

Revisión Tratamiento Paciente Polimedcado

Claves para interpretar el contenido del Informe de Conclylia que apoya la revisión del plan terapéutico del paciente

Las siguientes tablas recogen las recomendaciones de revisión terapéutica. A partir de la medicación que el paciente ha retirado de la farmacia en el período de estudio, en el informe de Conclylia* se señala mediante un "Sí" o con el número de principios activos aquellos indicadores en los que se podría aplicar alguna recomendación de seguridad, de revisión o de seguimiento, para que sea el clínico quien decida la pertinencia de esa recomendación en cada paciente.

Estas recomendaciones no sustituyen el juicio clínico profesional. Son un apoyo para facilitar la revisión terapéutica.

PA = Principios Activos

1 GENERALES	
En todos los casos conviene revisar la pertinencia del diagnóstico asociado a cada prescripción.	
Descripción	Actuaciones
Nº de PA nº total de principios activos diferentes que el paciente ha retirado en la farmacia. Pueden haber sido prescritos por varios médicos.	El uso de un número elevado de medicamentos puede disminuir la adherencia al tratamiento, aumentar la iatrogenia y dar lugar a errores de utilización. Puede ser conveniente priorizar o revisar la indicación de los principios activos. Valorar función renal, especialmente en mayores de 65 años.
Nº PA que pueden ser innecesarios o con escaso beneficio clínico	Valorar la deprescripción de: complejo oseina-hidroxiapatita, estreptoquinasa-estreptodornasa, serenoa repens, extractos antiadenoma de próstata, glucosamina, diacereína, condroitinsulfato (condroitina), condroitinsulfato-glucosamina; citicolina; multivitamínicos; vitaminas (A; B1, B6 y B12; C; E; riboflavina; biotina); tónicos.
Sales de hierro III (férricas)	Valorar si es necesario continuar la suplementación con hierro. Son de elección las sales de hierro II (ferrosas) por su mejor absorción y menor coste como Fero-gradumet®, Tardyferon®, y, en pacientes con problemas de deglución, Cromatombic ferro®, Ferrosano® o Ferbisol®.
Vitamina D (vitD)	Revisar dosis y problemas derivados de dosificaciones y duraciones superiores a las recomendadas. Diferenciar pauta de carga y pauta de mantenimiento. Considerar suspender la suplementación de vitD en: - Prevención primaria de fracturas en pacientes sin déficit de vitD, en mujeres postmenopáusicas que no reciben tratamiento con antirresortivos y/o en pacientes con bajo riesgo de caídas (por ejemplo: inmobilizados). - Pacientes que toman vitD para procesos no esqueléticos, por la ausencia demostrada de beneficios terapéuticos.

