

CRITERIOS DE DESPRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS

Autora: Laura Sánchez Guillén

Tutora: María Esther Sánchez Sánchez

Área del conocimiento: Farmacia y Tecnología Farmacéutica

Curso 2020-2021

Al equipo docente de la Facultad de Farmacia de la ULL, por estos cinco años de intensa formación.

A Esther, por su paciencia, implicación e ilusión a lo largo de este proyecto.

A mis amigas, por su comprensión y cariño.

A mi familia, por ese apoyo incondicional tan necesario y por las facilidades que siempre me han brindado.

A los profesionales sanitarios, por su dedicación constante en la mejora de la salud de los pacientes.

ABSTRACT

Polypharmacy and the inappropriate use of drugs constitute an emerging public health problem in developed countries, since many patients continue to consume drugs that were prescribed prior to their current clinical evolution, and may now become ineffective, not indicated, or with a high risk of producing an adverse drug reaction. Therefore, it is convenient to use deprescription to adjust the treatment to each clinical situation. Deprescription basically consists of reviewing the treatment and modifying it if necessary, although there is still no consensus on its definition.

In this review work, we will deal with the different causes that justify deprescription, as well as a series of protocols, algorithms, and procedures to follow. According to the bibliography consulted, the most used tools are the Beers criteria and the STOPP / START criteria. In addition, examples of very frequently used drugs that are susceptible to being withdrawn during the deprescription process are presented. In conclusion, the task of deprescribing is a challenge, since it is necessary to assess which drugs to keep and which to withdraw, and it requires adequate cooperation and communication between healthcare professionals and patients or caretakers.

Keywords: deprescribe, polypharmacy, STOPP / START criteria.

RESUMEN

La polifarmacia y el uso inapropiado de medicamentos constituyen un problema emergente de salud pública en los países desarrollados, ya que muchos pacientes siguen consumiendo fármacos que le prescribieron con anterioridad a su presente evolución clínica, pudiendo ahora convertirse en medicamentos ineficaces, no indicados, o con un elevado riesgo de producir una reacción adversa medicamentosa. Por ello, es conveniente hacer uso de la desprescripción para ajustar el tratamiento a cada situación clínica. La desprescripción consiste básicamente en la revisión del tratamiento y su modificación en caso necesario, si bien aún no hay un consenso sobre su definición.

En este trabajo de revisión trataremos las diferentes causas que justifican la desprescripción, así como una serie de protocolos, algoritmos, y procedimientos a seguir. Según la bibliografía consultada, las herramientas más usadas son los criterios *Beers* y los criterios *STOPP/START*. Así mismo, se exponen ejemplos de fármacos de uso muy frecuente que son susceptibles de ser retirados durante el proceso de desprescripción. En conclusión, la labor de desprescribir supone todo un reto, ya que se debe valorar qué medicamentos mantener y cuáles retirar, y requiere de una adecuada cooperación y comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes o cuidadores.

Palabras clave: desprescribir, polifarmacia, criterios *STOPP/START*.

ÍNDICE

1. Introducción	5
2. Objetivos	6
3. Metodología	6
4. Desprescripción	8
4.1. Definición	8
4.2. Causas de desprescripción	9
4.3. Métodos de desprescripción	11
4.3.1. Procedimiento para desprescribir	11
4.3.2. Herramientas de desprescripción	12
4.4. Desprescripción de medicamentos específicos	17
5. Ventajas de la desprescripción en relación con el tratamiento estándar	20
6. Conclusiones	21
7. Referencias bibliográficas	22

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, la polifarmacia y el uso inapropiado de medicamentos constituyen un problema de salud pública en los países desarrollados, tanto por su relevancia, como por su prevalencia, consecuencia de la creciente longevidad de la población y del aumento de la morbilidad. Esto supone un aumento de reacciones adversas al medicamento (RAM) e interacciones entre ellos¹. Se estima que en España las RAM son responsables de hasta un 30% de los ingresos hospitalarios de ancianos².

La **polimedicación** se entiende, desde el punto de vista cualitativo, como el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente necesarios. Desde un punto de vista cuantitativo, se establece un límite en el número de fármacos empleados^{3,4}. Actualmente no existe un consenso respecto al punto de corte en el número de medicamentos que se administran de manera concomitante¹, siendo cinco medicamentos el número más extendido⁴.

Teniendo en cuenta la definición de polifarmacia o polimedicación, el **paciente polimedicado** es aquel que consume de forma concomitante un determinado número de fármacos⁴. La prevalencia de pacientes polimedicados en España es mayor en personas de 65 años o más, asociándose con mayor frecuencia al sexo femenino¹. Un alto porcentaje de los pacientes con demencia ingresados en centros de atención sanitaria están polimedicados, toman al menos cinco medicamentos al día⁵.

Existen dos patrones distintos de pacientes polimedicados. Uno es el paciente con múltiple comorbilidad, donde se precisa de uno o varios fármacos para tratar cada enfermedad. Otro sería el paciente con una única patología que necesita politerapia⁶.

Se define como **medicamento potencialmente inapropiado** (MPI) aquel fármaco empleado sin una indicación válida, o aquel cuyos riesgos potenciales superan el beneficio previsto, o el que está duplicado o es ineficaz, especialmente, cuando existe una alternativa más eficaz o segura para las mismas condiciones^{3,7}.

