

## CUIDADOS PALIATIVOS: UN NUEVO ENFOQUE

### Sumario

- INTRODUCCIÓN
- ELEMENTOS DESTACADOS DE UN PLAN DE ATENCIÓN INTEGRADA
- PRINCIPIOS DE LA PRESCRIPCIÓN AL FINAL DE LA VIDA
- RECOMENDACIONES PARA LA DEPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS

### INTRODUCCIÓN

La OMS define los cuidados paliativos (CP) como “un enfoque de atención que mejora la calidad de vida de las personas enfermas y de sus familias afrontando los problemas asociados con las enfermedades mortales a través de la prevención y el alivio del sufrimiento. Todo ello, mediante la rápida identificación y la correcta valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”<sup>1</sup>. Se estima que más de la mitad de las personas que fallecen cada año, lo hacen tras una etapa avanzada y terminal<sup>2</sup>. Durante mucho tiempo los CP se han aplicado casi exclusivamente a los pacientes oncológicos; sin embargo, hoy en día existe un acuerdo unánime en que deberían extenderse a pacientes con otros procesos crónicos en fases avanzadas y terminales<sup>1,2</sup>.

En los últimos años el concepto de CP ha evolucionado, de forma que actualmente se habla de enfermedad crónica avanzada evolutiva con pronóstico de vida limitado. No se define en referencia a un tiempo de supervivencia, un órgano, la edad o la patología, sino en relación con una evaluación del pronóstico probable y con un enfoque a una oferta de atención integral que dé respuesta a las necesidades individuales de la persona y de su familia en la etapa final de la vida o en el proceso de muerte<sup>1</sup> (tabla 1).

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

Tabla 1. **Transiciones conceptuales más relevantes en la atención paliativa al inicio del siglo XXI<sup>3</sup>**

| DE                                  | A   |
|-------------------------------------|---|
| Enfermedad terminal                 | Enfermedad crónica avanzada evolutiva                   |
| Pronóstico de días/semanas/<6 meses | Pronóstico de vida limitado                             |
| Evolución progresiva                | Evolución progresiva con crisis                         |
| Cáncer                              | Todas las patologías crónicas evolutivas                |
| Mortalidad                          | Prevalencia   |
| Dicotomía curativa vs paliativa     | Atención sincrónica, compartida y combinada             |
| Intervención rígida                 | Intervención flexible                                   |
| Tratamiento específico vs paliativo | Tratamiento específico que no contraindica el paliativo |

*El nuevo enfoque de los CP se dirige a la “enfermedad crónica evolutiva con pronóstico de vida limitado”*

.../...

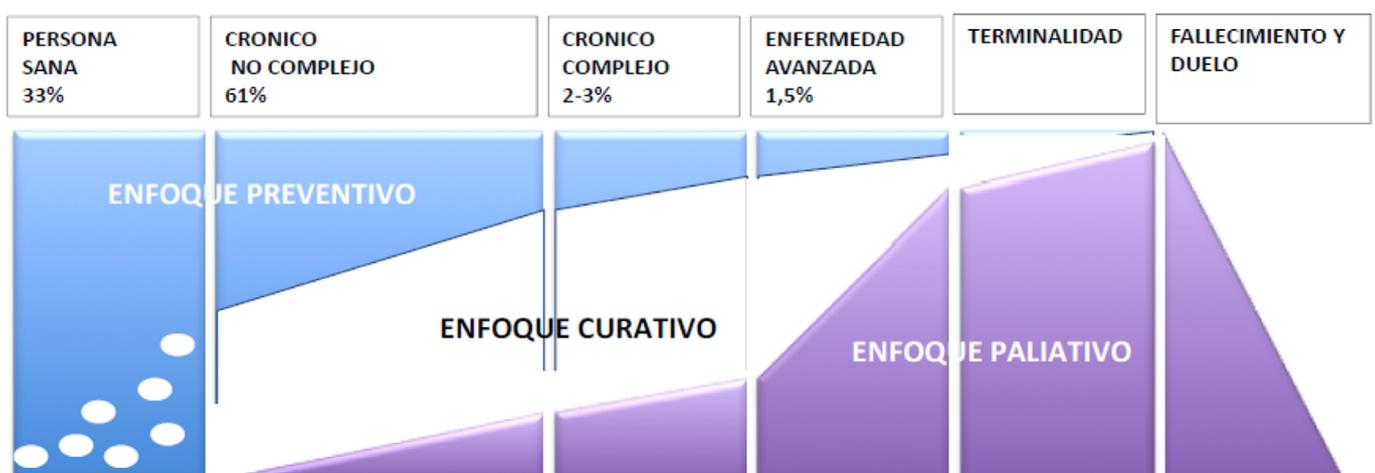
| DE                           | A  |
|------------------------------|--|
| Pronóstico como ítem central | Complejidad como criterio de intervención de los servicios     |
| Respuesta pasiva a crisis    | Actitud proactiva – preventiva y gestión de caso               |
| Rol pasivo del enfermo       | Autonomía del paciente: Planificación Anticipada de Decisiones |
| Cuidados paliativos          | Atención paliativa   |
| Servicios específicos        | Medidas de mejora en todos los servicios del Sistema de Salud  |
| Atención fragmentada         | Atención coordinada e integrada                                |
| Paciente institucionalizado  | Paciente en la comunidad                                       |
| Paciente paliativo           | Paciente con necesidades de atención paliativa                 |

