

¿DEMASIADA MEDICINA EN LOS ANCIANOS? DES-PRESCRIPCIÓN MEDIANTE LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

Traducción del artículo: Jansen J, Naganathan V, Carter SM, McLachlan AJ et al. Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. *BMJ* 2016 Jun 3;353:i2893.

El uso de demasiada medicina (too much medicine) es un problema reconocido cada vez mayor (1,2), y una manifestación de ello es la polifarmacia inapropiada en los ancianos. La polifarmacia se identifica habitualmente con tomar más de cinco medicamentos de forma regular (3). Y puede ser apropiada cuando los beneficios potenciales superan los daños, pero en los ancianos la polifarmacia incrementa el riesgo de sufrir reacciones adversas al medicamento (4), disminuir sus capacidades cognitivas y/o físicas, e ingreso hospitalario (5-7). La evidencia sobre polifarmacia en ancianos es limitada, especialmente en aquellos con comorbilidad, disfunciones cognitivas o fragilidad (8). Las revisiones sistemáticas de los ensayos de abandono de la medicación (desprescripción) muestran que con la reducción de determinadas clases de medicamentos pueden disminuir los eventos adversos y mejorar la calidad de vida (9-11).

Dos revisiones recientes de la literatura sobre desprescripción acentúan la importancia de la implicación del paciente y de la toma de decisiones compartida (12,13). Los médicos y pacientes generalmente sobrestiman los beneficios de los tratamientos y subestiman sus daños (14). Cuando los pacientes se implican en la toma de decisiones compartida aumenta su información sobre los beneficios y daños, y como resultado tienden a escoger opciones más conservadoras (por ejemplo, menos medicamentos), facilitando la desprescripción (15). Sin embargo, la toma de decisiones compartida no es fácil en este contexto, y hay muy poca orientación sólida en cómo hacerlo (16).

Extraemos evidencias sobre ello en la literatura de la psicología, la comunicación y la toma de decisiones. Para cada paso del proceso de la toma de decisiones describimos las únicas tareas requeridas para las decisiones de desprescripción; identificamos los retos para los ancianos, sus acompañantes y los clínicos (**cuadro 1**); damos consejo práctico de cómo pueden ser superados los retos; resaltamos donde es necesario más trabajo; e identificamos las prioridades para futuros estudios (**cuadro 2**) (17,18).

FACTORES QUE INTERVIENEN PARA LA DESPRESCRIPCIÓN EN ANCIANOS

PASO 1: CONCIENCIAR DE QUE EXISTEN OTRAS OPCIONES

Los clínicos y pacientes reconocen que se puede tomar la decisión de continuar o abandonar los fármacos, y esto requiere de la participación de ambos.

Cuándo iniciar las conversaciones sobre la desprescripción

La prescripción de nuevos medicamentos generalmente es sencilla, determinada por un diagnóstico nuevo, síntomas o resultados de un análisis. Es menos obvio considerar cuándo dejar la medicación (12). Los posibles desencadenantes incluyen el número de fármacos tomados (quizás ≥ 10); un síntoma nuevo que puede ser un efecto adverso del fármaco; la identificación de fármacos inefectivos, de alto riesgo o innecesarios; la falta de adherencia, o un cambio en las prioridades del tratamiento (19). La mayoría de estas situaciones pueden ser identificadas sólo con una revisión de los fármacos. Dichas revisiones pueden ser provocadas por cambios de vida importantes (como una admisión hospitalaria, un nuevo diagnóstico o visitar a un nuevo médico) y pueden ser iniciadas por el clínico o el paciente, pero se hacen pocas veces (20,21). Hay estudios

cualitativos que sugieren que los ancianos no saben que es posible la desprescripción, así que es esencial hablarles de todo esto (16).

Las actitudes de los ancianos hacia la medicina

Los clínicos pueden ser reacios a iniciar discusiones sobre la desprescripción con ancianos, creyendo que valoran en mucho los fármacos (21,22), que se resistirían a la desprescripción (23), y que podrían interpretar el intento de la desprescripción como un abandono de la atención sanitaria o que dejan de importar. Importantes evidencias muestran que las actitudes de los ancianos pueden ser contradictorias interiormente: pueden ser positivas tanto para tomar todos sus fármacos (24-26) como para tomar menos (27).

