



# **Atención Farmacéutica al Paciente Crónico Complejo en el ámbito Comunitario**

*M<sup>a</sup> Teresa Llanos García*

*Farmacéutica Especialista Farmacia Hospitalaria*

*Farmacéuticos de Atención a Centros Sociosanitarios. SGFyPS. SERMAS*

*Daniel Sevilla Sánchez*

*Doctor en Farmacia.armacéutico Especialista Farmacia Hospitalaria*

*Hospital Universitari de Vic. Hospital de la Santa Creu Vic*



**Sr Julián**

- **91 años, hombre, viudo (fallecimiento mujer hace 2 años)**
- **Vive solo (hijos en piso superior) y con cuidadora por las mañanas.**
- **No gestiona ni dinero, ni medicación (utiliza SPD), pero si el teléfono. Camina con caminador (< 50m).**
- **Dependencia moderada (IB 65), sin deterioro cognitivo conocido.**



## Historia Clínica

- **Cardiopatía Isquémica. SCASEST 2014, ICP-2x *stents* farmacoáctivos Cx y DA.**
- **Insuficiencia Cardíaca (NYHA III), FE 34%. Estenosis aortica moderada e Insuficiencia tricuspídea leve.**
- **ACxFA**
- **Diabetes mellitus 2, HbA1c 6.9**
- **IRC, TFG 38 ml/min, no filiada.**
- **HTA**
- **Hipotiroidismo TSH 4 mcg/mL**
- **Osteoporosis/lumbociatalgia crónica**
- **Síndrome ansioso-depresivo reactivo**



## Tratamiento farmacológico

- AAS 100 mg/d
- Bisoprolol 2.5 mg c/12h
- Enalapril 5 mg c/12h
- Atorvastatina 40 mg c/24h
- Nitroglicerina parche 15 mg c/24h + 0.4 mg SL PRN
- Furosemida 40 mg 1/24h
- Digoxina 0.25 mg 0.5 compr c/48h
- SINTROM<sup>®</sup> según pauta
- Metformina/sitagliptina 1000/50 mg 1 c/12h
- Levotiroxina 50 mcg 1/24h
- Calcifediol 0.266 mg c/semana
- Paracetamol 1 gr c/8h
- Dexketoprofeno 25 mg/12h
- Alprazolam 0.5 mg 1/24h (noche)
- Citalopram 20 mg 1/24h



El Sr. Julián utiliza 15 fármacos de forma regular (+1 si precisa).

¿Qué situación presenta?:

A. OLIGOFARMACIA (< 5 fármacos)

B. POLIFARMACIA MODERADA (5 – 9 fármacos)

C. POLIFARMACIA EXCESIVA (10 ≥ fármacos)

El Sr. Julián presenta una situación habitual de polifarmacia, para su edad y sus patologías de base, en el contexto de lo razonablemente esperable, para el entorno socio-económico en el que reside:

A. VERDADERO

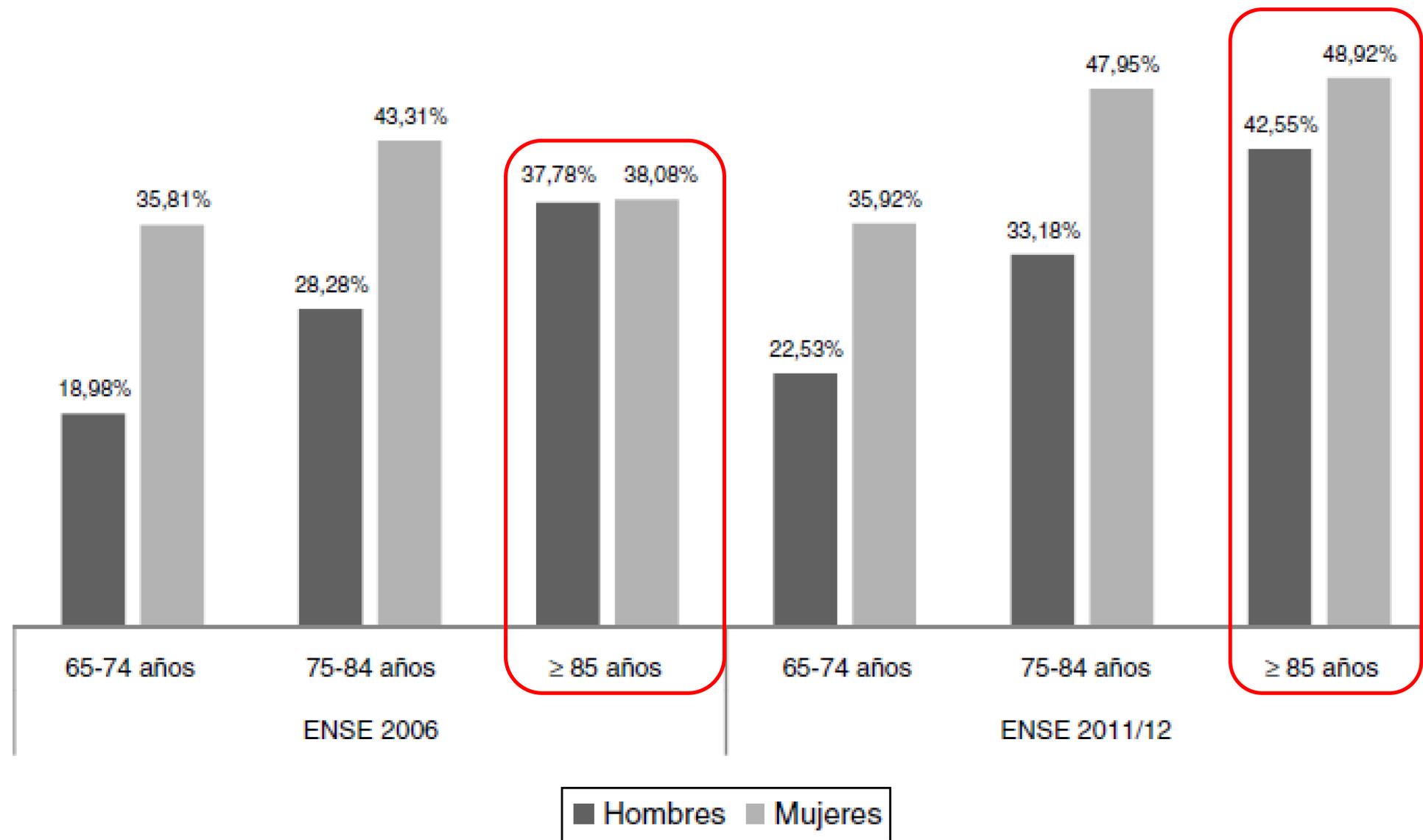
B. FALSO



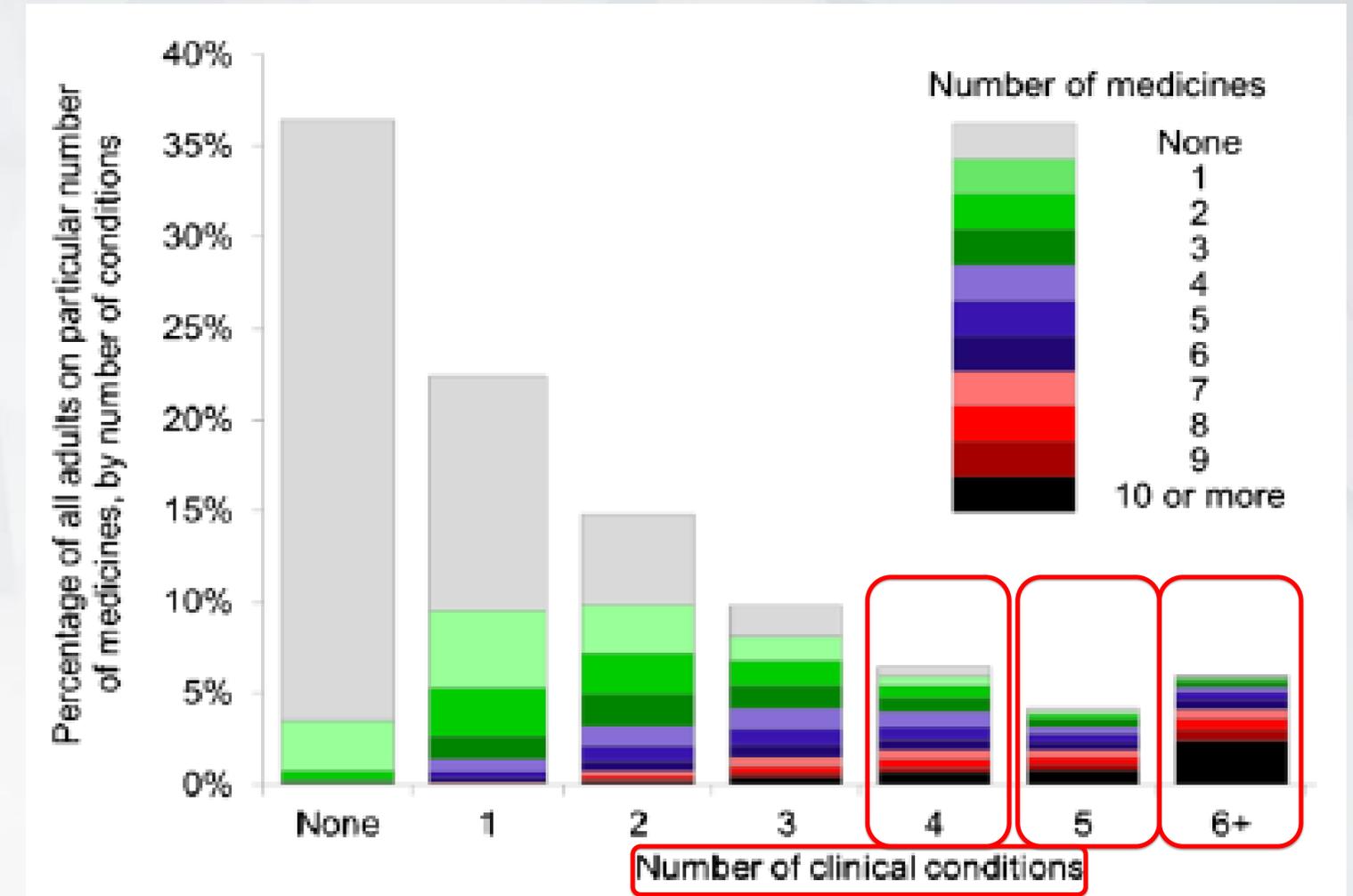
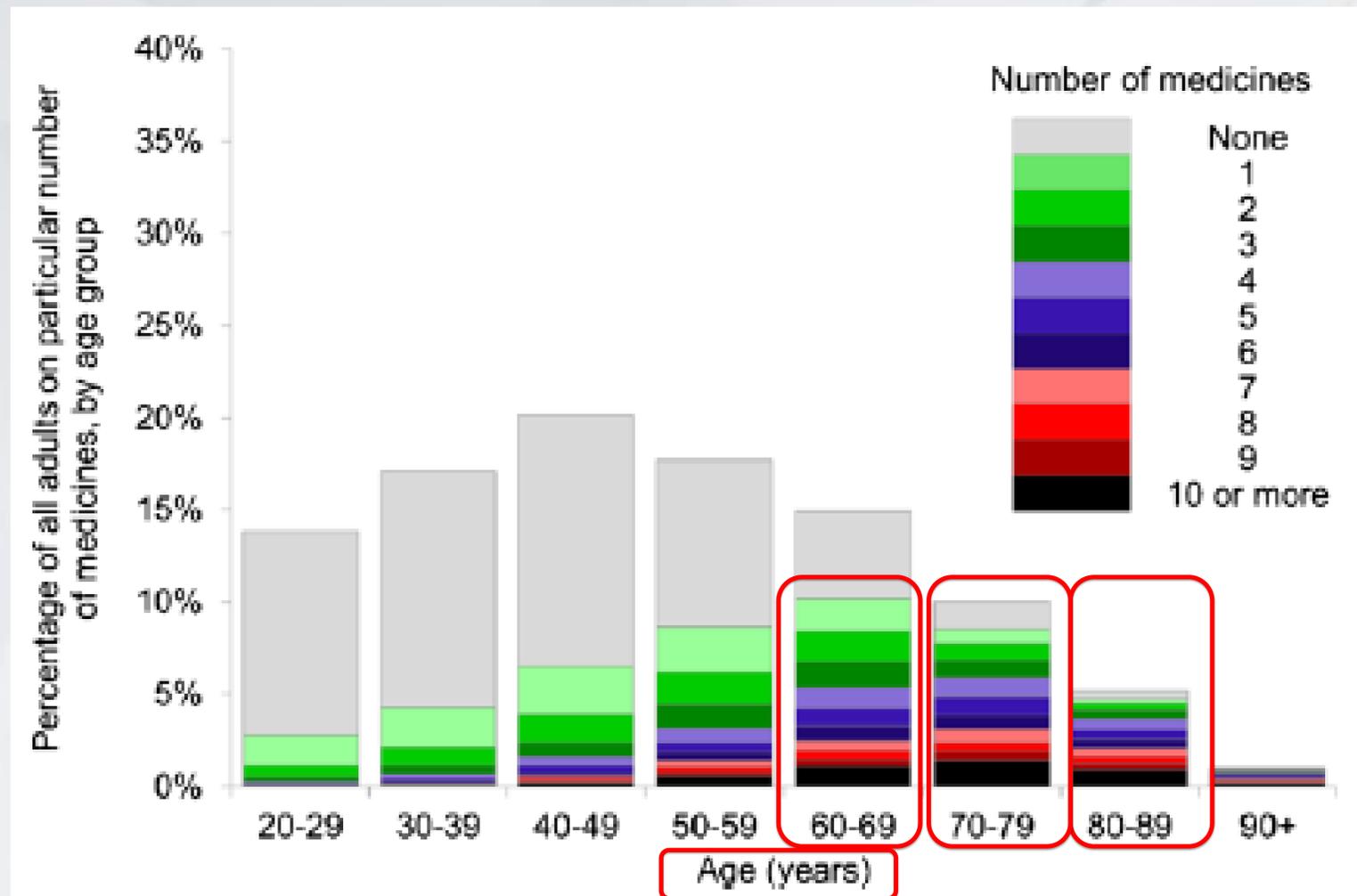
ORIGINAL

