



**HOSPITAL ITALIANO**  
de Buenos Aires



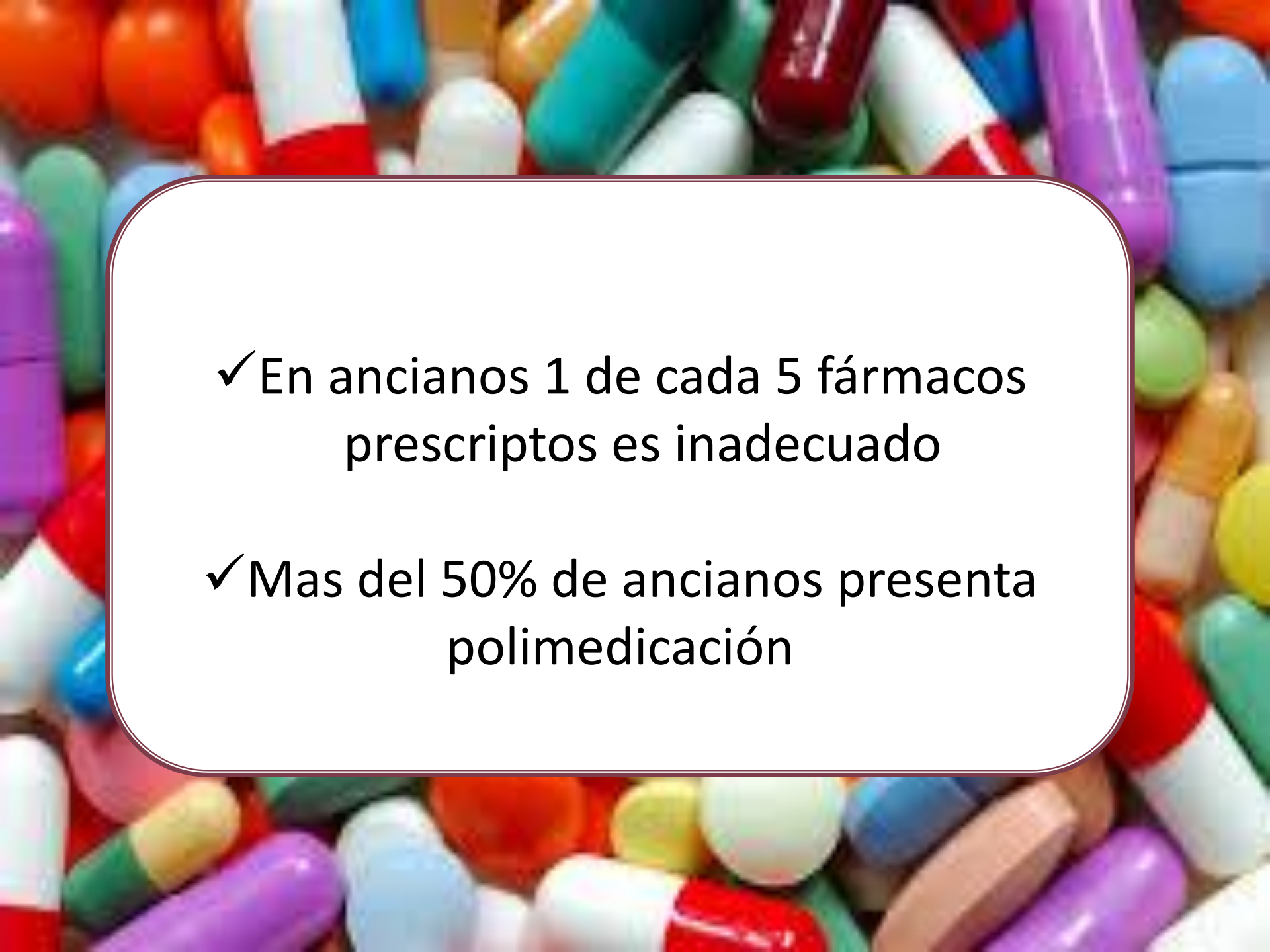
*Servicio de Medicina  
Familiar y Comunitaria*

