



PERSONA MAYOR FRÁGIL: DETECCIÓN Y MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

**ELIEZER
COLMENARES
R1-MFYC**

¿DE QUÉ HABLAMOS?

- **Funcionalidad:** Es la capacidad para llevar a cabo de forma autónoma las actividades de la vida diaria (AVD) y depende tanto de las características intrínsecas de la persona como de su entorno.
- **Definición de fragilidad:** La fragilidad es un estado clínico reconocible que antecede a la discapacidad y que indica una menor capacidad para enfrentar factores de estrés, con vulnerabilidad debido a la disminución de la reserva fisiológica.
- **Posibilidad de prevención y reversión:** La fragilidad puede ser identificada precozmente, lo que permite intervenciones preventivas para evitar o retrasar su progresión hacia la discapacidad.
- **Riesgos asociados:** Las personas frágiles presentan un mayor riesgo de caídas, hospitalización, institucionalización, mortalidad, y una disminución en la calidad de vida.
- **Costos elevados:** La fragilidad duplica los costos sanitarios y puede incrementar los costos totales hasta seis veces debido a la atención necesaria y los cuidados prolongados.

¿DE QUÉ HABLAMOS?

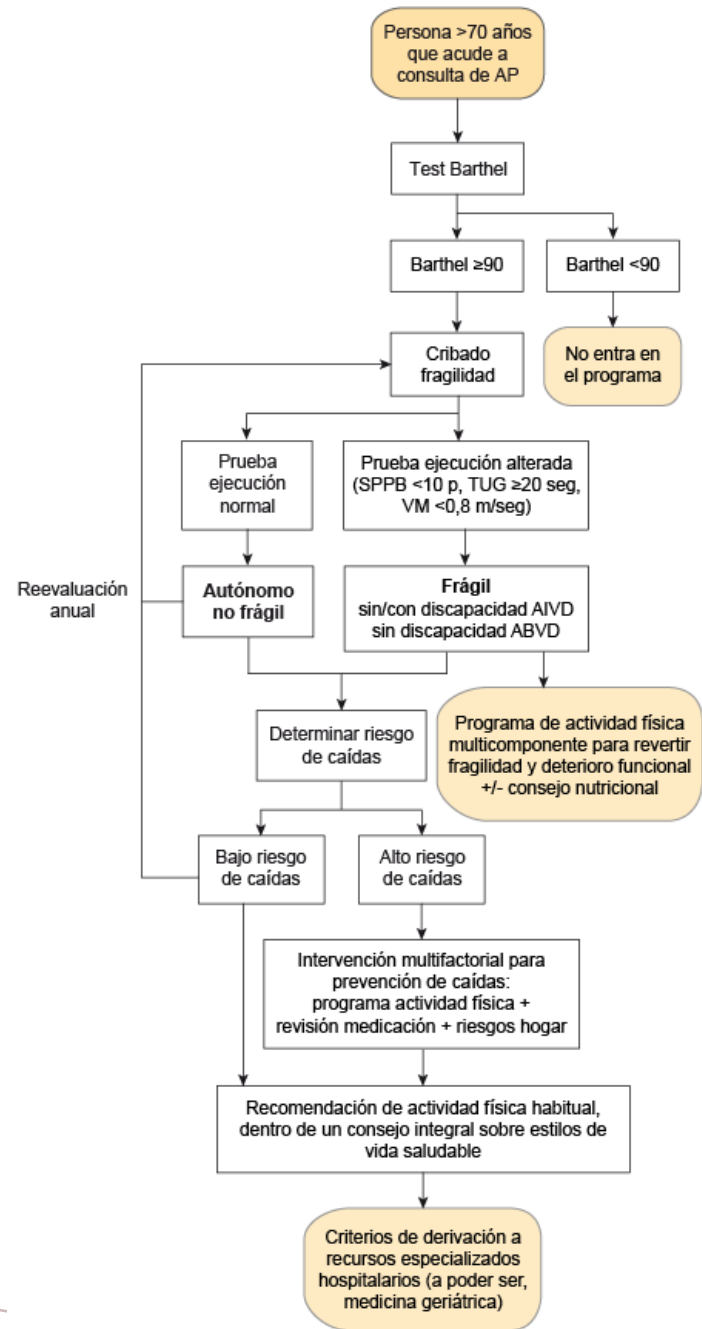
- **Prevalencia en España:** La prevalencia general de fragilidad en España es del 19%, alcanzando el 29% en atención primaria y el 69% en residencias.
- **Factores de riesgo demográficos:** La fragilidad es más común entre mujeres, personas mayores y personas con niveles educativos o ingresos bajos.
- **Etiología compleja y multicausal:** La fragilidad es un síndrome biológico relacionado con el envejecimiento, con causas que involucran factores genéticos, epigenéticos, moleculares y estilo de vida.
- **Síndrome asociado al envejecimiento:** Involucra múltiples sistemas corporales (nervioso, endocrino, inmunitario y músculoesquelético) y refleja una susceptibilidad al declive funcional propio del envejecimiento.
- **Importancia de la Atención Primaria:** La atención primaria es el entorno más adecuado para detectar, prevenir y tratar la fragilidad, mediante un manejo integral que incluye promoción de salud y prevención de discapacidades