Prevalencia de polifarmacia en la población mayor de 65 años en España: análisis de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011/12

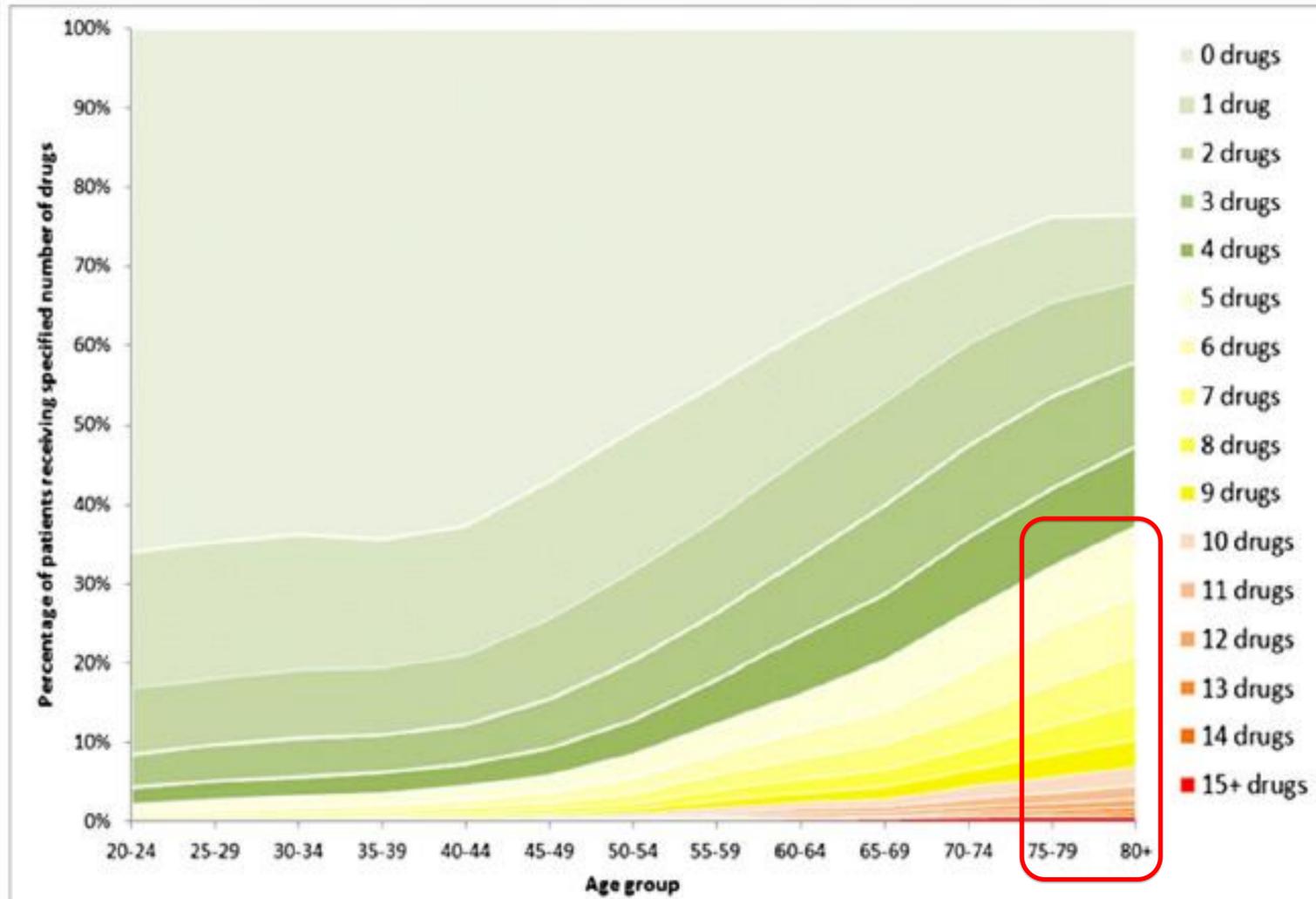
M. Martín-Pérez et al. / Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;52(1):2-8



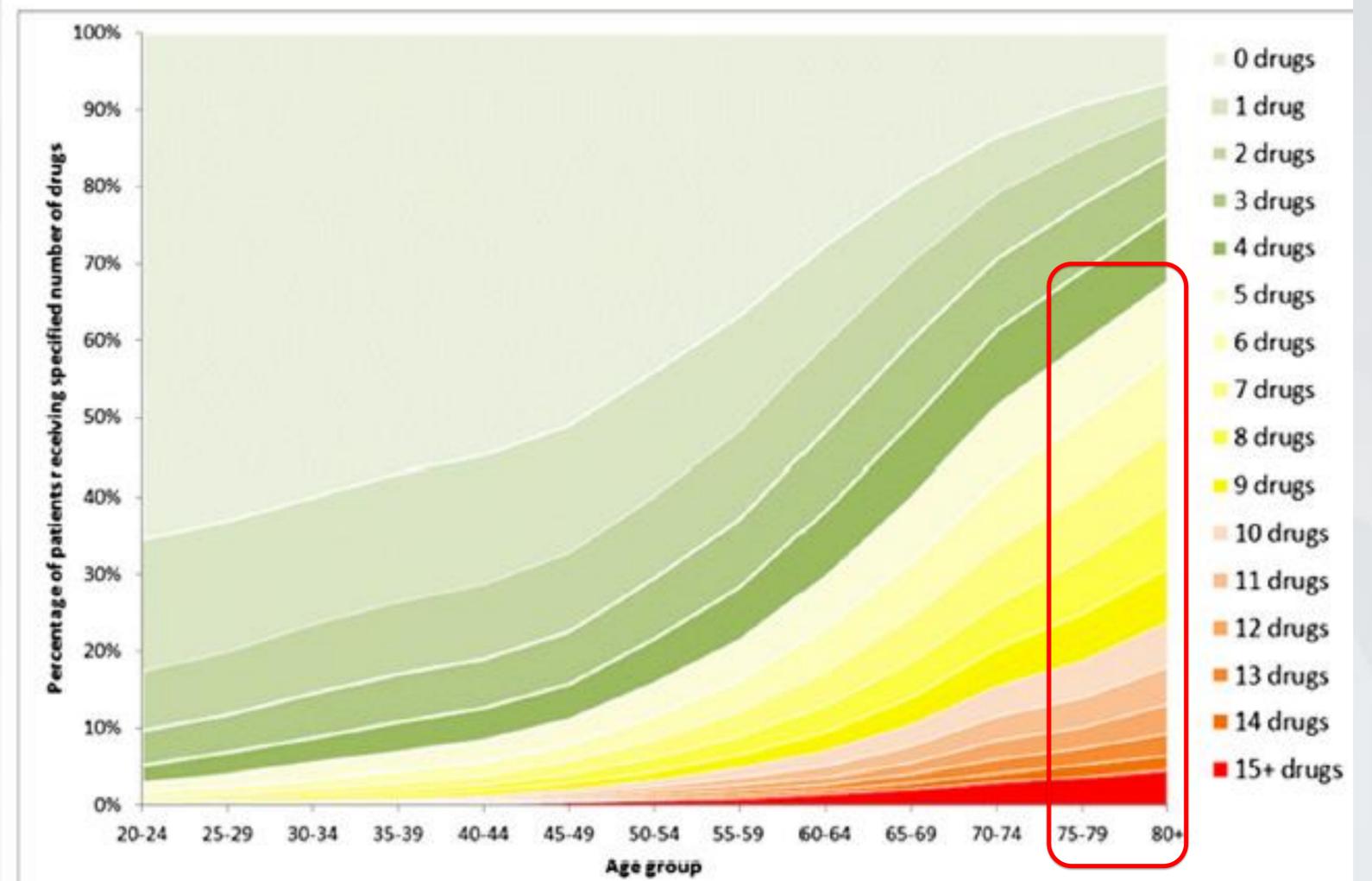
El incremento de la polifarmacia es una tendencia que podemos observar en otros países del entorno europeo y en diferentes países desarrollados



