

RETOS EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS: EL SOBREATAMIENTO

Marta Lestón Vázquez, Noemí Villén Romero, Amelia Troncoso Mariño

Àrea del Medicament y Servei de Farmàcia. Gerència Territorial de Barcelona. Institut Català de la Salut. Barcelona.

Resumen

Nuestra sociedad, cada vez más envejecida, dispone de un elevado nivel de salud que paradójicamente se ha acompañado de una disminución de la percepción de su estado de salud, hecho que en ocasiones conduce a un sobretratamiento de la población. Entre los motivos más frecuentes de sobretratamiento se han descrito: la medicina de complacencia, la medicina defensiva, el abuso de la medicina preventiva, la medicalización de la vida o la inercia terapéutica. Estas situaciones pueden conducir a un incremento de problemas de salud relacionados con los medicamentos (PSM), ingresos hospitalarios o mortalidad.

Entre la población de edad avanzada se dan, con frecuencia, determinadas situaciones que la hacen más vulnerable al sobretratamiento y a sus consecuencias, como la multimorbilidad que se asocia frecuentemente a la polimedicación, la fragilidad, los objetivos terapéuticos dinámicos, los cambios fisiológicos que afectan a la farmacocinética y farmacodinámica, la carga terapéutica que puede condicionar una baja adherencia o las continuas transiciones asistenciales. Es necesario que las intervenciones terapéuticas sean individualizadas y valorar al paciente de forma holística, teniendo objetivos realistas y evaluar los posibles beneficios obtenidos respecto a los posibles riesgos.

Las estrategias de prevención cuaternaria como la desprescripción y los principios para una prescripción prudente, pueden contribuir a reducir el sobretratamiento, mejorando el balance beneficio-riesgo de los fármacos, y disminuir la carga terapéutica.

Palabras clave: sobretratamiento, prescripción prudente, desprescripción.

Introducción

En las últimas décadas, en los países desarrollados se ha llegado a uno de los niveles de salud más altos de la historia pero, paradójicamente, ha ido acompañado de una disminución de la percepción del estado de salud de la población. Esto es debido, entre otros motivos, a que se ha ampliado el concepto de enfermedad y se han medicalizado más procesos, hecho que ha generado necesidades en la población que, al no verse satisfechas, originan una percepción de salud deficiente¹.

Por otro lado, en nuestro medio, la hiperprescripción farmacológica es elevada. Un ejemplo son los datos de consumo de antiulcerosos (DHD=100) y de ansiolíticos (DHD=44) en Cataluña durante 2019, con valores muy superiores a la media de los países del Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)².

Esta situación se ha visto agravada por el incremento del envejecimiento de la población que ha ido acompañado de un aumento de la multimorbilidad y, consecuentemente, de la polimedicación. El dinamismo en los objetivos terapéuticos de esta

población hace necesaria la reevaluación de cada tratamiento, de manera que los medicamentos que podían haber sido adecuados en un momento dado, ahora, no lo sean.

Estas situaciones de sobretratamiento, favorecidas por el sobrediagnóstico, se han relacionado con consecuencias negativas para la salud de la población, como el incremento de efectos adversos, de ingresos hospitalarios o de mortalidad³⁻⁵. Por estas razones, ante cualquier decisión terapéutica es necesario valorar al paciente de forma individual teniendo presente objetivos realistas y hacer un balance de los posibles beneficios obtenidos y de los posibles riesgos.

En los últimos años han aparecido diferentes estrategias con el objetivo de evitar los efectos iatrogénicos o perjudiciales de la intervención médica (prevención cuaternaria), como son la desprescripción o los principios para una prescripción prudente.

El objetivo de este número es reflexionar sobre los diferentes retos en la prescripción que conducen a un sobretratamiento, poniendo de manifiesto las consecuencias sobre la salud de la población y proponiendo maneras de revertir estas situaciones.

Sobretratamiento: causas y consecuencias

El sobrediagnóstico y sobretratamiento ocurren cuando se diagnostica una “enfermedad” que nunca causará síntomas ni la muerte al paciente y en la que el tratamiento asociado tiene una baja probabilidad de beneficio para el paciente, o incluso podría causar perjuicio^{6,7}. Son transversales en la práctica clínica y afectan a cualquier acto terapéutico y ámbito asistencial, además tienen consecuencias negativas tanto para el paciente individual como para el sistema sanitario^{8,9}.