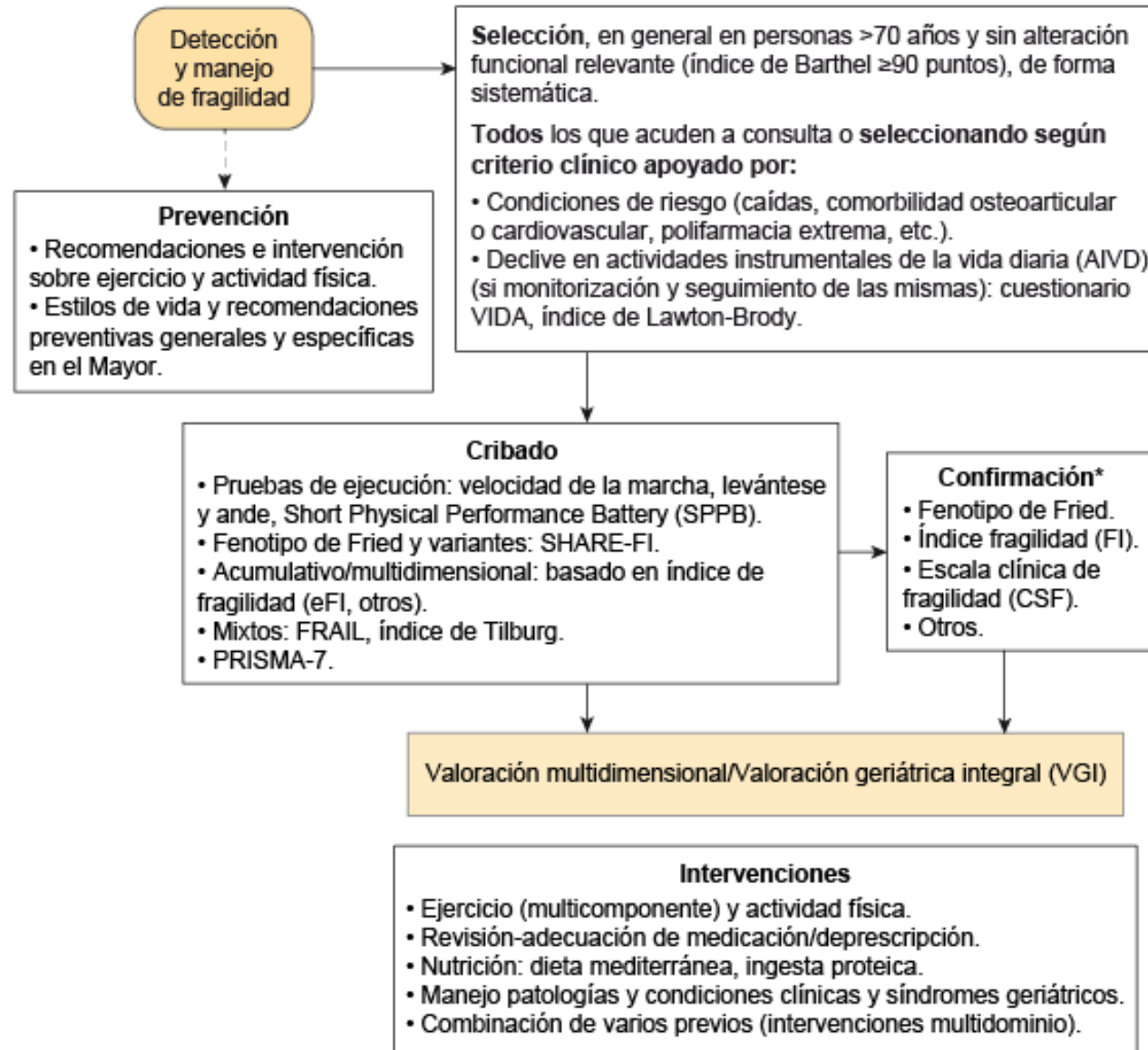
HERRAMIENTAS DIAGNOSTICAS

- Modelos conceptuales de fragilidad: Existen dos modelos principales: el modelo físico o fenotipo de Fried, que evalúa cinco ítems físicos, y el modelo acumulativo de déficits, que considera déficits en múltiples dominios como el físico, mental, funcional y social.
- Fenotipo de Fried: Este modelo identifica la fragilidad en función de pérdida de peso, debilidad muscular, baja resistencia o agotamiento, lentitud en la marcha y nivel bajo de actividad física.
- Índice de Fragilidad (Frailty Index, FI): Basado en el modelo de déficits acumulativos, este índice evalúa múltiples áreas de salud del paciente, proporcionando una visión integral de su vulnerabilidad.

HERRAMIENTAS DIAGNOSTICAS

- Herramientas de valoración: Se han desarrollado diversas herramientas basadas en estos modelos para la detección y diagnóstico de la fragilidad, utilizando métodos como pruebas de ejecución, Valoración Geriátrica Integral (VGI), escalas de AIVD y el criterio clínico.
- Requisitos para herramientas en Atención Primaria: Las herramientas de cribado en este contexto deben ser rápidas (menos de 10 minutos), compatibles con la práctica asistencial, no requerir equipamiento especial, ser validadas y tener buen poder predictivo.
- Herramientas comunes en Atención Primaria: Las pruebas más empleadas para detectar fragilidad en atención primaria incluyen la velocidad de la marcha, el Short Physical Performance Battery (SPPB), el fenotipo de Fried y el INDICE DE FRAGILIDAD.
- Es cada vez más frecuente la detección activa sistemática de fragilidad a través de una estrategia de cribado con la inclusión en el programa de las personas candidatas a una prueba de cribado, seguida de corroboración y valoración más detallada (tipo VGI), que dirige las diferentes intervenciones





¿CÓMO SE TRATA?

- Enfoque multidimensional: Dado el carácter multifactorial de la fragilidad, su tratamiento debe ser personalizado y abarcar varias áreas, utilizando preferentemente una Valoración Geriátrica Integral (VGI).
- Ejercicio multicomponente: La intervención más efectiva es la actividad física, especialmente en forma de ejercicio que integre fuerza, equilibrio, resistencia y flexibilidad. Estrategias como VIVIFRAIL ofrecen programas de ejercicio específicos.
- Nutrición: Se recomienda una ingesta adecuada de proteínas (≥ 1 g/kg/día) junto con el ejercicio, así como la adopción de la dieta mediterránea, asociada a menor fragilidad.
- Revisión y ajuste de medicación: La revisión de medicamentos para evitar efectos acumulativos es clave. Para identificar medicación inapropiada se recomienda el uso de criterios como STOPP/START y los criterios de Beers.

