

XIV

CONGRESO DE LA SEMFYC

MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



MISIÓN DEPRESCRIPCIÓN

Perdiendo el miedo al paciente polimedicado en atención primaria

Elena Diaz Crespo- Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuensanta. Distrito Córdoba. Miembro del GdT Atención a las personas mayores SAMFYC

Sandra Pérez Santos - Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dos de Mayo. Móstoles. Madrid. Miembro del GdT Farmacoterapia Somamfyc.



Conflicto de intereses

No tenemos conflicto de interés con la industria farmacéutica ni con otras industrias que trabajan en ciencias de la salud

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



"Un parche es para dejar de fumar, otro para comer menos, otro para dejar la ropa sucia en el cesto en vez de tirarla al suelo, otro para no dejar levantada la tapa del WC..."



Empezamos...

¿Cuándo se considera que un paciente está polimedicado?



¿Cuándo se considera que un paciente está polimedicado?

- A. Cuando toma de forma habitual 5 o más fármacos.
- A. Cuando toma de forma habitual 6 o más fármacos.
- A. Cuando toma de forma habitual 8 o más fármacos.



¿Cuándo se considera que un paciente está polimedicado?

Cuando toma de forma habitual
5 o más fármacos.

- En España afecta aproximadamente al 30% de mayores de 65 años.



¿Polimedicação se nace o se hace?

Iqbal et al. *BMC Geriatrics* (2023) 23:149
<https://doi.org/10.1186/s12877-023-03835-z>

PLOS ONE

RESEARCH

Are there socioeconomic inequalities in polypharmacy among older people? A systematic review and meta-analysis

European Journal of Clinical Pharmacology (2025) 81:1609–1622
<https://doi.org/10.1007/s00228-025-03896-6>

RESEARCH

Association between socioeconomic status and dispensing of higher-risk drug classes and polypharmacy in older community-based populations: a nationwide cohort study

Juliane Frydenlund¹ · Nicole Cosgrave^{1,2} · David J. Williams² · Frank Moriarty^{3,4} · Emma Wallace⁵ · Ciara Kirke⁶ ·

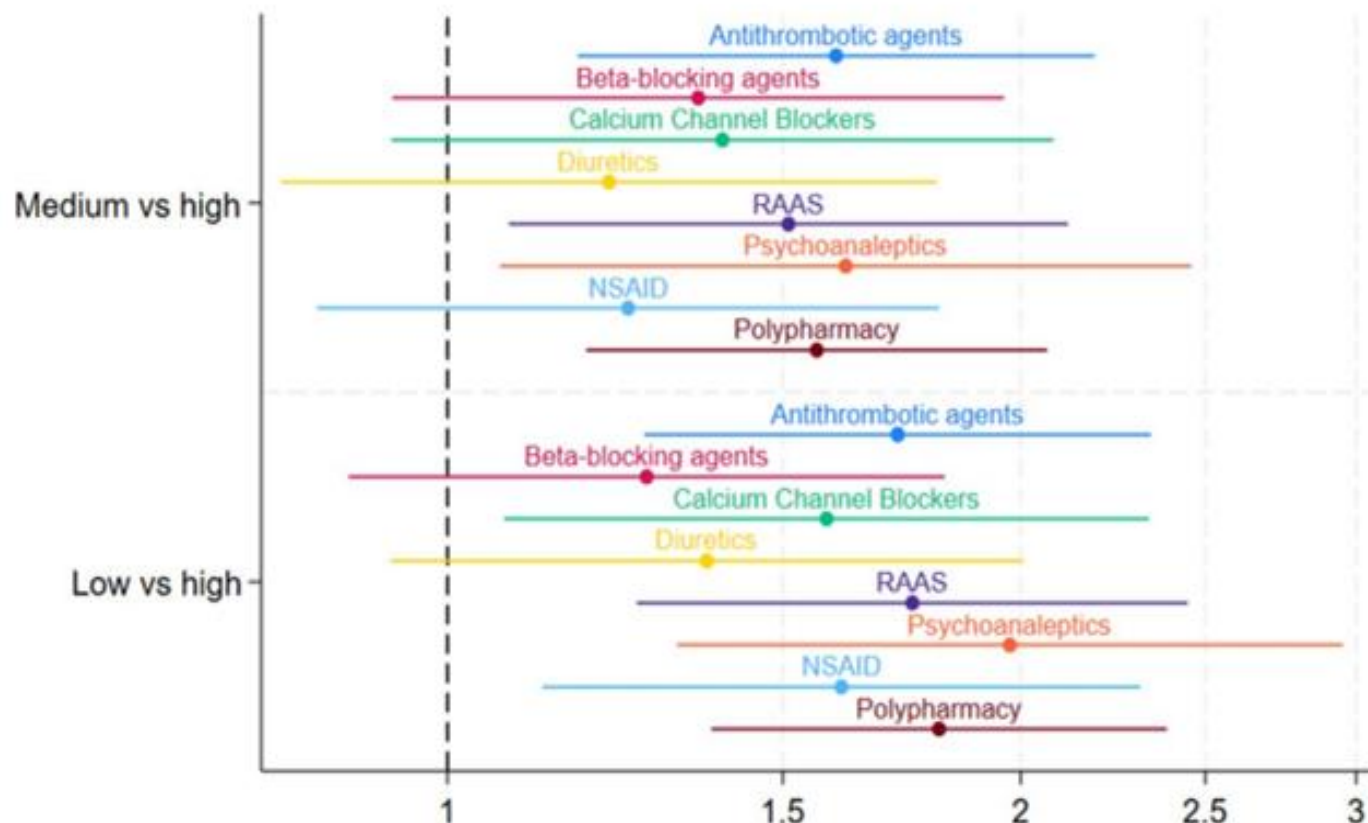
RESEARCH ARTICLE

Polypharmacy in primary care: A population-based retrospective cohort study of electronic health records



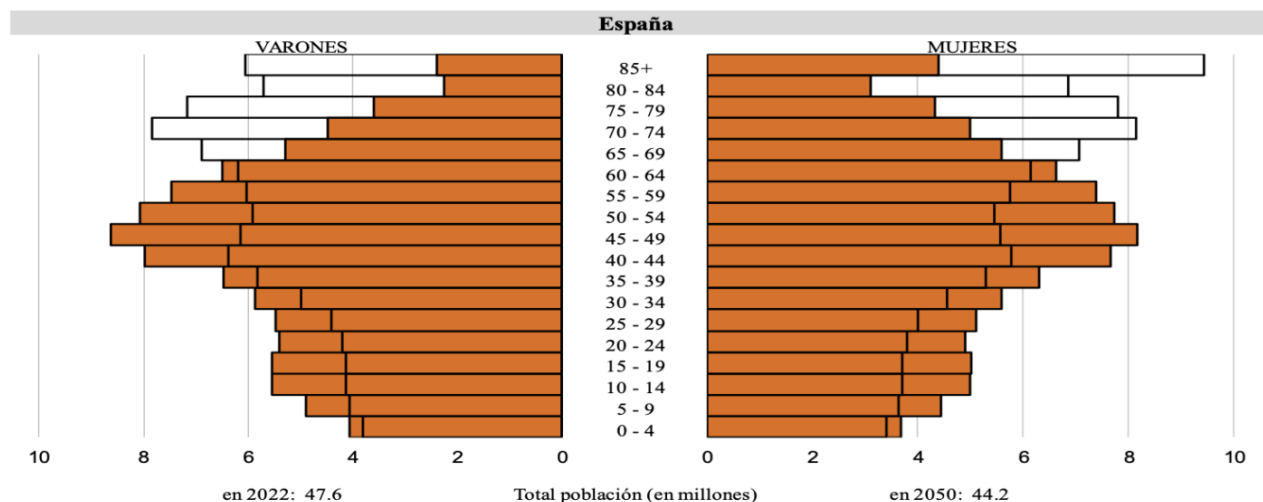
Relación directa entre polimedicación y clase social/nivel socioeconómico bajo

- Mayor odds de polimedicación (21% más en pacientes con bajo nivel educativo)
- Clase social baja asociado a polimedicación de manera significativa y a prescripción de fármacos de mayor riesgo





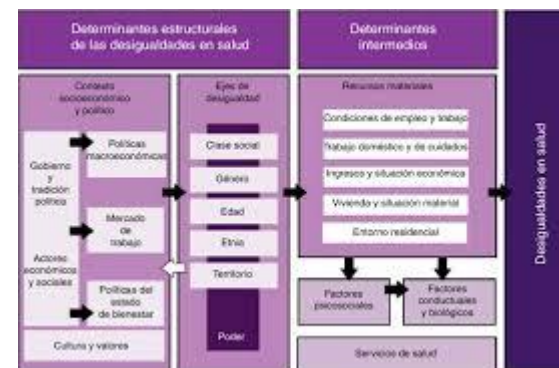
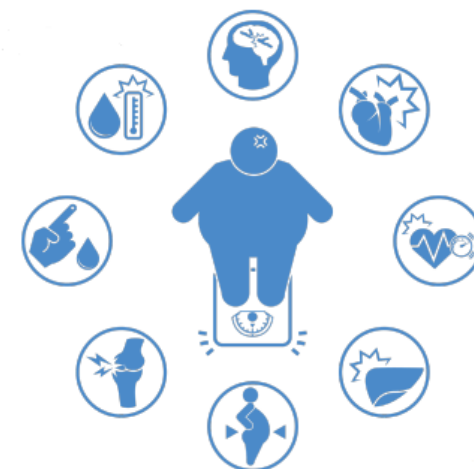
¿Por qué hay pacientes polimedificados?



en 2022

en 2050

Fuente: en base a UN data.





