Seguridad en la prescripción del paciente crónico polimedcado. BOLCAN vol 4, núm 3"²⁶).

• Fármacos que estén interaccionando

Entre ellos, con enfermedades o plantas²⁷. Este aspecto está directamente relacionado con la seguridad en la utilización de los medicamentos y se presenta con alta incidencia y prevalencia, de hecho cuando se toman 7 medicamentos la posibilidad de interacción farmacológica es del 82%, llegando casi al 100% si se utilizan simultáneamente 10 o más fármacos²⁸. El citado BOLCAN ofrece información sobre alguna de las interacciones entre medicamentos y plantas en nuestro medio y alternativas terapéuticas en cada caso. Otra herramienta que podría resultar de utilidad es http://www.drugs.com/drug_interactions.php

• Fármacos con opciones más eficientes (Tabla 7)

Cuyo mayor exponente son las novedades comerciales de los últimos 5 años y que en gran parte de las ocasiones no aportan nada nuevo o ventajoso sobre los fármacos de referencia.

Se toman como referencia en nuestro medio, las recomendaciones de la Guía Terapéutica de la Semfyc²⁹ y los Indicadores de Calidad de Prescripción que cada año se manejan en el SCS.

Tabla 7. Fármacos con opciones más eficientes

	FÁRMACOS	OPCIONES MÁS EFICIENTES
IBPs	Esomeprazol, rabeprazol, lansoprazol, pantoprazol	Omeprazol
AINES	Asociaciones: naproxeno-esomeprazol Etoricoxib, celecoxib	Ibuprofeno y naproxeno
Estatinas	Rosuvastatina, pitavastatina, fluvastatina Atorvastatina 10 y 20 mg	Simvastatina 40 Atorvastatina 40 y 80 mg
ARA II	Telmisartán, olmesartán, valsartán, irbesartán sólos o en asociaciones con diuréticos Olmesartán-amlodipino	Losartán sólo o con diurético Losartán y amlodipino
Antidiabéticos orales	Metformina-sitagliptina Metformina-vildagliptina	Metformina, sulfonilureas

RECOMENDACIONES A LA HORA DE SUSTITUIR UN MEDICAMENTO

Es conveniente realizar los cambios con las dosis equipotentes cuando se decidan sustituciones por fármacos más eficientes, para evitar fracasos. En la tabla 8 se muestran algunos ejemplos de dosis equipotentes (sombreados los principios activos más eficientes de cada grupo farmacológico).

Tabla 8. Dosis equipotentes entre distintos principios activos de su mismo grupo.

Omeprazol	Esomeprazol	Pantoprazol	Rabeprazol	Lansoprazol
20 mg	20 mg	40 mg	20 mg	30 mg

Losartán	Telmisartán	Olmesartán	Irbesartán	Valsartán
50 mg	40 mg	20 mg	150 mg	80 mg

Simvastatina	Atorvastatina	Pravastatina	Lovastatina	Fluvastatina
		10 mg		20 mg
		20 mg	20 mg	40 mg
		40 mg	40 mg	80 mg
20 mg	10 mg		40 mg	
40 mg	20 mg		80 mg	
80 mg	40 mg			
	80 mg			

ADECUAR o AJUSTAR la posología y/o los tiempos de duración de los tratamientos

- **Dosis y pautas adecuadas** (ajustes en insuficiencia renal o hepática).
- **Adecuación de la utilización de los productos sanitarios según situación clínica** (tiras reactivas de glucemia, AIO, etc.).

• Dosis y pautas deben ser las adecuadas según edad y/o situación clínica

La edad avanzada se asocia con una disminución del filtrado glomerular, por esta razón deben evitarse fármacos nefrotóxicos y realizar ajustes de posología en pacientes con función renal alterada³⁰, de acuerdo a las recomendaciones recogidas en la Ficha Técnica. El deterioro de la función renal puede afectar a la seguridad y a la eficacia de los medicamentos y es a menudo una de las causas de hospitalizaciones debidas a medicamentos³¹.

El Infac "Dosificación de Medicamentos en la Enfermedad Renal Crónica" Vol 22-nº 1/2-2014 aporta información sobre ajuste de medicación en la enfermedad renal crónica³².

