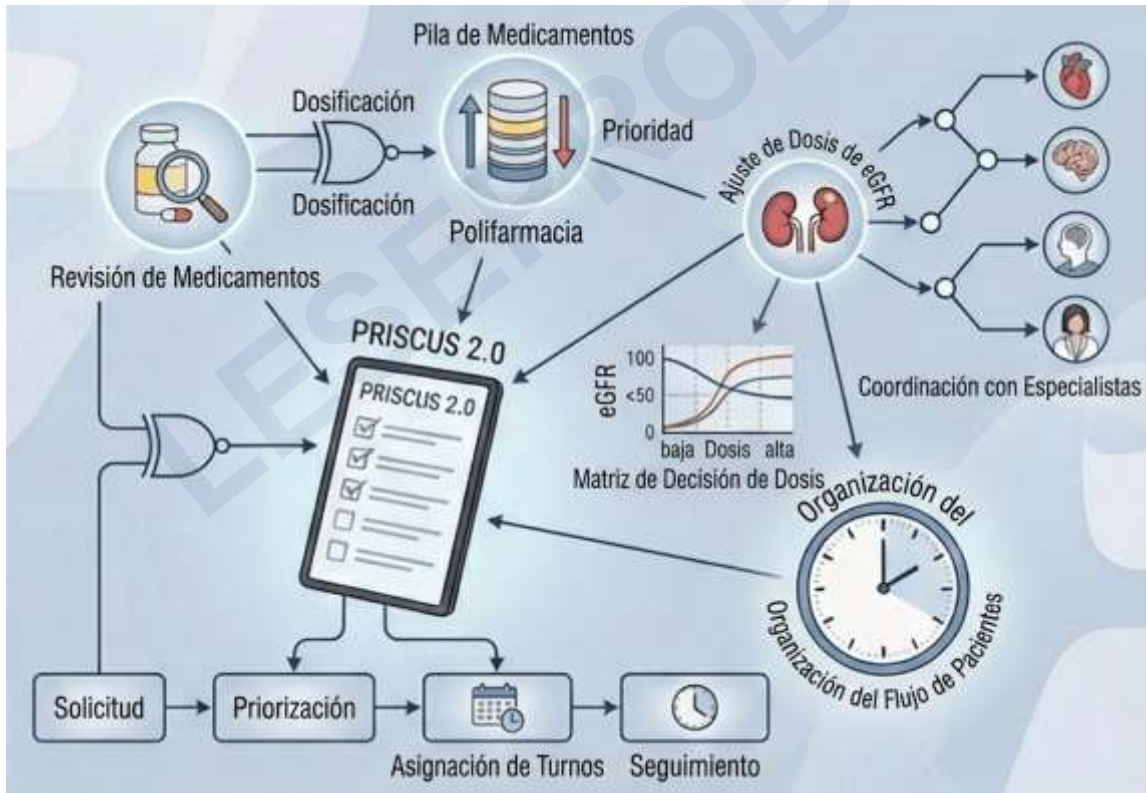


en medicina de familia

Volumen 4

Gestión de pacientes

Estrategias terapéuticas para la consulta de medicina general



Fundamentos terapéuticos | PRISCUS (lista alemana de medicamentos potencialmente inadecuados en el anciano) 2.0: revisión de la medicación

Desprescripción | Recursos | Coordinación

Acerca de esta muestra

Volumen 4 · Gestión de pacientes

Esta muestra seleccionada contiene 25 páginas de un volumen de 168 páginas e incluye tres capítulos completos y páginas introductorias seleccionadas. Se conserva la numeración original; los saltos son intencionados. El índice reproducido corresponde al volumen completo. Los marcadores PDF conducen únicamente a los contenidos incluidos.

- **Capítulo 2 · Revisión de la medicación**
- **Capítulo 4 · Suspensión de la medicación**
- **Capítulo 6 · Coordinación con especialistas**

Los avisos originales sobre uso y responsabilidad también se aplican a esta muestra.

Derechos de autor | Aviso legal

Dr. med. Götz Huber

El sistema operativo clínico de la medicina de familia

Volumen 4: Gestión de pacientes - Estrategias terapéuticas para la consulta de medicina general

© 2026 Dr. med. Götz Huber. Todos los derechos reservados.

Esta obra, incluidas todas sus partes, está protegida por derechos de autor. Cualquier uso fuera de los estrictos límites de la Ley de Propiedad Intelectual está prohibido sin el consentimiento del autor y es punible.

Nota: La información contenida en este libro ha sido cuidadosamente investigada y verificada. Dado que las herramientas de IA y el marco normativo cambian rápidamente, es posible que algunos datos ya estén desactualizados en el momento de la lectura. Encontrará actualizaciones en <https://clinicalos.de/>. La mención de productos y fabricantes se realiza sin garantía alguna y no constituye una recomendación de compra ni de uso.

Nota sobre la traducción, el contenido, el uso y la responsabilidad

Esta edición en español es una traducción de la obra original escrita en alemán. El concepto, la estructura y el contenido médico fundamental de ClinicalOS se desarrollaron inicialmente para la medicina general alemana y el sistema sanitario alemán, con el fin de proporcionar a los médicos de familia en ejercicio, a los médicos de familia en formación, a los auxiliares sanitarios y a los estudiantes de medicina un recurso de aprendizaje y consulta estructurado y orientado a la práctica. El contenido se basa en la literatura médica actual, en fuentes basadas en guías clínicas y en la experiencia práctica en medicina general.

Durante la adaptación lingüística, se han tenido en cuenta las referencias a directrices, prácticas clínicas y marcos normativos de otros entornos hispanohablantes, y se han destacado cuando ha sido pertinente y viable; en algunos ámbitos, también se presentan explícitamente las diferencias con respecto a las recomendaciones alemanas. Sin embargo, la traducción no constituye una adaptación sistemática de todos los aspectos médicos, terapéuticos o normativos a todos los países hispanohablantes. Las directrices profesionales, las autorizaciones de comercialización, las dosis aprobadas, los procedimientos de prescripción, las normas de reembolso y los requisitos normativos pueden variar de un país a otro; **las guías, la información oficial sobre prescripción y las disposiciones normativas actualmente aplicables en el país o sistema sanitario correspondiente siempre tienen prioridad.** La información sobre la posología se aplica a adultos sin insuficiencia renal significativa; se requieren ajustes individuales para pacientes de edad avanzada, aquellos con polifarmacia y durante el embarazo. **Se deben seguir prioritariamente las guías nacionales vigentes (p. ej., las de semFYC o el PAPPS).**

En la elaboración de este manual se han utilizado herramientas digitales, incluida la generación de texto asistida por IA. Posteriormente, el autor ha revisado todo el contenido para comprobar su exactitud técnica, coherencia y posibles errores. **No se puede garantizar la exactitud, actualidad o exhaustividad de la información facilitada;** no se puede descartar la ausencia total de errores, incluso en lo que respecta a las directrices o recomendaciones de dosificación que puedan haberse actualizado entretanto.

