

DESPRESCRIPCIÓN EN AP

Carlos Galera Román



INDICE

- EPIDEMIOLOGÍA
- CAMBIOS FARMACOCINÉTICOS
- REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS
- POLIFARMACIA
- PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INAPROPIADAS (PPI)
- CRITERIOS STOPP-START



EPIDEMIOLOGIA

- Según los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) > **65 años superan los 9 millones de habitantes**, lo que supone el 19% del total de la población.
- Los mayores de **80 años**, que a día de hoy representan el 6,1% del total de la población (**más de 3 millones**).
- El colectivo anciano precisa de gran cantidad de recursos sanitarios (el 70% del gasto farmacéutico, el **40% de las consultas de atención primaria** y el 40-50% de las estancias hospitalarias).



CAMBIOS FARMACOCINÉTICOS EN EL ANCIANO

- En el paciente anciano se producen alteraciones en la concentración de los fármacos debido a :
 - -Disminución de la motilidad intestinal
 - -Retraso en el vaciamiento gástrico
 - -Disminución de la albúmina sérica

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS (RAM)

- Hay dos tipos de reacciones adversas a medicamentos:
 - **Tipo A.** Son dependientes de la **dosis** y constituyen el grupo más **frecuente** de RAM
 - **Tipo B.** Debidas a la **hipersensibilidad** y la idiosincrasia de cada individuo.
- El 50% son prevenibles.
- Es importante tener presente como **posible RAM** cualquier **nuevo síntoma**, en especial los síndromes geriátricos (deterioro funcional, deterioro cognitivo, caída, confusión, incontinencia urinaria, cambios en el comportamiento) **que pueda relacionarse temporalmente con una nueva prescripción.**



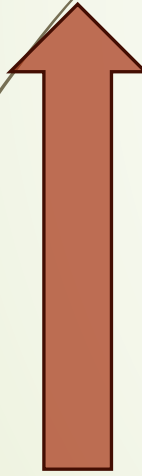
REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS (RAM)

- Aproximadamente **el 50%** de los mayores tratados con fármacos desarrollan en algún momento **algún tipo de reacción adversa**.
 - El **30%** de los ingresos hospitalarios en las personas mayores están causados por **RAM**, y es la quinta causa de muerte en el hospital.
 - La **probabilidad** de desarrollar una RAM **aumenta** en forma exponencial al **número de fármacos usados**.
- 



POLIFARMACIA

- La **OMS** define la polifarmacia como la situación donde un paciente toma **≥3 fármacos**.
- La polifarmacia **debe interpretarse** y matizarse según el contexto, la edad, las comorbilidades y otras características de los pacientes.

- 
- Caídas
 - Ingresos
 - Deterioro funcional y cognitivo
 - Mortalidad
 - Ingresos
 - Delirium

PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INAPROPIADAS (PPI)

- La prescripción potencialmente inapropiada (ppi) es el uso de un fármaco con un perfil **beneficio/riesgo desfavorable** para un paciente concreto.
- Hay diferentes herramientas que buscan medir este riesgo como son el **MAI**, los criterios de **Beers** (Lista explícita de PPI 30 fármacos deben evitarse) y los **STOPP/START**.

1. ¿Hay indicación explícita para el medicamento?	1.....2.....3
	Indicado No indicado
2. ¿Es el medicamento eficaz para esta indicación?	1.....2.....3
	Eficaz No eficaz
3. ¿Hay ausencia de diagnósticos o síntomas registrados en la historia clínica que no tienen un tratamiento farmacológico y pudieran tenerlo?	1.....2.....3
	Ausencia Presencia
4. ¿Es la dosis correcta?	1.....2.....3
	Correcta Incorrecta
5. ¿Es aceptable la duración de la terapia?	1.....2.....3
	Aceptable Inaceptable
6. ¿Es la pauta horaria correcta para ese medicamento y paciente?	1.....2.....3
	Correcta Incorrecta
7. ¿Son correctas las instrucciones al paciente?	1.....2.....3
	Correctas Incorrectas
8. ¿Hay ausencia de contraindicaciones a este medicamento?	1.....2.....3
	Ausencia Presencia
9. ¿Hay ausencia de interacciones relevantes entre este y otros medicamentos?	1.....2.....3
	Ausencia Presencia
10. ¿Hay ausencia de duplicidad terapéutica?	1.....2.....3
	Ausencia Presencia
11. ¿Es la medicación más coste-efectiva?	1.....2.....3
	Más costo-efectiva Menos costo-efectiva
12. ¿Es la mejor vía de administración del fármaco para este paciente?	1.....2.....3
	Mejor vía de administración Peor vía de administración