2 ADECUACIÓN A OBJETIVOS	
Descripción	Actuaciones
Medicamentos para Diabetes tipo 2 (DM2)	El uso de medicamentos antidiabéticos debe valorarse en el contexto clínico de cada paciente. Los objetivos de control glucémico (%HbA1c) se individualizarán según edad, duración de diabetes y comorbilidad cardiovascular. De forma general, se recomienda un objetivo de %HbA1c < 7, aunque en ancianos, pacientes con complicaciones asociadas o DM2 de larga duración se deben plantear objetivos menos estrictos (7,5-8%).
Medicamentos para reducir LDL	En prevención primaria, valorar continuidad del tratamiento con estatinas en función del riesgo cardiovascular, expectativas y calidad de vida del paciente (especialmente en >75 años y polimedcados). En prevención secundaria: - Ajustar dosis a las 4-6 semanas objetivos alcanzados de LDL, valorando seguridad de dosis altas. Vigilar la aparición de toxicidad muscular, especialmente en dosis altas. - En pacientes ancianos, reevaluar la necesidad de terapia intensiva (no se recomiendan dosis altas).
Medicamentos para Alzheimer: donepezilo, galantamina, rivastigmina, memantina,	Retirar cuando deje de objetivarse mejoría de los síntomas cognitivos, funcionales o de comportamiento. Reevaluar cada 6 meses y continuar sólo si Mini-mental > 10 y las condiciones globales del paciente lo aconsejen. Informar a la familia de la eficacia limitada de estos fármacos. No se financian en Francia por su falta de eficacia y problemas de seguridad (alteraciones del comportamiento).
Medicamentos para Osteoporosis	Valorar riesgo de fractura y la necesidad de continuar tratamiento considerando la seguridad de los distintos grupos de fármacos: duración máxima de tratamiento con teripatida 2 años y con bifosfonatos 5 años. Prolia®: utilizar únicamente en pacientes con elevado riesgo de fracturas y después de considerar la posible aparición de fracturas vertebrales múltiples al retirar el tratamiento. Ejercicios de prevención de caídas (programa de fisioterapeutas).
Inhibidores de la bomba de protones (IBP)	El tratamiento prolongado con IBP se asocia con aumento del riesgo de enfermedad renal, hipomagnesemia, aumento del riesgo de fractura, déficit de cianocobalamina y de infecciones. Retirar IBP si uso continuado durante > 8 semanas, excepto en pacientes con alto riesgo (uso de corticoides orales, uso crónico de AINE u otros fármacos gastrolesivos, esofagitis erosiva, esofagitis de Barret o hipersecreción patológica). En caso de mantener IBP, seleccionar omeprazol por ser el más eficiente.
Aspirina como antiagregante (AAS)	La antiagregación plaquetaria con AAS es recomendable para prevención secundaria en individuos con enfermedad cardiovascular sintomática, enfermedad cerebrovascular o arterial periférica. No se recomienda el uso de AAS para la prevención primaria de un primer evento vascular. El beneficio neto de AAS en personas con aterosclerosis asintomática es incierto. Los pacientes con DM tienen un mayor riesgo de ECV, pero la presencia de DM no parece suficiente para estimar que en la antiagregación el beneficio sea claramente superior al riesgo. La evidencia es todavía limitada.

3 Seguridad - ALERTAS	
Seguridad (Sí/No)	Actuaciones
Bifosfonatos	Reevaluar la necesidad de continuar el tratamiento, considerando los riesgos derivados de su empleo (fractura atípica, osteonecrosis maxilar), particularmente si el tratamiento supera los 5 años. Precaución ante intervenciones dentales.
Denosumab	Riesgo de fractura atípica, algunas múltiples tras la suspensión del tratamiento. Vigilar dolor nuevo o inusual en muslo, cadera o ingle. Algunas guías clínicas recomiendan utilizar otro fármaco antirresortivo tras su suspensión, aunque se reconoce que la evidencia científica sobre sus efectos es muy limitada
Aliskiren + (IECA o ARAlI)	Esta combinación de medicamentos aumenta el riesgo de fallo renal. Contraindicada en diabéticos y en I. Renal moderada o grave.
Agomelatina	No debe utilizarse en mayores de 75 años. Riesgo de toxicidad hepática grave. Se deben realizar controles hepáticos al inicio y durante el tratamiento.
Escitalopram/ Citalopram	Escitalopram: D máx. en > 65 años 10 mg/día. Citalopram: D máx. recomendada 40 mg/ día. En > de 65 años o con disfunción hepática, D max 20 mg/día. Contraindicados si hay antecedentes de intervalo QT alargado o síndrome congénito del segmento QT largo, o en pacientes tratados con algún medicamento que pueda prolongar el intervalo QT. Precaución en pacientes en los que coexistan otros factores de riesgo de desarrollar <i>Torsades de Pointes</i> .
Domperidona	Utilizar domperidona únicamente en el tratamiento de náuseas y vómitos, durante el menor tiempo posible y sin sobrepasar 10mg/8h vo o supositorios 30mg/12h vr. No utilizar supositorios en niños. No utilizar si el paciente está recibiendo otros fármacos que puedan prolongar el intervalo QT del ECG o que sean inhibidores potentes del citocromo CYP3A4, si presenta alteraciones de la conducción o el ritmo cardiaco o presenta insuficiencia hepática moderada o severa.
Olmesartán	En los últimos años se ha relacionado olmesartán con un incremento del riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos y con la enteropatía sprue-like que cursa con diarrea crónica y pérdida de peso, la cual aparece después de meses o años de tratamiento y que, de momento, no se ha descrito con otros ARA-II. En Francia se ha excluido de la financiación por falta de eficacia y problemas de seguridad.
Fármacos con riesgo de prolongación del intervalo QT	- Valorar los posibles factores de riesgo que pueden estar presentes (bradicardia, alteraciones electrolíticas, patologías cardíacas, endocrinas, etc.), porque podría estar contraindicada la prescripción o ser mayor el riesgo que el beneficio. - Comprobar si se va a utilizar en combinación con otros medicamentos que prolongan el intervalo QT o que inhiben su metabolismo, porque se potencia la capacidad de prolongar el intervalo QT y el riesgo de producir <i>Torsades de Pointes</i> . - No sobrepasar la dosis recomendada. - Realizar una medición del intervalo QT en el electrocardiograma previa a la administración del medicamento con capacidad de prolongar el intervalo QT y evitar su prescripción en pacientes con un intervalo QT ligeramente prolongado.