El contenido de este manual no sustituye a una evaluación médica individual y no debe interpretarse como recomendaciones terapéuticas vinculantes. Las decisiones diagnósticas y terapéuticas deben tomarse siempre caso por caso para cada paciente concreto, teniendo en cuenta el cuadro clínico completo y las directrices vigentes en cada momento. **Los médicos asumen la responsabilidad médica plena y última:** cualquier uso del contenido de este manual —ya sea como módulo de texto, procedimiento operativo estándar o recomendación terapéutica— requiere una revisión profesional independiente por parte del médico responsable del tratamiento. **El contenido generado digitalmente o con ayuda de la IA no puede ni debe sustituir al criterio médico.**

Cualquier uso de la información aquí presentada es responsabilidad exclusiva del lector. Quedan excluidas, por regla general, las reclamaciones de responsabilidad por daños de carácter material o inmaterial derivados del uso directo o indirecto de la información contenida en este manual, incluso cuando dicha información sea incompleta o contenga errores.

Contenido

Sección	Contenido
Capítulo 1: Fundamentos de la farmacoterapia	Modelo de 6 pasos del proceso de prescripción, jerarquía de fuentes de información, PRISCUS 2.0 con las 13 categorías PIM relevantes para el médico de cabecera, ajuste de la dosis basado en la eGFR, farmacoterapia geriátrica (puntuación ACB, las 10 interacciones más peligrosas), documentación de alergias, inicio del tratamiento con GLP-1 en la obesidad
Capítulo 2: Revisión de la medicación	Metodología de revisión «Brown-Bag», algoritmo de revisión en 5 pasos, comprobación PRISCUS en la revisión, plan de medicación uniforme a nivel federal, toma de decisiones compartida, lista de comprobación para la revisión
Capítulo 3: Polifarmacia y priorización	Definición y epidemiología, lógica de priorización en la multimorbilidad, jerarquía de objetivos, PRISCUS como herramienta de priorización, toma de decisiones compartida
Capítulo 4: Desprescripción	Principios básicos, desprescripción guiada por PRISCUS según clases de sustancias, seguimiento y criterios de reanudación, comunicación, protocolos de retirada
Capítulo 5: Prescripción de medicamentos y productos sanitarios	Medicamentos (modelo 13), productos sanitarios (modelo 16), alternativas a PRISCUS, técnica de inhalación, ortesis/vendajes, terapia de compresión, incluyendo insuficiencia venosa crónica (IVC), linfedema y lipedema, asesoramiento nutricional, deporte de rehabilitación
Capítulo 6: Coordinación con especialistas	Derivación estructurada, reincorporación e integración de resultados, matriz de funciones, problemas de interfaz, cribado del PSA como ejemplo de coordinación
Capítulo 7A: Deficiencia de micronutrientes y sustitución hormonal	Esquemas de sustitución de vitamina D, B12, hierro y magnesio; sustitución de testosterona; hormonas tiroideas como terapia a petición del paciente; toma de decisiones compartida; resumen de dosis
Capítulo 8: Prevención y detección precoz	Revisión médica a los 35 años, gestión de vacunas, detección precoz del cáncer, prevención cardiovascular, prevención de caídas, los 25 diagnósticos geriátricos, gestión adaptada al riesgo
Capítulo 9: Gestión de urgencias clínicas	Algoritmo de reanimación, causas reversibles (4H/HITS), medicamentos de urgencia, anafilaxia, hipoglucemia, convulsiones, aspiración de cuerpos extraños, guía rápida sobre SCA/ictus/asma
Capítulo 10: Programas de gestión de enfermedades	Lógica básica de los DMP (programa alemán de gestión estructurada de enfermedades crónicas), reparto de tareas entre médicos y auxiliares de medicina, lista de control, consejos prácticos específicos para cada indicación, errores comunes en la documentación, mini-SOP, DiGA como complemento

Sección	Contenido
Capítulo 11: Atención psicosocial	Detección de la depresión, aislamiento social/necesidad de cuidados, planificación anticipada de la atención/cuidados paliativos, certificado de baja por enfermedad, DiGA en enfermedades psicosociales
Capítulo 12: Organización de la consulta y arquitectura general	Delegación y estructura del equipo de la consulta, facturación/círculos de calidad, arquitectura general de los volúmenes 1 a 11, flujo de trabajo de la consulta con GLP-1, gestión de la información de los pacientes procedente de foros
Capítulo 13: Molestias inespecíficas	Algoritmo básico, tabla maestra de señales de alarma, diagnóstico mínimo, espera vigilante/tranquilización, módulo de comunicación, red de seguridad
Capítulo 14: Molestias ortopédicas	Algoritmo básico, señales de alerta, diagnóstico mínimo/imágenes, espera vigilante, evolución natural, comunicación, red de seguridad

Índice

Capítulo 1 Fundamentos de la farmacoterapia	7
Capítulo 2 Revisión de la medicación	20
Capítulo 3 Polifarmacia y priorización	28
Capítulo 4 Desprescripción	33
Capítulo 5 Prescripción de productos terapéuticos y productos auxiliares	40
Capítulo 6 Coordinación con especialistas	54
Capítulo 7 Deficiencia de micronutrientes y sustitución hormonal: ¿cuándo tratamos?	56
Capítulo 8 Prevención y detección precoz	66
Capítulo 9 Gestión de urgencias clínicas en la consulta del médico de familia	78
Capítulo 10 Programas de gestión de enfermedades (DMP)	86
Capítulo 11 Atención psicosocial	95
Capítulo 12 Organización de la consulta y estructura general	104
Capítulo 13 Molestias inespecíficas	107
Capítulo 14 Molestias ortopédicas	114
ANEXOS	120
<i>A1. Molestias inespecíficas</i>	120
<i>A2. Molestias ortopédicas: evolución natural, factor tiempo y el arte de la espera racional</i>	148

⇒ Véase también «Anexo práctico (C)» del Manual 4: Gestión de pacientes

Introducción

El Manual 4 constituye la columna vertebral terapéutica de la serie ClinicalOS: mientras que el Manual 2 describe el diagnóstico racional, el Manual 4 parte del diagnóstico ya establecido y aborda la cuestión de cómo tratar, prescribir, coordinar y realizar el seguimiento. Los 14 capítulos siguen el orden natural de la práctica terapéutica diaria del médico de familia: desde los fundamentos de la farmacoterapia y PRISCUS 2.0 (capítulo 1), pasando por la revisión de la medicación, la polifarmacia y la desprescripción (capítulos 2-4), hasta la prescripción de productos terapéuticos y productos auxiliares y la coordinación con especialistas (capítulos 5-6).

