

# GUÍA PARA EL PROVEEDOR

## MANEJO DE POLIFARMACIA Y DEPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS



Salud Completa **MCS** | Advantage

# MANEJO DE POLIFARMACIA Y DEPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

La prescripción de múltiples medicamentos, también conocido como polifarmacia, es el predictor número uno de eventos adversos con medicamentos. Es más común en la población de adultos mayores de 65 años que tienen múltiples condiciones crónicas.

## ¿Qué es deprescribir o desrecetar?

Es el proceso planificado y supervisado de reducción de la dosis o suspensión de un medicamento que podría estar causando daño o no tiene evidencia de algún beneficio para el paciente, tales como:

- medicamentos sin indicación o necesidad médica
- dosificación excesiva o inadecuada
- medicamentos inapropiados, principalmente en la población geriátrica
- efectos adversos o ineffectividad de los medicamentos

Optimizar la medicación mejora los resultados terapéuticos y la salud del paciente. Algunos de los beneficios incluyen mejoras en la capacidad cognitiva, mejora la adherencia a medicamentos, disminuye los riesgos de efectos adversos que pueden llevar a hospitalizaciones, disminuye los costos y, sobre todo, mejora la calidad de vida del paciente.

## Pasos para ayudarle a identificar medicamentos que pueden necesitar de deprescripción:

### I. Identificación

- Solicite a sus pacientes todos sus medicamentos incluyendo los recetados, sin receta (OTC, por sus siglas en inglés), vitaminas y suplementos para documentar los que está utilizando. Incluya la siguiente información:
  - dosis y frecuencia de cada medicamento
  - duración de uso
  - indicación
  - efectos secundarios y experiencia de uso
- Identifique medicamentos para los cuales los daños pueden ser mayores que el beneficio.
- Identifique causas subyacentes, como afecciones no tratadas, antes de agregar un medicamento (ejemplo: paciente fumador con condición de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés).
- Identifique aquellos medicamentos orales que apliquen para una reducción gradual de dosis.
- Evite medicamentos de alto riesgo en los pacientes geriátricos, BEERS LIST. <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.18372>
- Verifique los cambios que han surgido en las guías clínicas para el medicamento desde que se inició la terapia.