¿CÓMO SE TRATA?

- **Apoyo social y domiciliario:** Además de la intervención clínica, el apoyo en el hogar y el entorno comunitario es esencial para mejorar el manejo de la fragilidad en la vida cotidiana de los mayores.
- **Evidencia y aplicación en Atención Primaria (AP):** Aunque la VGI es la mejor herramienta para evaluar la fragilidad, su implementación en AP es baja y requiere adaptaciones para aumentar su efectividad y facilidad de aplicación.
- **Manejo de Patologías y Síndromes Geriátricos:** Es fundamental atender condiciones clínicas como insuficiencia cardíaca y problemas osteoarticulares, junto con síndromes geriátricos (delirium, incontinencia, caídas, etc.), que afectan la funcionalidad y pueden requerir derivación a especialistas en casos complejos.

¿CÓMO SE TRATA?

- **Intervenciones Multidominio:** La combinación de múltiples intervenciones, como terapia ocupacional y atención multidimensional, ha mostrado resultados prometedores en personas mayores frágiles, destacando la importancia de un abordaje conjunto y estructurado.
- **Cuidado Integrado y Coordinado:** Los sistemas de cuidado integrado, que incluyen la detección temprana y un manejo individualizado, resultan clave. Involucran una colaboración multidisciplinar en atención primaria, comunitaria y hospitalaria, con apoyo en información electrónica compartida para asegurar continuidad en los cuidados.

RECOMENDACIONES SEMI

- Valoración Integral y Multidimensional (VIMA): Recomienda una evaluación exhaustiva de las personas mayores hospitalizadas en Medicina Interna, incluyendo aspectos clínicos, funcionales, cognitivos, afectivos y sociales para personalizar su atención.
- Evaluación Funcional y Cognitiva: La capacidad para realizar actividades diarias y el estado cognitivo deben ser evaluados, previniendo el delirium y otros deterioros que puedan surgir en el hospital.
- Evaluación del Estado Emocional: Identificar posibles trastornos afectivos, como la depresión, es clave, usando herramientas de cribado o entrevistas clínicas.
- Detección de Situaciones de Riesgo: Es esencial identificar el entorno social y la persona cuidadora principal para prever riesgos sociales, fragilidad, desnutrición y vulnerabilidad a caídas o úlceras por presión.

RECOMENDACIONES SEMI

- **Revisión de Medicación y Ajuste Terapéutico:** Aprovechar la hospitalización para revisar y ajustar medicación según el perfil del paciente, evaluando cuidadosamente beneficios y riesgos.
- **Planificación de Cuidados y Pronóstico:** Realizar una valoración pronóstica en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas para planificar cuidados según sus preferencias y valores, estableciendo objetivos de tratamiento claros.
- **Intervención Multidisciplinar y Coordinación:** Se destaca la colaboración entre diversos profesionales (internistas, enfermeros, trabajadores sociales, etc.) y el trabajo en equipo para abordar los problemas identificados y realizar la VIMA de forma integral.
- **Documentación y Seguimiento:** Los resultados obtenidos deben reflejarse en el informe de alta hospitalaria, y se sugiere su actualización periódica para mejorar la continuidad asistencial

BIBLIOGRAFÍA

- De Hoyos MC, Gorroñoigoitia A, Martín-Lesende I, Baena JM, López-Torres J, Magán P, et al. Actividades preventivas en los mayores. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 20218;50 Supl 1:109-24
- De Labra C, Guimaraes-Pinheiro C, Maseda A, Lorenzo T, Millán-Calenti JC. Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. BMC Geriatrics 2015;15:154. PubMed PMID 26626157.
- Dedeyne L, Deschodt M, Verschueren S, Tournoy J, Gielenet E. Effects of multi-domain interventions in (pre)frail elderly on frailty, functional, and cognitive status: a systematic review. Clin Interv Aging. 2017;12:873-96. PubMed PMID: 28579766.
- Fit for Frailty. Consensus best practice guidance for the care of older people living in community and outpatient settings. British Geriatrics Society; 2014.
- Liao CD, Chen HC, Huang SW, Liou TH. The Role of Muscle Mass Gain Following Protein Supplementation Plus Exercise Therapy in Older Adults with Sarcopenia and Frailty Risks: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis of Randomized Trials. Nutrients. 2019;11(8):1713. PubMed PMID 31349606.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez-Laso A, O’Caoimh R, Galluzzo L, Carcaillon-Bentata L, Beltzer N, Macijauskiene J, et al. Population screening, monitoring and surveillance for frailty: three systematic reviews and a grey literature review. *Ann Ist Super Sanità*. 2018;54(3):253-62. PubMed PMID: 30284553.
- Van der Elst M, Schoenmakers B, Duppen D, Lambotte D, Fret B, Vaes B, et al; D-SCOPE Consortium. Interventions for frail community-dwelling older adults have no significant effect on adverse outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):249. PubMed PMID 30342479.
- O’Caoimh R, Galluzzo L, Rodríguez-Laso A, der Heyden JV, Ranhoff AH, Lamprini-Koula M, et al; Work Package 4 of the Joint Action ADVANTAGE. Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action Member States: a systematic review and meta-analysis. *Ann Ist Super Sanità*. 2018;54(3):226-38. PubMed PMID: 30248550.
- Walston JD. Frailty. En: Schmader KE, Givens J, editors. UpToDate 2020. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/frailty>