1995



2010



# Increasing use of prescription drugs in the United Kingdom

PHARMACOEPIDEMOLOGY AND DRUG SAFETY 2016; 25: 628–636

Frank Zhang<sup>1</sup>, Ronac Mamtani<sup>1,2</sup>, Frank I. Scott<sup>1,2</sup>, David S. Goldberg<sup>1,2</sup>, Kevin Haynes<sup>1,3</sup> and James D. Lewis<sup>1,2\*</sup>

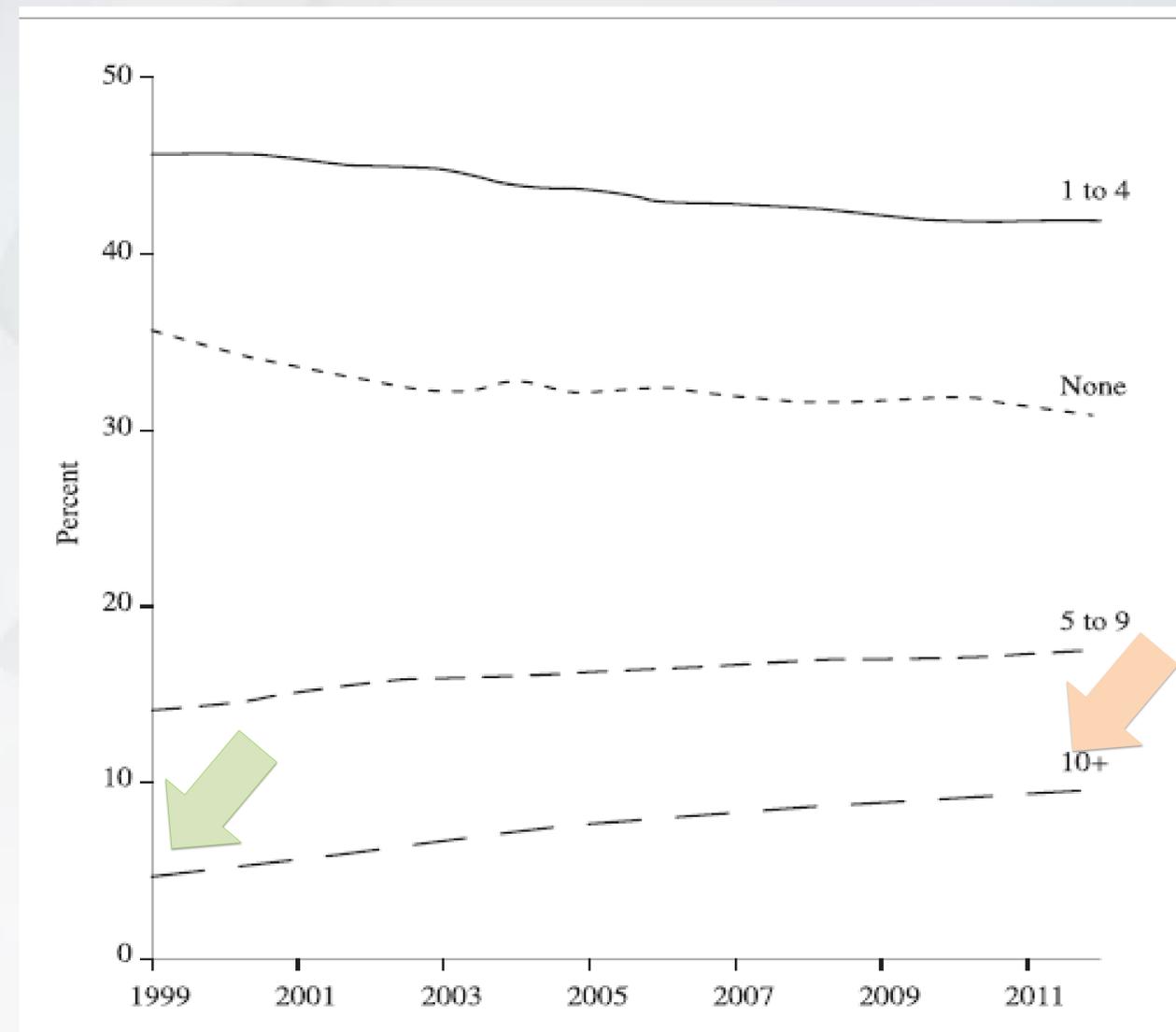
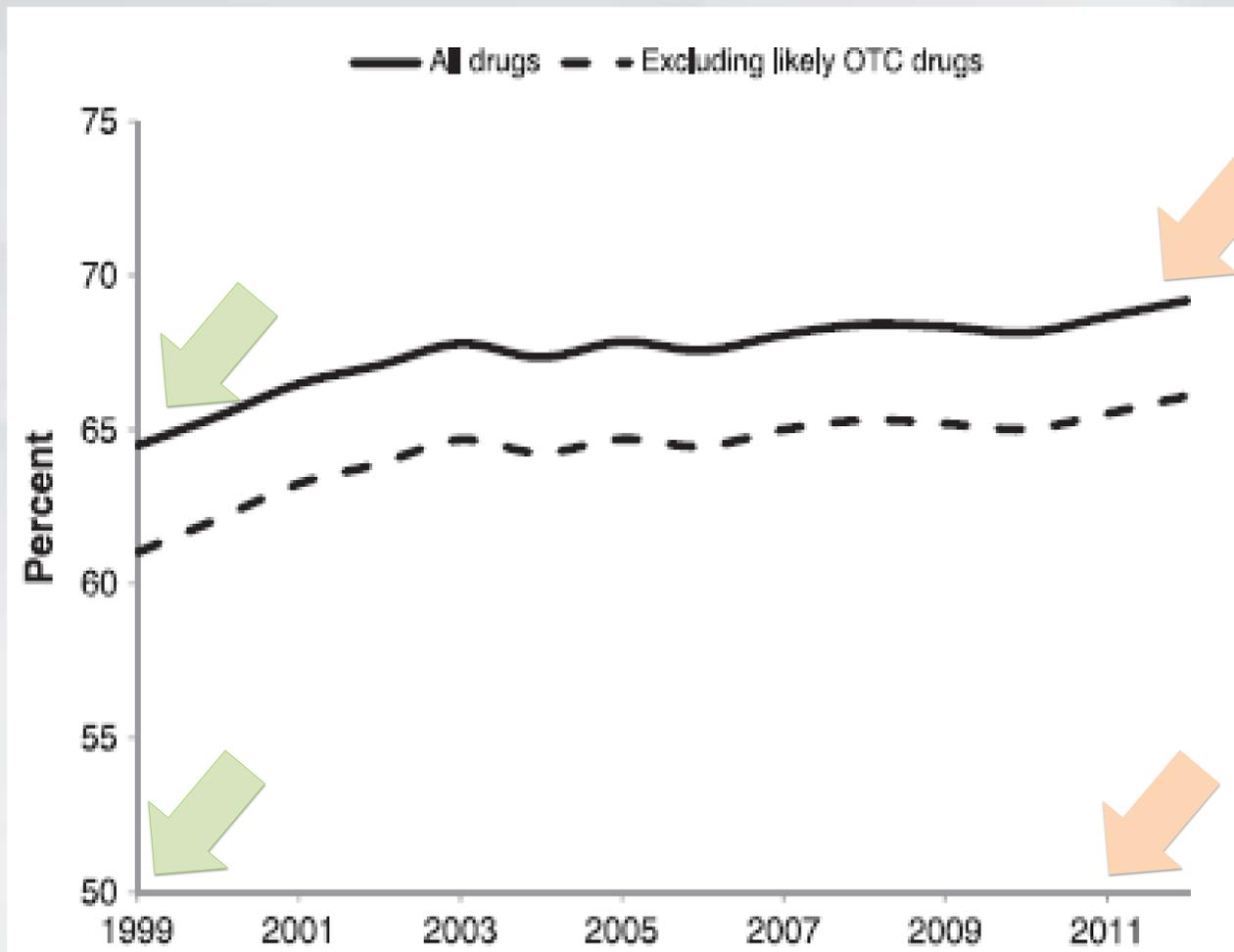
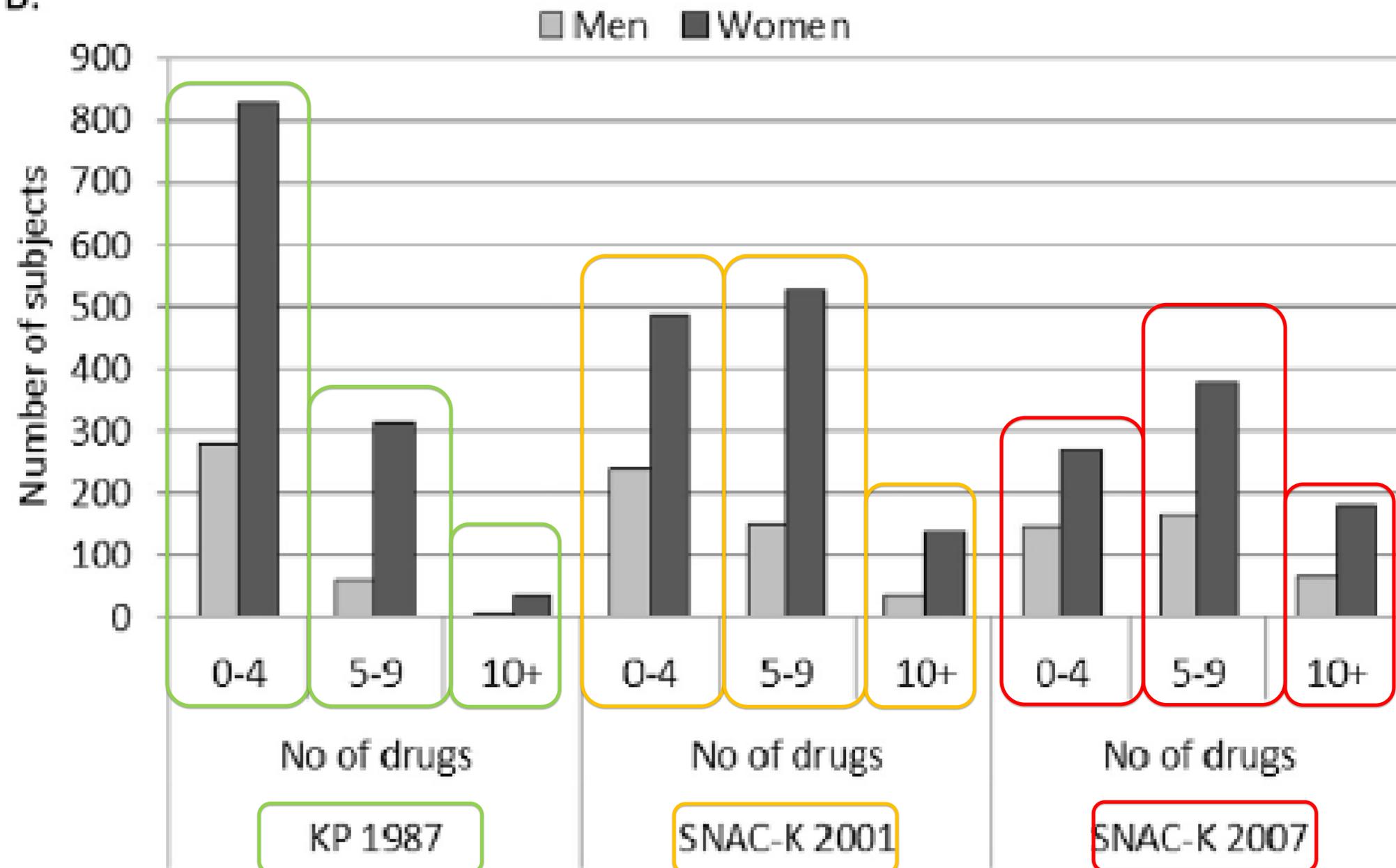


Figure 1. Annual prevalence of receiving a drug prescription: THIN, 1999–2012

Time trends in 20 years of medication use in older adults: Findings from three elderly cohorts in Stockholm, Sweden *Archives of Gerontology and Geriatrics* 63 (2016) 28–35

B.