### ELEMENTOS DESTACADOS DE UN PLAN DE ATENCIÓN INTEGRADA (PAI)

Cada vez es mayor el número de personas que sufren problemas de salud crónicos que las llevan a una situación de enfermedad avanzada previa al final de la vida, de duración variable y difícil de prever. No significa que estos pacientes vayan a fallecer en los próximos días, semanas o meses, sino que en su situación global actual es imprescindible arbitrar medidas encaminadas a abordar sus necesidades integrales, teniendo en cuenta que la enfermedad no va a ser curada, ni la condición superada. La transición de cuidados curativos a paliativos es a menudo gradual, y debe basarse en las necesidades individuales de la persona y la familia, más que en un plazo concreto de supervivencia esperada. Por ello, las intervenciones paliativas no se deben limitar a los últimos días de la vida<sup>1,2</sup>.

Se debe encontrar la clave para determinar cuándo un enfermo crónico necesita otro tipo de cuidados aparte de sus tratamientos habituales, siendo recomendable que estos cuidados comiencen en las fases tempranas del diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, y se apliquen progresivamente a medida que la enfermedad avanza, siendo compatibles con la aplicación de tratamientos curativos<sup>1,4</sup> (figura 1).

Figura 1. **El continuum de la complejidad y las transiciones asistenciales**<sup>5</sup>



Para que los pacientes con necesidades de atención paliativa reciban en todo momento una atención apropiada y de acuerdo con sus expectativas y necesidades se debe desarrollar un Plan de Atención Integrada (PAI). Los elementos clave que deben contemplarse en un PAI son:

## • Identificación de casos

Una de las principales dificultades en la atención paliativa es lograr la correcta identificación de los pacientes con estas necesidades. En España se dispone de dos instrumentos para ello: el **NECPAL**, desarrollado por el Institut Català d'Oncologia y basado fundamentalmente en el GSF-PIG (Gold Standards Framework-Prognostic Indicator Guidance) inglés, y la versión adaptada del **SPICT** (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) escocés<sup>1,4</sup>. El instrumento NECPAL se encuentra accesible como un formulario de Osabide Global.

## • Marcaje de los pacientes con necesidades paliativas

La temprana identificación y codificación de las personas que se acercan al final de su vida facilitan la planificación y la atención<sup>1</sup>. Para marcar en la historia clínica la atención de cuidados paliativos se utilizan los códigos V66.7 (CIE-9) y Z51.5 (CIE-10). Su intención es permitir que el conjunto de los profesionales que pueden acceder a la historia clínica conozca la condición paliativa del paciente, pudiendo ser de ayuda en la atención integral del mismo y en la toma de decisiones.

## • Clasificación de la complejidad

La complejidad en CP es un concepto multifactorial que depende de un conjunto de elementos relacionados entre sí y que no tiene una definición unánime en la literatura. El **IDC-Pal** es un instrumento diagnóstico de la complejidad en pacientes con enfermedad en fase avanzada y terminal que comprende aquellas situaciones o elementos de complejidad identificados tras la valoración de la unidad paciente-familia. El instrumento IDC-Pal orienta en la toma de decisiones para la adecuación de la intervención de los recursos implicados<sup>1</sup>. La identificación de un caso como "complejo" o "muy complejo" puede hacer necesaria la intervención de un equipo específico de cuidados paliativos.

