

SITUACIONES CLINICAS CONTROVERTIDAS CASOS REALES

Belén González Glaría

Jesús Martínez Sotelo

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA

SEDE:


Hospital Universitario
Ramón y Cajal

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia

 **sefh**
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria

 **fefh**
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

- PRESCRIPCIÓN Y DEPRESCRIPCIÓN
- PSICOFÁRMACOS EN ALTERACIONES CONDUCTUALES EN DEMENCIA AVANZADA
- ANTICOAGULACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA EN EDAD MUY AVANZADA
- RETIRADA DE PSICOFÁRMACOS EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AVANZADA

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:


SaludMadrid
**Hospital Universitario
Ramón y Cajal**

ORGANIZA:


Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia


sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria


fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

PRESCRICIÓN Y DEPRESCRIPCIÓN

¿QUÉ ES, CUÁNDO, DÓNDE Y A QUIÉN?
¿CÓMO DEPRESCRIBIR? HERRAMIENTAS

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA
FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:


SaludMadrid
**Hospital Universitario
Ramón y Cajal**

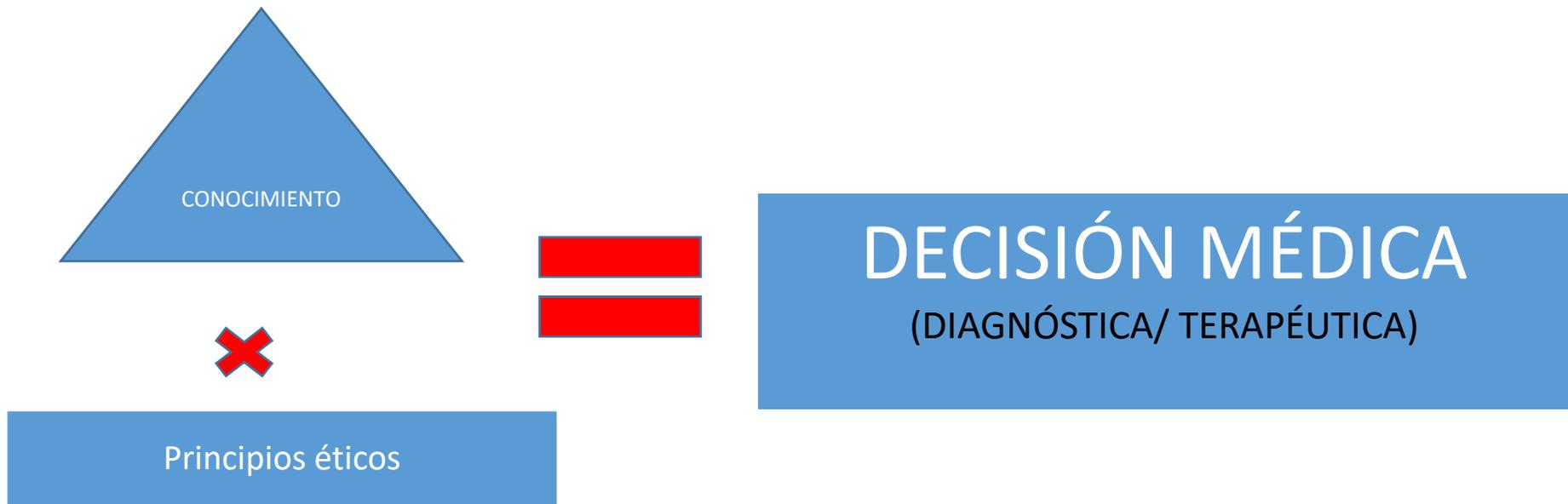
ORGANIZA:

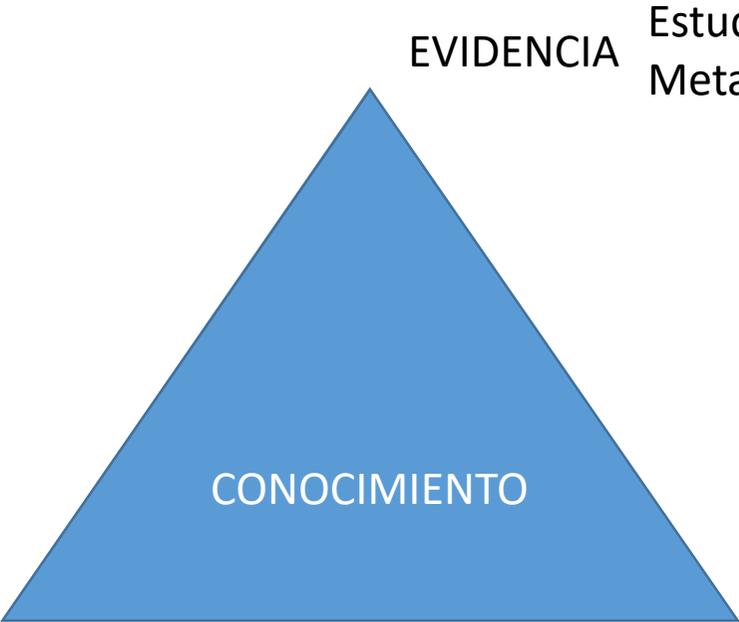

Sociedad Española
de Geriatria y Gerontologia

 **sefh**
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria

 **fefh**
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

El “arte médico”