# 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension

**Table 19** Summary of office blood pressure thresholds for treatment

Age group	Office SBP treatment threshold (mmHg)					Office DBP treatment threshold (mmHg)
	Hypertension	+ Diabetes	+ CKD	+ CAD	+ Stroke/TIA	
18 - 65 years	≥140	≥140	≥140	≥140 <sup>a</sup>	≥140 <sup>a</sup>	≥90
65 - 79 years	≥140	≥140	≥140	≥140 <sup>a</sup>	≥140 <sup>a</sup>	≥90
≥80 years	≥160	≥160	≥160	≥160	≥160	≥90
<b>Office DBP treatment threshold (mmHg)</b>	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90	

BP = blood pressure; CAD = coronary artery disease; CKD = chronic kidney disease; DBP = diastolic blood pressure; SBP = systolic blood pressure; TIA = transient ischaemic attack.

<sup>a</sup>Treatment may be considered in these very high-risk patients with high-normal SBP (i.e. SBP 130–140 mmHg).



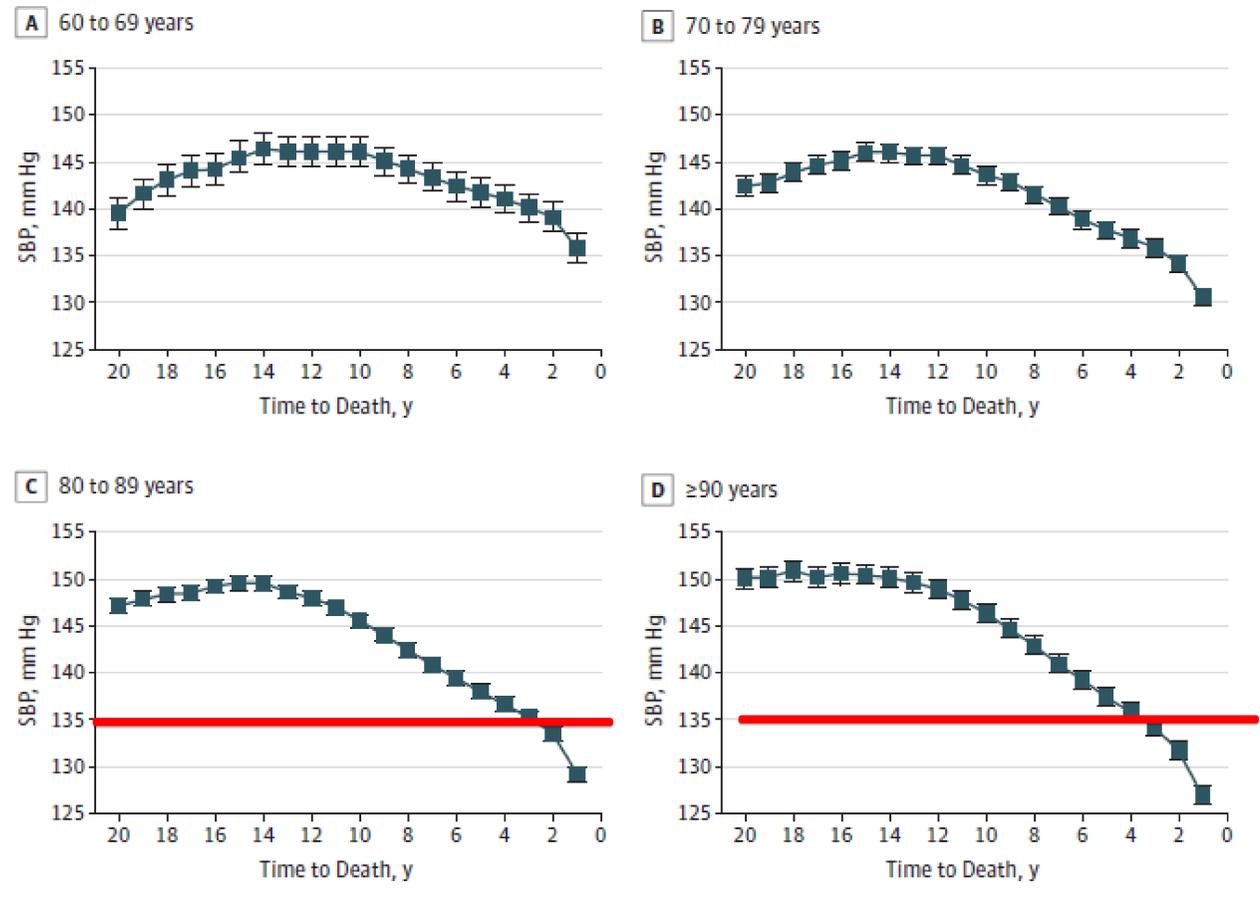
# Blood Pressure Trajectories in the 20 Years Before Death

João Delgado, PhD; Kirsty Bowman, MPH; Alessandro Ble, MD; Jane Masoli, MBChB; Yang Han, PhD; William Henley, PhD; Scott Welsh, MD; George A. Kuchel, MD; Luigi Ferrucci, MD, PhD; David Melzer, MBBCh, PhD

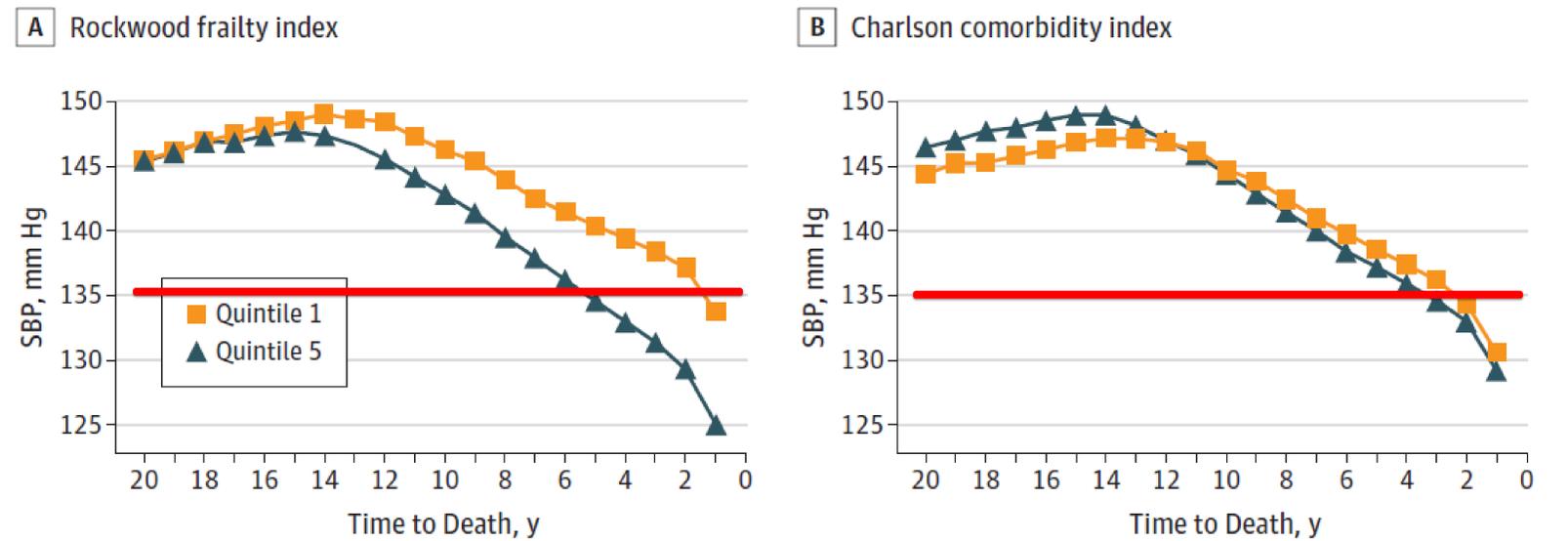
JAMA Intern Med. 2018;178(1):93-99. doi:10.1001/jamainternmed.2017.7023



**Figure 1. Estimated Mean Systolic Blood Pressure (SBP) in the 20 Years Prior to Death, by Age at Death (60-69, 70-79, 80-89, ≥90 Years)**



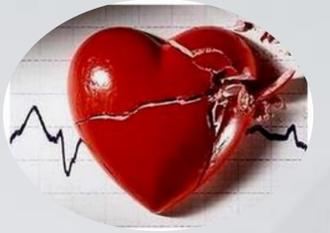
**Figure 2. Mean Systolic Blood Pressure (SBP) in the 20 Years Before Death by Charlson Comorbidity Index and Adapted Rockwood Frailty Index Quintiles, Both Excluding Hypertension Diagnoses**



Treatment With Multiple Blood Pressure Medications, Achieved Blood Pressure, and Mortality JAMA Intern Med. 2015;175(6):989-995.  
 in Older Nursing Home Residents The PARTAGE Study



Adjusted analysis	Characteristic	HR $\geq 2$ BP Drugs/SBP <130 mm Hg, %		P Value
		Yes/Yes	All Others <sup>a</sup>	
SBP <130 mm Hg	Patients, No. (%)	227 (20.1)	900 (79.9)	.25
>2 Anti-HTN drug				.41
SBP <130 mm Hg	Stroke	4.4 <sup>b</sup>	1.4	.01
Age, per 5 y	Heart failure	5.7 <sup>c</sup>	3.0	<.001
Male sex	CHD and sudden death	2.2	3.2	<.001
BMI $\leq 25$	Other CV	2.2	1.8	.001
Charlson Comorbi per 1-point increa	All CV deaths	14.5 <sup>c</sup>	9.4	.005
ADL score, per 1-p	Cancer	4.4 <sup>c</sup>	1.8	<.001
	Infection	3.1	2.3	
	Fracture	1.3	0.4	
	Other non-CV deaths	8.8 <sup>c</sup>	5.7	
	All non-CV deaths	17.6 <sup>d</sup>	10.2	
	Total mortality	32.2 <sup>d</sup>	19.7	