Tabla 2. Número de Principios Activos Inadecuados por Criterio Dependiente de Enfermedad

Criterios de Beers 2012				
	PA Comercializados	PA No Comercializados	Total	PA Nuevo
Delirio	64	19	83	30
Demencia/Afectación cognitiva	58	23	81	26
Historia de caídas o fracturas	42	14	56	22
Insuficiencia cardíaca	17	8	25	15
Insuficiencia renal estadio IV/V	13	7	20	15
Historia de úlcera gástrica o duodenal.	11	7	18	13
Afectación del tracto urinario inferior, Hiperplasia benigna de próstata	34	13	47	10
Estreñimiento crónico	33	9	42	10
Síncope	14	2	16	10
Enfermedad de Parkinson	13	10	23	9
Convulsiones crónicas/Epilepsia	6	2	8	2
Insomnio	6	1	7	2
Incontinencia urinaria en mujeres (Cualquier tipo)	3	0	3	0
Incontinencia urinaria por estrés o combinada	3	0	3	0

PA= Principios activos.

STOPP/START

- Los criterios STOPP/START surgen como estrategia más adaptada a nuestro entorno que los criterios de Beers.
- Consta de **133 (stoppp)/57 (start)** ítems relacionados con fármacos de uso habitual en Europa occidental, **organizados por sistemas** fisiológicos (lo que facilita su aplicabilidad).



Screening **T**ool of **O**lder **P**erson's **P**rescriptions
133 criterios “detener”



Screening **T**ool to **A**lert doctors to **R**ight **T**reatment
57 criterios “iniciar”

CRITERIOS STOPP-START

Tabla 2
Versión española de los criterios STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) 2014

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 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)
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 hipertensión
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 cardíaca grave con hipotensión (presión arterial sistólica < 90 mmHg) o asociados al tratamiento de la angina de pecho con nitratos (riesgo de colapso cardiovascular)
Sección C. Antiagregantes/anticoagulantes
1. AAS en tratamiento crónico a dosis superiores a 160 mg al día (aumento del riesgo de sangrado sin evidencia de mayor eficacia)
2. AAS con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica sin uso concomitante de IBP (riesgo de recurrencia de la úlcera péptica)
3. AAS, clopidogrel, dipyridamol, antagonistas de la vitamina K, inhibidores directos de la trombina o inhibidores del factor Xa en presencia de un riesgo significativo de sangrado (p. ej., hipertensión grave no controlada, diabetes hemorrágica, sangrado reciente espontáneo significativo) (alto riesgo de sangrado)
4. AAS más clopidogrel para la prevención secundaria del ictus, salvo que el paciente tenga un stent coronario implantado en los 12 meses previos, un síndrome coronario agudo o una estenosis carotídea grave y sintomática (no hay evidencia de beneficios respecto al clopidogrel en monoterapia)
5. AAS combinada con un antagonista de la vitamina K, un inhibidor directo de la trombina o un inhibidor del factor Xa en pacientes con fibrilación auricular crónica (el AAS no aporta beneficios)
6. Antiagregante con antagonista de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o inhibidor del factor Xa en pacientes con enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica estables (el tratamiento combinado no aporta beneficios)
7. Ticlopidina en cualquier circunstancia (clopidogrel y prasugrel tienen eficacia similar, mayor evidencia y menores efectos adversos)

Sección D. Sistema nervioso central y psicología
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 demencial 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 procloperidina 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)
Sección E. Sistema renal. Los siguientes medicamentos son potencialmente inapropiados en personas mayores con enfermedad renal aguda o crónica por debajo de determinados umbrales de TFG (consultar fichas técnicas de los medicamentos y vademécum locales)
1. Digoxina en tratamiento crónico a dosis superiores a 125 µg/día con TFG < 30 ml/min/1,73 m ² (riesgo de intoxicación digitalisica si no se monitorizan los niveles plasmáticos)
2. Inhibidores directos de la trombina (p. ej., dabigatran) con TFG < 30 ml/min/1,73 m ² (riesgo de sangrado)
3. Inhibidores del factor Xa (p. ej., rivaroxaban) con TFG < 15 ml/min/1,73 m ² (riesgo de sangrado)
4. AINE con TFG < 50 ml/min/1,73 m ² (riesgo de deterioro de la función renal)

