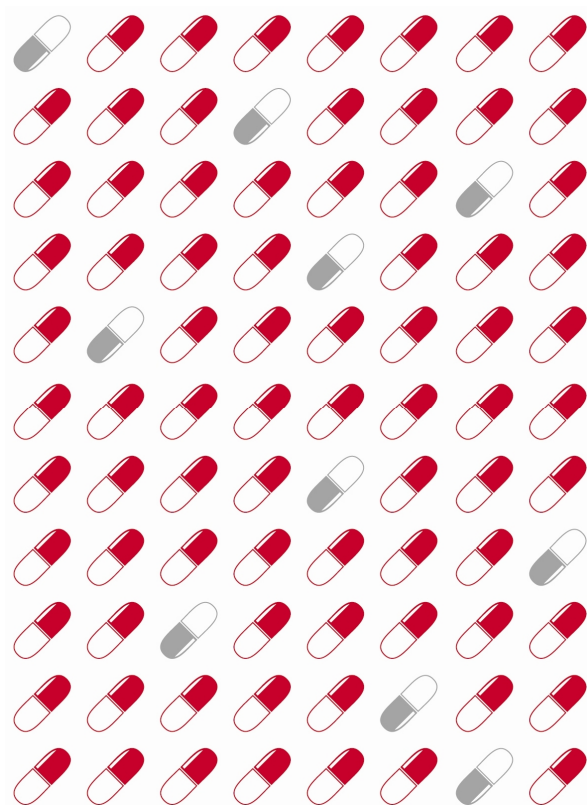




GUIA RÀPIDA DE REFERÈNCIA PER A L'ADEQUACIÓ DE PRESCRIPCIONS EN PERSONES MAJORS POLIMEDICADES-2021

Programa d'Optimizació i Integració

Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris

Aquest document ha sigut revisat per la Unitat d'Igualtat d'acord amb els principis del llenguatge inclusiu i no sexista.

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

© d'aquesta edició: Generalitat, 2021

© dels textos: les autores i els autors

1a edició

Coordina: Subdirecció General d'Optimització i Integració. Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris

Edició en línia

Garantir la seguretat dels tractaments en pacients polimedicats és un dels desafiaments clau per a la seguretat assistencial en l'actualitat. Les prescripcions es realitzen, en gran manera, basades en resultats d'assajos clínics i en guies basades en l'evidència per a malalties úniques, que generalment, no tenen en compte la multimorbiditat.

En les persones d'edat avançada, s'alteren els processos fisiològics dels quals depén la farmacocinètica dels medicaments: absorció, distribució, metabolisme i excreció. La reducció del buidatge gàstric, l'alentiment de la motilitat intestinal, les alteracions en la distribució i la hipoproteïnèmia, així com les alteracions en el metabolisme i l'excreció dels fàrmacs són els principals condicionants en el moment de tractar aquests pacients. Aquestes alteracions contribueixen a l'aparició d'efectes indesitjats, sobretot per interaccions farmacològiques

L'objectiu principal d'aquesta guia és revisar la polimedicació en persones majors i retirar aquella que no siga necessària o substituir-la per una altra medicació més adequada. S'han analitzat tots els criteris que són significatius per a l'adequació de la medicació en persones majors i s'han sintetitzat en les taules que a continuació es mostren.

La prescripció prudent i la desprescripció poden considerar-se eines per a dur a terme la **prevenció quaternària** (activitats per a reduir la iatrogènia de la mateixa acció preventiva, diagnòstica i terapèutica provocada per la intervenció mèdica) que és especialment rellevant en les persones d'edat avançada i la millor estratègia per a evitar l'aparició d'esdeveniments adversos.

Així, des del punt de vista de la prevenció d'esdeveniments adversos i de l'ús segur dels medicaments, cal destacar que, *davant un nou problema de salut, sempre ha de pensar-se en primer lloc si pot tractar-se d'una reacció adversa a un medicament.*

Aquesta guia ràpida de referència es desenvolupa a la "Guia per a l'adequació de prescripcions potencialment inadequades en persones majors":

<http://itsiscv.san.gva.es/downloads/gaia/gaiawebneos/avisos/Guia-adequacio-persones-majors-polimedicades.pdf>

CRITERIS DE DEPRESCRIPCIÓ

STOPP	MARC	Beers	Less Chron	EU(7)-*PRISCUS	AEMPS
-------	------	-------	------------	----------------	-------