Sistema sanitario basado en los fármacos

Inmediatez en la atención

Múltiples prescriptores

Falta de longitudinalidad

Descoordinación entre niveles

Dificultad de acceso a otras terapias

Burnout





El problema de la polimedicación

Favorece:

- Eventos adversos.
- Interacciones farmacológicas.
- Aumento de las hospitalizaciones.
- Cascadas terapéuticas.





Paco, 74 años.

HTA, en tratamiento con **enalapril / hidroclorotiazida**.

Acude a Urgencias por dolor e inflamación intensos en primer dedo de pie derecho desde ayer, sin traumatismo previo.

Se diagnostica de crisis de gota y se pauta **dexketoprofeno** 1 comprimido cada 8h.

La semana siguiente acude de Urgencias al centro de salud un viernes a las 20:45 de la tarde porque se ha tomado la tensión en la farmacia y tiene 187/99. Se añade **amlodipino** nocturno.





Paco, 74 años.

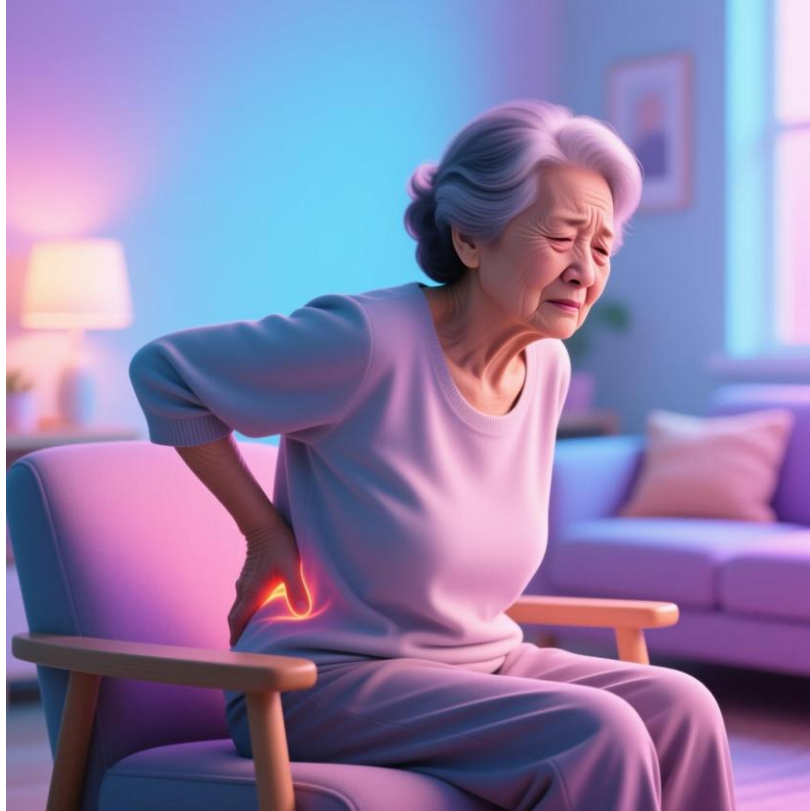
Dos semanas más tarde, Paco acude a consulta de absorción de la demanda (imposible conseguir cita con su médico) porque tiene las piernas hinchadas. Está mejor de la gota, sin otra sintomatología.

EF con edema con fovea hasta tercio superior de pantorrilla, auscultación normal.
Se pauta **furosemida** en desayuno.

Un mes más tarde, ya por fin consigue cita con su médico. Está preocupado porque tiene mareo y la TA sobre 105/60, pero ya sin edema ni gota.

¿QUÉ LE HA PASADO A PACO?





María, 80 años.

En tratamiento con **simvastatina/24h** y **vitamina D** mensual.

Nos cuenta lumbalgia mecánica crónica, a diario que no mejora con nada.

Pautamos **tramadol/paracetamol** 37.5/325mg/8h.

El fin de semana, María va a Urgencias por mareo, inestabilidad y náuseas. Constantes y EF normales. Se le pautan **sulpirida** y **metoclopramida**.

Unos días más tarde, vuelve al CS por estreñimiento desde hace 4 días. Se le pauta **macrogol** en sobres 3 veces al día.

¿QUÉ LE HA PASADO A MARÍA?



¿Alguno de los casos anteriores te parece una cascada terapéutica?

- A. No, en ambos casos ha ocurrido una serie de catastróficas desdichas.
- B. Sí, Paco y su gota.
- C. Sí, María y su lumbalgia.
- D. Ambos lo son.

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Cascada terapéutica

Cuando se prescribe un fármaco para tratar un síntoma que es consecuencia del uso de otro fármaco.

Paco

HTA tratada con enalapril/**hidroclorotiazida**

Las tiazidas se asocian a hiperuricemia y **gota**

Se pauta un antiinflamatorio (**AINE**)

AINE **aumentan la tensión** arterial

Se añade **amlodipino** como hipotensor

Amlodipino provoca **edemas** en piernas

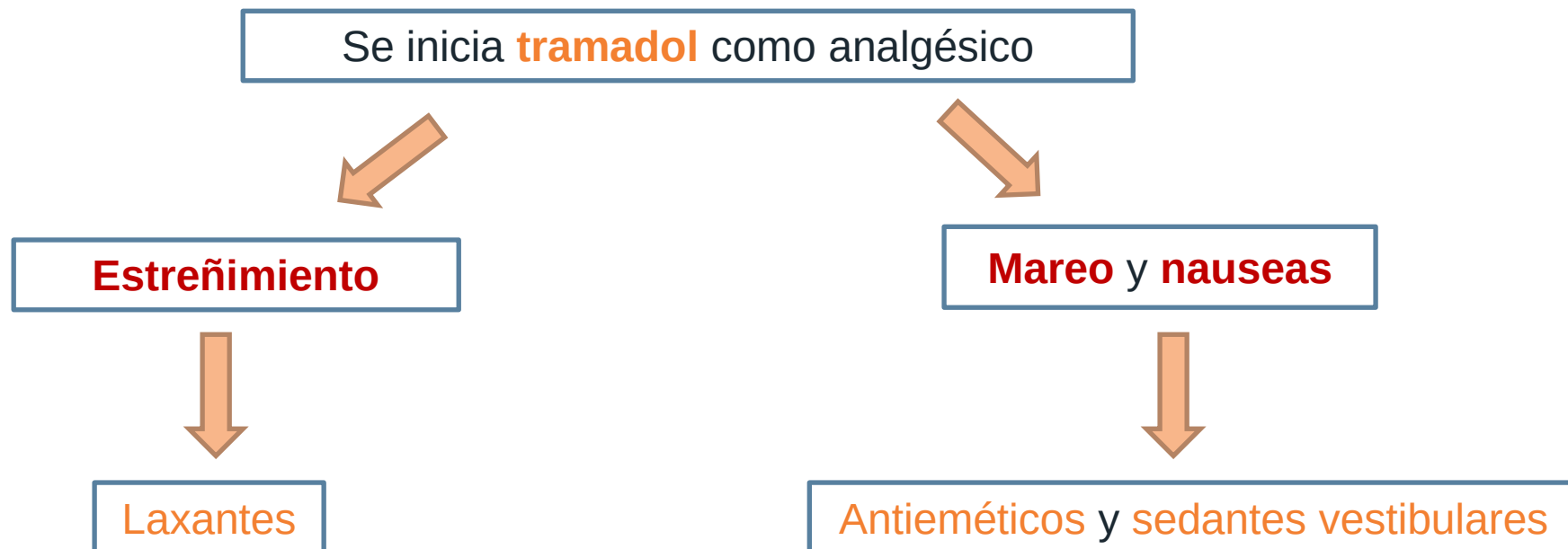
Se añade nuevo diurético, **furosemida**.

HIPOTENSIÓN





María





Cascada terapéutica

Factores de riesgo

- Polifarmacia.
- Personas ancianas.
- Pluripatología.
- Varios prescriptores.