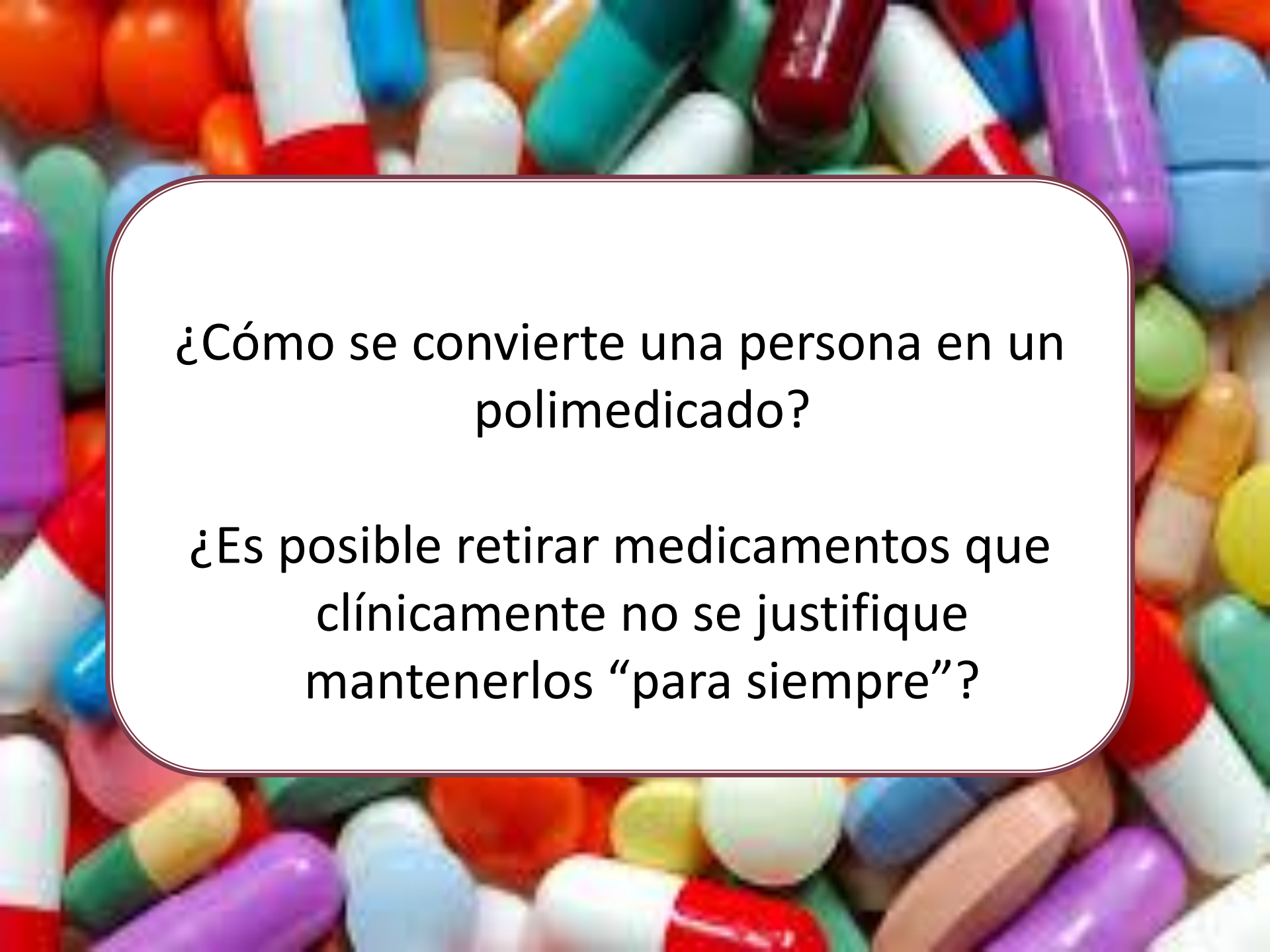


# Medicar vs. Medicalizar

Taller de uso racional de medicamentos en ancianos

**Dra. Iara Alonso y Dra. Spina Silvia**  
**Medicas de Familia- Hospital Italiano de Buenos Aires**  
**[iara.alonso@hospitalitaliano.org.ar](mailto:iara.alonso@hospitalitaliano.org.ar)**  
**[silvia.spina@hospitalitaliano.org.ar](mailto:silvia.spina@hospitalitaliano.org.ar)**

- 
- ✓ En ancianos 1 de cada 5 fármacos prescritos es inadecuado
  - ✓ Mas del 50% de ancianos presenta polimedicación



¿Cómo se convierte una persona en un polimedicado?