Una opción para evitar lo mencionado anteriormente es hacer uso de la desprescripción. La desprescripción en un paciente se lleva a cabo durante la validación del tratamiento para controlar la polimedicación y la prescripción potencialmente inapropiada (PPI). Es un proceso que mejora la información que tiene el paciente sobre sus tratamientos¹. Este concepto se tratará más exhaustivamente en el apartado 4 de esta memoria.

2. OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión sistemática sobre la desprescripción de fármacos con el fin de:

- 1) Identificar criterios genéricos para la interrupción del fármaco en pacientes con polifarmacia en el ámbito de la atención primaria y especializada.
- 2) Analizar el resultado de la desprescripción en comparación con la atención estándar.

3. METODOLOGÍA

La búsqueda de información se llevó a cabo a través del buscador Pubmed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), entre los meses de febrero y abril de 2021. Las palabras clave fueron: *desprescribing, polypharmacy, STOPP/START criteria*. El periodo de búsqueda se estableció en los últimos seis años, dada la gran cantidad de información disponible y la necesidad de acotar los resultados.

Los criterios de inclusión fueron:

- Trabajos originales y revisiones publicados entre 2015-2021
- Documentos con acceso libre al texto completo y abstract
- Lengua inglesa o española

Se excluyeron aquellos documentos que no cumplieran con tales características.

Una vez realizada la búsqueda en Pubmed y aplicados los filtros correspondientes, se seleccionaron aquellos artículos que contenían las palabras clave en el abstract. Seguidamente se descartaron duplicidades y se seleccionaron aquellos que eran relevantes para el tema de estudio. El resultado final, una vez descartados los trabajos que no cumplieran con los criterios de inclusión, fue de 8 documentos (fig.1)

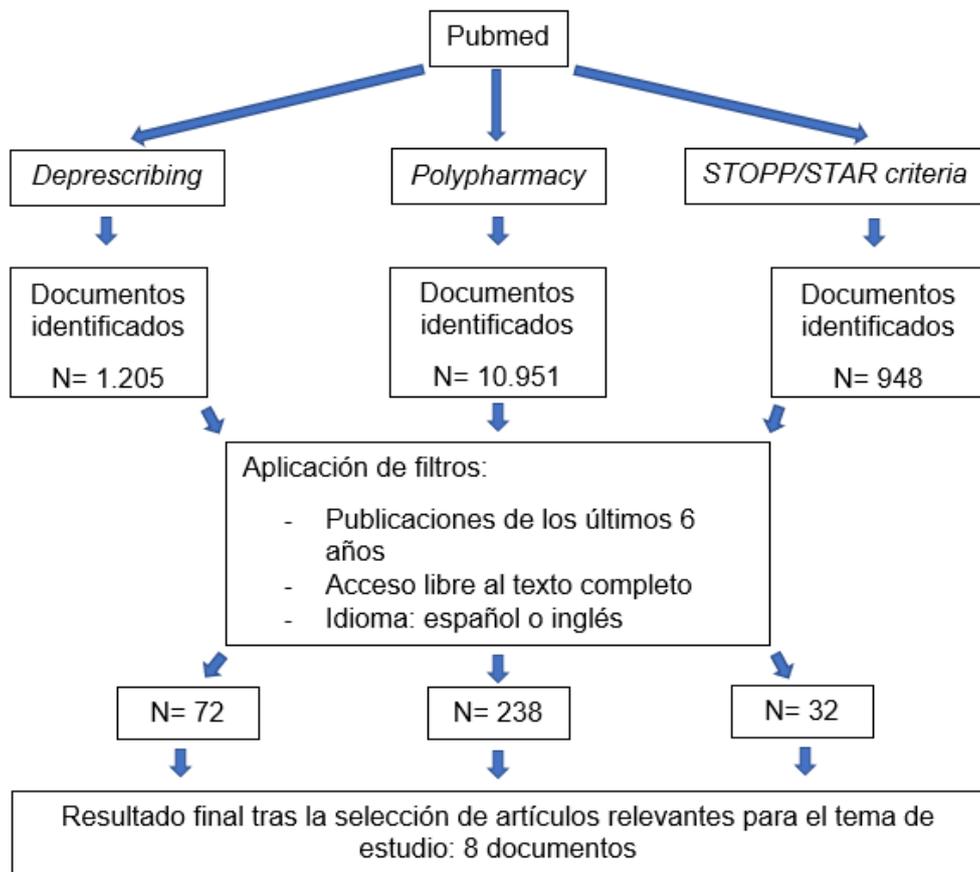


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos y resultados de la estrategia de búsqueda.

Además de los 8 artículos seleccionados, se incluyeron documentos obtenidos de forma indirecta a partir de las referencias de los artículos citados en esta revisión, que destacaban por su relevancia en el tema del estudio, ampliando los documentos a 25.

4. DESPRESCRIPCIÓN

4.1. Definición

El término "*deprescribing*" (o "*de-prescribing*") apareció publicado por primera vez en 2003, en Australia y surge con el objetivo de mejorar la salud en las personas mayores⁸. Posteriormente, la desprescripción ha permitido gestionar la polifarmacia, haciendo uso de una farmacoterapia segura y racional^{7,9}. Con relación a esto, debe tenerse en cuenta que no siempre la polifarmacia es inadecuada. Así, en pacientes con diabetes *mellitus*, dolor crónico o problemas de salud mental, puede estar indicado el uso de varios fármacos¹⁰.

