

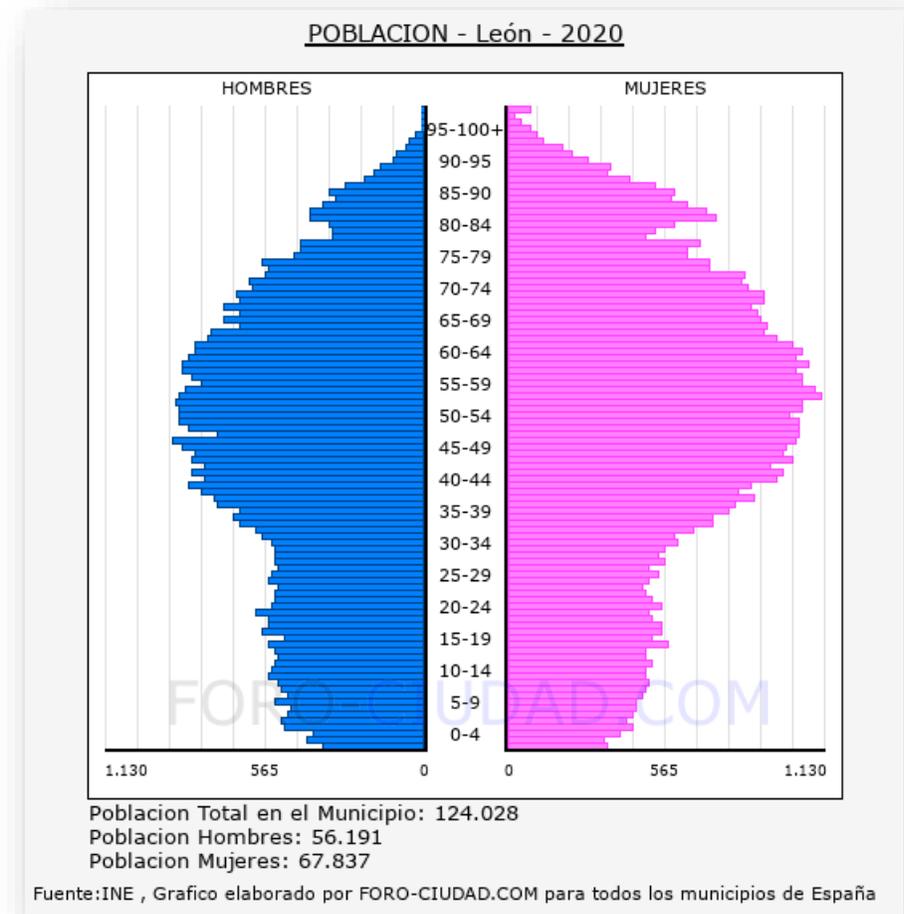
# La importancia de la deprescripción farmacológica



Saray Suárez García  
R2- Medicina Interna  
Marzo 2021

# Partiendo del problema...

- Envejecimiento progresivo de la población. Según la OMS entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial con mas de 60 años pasará de ser de 12% a un 22%.
- Aumento de la esperanza de vida, pero no de la calidad de vida. Limitación funcional.
- Aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, que conlleva polifarmacia. Además constituyen la primera causa de morbimortalidad y de limitación funcional. Entre un 9-31% de la población mundial vive con 2 o más enfermedades crónicas, esperándose que alcance el 40% en 2050.
- Todo ello conlleva un aumento de la polimedicación, la imitación funcional, el gasto sanitario y la necesidad de servicios sociales.



# Deprescripción... ¿en qué consiste?

- Según Le Couteur et al. (2011) "cese de tratamiento de larga duración bajo la supervisión de un profesional médico".
- Gavilán et al. (2012) "el proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros".
- Finalidad:



- Reconsiderar la prescripción desde el principio.
- Conocer el estado y la situación del paciente, hasta diagnosticarle.
- Prescribir y realizar un seguimiento posterior.

# ¿Cómo plantearnos la deprescripción?

- Proceso continuo y gradual (prescripción-deprescripción).
- Varias fases, teniendo en consideración al paciente:

1. Revisar
2. Analizar
3. Actuar
4. Acordar
5. Monitorizar



- Tener en cuenta la esperanza de vida y el tiempo que tardan los fármacos en conseguir beneficios y objetivos terapéuticos.
- Averiguar las necesidades individuales.
- El proceso puede consistir en retirar un fármaco, modificar dosis, añadir uno nuevo o sustituir por otro.