La voluntad de los ancianos sobre tolerar o discontinuar la polifarmacia parece estar influenciada por las habilidades comunicativas del clínico (24,27), la percepción de su experiencia clínica (28) y el grado en el que los ancianos confían en ellos (29). Sufrir efectos adversos puede incrementar la actitud receptiva a la desprescripción (24,26). En un estudio americano, el 62% de los pacientes ancianos (mayores de 65 años) que recibieron un folleto educativo “directo-al-consumidor” sobre el cese de benzodiazepina ocasionó una conversación de ese asunto con sus clínicos (29). En un estudio australiano, el 90% de los participantes estaban hipotéticamente dispuestos a parar el fármaco si se lo recomendaba su médico (23).

Sesgos cognitivos

Uno de los sesgos cognitivos que mejor se reconoce y más explica el comportamiento en este asunto es el sesgo del *statu quo*: una preferencia a continuar con la situación ya establecida (*statu quo*) especialmente si ésta ha sido la habitual durante muchos años (30). Un concepto relacionado en la literatura médica es la inercia clínica o terapéutica, que consiste en “reconocer que hay problema, pero fracasar en la actuación” (31). Se invoca mayoritariamente la inercia terapéutica para explicar la inapropiada infra-prescripción, pero también se aplica al fracaso en desprescribir los fármacos inapropiados (32). Otro sesgo bien reconocido es el sesgo de omisión, que consiste en estar más dispuesto a los riesgos dañinos que surjan de la inacción que de la acción (33). Paradójicamente, una vez que las personas están tomando un fármaco, continuar con el mismo sin cambios se percibe como inacción, mientras que abandonarlo se percibe como una acción. En una reciente revisión de estudios cualitativos sobre este tema, la barrera más común es la resistencia del paciente a cambiar, según la percepción de los clínicos (32).

Los pacientes pueden suponer que los fármacos son importantes si lo han tomado durante muchos años (28). El lenguaje que utilizan los clínicos cuando recetan un fármaco puede ser muy importante. Por ejemplo, si les dicen a los pacientes que pueden necesitar los fármacos “el resto de sus vidas”, la conversación del posible cese de una medicación puede generarles ansiedad (26). Los que elaboran guías clínicas podrían ayudar considerando las interacciones entre fármaco-enfermedad y fármaco-fármaco en los ancianos con pluripatología (34), y reconocer la necesidad de un uso juicioso de los fármacos en la población. También se ha sugerido que las guías deberían incluir el período para la revisión de la medicación después de comenzar una nueva medicación.

Decisiones multidisciplinarias e implicación del acompañante

Puede ser confuso quien debe iniciar el debate sobre desprescribir en ancianos ya que a los ancianos se les prescribe fármacos por múltiples clínicos (27). Las investigaciones cualitativas sugieren que la desprescripción en atención primaria puede obstaculizarse por la falta de comunicación y cooperación con los especialistas prescriptores (21-35), y que a los pacientes ancianos les preocupa la escasa comunicación entre los clínicos sobre la prescripción (24). La investigación en la toma de decisiones compartida interdisciplinaria todavía es limitada (36), y el rol de los distintos tipos de clínicos puede variar dependiendo del contexto.

La presencia del (los) acompañante(s) del paciente plantea otro potencial reto a la desprescripción (37). En una revisión sistemática sobre la toma de decisiones triádica, concluyó que los médicos percibieron la asistencia regular de acompañantes a la consulta frecuentemente útil, y que éstos asumían una variedad de roles. Sin embargo su implicación frecuentemente ocasionó retos. Los pacientes con crecientes necesidades fueron más frecuentemente acompañados. Algunos comportamientos de los acompañantes fueron percibidos como más útiles (por ejemplo, como apoyo informativo) y menos útiles (por ejemplo, comportamientos dominantes/ exigentes), y las preferencias para su implicación variaron ampliamente (37).

PASO 2: DISCUTIR LAS OPCIONES CON SUS BENEFICIOS Y DAÑOS

Esto implica asegurarse de que el paciente conoce las opciones disponibles (incluyendo la opción de continuar con los fármacos) y que entiende el proceso de la desprescripción, los potenciales beneficios y daños, y cuán probable es que éstos ocurran.