BIBLIOGRAFÍA

- Ambagtsheera RC, Beilby JJ, Visvanathana R, Dent E, Yu S, Braunack-Mayer AJ. Should we screen for frailty in primary care settings? A fresh perspective on the frailty evidence base: Anarrative review. *Prev Med.* 2013;119:63-9. PubMed PMID: 30594533
- British Columbia. Frailty in Older Adults – Early Identification and Management. BC Guidelines.ca. Ministry of Health; 2017
- Brombo G, Bianchi L, Maietti E, Malacarne F, Corsonello A, Cherubini A, et al. Association of Anticholinergic Drug Burden with Cognitive and Functional Decline Over Time in Older Inpatients: Results for the CRIME Project. *Drugs Aging.* 2018;35(10):917-24. PubMed PMID 30191516
- Clegg A, Young J, Liffie S, Olde M, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet.* 2013;381(9868):752-62. PubMed PMID 23395245
- ADVANTAGE. Promoting Healthy Ageing through a frailty prevention approach. Advantage Joint Action (JA); 2019



POLIMEDICACIÓN Y MEDICACIÓN INADECUADA

**CRISTINA
BLANCO
FERNÁNDEZ
R 1 MFYC**

¿A QUE NOS REFERIMOS CUANDO HABLAMOS DE POLIMEDICACIÓN?

- Consumo de cinco o más fármacos diarios en los últimos seis meses,
- La evaluación de la polimedicación no se realizará sólo en términos numéricos, ya que el objetivo es hacer una valoración de si los medicamentos prescritos son los adecuados.
- **Polimedicación apropiada:** es la prescripción más adecuada para las patologías que presenta el paciente y que demostraron un balance beneficio/riesgo favorable
- **Polimedicación inapropiada:** medicamentos que deben evitarse, porque son ineficaces o por presentar un riesgo demasiado alto existiendo una alternativa más segura
- **Prescripción potencialmente inapropiada (PPI)** abarca los medicamentos potencialmente inapropiados y las potenciales omisiones de prescripción que serían beneficiosas para el paciente

EPIDEMIOLOGÍA

- La prevalencia de la polimedicación en España, en adultos de 65 o más años, se estima en un 50%, siendo algo mas alta en mujeres y aumentando con la edad. 35% consumen 10 o mas fármacos. Varía según estudios.

Tabla I. Algunos factores dependientes e independientes asociados a la polimedición inadecuada

Dependientes del paciente

- Factores biológicos:
Edad anciana (mayor de 75 años), mujeres.
- Consumo de fármacos específicos:
Ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, analgésicos, inhibidores de plaquetas o espasmolíticos
- Morbilidad asociada:
Tener tres o más enfermedades crónicas, enfermedades respiratorias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes y síntomas digestivos.
- Factores psicológicos:
Depresión, pobre autopercepción de la salud.
- Factores sociales:
Situación económica deficiente, nivel educativo bajo, soledad, situación de dependencia física, vivir en zonas rurales.

Dependientes del sistema sanitario

- Contacto con los servicios sanitarios en los últimos 3 meses.
- Ingresos hospitalarios previos.
- Haber tenido interconsultas entre especialistas.
- Ser atendido por diferentes prescriptores o acudir a múltiples farmacias.
- Existencia de discrepancias entre pacientes y facultativos en cuanto a la historia farmacoterapéutica.

CONSECUENCIAS

- **CLÍNICAS**
- **ECONÓMICAS**
- **ÉTICAS**

CONSECUENCIAS CLÍNICAS

- Mayor **riesgo** de eventos adversos medicamentosos, más frecuentes en el paciente geriátrico.
- Menor **adherencia** al tratamiento
- Mayor riesgo de **delirium, malnutrición, caídas e ingresos** hospitalarios
- Mayor riesgo de **complicaciones postoperatorias, toxicidad** por quimioterapia y **deterioro** físico y funcional en pacientes mayores oncológicos.
- Aumento del riesgo de **mortalidad**.

CONSECUENCIAS ECONÓMICAS

- Aumento en el consumo de **recursos** sanitario
- Mayor **gasto** económico del paciente.

CONSECUENCIAS ÉTICAS

- Pérdida de **confianza** en la asistencia sanitaria
- **Ausencia** de beneficio de determinados tratamientos.
- Pérdida de **autonomía** del paciente.

- Se ha demostrado una asociación entre **polimedicación y fragilidad**
- Se ha descrito también una relación entre la **demencia y la polimedicación** cuya causalidad es desconocida (Leelakanoka N, 2019).

MÉTODOS DE MEDICIÓN DE LA ADECUACIÓN TERAPÉUTICA

○ **IMPLÍCITOS**

- Basados en juicios clínicos: evalúan el tratamiento en sí mismo, tomando en consideración todas las características del paciente y pretenden que los medicamentos estén correctamente prescritos y respondan a una indicación/necesidad
- MAI y Hamdy

○ **EXPLÍCITOS**

- Basados en las propiedades de los fármacos: tratan de medir si la prescripción se adapta a los criterios predefinidos
- Criterios Beers, IPET, STOPP/START, STOPPFrail, LESS-CHRON, ACOVE, CRIME y NORGEP,

- Los mas utilizados son los Criterios de Beers y STOPP/START

MAI MEDICATION APROPRIATENESS INDEX

- . MÉTODO IMPLÍCITO. VALIDADO PARA USO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA
- . 10 ELEMENTOS O ITEMS

VENTAJAS

- Centrado en el paciente.
- Juicio del profesional.
- Mide resultados adversos en salud.
- Mide impacto de intervenciones.
- Detecta PPI mejor que los criterios explícitos.