En relación con el sobretratamiento farmacológico, tiene una causa multifactorial y, entre los motivos más relevantes, encontramos los siguientes (figura 1):

- **Medicina de complacencia:** se define como aquellas prescripciones farmacológicas llevadas a cabo buscando la satisfacción del paciente sin llegar a conseguir resultados en la salud. Frecuentemente, en este apartado se engloba la prescripción de fármacos de valor intrínseco no elevado, con una efectividad clínica dudosa o una relevancia clínica modesta o inexistente. Algunos ejemplos de estos fármacos pueden ser: la betahistina, los SYSADOA (del inglés *Symptomatic Slow Action Drugs for Osteoarthritis*), la pentoxifilina o el dobesilato de calcio, entre otros¹⁰.

- **Medicina defensiva:** según la literatura es una forma de ejercer la medicina orientada a intentar evitar denuncias por mala praxis¹¹. En este caso, el profesional antepone su miedo a las consecuencias de una omisión de la intervención banalizando los riesgos de ésta. Un ejemplo sería mantener el tratamiento con estatinas en un paciente anciano en prevención primaria por miedo a un posible evento cardiovascular, a pesar de que la evidencia actual, no ha demostrado beneficios concluyentes sobre la morbimortalidad en esta población más allá de la reducción del colesterol LDL¹²⁻¹³.
- **Inercia terapéutica:** es la falta de actuación del clínico a pesar de detectar un problema de salud susceptible de mejora. Farmacológicamente se entiende como no prescribir un medicamento necesario para tratar un problema de salud o, no desprescribir cuando el paciente no lo necesita. Esta segunda situación se puede dar cuando hay cambios en los objetivos terapéuticos, como por ejemplo en los pacientes con demencia muy avanzada que continúan en tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa o memantina o en las situaciones en las que el fármaco no es efectivo, o como en aquellos casos de pacientes tratados con antiespasmódicos urinarios cuando no se observa mejora en la incontinencia o en la sintomatología urinaria relacionada¹⁴⁻¹⁶.
- **Abuso de la medicina preventiva:** supone la conversión de los factores de riesgo en patologías y la ampliación de los límites de la enfermedad, con objetivos terapéuticos basados en variables subrogadas cada vez más estrictas⁹. El hecho de definir los factores de riesgo como enfermedad comporta el abordaje de individuos sanos como si fueran enfermos sin que exista una base científica del beneficio clínico de actuar sobre estos factores. Algunos ejemplos de esta práctica son: elevar la hipercolesterolemia a entidad de patología o considerar la osteoporosis como una enfermedad solo en base a los valores de la densitometría mineral ósea.
- **Medicalización de la vida:** se entiende como la «medicalización» progresiva de aspectos de la vida que se pueden percibir como problemas médicos pero que no lo son¹⁷. En una encuesta publicada en *The BMJ*, se describen algunas de las situaciones que en los últimos tiempos han pasado a ser objeto de intervención médica: el trastorno de horario (*jet lag*), la fealdad, el envejecimiento, la calvicie, la resaca o el embarazo, entre otros¹⁸. También han estado medicalizadas recientemente situaciones como la alteración del estado de ánimo, la astenia primaveral, la fobia social, la hiperhidrosis o la menopausia.

Figura 1. Interrelación de los diferentes conceptos relacionados con el sobretratamiento. (Figura de elaboración propia).



La literatura científica denomina con el término anglosajón *disease-mongering*, cuando el abuso de la medicina preventiva y la medicalización de la vida son promovidas por la industria farmacéutica con el objetivo de obtener beneficios económicos^{7,9}.

Entre los riesgos más destacados del sobretratamiento farmacológico para el paciente encontramos el incremento de la polimedicación, los problemas de salud relacionados con los medicamentos (PSM) que pueden conducir a ingresos hospitalarios o mortalidad, el riesgo de sufrir cascadas terapéuticas que pueden producir un aumento de la carga terapéutica y favorecer la falta de adherencia.