Entender las opciones

Los cambios relacionados con la edad en los procesos cognitivos y afectivos (38) y la comorbilidad pueden influenciar en cómo los ancianos procesan y entienden la información sobre sus opciones médicas (39-41). Algunos estudios sugieren que, en comparación con gente joven, los ancianos prestan atención a menos opciones (42), enfocando desproporcionadamente en la información positiva (43), buscan menos información (39), y tienen una mayor dificultad para entender la información sobre sus opciones disponibles (43). Sin embargo pocos de esos estudios eran en el dominio de la salud, y todos usaron estímulos extremadamente simplificados en un contexto controlado, por lo que no está claro cómo se aplican en la vida real a la toma de decisiones sobre salud. Cuando se presentan problemas de pérdida de audición se puede complicar la comunicación y reducir la comprensión (16).

Entender los potenciales beneficios y daños de las distintas opciones

Muchos adultos tienen pocas habilidades de alfabetismo numérico, y tienen dificultades para interpretar la información cuantitativa o probabilística. Los ancianos que toman muchas medicinas a menudo declaran no ser completamente informados de la razón de por qué las comen o de los potenciales efectos secundarios (28). Un estudio entre personas de 75 o más años encontró una amplia variabilidad en la comprensión de la información sobre los beneficios y daños (44); la información de riesgos numéricos fue especialmente desafiante, sugiriendo que los formatos visuales como los pictogramas pueden ser de gran ayuda (44).

Comunicar una incertidumbre

Uno de los retos de la decisión de la desprescripción es la limitada evidencia de sus beneficios y daños. Aunque los ensayos clínicos aleatorizados respaldan la desprescripción de ciertos fármacos (9-11), en la mayoría de los fármacos usados por los ancianos la evidencia es aún limitada. Los médicos de cabecera han declarado una alta de confianza en la comunicación de riesgos, particularmente en la comunicación de la incertidumbre (22). Las herramientas de comunicación como las hojas con un resumen verbal, numérico o gráfico (42,43) pueden ayudar a explicar la incertidumbre y fomentar una más profunda consideración de los valores personales. Los inconvenientes de comunicar la incertidumbre pueden causar sobrecarga cognitiva, evitar la decisión, o una preocupación que puede perjudicar la toma de decisiones.

Distinguir entre distintos tipos de Medicina

La decisión de desprescribir en tratamientos preventivos (ej. estatinas o warfarina) son distintos de aquellos que intentan mejorar la salud actual o calidad de vida (ej; fármacos para el asma o analgésicos). En un estudio cualitativo, los médicos de cabecera se sintieron competentes en la desprescripción de fármacos una vez los síntomas habían sido aliviados o

curados, pero estaban menos seguros en el abandono de fármacos preventivos (22). También se sintieron “bajo presión” por las guías clínicas para prescribir fármacos preventivos a pesar de saber que los daños potenciales de la polifarmacia pueden superar los posibles beneficios a largo plazo (21).

PASO 3: EXPLORAR LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE PARA LAS DISTINTAS OPCIONES

El objetivo en este paso es ayudar a los pacientes a identificar sus preferencias, objetivos, y prioridades sobre la desprescripción.

Las preferencias en ancianos varían y son inestables

La obtención de las preferencias es compleja y debatida (47). La teoría de las “preferencias construidas” postula que cuando las personas están en situaciones complejas, no tienen ideas estables sobre lo que es importante para ellas (48). En vez de eso, las personas “construyen” sus preferencias a la vez que obtienen información. Las emociones tienen un papel importante en la construcción de las preferencias y la toma de decisiones, especialmente en ancianos, y que somos más propensos a utilizar heurísticos (atajos o reglas del pulgar) para simplificar el complejo sistema de toma de decisiones (40).

Los ancianos tienen un fuerte sentido de lo que es importante para ellos por su experiencia acumulada de asistencia médica. Esto puede facilitar el llegar a un acuerdo sobre sus valores. Simultáneamente se ha sugerido que las preferencias son más variables en los ancianos que en los jóvenes, influenciados por factores como su humor y salud actuales (49).