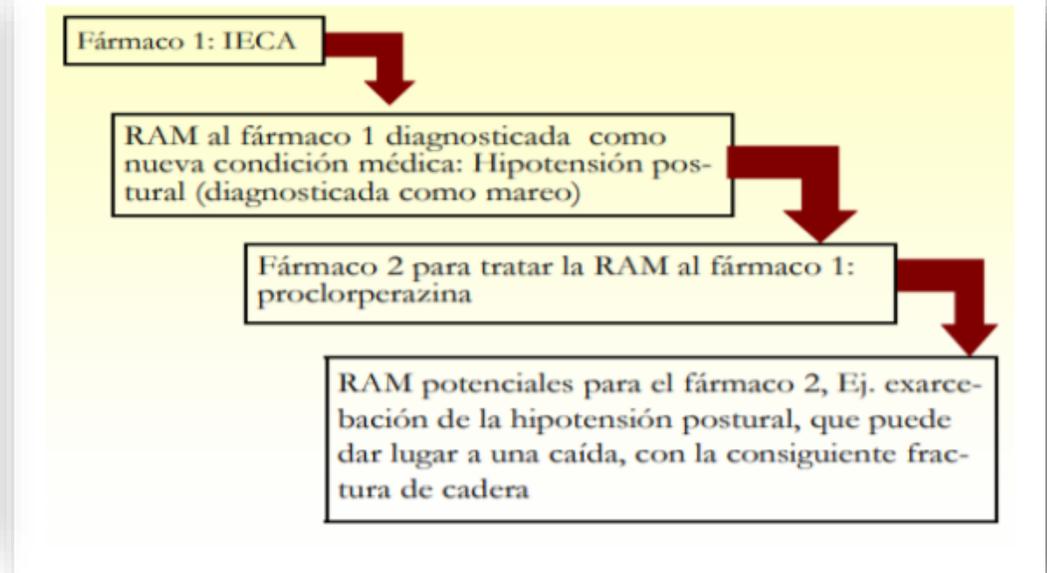
# ¿A quién deprescribir?

- Pacientes con polifarmacia, sobretodo en ancianos.
- Pacientes en situación terminal.
- Pacientes frágiles.
- Pacientes con demencia avanzada.
- Reacciones adversas a medicamentos (RAM).



- Cualitativamente: administración de fármacos inapropiados.
- Cuantitativamente: 5 fármacos de forma crónica, durante al menos 6 meses.
- Problemas asociados:
  - Adherencia.
  - RAM (35%) e interacciones.
  - Riesgo de hospitalización y la morbimortalidad.
  - Riesgo de PRESCRIPCIÓN EN CASCADA.

## PRESCRIPCIÓN EN CASCADA



# ¿A quién deprescribir?

- Pacientes con polifarmacia, sobretodo en ancianos.
- Pacientes en situación terminal.
- Pacientes frágiles.
- Pacientes con demencia avanzada.
- Reacciones adversas a medicamentos (RAM).



- Prioridad: tratar síntomas asociados al sufrimiento físico y emocional.
- Fines paliativos.
- Evitar fármacos que no aporten beneficio a corto plazo en supervivencia o calidad de vida.

# ¿A quién deprescribir?

- Pacientes con polifarmacia, sobretodo en ancianos.

- Pacientes en situación terminal.

- Pacientes frágiles.



Cambios fisiológicos individuales secundarios al envejecimiento que provocan heterogeneidad de la farmacocinética y farmacodinamia.  
Aumento de la vulnerabilidad.

- Pacientes con demencia avanzada.

- Reacciones adversas a medicamentos (RAM).

*Criterios de fragilidad de Fried (2001)*

**FRAGILIDAD 3 ó + CRITERIOS**

**CRITERIOS DE FRAGILIDAD EN EL ANCIANO**

-  **Pérdida de peso involuntaria** de al - 5 Kg en el último año
-  **Agotamiento o debilidad**
-  **Disminución de la fuerza muscular**
-  **Activ. física reducida o inmovilidad**
-  **Velocidad lenta para la marcha**



# ¿A quién deprescribir?

- Pacientes con polifarmacia, sobretodo en ancianos.
- Pacientes en situación terminal.
- Pacientes frágiles.
- Pacientes con demencia avanzada.
- Reacciones adversas a medicamentos (RAM).



