

ClinicalOS: toma de decisiones estructurada en medicina de familia

Volumen 6

Multimorbilidad y farmacoterapia racional



Consultas de revisión · Polifarmacia · Desprescripción

Acerca de esta muestra

Volumen 6 · Multimorbilidad y farmacoterapia racional

Esta muestra seleccionada contiene 16 páginas de un volumen de 108 páginas (aproximadamente el 15 %, incluidas las páginas de aviso y cierre). Los capítulos indicados se incluyen completos. Se conserva la paginación original; los saltos son intencionados. Esta lista y los marcadores permiten acceder a los contenidos incluidos. Las referencias cruzadas pueden remitir al volumen completo.

- **Capítulo 2: La consulta de revisión**
- **Capítulo 3: El plan de medicación como herramienta diagnóstica**
- **Capítulo 5: Desprescripción**
- **Capítulo 6: Los medicamentos de alto riesgo primero**

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 6: Multimorbilidad y farmacología racional

© 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.

LESEPROBE

PRÓLOGO

Estimados colegas:

apenas pasa una consulta sin que aparezcan: la paciente con cinco diagnósticos y nueve medicamentos de uso continuado, el paciente que, tras su tercera visita al especialista, ya no sabe para qué era cada medicamento, el familiar que pregunta si «no se podría dejar de tomar alguno». La multimorbilidad no es la excepción en la atención de medicina general, sino la norma.

El ClinicalOS —el sistema operativo clínico de la medicina de familia— cuenta ya con once volúmenes que, en conjunto, reflejan la lógica de la toma de decisiones, el diagnóstico y la atención en la medicina de familia: desde la arquitectura de la toma de decisiones (volumen 1) hasta el diagnóstico racional (volumen 2), pasando por consejos prácticos (volumen 3), la gestión de pacientes (volumen 4) y las herramientas digitales (volumen 5), hasta la arquitectura de la consulta y los procesos de equipo (volumen 7), la comunicación profesional con el paciente (volumen 8), los temas transversales específicos de la medicina de familia (volumen 9), el compendio de términos clínicos clave (volumen 10) y la formación basada en casos para la prevención de errores (volumen 11). El volumen 6 —Multimorbilidad y farmacia racional— constituye el nexo de unión entre el diagnóstico y la decisión terapéutica: se centra en la cuestión de cómo la atención del médico de familia puede seguir siendo segura, adecuada y centrada en el paciente cuando coexisten varias enfermedades.

La tesis central de este volumen es que la consulta de revisión no es un apéndice de la visita rutinaria, sino un formato independiente y planificable, con su propia indicación, su propia estructura y su propio tiempo necesario. La polifarmacia no es, en sí misma, un error, sino a menudo el resultado lógico de terapias individuales que se ajustan a las guías clínicas y que deben reevaluarse en su interacción. Y la desprescripción no es una renuncia al tratamiento, sino una decisión terapéutica activa —que requiere una justificación tan sólida como cualquier nueva prescripción—.

Este libro está dirigido a médicos de familia que desean saber: ¿Cuándo merece la pena realizar un análisis estructurado de la medicación? ¿Qué herramientas (STOPP/START, FORTA, criterios de Beers) resultan realmente útiles en el día a día y dónde encuentran sus límites? ¿Cómo puedo mantener una conversación sobre la retirada de medicamentos sin que el paciente se sienta rechazado? Las fichas de revisión que se incluyen al final del volumen traducen estas preguntas en herramientas de uso inmediato para la consulta.

Götz Huber

CAPÍTULO 2 | La consulta de revisión como formato de medicina de familia

Parte I — Estructura básica

→ *Profundización: el plan de medicación como herramienta diagnóstica (cap. 3) · Conducción de la entrevista (cap. 17) · Seguimiento (cap. 18)*

Pregunta de revisión

¿En qué se diferencia una consulta de revisión de un control rutinario, y cómo se convierte en un formato estándar de la medicina de familia?

Microcaso

Viñeta

Un paciente de 82 años acude a revisión cada tres meses. Tensión arterial, HbA1c, creatinina: todo está documentado. Sin embargo, anoche sufrió una caída, lleva seis meses tomando un somnífero que, en realidad, ya no necesita y pregunta si no podría «tomar un poco menos». La revisión rutinaria no detecta nada de esto porque no lo busca. Una consulta de revisión sí lo haría.

