



# Introducción a la desprescripción en pacientes pluripatológicos

**M<sup>a</sup> Carmen García Sánchez**  
**FEA Medicina Interna**  
**UGC Medicina Interna**  
**Hospital La Inmaculada (Huercal-Overa)**  
**AGSNA**

# MAGNITUD DEL PROBLEMA

Entre un 9 y un 31 % de la población mundial vive con 2 o más enfermedades crónicas, esperándose que alcance el 40 % en 2050.

Las principales causas, por orden de frecuencia, son enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica e ictus), EPOC, cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, diabetes mellitus y cardiopatía hipertensiva.

Las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad, suponiendo el 68 % de las muertes en el mundo durante 2012 y estimándose que sean el 75 % en 2020. Además, para ese año, las enfermedades crónicas también serán la principal causa de discapacidad.

La atención a la cronicidad supone el mayor gasto sanitario, entre el 60 y el 75%. La presencia de múltiples enfermedades crónicas en un mismo individuo no son la excepción, sino la regla, y va aumentando progresivamente con la edad. Así mismo, aumenta de forma paralela la dependencia funcional, las visitas médicas, las hospitalizaciones, la polimedicación, el gasto sanitario y la necesidad de servicios sociales.

# En 2017 se ha revisado el Plan Asistencial Integrado Atención a Pacientes Pluripatológicos (PAI-APP) (SAS) , donde aparecen algunas importantes novedades.

- 1.- Se ha dado mucho valor a la Valoración Integral Exhaustiva (VIE), que supone un paso más de la valoración geriátrica integral clásica. La VIE tiene que abarcar la valoración clínica, funcional incluida la fragilidad y riesgo de caída, cognitiva, afectiva y sociofamiliar, la valoración pronóstica, la valoración farmacológica, la valoración de la capacidad de autogestión y activación de la persona en el manejo de su enfermedad, y la valoración de preferencias y valores de la persona.
- 2.- Por otro lado se hace hincapié en que la definición de los problemas y las metas de cada paciente no puede ser la traslación lineal de las recomendaciones para cada uno de los procesos que sufre el paciente. Así, las recomendaciones y los criterios de calidad tienen que ser individualizados, ya que lo recomendado para una enfermedad puede no ser lo recomendado para un enfermo por coexistir otra enfermedad con una recomendación discordante o incluso contradictoria.
- 3.- Asimismo, en el PAI-APP se subraya la importancia de las actividades de prevención y promoción de la salud, la activación y autogestión del paciente y persona que cuida, la activación de la red de apoyo social, la optimización fármaco-terapéutica, la rehabilitación, preservación funcional y cognitiva y la planificación anticipada de decisiones, ya que son intervenciones que han de ser adaptadas e individualizadas a cada paciente según la fase de la pluripatología en la que se encuentre, potenciando la coordinación y la integridad de la atención.

# CONCEPTOS

## - **Enfermedad crónica**

Aquella de larga duración cuyo fin o curación no puede preverse, o bien no tiene curación. El consenso temporal general establecido se sitúa en aquellas de 6 o más meses de duración.

## - **Comorbilidad**

Presencia concurrente de dos o más enfermedades diagnosticadas en un mismo individuo. Posteriormente el término ha evolucionado haciendo referencia a las diferentes enfermedades o condiciones morbosas que acompañan, a modo de satélite, a una patología protagonista, y que modulan el pronóstico, la recuperación, la respuesta al tratamiento, incluso las decisiones clínicas diagnóstico-terapéuticas.

## - **Multimorbilidad**

Carácter epidemiológico del concepto, aceptando la definición de morbilidad como la proporción de personas que enferman en un lugar durante un tiempo determinado. Por tanto la multimorbilidad hace referencia a la presencia de múltiples enfermedades en una proporción de personas de un determinado entorno geográfico.

# CONCEPTOS (2)

## - Paciente crónico complejo

Paciente crónico complejo es una aproximación al paciente desde una perspectiva de gestión sanitaria. Las características diferenciales de este grupo de pacientes serían:

- Presencia de varias enfermedades crónicas de manera concurrente.
- Sobreutilización de servicios de salud en todos los ámbitos.
- Presencia de enfermedades limitantes y progresivas con fallo de órgano como insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o la EPOC.
- Polifarmacia.
- Deterioro funcional para las actividades de la vida cotidiana.
- Otros factores de complejidad: sociofamiliares.