El sobretratamiento farmacológico también genera un aumento de la presión asistencial al convertir a la sociedad más dependiente del sistema sanitario, y en consecuencia, provoca un incremento del gasto sanitario.

El paciente de edad avanzada como población más vulnerable

La multimorbilidad y la polimedicación son características frecuentemente asociadas al envejecimiento. En Cataluña en 2019, un 55% de los mayores de 65 años tienen prescritos 5 o más medicamentos y un 23% de los mayores de 80 años tienen prescritos 10 o más medicamentos.

En estos pacientes el sobretratamiento y la polimedicación son especialmente problemáticos dado que tienen unas características que los hacen más susceptibles a presentar un PSMi que incrementa el riesgo de reacciones adversas (caídas, aparición de síndromes geriátricos, disminución del estado funcional, etc.), visitas a urgencias, ingresos hospitalarios o mortalidad^{3-5,19-21} (figura 2). En el envejecimiento se producen cambios fisiológicos que provocan alteraciones en la farmacocinética y la farmacodinamia de los medicamentos, lo que modifica la respuesta. Un ejemplo es el caso del efecto de los fármacos con mecanismo anticolinérgico en los pacientes de edad avanzada donde, además de la disminución del metabolismo y la excreción del fármaco, su efecto perdure durante más tiempo. En esta población

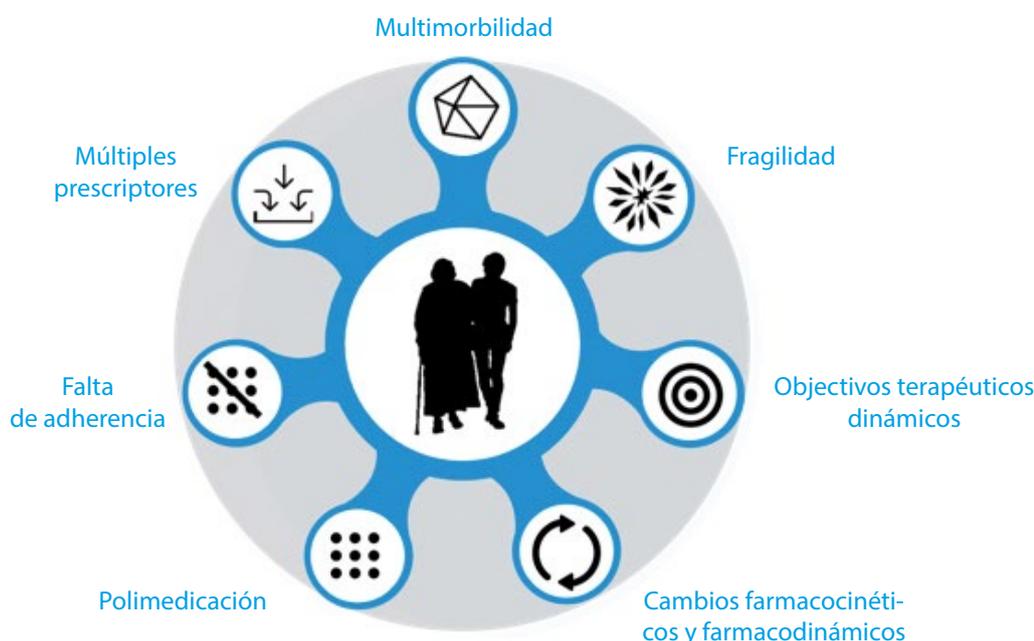
también se produce una disminución en la permeabilidad de la barrera hematoencefálica y una menor actividad colinérgica cerebral, por este motivo resulta más sencillo sobrepasar el umbral sintomático por efecto anticolinérgico²². En los pacientes de edad avanzada una carga anticolinérgica elevada se ha asociado a un incremento del riesgo de trastornos cognitivos y de demencia (exposición crónica), a un incremento del riesgo de caídas y a un aumento de la morbimortalidad²³.