Por qué es importante este capítulo

La consulta de revisión es el formato fundamental de la medicina de familia para abordar la multimorbilidad y la polifarmacia. Se diferencia de la revisión rutinaria por su enfoque explícito: no se trata de «¿Están bien los valores?», sino de «¿Sigue siendo adecuado el plan global para este paciente, hoy?».

Los estudios internacionales sobre la atención sanitaria y las revisiones de desprescripción muestran de forma sistemática que las revisiones estructuradas de la medicación en la atención primaria son eficaces cuando se realizan de forma motivada, se centran en el paciente y se integran en la práctica diaria —no como un trámite obligatorio anual, sino como una respuesta clínica a un cambio—.

Situaciones típicas en la consulta del médico de familia

- Un síntoma (caída, cansancio, confusión) podría estar relacionado con la medicación.
- Una hospitalización ha modificado el plan de medicación.
- El paciente informa de que ya no toma la medicación o de que se siente abrumado.
- La última revisión completa de la medicación se realizó hace más de 12 meses.
- Un deterioro funcional o un nuevo grado de dependencia altera la relación beneficio-riesgo.
- Varios especialistas han extendido nuevas recetas en un breve periodo de tiempo.

Mecánica de ClinicalOS: estructura de la consulta de revisión

Paso	Contenido y pregunta clave
1. Aclarar el motivo	¿Qué ha motivado esta revisión hoy? ¿Un síntoma, un cambio, el momento, el deseo del paciente?
2. Averiguar los objetivos	¿Qué es lo que le importa especialmente al paciente en este momento? ¿Qué es lo que quiere evitar?
3. Leer el plan de medicación	Como si fuera un documento diagnóstico (→ cap. 3): cascadas, interacciones, errores de dosificación, evolución histórica
4. Comprobar las señales de alerta	¿Es necesario actuar de inmediato? Abordar primero las situaciones que afecten a la seguridad
5. Establecer prioridades	Identificar los medicamentos y las situaciones de alto riesgo (→ cap. 6, fichas de revisión)
6. DETENER y INICIAR	¿Qué se puede reducir, suspender o interrumpir? ¿Qué falta a pesar de haber una indicación clara?
7. ¿Qué queda?	Especificar claramente los tratamientos preventivos: ¿qué no se debe suspender precipitadamente?

Paso	Contenido y pregunta clave
8. Decisión	Junto con el paciente: toma de decisiones compartida — documentable, motivada
9. Seguimiento	¿Qué se controla, cuándo y quién lo hace? — con un criterio claro para la notificación
10. Red de seguridad	¿Qué ocurre si la situación empeora? ¿Cómo llega el paciente hasta nosotros?

¿Qué queda? — No suspender el tratamiento de forma precipitada:

- Las consultas de revisión no son un instrumento para suspender el tratamiento; también pueden revelar que faltan terapias protectoras (START) o que es necesario ajustar las dosis.
- Hay que tomarse en serio los temores de los pacientes ante la posibilidad de dejar la medicación. No se debe realizar ningún cambio sin su consentimiento y sin un plan de recaída.

Conjunto de frases para la conversación

Frase para la conversación

«Hoy me gustaría revisar con usted su medicación, no para quitarle nada, sino para comprobar si todo sigue adaptándose bien a su situación y si falta algo».

Módulo de documentación

Documentación

Consulta de revisión [fecha]. Motivo: [síntoma/cambio/intervalo de tiempo]. Objetivos del paciente: [formulados]. Plan de medicación revisado: [N medicamentos]. Cambios: [lista]. Lo que se mantiene: [lista]. Seguimiento acordado: [qué/cuándo]. Red de seguridad: [condición para la notificación]. Próxima revisión prevista: [fecha].

Error de razonamiento típico

Las consultas de revisión requieren mucho tiempo y no son viables en el día a día de la consulta. De hecho, la bibliografía sobre implementación demuestra que las revisiones centradas y específicas para cada caso pueden resultar clínicamente valiosas incluso en 10-15 minutos, siempre que la estructura y las prioridades estén claras de antemano.

