

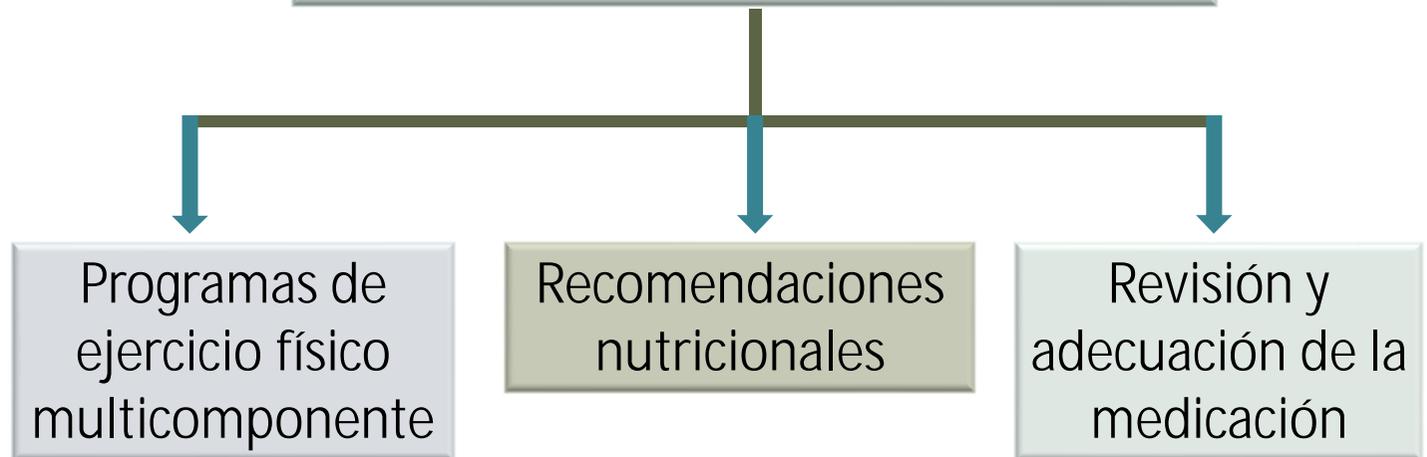
Revisión de pacientes polimedidados como herramienta de prevención de la fragilidad en la persona mayor



UGC Farmacia AP Sevilla
octubre 2023

Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022)

Prevención de la FRAGILIDAD



Introducción

¿**Qué** haremos?:

Revisar tratamiento de pacientes **polimedicados (5 o más medicamentos mayores de 70 años)**, con posibles problemas de prescripción.

Revisar pacientes polimedicados con 10 o mas medicamentos y mayores de 70 años

¿**Cómo**?:

Con el **apoyo de un FAP** del Servicio de Farmacia Distrito.

- Repasando criterios a seguir.
- Revisando pacientes de listado en Portal Farmacia.

Posibles Problemas de Prescripción

Opioides

Metoclopramida

Pentoxifilina

Hidroxicina

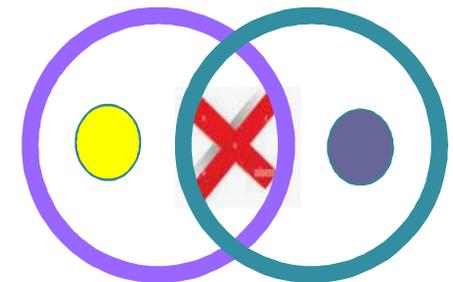
Alopurinol más de 5 años

Bifosfonatos más de 5 años

Sulodexida

Opioides

- Evitar la prescripción concomitante de **opioides mayores y menores**. Mantener 1 de los 2 en función de necesidades analgésicas
- No se recomienda el uso conjunto **opioides con benzodiacepinas** . Aumento (X2) riesgo de mortalidad y aumento (X4) riesgo de sobredosis.
- No se recomienda la asociación de opioides y **gabapentina y pregabalina** por riesgo de sobredosis.
- Prescribir **laxante en** pacientes que inician tratamiento con opioides fuertes



Metoclopramida

- Evitar en pacientes con **parkinsonismo**.
- **Indicación:** **Restringir** su uso a prevención y tratamiento de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia (retardados), radioterapia, cirugía y migraña (adultos).
- **Duración:** Máximo 5 días.
- **Dosis:** 10 mg hasta tres veces al día.
D. máxima= 0,5 mg/kg/día.
- No usar en tratamientos de alteraciones clínicas (p. ej. gastroparesis, dispepsia, RGE) ni como complemento en procedimientos quirúrgicos o radiológicos.



Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AEMPS

METOCLOPRAMIDA: RESTRICCIONES DE USO, ACTUALIZACIÓN DE INDICACIONES Y POSOLOGÍA

Fecha de publicación: 30 de julio de 2013

Categoría: MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, SEGURIDAD.
Referencia: MUH (FV), 22/2013

Finalizada la revisión del balance beneficio-riesgo de metoclopramida en sus indicaciones autorizadas, se recomienda:

- **No utilizar metoclopramida en niños menores de 1 año.**
- **Restringir su uso en niños y adolescentes de 1 a 18 años como segunda línea de tratamiento en prevención de náuseas y vómitos retardados en quimioterapia y en tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios.**
- **Restringir su uso en pacientes adultos para prevención y tratamiento de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia (retardados), radioterapia, cirugía y migraña.**
- **Limitar la duración del tratamiento a un máximo de 5 días.**
- **Limitar la dosis máxima a 0,5 mg por kg de peso en 24 horas.**

Se recomienda asimismo revisar el tratamiento de los pacientes que utilizan metoclopramida de forma habitual.

Metoclopramida es una benzamida perteneciente al grupo de los neurolépticos que se utiliza por sus propiedades antieméticas y procinéticas para la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos, así como en los trastornos funcionales del aparato digestivo. En España, metoclopramida se encuentra comercializada como monofármaco y en asociación con otros principios activos¹.

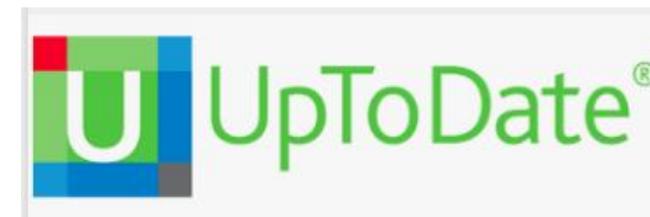
El Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), ha revisado el balance beneficio-riesgo de metoclopramida en sus indicaciones autorizadas tanto para adultos como para pediatría.