Entre las causas más frecuentes de polimedicación en esta población se encuentran la aplicación de guías de práctica clínica centradas en una determinada patología, sin abordar de manera global a los pacientes con multimorbilidad, la aplicación de objetivos terapéuticos establecidos para la población general o la participación de múltiples prescriptores en la atención del paciente sin tener una visión holística de este. El paciente de edad avanzada a menudo se encuentra infrarepresentado tanto en las guías de práctica clínica como en los estudios en que se basan estas guías²⁴.

Los objetivos terapéuticos cambian en función de la edad y las expectativas de vida del paciente: desde los objetivos de prevención de la enfermedad con tratamientos que buscan modificar el curso de la patología, hasta los objetivos paliativos con tratamientos dirigidos al control de los síntomas en aquellas situaciones de enfermedad avanzada y con pronóstico de vida limitado²⁵. Sin embargo, un porcentaje elevado de pacientes en situación final de vida conocida continúa tomando medicamentos preventivos de enfermedades crónicas hasta la muerte, a pesar del cuestionable beneficio²⁶. Según datos del Observatori de la Mort de Catalunya, en el año 2018 un 34,1%, un 22,6%, y un 17,8%,²⁷ de las personas mayores de 65 años consumían ácido acetilsalicílico, estatinas y vitamina D, respectivamente, en el momento de la muerte.

Por estas razones, la adecuación de los objetivos terapéuticos, la valoración del balance beneficio-riesgo de los tratamientos recomendados en las guías de práctica clínica y la incorporación de las preferencias y valores del paciente a las decisiones terapéuticas son especialmente relevantes en personas de edad avanzada y con multimorbilidad²².

Figura 2. Características que se dan frecuentemente en la población de edad avanzada y que la hace más susceptible de presentar PSM. (Figura de elaboración propia).



Estrategias de mejora: la prescripción prudente y desprescripción como herramientas de prevención cuaternaria.

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades que intentan evitar los efectos iatrogénicos o perjudiciales de la propia acción preventiva, diagnóstica y terapéutica provocada por la intervención médica y es especialmente relevante en el paciente de edad avanzada. La prescripción prudente y la desprescripción se pueden considerar herramientas para llevar a cabo la prevención cuaternaria.

La prescripción prudente es un requisito previo para el uso seguro y apropiado de los medicamentos que intenta promover una prescripción más cautelosa y conservadora con el objetivo de maximizar los beneficios y minimizar los riesgos derivados de los tratamientos prescritos^{28,29}. En la tabla 1 se detallan los principios recomendados para la prescripción prudente.

La desprescripción de medicamentos se enmarca dentro de la prescripción prudente. El término “desprescripción” se refiere a un proceso de retirada de medicamentos planificado y estandarizado, supervisado por un profesional sanitario y con el objetivo de optimizar la polimedicación y mejorar los resultados en salud. Esto implica la revisión exhaustiva de la medicación centrada en el paciente e interrumpir o reducir la dosis de todos los medicamentos con un balance beneficio-riesgo desfavorable^{30,31}.

La desprescripción también ayuda a reducir la carga terapéutica de los pacientes y, en consecuencia, mejorar la adherencia y los problemas asociados a la propia prescripción.

Hay diferentes situaciones que favorecen la desprescripción³¹:

- Falta de efectividad del tratamiento
- Aparición y detección de PSM
- Cambios en los objetivos terapéuticos
- Polimedicación

Diferentes instituciones y sociedades científicas recomiendan la desprescripción y proponen la valoración y posible retirada de determinados fármacos en situaciones donde el beneficio-riesgo posiblemente sea desfavorable (tabla 2 y 3)³²⁻³⁶. A la hora de desprescribir un medicamento hay que tener en cuenta que la suspensión brusca de determinados fármacos se puede asociar al efecto de rebote, el síndrome de abstinencia o la recurrencia de la enfermedad²⁵. Para la desprescripción de estos medicamentos se recomienda reducir la dosis progresivamente, según respuesta del paciente, hasta llegar a la suspensión del fármaco.

Los cambios realizados en la prescripción como consecuencia de la aplicación de estas intervenciones tienen que ser incorporados progresivamente, empezando por aquellos que están provocando problemas de seguridad al paciente y haciendo seguimiento y valoración de la respuesta al cambio.