Actualmente existe falta de consenso sobre la definición del término³. Así, según Gavilán et al. (2012), la desprescripción se define como «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 adición de otros»⁶.

Thompson y Farrell (2013) la definen como «el proceso de disminución progresiva, detención, discontinuación o retirada de fármacos, con el objetivo de gestionar la polifarmacia y mejorar los resultados»¹¹.

Scott et al. (2015) la definen como «el proceso sistemático de identificación y suspensión de medicamentos en situaciones en las que los daños existentes o potenciales superan los beneficios en el contexto del objetivo en la atención de un paciente individual, su situación funcional, esperanza de vida y sus valores y preferencias»¹².

Según Reeve et al. (2015), la desprescripción «es el proceso de retirada de una medicación inapropiada, supervisado por un profesional de la salud con el objetivo de gestionar la polimedicación y mejorar los resultados»⁹.

Otros términos que se utilizan como alternativa a “Deprescripción” son “Discontinuación”, “Abstinencia”, “Farmacólisis” o “Metabolismo de prescripción”. Este último podría compararse con la “biotransformación”, es decir, con el metabolismo de los fármacos. Es una forma de decir que se eliminan las ‘sustancias no deseadas’ para el organismo, como son los MPI. Tras la eliminación de estos medicamentos se reduce la incidencia de RAM, mejorando la adherencia a la medicación y reduciéndose así la carga económica, tanto para el sistema sanitario, como para los pacientes¹³.

Debe tenerse en cuenta que la adherencia al tratamiento es inversamente proporcional al número de medicamentos prescritos, siendo el incumplimiento mayor en pacientes geriátricos y polimedificados¹³.

Existen algunos conceptos relacionados que pueden confundirse con el término desprescribir³:

- Sustitución terapéutica: suspensión de un fármaco e inicio de otro diferente, con el propósito de cambiar por uno más adecuado.
- Suspensión de la medicación: debido a un cambio en las circunstancias o a una enfermedad aguda, se suspende el tratamiento temporalmente, con el fin de restablecer la medicación posteriormente.
- Incumplimiento del tratamiento: la falta de adherencia al tratamiento puede estar ocasionada por la falta de información por parte del paciente o por el olvido del consumo del fármaco. En muchos casos de incumplimiento, el paciente toma por sí solo la decisión de suspender la medicación sin el consejo de un profesional sanitario.

Por último, la desprescripción de fármacos está basada en la evidencia científica y respeta los cuatro principios de la bioética clínica: beneficio, ausencia de daño, justicia (respeto los derechos y decisiones del paciente) y autonomía (el paciente tiene capacidad de decisión)¹⁴.

4.2. Causas de desprescripción

Según el ensayo controlado aleatorizado Shed-MEDS, más del 90% de los pacientes hospitalizados toman un MPI, y hasta el 43% de los fármacos consumidos por los ancianos carecen de una indicación clara, e incluso cuando la indicación lo es, los fármacos pueden ser inapropiados debido a interacciones fármaco-fármaco o fármaco-enfermedad¹⁵.

En las tablas 1 y 2 se muestran las causas que pueden justificar la desprescripción y los fármacos que se deben retirar en distintas situaciones, respectivamente^{1,3,13,15}.

Tabla 1. Causas de desprescripción preferente y/o recomendable
Cuando la eficacia de un fármaco es nula o de evidencia cuestionable
Tratamiento con indicación no clara, incorrecta, sin indicación, o sin evidencia científica. Puede que un tratamiento que anteriormente fue adecuado, ya no lo sea
Interacciones, duplicidades, errores en la prescripción. Prescribir más de un medicamento de la misma clase, donde uno sería suficiente. Ejemplo: para tratar a un paciente con cardiopatía isquémica hipertensiva se usaría un betabloqueante, como puede ser el atenolol, que cubriría las dos indicaciones.
Adición de un segundo fármaco para afrontar la RAM de un fármaco ya recetado (prescripción en cascada). Podemos reducir la dosis o buscar una alternativa
RAM. Aumentan con la edad y el número de medicamentos usados. Se debe sustituir por otro medicamento con la misma función, pero que carezca de dicho potencial
Uso de medicamentos excesivamente caros con igual o menor eficacia que otros más económicos. Se deben sustituir por genéricos de igual efectividad, pero menor coste, lo que aumentaría el cumplimiento del tratamiento
Contraindicación absoluta
El riesgo esperado es mayor que el beneficio considerado
El paciente tiene una expectativa de vida más corta que el tiempo necesario para que el fármaco ejerza su efecto
Pacientes polimedicados. Tendencia a recetar medicamentos para cada síntoma, en lugar de tratar la causa subyacente
Uso de fármacos durante el embarazo. Debe evitarse cualquier fármaco a menos que sea esencial, para prevenir reacciones teratogénicas

Tabla 2. Fármacos a retirar
Cualquiera considerado inapropiado
Fármacos prescritos para una indicación que ya no existe
Medicación ineficaz. Pueden aparecer nuevas afecciones, además, los signos y síntomas cambian
Aquel que no aporta nada adicional a la calidad o esperanza de vida o, aquel fármaco con balance beneficio/riesgo negativo
Fármacos con complejidad terapéutica
A petición del paciente (consensuado)

4.3. Métodos de desprescripción

4.3.1. Procedimiento para desprescribir

Para llevar a cabo una adecuada desprescripción hay que reconsiderar la prescripción desde su inicio, conociendo el estado actual del paciente y el diagnóstico de sus problemas de salud. Es un proceso continuo que debe adaptarse a cada paciente y circunstancia y que finaliza con una modificación de dosis de los medicamentos o una sustitución o eliminación de aquellos fármacos que no son necesarios, incluyendo también la adición de otros que están infrautilizados⁶.