Cascadas terapéuticas y reacciones adversas a medicamentos. Notas para el uso racional de medicamentos. 2024. Disponible en:
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/uso_responsable_medicamentos/es_def/adjuntos/cascadas-terapeuticas.pdf



Cascada terapéutica. Ejemplos más frecuentes.

Fármaco 1		Efecto adverso o nuevo síntoma		Fármaco 2
Benzodiacepina	▶	Agitación paradójica o agitación secundaria a retirada	▶	Antipsicótico
Benzodiacepina Anticolinérgico urinario	▶	Deterioro cognitivo/demencia	▶	Antidemencia
Bloqueante de canales de calcio Gabapentinoide	▶	Edema periférico	▶	Diurético
AINE*	▶	Hipertensión	▶	Antihipertensivo
Antihipertensivo	▶	Hipotensión ortostática/mareo	▶	Sedante vestibular (betahistina, antihistamínico, benzodiacepina)
Diurético Inhibidores de la ACE*	▶	Incontinencia urinaria	▶	Anticolinérgico urinario
Antidepresivo (ISRS*-IRSN*)	▶	Insomnio	▶	Benzodiacepina, antidepresivo sedante, melatonina
Antipsicótico Litio Metoclopramida	▶	Síntomas extrapiramidales	▶	Antiparkinsoniano
IECA*	▶	Tos	▶	Codeína

*AINE: antiinflamatorio no esteroideo; ACE: acetilcolinesterasa; ISRS: inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; IRSN: inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

Cascadas terapéuticas y reacciones adversas a medicamentos. Notas para el uso racional de medicamentos. 2024. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/uso_responsable_medicamentos/es_def/adjuntos/cascadas-terapeuticas.pdf



Deprescripción

Revisar y adecuar la medicación que toma una persona, con la idea de **mantener, aumentar o disminuir la dosis** de un fármaco y **retirar o añadir fármacos** según la evidencia científica, la **situación clínica y el contexto psicosocial**.





Dificultades para deprescribir

Tabla 5. Barreras que dificultan la deprescripción¹⁶

Dependientes del profesional

- Acto clínico que no se enseña en las facultades
- Reticencias de los profesionales
- Inercia terapéutica
- Intervencionismo de las guías de práctica clínica

Dependientes del sistema

- Automatización de la receta electrónica
- Impersonalidad del sistema
- Prescripción inducida
- Medicalización y mercantilización de la medicina
- Implicación de múltiples profesionales

Dependientes del paciente

- Actitud contraria a la deprescripción
- Reticencias de los cuidadores
- Falta de diálogo médico/paciente

Garzón Hernández JM, Garrote Fontanillo P. Deprescripción en personas mayores. AMF 2025;21(5);306-313. DOI: [10.55783/AMF.210510](https://doi.org/10.55783/AMF.210510)

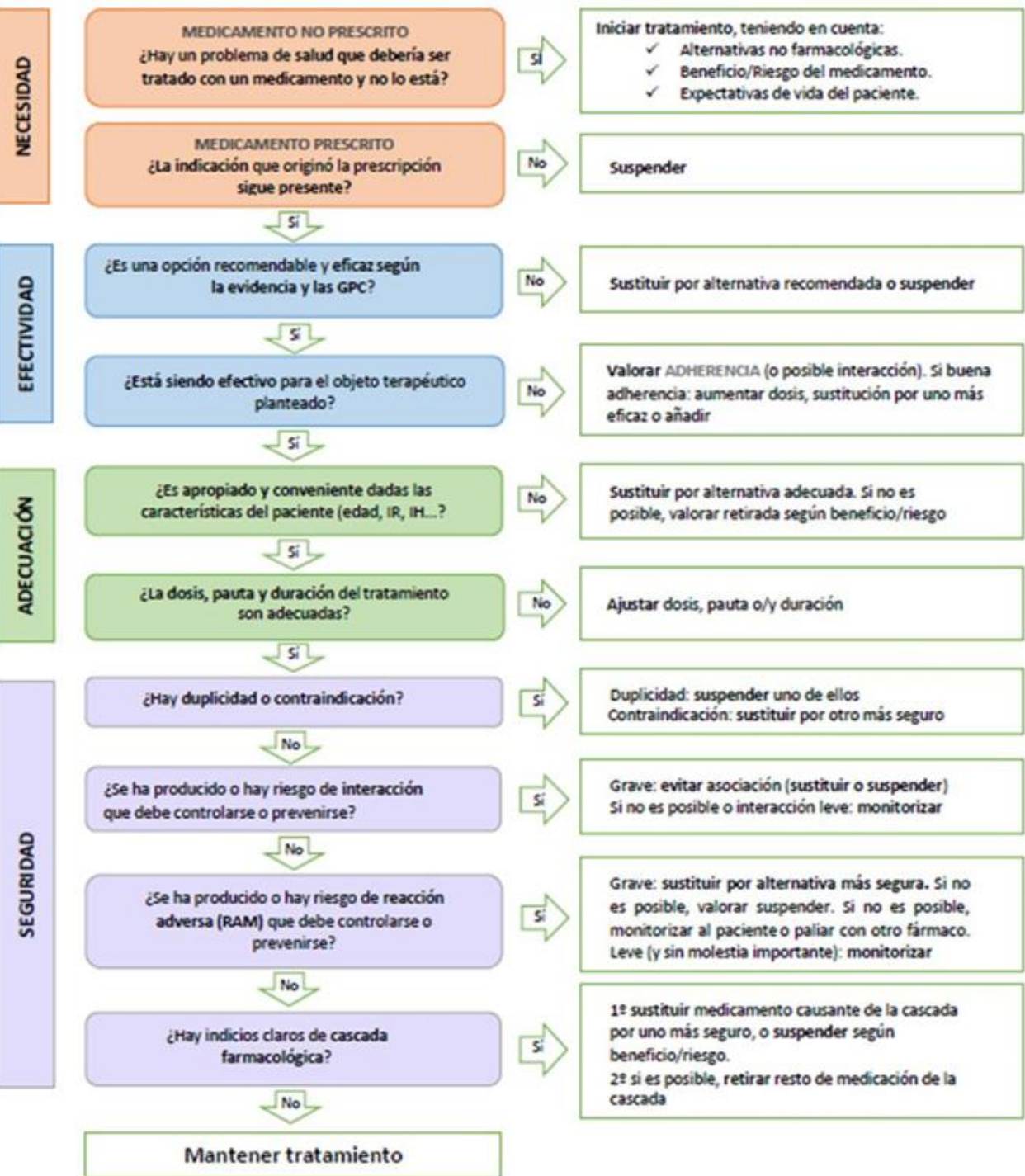


¿Cómo deprescribir?

Pasos para deprescribir	
PRIMER PASO	Conciliar tratamiento: ver qué toma realmente, anotar productos de herbolario y parafarmacia, ver si alguna medicación le cuesta tomarla, si le produce efectos secundarios y si económicamente puede pagarla.
SEGUNDO PASO	Definir los objetivos terapéuticos revisando las variables clínicas a vigilar (Hb1Ac, valores de PA, exarcebación de EPOC...)
TERCER PASO	Identificar los fármacos que se pueden deprescribir teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos
	Identificar fármacos innecesarios o inadecuados para la patología del paciente
CUARTO PASO	Establecer un orden de retirada de los fármacos en base a las necesidades del paciente (excesivo control de una patología, efectos secundarios...)
	Hacer un calendario pormenorizado con el paciente y la familia, si es preciso escribir el plan
	Establecer pautas descendentes progresivas para retirar gradualmente
	Quitar los fármacos de uno en uno excepto si son fármacos fruto de una prescripción en casacada que se pueden retirar varios
QUINTO PASO	Vigilar el mantenimiento de objetivos terapéuticos

Garzón Hernández JM, Garrote Fontanillo P. Deprescripción en personas mayores. AMF 2025;21(5);306-313. DOI: [10.55783/AMF.210510](https://doi.org/10.55783/AMF.210510)

Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME). Polimedición y deprescripción: recomendaciones prácticas [Boletín Terapéutico Andaluz 2.0]. 2021;36(1).



Revisión de la medicación

Polimedicación y deprescripción: recomendaciones prácticas

Año 2021; 36(1)
<https://doi.org/10.11119/BTA2021-36-01>



Revisión de la medicación. ¿Qué herramientas nos pueden ayudar?

Entre otros...

- **Criterios de Beers.** Asociación Americana de Geriatría.
- **Criterios STOPP/START y derivados.** Prescripción inapropiada de medicamentos en las personas mayores. Sociedad Europea de Geriatría.
- **Criterios LESS/Chron.** Desarrollados en España en 2017.





Criterios de Beers

Criterios de Beers.