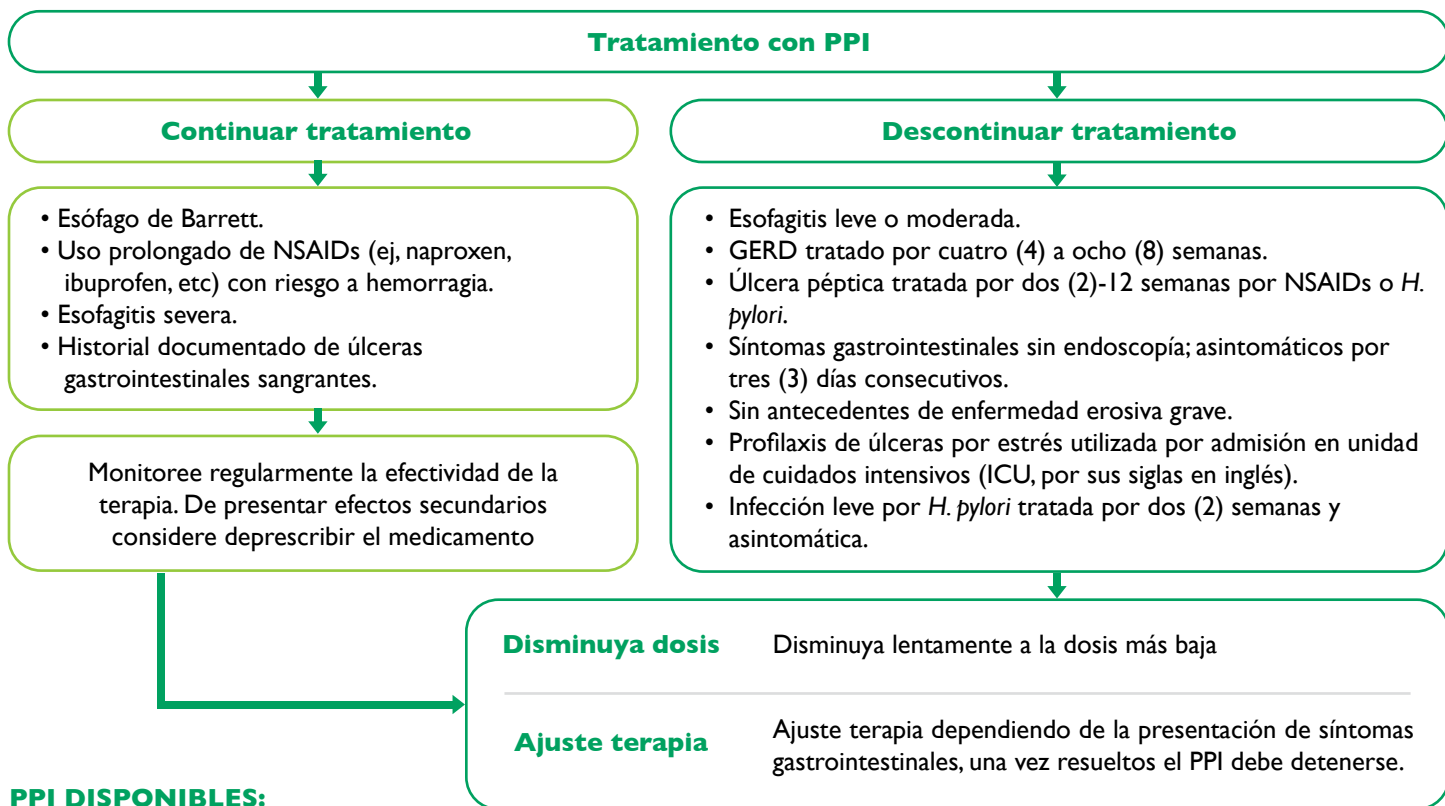
### II. Plan de acción

- Detenga un medicamento a la vez, considere comenzar con los medicamentos con mayor relación riesgo/beneficio y disminuya la dosis si es necesario.
- Monitoree al paciente para detectar mejoras o empeoramiento de la condición que está siendo tratada o síntomas de abstinencia.
- Considere ajustes de dosis de acuerdo con la edad, función renal, comorbilidades, etc.
- Esté atento al cuidado de transición (ejemplo: transición de cuidado en hospital a la comunidad), y realice una reconciliación de medicamentos para identificar duplicación terapia o la posibilidad de discontinuar terapias innecesarias.



## INHIBIDORES DE LA BOMBA DE POTASIO EN ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES

Es importante determinar si existe una indicación justificada para el uso de inhibidores de la bomba de potasio (PPI, por sus siglas en inglés). El exceso de uso de medicamentos PPI se ha asociado con una serie de efectos secundarios que incluyen, mayores riesgos de infecciones por *C. difficile*, fracturas, deficiencia en electrolitos (ej. vitamina B12 o hipomagnesemia) y neumonía adquirida en la comunidad.



### PPI DISPONIBLES:

PPI	Dosis estándar	Dosis baja
omeprazole (Prilosec®)	20 mg	10 mg
pantoprazole (Protonix®)	40 mg	20 mg
lansoprazole (Prevacid®)	30 mg	15 mg
esomeprazole (Nexium®)	20 o 40 mg	20 mg

### OTC DISPONIBLES:

Para manejar síntomas ocasionales

OTC	Clase	Dosis estándar
Antiácidos (Tums®, Gaviscon®, Mylanta®, Maalox®, Alka-Seltzer®)	Antiácidos	—
famotidine (Pepcid®)	H2RA	20 mg
omeprazole (Prilosec®)	PPI	20 mg
esomeprazole (Nexium 24hr®)	PPI	20 mg
lansoprazole (Prevacid 24hr®)	PPI	15 mg

### REFERENCIAS:

1. Proton Pump Inhibitor Deprescribing Algorithm. Deprescribing.org. Published August 2018. Accedido 9 de noviembre de 2023. [https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2018/08/ppi-deprescribing-algorithm\\_2018\\_En.pdf](https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2018/08/ppi-deprescribing-algorithm_2018_En.pdf)
2. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based Clinical Practice Guideline. PubMed. Published May 1, 2017. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28500192/>

### Monitorear de 4-12 semanas

- Monitoree síntomas como indigestión, acidez, regurgitación o reflujo.
- Si los síntomas reaparecen recomiende el uso de medicamentos sin receta (OTC) para manejar síntomas ocasionales.