Gliflozinas: canagliflozina, dapagliflozina o empagliflozina	- Valorar el riesgo de cetoacidosis diabética ante la presencia de náuseas, vómitos, dolor abdominal, anorexia, sed excesiva, disnea, cansancio, somnolencia, incluso con niveles de glucemia menores de 250 mg/dl. - Si hay sospecha de cetoacidosis, suspender el tratamiento y realizar la determinación de cuerpos cetónicos. - Monitorizar a los pacientes que presenten factores de riesgo de amputación e insistirles en la importancia de un adecuado cuidado preventivo del pie diabético. - Considerar la posibilidad de interrumpir el tratamiento con canagliflozina en aquellos pacientes que desarrollen complicaciones importantes en los pies. - Revisión del pie diabético.
Hidroxizina	No se recomienda en pacientes de edad avanzada, dada la menor tasa de eliminación del fármaco y el mayor riesgo de sufrir reacciones adversas debidas, fundamentalmente, a los efectos anticolinérgicos. La dosis máxima diaria no debe superar los 100mg. Contraindicado en pacientes con prolongación del intervalo QT congénito o adquirido o con factores de riesgo predisponentes para la prolongación del mismo.
Gabapentina y pregabalina	Pueden producir efectos adversos neurológicos así como ganancia de peso, edema, efectos gastrointestinales (obstrucción, ileo paralítico, estreñimiento, especialmente frecuentes e intensos si el paciente toma analgésicos opiáceos); alteraciones cardíacas registradas en estudios post-autorización, como la insuficiencia cardíaca, y aumento de ideación o comportamiento suicida. Son frecuentes también los vómitos, la sequedad de boca y la flatulencia. Pueden producir dependencia, abuso y síndrome de retirada.
IECA+ARAlI	En pacientes con nefropatía diabética, el uso combinado de IECA y ARA II está asociado a un mayor riesgo de hiperpotasemia, hipotensión y fallo renal; precisa estrecha monitorización de la función renal, balance hidroelectrolítico, tensión arterial, así como la supervisión por un médico con experiencia en el tratamiento de este tipo de pacientes. De forma general, combinación no recomendada; valorar su necesidad.
Trimetazidina	Medicamento a evitar, salvo uso como terapia adicional para tratamiento sintomático de pacientes adultos con angina de pecho estable que no están adecuadamente controlados o no toleran terapias antianginosas de 1ª línea. Balance beneficio-riesgo desfavorable en el tratamiento del vértigo, tinnitus y alteraciones de la visión (indicaciones no autorizadas). Revisar indicación. Precaución en pacientes de edad avanzada o con I. Renal moderada: valorar uso de dosis bajas.
Metoclopramida, cinitaprida, cleboprida, levosulpirida	Evitar en pacientes con parkinsonismo por posible agravamiento. No utilizar METOCLOPRAMIDA en prevención o tratamiento de náuseas y vómitos no relacionados con quimioterapia, radioterapia, cirugía o migraña; balance beneficio-riesgo desfavorable (riesgo de efectos neurológicos, p. ej. alteraciones extrapiramidales y discinesia tardía, y cardiovasculares). Reevaluar necesidad de utilización o confirmar que no se supera la duración máxima de tratamiento (5 días) o la dosis máxima diaria (0,5 mg/kg/24 horas).