Consejos prácticos

- No todas las revisiones son revisiones completas. Una revisión específica y centrada en un motivo concreto (por ejemplo, tras una caída: medicamentos sedantes e hipotensores) suele ser más eficaz que una revisión general sin un enfoque concreto.
- Los auxiliares médicos, el personal de enfermería y la farmacia pueden ayudar en la preparación de la revisión (actualizar la lista de medicamentos, enfoque «brown bag»).
- «¿Cuándo se revisó por última vez?» es una de las preguntas más importantes de la revisión, y a menudo no se formula.
- Una revisión sin un acuerdo de seguimiento está incompleta.

Modo de fallo

La revisión se lleva a cabo, pero no se documenta ninguna decisión ni se acuerda ningún seguimiento. Resultado: una revisión ficticia sin consecuencias clínicas.

Referencia de la evidencia: revisiones estructuradas de la medicación en la atención primaria: efectos sobre la reducción de los errores de medicación (PIM) bien documentados; efectos sobre los criterios de valoración duros (hospitalización, mortalidad) heterogéneos —la evidencia orientada al proceso es más sólida que la orientada a los resultados—. Nivel de confianza: medio a alto para la calidad del proceso.

→ Capítulo 3: El plan de medicación como herramienta diagnóstica

→ Capítulo 17: Técnicas de comunicación y toma de decisiones compartida en la reducción de la medicación

CAPÍTULO 3 | El plan de medicación como herramienta diagnóstica

Interpretar clínicamente el plan de medicación: no basta con contar

La ficha de repaso 1 se refiere a este capítulo · Referencias cruzadas: cap. 5 (reducción de la medicación), cap. 6 (medicamentos de alto riesgo), cap. 16 (alta hospitalaria)

Pregunta de repaso

¿Qué revela el plan de medicación sobre diagnósticos, riesgos, lagunas en la atención, carga terapéutica y errores de razonamiento cuando se lee no solo como una lista, sino como un documento diagnóstico?

Microcaso

Un paciente de 77 años acude a la consulta por cansancio, estreñimiento y dos caídas que estuvo a punto de sufrir. En el plan de medicación figuran un inhibidor de la bomba de protones, un opioide, un laxante, un somnífero, un antidepresivo, un antihipertensivo, un diurético y, además, un AINE de venta libre que no está documentado en el plan de la consulta. La pregunta de la revisión no es solo: «¿Está todo correctamente prescrito?», sino: «¿Qué lógica de enfermedad y efectos secundarios, qué cascadas de prescripción y qué riesgos ocultos se esconden en este plan?».

Por qué es importante este capítulo

Un plan de medicación es más que una simple lista administrativa. Refleja la historia clínica de un paciente: decisiones anteriores, contactos con especialistas, escaladas terapéuticas, reacciones adversas, medicaciones incorporadas a partir de las cartas de alta, prescripciones de urgencia y, a menudo, también conflictos de objetivos sin resolver.

Precisamente en casos de multimorbilidad, el plan muestra si la atención sigue una lógica actual o si se ha convertido en un conjunto de elementos acumulados a lo largo del tiempo, en el que los beneficios, los riesgos y la carga ya no se equilibran adecuadamente.

Los enfoques «brown-bag» y las revisiones estructuradas son valiosos porque no solo comparan las prescripciones, sino que también ponen de manifiesto los medicamentos que se toman realmente, los preparados de venta libre, las duplicidades, los errores de toma y las lagunas de conocimiento.

En lo que respecta al volumen 6, hay que tener en cuenta que el plan de medicación no es un apéndice de la anamnesis, sino parte del diagnóstico.

Situaciones típicas en la consulta del médico de familia

- Un paciente acude con un plan formalmente correcto, pero toma además medicación de uso ocasional, restos de medicamentos antiguos o preparados de venta libre.
- Tras el alta hospitalaria, el plan, los envases y el uso real no coinciden.
- Un síntoma como el mareo, el cansancio o las náuseas se debe más a la medicación que a la enfermedad.
- El número de medicamentos no es extremadamente elevado, pero la combinación supone, aun así, un alto riesgo funcional.