## - Paciente frágil

Síndrome biológico intrínsecamente unido al proceso de envejecimiento, caracterizado por descenso de la reserva biológica y de la resistencia al estrés, resultado del deterioro de múltiples sistemas fisiológicos y donde predomina un desequilibrio energético-metabólico que confiere al individuo una situación de vulnerabilidad frente a pequeñas agresiones.

- Criterios definatorios (Fried): baja resistencia al esfuerzo, debilidad, inactividad física, lentitud de movimiento y pérdida de peso.

# CONCEPTOS (3)

## - **Pluripatología**

Existencia de dos o más enfermedades crónicas sintomáticas, equivalentemente complejas, con similar potencial de desestabilización, dificultades de manejo e interrelaciones mutuas.

## - **Paciente pluripatológico**

Se define por la presencia de 2 o más enfermedades crónicas sintomáticas, en general equivalentemente complejas y con similar potencia de desestabilización, dificultades de manejo e interrelaciones mutuas, junto con una especial susceptibilidad y fragilidad clínica que conlleva la frecuente demanda de atención en distintos niveles, agudizaciones y patologías interrelacionadas que gravan al paciente con un deterioro progresivo y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional.

# PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

- Se define por la presencia de 2 o más enfermedades crónicas de las categorías que se indican posteriormente, junto con una especial susceptibilidad y fragilidad clínica que conlleva la frecuente demanda de atención en distintos niveles, agudizaciones y patologías interrelacionadas que gravan al paciente con un deterioro progresivo y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional.
- Colectivo especialmente predispuesto a sufrir los efectos perjudiciales de la fragmentación y superespecialización de la asistencia.
- Requieren una atención multidisciplinaria (Médico de familia, Enfermería de Atención Primaria y Gestora de casos y Trabajo social), correspondiendo al Internista Hospitalario de referencia la consultoría del equipo, ingreso hospitalario programados o alternativas a la hospitalización, consultas rápidas, valorar necesidad de Enfermería de enlace y proporcionar un informe de Alta hospitalaria en el que se incluya el Plan terapéutico completo.

# ENFERMEDADES DEFINITORIAS DE PLURIPATOLOGIA (1)

## **Categoría A:**

- A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (1) (síntomas con actividad física habitual).
- A.2. Cardiopatía isquémica.

## **Categoría B:**

- B.1. Vasculitis y Enfermedades autoinmunes sistémicas.
- B.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria(2), mantenidas durante 3 meses.

## **Categoría C:**

- C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC (3) (disnea a paso habitual en llano), o FEV1<65%, o SaO2 < 90.

## **Categoría D:**

- D.1. Enfermedad inflamatoria intestinal.
- D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular (4) o hipertensión portal(5).

## **Categoría E:**

- E.1. Ataque cerebrovascular.
- E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).
- E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo persistente, al menos moderado (6).

## **Categoría F:**

- F.1. Arteriopatía periférica sintomática.
- F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.

# ENFERMEDADES DEFINITORIAS DE PLURIPATOLOGÍA (2)

## Categoría G:

- G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.

- G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

## Categoría H:

- H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

- H.2. Haber presentado una fractura de cadera osteoporótica.

- - Límite final: Éxitus del paciente.
- - Límites marginales: Pacientes incluidos en un programa de diálisis.

(1) Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

(2) FGe <60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> de superficie corporal estimado por la fórmula CKD-EPI, Índice albúmina/Creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3mg/dl en muestra de orina o albúmina>300 mg/día en orina de 24 horas.

(3) Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que para a descansar al andar en llano al propio paso.

(4) INR > 1,7, albumina < 3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.

(5) Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

(6) Pfeiffer con 5 ó mas errores o Mini-examen cognoscitivo de Lobo con menos de 23 puntos.