INCONVENIENTES

- No mide adherencia.
- No mide reacciones adversas.
- Tiempo: 10' por fármaco.
- No se puede incorporar a la historia clínica electrónica.
- No detecta omisión de prescripción

BEERS

MÉTODO EXPLÍCITO. CRITERIOS DE PRESCRIPCIÓN:

- 30 PRESCRIPCIONES A EVITAR SIEMPRE.
- 40 A EVITAR EN DETERMINADAS SITUACIONES. 6 PARA USAR CON PRECAUCIÓN.
- DEFINE LISTADOS CON MAYOR RIESGO: DE INTERACCIONES. EN ENFERMEDAD RENAL. CARGA ANTICOLINÉRGICA.
 - VALIDADO PARA HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA.

VENTAJAS

- Rápida actualización (cada 3 años)

INCONVENIENTES

- Contiene un 20% de fármacos no comercializados en Europa.
- No incluye duplicidades terapéuticas.
- Los criterios no están en un orden estructurado.
- Algún criterio controvertido según la práctica europea.
- No aptos para cuidados paliativos o al final de la vida

STOPP START

CRITERIOS EXPLÍCITOS: 87 CRITERIOS STOPP. • 37 CRITERIOS START.

- INCLUYE: MEDICACIÓN INAPROPIADA, DUPLICIDADES, INTERACCIONES FÁRMACO-FÁRMACO Y FÁRMACOENFERMEDAD.
- VÁLIDO PARA ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITAL.

VENTAJAS

- Estructurados por sistemas fisiológicos.
- Incluye criterios para evitar omisiones terapéuticas.

INCONVENIENTES

- No contempla actuaciones en situación paliativa o de final de la vida.

STOPPFRAIL

- Método explícito.
- 27 criterios.
- Serían de aplicación en pacientes en situación paliativa.

LESS-CHRON

- Método explícito.
- 27 criterios.
- Orientado a pacientes pluripatológicos.
- Para cada criterio se mide:
 - Indicación.
 - Situación clínica que permite deprescribir.
 - Variable que debe ser monitorizada.
 - Tiempo mínimo de seguimiento.

PROYECTO ES-PIA

- ESPAÑOL, 2019
- Prescripción inadecuada en pacientes geriatricos adaptada a los medicamentos y hábitos de prescripción de nuestro entorno.
- Por aparatos y sistemas
- 138 afirmaciones de por que el fármaco o grupo farmacéutico no deberia empearse en ancianos y la razón con la siguiente gradación
 - Mas riesgo que beneficio
 - Dudas acerca de la eficacia
 - Riesgo elevado interacciones
 - Prescripción inadecuada por omisión

HERRAMIENTAS PORTAL MEDICAMENTO SACYL



Sección profesional | Sección paciente

- ▶ CAFCYL
- ▶ TERAPÉUTICA
- ▶ INDICADORES E INFORMES
- ▶ ESTRATEGIAS
- ▶ Antimicrobianos
- ▶ Coronavirus
- ▶ Dolor
- ▶ PIOFAR-Plan Integral de Optimización de la Farmacoterapia
- ▶ Estrategias en personas mayores
- ▶ Medicamentos biosimilares
- ▶ Programa BIFAP
- ▶ Tabaquismo
- ▶ Campañas
- ▶ Grupos de trabajo
- ▶ Ponencias y comunicaciones
- ▶ Programa del paciente polimedcado
- ▶ Estrategia No Hacer

Documento PIOFAR



Sección profesional | Sección paciente

- ▶ CAFCYL
- ▶ TERAPÉUTICA
- ▶ INDICADORES E INFORMES
- ▶ ESTRATEGIAS
- ▶ NORMATIVA Y ENLACES
- ▶ RECYL

Inicio > Estrategias y programas

Estrategia No Hacer

- ▶ Hojas informativas
- ▶ Publicaciones
- ▶ Entradas en el Portal
- ▶ Links de interés

Entradas en el Portal



Año 2021

No hacer en vacunación covid-19

Año 2018

Los 20 mejores POEM de los últimos 20 años
TOP 20 estudios "POEMS" de 2016 para médicos de atención primaria
Revisando recomendaciones No Hacer
No medicalizar los malestares de la vida diaria
Deprescripción en pacientes crónicos con multimorbilidad. Criterios LESS-CHRON
Medicamentos a evitar. Actualización 2018

Año 2017

Lista STOPP-FRAIL en pacientes frágiles
Retirada de benzodiacepinas, una experiencia en Sacyl
Choosing Wisely (elegir sabiamente) de asociaciones médicas canadienses
Campaña semFYC: Recomendaciones "No hacer" en la atención urgente
Medicamentos a evitar. Actualización 2017



Año 2017

Lista STOPP-FRAIL en pacientes frágiles
Retirada de benzodiacepinas, una experiencia en Sacyl
Choosing Wisely (elegir sabiamente) de asociaciones médicas canadienses
Campaña semFYC: Recomendaciones "No hacer" en la atención urgente
Medicamentos a evitar. Actualización 2017

Año 2016

Recomendaciones del "no-hacer" en tratamientos farmacológicos
Guía NICE del paciente pluripatológico
Deprescripción de benzodiacepinas ¡Sí se puede!

Año 2015

Deprescripción de IBPs
Choosing Wisely en Psiquiatría: 13 cosas que no se deberían hacer
Medicamentos a evitar. Actualización Prescrire 2015

- El manejo del paciente polimedicado precisa un abordaje en tres pasos:
 - **Valoración integral** del paciente: conocer necesidades y expectativas
 - Revisión de la medicación mediante los **instrumentos de adecuación farmacoterapéutica** descritos
 - Iniciar una estrategia de **deprescripción**.

VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE

DIMENSIONES

BIOMÉDICA	FUNCIONAL	COGNITIVA	EMOCIONAL	SOCIAL
Edad Género Alergias Comorbilidades Función hepática Función renal	ABVD (escala de Barthel). AIVD (escala de Lawton y Brody)	MINI EXAMEN COGNOSCITIVO de Lobo	Test abreviado de depresión de Yesavage	- Cuestionario de Zarit de sobrecarga del cuidador principal. - Cuestionario sociofamiliar de Gijón

DEPRESCRIPCIÓN

- Proceso **planificado y supervisado** de reducción de dosis o interrupción de la medicación que podría estar causando daño o que ya no está proporcionando beneficio , y teniendo en cuenta el estado funcional y la esperanza de vida en un paciente concreto
- Deprescribir es reconocer que debe existir un equilibrio entre los riesgos y los beneficios de los medicamentos. La deprescripción, debe considerarse un estándar de alta calidad de la asistencia sanitaria y parte normal del proceso de una buena prescripción.

- En general debe considerarse si:
 - Polimedicados, especialmente mayores de 65 años.
 - Presentar efectos adversos o interacción entre fármaco
 - Presentar enfermedad avanzada o terminal, demencia, fragilidad extrema o dependencia total de otros para todos los cuidados.
 - Recibir tratamientos preventivos o para el control de síntomas o enfermedades cuyasupresión suponga un riesgo. Valorar reducción de dosis o uso a demanda.
 - Pacientes que reciban medicamentos o combinaciones de medicamentos considerados de alto riesgo. Son aquellos que presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales cuando se utilizan incorrectamente

Tabla 4. Medicamentos preventivos y medicamentos para el control de síntomas y/o enfermedades.

Medicamentos para el control de síntomas y/o enfermedades	Medicamentos preventivos
<p>Fármacos destinados a:</p> <ul style="list-style-type: none">- Control de patología activa (ej. levotiroxina, medicamentos para insuficiencia cardíaca, etc.).- Control de síntomas (ej. analgésicos, antianginosos).c	<p>Fármacos que evitan futuros eventos mórbidos (ej. estatinas, anticoagulantes, bifosfonatos). La decisión de suspender estos medicamentos implica:</p> <ul style="list-style-type: none">• Valoración del balance beneficio/ riesgo del fármaco para cada paciente.• Considerar el período de tiempo necesario para obtener beneficios, sobre todo en inicios recientes de tratamiento.• Tener en cuenta las preferencias del paciente.• Estimar la esperanza de vida*

GRUPO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO:

- Antiagregantes plaquetarios (incluyendo aspirina).
- Anticoagulantes orales.
- Antiepilépticos de estrecho margen terapéutico (carbamazepina, fenitoína y valproico).
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- Antipsicóticos.
- Benzodiazepinas y análogos.
- β -Bloqueantes adrenérgicos.
- Citostáticos orales
- Corticosteroides largo plazo (≥ 3 meses).
- Diuréticos del asa.
- Hipoglucemiantes orales.
- Inmunosupresores.
- Insulinas.
- Opioides
- Amiodarona/dronedarona.
- Digoxina oral.
- Espironolactona/eplerenona.
- Metotrexato oral (uso no oncológico)

MODELO DE DEPRESCRIPCIÓN EN 7 PASOS.

- **Objetivo del medicamento**
- **Paso 1:** exploración de qué le preocupa al paciente
 - Revisar diagnósticos e identificar objetivos terapéuticos con respecto a:
 - Qué le preocupa al paciente y si entiende los objetivos del tratamiento.
 - Manejo de los problemas de salud actuales y prevención de futuros problemas

- **Necesidad del medicamento**

- **Paso 2:** identificar medicamentos esenciales: Aquellos que no pueden suspenderse sin consejo del experto
 - Medicamentos que reemplazan funciones vitales (ej. levotiroxina).
 - Medicamentos que previenen un rápido deterioro sintomático como en la enfermedad de Parkinson, insuficiencia cardíaca, etc.
- **Paso 3:** ¿toma el paciente medicamentos innecesarios?: Identificar y revisar las necesidades de medicamentos usados de forma crónica:
 - En patologías agudas.
 - Con dosis de mantenimiento superiores a las habituales.
 - Con beneficio limitado en general o con beneficio limitado en un paciente concreto

- **Efectividad del medicamento**

- **Paso 4:** ¿se alcanza el objetivo terapéutico? Identificar la necesidad de añadir o intensificar tratamientos para lograr objetivos:

- Control de síntomas.
- Conseguir objetivos bioquímicos o clínicos.
- Evitar progresión/exacerbación de la enfermedad.

• Seguridad

- **Paso 5:** ¿el paciente tiene efectos secundarios o riesgo de tenerlos?
¿El paciente sabe qué hacer si se encuentra mal?
 - Identificar los riesgos de seguridad del paciente analizando:
 - Interacciones entre patología-medicamento y entre medicamentos.
 - Fiabilidad de la monitorización de medicamentos de alto riesgo. Riesgo de sobredosis accidental.
 - Identificar efectos adversos del medicamento considerando:
 - Síntomas o marcadores de laboratorio específicos (ej. hipocalcemia).
 - Efectos adversos acumulados. Medicamentos que pueden estar usándose para tratar los efectos secundarios producidos por otros medicamentos (“cascada terapéutica”).

- **Coste/efectividad**

- **Paso 6:** ¿es el medicamento coste/ efectivo?
 - Considerar alternativas más coste/efectivas.

- **Paso 7:** ¿el paciente puede y quiere tomar el tratamiento según lo previsto?