Mecánica de ClinicalOS: leer el plan desde una perspectiva clínica

El plan de medicación debe utilizarse para evaluar de forma activa la indicación, los beneficios, los riesgos, los efectos adversos, las interacciones, las prescripciones duplicadas, la carga terapéutica y la posible infratratamiento. Para ello, no solo se cuentan los medicamentos, sino que se analizan los patrones:

- ¿Qué medicamentos indican un esquema de escalada obsoleto?
- ¿Qué combinaciones indican una cascada de prescripciones?
- ¿Qué medicamentos faltan a pesar de la situación de riesgo?
- ¿Qué medicamentos podrían explicar mejor el problema actual que un nuevo diagnóstico?

Flujo de trabajo práctico

1	Comprobar la actualidad	Comparar la prescripción, los envases, los medicamentos sin receta, los medicamentos de uso ocasional y la ingesta real.
2	Analizar clínicamente cada posición	¿Para qué se sigue tomando el medicamento hoy? ¿Quién lo ha recetado? ¿Qué consecuencias tendría suspenderlo de forma brusca?
3	Identificar patrones	Sedación, carga anticolinérgica, disminución de la presión arterial, riesgo de hipoglucemia, riesgo de deshidratación, prescripciones duplicadas, efectos en cadena, interacciones.
4	Establecer una relación con la vida cotidiana	¿Es el paciente capaz de asumir el plan desde el punto de vista organizativo? ¿La frecuencia de toma, la comprensión y el objetivo se ajustan a su vida cotidiana?
5	No solo «PARAR», sino también «EMPEZAR»	¿Hay algún aspecto del tratamiento que falte, se haya interrumpido o no esté suficientemente protegido?
6	Priorizar los cambios	Primero, los riesgos con gran relevancia clínica; después, la optimización.

¿Qué se puede reducir, suspender temporalmente o interrumpir?

El plan de medicación suele indicar con especial frecuencia cuatro grupos de elementos que deben revisarse:

- Recetas antiguas sin una indicación actual claramente identificable.
- Medicamentos de «cadenas de prescripción»: fármacos para tratar los efectos secundarios de otros fármacos.
- Prescripciones duplicadas o preparados paralelos con el mismo mecanismo de acción.
- Medicamentos que suponen una carga elevada o un riesgo importante: combinaciones sedantes, anticolinérgicas, hipotensoras o que favorecen la deshidratación.

¿Qué queda? — No suspender el tratamiento de forma precipitada:

- Medicamentos eficaces para tratar los síntomas que garantizan la calidad de vida (p. ej., tratamiento del dolor, antieméticos)
- Medicamentos con riesgo conocido de abstinencia o de efecto rebote (p. ej., antidepresivos, antiepilépticos, betabloqueantes)
- Medicación protectora cardiovascular con indicación a largo plazo claramente demostrada
- Medicamentos que, tras una evaluación sistemática, se han clasificado como indispensables: cualquier cambio requiere seguimiento

Seguimiento

Cuando se ha realizado una interpretación diagnóstica de un plan de medicación y de ello se derivan cambios, el seguimiento debe seguir una lógica clara: ¿qué se espera clínicamente?, ¿qué parámetros deben observarse?, ¿cuándo es conveniente realizar un control? y ¿cómo se detectan las evoluciones adversas?

Cuanto mayor sea la fragilidad, la inestabilidad funcional o el deterioro cognitivo, menos suficiente resultará una indicación abstracta como «controlar según sea necesario».

Frase de diálogo

«Para mí, el plan de medicación no es hoy en día solo una lista de sus pastillas, sino un documento diagnóstico. Nos muestra qué le protege, qué le supone una carga, qué aspectos pueden ser un lastre de situaciones pasadas y en qué aspectos debemos fijarnos con más detenimiento».

Módulo de documentación

Evaluación del plan de medicación como herramienta diagnóstica. Se registra la ingesta real, incluidos los medicamentos sin receta y los de uso ocasional. Se comprueba la indicación actual, la prescripción doble, las interacciones, la cascada de prescripciones, la sobrecarga y la falta de tratamiento. Se acuerdan los puntos prioritarios de revisión, así como el seguimiento y la red de seguridad.