Un segundo eje central se centra en temas que, en el día a día de la consulta, suelen quedar en un limbo: la sustitución de micronutrientes y hormonas, la prevención y la detección precoz, la gestión de urgencias en medicina de familia, así como los programas de gestión de enfermedades (capítulos 7A-10). Los últimos capítulos se dedican a la atención psicosocial, la organización de la consulta y dos de los motivos de consulta más frecuentes, pero menos estandarizados: las molestias inespecíficas y ortopédicas (capítulos 11-14), complementados con dos anexos de profundización sobre la espera racional.

Además de este manual, existe el anexo adicional ClinicalOS: capítulos de profundización basados en casos, organizados en ocho bloques temáticos (A-H), que abarcan desde la interpretación del ECG y el control de los lípidos, pasando por el tratamiento de los vértigos y los psicofármacos, hasta el cribado del cáncer de piel y el síndrome de ovario poliquístico (SOP). El anexo adicional está concebido como un documento independiente y en constante desarrollo, y puede consultarse al margen del Manual 4 cuando un caso concreto requiera orientación práctica más detallada.

Cuadro informativo

Hoy en día, la gestión de pacientes no termina en la puerta de la consulta. Las herramientas digitales —desde las consultas por videoconferencia hasta la gestión de citas en línea y la asistencia telefónica digital— están transformando la forma en que los pacientes se ponen en contacto con la consulta, conciertan citas y se organiza el seguimiento.

El Manual 4 describe principalmente los procesos, las funciones y las responsabilidades en el funcionamiento analógico e híbrido de la consulta: inscripción telefónica, logística de citas, listas de espera, sistemas de recordatorio y gestión de procesos en equipo.

Cuando estos procesos se complementan o sustituyen por soluciones digitales, el Manual 5, «Herramientas digitales e IA en la consulta del médico de familia», hace referencia a tecnologías concretas, pasos de implementación y requisitos de seguridad —por ejemplo, en el caso de las consultas por videoconferencia (cap. 11a), la gestión digital de citas (cap. 11.3), IA para la documentación (cap. 6) o medidas de protección de datos en el día a día (cap. 14.3).

Por lo tanto, para cada medida organizativa del Manual 4, se debe comprobar si en el Manual 5 se describe una herramienta digital adecuada que pueda reproducir el mismo proceso de forma más eficiente o segura. El Manual 4 responde a la pregunta: «¿Cómo organizamos el flujo de pacientes?». El Manual 5 la complementa: «¿Qué medios digitales utilizamos para ello de forma responsable?».

Capítulo 2. Revisión de la medicación

Método «brown bag» · Algoritmo de 5 pasos · Comprobación PRISCUS (lista alemana de medicamentos potencialmente inadecuados en el anciano) · Factores desencadenantes de la revisión · Documentación

La revisión de la medicación no es un servicio adicional, sino una rutina de seguridad de la consulta del médico de cabecera. Sirve para cotejar la medicación real con la documentada, detectar riesgos innecesarios y reorientar el tratamiento hacia el beneficio, la tolerancia y los objetivos del paciente.

La revisión es especialmente importante en personas mayores, tras una hospitalización, ante la aparición de nuevos síntomas sin un diagnóstico claro y siempre que se tomen cinco o más medicamentos a la vez. El objetivo no es reducir los medicamentos de forma generalizada, sino justificar de nuevo cada sustancia: ¿sigue teniendo una indicación, es adecuada la dosis, existen interacciones, plantea problemas en la tercera edad y se toma realmente tal y como estaba previsto?

2.1 Revisión «Brown-Bag»: metodología

El método «Brown-Bag» es una técnica estructurada para reflejar la realidad farmacológica de un paciente. Cubre la brecha entre el plan de medicación teórico y lo que el paciente toma realmente.

Principio fundamental: el paciente trae todos sus medicamentos

Se pide al paciente que traiga todos los medicamentos en una bolsa o envoltorio (en inglés: «brown bag»). Esto incluye:

- Medicamentos recetados (con y sin receta)
- Medicamentos de venta libre (preparados OTC)
- Complementos alimenticios y vitaminas
- Fitofármacos y productos naturales
- Medicamentos antiguos o que ya no se necesitan

Esta recopilación física evita errores debidos a la memoria y pone de manifiesto de inmediato las discrepancias entre la prescripción y la realidad.

Registro sistemático (lista de control de medicación)

Para cada medicamento se recoge la siguiente información:

Parámetros	Significado	Ejemplo	Documentación
Sustancia	Nombre del principio activo + dosis	Metoprolol 50 mg	En el plan de medicación
Indicación	¿Para qué se ha recetado el medicamento?	Hipertensión, control de la frecuencia cardíaca	En caso de duda: consultar
Médico prescriptor	¿Quién lo ha recetado?	Médico de cabecera, cardiólogo, farmacéutico	Información importante para consultas
Dosis	¿En qué cantidad y con qué frecuencia?	2 veces al día, 1 comprimido	Comparación con la receta
Duración	¿Desde cuándo? ¿Durante cuánto tiempo?	De forma continuada desde hace 3 años	Consultar en caso de duda

Comprobación de discrepancias: prescripto frente a realmente tomado

Tras el registro, se realizan tres comparaciones:

1. Plan de medicación frente a la base de datos de la farmacia: ¿Hay medicamentos recetados que no estén en el bolso? (¿Falta de adherencia o envases consumidos?)
2. Plan de medicación frente a lo declarado por el paciente: ¿Ha indicado el paciente otras dosis, frecuencias u horarios?
3. Plan de medicación frente al botiquín doméstico: ¿Se han «suspendido» medicamentos antiguos, pero siguen estando ahí? ¿Se toman simultáneamente genéricos y medicamentos originales?

Consejo: El método «Brown-Bag» resulta especialmente útil en pacientes de edad avanzada (>75 años), tras una hospitalización o en pacientes con polifarmacoterapia (≥10 medicamentos).

2.2 El algoritmo de revisión en 5 pasos

La revisión sigue un algoritmo estandarizado con cinco pasos secuenciales. Cada paso responde a una pregunta fundamental y da lugar a acciones definidas.