- Caídas.
- Trastornos cognitivos.

## BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA DEPRESCRIPCIÓN

### BENEFICIOS

Coste  
Seguridad  
Efectos secundarios  
Función  
Calidad de vida  
Errores medicamentos

### RIESGOS

Síndrome de retirada  
Efecto rebote (BB, IBP, hipnóticos)  
Reaparición o reagudización de la enfermedad  
Discriminación por la edad

Solo el 2% de las medicaciones retiradas se vuelven a prescribir

# Estrategia para la deprescripción

## MÉTODOS IMPLÍCITOS:

Evaluación individualizada del paciente y de los fármacos, a partir de la cual se realiza un juicio sobre si los fármacos prescritos son o no adecuados.

Dependen del conocimiento, la experiencia y la capacidad profesional.

Permiten tener en cuenta las necesidades del paciente y la expectativa de vida.

No se obtienen medidas válidas y reproducibles.

- Medication Appropriateness Index (MAI)
- Resultados Negativos de la Medicación (RNM)
- Assessment of Underutilization of Medication

1. Is there an indication for the drug?
2. Is the medication effective for the condition?
3. Is the dosage correct?
4. Are the directions correct?
5. Are the directions practical?
6. Are there clinically significant drug-drug interactions?
7. Are there clinically significant drug-disease interactions?
8. Is there unnecessary duplication with other drugs?
9. Is the duration of therapy acceptable?
10. Is this drug the least expensive alternative compared to others of equal utility?

Min = 0 = Completely appropriate

Max = 18 = Completely inappropriate

# Estrategia para la deprescripción

## MÉTODOS EXPLÍCITOS

Criterios consensuados por expertos que detectan sobreprescripción, prescripción inadecuada o infraprescripción.

Actuación rápida y eficiente, aunque no tienen en cuenta el contexto (comorbilidades y preferencias) del paciente.

- BEERS
- STOPP-START



## CRITERIOS DE BEERS

El Dr. Mark Howard Beers, geriatra, creó en 1991 los criterios de Beers mediante validación por consenso.

Incluyen familias de fármacos potencialmente perjudiciales para > 65 años.

Última actualización en **2019**: **30** clases de fármacos a evitar y **40** clases de fármacos a utilizar con cautela.

De uso en EEUU. Incluyen fármacos no disponibles en Europa.

Table 4. 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria<sup>®</sup> for Potentially Inappropriate Medications: Drugs To Be Used With Caution in Older Adults<sup>a</sup>

Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Aspirin for primary prevention of cardiovascular disease and colorectal cancer	Risk of major bleeding from aspirin increases markedly in older age. Several studies suggest lack of net benefit when used for primary prevention in older adult with cardiovascular risk factors, but evidence is not conclusive. Aspirin is generally indicated for secondary prevention in older adults with established cardiovascular disease.	Use with caution in adults ≥70 years	Moderate	Strong
Dabigatran Rivaroxaban	Increased risk of gastrointestinal bleeding compared with warfarin and reported rates with other direct oral anticoagulants when used for long-term treatment of VTE or atrial fibrillation in adults ≥75 years.	Use with caution for treatment of VTE or atrial fibrillation in adults ≥75 years	Moderate	Strong
Prasugrel	Increased risk of bleeding in older adults; benefit in highest-risk older adults (eg, those with prior myocardial infarction or diabetes mellitus) may offset risk when used for its approved indication of acute coronary syndrome to be managed with percutaneous coronary intervention.	Use with caution in adults ≥75 years	Moderate	Weak
Antipsychotics Carbamazepine Diuretics Mirtazapine Oxcarbazepine SNRIs SSRIs TCAs Tramadol	May exacerbate or cause SIADH or hyponatremia; monitor sodium level closely when starting or changing dosages in older adults	Use with caution	Moderate	Strong
Dextromethorphan/ quinidine	Limited efficacy in patients with behavioral symptoms of dementia (does not apply to treatment of PBA). May increase risk of falls and concerns with clinically significant drug interactions. Does not apply to treatment of pseudobulbar affect.	Use with caution	Moderate	Strong
Trimethoprim- sulfamethoxazole	Increased risk of hyperkalemia when used concurrently with an ACEI or ARB in presence of decreased creatinine clearance	Use with caution in patients on ACEI or ARB and decreased creatinine clearance	Low	Strong

Abbreviations: ACEI, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; PBA, pseudobulbar affect; SIADH, syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion; SNRI, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor; TCA, tricyclic antidepressant; VTE, venous thromboembolism.