### ENFOQUES NO FARMACOLÓGICOS:

#### Recomiende:

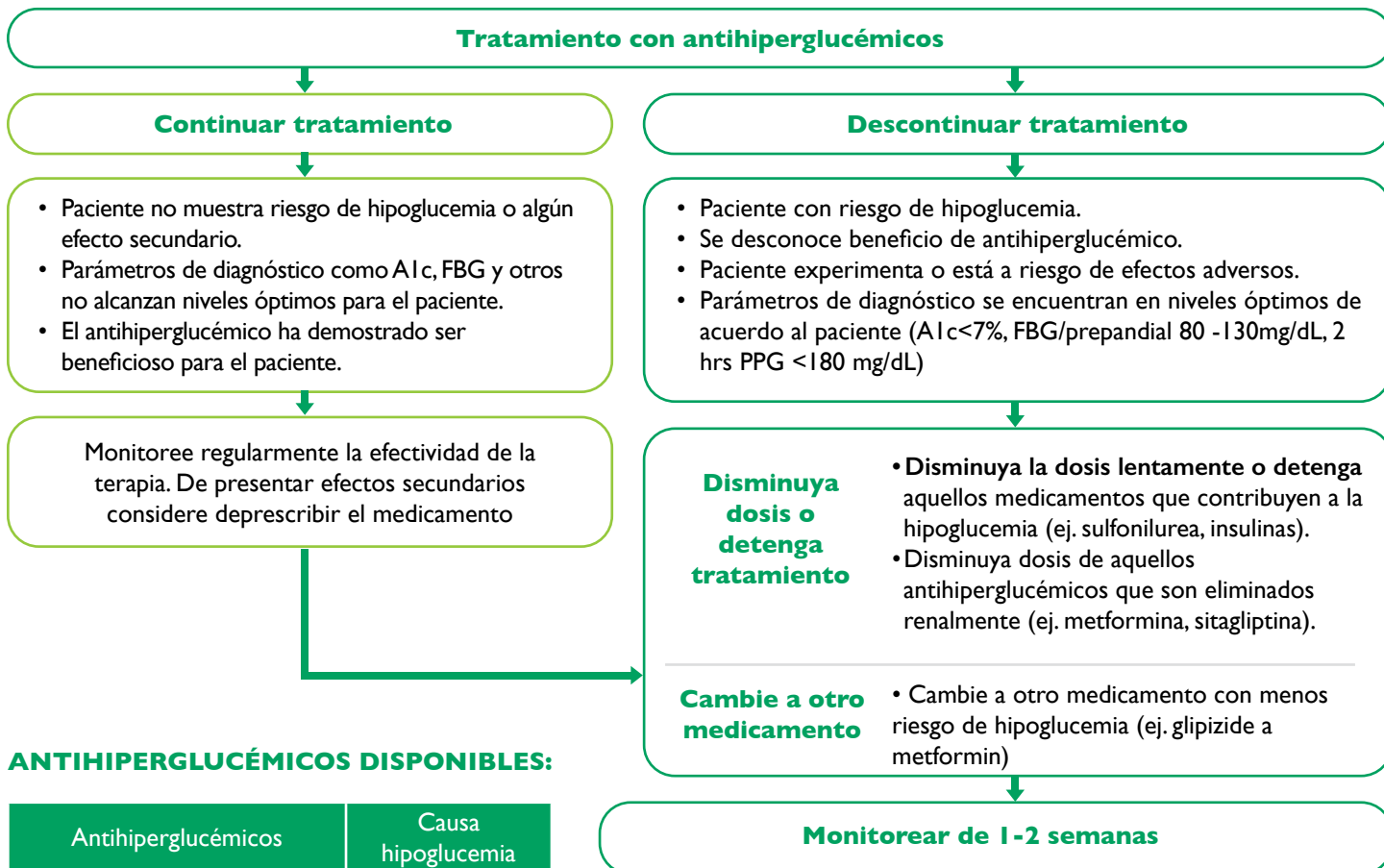
- Evitar comer dos (2)-tres (3) horas antes de acostarse a dormir.
- El uso de una almohada (“GERD pillow”) para elevar la cabeza.
- Evitar comidas que desencadenen síntomas gastrointestinales (ej. comida picante)

#### Eduque:

- Sobre la importancia de la pérdida de peso (si aplica).
- Recomendé ejercicio por 50 minutos, al menos, tres (3) días por semana.
- Sobre la importancia de dejar de fumar (si aplica).

## ANTIHIPERGLUCÉMICOS QUE CAUSAN HIPOGLUCEMIA

Pacientes mayores de 65 años con diabetes tipo 2 están a mayor probabilidad de padecer efectos secundarios como hipoglucemia, riesgo de enfermedad del hígado, diarrea, mareo, etc. La hipoglucemia puede aumentar el riesgo de caídas, fracturas, confusión, convulsiones y hospitalizaciones en esta población.



### ANTIHIPERGLUCÉMICOS DISPONIBLES:

Antihiperoglucémicos	Causa hipoglucemia
Inhibidor de alfa-glucosidasa (ej. acarbose, miglitol)	No
Inhibidores de DDP-4 (ej. Januvia®, Tradjenta®)	No
Agonistas del GLP-1 (Ej. Trulicity®)	No
Insulina (ej. Humalog®, Lispro®, Lantus®)	Sí (mayor riesgo con insulina regular y NPH)
Meglitínidos (ej. repaglinide, nateglinide)	No
metformin	No
SGLT2 (ej. Farxiga®, Jardiance®)	No
sulfonilureas (ej. glimepiride, glipizide, glyburide)	Sí (mayor riesgo con gliburida y menos riesgo con gliclasida)
tiazolidinedionas (TZDs) (ej. pioglitazone)	No

- Monitoree signos de hiperglucemia (ej. sed, micción excesiva, fatiga)
- Monitoree signos de hipoglucemia (ej. mareo, hambre, confusión) o resolución de efectos adversos relacionados a los antihiperoglucémicos.
- Si los síntomas de hiperglucemia se exceden de los niveles óptimos trazados para el paciente, vuelva a la dosis previa o considere otra alternativa con menos riesgo de hipoglucemia.