Tabla 2.2: El algoritmo de revisión de 5 pasos

Paso	Pregunta	Herramienta	Señal de alerta	Acción	Riesgo
1	¿Sigue existiendo la indicación?	Diagnóstico actual, hallazgos clínicos, análisis de laboratorio	Medicamento sin diagnóstico documentado; indicación obsoleta	Documentar o suspender	Reacción adversa sin beneficio
2	¿Es adecuada la dosis?	TFGe, edad, peso corporal, función hepática, interacciones	Dosis estándar con eGFR <30 o edad >85; sobredosis/subdosis	Ajuste de la dosis o sustitución	Toxicidad o fracaso terapéutico
3	¿Cribado de PIM (PRISCUS)?	PRISCUS 2.0, registro PRISCUS (Q30), guías de desprescripción	Medicamento incluido en la lista positiva; existe alternativa	Cambio a la alternativa o estrategia de seguimiento	Caídas, cognición, reacciones adversas a los medicamentos
4	¿Interacciones?	Red-FinalMed, comprobación del riesgo de QT, inhibidores de CYP3A4/2D6	Intoxicación grave (rojo), QTc >470 ms + alto riesgo de QT, síndrome serotoninérgico	Sustitución o mayor seguimiento	Fracaso terapéutico, reacciones adversas a los medicamentos
5	¿Cumplimiento o terapéutico?	Entrevista con el paciente, control del dosificador de pastillas, consulta a la farmacia	El paciente no toma la medicación; problema de comprensión; efectos adversos	Formación, simplificación o cambio	Fracaso terapéutico; ingreso hospitalario

Ejemplo de protocolo de revisión: revisión de 5 medicamentos

Paciente: Sr. K., 82 años, eGFR 48 ml/min, peso 72 kg, deterioro cognitivo leve

Medicamento	Paso 1: ¿Indicación?	Paso 2: ¿La dosis es correcta?	Paso 3: ¿PRISCUS?	Paso 4: ¿WW?	Paso 5: ¿Cumplimiento terapéutico?	Resultado	Medida
Metoprolol 50 mg 2 veces al día	Sí (hipertensión, antecedentes de infarto de miocardio)	Sí (eGFR normal)	No	No	Sí, con regularidad	Vale	Continuar
Amitriptilina 10 mg por la noche	No está claro (¿indicación anterior?)	Demasiado alta teniendo en cuenta la edad y la función cognitiva	Sí, lista PIM	+Metoprolol, vale	Esporádico, olvidos	Problema	Cambio a mirtazapina 7,5 mg
Diclofenaco 75 mg 1 vez	Sí (dolor crónico)	No, eGFR <50 → riesgo	Sí, PIM	Sí, riesgo de hemorragia gastrointestinal + metoprolol	Sí, a diario	Varios riesgos	Suspender el tratamiento; ¿opioides o paracetamol?
Omeprazol 20 mg 1 vez al día	Sí (protector gástrico con diclofenaco)	Tratamiento estándar, correcto	No	Sí, reduce la absorción de Mg y Ca	Sí, de forma habitual	Aceptable (temporalmente)	Suspender también tras suspender el Diclo
Atorvastatina 20 mg 1 vez al día	Sí (tras un infarto de miocardio, LDL >100)	Sí (eGFR normal)	No	No	Sí, de forma regular	Normal	Continuar, controlar el hígado

Punto clave: En este ejemplo se identificaron dos problemas (amitriptilina, diclofenaco) que dieron lugar a medidas. La revisión ha evitado posibles caídas, deterioro cognitivo y hemorragias gastrointestinales.

2.3 Factores desencadenantes de la revisión en función de la situación

Una revisión no solo está indicada de forma periódica, sino que debe realizarse de inmediato cuando se producen determinados factores desencadenantes. Estos 12 factores desencadenantes indican un mayor riesgo relacionado con la medicación.

Tabla 2.3: 12 factores desencadenantes para una revisión inmediata de la medicación

N.º	Desencadenante	Escenario clínico	Causas frecuentes	Acción
1	Caída	El paciente sufre una caída o presenta riesgo de caída (prueba «Timed Up & Go» >15 s)	Sedantes, antihipertensivos, ortostatismo	Comprobar todas las sustancias sedantes
2	Nuevos síntomas sin nuevo diagnóstico	Sensación de debilidad, mareos, dolor de cabeza, confusión sin causa aparente	Efecto secundario de un medicamento o sobredosis	Revisar la lista de medicamentos; anotar el momento en que se manifestaron los síntomas
3	Alta hospitalaria	El paciente regresa tras un tratamiento hospitalario	Discrepancia entre la medicación de alta y la medicación habitual; se han añadido nuevos medicamentos	Realizar la revisión de la bolsa de medicamentos con la medicación nueva y la anterior
4	Deterioro de la eGFR >10 ml/min	La función renal disminuye en ≥ 10 ml/min/1,73 m ² en un plazo de 6 a 12 meses	Muchos medicamentos requieren un ajuste de la dosis cuando la eGFR es <60 o <30	Revisar todos los medicamentos; si es necesario, reducir la dosis o sustituirlos
5	Desequilibrio electrolítico	Sodio <135 o >145 mEq/L; potasio <3,5 o >5,5 mEq/L	Inhibidores de la ECA/BRA, diuréticos, AINE, trimetoprim	Revisar los medicamentos que influyen en el K ⁺ o el Na ⁺ ; intensificar la monitorización
6	Nuevo QTc >470 ms	El ECG muestra una prolongación del intervalo QTc o nuevas arritmias	Medicamentos de alto riesgo para el intervalo QT: antipsicóticos, algunos antidepresivos, macrólidos, azoles	Sustituirlos; si no es posible: monitorización + reducir la dosis
7	≥ 10 sustancias	El paciente toma 10 o más medicamentos a la vez	La polifarmacoterapia aumenta exponencialmente el riesgo de interacciones y de reacciones adversas a los medicamentos	Revisión sistemática de los 5 pasos; dar prioridad a la desprescripción
8	Nuevo médico prescriptor	Un especialista (cardiólogo, psiquiatra, neurólogo) ha añadido nuevos medicamentos	Falta de coordinación con el médico de cabecera; duplicación o falta de evaluación de interacciones	Sincronizar el plan de medicación; consultar con todos los prescriptores

N.º	Desencadenante	Escenario clínico	Causas frecuentes	Acción
9	Episodio hemorrágico	Hemorragia espontánea (epistaxis, melena, hematuria) o INR >4	Anticoagulantes (AOS, warfarina), antiagregantes plaquetarios, AINE, corticoides	Control del INR; considerar la reducción de la dosis o el cambio de fármaco
10	Deterioro cognitivo	Nuevo estado de confusión, problemas de memoria o delirio	Anticolinérgicos, benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, opioides	Revisar todos los medicamentos que actúan sobre el SNC; considerar la posibilidad de reducir la medicación
11	Pérdida de peso >5 % en 3 meses	La pérdida de peso involuntaria puede indicar falta de apetito o náuseas	Metformina, glucósidos digitálicos, liraglutida, determinados antidepresivos	Evaluar el estado nutricional; si es necesario, ajustar o cambiar la medicación
12	Fracaso terapéutico	La HbA1c aumenta a pesar de los antidiabéticos; la presión arterial sigue sin controlarse a pesar de los inhibidores de la ECA; los síntomas no mejoran	Falta de adherencia, dosis insuficiente, elección incorrecta del fármaco o interacciones	Comprobar la adherencia; aumentar la dosis o cambiar de fármaco según el algoritmo

Regla de oro: ante cualquiera de estos 12 factores desencadenantes, DEBE realizarse una revisión estructurada de la medicación. Los factores desencadenantes son señales de alerta que indican que la medicación actual no es óptima.