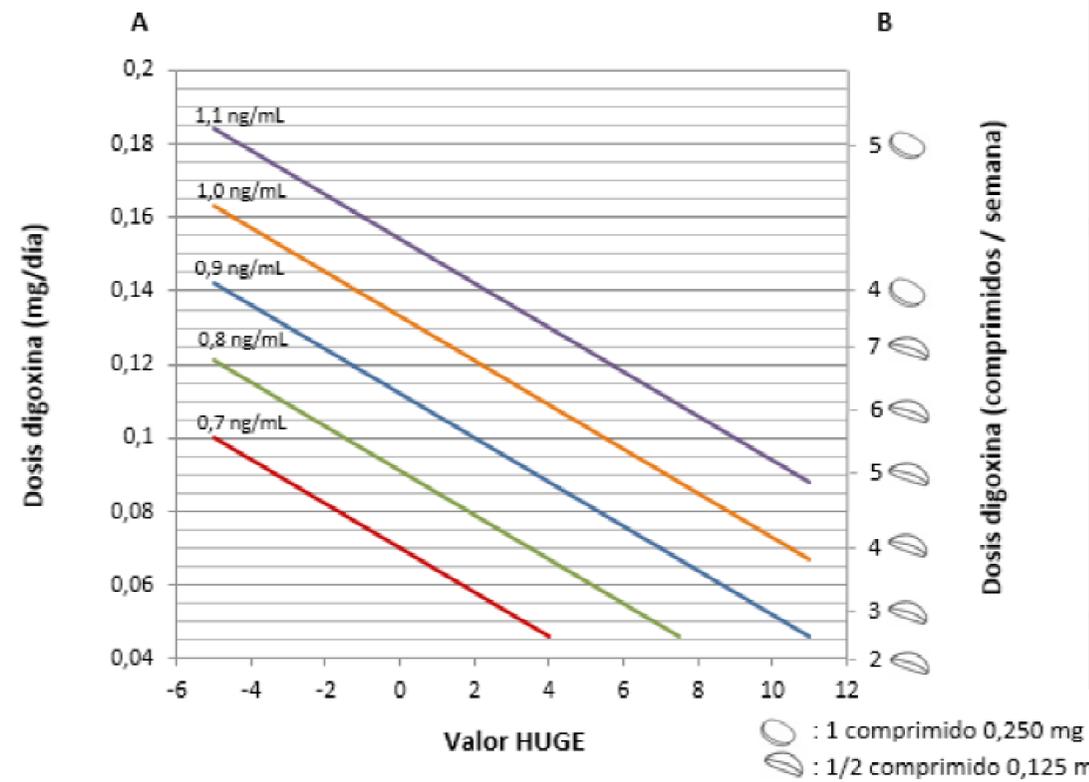
**Respecto al tratamiento de la ACxFA del Sr. Julián (I):**

- A. Es necesario priorizar el uso de digoxina dado que no produce hipotensión (y él, de base, ya utiliza 3 hipotensores).**
- B. El uso de Beta-Bloqueantes es la primera opción como tratamiento frenador.**
- C. Es necesario tener en cuenta la función renal y el peso ideal para proponer la posología de digoxina**
- D. Las opciones B y C son correctas**



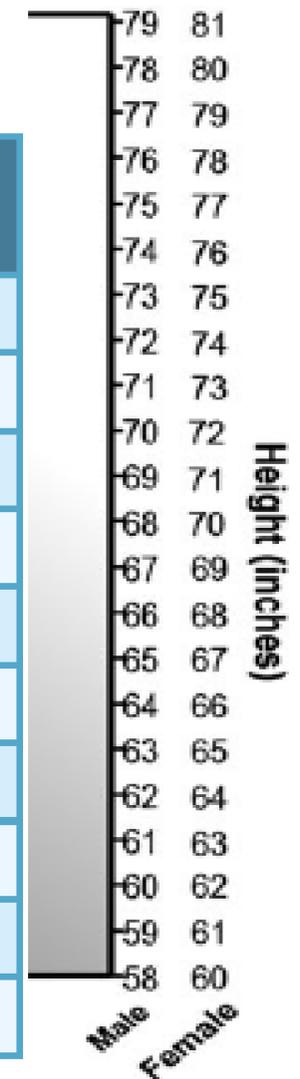
## RECOMENDACIONES PARA EL USO DE DIGOXINA EN PACIENTES CON ACxFA

**Figura 2.** Nomograma HUGE-DIG para la dosificación inicial de digoxina. Seleccionar en el eje X el valor HUGE del paciente, trazar una línea vertical que corte con la recta del valor de concentración de digoxina que se desea alcanzar ( $C_{ssmin}$ ). El valor de ese punto de corte en el eje Y nos indica la dosis de digoxina a administrar: mg /día (A); comprimidos por semana (B).



**Tabla 1.** Adaptación de las dosis estimadas con la ecuación HUGE-DIG para su administración como comprimidos de 0.250 mg de digoxina.

Dosis estimada HUGE-DIG (mg/día)	Dosis de digoxina a administrar (comprimidos)
>0.238	1 comprimido diario
0.196-0.237	1 comprimido 6 días/semana
0.160-0.195	1 comprimido 5 días/semana
0.134-0.159	1 comprimido 4 días/semana
0.116-0.133	1/2 comprimido diario
0.098-0.115	1/2 comprimido 6 días/semana
0.080-0.097	1/2 comprimido 5 días/semana
0.066-0.079	1/2 comprimido 4 días/semana
0.057-0.065	1/2 comprimido cada 2 días
<0.057	1/2 comprimido 3 días/semana





Respecto al tratamiento de la ACxFA (II), el Sr. Julián está actualmente descoagulado con SINTROM<sup>®</sup> (acenocumarol).

Hace controles c/1-3 semanas y utiliza una dosis total semanal (DTS) comprendida en 10-12 mg/semana. Sus últimos controles han sido:



Fecha	DTS Previa	INR	CAMBIO	DTS Nuevo	TRT (tiempo en rango terapéutico)
01/09	10 mg	1.86	+ 5-10 %	11 mg (+10%)	-
10/09	11 mg	2.78	=	11 mg (+0%)	84.8 %
17/09	11 mg	3.53	- 5-10%	10 mg (-9%)	60.5 %
24/09	10 mg	1.77	+ 5-10 %	11 mg (+10%)	59.4 %
30/09	11 mg	1.93	+ 5-10 %	12 mg (+9%)	47.1 %
07/10	12 mg	4.10	- 5-10%	11 mg (-8.3%)	46.9 %
15/10	11 mg	3.17	=	11 mg (+0%)	38.4 %
30/10	11 mg	2.46	=	11 mg (+0%)	47.5 %
15/11	11 mg	2.89	=	11 mg (+0%)	58.2 %



## Respecto a las modificaciones de dosis de SINTROM:



SITUACION	ACTITUD
INR entre 1,1 y 1,4	Aumentar la DTS un 10-20% (procurar subir la dosis el primer día) y control en 1 semana
INR >1,5 y < rango inferior	Aumentar la DTS un 5-10% y control en 2 semanas
INR > rango superior y <4,9	Disminuir la DTS un 5-10% y control en 1-2 semanas. Puede omitirse la dosis el primer día
INR entre 5,0 y 8,9 sin sangrado significativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si no hay factores de riesgo hemorrágico añadidos: no tomar ACO 1-2 días y reducir la DTS un 10-20%, con control en 2-5 días</li> <li>- Si existen factores de riesgo: suspender próxima dosis de ACO y administrar vitamina K por vía oral 1-3 mg, y repetir el control en 1-2 días.</li> <li>- Si se requiere reversión rápida (cirugía o extracción dental): vitamina K oral 2-4 mg.</li> </ul>
INR mayor de 9 sin sangrado significativo	Suspender ACO y administrar vitamina K oral a dosis de 3-5 mg y monitorizar INR diariamente. Puede repetirse la dosis de vitamina K. Reiniciar cuando el INR < 5.
Hemorragia seria	Remitir urgentemente al hospital.



En que condiciones se puede contemplar el uso de ACOD?:

**A. Alergia a fármacos AVK.**

**B. Antecedentes de hemorragia intracraneal (HIC)**

**C. Pacientes con ictus isquémico con criterio clínico y neuroimagen de alto riesgo de HIC (HAS-BLED  $\geq$  3 + leucoaraiosis III-IV o microsangrado cortical)**

**D. Tratamiento con AVK y episodio trombótico a pesar de INR correcto**

**E. Imposibilidad de control INR a pesar de correcta adherencia**

**F. Todas las anteriores**



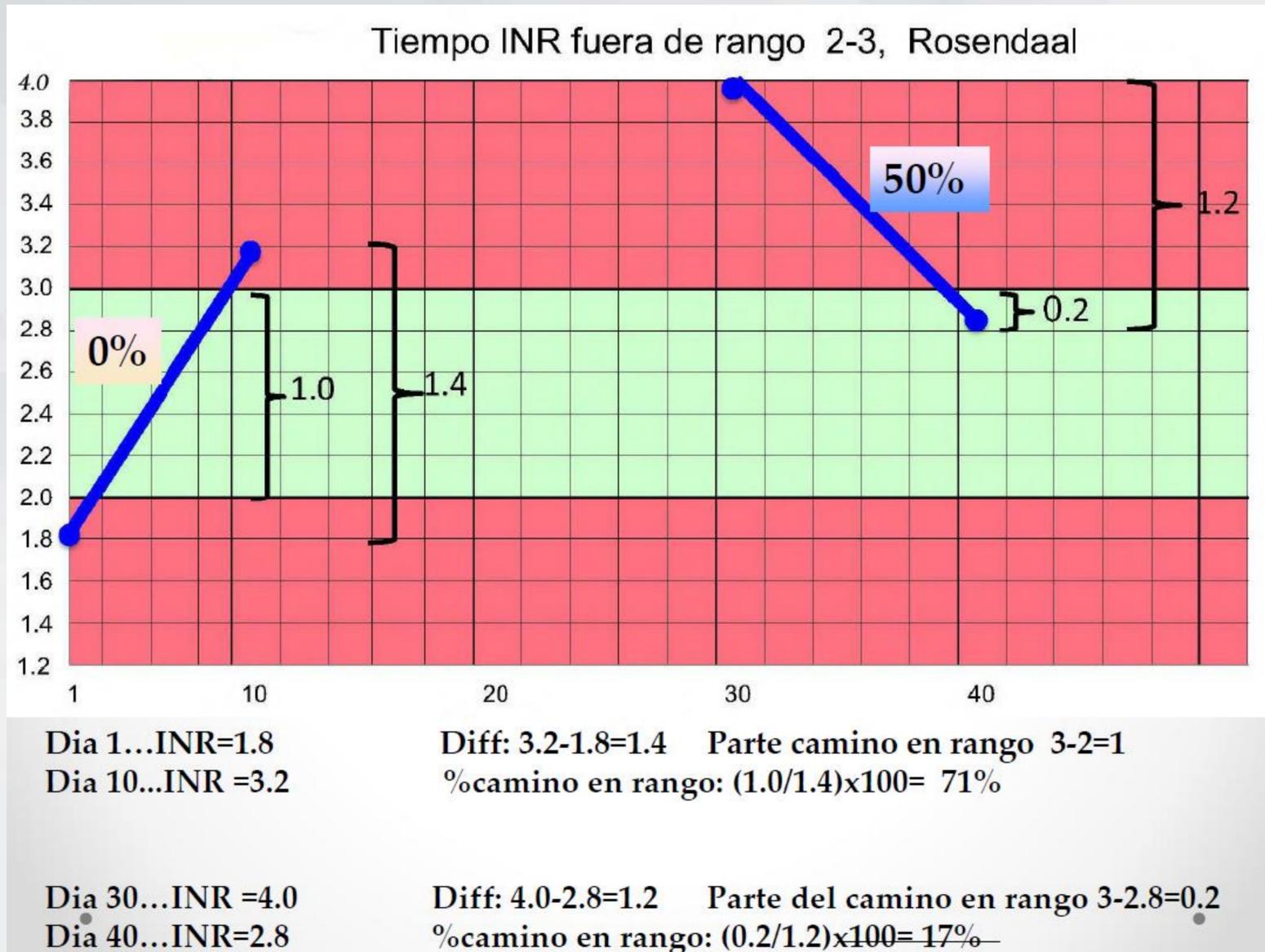
¿Qué es un mal control del INR a pesar de una correcta adherencia?