*La temprana identificación y codificación de las personas que se acercan al final de su vida facilitan la planificación y la atención*

## • Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) y Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)

La PAD es un proceso abierto, continuo, dinámico y susceptible de modificación, de relación asistencial entre una persona y los profesionales sanitarios implicados en su atención. Permite construir, de manera compartida y de acuerdo con sus valores y preferencias, la estrategia para abordar las decisiones que habrá que tomar cuando aparezcan problemas al final de su vida y no disponga de la capacidad suficiente para otorgar un consentimiento informado. Es conveniente que este plan esté registrado en un lugar adecuado en la historia clínica del paciente.

El DVA es un documento legal que se registra y es confidencial. En el caso de que el firmante no pueda expresar personalmente su voluntad, el facultativo que le atiende consultará si dispone de DVA y registrará sus actuaciones sanitarias según estimó en su día el interesado. En la historia clínica se puede consultar si el paciente dispone de DVA, y acceder a su contenido cuando sea preciso adoptar decisiones clínicas relevantes y, el paciente no pueda expresar su voluntad debido a su situación clínica.

## • Plan Individualizado de Atención (PIA)

Además de la detección, el marcaje y la clasificación de la complejidad, es necesario realizar una evaluación multidimensional de cada caso, que incluya las necesidades físicas, emocionales, socio-familiares, espirituales y culturales del paciente y la familia, e identificar sus valores, expectativas y preferencias. Aquí puede ser de gran ayuda la PAD. Todo ello debe estar recogido en un documento accesible en la historia clínica electrónica del paciente: el PIA. Este formulario, disponible en Osabide, sigue una metodología de gestión del caso que permite orientar la organización de la atención<sup>1</sup>.

*Se debe desarrollar un Plan de Atención Integrada (PAI) de acuerdo con las expectativas y necesidades del paciente*

## PRINCIPIOS DE LA PRESCRIPCIÓN AL FINAL DE LA VIDA

Los profesionales sanitarios que atienden a pacientes en CP a menudo se enfrentan a cuestiones sobre la conveniencia de continuar tratamientos cuyo objetivo es preventivo o curativo. Las personas mayores que se aproximan al final de la vida son una población con un particular riesgo de sufrir efectos adversos derivados de la terapia farmacológica. Diversos estudios indican que el uso de medicación innecesaria en adultos mayores con una esperanza de vida reducida se sitúa en torno

al 40-50%, entendiéndose como innecesaria la medicación prescrita sin una indicación clara, sin evidencia de un beneficio terapéutico mantenido, en dosis o duración excesiva o en presencia de efectos adversos<sup>6</sup>.

Una prescripción óptima debe basarse en la eficacia y la seguridad, así como la adecuación, el coste-efectividad y las preferencias del paciente<sup>7</sup>. La farmacoterapia debe ser revisada y evaluada regularmente. Cuando un paciente llega al final de su vida cobra aún mayor importancia reevaluar la utilización de la medicación y decidir qué fármacos son adecuados o no, teniendo en cuenta los objetivos de cuidado y la expectativa de vida<sup>8</sup>. El manejo de la compleja interacción entre las enfermedades que amenazan la vida (insuficiencia cardíaca...), otras comorbilidades (hipertensión, fibrilación auricular...) y los síntomas (disnea, dolor...) es un reto tanto para los médicos como para los pacientes<sup>9</sup>.

La retirada de algunos fármacos, incluso de los considerados inapropiados, puede ser dificultosa. Para la toma de decisiones se deberían valorar los siguientes factores<sup>8,10,11</sup>:

- Expectativa de vida del paciente: se han desarrollado diferentes índices para estimar la mortalidad global en diferentes grupos de pacientes; sin embargo, se necesitan nuevos estudios que prueben su precisión en poblaciones heterogéneas y su capacidad para mejorar resultados clínicos antes de recomendar su uso<sup>12</sup>.
- Objetivos del tratamiento: control de síntomas vs prevención a largo plazo.
- Tiempo necesario para producir beneficio.
- Dificultades para su administración. A medida que aumenta el número de fármacos, los pacientes se enfrentan a complejos regímenes de administración que aumentan el riesgo de no adherencia, y merman su calidad de vida. Por otra parte, los pacientes con enfermedad avanzada experimentan con frecuencia anorexia, dificultades para tragar, y saciedad temprana, lo que dificulta la ingesta de varios medicamentos al día<sup>9</sup>.