Nota informativa

Pentoxifilina

- **No se recomienda su uso rutinario** en claudicación intermitente debido a la limitación de los datos de eficacia.
- **Naftidrofurilo (1ª elección)** Se recomienda en claudicación intermitente si es necesario tratamiento farmacológico vasodilatador para aliviar los síntomas dentro de un abordaje global.
- No existe evidencia científica que permita recomendar su uso en demencia vascular (Guía farmacoterapéutica de atención primaria al día 2023)

Valorar la **suspensión** por efectividad marginal.



Consejería de Salud y Consumo
Servicio Andaluz de Salud

GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA AL DÍA



Abril 2023

Hidroxicina

- Asociada a riesgo de **prolongación del intervalo QT** y de **arritmia ventricular** (torsades de pointes).
- No recomendada **en pacientes de edad avanzada** (alta carga anticolinérgica).
- Administrar la **menor dosis eficaz y durante el menor tiempo posible**.
- **Dosis máxima:** es **100mg/día** (**adultos**) y 50mg/día (edad avanzada si es estrictamente necesario).
- Comprobar que no hay **contraindicación:**
 - Prolongación intervalo QT congénito o adquirido
 - Existencia de factores de riesgo predisponentes para la prolongación del QT

Nota informativa

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AEMPS

**HIDROXICINA (ATARAX®):
NUEVAS RESTRICCIONES DE USO PARA
MINIMIZAR SU RIESGO ARRITMOGÉNICO**

(Recomendaciones del Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmovigilancia europea (PRAC))

Fecha de publicación: 13 de febrero de 2018

Seguro farmacéutico de medicamentos autorizados
Número: 2018-00000000000000000000

Debido a la revisión de los datos disponibles sobre el riesgo de prolongación del intervalo QT del electrocardiograma y de torsades de pointes asociado al uso de hidroxicina en los pacientes, se han establecido nuevas restricciones de uso con objeto de reducir este riesgo en los pacientes en tratamiento:

- El uso de hidroxicina está contraindicado en pacientes con prolongación del intervalo QT congénito o adquirido o con factores de riesgo predisponentes para la prolongación del mismo.
- No se recomienda utilizar hidroxicina en pacientes de edad avanzada.
- Se deberá administrar la menor dosis de hidroxicina que resulte eficaz y durante el menor tiempo posible. Las dosis máximas diarias no deberán superar 100 mg/día en adultos y 50 mg/día en niños de hasta 45 kg de peso.

La hidroxicina es un antihistamínico de primera generación cuyos medicamentos autorizados en España son el tratamiento sintomático de la ansiedad, el prurito y la urticaria, y como premedicación anestésica.

El riesgo de prolongación del intervalo QT del electrocardiograma (ECG) y de arritmia ventricular (torsades de pointes) asociados al uso de hidroxicina es conocido y aparece descrito en la ficha técnica y prospecto. Con el objeto de caracterizar mejor dicho riesgo y valorar, entre otros aspectos, la conveniencia de la medida en materia de medidas adicionales, el Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmovigilancia europea (PRAC) ha evaluado los datos disponibles hasta la fecha.

Página 1 de 1
[Ver más información](#)

© 2018 AEMPS. Todos los derechos reservados. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Alopurinol

- No hay evidencia suficiente para recomendar tratamiento de la **hiperuricemia asintomática** para la prevención de la artritis gotosa, la enfermedad renal o los eventos cardiovasculares.
- En hiperuricemia asintomática **no se recomienda tratar con fármacos**, a menos que las cifras sean muy elevadas (persistencia de niveles >13 mg/dl en hombres o >10 mg/dl en mujeres).
- Valorar la retirada si no se cumplen estas recomendaciones o si han transcurrido más de **5 años** desde el último episodio de gota.

Alopurinol

A favor de DEPRESCRIBIR

- Ácido úrico normal o ausencia de hiperuricemia (<7 mg/dl),
- Hiperuricemia asintomática (ácido úrico 7-10 mg/dl y sin presencia de síntomas ni antecedentes de gota.
- Más de 5 años desde el último episodio de gota o por disolución de los cristales.
- Tratamientos instaurados para episodio agudo tras finalización

A favor de NO DEPRESCRIBIR

- Persistencia de niveles > 13 mg/dl en hombres o > 10 mg/dl en mujeres, por riesgo de nefrotoxicidad.
- Excreción urinaria de ácido úrico > 1.100 mg/día, por mayor riesgo de cálculos.
- Tratamiento con radioterapia o quimioterapia para prevenir la nefropatía por ácido úrico y otras manifestaciones del síndrome de la lisis tumoral.
- Ataque de gota; si hay evidencia de nefropatía o urolitiasis y presencia de tofos.

Bifosfonatos

- Considerar finalizar tratamiento tras **3-5 años** (según fármaco), por riesgo de fracturas atípicas u otros EA.
- Considerar suspender el tratamiento:
 - Si riesgo bajo-intermedio de fractura
 - Si el paciente no deambula.
 - Si demencia avanzada o esperanza de vida muy limitada. (Criterios STOPP-Pal).
 - Si enfermedades digestivas altas presentes o previas (p. ej., disfagia, esofagitis, gastritis, duodenitis, enfermedad ulcerosa péptica, o hemorragia digestiva alta) por riesgo de reaparición/exacerbación de esofagitis, úlcera o estenosis esofágicas.(Criterio STOPP)
- Finalizar tratamiento tras **10 años** de tratamiento.

Sulodexida

- No es un tratamiento curativo.
- La duración máxima del tratamiento son **3 meses**.
- Deprescribir tratamientos >3 meses si no necesidad del paciente (asintomático).



INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO

Informe de Posicionamiento Terapéutico de sulodexida (Aterina®, Dovida®) en insuficiencia venosa crónica, úlcera venosa crónica y claudicación intermitente

IPT, 9/2019. V1

Fecha de publicación: 21 de marzo de 2019†

Corrección de errores de fecha 1 de abril de 2019 (ver al final)

La sulodexida es un principio activo presente en dos medicamentos autorizados (Aterina®, Dovida®) según su ficha técnica [1-3] en las siguientes indicaciones: tratamiento de la insuficiencia venosa crónica, tratamiento de la úlcera venosa crónica y tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estado II).

Este principio activo se encuentra comercializado actualmente en España, Italia, Europa del Este, algunos países de Sudamérica y Asia.

El objetivo de este IPT es el de posicionar sulodexida dentro del manejo terapéutico de los trastornos vasculares periféricos anteriormente mencionados.

INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA Y ÚLCERA VENOSA CRÓNICA

En términos generales, la enfermedad venosa crónica (EVC) es una de las enfermedades más prevalentes, ya que afecta a un 25% de la población adulta occidental [4].

La patogénesis de la EVC es compleja y multifactorial. El factor determinante de la aparición de la EVC primaria es la incompetencia de las válvulas venosas por una alteración de las mismas y/o por un defecto estructural de la pared venosa. La incompetencia valvular genera un reflujo venoso que provoca hipertensión venosa (HTV), condicionante ésta de la dilatación de las venas del sistema venoso superficial o varices [4]. La EVC secundaria puede surgir como complicación de trombosis venosa (síndrome post-trombótico), como consecuencia de un trauma o por otras causas [5].

La presentación clínica de la EVC es variada y cambiante. Puede incluir desde signos y síntomas menores, como hinchazón, dolor, pesadez, calambres, etc., hasta signos más graves, entre ellos la aparición de úlceras venosas [4]. Para describir la EVC se sigue habitualmente la clasificación CEAP desarrollada por el *American Venous Forum* [6], que se basa en cuatro aspectos:

- C: manifestaciones clínicas que varían desde C0 sin signos palpables, C1-C4 con diversos signos, C5 úlcera cicatrizada, hasta C6 úlcera activa. Se añade una "s" si se presentan síntomas.
- E: factores etiológicos. Congénita, primaria o secundaria.
- A: distribución anatómica. Venas superficiales, profundas y/o perforantes.
- P: hallazgos fisiopatológicos como reflujo, obstrucción, ambas, sin

Las recomendaciones de "no hacer" de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculare sugieren no hacer tratamiento en la IVC sin un estudio ecodoppler previo, con el fin de planificar el tratamiento óptimo de los pacientes [7]. El manejo de la IVC comprende diferentes tipos de intervención que varían desde la prevención hasta la cirugía. Las medidas de prevención consisten en evitar factores de riesgo como la bipedestación prolongada, el estreñimiento crónico, las prendas ajustadas, etc.; y en promover el ejercicio y una dieta saludable. Las alternativas a valorar según el estadio evolutivo de la enfermedad son el tratamiento farmacológico, la escleroterapia y la intervención quirúrgica [4]. Hay que resaltar que la terapia compresiva (medias de compresión) es la medida principal para el tratamiento de la IVC, sin embargo, el cumplimiento a menudo es deficiente [8].

Para el tratamiento farmacológico se utilizan diferentes medicamentos autorizados en IVC con moderado nivel de evidencia y que contienen principios activos flebotónicos (protectores bioflavonoides y otros) o sulodexida. En los casos que existe úlcera venosa, los flebotónicos no mejoran su cicatrización [5] y se recurre habitualmente a tratamiento con antitrombóticos tales como heparinas (indicación fuera de ficha técnica), sulodexida [9] y/o el vasodilatador pentoxifilina [10], añadidos a la terapia tópica y compresiva habitual.

ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA (EAP) - CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

Se estima que la prevalencia de la EAP se encuentra entre el 3 y el 12% de la población a nivel mundial [11].

La EAP es un conjunto de síndromes agudos o crónicos derivados de una obstrucción arterial que causa un flujo sanguíneo inadecuado hacia las extremidades, siendo las más afectadas las inferiores. En la mayoría de los casos, la causa subyacente es la enfermedad aterosclerótica [12].

La clasificación de Leriche-Fontaine establece los estadios de la EAP según su presentación clínica. El estadio II se corresponde con claudicación intermitente de los miembros inferiores, que es la forma más frecuente de manifestación. La claudicación intermitente se puede definir como un dolor similar a un calambre en los músculos de las piernas que se produce al caminar y se alivia al detener la marcha [13].

En la patogenia de la EAP interfiere diferentes factores como tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipemia. Por ello, el tratamiento médico se centra en recomendaciones de modificación de hábitos del estilo de vida (dejar de fumar y realizar ejercicio físico), y en la utilización de fármacos que modifican el riesgo cardiovascular (antidiabéticos, antihipertensivos, estatinas). Existen igualmente medicamentos cuyo objetivo específico es el de mejorar los síntomas de la claudicación intermitente y aumentar la distancia hasta la aparición de dolor [14-17]. Los principios activos autorizados en España para esta indicación son: cilostazol [18], naftidrofúrida [19], pentoxifilina [20] y sulodexida [1-3].

SULODEXIDA (ATERINA®, DOVIDA®)

Propiedades Farmacológicas [1-3,21]

Sulodexida es un antitrombótico heparinoide clasificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro del código ATC

12

Además,
podemos
revisar.....



Antipsicóticos (síntomas conductuales en demencias)

Objetivo de la revisión

- Adecuar **dosis y duración de tratamiento**

Recomendaciones

- **Evaluar eficacia a 2-4 semanas** de instaurar el tratamiento
- **Reevaluar al menos cada 3 meses**, para ajustar el tratamiento al tiempo en el que el balance beneficio – riesgo es favorable y disminuir EA graves (eventos CV, disminución función cognitiva, mortalidad, etc).

Antipsicótico	Dosis mínima	Dosis máxima
Haloperidol	0,5 mg/día en 1 ó 2 dosis	5 mg/día en situaciones agudas
Risperidona	0,25 mg en 2 veces/día	1 mg/12h
Olanzapina	2,5 mg/día en 1 ó 2 dosis (empezar por la noche)	10 mg/día
Aripiprazol	2,5 – 15 mg en dosis única (por la mañana)	30 mg/día
Quetiapina	12,5 mg en 2 o más dosis al día (1 h antes o 2h después de las comidas)	250 mg/día

Hipnóticos

Objetivo de la revisión

- Evitar **duplicidades**
- **Ajustar dosis y duración** del hipnótico.

Recomendaciones

- No está justificada la duplicidad de BZD e hipnóticos Z (salvo en periodo de retirada).
- En personas mayores o con IH o IR: debería reducirse a la mitad las dosis (p.ej Dosis adecuada de zolpidem: 5 mg/día).
- Inadecuado el uso prolongado. No existe indicación clínica establecida para uso indefinido

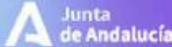
VIVIR SIN TRANQUILIZANTES
ES POSIBLE



BENZOSTOPJUNTOS

De las siguientes frases sobre el tranquilizante que utiliza, piense cuales son verdaderas o falsas:

1. Cuando se utiliza durante largos periodos de tiempo es seguro.	Verdadero___ Falso___
2. La dosis que tomo causa problemas.	Verdadero___ Falso___
3. Si dejo de tomarlo, tendré ansiedad o dormiré peor.	Verdadero___ Falso___
4. Es la mejor opción disponible para estar más relajado o dormir mejor.	Verdadero___ Falso___

 Junta de Andalucía |  Consejería de Salud y Consumo |  Servicio Andaluz de Salud

Antidiabéticos en personas mayores

Objetivo de la revisión

- Revisar tratamiento antidiabético en >80 años con niveles de HbA1c bajo y ≥ 3 fármacos hipoglucemiantes.