Tabla 3 (continuación)
5. Colchicina con TFG < 10 ml/min/1,73 m ² (riesgo de toxicidad por colchicina)
6. Metformina con TFG < 30 ml/min/1,73 m ² (riesgo de acidosis láctica)
Sección F. Sistema gastrointestinal
1. Proclorperazina o metoclopramida con parkinsonismo (riesgo de empeoramiento de los síntomas parkinsonianos)
2. IBP para la enfermedad ulcerosa péptica no complicada o la esofagitis péptica erosiva a dosis terapéuticas plenas durante > 8 semanas (está indicada la disminución previa de la dosis o la retirada)
3. Medicamentos que suelen causar estreñimiento (p. ej., fármacos antimuscarínicos/anticolinérgicos, hierro oral, opiodes, verapamilo, antiácidos con aluminio) en pacientes con estreñimiento crónico cuando existan alternativas que no estríen (riesgo de exacerbar el estreñimiento)
4. Hierro oral a dosis elementales superiores a 200 mg/día (p. ej., hierro fumarato > 600 mg/día, hierro sulfato > 600 mg/día, hierro gluconato 1.800 mg/día; no hay evidencia de mayor absorción por encima de estas dosis)
Sección G. Sistema respiratorio
1. Teofilina como monoterapia para la EPOC (existen alternativas más seguras y efectivas; riesgo de efectos adversos por el estrecho margen terapéutico)
2. Corticosteroides sistémicos en lugar de corticosteroides inhalados para el tratamiento de mantenimiento de la EPOC moderado-grave (exposición innecesaria a los efectos secundarios a largo plazo de los corticosteroides sistémicos; existen alternativas inhaladas más efectivas)
3. Broncodilatadores antimuscarínicos (p. ej., ipratropio, tiotropio) con antecedentes de glaucoma de ángulo estrecho (pueden exacerbar el glaucoma) o obstrucción del tracto urinario inferior (pueden causar retención urinaria)
4. Betabloqueantes no cardioselectivos (orales o tópicos para el glaucoma) con antecedentes de asma que precisa tratamiento (aumentan el riesgo de broncoespasmo)
5. Benzodiazepinas con insuficiencia respiratoria aguda o crónica (p. ej., pO ₂ < 8,0 kPa o pCO ₂ > 6,5 kPa; riesgo de exacerbar de la insuficiencia respiratoria)
Sección H. Sistema musculoesquelético
1. AINE (exceptuando los inhibidores selectivos de la COX-2) con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva, salvo con uso simultáneo de un IBP o un antagonista H2 (riesgo de reaparición de enfermedad ulcerosa)
2. AINE con hipotensión grave (riesgo de exacerbar de la hipotensión) o con insuficiencia cardíaca grave (riesgo de exacerbar de la insuficiencia cardíaca)
3. AINE a largo plazo (> 3 meses) para el tratamiento sintomático de la artrosis cuando no se ha probado el paracetamol (los analgésicos simples son preferibles y normalmente igual de efectivos para el tratamiento del dolor)
4. Corticosteroides a largo plazo (> 3 meses) como monoterapia para la artritis reumatoide (riesgo de efectos secundarios sistémicos de los corticosteroides)
5. Corticosteroides (salvo inyecciones intraarticulares periódicas para el dolor monoarticular) para la artrosis (riesgo de efectos secundarios sistémicos de los corticosteroides)
6. AINE o colchicina a largo plazo (> 3 meses) para el tratamiento crónico de la gota cuando no existe contraindicación para los inhibidores de la xantina-oxidasa (p. ej., allopurinol, febuxostat) (los inhibidores de la xantina-oxidasa son los fármacos preferibles de primera elección en la gota)
7. Inhibidores selectivos de la COX-2 con enfermedad cardiovascular (aumento del riesgo de infarto de miocardio e ictus)
8. AINE con corticosteroides sin IBP a dosis profilácticas (aumenta el riesgo de enfermedad ulcerosa péptica)
9. Bifosfonatos orales en pacientes con enfermedades digestivas altas presentes o previas (p. ej., dispepsia, esofagitis, gastritis, duodenitis, enfermedad ulcerosa péptica, o hemorragia digestiva alta) (riesgo de reaparición/exacerbar de esofagitis, úlcera esofágica o estenosis esofágica)
Sección I. Sistema urinario
1. Fármacos antimuscarínicos con demencia o deterioro cognitivo crónico (aumentan el riesgo de confusión, agitación) o glaucoma de ángulo estrecho (riesgo de exacerbar del glaucoma) o prostatismo crónico (riesgo de retención urinaria)