• Adecuación en la utilización de los productos sanitarios según situación clínica

La utilización de los productos sanitarios, también debería adecuarse a la situación clínica del paciente, porque en ocasiones nos encontraremos con:

- **Tiras reactivas para le medición de glucemia capilar con pauta superior a la recomendada** (como documento de ayuda, *INFARMA vol 5 nº 1 "Recomendaciones sobre Uso Adecuado de Tiras Reactivas para el Autoanálisis de Glucemia Capilar"*³³).
- **Absorbentes de incontinencia de orina (AIO), con prescripciones que no se ajustan adecuadamente al tipo de incontinencia, cantidad de diuresis o grado de movilidad del paciente** (documentación de apoyo: *BOLCAN Vol 1, núm 3 "Absorbentes Incontinencia de orina"*³⁴).

4. ACORDAR

Acordar preferencias, expectativas y actitudes con el paciente, adaptando las decisiones a las posibilidades reales.

5. MONITORIZAR

Detectar y evitar las complicaciones derivadas de la desprescripción, como la reaparición o agravamiento de la enfermedad de base, así como evaluar el grado de adhesión y aceptación de las recomendaciones.

CUADRO RESUMEN DE DESPRESCRIPCIÓN RAZONADA

1. Revisar

- Los medicamentos incluidos en la bolsa y en los planes de tratamiento.
- Los problemas de salud, identificándolos como activos o inactivos y verificando su relación con los medicamentos prescritos.
- El grado de conocimiento de los pacientes sobre los medicamentos.

2. Analizar

- Los problemas de adherencia terapéutica.
- Objetivos terapéuticos según situación clínica.

3. Actuar

Retirar

- Duplicidades (P).
- Fármacos que estén ocasionando RAM (P).
- Fármacos que se prescribieron para síntomas que puedan resultar de una RAM.
- Fármacos que hayan superado los tiempos máximos de duración (P).
- Fármacos sin indicación terapéutica activa, registrada o justificada.
- Fármacos con poca evidencia de eficacia para una indicación concreta.
- Fármacos de utilidad terapéutica baja (UTB) o sin utilidad terapéutica claramente demostrada (P).

Sustituir

- Fármacos inapropiados para personas mayores (P).
- Fármacos que estén interaccionando entre ellos, con enfermedades o plantas (P).
- Fármacos con opciones más eficientes (P).

Adecuar

- Dosis y pautas adecuadas (P) (ajustes en IR, IH).
- Adecuación de la utilización de los productos sanitarios según situación clínica (P) (tiras reactivas de glucemia, AIO, etc).

4. Acordar

- Acordar preferencias, expectativas y actitudes con el paciente.

5. Monitorizar

- Para evitar las complicaciones derivadas de la desprescripción.

(P) Recursos de ayuda a la prescripción actualmente disponibles en la historia clínica (Programa del Paciente Crónico Polimedicado y/o módulo de prescripción)