### ENFOQUES NO FARMACOLÓGICOS:

#### Eduque:

- Sobre la importancia de llevar una dieta saludable (ej. dieta alta en vegetales, proteína y granos)
- Al paciente sobre la importancia de la pérdida de peso (si aplica).
- Recomiende ejercicio por 50 minutos, al menos, tres (3) días por semana.
- Sobre la importancia de dejar de fumar (si aplica).

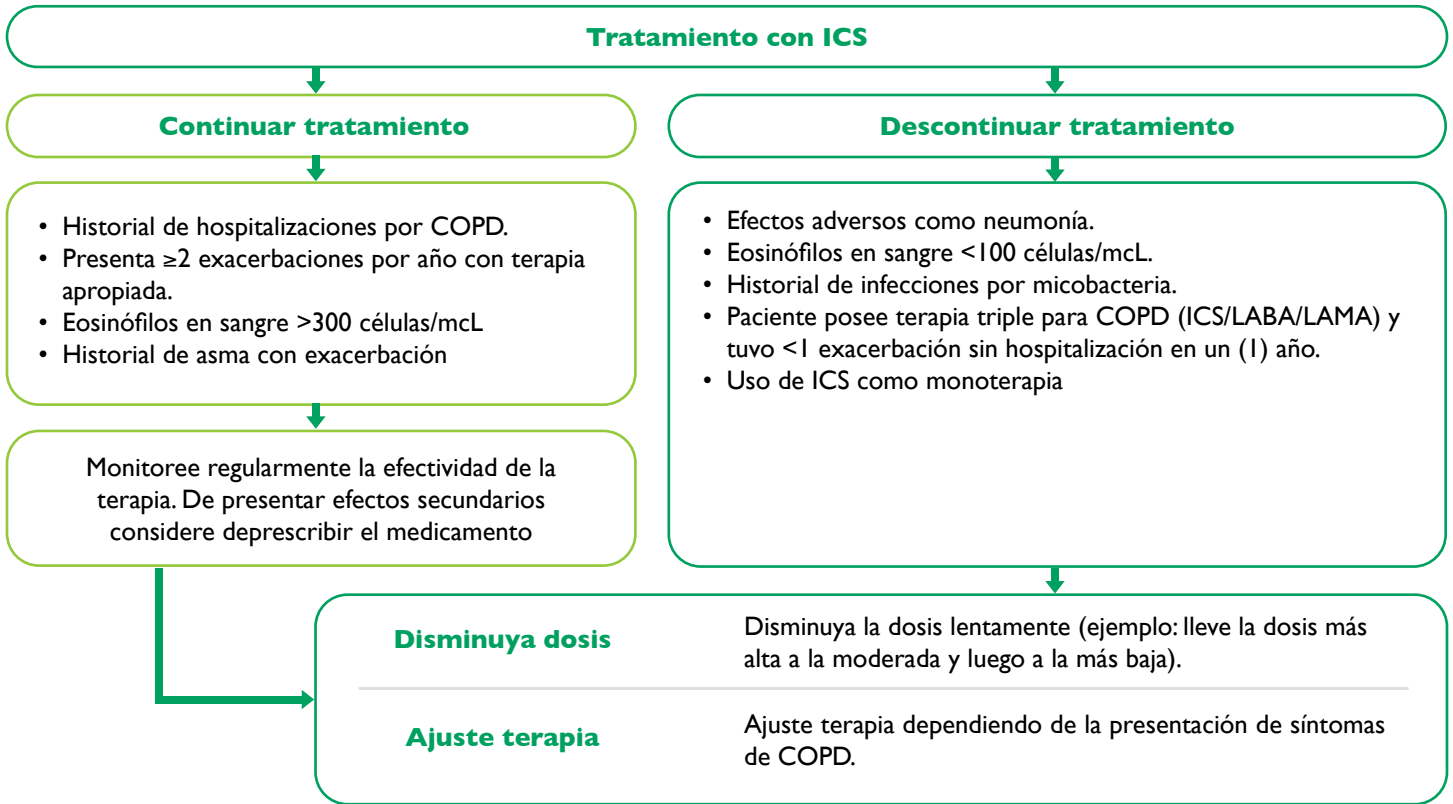
### REFERENCIAS:

1. Antihyperglycemics Deprescribing Algorithm. Deprescribing.org. Published August 2018. Accedido el 9 de noviembre de 2023. <https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2018/08/AHG-deprescribing-algorithms-2018-English.pdf>

2. Farrell B, Black C, Thompson W, et al. Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician. 2017;63(11):832-843.

## CORTICOSTEROIDES INHALADOS (ICS) EN COPD

En pacientes con enfermedad obstructiva pulmonar crónica (COPD, por sus siglas en inglés) estable, una retirada gradual (12 semanas) de un corticosteroide inhalado puede ayudar a minimizar efectos adversos como disminución en densidad ósea, neumonía, glaucoma, etc. Una opción segura puede ser continuar el uso de inhaladores beta-agonistas (ej. salmeterol) y antagonistas muscarínicos de acción prolongada (ej. tiotropium).