Criterios Beers para medicamentos potencialmente no adecuados en ancianos: considerando el diagnóstico o la condición clínica:

Diagnóstico.	Medicamento.	Motivo.	Severidad
Anorexia y malnutrición.	Estimulantes del SNC (metilfenidato y fluoxetina).	Supresión del apetito.	Alta.
Arritmias.	Antidepresivos tricíclicos (imipramina, doxepina, amitriptilina).	Efectos proarrítmicos y capacidad de producir cambios en el intervalo QT.	Alta.
Daño cognitivo.	Anticolinérgicos, antiespasmódicos, relajantes musculares, estimulantes SNC.	Efectos adversos sobre el SNC.	Alta.
Depresión.	Benzodiacepinas de larga acción. Metildopa.	Puede producir o exacerbar la depresión.	Alta.
Enfermedad de Parkinson.	Metoclopramida, antipsicóticos típicos, tacrina.	Efectos extrapiramidales.	Alta.
Epilepsia o crisis convulsivas.	Bupropion, clozapina, clorpromazina.	Pueden disminuir el umbral convulsivo con riesgo de crisis convulsivas.	Alta.
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).	Benzodiacepinas de acción larga.	Efectos adversos sobre el SNC.	Alta.
Estreñimiento crónico.	Bloqueantes de canales de calcio, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos.	Puede exacerbar el estreñimiento.	Baja.
Hipertensión.	Fenilpropanolamina, pseudoefedrina.	Puede elevar la presión arterial.	Alta.
Hiponatremia.	Antidepresivos ISRS.	Exacerbar la hiponatremia.	Baja.
Incontinencia de estrés.	Alfabloqueantes, anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, benzodiacepinas de acción larga.	Pueden producir poliuria y agravar la incontinencia.	Alta.
Insomnio.	Descongestivos sistémicos, teofilina, metilfenidato.	Efectos estimulantes del SNC.	Alta.
Insuficiencia cardíaca.	Disopiramida, sales con alto contenido en sodio.	Efecto inotrópico negativo. Riesgo de retención de líquidos y exacerbación de la insuficiencia cardíaca.	Alta.
Obesidad.	Olanzapina.	Riesgo de estimular el apetito e incrementar el peso.	Baja.
Obstrucción de vías urinarias (uropatía obstructiva).	Anticolinérgicos, antihistamínicos, antiespasmódicos gastrointestinales, relajantes musculares, oxibutinina, tolterodina, antidepresivos, descongestivos sistémicos.	Pueden disminuir el flujo urinario y ocasionar retención urinaria.	Alta.
Síncope y caídas.	Benzodiacepinas de acción corta e intermedia, antidepresivos tricíclicos.	Riesgo de producir ataxia, daño en la función psicomotora, síncope y caídas.	Alta.
Trastornos de coagulación o en	AAS, antiinflamatorios no esteroideos, dipiridamol, ticlopidina, clopidogrel.	Riesgo de hemorragia (necesidad de	Alta.

- Validados en >65a institut o no
- Tres listados de fármacos: 30 a evitar siempre, 40 a evitar en determinadas situaciones, y precaución >75a





Criterios STOPP/START

ARTÍCULO ESPECIAL

DOI: 10.1016/j.regg.2009.03.017

 Acceso a texto completo

Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START

Inappropriate prescription in older patients: The STOPP/START criteria

Eva Delgado Silveira^a, M.. María Muñoz García^a, Beatriz Montero Errasquin^b, Carmen Sánchez Castellano^b, Paul F. Gallagher^c, Alfonso J. Cruz-Jentoft^b 

^a Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Geriátría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^c Department of Geriatric Medicine, Cork University Hospital, Wilton Cork, Irlanda

Para AP y hospital
133 STOPP, 57
START
Por aparatos



STOPP - Frail
STOPP -Cog



Criterios Less-Chron

27 situaciones clínicas para
deprescribir como monitorizar y
como hacer el seguimiento tras la
retirada
España

Geriatrics
Gerontology

Medline Indexed

Geriatr Gerontol Int 2017; 17: 2200–2207

ORIGINAL ARTICLE: EPIDEMIOLOGY,
CLINICAL PRACTICE AND HEALTH

Novel tool for deprescribing in chronic patients with multimorbidity: List of Evidence-Based Deprescribing for Chronic Patients criteria

Aitana Rodríguez-Pérez,¹ Eva Rocío Alfaro-Lara,² Sandra Albiñana-Perez,³ María Dolores Nieto-Martín,⁴ Jesús Díez-Manglano,⁵ Concepción Pérez-Guerrero⁶ and Bernardo Santos-Ramos¹

¹Pharmacy Service, University Hospital Virgen del Rocío, ²Andalusian Agency for Health Technology Assessment (AETSA), ⁴Internal Medicine Service, University Hospital Virgen del Rocío, and ⁶Pharmacology Department, Faculty of Pharmacy, University of Seville, Seville, ³Pharmacy Service, Hospital Arquitecto Marañón, A Coruña, and ⁵Internal Medicine service, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, Spain

Aim: To create a tool to identify drugs and clinical situations that offers an opportunity of deprescribing in patients with multimorbidity.

Methods: A literature review completed with electronic brainstorming, and subsequently, a panel of experts using the Delphi methodology were applied. The experts assessed the criteria identified in the literature and brainstorming as possible situations for deprescribing. They were also asked to assess the influence of life prognosis in each criterion. A tool was composed of the most appropriate criteria according to the strength of their evidence, usefulness in patients with multimorbidity and applicability in clinical practice.





Revisión de la medicación y deprescripción. Casos en la vida real.

Pedro, 83 años

Antecedentes personales

- HTA.
- DL.
- DM2 desde hace 20 años. HbA1c 6.8%.
- Enfermedad renal crónica. FG 31.
- Insuficiencia cardiaca estable.
- Deterioro cognitivo.
- Depresión.

Medicación habitual

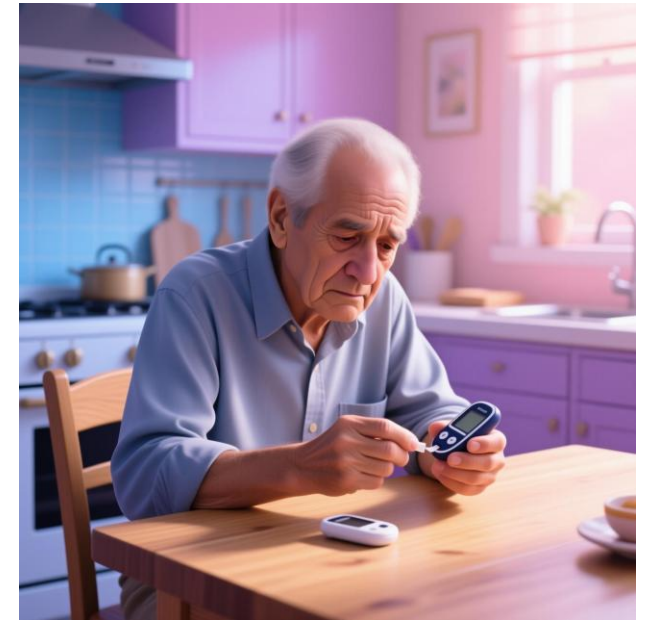
- Enalapril 20mg 1-0-1.
- Atorvastatina 40mg 0-0-1.
- Insulina Novomix 6-0-6 (si glucemia > 180).
- Linagliptina 5mg 1-0-0.
- Empagliflozina 10mg 1-0-0.
- Vortioxetina 5mg 1-0-0.
- Donepezilo 10 mg 1-0-0.



Revisión de la medicación y deprescripción. Casos en la vida real.

Pedro, 83 años

- **Está cansado de medirse la glucemia varias veces al día.** Controles de glucemia capilar menores de 180.
- **Independiente** para las actividades básicas de la vida diaria.
- Antecedente de **hipoglucemia grave** el año pasado. Desde entonces no quiere salir a la calle.