Tabla 1. Principios para la prescripción prudente.

Pensar más allá de los medicamentos

Principio 1°: Buscar, en primera instancia, alternativas no farmacológicas.

Principio 2°: Considerar las causas subyacentes, potencialmente tratables, de los problemas, en lugar de tratar los síntomas con medicamentos.

Principio 3°: Buscar oportunidades para la prevención en lugar de centrarse en el tratamiento de síntomas o de una enfermedad avanzada.

Principio 4°: Siempre que sea posible, usar el tiempo como un test diagnóstico y terapéutico.

Practicar una prescripción más estratégica

Principio 5°: Usar pocos medicamentos pero aprender a utilizarlos bien.

Principio 6°: Evitar el cambio continuo a nuevos medicamentos sin tener motivos claros y concluyentes basados en la evidencia.

Principio 7°: Ser escéptico con el tratamiento individualizado.

Principio 8°: Siempre que sea posible, empezar el tratamiento con un solo fármaco.

Mantenerse alerta ante la aparición de posibles reacciones adversas a los medicamentos

Principio 9°: Ante un nuevo problema de salud, pensar en primer lugar si se puede tratar de una reacción adversa a un medicamento.

Principio 10°: Informar a los pacientes sobre las reacciones adversas que pueden provocar sus medicamentos para que sean capaces de reconocerlas lo antes posible en caso que aparezcan.

Principio 11°: Considerar si no se está promoviendo, y a la vez tratando, un síndrome de abstinencia.

Aproximarse a los nuevos medicamentos y a las nuevas indicaciones con prudencia y escepticismo

Principio 12°: Informarse de los nuevos medicamentos y las nuevas indicaciones empleando fuentes fiables e independientes.

Principio 13°: No tener prisa para utilizar medicamentos de comercialización reciente.

Principio 14°: Asegurarse de que el medicamento mejora los resultados clínicos orientados al paciente en vez de variables subrogadas orientadas a la enfermedad.

Principio 15°: Rehuir de la ampliación o la extrapolación de indicaciones.

Principio 16°: No dejarse seducir por la elegante farmacología molecular o fisiológica de algunos fármacos.

Principio 17°: Tener precaución con la promoción selectiva de estudios.

Trabajar con los pacientes para establecer objetivos comunes.

Principio 18°: No ceder de forma apresurada y poco crítica a las peticiones de los pacientes, especialmente con los medicamentos que conocen por la publicidad.

Principio 19°: Ante un fracaso terapéutico, evitar prescribir más fármacos sin antes comprobar la adherencia del paciente al tratamiento.

Principio 20°: Evitar utilizar medicamentos que el paciente haya tomado previamente sin obtener resultados o que causaron una reacción adversa.

Principio 21°: Suspender el tratamiento con fármacos innecesarios o que no están siendo efectivos.

Principio 22°: Respetar las dudas expresadas por los pacientes sobre sus medicamentos.

Valorar los efectos del tratamiento de forma amplia y a largo plazo

Principio 23°: Pensar más allá de los beneficios a corto plazo de los fármacos y valorar los beneficios y riesgos más a largo plazo.

Principio 24°: Buscar oportunidades para mejorar los sistemas de prescripción y hacer cambios que hagan más segura la prescripción y el uso de medicamentos.

Adaptado al castellano de: Schiff GD, Galanter WL, Duhing J, Lodolce AE, Koronkoski MJ, Lamber BL. Principles of conservative medicine. *Arc Intern Med.* 2011;171:1433-40.

Tabla 2. Medicamentos y situación clínica donde se recomienda valorar la desprescripción³²⁻³⁷.