<sup>a</sup>The primary target audience is the practicing clinician. The intentions of the criteria include (1) improving the selection of prescription drugs by clinicians and patients; (2) evaluating patterns of drug use within populations; (3) educating clinicians and patients on proper drug usage; and (4) evaluating health-outcome, quality-of-care, cost, and utilization data.

## CRITERIOS STOPP-START

2009, Irlanda. Con diferentes actualizaciones (2014, 2020).

Avalados por la Sociedad Europea de Geriatría.

Describen los errores más comunes de tratamiento y de omisión en la prescripción en adultos mayores.

Fáciles de relacionar con el diagnóstico (agrupados por sistemas).

Pueden integrarse en los sistemas informáticos de prescripción.



## **STOPP** (*Screening Tool of Older Persons Potentially Inappropriate Prescriptions*).

87 criterios.

Suspensión de prescripciones potencialmente inadecuadas que incluyen interacciones:

Fármaco – Fármaco

Fármaco – Enfermedad

PPI:

- Benzodiacepinas y neurolépticos sobre todo en pacientes con antecedentes de caídas.
- IBPs.
- AAS en pacientes sin enfermedad cardiovascular.
- Duplicación terapéutica.

### Sección C. Antiagregantes/Anticoagulantes

1. AAS a dosis superiores a 160 mg/día (aumento del riesgo de sangrado sin mayor eficacia).
2. AAS en pacientes con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica sin IBP.
3. AAS, clopidogrel, dipyridamol, antagonistas de vitamina K, inhibidores de la trombina o inhibidores del factor Xa en presencia de un riesgo significativo de sangrado (ejemplo: hipertensión grave no controlada, diátesis hemorrágica, sangrado reciente espontáneo significativo).
4. AAS más clopidogrel para la prevención secundaria del ictus salvo que el paciente tenga un stent coronario, un síndrome coronario agudo o una estenosis carotídea grave y sintomática (no hay evidencia de beneficios del clopidogrel en monoterapia).
5. AAS combinada con antagonistas de la vitamina K, inhibidor de la trombina o del factor Xa en pacientes con fibrilación auricular crónica (la AAS no aporta beneficios).
6. Antiagregantes combinados con antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa en pacientes con enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica estables (el tratamiento combinado no aporta beneficios).
7. Ticloplina en cualquier circunstancia (clopidogrel y prasugrel tienen eficacia similar y menos efectos adversos).
8. Antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa para un primer episodio de trombosis venosa profunda no complicado durante más de seis meses.
9. Antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa para una primera embolia de pulmón no complicada durante más de 12 meses.
10. AINE en combinación de antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa (riesgo hemorragia digestiva grave).

### Sección D. Sistema nervioso central y psicotrópicos

1. Antidepresivos tricíclicos (ATC) en pacientes con demencia, glaucoma, trastornos de la conducción cardíaca, prostatismo o con antecedentes de retención aguda urinaria.
2. ATC como tratamiento de primera línea en depresión (mayor riesgo de efectos adversos que con ISRS).
3. Neurolépticos con efecto anticolinérgico moderados a graves (clorpromazina, clozapina, flufenazina) en pacientes con antecedentes de prostatismo o retención aguda de orina (alto riesgo de retención urinaria).
4. Benzodiacepinas durante más de cuatro semanas (no hay indicación para tratamientos más prolongados); riesgo de sedación prolongada, confusión, caídas, accidentes de tránsito (si el tratamiento supera las cuatro semanas suspender en forma gradual para evitar el síndrome de abstinencia).
5. Antipsicóticos (distintos de quetiapina o clozapina) en pacientes con parkinsonismo o demencia por Cuerpos de Lewy (riesgo de efectos extrapiramidales).
6. Anticolinérgicos/antimuscarínicos para tratar los efectos extrapiramidales de los neurolépticos.
7. Neurolépticos en pacientes dementes con trastornos de la conducta, salvo que sean graves y no respondan a otros tratamientos no farmacológicos (aumento del riesgo de ictus).
8. Anticolinérgicos en pacientes con delirium o demencia (empeoramiento de la cognición).
9. Neurolépticos como hipnóticos salvo que el trastorno del sueño se deba a demencia o psicosis (riesgo de confusión, caídas, hipotensión, efectos extrapiramidales).
10. Inhibidores de la acetilcolinesterasa en pacientes con antecedentes de bradicardia persistente (frecuencia cardíaca menor a 60 latidos por minuto), bloqueo cardíaco o síncope recurrentes de etiología no clara, o que reciben tratamientos simultáneos con fármacos que bajan la frecuencia cardíaca como betabloqueantes, digoxina, diltiazem, verapamilo (trastornos de la conducción cardíaca, síncope o lesiones).
11. Fenotiazidas como tratamiento de primera línea ya que existen alternativas más seguras y eficaces (son sedantes y tienen toxicidad antimuscarínica relevante en los mayores). Constituyen como excepción a este enunciado la proclorperazina en el tratamiento de náuseas, vómitos, vértigo; la clorpromazina para hipo persistente y levomepromazina como antiemético en cuidados paliativos).
12. Levodopa o agonistas dopaminérgicos para el temblor esencial (no hay evidencia de eficacia).
13. Antihistamínicos de primera generación (existen otros más seguros y menos tóxicos).
14. ISRS en pacientes con hiponatremia concurrente o reciente (natremia <130 mEq/dl).