¿Es posible retirar medicamentos que clínicamente no se justifique mantenerlos “para siempre”?



## Taller

### **A partir de 2 situaciones clínicas basadas en casos reales:**

- Identifique la/s situaciones de prescripciones que consideren inadecuadas.
- Piensen una estrategia para modificar esa situación.

### **Preguntas guía para utilizar:**

- ¿Es la expectativa de vida de esta persona mayor que el tiempo que tarda el medicamento en obtener un beneficio clínicamente relevante?
- ¿Superan los beneficios a los daños en cada una de las prescripciones?

## CASO CLINICO: Raúl

Raúl tiene Parkinson y con sus 70 años sigue siendo una persona autónoma. Vive con su mujer, tienen 2 hijos casados y un grupo de amigos con los que se juntan de tanto en tanto. Hace un año que no lo ve, y en esta oportunidad lo consulta por control y porque tuvo algunos episodios aislados de “baja presión” desde hace unos meses.

Le cuenta otras novedades; en una guardia le indicaron un protector gástrico por episodios frecuentes de acidez, droga que se sumó a las que ya venía tomando para su colon irritable, trimebutina y simeticona. Por otra consulta que realizó por constipación, también le indicaron un laxante lactulosa que toma casi a diario. También visito al urólogo por su problema de próstata, como con la medicación andaba bien no le sugirió cambio alguno. Como en los últimos meses se sintió un poco más cansado durante el día y algo desmemoriado comenzó un tratamiento para el ánimo indicado por su neurólogo.

Verifica en historia clínica otros antecedentes, el de hipertensión arterial, en alguna oportunidad el Colesterol alto, dejó de fumar hace más de 10 años, algo de sobrepeso, el resto de controles cardiovasculares todos normales.

Hoy le trae un nuevo laboratorio:  
con el siguiente perfil lipídico:  
Colesterol total 198 LDL 98,  
HDL 62, TG 142.

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Aspirina 100 mg/día</li><li>✓ Levodopa-carbidopa 250 mg 4 comp/día</li><li>✓ Paroxetina 20 mg 1 comp/dia</li><li>✓ Omeprazol 40 mg/día</li><li>✓ Hidróxido de aluminio 1-2 cucharadas/día</li><li>✓ Lactulosa 1 cucharada/día</li><li>✓ Trimebutina 100 mg + bromazepam 1.5 mg</li><li>✓ Simeticona 200 mg/dia</li><li>✓ Atorvastatina 20 mg + ezetimibe 10</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Enalapril 10 mg/dia</li><li>✓ Hidroclorotiazida 12,5 mg/dia</li><li>✓ Zolpidem 10 mg/dia</li><li>✓ Polper vascular 1 comp/dia (Arginina-Dihidroergotoxina-Fosfoferina-Fosfotreonina-Glutamina-Triptofano-Vitamina B<sub>12</sub>)</li><li>✓ Clonazepam 1 mg/dia</li><li>✓ Nimodipina 1 comp/dia</li><li>✓ Tamsulosina 0,4 mg/dia</li></ul> |
|---|--|

## CASO CLINICO: EMA

Emilia tiene 80 años, es muy activa, se ocupa personalmente de las tareas de su casa y de sus asuntos de salud. Entre sus problemas se encuentran: hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipemia, osteoporosis, artrosis e insomnio crónico, para los cuales recibe distintos tratamientos.

Como toma tantos medicamentos los cuales a veces le caen mal, agrego la toma de omeprazol.

En el último control, sus valores de presión arterial no estaban en meta por lo que el cardiólogo le agregó una pastilla nueva que parece tener buenos resultados, se llama aliskirén.

Según su percepción sus dolores por la artrosis están mejor, gracias a los analgésicos que alguna vez le prescribieron. Los medicamentos para la osteoporosis los toma hace por lo menos 5 años.