Grupo terapéutico/medicamento	Situación clínica/ Población diana	¿Es necesario realizar una reducción gradual de la dosis?
Inhibidores de la bomba de protones	Pacientes sin necesidades de gastroprotección	Sí. Riesgo de hipersecreción ácida de rebote.
Benzodiazepinas y fármacos Z	Tratamiento del insomnio (> 4 semanas o mayores de 64 años)	Sí. Riesgo de síndrome de abstinencia y de retirada.
Antipsicóticos	Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (≥3 meses) Insomnio	Sí. Riesgo de recaídas y síndrome de retirada.
Estatinas	Población de edad avanzada para la prevención primaria cardiovascular	No
Inhibidores de la acetilcolinesterasa y memantina	Tratamiento superior a 12 meses con enfermedad grave o progresión en el deterioro cognitivo, funcional y/o de comportamiento	Sí. Riesgo de recaídas.
Doble antiagregación plaquetaria	Tratamiento >12 meses después de una angioplastia con colocación de stent en pacientes sin riesgo trombótico muy alto	No
Bifosfonatos	Bajo riesgo de fractura Tratamiento >5 años y riesgo moderado-bajo de fractura	No
Hipouricemiantes	Hiperuricemia asintomática (excepto ácido úrico >13 mg/dl en hombres, >10 mg/ml en mujeres o tratamiento oncológico)	No
AAS	Pacientes ancianos para la prevención primaria cardiovascular	No
Vitamina D	Pacientes ancianos sin deficiencia ni criterios de determinación analítica	No
Megestrol	Pacientes ancianos con caquexia	No
Antidepresivos	Sin síntomas de depresión en > 6 meses (excepto depresión grave o recurrente u otras condiciones psiquiátricas)	Sí. Riesgo de síntomas de recurrencia y retirada
Antiespasmódicos urinarios	Sin mejora clínica relevante en la incontinencia o en otros síntomas urinarios asociados	No
Antihistamínicos con efecto sedante	Duración >6 meses	No

Tabla 3. Recursos online sobre desprescripción de medicamentos.

Recursos online	Dirección página web
Medstopper	https://medstopper.com/
Deprescribing	https://deprescribing.org/
NSW Therapeutic Advisory Group	http://www.nswtag.org.au/deprescribing-tools/
Canadian Deprescribing Network	https://www.deprescribingnetwork.ca/
Primary Health Tasmania	https://www.primaryhealthtas.com.au/resources/deprescribing-resources/
US Deprescribing Research Network	https://deprescribingresearch.org/resources-2/resources-for-clinicians/

Puntos clave

- *La prescripción farmacológica presenta retos importantes en nuestro entorno ya que puede conducir a la polimedicación y al sobretratamiento. Los datos de consumo en algunos grupos terapéuticos de Cataluña son superiores a la media de los países del OECD.*
- *El sobretratamiento es aquella intervención terapéutica donde el potencial daño supera el beneficio esperable. Es una práctica transversal que se da en todos los ámbitos asistenciales y de la práctica médica. El sobretratamiento puede incrementar el riesgo de polimedicación que se ha relacionado con consecuencias negativas para la salud de la población como el incremento de los PSM, de los ingresos hospitalarios o de la mortalidad.*
- *Los pacientes de edad avanzada son un colectivo especialmente vulnerable. En esta población se observa un incremento de la multimorbilidad y polimedicación y, además, sus características particulares los hacen más susceptibles de presentar problemas de seguridad.*
- *Asegurar la efectividad y la seguridad de los tratamientos en los pacientes de edad avanzada se ha convertido en un reto para los sistemas sanitarios. Las características individuales hacen necesario adaptar la prescripción a objetivos terapéuticos realistas y adaptados a la situación clínica.*
- *La prescripción prudente y la desprescripción son procesos continuos que tienen especial importancia en pacientes de edad avanzada con multimorbilidad y polimedicación y que contribuyen a reducir el sobretratamiento y la polimedicación inapropiada.*