2.4 Comprobación PRISCUS en la revisión

El registro PRISCUS es un compendio de medicamentos que plantean problemas en las personas mayores (medicación potencialmente inadecuada, PIM), mantenido por la Sociedad Alemana de Geriátrica. La comparación con este registro es una tarea obligatoria en cada revisión.

Flujo de trabajo: integración de PRISCUS

Paso 1: Recopilar la lista de medicamentos (Brown-Bag)

Paso 2: Comparar cada principio activo con el registro PRISCUS (o utilizar la aplicación PRISCUS Q30)

Paso 3: Si se identifica un PIM: buscar una alternativa en la lista positiva

Paso 4: Establecer la estrategia de sustitución (¿sustitución directa o reducción gradual?)

Paso 5: Definir el seguimiento (parámetros de laboratorio, signos clínicos, fecha de la revisión de seguimiento)

Los 5 hallazgos de PIM más frecuentes en el «Brown-Bag» y sus alternativas

PIM (problemático)	Motivo	Alternativa	Lógica de cambio	Seguimiento	Nivel
IBP (p. ej., omeprazol)	A largo plazo: riesgo de fracturas, hipomagnesemia, C. difficile	Antagonistas de H2 o sucralfato; suspender si no hay indicación	Reducción gradual a lo largo de 2-4 semanas	Mg, Ca y bases mensualmente; síntomas clínicos	B
Diazepam (benzodiazepina)	Sedación, riesgo de caídas, deterioro cognitivo, dependencia	Mirtazapina 7,5-15 mg (para dormir); retirar progresivamente los «Z-drugs»	Reducción gradual: -25 % cada 2 semanas	Vigilar la ansiedad de rebote; calidad del sueño	A
Amitriptilina (tricíclica)	Efecto anticolinérgico, sedación, caídas, arritmias cardíacas	Mirtazapina 7,5-15 mg o sertralina 50 mg	Sustitución: -50 % del fármaco anterior, +50 % del nuevo fármaco a lo largo de una semana	Estado de ánimo, sueño, ECG	A
Diclofenaco (AINE)	Daño renal (eGFR <60), hemorragia gastrointestinal, problemas cardiovasculares	Paracetamol 3-4 veces al día u opioide suave; fisioterapia	Suspender inmediatamente (eGFR <50) o cambiar a paracetamol 1 g 4 veces al día	TFG, hemorragia, efecto analgésico	B
Glimepirida (sulfonilurea)	Riesgo de hiperglucemia, caídas, aumento de peso	Metformina o inhibidor de SGLT2 (incluso con HbA1c moderada)	Reducir la dosis gradualmente durante 2-4 semanas; medir la glucemia a diario	HbA1c al cabo de 3 meses, caídas, peso	B

Nivel A de PRISCUS: Evitar —evidencia clara de efectos nocivos en personas mayores.

Nivel B de PRISCUS: con precaución —evaluar cuidadosamente la relación beneficio-riesgo.

Nivel C de PRISCUS: es necesaria una reducción de la dosis si la eGFR es inferior a 60 o en caso de enfermedades específicas.

2.5 Documentación y comunicación

Una revisión sin documentación es una pérdida de tiempo. La documentación debe ser estructurada, completa y adaptada al paciente.

Plan de medicación uniforme a nivel federal

El plan de medicación es obligatorio para los pacientes que toman ≥ 5 medicamentos. El documento incluye:

- Toda la medicación actual (con dosis y horarios de toma)
- Alergias e intolerancias
- Breve indicación de cada medicamento
- Sello de la farmacia

Documentación de la revisión (formato estructurado)

Cada revisión debe incluir los siguientes puntos:

Elemento	Contenido
Fecha, hora	Por ejemplo, 10 de abril de 2026, 14:30 h
Motivo	Revisión rutinaria, motivo (¿cuál?), alta hospitalaria, contacto con un especialista, etc.
Factores del paciente	Edad, eGFR, hígado (Child-Pugh), peso, cognición, movilidad
Lista de medicación (actual)	Por medicamento: principio activo, dosis, indicación, médico prescriptor, duración
Resultados de la revisión	Por cada paso del algoritmo: Sí/No; en caso de «No»: identificar el problema
Medidas	Suspensión, reducción de la dosis, sustitución (con justificación), seguimiento adicional
Fecha de revisión	¿Cuándo realizar la revisión de seguimiento? ¿Cuándo realizar el control de laboratorio? ¿Cuándo consultar con la farmacia?

Comunicación con el paciente: toma de decisiones compartida

El elemento más importante es la conversación con el paciente. En caso de decisiones sobre la suspensión o el cambio de tratamiento:

1. Explicar el problema: «Este medicamento es problemático a su edad porque...»
2. Ofrecer una alternativa: «En su lugar, le sugiero...»
3. Describir la posible mejora: «Esto podría reducir sus caídas y mejorar su memoria...»
4. Obtener el consentimiento: «¿Le parece bien? ¿Tiene alguna duda?»
5. Documentar el acuerdo: Anotar en el plan que el paciente ha sido informado y está de acuerdo.

