

MAYORES y ATENCION PRIMARIA



Criterios prescripción/deprescripción

STOPP/START



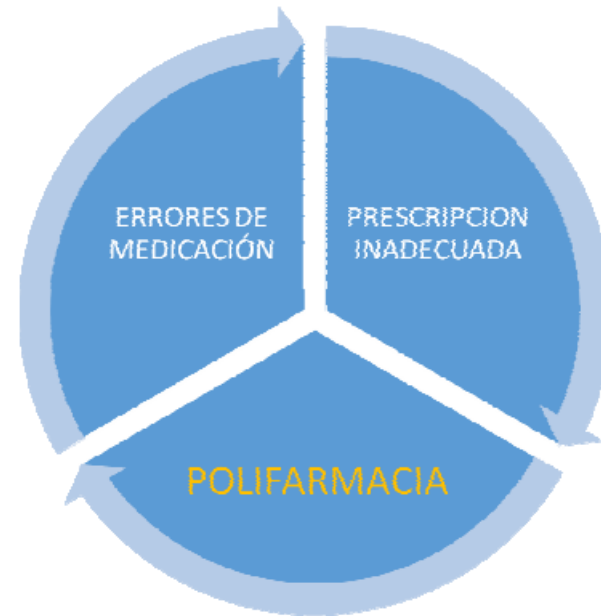
M^a del Mar Ferro Soto
FAP-EOXI Santiago



Organización
Mundial de la
Salud

“Los pacientes deben recibir los medicamentos adecuados a sus **necesidades clínicas**, en las **dosis** acordes a sus requerimientos individuales por un período de **tiempo** adecuado y al menor **coste** posible para ellos y su comunidad”

- La medicación es la primera causa de acontecimientos adversos relacionados con la asistencia sanitaria
- La polipatología y la polimedicación son frecuentes en las personas mayores



Consecuencias de la polimedicación

.Clínicas:

- Disminución de la Adherencia
- EA e interacciones
- Mayor riesgo de hospitalización, aumento morbi/mortalidad
- Mayor riesgo de lesiones por caídas, deterioro funcional y de la calidad de vida

.Económicas:

- Gasto innecesario
- Consultas y hospitalizaciones por EA

Polimedicación

No adherencia

PRM y RAM

> Morbimortalidad

Costes sanitarios

Visitas médicas, urgencias
Ingresos hospitalarios



Problemas Relacionados con los Medicamentos

- Administración errónea del medicamento
- Características personales
- Conservación inadecuada
- Contraindicación
- Dosis, pauta y/o duración no adecuada
- Duplicidad
- Errores en la dispensación
- Errores en la prescripción
- Incumplimiento
- Interacciones
- Otros problemas de salud que afectan al tratamiento
- Probabilidad de efectos adversos
- Problema de salud insuficientemente tratado
- Otros



MEDICAMENTO/ UTILIZACION

Alta complejidad
Etiquetado/envasado proclive al error
Confusion entre nombres
Interpretacion erronea de las prescripciones



PACIENTE

Variabilidad individual
Poblacion sensible/fragil
Situaciones especiales
Mala interpretacion
Falta de informacion



Causas habituales de ERRORES DE MEDICACION

FACTORES HUMANOS

Desconocimiento
Despistes
Falta de comunicaci3n
Presion asistencial



Transiciones asistenciales

Problemas en equipos y dispositivos

Desabastecimientos



STOP errores de medicacion

.La polimediación: mayor relevancia en el paciente anciano, mayor riesgo de RAM, debido a cambios fisiológicos, fragilidad y comorbilidad



- Los pacientes ancianos (multimorbilidad y polimedicados) poco representados en los ensayos clínicos con medicamentos
- Guías clínicas: manejo de patologías, sin tener en cuenta la **comorbilidad** de los pacientes
- Muchas guías de como **iniciar o añadir fármacos**, pero muy pocas de como **retirarlos**
- Población anciana polimedicada: muchos fármacos con **EA potencialmente graves o de dudoso beneficio**

P. Inapropiada

Omisión de fármaco

PRM y RAM

> Morbimortalidad

Costes sanitarios

Visitas médicas, urgencias
Ingresos hospitalarios



• Los medicamentos que con mayor frecuencia son responsables de las hospitalizaciones y EA son los **antiagregantes, diureticos, AINE, ACO, BB,opioides, MTX, digoxina , IECA, ARA II**

• En el caso de las personas mayores hay que añadir a la lista **farmacos de riesgo: BZD, ATC, antagonistas del Ca, antipsicoticos, anticolinergicos, insulinas**



Medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos

Grupos terapéuticos

- ▶ **Antiagregantes plaquetarios**
(incluyendo aspirina)
- ▶ **Anticoagulantes orales**
- ▶ **Antiepilépticos de estrecho margen**
(carbamazepina, fenitoína y valpróico)
- ▶ **Antiinflamatorios no esteroideos**
- ▶ **Antipsicóticos**
- ▶ **Benzodiacepinas y análogos**
- ▶ **β- Bloqueantes adrenérgicos**
- ▶ **Citostáticos orales**
- ▶ **Corticosteroides a largo plazo** (≥ 3 meses)
- ▶ **Diuréticos del asa**
- ▶ **Hipoglucemiantes orales**
- ▶ **Inmunosupresores**
- ▶ **Insulinas**
- ▶ **Opioides**

Medicamentos específicos

- ▶ **Amiodarona /dronedarona**
- ▶ **Digoxina**
- ▶ **Espironolactona / eplerenona**
- ▶ **Metotrexato oral** (uso no oncológico)

Impacto de la polimedición y PI en mayores:

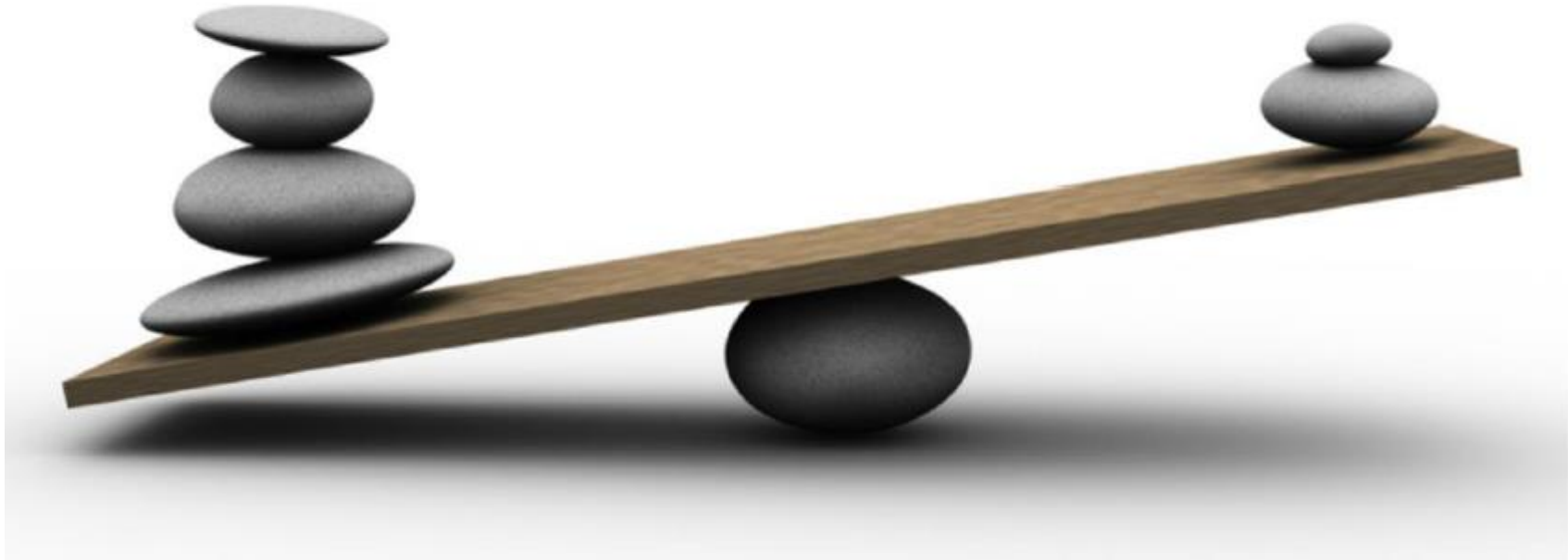
- Estrategias para:

Abordaje de la polimedición y optimizar el uso de los medicamentos

Revisión de medicamentos y tratamientos

Metodos de detección de PPI

PRESCRIPCION INAPROPIADA



RIESGO

BENEFICIO

PREVAENCIA PPI



22.6% PPI

1 de 5 prescripciones PPI en AP



Tommelein, E. Eur J Clin Pharmacol (2015)
DOI 10.1007/s00228-015-1954-4

Opondo et al, 2012. PLoS ONE 7(8)
doi:10.1371/journal.pone.0043617

Prescripción potencialmente inapropiada (PPI)

• Métodos de detección de PPI

- **Métodos implícitos:** basados en juicios clínicos que evalúan el medicamento considerando las características del paciente y la indicación de la prescripción



Método MAI (*Medication Appropriateness Index*)

Desarrollado en 1992, evalúa la adecuación de la medicación de acuerdo a factores como: indicación, evidencia de la eficacia, y existencia o ausencia de contraindicaciones. Requiere tiempo y precisa toda la información clínica del paciente.

Muy fiables, consumen mucho tiempo y son muy laboriosos

Métodos explícitos: criterios predefinidos basados en datos científicos y consenso

Más sencillos, permiten sistematizar la **detección de PPI** y consumen menos recursos



Crterios AGS Beers. Creados por Beers en 1991 y asumidos por la *American Geriatrics Society* desde 2011,


American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria[®] for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults

*By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria[®] Update Expert Panel**


Organ System, Therapeutic Category, Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Antipsychotics, first (conventional) and second (atypical) generation	Increased risk of cerebrovascular accident (stroke) and greater rate of cognitive decline and mortality in persons with dementia Avoid antipsychotics for behavioral problems of dementia or delirium unless nonpharmacological options (eg, behavioral interventions) have failed or are not possible <i>and</i> the older adult is threatening substantial harm to self or others	Avoid, except in schizophrenia or bipolar disorder, or for short-term use as antiemetic during chemotherapy	Moderate	Strong
Benzodiazepines	Older adults have increased sensitivity to benzodiazepines and decreased metabolism of long-acting agents; in general, all benzodiazepines increase risk of cognitive impairment, delirium, falls, fractures, and motor vehicle crashes in older adults May be appropriate for seizure disorders, rapid eye movement sleep behavior disorder, benzodiazepine withdrawal, ethanol withdrawal, severe generalized anxiety disorder, and periprocedural anesthesia	Avoid	Moderate	Strong
<i>Short and intermediate acting:</i>				
Alprazolam				
Eszazolam				
Lorazepam				
Oxazepam				
Temazepam				
Triazolam				
<i>Long acting:</i>				
Chlordiazepoxide (alone or in combination with amitriptyline or clidinium)				
Clonazepam				
Clorazepate				
Diazepam				
Flurazepam				
Quazepam				

 **Criterios *STOPP/START*.**

 **Proyecto *ACOVE*** (*Assessing Care of Vulnerable Elders*).

 **Criterios *NORGEP*** (*Norwegian General Practice*).


 ***Deprescribing.org*.**

 **Listado *PRISCUS*.** Elaborado en Alemania en 2010,

 **Proyecto *ES-PIA*.**

 ***Australian Prescribing Indicators Tool*.**

En 2017 se han publicado los 27 criterios [STOPP-Frail](#), desarrollados específicamente para pacientes frágiles.

 **Proyecto ES-PIA.** En 2019 se ha publicado una lista de prescripción inadecuada en pacientes geriátricos, adaptada a los medicamentos y hábitos de prescripción de nuestro entorno. Ordenada por aparatos y sistemas, según la clasificación ATC, incluye 138 afirmaciones, que explican por qué el fármaco/grupo terapéutico no debería emplearse en ancianos y la razón por la que se considera prescripción inadecuada, con la siguiente gradación:

1. si existe más riesgo que beneficio en la prescripción;
2. si existen dudas acerca de la eficacia de la prescripción;
3. riesgo elevado de interacciones, con otros fármacos o con enfermedades;
4. prescripción inadecuada por omisión.

En la elaboración de la lista se han utilizado criterios como: *Australian Prescribing Indicators, Beers, French Consensus Panel List, IPET, NORGE, PRISCUS y STOPP*, que previamente recogían algunas de las prescripciones inadecuadas. También se incluyen 78 afirmaciones nuevas, que proceden de las fichas técnicas de los medicamentos o del sistema *Micromedex®* (26).

Lista española de medicamentos potencialmente inapropiados en personas mayores (proyecto ES-PIA)

Eur J Clin Pharmacol, 8 de mayo de 2019 Ofrecemos una lista de prescripción inadecuada en pacientes de edad avanzada adaptados a la farmacopea española y de acuerdo con los hábitos de prescripción en nuestro entorno.

ANCIANO

CRITERIOS DE BEERS

CRITERIOS STOPP-START

PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA

PRISCUS

<https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/lista-espanola-de-medicamentos-potencial>

Criteria STOPP START



Criterios **STOPP/START** propuestos por la **SOCIEDAD EUROPEA DE GERIATRIA** son los mas utilizados para detectar prescripciones potencialmente inapropiadas en **> 65 años**



.Criterios



- .- Se publican en 2008 (actualización en 2015)
- .- **STOPP: Screening Tool of Older Person's Prescriptions**
- .- **START: Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment**
- .- Fiabilidad y eficacia, validados por **European Union Geriatric Medicine Society**
- .- Consiste en criterios que pretenden optimizar el tratamiento crónico de adulto mayor (> 65 años)
- .- Ordenados por sistemas fisiológicos

Sección A. **Indicación de la medicación**

1. Cualquier medicamento prescrito sin una indicación basada en evidencia clínica
2. Cualquier medicamento prescrito con una duración superior a la indicada, cuando la duración del tratamiento esté bien definida
3. Cualquier prescripción concomitante de dos fármacos de la misma clase, como dos AINE, ISRS, diuréticos de asa, IECA, anticoagulantes (debe optimizarse la monoterapia dentro de esa clase de fármacos antes de considerar un nuevo fármaco)