Para ello, se dispone de varios protocolos entre los que se encuentra el denominado *S-S (Seek and Screen, Save and Severe, Sensitize and Supervise)*, propuesto por Scott et al. (2012)¹⁶, que explica los pasos involucrados en el proceso para realizar la desprescripción lo más individualizada posible y obtener la decisión más adecuada sobre el tratamiento del paciente:

- Solicitar y evaluar: obtener las prescripciones y los medicamentos que toma el paciente. Clasificarlos en esenciales y no esenciales teniendo en cuenta la condición clínica actual, la relación beneficio/riesgo, la preferencia del paciente y el coste.
- Mantener y evitar: conservar los fármacos que se consideran esenciales y retirar aquellos que están duplicados, los productos de venta libre automedicados, las vitaminas no deseadas, los productos nutricionales innecesarios y los medicamentos que interactúan produciendo RAM.
- Sensibilizar y supervisar: convencer al paciente sobre los beneficios de suspender determinados fármacos y proponer alternativas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas que mejoren su calidad de vida siempre que sea posible. Controlar la adherencia al tratamiento.

Por tanto, para llevar a cabo una adecuada desprescripción, debe tenerse en cuenta tanto al paciente, como al fármaco, siendo un paso importante la revisión del plan de tratamiento⁶.

En la toma de decisiones adaptadas a cada paciente sobre la modificación de su régimen terapéutico, cabe preguntarse lo siguiente⁶:

1. ¿La esperanza de vida del paciente, determinada por el pronóstico y la evolución natural de la enfermedad, es mayor que el tiempo que tardará el fármaco en conseguir un beneficio clínico notable? Si no es así, se deberían cambiar los objetivos terapéuticos, reduciendo la polifarmacia innecesaria, centrándose en el control de los síntomas del paciente¹⁷. Por ej., los fármacos hipolipemiantes casi siempre son inapropiados en pacientes en cuidados paliativos⁶.
2. ¿La finalidad de la atención sanitaria (prevención, cuidados, tratamientos, curación) es coherente con los objetivos de la prescripción- desprescripción? En este caso, es adecuada la desprescripción siempre que se tenga en cuenta el grado de comorbilidad, el estado funcional y la calidad de vida del paciente⁶.

4.3.2. Herramientas de desprescripción

Existen diferentes herramientas para mejorar la prescripción a los pacientes en todos los niveles asistenciales. Entre ellas se encuentran los métodos de detección de PPI, útiles sobre todo en ancianos polimedicados y que se clasifican como implícitos y explícitos¹⁸.

- Implícitos. Basados en juicios clínicos. Permiten individualizar el tratamiento. Evalúan cada medicamento considerando las características del paciente y la indicación de la prescripción. Son métodos muy fiables, pero que consumen mucho tiempo y dependen sobre todo de los conocimientos del profesional que los está aplicando. Entre los más conocidos destaca el método MAI (*Medication Appropriateness Index*)¹⁸.
- Explícitos. Utilizan criterios predefinidos, basados en la información obtenida de la literatura científica y de grupos de expertos, para definir los MPI. Son métodos reproducibles que permiten una sistematización que consume menos tiempo; sin embargo, pueden provocar la pérdida de información que solo se consigue con la evaluación integral del paciente. Existen varios criterios, pero los más utilizados en clínica son los criterios Beers¹⁹ y los criterios STOPP/START^{2,18}.

a. Criterios Beers

Esta herramienta, elaborada por la *American Geriatrics Society* (AGS) y actualizada en diversas ocasiones, consiste en una lista explícita de MPI que es mejor evitar en ancianos (de forma general) y en personas con determinadas enfermedades¹⁹.

Clasifican las prescripciones o fármacos prescritos en tres tipos: (a) grupos farmacológicos que deben evitarse en personas mayores por ser ineficaces o porque suponen un riesgo innecesario existiendo alternativas más seguras, (b) medicamentos que no se deben utilizar en personas mayores que cumplan unas condiciones médicas específicas y (c) medicamentos que deberían ser utilizados con precaución en ancianos¹⁹.

Presentan ciertas desventajas como una insuficiente evidencia para la inclusión de los fármacos que componen la lista y la necesidad de actualización continua de los criterios^{7,19}.

b. Criterios STOPP/START (*Screening Tool of Older Person's Prescriptions – Screening Tool to Alert doctors to Right*)

Esta herramienta fue publicada por primera vez en 2008 en Irlanda por Gallagher y colaboradores²⁰. Posteriormente, estos criterios han sido actualizados²¹ y traducidos al español^{2,18}.