2.6 Lista de comprobación para la revisión (anexo)

Esta lista de comprobación de una página se puede imprimir como plantilla y utilizar en la revisión:

	Paso	Lista de comprobación
☐	Se ha realizado la revisión «Brown-Bag»	¿El paciente ha traído todos los medicamentos: recetados, de venta libre, complementos alimenticios, existencias anteriores?
☐	Paso 1: ¿Indicación?	Cada medicamento tiene una indicación activa y documentada. En caso de duda: preguntar o suspenderlo.
☐	Paso 2: ¿La dosis es correcta?	¿Se ha comprobado la eGFR? ¿Se ha tenido en cuenta la edad >75? ¿Se ha tenido en cuenta el peso? ¿Se han respetado las dosis máximas diarias?
☐	Paso 3: ¿PRISCUS?	¿Se han cotejado todos los medicamentos con el registro PRISCUS (Q30)? ¿Se han identificado los PIM y se han buscado alternativas?
☐	Paso 4: ¿Interacciones?	¿Se ha realizado la comprobación Red-FinalMed? ¿Se ha evaluado el riesgo de prolongación del intervalo QT? ¿Se han identificado interacciones farmacológicas graves?
☐	Paso 5: ¿Cumplimiento terapéutico?	¿El paciente entiende el régimen de toma? ¿Hay problemas a la hora de seguirlo? ¿Se han notificado efectos secundarios?
☐	Se han evaluado los factores desencadenantes	¿Existe algún factor desencadenante que justifique una revisión? (caída, nuevo síntoma, alta hospitalaria, electrolitos, intervalo QTc, ≥10 medicamentos, nuevo prescriptor, hemorragia, función cognitiva, peso, fracaso terapéutico)
☐	Medidas establecidas	¿Se han enumerado todos los cambios previstos, se han comentado con el paciente y se han documentado?
☐	Fecha de control fijada	¿Cuándo tendrá lugar la revisión de seguimiento? ¿Cuándo se realizarán los controles de laboratorio? ¿Se ha acordado la consulta con la farmacia?
☐	¿Se ha actualizado el plan de medicación?	¿Se ha impreso el nuevo plan, lleva el sello de la farmacia y el paciente recibe una copia?

Esta lista de comprobación debe archivar en la documentación del paciente o guardarse en formato digital.

Referencias cruzadas

- Volumen 4, capítulo 1: Fundamentos de la farmacoterapia – Ajuste de la dosis en caso de insuficiencia renal
- Volumen 4, capítulo 3: Gestión de la polifarmacoterapia: técnicas de «deprescribing»
- Volumen 2, Fundamentos diagnósticos: parámetros de laboratorio para el ajuste de la dosis (eGFR, INR, QTc)
- Registro PRISCUS 2.0: www.priscus.net
- Red-FinalMed: www.redfinalmed.de
- Plan de medicación uniforme a nivel federal: www.bundesaerztekammer.de

Capítulo 4. Suspensión de la medicación

Principios básicos · Protocolos de retirada de PRISCUS (lista alemana de medicamentos potencialmente inadecuados en el anciano) · Seguimiento · Comunicación · Criterios de reanudación

La «deprescribing» es la reducción o la interrupción activa y controlada de una medicación cuyo beneficio ya no resulta convincente en relación con el riesgo, la carga para el paciente o el objetivo terapéutico. No se trata de una falta de atención, sino de parte de un buen tratamiento a largo plazo por parte del médico de familia.

Una deprescripción segura sigue siempre la misma lógica: ¿por qué se debe suspender el tratamiento, cómo se suspende, qué se supervisa, cuándo se reevalúa y en qué condiciones se reanuda el tratamiento? Sin estas cinco preguntas, la suspensión del tratamiento es aleatoria; con ellas, se convierte en un proceso de gestión estructurado.

4.1 Principios básicos del «deprescribing»

La «deprescribing» es la reducción sistemática o la suspensión de medicamentos cuyo beneficio, en una situación determinada, es cuestionable o escaso.

¿Cuándo suspender? ¿Cuándo no?

La suspensión es recomendable cuando:

- La indicación ya no existe (p. ej., estatinas tras una prueba de esfuerzo con buen resultado)
- El riesgo supera al beneficio (p. ej., benzodiazepinas en personas mayores con historial de caídas)
- Se presentan efectos secundarios sintomáticos (p. ej., dolor de cabeza por amlodipino)
- El pronóstico se ha deteriorado de forma tan drástica que la prevención a largo plazo deja de tener sentido
- La reducción de la polifarmacia redunde en beneficio del paciente (p. ej., menos comprimidos = mejor adherencia al tratamiento)

No suspender el tratamiento si:

- Se trate de medicamentos relevantes para el pronóstico con una indicación clara (p. ej., inhibidores de la ECA tras un infarto de miocardio)
- Existe riesgo de síndrome de abstinencia agudo (p. ej., benzodiazepinas de forma brusca, antidepresivos de forma brusca)
- El paciente se oponga firmemente: respetar su autonomía

Contraindicaciones para la suspensión brusca

PRECAUCIÓN: fenómenos de rebote en caso de interrupción brusca:

- Benzodiazepinas: ansiedad de rebote, convulsiones (poco frecuentes, pero graves)
- Betabloqueantes: taquicardia, crisis hipertensiva, angina de pecho (MUY frecuente)
- Clonidina: crisis hipertensiva (¡potencialmente mortal!)
- Antidepresivos: síndrome de abstinencia (dolor de cabeza, náuseas, ansiedad)
- Corticoesteroides: insuficiencia suprarrenal (si el tratamiento dura más de 2 semanas o la dosis es superior al equivalente a 10 mg de prednisolona)

Regla general: si existe un síndrome de abstinencia, hay que reducir la dosis gradualmente. ¡De forma progresiva, no brusca!

4.2 Desprescripción guiada por PRISCUS (CAPÍTULO PRINCIPAL)

La lista PRISCUS incluye 13 categorías de medicamentos para los que se han evaluado empíricamente los protocolos de retirada. A continuación se enumeran las categorías más importantes con planes de retirada concretos:

Categoría 1: benzodiazepinas y sustancias Z

Categoría de problemas: riesgo de caídas, deterioro cognitivo, riesgo de dependencia

Protocolo de retirada: reducción gradual a lo largo de 4 a 12 semanas (¡nunca de forma brusca!)

- Semanas 1-2: reducir la dosis entre un 10 % y un 15 %
- Semanas 3-4: Reducción adicional del 10-15 %
- Semanas 5-8: reducción adicional del 10-15 % cada 1-2 semanas
- Semanas 9-12: última reducción hasta cero

Ejemplo: diazepam 5 mg 1-0-1 (10 mg al día):

Etap	Semana	Nueva dosis	Reducción	Control
Inicio	1	Diazepam 5 mg 1-0-0 + 2,5 mg 0-0-1	-25 %	¿Insomnio, ansiedad?
Paso 1	3	Diazepam 2,5 mg 1-0-0 + 2,5 mg 0-0-1	-50 %	¿Cómo se encuentra?
Paso 2	5	Diazepam 2,5 mg 0-0-1 solo	-75 %	¿Ansiedad de rebote?
Paso 3	7	Parar	-100 %	Revisión tras 1 semana

Categoría 2: inhibidores de la bomba de protones (IBP)

Problemas asociados: osteoporosis (con tratamiento prolongado), deficiencia de magnesio, riesgo de *Clostridium difficile*, posiblemente problemas cardiovasculares

Protocolo de retirada:

- Semanas 1-8: dosis estándar continuada
- Semana 9: transición a tratamiento a demanda («solo cuando haya molestias»)
- Semana 10 y siguientes: realizar la prueba de *H. pylori* (si no se ha realizado recientemente)
- Suspender el tratamiento solo si el resultado de *H. pylori* es negativo y no hay síntomas de reflujo

Alternativa en caso de dificultad para la retirada: cambio a un antagonista H2 (famotidina) con una reducción gradual más lenta.