EVIDENCIA

Estudios randomizados y controlados
Meta- análisis

CONOCIMIENTO TEÓRICO

- Tratados
- Guías
- Protocolos
- Algoritmos de decisión

CONOCIMIENTO PRÁCTICO

- Impresión clínica
- Experiencia personal
- Experiencia profesional
- Situación vital
- Carácter

PRINCIPIOS ÉTICOS

```
graph TD; A[PRINCIPIOS ÉTICOS] --- B[Beneficiencia]; A --- C[No maleficencia]; A --- D[Autonomía]; A --- E[Justicia]; B --- B1[Dado por estudios sobre su eficacia]; C --- C1[Riesgo de efectos adversos]; D --- D1[Información]; D --- D2[Poder de veto]; E --- E1[Distribución de recursos];
```

Beneficiencia

Dado por estudios sobre su eficacia

No maleficencia

Riesgo de efectos adversos

Autonomía

Información
Poder de veto

Justicia

Distribución de recursos

Principios éticos en personas frágiles y fármacos

Beneficiencia

Los estudios científicos:

- No los representan (extrapolación)
- Magnifican beneficio / minimizan riesgos

Menores beneficios

Precisan más tiempo para su beneficio

Expectativa de vida limitada

Guías clínicas

- Escasa validez, infrarrepresentación
- Centradas en el síntoma
- Obvian el contexto
- Encorsetan el acto médico
- Desencadenan cascadas terapéuticas

No maleficiencia

Dificultad reconocer maleficiencia

- Nuevo síntoma
 - Síndrome geriátrico
- Prefieren la seguridad

No maleficiencia >beneficiencia

Autonomía

Diferencias paciente - cuidador

Pérdida de capacidad

Justicia

Recursos limitados

Discriminación

Ensañamiento

Deprescripción

- La deprescripción es una **parte de** la prescripción
- En el plan de manejo y toma de decisiones : incluir el **plan** de prescripción/ deprescripción
- Es más fácil prescribir que deprescribir. Para **deprescribir** hay que **conocer mejor** al paciente
 - Su enfermedad
 - Pronóstico
 - Sus deseos y expectativas
 - Su circunstancia vital actual y previa
- El **no prescribir** una medicación tiene que ser presentado y entendido como una **alternativa razonable y apropiada** en el manejo de procesos crónicos avanzados
- Los médicos prescriptores tenemos que **asumir la incertidumbre**. No hay que esperar a tener certezas pronósticas para deprescribir

La toma de decisiones consensuadas difíciles simplifica la toma de decisiones en el futuro



DEPRESCRIPCION (CONCEPTOS GENERALES)

- Revisión tratamiento:
 - C/6-12 meses???
 - Descompensación grave.
- Ventajas ingreso (vs ambulatorio):
 - Mayor duración (> 5-7 días).
 - Cercanía profesionales (equipo multidisciplinar / especialistas referencia).
- DEPRESCRIPCIÓN:
- Escalonada (Más prioritario -> Menos importante):
 - Falta de eficacia
 - Reacciones adversas
 - Cambio objetivos del tratamiento => Pronóstico de vida limitado: suspender tratamientos que no aporten beneficios a corto plazo.
- Consecuencias positivas: Satisfacción paciente; Mejora funcional; Reducción efectos adversos; costes
- Consecuencias negativas (no se realice apropiadamente): Síndrome de retirada; Efecto rebote.