*En la fase final de la vida el objetivo de la terapia farmacológica evoluciona de la prevención al control de síntomas*

Algunos pacientes consideran la prescripción como una expresión de la relación médico-paciente. Consecuentemente, la retirada de fármacos puede ser malinterpretada por los pacientes y sus familias como un abandono del cuidado, o una pérdida de la esperanza. Por el contrario, la renovación de la medicación **preventiva** puede provocar falsas esperanzas. Para evitar malentendidos, es necesaria una comunicación clara entre el médico, el paciente y los familiares cercanos. La idea clave que habría que transmitir es que el objetivo de la farmacoterapia evoluciona de la prevención al control de los síntomas, y que si se retira un fármaco es porque la situación actual del paciente lo requiere, y en ningún caso porque "no merezca la pena tratarlo"<sup>10,13</sup>. Un buen tratamiento consiste no sólo en saber cuándo iniciarlo, sino también en cuándo y cómo retirarlo<sup>14</sup>.

Una de las barreras que mencionan los prescriptores para retirar medicación en los pacientes frágiles es que éstos no lo desean. Sin embargo, en varias encuestas realizadas a pacientes, entre un tercio y un 95% de ellos han mostrado deseos de suprimir alguno de los medicamentos que están tomando<sup>15</sup>.

A continuación se exponen algunas recomendaciones para una prescripción adecuada al final de la vida<sup>10,11</sup>:

- Definir el objetivo del tratamiento es de vital importancia y orientará al prescriptor sobre la farmacoterapia más adecuada. Este aspecto debería acordarse entre el médico y el paciente y, cuando sea necesario, con los cuidadores.
- Los fármacos que prolongan la vida y no mejoran los síntomas no son apropiados.
- Los fármacos para prevención primaria o secundaria, en principio, no están indicados, a no ser que el tiempo necesario para producir beneficio sea claramente inferior a la expectativa de vida del paciente y sus efectos adversos no sean significativos.
- Se debería utilizar el menor número de fármacos posible. En general, no más de cinco fármacos diarios. Seis o más fármacos al día aumentan el riesgo de efectos adversos y reducen la adherencia al tratamiento en personas mayores.
- La optimización del régimen farmacológico para un paciente al final de su vida es un proceso dinámico. Cuando se plantee retirar más de un fármaco, es preferible hacerlo de uno en uno, para identificar más fácilmente los posibles efectos adversos tras la retirada de cada fármaco y tomar las acciones correctoras necesarias.
- Simplificar en lo posible las pautas posológicas, y adaptarlas a las necesidades de los pacientes.

*En la medida de lo posible se deben simplificar las pautas posológicas*

## RECOMENDACIONES PARA LA DEPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS

La mayoría de pacientes que alcanza la etapa final de su vida tiene prescritos gran cantidad de medicamentos para enfermedades crónicas. Aunque no existe un consenso claro de qué fármacos son inadecuados en este periodo, algunos no se consideran apropiados, principalmente porque el tiempo necesario para producir beneficio es superior a la expectativa de vida del paciente. Por ejemplo, los fármacos para reducir el colesterol casi siempre se consideran inapropiados, al igual que los utilizados para minimizar el riesgo de fracturas por fragilidad<sup>10</sup>.

Para minimizar la iatrogenia Scott et al<sup>16</sup> proponen un marco de calidad en el uso de los medicamentos, que comprende 10 pasos:

1. Revisar todos los medicamentos utilizados actualmente por el paciente.
2. Identificar los pacientes con alto riesgo de sufrir efectos adversos.
3. Estimar la esperanza de vida en los pacientes de alto riesgo.
4. Definir los objetivos globales de la asistencia en el contexto de su expectativa de vida.
5. Definir y confirmar las indicaciones actuales de los medicamentos prescritos.
6. Determinar el tiempo hasta que el fármaco produce beneficio.
7. Estimar la relación beneficio-riesgo de cada medicamento.
8. Revisar la utilidad relativa de los distintos fármacos.
9. Identificar los fármacos que podrían ser retirados o utilizados a menor dosis.
10. Implementar y monitorizar un plan de reducción de medicamentos con una reevaluación continua de su utilidad y de la adherencia del paciente.