Sección B. **Sistema cardiovascular**

1. Digoxina para la insuficiencia cardiaca con función sistólica ventricular conservada (no hay evidencia clara de su beneficio)
2. Verapamilo o diltiazem en la insuficiencia cardiaca grado III o IV de la NYHA (pueden empeorar la insuficiencia cardiaca)
3. Betabloqueantes en combinación con verapamilo o diltiazem (riesgo de bloqueo cardíaco)
4. Betabloqueantes con bradicardia (< 50 lpm), bloqueo cardíaco de segundo o tercer grado (riesgo de bloqueo cardíaco completo o asistolia)
5. Amiodarona como tratamiento antiarrítmico de primera elección en las taquiarritmias supraventriculares (mayor riesgo de efectos secundarios que betabloqueantes, digoxina, verapamilo o diltiazem)
6. Diuréticos de asa como tratamiento de primera línea de la hipertensión (existen alternativas más seguras y efectivas)
7. Diuréticos de asa para los edemas maleolares sin evidencia clínica bioquímica o radiológica de insuficiencia cardiaca, insuficiencia hepática, síndrome nefrótico o insuficiencia renal (la elevación de los miembros inferiores o las medias de compresión son generalmente más apropiadas)
8. Diuréticos tiazídicos cuando existe hipopotasemia (potasio sérico < 3,0 mmol/l), hiponatremia (sodio sérico < 130 mmol/l) o hipercalcemia (calcio sérico corregido > 2,65 mmol/l) significativas o con antecedentes de gota (las tiazidas pueden producir hipopotasemia, hiponatremia, hipercalcemia y gota)
9. Diuréticos de asa para el tratamiento de la hipertensión cuando existe incontinencia urinaria (pueden empeorar la incontinencia)
10. Antihipertensivos de acción central (p. ej., metildopa, clonidina, moxonidina, rilmenidina, guanfacina), salvo que exista intolerancia clara o falta de eficacia de otras clases de antihipertensivos (los antihipertensivos de acción central son generalmente peor tolerados por los mayores que los jóvenes)
11. IECA o ARA-II en pacientes con hiperpotasemia
12. Antagonistas de la aldosterona (p. ej., espironolactona, eplerenona) junto con otros fármacos que pueden aumentar los niveles de potasio (p. ej., IECA, ARA-II, amilorida, triamtereno) sin monitorizar el potasio (riesgo de hiperpotasemia grave > 6,0 mmol/l; el potasio sérico debería monitorizarse periódicamente, al menos cada 6 meses)
13. Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (p. ej., sildenafil, tadalafil, vardenafil) en insuficiencia cardiaca grave con hipotensión (presión arterial sistólica < 90 mmHg) o asociados al tratamiento de la angina de pecho con nitratos (riesgo de colapso cardiovascular)



ELSEVIER

Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



ARTÍCULO ESPECIAL

Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START

E. Delgado Silveira^a, B. Montero Errasquín^b, M. Muñoz García^a, M. Vélez-Díaz-Pallarés^b, I. Lozano Montoya^b, C. Sánchez-Castellano^b y A.J. Cruz-Jentoft^{b,*}

^a Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España



Sección D. Sistema nervioso central y psicótopos

1. Antidepresivos tricíclicos (ATC) en presencia de demencia, glaucoma de ángulo estrecho, trastornos en la conducción cardíaca, prostatismo o antecedentes de retención urinaria (riesgo de empeoramiento de estas enfermedades)
2. Introducción de ATC como tratamiento antidepresivo de primera línea (mayor riesgo de efectos secundarios con ATC que con ISRS o ISRN)
3. Neurolépticos con efectos antimuscarínicos moderados-graves (clorpromazina, clozapina, flupentixol, flufenazina, pipotiazina, promazina, zuclopentixol) con antecedentes de prostatismo o retención urinaria (alto riesgo de retención urinaria)
4. ISRS con hiponatremia significativa concurrente o reciente (sodio sérico < 130 mmol/l) (riesgo de precipitar o exacerbar una hiponatremia)
5. Benzodiazepinas durante ≥ 4 semanas (no hay indicación para tratamientos más prolongados; riesgo de sedación prolongada, confusión, pérdida de equilibrio, caídas, accidentes de tráfico; todas las benzodiazepinas deberían suspenderse de forma gradual si el tratamiento ha superado las 4 semanas, ya que al suspenderse de forma brusca existe riesgo de síndrome de abstinencia)
6. Antipsicóticos (distintos de quetiapina o clozapina) en pacientes con parkinsonismo o enfermedad demencia por cuerpos de Lewy (riesgo de efectos extrapiramidales graves)
7. Anticolinérgicos/antimuscarínicos para tratar los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolépticos (riesgo de toxicidad anticolinérgica)

8. Anticolinérgicos/antimuscarínicos en pacientes con delirium o demencia (riesgo de empeoramiento de la cognición)
9. Neurolépticos en pacientes con síntomas de comportamiento y psicológicos de la demencia, salvo que estos sean graves y no respondan a otros tratamientos no farmacológicos (aumento del riesgo de ictus)
10. Neurolépticos como hipnóticos, salvo que el trastorno del sueño se deba a psicosis o demencia (riesgo de confusión, hipotensión, efectos secundarios extrapiramidales, caídas)
11. Inhibidores de la acetilcolinesterasa con antecedentes de bradicardia persistente (< 60 lpm), bloqueo cardíaco o síncope recurrentes de etiología no explicada o tratamiento simultáneo con fármacos que bajan la frecuencia cardíaca como betabloqueantes, digoxina, diltiazem, verapamilo (riesgo de trastornos de la conducción cardíaca, síncope o lesiones)
12. Fenotiazinas como tratamiento de primera línea, ya que existen alternativas más seguras y eficaces (las fenotiazinas son sedantes y producen toxicidad antimuscarínica relevante en los mayores, con la excepción de la proclorperazina para el tratamiento de náuseas/vómitos/vértigo, clorpromazina para el hipo persistente y levomepromazina como antiemético en cuidados paliativos)
13. Levodopa o agonistas dopaminérgicos para el temblor esencial (no hay evidencia de eficacia)
14. Antihistamínicos de primera generación (existen muchos antihistamínicos más seguros y menos tóxicos)

Antecedentes

- Alerxias e Reaccións
- Persoais
- Familiares
- Xineco-Obstétricos
- Socio-Laborales
- Neonatais

Cribados e Programas

Vacinas

Primaria

Condicionantes e

Episodios

R83.99-Otras infe

A44-Inmunizac

R21-Signos/síntom

H29-Otros signos,

L03-Signos/síntom

S98-Urticaria

A55-Inyección/int

H81-Cera excesiv

T82-Obesidad

A42-Trazados elé

A34-Análisis de s

A65-Consulta/problema iniciado por un tercero

A50-Medicación/solicitud/prescripción/renovaci

Listaxe de plantillas - Diálogo de página web

Plantilla Predefinido

Creador

Nº Orde

Nivel

Propietario

Listaxe de Plantillas Total Plantillas: 17

Páxina 1 de 1

Páxina:

Título da plantilla	Título predefinido	Nivel	Propietario	Nº Orde	Creador	Idioma
Escala Lawton Brody	Documento baleiro					Galego
FAR - Criterios START	Documento baleiro					Galego
FAR - Criterios STOPP	Documento baleiro					Galego
FAR - Valoración PRM, RNM / Proposta intervención	Documento baleiro					Galego
Indice Barthel	Documento baleiro					Galego
Informe Condicións de Saúde - Dependencia	Documento baleiro					Galego
Informe de saúde	Documento baleiro					Galego
Informe Enfermaría	Documento baleiro					Galego
Informe Enfermaría paciente polimedicado	Documento baleiro					Galego
Informe Farmacoterapéutico	Documento baleiro					Galego
Informe Médico	Documento baleiro					Galego

CRITERIOS STOPP

(Screening Tool to Older People's potentially inappropriate Prescriptions)

Ferramenta para a detección de prescricións potencialmente inapropiadas en persoas maiores. As seguintes prescricións de medicamentos son potencialmente inapropiadas en persoas de 65 ou mais anos.