Recomendaciones

- Individualizar objetivos de control glucémico del paciente mayor con DM2 en función de sus características biopsicosociales (fundamentalmente comorbilidad, situación funcional y cognitiva y esperanza de vida).
- **No usar medidas terapéuticas intensivas** para conseguir una reducción de HbA1c < 8-8,5% en ancianos con multimorbilidad, frágiles, dependientes y con expectativa de vida <10 años.

Antidiabéticos en personas mayores

Simplificar pauta
Flexibilizar objetivo

Figura 1. Objetivo individualizado de hemoglobina glicosilada.



Anemia ferropénica

Objetivo de la revisión

- Adecuar la **duración del tratamiento** y las **dosis** de suplementos de hierro.

Recomendaciones

- Principales causas en personas mayores:
 - **Sangrado digestivo:** Asociado al consumo de medicamentos (como AINEs, o antiagregantes), carcinoma de colon, carcinoma gástrico, úlcera gástrica, angiodisplasia, esofagitis, esquistosomiasis, enfermedad inflamatoria intestinal.
 - **Disminución de la absorción:** Asociado al consumo de medicamentos (como antiácidos, IBP, antihistamínicos), gastrectomía, gastritis atrófica, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, infección por *Helicobacter pylori*.
 - **Falta de aporte:** personas ancianas, veganas.

Anemia ferropénica

- Corregida la causa primaria y con tratamiento adecuado con suplementos de hierro, los niveles de Hb se normalizan a las **6-8 semanas**.
- Mantener el tratamiento con hierro oral **durante 3-6 meses** tras normalización de Hb.
- Mejor absorción de **sales ferrosas** respecto a **sales férricas**.
- No recomendada la administración de formulaciones gastroresistentes ni de liberación retardada.
- Beneficio de pautas en días alternos o dosis bajas en personas mayores para evitar una mayor toxicidad tras la administración de suplementos de hierro orales.

Medicamentos con efecto anticolinérgico

Objetivo de la revisión

- Detectar posibles síntomas e interacciones causadas por este grupo de medicamentos
- Valorar si es posible evitarlas.

Recomendaciones

- Valorar periódicamente la carga anticolinérgica en pacientes frágiles y polimedicados como parte de la revisión global del tratamiento.
- Si carga alta o muy alta, evaluar **adecuación y deprescripción**.
- Recomendamos la utilización de la calculadora para la valoración de la carga anticolinérgica.

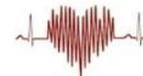
<https://www.anticholinergicscales.es/calculate>



Visión borrosa
Sequedad ocular



Sequedad de boca



Taquicardia



Estreñimiento
Retención urinaria



**Mareo, sedación,
confusión y delirio.**



**Demencia y enfermedad
de Alzheimer**

El riesgo aumenta con mayores
dosis y duración del tratamiento

Ingresos por caídas



**Afectación funcional
y cognitiva;
institucionalización.**



Mortalidad



Anticholinergic Burden Calculator



"Web Portal Software Anticholinergic Burden Calculator" is a program designed to measure fast and easily the anticholinergic burden a patient receives based on their pharmacotherapy.

"Anticholinergic burden" is defined as the cumulative effect of taking one or more drugs that are capable of developing anticholinergic adverse effects.

Peripheral manifestations may occur such as urinary retention, constipation, decreased secretions, amongst others and central manifestations such as delirium, cognitive and functional disorders.

Approximately 50% of the older population takes at least one anticholinergic drug.

This website is intended for healthcare professionals only.

This tool is currently under development and validation, therefore, its use is responsibility of health professionals.



Medicamentos en IR

<http://www.ub.edu/medicamentoseninsuficienciarenal/home>

Guía AP-IR

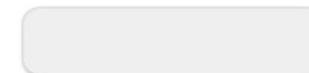
[Quiénes somos](#) [Sobre este proyecto](#) [Registrarse](#) [Iniciar sesión](#)

Guía de consenso para el

USO DE MEDICAMENTOS EN INSUFICIENCIA RENAL



Revisión pacientes frágiles



PACIENTES PENDIENTES DE REVISAR			
+INFO.	SIN REVISAR	DENOMINACIÓN DE LA REVISIÓN	FECHA DE LA REVISIÓN
	2	PACIENTES CON COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS	29/08/2023 10:53:45
	11	PACIENTES DIABÉTICOS DE 80 O MÁS AÑOS	29/08/2023 10:50:23
	23	PACIENTES DE 75 O MAS AÑOS CON ESTATINAS PREVENCIÓN PRIMARIA	29/08/2023 10:49:14
	40	Revisión pacientes fragiles 1	05/10/2023 17:57:11
	81	Inhibidores de la bomba de protones	28/03/2023 10:13:37
	133	PACIENTES POLIMEDICADOS CON 10 O MÁS MEDICAMENTOS PRESCRITOS	29/08/2023 10:52:22

noticias

MÓDULOS ASIGNADOS



Revisión de Pacientes



Indicadores Farmacia



Documentos de Interés



Gestor Revisiones



Gestor Descargas



Administrar Noticias



Configuración C.M, Indicadores...