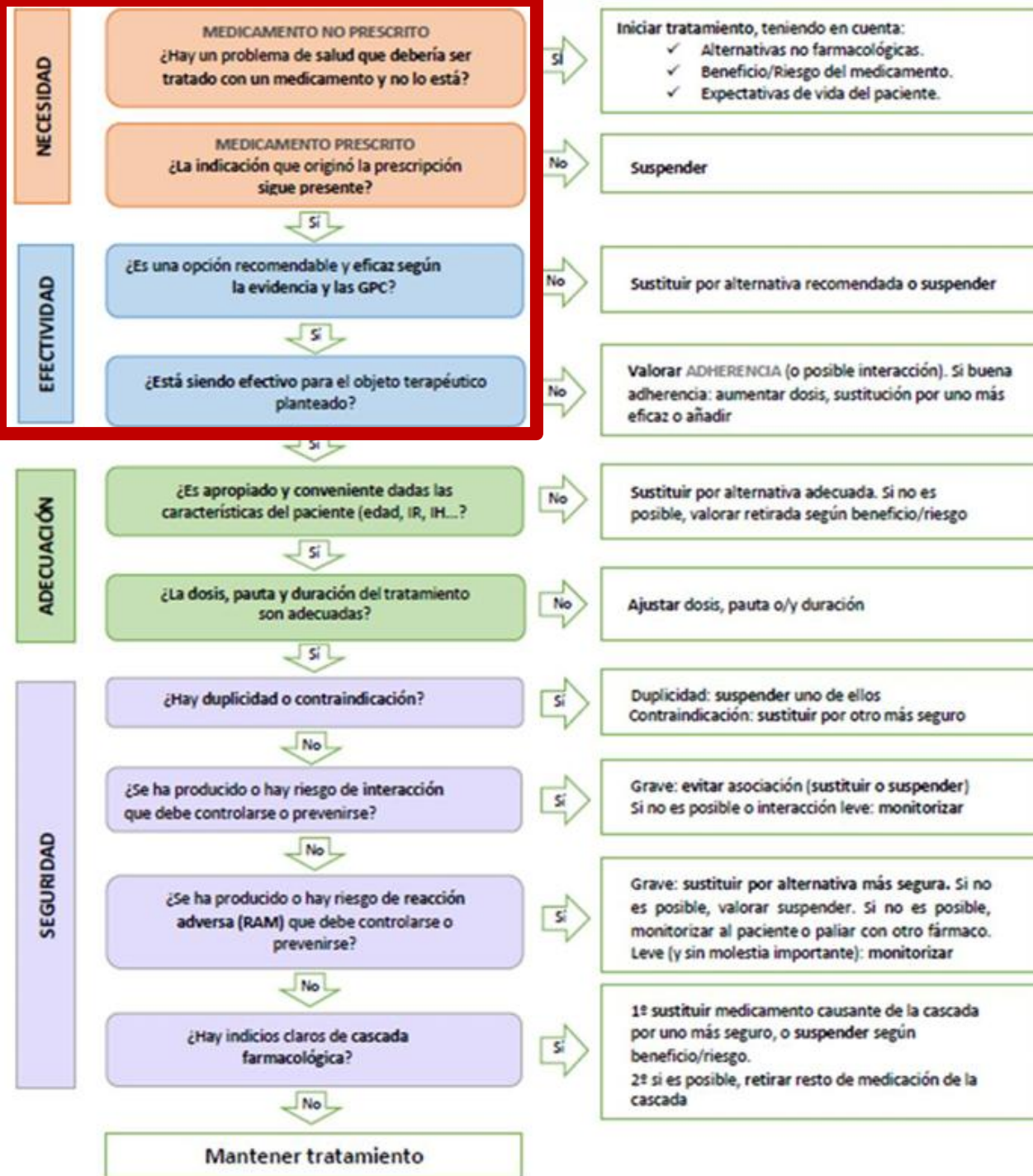
¿Está Pedro polimedicado?

- A. No.
- B. Sí, toma más de 5 fármacos de forma habitual.
- C. Pasapalabra.
- D. Pido el comodín del público.

Revisión de la medicación

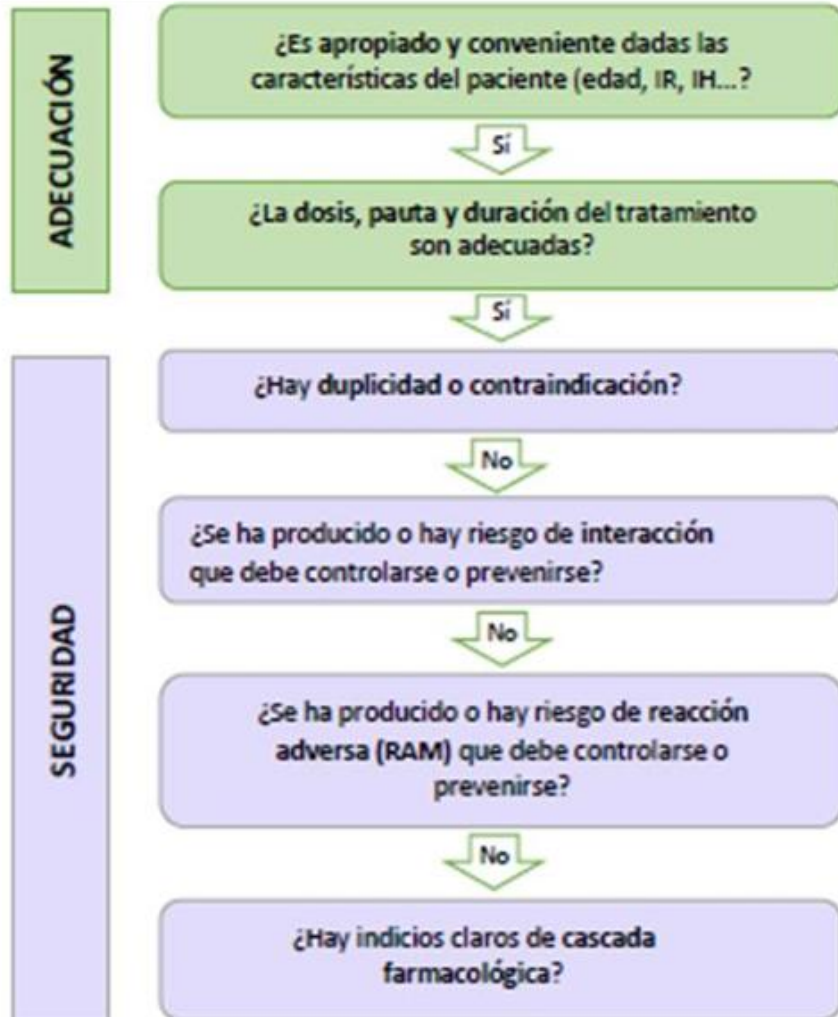
Diagnosticado de **DM2 desde hace 20 años**.
HbA1c actual **6.8%**.
FG 31.

En tratamiento con:
 Linagliptina + Empagliflozina + insulina premezclada.



¿NECESIDAD? ☐ **SÍ.**

¿EFECTIVIDAD? ☐ **SÍ.**



Revisión de la medicación

Pedro, 83 años.

Diagnosticado de **DM2 desde hace 20 años**.

HbA1c actual **6.8%**.

FG 31.

Deterioro cognitivo.

En tratamiento con:

Linagliptina + Empagliflozina + **insulina premezclada**.

¿ADECUACIÓN? ☐ **NO.**

¿SEGURIDAD? ☐ **NO.**



Revisión de la medicación

¿Es apropiado y conveniente el tratamiento dadas las características del paciente?

Pedro, 83 años.

DM2 desde hace 20 años. HbA1c actual 6.8%.

Enfermedad renal crónica. FG 31.

¿Cuál es el control glucémico individualizado?

Edad	Duración de la DM, presencia de complicaciones o comorbilidades	HbA1c objetivo
≤ 65 años	Sin complicaciones o comorbilidades graves	< 7,0 %*
	> 15 años de evolución o con complicaciones o comorbilidades graves	< 8,0 %
66-75 años	≤ 15 años de evolución sin complicaciones o comorbilidades graves	< 7,0 %
	> 15 años de evolución sin complicaciones o comorbilidades graves	7,0 - 8,0 %
	Con complicaciones o comorbilidades graves	< 8,5 %**
> 75 años		< 8,5 %**

* Puede plantearse un objetivo de HbA1c ≤ 6,5 % en los pacientes más jóvenes y de corta evolución de la diabetes en tratamiento no farmacológico o con monoterapia.

** No se debe renunciar al control de los síntomas de hiperglucemia, independientemente del objetivo de HbA1c.

García Soldán J, et al. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos. Recomendaciones de la redGDPS. Fundación red GDPS [Internet]. 2018. [Consultado 2 de noviembre 2025]. Disponible en: https://www.redgdps.org/gestor/upload/colecciones/Guia%20DM2_web.pdf



Revisión de la medicación

¿Se ha producido o hay riesgo de reacción adversa que deba controlarse o prevenirse?

Sí, hipoglucemia grave con ingreso hospitalario.



Revisión de la medicación

- Se propone a Pedro **retirar la insulina premezclada**, y mantener tratamiento con linagliptina y empagliflozina.
- Se realiza analítica a los 6 meses: **HbA1c 7.5%**.
- Pedro considera que **ha mejorado su calidad de vida**.





Revisión de la medicación y deprescripción.

Casos en la vida real.

Carmen, 76 años

ANTECEDENTES PERSONALES

- Hipertensión arterial.
- Dislipemia.
- Gonartrosis y lumbartrosis.
- Depresión crónica.
- Insomnio crónico.
- Urticaria crónica.