A. INDICACIÓN DE LA MEDICACIÓN

SI

1. Cualquier medicamento prescrito sin una indicación basada en evidencia clínica.
2. Cualquier medicamento prescrito con una duración superior a la indicada, cuando la duración del tratamiento esté bien definida.
3. Cualquier prescripción concomitante de dos fármacos de la misma clase, como dos AINE, ISRS, diuréticos de asa, IECA, anticoagulantes (debe optimizarse la monoterapia dentro de esa clase de fármacos antes de considerar un nuevo fármaco).

B. SISTEMA CARDIOVASCULAR

SI

1. Digoxina para la insuficiencia cardíaca con función sistólica ventricular conservada (no hay evidencia clara de su beneficio).
2. Verapamilo o diltiazem en la insuficiencia cardíaca grado III o IV de la NYHA (pueden empeorar la insuficiencia cardíaca).
3. Betabloqueantes en combinación con verapamilo o diltiazem (riesgo de bloqueo cardíaco).
4. Betabloqueantes con bradicardia (< 50 lpm), bloqueo cardíaco de segundo o tercer grado (riesgo de bloqueo cardíaco completo o asistolia).
5. Amiodarona como tratamiento antiarrítmico de primera elección en las taquiarritmias supraventriculares (mayor riesgo de efectos secundarios que betabloqueantes, digoxina, verapamilo o diltiazem).
6. Diuréticos de asa como tratamiento de primera línea de la hipertensión (existen alternativas más seguras y efectivas).
7. Diuréticos de asa para los edemas maleolares sin evidencia clínica, bioquímica o radiológica de insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, síndrome nefrótico o insuficiencia renal (la elevación de los miembros inferiores o las medias de compresión son generalmente más apropiadas).
8. Diuréticos tiazídicos cuando existe hipopotasemia (potasio sérico < 3,0 mmol/l), hiponatremia (sodio sérico < 130 mmol/l) o hipercalcemia (calcio sérico corregido > 2,65 mmol/l) significativas o con antecedentes de gota (las tiazidas pueden producir hipopotasemia, hiponatremia, hipercalcemia y gota).
9. Diuréticos de asa para el tratamiento de la hipertensión cuando existe incontinencia urinaria (pueden empeorar la incontinencia).

Os campos marcados con (*) son obrigatorios para crear o informe

CRITERIOS START

(Screening Tool to Alert doctors to Right, i.e. appropriate. Indicated Treatments)

Ferramenta para chamar a atención do médico sobre tratamentos indicados e apropiados. Estes medicamentos deben ser considerados en persoas de 65 ou máis anos que teñan as seguintes enfermidades, cando non exista contraindicación para o seu uso

«Salvo que el paciente esté en situación terminal y por tanto necesite un enfoque farmacoterapéutico paliativo, deberían considerarse los siguientes tratamientos cuando se hayan omitido sin una razón clínica clara. Se asume que el prescriptor observará todas las contraindicaciones específicas de estos fármacos antes de recomendarlos en pacientes mayores.»

A. SISTEMA CARDIOVASCULAR

SI

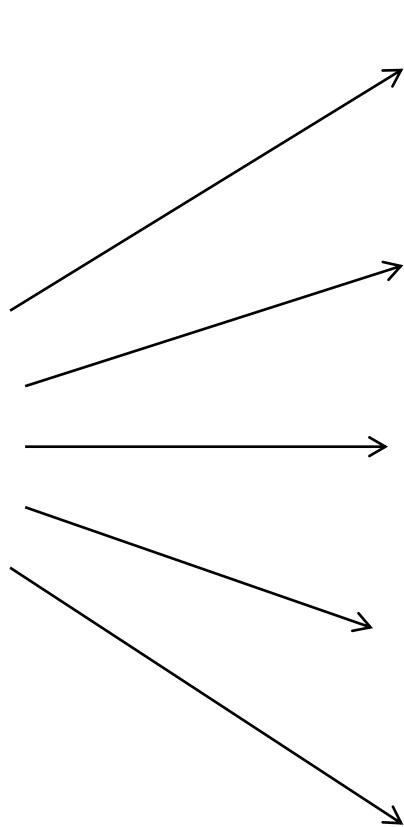
1. Antagonistas de la vitamina K, inhibidores directos de la trombina o inhibidores del factor Xa en presencia de fibrilación auricular crónica.
2. AAS (75-160 mg/día) en presencia de fibrilación auricular crónica cuando los antagonistas de la vitamina K, inhibidores directos de la trombina o inhibidores del factor Xa están contraindicados.
3. Antiagregantes (AAS, clopidogrel, prasugrel o ticagrelor) con antecedentes bien documentados de enfermedad vascular coronaria, cerebral o periférica.
4. Antihipertensivos cuando la presión arterial sistólica sea habitualmente > 160 mmHg y/o la presión arterial diastólica sea habitualmente > 90 mmHg (> 140 mmHg y > 90 mmHg, respectivamente, si el paciente es diabético).
5. Estatinas con antecedentes bien documentados de enfermedad vascular coronaria, cerebral o periférica, salvo que el paciente esté en situación de final de vida o su edad sea > 85 años.
6. IECA en la insuficiencia cardíaca sistólica y/o cardiopatía isquémica bien documentada.
7. Betabloqueantes en la cardiopatía isquémica.
8. Betabloqueantes apropiados (bisoprolol, nebivolol, metoprolol o carvedilol) en la insuficiencia cardíaca sistólica estable.

B. SISTEMA RESPIRATORIO

SI

1. Agonista beta-2 o antimuscarínico (p. ej., ipratropio, tiotropio) inhalado pautado en el asma o la EPOC leve a moderada.
2. Corticosteroide inhalado pautado en el asma o la EPOC moderada a grave, cuando FEV1 < 50% del valor predicho y existen frecuentes exacerbaciones que requieren corticosteroides orales.

STOPP
87 indicadores



PPI evidencia clinica

Interacciones fármaco-fármaco

Interacción fármaco-enfermedad

Duplicidad terapéutica

Medicamentos que > riesgo de de deterioro

START
34 indicadores



Basados evidencia clínica





Detectan omisiones de prescripcion que pod



El inicio de prescripción en paciente mayor polimedicado es un proceso diagnostico y




CRITERIOS STOPP

- Prescripción **sin indicación**.
- Prescripción con **duración superior** a la recomendada.
 - Ej IBP, teriparatida..
- **Duplicidades:** fármacos de la misma clase:
 - 2 AINE 
 - 2 CORTICOIDES/LAMA/LABA inhalados. 
 - Ej. SPIRIVA (**tiotropio**)+ ANORO (**umeclidinio**+vilanterol)
 - Ej SYMBICORT (**budesonida**+formoterol)+ BECLOFORTE **Beclometasona**)
 - Ej. SYMBICORT (**budesonida**+**formoterol**)+SPIOLTO (**olodaterol**+tiotropio)

ANTIAGREGANTES / ANTICOAGULANTES

ANTIAGREGANTES

STOPP

- AAS a **dosis > 150 mg/día**. 
- **AAS +CLOPIDOGREL** en prev 2ª ictus. Indicación tras stent coronario es **12 m**.  
- AAS si antecedentes enf ulcerosa péptica sin IBP.