DEPRESCRIPCION – RETIRADA GRADUAL

A general guide to tapering medicine:

Halve the dose. At the next scheduled visit review progress, then either:

- Maintain (at half dose)
- Continue to taper (e.g. quarter dose)
- Stop

Notes:

- View the discontinuation process as a trial
- Stop one medicine at a time so that any withdrawal event(s) can be easily attributed to the medicine that is being stopped
- Time taken to taper may vary from days to weeks to months

HERRAMIENTAS DE PRESCRIPCIÓN

- MÉTODOS IMPLÍCITOS
- MÉTODOS EXPLÍCITOS

MÉTODOS IMPLÍCITOS

- MÉTODOS IMPLÍCITOS:

- Se basan en juicios clínicos
- Evalúan cada medicamento considerando las características del paciente y de la prescripción.
- Ventajas: muy fiables.
- Desventajas:
 - Extremadamente laboriosos y consumen mucho tiempo (10 minutos/fármaco)
 - Resultados: dependen en gran medida del conocimiento del profesional que lo aplica.
- Ejemplos:
 - Internacional: Medication Appropriateness Index (MAI).
 - España: Metodo Dader de Seguimiento Farmacoterapéutico.

E. Delgado Silveira et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START.

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(2):89–96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.10.005>

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005).

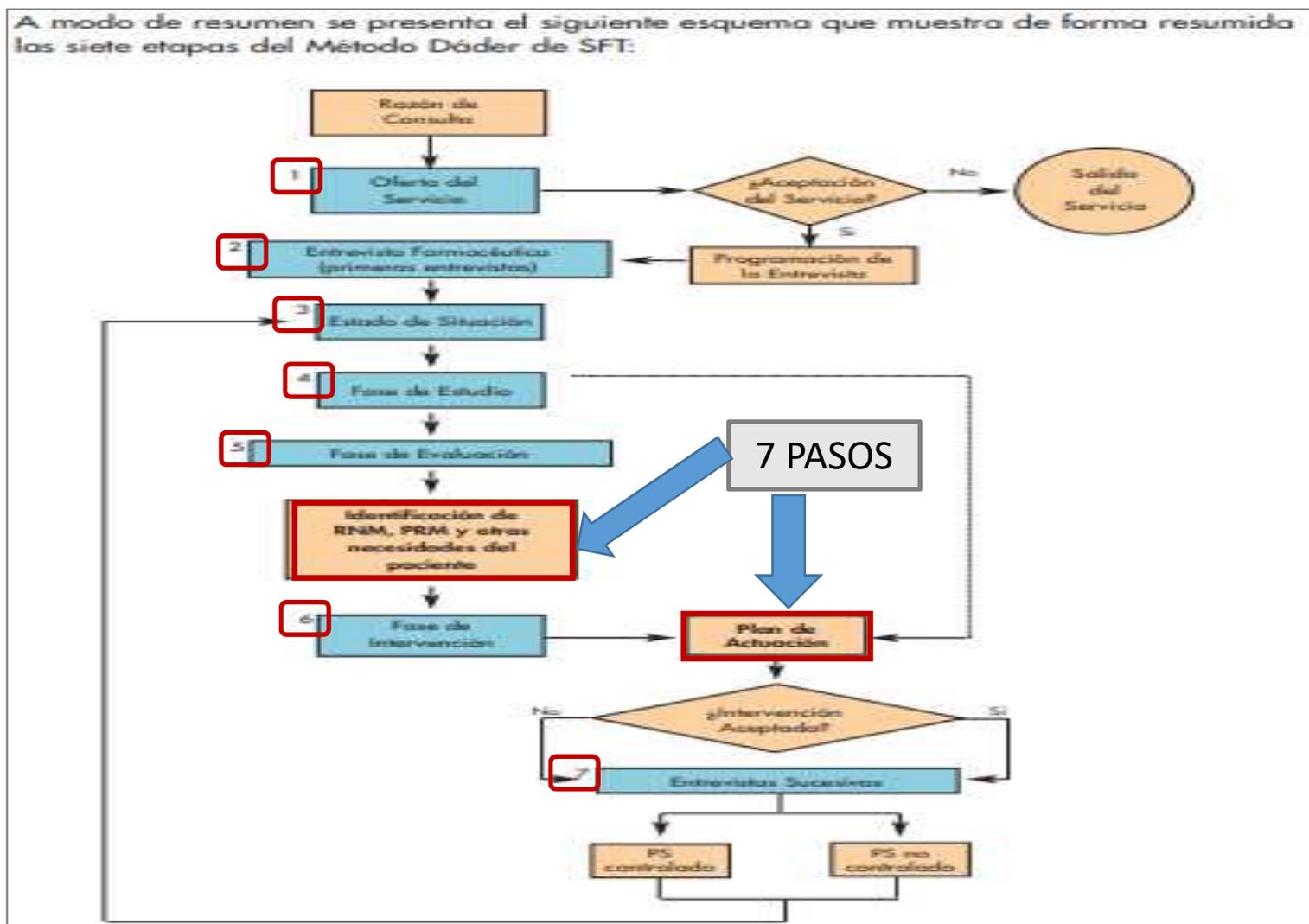
Pharmacy Practice 2006; 4(1): 44-53.