A- TOTS		FÀRMAC						MOTIU							
		Qualsevol medicament prescrit sense una indicació basada en evidència clínica.													
		Qualsevol medicament prescrit amb una duració superior a la indicada, quan la duració del tractament estiga ben definida.													
		Qualsevol prescripció concomitant de dos fàrmacs de la mateixa classe, com dues AINE, ISRS, diürètics d'ansa, IECA, anticoagulants (ha d'optimitzar-se la monoteràpia dins d'aqueixa classe de fàrmacs abans de considerar un nou fàrmac).													
B- SISTEMA CARDIOVASCULAR		C01 TERÀPIA DEL MIOCARDI													
		Amiodarona com a tractament antiarrítmic de primera <u>elecció</u> en les <i>taquiarritmies supraventriculars sense insuficiència cardíaca (IC) i/o hipertròfia ventricular esquerra.</i>								Problemes de l'interval QT i risc de desenvolupar Torsades de pointes. En edat avançada es recomana prioritzar control de freqüència enfront de control de ritme.					
		Digoxina per a l' <u>IC</u> amb funció sistòlica ventricular conservada.								No hi ha evidència clara del seu benefici Ajust de dosis/alternatives en fibril·lació auricular (FA) i IC.					
		Digoxina en <u>primera línia</u> de tractament de FA o IC amb funció sistòlica ventricular reduïda.								Alternatives: FA/taquicàrdia: betabloquejants (excepte propranolol, sotalol i labetalol); IC: diürètics (excepte espironolactona dosi > 25 mg/dia), IECA					
		Dronedarona no es recomana en <u>IC</u> estable recent de classe <i>III</i> (NYHA) o amb fracció d'ejecció ventricular esquerra <35 %.								Risc de reaccions adverses de tipus hepàtic, pulmonar o cardiovascular.					
		Trimetazidina en vertigen, tinnitus i alteracions de la visió.								Pot causar o empitjorar els símptomes de la malaltia de Parkinson (tremolor, acinèsia, hipertonia).					
		C02 ANTIHIPERTENSIS													
		Antihipertensius d'acció central (p. ex.: metildopa, clonidina, moxonidina, guanfacina), llevat que existisca intolerància clara o falta d'eficàcia d'altres classes d'antihipertensius.								Són generalment pitjor tolerats. Alt risc efectes del sistema nerviós central (SNC) (sedació, depressió i deterioració cognitiva). Poden causar bradicàrdia i hipotensió.					
		Bloquejants α1 per a tractament d'hipertensió (doxazosina, prazosina, terazosina).								Risc d'hipotensió ortostàtica, boca seca, incontinència urinària, trastorns de la micció, efectes adversos sobre el SNC (vertigen, somnolència) i malaltia cerebrovascular i cardiovascular.					
		C03 DIÜRÈTICS													
		Antagonistes de l'aldosterona (p. ex.: espironolactona > 25 mg/dia, eplerenona) juntament amb <u>altres fàrmacs que poden augmentar els nivells de potassi</u> (p. ex.: IECA, ARA-II, amilorida, triamteré) sense monitorar el potassi								Risc d'hiperpotassèmia greu > 6,0 mmol/l (monitoratge cada 6 mesos). Risc d'hiponatremia.					
		Diürètics d'ansa com a tractament de primera <u>línia</u> de la hipertensió.								Hi ha alternatives més segures i efectives					

CRITERIS DE DEPRESCRIPCIÓ

STOPP	MARC	Beers	Less Chron	EU(7)-PRISCUS	AEMPS
-------	------	-------	------------	---------------	-------

B-SISTEMA CARDIOVASCULAR	FÀRMAC	MOTIU				
	Diürètics d'ansa per als <u>edemes mal·leolars</u> sense evidència clínica, bioquímica o radiològica d'insuficiència cardíaca, insuficiència hepàtica, síndrome nefròtica o insuficiència renal					L'elevació dels membres inferiors o les calces de compressió són generalment més apropiades
	Diürètics d'ansa per al tractament de la hipertensió quan existeix <i>incontinència urinària</i>					Poden empitjorar la incontinència
	Diürètics tiazídics quan existeix <u>hipopotassèmia</u> (potassi sèric < 3,0 mmol/l), <u>hiponatrèmia</u> (sodi sèric < 130 mmol/l) o <u>hipercalcèmia</u> (calci sèric corregit > 2,65 mmol/l) significatives o amb <u>antecedents de gota</u>					Les tiazides poden produir hipopotassèmia, hiponatrèmia, hipercalcèmia i gota
	C04 VASODILATADORS PERIFÈRICS					
	Pentoxifilina					Relació benefici/risc desfavorable. Risc d'hipotensió ortostàtica i de caigudes potenciat amb l'ús d'altres vasodilatadors
	C07 BETABLOQUEJANTS					
	Betabloquejants en <u>combinació</u> amb verapamil o diltiazem					Risc de bloqueig cardíac
	Betabloquejants amb <u>bradicàrdia</u> (< 50 lpm), <u>bloqueig cardíac de 2n o 3r grau</u>					Risc de bloqueig cardíac complet o asistòlia
	Betabloquejants no selectius (propranolol i sotalol)					Poden exacerbar o causar depressió respiratòria. Depenent de la indicació: betabloquejants cardioselectius (metoprolol, bisoprolol, carvedilol i atenolol), IECA o diürètics
	C08 ANTAGONISTES DEL CALCI					
	Nifedipina					Augmenta el risc d'hipotensió, infart de miocardi i augmenta la mortalitat. Alternativa: amlodipina, betabloquejants cardioselectius, IECA, diürètics
	Nimodipina com a profilaxi de la deterioració neurològica ≥ 1 any					Monitorar deterioració cognitiva
	Verapamil o diltiazem en l'IC grau III o IV de l'NYHA					Poden empitjorar l'IC; risc de bradicàrdia. Alternatives: amlodipina, betabloquejants cardioselectius, IECA, diürètics
	C09 ANTIHIPERTENSUS ACCIÓ SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA					
	IECA o ARA-II en pacients amb <u>hipertensió</u>					
	Pacients amb hipertensió, > 80 anys, amb pressió sistòlica <160 mmHg i més d'un antihipertensiu					Retirar el que no siga de primera línia. Monitorar cada 3 mesos
	C10 PREPARATS HIPOLIPEMIANTS					
	Estatines en <u>prevenció primària</u> en pacients > 80 anys					Monitorar esdeveniments cardiovasculars
	Estatines en <u>prevenció secundària</u>					Pfeiffer ≥8. Monitorar nivells de c-LDL i c-HDL.