Tabla 3 (continuación)
2. Bloqueantes alfa-1-adrenérgicos selectivos en pacientes con hipotensión ortostática sintomática o síncope miccional (riesgo de recurrencia del síncope)
Sección J. Sistema endocrino
1. Sulfonilureas de larga duración de acción (p. ej., glibenclámda, clorpropamida, glibenclámda) con diabetes mellitus tipo 2 (riesgo de hipoglucemia prolongada)
2. Tiazolidindionas (p. ej., rosiglitazona, pioglitazona) en pacientes con insuficiencia cardíaca (riesgo de exacerbar de la insuficiencia cardíaca)
3. Betabloqueantes en la diabetes mellitus con frecuentes episodios de hipoglucemia (riesgo de enmascaramiento de los síntomas de hipoglucemia)
4. Estrógenos con antecedentes de cáncer de mama o tromboembolismo venoso (aumento del riesgo de recurrencia)
5. Estrógenos orales sin progestágenos en mujeres con útero intacto (riesgo de cáncer de endometrio)
6. Andrógenos (hormonas sexuales masculinas) en ausencia de hipogonadismo primario o secundario (riesgo de toxicidad por andrógenos; no han demostrado beneficios fuera de la indicación de hipogonadismo)
Sección K. Fármacos que aumentan de forma predecible el riesgo de caídas en personas mayores
1. Benzodiazepinas (sedantes, pueden reducir el nivel de conciencia, deterioran el equilibrio)
2. Neurolépticos (pueden causar dispraxia de la marcha, parkinsonismo)
3. Vasodilatadores (p. ej., bloqueantes alfa-1-adrenérgicos, calcioantagonistas, nitratos de acción prolongada, IECA, ARA-II) con hipotensión postural persistente (descenso recurrente superior a 20 mmHg de la presión sistólica; riesgo de síncope, caídas)
4. Hipnóticos-Z (p. ej., zopiclona, zolpidem, zaleplón) (pueden causar sedación diurna prolongada, ataxia)
Sección L. Analgésicos
1. Uso de opiodes potentes orales o transdérmicos (morfina, oxycodona, fentanilo, buprenorfina, diamorfina, metadona, tramadol, petidina, pentazocina) como tratamiento de primera línea para el dolor leve (inobservancia de la escala analgésica de la OMS)
2. Uso de opiodes pautados (no a demanda) sin asociar laxantes (riesgo de estreñimiento grave)
3. Opiodes de acción prolongada sin opiodes de acción rápida para el dolor irruptivo (riesgo de persistencia del dolor grave)
Sección N. Carga antimuscarínica/anticolinérgica
1. Uso concomitante de 2 o más fármacos con propiedades antimuscarínicas/anticolinérgicas (p. ej., antiespasmódicos vesicales, antiespasmódicos intestinales, ATC, antihistamínicos de primera generación) (riesgo de toxicidad antimuscarínica/anticolinérgica)
Es interesante también la utilización de los criterios STOPP-START para mejorar la formación de los estudiantes de medicina en el manejo de la polifarmacia⁴⁵.
Un último aspecto a considerar es el económico. El coste de la omisión de fármacos indicados detectado por los criterios START se estimó en 112.745 euros para una población de 600 pacientes en un año¹². Utilizando los criterios STOPP, Cahir et al. describieron que el coste neto de PPI en 2007 en Irlanda supuso un gasto de 38.664.640 euros, siendo la media por paciente y año de 318 euros, y Bradley et al. estimaron que el coste bruto total anual asociado a PPI supuso un 5,38% del gasto farmacéutico total en mayores de edad igual o superior a 70 años en este período^{34,46}.
Prevalencia de prescripciones potencialmente inapropiadas en España con los criterios STOPP-START
Aunque la prevalencia de PPI utilizando los criterios STOPP-START presenta una gran variabilidad según el entorno sanitario del que se trate, esta prevalencia es generalmente elevada, siendo generalmente mayor en las residencias que en los hospitales y en la comunidad (tabla 1).