TRATAMIENTO HABITUAL

- Losartán 50mg 1-0-0.
- Simvastatina 20mg 0-0-1.
- Tramadol / paracetamol 75mg/650mg 1-1-1.
- Paroxetina 20mg 1-0-0.
- Lorazepam 1mg 0-0-1.
- Hidroxicina 25mg 0-0-1.
- Dexclorfeniramina 2 mg 1-1-1.



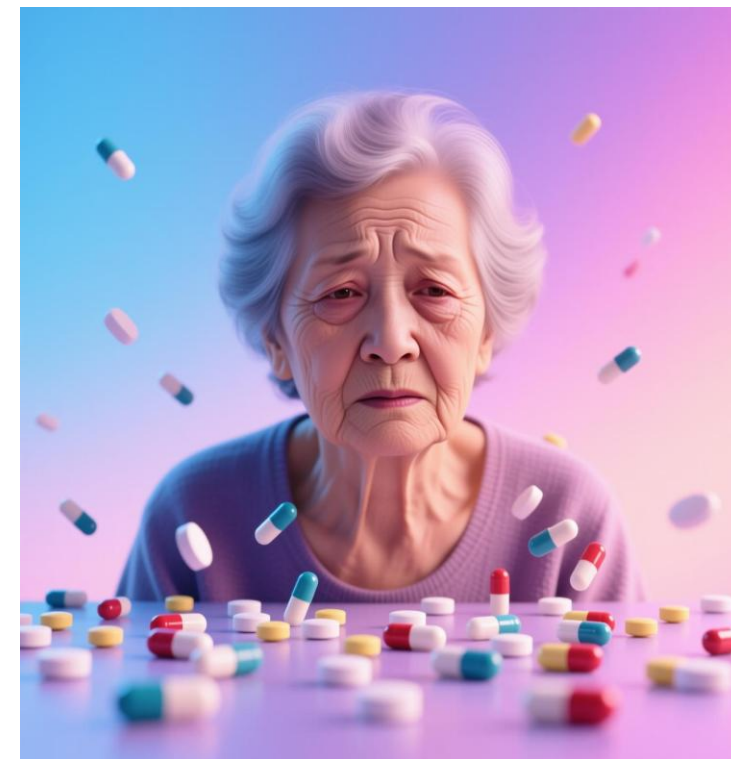
Revisión de la medicación y deprescripción. Casos en la vida real.

Carmen, 76 años

En ocasiones **se marea y se ha caído varias veces**.
Cada vez tiene más **olvidos y despistes**.

TA 120/75. FC 73.

- **Exploración neurológica normal**, con Romberg algo inestable.
- Auscultación cardiopulmonar normal.
- Analítica de sangre de hace un mes anodina.
- **Independiente** para las actividades básicas de la vida diaria.
- Mini mental 25 puntos (zona gris).



XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



¿Qué fármaco de Carmen estar implicado en su sintomatología?

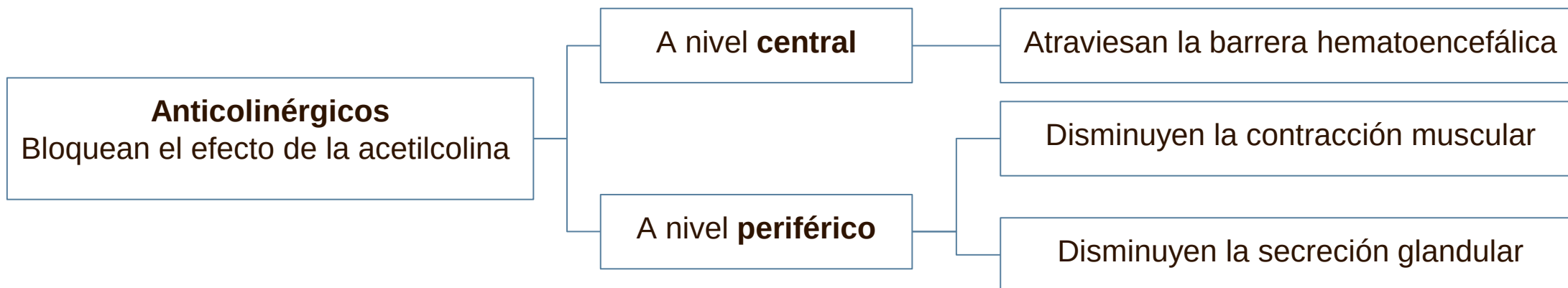
- A. Lorazepam.
- B. Paroxetina.
- C. Tramadol.
- D. Hidroxicina.
- E. Todos podrían estarlo.



Revisión de la medicación

CARGA ANTICOLINÉRGICA

- Efecto **acumulativo** de tomar **uno o más fármacos** con capacidad para desarrollar efectos **adversos anticolinérgicos**.
- Es **dosis dependiente**.



Villalba-Moreno AM et al. Fármacos con carga anticolinérgica: aspectos prácticos y precauciones. FMC. 2020;27(7):353-67



Revisión de la medicación

CARGA ANTICOLINÉRGICA

EFFECTOS ADVERSOS CENTRALES

- Mareo.
- Inestabilidad.
- **Caídas.**
- Problemas de memoria.
- Déficit de atención/concentración.
- **Trastornos cognitivos.**
- Alucinaciones.
- Somnolencia.
- Agitación.
- Desorientación.

EFFECTOS ADVERSOS PERIFÉRICOS

- **Digestivo:** **estreñimiento**, náuseas, vómitos.
- **Mucosas:** **boca seca**, ojo seco, piel seca.
- **Urológico:** retención urinaria.
- **Cardiovascular:** **taquicardia**, palpitaciones, prolongación intervalo QT.
- **Visión:** visión borrosa, midriasis.

Adaptado. Carga anticolinérgica: recomendaciones. Boletín Terapéutico Andaluz. Año 2021; 36(2) <https://doi.org/10.11119/BTA2021-36-02>

FÁRMACOS CON MÁS CARGA ANTICOLINÉRGICA

GRUPO FARMACOLÓGICO	CARGA ANTICOLINÉRGICA	ALTERNATIVA
Antiespasmódicos gastrointestinales	Butilescopolamina. Mebeverina (Duspatalin®)	-
Antiespasmódicos urinarios	Fesoterodina, Oxibutinina. Solifenacina	Migrabegrón. Doxazosina.
Antidepresivos	Tricíclicos (amitriptilina, ej). Paroxetina.	Sertralina. Venlafaxina, duloxetina.
Antihistamínicos	Primera generación (dexclorfeniramina, hidroxicina, doxilamina, etc)	Ebastina. Loratadina.
Analgésicos	Tramadol. Opioides en general.	Paracetamol, AINES. Morfina.
Antiparkinsonianos	Carbidopa/levodopa. Pramipexol. Amantadina, entecapona.	Ropinirol. Rasagilina.

Adaptado. Carga anticolinérgica: recomendaciones. Boletín Terapéutico Andaluz. Año 2021; 36(2) <https://doi.org/10.11119/BTA2021-36-02>





Revisión de la medicación

CARGA ANTICOLINÉRGICA

abc

ANTICHOLINERGIC BURDEN CALCULATOR

Herramienta para la estimación
del riesgo anticolinérgico
en pacientes crónicos

chronic
pharma

Herramientas para la
optimización de la
farmacoterapia del paciente
crónico

less-
chron

Tool to guide
deprescribing process
in chronic patients

trigger-
chron

Trigger tool to detect
adverse drugs events
in chronic patients

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



#MADsemFYC
CONGRESODELASEM

Medicamento	Escala								
	ACB	ARS	Chew	ADS	AAS	ALS	CrAS	Duran	ABC
PAROXETINA (20 mg)	3	1	3	2	3	2	2	1	0
TRAMADOL (225 mg)	0	0	0	1	0	2	2	1	0
LORAZEPAM (1 mg)	0	0	0	1	0	0	0	0	0
HIDROXICINA (25 mg)	3	3	0	3	0	0	0	2	3

Recomendaciones

Recomendaciones

Recomendaciones

Puntuaje DBI

Medicamento	DBI
PAROXETINA (20 mg)	0.50
TRAMADOL (225 mg)	0.60
LORAZEPAM (1 mg)	0.50
HIDROXICINA (25 mg)	0.50
Total:	Riesgo alto 2.10



**ALTA CARGA
ANTICOLINÉRGICA**

SOMaMFyC
Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria

semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



CARGA ANTICOLINÉRGICA

**Si un paciente tiene deterioro cognitivo y carga colinérgica alta,
debemos descartar también causa farmacológica y
NO asumir directamente que padece un proceso
neurodegenerativo.**

Tips en HTA



XIV
CONGRESO DE
LA SEMFYC
MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA

FRAGILIDAD CLINICA 1 A 5	Buena forma	Sanos/problemas de salud ok, ejercicio de fuerza, activos
	En forma	Sanos/problemas de salud ok, ejercicio puntual, temporadas
	Buen estado	Sanos/problemas de salud ok, no ejercicio, vida diaria
	Vulnerables	No dependientes pero menos actividades (lentos, cansados)
	Levemente frágiles	Barthel >90, enlentecimiento, necesitan ayuda
FRAGILIDAD CLINICA 6 A 9	Moderad frágiles	Barthel 60-90, estables
	Fragilidad grave	Barthel <60, estables
	Fragilidad muy grave	Barthel <25, no se recuperarían de enf grave
	Terminalidad	Bathel <25, <6m esperanza vida

1 a 5: Mismas recomendaciones que en pacientes jóvenes. Evidencia en ↓ ECV. Tto combinado dosis bajas. MAPA y revisiones si hay cambio fragilidad.