Gestor Usuarios



Gestor Conocimiento



FARMAPEX

CUADRO MANDOS DIRECCIÓN



Explotación Datos

AVISO

Para ver correctamente FARMAPEX es necesario Microsoft Edge o Google Chrome



Imprimir



Volver a Revisión de Pacientes



Cerrar

CLAVE MÉDICA:

REVISIÓN PACIENTES FRAGILES 1
(ASOCIADA A:



Información sobre la Revisión

Pacientes mayores de 70 con 5 o más medicamentos con prescripciones:

- Opioides.
- Metoclopramida
- Pentoxifilina
- Hidroxicina
- Alopurinol más de 5 años
- Bifosfonatos más de 5 años.
- Sulodexida

([Ver documento adjunto](#))

Revisión publicada por: **DISTRITO SEVILLA**

NUHSA	REVISIÓN DE	ESTADO	EDAD	FECHA REVISIÓN	REVISADO POR
AN043	Paciente con 5 prescripciones, y 1 posible(s) problemas de prescripción - (Opioide + Benzodiazepinas)	Sin Revisar			-
AN043	Paciente con 11 prescripciones, y 1 posible(s) problemas de prescripción - (Opioide + Benzodiazepinas)	Sin Revisar			-
AN043	Paciente con 14 prescripciones, y 2 posible(s) problemas de prescripción - (Hidroxicina, Opioide + Benzodiazepinas)	Sin Revisar			-
AN045	Paciente con 14 prescripciones, y 2 posible(s) problemas de prescripción - (Opioides fuertes y debiles, Opioide y gabapentinoide)	Sin Revisar			-
AN045	Paciente con 14 prescripciones, y 1 posible(s) problemas de prescripción - (Pentoxifilina)	Sin Revisar			-
AN045	Paciente con 11 prescripciones, y 2 posible(s) problemas de prescripción - (Opioide y gabapentinoide, Opioide + Benzodiazepinas)	Sin Revisar			-
AN045	Paciente con 10 prescripciones, y 1 posible(s) problemas de prescripción - (Opioide + Benzodiazepinas)	Sin Revisar			-
AN045	Paciente con 14 prescripciones, y 3 posible(s) problemas de prescripción - (Sulodexida, Opioide y gabapentinoide, Opioide + Benzodiazepinas)	Sin Revisar			-
AN045	Paciente con 9 prescripciones, y 2 posible(s) problemas de prescripción - (Opioide y gabapentinoide, Opioide + Benzodiazepinas)	Sin Revisar			-



Imprimir



Volver al Listado



Cerrar

CLAVE MÉDICA:

REVISIÓN PACIENTES FRAGILES 1
(ASIGNADA A

DATOS DEL PACIENTE A REVISAR

Paciente:

Fecha Nacimiento:

Revisión de: **Paciente con 5 prescripciones, y 1 posible(s) problemas de prescripción**

Información Adicional: **Opioide + Benzodiazepinas**

NUHSA:

Edad: - años

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Estado de la Revisión: Sin Revisar

Observaciones:

Revisar

Copiar al Portapapeles

***Revisión de pacientes polimedicados como
herramienta de prevención de la fragilidad en la
persona mayor***

Opioides

Objetivo de la revisión

- Revisar el tratamiento con opioides

Recomendaciones

- No se recomienda la prescripción concomitante de opioides potentes y débiles
- El uso concomitante de opioides con benzodiazepinas aumenta el riesgo de mortalidad al doble y el riesgo de sobredosis cuatro veces. No se recomienda el uso conjunto.
- Igualmente se ha alertado de riesgo de sobredosis en uso concomitante con gabapentina y pregabalina. No se recomienda la asociación de opioides y pregabalina o gabapentina.
- A todos los pacientes que inician tratamiento con opioides fuertes se debe prescribir un laxante (que se tomará regularmente a una dosis efectiva) para evitar el estreñimiento como efecto adverso derivado del tratamiento opioide (la indicación no financiada en dolor crónico no oncológico).

Acciones

- En pacientes con alguna de las anteriores asociaciones, proponer la retira del medicamento que se considere menos necesario.
- En pacientes en tratamiento crónico con opioides, en ausencia de prescripción de laxante osmótico o estimulante, recomendar su uso regular y evaluar con periodicidad su eficacia.

Metoclopramida

Objetivo de la revisión

- Mejorar la seguridad del paciente minimizando los posibles problemas relacionados con la prescripción de metoclopramida (efectos neurológicos y cardiovasculares).

Recomendaciones:

- **Indicación:** Su uso en adultos está restringido a la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia (retardados), radioterapia, cirugía y migraña.
- **Duración del tratamiento:** Máximo 5 días.
- **Dosis:** En adultos la dosis recomendada (para todas las vías de administración) es de 10 mg hasta tres veces al día. Dosis máxima diaria= 0,5 mg/kg.
- No debe usarse en tratamientos de alteraciones clínicas (p. ej. gastroparesis, dispepsia, reflujo gastroesofágico) ni como un complemento en los procedimientos quirúrgicos o radiológicos.

Acciones

- Evitar en pacientes con parkinsonismo
- Realizar revisión periódica de los pacientes que utilizan o tienen prescrita metoclopramida de forma habitual: Confirmar:
 - Que se prescribe en la indicación autorizada
 - Que no se supera la dosis máxima de 30mg o 0.5mg/Kg/día
 - Que no se supera la duración establecida (5 días).
- Suspender directamente (no precisa reducción gradual) en caso de tratamiento inadecuado

Pentoxifilina

Objetivo de la revisión

- Adecuar los tratamientos con pentoxifilina a la evidencia disponible.

Recomendaciones

- Vasodilatador ampliamente utilizado en claudicación intermitente que en los ensayos iniciales tuvo resultados positivos en la distancia caminada frente a placebo. Estos resultados no se han objetivado en ensayos clínicos aleatorizados realizados posteriormente.
- Debido a la limitación de los datos de eficacia, en la gran mayoría de las guías no se recomienda su uso rutinario.
- Beneficio marginal o no establecido firmemente a la luz de otros tratamientos más efectivos: En pacientes con claudicación intermitente en los que se considere necesario el tratamiento farmacológico vasodilatador para el alivio de los síntomas dentro de un abordaje global se recomienda naftidrofurilo como primera elección. (UpToDate)
- No existe evidencia científica que permita recomendar el uso de pentoxifilina para el tratamiento de la demencia vascular (Guía farmacoterapéutica de atención primaria al día 2023)

Acciones

- Valorar la suspensión de la pentoxifilina por efectividad marginal, no bien establecida.

Hidroxizina

Objetivo de la revisión

- Mejorar la seguridad del paciente minimizando los posibles problemas relacionados con la prescripción de hidroxizina (riesgo de prolongación del intervalo QT y de arritmia ventricular (torsades de pointes)).

Recomendaciones

- Se contraindica el uso en pacientes con:
 - Prolongación del intervalo QT congénito o adquirido.
 - Factores de riesgo predisponentes para la prolongación del intervalo QT del ECG (por ej. Enfermedad cardiovascular preexistente, historia familiar de muerte súbita, alteraciones del balance electrolítico como hipomagnesemia e hipokaliemia, bradicardia significativa y uso concomitante de medicamentos con potencial reconocido para producir prolongación del intervalo QT del electrocardiograma o torsade de pointes).
- No se recomienda utilizar en pacientes de edad avanzada dada la menor tasa de eliminación del fármaco y el mayor riesgo de sufrir reacciones adversas debidas fundamentalmente a los efectos anticolinérgicos. Si a pesar de ello se utilizase, la dosis máxima diaria no debe superar los 50 mg.
- Debe tenerse especial precaución cuando se administre junto a otros medicamentos con capacidad para producir hipokaliemia y/o bradicardia.
- Se debe administrar la menor dosis que resulte eficaz y durante el menor tiempo posible. Las dosis máximas diarias deberán ser las siguientes:
 - En adultos: 100 mg/día
 - En niños de hasta 40 kg de peso: 2 mg/kg/ día
- Indicar a los pacientes que contacten con su médico si durante el tratamiento experimentan síntomas como síncope, taquicardia, palpitaciones o disnea..