**A. Cuando el número de determinaciones de INR está fuera de rango en más de un 65 % de las veces.**

**B. Cuando el tiempo en rango terapéutico es inferior al 65 %.**

**C. Cuando la media de las determinaciones están en rango en menos del 50 % de los casos.**

## Cálculo del Tiempo en Rango Terapéutico (TRT). Método de Rosendaal.



- El método de Rosendaal presupone linealidad entre las diferentes determinaciones.
- Hay que descartar el primer mes de tratamiento.
- Se debe considerar un periodo de tiempo estable (sin alteraciones por IQ, antibióticos, ...)
- Calculadora 'automática' excel:

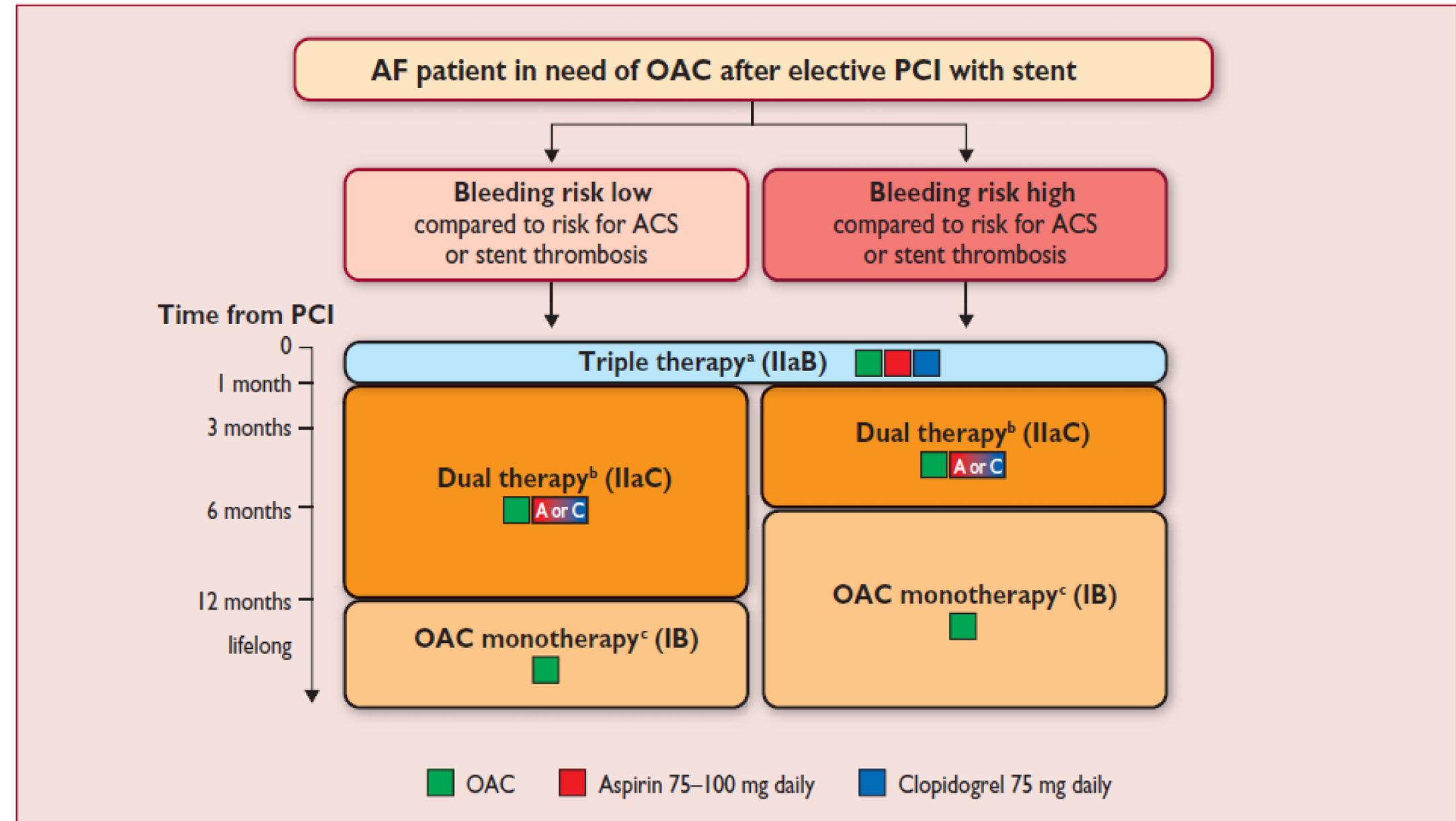
<http://evalmedicamento.weebly.com/herramientas.html>



**El Sr Julián, en el que se presupone la adherencia ya que se toma la medicación del SPD, tiene un TRTa estable < 65 %.**

**Tiene indicación de ACOD:**

- Sí
- No



ACS = acute coronary syndrome; AF = atrial fibrillation; OAC = oral anticoagulation (using vitamin K antagonists or non-vitamin K antagonist oral anticoagulants); PCI = percutaneous coronary intervention.

<sup>a</sup>Dual therapy with OAC and aspirin or clopidogrel may be considered in selected patients.

<sup>b</sup>OAC plus single antiplatelet.

<sup>c</sup>Dual therapy with OAC and an antiplatelet agent (aspirin or clopidogrel) may be considered in patients at high risk of coronary events.

**Figure I3** Antithrombotic therapy after elective percutaneous intervention in atrial fibrillation patients requiring anticoagulation.

**Respecto al control de la Diabetes mellitus del Sr. Julián, sería adecuado un objetivo de HbA<sub>1c</sub> de:**

- **El nivel que tiene (HbA<sub>1c</sub> 6,9 %) es adecuado**
- **El objetivo debería de ser HbA<sub>1c</sub> < 6,5 %**
- **El objetivo debería de ser HbA<sub>1c</sub> 7-8 %**

**Respecto al control de la Diabetes mellitus del Sr. Julián, sería adecuado un objetivo de HbA<sub>1c</sub> de:**

- **El nivel que tiene (HbA<sub>1c</sub> 6,9 %) es adecuado**
- **El objetivo debería de ser HbA<sub>1c</sub> < 6,5 %**
- **El objetivo debería de ser HbA<sub>1c</sub> 7-8 %**

# DIABETES MELLITUS

## SPECIAL ARTICLE

JAGS 60:2342–2356, 2012

### Diabetes in Older Adults: A Consensus Report



Table 1. A Framework for Considering Treatment Goals for Glycemia, Blood Pressure, and Dyslipidemia in Older Adults with Diabetes

Patient Characteristics/ Health Status	Rationale	Reasonable A1C Goal (A Lower Goal May Be Set for an Individual If Achievable without Recurrent or Severe Hypoglycemia or Undue Treatment Burden)	Fasting or Preprandial Glucose (mg/dL)	Bedtime Glucose (mg/dL)	Blood Pressure (mmHg)	Lipids
Healthy (Few coexisting chronic illnesses, intact cognitive and functional status)	Longer remaining life expectancy	<7.5%	90–130	90–150	<140/80	Statin unless contraindicated or not tolerated
Complex/intermediate (Multiple coexisting chronic illnesses <sup>a</sup> or 2+ instrumental ADL impairments or mild to moderate cognitive impairment)	Intermediate remaining life expectancy, high treatment burden, hypoglycemia vulnerability, fall risk	<8.0%	90–150	100–180	<140/80	Statin unless contraindicated or not tolerated
Very complex/poor health (Long-term care or end-stage chronic illnesses <sup>b</sup> or moderate to severe cognitive impairment or 2+ ADL dependencies)	Limited remaining life expectancy makes benefit uncertain	<8.5% <sup>c</sup>	100–180	110–200	<150/90	Consider likelihood of benefit with statin (secondary prevention more so than primary)



**Respecto al tratamiento de la Diabetes mellitus del Sr. Julián:**

- **El tratamiento solo con sitagliptina ajustada a FR sería suficiente**
- **El tratamiento con met+sitagliptina que lleva es adecuado a esas dosis para alcanzar el objetivo de HbA1c**
- **El tratamiento con metformina ajustada a FR sería suficiente para alcanzar el objetivo de HbA1c**
- **Se tendrían que ajustar a FR ambos fármacos**

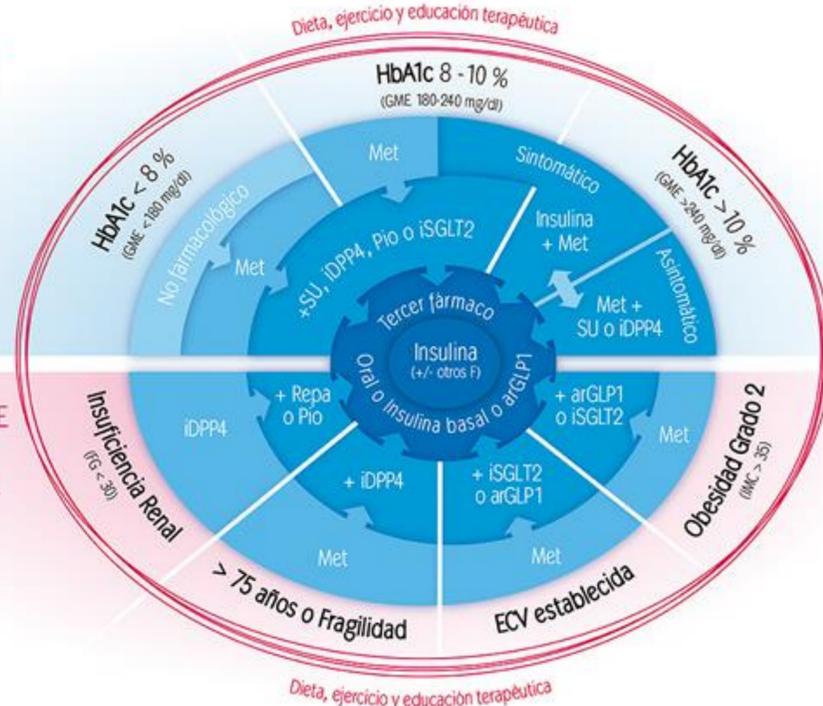
**Respecto al tratamiento de la Diabetes mellitus del Sr. Julián:**

- **El tratamiento solo con sitagliptina ajustada a FR sería suficiente**
- **El tratamiento con met+sitagliptina que lleva es adecuado a esas dosis para alcanzar el objetivo de HbA1c**
- **El tratamiento con metformina ajustada a FR sería suficiente para alcanzar el objetivo de HbA1c**
- **Se tendrían que ajustar a FR ambos fármacos**

GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO

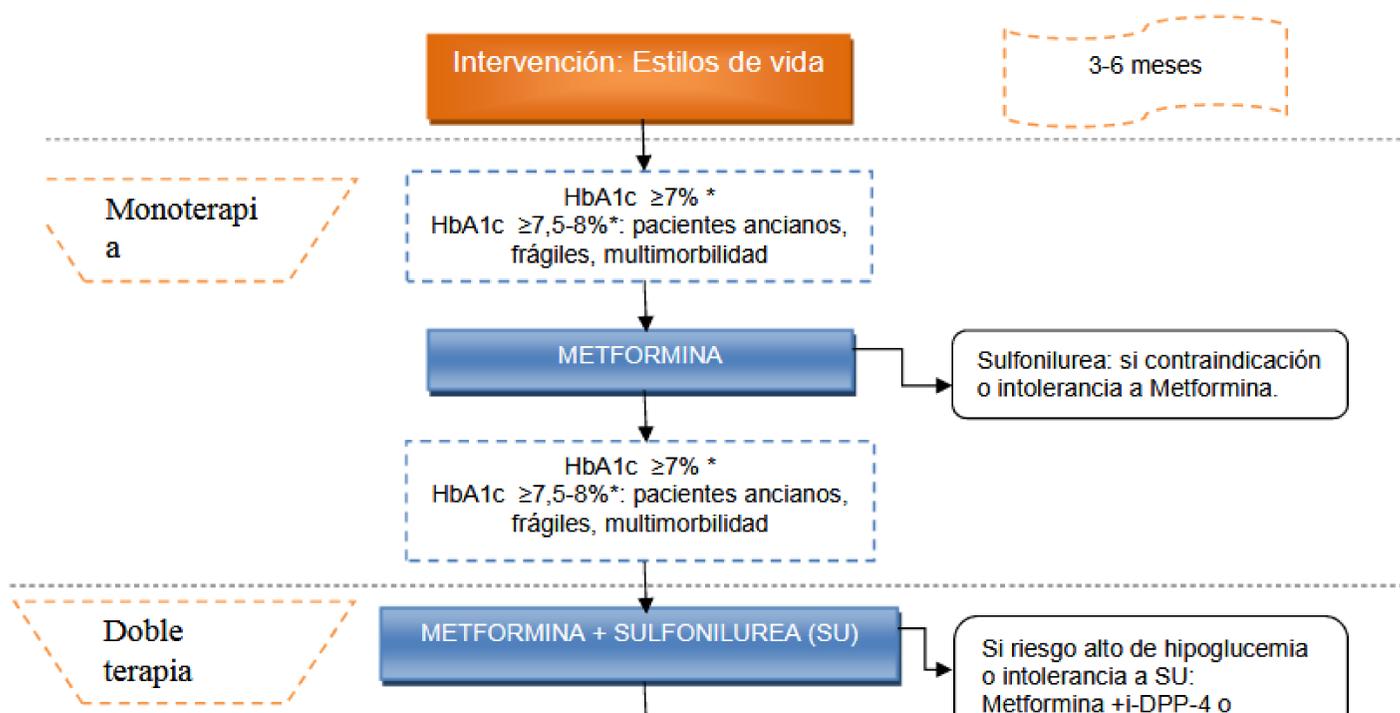
CONDICIONANTE CLÍNICO PREDOMINANTE

Actualización del Algoritmo de Hiperglucemia 2017



Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Tipo 2, Osakidetza 2013

Algoritmo de tratamiento



Healthy eating, weight control, increased physical activity, and diabetes education

Monotherapy	Dual therapy						Triple therapy						Combination injectable therapy
Metformin	Metformin + Sulfonilurea	Metformin + Thiazolidinedione	Metformin + DPP-4 inhibitor	Metformin + SGLT2 inhibitor	Metformin + GLP-1 receptor agonist	Metformin + Insulin (basal)	Metformin + Sulfonilurea	Metformin + Thiazolidinedione	Metformin + DPP-4 inhibitor	Metformin + SGLT2 inhibitor	Metformin + GLP-1 receptor agonist	Metformin + Insulin (basal)	Basal insulin + Mealtime insulin or GLP-1-RA
High efficacy, low hypoglycemia risk, weight neutral/loss, low side effects, low costs.	High efficacy, high hypoglycemia risk, weight gain, low side effects, low costs.	High efficacy, high hypoglycemia risk, weight gain, edema, HF, fcs, low side effects, low costs.	Intermediate efficacy, low hypoglycemia risk, weight neutral, rare edema, HF, fcs, high side effects, high costs.	Intermediate efficacy, low hypoglycemia risk, weight loss, GI, dehydration, high side effects, high costs.	High efficacy, low hypoglycemia risk, weight loss, GI, high side effects, high costs.	Highest efficacy, high hypoglycemia risk, weight gain, hypoglycemia, variable side effects, variable costs.	High efficacy, high hypoglycemia risk, weight gain, low side effects, low costs.	High efficacy, high hypoglycemia risk, weight gain, edema, HF, fcs, low side effects, low costs.	Intermediate efficacy, low hypoglycemia risk, weight neutral, rare edema, HF, fcs, high side effects, high costs.	Intermediate efficacy, low hypoglycemia risk, weight loss, GI, dehydration, high side effects, high costs.	High efficacy, low hypoglycemia risk, weight loss, GI, high side effects, high costs.	Highest efficacy, high hypoglycemia risk, weight gain, hypoglycemia, variable side effects, variable costs.	High efficacy, low hypoglycemia risk, weight neutral/loss, low side effects, low costs.

*If A1C target not achieved after ~3 months of monotherapy, proceed to 2-drug combination (order not meant to denote any specific preference—choice dependent on a variety of patient- and disease-specific factors):*

*If A1C target not achieved after ~3 months of dual therapy, proceed to 3-drug combination (order not meant to denote any specific preference—choice dependent on a variety of patient- and disease-specific factors):*

*If A1C target not achieved after ~3 months of triple therapy and patient (1) on oral combination, move to injectables; (2) on GLP-1-RA, add basal insulin; or (3) on optimally titrated basal insulin, add GLP-1-RA or mealtime insulin. In refractory patients consider adding TZD or SGLT2-i.*



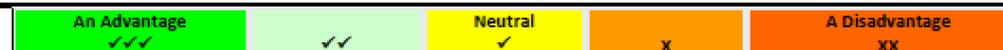


ANTI-HYPERGLYCEMIC DIABETES AGENTS: Outcomes Comparison Summary Table Glucose Lowering in T2DM L Regier BSP BA, M LeBras PharmD, J Bareham BSP, L Lu BSP © www.RxFiles.ca Mar 2017

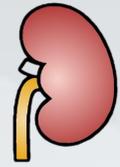
Drug Class	Sulfonylureas		TZDs		Acarbose	Meglitinides	DDP-4 Inhibitors	GLP-1 Agonists (Subcut)	SGLT-2 Inhibitors	Insulin in T2DM		
Generic / BRAND	Metformin (MF) GLUCOPHAGE, GLYCON	Gliclazide DIAMICRON [Glipizide GLUCOTROL USA SPREAD-DIMCAD]	Glyburide DIABETA	Pioglitazone ACTOS	Rosiglitazone AVANDIA	Acarbose GLUCOBAY	Repaglinide GLUCONORM Nateglinide STARLIS D/C	Saxagliptin ONGLYZA Sitagliptin JANUVIA Alogliptin NESINA Linagliptin TRAIENTA	Liraglutide VICTOZA Exenatide BYETTA Dulaglutide TRULICITY Lixisenatide LYXUMIA Semaglutide, Albiglutide EPERZAN	Canagliflozin INVOKANA Dapagliflozin FORXIGA / FARXIGA Empagliflozin JARDIANCE Ertugliflozin	Intensity: Less (NPH HS + MF)	Intensity: More (Multiple daily doses)
Major trials to support findings/Outcomes*	UKPDS-33,34,80 (ADOPT; some use in ADVANCE)	ADVANCE	UKPDS-33,80 (ADOPT)	ProACTIVE Ferwana M. Meta-analysis 2013. SR-Liao <sup>2017</sup> ; IRIS	Meta-analysis. RECORD interim, ADOPT, DREAM	(Prevention trial: Stop-NIDDM)	-	SAVOR-TIMI 53 TECOS, EXAMINE CARMELINA (2018) PROLOGUE (2016)	ELIXA LEADER SUSTAIN6 EXSCCEL (2018), REWIND (2018), HARMONY (2019)	EMPA-REG CANVAS (2017), DECLARE (2019), VERTIS CV (2019)	T2DM UKPDS-33,80; ADVANCE, ACCORD, VADT, ORIGIN. Placebo group had ↑ insulin use in LEADER. T1DM: DCCT/EDIC (Also Bousageon et al Meta-analysis. BMJ 2011;343:d4169)	
↓ Risk of Death / Major CV <sup>1</sup>	✓✓✓ <sup>2</sup> in obese, ↓ mortality NNT=14/10y ↓ MI NNT=14/10y (UKPDS-34)	✓✓✓ <sup>3,4,5</sup> X? <sup>5,6</sup> glipizide ↑ MACE vs MF NNH=10/5y (SPREAD-DIMCAD)	✓✓ <sup>4,5</sup>	✓✓ <sup>7</sup> ↓ MACE NNT=50/2.9y, but 1 <sup>o</sup> composite endpoint not significant (ProACTIVE)	X? <sup>8</sup>	✓✓ <sup>9</sup> in IFG, ↓ MACE NNT=40/3.3y	?	✓ <sup>10</sup> saxagliptin, alogliptin, sitagliptin ↔ non-inferior to placebo for MACE, But see HF below ? <sup>11</sup> (linagliptin ongoing). Sitagliptin no effect on intima-media thickness PROLOGUE	✓✓✓ <sup>12</sup> liraglutide ↓ MACE NNT=53/3.8 y (North American subgroup neutral), ↓ mortality NNT=72/3.8 y (LEADER), semaglutide superior to placebo NNT=44/2 y for MACE (SUSTAIN-6) ✓ <sup>13</sup> lixisenatide ↔ non-inferior to placebo for MACE (ELIXA) ? <sup>14</sup> (exenatide, dulaglutide, albiglutide ongoing)	✓✓✓ <sup>15</sup> empagliflozin ↓ MACE NNT=63/3.1 y, ↓ mortality NNT=39/3.1 y (EMPA-REG) ? <sup>16</sup> (dapagliflozin, ertugliflozin ongoing) ✓ <sup>16</sup> canagliflozin NS ↑ MACE in 1 <sup>st</sup> 30days; NS ↓ MACE after 30days HR 0.89 (0.64-1.25) CANVAS interim data	✓ <sup>17,18</sup>	✓ <sup>18,19,20</sup> /X? <sup>21</sup> > insulin use with intensive target vs standard therapy, ↑ all-cause death NNH=95/3.5 y, & CV death NNH=125/3.5 y (ACCORD)
Effect on A1C**	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓	✓✓✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓
Weight (loss vs neutral vs gain)	✓✓✓ <sup>A1</sup>	X <sup>A2</sup>	X <sup>A2</sup>	XX <sup>A3</sup>	XX <sup>A4</sup>	✓✓ <sup>A5</sup>	X <sup>A6</sup>	✓ <sup>A7</sup>	✓✓✓ <sup>A8</sup>	✓✓✓ <sup>A9</sup>	✓ <sup>A10</sup>	XX <sup>A10</sup>
↓ Risk of Hypoglycemia	✓✓✓	? If less risk with MR formulation	X Severe, occurs at 1.4%/yr	Low risk with monotherapy	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓?	✓✓?	✓✓	✓	XX Rate of 1.8%/yr
↓ Risk of HF / Edema	✓✓ <sup>22,23</sup> 1st line in HF with eGFR >30 mL/min (CDA'13)	✓ <sup>23,24</sup> (↑ CHF risk)	✓ <sup>23,25</sup> (↑ CHF risk)	XX <sup>26</sup> ↑ HF NNH=50/2.9y, edema NNH=8/2.9 y	XX <sup>25,27</sup> ↑ HF NNH=69/5.5y (RECORD), ↑ HF NNH=250/3y (DREAM)	✓ <sup>28</sup>	✓ <sup>29</sup>	X? <sup>30</sup> ↑ HF saxagliptin NNH=143/2.1 y (SAVOR), alogliptin (post hoc) (EXAMINE) sitagliptin HF neutral	✓ <sup>31</sup> liraglutide (LEADER) and lixisenatide (ELIXA) neutral	✓ <sup>32</sup> empagliflozin (EMPA-REG) neutral; (possible benefit: ↓ hospitalizations)	✓ <sup>33,34</sup> (↑ CHF risk)	✓ <sup>34</sup> (↑ CHF risk)
Effect on GI tolerability	X Start low & titrate	✓✓	✓✓ rate of 1.8%/yr	✓✓	✓✓	XX	✓✓	✓✓	✓ Nausea, vomiting, diarrhea	✓ Nausea/diarrhea with dapagliflozin	✓✓✓	✓✓✓
Cost	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	X	X	✓✓	✓✓	X	XX	X	✓	XX
Other	May have to hold or ↓ dose in acute illness/HF/renal dysfx (? lactic acidosis); may ↓ B12. 1 <sup>st</sup> line for obese T2DM (UKPDS-34)	Used in combination with metformin (ADVANCE)	Caution: ↓ renal function (& older adults)	X FDA +/- HC warnings: <sup>35</sup> ? ↑ HF (see above), ? ↑ fractures (NNH~30/~3.5 y) ? ↑ macular edema (conflicting data) Pio: ? ↑ bladder ca >12 mos (27.5 excess /100,000 person yrs), avoid co-admin with dapagliflozin <sup>36</sup> Rosi: Restricted access in CDN (SK-EDS) (↑ CV risk concerns) <sup>37</sup>	✓✓ PPG, Possible benefit of laxative effect in some	✓✓ PPG, flexibility with meals	✓ PPG FDA +/- HC warning: <sup>38</sup> HF (saxa & alogliptin); arthralgia, hypersensitivity rx, ? ↑ pancreatitis (ARI 0.13%), <sup>39</sup> pancreatic cancer <sup>40</sup> Linagliptin: no renal dose adjustment	✓ PPG injection site irritation ? ↑ pancreatitis, <sup>39</sup> pancreatic cancer, <sup>40</sup> ? ↑ thyroid cancer (liraglutide) <sup>41</sup> (new once weekly agents may have ↓ GI adverse events) <sup>42</sup> ? gallbladder disease <sup>43</sup>	X new agents – outcome & safety data still limited FDA +/- HC warning: ketoacidosis (DKA), AKI (caution: ↓ intravascular volume & ↓ renal function Case + Data), ↓ BP; urosepsis/pyelonephritis, ↑ fracture/↓ BMD (canagliflozin); FDA ↑ (~2x) limb amputations (canagliflozin), <sup>43</sup> ↑ UTI OR 1.34 & genital tract infection OR 3.5 vs placebo, <sup>44</sup> dapagliflozin ? ↑ bladder/ breast cancer (avoid with pioglitazone). <sup>45</sup>	✓	✓✓ PPG	Fear/perception of insulin injections
Overall	✓✓✓?	✓✓	✓	✓?	X?	✓	✓	✓?	? ✓✓ Liraglutide (CV/mortality benefit)	X? Cana; ? ✓✓ Empagliflozin (CV/mortality benefit)	✓✓	✓✓ X?