6 a 9: No evidencia de beneficio en reducción de ECV, Precaución, no intensificar, monoterapia ok. Control hipotensión ortostática, caídas... MAPA/AMPA



Tips en HTA - fármacos

Preferibles: calcio antagonistas dihidropiridínicos (**nifedipino-Beers**), IECA, ARA II, tiazidas a dosis bajas (no si gota, hipoNa, hiperCa)

Menos recomendables: betabloqueantes, alfabloqueantes (duplicidad tamsulosina-doxazosina, evitar en incontinencia urinario)

Cómo reducir tratamiento: reducir dosis entre un 25% y un 50% cada 4 semanas

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

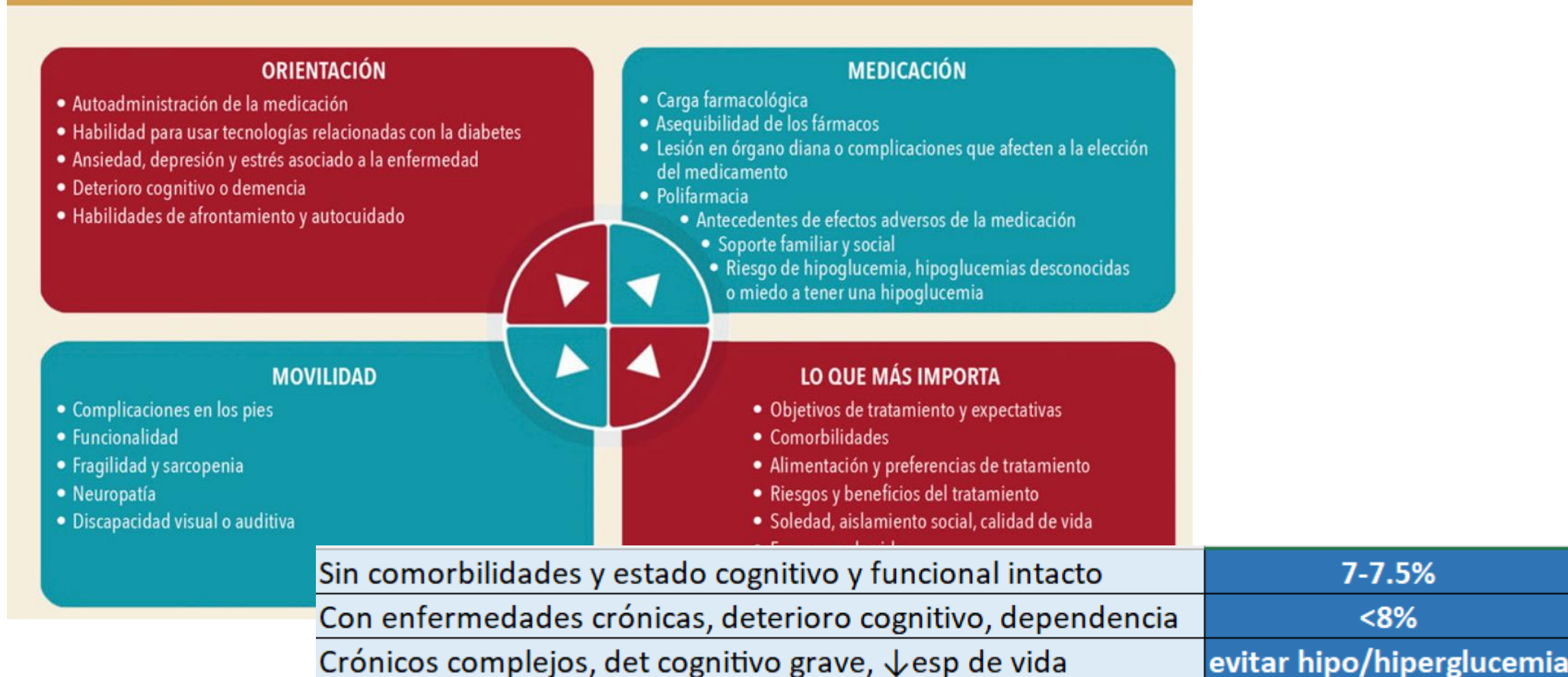
SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA





Tips en DIABETES

Figura 2. Estrategia de las 4M para el manejo de la diabetes mellitus según las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA 2025)





Tips en DIABETES- fármacos

Tabla 1 – Fármacos antidiabéticos potencialmente inadecuados en mayores de 65 años

Fármacos	Criterios STOPP	Criterios Beers
Sulfonilureas de vida media larga	Riesgo de hipoglucemia.	Riesgo de hipoglucemia.
Pioglitazona	Exacerbación de la insuficiencia cardíaca en pacientes ya diagnosticados.	
iSGLT2	Empeoramiento de hipotensión en pacientes con hipotensión sintomática.	Aumento de infecciones urogenitales, sobre todo en mujeres durante el primer mes del tratamiento.
Betabloqueantes no selectivos en pacientes con episodios de hipoglucemia frecuentes	Riesgo de supresión de los síntomas de hipoglucemia.	
Metformina si FGe < 30 ml/min/1,73 m ²	Riesgo de acidosis láctica.	
Insulina en escalas de acción corta o rápida, sin uso simultáneo de insulina basal o de acción prolongada		Riesgo de hipoglucemia.
iSGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2; FGe: filtrado glomerular estimado.		



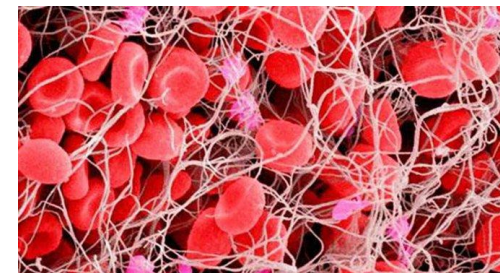
Tips en DISLIPEMIA

CRITERIOS START

- Estatinas con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica, cuando la situación funcional sea de independencia para las actividades básicas de la vida diaria y la esperanza de vida superior a 5 años

PREVENCIÓN PRIMARIA	>75a y no alto RCV, plantear la retirada del fármaco en decisión compartida
	>75a y alto RCV mantener si beneficio es > que esp vida. No ↓ mortalidad
	LESS-CHRON Retirada en crónicos con multimorbilidad >80a
PREVENCIÓN SECUNDARIA	Recomendación fuerte de mantener en >75a ↓ eventos vasc, mortalidad
	No hay diferencias en LDL por edad
	LESS-CHRON Retirada en det cognitivo >8 Pfeiffer

Tips en ANTICOAGULACIÓN



Ensayo FRAIL-AF:

- Pacientes 81 ± 5 con fibrilación auricular tratados con ACOD y con AVK: el cambio de AVK a ACOD se asoció a un incremento del riesgo hemorrágico sin un beneficio en la reducción de eventos tromboembólicos

BEERS 2025

- Rivaroxaban: más riesgo de sangrado y sangrado gastrointestinal que otros anticoagulantes orales directos (particularmente apixabán). Elegir otros ACOD. Plantear su uso si es preciso facilitar la adherencia (1)

FICHA TÉCNICA APIXABAN

- Reducir a 2,5 mg/12h en FANV y al menos dos de las siguientes características: edad ≥ 80 años, peso corporal ≤ 60 kg, o creatinina sérica $\geq 1,5$ mg/dl

LESS CHRON: retirar anticoagulación si Profund >11 , Pfeiffer >8 (GDS 5), riesgo $>$ caídas





Tips en VITAMINAS

LESS CHRON: CavitD
como pfx de fx retirar si no
camina o barthel <60

Fólico-b12: Pedir si
macrocitosis, parestesias

Prevención de estados carenciales de ácido fólico y Vitamina B12 en mujeres en edad fértil que hayan planificado un embarazo, durante un mes antes de la concepción y tres meses después de la misma, como profilaxis de defectos del tubo neural