Algunas evidencias sugieren que los pacientes ancianos creen que sus médicos ya conocen sus preferencias (16). Esto puede reducir su percepción sobre la necesidad de involucrarse en la toma de decisiones. Se han propuesto métodos para ayudar a las personas a pensar sobre la deseabilidad o atributos de las opciones, así como para identificar preferencias (ej, ejercicios de clarificación de valores) (47). Son necesarias más investigaciones para identificar cuáles de estos métodos se adaptan mejor a los ancianos, y para determinar cómo influyen los cambios cognitivos y afectivos relacionados con la edad en la obtención de preferencias.

Sopesar los beneficios y daños es más complejo en los ancianos

Las decisiones sobre desprescripción necesitan tener en cuenta las evidencias de los potenciales beneficios y los daños contando con la reducción de la expectativa de vida. Las discusiones con los ancianos sobre este balance pueden ser un reto, en parte por la falta de evidencia (32,35). Las estimaciones de la expectativa de vida son imprecisas en los mejores casos. Sin embargo, existen herramientas pronósticas (50), y la autoevaluación del estado de salud es un buen predictor de la mortalidad (51), así que éstas pueden ser una guía útil para incorporarlas en la toma de decisiones compartida (22).

En un estudio cualitativo de médicos de cabecera encontró que a algunos les preocupaba que la discusión de la expectativa de vida pudiera ser percibida como amenazante, mientras que otros declararon que los pacientes hablaban de forma espontánea sobre la calidad de vida que les restaba por vivir, reforzando la relación entre médico de cabecera y paciente (22). En un estudio el 60% de 214 ancianos quería hablar sobre su expectativa de vida con sus médicos cuando tomaban decisiones, mientras que el 40% restante no quería (52). En un estudio de utilidad mediante el test de compensación temporal (time trade-off), la mayoría de las mujeres participantes (con más de 75 años) preferían calidad de vida e independencia en lugar de añadir años de vida (53); sin embargo, esto no puede ser asumido para el caso de todos los ancianos. Se necesita más investigación en la expectativa de vida y la compensación entre calidad y cantidad de vida.

PASO 4: TOMAR LA DECISIÓN

Decidir si desprescribir o no, requiere integrar las preferencias y prioridades del paciente junto con los beneficios y daños. El paciente puede tomar las decisiones en colaboración, o diferirlas al médico. Existen algoritmos para guiar el proceso de decidir que fármacos dejar en primer lugar (12,13).

Preferencias por la implicación y autonomía del paciente

La mayoría de ancianos prefieren participar en la toma de decisiones médica (54), aunque esto está influenciado por su salud (55). Incluso aquellos que prefieren delegar la decisión en su médico, frecuentemente quieren discutir opciones, actitudes, preferencias, y recibir información (16,56). Además, algunos pueden creer que no tienen las habilidades adecuadas para participar en la toma de decisiones, lo que conduce a una preferencia por una menor participación (16,57). Los clínicos y acompañantes pueden apoyar la autonomía de los ancianos invitándolos a participar en la toma de decisiones y obteniendo así sus objetivos y valores, tanto si toman como si no toman la decisión final.

La desprescripción es un proceso continuo

La decisión de detener el uso de un fármaco tiene que ser abordada por etapas, con una cuidadosa monitorización del abandono y de los efectos adversos (13). Es importante comunicar con claridad que el cese de un fármaco es provisional y no final, y que debe ser revisado constantemente (12,26).

¿ADÓNDE IR DESDE AQUÍ?

La desprescripción es un reto importante y nada fácil. La toma de decisiones compartida debe ser una parte integral del proceso de desprescripción, pero su implementación en la práctica clínica es compleja. Nuestro consejo es, como mínimo, informar a los ancianos (y a sus acompañantes) sobre la opción de desprescribir, e invitarlos y ayudarlos a expresar sus preferencias y tomar la decisión. Esto requiere una cuidadosa adaptación, dado que varían ampliamente tanto las preferencias por las distintas opciones y voluntades, como la habilidad para implicarse en la toma de decisiones. Claramente esto puede ser un proceso que consume mucho tiempo. Puede ser necesaria la presupuestación de un tiempo para esta tarea, la dedicación de más recursos y la remuneración de la elaboración de revisiones específicas de beneficios y riesgos con calidad. Se precisan nuevas evidencias que apoyen mejor a los médicos para reducir la polifarmacia en los ancianos. En particular, necesitamos identificar mejores formas de comunicar la información sobre los beneficios y daños, y obtener las preferencias de los ancianos de forma que apoyen las decisiones compartidas.