- Comprobar que el paciente comprende porqué debe tomar su medicación.
- Considere “Teach back” (enseñanza por retroalimentación → confirmar lo que se le ha explicado al paciente)
- Asegurarse de que los cambios en el tratamiento farmacológico se ajustan a las preferencias del paciente:
 - Forma farmacéutica, posología.
- Considerar ayudas para el paciente (SPD, cuidador) y asegurarse de que puede adquirir y tomar el tratamiento.
- Acordar un plan y comunicarlo:
 - Pactar con el paciente y/o cuidador objetivos y prioridades terapéuticas.
 - Decidir con el paciente y/o cuidador qué fármacos tienen suficiente beneficio para considerar mantenerlos o suspenderlos

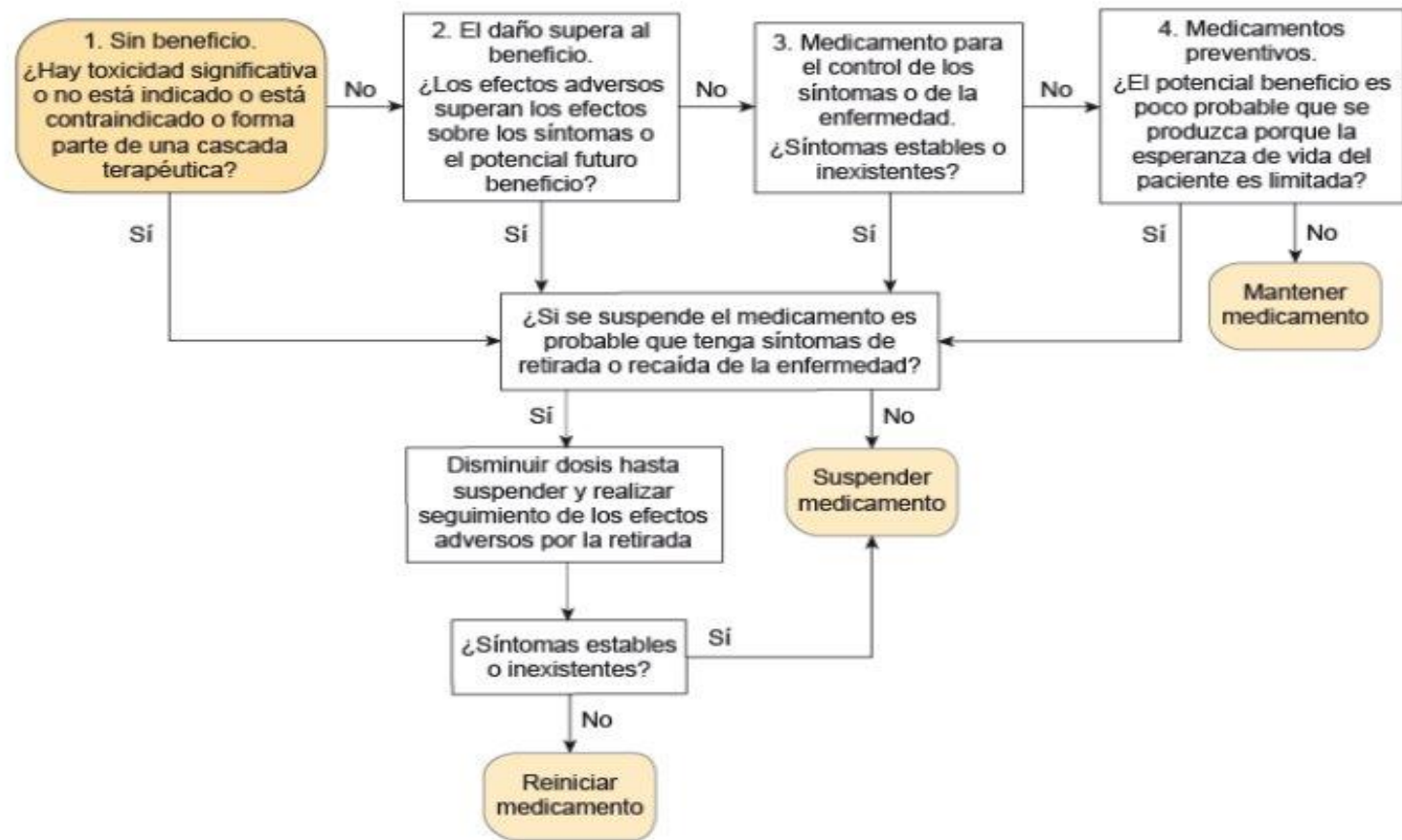
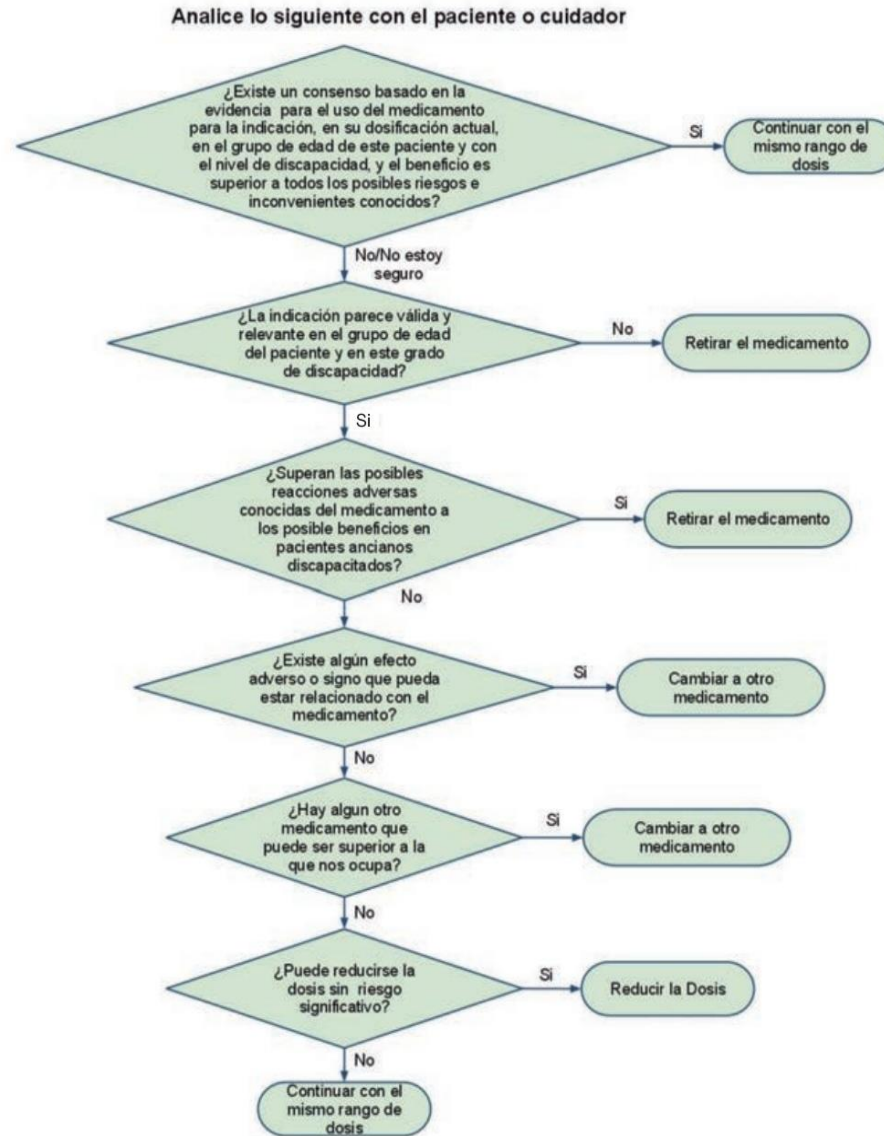