AINE (antinflamatorio no esteroideo)	Debe evitarse la utilización de AINE en: pacientes con HTA, IC, IR crónica, antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva sin uso simultáneo de un IBP o un antagonista H2.... No utilizar inhibidores selectivos de la COX2 con enfermedad cardiovascular por aumento del riesgo de infarto. Ibuprofeno (1.200 mg/d) y naproxeno, con o sin protección gástrica, son los AINE más adecuados por su menor riesgo de producir eventos cardiovasculares. Evitar DICLOFENACO y ACECLOFENACO en pacientes con patología cardiovascular, debido a que producen más efectos adversos y muerte por causa cardiovascular (incluyendo IAM e insuficiencia cardiaca) que otros AINE de eficacia similar. Revaluar balance beneficio-riesgo. Siempre utilizar la menor dosis efectiva y durante el menor tiempo necesario para el control de los síntomas, evitando, en la medida de lo posible, la cronificación del tratamiento. Revisar duración de tratamiento.
Metotrexato oral semanal (Inmunosupresor)	La dosificación semanal ha dado lugar a errores por utilizar la pauta semanal como pauta diaria, ya que son muy pocos los medicamentos que se prescriben semanalmente. Dar instrucciones claras y escritas al paciente incluyendo el día de la semana elegido para tomar el medicamento. Asegurarse de que ha entendido esta información y revisar en cada consulta.
Febuxostat	Se desaconseja el uso de febuxostat en pacientes con antecedentes de patología cardiovascular grave (p. ej. infarto de miocardio, ictus o angina de pecho inestable), salvo en aquellos casos en los que no se pueda utilizar una terapia alternativa.
Metamizol (Nolotil®)	Utilizar solo para tratamientos de corta duración (7 días como máximo) y a las dosis mínimas eficaces. Puede producir agranulocitosis o neutropenia. Aunque de frecuencia muy baja, es una reacción grave que puede llegar a producir la muerte del paciente. Si es necesario un tratamiento más prolongado, realizar controles hematológicos periódicos, incluyendo fórmula leucocitaria. Durante el tratamiento, vigilar la aparición de sintomatología indicativa de agranulocitosis.

4 Seguridad - INTERACCIONES

Interacciones (Sí/No)	Actuaciones
Triple Whammy El paciente está en tratamiento con AINE + IECA o ARA2 + diurético	Combinación de medicamentos que aumentan el riesgo renal . Precaución en ancianos y pacientes en situaciones especiales (deshidratación, insuficiencia renal y/o cardiaca,...). Si no es posible retirar ningún fármaco, valorar función renal y potasio. Advertir posible deshidratación.
Anticoagulantes Orales + (AINE o heparinas o antiagregantes) El paciente está en tratamiento concomitante	El uso concomitante aumenta el riesgo de hemorragia . En caso de ajuste de dosis de Sintrom® es posible uso concomitante con heparina durante un periodo limitado. Valorar alternativas. Informar de síntomas de alerta de hemorragia: vómito en posos de café, melenas.
Verapamilo o Diltiazem Principios activos con riesgo potencial de interacción grave con otros medicamentos	Revisar medicación concomitante. Puede aumentar su concentración plasmática e incrementar toxicidad. Precaución con estatinas (vigilar miopatías), dabigatrán, fármacos de estrecho margen terapéutico (inmunosupresores, digoxina), etc.