Categoría 3: Antidepresivos del tipo TZA (imipramina, amitriptilina)

Problemas: efectos secundarios anticolinérgicos, caídas, confusión, prolongación del intervalo QT

Protocolo de retirada:

Paso 1: Revisar la indicación

→ ¿La depresión ha remitido? ¿Han desaparecido los dolores neuropáticos? ¿El sueño es estable?

Paso 2: Cambio a un ISRS (p. ej., imipramina 75 mg → sertralina 50 mg) O reducción gradual

→ En caso de cambio: precaución ante la superposición de dosis (síndrome serotoninérgico)

→ Si se opta por la reducción directa: entre un 25 % y un 30 % cada 2-4 semanas

Paso 3: Tras la reducción a 25 mg de imipramina o equivalente, suspender la medicación de forma gradual

Categoría 4: antihipertensivos (clonidina, doxazosina)

Categoría de riesgo: PRECAUCIÓN — Hipertensión de rebote, taquicardia, riesgo de infarto de miocardio con clonidina (¡muy grave!)

Protocolo de retirada – Clonidina (¡PELIGRO DE MUERTE si se interrumpe de forma brusca!):

- NO suspender NUNCA de forma brusca
- Semanas 1-2: reducir la dosis en un 50 % (p. ej., 0,15 mg al día → 0,075 mg al día)
- Semanas 3-4: reducir el 50 % restante (p. ej., 0,075 mg → 0,0375 mg)
- Semana 5: Suspensión completa
- Durante toda la fase de retirada: medir la presión arterial a diario e informar al paciente (¡los dolores de cabeza y el nerviosismo son normales!)

Protocolo de retirada – Doxazosina:

- Menos crítico que la clonidina, pero sigue existiendo riesgo de efecto rebote
- Reducción del 25-30 % cada dos semanas
- Control final tras la suspensión total

Categoría 5: Antidiabéticos (sulfonilureas)

Problema: riesgo de hipoglucemia, especialmente en personas mayores con función renal reducida

Protocolo de retirada de las sulfonilureas (p. ej., gliclazida):

Paso 1: Cambio a un inhibidor de la DPP-4 (p. ej., linagliptina) o, si procede, a insulinomiméticos

Paso 2: Reducir la dosis de SU en un 50 % e iniciar la administración simultánea del inhibidor de la DPP-4

Paso 3: Tras 1-2 semanas: suspender completamente el SU y continuar solo con el inhibidor de la DPP-4

Seguimiento: control de la glucemia al menos una vez al día durante el cambio de tratamiento (riesgo de hipoglucemia o hiperglucemia)

Categoría 6: Anticolinérgicos (oxibutinina, trospio)

Problemas asociados: confusión, trastornos de la memoria, empeoramiento del glaucoma, riesgo de caídas

Protocolo de retirada:

Paso 1: Revisar la indicación (¿sigue existiendo la incontinencia de urgencia?)

Paso 2: Cambio a mirabegron (menos anticolinérgico) o suspensión directa

Paso 3: En caso de suspensión directa: reducción del 50 % por semana durante 2-3 semanas

Paso 4: Tras la suspensión: observar la remisión de los síntomas cognitivos (puede tardar entre 2 y 4 semanas)

4.3 Seguimiento tras el intento de retirada

Tras cada intento de retirada es necesario realizar un seguimiento estructurado:

Al cabo de 1 semana:

- Contacto telefónico o visita a la consulta
- Preguntas: ¿Dolor de cabeza? ¿Trastornos del sueño? ¿Ansiedad? ¿Hipertensión? ¿Hipoglucemia?
- Medir los signos vitales (sobre todo la presión arterial con clonidina o betabloqueantes, y la glucemia con antidiabéticos)
- Documentar: «Intento de retirada tolerado sí/no»

Después de 4 semanas:

- Segundo contacto: ¿se ha completado la adaptación?
- Controles de laboratorio (si procede: HbA1c, creatinina, electrolitos)
- Decisión: ¿seguimos con la retirada del fármaco o se reinicia el tratamiento?

Tras 12 semanas:

- Evaluación final: ¿Ha tenido éxito el intento de retirada?
- Documentación para la próxima revisión

Criterios para reanudar el tratamiento (¿cuándo se vuelve a administrar el medicamento?)

Empeoramiento de los síntomas: la paciente volvió a sufrir de repente un insomnio agobiante (benzodiazepina) → reanudación

Empeoramiento clínico: tras la suspensión de la AAS, sufrió un segundo ictus → reanudación

El paciente refiere síntomas insoportables: «No puedo soportarlo» → Respetar el deseo del paciente, considerar la reanudación

4.4 Comunicación durante la retirada de la medicación

La forma en que se comunica un plan de reducción gradual de la medicación es determinante para la aceptación por parte del paciente.

Patrones de lenguaje: replanteamiento en lugar de miedo

No: «Tengo que suspender la estatina porque tiene efectos secundarios».

Sino: «Su tensión arterial y sus niveles de colesterol están estables. Me gustaría ahorrarle un medicamento».

No: «La benzodiazepina aumenta drásticamente su riesgo de caídas».

Sino: «Muchas personas mayores duermen mejor y están más despiertas durante el día cuando reducimos gradualmente este somnífero. ¿Quiere que lo intentemos?».

No: «El antibiótico era innecesario».

Sino: «Su infección se ha curado. El antibiótico ha cumplido su función, ahora podemos dejarlo».

Documentación para la seguridad del paciente

Documentar siempre:

- Motivo del intento de retirada (p. ej., «indicación desaparecida», «beneficio < riesgo», «deseo del paciente»)
- Protocolo de retirada (gradual frente a brusca)
- Seguimiento previsto
- Criterios para reanudar el tratamiento

Ejemplo de documentación: «Intento de retirada del bifosfonato ácido alendrónico: paciente de 79 años, T-score del cuello femoral de -1,2 (ya no presenta osteoporosis tras 5 años de tratamiento), sin fracturas. Plan: suspensión del tratamiento, revisiones a los 3 y 12 meses (exploración DEXA). Reanudación del tratamiento en caso de pérdida de masa ósea >10 % o nueva fractura».