Emilia lo consulta después de casi un año sin verla, concurre para control. Además quiere contarle sobre Algunas de sus inquietudes:

*“... a veces me pregunto si son necesarias tantas pastillas ...”*

*“...si no tomo la pastilla para dormir, me desvelo toda la noche...y la del estrés, la tomo según el día...”*

*“...siempre tengo en casa algún analgésico por las dudas...y por supuesto nunca olvido de tomar la pastilla para la osteoporosis...”*

Los medicamentos que actualmente recibe son:

✓ omeprazol 20 mg 2 comp/día	✓ Zolpidem 10 mg 1 comp/día
✓ Metformina 1000 mg 2 comp/día	✓ Diacereina 1 comp/día
✓ aspirina 100 mg 1 comp/día	✓ Aliskiren 1 comp/día
✓ Glibenclamida 5 mg 2 comp/día	✓ Eterocoxib 1 comp/día
✓ clonazepam 2 mg /día	✓ Amlodipina 10 mg 1 comp/día
✓ Calcio y raquiferol	✓ Vitaminas con ginseng 1 comp/día
✓ Atorvastatina 10 mg 1 comp/día	✓ Alprazolam 1 mg 1 comp/día
✓ Ibandronato 150 mg 1 comp/mes	✓ Loratadina 10 mg
	✓ Betahistina 8 mg



✓ Tratar un síntoma o un signo sin explorar si se trata de un efecto adverso a uno de los medicamentos que ya toma (efecto cascada)

✓ No tomar en cuenta prescripciones de otros especialistas

✓ Medicalizar situaciones cotidianas

✓ Cambios de medicación injustificados

✓ Los riesgos superan a los beneficios terapéuticos sin tomar en cuenta la expectativa de vida