### ICS DISPONIBLES:

ICS	Dosis estándar	Dosis baja
Arnuity Ellipta® (fluticasone)	50 mcg/ACT 100 mg/ACT 200 mg/ACT	50 mcg/ACT
Asmanex® (mometasone)	50 mcg/ACT 100 mcg/ACT 110 mcg/ACT 200 mcg/ACT 220 mcg/ACT	50 mcg/ACT
Pulmicort® (budesonide)	0.25 mg/2 mL 0.5 mg/2mL 1 mg/2mL	0.25 mg/2mL
Flovent Diskus® (fluticasone)	50 mcg/ACT 100 mcg/ACT 250 mcg/ACT	50 mcg/ACT
Flovent HFA® (fluticasone)	44 mcg/ACT 110 mcg/ACT 220 mcg/ACT	44 mcg/ACT

### Monitorear de 4-6 semanas

- Monitoree terapia existente para COPD.
- Si los síntomas reaparecen, comience nuevamente el ICS en la dosis más baja tolerada por el paciente.

### ENFOQUES NO FARMACOLÓGICOS:

#### Recomiende:

- Rehabilitación pulmonar
- Vacunas de influenza, infecciones neumocócica, covid-19 y RSV

#### Eduque:

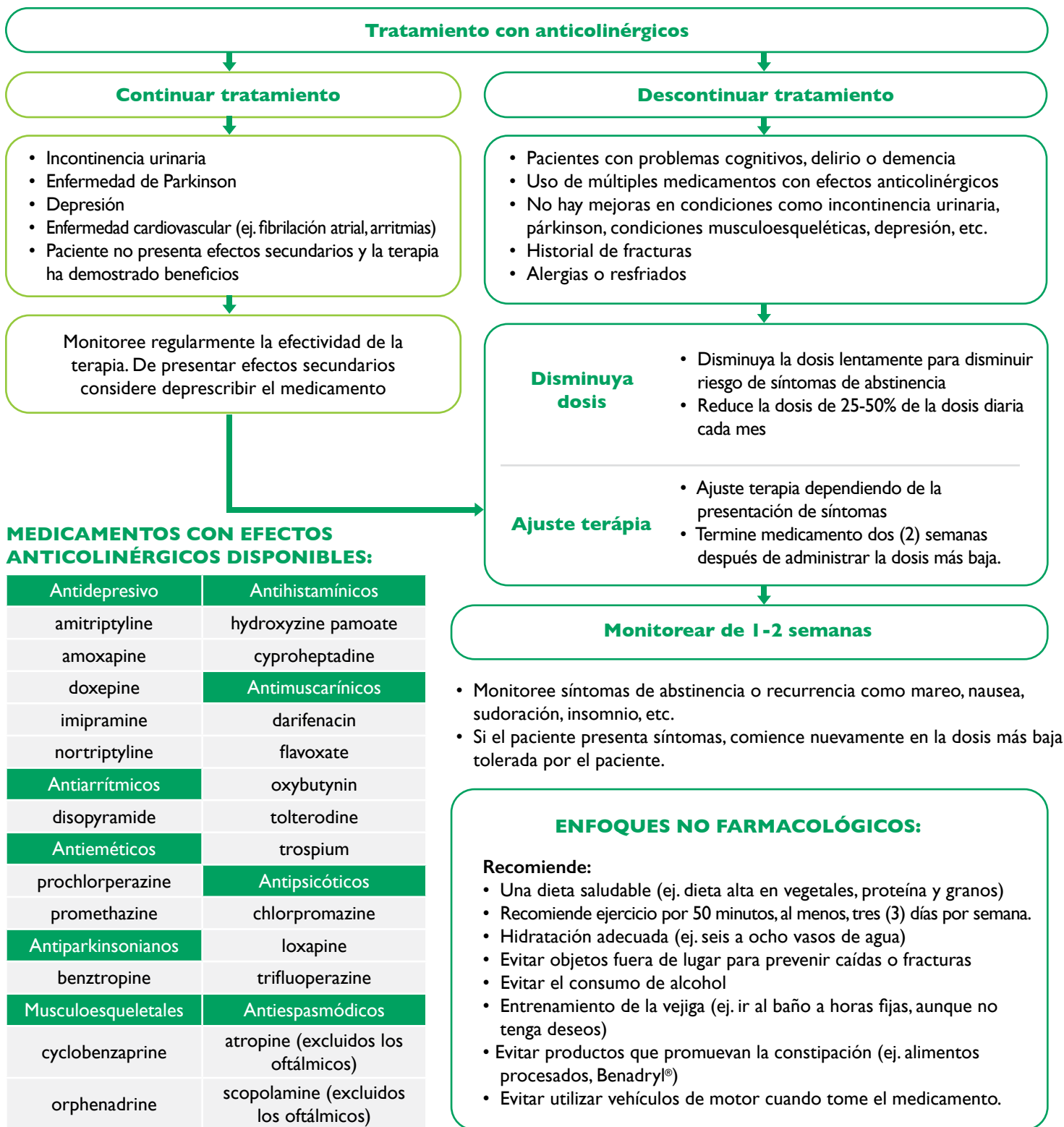
- Al paciente sobre las técnicas apropiadas al usar el inhalador
- Sobre la importancia de llevar una dieta saludable (ej. dieta alta en vegetales, proteína y granos)
- Sobre la importancia de dejar de fumar (si aplica).