CRITERIOS STOPP



➤ **Seccion A: Indicación de la medicación.**

- **Cualquier fármaco prescrito sin una indicación basada en la evidencia.**
- **Cualquier fármaco prescrito más allá de la duración recomendada, en donde la duración esté bien descrita.**
- **Cualquier duplicación.**

➤ **Seccion B: Sistema Cardiovascular.**

- **Digoxina para IC con función sistólica conservada.**
- **Beta bloqueante con bradicardia ($< 50/\text{min}$), BAV–II o completo.**

CRITERIOS STOPP



- **Sección D: SNC Y Fármacos psicotrópicos.**
 - Antipsicóticos(no quetiapina ni clozapina) en parkinsonismo o Lewy.
 - **Anticolinérgicos/antimuscarínicos si Demencia o Delirio.**
 - **Antipsicóticos en Demencia con síntomas asociados (por riesgo de Ictus.)**
- **Sección E: Sistema Renal:** fcos inapropiados en IRA O IRC con FG bajo.
 - Dabigatrán si $FG < 30$.
 - Rivaroxabán, Apixabán si < 15 .
 - Colchicina si $FG < 10$.
 - **Metformina o Bifosfonatos si $FG < 30$.**

CRITERIOS STOPP



- **Sección F: Sist. GI.**

- Suplementos de Hierro VO > 200mg/día.

- **Section H: Sist. Músculoesquelético.**

- Corticoides para Osteoartritis.
- Coxibs si ECV.
- AINES con Corticoides sin IBP.

CRITERIOS STOPP



➤ Sección K: Fármacos que aumentan riesgo de caídas.

- BZD durante >4 semanas
- Neurolépticos.
- Vasodilatadores ortostatismo.
- Hipnóticos >2 semanas

➤ Sección L: Analgésicos.

- Parches de opioides para dolor moderado.
- Opioides a largo plazo para el tratamiento de la artrosis (sin evidencia de eficacia, aumentan el riesgo de efectos secundarios graves).

CRITERIOS START



➤ Sección A: Sist. CV.

- **Estatinas si AP de ECV excepto >85 años y hay una situación de fragilidad establecida y esperanza vida <3 años**
- **BB en IC Sistólica estable.**

➤ Sección H: Analgésicos.

- **Opioides de alta potencia en dolor moderado-severo si falla tto previo.**
- **Laxantes si opioides.**

➤ Sección I: Vacunas.

- **Gripe anual.**
- **Neumococo tras 65 años.**



ACTUALIZACIÓN CRITERIOS STOPP/START

- Lo nuevo en la versión de los criterios de 2023:
- Los criterios **STOPP han aumentado** en todos los sistemas fisiológicos excepto en el aparato respiratorio y musculo esquelético.
- Los criterios **START también han aumentado**, y se han creado dos nuevas categorías START, no existentes previamente que son **coagulación y sistema renal**.