Hanlon JT. A method for assessing drug therapy appropriateness. J Clin Epidemiol Vol. 45, No. 10, pp. 1045-1051, 1992.

MEDICATION APPROPRIATENESS INDEX (MAI)

Table 1. Medication Appropriateness Index*			
To assess the appropriateness of the drug, please answer the following questions and circle the applicable score:			
1.	Is there an indication for the drug? Comments:	1	2 3
		Indicated	Not Indicated
2.	Is the medication effective for the condition? Comments:	1	2 3
		Effective	Ineffective
3.	Is the dosage correct? Comments:	1	2 3
		Correct	Incorrect
4.	Are the directions correct? Comments:	1	2 3
		Correct	Incorrect
5.	Are the directions practical? Comments:	1	2 3
		Practical	Impractical
6.	Are there clinically significant drug-drug interactions? Comments:	1	2 3
		Insignificant	Significant
7.	Are there clinically significant drug-disease/condition interactions? Comments:	1	2 3
		Insignificant	Significant
8.	Is there unnecessary duplication with other drug(s)? Comments:	1	2 3
		Necessary	Unnecessary
9.	Is the duration of therapy acceptable? Comments:	1	2 3
		Acceptable	Unacceptable
10.	Is this drug the least expensive alternative compared to others of equal utility? Comments:	1	2 3
		Least expensive	Most expensive

METODO DADER SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO



Daniel Sabater Hernández, Martha Milena Silva Castro, María José Faus Dáder. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. 3ª Edición. 2007
 Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice* 2006;
 4(1): 44-53.

Fajardo PC, Baena MI, Alcaide Andrade J, Martínez Olmos J, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel
 asistencial de atención primaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(3): 158-164.

Silva Castro MM, Calleja MA, Machuca M, Faus MJ, Fernández-Llimós F. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados: adaptación del método Dáder. *Seguim
 Farmacoter* 2003; 1(2): 73-81.

METODOS EXPLICITOS

- Criterios predefinidos de PPI (Evidencia / Consenso expertos)
- Apoyo (nunca reemplazo) del criterio clínico del prescriptor
- Ventajas:
 - Mas sencillos
 - Reproducibles
 - Permiten sistematizar la detección de PPI.
 - Consumen menos recursos.
- Desventajas:
 - Actualizaciones constantes.
- Ejemplos: BEERS, STOPP-START, PRISCUS; STOPP-FRAIL, LESS-CHRON; RECOMENDACIONES SS.CC

E. Delgado Silveira et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(2):89–96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.10.005>
Delgado Silveira E, et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(5):273–279. DOI: 10.1016/j.regg.2009.03.017

CRITERIOS BEERS

Table 2. 2015 American Geriatrics Society Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults

Organ System, Therapeutic Category, Drugs	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Anticholinergics				
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 Use of diphenhydramine in situations such as acute treatment of severe allergic reaction may be appropriate	Avoid	Moderate	Strong
Brompheniramine				
Carbinoxamine				
Chlorpheniramine				
Clemastine				
Cyproheptadine				
Dexbrompheniramine				
Dexchlorpheniramine				
Dimenhydrinate				
Diphenhydramine (oral)				
Doxylamine				
Hydroxyzine				
Meclizine				
Promethazine				

RESULTS

The panel’s recommendations are presented in Tables 2–7. References, as evidence tables, supporting the recommendations appear in the online appendix posted on the AGS website (www.americangeriatrics.org). Consistent with the 2012 AGS Beers Criteria, Tables 2–4 list PIMS for older adults outside the palliative care and hospice setting, including medications to avoid for many or most older adults (Table 2); medications for older adults with specific diseases or syndromes to avoid (Table 3); and medications to be used with caution (Table 4). New to the AGS Beers Criteria are potentially clinically important non-anti-infective drug–drug interactions (Table 5) and non-anti-infective medications to avoid or the dosage of which should be adjusted based on the individual’s kidney function (Table 6). Tables 8-10 document the differences between the 2012 and 2015 AGS Beers Criteria.

- **PRIMEROS EN APARECER**
- **LIMITACIONES USO EN EUROPA**

CRITERIOS STOPP-START

Basados evidencia / Consenso Delphi:

- Lista STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions): 87 MPI en personas mayores.
- Lista START (Screening Tool to Action the Right Treatment): 34 Omisiones de prescripción de medicamentos potencialmente beneficiosos en personas mayores (salvo contraindicación y/o paciente terminal – enfoque paliativo) => Principal diferencia vs Beers.