### REFERENCIAS:

1. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Dynamed.com. Published September 26, 2023. Accedido el 9 de noviembre de 2023. <https://www.dynamed.com/condition/copd>
2. COPD Guidelines. GoldCOPD.org. Published 2023. Accedido noviembre 11, 2023. <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
3. Tomaich A, Klatt S, Nagy MW. Narrative Literature Review Guided Approach of Inhaled Corticosteroid de-escalation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Journal of Pharmacy Practice. 2023;36(3):628-639. doi:10.1177/08971900211053771

## MEDICAMENTOS CON EFECTOS ANTICOLINÉRGICOS

El uso de medicamentos con propiedades anticolinérgicas en adultos  $\geq 65$  años son asociados con un peor funcionamiento físico y cognitivo lo que representa un mayor riesgo de caídas, fracturas, hospitalización y otros eventos adversos como retención urinaria, visión borrosa, constipación, aumento en el intervalo QT, etc, que pueden producir hasta la muerte en esta población.

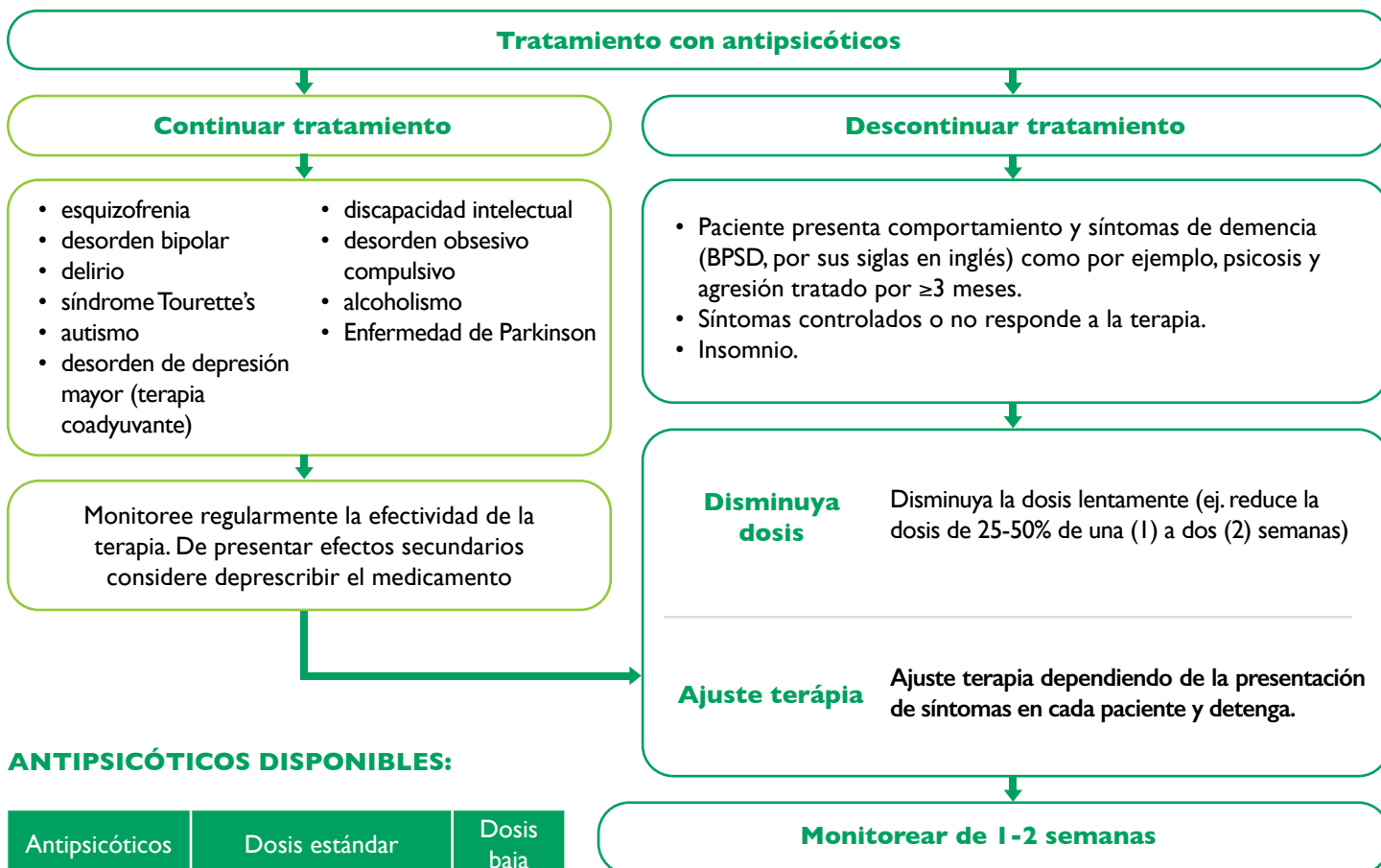


### REFERENCIAS:

- Jamieson HA, Nishtala PS, Bergler U, et al. Deprescribing anticholinergic and sedative drugs to reduce polypharmacy in frail older adults living in the community: a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology: Series A*. 2023;78(9):1692-1700. doi:10.1093/gerona/glac249
- O'Donnell LK, Gnjidic D, Nahas R, Bell J, Hilmer SN. Anticholinergic burden: considerations for older adults. *Journal of Pharmacy Practice and Research*. 2016;47(1):67-77. doi:10.1002/jppr.1303