## START (*Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment*):

34 criterios.

Evidencia de inicio de medicamentos necesarios para un diagnóstico concreto.

Siempre que no exista una contraindicación.

- Calcio y la vitamina D en pacientes con osteoporosis.
- Estatinas y AAS en pacientes con diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular.
- IECAs en insuficiencia cardiaca congestiva.

**Tabla 3. Actualización de los criterios START. Intervenciones que deben ser iniciadas en caso de cumplirse el/los enunciados correspondientes.**

### Sección A. Sistema cardiovascular

1. Antagonistas de la vitamina K, inhibidor de la trombina o del factor Xa en presencia de fibrilación auricular crónica.
2. AAS en presencia de una fibrilación auricular crónica, cuando los antagonistas de la vitamina K, inhibidor de la trombina o del factor Xa estén contraindicados.
3. Antiagregantes (AAS, clopidogrel, prasugrel o ticagrelor) en pacientes con antecedentes bien documentados de enfermedad coronaria, cerebral o arterial periférica.
4. Tratamiento antihipertensivos cuando la presión arterial sistólica sea habitualmente superior a 160 mmHg y/o la presión diastólica sea habitualmente > 90 mmHg (>140 mmHg y 90 mmHg si tiene diabetes mellitus).
5. Estatinas en pacientes con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica, salvo que el paciente esté en situación de final de vida o su edad sea mayor de 85 años.
6. IECA en la insuficiencia cardíaca sistólica y/o cardiopatía isquémica bien documentada.
7. Bloqueadores beta en la cardiopatía isquémica.
8. Bloqueadores betas apropiados (bisoprolol, nebivolol, metoprolol o carvedilol) en ICC sistólica estable.

### Sección B. Sistema respiratorio

1. Corticosteroides inhalados pautados en el asma o EPOC moderado a grave, cuando el volumen de espiración forzada (FEV1) es inferior al 50% y existen frecuentes exacerbaciones que requieren corticoides orales.
2. Oxigenoterapia domiciliaria continua en la hipoxemia crónica (pO<sub>2</sub> <8,0 kPa [60mmHg]) o saturación de O<sub>2</sub> < 89%.
3. Agonista B<sub>2</sub> o antimuscarínicos inhalatorios pautados (ej. ipratropio) en el asma o EPOC leve a moderado.

### Sección C. Sistema nervioso central y ojos

1. Levodopa o un agonista dopaminérgico en la enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro funcional y discapacidad secundaria.
2. Antidepresivos no tricíclicos en presencia de síntomas depresivos mayores persistentes.
3. Inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina, galantamina) para la enfermedad de Alzheimer leve-moderado o la demencia de por cuerpos de lewy (rivastigmina).
4. Prostaglandinas, prostamina o betabloqueantes tópicos para el glaucoma primario de ángulo abierto.
5. ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina o pregabalina si los ISRS están contraindicados) para la ansiedad grave persistente que interfiere con la independencia funcional.
6. Antagonistas dopaminérgicos (pramipexol) para síndrome de piernas inquietas una vez descartado como causas la deficiencia de hierro y la enfermedad renal grave.