Mensajes clave

Desprescribir es un proceso planificado y supervisado de reducción o abandono de fármacos innecesarios.

La toma de decisiones compartidas debería ser una parte integral del proceso de desprescripción.

Muchos factores afectan a este proceso, como la confianza en el consejo del clínico, las actitudes contradictorias del paciente sobre la medicación, los sesgos cognitivos que llevan a la preferencia por el *statu quo* y a escuchar la información positiva, y las dificultades en el procesamiento de información.

Existe incertidumbre sobre el efecto que tiene la comunicación del riesgo y las herramientas para la obtención de las preferencias en los ancianos.

Hay una amplia variabilidad en las preferencias de los ancianos a la hora de discutir la expectativa de vida y la calidad de vida, pero incluso aquellos que desean delegar sus decisiones también aprecian la discusión de sus opciones.

1. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012;344:e3502. doi:10.1136/bmj.e3502 pmid:22645185.
2. Moynihan R. Is your mum on drugs? *BMJ* 2011;343:d5184. doi:10.1136/bmj.d5184 pmid: 21865271.
3. Hilmer SN, Gnjjidic D. The effects of polypharmacy in older adults. *Clin Pharmacol Ther* 2009;85:86-8. doi:10.1038/clpt.2008.224 pmid:19037203.
4. Duerden M, Avery T, Payne R. Polypharmacy and medicines optimisation: making it safe and sound. King's Fund, 2013.
5. Shah BM, Hajjar ER. Polypharmacy, adverse drug reactions, and geriatric syndromes. *Clin Geriatr Med* 2012;28:173-86. doi:10.1016/j.cger.2012.01.002 pmid:22500537.
6. Gnjjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol* 2012;65:989-95. doi:10.1016/j.jclinepi.2012.02.018 pmid: 22742913.
7. Fried TR, O'Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:2261-72. doi:10.1111/jgs.13153 pmid:25516023.
8. Hilmer SN, McLachlan AJ, Le Couteur DG. Clinical pharmacology in the geriatric patient. *Fundam Clin Pharmacol* 2007;21:217-30. doi:10.1111/j.1472-8206.2007.00473.x pmid: 17521291.
9. Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, Le Couteur DG. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review. *Drugs Aging* 2008;25:1021-31. doi: 10.2165/0002512-200825120-00004 pmid:19021301.
10. Van der Cammen TJ, Rajkumar C, Onder G, Sterke CS, Petrovic M. Drug cessation in complex older adults: time for action. *Age Ageing* 2014;43:20-5. doi:10.1093/ageing/aft166 pmid:24222659.
11. Declercq T, Petrovic M, Azermai M, et al. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;3:CD007726.pmid:23543555.
12. Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. *Br J Clin Pharmacol* 2014;78:738-47. doi:10.1111/bcp.12386 pmid:24661192.
13. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med* 2015;175:827-34. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0324 pmid:25798731.
14. Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2015;175:274-86. doi:10.1001/jamainternmed.2014.6016 pmid:25531451.
15. Stacey D, Légaré F, Col NF, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;1:CD001431.pmid:24470076.
16. Bynum JP, Barre L, Reed C, et al Participation of very old adults in health care decisions. *Med Decision Making* 2014;34:216-30.
17. National Stakeholders' Meeting. Quality use of medicines to optimise ageing in older Australians. 2015. <http://sydney.edu.au/medicine/cdpc/documents/about/outcomestatement-national-stakeholders-meeting.pdf>
18. Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH Jr, et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2015;175:691-700. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0289 pmid:25798575.
19. Le Couteur D, Banks E, Gnjjidic D, McLachlan A. Deprescribing. *Aust Prescr* 2011;34:182-5doi:10.18773/austprescr.2011.095.
20. Rigby D. Medication in review: hitting the target with HMRs. *AJP* 2010;91:38-9.
21. Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T. Qualitative insights into general practitioners' views on polypharmacy. *BMC Fam Pract* 2010;11:65. doi:10.1186/1471-2296-11-65 pmid:20840795.
22. Schuling J, Gebben H, Veehof LJ, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Fam Pract* 2012;13:56. doi:10.1186/1471-2296-13-56 pmid:22697490.
23. Reeve E, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to deprescribe. *J Am Geriatr Soc* 2013;61:1508-14. doi:10.1111/jgs.12418 pmid:24028356.
24. Moen J, Bohm A, Tillenius T, Antonov K, Nilsson JL, Ring L. "I don't know how many of these [medicines] are necessary." A focus group study among elderly users of multiple medicines. *Patient Educ Couns* 2009;74:135-41. doi:10.1016/j.pec.2008.08.019 pmid: 18845412.