Inhibidores de acetilcolinesterasa (IACE) y anticolinérgicos	Los fármacos anticolinérgicos reducen la eficacia de los inhibidores de la acetilcolinesterasa. Además, se consideran inapropiados en pacientes de edad avanzada y en pacientes con demencia, al incrementar el riesgo de deterioro cognitivo y potenciar los síntomas conductuales y psicológicos. - Antes de iniciar tratamiento para la Enfermedad de Alzheimer, revisar el plan terapéutico con el fin de minimizar o retirar, si es posible, fármacos con efectos anticolinérgicos. - En caso de que sea necesario iniciar tratamiento con antipsicóticos, son de elección risperidona o haloperidol, durante el menor tiempo posible. - Hacer un seguimiento regular del paciente y valorar la retirada del IACE o memantina si se detecta falta de eficacia o en caso de que ésta sea incierta. - Evaluar la aparición de toxicidad anticolinérgica que se asocia con múltiples efectos adversos sobre el sistema nervioso, tanto periféricos (sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria o visión borrosa, entre otros) como centrales (confusión, delirium y deterioro cognitivo).
El paciente está en tratamiento concomitante con IACE : donepezilo rivastigmina, galantamina + ANTICOLINÉRGICOS : amitriptilina, hidroxizina, clomipramina, levomepromazina, dexclorfeniramina, fesoterodina, butilescopolamina, biperideno, clozapina, tolterodina, oxibutinina	
Inmunosupresores (ciclosporina, tacrolimus y everolimus) PA con riesgo potencial de interacción grave con otros medicamentos.	Revisar medicación concomitante. Tienen margen terapéutico estrecho y pequeños cambios de concentración plasmática pueden reducir efecto o aumentar toxicidad. Puede ser necesario monitorizar el nivel del inmunosupresor cuando se inicia o retira un fármaco con el que interacciona.

5 Seguridad - DUPLICIDADES

Duplicidades (Sí/No)	Actuaciones
≥ 2 PA del mismo Subgrupo Terapéutico (SGT, 4 dígitos)	Investigar la posibilidad de duplicidades en el tratamiento y, en su caso, valorar la retirada de alguno de los fármacos. El uso concomitante de 2 o más AINE no aumenta la eficacia y sí aumenta la toxicidad (gastrointestinal, cardiovascular y renal). Asegurarse de que el paciente no toma dos AINE a la vez cuando uno sustituye al otro. Investigar automedicación.
Pacientes en tratamiento con alfuzosina o tamsulosina o terazosina o silodoxina y doxazosina o prazosina	El uso combinado de fármacos alfa1-bloqueantes, aunque sean selectivos de la próstata, se considera duplicidad terapéutica y puede provocar un efecto farmacodinámico aditivo, incrementando el riesgo de efectos adversos tales como: hipotensión postural, mareo, síncope, cefalea, priapismo y congestión nasal, debido al bloqueo de los receptores a nivel vascular. 1.- Evitar, siempre que sea posible, la combinación de varios alfa1-bloqueantes. 2.- En el caso de pacientes hipertensos tratados con doxazosina o prazosina que no controlen los síntomas asociados a HBP, se recomienda añadir un inhibidor de la 5.- Alfa-reductasa (finasterida o dutasterida). 3.- En pacientes que utilicen doxazosina o prazosina y no tengan HTA, valorar si los beneficios superan los riesgos potenciales y pensar en la posibilidad de cambiar a otro fármaco alfa1-bloqueante selectivo de próstata: alfuzosina, tamsulosina o terazosina. Si no fuese posible suspender alguno de estos fármacos, vigilar la aparición de efectos adversos (hipotensión sintomática, cefalea, mareo y síncope, entre otros).

6 OPIOIDES

- Antes de prescribir un opioide valorar el riesgo de adicción mediante escalas validadas como la Opioid Risk Tool
- Vigilar las cuatro "A": **Analgesia, Actividad (funcionalidad), efectos Adversos, conductas Aberrantes.**
- Vigilar estreñimiento. Pautar laxantes profilácticos.
- No combinar opioides mayores o menores entre sí ni con benzodiacepinas o anticonvulsivantes.
- En dolor crónico el beneficio a largo plazo de cualquier opioide es controvertido. Evitar el uso prolongado. Tener en cuenta que existe alta tasa de fracaso y aumentar la dosis no lo soluciona.
- Informar a los pacientes sobre los riesgos asociados y pactar objetivos.
- En dolor crónico no oncológico no superar 75 mcg/h de fentanilo. En ancianos no superar 50 mcg/h o dosis equipotentes.
- En dolor oncológico considerar la derivación a unidades especializadas de aquellos pacientes con dosis superiores a 160 mg de morfina, 100 mcg/h de fentanilo transdérmico o dosis equipotentes.