Acciones

- Reevaluar necesidad del tratamiento.
 - Revisar si existen contraindicaciones al tratamiento (prolongación del intervalo QT congénito o adquirido o factores de riesgo predisponentes para la prolongación del intervalo QT).
- Reconsiderar el tratamiento en pacientes de edad avanzada ya que no está recomendado (aumento de efectos adversos). Valorar relación beneficio/riesgo
- Comprobar si se administra con fármacos que produzcan hipokaliemia y/o bradicardia.
- Comprobar dosis total diaria y duración del tratamiento. Se recomienda administrar la menor dosis que resulte eficaz durante el menor tiempo posible. La dosis máxima diaria en adultos es 100mg y en edad avanzada si es estrictamente necesario no sobrepasar 50mg.

Alopurinol

Objetivo de la revisión

- Adecuar los tratamientos con alopurinol a la situación actual del paciente evitando que se perpetúen.

Recomendaciones

- No hay evidencia suficiente para recomendar el tratamiento de la hiperuricemia asintomática para la prevención de la artritis gotosa, la enfermedad renal o los eventos cardiovasculares.
- Los niveles séricos de ácido úrico vuelven a la normalidad sin necesidad de tratamiento farmacológico, únicamente con modificaciones en el estilo de vida del paciente (pérdida de peso, disminución de la ingesta alcohólica o dieta pobre en purinas) y/o con la sustitución del fármaco causante de la misma (diuréticos).
- Existe evidencia a favor del uso del alopurinol para tratar la hiperuricemia asintomática en las siguientes situaciones:
 - Persistencia de niveles por encima de 13 mg/dl en hombres o de 10 mg/dl en mujeres, porque estos valores pueden comportar un riesgo de nefrotoxicidad.
 - Presencia de excreción urinaria de ácido úrico por encima de 1.100 mg/día, porque se asocia con incremento del riesgo de cálculos del 50%, y se puede prevenir reduciendo la excreción por debajo de 800 mg/día.
 - Pacientes que reciben radioterapia o quimioterapia para prevenir la nefropatía por ácido úrico y otras manifestaciones del síndrome de la lisis tumoral.
- No está claro que los pacientes con síndrome metabólico o ERC obtengan beneficio alguno de la reducción de los niveles de ácido úrico.

Acciones

- Valorar la deprescripción de tratamientos que no estarían justificados:
 - Valores analíticos de ácido úrico normales o ausencia de hiperuricemia (ácido úrico <7 mg/dl),
 - Hiperuricemia asintomática (ácido úrico 7-10 mg/dl y sin presencia de síntomas ni antecedentes de gota.
 - Si han transcurrido más de 5 años desde el último episodio de gota o por disolución de los cristales.
 - Tratamientos instaurados para episodio agudo tras finalización
- Valorar continuación del tratamiento en pacientes:
 - Con cifras de ácido úrico muy elevadas (a partir de 13 mg/dl en hombres, y 10 mg/dl en mujeres), en tratamientos oncológicos o en presencia de excreción urinaria de por encima de 1.100 mg/día.
 - Que sufran varios ataques de gota; si hay evidencia de nefropatía o urolitiasis y presencia de tofos.
- Si el tratamiento está adecuado, valorar ajuste de dosis en caso de filtración glomerular <30 mL/min/1,73m² y dosis superiores a 100 mg.

Bifosfonatos

Objetivo de la revisión

- Valorar y adecuar la duración óptima de tratamiento con bifosfonatos adaptándola al riesgo de cada paciente y a su evolución clínica. Se ha documentado un incremento del riesgo de osteonecrosis mandibular y de fracturas atípicas de fémur asociadas a su uso a largo plazo.

Recomendaciones

- Por sus características farmacocinéticas, los bifosfonatos se acumulan en el hueso, ejerciendo un efecto protector que puede persistir incluso años después de suspender el tratamiento.
- Mantener el tratamiento con bisfosfonatos más allá de 5 años en mujeres de riesgo bajo-intermedio confiere poco o ningún beneficio, mientras que aumenta el riesgo de fracturas atípicas de fémur y de otros efectos adversos (osteonecrosis mandibular, etc.) asociadas a su uso a largo plazo.

RIESGO DE FRACTURA	ACCIÓN A TOMAR	RECOMENDACIONES
Bajo: < 70 años, sin fractura previa, sin antecedente familiar de fractura de cadera, sin tratamiento con glucocorticoides o inhibidores de la aromatasa > 3 meses	Suspender bifosfonato	Revisar factores de riesgo a partir de los 70 años
Moderado: > 70 años, sin fractura previa, antecedente familiar de fractura o IMC < 20 Kg/m ²		Valorar descanso 3-5 años o menos si ocurre una fractura o si la pérdida de la DMO es significativa (5% en dos mediciones con 2 años de diferencia)
Alto: fractura previa o tratamiento > 3 meses con glucocorticoide o inhibidores de la aromatasa	Mantener el tratamiento hasta 10 años y educar a la paciente para evitar caídas	Pasados 10 años valorar descansar 1-2 años y reiniciar el tratamiento o cambiar a otro.

- En osteoporosis postmenopáusica, alendrónico puede mantenerse hasta 10 años, especialmente en caso de alto riesgo de fractura vertebral; risedrónico hasta 7 años; y, zoledrónico (5 mg IV anual) durante 3 años, por encima de este periodo el beneficio es incierto.
- Estaría justificado retirar el tratamiento en demencia avanzada o pacientes con esperanza de vida muy limitada.