25. Fawzi W, Abdel Mohsen MY, Hashem AH, Moussa S, Coker E, Wilson KC. Beliefs about medications predict adherence to antidepressants in older adults. *Int Psychogeriatr* 2012;24:159-69. doi:10.1017/S1041610211001049 pmid:21729414.
26. Straand J, Sandvik H. Stopping long-term drug therapy in general practice. How well do physicians and patients agree? *Fam Pract* 2001;18:597-601. doi:10.1093/fampra/18.6. 597 pmid:11739344.
27. Linsky A, Simon SR, Bokhour B. Patient perceptions of proactive medication discontinuation. *Patient Educ Couns* 2015;98:220-5. doi:10.1016/j.pec.2014.11.010 pmid: 25435516.
28. Lau DT, Briesacher BA, Mercaldo ND, et al. Older patients' perceptions of medication importance and worth: an exploratory pilot study. *Drugs Aging* 2008;25:1061-75. doi:10. 2165/0002512-200825120-00007 pmid:19021304.
29. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, et al. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med* 2014.
30. Kahneman D, Knetsch JL, Thaler R. Anomalies: the endowment effect, loss aversion, and status quo bias. *J Econ Perspect* 1991;5:193-206doi:10.1257/jep.5.1.193.
31. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825-34. doi:10.7326/0003-4819-135-9-200111060-00012 pmid:11694107.
32. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open* 2014;4:e006544. doi:10.1136/bmjopen-2014-006544 pmid:25488097.
33. Spranca M, Minsk E, Baron J. Omission and commission in judgment and choice. *J Exp Soc Psychol* 1991;27:76-105doi:10.1016/0022-1031(91)90011-T.
34. Dumbreck S, Flynn A, Nairn M, et al. Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines. *BMJ* 2015;350:h949.
35. Moen J, Norrgård S, Antonov K, Nilsson JL, Ring L. GPs' perceptions of multiple-medicine use in older patients. *J Eval Clin Pract* 2010;16:69-75. doi:10.1111/j.1365-2753.2008. 01116.x pmid:20367817.
36. Stacey D, Légaré F, Pouliot S, Kryworuchko J, Dunn S. Shared decision making models to inform an interprofessional perspective on decision making: a theory analysis. *Patient Educ Couns* 2010;80:164-72. doi:10.1016/j.pec.2009.10.015 pmid:19945813.
37. Laidsaar-Powell RC, Butow PN, Bu S, et al. Physician-patient-companion communication and decision-making: a systematic review of triadic medical consultations. *Patient Educ Couns* 2013;91:3-13. doi:10.1016/j.pec.2012.11.007 pmid:23332193.
38. Peters E, Hess TM, Västfjäll D, Auman C. Adult age differences in dual information processes: implications for the role of affective and deliberative processes in older adults' decision making. *Perspect Psychol Sci* 2007;2:1-23. doi:10.1111/j.1745-6916.2007.00025. x pmid:26151915.
39. Mata R, Schooler LJ, Rieskamp J. The aging decision maker: cognitive aging and the adaptive selection of decision strategies. *Psychol Aging* 2007;22:796-810. doi:10.1037/0882-7974.22.4.796 pmid:18179298.
40. Hanoch Y, Wood S, Rice T. Bounded rationality, emotions and older adult decision making: Not so fast and yet so frugal. *Hum Dev* 2007;50:333-58doi:10.1159/000109835.
41. Löckenhoff CE, Carstensen LL. Socioemotional selectivity theory, aging, and health: the increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *J Pers* 2004;72:1395-424. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00301.x pmid:15509287.
42. Reed AE, Mikels JA, Simon KI. Older adults prefer less choice than young adults. *Psychol Aging* 2008;23:671-5. doi:10.1037/a0012772 pmid:18808256.
43. Hibbard JH, Slovic P, Peters E, Finucane ML. Strategies for reporting health plan performance information to consumers: evidence from controlled studies. *Health Serv Res* 2002;37:291-313. doi:10.1111/1475-6773.024 pmid:12035995.
44. Fuller R, Dudley N, Blacktop J. Risk communication and older people-understanding of probability and risk information by medical inpatients aged 75 years and older. *Age Ageing* 2001;30:473-6. doi:10.1093/ageing/30.6.473 pmid:11742775.
45. Politi MC, Han PK, Col NF. Communicating the uncertainty of harms and benefits of medical interventions. *Med Decis Making* 2007;27:681-95. doi:10.1177/0272989X07307270 pmid:17873256.
46. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 1999;319:766-71. doi:10.1136/bmj.319.7212.766 pmid:10488010.
47. Fagerlin A, Pignone M, Abhyankar P, et al. Clarifying values: an updated review. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013;13(suppl 2):S8. doi:10.1186/1472-6947-13-S2-S8 pmid: 24625261.