CRITERIS DE DEPRESCRIPCIÓ

STOPP	MARC	Beers	Less Chron	EU(7)-PRISCUS	AEMPS
-------	------	-------	------------	---------------	-------

C- ANTIAGREGANTS / ANTICOAGULANTS	Àcid acetilsalicílic (AAS) en tractament <u>crònic</u> a dosi >160 mg/dia.						Augment del risc de sagnat sense evidència de major eficàcia.
	AAS amb <u>antecedents de malaltia ulcerosa pèptica sense ús concomitant d'IBP</u> .						Risc de recurrència de l'úlcera pèptica.
	AAS, clopidogrel, dipiridamol, antagonistes de la vitamina K , anticoagulants orals d'acció directa (ACOD) en presència d'un risc significatiu de sagnat (p. ex.: hipertensió greu no controlada, diàtesis hemorràgiques, sagnat recent espontani significatiu).						Alt risc de sagnat.
	AAS més clopidogrel per a la <u>prevenció secundària de l'ictus</u> , llevat que el/la pacient tinga un stent coronari implantat en els 12 mesos previs, una síndrome coronària aguda (SCA) o una estenosi carotídea greu i simptomàtica.						No hi ha evidència de beneficis respecte al clopidogrel en monoteràpia.
	AAS més clopidogrel com a prevenció de recurrències de l' SCA .						Més d'1 any amb doble antiagregació: retirar un d'aquests. Monitoratge propi SCA. Seguiment cada 3 mesos.
	AAS combinat amb un antagonista de la vitamina K, ACOD en pacients amb FA crònica.						L'AAS no aporta beneficis.
	AAS com a prevenció <u>primària</u> amb <u>edat</u> com a únic <u>factor de risc</u> .						
	Cilostazol en pacients amb IC.						Risc d'exacerbació d'IC i risc incrementat de mortalitat.
	Ticlopidina en qualsevol circumstància.						Clopidogrel i prasugrel tenen eficàcia similar, major evidència i menors efectes adversos.
	Antiagregant amb AINE <u>sense tractament</u> profilàctic amb IBP .						Augmenta el risc de malaltia ulcerosa pèptica.
	Antiagregant amb antagonista de la vitamina K, ACOD en pacients amb malaltia coronària, cerebrovascular o arterial perifèrica estables.						El tractament combinat no aporta beneficis.
	Antagonista de la vitamina K, ACOD per a un <u>primer episodi</u> de trombosi venosa profunda <u>sense</u> que persistisquen els factors desencadenants > 6 mesos.						No s'han demostrat beneficis.
	Antagonista de la vitamina K, ACOD per a un <u>primer episodi</u> de tromboembolisme pulmonar <u>sense</u> que persistisquen els factors desencadenants durant un període > 12 mesos						No s'han demostrat beneficis.
	Antagonista de la vitamina K, inhibidor directe de la trombina o inhibidor del factor Xa en combinació amb AINE .						Risc d'hemorràgia digestiva greu.
	Anticoagulants orals per a FA amb Pfeiffer ≥8 i PROFUND ≥11.						
	Anticoagulants orals per a FA amb pacients amb alt risc de caigudes.						
	ACOD en pacients amb Síndrome antifosfolípida i antecedents personals de trombosis , especialment si són positius als tres anticossos antifosfolípids.						

CRITERIS DE DEPRESCRIPCIÓ

STOPP	MARC	Beers	Less Chron	EU(7)-PRISCUS	AEMPS
-------	------	-------	------------	---------------	-------

D- SISTEMA NERVIÓS CENTRAL I PSICÒTROP

FÀRMAC	MOTIU					
N03 ANTIEPILÈPTICS						
Antiepilèptics d'estret marge (carbamazepina , fenitoïna i valproic).						Alternatives terapèutiques: levetiracetam, gabapentina i lamotrigina.
Fenobarbital .						Alt risc de dependència, tolerància i sobredosi a dosis baixes.
N04 MEDICAMENTS CONTRA EL PARKINSON						
Agonistes dopaminèrgics (ropirinol i pramipexole)						Risc d'hipotensió ortostàtica, al·lucinacions, confusió. Ropirinol produeix somnolència i nàusees. Pramipexole produeix símptomes gastrointestinals, insomni edema perifèric. Alternatives: levodopa, carbidopa/levodopa, levodopa/benserazida, Inhibidors de la monoaminooxidasa (IMAO) com ara rasagilina.
Levodopa o agonistes dopaminèrgics per a la tremolor essencial.						No hi ha evidència d'eficàcia.
N05A ANTIPSICÒTICS						
Antipsicòtics en pacients amb símptomes de comportament o i psicològics de la <u>demència</u> .						Augment del risc d'ictus i major velocitat de deterioració cognitiva i mortalitat en persones amb demència. Només recomanats si han fallat les mesures no farmacològiques i la situació del/de la pacient pot posar en risc la seua vida o la d'uns altres. Tractament no farmacològic; risperidona (<6 setmanes), olanzapina (<10 mg/dia), haloperidol (<2 mg dosi única; < 5 mg/dia), quetiapina.
Antipsicòtics com a hipnòtics , llevat que el trastorn del somni siga a causa de psicosi o demència.						Risc de confusió, hipotensió, efectes secundaris extrapiramidals, caigudes.
Fenotiazines (clorpromazina , flufenazina , levomepromazina , perfenazina i periciazina) com a tractament de primera <u>línia</u>						Les fenotiazines són sedants i produeixen toxicitat antimuscarínica rellevant en els majors, amb l'excepció de clorpromazina per al singlot persistent i levomepromazina com a antiemètic en cures pal·liatives. Tractament no farmacològic; risperidona (< 6 setmanes), olanzapina (< 10 mg/dia), haloperidol (< 2 mg dosi única; < 5 mg/dia), quetiapina.