# POLIMEDICACIÓN

Se entiende por polimedicación:

- en **términos cualitativos**, el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados
- en **términos cuantitativos** establecen un límite en el número de fármacos empleados. El número más extendido parece ser el de 5 medicamentos tomados de forma crónica, durante más de 6 meses



# VALORACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN

- MEDICACIÓN ADECUADA:

Es la que se ajusta al racionalismo científico/técnico (guías de práctica clínica, publicaciones...), ADEMÁS está acorde con las necesidades del paciente, en orden a su pronóstico, y a los deseos particulares del paciente, y así mismo se adapta a parámetros de eficiencia (bien social y familiar)

- MEDICACIÓN INADECUADA:

Puede serlo por infraprescripción (no se prescriben fármacos que son necesarios), por sobreprescripción (se prescriben más fármacos de los que son necesarios) o por prescripción equivocada (se prescribe de manera incorrecta un fármaco que es necesario)

- MEDICACIÓN INAPROPIADA:

El riesgo de sufrir efectos adversos es superior al beneficio clínico, especialmente cuando hay evidencia de la existencia de alternativas terapéuticas más seguras y eficaces.

# CONSECUENCIAS DE LA POLIMEDICACIÓN

- La adherencia terapéutica decae con la complejidad del régimen terapéutico, y cuanto mayor es el número de medicamentos prescritos.
- Los efectos adversos y las interacciones medicamentosas aumentan con el número de medicamentos en el tratamiento. Hasta un 35% de los pacientes ancianos polimedificados, desarrollan algún efecto adverso.
- Aumento del riesgo de ser hospitalizado, de sufrir caídas en los ancianos, de aumentar la morbilidad, e incluso, la mortalidad.

*Síntoma nuevo en un  
anciano... reacción adversa  
hasta que se demuestre  
lo contrario*

# EVALUACION DE LA ADECUACIÓN TERAPÉUTICA

**Métodos implícitos:** se basan en juicios clínicos. Parten de una evaluación clínica del paciente y su medicación, a partir de los cuales se realiza un juicio de si los fármacos prescritos son o no apropiados. Son generalmente métodos más válidos, pero para mantener niveles adecuados de fiabilidad precisan de un entrenamiento adecuado en su uso, así como especificaciones muy detalladas: Medication Appropriateness Index (MAI); Resultados Negativos de la Medicación (RNM); Assessment of Underutilization of Medication).

**Métodos explícitos:** se basan en criterios previamente definidos creados por un grupo de expertos, a través generalmente de métodos de generación de consenso: criterios BEERS, Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment (START), y el Screening Tool of Older Persons Prescriptions (STOPP). La nueva versión de 2014, de los criterios STOPP-START consta de 87 recomendaciones STOPP y 34 START, lo que supone un aumento considerable en el número de criterios previos.

# CRITERIOS STOPP-START

- Los criterios STOPP-START han demostrado ser una buena herramienta para la detección de prescripciones potencialmente inadecuadas y para la mejora de la calidad de prescripción en diferentes ámbitos de atención.
- Como toda herramienta no reemplaza el juicio clínico pero sirve como una guía para la prescripción racional de medicamentos.
- En este acto es clave tener en cuenta además la expectativa de vida, el tiempo hasta el beneficio del fármaco, las metas de cuidado y las preferencias del paciente.



# CRITERIOS STOPP-START (2)

- En el año 2014 se realizó la actualización de los criterios STOPP/START, la cual conto con la participación de 19 expertos en geriatría y farmacología geriátrica de 13 países de Europa (la versión 2008 incluyó solo expertos de Irlanda y Reino Unido).
- Se excluyeron 15 criterios de la primera versión (2008), que no contaban con evidencia consistente, se modificaron la mayoría de los criterios vigentes, y se agregaron 12 criterios STOPP (total 87) y 12 START (total 34)



A newborn baby is shown from the chest up, lying on a white textured surface. The baby has a curious expression with wide eyes and a slightly open mouth. A blue speech bubble is positioned to the left of the baby's face, containing the text '¿Por dónde empezamos?'. The background of the image is a light blue and white checkered pattern.

¿Por dónde empezamos?

# DESPRESCRIPCIÓN

- “Cese de un tratamiento de larga duración bajo la supervisión de un profesional médico” (Le Couteur y cols.)
- “El proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adicción de otros” (Gavilán y cols.)
- Se trata de una retirada planificada de la medicación crónica, teniendo en cuenta fundamentalmente los problemas relacionados con la prescripción (por ejemplo, los medicamentos desaconsejados en personas mayores, o con un perfil de mayor riesgo, que deberían ser un objetivo prioritario de retirada), deberá ser individualizada y regirse por el sentido común.