48. Hibbard JH, Peters E. Supporting informed consumer health care decisions: data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annu Rev Public Health* 2003;24:413-33. doi:10.1146/annurev.publhealth.24.100901.141005 pmid: 12428034.
49. Fried TR, O'Leary J, Van Ness P, Fraenkel L. Inconsistency over time in the preferences of older persons with advanced illness for life-sustaining treatment. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:1007-14. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01232.x pmid:17608872.
50. Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, Widera EW, Smith AK. Prognostic indices for older adults: a systematic review. *JAMA* 2012;307:182-92. doi:10.1001/jama.2011.1966 pmid: 22235089.
51. Schnittker J, Bacak V. The increasing predictive validity of self-rated health. *PLoS One* 2014;9:e84933. doi:10.1371/journal.pone.0084933 pmid:24465452.
52. Fried TR, Bradley EH, O'Leary J. Prognosis communication in serious illness: perceptions of older patients, caregivers, and clinicians. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1398-403. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51457.x pmid:14511159.
53. Salkeld G, Cameron ID, Cumming RG, et al. Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older women: a time trade off study. *BMJ* 2000;320:341-6. doi:10.1136/bmj.320.7231.341 pmid:10657327.
54. Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2012;86:9-18. doi:10.1016/j.pec.2011.02.004 pmid:21474265.
55. Flynn KE, Smith MA. Personality and health care decision-making style. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007;62:261-7. doi:10.1093/geronb/62.5.P261 pmid:17906167.
56. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med* 2005;20:531-5. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.04101.x pmid:15987329.
57. Belcher VN, Fried TR, Agostini JV, Tinetti ME. Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *J Gen Intern Med* 2006;21:298-303. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00329.x pmid:16686804.

Cuadro 1: Representación esquemática de los retos para los médicos y pacientes de edad avanzada asociada a cada paso del proceso de toma de decisiones compartida sobre desprescripción

Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
Crear concienciación de opciones	Discutir beneficios y daños	Explorar preferencias	Tomar una decisión
Anciano			
Conocimiento limitado de la oportunidad de verse envuelto	Falta de entendimiento en la distinción entre fármacos preventivos vs sintomáticos	Las preferencias varían dependiendo del anciano	Variedad de preferencias para verse envuelto
Las actitudes varían y pueden ser contradictorias	Retos de procesamiento de información	Asumen que el clínico sabe sus preferencias	Contraste entre las preferencias declaradas y las reales
Preferencia por el <i>statu quo</i>	Dificultades sensoriales	Variedad en cuanto a la voluntad de discutir la expectativa de vida	Alta confianza en el clínico para tomar la decisión
Implicación del acompañante			
Clínico			
Múltiples proveedores de salud	Es importante discutir daños y beneficios	Incomodidad a la hora de discutir el balance entre calidad y cantidad de vida	Describir las decisiones incluye monitorización
Ausencia de desencadenantes externos para la toma de decisiones	Falta de confianza en la comunicación de riesgos	Poca guía disponible por la obtención de preferencias de los ancianos	Incomodidad con ancianos que no se quieren ver envueltos
Preferencia por el status quo	Incertidumbre en las evidencias		