Denis O'Mahony et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age and Ageing 2015; 44: 213–218 doi: 10.1093/ageing/afu145

E. Delgado Silveira et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(2):89–96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.10.005>

ORIGINAL ARTICLE

Potentially Inappropriate Medications in the Elderly: The PRISCUS List

Stefanie Holt, Sven Schmiedl, Petra A. Thürmann



Results: 83 drugs in a total of 18 drug classes were rated as potentially inappropriate for elderly patients. For 46 drugs, the experts came to no clear decision after the second Delphi round. For cases in which the administration of a PIM is clinically necessary, the final PRISCUS list contains recommendations for clinical practice, e.g. monitoring of laboratory values and dose adaptation. Therapeutic alternatives are also listed.

TABLE

Potentially inappropriate medications for elderly patients (short version) (see also the Summaries of Product Characteristics)

Medication	Main concerns (selected)	Possible therapeutic alternatives	Precautions to be taken when these medications are used
Analgesics, anti-inflammatory drugs			
NSAID – indometacin – acemetacin* – ketoprofen* – piroxicam – meloxicam* – phenylbutazone – etoricoxib	– very high risk of gastrointestinal hemorrhage, ulceration, or perforation, which may be fatal – indometacin: central nervous disturbances – phenylbutazone: blood dyscrasia – etoricoxib: cardiovascular contraindications	– paracetamol – (weak) opioids (tramadol, codeine) – weak NSAID (e.g., ibuprofen)	– use in combination with protective agents, e.g., PPI – follow-up for gastrointestinal manifestations (gastritis, ulcer, hemorrhage) – monitoring of renal function – monitoring of cardiovascular function (blood pressure, signs of congestive heart failure) – dosing recommendation: shortest possible duration of therapy – phenylbutazone: monitoring of blood counts as well

27 criterios MPI en pacientes mayores frágiles con esperanza de vida limitada.