✓ Actualización automática de prescripciones

✓ Inercia Terapéutica

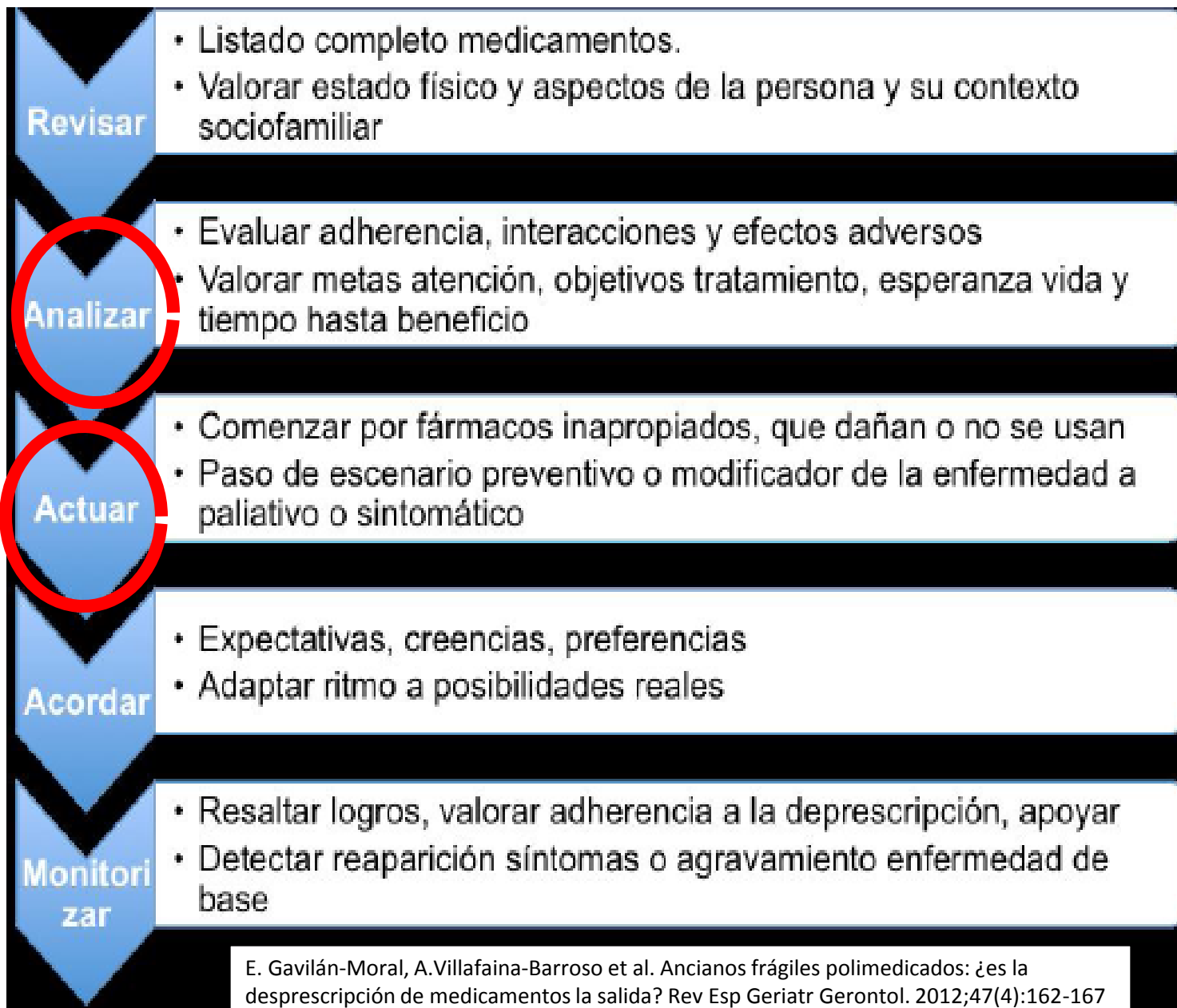
# Grupos especiales a revisar

- ▶ Estatinas
- ▶ Antihipertensivos
- ▶ Anticoagulantes
- ▶ AINES
- ▶ IBP
- ▶ Hipoglucemiantes
- ▶ Bifosfonatos
- ▶ IRSS y BZD





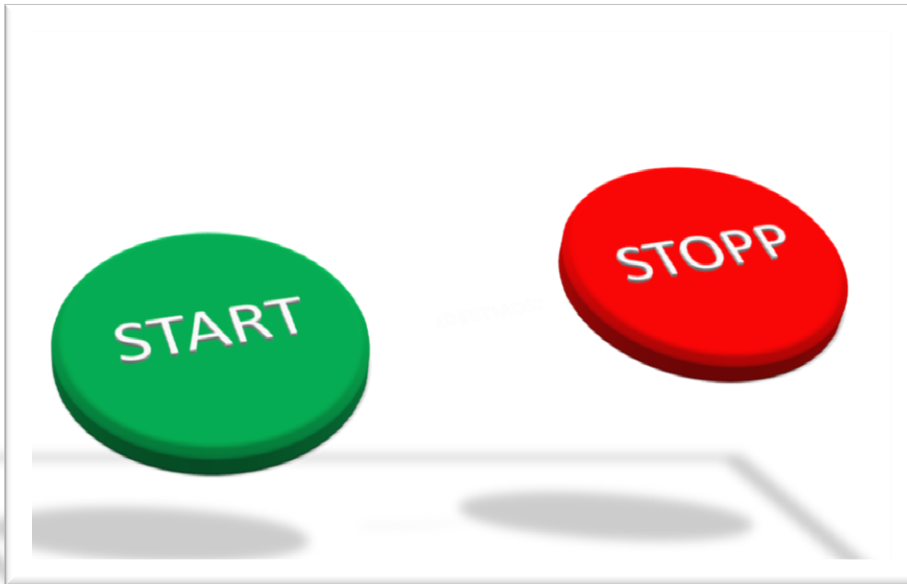
Figura 1: Fases de la deprescripción de medicamentos.



# Fundamentos de la desprescripción

- ▶ Éticos: principio de no dañar, autonomía del paciente.
- ▶ Científicos:
  - ❖ Población subrepresentada en los ensayos clínicos
  - ❖ Análisis de resultados subrogados y no de verdaderos resultados (calidad de vida y mortalidad)

# Criterios STOPP Y START



**Criterios STOPP / START / BEERS** Imprimir

**Criterios STOPP** (criterios de tratamientos potencialmente inapropiados en pacientes geriátricos)

**1 Criterio STOPP sistema endocrino G1**  
Glibenclamida » Diabetes mellitus tipo 2

Glibenclamida o clorpropamida en pacientes con diabetes tipo 2 por riesgo de hipoglucemia prolongada.

**Criterios START** (tratamientos que se deberían considerar indicados en pacientes geriátricos)

**? 1 Criterio START sistema endocrino F1**

Iniciar metformina si se presenta diabetes tipo 2 ± síndrome metabólico en ausencia de insuficiencia renal con depuración de creatinina superior a 50 mL/min.