## ANTIPSIKÓTICOS EN DEMENCIA

El uso de antipsicóticos para los síntomas conductuales, como la demencia, deben ser evitados debido al aumento del riesgo de efectos secundarios como accidentes cerebrovasculares, caídas, fracturas, somnolencia, mareo, disturbios metabólicos y hasta la muerte. Se deben reservar para pacientes que tienen alucinaciones perturbadoras o pacientes con comportamientos peligrosos.



### ANTIPSIKÓTICOS DISPONIBLES:

Antipsicóticos	Dosis estándar	Dosis baja
chlorpromazine (Thorazine®)	25, 50, 100 mg	25 mg
haloperidol (Haldol®)	0.5, 1, 2, 5, 10, 20 mg	0.5 mg
loxapine (Loxitane®)	2.5, 5, 10, 25, 50 mg	2.5 mg
aripiprazole (Abilify®)	2, 5, 10, 15, 20, 30 mg	2 mg
clozapine (Clozaril®)	25, 100 mg	25 mg
olanzapine (Zyprexa®)	2.5, 5, 7.5, 10, 15, 20 mg	2.5 mg
paliperidone (Invega®)	1.5, 3, 6, 9 mg	3 mg
quetiapine (Seroquel®)	25, 50, 100, 150, 200, 300 mg	25 mg
risperidone (Risperdal®)	0.25, 0.5, 1, 2, 3, 4 mg	0.25 mg

- Monitoree síntomas de abstinencia como psicosis, agresión, agitación, alucinaciones o síntomas más severos. De presentar síntomas vuelva a la dosis más baja tolerada por el paciente.

### ENFOQUES NO FARMACOLÓGICOS:

#### Recomiende:

- Mejorar el medio ambiente (ej. lugares con menos luz y ruidos)
- Música o aromaterapia
- Terapia cognitiva (Refiera a MCS Solutions llame al 1-866-627-4327 o utilice el siguiente enlace <https://mcsclassicare.com/es/Paginas/programas-bienestar/mcs-solutions.aspx>)

#### Eduque:

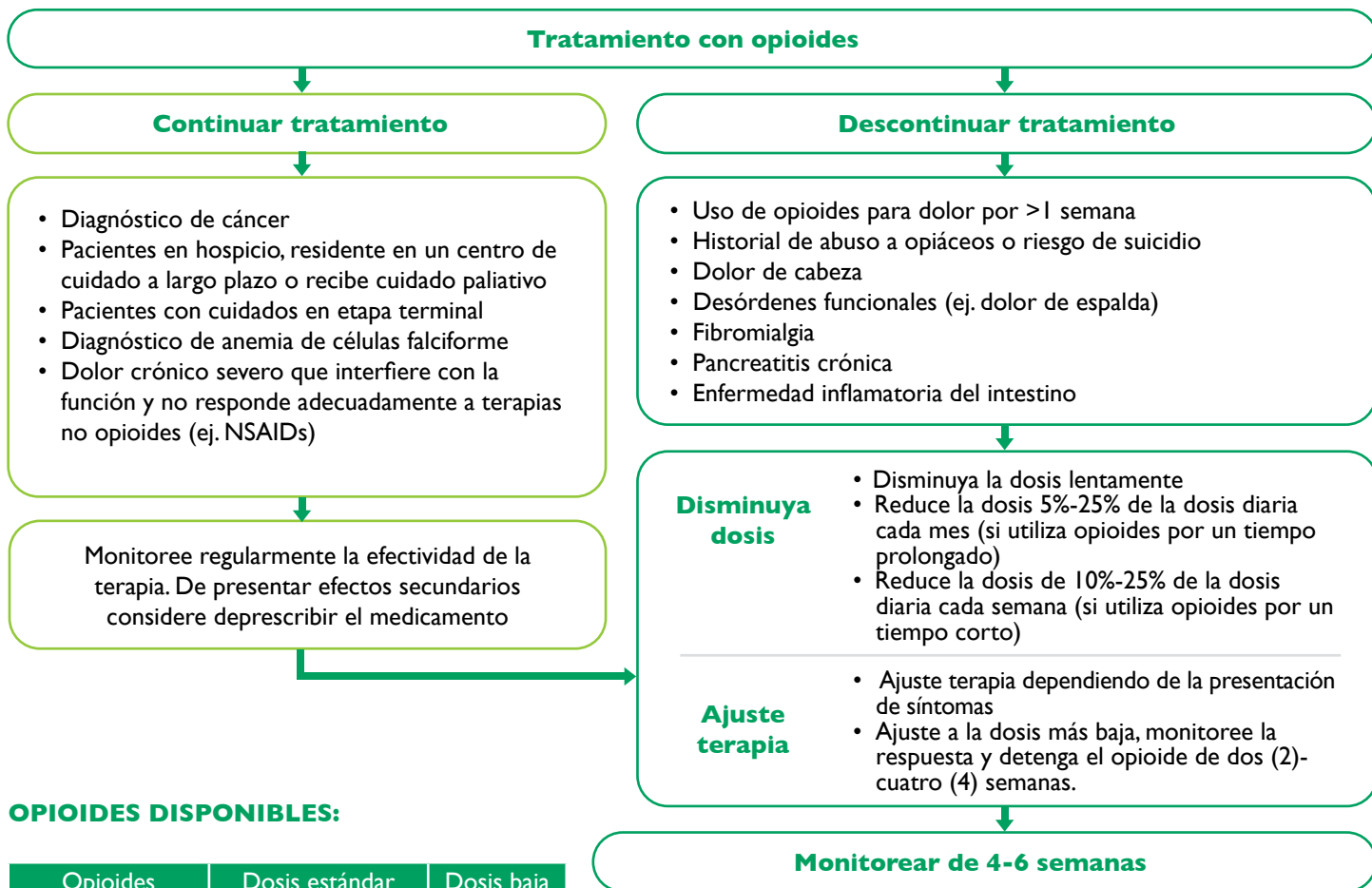
- Sobre métodos de relajación (ej. meditación)
- Sobre la importancia de llevar una dieta saludable (ej. dieta alta en vegetales, proteína y granos)
- Acerca las técnicas del higiene o manejo del sueño
- Sobre la importancia de dejar de fumar (si aplica).

