

DEPRESCRIPCIÓ ?



Jordi Espinàs.
Extutor de residents de MFiC

Concepte de deprescripció

- És l'abordatge exhaustiu, sistemàtic i raonat, del conjunt de la prescripció d'un pacient per a buscar el punt de major relació benefici – risc.
- Parteix de la base de que un elevat percentatge dels tractaments en els pacients polimedicats son inadequats.

- Gairebé la meitat dels tractaments dels ancians polimedicats no se adequen a la guia terapèutica d'AP (semFYC).



“Reducció de la medicació...”

“Prescripció raonada...”

**“Reducció de la sobrecàrrega
farmacològica...”**

“Prevenició quaternària...”

“Prescripció compartida...”

Parlarem...

- **Prevenció quaternària**
- **Essencial**
- **“No hacer”**
- **Prescrire 2019**
- **Criteris STOPP-START**
- **Criteris de Beers**



Característiques pacients polimedcats

- Prevalença 14,9 % (5 o més fàrmacs)
- 54% dones
- Edat 72,1 (DS: 12,9); rang: 25 -101
- Nº fàrmacs 7,3 (DS: 2,4); rang 5 – 19
- Variabilitat metges: 10,6% - 20,9%

(LOWN INSTITUTE) A PROPÓSITO DE LA SOBRECARGA DE TRATAMIENTO (1)



5 million older adults sought medical attention for ADEs in 2018



42% of older adults take 5 or more prescription medications



There was a 300% increase in polypharmacy over 20 years



750 hospitalizations every day due to ADEs in older adults



\$62 billion in unnecessary hospitalizations over 10 years



150,000 premature deaths in next 10 years due to ADEs

What if we could reduce ADEs by 50%?

If we could reduce the rate of ADEs by 50 percent, we would prevent about 2.3 million hospitalizations, saving 74,000 lives and \$30 billion, and reduce the number of outpatient visits for ADEs by 37 million between 2020 and 2030.



3 clases de fármacos (**antitrombóticos, antidiabéticos y opioides**) provocan en **los ancianos el 60% de las visitas a urgencias.**

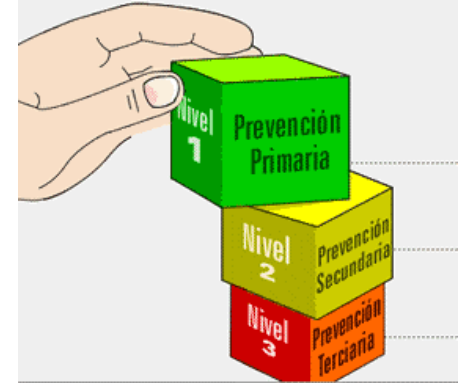
Los **ansiolíticos e hipnóticos, antihipertensivos, antipsicóticos y los de venta libre en farmacia** han demostrado que **incrementan el riesgo de sufrir un efecto adverso** (ADE: Adverse Effect)

Prevenció quaternària



- El primer que en va parlar va ser el **Dr. Marc Jamouille, metge de família** del “Institut de recherche santé et société” el 1986.
- El 1999 la **Wonca Internacional** va acceptar la definició: ***Acció implementada per a identificar a un pacient o una població en risc de sobremedicació, protegirlos de intervencions mèdiques invasives i proposar-los procediments d’atenció ètics i medicaments acceptables.***

Nivells de prevenció



- **Primària:** evitar la malaltia.
 - “Mengi sa”.
- **Secundària:** detecció precoç de les malalties.
 - Determinació CT i HDL a partir dels 18 a i cada 4 a.
- **Terciària:** reduir l'impacte d'una malaltia establerta.
 - Tractament de la malaltia coronària.
- **Quaternària:** reduir i pal·liar el perjudici provocat per la intervenció mèdica.
 - HDLc < 70 mg/dl malgrat reduir la qualitat de vida del pacient.

Prevenció quaternària

Catalunya. **DPO 2019**

RCV baix amb hipolipemians mal indicats

Noves estatines mal indicades

Persistència d'estatines mal indicades

Inadequació de la prevenció de la gastropatia amb IBP

Tractament correcte de la hiperuricèmia asimptomàtica

Tractament mal indicat en l'osteoporosi amb baix risc de fractura

Adequació de tractament en la gastroenteritis aguda

Adequació del tractament de la bronquitis aguda, CVA i grip

Ús incorrecte PSA

RCV baix amb hipolipemiants mal indicats

- Pacients 35-74 anys + estatives i RCV $\leq 5\%$ o que no s'hagi calculat.
- Exclosos:
 - MCV (CI, ACV, claudicació intermitent)
 - HC familiar
 - LDLc > 240 o CT > 320 mg/dl
 - Oclusió de l'artèria central de la retina.
 - Sida.



Inadequació de la prevenció de la gastropatia amb IBP



- Tractament amb AINE, en les següents circumstancies:
 - Edat > 65 a, antecedents d'úlceres o hemorràgia digestiva alta, ús concomitant de corticoides, anticoagulants, antiagregants i antidepressius (ISRS o venlafaxina).
- Antiagregants, en les següents circumstancies:
 - Antecedents d'úlceres o hemorràgia digestiva alta. Ús concomitant d'AINE, corticoides, anticoagulants i doble antiagregació. Dos o més dels següents factors de risc: edat avançada (>65 anys), dispèpsia/síntomes d'MRGE, ús concomitant de glucocorticoides.