# Principios Generales Prescripción Prudente

1. “Piensa más allá de los medicamentos”
2. “Practica una prescripción más estratégica”
3. “Mantiene el alerta a los efectos adversos”
4. “Aproxímate a los nuevos medicamentos y a las nuevas indicaciones con prudencia y escepticismo”
5. “Trabaja con los pacientes para una agenda compartida”
6. “Valora los efectos del tratamiento de forma amplia y a largo plazo”

# Aplicando algunos de los principios

## ▶ Raúl...

- Cascada terapéutica
- ¿Beneficios a largo plazo de prevención 1º enfermedad cardiovascular ?
- Alerta frente efectos adversos (hipotensión arterial)
- Prescripciones más estratégicas

## ▶ Ema....

- Osteoporosis e insomnio: Riesgos/Beneficios a largo plazo, considerar otros tratamientos
- Duplicidad de fármacos
- Escepticismo frente a los nuevos fármacos
- Actualización automática de los medicamentos

A circular wreath composed of colorful, stylized human figures holding hands. The figures are arranged in a circle, with colors transitioning from blue at the top, through green, yellow, orange, red, and pink to purple at the bottom. The text "Para **Actuar** hay que previamente **Acordar**" is centered within the wreath.

Para **Actuar** hay que  
previamente **Acordar**

# Cuando se prescribe en ancianos, considerar...

- ❑ Expectativa de vida
  - ❑ Tiempo hasta el beneficio
  - ❑ Metas del cuidado
- 
- ▶ Es una tarea a largo plazo y continua
  - ▶ Requiere la formación continua del personal sanitario, la educación de los pacientes y el apoyo conjunto del sistema sanitario.

E. Gavilán-Moral, A.Villafaina-Barroso et al. Ancianos frágiles polimeditados: ¿es la desprescripción de medicamentos la salida? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(4):162-167

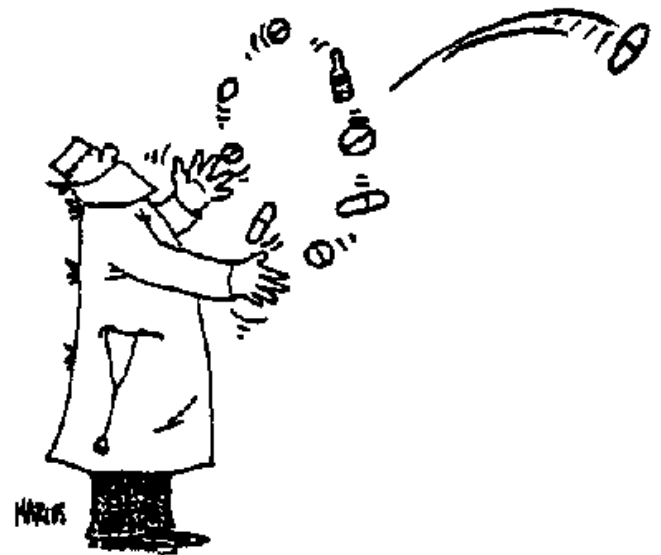
- ▶ El **acto de prescribir y desprescribir** es un acto social y encierra un compromiso
- ▶ Necesitamos **métodos prudentes**, que valoren el grado de precisión para captar el error en la prescripción y sean fáciles de aplicar en la consulta diaria.....entonces la anamnesis es un buena herramienta.
- ▶ **Revisar, analizar, actuar, acordar y monitorear** es una herramienta terapéutica que permite acordar con el paciente un plan seguro y racional de tratamiento.





“Es un arte de no poca importancia saber administrar bien los medicamentos; pero es un arte mucho mayor y de más dificultosa adquisición saber cuando suspender o siquiera omitirlos.”

Philippe Pinel, Un tratado sobre la locura.  
1806



# Donde puedo leer más...

- ▶ J. Gervás. Prevención cuaternaria en ancianos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(6):266-269
- ▶ A. Villafaina-Barroso et al. Pacientes polimedificados frágiles, un reto para el sistema sanitario. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Volumen 35, Nº4/2011:114-123
- ▶ K. Kopitowski. Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2013;33(3): 90-95.
- ▶ E. Gavilán-Moral, A.Villafaina-Barroso et al. Ancianos frágiles polimedificados: ¿es la desprescripción de medicamentos la salida? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(4):162-167
- ▶ Gallo C y Vilosio J. Rastreo de la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados en ancianos. Evid Act Pract Ambul Ene-Mar 2012; 15(1)30-33.
- ▶ OMS. Guía Clínica para la atención a las personas Adultas Mayores. Capítulo 6: Evaluación farmacológica del Adulto Mayor. 2002.
- ▶ E.Delgado Silverira et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(5):273-279
- ▶ Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, et al. Principles of conservative prescribing. Arch Intern Med. 2011;171(16):1433-40.