Acciones

- Reevaluar la necesidad del tratamiento con bisfosfonatos tras 3 - 5 años de tratamiento (según fármaco), debido al riesgo de fracturas atípicas de fémur.
- Valorar suspensión del tratamiento:
 - En pacientes de riesgo bajo-intermedio de fractura y/o en pacientes que no deambulan.
 - En pacientes con demencia avanzada o esperanza de vida muy limitada ya que es poco probable que produzcan beneficios a corto plazo. (Criterios STOPP-Pal).
 - En pacientes con enfermedades digestivas altas presentes o previas (p. ej., disfagia, esofagitis, gastritis, duodenitis, enfermedad ulcerosa péptica, o hemorragia digestiva alta) por riesgo de reaparición/exacerbación de esofagitis, úlcera o estenosis esofágicas.(Criterio STOPP)

Sulodexida

Objetivo de la revisión

- Valorar y adecuar los tratamientos con sulodexida a la indicación y duración de tratamiento según criterios de financiación e informe de posicionamiento terapéutico de la AEMPS.

Recomendaciones

- No es un tratamiento curativo sino sintomático. Su demostración de eficacia se limita a una modesta mejora en el alivio de los síntomas.
- Es difícil establecer el posicionamiento terapéutico por limitaciones metodológicas de los estudios, cambios en el manejo y asistencia de los pacientes con los años, así como ausencia y/o insuficiencia de datos de eficacia.
- Solo está financiado en el "*tratamiento de la insuficiencia venosa crónica exclusivamente para pacientes en estadios C3 (sólo con edema moderado o grave de la escala VCSS) a C6 de la clasificación clínica CEAP*". Si bien se considera una alternativa más de tratamiento en pacientes en los que esté indicado el alivio sintomático a corto plazo de los síntomas asociados a insuficiencia venosa crónica (leve-moderada sintomática), en el tratamiento de la úlcera venosa crónica (como terapia adyuvante a la habitual) y en el alivio sintomático en pacientes con claudicación intermitente.
- La duración máxima del tratamiento son 3 meses.

Acciones

- Valorar la suspensión de sulodexida financiada en aquellos pacientes que en el momento de la revisión no cumplan los criterios de financiación.
- Valorar la deprescripción en tratamientos de duración superior a 3 meses

Antipsicóticos. Revisión del tratamiento en demencias

Objetivo de la revisión

- Adecuar las **dosis y la duración de tratamiento** antipsicótico en pacientes con síntomas conductuales en demencias.

Recomendaciones

Antipsicótico	Dosis mínima	Dosis máxima
Haloperidol	0, 5 mg/día en una o dos dosis	5 mg / día. Uso en situaciones agudas
Risperidona	0,25 mg dos veces a al día	1 mg /12 horas
Olanzapina	2,5 mg al día en 1 o 2 dosis (empezar por la noche)	10 mg/día
Aripiprazol (No financiado)	2,5 - 15 mg en dosis única (por la mañana)	30 mg / día
Quetiapina	12,5 mg en dos o más dosis al día (1 h antes, o 2 h después, de comidas)	250 mg/día

- **Evaluar la eficacia a las 2-4 semanas** de la instauración del tratamiento
- **Reevaluar al menos cada 3 meses**, para ajustar el tratamiento al tiempo en el que el balance beneficio – riesgo es favorable y disminuir los efectos adversos graves de estos fármacos, tales como eventos cardiovasculares, disminución de la función cognitiva, mortalidad, etc.

Acciones

- Disminuir la dosis hasta dosis máxima recomendada.
- Si el paciente está sin síntomas tras tres meses de tratamiento, iniciar retirada gradual. Se aconseja la reducción gradual del 25-50% de la dosis cada 2 semanas. Si la dosis es baja (dosis de inicio), se puede suspender sin reducción de dosis.
- Si el paciente está con síntomas tras un mes de tratamiento, investigar causas de agitación o agresividad, como infección urinaria, dolor no manifestado, depresión, miedo, para los que los antipsicóticos no son efectivos e Intensificar las medidas no farmacológicas.

Hipnóticos. Revisión del tratamiento

Objetivo de la revisión

- Evitar **duplicidades y ajustar dosis y duración del hipnótico.**

Recomendaciones

- La presencia de duplicidades de benzodiazepinas e hipnóticos Z nunca está justificada si no es en periodo de retirada.
- Las dosis utilizadas de benzodiazepinas o hipnóticos Z, en personas mayores o con insuficiencia hepática o renal deberían estar reducidas a la mitad. (p.ej con zolpidem la dosis adecuada es 5 mg/día).
- No existe indicación clínica establecida para el uso de hipnosedantes de forma indefinida, por lo que su utilización prolongada se considera inadecuada

Acciones

- Eliminar la duplicidad. Se propone reducir uno de los fármacos de manera progresiva y revisar la dosis del otro fármaco, para valorar su adecuación o si es necesario, realizar ajuste de dosis o de pauta posológica
- Evaluar la posible retirada de los hipnóticos en tratamientos de duración más prolongada de la recomendada, a través de una decisión compartida con el paciente y realizando una evaluación individualizada de los riesgos.

Antidiabéticos en personas mayores

Objetivo de la revisión

- Revisar tratamiento antidiabético en pacientes mayores de 80 años con niveles de HbA1c bajo y tres o más fármacos hipoglucemiantes.

Recomendaciones

- Los objetivos de control glucémico del anciano con DM2 deberían individualizarse en función de sus características biopsicosociales (fundamentalmente comorbilidad, situación funcional y cognitiva y esperanza de vida).
- No usar medidas terapéuticas intensivas para conseguir una reducción de hemoglobina glicosilada (HbA1c) < 7,5% en ancianos con multimorbilidad, frágiles, dependientes y con una expectativa de vida <10 años.

Acciones

- Reducir dosis o suspender para evitar efectos adversos (principalmente hipoglucemias por insulina).
- Cambiar a fármaco con menos riesgo de hipoglucemia.

Anemia ferropénica. Revisión del tratamiento en pacientes mayores

Objetivo de la revisión

- Adecuar la **duración del tratamiento** y las **dosis** de suplementos de hierro.

Recomendaciones

- Las principales causas de AF en personas mayores son:
 - Sangrado digestivo: asociado a la toma de medicamentos como AINEs, o antiagregantes, carcinoma de colon, carcinoma gástrico, úlcera gástrica, angiodisplasia, esofagitis, esquistosomiasis, enfermedad inflamatoria intestinal.
 - Disminución de la absorción: asociado a la toma de medicamentos como antiácidos, IBP, antihistamínicos, gastrectomía, gastritis atrófica, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, infección por *Helicobacter pylori*.
 - Falta de aporte: personas ancianas, veganas.
- Si se corrige la causa primaria y se realiza un tratamiento adecuado con suplementos de hierro, los niveles de Hb se normalizan a las 6-8 semanas.
- El tratamiento con hierro oral debe mantenerse durante 3-6 meses tras la normalización de las cifras de Hb.
- Las sales ferrosas se absorben mejor que las sales férricas.
- No se recomienda la administración de formulaciones gastroresistentes ni de liberación retardada.
- Las personas ancianas pueden presentar mayor toxicidad tras la administración de suplementos de hierro orales y podrían beneficiarse de utilizar dosis bajas o administración en días alternos.