Consejos prácticos

- No te limites a contar los medicamentos: léelos.
- Los medicamentos de venta libre y los que se toman según necesidad suelen ser decisivos para el diagnóstico.
- El plan suele revelar más sobre el historial de atención médica que la lista de problemas.
- Una buena reunión de revisión suele empezar con los envases sobre la mesa, no con el cursor en el módulo de recetas electrónicas.

Modo de fallo

El capítulo fracasa si el plan de medicación solo se comprueba en cuanto a su exhaustividad, pero no en cuanto a su historial clínico, sus riesgos y sus errores de razonamiento implícitos.

Red de seguridad

El paciente, sus familiares o el personal de cuidados deben saber qué cambios pueden ser normales tras un ajuste y cuáles requieren una notificación inmediata. Especialmente en el caso de cambios en la medicación tras reuniones de revisión o del tipo «Brown-Bag», debe quedar claro qué versión del plan es la vigente.

Referencia a la evidencia

El punto fuerte de este capítulo radica más en su lógica asistencial y su plausibilidad práctica que en datos aleatorios sobre resultados. No obstante, la utilidad de los enfoques estructurados de «Brown-Bag» para la detección de problemas y lagunas de conocimiento es fácilmente comprensible. El nivel de confianza es alto en cuanto a la lógica de la medicina de familia, y medio en cuanto a las deducciones directas sobre los resultados.

Parte II — Lógica de la desprescripción

CAPÍTULO 5 | Desprescripción: terapia activa, no omisión

Reducir, suspender o interrumpir de forma selectiva — con seguimiento y un plan B

Capítulo metodológico fundamental · Referencias cruzadas: cap. 6 (alto riesgo), cap. 7 (PIM), cap. 8 (START) · Base para todas las fichas de revisión

Pregunta de revisión

¿Cuándo la reducción, la interrupción o la suspensión de un medicamento constituyen una buena práctica médica, y por qué no se trata de pasividad terapéutica?

Microcaso

Un paciente de 81 años acude a consulta por cansancio, mareos y disminución de la resistencia al esfuerzo. Durante la exploración no se aprecia ningún problema concreto grave, sino un plan de medicación en el que la sedación, la hipotensión y la carga terapéutica han ido aumentando progresivamente. La pregunta central no es: «¿Qué nuevo medicamento falta?», sino: «¿Qué tratamiento actual supone ahora más riesgo o carga que beneficio, y cómo se puede modificar de forma segura?».

Por qué es importante este capítulo

La desprescripción no es un proyecto secundario ni una simple corrección de prescripciones erróneas al margen. Las guías y revisiones actuales la describen como parte integral del proceso de prescripción: cada medicación en curso debe revisarse periódicamente a lo largo del tiempo para evaluar sus beneficios, sus riesgos, su adecuación a los objetivos y la necesidad de seguimiento.

Esto resulta fundamental, especialmente en el caso de las personas mayores con polifarmacia, ya que los beneficios y los riesgos de los medicamentos varían en función de la capacidad funcional, el pronóstico, la carga del tratamiento, la fragilidad y las prioridades del paciente.

Por lo tanto, la «desprescripción» supone una decisión planificada y centrada en la persona para reducir, interrumpir, retirar gradualmente o suspender una medicación cuando la relación beneficio-riesgo ya no es adecuada. Esto se ajusta exactamente a la regla fundamental del libro: no tratar menos a cualquier precio, sino tratar de forma más específica y segura.

Situaciones típicas en la medicina de familia

- El objetivo terapéutico original ya no existe o ha perdido prioridad.
- La medicación está formalmente justificada, pero ya no se adapta a la función, la fragilidad o la vida cotidiana.
- Los efectos no deseados, las interacciones o la carga del tratamiento superan el beneficio neto.
- Se mantiene una lógica preventiva, aunque el tiempo hasta obtener el beneficio, el pronóstico o el objetivo del paciente hayan cambiado.