Us incorrecte del PSA



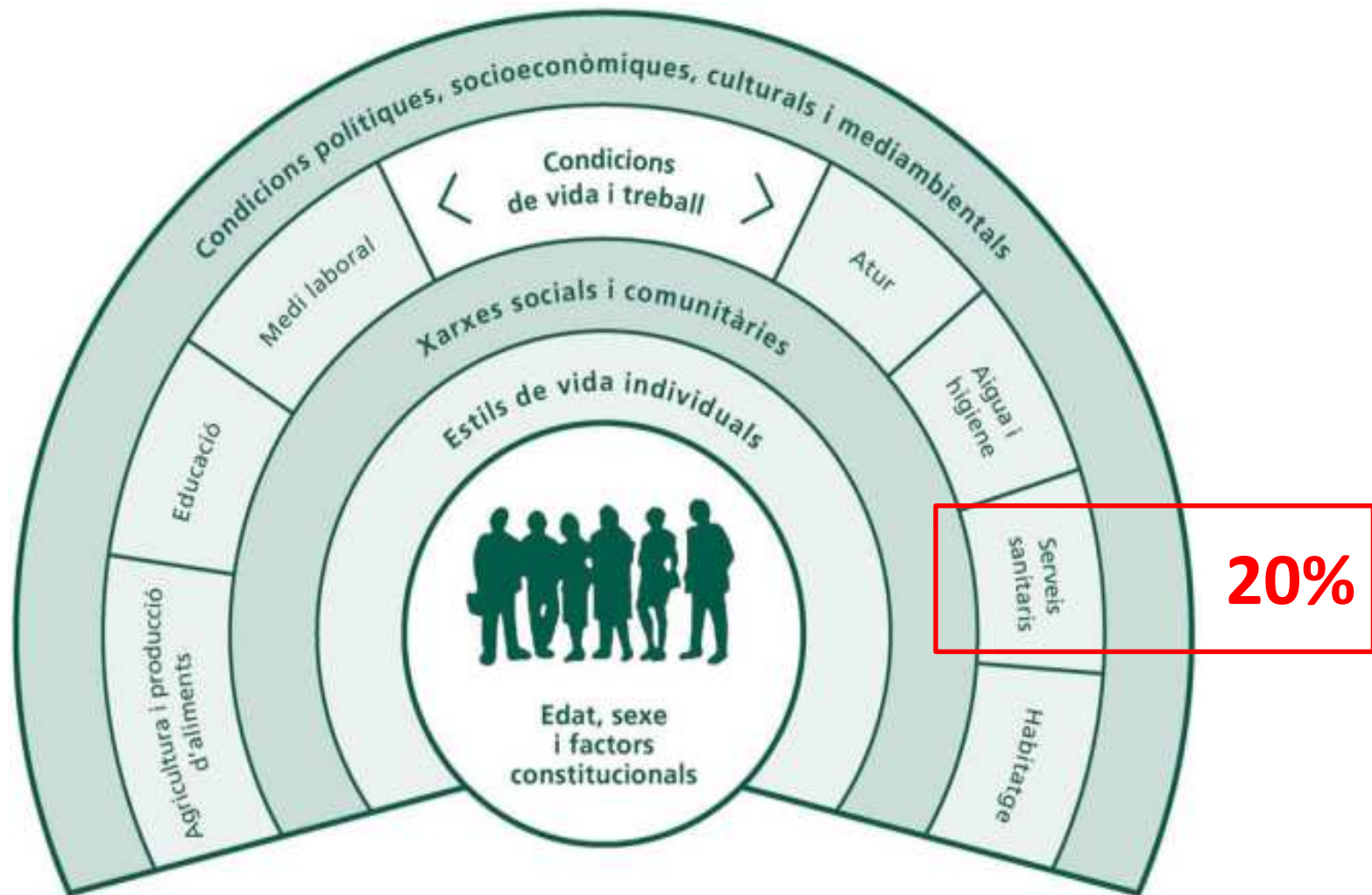
- No es sol·licitarà en pacients asimptomàtics.
- Si un usuari asimptomàtic el sol·licita com a prova de cribratge serà necessari informar-lo sobre el balanç entre els riscos i beneficis.



“La medicina es l’art d’entretenir
al pacient mentre la naturalesa
cura la malaltia”

- François-Marie Arouet (Voltaire) 1694-1778

Model dels determinants de la salut



Codi genètic + codi postal

Afegint valor a la pràctica clínica

Essencial

E

Afegint valor a la pràctica clínica és una iniciativa que identifica pràctiques clíniques de poc valor i promou recomanacions per tal d'evitar-ne la realització.

<http://essencialsalut.gencat.cat/ca/recomanacions/>

LLISTAT de RECOMANACIONS

EVITAR L'ÚS de mucolítics, antihistamínics, descongestius, antitussígens i expectorants en el refredat comú.

- **D'antibiòtics en otitis mitjana aguda en infants:**
 - Indicats en < 2 anys,.
 - En > 2 a si clínica greu (febre > 39º i otàlgia important) o més de 48 h d'evolució sense milloria clínica.
 - Independentment de l'edat, amb perforació timpànica.
- **De bifosfonats en dones postmenopàusiques amb risc baix de fractures.**
- **D'estatines en PP en població amb risc coronari baix o moderat:**
 - Indicats si: LDLc > 190 mg/dl ó LDL > 130 + CRC > 10%
 - CRC 7-10% + cLDL ≥ 130 mg/dL + DM > 8 a. de evolució o mal control habitual o microalbuminúria.
 - CRC 7-10% + cLDL ≥ 130 mg/dL + FR no contemplats en REGICOR (antecedents familiars de cardiopatia isquémica precoz, calcio coronario)

EVITAR L'ÚS de IECA o ARA-II en pacients amb ICC amb fracció d'ejecció preservada (> 50%).

- **D'antibiòtics en la faringitis** a pediatria sense la sospita i confirmació de la seva etiologia bacteriana.
- **D'ATB en la bacteriúria asimptomàtica**, excepte en dones embarassades y en aquells pacients que requereixin cirurgia prostàtica, manipulació urinària amb risc de sagnat de la mucosa, transplantament renal o immunodeprimits.
- **De medicació dels episodis depressius majors lleus en la fase inicial**, excepte si tenen factors de risc addicionals.
- **La pauta alternant d'antitèrmics en la població pediàtrica**
- **Les benzodiazepines de semivida llarga** a la gent gran com a primera opció.
- **Tractament hormonal continu en pacients amb càncer de pròstata sense progressió clínica** .
- **Vitamina D en persones grans** en la comunitat per **reduir el risc de caigudes**, excepte en persones amb dèficit de vitamina D.

EVITAR L'ÚS de d'AINE en pacients amb MCV, IRC o IH.

- Antagonistes del CC de forma rutinària després d'un IAM.
- D'antibiòtics en bronquiolitis en lactants.
- D'antibiòtics en rinosinusitis aguda en infants.
- De benzodiazepines en l'episodi agut de delírium.
- De broncodilatadors en lactants amb bronquiolitis.
- De fibrats en la prevenció primària de la malaltia cardiovascular.
- De glibenclàmida en diabetis mellitus gestacional.
- De metoclopràmida en malaltia de reflux gastroesofàgic en població pediàtrica.
- D'antibiòtics en bronquitis en població pediàtrica.
- D'antibiòtics en faringitis en adults.
- D'antibiòtics en infeccions del tracte respiratori inferior en adults sans.

EVITAR L'ÚS de beta-agonistes de llarga durada (LABA) en pauta regular com a tractament únic de l'asma de l'adult.

- De medicaments sedants vestibulars de forma rutinària pel vertigen posicional paroxíctic benigne.
- Del tractament de la hiperuricèmia asimptomàtica < 13 mg/dl en homes, i 10 mg/dl en dones.

• De benzodiazepines durant temps prolongat en persones adultes amb trastorns d'ansietat.