Table 1. Final STOPPFrail criteria	STOPPFrail is a list of potentially inappropriate prescribing indicators designed to assist physicians with stopping such medications in older patients (≥65 years) who meet ALL of the criteria listed below:	The decision to prescribe/not prescribe medications to the patient, should also be influenced by the following issues:
<p>STOPPFrail is a list of potentially inappropriate prescribing indicators designed to assist physicians with stopping such medications in older patients (≥65 years) who meet ALL of the criteria listed below:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) End-stage irreversible pathology (2) Poor one year survival prognosis (3) Severe functional impairment or severe cognitive impairment or both (4) Symptom control is the priority rather than prevention of disease progression 	<ol style="list-style-type: none"> (1) End-stage irreversible pathology (2) Poor one year survival prognosis (3) Severe functional impairment or severe cognitive impairment or both (4) Symptom control is the priority rather than prevention of disease progression 	<ol style="list-style-type: none"> (1) Risk of the medication outweighing the benefit (2) Administration of the medication is challenging (3) Monitoring of the medication effect is challenging (4) Drug adherence/compliance is difficult
	<p>Section A: General</p> <p>A1: Any drug that the patient persistently fails to take or tolerate despite adequate education and consideration of all appropriate formulations.</p> <p>A2: Any drug without clear clinical indication.</p> <p>Section B: Cardiovascular system</p> <p>B1. Lipid lowering therapies (statins, ezetimibe, bile acid sequestrants, fibrates, nicotinic acid and acipimox) These medications need to be prescribed for a long duration to be of benefit. For short-term use, the risk of ADEs outweighs the potential benefits [43–45]</p> <p>B2. Alpha-blockers for hypertension Stringent blood pressure control is not required in very frail older people. Alpha blockers in particular can cause marked vasodilatation, which can result in marked postural hypotension, falls and injuries [46]</p> <p>Section C: Coagulation system</p> <p>C1: Anti-platelets Avoid anti-platelet agents for primary (as distinct from secondary) cardiovascular prevention (no evidence of benefit) [47]</p> <p>Section D: Central Nervous System</p> <p>D1. Neuroleptic antipsychotics Aim to reduce dose and gradually discontinue these drugs in patients taking them for longer than 12 weeks if there are no current clinical features of behavioural and psychiatric symptoms of dementia (BPSD) [48–52]</p> <p>D2: Memantine Discontinue and monitor in patients with moderate to severe dementia, unless memantine has clearly improved BPSD (specifically in frail patients who meet the criteria above) [53–56]</p> <p>Section E: Gastrointestinal system</p> <p>E1. Proton Pump Inhibitors Proton Pump Inhibitors at full therapeutic dose ≥8/52, unless persistent dyspeptic symptoms at lower maintenance dose [57]</p> <p>E2: H2 receptor antagonist H2 receptor antagonist at full therapeutic dose for ≥8/52, unless persistent dyspeptic symptoms at lower maintenance dose [57]</p> <p>E3. Gastrointestinal antispasmodics Regular daily prescription of gastrointestinal antispasmodics agents unless the patient has frequent relapse of colic symptoms because of high risk of anti-cholinergic side effects [57]</p> <p>Section F: Respiratory system</p> <p>F1. Theophylline. This drug has a narrow therapeutic index, requires monitoring of serum levels and interacts with other commonly prescribed drugs putting patients at an increased risk of ADEs [58–60]</p> <p>F2. Leukotriene antagonists (Montelukast, Zafirlukast) These drugs have no proven role in COPD, they are indicated only in asthma [61]</p>	<p>Section G: Musculoskeletal system</p> <p>G1: Calcium supplementation Unlikely to be of any benefit in the short term</p> <p>G2: Anti-resorptive/bone anabolic drugs FOR OSTEOPOROSIS (bisphosphonates, strontium, teriparatide, denosumab) Unlikely to be of any benefit in the short term</p> <p>G3. SORMs for osteoporosis Benefits unlikely to be achieved within 1 year, increased short–intermediate term risk of associated ADEs particularly venous thromboembolism and stroke [57]</p> <p>G4. Long-term oral NSAIDs Increased risk of side effects (peptic ulcer disease, bleeding, worsening heart failure, etc.) when taken regularly for ≥2 months [62–64]</p> <p>G5. Long-term oral steroids Increased risk of side effects (peptic ulcer disease, etc.) when taken regularly for ≥2 months. Consider careful dose reduction and gradual discontinuation [65]</p> <p>Section H: Urogenital system</p> <p>H1. 5-Alpha reductase inhibitors No benefit with long-term urinary bladder catheterisation [66, 67]</p> <p>H2. Alpha blockers No benefit with long-term urinary bladder catheterisation [66, 67]</p> <p>H3. Muscarinic antagonists No benefit with long-term urinary bladder catheterisation, unless clear history of painful detrusor hyperactivity [66, 67]</p> <p>Section I: Endocrine system</p> <p>I1. Diabetic oral agents Aim for monotherapy. Target of HbA1c < 8%/64 mmol/mol. Stringent glycaemic control is unnecessary [68]</p> <p>I2. ACE-inhibitors for diabetes Stop where prescribed only for prevention and treatment of diabetic nephropathy. There is no clear benefit in older people with advanced frailty with poor survival prognosis [69]</p> <p>I3. Angiotensin receptor blockers Stop where prescribed only for prevention and treatment of diabetic nephropathy. There is no clear benefit in older people with advanced frailty with poor survival prognosis [69]</p> <p>I4. Systemic oestrogens for menopausal symptoms Increases risk of stroke and VTE disease. Discontinue and only consider recommencing if recurrence of symptoms [57]</p> <p>Section J: Miscellaneous</p> <p>J1. Multi-vitamin combination supplements Discontinue when prescribed for prophylaxis rather than treatment</p> <p>J2. Nutritional supplements (other than vitamins) Discontinue when prescribed for prophylaxis rather than treatment [70]</p> <p>J3: Prophylactic antibiotics No firm evidence for prophylactic antibiotics to prevent recurrent cellulitis or UTIs [71–73]</p>

27 escenarios clínicos para deprescripción de medicamentos en pacientes crónicos con multimorbilidad.

LESS-CHRON criteria

Table 1 List of Evidence-Based Deprescribing for Chronic Patients (LESS-CHRON) criteria

Drug	Indication for which it is prescribed	Deprescribing condition	Health variables to monitor	Follow up
Alimentary tract and metabolism				
Oral diabetic agents, except metformin	Type 2 diabetes	Aged ≥ 80 years (frail) Diabetes of >10 -year evolution in treatment with insulin	HbA1c $<8.5\%$	3 months
Acarbose	Type 2 diabetes	More than one drug for diabetes treatment. Well controlled diabetes.	HbA1c $<8.5\%$	3 months
Metformin	Type 2 diabetes	Low body mass index. Under treatment with insulin	Weight variations	3 months
Calcium/vitamin D supplement	Prophylaxis for fractures	Patient unable to walk and Barthel Index <60	New fracture	Not applicable
Blood and blood-forming organs				
Oral anticoagulants	Atrial fibrillation	Pfeiffer questionnaire ≥ 8 points and PROFUND index ≥ 11 points. High risk of falls.	Not applicable	Not applicable
			Not applicable	Not applicable

RECOMENDACIONES SOCIEDADES CIENTIFICAS

T02

Tabla 2.