ASPECTOS ORGANIZATIVOS GENERALES

En materia de desprescripción sería deseable que los profesionales acordasen los aspectos organizativos en la revisión del tratamiento que está tomando el paciente, en función de su capacidad y disponibilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pacientes polimedcados frágiles, un reto para el sistema sanitario Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Volumen 35, N° 4/2011. www.msps.es/itsns
2. Hanlon JT, Schmader KE, Koronkowski MJ, et al. Adverse drug events in high risk older outpatients. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:945-948
3. Klarin I, Wimo A, Fastbom J. The association of inappropriate drug use with hospitalisation and mortality. *Drugs Aging* 2005;22:69-82.
4. Larson EB, Kukull WA, Buchner D, Reifler BV. Adverse drug reactions associated with global cognitive impairment in elderly persons. *Ann Intern Med*. Aug; 1987 107(2):169-173. [PubMed: 2886086]
5. Suelves JM, Martínez V, Medina A. Lesiones por caídas y factores asociados en personas mayores de Cataluña, España. *Rev Panam Salud Publica* 2010;27:37-42.
6. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging*. 2009;26:1039-48.
7. Hardy J.E, Hilmer S. Deprescribing in the Last Year of Life *Journal of Pharmacy Practice and Research* Volume 146 41, No. 2, 2011.
8. Gavilán-Moral E., Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana C. Ancianos frágiles polimedcados: ¿es la deprescripción de medicamentos una salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(4):162-167.
9. Pacientes polimedcados frágiles, un reto para el sistema sanitario Información erapéutica del Sistema Nacional de Salud. Volumen 35, N° 4/2011. www.msps.es/itsns
10. Desmedicalizar a la población. Una necesidad urgente. Información Farmacoterapéutica de la Comunitat Valenciana. Núm. 10/2012 - Volumen III. <http://www.san.gva.es/web/dgfps/informacion-farmacoterapeutica>
11. 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. *IMAJ* 2007;9: 430-434. <http://www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/046/23017.pdf>
12. Amado Guirado E, Durán Parrondo C, Izko Gartzia N, Massot Mesquida M, Palma Morgado D, Rodríguez Palomar G, et al. 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/sefap>
13. Hamdy RC, Moore SW, Whalen K, Donnelly JP, Compton R, Testerman F, et al. Reducing polypharmacy in extended care. *South Med J*. 1995; 88:534-8.
14. Bikowski RM, Rispin CM, Lorraine VL. Physician-patient congruence regarding medication regimens. *J Am Geriatrics Soc*. 2001;49:1353-7.
15. Organización Mundial de la Salud. *Teacher's Guide to Good Prescribing* Ginebra, 2.a ed. Ginebra: OMS, 2001.
16. De Vries TPGM. Presenting clinical pharmacology and therapeutics: A problem based approach for choosing and prescribing drugs. *Br J Clin Pharmacol*. 1993;35:581-6.
17. García Delgado P., Gastelurrutia Garralda M.A., Baena Parejo M.I., et al. Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. *Aten Primaria*. 2009;41(12):661-669.
18. Brito Brito, PR. *Redes y Diagnósticos Enfermeros*. Editorial Círculo Rojo, 1ª edición. 2013.
19. Kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Arch Intern Med*. 2007;167:540-50.
20. Marquez E, Gil V, Casado JJ, Martell M et al. Análisis de los estu-dios publicados sobre incumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. *Aten Primaria*. 2006; 38:325-32.
21. Le Couteur D., Banks E., Danijela Gnjidic, Andrew McLachlan A. *Australian Prescriber* 2011;34:182-5) <http://www.australianprescriber.com/magazine/34/6/article/1237.pdf>.
22. Fluixá Carrascosa C., Ajenjo Navarro A., Álvaro Bonet Plá A., Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en Atención Primaria Grupo de Trabajo de Patología Cardiovascular de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SVMFYC) (GuíaSalud) .
23. Beers: 1. Easton K, Morgan T, Williamson M. Medication safety in the community: A review of the literature. *National Prescribing Service*. Sydney, June 2009.
24. Criterios Stopp 2 Fick D, Cooper J, Wade W, Waller j, MacLean R, Beers M. Updating the beers Criteria for Potentially inappropriate Medication Use in Olde Adults. *Arch Internal Med* 2003;163:2716-2724.
25. Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially Inappropriate Medications in the Elderly: The PRISCUS List. *Dtsch Arztebl Int*. 2010; 107: 543-51.
26. Seguridad en la prescripción del paciente crónico polimedcado. BOLCAN vol 4, núm 3. http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/126a8c4f-1dd8-11e2-afb1-b9b294c3b92c/BOLCAN_4_num_3_Seguridad_prescripci%C3%B3n_PCP.pdf
27. Drug Information on line http://www.drugs.com/drug_interactions.php
28. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LD, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drugs events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 2003;289:1107-16.
29. Guía terapéutica Semfyc 5ª edición.
30. Montañés-Pauls B., Sáez-Lleó C., Martínez-Romero G. Ajuste de dosificación de medicamentos en pacientes ancianos institucionalizados con insuficiencia renal. *Farmacia hospitalaria*. Vol. 33. Núm. 01. Enero 2009.
31. Bell JS, Blacker N, LeBlanc VT, Alderman CP, Phillips A, Rowett D, Rossi S, Frank O, Husband A. Prescribing for older people with chronic renal impairment. *Aust Fam Physician*. 2013;42:24-28.
32. INFAC Vol 22 N°1-2, 2014 "Dosificación de Medicamentos en la Enfermedad renal Crónica."
33. INFARMA vol 5 n° 1 sobre "Recomendaciones sobre Uso Adecuado de Tiras Reactivas para el Autoanálisis de Glucemia Capilar".
34. BOLCAN Vol 1, núm 3 "Absorbentes Incontinencia de orina".

Autores: Gómez Rodríguez de Acuña A*; Álvarez Dorta I*; Padilla Luz A*; González Gómez CM*; Pérez Cánovas, ME*; Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación. Dirección General de Programas Asistenciales.

*Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife.

Edita: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud / SERVICIO CANARIO DE SALUD

ISSN: 1889-0938

Depósito Legal: GC 1102-2008

Pueden solicitar el envío del boletín remitiendo un correo a jperment@gobiernodecanarias.org

Todas las publicaciones editadas se pueden consultar a través de la Web del Servicio Canario de Salud: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/>