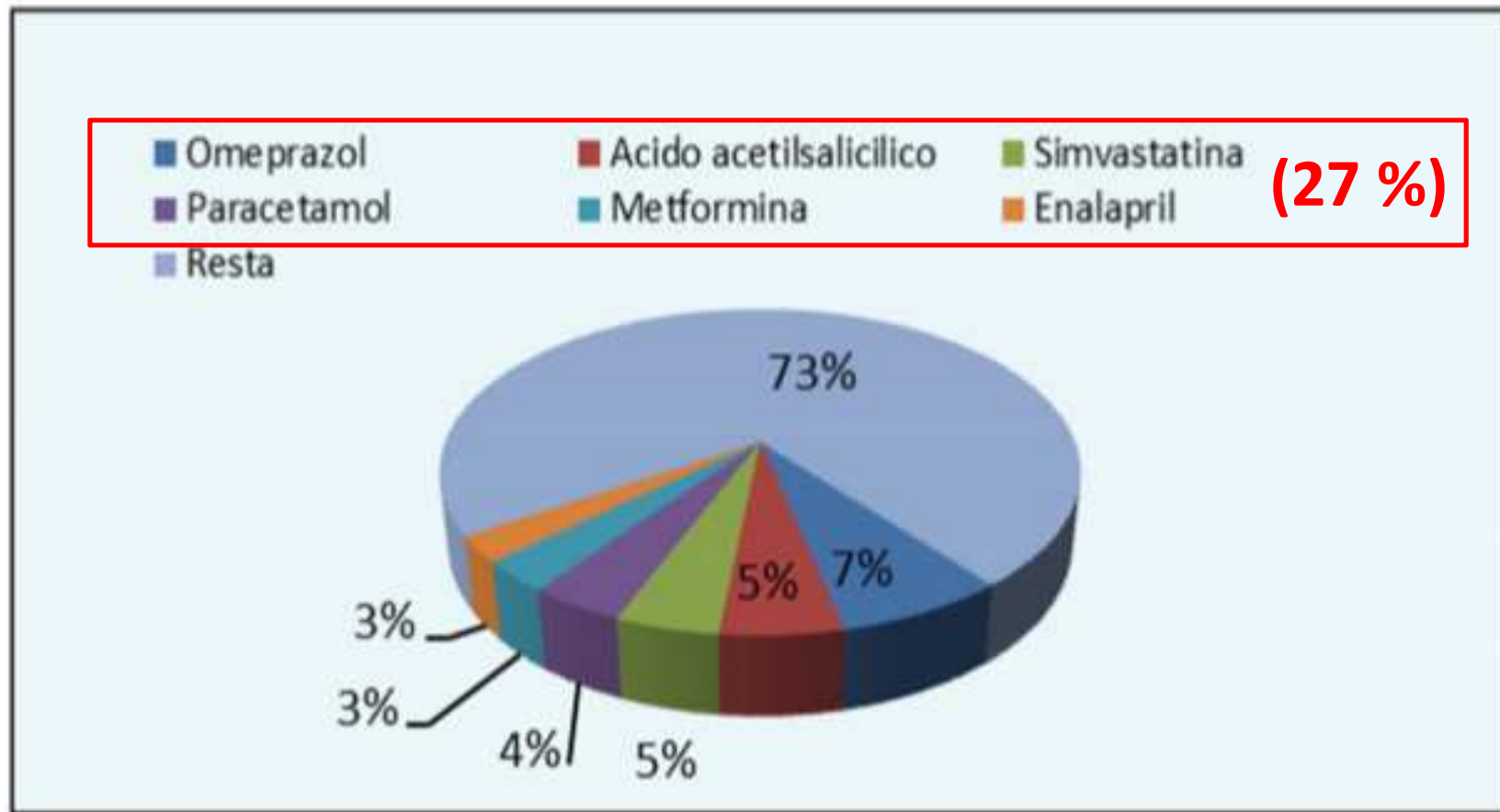
- Combinació d'antipsicòtics en el tractament de l'esquizofrènia.
- De corticoides via intramuscular com a primera opció en aguditzacions d'asma.

• De forma rutinària d'antiulcerosos en els pacients en tractament amb AINE.

• De fosfomicina trometamol en múltiples dosis en la cistitis aguda no complicada en dones sanes.

• D'antiagregant en fibril·lació auricular no valvular.

Fàrmacs més prescrits en els pacients polimedocats



14.378

Medicamentos *

2.481

Principios activos *

31.841

Presentaciones **

Qué
NO hacer



8
FEBRERO

Compromiso por
la calidad de las
Sociedades Científicas
en España

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Salón de Actos Ernest Lluch



http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm

RECOMIENDAN:

- 1** No solicitar densitometría de forma rutinaria en mujeres postmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica, sin realizar antes una valoración de factores de riesgo.
- 2** No utilizar la terapia hormonal (estrógenos o estrógenos con progestágenos) con el objetivo de prevenir la enfermedad vascular en mujeres posmenopáusicas.
- 3** No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes, salvo situaciones de control glucémico inestable.
- 4** No realizar de forma sistemática la determinación de PSA a individuos asintomáticos sin antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata.
- 5** No prescribir antibióticos en la faringoamigdalitis, salvo que exista una alta sospecha de etiología estreptocócica y/o que el resultado del Strep A sea positivo.

La Asociación Española de Pediatría

RECOMIENDA:

- 1** No retrasar la antibioterapia empírica ante la sospecha de enfermedad meningocócica invasiva por el hecho de obtener cultivos (sangre y/o líquido cefalorraquídeo).
- 2** No realizar, de forma rutinaria, electroencefalograma ni estudios de neuroimagen (TAC, RM), en niños y niñas con convulsión febril simple.
- 3** No dar antibióticos de forma rutinaria a niños y niñas con gastroenteritis.
- 4** No utilizar test serológicos para el diagnóstico de la enfermedad celíaca en niños y niñas, antes de que el gluten haya sido introducido en la dieta.
- 5** No se recomienda el uso rutinario de la radiografía de tórax en la bronquiolitis aguda.

RECOMIENDAN:

1

No utilizar de forma rutinaria povidona yodada en niños menores de dos años, especialmente en recién nacidos menores de un mes.

2

No recomendar el uso de flotadores para la prevención de las úlceras por presión.

3

No aplicar de manera habitual povidona yodada para limpiar las heridas crónicas salvo cuando se precise disminuir la carga bacteriana.

4

No utilizar apósitos de plata para prevenir la infección de lesiones cutáneas ni en heridas sin signos claros de infección local.

5

No realizar masajes sobre prominencias óseas para la prevención de las úlceras por presión.

SI AÚN QUEDAN PERSONAS SANAS ES PORQUE LA
INDUSTRIA FARMACÉUTICA AÚN NO ES PERFECTA



EL ROTO



Orientación comunitaria:
HACER y **NO HACER**
en Atención Primaria

.....