FOLICO ACIDO 10MG, 50 CAPSULAS (550594)

Financiado

FOLICO ACIDO 400MCG / CIANOCOBALAMINA 2MCG, 28 COMPRIMIDOS (550633)

Financiado

FOLICO ACIDO 400MCG / POTASIO IODURO 262MCG / CIANOCOBALAMINA 2MCG, 28 COMPRIMIDOS (561495)

Financiado

FOLICO ACIDO 400MCG / POTASIO IODURO 300MCG / CIANOCOBALAMINA 2MCG, 28 COMPRIMIDOS (561070)

Financiado

FOLICO ACIDO 400MCG, 28 COMPRIMIDOS (556456)

Financiado

FOLICO ACIDO 5MG, 28 COMPRIMIDOS (550581)

Financiado

CIANOCOBALAMINA 1MG, 28 CAPSULAS (572154)

Financiado

CIANOCOBALAMINA 1MG, 5 AMPOLLAS/VIAL (ORAL/PARENT) (564027)

Financiado

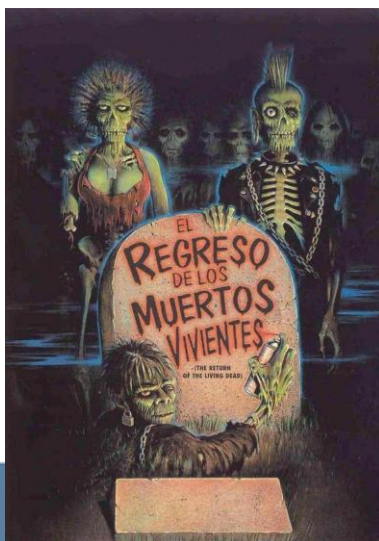
**Dosis para el
déficit de b12**



Tips OPIOIDES

STOPP

- Opiáceos a largo plazo con caídas recurrentes (riesgo de somnolencia, hipotensión postural, vértigo)
- Opiáceos a largo plazo en la demencia
- Dos fármacos opiáceos



Antes del inicio

- Hacer énfasis en el objetivo de que el paciente se sienta mejor: dirigido a reducir la intensidad del dolor y mejorar el estado de ánimo y la funcionalidad
- Llegar a un acuerdo detallado
- Estar preparado para visitas frecuentes de seguimiento, apoyo y consejo

Tipo de opioide, pauta, intervalo de dispensación

- Usar morfina de liberación prolongada si es factible
- Prescribir dosis pautadas (no a demanda)
- Prescribir a intervalos de dispensación (diario, días alternos, o semanal, dependiendo del control de uso de opioides del paciente); no renovar la prescripción si el paciente se queda sin medicación
- Mantener la pauta diaria tanto como sea posible (p. ej.: 3 veces al día)

Ritmo de retirada

- Puede variar desde un 10% de la dosis total cada día hasta un 5% cada 1 a 4 semanas
- Se recomienda una reducción más lenta en los pacientes que sienten ansiedad a la retirada, aquellos que podrían ser dependientes psicológicamente a los opioides, y los que presentan condiciones cardiorrespiratorias
- Una vez alcanzado 1/3 de la dosis original, ralentizar la disminución a la mitad del ritmo previo.
- Mantener o aumentar la dosis si el paciente experimenta síntomas de abstinencia graves o empeoramiento del dolor o del estado de ánimo

Cambio a morfina

- Considerar cambiar a morfina si el paciente es adicto a oxicodona o hidromorfona
- Calcular la dosis equivalente de morfina
- Comenzar con la mitad de esta dosis (la tolerancia a un opioide se transfiere totalmente a otro)
- Ajustar la dosis subiendo o bajando lo necesario para aliviar los síntomas de abstinencia sin inducir sedación

Monitorización

- Ver al paciente con frecuencia; preguntar en cada visita los beneficios de la disminución (p. ej.: mejora del dolor, estado de ánimo, atención)

Finalización

- Habitualmente la retirada se puede completar entre 2-3 semanas y 3-4 meses
- Los pacientes que no puedan completar la retirada pueden mantenerse a una dosis opioide más baja si son cumplidores del acuerdo de tratamiento

Adaptada de Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain. Canada: National Opioid Use Guideline Group (NOUGG); 2010. Available from: <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca>



Tips en BENZODIACEPINAS

Beers: bzd vida media larga,
bzd vida media corta



Canadian Medication
Appropriateness and
Deprescribing Network

SEMANAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1 y 2 <i>Comienzo</i> _/_/_	●	●	●	●	●	●	●
Semanas 3 y 4	●	●	●	●	●	●	●
Semanas 5 y 6	●	●	●	●	●	●	●
Semanas 7 y 8	●	●	●	●	●	●	●
Semanas 9 y 10	●	●	●	●	●	●	●
Semanas 11 y 12	●	●	●	●	●	●	●
Semanas 13 y 14	●	●	●	●	●	●	●
Semanas 15 y 16	○	●	○	○	●	○	●
Semanas 17 y 18	○	○	○	○	○	○	○

Dosis entera ● Mitad de la dosis ● Un cuarto de la dosis ● No tomar ○



Algunos consejos finales

- MEDIR FUERZAS
- Hay pacientes que van a ser polimedicados siempre, no intentar no conformarnos sino revisar -> antihipertensivos, hipoglucemiantes...priorizar las necesidades del paciente y sus efectos secundarios.
- Medicina basada en pruebas ¿esto está indicado para esta edad? ¿ha demostrado que funcione? - leer! CADIME, boletines farmacoterapéuticos, prescribir...
- Intentar dejar solo lo importante: explicar que hay medicamentos para síntomas (dolor, procinéticos, a veces IBP...) y otros de mantenimiento
- Consensuar introducir nuevos fármacos, negociar, ver las preferencias (objetivo, administración, ¿fármacos combinados a dosis fija?
- Apoyo de enfermería - revisión de botiquines
- ¿Alternativas no farmacológicas? - ¿ejercicio? - VIVIFRAIL, SERMEF

XIV

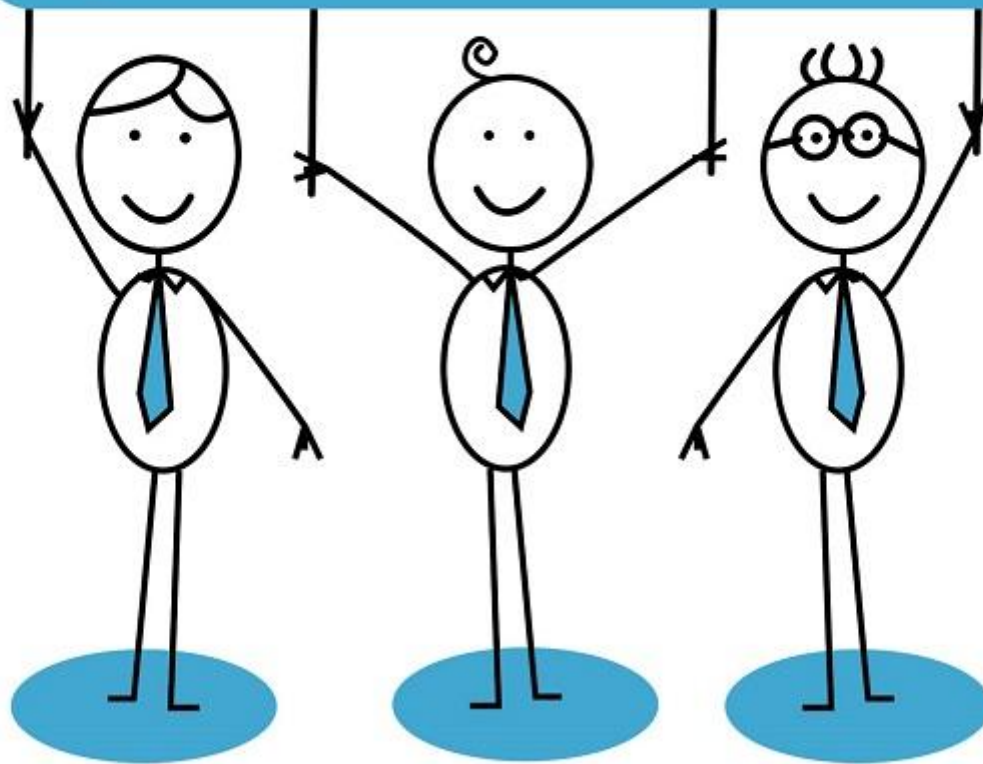
CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



¡GRACIAS!



XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



MISSION: DEPRESCRIPCIÓN



¿Esto tiene un
método?

¿Por dónde
empiezo?

¡No faltes y te contamos todo!
Viernes 14 a las 11.10 en la sala París