Debe diferenciarse claramente entre los medicamentos que no deben iniciarse y los que deben retirarse. Por ejemplo: en un paciente al final de su vida parece más apropiado iniciar el tratamiento sintomático de una enfermedad reumática activa con corticoides en lugar de con metotrexato. Sin embargo, si el paciente está bien controlado con metotrexato, probablemente sea más adecuado mantenerlo. Otro ejemplo serían las benzodiacepinas (BZD) de vida media larga. En general, son fármacos que se deben evitar en los pacientes ancianos; sin embargo, podría no ser adecuado someter a un paciente al final de su vida a los efectos de la retirada de las BZD, por lo que se requiere una valoración individual<sup>10</sup>.

En la tabla 2 se recogen recomendaciones sobre algunos grupos de fármacos en los que se podría plantear la retirada en pacientes paliativos. Se trata de una tabla orientativa, que en ningún caso debe sustituir al juicio clínico y a la individualización del tratamiento en cada paciente.

Tabla 2. **Resumen de las recomendaciones sobre la deprescripción de fármacos en pacientes paliativos**

| Grupo terapéutico  | Recomendación  | ¿Es necesaria una reducción gradual?                | Posibles problemas si se continúa el tratamiento   |
|--|--|---|--|
| Estatinas y otros hipolipemiantes <sup>14,17-20</sup>  | Retirar, especialmente si no ha habido un evento coronario o cardiovascular reciente.  | No  | Fallo renal agudo. En caso de miopatía y uso continuado, riesgo de rabdomiolisis y daño renal y de otros órganos.<br><br>Riesgo de interacciones con otros fármacos.   |
| Antihipertensivos (β-bloqueantes, diuréticos, IECA, ARA-II, antagonistas del calcio) <sup>14,20-22</sup> | Retirar si se utilizan sólo como antihipertensivos.<br><br>Retirar de uno en uno.<br><br>Objetivos de control menos estrictos. | Sí. Riesgo de hipertensión de rebote y taquicardia. | Muchos pacientes al final de la vida presentan tensión arterial baja, incluso sin antihipertensivos, debido a caquexia y fallo orgánico.<br><br>En pacientes frágiles los objetivos de control muy estrictos no mejoran los resultados, asociándose a un aumento de efectos adversos (hipotensión ortostática y caídas). |

...

.../...