START

- Si antecedentes documentados de enf coronaria, cerebral o arterial periférica.

Recomendaciones gastroprotección:

Factores de riesgo:

- Antecedentes HD, úlcera previa.
- Fármacos: Antiagregantes, corticoides, AINE.
- Edad > 60-65 años.

ANTIAGREGANTES / ANTICOAGULANTES

ANTICOAGULANTES

STOPP







- **AINE+ANTICOAGULANTE: riesgo hemorragia.**



START

- En pacientes con **Fibrilación auricular.**
- Si contraindicación a ACO: AAS 75-160 mg/día.

Paciente de
90 años

-  PARIET 20MG 28 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES
-  ESCITALOPRAM 20 MG 56 COMPRIMIDOS
-  DEPRASER 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON
-  SINTROM 4MG 20 COMPRIMIDOS
-  MEMANTINA STADA GENERICOS 5MG/PULSAC FRASCO 10
-  DEXKETOPROFENO 25 MG SOLUCION/SUSPENSION ORAL :

SISTEMA GASTROINTESTINAL

IBP

STOPP

- Si enfermedad ulcerosa péptica o esofagitis durante >8 semanas.

START

- Añadir IBP a > 65 años que tomen AAS+AINE.
- Añadir IBP a > 65 a que tome AAS y antecedentes HD.

METOCLOPRAMIDA

STOPP

- Si **parkinsonismo**

SISTEMA MUSCULOESQUELETICO

AINE

STOPP

- Si HTA grave, IC.
- AINE o colchicina >3 meses para tto de gota.
- Inh COX-2 con enfermedad cardiovascular.
- Si enfermedad digestiva alta: esofagitis. Gastritis, disfagia, HDA

RECOMENDACIONES DE AINE

- Valorar **necesidad**.
- **Dosis mínima** efectiva y **menor tiempo** posible.

Paciente de 70 años recibe tto con:

- **Enalapril 5 mg: 1-0-1**
- **Amlodipino 5: 1-0-0**
- **Metformina 850: 1-0-1**
- **Celecoxib 200: 1-0-0.**

Tras **intervención quirúrgica de cadera**, cita C72 en agenda DUE. Tratamiento en informe de alta:

- **Enoxaparina 40: 1 SC /día-30 días.**
- **Paracetamol 500 mg: 1 comp/8 h**
- **Dexketoprofeno 25 mg: 1/ 8 h si dolor, alterno con paracetamol**
“Continuar con tratamiento que tomaba antes del ingreso”.

ANALGESICOS OPIOIDES

OPIOIDES

STOPP

- Uso de opioides pautados sin asociar laxantes

- **Evitar** prescripción de **Fentanilo de liberación rápida sin opioide potente** para dolor crónico oncológico.



- **Evitar** prescripción **de opioides menores** (tramadol, codeína) + **opioide mayores** (morfina, fentanilo, oxicodona, hidromorfona, tapentadol).



- Evitar **buprenorfina + opioides**.



SISTEMA CARDIOVASCULAR

BETA BLOQUEANTES

STOPP

- Con **Verapamilo o Diltiazem** (bloqueo cardíaco).
- Con **Donepezilo, Rivastigmina, Galantamina** (↓ FC).
- Si bradicardia (< 50 lpm), bloqueo cardíaco.
- Betabloqueantes no cardioselectivos (orales o tópicos) con antecedentes de **asma**

Carvedilol (Coropres®), **Propranolol** (Sumial®), **Labetalol** , **Nadolol**, **Oxprenolol**, **Sotalol**.

Carteolol (Arteoptic®, Elebloc®, Mikelan®), **Levobunolol** (Betagan®), **Timolol** (Cusimolol®).

SNC y PSICOTROPOS

BENZODIAZEPINAS, ZOLPIDEM y ZOPICLONA

STOPP

- En pacientes con **riesgo de caídas**.
- Duración > 4 semanas (no indicación, riesgo de sedación, confusión, caídas, ..)
- Si **Insuf respiratoria crónica**: Riesgo exacerbación

ATC: IMIPRAMINA, AMITRIPTILINA, CLOMIPRAMINA

STOPP

- Con **demencia, prostatismo, glaucoma**.

SNC y PSICOTROPOS

NEUROLÉPTICOS

STOPP

- Levomepromazina, clorpromazina **si retención urinaria o prostatismo.**

ANTIISTAMÍNICOS 1ª Generación: Hidroxizina

STOPP

- Existen Anti H1 más seguros

SISTEMA RENAL

DIGOXINA

STOPP

- A dosis > 125 mcg/día si FG < 30 ml/min.

ANTICOAGULANTES

STOPP

- Dabigatrán si FG < 30 ml/min.
- Rivaroxabán si FG < 15 ml/min.

AINE

STOPP

- FG < 50 ml/min.

METFORMINA

STOPP

- FG < 30 ml/min.

SISTEMA UROGENITAL

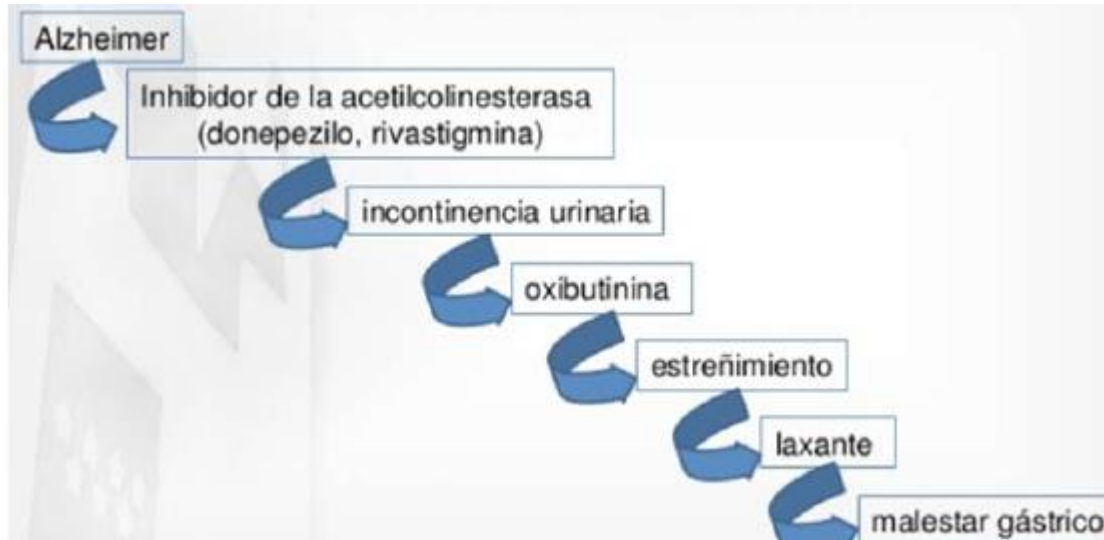
ANTIMUSCARÍNICOS Oxibutinina, Solifenacina, Fesoterodina, Tolterodina

STOPP

- Si **demencia, prostatismo, glaucoma.**
Si **Donepezilo, Rivastigmina y/o Galantamina.**

STOPP

Uso de **2 o más fármacos antimuscarínicos**



ANTICOLINERGICOS 2 O MAS

- **Incontinencia orina:** Trospio, oxibutinina, flavoxato, solifenacina, fesoterodina.
- **Antimuscarínicos espasmolíticos:** butilescopolamina
- **Relajantes musculares:** Tizanidina, ciclobenzaprina
- **Antipsicóticos 1ª gen.:** clorpromazina, levomepromazina..
- **Antipsicóticos 2ª generación:** clozapina.
- **Anti H1:** Hidroxizina.
- **Antiparkinsonianos:** Trihexafenidilo.
- **ATC:** amitriptilina, clomipramina, imipramina, nortriptilina..