CRITERIS DE DEPRESCRIPCIÓ

STOPP	MARC	Beers	Less Chron	EU(7)-PRISCUS	AEMPS
-------	------	-------	------------	---------------	-------

D- SISTEMA NERVIÓS CENTRAL I PSICÒTROP

FÀRMAC	MOTIU						
N05A ANTIPSICÒTICS							
Antipsicòtics amb efectes antimuscarínics moderats-greus (clorpromazina, clozapina, flupentixol, flufenazina, zuclopentixol) amb antecedents de prostatisme o <u>retenció urinària</u> .							Alta càrrega anticolinèrgica perifèrica (retenció urinària, restrenyiment, sequedat de boca, hipotensió ortostàtica, arritmia) i a nivell central (sedació confusió, pèrdua de memòria). Augment del risc de caigudes. Tractament no farmacològic; risperidona (<6 setmanes), olanzapina (<10 mg/dia), haloperidol (<2 mg dosi única; <5 mg/dia), quetiapina.
Antipsicòtics (diferents de quetiapina o clozapina) en pacients amb parkinsonisme o malaltia demència per cossos de Lewy.							Risc d'efectes extrapiramidals greus.
Clozapina							Efectes anticolinèrgics i extrapiramiradals (disquinèsia tardana), parkinsonisme, hipotonia, sedació i risc de caigudes. Agranulocitosi i miocarditis.
N05B ANSIOLÍTICS i N05C HIPNÒTICS i SEDANTS							
Benzodiazepines, zopiclona, zolpidem durant <u>≥ 4 setmanes</u> .							No hi ha indicació per a tractaments més prolongats. Risc de sedació prolongada, confusió, pèrdua d'equilibri, caigudes, fractures, pèrdua de memòria, prolongació del temps de reacció, reaccions psiquiàtriques, accidents de trànsit.
Clometiazol							Risc de depressió respiratòria.
Antihistamínics de primera generació (prometazina, hidroxizina).							Alta càrrega anticolinèrgica perifèrica (retenció urinària, restrenyiment, sequedat de boca, hipotensió ortostàtica, arritmia) i a nivell central (sedació confusió, pèrdua de memòria). Augment del risc de caigudes. Hi ha antihistamínics més segurs i menys tòxics (loratadina, cetirizina).
N06A ANTIDEPRESSIUS							
Inhibidors de la recaptació de serotonina (ISRS) amb hiponatrèmia significativa concurrent o recent (<u>sodi sèric < 130 mmol/l</u>).							Risc de precipitar o exacerbar una hiponatrèmia. Tractament no farmacològic. Alternatives mirtazapina i trazodona.
ISRS (paroxetina i fluoxetina)							Paroxetina augmenta el risc de mortalitat per qualsevol causa, de convulsions, caigudes i fractures. Tractament no farmacològic. Iniciar amb dosis baixes de sertralina o citalopram. Alternatives: mirtazapina i trazodona.

CRITERIS DE DEPRESCRIPCIÓ

STOPP	MARC	Beers	Less Chron	EU(7)-PRISCUS	AEMPS
-------	------	-------	------------	---------------	-------

D- SISTEMA NERVIÓS I PSICÒTROPES	FÀRMAC	MOTIU					
	N06A ANTIDEPRESSIUS						
	Antidepressius en depressió reactiva						Retirar quan hi haja tornada a l'estat d'ànim basal després de ≥ 6 mesos de tractament. Monitorar símptomes depressius cada 2 mesos.
	Antidepressius per a alteracions del comportament en malaltia d'Alzheimer avançada amb escala de deterioració global (GDS) >6						Monitorar alteracions del comportament o agitació cada 2 mesos.
	Antidepressius tricíclics (ATC) en presència de demència, glaucoma d'angle estret, trastorns en la conducció cardíaca, prostatisme o antecedents de retenció urinària.						Alta càrrega anticolinèrgica perifèrica (retenció urinària, restrenyiment, sequedat de boca, hipotensió ortostàtica, arrítmia) i a nivell central (sedació confusió, pèrdua de memòria). Augment del risc de caigudes. Tractament no farmacològic. Iniciar amb dosis baixes de sertralina o citalopram. Alternatives mirtazapina i trazodona.
	Introducció d'ATC com a tractament antidepressiu de primera línia.						Tractament no farmacològic. Iniciar amb dosis baixes de sertralina o citalopram. Alternatives mirtazapina i trazodona.
	Venlafaxina						Alt risc de mortalitat per totes les causes, idees suïcides, ictus, crisis, sagnat gastrointestinal, caigudes i fractures. Tractament no farmacològic. Iniciar amb dosis baixes de sertralina o citalopram. Alternatives mirtazapina i trazodona.
	Piracetam						Eficàcia no provada. Relació benefici/risc desfavorable. Alternativa: tractament no farmacològic. En demència tipus Alzheimer: acetilcolinesteràsics/memantina.
	Agomelatina						No eficàcia en majors 75 anys. Tractament no farmacològic. Iniciar amb dosis baixes de sertralina o citalopram. Alternatives mirtazapina i trazodona.