Bibliografía

1. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Desmedicalizar a la población. Una necesidad urgente. Información Farmacoterapéutica de la Comunitat Valenciana. 2012; (10):1-20 [acceso 7 de julio de 2020]. Disponible en: <https://rafalafena.files.wordpress.com/2014/11/desmedicalizar-a-la-poblacion3b3n-una-necesidad-urgente.pdf>
2. Organization for economic-operation and development [base de datos en Internet]. OECD Stat. Datos 2019 [acceso 7 de julio de 2020]. Disponible en: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=69051#>
3. Baena MI, Faus MJ, Fajardo PC, Luque FM, Sierra F, Martínez-Olmos J et al. Medicine-related problems resulting in emergency department visits. Eur J Clin Pharmacol. 2006; 62 (5): 387-93.
4. Parameswaran Nair N, Chalmers L, Bereznicki BJ, Curtain CM, Bereznicki LR. Repeat Adverse Drug Reaction-Related Hospital Admissions in Elderly Australians: A Retrospective Study at the Royal Hobart Hospital. Drugs Aging. 2017; 34 (10): 777-783.
5. Ebbesen J, Buajordet I, Eriksen J, Brørs O, Hilberg T, Svaar H et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. Arch Intern Med. 2001;161 (19): 2317-23.
6. JenyDoust, Paul Glasziou. Is the problem that everything is a diagnosis? Aust Fam Physician. 2013;42(12):856-9.
7. Welch, Schwartz, Woloshin. Overdiagnosed. Making People Sick in the Pursuit of Health, Boston: BeaconPress, 2011.
8. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Round table on Health Care Quality. JAMA. 1998;280(11):1000-1005.
9. Kale MS, Korenstein D. Overdiagnosis in primary care: framing the problem and finding solutions. BMJ. 2018;362:k2820.
10. Mariona Nadal Llover, Montse Cols Jiménez. Hacia una mejor atención a los pacientes: medicamentos a evitar y posibles alternativas. Actualización 2016-2017.FMC. 2017; 24 (6): 338-351
11. Diccionario médico [sede Web]. Clínica Universitaria de Navarra [acceso 7 de julio de 2020]. Medicina defensiva. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/medicina-defensiva>
12. Martín C, Villén N, Pagès N, Torras J. Quin es el benefici de l'ús de les estatines en gent gran? BIT 2014; 25 (5).
13. Ramos R, Comas-Cufi M, Martí-Lluç R, Balló E, Ponjoan A, Alves-Cabrata L, et al. Statins for primary prevention of cardiovascular event sandmortality in old and very old adults with and without type 2 diabetes: retrospective cohort study. BMJ 2018;362:k3359.
14. KennyLin. Deliberate clinical inertia: protecting patients from low value care. American Family Physiciancommunityblog. 2019 [acceso 7 de julio de 2020]. Disponible en: <http://afpjournal.blogspot.com/2019/07/deliberate-clinical-inertia-protecting.html>
15. Programa d'Harmonització Farmacoterapèutica de Medicaments en l'Àmbit de l'Atenció Primària i Comunitària del Servei Català de la Salut. Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la malaltia d'Alzheimer. 2016.
16. NSW Therapeutic Advisory Group. Deprescribing guide for anticholinergic drugs for urinary incontinence (antimuscarinics) [Internet]. NSWtag.org.au. 2018 [acceso 06 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://www.nswtag.org.au/wp-content/uploads/2018/06/1.6-Deprescribing-Guide-for-Anticholinergic-drugs-for-Urinary-Incontinence-Antimuscarinics.pdf>
17. Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E, Fagundo Becerra EM, Alejandro Lázaro G, Carmona de la Morena J et al. Medicalización de la vida (I). Rev Clin Med Fam [revista en Internet]. 2011 [acceso 7 de julio de 2020], 4 (2):150-161. Disponible en: <http://www.revclinmedfam.com/inicio.php>
18. Smith R. In search of "non-disease". BMJ. 2002;234:883-5.
19. Izko Gartzia N, Massot Mesquida M, Palma Morgado D. Revisión de la medicación. En: Amado Guirado E, coordinador. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: Ala Oeste; 2012.75-126.
20. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert OpinDrugSaf. 2014;13 (1): 57-65.
21. Farmer C, Fenu E, O'Flynn N, Guthrie B. Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance BMJ 2016; 354: i4843.
22. Iacopo Cancelli, Massimiliano Beltrame, Gian Luigi Gigli, Mariarosaria Valente. Drugs With Anticholinergic Properties: Cognitive and Neuropsychiatric Side-Effects in Elderly Patients. NeurolSci. 2009; 30 (2): 87-92.
23. Laia Robert, Laura Diego, Mar Casanovas, Àngels Pellicer, Esther Ribes, Gemma Rodríguez. Càrrega anticolinèrgica: Pensem-hi!. Aspectes de seguretat més enllà de la visió borrosa i la sequedat de boca. BIT. 2018; 29 (8): 52-56.
24. Marengoni A, Onder G. Guidelines, polypharmacy, and drug-drug interactions in patients with multimorbidity. BMJ. 2015; 350: h1059.
25. Ester Amado Guirado, Carlos Martín Cantera. Revisió de la medicació en pacients crònics complexos. BIT.2013; 24 (9): 54-61.
26. André R Maddison, Judith Fisher, Grace Johnston. Preventive Medication Use Among Persons With Limited Life Expectancy. ProgPalliatCare. 2011; 19 (1): 15-21.
27. García A. Visió de futur de l'Observatori de la Mort Direcció de l'Observatori del Sistema de Salut Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible en: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/observatori_mort/Presentacio_observatori_mort.pdf
28. Gordon D Schiff, William L, Galanter, JayDuhig, Amy E Lodolce, Michael J Koronkowski, Bruce L Lambert. Principles of Conservative Prescribing. Arch Intern Med. 2011;171(16):1433-40
29. Baber N. What constitute good prescription? BMJ. 1995; 310 (6984):923
30. Michael Steinman, Emily Reeve. Deprescribing. [Monografía en Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2020 [acceso 7 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
31. Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Ús racional de medicaments. Maneig bàsic de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió, desprescripció i adherència. 2015 [acceso 7 de julio de 2020]. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/ca/details/Articles/05_documentacio
32. Bruyère ResearchInstitute. Deprescribing.org [Internet]. Ottawa, Canadá: Deprescribing.org; Fecha publicación [actualizado: 20/7/2020; acceso 24 de julio de 2020]. Disponible en: <https://deprescribing.org/>
33. NSW Therapeutic Advisory Group. NSWtag.org.au [Internet]. Wales, United Kingdom: NSWtag.org.au; Fecha publicación [actualizado: 2020; acceso 24 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.nswtag.org.au/deprescribing-tools/>
34. Primary Health Tasmania. Primaryhealthtas.com [Internet]. Tasmania, Australia: Primaryhealthtas.com; Fecha publicación [actualizado: 31/1/20; acceso 24 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.primaryhealthtas.com.au/resources/deprescribing-resources/>
35. Grupo de trabajo de la SEMFYC para el proyecto recomendaciones "no hacer". Recomendaciones NO HACER. SEMFYC. Barcelona; 2014. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/05/Doc33RecomendacionesNoHacer.pdf>
36. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Recomendaciones NO HACER Y HACER en el anciano. Barcelona: SEMFYC; 2019.
37. Villén Romero N, Troncoso Mariño A. Com i quan cal fer una reducció gradual de la dosi dels medicaments? BIT. 2015; 26 (7): 45-53