FARMACOS Y CAIDAS

1 ó más caídas en los últimos 3 meses

STOPP

- BENZODIAZEPINAS: sedantes, alteran equilibrio,..
- NEUROLÉPTICOS: **parkinsonismo, alteración marcha.**
- HIDROXIZINA (Atarax®).
- OPIÁCEOS a largo plazo.

- PPI es compleja, multifactorial y de difícil abordaje.
- Ni todas las PPI identificadas son inapropiadas, ni todas pueden evitarse.

DEPRESCRIPCION

Como retirar la medicación??

Deprescripción adquiere especial relevancia en los pacientes polimedicados y frágiles

DEPRESCRIPCION

Como retirar la medicación??

- Síndrome de retirada: BZD, antidepresivos, bloqueantes β ..
- Efecto rebote: Hipersecreción ácida por IBP.
- Desaparición de interacciones.
- Reparición de la enfermedad subyacente.

Fases del proceso de deprescripción

Revisar

Listado completo de medicamentos
Valorar estado físico y aspectos persona, contexto sociofamiliar

Analizar

Evaluar adherencia, interacciones ,EA
Valorar objetivos tratamiento, esperanza vida, tiempo para beneficio

Actuar

Comenzar por fármacos inapropiados, que dañan o no se usan
Pasar de escenario preventivo a paliativo o sintomático

Acordar

Creencias, expectativas, preferencias
Adaptar el ritmo a las posibilidades reales

Monitorizar

Valorar adherencia a la deprescripción, apoyar
Detectar reaparición de síntomas o agravamiento enfermedad base

Estrategia para el abordaje de la cronicidad del SNS:

Revisión sistemática de la medicación para prevenir y detectar PRM

ATENCIÓN PRIMARIA

Abordaje de la polimedicación



Revisión de la medicación

Evaluación rigurosa del régimen terapéutico del paciente con el objetivo de **aumentar los beneficios en salud** y **minimizar los riesgos** asociados a la medicación.

American Society of Consultant Pharmacist

- **Prevenir**
- **Identificar**
- **Notificar y**
- **Resolver Problemas Relacionados con los Medicamentos**

REVISION MULTIDISCIPLINAR



REVISION, a que nos referimos??

Examen Crítico y estructurado de medicación:

- **NECESIDAD**
- **ADECUACIÓN**
- **EFFECTIVIDAD**
- **SEGURIDAD**
- Adherencia, Conocimiento y Concordancia de la medicación.



FAP



MAP



DUE



Sin paciente: Registros informáticos:

- **Duplicidades**
- **Interacciones**
- **RAM, cascadas terapéuticas,..**
- **Prescripción potencialmente inadecuada**
- **Discrepancias conciliación.**

Con paciente: Entrevista+ HC

- **Valoración concordancia: “bolsa de medicamentos”** no financiada, fitoterapia...
- **Valoración de Adherencia**
- **Conocimiento de medicación**
- Posibles **PRM:** Características del paciente, administración errónea medicamentos...



ELSEVIER

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

ORIGINAL

Análisis poblacional de la prescripción potencialmente inadecuada en ancianos según criterios STOPP/START (estudio STARTREC)[☆]

Qué aporta este estudio

Detecta prescripción potencialmente inadecuada en un 60% de los ancianos de 70 años o más de una región sanitaria española.

Determina los fármacos y situaciones de riesgo más frecuentes: benzodiazepinas e inhibidores de la bomba de protones a largo plazo, antiinflamatorios no esteroideos en hipertensión e insuficiencia renal y cardíaca, falta de bifosfonatos o vitamina D en osteoporosis, o falta de prevención primaria en diabetes con riesgo cardiovascular.







Demuestra la factibilidad de la aplicación poblacional de los criterios STOPP/START, y sugiere su potencial para detectar, priorizar y evaluar el impacto clínico y económico de intervenciones de mejora.

Algoritmo de revisión de la medicación SEFAP

Indicación

¿Esta indicado este tratamiento para el problema de salud que presenta el p
¿Tiene el paciente un problema de salud que necesita ser tratado y no lo es


Prescripciones













	PACIENTE PENSIONISTA TSI 002	72 años
	SIMVASTATINA SANDOZ 20MG 28 COMPRIMIDOS REC	
	ARCOXIA 60MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS COI	
	ACIDO ACETILSALICILICO ALTER 100MG 30 COMPRIM	
	ALOPURINOL TEVA 100MG 100 COMPRIMIDOS EFG	
	SEVIKAR HCT 40/5/25MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIE	

medicamento

¿Son las dosis, pauta y duración adecuadas ?

¿El medicamento es adecuado y conveniente dadas las carecteristicas del

 **PACIENTE PENSIONISTA 77 años**

-  SIMVASTATINA 40 MG 28 COMPRIMIDOS
-  RAMIPRIL 2,5 MG 28 COMPRIMIDOS
-  **CONBRIZA 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS**
-  XUMADOL 1G 40 SOBRES GRANULADO EFERVESCENTE
-  OPTOVITE B12 1000MCG 5 AMPOLLAS 2ML
-  METAMIZOL NORMON 575MG 20 CAPSULAS EFG
-  DEPRAX 100MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CO
-  RIVASTIGMINA KERN PHARMA 9, 5MG/24 H 60 PARCH
-  CLOMETIAZOL 192 MG 30 CAPSULAS
-  SUERORAL HIPOSODICO 5 SOBRES POLVO PARA SOL
-  ABSORBENTE INC ORINA NOC ANAT: PRESTERIL ELAS
-  ABSORBENTE INC ORINA SUP-NOC ANAT: PRESTERIL

Carcinoma gastrico (gastrectomia total)












Demencia (probable ALZHEIMER)

Nutricion enteral

Efectividad


¿Esta siendo efectivo el tratamiento para el objetivo terapéutico planteado?
¿Es la alternativa mas eficaz basada en la evidencia o guias de practica clínica?