Figura 1. Algoritmo para decidir el orden y modo en que se podría suspender un medicamento.
(Adaptado de: Scott IA, 2015)

Figura 3 . Algoritmo de Desprescripción*.



(*) - Traducido y adaptado de ref. 46



Mensajes dirigidos

PACIENTE: ten siempre la hoja de medicación actualizada, informa a tus profesionales de referencia de cualquier discrepancia o incidencia. No acumules medicación en casa, ya que estará disponible en la farmacia cuando la necesites.

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: revisa el plan terapéutico y prioriza los pacientes polimedicados y de riesgo, así como las transiciones asistenciales (tras ingreso hospitalario). No renueves los tratamientos sin valorar antes la necesidad de continuar.

ENFERMERO: revisa la adherencia y prioriza los pacientes polimedicados y de riesgo. Valora las causas de una baja adherencia y valida la adecuación del plan terapéutico a la medicación que realmente debe tomar el paciente.

MÉDICO DE HOSPITAL: registra en el módulo de prescripción de RECYL toda la medicación y cambios que has indicado al paciente cuando le has atendido. Realiza la conciliación del tratamiento y cierra o finaliza la medicación que ha de retirarse como consecuencia del nuevo plan terapéutico.

¡MUCHAS GRACIAS A TODOS!



BIBLIOGRAFÍA

- • Delgado-Silveira E, Mateos-Nozal J, Muñoz García M, Rexach Cano L, Vélez-Díaz-Pallarés M, Albeniz López J, et al. [Inappropriate drug use in palliative care: SPANISH version of the STOPPFrail criteria (STOPP-Pal)]. Rev Esp Geriatr Gerontol.
- • Delgado-Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, et al. [Improving drug prescribing in the elderly: a new edition of STOPP/START criteria]. Rev Esp Geriatr Gerontol.
- • Galván-Banqueri M, De la Higuera-Vila L, Vega-Coca MD, Nieto Martín MD, Pérez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Reliability of a questionnaire for pharmacological treatment appropriateness inpatients with multiple chronic conditions. Eur J Intern Med.
- • Galván-Banqueri M, Santos-Ramos B, Vega-Coca MD, Alfaro-Lara ER, Nieto-Martín MD, PérezGuerrero C. [Suitability of pharmacological treatment in patients with multiple chronic conditions]. Aten Primaria.

- • Gavilán-Mora E, Villafaina-Barroso A, Aránguez A, Sánchez GA, Suliman S, Jiménez L. Índice de adecuación de los medicamentos: versión española modificada manual usuario
- • González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sánchez D, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C, Santos-Ramos B. [Spanish translation and cross-cultural adaptation of the ARMS-scale for measuring medication adherence in polypathological patients]. Aten Primaria.
- • Gutiérrez-Valencia M, Aldaz P, Lacalle-Fabo E, Contreras B, Cedeno-Veloz B, Martínez-Velilla N. Prevalencia de polifarmacia y factores asociados en adultos mayores en España:
- • Gutiérrez-Valencia M, Izquierdo M, Cesari M, Casas-Herrero A, Inzitari M, Martínez-Velilla N. The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. BrJ Clin Pharmacol.
- Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, Wienberger M, Uttech KM, Lewis IK, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. J Clin Epidemiol

- Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughe GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatr.
- Mohamed MR, Ramsdale E, Loh KP, Arastu A, Xu H, Obrecht S, et al. Associations of Polypharmacy and Inappropriate Medications with Adverse Outcomes in Older Adults with Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. Oncologist.
- • Morin M, Johnell K, Laroche ML, Fastbom J, Wastesson JW. The epidemiology of polypharmacy in older adults: register-based prospective cohort study. Clin Epidemiol.
- • O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version . Age Ageing.
- • Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm.
- • Proyecto MARC. Elaboración de una Lista de Medicamentos de Alto Riesgo para los Pacientes Crónicos. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad;
- • Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database Syst Rev.