Cuadro 2: Pasos para la toma de decisiones compartidas sobre la desprescripción en ancianos		
Pasos	Consejos prácticos	Prioridades para futuras investigaciones
Crear conciencia de que existen opciones y se pueden tomar decisiones.	Revisa los medicamentos regularmente; preguntar sobre los problemas/ preocupaciones para identificar oportunidades de desprescripción.	Desarrollar y evaluar las ayudas para la decisión de desprescripción en ancianos.
	Explica que hay opciones de fármacos a considerar, incluyendo la reducción o el cese.	
	Las actitudes ante los medicamentos y la desprescripción varían ampliamente y necesitan ser exploradas activamente.	Identificar y evaluar estrategias para mejorar el sistema triádico anciano-acompañante-clínico.
	Establecer una relación de confianza antes de conversar sobre la desprescripción.	
	Reconocer el sesgo del <i>status quo</i> antes de desprescribir, identificando este malestar.	
	Cuando los acompañantes están presentes en la consulta examina su papel y grado de acuerdo en la toma de decisiones.	
Discutir y ponte de acuerdo en el papel de los distintos proveedores de salud en el proceso de desprescripción.		
Conversar y discutir sobre las opciones y los potenciales beneficios y daños.	Mejora el entendimiento general: utiliza lenguaje sencillo, evita la jerga medica, usa la voz activa y palabras concretas, evita frases complejas, minimiza el ruido de fondo, mirar a la cara mientras hablas, da la información escrita, utiliza recursos audiovisuales, verifica la comprensión (ej., retroalimentación).	Identifica rlos métodos mas óptimos para comunicar beneficios y los daños de los fármacos y de su desprescripción.
	Mejora el entendimiento probabilístico: utiliza riesgos absolutos, porcentajes simples, o frecuencias con un denominador consistente y pictogramas.	Desarrollar y evaluar estrategias para ayudar al entendimiento y a tolerar la incertidumbre sobre la desprescripción en los ancianos.
	Discutir los daños potenciales de los fármacos y la desprescripción, como también los potenciales beneficios.	Más ensayos aleatorizados controlados sobre discontinuación de la medicación.
	Explica las diferencias entre los fármacos preventivos frente a los sintomáticos, y salud frente a calidad de vida ya que esto puede ser confuso.	
Explorar las preferencias para diferentes opciones.	Explora las preferencias y objetivos en relación a la desprescripción tras proporcionar la información sobre los potenciales beneficios y daños.	Desarrollar y evaluar métodos para el establecimiento de objetivos / y aclaración de valores para ancianos.
	Revisa frecuentemente las preferencias, ya que existe la posibilidad de que cambien a lo largo del tiempo.	Mejorar y evaluar los métodos para discutir el pronóstico y la expectativa de vida.
	Ofrece conversaciones sobre intercambio entre calidad y cantidad de vida, pero respetando a los que las rechazan.	
Toma de decisiones.	Colabora para encontrar la opción que mas se ajusta a las preferencias, enfatiza que son ellos los expertos en su propia experiencia y bienestar.	Desarrollar y evaluar las herramientas (ej., test de preguntas) ayudar al anciano en la implicación de la decisión de desprescripción.
	Apoya la autonomía averiguando los objetivos y valores, y ofreciendo la oportunidad para que se sienta involucrado en la decisión final o tomándola toda entera.	
	Respetar a los que prefieran delegar la decisión final en otros, pero exhortalos a considerar las razones de la decisión.	Desarrollar y evalua estrategias de monitorización y revisión de las decisiones desprescriptivas.
	Comunica claramente que el cese del fármaco es provisional, no final, y debería estar en continua revisión.	
	Pacta cuáles son los fármacos que deberían dejarse primero (o reducir su dosis), y cuál será la frecuencia de monitorización y consultas sucesivas.	
	La reinstauración del fármaco es uno de los varios de los posibles resultados del intento de discontinuación y no un fracaso.	