CRITERIS DE DEPRESCRIPCIÓ

STOPP	MARC	Beers	Less Chron	EU(7)-PRISCUS	AEMPS
-------	------	-------	------------	---------------	-------

D- SISTEMA NERVIÓS I PSICÒTROP	FÀRMAC	MOTIU					
	N06D FÀRMACS CONTRA LA DEMÈNCIA						
	Citicolina en <u>demència vascular</u> amb Pfeiffer>8						
	Inhibidors de l'acetilcolinesterasa (donepezil, galantamina i rivastigmina) amb antecedents de bradicàrdia <u>persistent</u> (< 60 lpm), <u>bloqueig cardíac</u> o <u>síncopes recurrents</u> d'etiologia no explicada o <u>tractament simultani</u> amb fàrmacs que baixen la freqüència cardíaca com betabloquejants, digoxina, diltiazem, verapamil.						Risc de trastorns de la conducció cardíaca, síncope o lesions.
	Inhibidors de l'acetilcolinesterasa Malaltia d'Alzheimer avançada amb GDS >6 Malaltia d'Alzheimer <i>avançada sense resposta</i> al tractament després de més d'1 any Malaltia d'Alzheimer en combinació amb memantina						En combinació amb memantina cal retirar un dels dos.
	Ginkgo biloba						Eficàcia no provada. Risc d'hipotensió ortostàtica i caigudes. Alternativa: tractament no farmacològic. En demència tipus Alzheimer: acetilcolinesteràsics/memantina.

CRITERIS DE DEPRESCRIPCIÓ

STOPP	MARC	Beers	Less Chron	EU(7)-PRISCUS	AEMPS
-------	------	-------	------------	---------------	-------

E- SISTEMA RENAL / UROGENITAL	FÀRMAC						MOTIU
	HIPOGLUCEMIANTS						
	Metformina si filtrat glomerular (FG) < 30 ml/min/1,73 m²						Risc d'acidosi làctica
	Inhibidors de la dipeptidil peptidasa 4 (i-DPP4) (excepte linagliptina)						Requereixen ajust de dosi segons grau d'insuficiència renal. Alternativa linagliptina
	ANTICOAGULANTS						
	Inhibidors directes de la trombina (dabigatran) si FG < 30 ml/min/1,73 m²						Risc de sagnat
	Inhibidors del factor X _a (apixaban, edoxaban i ribaroxban) si FG < 15 ml/min/1,73 m²						Risc de sagnat
	DIGOXINA						
	Digoxina en tractament crònic a dosi > 125 g/dia, si FG < 30 ml/min/1,73 m²						Risc d'intoxicació digitàlica si no es monitoren les concentracions plasmàtiques. FA/taquicàrdia: betabloquejants (excepte propranolol, sotalol i labetalol); IC: diürètics (excepte espironolactona dosi > 25 mg/dia) o IECA
	ANALGÈSICS I ANTIINFLAMATORIS						
	AINE si FG < 50 ml/min/1,73 m²						Risc de deterioració de la funció renal
	ANTIGOTOSOS I HIPOURICEMIANTS						
	Colchicina, si FG < 30 ml/min/1,73 m²						Risc de toxicitat per colquicina
	ANTIBIÒTICS						
	Nitrofurantoïna, si FG < 45 ml/min; es podria utilitzar en pacients amb xifres de depuració entre 30 i 44 ml/min en casos d'antecedents o sospita d'infecció per microorganismes multiresistents						Només cistitis en dones un màxim de 7 dies. L'ús prolongat produeix toxicitat pulmonar, hepatotoxicitat i neuropatia perifèrica
	SISTEMA UROGENITAL						
	Bloquejants alfa-1-adrenèrgics no uroselectius (doxazosina, terazosina i prazosina) en hipotensió ortostàtica simptomàtica o síncope miccional						Risc de recurrència de la síncope
	Fàrmacs antimuscarínics en pacients amb demència / deteriorament cognitiu crònic / glaucoma d'angle estret o prostatisme crònic						Retirar si ús d'absorbents Empitjorament de la demència en pacients en tractament amb anticolinesteràsics. Augmenta el risc de confusió, agitació empitjorament símptomes cognitius en demència / risc d'exacerbació del glaucoma /risc de retenció urinària/prolongació interval QT
							Augment del risc de caigudes.