# ¿CÓMO PLANTEARNOS LA DESPRESCRIPCIÓN?

- Proceso que debe ser continuo y gradual.
- Que desarrollaremos en varias fases, teniendo en consideración al paciente concreto en su contexto particular.
- Tener en cuenta la esperanza de vida del paciente, el tiempo que tardan los medicamentos en producir beneficios, las metas asistenciales y objetivos terapéuticos que nos marcamos con el paciente.
- Averiguar las necesidades de nuestro paciente y buscar un tratamiento que maximice los beneficios y disminuya los riesgos.
- El proceso puede consistir en retirar un medicamento, modificar dosis, añadir uno nuevo o sustituir uno por otro.

# FASES DEL PROCESO DE DESPRESCRIPCIÓN

## Revisar

- Listado completo de medicamentos.
- Valorar estado físico y aspectos de la persona y su contexto sociofamiliar.

## Analizar

- Evaluar adherencia, interacciones y efectos adversos.
- Valorar metas atención, objetivos tratamiento, esperanza de vida y tiempo hasta beneficio.

## Actuar

- Comenzar por fármacos inapropiados, que dañan o no se usan.
- Paso de escenario preventivo o modificador de la enfermedad a paliativo o sintomático.

## Acordar

- Expectativas, creencias, preferencias.
- Adaptar ritmo a posibilidades reales.

## Monitorizar

- Resaltar logros, valorar adherencia a la desprescripción, apoyar.
- Detectar reaparición síntomas o agravamiento enfermedad de base.

# REVISAR

- Uno de los métodos más utilizados es el de la “bolsa marrón” (Brown bag), que consiste en que el paciente acuda a la consulta con toda su medicación, para ver que está tomando exactamente el paciente, incluyendo plantas medicinales y medicación sin receta, ya que el grado de discrepancia entre lo que toma el paciente y lo que el médico cree que toma suele ser alto.
- Revisión de los planes de tratamientos.
- Valoración del grado de conocimiento de los pacientes sobre los medicamentos y sobre sus problemas de salud.

# ANALIZAR

## Problemas de adherencia terapéutica

- Entre el 35 y 50% de los pacientes incumplen el tratamiento, llegando al 70% en los pacientes mayores sin cuidador).
- 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.

## 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.

En esta fase es cuando se pueden utilizar diversas herramientas para la evaluación sistemática de la adecuación de la medicación:

- Índice de Adecuación de la Prescripción (MAI)
- Criterios STOPP-START

# ACTUAR

Fármacos susceptibles de RETIRAR:

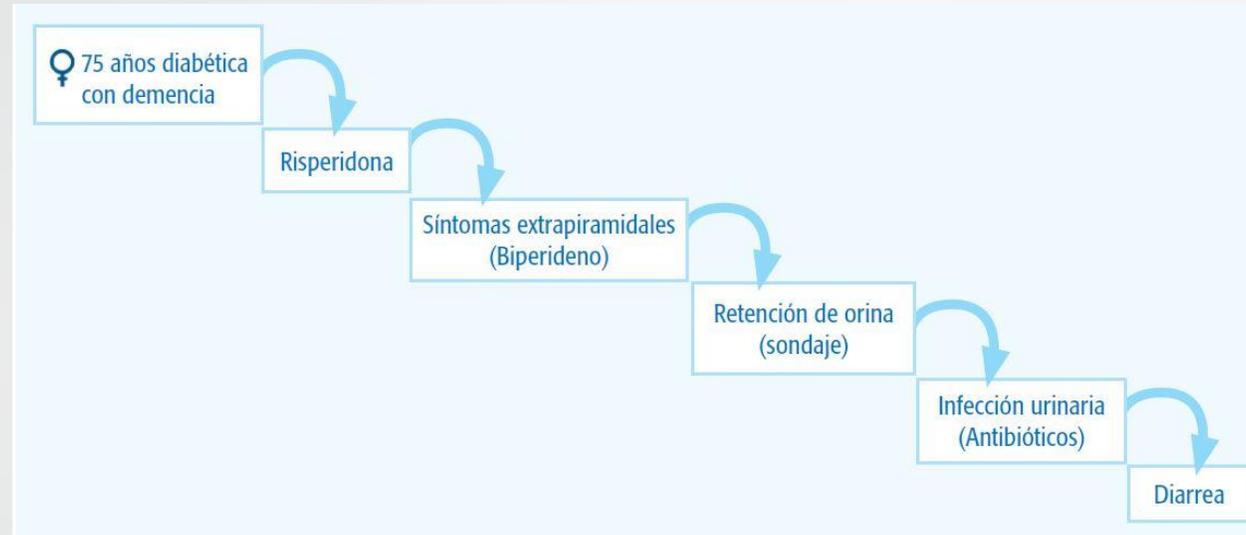
- Duplicidades
- Fármacos que estén ocasionando RAM
- Fármacos que se prescribieron para síntomas que puedan resultar de una RAM
- Fármacos que hayan superado los tiempos máximos de duración.
- Fármacos sin indicación terapéutica activa, registrada o justificada.
- Fármacos con poca evidencia de eficacia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