Estos criterios tienen un valor clínico práctico; recogen los errores más comunes de tratamiento y omisión en la prescripción en ancianos^{18,21}. Son fáciles de relacionar con el diagnóstico porque están agrupados por sistemas fisiológicos y pueden integrarse en los sistemas informáticos de prescripción. Pueden ser aplicados rápidamente, en unos pocos minutos^{18,21}.

Además, pueden tener importantes implicaciones farmacoeconómicas, ya que los gastos que se producen como consecuencia de la morbilidad resultante de los problemas relacionados con la medicación generan consumo en todos los niveles asistenciales^{18,21}.

Los **criterios STOPP** forman una lista validada de 87 recomendaciones sobre PPI, con su explicación del motivo^{18,21}. No se incluyen las RAM más evidentes, como puede ser hipoglucemia por insulina, pero muestran situaciones prevenibles en el día a día¹.

Consisten en listas de fármacos y clases de medicamentos que se deben reemplazar, evitar o eliminar en pacientes ancianos o débiles^{18,21}. En la Tabla 3 se muestran algunos de estos criterios.

Tabla 3. Criterios STOPP
Las siguientes prescripciones de medicamentos son potencialmente inapropiadas en personas de 65 años o más ^{18,21}
<i>Sección A.- Indicación de la medicación</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicamento prescrito sin indicación basada en la evidencia clínica 2. Medicamento prescrito con una duración superior a la indicada 3. Prescripción concomitante de dos fármacos de la misma clase
<i>Sección B. Sistema cardiovascular</i>
Betabloqueantes en combinación con verapamilo o diltiazem (riesgo de bloqueo cardíaco)
<i>Sección C. Antiagregantes/ Anticoagulantes</i>
AAS en tratamiento crónico a dosis superiores a 160 mg al día (aumento del riesgo de sangrado sin evidencia de mayor eficacia)
<i>Sección D. Sistema nervioso central y psicótopos</i>
Levodopa o agonistas dopaminérgicos para el temblor esencial (no hay evidencia de eficacia)
<i>Sección E. Sistema renal</i>
Metformina con tasa de filtrado glomerular estimada < 30 ml/min (riesgo de acidosis láctica)
<i>Sección F. Sistema gastrointestinal</i>
Medicamentos que suelen causar estreñimiento (opioides) en pacientes con estreñimiento crónico cuando existan alternativas que no estriñen (riesgo de exacerbar el estreñimiento)
<i>Sección G. Sistema respiratorio</i>
Teofilina como monoterapia para la EPOC (existen alternativas más seguras y efectivas; riesgo de RAM por el estrecho margen terapéutico)
<i>Sección H. Sistema musculoesquelético</i>
AINE a largo plazo (> 3 meses) para el tratamiento sintomático de la artrosis cuando no se ha probado el paracetamol (los analgésicos simples son preferibles y normalmente igual de efectivos para el tratamiento del dolor)
<i>Sección I. Sistema urogenital</i>
Bloqueantes alfa-1-adrenérgicos selectivos en pacientes con hipotensión ortostática sintomática o síncope miccional (riesgo de recurrencia del síncope)
<i>Sección J. Sistema endocrino</i>
Betabloqueantes en la diabetes mellitus con frecuentes episodios de hipoglucemia (riesgo de enmascaramiento de los síntomas de hipoglucemia)
<i>Sección K. Fármacos que aumentan de forma predecible el riesgo de caídas en ancianos</i>
Benzodiazepinas (sedantes, deterioran el equilibrio)
<i>Sección L. Analgésicos</i>
Uso de opioides pautados (no a demanda) sin asociar laxantes (riesgo de estreñimiento grave)
<i>Sección N. Carga antimuscarínica/anticolinérgica</i>
Uso concomitante de 2 o más fármacos con propiedades antimuscarínicas/ anticolinérgicas, p. ej., antiespasmódicos intestinales (riesgo de toxicidad)

Adaptación de las citas 18,21.

Los **criterios START** sirven como herramienta de detección para recomendar el tratamiento más idóneo. Consisten en 34 alternativas de fármacos para tratar una determinada enfermedad de forma segura en pacientes ancianos^{18,21,22}. Algunos de estos criterios se recogen en la Tabla 4.

Tabla 4. Criterios START
Salvo que el paciente esté en situación terminal, y, por tanto, necesite un enfoque farmacoterapéutico paliativo, deberían considerarse los siguientes tratamientos cuando se hayan omitido sin una razón clínica clara ^{18,21}
<i>Sección A. Sistema cardiovascular</i>
Betabloqueantes en la cardiopatía isquémica
<i>Sección B. Sistema respiratorio</i>
Oxigenoterapia domiciliaria continua en la hipoxemia crónica
<i>Sección C. Sistema nervioso central y ojos</i>
Antidepresivos no tricíclicos en presencia de síntomas depresivos mayores persistentes
<i>Sección D. Sistema gastrointestinal</i>
Suplementos de fibra (p. ej., metilcelulosa) en la diverticulosis con antecedentes de estreñimiento
<i>Sección E. Sistema musculoesquelético</i>
Bifosfonatos y vitamina D y calcio en pacientes que reciben corticosteroides orales a largo plazo
<i>Sección F. Sistema endocrino</i>
IECA (ARA-II si no se toleran los IECA) en la diabetes con evidencia de enfermedad renal
<i>Sección G. Sistema genitourinario</i>
Estrógenos tópicos vaginales para la vaginitis atrófica sintomática
<i>Sección H. Analgésicos</i>
Laxantes en pacientes que reciben opioides de forma regular
<i>Sección I. Vacunas</i>
Vacuna trivalente anual contra la gripe estacional

Adaptación de las citas 18,21.