CRITERIS DE DEPRESCRIPCIÓ

STOPP	MARC	Beers	Less Chron	EU(7)-PRISCUS	AEMPS
-------	------	-------	------------	---------------	-------

F- SISTEMA GASTROINTESTINAL	FÀRMAC						MOTIU
	A02 ANTIÀCIDS I ANTIÚLCERA PÈPTICA						
	IBP per a la <u>malaltia ulcerosa pèptica no complicada</u> o l' <u>esofagitis pèptica erosiva</u> a dosis terapèutiques plenes durant > 8 setmanes						Està indicada la disminució prèvia de la dosi o la retirada. Augment de <i>Clostridium difficile</i> i fractura de maluc
	A03 ANTIESPASMÒDICS, ANTICOLINÈRGICS I PROPULSIUS						
	Metoclopramida amb <u>parkinsonisme</u>						Risc d'empitjorament dels símptomes parkinsonians incloent-hi disquinèsia tardana. Pot empitjorar el flux arterial perifèric i precipitar en claudicació intermitent. Duració màxima 5 dies. Alternatives: domperidona dosi < 30 mg/dia (si no contraindicació)

CRITERIS DE DEPRESCRIPCIÓ

STOPP	MARC	Beers	Less Chron	EU(7)-PRISCUS	AEMPS
-------	------	-------	------------	---------------	-------

G- SISTEMA RESPIRATORI	FÀRMAC	MOTIU				
	Betabloquejants no cardioselectius (orals o tòpics per al glaucoma) amb antecedents d'asma que precisa tractament					Augmenta el risc de broncoespasme
	Benzodiazepines amb <u>insuficiència respiratòria aguda o crònica</u> (p. ex.: pO ₂ < 8,0 kPa ± pCO ₂ > 6,5 kPa)					Risc d'exacerbació de la insuficiència respiratòria
	Teofilina com a monoteràpia per a l'EPOC					Existeixen alternatives més segures i efectives; risc d'efectes adversos (estimulació SNC) per estret marge terapèutic
	Corticoesteroides <u>sistèmics</u> en lloc de corticoesteroides inhalats per al tractament de manteniment de l'EPOC moderada-greu					Exposició innecessària als efectes secundaris a llarg termini dels corticoesteroides sistèmics; existeixen alternatives inhalades més efectives
	Broncodilatadors antimuscarínics (p. ex., ipratropi, tiotropi) amb antecedents de glaucoma <u>d'angle estret</u> / <u>obstrucció del tracte urinari inferior</u>					Poden exacerbar el glaucoma / poden causar retenció urinària, respectivament
	Mucolítics i expectorants en malaltia broncopulmonar quan <u>estabilitat de la patologia de base</u>					Monitorar mucositat i capacitat respiratòria cada mes

CRITERIS DE DEPRESCRIPCIÓ

STOPP	MARC	Beers	Less Chron	EU(7)-PRISCUS	AEMIPS
-------	------	-------	------------	---------------	--------

H- SISTEMA MUSCULESQUELÈTIC	FÀRMAC							MOTIU
	M01 ANTIINFLAMATORIS I ANTIREUMÀTICS							
	AINE (exceptuant celecoxib i etoricoxib) amb antecedents de malaltia ulcerosa pèptica o hemorràgia digestiva sense tractament concomitant amb IBP o un antagonista H2							Risc de sagnat gastrointestinal, ulceració o perforació.
	AINE amb hipertensió greu o amb insuficiència cardíaca greu							Risc d'exacerbació de la insuficiència cardíaca i hipertensió. Alternativa: paracetamol; ibuprofé (dosi < 1.200 mg/dia); naproxén (dosi < 500 mg/dia)
	AINE amb corticoides sense IBP a dosi profilàctica							Augmenta el risc de malaltia ulcerosa pèptica
	AINE a llarg termini (> 3 mesos) per al tractament simptomàtic de l'artrosi.							Alternativa: paracetamol; ibuprofé (dosi < 1.200 mg/dia); naproxén (dosi < 500mg/dia)
	Celecoxib o etoricoxib en pacients amb malaltia cardiovascular							Augment del risc d'infart de miocardi i ictus Alternativa: paracetamol; ibuprofé (dosi < 1.200 mg/dia); naproxén (dosi < 500mg/dia)
	Diclofenac							No s'ha d'utilitzar en pacients amb patologia cardiovascular greu com a insuficiència cardíaca (classificació II-IV d'NYHA), cardiopatia isquèmica, malaltia arterial perifèrica o malaltia cerebrovascular. Alternativa: paracetamol; ibuprofé (dosi < 1.200 mg/dia); naproxén (dosi < 500mg/dia)
	Corticoides a llarg termini (> 3 mesos) com a monoteràpia per a l'artritis reumatoide							Risc d'efectes secundaris sistèmics dels corticoesteroides
	Corticoides (excepte injeccions intraarticulars periòdiques per al dolor monoarticular) per a l'artrosi.							Risc d'efectes secundaris sistèmics dels corticoesteroides
M04 PREPARATS CONTRA LA GOTA								
AINE o colchicina per al tractament crònic de la gota (> 3 mesos)							Els inhibidors de la xantina-oxidasa són els fàrmacs profilàctics de primera elecció en la gota	

CRITERIS DE DEPRESCRIPCIÓ

STOPP	MARC	Beers	Less	EU (7)-PRISCUS	AEMPS
-------	------	-------	------	----------------	-------

H- SISTEMA MUSCULESQUELÈTIC	FÀRMAC							MOTIU
	M05 MEDICAMENTS PER AL TRACTAMENT DE MALALTIES ÒSSIES							
	Bifosfonats orals en pacients amb <u>malalties digestives altes</u> presents o prèvies (p. ex., disfàgia, esofagitis, gastritis, duodenitis, malaltia ulcerosa pèptica, o hemorràgia digestiva alta							Risc de reaparició/exacerbació d'esofagitis, úlcera esofàgica o estenosi esofàgica
	Bifosfonats en <u>prevenció primària</u>							Risc de fractures atípiques. Retirar si ≥5 anys de tractament. Monitorar noves fractures. Seguiment anual
	Bifosfonats en <u>prevenció secundària</u>							Retirar si pacient incapaç de caminar. Monitorar noves fractures. Seguiment semestral
	Denosumab							Risc fractures vertebrals múltiples en retirar el tractament