Opioides (Sí/No)	Actuaciones
Opioides mayores	Aplicar las recomendaciones anteriores a pacientes en tratamiento con: morfina; hidromorfona; oxycodona; fentanilo; buprenorfina (analgésico); oxycodona y naloxona; fentanilo de liberación rápida; tapentadol.
Fentanilo	- NO utilizar fentanilo transdérmico en pacientes que nunca han recibido un opioide. Ajustar primero la dosis con morfina de liberación rápida. - Fentanilo de liberación rápida solo debe usarse en dolor irruptivo oncológico y siempre con tratamiento opioide de mantenimiento de base.
Tapentadol	- En dolor músculo-esquelético, tapentadol no es una opción adecuada. No ha demostrado eficacia clínica relevante (Cochrane, 2015). - Evitar el uso combinado de tramadol con ISRS y ISRSN por riesgo de síndrome serotoninérgico.
Opioides menores (tramadol, solo o en combinación)	- Su uso está muy extendido en ancianos. Pautar a dosis bajas y tiempos cortos. - Evitar el uso combinado de tramadol con ISRS e ISRSN por riesgo de síndrome serotoninérgico.

7 OTROS INDICADORES

Descripción	Actuaciones
PA que aumentan el riesgo de fractura El paciente está en tratamiento con IBP o ISRS o benzodiacepina o pioglitazona o fenitoína o fenobarbital	Valorar la pertinencia de estos tratamientos en paciente con riesgo elevado de fractura. Comprobar duración de tratamiento.
PA depresores de SNC (Nº PA) Número de neurolépticos, ansiolíticos, hipnóticos, sedantes y antidepresivos que utiliza el paciente.	Valorar la eficacia y seguridad del efecto depresor del Sistema Nervioso Central (SNC). Revisar periódicamente la necesidad de continuar tratamiento con cada uno de ellos y el nivel de consciencia del paciente. Interrogar síntomas de excesiva somnolencia, caídas, atontamiento....
Benzodiacepinas (BZD) de vida media larga: diazepam (solo o en combinación), clorazepato, flunazepam, quazepam	Evitar el uso de BZD en tratamientos prolongados (>1 mes) y en pacientes con riesgo de caídas; su uso a largo plazo se asocia a riesgos importantes: sedación, confusión, trastornos del equilibrio, caídas. Evitar también en casos de insuficiencia respiratoria aguda o crónica (pO2 <60mmHg + pCO2 > 45mmHg) por riesgo de exacerbación. Valorar deprescripción o utilización de BZD de acción corta-intermedia.

HIPNÓTICOS Z (Zopiclona, Zolpidem)	Pueden producir alteraciones en la capacidad de atención y concentración diurnas, y ataxia. Revisar que no se supere la dosis máxima de Zolpidem en mayores de 65 años (5mg/día). Usar con precaución en I. Hepática.
Alopurinol	Valorar suspensión si la hiperuricemia es asintomática (sin gota) salvo que las cifras sean muy elevadas (a partir de 13 mg/dl en varones, y 10 mg/dl en mujeres) o en tratamientos oncológicos. Vigilar la evolución de los niveles de urato.
Antibiótico sistémico	Revisar la indicación y la duración del tratamiento.

Es importante...

- Revisar tanto la **Medicación Actual como la Reciente**, ya que puede haber prescripciones que se hayan cerrado automáticamente en los últimos meses.
- Revisar la **adherencia al tratamiento**. El porcentaje de adherencia que aparece al final de cada línea de prescripción orienta sobre la retirada de medicación de la farmacia y puede alertar sobre falta de cumplimiento o problemas de adecuación del plan terapéutico.
- Asegurarse de que el paciente dispone de la última **Hoja de medicación** (especialmente si se han realizado cambios), así como de que ha comprendido bien el alcance de estos: nuevas dosis, supresión de alguna medicación, etc.
- Investigar cómo el paciente organiza la **medicación en el domicilio**, para evitar confusiones en el manejo y conseguir un "botiquín personal" ordenado.

*Informe de Conclyia accesible desde MEDORA (Informes /Informes de prescripción) y desde el Portal del Medicamento

Plegar el manual en zig-zag