Fármacos susceptibles de SUSTITUIR

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



# CASCADA TERAPÉUTICA



**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 INAPROPIADOS EN PERSONAS MAYORES

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

FÁRMACO	PROBLEMA	ALTERNATIVAS	MANEJO DEL FÁRMACO PROBLEMÁTICO
<b>Analgésicos y Antiinflamatorios</b>			
<b>Indometacina</b> <b>Ketoprofeno</b> <b>Piroxicam</b> <b>Meloxicam</b> <b>Fenilbutazona</b> <b>Etoricoxib</b>	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.
<b>Espasmolíticos urinarios</b>			
<b>Oxibutinina</b> <b>Tolterodina</b> <b>Solifenacina</b>	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.

# 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

# ACORDAR Y MONITORIZAR

- Para incrementar el grado de confianza del paciente en el proceso de desprescripción es fundamental que dichos cambios se realicen de forma gradual y que el seguimiento sea estrecho, sobre todo al comienzo (que es cuando aparecen los principales problemas) manteniendo una actitud de “puerta abierta”, involucrando activamente al paciente o a su cuidador en las decisiones y aclarando que ningún cambio es irreversible.
- Acordar preferencias, expectativas y actitudes con el paciente, adaptando las decisiones a las posibilidades reales.
- 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.
- Dejar documentación escrita en la historia clínica de los ajustes realizados en el plan terapéutico del paciente.

# EJEMPLOS DE RETIRADA GRADUAL

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.

# SITUACIONES QUE FAVORECEN LA DESPRESCRIPCIÓN

Existen situaciones en las que se debería que plantear la revisión de la medicación con el objetivo concreto de retirar medicamentos. Son los siguientes casos:

- *Falta de efectividad del tratamiento*, ya sea porque se trata de lo siguiente:  
Medicamento no indicado. Carece de evidencia sobre los beneficios en general o en la población de personas mayores. Existencia de recomendaciones en contra del uso del medicamento en personas mayores o con problemas de salud específicos.
- *Personas con polimedicación*: Diferentes estudios indican que es posible implementar estrategias de retirada de medicamentos en pacientes ancianos polimedicados y que no solo no producen el deterioro de las enfermedades del paciente o la reaparición de los síntomas, sino que pueden mejorar el estado cognitivo del paciente, reducir el riesgo de caídas y mejorar la calidad de la vida.
- *Reacciones adversas a medicamentos (RAM)*: Se incluyen acontecimientos adversos frecuentes en personas mayores con consecuencias potencialmente graves. Muchos de estos acontecimientos se han considerado durante mucho tiempo “normalmente relacionados con el envejecimiento”, como caídas, desorientación y deterioro cognitivo o trastornos de la conducta, como agitación.
- *Cambios en los objetivos terapéuticos*, sobre todo ante una enfermedad crónica avanzada, incluidas las enfermedades oncológicas o la demencia en un estado avanzado.