Prescripciones


-  **PACIENTE PENSIONISTA TSI 002**
-  ZALDIAR 37,5MG/325MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIER
 -  OLMETEC PLUS 20/12,5MG 28 COMPR RECUB PELIC
 -  ADIRO 100MG 30 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTEN
 -  OMEPRAZOL DAVUR 20MG 28 CAPSULAS DURAS EFG
 -  ATORVASTATINA NORMON 20MG 28 COMPRIMIDOS R
 -  PREGABALINA KERN PHARMA 50MG 56 CAPSULAS DUI
 -  DULOXETINA CINFA 30MG 28 CAPSULAS DURAS GAS
 -  ABSORBENTE INC ORINA NOC ANAT: SERENITY PANT
 -  FENTANILO 25 MICROGRAMOS/H 5 PARCHES TRANSD
 -  CLOTRIMAZOL GINE-CANESMED 20MG/G TUBO 20G C








seguridad


- ¿Se ha producido o existe riesgo de RAM que debe controlarse o prevenirse?
- ¿Se ha producido o existe riesgo de interacción que debe controlarse o prevenirse?
- ¿Hay indicios claros en el plan terapéutico de una cascada farmacológica?
- ¿Hay duplicidades o medicamentos contraindicados por la edad o la patología?

















 **PACIENTE PENSIONISTA TSI 002**

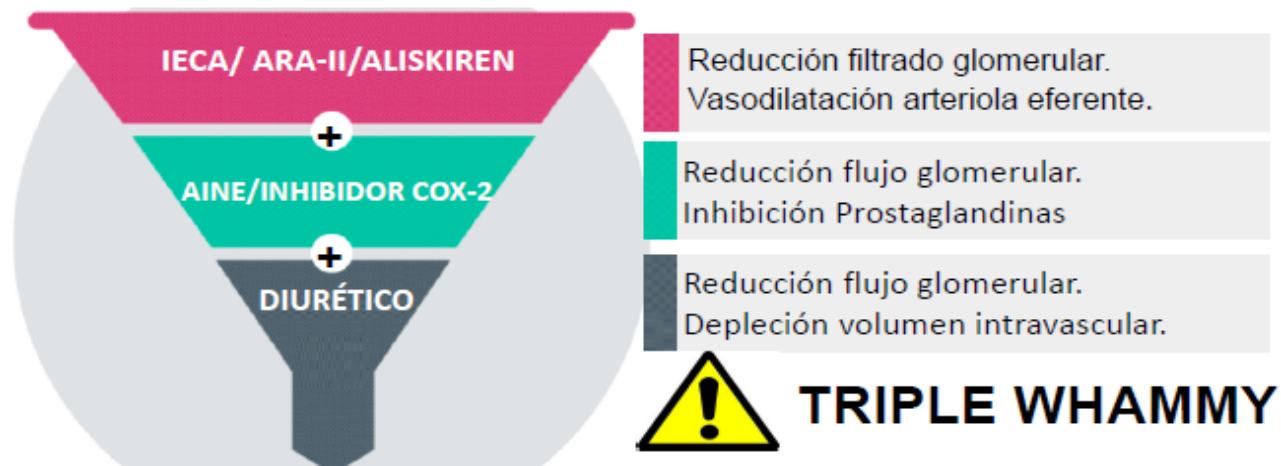
-  ZALDIAR 37,5MG/325MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIEF
-  PAROXETINA MABO 10MG 30 COMPRIMIDOS EFG
-  TRYPTIZOL 50MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS C
-  D03-Pirosis
 -  PEPTICUM 20MG 56 CAPSULAS EFG
-  T93.99-Otros trastornos del metabolismo lipídico
 -  ATORVASTATINA ALTER 40MG 28 COMPRIM RECUB

 **PACIENTE PENSIONISTA TSI 002**

-  ALPRAZOLAM NORMON 1MG 30 COMPRIMIDOS EFG
-  URSOBILANE 500MG 60 CAPSULAS
-  LOSARTAN NORMON 50MG 28 COMPRIM RECUBI PELI
-  CLOPIDOGREL KERN PHARMA 75MG 50 COMPRIMIDOS
-  PANTOPRAZOL AUROVITAS SPAIN 40MG 28 COMPRIM
-  IBUPROFENO 600 MG 40 COMPRIMIDOS
-  **CELECOXIB 200 MG 30 CAPSULAS**
-  ATORVASTATINA ALTER 40MG 28 COMPRIM RECUB PE

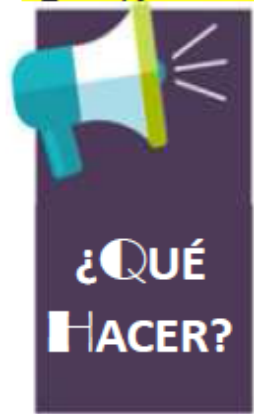
 **PACIENTE PENSIONISTA TSI 002**

-  CLOPIDOGREL STADA 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUB
-  OMEPRAZOL MYLAN 20MG 28 CAPSULAS EFG
-  CRESTOR 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CO
-  ESPIDIFEN 600MG 20 SOBRES GRANULADO SOLUCIO
-  DUODART 0,5/0,4MG 30 CAPSULAS DURAS
-  DOLPAR 100MG 30 COMPRIMIDOS LIBERACION PROL
-  PARACETAMOL 1.000 MG 40 COMPRIMIDOS
-  **IXIA PLUS 20/12,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBI**
-  19/06/2019 - 16/10/2019
 -  19/06/2019 - 16/07/2019
 -  17/07/2019 - 13/08/2019
 -  14/08/2019 - 10/09/2019
 -  11/09/2019 - 08/10/2019
 -  09/10/2019 - 16/10/2019
-  06/11/2019 - 15/11/2019
 -  06/11/2019 - 15/11/2019



↑ 31% RIESGO FRACASO RENAL AGUDO*

*Lapi F, et al. Concurrent use of diuretics, angiotensin converting enzyme inhibitors, and angiotensin receptor blockers with non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of acute kidney injury: nested casecontrol study. *BMJ* 2013.



EVITAR AINE:
Alternativas: metamizol, paracetamol, tramadol.
 AINE tópico.
Si AINE no evitable:
 usar menor dosis y tratamientos cortos.

VIGILAR
 Función Renal y K⁺
 Peso, TA.

FACTORES DE RIESGO
 Enf. Renal Crónica
 Diabetes
 Cirrosis
 I. Cardíaca
 Depleción Volumen (vómitos, diarrea, infección, restricción hídrica)
 Colonoscopia



Precaución
 Edad
 Avanzada
 (↓ CICr)

EDUCAR

No **AUTO**medicación con AINES

Síntomas de alerta: Edema, oliguria, confusión, náuseas...

Como podemos optimizar la terapia farmacologica y reducir los riesgos:



Para facilitar la revision de la medicacion:



Herramientas y programas de trabajo

Actualización del "Programa de mejora da calidade na atención ao **paciente crónico e polimedicado**"

Prácticas seguras en pacientes con medicamentos de uso crónico

Pacientes que tengan prescritos medicamentos que puedan dar lugar a problemas de seguridad o errores de medicación



PRÁCTICAS SEGURAS EN PACIENTES CON MEDICAMENTOS DE USO CRÓNICO

Criterios de detección de potenciales problemas de seguridad:

1. Evitar prescripción de dos o mas medicamentos **antitrombóticos** (4)
 2. Evitar **Ácido Acetil Salicílico** crónico a dosis >150 mg/ día (2)
 3. Evitar prescripción de dos **AINES** (4)
 4. Evitar prescripción de **AINE CRONICO** + **Antitrombóticos** (sin IBP >65 años) (2)
 5. Evitar prescripción de dos **CORTICOIDES/ LAMA/ LABA** inhalados(2)
 6. Evitar prescripción de **IECA/ARAII/ALISKIREN** + diurético + **AINE CRÓNICO** (Triple Whammy) (4)
 7. Evitar uso combinado de medicamentos que actúan sobre **SISTEMA RENINA – ANGIOTENSINA** (4)
-