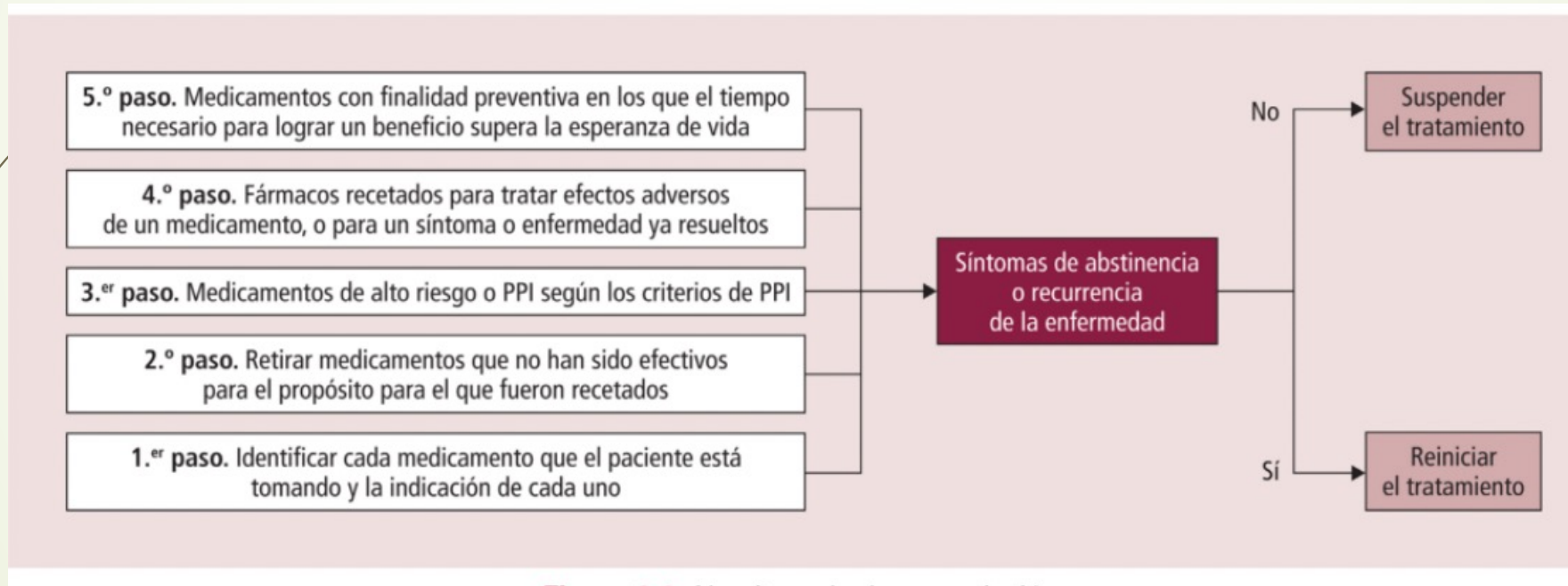


CRITERIOS START (Nuevo)

- **Sección C. Antiagregantes/anticoagulantes**
 - **Antagonistas de la vitamina K, ACOD** en la fibrilación auricular crónica o paroxística.
 - **Antiagregantes** si antecedentes bien documentados de enfermedad vascular coronaria, cerebral o periférica.
- **Sección E. Sistema renal**
 - **IECA o ARA-II** en la enfermedad renal crónica con proteinuria (excreción urinaria de albúmina > 300 mg/24 h)

ALGORITMO DE DESPRESCRIPCION

Los ancianos están polimedicados, y casi en el 45% de los casos se considera que esa polifarmacia es inapropiada.



CASOS

➔ **Isabel, 71 años.**



AP:HTA. DM con neuropatía. Fumadora. IC NYHA III.
FA. Osteoporosis. AIT.

Acude a la consulta para revisión rutinaria.
“hacerse el chequeo”

TA 100/60 mmHg.

Analítica: Cr 1,61 mg/dl, HbA1c 11,1%.

- Clopidogrel 75 mg por la mañana.
- Ácido acetilsalicílico 100 mg por la noche.
- Furosemida 40 en desayuno y merienda.
- Diltiazem 60 mg en desayuno y cena.
- Amlodipino 2,5 mg en desayuno.
- Enalapril 20 mg al día.
- Omeprazol 20 mg al día.
- Pentoxifilina 400 mg en desayuno.
- Insulina glargina 16 UI a las 23h. Insulina regular 2 UI De-Co-Ce.
- Lactitol 10 g, un sobre al día.
- Diazepam 5 mg al acostarse.
- Ibuprofeno cada 8 horas (si dolor).

CASOS

► Isabel, 71 años.



AP:HTA. DM con neuropatía. Fumadora. IC NYHA III.
FA. Osteoporosis. AIT.

Acude a la consulta para revisión rutinaria.

“hacerse el chequeo”

TA 100/60 mmHg.

Analítica: Cr 1,61 mg/dl, HbA1c 11,1%.

- Clopidogrel 75 mg por la mañana.
- Ácido acetilsalicílico 100 mg por la noche.
- Furosemida 40 en desayuno y merienda.
- **Diltiazem 60 mg en desayuno y cena.**
- Amlodipino 2,5 mg en desayuno.
- Enalapril 20 mg al día.
- Omeprazol 20 mg al día.
- Pentoxifilina 400 mg en desayuno.
- Insulina glargina 16 UI a las 23h. Insulina regular 2 UI De-Co-Ce.
- Lactitol 10 g, un sobre al día.
- **Diazepam 5 mg al acostarse.**
- **Ibuprofeno cada 8 horas (si dolor).**



BIBLIOGRAFÍA

- Criterios STOPP/START 3. Avances en la detección de la prescripción inapropiada de medicamentos en personas mayores
 - Medicina geriátrica: Una aproximación basada en problemas, Edición 2
- 