| Grupo terapéutico  | Recomendación   | ¿Es necesaria una reducción gradual?  | Posibles problemas si se continúa el tratamiento   |
|--|---|---|--|
| Anticoagulantes (antagonistas de la vitamina K) <sup>14,22</sup>   | Individualizar.<br>Valorar retirada cuando existe alto riesgo de caídas.  | No  | Debido a la deficiente ingesta de los pacientes al final de la vida, el uso de anticoagulantes puede plantear serios riesgos por los cambios en la terapia y las interacciones farmacológicas, que pueden producir alteraciones del INR. |
| Hipoglucemiantes e insulina <sup>14,22</sup>   | DM tipo 1: ajustar la insulina a la mínima dosis, una vez al día.<br>DM tipo 2: ajustar a la dosis mínima sin síntomas de hipo o hiperglucemia. Restringir el uso de hipoglucemiantes a la metformina (si la función renal está conservada).<br>Objetivos de control menos estrictos. | Dependiendo de la dosis inicial.  | La disminución de la ingesta al final de la vida puede provocar hipoglucemias importantes si se mantienen los hipoglucemiantes.  |
| Fármacos usados en demencia: inhibidores de la colinesterasa (rivastigmina, donepezilo, galantamina) y memantina <sup>11,23-25</sup> | Variable. No iniciar y valorar su retirada en pacientes con demencia avanzada y en los que no hayan demostrado respuesta clínica evidente.  | Sí. Riesgo de síndrome de retirada (ansiedad, agitación y empeoramiento de los síntomas de demencia).           | Inhibidores de la colinesterasa: efectos adversos gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea), cardíacos (mareos, síncope), urinarios (aumento de la frecuencia urinaria, retención), neuropsiquiátricos y del SNC.                   |
| Hierro, calcio, vitamina D y suplementos vitamínicos <sup>11,26,27</sup>   | Retirar   | No  | El hierro oral produce estreñimiento, especialmente en pacientes tratados con opiáceos.  |
| Fármacos para la osteoporosis <sup>20,22,24,28</sup>   | Retirar, excepto si se utilizan en el tratamiento de la hipercalcemia secundaria a metástasis óseas.  | No  | Bisfosfonatos: riesgo de úlcera esofágica. Fracturas atípicas y osteonecrosis mandibular.  |
| Benzodiacepinas <sup>21,26,27</sup>  | Valorar retirada. Su retirada ha demostrado mejoras cognitivas y psicomotoras.  | Sí. Síndrome de retirada: insomnio, agitación, ansiedad, palpitaciones, temblor, trastornos gastrointestinales. | Aumento del riesgo de caídas, especialmente en pacientes ancianos.   |
| IBP, antiH2 <sup>20, 29</sup>  | Pueden retirarse cuando se utilizan en profilaxis de úlcera péptica en pacientes sin antecedentes de sangrado o úlcera gastrointestinal y sin tratamiento concomitante con AINE.  | Sí. Riesgo de dispepsia y aumento de secreción ácida de rebote.   | Su uso a largo plazo se ha asociado con infecciones entéricas, déficit de vitamina B12 e hipomagnesemia, neumonía y nefritis intersticial aguda.   |
| Antiagregantes <sup>17,26,27</sup>   | Valorar retirada en prevención primaria.  | No  | Riesgo de sangrado.  |