- > Orientación comunitaria: hacer en Atención Primaria
 - > 1. Comprometernos por la salud. Acción de abogacía por la salud
 - > 2. Abordar de forma integral los problemas en nuestra atención
 - > 3. Promover el empoderamiento y la participación de las personas en nuestra práctica profesional
 - > 4. Abrirnos a la comunidad
 - > 5. Incorporar la recomendación de recursos comunitarios y activos para la salud
 - > 6. Investigar sobre las intervenciones comunitarias
- > Orientación comunitaria: no hacer en Atención Primaria
 - > 1. No medicalizar los malestares de la vida diaria
 - > 2. No culpabilizar a las personas de su estado de salud ni de su estilo de vida
 - > 3. No creernos protagonistas de los procesos comunitarios
 - > 4. No respetar la autonomía de las personas
 - > 5. No dejar la orientación comunitaria al voluntarismo profesional
 - > 6. No obsesionarse con la evidencia de la eficacia de las intervenciones comunitarias

CLASSIFICAR

139 mmHg
Normotens

140 mmHg
Hipertens

Les GPC generen tendència a la sobreactuació

- Visió blanc/negre
- Objectius terapèutics només indiquen cap on hem de tendir, no necessàriament el punt on hem d'arribar
- **Benefici marginal vs acarnissament terapèutic**
- Objectius econòmics associats (DPO o similars)
- Tractar xifres és fer «**maquillatge terapèutic**»



Recomendaciones
NO HACER



1. No prescribir antibióticos en la sinusitis aguda, salvo que exista rinorrea purulenta y dolor maxilofacial o dental durante más de 7 días, o cuando los síntomas hayan empeorado después de una mejoría clínica inicial.
2. No prescribir antibióticos en la faringoamigdalitis, salvo que exista una alta sospecha de etiología estreptocócica y/o que el resultado del Strep A sea positivo.
3. No prescribir antibióticos en infecciones del tracto respiratorio inferior en pacientes sanos en los que clínicamente no se sospecha neumonía.
4. **No prescribir antibióticos en las bacteriurias asintomáticas** de los siguientes grupos de población: mujeres premenopáusicas no embarazadas, pacientes diabéticos, ancianos, ancianos institucionalizados, pacientes con lesión medular espinal y pacientes con catéteres urinarios.
5. No utilizar la terapia hormonal (estrógenos o estrógenos con progestágenos) con el objetivo de prevenir la enfermedad cardiovascular, la demencia o el deterioro de la función cognitiva, en mujeres posmenopáusicas.
6. No prescribir antiinflamatorios no esteroideos a pacientes con enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o cirrosis hepática, y en caso necesario prescribirlos con mucha precaución.
7. No prescribir benzodiacepinas (e hipnóticos no benzodiacepínicos) a largo plazo en el paciente que consulta por insomnio.

8. No prescribir de forma sistemática tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en personas mayores de 75 años.
9. No prescribir de forma sistemática protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones a los pacientes que consumen AINE que no presentan un riesgo aumentado de sangrado.
10. No mantener la doble antiagregación plaquetaria (aspirina y clopidogrel u otro inhibidor del receptor P2Y₁₂) durante más de 12 meses después de una angioplastia con implantación de *stent*.
11. No indicar el autoanálisis de la glucosa en pacientes diabéticos tipo 2 no insulinizados, salvo en situaciones de control glucémico inestable.
12. No realizar de forma sistemática la determinación de antígeno prostático específico (cribado PSA) en individuos asintomáticos.
13. No solicitar densitometría ósea de forma sistemática en mujeres posmenopáusicas para valorar el riesgo de fractura osteoporótica sin realizar antes una valoración de factores de riesgo que lo justifique.
14. No realizar estudios de imagen como prueba diagnóstica en los pacientes con baja probabilidad pretest de tromboembolismo venoso o embolismo pulmonar.
15. No solicitar estudios radiológicos en lumbalgia inespecífica sin signos de alarma antes de 6 semanas.

We need minimally disruptive medicine

The burden of treatment for many people with complex, chronic, comorbidities reduces their capacity to collaborate in their care. **Carl May, Victor Montori, and Frances Mair** argue that to be effective, care must be less disruptive

BMJ. 2009;339: b2803

- Establir la “càrrega de tractament”
- Reconèixer la comorbiditat a l'aplicar l'evidència
- Prioritzar la perspectiva del pacient





Recomendaciones **NO HACER**

2.ª PARTE

1. No realizar tratamiento intensivo de la glucemia en ancianos diabéticos, los objetivos de control deben ser más moderados en esta población.
2. No pautar corticoides orales más de 7-10 días en pacientes con exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en este caso no es necesaria la pauta descendente.
3. No prescribir de manera sistemática heparinas de bajo peso molecular para la prevención de la trombosis venosa profunda en pacientes con traumatismo de extremidades inferiores que no precisen intervención quirúrgica y no requieran inmovilización.
4. No realizar citologías de cribado anualmente.
5. No solicitar pruebas de imagen para la cefalea sin complicaciones.
6. No realizar radiografías de senos para el diagnóstico de una probable rinosinusitis bacteriana aguda.
7. No prescribir bifosfonatos en pacientes con bajo riesgo de fractura.
8. No interrumpir los dicumarínicos de forma sistemática en pacientes que vayan a ser sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos poco invasivos.

9. No pautar paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática. La dosis de 650 mg es más segura e igual de eficaz.

10. No tratar con fármacos la hiperuricemia asintomática (sin gota) salvo que las cifras sean muy elevadas (a partir de 13 mg/dl en varones, y 10 mg/dl en mujeres) o en tratamientos oncológicos.

11. No prescribir un nuevo medicamento en el paciente anciano sin haber revisado los tratamientos que ya tiene pautados.

12. No realizar chequeos (revisiones en salud) sistemáticos a personas asintomáticas.

13. No realizar de forma sistemática radiografías de pie y tobillo ante esguinces.

14. No descartar un síndrome coronario agudo por el hecho de presentar un electrocardiograma normal o anodino realizado fuera del episodio de dolor torácico.

15. En prevención primaria cardiovascular no tratar con fármacos hipolipemiantes sin calcular el riesgo cardiovascular global, excepto en pacientes con hiperlipemias familiares o hereditarias.



1. Ante una urgencia hipertensiva NO hay que disminuir de forma rápida ni excesiva las cifras de presión arterial.
2. NO administrar oxígeno a los pacientes adultos con sospecha de síndrome coronario agudo con saturación de oxígeno normal.
3. NO hiperoxigenar tras salir de una parada cardiorrespiratoria: inmediatamente tras la reanimación cardiopulmonar, se ha de mantener la saturación de oxígeno en sangre arterial en el rango de 94-98%.
4. En situaciones de hipovolemia aguda, NO hay que administrar grandes volúmenes de líquidos intravenosos hasta lograr el control de la hemorragia. Los líquidos han de reponerse de forma limitada para mantener una presión arterial sistólica por encima de los 80-90 mmHg.
5. NO prescribir antibioterapia en todos los casos de exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
6. NO administrar corticoides de manera sistemática en el tratamiento de la lesión medular aguda traumática.
7. NO realizar lavado gástrico de forma rutinaria en las ingestas medicamentosas que no cumplan los criterios de indicación.

8. NO realizar tira reactiva en pacientes con sonda vesical.

9. NO hacer radiografía simple de abdomen en caso de dolor abdominal agudo, salvo que exista sospecha de obstrucción o perforación.