Acciones

- No está recomendado prescripciones para más de 6 meses.
- Cuando no haya una respuesta al tratamiento, habrá que sospechar incumplimiento terapéutico, malabsorción, balance negativo por pérdidas superiores a la absorción o un diagnóstico incorrecto.
- Valorar tratamientos concomitantes que podrían ser causa de AF.

Medicamentos con efecto anticolinérgico.

Objetivo de la revisión

- El objetivo de esta revisión es, por un lado, detectar posibles síntomas e interacciones que pudieran estar causando este grupo de medicamentos y valorar si es posible evitarlas.

Recomendaciones

- En pacientes frágiles y polimedicados se recomienda valorar periódicamente la carga anticolinérgica, como parte de la revisión global del tratamiento. Si ésta es alta o muy alta, evaluar la **adecuación y deprescripción**.
- Recomendamos la utilización de la Tabla 1 para la valoración de la carga anticolinérgica.

Acciones

- Valorar la carga anticolinérgica. Acordar la retirada de fármacos con acción anticolinérgica que no se consideran esenciales o cambio a otro principio activo o grupo farmacológico con menos efecto anticolinérgico.

Tabla 1. Fármacos anticolinérgicos según su potencia. Recomendaciones y alternativas de tratamiento en personas mayores.

ALTA potencia anticolinérgica	BAJA potencia anticolinérgica	Observaciones y alternativas de tratamiento
Anticolinérgicos antiespasmódicos		
atropina butilescopolamina mebeverina		– Como antiespasmódicos, eficacia dudosa (butilescopolamina se usa en tratamiento paliativo de síntomas refractarios)
Antimuscarínicos urinarios		
fesoterodina flavoxato oxibutinina propiverina solifenacina tolterodina trospio cloruro		– Evitar y/o desprescribir. – Eficacia limitada, escasa relevancia clínica. Asegurarse de que está siendo efectivo e interrumpir en caso contrario (no requiere retirada gradual). – Valorar terapias no farmacológicas – Mirabegrón: alternativa a anticolinérgicos, aunque su eficacia también es limitada y aumenta la presión arterial ² .
Antidepresivos		
Tricíclicos: amitriptilina clomipramina doxepina imipramina nortriptilina trimipramina	citalopram escitalopram* fluoxetina fluvoxamina maprotilina* mirtazapina paroxetina#	– Evitar antidepresivos tricíclicos; nortriptilina: menor acción anticolinérgica. – Entre los ISRS, sertralina es la mejor opción ¹¹ , y paroxetina tiene mayor acción anticolinérgica. – Trazodona#: aceptable, aunque algunas escalas lo incluyen en baja potencia anticolinérgica. – Venlafaxina y duloxetina: escasa acción anticolinérgica ¹¹ .
Antipsicóticos		
Fenotiazinas: clorpromazina clozapina flufenazina levomepromazina	haloperidol olanzapina# quetiapina risperidona	– Los antipsicóticos atípicos se asocian a un riesgo similar de caídas que los típicos. ² – Olanzapina podría ser el de mayor potencia anticolinérgica entre los atípicos. – Aripiprazol: tiene menor acción anticolinérgica. Valora su uso cuando se utiliza de forma concomitante con hidroxicloroquina, por su menor riesgo de interacciones. – Paliperidona: sin acción anticolinérgica significativa ¹⁵ .
Antiparkinsonianos		
biperideno* trihexifenidilo	amantadina bromocriptina	– Entacapona#: escasa acción. anticolinérgica ^{8,11,14} . – Pramipexol, ropirinol, selegilina, rasagilina y cabergolina: sin acción anticolinérgica significativa ¹⁵ .
Opioides		
	codeína fentanilo hidromorfona* morfina oxicodona tramadol tapentadol*	– Valorar la situación clínica individual del paciente. Utilizar cuando sea posible paracetamol y AINE: sin acción anticolinérgica significativa ^{8,11,14} – Requieren retirada gradual.
Benzodiazepinas		
	clonazepam clordiazepóxido diazepam	– Evitar, si es posible, sobre todo las de vida media larga ¹ .
Anticolinérgicos inhalados		
aclidinio* ipratropio tiotropio umeclidinio*		– Los efectos anticolinérgicos locales (como boca seca) son frecuentes, los sistémicos son poco frecuentes.

Tabla 1 (cont.). Fármacos anticolinérgicos según su potencia. Recomendaciones y alternativas de tratamiento en personas mayores.

ALTA potencia anticolinérgica	BAJA potencia anticolinérgica	Observaciones y alternativas de tratamiento
Antihistamínicos		
1ª generación: ciproheptadina clemastina clorfenamina difenhidramina dimenhidrinato dexclorfeniramina doxilamina (Dormidina®, Soñodor®) hidroxizina meclozina	2ª generación: alimemazina cetirizina mequitazina*	– Evitar los antihistamínicos de 1ª generación. No requieren retirada gradual ¹ . – Síntomas de alergia: considerar tratamientos locales ¹¹ y alternativas no farmacológicas. – Loratadina: aceptable, aunque algunas escalas lo incluyen en baja potencia anticolinérgica. – Ebastina, fesofenadina: sin acción anticolinérgica significativa ¹⁵ .
Relajantes musculares		
ciclobenzaprina tizanidina	baclofeno metocarbamol	
Otros		
dicicloverina (Colchimax®: colchicina+dicloverina) a) disopiramida	carbamazepina famotidina* litio loperamida metoclopramida# oxcarbamazepina ranitidina teofilina	

Anexo: Cálculo de carga anticolinérgica.

Cálculo realizado mediante una herramienta “Anticholinergic Burden Calculator” que permite el cálculo simultáneo de 9 escalas anticolinérgicas y del Drug Burden Index (DBI). La calculadora es gratuita y de libre acceso. La primera vez que accedemos debemos registrarnos (“MY ACCOUNT”). Se puede utilizar en formato web y app.

Enlace a la calculadora: <https://www.anticholinergicscales.es/>

Guía de consenso para el
**USO DE MEDICAMENTOS EN
INSUFICIENCIA RENAL**



Acceso libre previo registro

Enlace: <http://www.ub.edu/medicamentoseninsuficienciarenal/home>