Mecánica de ClinicalOS: pasos para la desprescripción

1	Identificar el motivo	¿Cuál es el motivo actual de la revisión? ¿Un síntoma, una caída, un indicio de fragilidad, un cambio de medicación?
2	Comprobar las señales de alerta	¿Existen riesgos que requieran una intervención inmediata (caída, delirio, hemorragia, hipoglucemia)?
3	Aclarar el objetivo y la carga terapéutica	¿Cuál es el objetivo terapéutico actual? ¿Cuál es la carga que supone el plan global?

1	Identificar el motivo	¿Cuál es el motivo actual de la revisión? ¿Un síntoma, una caída, un indicio de fragilidad, un cambio de medicación?
4	Identificar candidatos	¿Qué medicamentos presentan la relación beneficio-riesgo más desfavorable en el contexto actual?
5	Proteger activamente lo que «queda»	¿Qué medicamentos no deben reducirse, ya sea por su función, por el efecto rebote o por motivos de seguridad?
6	Solo con control y una red de seguridad	El cambio debe ser gradual, con un seguimiento definido, señales de alerta y un plan de contingencia.

Candidatos típicos para la desprescripción

- Medicamentos sin indicación actual (que se han mantenido por inercia).
- Sedantes que causan más daño que beneficio.
- Medicamentos que forman parte de una cascada de recetas.
- Recetas duplicadas o renovadas automáticamente.
- Tratamientos a largo plazo cuyo beneficio neto actual es cuestionable (pronóstico, tiempo hasta obtener el beneficio).

¿Qué queda? — No suspender el tratamiento de forma precipitada:

- Medicamentos muy eficaces para tratar los síntomas que garantizan la calidad de vida o la funcionalidad
- Medicamentos con riesgo de efecto rebote o de abstinencia: nunca suspenderlos de forma brusca
- Terapia de protección cardiovascular con indicación documentada y aún válida
- Cualquier posible cambio debe ir acompañado de la siguiente pregunta: ¿qué consecuencias tendría una reducción demasiado rápida?

Seguimiento

Las guías actuales mencionan expresamente el seguimiento como un componente fundamental del proceso de «deprescribing». Esto incluye los cambios previsibles, el momento del control, los signos de alerta y la evaluación continua de los beneficios. Una buena decisión de retirada de la medicación sin seguimiento queda incompleta.

Frase de diálogo

«No nos limitamos a suspender un medicamento sin más. Analizamos juntos qué tratamiento le está ayudando actualmente, cuál le supone más carga y qué cambio podemos probar de forma segura, con un seguimiento y un plan B».

Módulo de documentación

Revisión de la reducción de medicación realizada. Se han evaluado la indicación actual, la relación beneficio-riesgo, el objetivo del paciente, la carga del tratamiento y los riesgos. Decisión: se mantiene / se reduce / se suspende / se interrumpe. Se han comentado el seguimiento, los signos de alerta, el plan de recaída y el control.

Consejos prácticos

- La desprescripción forma parte de una buena prescripción, no es el final de un callejón sin salida.
- La toma de decisiones compartida aumenta considerablemente la viabilidad de los cambios.
- No es solo el número de medicamentos lo que cuenta, sino su idoneidad actual.
- Sin seguimiento, la desprescripción no es un proceso debidamente completado.

Modo de fallo

Este capítulo fracasa si la reducción de la medicación se presenta como una «omisión» deficitaria en lugar de como una decisión terapéutica activa y controlada.

Referencia a la evidencia

Los principios, la lógica del proceso y el papel de la toma de decisiones compartida y el seguimiento están bien respaldados. La evidencia sobre efectos uniformes y concretos en los resultados en todas las intervenciones de «deprescribing» es menos sólida. Nivel de confianza: alto para el concepto general.

LESEPROBE

CAPÍTULO 6 | Primero los medicamentos de alto riesgo

Priorizar en lugar de proceder por orden alfabético

Introducción a los capítulos temáticos 9-15 · Referencias cruzadas: cap. 5 (desprescripción), fichas de revisión 1-9

Pregunta de repaso

¿Por qué una revisión de la medicación realizada por un médico de familia no debería comenzar por orden alfabético ni por exhaustividad, sino por los medicamentos de alto riesgo?