10. NO realizar radiografía de tórax sistemática en las agudizaciones asmáticas.

11. NO realizar sistemáticamente radiografía en los esguinces de tobillo (reglas del tobillo de Ottawa).

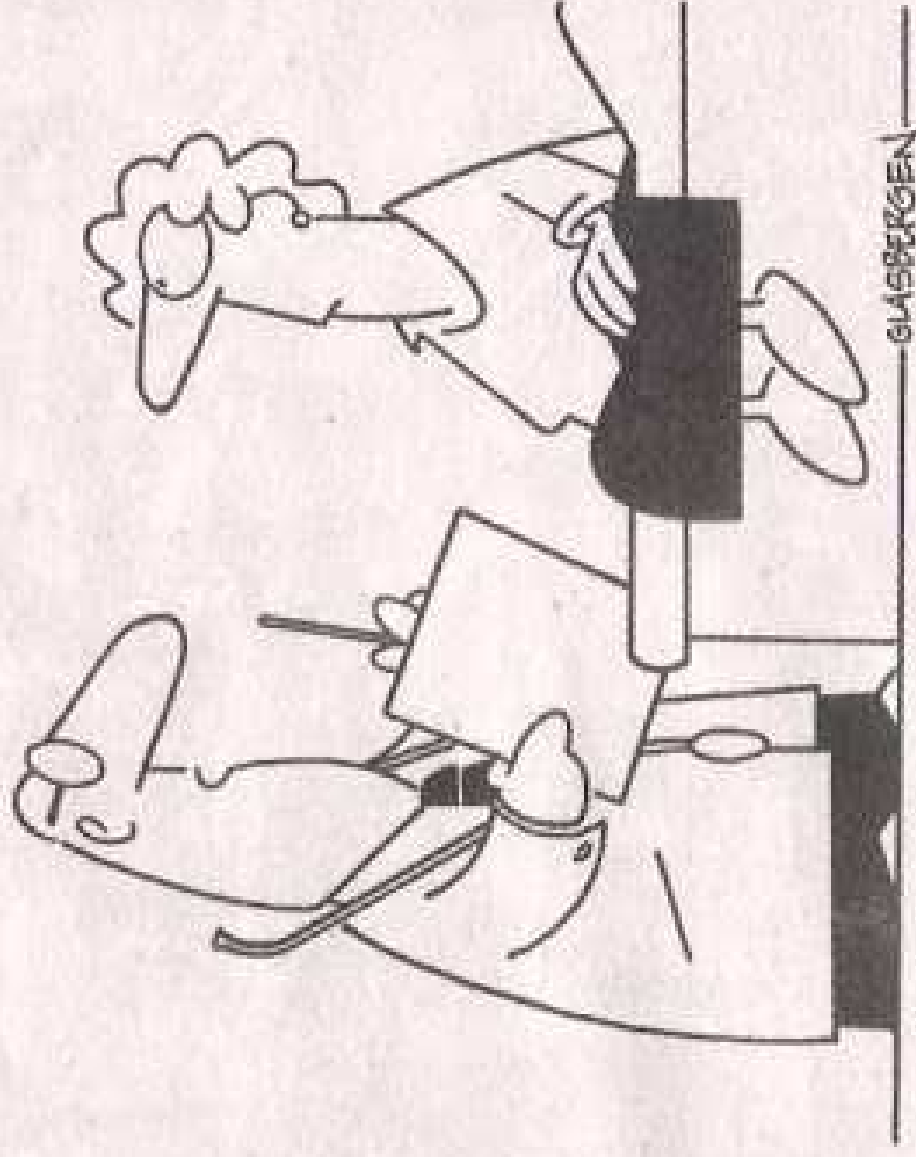
12. NO realizar tomografía computarizada craneal en pacientes adultos no anticoagulados con traumatismo craneoencefálico leve (Glasgow 15) secundario a síncope y evaluación neurológica normal.

13. NO utilizar la vía intramuscular para la administración de fármacos de forma rutinaria.

14. NO colocar de manera sistemática una sonda nasogástrica en pacientes con sospecha de hemorragia digestiva alta no varicosa.

15. NO utilizar butilbromuro de escopolamina (Buscapina®) en el tratamiento de los cólicos renales.

El sello Glasbergen



“A su edad, las personas se ponen ansiosas de tomar tantas pastillas. Le puedo recetar algo para eso” .

L'avaluació de fàrmacs 2019 a excloure per millorar l'atenció

El resultat d'un mètode fiable, rigorós i independent

Resum de l'informe de 2019 sobre drogues que cal excloure



Per ajudar a triar una atenció de qualitat i evitar danys desproporcionats per als pacients,

**93 medicaments autoritzats
són més perillosos que
beneficiosos**

Novetats 2019

- **Balance de beneficio-riesgo bajo revisión.**
 - **Se eliminaron de la lista: selexipag, olaparib, omalizumab, panitumumab y vareniclina.**
 - Vareniclina, balance de beneficios y riesgos no es claramente desfavorable, aunque es menos favorable que el de la terapia de reemplazo de nicotina.
 - **Adiciones de este año de medicamentos para evitar: Ulipristal 5 mg, mefenesina, oxomemazina.**
 - Ulipristal 5 mg evitarlo en pacientes con fibromas uterinos debido a los efectos adversos hepáticos graves.

Trobem fàrmacs com...



Aceclofenac

Agomelatina

Aliskiren

Ambroxol

Bromhexina (Bisolvon®)

Bupropion

Capsaicina

Celecoxib

Cimetidina

Citalopram

Denosumab

Diacereina

Diclofenac

Domperidona

Donepezil

Dronedarone (Multaq®)

Duloxetina

Escitalopram

Etoricoxib

Fénofibrat

Flunarizine

Galantamina

Glucosamina

Ivabradina

Memantina

Moxifloxacina

Orlistat (Xenical®)

Pioglitazona (Actos®)

Piroxicam

Rivastigmina

Roflumilast

Sitagliptina i les altres gliptines (NOTA: de vegades acceptar un objectiu d'HbA1c menys estricta és una opció molt més raonable)