# BARRERAS A LA DESPRESCRIPCIÓN

## Barreras del sistema sanitario y sociedad



- Receta electrónica y otros métodos que activan automáticamente la continuidad de la prescripción.
- Guías clínicas y protocolos intervencionistas.
- Sistemas de salud impersonales, poco centrados en los pacientes.
- Prescripción inducida.
- Sobremedicación y mercantilización de la salud.
- Prescripción íntimamente asociada al acto clínico.
- Múltiples profesionales involucrados en la atención del mismo paciente.

## Barreras del médico



- Inercia sobreterapéutica.
- Educación médica centrada en medicamento
- Falta de destreza para cambiar actitudes
- Reticencias a cambiar medicamentos prescritos por otros facultativos.

# BARRERAS A LA DESPRESCRIPCIÓN

## Barreras en la relación medico-paciente



- No discutir posibilidades de desprescripción con el paciente/familia
- No tener en cuenta la perspectiva del paciente.

## Barreras del paciente



- Percepción de abandono.
- Miedos, vivencias pasadas desagradables.
- Resistencia a abandonar medicamentos que viene tomando durante mucho tiempo

# CONCLUSIONES

- ❖ Tras años de avanzar hacia lo más eficaz, lo más rápido, lo más nuevo, toca ahora retomar el principio de «primum non nocere» (lo primero, no dañar) y replantearse las prácticas que son poco efectivas, inútiles e incluso dañinas para los pacientes.
- ❖ Desprescribir es más complicado que prescribir por lo que antes de tomar la decisión:  
*...ser prudentes en la prescripción ...pensar y repensar...*
- ❖ El elemento aglutinador de toda la información sanitaria hospitalaria del paciente es el internista por lo que este debe ser el “elemento de cohesión” entre todos los especialistas implicados en los actos médicos del paciente.
- ❖ Es importante implementar en la práctica clínica una estrategia para mejorar la prescripción terapéutica del paciente en nuestro día a día asistencial. Como todo método el entrenamiento en el proceso de desprescripción facilitará el abordaje del paciente polimedcado.
- ❖ Prescribir prudentemente supone pensar más allá de los medicamentos, practicar una prescripción más estratégica, vigilar los posibles efectos adversos, ser prudente y escéptico con los nuevos medicamentos y las nuevas indicaciones (estar a la última, prescribir lo penúltimo), trabajar con el paciente para establecer unos objetivos comunes y considerar el objetivo del tratamiento farmacológico a largo plazo y en un sentido amplio.

# BIBLIOGRAFÍA

- E. Delgado Silveira et al; "Prescripción inapropiada en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START". Revista Española de Geriátria y Gerontología 2009; 44(5):273-279.
- E. Delgado Silveira et al; Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2015; 50 (2), 89-96
- Infac. "Desprescripción". 2012 vol. 20 n° 8.
- Infac. No hay medicamentos "para toda la vida". 2013 vol 21, n° 2
- Gavilán Moral E., Villafaina Barroso A., "Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la desprescripción de medicamentos la salida?. Revista Española de Geriátria y Gerontología 2012; 47(4):162-167.
- Servicio de Salud Andaluz. "Guía de trabajo para la revisión sistemática de medicamentos en pacientes polimedicados en Atención Primaria. Feb.2013.
- Bolcan. "Seguridad en la prescripción del paciente crónico polimedicado". Nov 2012 vol. 4 n° 3.
- Bolcan. "Desprescripción razonada en pacientes polimedicados". Abril 2014 vol. 5 n° 4.
- Gavilan E., Villafaina A. "Polimedicación en personas mayores". AMF 2012; 8(8)426-33.
- Generalitat de Catalunya. Programa de Prevenció i Atenció a la cronicidad. Manejo de la medicación en el paciente crónico: conciliación, revisión, desprescripción y adherencia. 2014.
- IT del Sistema Nacional de Salud. 2011, Vol 35 n°4
- Guía de trabajo para la revisión sistemática de medicación en pacientes polimedicados en Atención Primaria. SAS. Consejería de Igualdad, salud y Políticas sociales, 2013
- Infac. Vol 23, n°2, 2015. Revisando la medicación en el anciano: ¿qué debo saber?
- OPIMEC. Curso avanzado de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. 4ª Edición. 2018



¡GRACIAS POR SU ATENCIÓN!