Resumen de las principales recomendaciones publicadas por las sociedades científicas en relación con la farmacoterapia del paciente mayor crónico.

Sociedad científica	Recomendaciones
SEGG, SEMG	<ul style="list-style-type: none"> - No usar medidas terapéuticas intensivas para conseguir una reducción de la HbA1 <7,5% en ancianos con multimorbilidad, frágiles, dependientes y con una expectativa de vida <10 años. - No prescribir fármacos sin considerar el tratamiento previo, evaluar interacciones y el grado de adherencia al cumplimiento. - No tomar decisiones clínicas en personas mayores de 75 años sin haber evaluado su situación funcional.
SEMI	<ul style="list-style-type: none"> - No usar ácido acetilsalicílico como prevención primaria en personas sin enfermedad cardiovascular. - No usar benzodicepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada. - En la mayoría de las ocasiones en que se detecta una cifra de presión arterial elevada no existe indicación para iniciar tratamiento antihipertensivo de manera inmediata.
SEC	<ul style="list-style-type: none"> - No usar como primera línea de tratamiento clopidogrel en monoterapia tras un infarto de miocardio. - No prescribir fibratos de forma sistemática para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. - No utilizar de forma sistemática antagonistas de los canales del calcio para reducir el riesgo cardiovascular después de un infarto de miocardio. - No usar en pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda, por sus efectos adversos (empeoramiento de la insuficiencia cardíaca, proarritmia, muerte), agentes antiarrítmicos (con especial énfasis en los del grupo I-C). - En pacientes con fibrilación auricular persistente en quienes se ha corregido su causa (por ejemplo, infección pulmonar o fiebre) y se ha llevado a cabo con éxito la cardioversión, no se recomienda el uso de antiarrítmicos para mantener el ritmo sinusal, a no ser que haya factores de riesgo para la recurrencia.
SEN	<ul style="list-style-type: none"> - No usar fármacos con potenciales efectos secundarios extrapiramidales (antieméticos, antivertiginosos, procinéticos) en pacientes con enfermedad de Parkinson. - No usar anticoagulantes de forma sistemática en el tratamiento del ictus agudo. - En los pacientes con esclerosis múltiple no usar tratamiento con corticoesteroides de larga duración.

APLICACIONES INFORMATICAS

- CHECKTHEMEDS
- MEDSTOPPER
- DEPRESCRIBING.ORG

CheckTheMeds®

Nuestro objetivo es:
reducir los tiempos necesarios para revisar al paciente

0:00 / 2:19

Acceso

Usuario:

Contraseña:

Acepto los términos y condiciones de uso

Entrar

Asisten... rápida revisión
Mejorar la c... al profes... supervivencia, por ayudar
alpacos.

Ayuda profesional para aumentar la seguridad de los pacientes y optimizar la farmacoterapia

Asistencia en el momento de prescribir

Revisión global del tratamiento



Implicación del paciente en su autocuidado

Datos del paciente (opcional)

Sexo
 Varón Mujer

Edad
Años Meses

Lactantes
kg cm

Hospitalizado
 SI NO

Sonda nasogást.
 SI NO

Tensión arterial
 / mmHg

Creatinina plasmática
Valor mg/dL

Clínica
 Aceptar con ENTER

Datos clínicos

- Anemia megaloblástica
- Dislipemia
- Estenosis aórtica
- Hipertensión arterial esencial
- Insuficiencia renal crónica
- Prevención ansiedad
- Protección gástrica

Fármacos (posología opcional)

Dipirona

Lorazepam

Manidipino

Omeprazol

RAMIPRIL/HIDROCLOROTIAZIDA TECNIGEN (2,5/12,5mg 28 comprimidos efg)

Criterios STOPP/START/BEERS/PRISCUS

Criterios STOPP 2014 (criterios de tratamientos potencialmente inapropiados en pacientes geriátricos)

- **5 STOPP 2014 SNC Y Psicofármacos** (Ver más)
Lorazepam:
Evaluar deprescribir si el tratamiento es mayor de 4 semanas.
- ? **1 STOPP 2014 Aumento de riesgo de caídas** (Ver más)
Lorazepam:
Reevaluar necesidad de terapia con benzodiazepinas
- ? **4 STOPP 2014 Sistema Renal.** (Ver más)
Dipirona » Insuficiencia renal (Insuficiencia renal crónica):
Evaluar alternativa a los AINES si el FG es < 50 mL/min

Alertas AEMPS/EMEA/FDA

- **Nota informativa AEMPS 2018 Hidroclorotiazida** (Ver más)
RAMIPRIL/HIDROCLOROTIAZIDA TECNIGEN