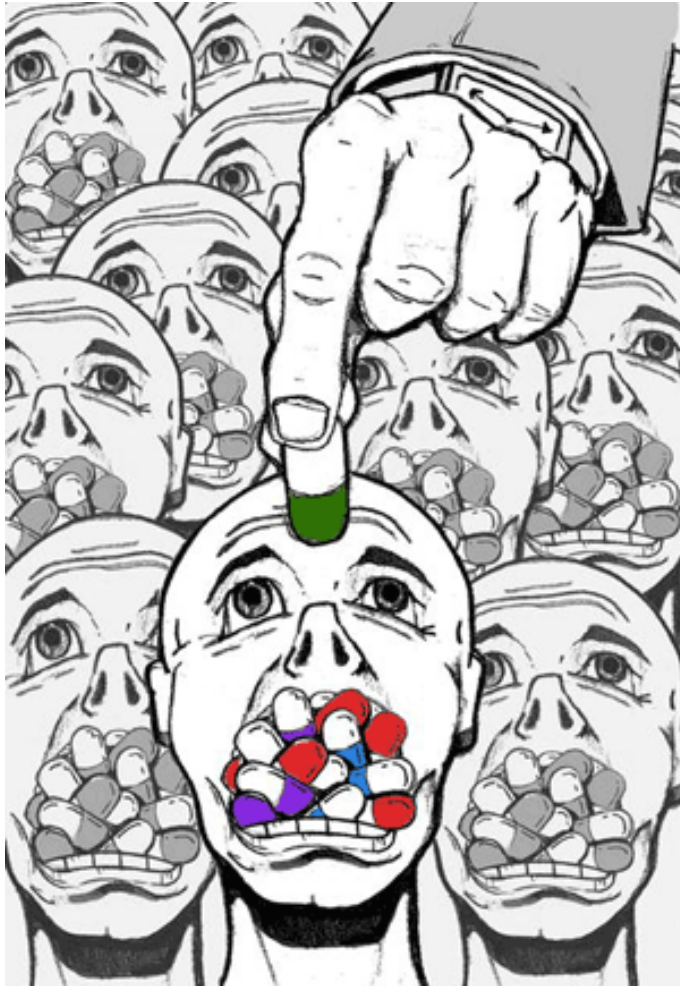
Tacrolimus cutani

Ulipristal 5 mg

Ungüent, tritric de gliceril 0,4% (Rectogésic®)

Venlafaxina

Recent revisió de la Cochrane



No s'ha demostrat que els fàrmacs antihipertensius utilitzats en el tractament d'adults (prevenció primària) amb hipertensió lleugera (PAS 140-159 mmHg i/o PAD 90-99 mmHg) redueixin la mortalitat o la morbiditat en els ECA.

<https://www.cochrane.org/evidence>

STOPP-START, 2015

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(2):89–96



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

^b Servicio de Geriatria, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-mejorando-prescripcion-medicamentos-las-personas-S0211139X14002236>

Tabla 2
Resultados de estudios españoles sobre prevalencia de prescripción inapropiada con los criterios STOPP-START

STOPP: AAS > 150 mg, glibenclamida en DM tipo 2 y medicamento duplicado
STOPP: diuréticos de asa como monoterapia de primera línea en la HTA, antagonistas del calcio en estreñimiento crónico y AINE con HTA START: estatinas en diabéticos con uno o más FRCV, IECA en IC y estatinas con enfermedad arterioesclerótica Solo se aplicó a fármacos cardiovasculares
STOPP: uso prolongado de opiáceos potentes como analgesia de primera línea para dolor leve-moderado, uso prolongado de BZD de vida media larga y AINE con HTA Muestra de pacientes tanto en ingreso hospitalario u hospitalización domiciliaria y datos de prevalencia unida de STOPP/START: 56% STOPP: medicamento duplicado, uso prolongado de NL como hipnóticos y uso prolongado de BZD de vida media larga START: IECA en IC, estatinas en diabéticos con uno o más FRCV y antiagregantes en diabéticos con uno o más FRCV
STOPP: medicamento duplicado, BZD en caedores y antimuscarínicos vesicales en demencia START: estatinas en diabéticos con uno o más FRCV, antiagregantes en diabéticos con uno o más FRCV y bifosfonatos si CCT orales Solo analiza 26 criterios STOPP
STOPP: AAS sin indicación, AINE
STOPP: BZD y NL en caedores y fármacos del sistema cardiovascular START: fármacos del sistema endocrino, cardiovascular y musculoesquelético
STOPP: AAS sin historia de cardiopatía isquémica, ECV o enfermedad arterial periférica, vasodilatadores en hipotensión postural persistente y BZD en caedores START: metformina en DM tipo 2 ± síndrome metabólico, calcio y vitamina D en osteoporosis y AAS o clopidogrel en enfermedad arterioesclerótica

Tabla 2
Resultados de estudios españoles sobre prevalencia de prescripción inapropiada con los criterios STOPP-START

STOPP: uso prolongado de BZD de vida media larga, diuréticos de asa como monoterapia de primera línea en la HTA e ISRS con hiponatremia
STOPP: duplicidad de medicamentos, uso prolongado de BZD de vida media larga y uso de AAS sin necesidad de prevención secundaria START: antiagregantes y estatinas en diabéticos con uno o más FRCV, calcio y vitamina D en osteoporosis y metformina en DM tipo 2 ± síndrome metabólico
STOPP: AINE con ERC START: metformina en DM tipo 2 ± síndrome metabólico y antiagregantes en diabéticos con uno o más FRCV
STOPP: uso prolongado o prescripción sin indicación de antiagregantes. Uso prolongado de BZD. Medicamentos duplicados START: Antiagregantes
STOPP: AAS sin indicación
STOPP: IBP sin indicación, medicamentos duplicados, AINE durante más de 3 meses, AAS sin indicación START: calcio + vitamina D, antiagregantes y estatinas en pacientes con DM y factores de riesgo asociados
STOPP: uso prolongado de BZD START: estatinas en pacientes con DM y uno o varios factores de riesgo CV
STOPP: BZD en caedores, uso prolongado de NL como hipnóticos y medicamento duplicado START: estatinas con enfermedad arterioesclerótica, AAS o clopidogrel en enfermedad arterioesclerótica e IECA en IC
STOPP: fármacos del sistema cardiovascular y SNC START: fármacos del sistema endocrino y cardiovascular
STOPP: duplicidad de medicamentos, AAS sin historia de cardiopatía isquémica, ECV o enfermedad arterial periférica y uso prolongado de BZD de vida media larga START: calcio y vitamina D en osteoporosis, acenocumarol en FA permanente y antiagregantes en diabéticos con uno o más FRCV
STOPP: uso de IBP sin indicación y uso de BZD y NL en caedores START: calcio y vitamina D en osteoporosis, estatinas con enfermedad arterioesclerótica y AAS o clopidogrel en enfermedad arterioesclerótica
STOPP: uso prolongado de NL como hipnóticos, uso prolongado de BZD de vida media larga y AAS > 150 mg START: calcio y vitamina D en osteoporosis, estatinas en diabéticos con uno o más FRCV y acenocumarol en FA permanente

Tabla 3

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 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 cardiaco)
4. Betabloqueantes con bradicardia (< 50 lpm), bloqueo cardiaco de segundo o tercer grado (riesgo de bloqueo cardiaco 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

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, tadalafilo, vardenafilo) 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, dípíridamol, 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, diátesis hemorrágicas, 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)

SIN DUDA, el centro de atención...