4.5 Tablas completas: protocolos de retirada por clase de sustancia

Tabla 4.5a: Benzodiazepinas – Esquema de reducción de la dosis (ejemplo: diazepam 10 mg al día)

Fase	Semana	Dosis	Reducción total	¿Se ha controlado	¿Éxito?
Valor inicial	0	Diazepam 5 mg 1-0-1	0 %	Dosis actual	—
Nivel 1	2	Diazepam 5 mg 1-0-0 + 2,5 mg 0-0-1	-25 %	Calidad del sueño	Sí → +1 semana
Nivel 2	4	Diazepam 2,5 mg 1-0-0 + 2,5 mg 0-0-1	-50 %	¿Ansiedad, temblores?	Sí → +1 semana
Nivel 3	6	Diazepam 2,5 mg 0-0-1 solo	-75 %	¿Sueño estable?	Sí → +1 semana
Suspender	8	Suspender	-100 %	Tras 1W de control	¡Éxito!

Tabla 4.5b: PPI – Protocolo de reducción gradual (ejemplo: 20 mg de omeprazol al día para el reflujo)

Fase	Semana	Dosis/Frecuencia	Objetivo	Control	¿Éxito?
Valor inicial	1–8	20 mg de omeprazol al día	Control de los síntomas	Sin molestias	Sí
Inicio según necesidad	9	Omeprazol solo cuando sea necesario (máx. 3 veces por semana)	Retirada	¿El reflujo es más frecuente?	Sí → +2 semanas
Prueba de H. pylori	10	Prueba sérica o prueba de aliento	Aclarar la indicación	¿Negativo?	Sí → Detener
Detener	12+	Suspender por completo	Ausencia de síntomas	Revisión tras 4 semanas	¡Éxito!

Tabla 4.5c: Antihipertensivos (clonidina) – PROTOCOLO CRÍTICO (¡NUNCA DE FORMA BRUSCA!)

Fase	Semana	Dosis de clonidina	RR objetivo	¿Control?	¿Urgencia?
Valor basal	0	0,15 mg al día	135/85 mmHg	PA diaria	No
Nivel 1	1–2	0,075 mg al día (-50 %)	<150/90	2 veces al día, presión arterial	¿Mareos?
Nivel 2	3–4	0,0375 mg al día (-75 %)	<150/90	2 veces al día, presión arterial	¿Nervioso?
Detener	5	Suspender	<160/100 o ¿emergencia hipertensiva?	¡PA DIARIA!	Sí: ¿Hospitalización!

4.6 Referencias cruzadas en esta documentación

- → Capítulo 3 (polifarmacia): lógica de priorización para decidir qué medicamentos son candidatos
- → Capítulo 2 (Revisión de la medicación): registro «Brown-Bag» antes de planificar la reducción de la medicación
- → Registro E0-PRISCUS: lista completa de las 13 clases de medicamentos

- → Volumen 2: Fundamentos diagnósticos para la revisión de indicaciones

LESEPROBE

Capítulo 6. Coordinación con especialistas

6.1 Derivación estructurada

Contenido y estructura de una derivación de alta calidad:

1. Formular con claridad el problema clínico
2. Incluir los resultados actuales (análisis, ECG, pruebas de imagen)
3. Lista completa de la medicación actual
4. Documentar las alergias e intolerancias
5. Facilitar datos de contacto para posibles consultas

Ventaja: reduce los diagnósticos duplicados, mejora la eficiencia de los especialistas y garantiza una atención continua.

6.2 Reincorporación e integración de resultados

Recomendación del especialista → Decisión del médico de cabecera:

El médico de cabecera es responsable del seguimiento global → sopesar críticamente incluso en caso de recomendación del especialista

Documentar de forma estructurada los resultados y las recomendaciones terapéuticas en el historial del paciente

Comprobar las recetas de los especialistas en busca de contraindicaciones, interacciones y riesgo de PIM

6.3 Responsabilidad compartida: matriz de funciones

Ejemplo: quién hace qué en cuatro especialidades:

Especialidad	Primera consulta	Seguimiento (médico de cabecera)	Derivación (médico especialista)
Cardiología	Nuevo diagnóstico de insuficiencia cardíaca → Cardiología	Ajuste de la dosis de diuréticos, seguimiento de la hipertensión	Descompensación, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias
Diabetología	DM tipo 2 + HbA1c >8 % → Diabeto	Metformina, estilo de vida, seguimiento	Inicio del tratamiento con insulina, cetoacidosis diabética, nefropatía
Psiquiatría	Depresión de nueva aparición, psicosis → Psiquiatría	Dosis de ISRS, adherencia al tratamiento, objetivos terapéuticos	Tendencias suicidas, esquizofrenia, manía de abstinencia
Urología	Nueva hiperplasia prostática → Uro	Puntuación de síntomas LUTS, dosis de tamsulosina	Fracaso de la tamsulosina, retención, neoplasia maligna

6.4 Problemas de interfaz y soluciones

Problemas frecuentes en la prescripción múltiple:

Problema: prescripción duplicada (p. ej., betabloqueantes por parte del cardiólogo y del médico de cabecera)

Solución: cotejar la lista de medicamentos, comunicar las dosis duplicadas

Problema: Pérdida de información al dar de alta al paciente o en la visita al especialista

Solución: cartas de alta estructuradas, sistema electrónico de consultas

Problema: riesgo de interacciones farmacológicas (PIM) por la aceptación acrítica de las recetas de los especialistas

Solución: comprobación PRISCUS (lista alemana de medicamentos potencialmente inadecuados en el anciano) antes de aceptar la prescripción, tiempo de reflexión con el paciente

6.5 El cribado del PSA como modelo de coordinación

La toma de decisiones compartida sobre el PSA muestra un proceso de toma de decisiones coordinado:

El médico de cabecera inicia la conversación: «El urólogo le ha propuesto hacerse la prueba del PSA, ¿le parece conveniente?».

Paciente: proceso de decisión informado (beneficios, sobrediagnóstico, sobretratamiento)

Médico de cabecera: decisión final en el contexto del paciente (esperanza de vida, comorbilidades)

Urólogo: experto técnico, no «prescriptor de cribados rutinarios»

Referencia: Uro-Tool (capítulo «Cribado del PSA») — Indicaciones y ayudas para la toma de decisiones

Referencias cruzadas

- Gestión de interfaces → B4-6.1, B4-6.2
- Comprobación PRISCUS al asumir el caso → B4-3
- Decisión compartida sobre el PSA → Uro-Tool (capítulo 4)
- Gestión del alta → B4-1 Continuidad

Descubra la edición completa de ClinicalOS

Volumen 4 · Gestión de pacientes

Para obtener información sobre la edición completa y la colección ClinicalOS, visite:

clinicalos.de

Los avisos originales sobre uso y responsabilidad también se aplican a esta muestra.