Microcaso

Una paciente de 86 años con antecedentes de caídas, fatiga y nicturia toma, entre otros, una benzodiazepina, un diurético, dos antihipertensivos, un antidepresivo y opioides según necesidad. La cuestión no es qué orden suelen seguir los grupos de especialistas, sino qué fármacos suponen hoy en día el mayor riesgo de caídas, confusión, hipotensión o pérdida de la función.

Por qué es importante este capítulo

En la práctica, el tiempo es escaso. Una revisión que trate cada aspecto con la misma importancia a menudo pasa por alto las prioridades clínicas. Por el contrario, los medicamentos de alto riesgo y las combinaciones de alto riesgo suelen generar una proporción desproporcionadamente grande del potencial de daño inmediato —a través de caídas, delirio, deshidratación, hipoglucemia o riesgos de hemorragia—.

Por lo tanto, establecer prioridades no es una omisión, sino medicina de cabecera coherente: primero el peligro, luego los detalles.

Resumen de las clases de alto riesgo

	FRID / Riesgo de caídas	Benzodiazepinas, sustancias Z, antihistamínicos sedantes, opioides, determinados antihipertensivos.
	Carga anticolinérgica	Antidepresivos tricíclicos, espasmolíticos vesicales, determinados antihistamínicos —el efecto acumulativo es determinante—.
	Riesgo de hipoglucemia	Sulfonilureas, insulina en caso de situación nutricional precaria o insuficiencia renal.
	Combinación de hipotensión y deshidratación	Varios antihipertensivos + diuréticos en caso de ingesta reducida de líquidos o enfermedad aguda.
	Riesgo de hemorragia	AINE + anticoagulación, AINE + AAS — especialmente en caso de insuficiencia renal.
	Alto riesgo ≠ suspender inmediatamente	Incluso la medicación de alto riesgo puede tener una función importante. Primero evaluar, priorizar y garantizar la seguridad.

Flujo de trabajo práctico

1	Definir el motivo	¿Cuál es el episodio de riesgo actual? ¿Caída, síncope, delirio, confusión, deterioro funcional?
2	Comprobar las señales de alarma	¿Existen situaciones que requieran una intervención inmediata?
3	Identificar las clases de alto riesgo	Medicamentos sedantes, anticolinérgicos, hipotensores, que favorecen la deshidratación y con riesgo de hipoglucemia.
4	Las 1–3 situaciones más peligrosas primero	No todo a la vez: céntrate en el riesgo de daño con mayor probabilidad.
5	A continuación, revisión secundaria	En un segundo paso, la medicación a largo plazo duplicada, histórica o de baja prioridad.

¿Qué queda por hacer? — No suspender el tratamiento de forma precipitada:

- incluso la medicación de alto riesgo puede ser esencial para el funcionamiento o el control de los síntomas
- No se deben suspender de forma sistemática los medicamentos que conllevan riesgo de síndrome de abstinencia o descompensación
- Un estado de alto riesgo significa: evaluar primero, no actuar automáticamente: suspender el tratamiento de inmediato

Frase para la consulta

«Hoy no vamos a repasar todas las pastillas por igual, sino que empezaremos por los medicamentos que, en este momento, podrían contribuir en mayor medida a sus mareos, al riesgo de caídas o al riesgo de esfuerzo».

Módulo de documentación

Se ha llevado a cabo una revisión estructurada de la medicación, priorizando los medicamentos de alto riesgo. Se han identificado los factores de riesgo relevantes para el problema actual. Se ha acordado un ajuste prioritario, un seguimiento y una red de seguridad.

Consejos prácticos

- La priorización no es una omisión: es buena medicina de familia.
- Las combinaciones de alto riesgo suelen ser más importantes que los PIM aislados.
- El motivo actual determina qué riesgos son prioritarios hoy.
- El capítulo 6 es la puerta de entrada metodológica a los capítulos posteriores sobre situaciones clínicas y a las fichas de revisión.

Modo de fallo

Este capítulo fracasa si reduce los medicamentos de alto riesgo a una mera lista, sin establecer la relación con la situación clínica concreta del médico de cabecera.

Descubra la edición completa de ClinicalOS

Volumen 6 · Multimorbilidad y farmacoterapia racional

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.