### Sección D. Sistema gastrointestinal

1. Suplementos de fibra (ej. salvado, metilcelulosa) en la diverticulosis sintomática crónica con antecedentes de estreñimiento.
2. IBP en la enfermedad por reflujo gastroesofágico grave o estenosis péptica que requiera dilatación.

### Sección E. Sistema musculoesquelético

1. Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en la artritis reumatoide activa incapacitante.
2. Suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida y/o fracturas por fragilidad previas y/o densidad mineral ósea con T score inferiores a -2,5 en múltiples puntos.
3. Antirresortivos o anabolizantes óseos (ej. bifosfonatos, ranelato de estroncio, teriparatida, denosumab) en pacientes con osteoporosis conocida cuando no existan contraindicaciones para su uso.
4. Suplementos de vitamina D en pacientes mayores que no salen de la casa, sufren caídas o tienen osteopenia (T score -1 a -2,5 en múltiples puntos).
5. Inhibidores de la xantina oxidasa (ej. allopurinol) en pacientes con antecedentes de episodios de gota recurrentes.
6. Suplementos de ácido fólico en pacientes que toman metotrexato.

## OTROS...

Ancianos frágiles: **Criterios STOPPFrail**.

Enfermedades neurodegenerativas avanzadas: **Criterios LESS-CROHN**.

Situación terminal: Guía OncPal, criterios **STOPP-Pal**.

## RIESGOS DE LA DEPRESCRIPCIÓN

Riesgos síndrome de retirada: BENZODIAZEPINAS, ISRS

Efecto rebote: BETA-BLOQUEANTES, IBPs, HIPNÓTICOS

Desenmascaramiento de interacciones: ACENOCUMAROL

Reaparición de síntomas: HIPNÓTICOS

# Deprescripción específica: **neurolepticos**

Revisar su prescripción:

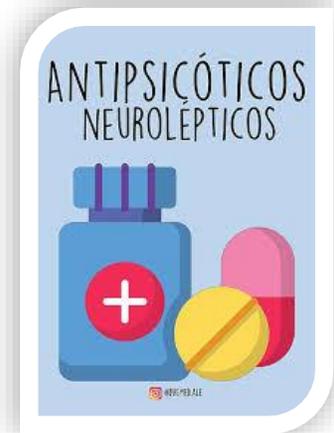
- Valorar indicación (manejo síntomas conductuales) y fracaso de medidas no farmacológicas.
- Riesgo de **caídas, delirium, ACV, muerte**.
- Se recomienda su uso en periodos cortos, revisando regularmente efectividad y RAM.

Intentar DP en:

- Pacientes con más de 3 meses con ausencia de síntomas.
- Respuesta no adecuada.
- Alto riesgo de RAM.

Recomendaciones para la DP:

- Si tratamiento reciente o dosis muy baja, no es necesaria retirada gradual.
- Reducir un 25-50% cada 2 semanas.
- Si hay problemas con la retirada, reiniciar a la mínima dosis y valorar reducción tras 1-2 meses (intervalos de 10%).



# Deprescripción específica: **antidepresivos**

Revisar su prescripción:

- Valorar demencia vs depresión.
- **ISRS más seguros** que ATC.
- Suspender o no iniciar ATC en demencia, glaucoma, defectos de la conducción cardíaca, prostatismo o RAO.
- El tratamiento **no debe ser inferior a 9-12 meses** en ancianos, valorando retirada tras 6 meses de remisión.

Recomendaciones para la DP: Retirar de forma gradual.

- En función de la semivida del antidepresivo.
- Periodos **no inferiores a 4 semanas**.



# Deprescripción específica: benzodiazepinas

Revisar su prescripción:

- Valorar indicación (ansiedad, insomnio).
- Tratamientos de corta duración (4 semanas), para evitar dependencia y tolerancia.
- Se asocian a deterioro cognitivo, riesgo de caídas, fracturas, accidentes de tráfico y mortalidad.
- Explicar al paciente la duración del tratamiento y los efectos adversos del uso a largo plazo.

Recomendaciones para la DP: retirar de forma gradual.

- Reducir 10-25% cada 1-3 semanas, o bien sustituir por dosis equivalente de diazepam y retirar gradualmente.
- Decisión compartida con el paciente, explicando los motivos e intentar conseguir su implicación.
- Medidas de higiene del sueño.
- No hay evidencias para sustituirlos por otros medicamentos (antidepresivos, antihistamínicos).