CRITERIS DE BEERS, 2019

**Journal of the
American Geriatrics Society**



Investigació clínica

American Geriatrics Society 2019 Actualitzada Criteris AGS Beers® per a l'ús de medicaments potencialment inadequats en adults majors

Mitjançant el panell d'experts actualitzat per la American Geriatrics Beer Criteria® del 2019 American Geriatrics Society ✉

Publicat per primera vegada: 29 de gener de 2019 | <https://doi.org/10.1111/jgs.15767> | Citat per: 18

Table 2. 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults*

Organ System, Therapeutic Category, Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Anticholinergics^b				
First-generation antihistamines	Highly anticholinergic; clearance reduced with advanced age, and tolerance develops when used as hypnotic; risk of confusion, dry mouth, constipation, and other anticholinergic effects or toxicity	Avoid	Moderate	Strong
Brompheniramine				
Carbinoxamine				
Chlorpheniramine				
Clemastine	Use of diphenhydramine in situations such as acute treatment of severe allergic reaction may be appropriate.			
Cyproheptadine				
Dexbrompheniramine				
Dexchlorpheniramine				
Dimenhydrinate				
Diphenhydramine (oral)				
Doxylamine				
Hydroxyzine				
Mecizine				
Promethazine				
Pyrilamine				
Triprolidine				
Antiparkinsonian agents				
Benzotropine (oral)	Not recommended for prevention or treatment of extrapyramidal symptoms with antipsychotics; more effective agents available for treatment of Parkinson disease	Avoid	Moderate	Strong
Trihexyphenidyl				
Antispasmodics				
Atropine (excludes ophthalmic)	Highly anticholinergic; uncertain effectiveness	Avoid	Moderate	Strong
Belladonna alkaloids				
Cidinium-chloridazepoxide				
Dicyclomine				
Homatropine (excludes ophthalmic)				
Hyoscyamine				
Methscopolamine				
Propantheline				
Scopolamine				
Antithrombotics				
Dipyridamol, oral short acting (does not apply to the extended-release combination with aspirin)	May cause orthostatic hypotension; more effective alternatives available; IV form acceptable for use in cardiac stress testing	Avoid	Moderate	Strong
Anti-infective				
Nitrofurantoin	Potential for pulmonary toxicity, hepatotoxicity, and peripheral neuropathy, especially with long-term use; safer alternatives available	Avoid in individuals with creatinine clearance <30 mL/min or for long-term suppression	Low	Strong
Cardiovascular				
Peripheral alpha-1 blockers for treatment of hypertension	High risk of orthostatic hypotension and associated harms, especially in older adults; not recommended as routine treatment for hypertension; alternative agents have superior risk/benefit profile	Avoid use as an antihypertensive	Moderate	Strong
Doxazosin				
Prazosin				
Terazosin				

(Continued)

Table 2 (Contd.)

Organ System, Therapeutic Category, Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Central alpha-agonists Clonidine for first-line treatment of hypertension Other CNS alpha-agonists Guanabenz Guanfacine Methyldopa Reserpine (>0.1 mg/day) Dileptamide	High risk of adverse CNS effects; may cause bradycardia and orthostatic hypotension; not recommended as routine treatment for hypertension May induce heart failure in older adults because of potent negative inotropic action; strongly anticholinergic; other antiarrhythmic drugs preferred	Avoid as first-line antihypertensive Avoid other CNS alpha-agonists as listed	Low Low	Strong Strong
Dronedarone	Worse outcomes have been reported in patients taking dronedarone who have permanent atrial fibrillation or severe or recently decompensated heart failure	Avoid in individuals with permanent atrial fibrillation or severe or recently decompensated heart failure	High	Strong
Digoxin for first-line treatment of atrial fibrillation or of heart failure	Use in atrial fibrillation: should not be used as a first-line agent in atrial fibrillation, because there are safer and more effective alternatives for rate control supported by high-quality evidence. Use in heart failure: evidence for benefits and harms of digoxin is conflicting and of lower quality; most but not all of the evidence concerns use in HFwEF. There is strong evidence for other agents as first-line therapy to reduce hospitalizations and mortality in adults with HFwEF. In heart failure, higher dosages are not associated with additional benefit and may increase risk of toxicity. Decreased renal clearance of digoxin may lead to increased risk of toxic effects; further dose reduction may be necessary in those with stage 4 or 5 chronic kidney disease.	Avoid this rate control agent as first-line therapy for atrial fibrillation Avoid as first-line therapy for heart failure If used for atrial fibrillation or heart failure, avoid dosages >0.125 mg/day	Atrial fibrillation: low Heart failure: low Dosage >0.125 mg/day: moderate	Atrial fibrillation: strong Heart failure: strong Dosage >0.125 mg/day: strong
Nifedipine, immediate release	Potential for hypotension; risk of precipitating myocardial ischemia	Avoid	High	Strong
Amiodarone	Effective for maintaining sinus rhythm but has greater toxicities than other antiarrhythmics used in atrial fibrillation; may be reasonable first-line therapy in patients with concomitant heart failure or substantial left ventricular hypertrophy if rhythm control is preferred over rate control	Avoid as first-line therapy for atrial fibrillation unless patient has heart failure or substantial left ventricular hypertrophy	High	Strong
Central nervous system: Antidepressants, alone or in combination Amitriptyline Amoxapine Clomipramine Desipramine Doxepin >6 mg/day Imipramine	Highly anticholinergic, sedating, and cause orthostatic hypotension; safety profile of low-dose doxepin (56 mg/day) comparable to that of placebo	Avoid	High	Strong

Table 2 (Contd.)

Organ System, Therapeutic Category, Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Nortriptyline Paroxetine Protriptyline Trimipramine				
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 and the older adult is threatening substantial harm to self or others High rate of physical dependence, tolerance to sleep benefits, greater risk of overdose at low dosages	Avoid, except in schizophrenia or bipolar disorder, or for short-term use as antiemetic during chemotherapy	Moderate	Strong
Barbiturates Amobarbital Butabarbital Butalbital Mephobarbital Pentobarbital Phenobarbital Secobarbital		Avoid	High	Strong
Benzodiazepines Short and intermediate acting: Alprazolam Eszazolam Lorazepam Oxazepam Temazepam Triazolam Long acting: Chlordiazepoxide (alone or in combination with amitriptyline or clidinium) Clonazepam Clorazepate Diazepam Flurazepam Quazepam	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 procedural anesthesia	Avoid	Moderate	Strong
Meprobamate Nonbenzodiazepine, benzodiazepine receptor agonist hypnotics (ie, "Z-drugs") Eszopiclone Zaleplon Zolpidem	High rate of physical dependence; sedating Nonbenzodiazepine benzodiazepine receptor agonist hypnotics (ie, Z drugs) have adverse events similar to those of benzodiazepines in older adults (eg, delirium, falls, fractures); increased emergency room visits/hospitalizations; motor vehicle crashes; minimal improvement in sleep latency and duration Lack of efficacy	Avoid Avoid	Moderate Moderate	Strong Strong
Ergoid mesylates (dehydrogenated ergot alkaloids) Isosuxuprine		Avoid	High	Strong

(Continued)

Table 2 (Contd.)