Criterios de detección de potenciales problemas de seguridad II:

8. Revisar prescripción de 2 o más medicamentos con **alto potencial anticolinérgico**. (1)
9. Revisar prescripción de **medicamentos antidepresión** (Rivastigmina, Galantamina e Donepezilo/ Memantina) + med. con alto potencial anticolinérgico. (2) (1)
10. Revisar **Bifosfonatos** por período de tiempo superior a 5 años.(1)
11. Evitar **Teriparatida** por período de tiempo superior a 2 años. (2)
12. Evitar prescripción de **Fentanilo de liberación rápida** para el dolor irruptivo en pacientes sin tratamiento de mantenimiento previo para el dolor crónico oncológico (4)
13. Evitar prescripción concomitante de opioides mayores y menores(2)
14. Evitar prescripción de Buprenorfina (agonista mixto), en pacientes a tratamiento con otros opioides. (2)



Prácticas seguras en pacientes con medicamentos de uso crónico

Novo Informe
poboación diana:
Prácticas seguras en
pacientes con
medicamentos de
uso crónico

Número de pacientes por nivel de alerta

	Alto	Medio	Baixo	Total
SERVIZO 	5 (15%)	9 (27%)	19 (58%)	33
Total	5 (15%)	9 (27%)	19 (58%)	33

Número de pacientes por criterio de seguridade

Bifosfonatos por un período de tempo superior a 5 anos	10 (30%)
Ácido Acetil Salicílico en tratamento crónico a dose de 300 mg	7 (21%)
Prescripción de 2 ou máis medicamentos con propiedades anticolinéxicas	7 (21%)
Prescripción concomitante de opioides maiores e menores	3 (9%)
Prescripción de dous ou máis antiagregantes durante máis de 12 meses	3 (9%)
Prescripción de dous CORTICOIDES inhalados	1 (3%)
Prescripción de medicamentos antidemencia (Memantina) + medicamentos con alto potencial anticolinéxico	1 (3%)



CIP XXXXXX 7	Apellido, nombre paciente	Revisado 06/04/2015	Nivel de alerta: Alto	12
Prescripción de dous ou máis antiagregantes durante máis de 12 meses				Evitar
CIP XXXXXX 0	Apellido, nombre paciente	Revisado 22/04/2014	Nivel de alerta: Alto	9
Prescripción concomitante de opioides maiores e menores				Evitar
CIP XXXXXX	Apellido, nombre paciente		Nivel de alerta: Alto	9
Prescripción de dous ou máis antiagregantes durante máis de 12 meses				Evitar
CIP XXXXXX	Apellido, nombre paciente		Nivel de alerta: Alto	9
Prescripción de dous ou máis antiagregantes durante máis de 12 meses				Evitar
CIP XXXXXX	Apellido, nombre paciente		Nivel de alerta: Alto	10
Prescripción concomitante de opioides maiores e menores				Evitar
Teriparatida por un período de tempo superior a 2 anos				Evitar
CIP XXXXXX	Apellido, nombre paciente		Nivel de alerta: Medio	8
Ácido Acetil Salicílico en tratamento crónico a dose de 300 mg				Evitar

Establecéñse distintos niveis de alerta para cada paciente, en función dos criterios identificados

Inclúese se foi revisado anteriormente como polimedicado

PREVALENCIA CRITERIOS GALCIA

Prescripción de IECA/ARAII/ALISKIREN+diurético+ AINE CRÓNICO	17.618	29,5%	50%
Ácido Acetil Salicílico en tratamiento crónico a dosis superiores a 150 mg	12.051	20,2%	
Bifosfonatos por un período de tempo superior a 5 anos	9.745	16,3%	75%
Prescripción de dous AINES (crónico ou agudos)	5.482	9,2%	

PROGRAMA DE CONCILIACION DE LA MEDICACION AL ALTA HOSPITALARIA EN ATENCION PRIMARIA EN COORDINACION CON ATENCION HOSPITALARIA

Lista de Listas de Trabajo:

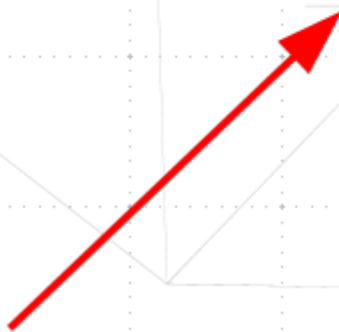
Lista

Mis pacientes citados para hoy

Mis pacientes citados para hoy (QUENDA)

Mis pacientes citados para una fecha

Conciliación da medicación á alta hospitalaria



PROGRAMA DE CONCILIACION DE LA MEDICACION AL ALTA HOSPITALARIA EN ATENCION PRIMARIA EN COORDINACION CON ATENCION HOSPITALARIA

Disminuir los errores de medicacion a lo largo de toda la atencion sanitaria

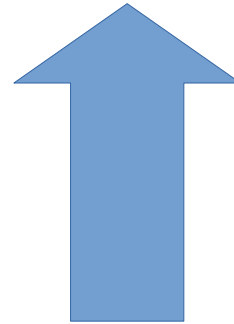
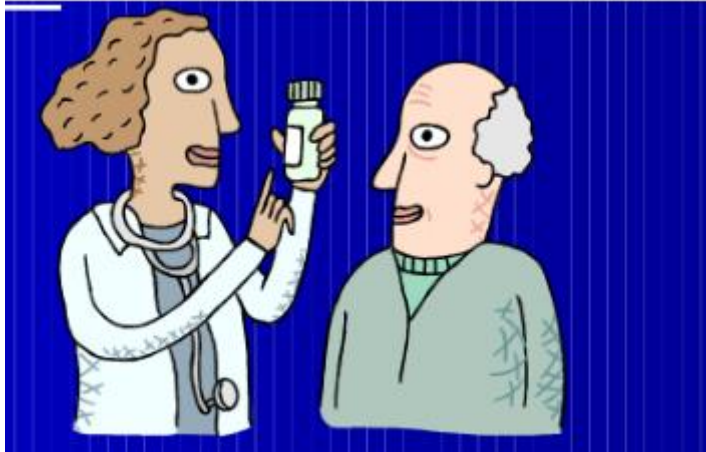
Proactiva: evitar que se generen nuevos casos de polimedizacion asi como PRM

Promover cultura de uso seguro del medicamento

Favorecer la coordinacion entre profesionales y niveles asistenciales

Mejorar la calidad asistencial de los pacientes al alta

La conciliación y revisión de los tratamientos son estrategias que contribuyen a coordinar la medicación que toman los pacientes, y son **procesos clave para ampliar la información que tiene el paciente sobre sus medicamentos y promover el uso adecuado de los mismos**



SEGURIDAD



Como aumentar la participacion del

Explicar al paciente su enfermedad y los pros y contras del tratamiento

Conocer que espera el paciente de su tratamiento

Hablar y escuchar al paciente, sin juzgar sus preferencias

Ayudar al paciente a tomar las decisiones (balance beneficio/riesgo)

Aceptar que

- el paciente puede valorar de forma diferente los riesgos , beneficios y EA
- el paciente una vez informado tiene derecho a decidir no tomar los medicamentos

Procurar que el paciente o cuidador tenga la lista actualizada de la medicación que toma (TODAS) as



GRACIAS