# Deprescripción específica: IBPs

Revisar su prescripción: **50-70%** de los tratamientos son inadecuados (indicación, dosis, duración).

Aumentan el riesgo de:

- Diarrea por *C. difficile*.
- Fracturas de cadera y vertebrales.
- Déficit de Mg, B12, Fe.
- Inhibición de antiplaquetarios.
- Nefritis intersticial.

Recomendaciones para la DP:

- Intentar retirar o disminuir dosis al menos una vez al año, excepto en esófago de Barrett, esofagitis grado D o hemorragia GI.
- Reducción gradual para evitar hipersecreción ácida de rebote (50% de dosis en 2 semanas y retirar, aumentar intervalo entre dosis a 2-3 días, uso intermitente o a demanda).
- Recordar medidas higiénico-dietéticas, usar alginatos o anti-H2.

# Deprescripción específica: **estatinas**

Revisar su prescripción:

- Pacientes en los que ya no es necesaria la prevención primaria.
- Pacientes en los que la indicación es obsoleta, efectos beneficiosos no significativos.
- Riesgo CV bajo.
- Expectativa de vida limitada.
- Riesgo de RAM: el riesgo de miopatía es mayor en pacientes de >70 años.

Recomendaciones para la DP:

- No es necesario retirar de forma gradual.

# Deprescripción específica: antihipertensivos

Revisar su prescripción:

- Pacientes frágiles: riesgo de hipotensión, caídas y fracturas.
- Desequilibrios electrolíticos.
- Los objetivos de control en fragilidad son más permisivos.

Recomendaciones para la DP:

- Reducir paulatinamente.
- Monitorizar periódicamente los valores de TA.
- Alto riesgo de empeoramiento de HTA tras retirada.

# Deprescripción específica: AINEs

Revisar su prescripción:

- Utilizar a la dosis más baja y durante el menor tiempo posible.
- Valorar el riesgo CV.
- Valorar el riesgo de sangrado GI.
- Tener en cuenta la función renal y la TA.

Recomendaciones para la DP:

- Retirar duplicidades.
- Evitar uso de antiagregantes + AINEs.
- No es necesario retirar de forma gradual, aunque sí recomendable para valorar el umbral analgésico del paciente y pautar otros fármacos menos peligrosos o terapias no farmacológicas como la actividad física o la fisioterapia.
- Si suspendemos AINE, valorar retirar IBP.

Gracias

The word "Gracias" is displayed in a vibrant, multi-colored font. Each letter is held up by a hand, with the hands positioned below the letters. The colors of the letters are: 'G' (blue), 'r' (green), 'a' (orange), 'c' (red), 'i' (yellow), 'a' (light green), and 's' (purple). The hands are of various skin tones and are positioned as if they are presenting the word. The background is a plain, light gray.

# Bibliografía

- Gorroñoigoitia Iturbe A, López-Torres Hidalgo J, Martín Lesende I, Herreros Herreros Y, Acosta Benito MA, de Hoyos Alonso MC, et al. Actualización PAPPS GdT Mayor 2020. [Internet]. Atención Primaria 2020;52(S2):114-124. [consultado 19 de enero de 2021]. doi: 10.1016/j.aprim.2020.09.005
- Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. [Internet]. RevEspGeriatrGerontol. 2015;50(2):89–96. [consultado 20 de enero de 2021]. doi: 10.1016/j.regg.2014.10.005
- Esteban Jiménez O, Arroyo Aniés MP, Vicens Caldentey C, González Rubio F, Hernández Rodríguez MA, Sempere Manuel M. Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. [Internet]. Aten Primaria. 2018;50(S2):70-79. [consultado 8 de diciembre de 2020]. doi: 10.1016/j.aprim.2018.09.001
- 2019 American Geriatrics Society (AGS) Beers Criteria Update Expert Panel. AGS 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. [Internet]. J Am Geriatr Soc. 2019;67(4):674-694. [consultado 21 de enero de 2021]. doi: 10.1111/jgs.15767
- Gallo C, Vilosio J, Saimovici J. Actualización de los criterios STOPP-START: una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos. [Internet]. Evid Act Pract Ambul 2015;18(4):124-129. [consultado 18 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/c408e5ff7e3a0178169d58286709f3f9.pdf>
- Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana MC. Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida?. [Internet]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(4):162–167. [consultado 20 de enero de 2021]. doi: 10.1016/j.regg.2012.01.003