Fecha de redacción: **Agosto 2020**

En el próximo número: **Ensayos clínicos de no inferioridad**

Butlletí d'Informació Terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Dirección: Marta Chandre

Subdirección: Pilar López

Coordinación editorial: Laura Diego i Laia Robert

Coordinación de la Comissió d'Informació Terapèutica: Núria Escoda Geli

Comité científico: Jordi Camarasa, Laura Diego, Núria Escoda, Francesc de B. Ferrer, Pilar López, Roser Llop, Josep Manuel Llop, Rosa Madríguez, Eduardo L. Mariño, Carlos Martín, Andrea Molina, Eva Martínez, Alba Prat, Manel Rabanal, Laia Robert, Mónica Sanmartín, Amelia Troncoso, Laura Villamarín, Noemí Villén

Secretaria Técnica: Ester Saperas

Soporte técnico: CedimCat

ISSN: 1579-9441

Para la reproducción total o parcial de esta publicación, es necesario hacer la solicitud en la **Secretaria Técnica de la Comissió d'Informació Terapèutica, Gerència de Prestacions Farmacèutiques i Accés al Medicament**, Travessera de les Corts, 131-159, 08007 Barcelona

Se pueden consultar todos los números publicados desde el año 1999 en:

<http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/butlletins/butllet-i-d-informacio-terapeutica-bit/>

<http://medicaments.gencat.cat/ca>