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Manolo Millet, jefe de sección de Hospitalización a Domicilio de la OSI Bidasoa, la revisión del texto así como sus acertados comentarios y sugerencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de Trabajo para el Abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi. Abordaje de los cuidados paliativos en Euskadi. Proceso de atención y mejora en la fase final de la vida. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Disponible en: [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan\\_cuidados\\_paliativos/es\\_def/adjuntos/cuidados\\_paliativos\\_anexo\\_es.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_cuidados_paliativos/es_def/adjuntos/cuidados_paliativos_anexo_es.pdf)
- Arce García MC, Alonso Babarro A. Cuidados paliativos en pacientes no oncológicos. FMC. 2008;15(5):273-4.
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X et al. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: Identificación y Atención Integral-Integrada de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. Disponible en: [http://ico.gencat.cat/web/contenut/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc\\_necpal\\_ccoms-ico\\_instrumento\\_esp\\_vweb\\_vff.pdf](http://ico.gencat.cat/web/contenut/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc_necpal_ccoms-ico_instrumento_esp_vweb_vff.pdf)
- Limón E, Meléndez A. Identificación de los pacientes que tienen necesidades paliativas. ¿Están todos los que son? AMF. 2014;10(5):261-6.
- Blay C. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2014.
- Tjia J, Velten SJ, Parsons C, Valluri S, Briesacher BA. Studies to reduce unnecessary medication use in frail older adults: a systematic review. Drugs Aging. 2013;30:285-307.
- Holmes HM. Rational prescribing for patients with a reduced life expectancy. Clin Pharmacol Ther. 2009;85(1):103-7.
- Maddison AR, Fisher J, Johnston G. Preventive medication use among persons with limited life expectancy. Prog Palliat Care. 2011;19(1):15-21.
- McNeil MJ, Kamal AH, Kutner JS, Ritchie CS, Abernethy AP. The burden of polypharmacy in patients near the end of life. J Pain Symptom Manage. 2016;51(2):178-183.
- O'Mahony D, O'Connor MN. Pharmacotherapy at the end-of-life. Age and Ageing. 2011;0:1-4.
- Cruz-Jentoft AJ, Boland B, Rexach L. Drug therapy optimization at the end of life. Drugs Aging. 2012;29(6):511-21.
- Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, Widera EW, Smith AK. Prognostic indices for older adults: a systematic review. JAMA. 2012;307(2):182-192.
- Hilmer SN, Gnjidic D, Le Couteur DG. Thinking through the medication list. Aust Fam Physician. 2012;41(12):924-8.
- van Norden R, Lavrijsen J, Vissers K, Koopmans R. Decision making about change of medication for comorbid disease at the end of life: an integrative review. Drugs Aging. 2014;31:501-12.
- Qi K, Reeve E, Hilmer SN, Pearson SA, Matthews S, Gnjidic D. Older peoples' attitudes regarding polypharmacy, statin use and willingness to have statins deprescribed in Australia. Int J Clin Pharm. 2015;37:949-57.
- Scott IA, Gray LC, Martin JH, Mitchell CA. Minimizing inappropriate medications in older populations: a 10-step conceptual framework. Am J Med. 2012;125:529-37.
- All Wales Medicines Strategy Group. Polypharmacy: Guidance for Prescribing. July 2014.
- AMDA-The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine. Ten things physicians and patients should question. September 2013. Disponible en: <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/02/AMDA-Choosing-Wisely-List.pdf>
- Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH, Ritchie CS, Bull JH, Fairclough DL et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness. A randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2015;175(5):691-700.
- Lindsay J, Dooley M, Martin J, Fay M, Kearney A, Khatun M et al. The development and evaluation of an oncological palliative care deprescribing guideline: the "OncPal deprescribing guideline". Support Care Cancer. 2015;23:71-8.
- Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, Le Couteur DG. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older. A systematic review. Drugs Aging. 2008;25(12):1021-31.
- Baena JM, González I, Rodríguez R. Evidencias disponibles y criterios para la retirada de fármacos en las demencias. FMC. 2012;19(9):547-51.
- Tenni P, Dunbabin D. A guide to deprescribing for better health outcomes: Cholinesterase inhibitors. May 2016. Disponible en: <http://www.primaryhealthtas.com.au/sites/default/files/A%20Guide%20to%20Deprescribing%20Cholinesterase%20Inhibitors.pdf>
- Bemben NM. Deprescribing: an application to medication management in older adults. Pharmacotherapy. 2016;36:774-80.
- Mathew R, Davies N, Manthorpe J, Iliffe S. Making decisions at the end of life when caring for a person with dementia: a literature review to explore the potential use of heuristics in difficult decision-making. BMJ Open 2016;6:e010416. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/7/e010416.full.pdf+html>
- Starkey V, Omorinoye T. Deprescribing: a practical guide. NHS Southern Derbyshire CCG Medicines Management Team Version 1.10 May 2015. Disponible en: [http://www.derbyshiremedicines-management.nhs.uk/assets/Clinical\\_Guidelines/clinical\\_guidelines\\_front\\_page/Deprescribing.pdf](http://www.derbyshiremedicines-management.nhs.uk/assets/Clinical_Guidelines/clinical_guidelines_front_page/Deprescribing.pdf)
- Frank C, Weir E. Deprescribing for older patients. CMAJ. 2014;186(18):1369-76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4259770/pdf/1861369.pdf>
- ASCEPT – The Australasian Society of Clinical and Experimental Pharmacologists and Toxicologists. Five things clinicians and consumers should question. April 2016. Disponible en: [http://www.choosingwisely.org.au/getmedia/e97bde53-e89c-4f4f-8380-5c9b-3ff2da9f/CW\\_Recommendations\\_ASCEPT\\_v2.pdf.aspx](http://www.choosingwisely.org.au/getmedia/e97bde53-e89c-4f4f-8380-5c9b-3ff2da9f/CW_Recommendations_ASCEPT_v2.pdf.aspx)
- PPI deprescribing. Approaches for stopping or dose reduction of PPIs in those who may not need lifelong treatment. Rx Files. April 2015. Disponible en: <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/PPI-Deprescribing-Newsletter.pdf>

Fecha de revisión bibliográfica: junio 2016

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaRAM.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: el farmacéutico de su organización sanitaria o CEVIME - tel. 945 01 92 66 - e-mail: [cevime-san@euskadi.eus](mailto:cevime-san@euskadi.eus)

**Consejo de Redacción:** José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Ainhoa Asensio, Sergio Barrondo, Maite Callén, Saioa Domingo, Maitane Elola, Marta Esteban, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M<sup>a</sup> José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Oloquegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



**Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia**  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SALUD

ISSN: 1575054-X