Otra herramienta útil es el uso de distintos algoritmos. Son procesos divididos en varios pasos que están basados en criterios de necesidad (comparación de la individualización del fármaco con las necesidades clínicas del paciente y los objetivos de la asistencia sanitaria) y de efectividad - seguridad (balance beneficio/ riesgo)¹. Para disminuir la tasa de PPI se pueden combinar distintos algoritmos o incluso estrategias⁷.

En una revisión del 2020, Michiels-Corsten et al. recogen varias de las herramientas utilizadas en la desprescripción²². Una de ellas, es una combinación de algoritmos propuesta por Scott et al. en 2015 y que consta de varios pasos¹²:

- a. Protocolo de desprescripción.
- b. El protocolo consiste en 5 pasos secuenciales en el que se dan sugerencias detalladas y prácticas para cada paso e integra un algoritmo de evaluación del régimen terapéutico que concluye en continuar, suspender o reiniciar la medicación.
- c. Elementos o pasos que seguir:
 1. Averiguar la razón por la que se ha prescrito cada medicamento.
 2. Considerar el riesgo de daño inducido por fármacos.
 3. Evaluar cada fármaco (indicación, cascada de prescripción, daño potencial vs beneficio potencial)
 4. Priorizar los medicamentos para su desprescripción.
 5. Implementar el régimen de interrupción y monitorizar a los pacientes.

Una vez validado el tratamiento, se procede a informar al clínico y al paciente sobre la retirada, sustitución, etc. de un fármaco. En casos de interrupción repentina de un fármaco, hay que tener en cuenta que generalmente, para la mayoría de ellos, la retirada brusca no conlleva consecuencias importantes; sin embargo, no todos pueden ser retirados de forma brusca, bien porque pueden conducir a la recaída de la enfermedad que estaban controlando (por ejemplo, antidepresivos), o por provocar síntomas de retirada (la retirada brusca de los β -bloqueantes se asocia con taquicardia e hipertensión de rebote) o bien porque podrían aparecer signos o síntomas de abstinencia (por ejemplo, benzodiacepinas). Todos estos síntomas se manifiestan cuando la reducción de la dosis de medicamento es brusca y no gradual²³.

Muchas veces, estos síntomas no se diferencian de los propios síntomas de la enfermedad, pero en otros casos sí, como en los síntomas de abstinencia (Tabla 5), que son más graves que los iniciales o aparecen en recién nacidos cuyas madres han usado el medicamento durante el embarazo²³.

Tabla 5. Síndromes de abstinencia asociados a fármacos comúnmente recetados²³

<i>Fármaco</i>	<i>Síntomas de abstinencia</i>	<i>Inicio de síntomas</i>
Opioides	Ansiedad, irritación, temblor	6-12h tras el cese de opioides de acción corta
	Lagrimo, náuseas, vómitos	24-48h tras el cese de opioides de acción prolongada
Benzodicepinas (BZD)	Efectos somáticos: debilidad, dolor, temblor	5-10 días tras el cese de BZD de acción prolongada
	Efectos psicológicos: ansiedad, depresión	El inicio varía según la duración y dosis
	Efectos sensoriales: fotofobia, visión borrosa	La abstinencia puede durar de 10 a 14 días
Barbitúricos	Efectos físicos: malestar, sequedad de boca, fiebre	Dentro de las 24h, dependiendo de la dosis y duración de uso
	Efectos psicológicos: ansiedad, depresión, alucinaciones, delirio	24 a 115h tras su cese. Alucinaciones y delirio aparecen tras las 72h
	Efectos neurológicos: temblores, convulsiones	Alrededor de las 24-72h tras su cese

Adaptación de la cita ,23.

4.4. Desprescripción de medicamentos específicos

Seguidamente, se exponen algunos fármacos de uso muy frecuente que, en ciertas ocasiones son susceptibles de ser retirados durante el proceso de desprescripción.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Deben usarse durante el menor tiempo posible y a la dosis efectiva más baja, ya que presentan numerosas RAM, como puede ser el sangrado gastrointestinal.

Una desprescripción eficiente podría ser cuando se empleen conjuntamente antiagregantes plaquetarios y AINE. También, es recomendable la retirada de un inhibidor de la bomba de protones (IBP) prescrito anteriormente por el consumo de AINE¹.

La retirada del AINE se aconseja hacerla de forma paulatina para que el paciente se pueda adaptar al control de los síntomas tras eliminar el efecto analgésico¹.

Antiulcerosos

Grupo terapéutico que más ha aumentado su consumo en España en las últimas décadas. Se estima que entre el 50-70% de los tratamientos son inapropiados en cuanto a indicación, dosificación y/ o duración de tratamiento²⁴.