Alertas por tiempo de tratamiento

- **Reevaluar eficacia hipnóticos (tiempo elevado).** (Ver más)
Lorazepam
- **Uso continuado de AINES sistémicos** (Ver más)
Dipirona

Sugerencias por escenario clínico presente en este caso

- **Insuficiencia renal posiblemente causada por:** (Ver más)
- **PREVENIR mayor riesgo de hiperpotasemia** (Ver más)
- **Uso prolongado AINES con riesgo cardiovascular** (Ver más)

Posología/Contraindicaciones/Interacciones/Efectos adversos/Fichas técnicas

<https://www.checkthemed.com/index.php?pgin=0>

MEDSTOPPER

Languages: English (EN) ▼
MEDSTOPPER
BETA
 HOME ABOUT FAQs RESOURCES CONTACT
MedStopper is a deprescribing resource for healthcare professionals and their patients.
 1 Frail elderly?
 2 Generic or Brand Name:
 OLANZA
 3 Select Condition Treated:

Generic Name	Brand Name	Condition Treated	Add to MedStopper
olanzapine	Zyprexa	agitation in dementia ▼	<input type="button" value="ADD"/>

medstopper.com dice

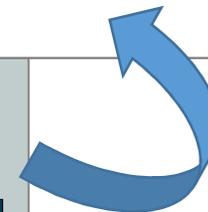
Beers Criteria:
 Avoid use for behavioral problems of dementia unless non-pharmacologic options have failed and patient is threat to self or others

STOPP Criteria:
 Avoid for long-term (> 1 month) as hypnotics, with Parkinsonism, if fallen in past 3 months

MedStopper Plan

Arrange medications by: Stopping Priority ▼

Stopping Priority RED=Highest GREEN=Lowest	Medication/ Category/ Condition	May Improve Symptoms?	May Reduce Risk for Future Illness?	May Cause Harm?	Suggested Taper Approach	Possible Symptoms when Stopping or Tapering	Beers/STOPP Criteria
 	olanzapine (Zyprexa) / Second generation antipsychotic / agitation in dementia				If used daily for more than 3-4 weeks. Reduce dose by 25% every week (i.e. week 1-75%, week 2-50%, week 3-25%) and this can be extended or decreased (10% dose reductions) if needed. If intolerable withdrawal symptoms occur (usually 1-3 days after a dose change), go back to the previously tolerated dose until symptoms resolve and plan for a more gradual taper with the patient. Dose reduction may need to slow down as one gets to smaller doses (i.e. 25% of the original dose). Overall, the rate of discontinuation needs to be controlled by the person taking the medication.	agitation, activation, insomnia, rebound psychosis, withdrawal-emergent abnormal movements, nausea, feeling of discomfort, sweating, vomiting, insomnia - these symptoms vary somewhat depending on the specific antipsychotic	<input type="button" value="Details"/>



The screenshot shows the homepage of Deprescribing.org. The browser address bar displays 'https://deprescribing.org'. The website has a dark blue background with a faint image of a person in a white lab coat. The 'deprescribing.org' logo is in the top left. A navigation menu is located at the top right, with 'RESOURCES' selected and a dropdown menu open. The dropdown menu contains the following items: 'Case Reports and Testimonials', 'Deprescribing Guidelines and Algorithms' (highlighted with a red box), 'Deprescribing Information Pamphlets', 'Deprescribing Patient Decision Aids', 'Deprescribing Webinars', 'Frequently Asked Questions', 'Helpful Links', 'Publications', and 'Symposium Resources'. Below the navigation menu, the main heading reads 'Find out about Deprescribing Guidelines'. Underneath this heading is a sub-heading: 'Deprescribing guidelines support health care providers and patients in reducing or stopping medications that may be harmful or no longer needed.' At the bottom of this section is a button that says 'Learn about the algorithms' with a green checkmark below it.

← → ↻ <https://deprescribing.org/resources/deprescribing-guidelines-algorithms/>    En pausa 

 [ABOUT](#) [WHAT IS DEPRESCRIBING?](#) [LOOKING FOR CADEN?](#) [RESEARCH](#) [RESOURCES](#) [NEWS](#) [GET INVOLVED](#)

Proton Pump Inhibitor (PPI) 

Antihyperglycemic 

Antipsychotic 

Benzodiazepine Receptor Agonist (BZRA) 

Cholinesterase Inhibitors (ChEIs) and Memantine

Cholinesterase inhibitors and memantine are drugs used to treat the symptoms of dementia.

- [Cholinesterase Inhibitors and Memantine deprescribing guidelines](#) (published with the University of Sydney)
- [Cholinesterase Inhibitors and Memantine deprescribing algorithm](#)