### REFERENCIAS:

1. Antipsychotic (AP) Deprescribing Algorithm. Deprescribing.org. Published August 2018. Accedido 14 de noviembre de 2023. <https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2018/08/AP-deprescribing-algorithm-2018-English.pdf>
2. Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician. 2018;64(1):17-27.

## OPIOIDES EN DOLOR

Los opioides para el manejo del dolor en adultos  $\geq 65$  años representan riesgos de sedación, caídas, fracturas, hipotensión ortostática, constipación, problemas de concentración e incluso la muerte. El uso de estos medicamentos es recomendable a corto plazo (tres días o menos) para manejo de síntomas agudos de dolor y su discontinuación debe ser considerada para evitar efectos adversos.



### OPIOIDES DISPONIBLES:

Opioides	Dosis estándar	Dosis baja
codeine/ acetaminophen (Tylenol #3®)	300-15 mg 300-30 mg 300-60 mg	300-15 mg
codeine	15, 30, 60 mg	15 mg
oxycodone/ acetaminophen (Percocet®)	2.5-325 mg 5-325 mg 7.5-325 mg 10-325 mg	2.5-325 mg
fentanyl citrate (Sublimaze®)	200, 400, 600, 800, 1200, 1,600 mcg	200 mcg
morphine (MS Contin®)	15, 30 mg	15 mg
oxycodone (OxyContin®)	5, 10, 15, 20, 30 mg	5 mg
tramadol (Ultram®)	50, 100 mg	50 mg

- Monitoree síntomas de abstinencia como insomnio, irritabilidad, disforia, fiebre, taquicardia, dolor muscular, etc.
- Si el paciente presenta síntomas, comience nuevamente el opioide en la dosis más baja.

### ENFOQUES NO FARMACOLÓGICOS:

#### Recomiende:

- Terapia cognitiva (Refiera a MCS Solutions llamando a 1-866 627-4327 o utilizando el siguiente enlace <https://mcsclassicare.com/es/Paginas/programas-bienestar/mcs-solutions.aspx>)
- Actividad física (ej. programa de ejercicio que mejore el rango de movimiento, la fortaleza muscular o postura)
- Actividades que promuevan la relajación (ej. Meditación)
- Acupuntura
- Fisioterapia (Para terapia física, acupuntura u otro servicio indique a paciente que llame a 1-866-627-8183 o 787-620- 2530 (área metro) para conocer elegibilidad a servicios de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario del 1 de abril al 30 de septiembre es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.)

### REFERENCIAS:

1. Deprescribing.org. Accedido el 4 de abril de 2024. <https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2018/05/6.-Feng-Chang-Opioid-Deprescribing-guidelines.pdf>
2. Lumish RA, Goga J, Brandt N. Optimizing pain management through opioid deprescribing. Journal of Gerontological Nursing. 2018;44(1):9-14. doi:10.3928/00989134-20171213-04









# Salud Completa

CAN\_18940524