No se aconseja mantener el tratamiento a largo plazo con IBP salvo en casos excepcionales, como hemorragias gastrointestinales, ya que esto se ha relacionado con un aumento de déficit de magnesio, vitamina B12 o hierro, además de un mayor riesgo de diarreas producidas por *Clostridium difficile*, o una disminución de la eficacia de antiagregantes plaquetarios²⁴.

Se recomienda una reducción gradual hasta la mínima dosis para evitar la posible hipersecreción ácida de rebote y nuevos síntomas de dispepsia.

Existen estrategias para la retirada de los IBP como²⁴:

- Aumentar el intervalo entre dosis, cada 2- 3 días.
- Usar antiácidos o anti-H2 como ranitidina durante la retirada.
- Suspender el IBP y consumirlo a demanda si reaparecen los síntomas.

Benzodiazepinas (BZD) e hipnóticos Z

Las BZD están indicadas para tratar la ansiedad y el insomnio, dos enfermedades recurrentes especialmente en mujeres >65 años, cuyo consumo en España se sitúa por encima de la media europea, con un crecimiento constante, adquiriendo la magnitud de problema de salud pública²⁵.

Se recomienda no usar BZD pasadas cuatro semanas, ya que producen tolerancia, dependencia y se asocian con demencia y aumento de la mortalidad global²⁵.

Las estrategias con mejores resultados en cuanto a la retirada de BZD, indicadas como ansiolíticos e hipnóticos, consisten en realizar una terapia cognitivo-conductual acompañada de una pauta de descenso gradual de la dosis²⁵.

La duración del proceso de retirada de la BZD prescrita dependerá de su vida media ($t_{1/2}$) (las de $t_{1/2}$ corta requerirán periodos más largos para su retirada) y se ajusta a cada paciente, según la dosis y el tiempo de tratamiento. Consiste en reducir progresivamente la dosis total diaria del fármaco, o sustituirlo por la dosis equivalente de BZD de $t_{1/2}$ elevada (diazepam). Es muy importante durante su retirada conseguir un acuerdo con el paciente y revisar periódicamente la tolerancia, ya que puede generarse un cuadro de abstinencia¹.

5. VENTAJAS DE LA DESPRESCRIPCIÓN EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO ESTÁNDAR

De todo lo expuesto, se pueden indicar las ventajas que conlleva la realización de un proceso de desprescripción frente al sistema clásico, en el que la ausencia de conexión entre las bases de datos de distintos niveles asistenciales hace que en ocasiones el médico de familia desconozca otros tratamientos que el paciente puede estar tomando.

La salud del paciente es un proceso dinámico, cambia a lo largo de su vida, y con ella las indicaciones y los objetivos terapéuticos en caso de padecer patologías. Cualquier momento puede ser adecuado para desprescribir.

Actualmente, la polifarmacia se ha convertido en un problema de gran importancia que va en aumento, debido en gran parte, a que existe una cierta tendencia a la medicación, es decir, medicamos síntomas que son vitales en el individuo, como la tristeza, que, en lugar de tratarla con terapias no farmacológicas, se prescribe directamente un antidepresivo. En otros casos, se recurre a la administración de medicamentos para tratar los síntomas sin averiguar qué los produce, con el riesgo de añadir más medicamentos a los posibles tratamientos que ya tenga el paciente.

Por ello, las ventajas que presenta la desprescripción son las siguientes¹:

- a) Ventajas clínicas: se consigue una mayor adherencia terapéutica, se logra disminuir las interacciones y las RAM, y, con ellas, la hospitalización y la morbimortalidad, aumentando la calidad de vida del paciente.
- b) Ventajas económicas: se reduce el gasto innecesario para la sociedad y los propios pacientes.
- c) Ventajas éticas: se suspenden tratamientos en ancianos vulnerables que pueden presentar un dudoso beneficio, pero inducir daños evitables.

Cuando el médico aconseja al paciente sobre la posibilidad de desprescribir un fármaco, habitualmente este lo acepta, pero, lamentablemente, debido al escaso tiempo destinado a cada consulta, en muchos casos no se hace. Corresponde al farmacéutico tanto en la Oficina de Farmacia, como en el Hospital, abordar la desprescripción notificándolo tanto al paciente, como al médico de familia o especialista.