CRITERIS DE DEPRESCRIPCIÓ

STOPP	MARC	Beers	Less Chron	EU(7)-PRISCUS	AEMPS
-------	------	-------	------------	---------------	-------

J- SISTEMA ENDOCRÍ

FÀRMAC							MOTIU
HIPOGLUCEMIANTS NO INSULÍNICS							
Sulfonilurees de llarga duració d'acció glibenclàmida, glimepirida) en diabetis mellitus tipus 2							Risc d'hipoglucèmia prolongada.
							Alternativa: gliclazida
Pioglitazona en pacients amb <u>insuficiència cardíaca</u>							Risc d'exacerbació de la insuficiència cardíaca i augment del risc de càncer de bufeta
ANALGÈSICS I ANTIINFLAMATORIS							
Ús d'opioides com a tractament de primera <u>línia</u> per al dolor oncològic							
Ús d'opioides <u>pautats</u> (no a demanda) sense associar laxants							Risc de restrenyiment greu
Opioides d'acció prolongada <u>sense opioides d'acció ràpida</u> per al dolor irruptiu oncològic							Risc de persistència del dolor greu
ANTIGOTOSOS I HIPOURICEMIANTS							
Alopurinol en <u>prevenció secundària</u> en pacient amb <u>> 5 anys sense</u> cap episodi de gota							Monitorar símptomes de gota.
Febuxostat en pacients amb antecedents de malaltia <u>cardiovascular greu</u> (infart de miocardi, ictus o angina de pit inestable)							Augment significatiu de mortalitat.
							Alternativa: alopurinol
HORMONES SEXUALS							
Estrògens amb antecedents de càncer <u>de mama</u> o <u>tromboembolisme venós</u>							Augment del risc de recurrència
<u>Estrògens</u> orals <u>sense progestàgens</u> en dones amb úter intacte							Risc de càncer d'endometri i mama. Manquen d'efecte cardioprotector en dones majors. Per a alleujar els símptomes vasomotors associats a la menopausa s'han d'usar-se només quan la simptomatologia interferisca en la vida diària i sempre durant un curt termini de temps (2-3 anys)
							En la prevenció de fractures osteoporòtiques, únicament en casos d'impossibilitat d'utilitzar altres tractaments.
Andrògens en <u>absència d'hipogonadisme primari o secundari</u>							Risc de problemes cardíacs. Sense beneficis fora de la indicació d'hipogonadisme. Contraindicats en càncer de pròstata

		STOPP	MARC	Beers	Less Chron	EU(7)-PRISCUS	AEMPS	
K- Fàrmacs que augmenten de forma predictable el risc de caigudes a persones majors	FÀRMAC							MOTIU
	Hipoglucemiants no insulínics (excepte metformina) en pacients ≥ 80 anys amb diabetis de 10 >anys d'evolució en tractament amb insulina.							Monitorar HbA1c (objectiu < 8,5 %)
	Insulina d'acció ràpida o ultraràpida <u>sense pauta d'insulina basal</u>							Risc d'hipoglucèmia
	Suplements de calci/vit D en pacient amb incapacitat de caminar i índex de Barthel <60							Monitorar nova fractura.
	Megestrol							Només en casos d'anorèxia-caquèxia oncològica.
								Risc d'esdeveniments trombòtics amb possibilitat de morts (ancians).
	Benzodiazepines i zopiclona i zolpidem							Sedants, poden reduir el nivell de consciència, i el temps de resposta; deteriora l'equilibri.
								Suspendre en cas d'absència de símptomes.
	Antipsicòtics							Poden causar dispràxia de la marxa, parkinsonisme. Augment del risc d'ictus i major velocitat de deterioració cognitiva i mortalitat en persones amb demència. Només recomanats si han fallat les mesures no farmacològiques i la situació del/de lapacient pot posar en risc la seua vida o la d'uns altres. Tractament no farmacològic; risperidona (<6 setmanes), olanzapina (<10 mg/dia), haloperidol (<2 mg dosi única; < 5mg/dia), quetiapina
	Opioides							
	Vasodilatadors (p. ex.: bloquejants α-1-adrenèrgics, calcioantagonistes, nitrats d'acció prolongada, IECA, ARA-II) amb <u>hipotensió postural persistent</u>							Descens recurrent superior a 20 mmHg de la pressió sistòlica; risc de síncope, caigudes

Finalment, i com ja hem definit, la desprescripció no sempre implica la retirada de fàrmacs i en les persones majors malaltes és important revisar els medicaments necessaris per a la seua situació clínica. Per a això, són especialment útils els criteris START:

Taula 5. CRITERIS START

	FÀRMAC
TOTS	«Llevat que el pacient estiga en situació terminal i per tant necessite un enfocament farmacoterapèutic pal·liatiu, haurien de considerar-se els següents tractaments quan s'hagen omés sense una raó clínica clara. S'assumeix que el prescriptor observarà totes les contraindicacions específiques d'aquests fàrmacs abans de recomanar-los en pacients majors.»
SISTEMA CARDIOVASCULAR	Antagonistes de la vitamina K, inhibidors directes de la trombina o inhibidors del factor Xa en presència de fibril·lació auricular crònica
	AAS (75-160 mg/dia) en presència de fibril·lació auricular crònica quan els antagonistes de la vitamina K, inhibidors directes de la trombina o inhibidors del factor Xa estan contraindicats
	Antiagregants (AAS, clorpidogrel, prasugrel o ticagrelor) amb antecedents ben documentats de malaltia vascular coronària, cerebral o perifèrica
	antihipertensius quan la pressió arterial sistòlica siga habitualment > 160 mm Hg i/o la pressió arterial diastòlica siga habitualment > 90 mm Hg (> 140 mm Hg i > 90 mm Hg, respectivament, si el pacient és diabètic)
	Estatines amb antecedents ben documentats de malaltia vascular coronària, cerebral o perifèrica, llevat que el pacient estiga en situació de final de vida o la seua edat siga > 85 anys
	Inhibidor de l'enzim conversiu de l'angiotensina en la insuficiència cardíaca sistòlica i/o cardiopatia isquèmica ben documentada
	Blocadors beta en la cardiopatia isquèmica
	Blocadors beta apropiats (bisoprolol, nebivolol, metoprolol o carvedilol) en la insuficiència cardíaca sistòlica estable
SISTEMA RESPIRATORI	Agonista beta-2 o antimuscarínic (p. ex., ipratropi, tiotropi) inhalat pautat en l'asma o l'EPOC lleu a moderada
	Corticoesteroide inhalat pautat en l'asma o l'EPOC moderada a greu, quan FEV1 < 50 % del valor predit i existeixen freqüents exacerbacions que requereixen corticoesteroides orals
	Oxigenoteràpia domiciliària contínua en la hipoxèmia crònica (pO2 < 8,0 kPa, 60 mm Hg o SatO2 < 89 %)
SISTEMA NERVIÓS CENTRAL I ULLS	Levodopa o un agonista dopaminèrgic en la malaltia de Parkinson idiopàtica amb deterioració funcional i discapacitat secundàries
	Antidepressius no tricíclics en presència de símptomes depressius majors persistents
	Inhibidors de la acetilcolinesterasa (donepezil, rivastigmina, galantamina) per a la malaltia d'Alzheimer lleugera o moderada o la demència per cossos de Lewy (rivastigmina)
	Prostaglandines, prostamida o blocadors beta tòpics per al glaucoma primari d'angle obert
	ISRS (ISRN o pregabalina si els ISRS estan contraindicats) per a l'ansietat greu persistent que interfereix amb la independència funcional
	Agonistas dopaminèrgics (ropinirole, pramipexole o rotigotina) per a la síndrome de les cames inquietes una vegada s'han descartat com a causes la deficiència de ferro i la malaltia renal greu
SISTEMA GASTROINTESTINAL	IBP en la malaltia per reflux gastroesofàgic greu o l'estenosi pèptica que requerisca dilatació
	Suplements de fibra (p. ex., segó, ispagul, metilcel·lulosa, estercúlia) en la diverticulosis amb antecedents de restrenyiment

SISTEMA MUSCULOESQUELÈTIC	Fàrmacs antireumàtics modificadors de la malaltia en l'artritis reumatoide activa incapacitant
	Bifosfonats i vitamina D i calci en pacients que reben corticoesteroides orals a llarg termini
	Suplements de calci i vitamina D en pacients amb osteoporosi coneguda i/o fractures per fragilitat prèvies i/o densitat mineral òssia amb T inferiors a -2,5 en múltiples punts)
	Antiresorcions o anabolitzants ossis (p. ex., bifosfonats, ranelat d'estranci, teriparatida, denosumab) en pacients amb osteoporosi coneguda quan no existisquen contraindicacions farmacològiques o clíniques per al seu ús (densitat mineral òssia amb T inferiors a -2,5 en múltiples punts) i/o antecedents de fractures per fragilitat
	Suplements de vitamina D en pacients majors que no ixen de casa, pateixen caigudes o tenen osteopenia (densitat mineral òssia amb T < -1,0 però no < -2,5 en múltiples punts)
	Inhibidors de la xantina-oxidasa (p. ex., al·lopurinol, febuxostat) en pacients amb antecedents d'episodis de gota recurrents
	Suplements d'àcid fòlic en pacients que prenen metotrexat
SIST. ENDOCRÍ	IECA (ARA-II si no es toleren els IECA) en la diabetis amb evidència de malaltia renal (proteïnúria en una tira reactiva o microalbuminúria > 30 mg/24 h) amb dades o sense dades bioquímiques de malaltia renal
SISTEMA GENITOURINARI	Blocador d'adrenoreceptors α per al prostatisme simptomàtic quan no es considera necessària la prostatectomia
	Inhibidors de la 5- α -reductasa per al prostatisme simptomàtic quan no es considera necessària la prostatectomia
	Estrògens tòpics vaginals o pessari amb estrògens per a la vaginitis atròfica simptomàtica
ANALGÈSICS	Opioides potents en el dolor moderat o sever quan el paracetamol, els AINE o els opioides de baixa potència no són apropiats per a la gravetat del dolor o s'han demostrat ineficaços
	Laxants en pacients que reben opioides de manera regular
VACUNES	Vacuna trivalent anual contra la grip estacional
	Vacuna antipneumocòccica cada 5 anys