Organ System, Therapeutic Category, Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Endocrine				
Androgens Methyltestosterone Testosterone	Potential for cardiac problems; contraindicated in men with prostate cancer	Avoid unless indicated for confirmed hypogonadism with clinical symptoms	Moderate	Weak
Desiccated thyroid	Concerns about cardiac effects; safer alternatives available	Avoid	Low	Strong
Estrogens with or without progestins	Evidence of carcinogenic potential (breast and endometrium); lack of cardioprotective effect and cognitive protection in older women Evidence indicates that vaginal estrogens for the treatment of vaginal dryness are safe and effective; women with a history of breast cancer who do not respond to nonhormonal therapies are advised to discuss the risks and benefits of low-dose vaginal estrogen (doses of estradiol <25 µg twice weekly) with their healthcare provider Impact on body composition is small and associated with edema, arthralgia, carpal tunnel syndrome, gynecomasia, impaired fasting glucose	Avoid systemic estrogen (eg, oral and topical patch) Vaginal cream or vaginal tablets: acceptable to use low-dose intravaginal estrogen for management of dyspareunia, recurrent lower urinary tract infections, and other vaginal symptoms Avoid, except for patients rigorously diagnosed by evidence-based criteria with growth hormone deficiency due to an established etiology	Oral and patch: high Vaginal cream or vaginal tablets: moderate	Oral and patch: strong Topical vaginal cream or tablets: weak
Growth hormone	Higher risk of hypoglycemia without improvement in hyperglycemia management regardless of care setting. Avoid insulin regimens that include only short- or rapid-acting insulin doses according to current blood glucose levels without concurrent use of basal or long-acting insulin. This recommendation does not apply to regimens that contain basal insulin or long-acting insulin.	Avoid	High	Strong
Insulin, sliding scale (insulin regimens containing only short- or rapid-acting insulin doses according to current blood glucose levels without concurrent use of basal or long-acting insulin)	Higher risk of hypoglycemia without improvement in hyperglycemia management regardless of care setting. Avoid insulin regimens that include only short- or rapid-acting insulin doses according to current blood glucose levels without concurrent use of basal or long-acting insulin. This recommendation does not apply to regimens that contain basal insulin or long-acting insulin.	Avoid	Moderate	Strong
Megestrol	Minimal effect on weight; increases risk of thrombotic events and possibly death in older adults	Avoid	Moderate	Strong
Sulfonylureas, long acting Chlorpropamide Glimepiride Glyburide (also known as glibenclamide)	Chlorpropamide: prolonged half-life in older adults; can cause prolonged hypoglycemia; causes SIADH Glimepiride and glyburide: higher risk of severe prolonged hypoglycemia in older adults	Avoid	High	Strong
Gastrointestinal				
Metoclopramide	Can cause extrapyramidal effects, including tardive dyskinesia; risk may be greater in frail older adults and with prolonged exposure	Avoid, unless for gastroparesis with duration of use not to exceed 12 weeks except in rare cases	Moderate	Strong
Mineral oil, given orally	Potential for aspiration and adverse effects; safer alternatives available	Avoid	Moderate	Strong
Proton-pump inhibitors	Risk of <i>Clostridium difficile</i> infection and bone loss and fractures	Avoid scheduled use for >8 weeks unless for high-risk patients (eg, oral corticosteroids or chronic NSAID use), erosive esophagitis, Barrett esophagitis, pathological hypersecretory condition, or demonstrated need for maintenance treatment (eg, because of failure of drug discontinuation trial or H2-receptor antagonists)	High	Strong

Table 2 (Contd.)

Organ System, Therapeutic Category, Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Pain medications				
Morphine	Oral analgesic not effective in dosages commonly used; may have higher risk of neurotoxicity, including delirium, than other opioids; safer alternatives available	Avoid	Moderate	Strong
Non-cyclooxygenase-selective NSAIDs, oral:	Increased risk of gastrointestinal bleeding or peptic ulcer disease in high-risk groups, including those >75 years or taking oral or parenteral corticosteroids, anticoagulants, or antiplatelet agents; use of proton-pump inhibitor or misoprostol reduces but does not eliminate risk. Upper gastrointestinal ulcers, gross bleeding, or perforation caused by NSAIDs occur in ~1% of patients treated for 3-6 months and in ~2%-4% of patients treated for 1 year; these trends continue with longer duration of use. Also can increase blood pressure and induce kidney injury. Risks are dose related.	Avoid chronic use, unless other alternatives are not effective and patient can take gastroprotective agent (proton-pump inhibitor or misoprostol)	Moderate	Strong
Aspirin >325 mg/day				
Diclofenac				
Diflunisal				
Etoricoxib				
Fenoprofen				
Ibuprofen				
Ketoprofen				
Meclofenamate				
Mefenamic acid				
Maloxicam				
Nabumetone				
Naproxen				
Oxaprozin				
Piroxicam				
Sulindac				
Tolmetin				
Indomethacin	Increased risk of gastrointestinal bleeding/peptic ulcer disease and acute kidney injury in older adults	Avoid	Moderate	Strong
Ketorolac, includes parenteral	Indomethacin is more likely than other NSAIDs to have adverse CNS effects. Of all the NSAIDs, indomethacin has the most adverse effects.			
Skeletal muscle relaxants	Most muscle relaxants poorly tolerated by older adults because some have anticholinergic adverse effects, sedation, increased risk of fractures; effectiveness at dosages tolerated by older adults questionable	Avoid	Moderate	Strong
Carisoprodol				
Chlorzoxazone				
Cyclobenzaprine				
Metaxalone				
Methocarbamol				
Orphenadrine				
Genitourinary				
Desmopressin	High risk of hyponatremia; safer alternative treatments	Avoid for treatment of nocturia or nocturnal polyuria	Moderate	Strong

Abbreviations: CNS, central nervous system; HFREF, heart failure with reduced ejection fraction; NSAID, nonsteroidal anti-inflammatory drug; SLADH, syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion.

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

^bSee also criterion on highly anticholinergic antidepressants.



FASES DE LA DEPRESCRIPCIÓ

Josep Casajuana
Consultoris de Masllorenç i Rodonyà
EAP Alt Camp Est. ICS. Tarragona

Deprescripció: un procés en 2 fases

- 1ª fase: «en la intimitat», ciència amb component artístic
- 2ª fase: davant del pacient, art amb component científic

1ª fase – L'eina

- Definir l'objectiu (operatiu) que volem aconseguir amb el fàrmac
- És raonable? (s'ajusta a l'evidència disponible) -> NO -> fàrmac **innecessari**
- Com avaluem que aconseguim l'objectiu? -> Si no l'aconseguint el fàrmac és **inefectiu**
- La relació benefici/risc és favorable? -> Si no ho és, el fàrmac és **perjudicial**
- Priorització dels tractaments (NNT...)

2ª fase – El consens

- Considerar la tipologia del pacient i ajustar els objectius de la deprescripció a les seves particularitats.

Tipologia dels pacients

	FARMACÒFILS	FARMACÒFOBS
COMPLIDORS	Deprescripció argumentada. Pas a pas. Maximitzar efectivitat (tots els fàrmacs efectius).	Pactar càrrega terapèutica. Prioritzar tractaments segons efectivitat.
INCOMPLIDORS	Deprescripció argumentada. Pactar càrrega terapèutica per a maximitzar la seguretat.	Ajustar càrrega terapèutica a mínims. Optimitzar el compliment dels fàrmacs més efectius.

INSISTIR, PERSISTIR,
RESISTIR Y NUNCA
DESISTIR

ACCIÓN POÉTICA
ESCOBAR

20 <