6. CONCLUSIONES

1. Actualmente, no existe un consenso sobre la definición de “desprescripción”.
2. A la vista de las discrepancias existentes, se propone la siguiente definición, en la que se incluye la palabra *retirada*, muy empleada en varias de las definiciones propuestas hasta el momento, y *calidad de vida* ya que es un objetivo clave por el que desprescribir. “*La desprescripción es un proceso continuo (prescribir-desprescribir) que concluye con la modificación de la dosis, la sustitución, la adición, o la retirada de un medicamento inapropiado, mediante el análisis individualizado del tratamiento del paciente por parte de profesionales sanitarios, con el fin de reducir las RAM asociadas a la polifarmacia y mejorar su calidad de vida*”.
3. La desprescripción permite adecuar el tratamiento al paciente, y no a la inversa.
4. Para una toma de decisión más adecuada se debe considerar el tiempo que tarda un medicamento en ejercer su efecto, la esperanza de vida del paciente y la relación beneficio/ riesgo.
5. Las consecuencias de una correcta desprescripción son la mejora de la adherencia al tratamiento y la disminución de la morbilidad asociada a la polifarmacia y al uso inapropiado de medicamentos.
6. Es importante que los médicos de familia adopten como parte de su rutina clínica, una actitud proactiva hacia la desprescripción, sobre todo en ancianos.
7. Desprescribir de forma segura es un esfuerzo conjunto de todo el equipo de profesionales sanitarios.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Esteban Jiménez O, Arroyo Aniés, M., Vicens Caldentey, C., González Rubio, F., Hernández Rodríguez, M., y Sempere Manuel, M. (2018). Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. *Atención Primaria*, 50(S2), 70-79.
2. Delgado Silveira, E., Muñoz García, M., Montero Errasquin, B., Sánchez Castellano, C., F. Gallagher, P., y J. Cruz-Jentoft, A. (2009). Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44(5), 273-279.
3. Page, A., Clifford, R., Potter, K., & Etherton-Ber, C. (2018). A concept analysis of deprescribing medications in older people. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 48(2), 132-148.
4. Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *Bmc Geriatrics*, 17(1), 230.
5. Beerens, H., Zwakhalen, S., Verbeek, H., Ruwaard, D., & Hamers, J. (2013). Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1259-1270.
6. Gavián-Moral, E., Villafaina-Barroso, A., Jiménez-de Gracia, L., y Gómez Santana, M. del C. (2012). Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 47(4), 162-167.
7. López-Sáez, A., Sáez-López, P., Paniagua-Tejo, S., y Tapia-Galán, M.A. (2012). Prescripción inadecuada de medicamentos en ancianos hospitalizados según criterios de Beers. *Farmacia Hospitalaria*, 36(4), 268-274.
8. Woodward, M. (2003). Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People through Reducing Medications. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 33(4), 323-328.
9. Reeve, E., Gnjidic, D., Long, J., & Hilmer, S. (2015). A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: Implications for future research and clinical practice. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 80(6), 1254-1268.

10. Halli-Tierney, A., Scarbrough, C., & Carroll, D. (2019). Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. *American Academy of Family Physicians*, 100(1), 32-38.
11. Thompson, W., & Farrell, B. (2013). Deprescribing: What is it and what does the evidence tell us? *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 66(3), 201-202.
12. Scott, I.A., Hilmer N, S., Reeve, E., Potter, K., Le Couteur, D., Rigby, D., Gnjidic, D., Del Mar, CB., Roughead, EE., Page, A., Jansen, J., & Martin, JH. (2015). Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med.* 175(5). 827-34.
13. Sivagnanam, G. (2016). Deprescription: The prescription metabolism. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*, 7(3), 133-137.
14. Reeve, E., Denig, P., Hilmer, S., & Meulen, N. (2016). The Ethics of Deprescribing in Older Adults. *Journal of Bioethical Inquiry*, 13(4), 581-590.
15. Vasilevskis, E., Shah, A., Hollingsworth, E., Shotwell, M., Mixon, A., Bell, S., Kripalani, S., Schnelle, J., Simmons, S., & Shed-MEDS team (2019). A patient-centered deprescribing intervention for hospitalized older patients with polypharmacy: Rationale and design of the Shed-MEDS randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 19(1), 165.
16. Scott, I., Gray, L., Martin, J., & Mitchell, C. (2012). Minimizing Inappropriate Medications in Older Populations: A 10-step Conceptual Framework. *The American Journal of Medicine*, 125(6), 529-537.
17. Pasina, L. M., Cortesi, L., Tettamanti, M., Franchi, C., Nobili, A., Brignolo Ottolini, B., Marengoni, A., Mannucci, P., & REPOSI Investigators (2019). Need for Deprescribing in Hospital Elderly Patients Discharged with a Limited Life Expectancy: The REPOSI Study. *Medical Principles and Practice*, 28(6), 501-508.
18. Delgado Silveira, E., Muñoz García, M., Montero Errasquin, B., Sánchez Castellano, C., J. Cruz-Jentoft, A., Vélez-Díaz-Pallarés, M., y Lozano Montoya, I. (2015). Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 50(2), 89-96.
19. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Updated Experts Panel (2015). American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially

- Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(11), 2227-2246.
20. Gallagher P., Ryan C., Byrne S., Kennedy J., O'Mahony D. (2008) STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). *Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther*, 46, 72–83.
 21. O'Mahony, D., O'Sullivan, D., Byrne, S., O'Connor, M., Ryan, C., & Gallagher, P. (2015). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. *Age and Ageing*, 44(2), 213-218.
 22. Michiels-Corsten, M., Gerlach, N., Schleeff, T., Junius-Walker, U., Donner-Banzhoff, N., & Viniol, A. (2020). Generic instruments for drug discontinuation in primary care: A systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 86(7), 1251-1266.
 23. Bangert, M. K., & Aisenberg, G. M. (2019). Drug deprescription—withdrawal risk, prevention, and treatment. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 33(2), 213-217.
 24. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2016) Inhibidores de la bomba de protones (IBP): Recomendaciones de uso. *Información Farmacoterapéutica de la Comarca (INFAC)*, 24, 44-51.
 25. Baza Bueno, M., Ruiz de Velasco Artaza, E., Fernández Uria, J., y Gorroñoigoitia Iturbe, A. (2020). Benzocarta: Intervención mínima para la deprescripción de Bbenzodiazepinas en pacientes con insomnio. *Gaceta Sanitaria*, 34(6), 539-545.