\*Drugs that lower blood glucose come with various levels of evidence regarding their balance of benefits & harms. This chart relies on current evidence, especially from randomized controlled trials that have evaluated patient oriented outcomes. Direct comparisons between agents have not been done so one is left to evaluate each drug for its relative advantages & disadvantages. \*\*A1C will vary depending on dose, combinations & initial A1C. See full version of this ANTI-HYPERGLYCEMIC DIABETES AGENTS: Outcomes Comparison Summary Table online for additional notes: <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/Diabetes-Agents-Outcomes-Comparison-Summary-Table.pdf>  
See also: RxFiles Diabetes Landmark Trials Summary at: <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/CDT-Diabetes-Landmark-Trials-Links.pdf> Diabetes Oral Agents Comparison Chart: <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/members/CDT-diabetes.pdf>

Intensive approach considering balance of potential benefits & harms. Over-aggressive pursuit of targets can ↑ mortality. ACCORD



# Metformina



## Reajuste de dosis

- FG de 30-45 ml/min/1,73m<sup>2</sup> ↓↓ D al 50 %
- **FG < 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup> debe evitarse**



EUROPEAN MEDICINES AGENCY  
SCIENCE MEDICINES HEALTH

14 October 2016  
EMA/603690/2016

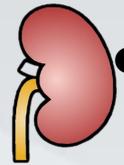
- Up to now, metformin medicines were not recommended for patients with moderate to severe reduction of kidney function. This recommendation has now changed to allow their use in patients with moderately reduced kidney function (GFR=30–59 ml/min). The dose of metformin should be adapted depending on the patient's kidney function. These medicines should still not be used in patients with severely reduced kidney function (GFR less than 30 ml/min).

Use of metformin to treat diabetes now expanded to patients with moderately reduced kidney function

Recommendations for patients with kidney impairment updated in product information



# IDPP4



- **Reajuste de D** en insuficiencia renal moderada-grave excep linagliptina



- **Saxa y Alo** → **Vilda y lina** 



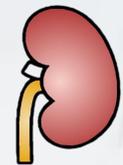
- **CI vildagliptina en IH** o niveles pre-tratamiento de **ALT** o **AST > 3 veces** el límite superior de la normalidad

- **Ojo >75 años** vildagliptina



# Análogos y miméticos de GLP-1

- Experiencia limitada en >75 años



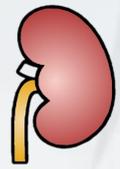
- No recomendados en IR grave (IR<30mL/min) y enfermedad gi grave

- Precaución y control síntomas gi



# Inhibidores de SGLT-2

- **Edad > 75 años**



- **Eficacia FR dependiente**

- **Efecto hipotensor**

- **Riesgo de cetoacidosis diabética**



## Nota informativa



Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

RECOMENDACIONES SOBRE  
DIABÉTICA ASOCIADA  
DAPAGLIFLOZINA

Recomendaciones del Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia

Fecha de publicación: 12 de febrero de 2016

Categoría: MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, SEGURIDAD  
Referencia: MUH (FV), 2/2016

*Tras la revisión europea de la cetoacidosis diabética asociada al cotransportador de sodio-glucosa de dapagliflozina y empagliflozina en medicamentos sanitarios:*

- *Considerar el diagnóstico sugestivo aun sin hiperglucemia en situaciones de riesgo, e intervenir precozmente con el médico si estos aparecen.*
- *Interrumpir el tratamiento con dapagliflozina o empagliflozina en caso de hospitalización por cirugía o complicaciones graves.*
- *Tener en cuenta que el riesgo de cetoacidosis es exclusivamente para el tipo 2.*

Tal como se informaba en la nota informativa [MUH \(FV\), 7/2015](#), el Comité

## Nota informativa



Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios  
AEMPS

**CANAGLIFLOZINA Y RIESGO DE AMPUTACIÓN NO  
TRAUMÁTICA EN MIEMBROS INFERIORES**

NO PUEDE EXCLUIRSE QUE ESTE RIESGO SE ASOCIE TAMBIÉN AL RESTO DE  
MEDICAMENTOS DEL GRUPO FARMACOLÓGICO

(Recomendaciones del Comité para la Evaluación de Riesgos en  
Farmacovigilancia Europeo-PRAC)

Fecha de publicación: 10 de febrero de 2017

Categoría: MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, SEGURIDAD  
Referencia: MUH (FV), 1/2017

- *Tras la evaluación realizada se confirma que el tratamiento con canagliflozina podría incrementar el riesgo de amputación no traumática en miembros inferiores.*
- *Actualmente no puede descartarse que dapagliflozina y empagliflozina también puedan asociarse a un incremento de este riesgo.*
- *Deberá considerarse la posibilidad de interrumpir el tratamiento con canagliflozina en aquellos pacientes que desarrollen complicaciones importantes en los pies.*
- *Se deberá realizar una adecuada monitorización de los pacientes en tratamiento con cualquier SGLT-2 que presenten, entre otros, factores de riesgo para amputación, e insistirles en la importancia de un adecuado cuidado preventivo del pie diabético.*

La canagliflozina es un antidiabético de administración oral, perteneciente al grupo de los inhibidores reversibles del co-transportador sodio-glucosa



## **Respecto al tratamiento del dolor del Sr. Julián:**

- **Paracetamol 1 g c/8h + dexketoprofeno 25 mg/12h es una combinación adecuada a esas dosis**
- **Ajustaría la pauta de paracetamol y diclofenaco a FR**
- **Dejaría el paracetamol solo**
- **Dejaría el diclofenaco solo**

## Respecto al tratamiento del dolor del Sr. Julián:

- Paracetamol 1 g c/8h + dexketoprofeno 25 mg/12h es una combinación adecuada a esas dosis
- Ajustaría la pauta de paracetamol y diclofenaco a FR
- Dejaría el paracetamol solo
- Dejaría el diclofenaco solo



# DOLOR

## PARACETAMOL: analgésico de 1ª elección

(seguridad y eficacia) → USAR dosis 650 mg vs 1 g



thebmj Research Education News & Views Campaigns Archive

Practice » Lesson of the Week

### Acute liver failure after administration of paracetamol at the maximum recommended daily dose in adults

BMJ 2010 ; 341 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c6764> (Published 02 December 2010)  
Cite this as: BMJ 2010;341:c6764

Article Related content Metrics Responses

Lee C Claridge, Wellcome Trust clinical research fellow and specialist registrar in hepatology<sup>1,2</sup>,  
Bertus Eksteen, MRC clinician scientist and honorary consultant hepatologist<sup>1,2</sup>,  
Amanda Smith, lead pharmacist in liver and solid organ transplantation<sup>1</sup>, Tahir Shah, consultant hepatologist<sup>1</sup>,  
Andrew P Holt, consultant hepatologist<sup>1</sup>

Author affiliations

Correspondence to: L C Claridge [l.c.claridge@bham.ac.uk](mailto:l.c.claridge@bham.ac.uk)

Accepted 12 October 2010

3:clics Atención primaria basada en la evidencia

Guías Rápidos Artículos Pacientes Preguntas Otras webs Acerca de

Estáis en Artículos > Paracetamol de un gramo: ni para todos ni para todo

### Paracetamol de un gramo: ni para todos ni para todo

7SETmanal (31/01/2011)

Paracetamol es uno de los fármacos que más frecuentemente prescribimos en las consultas de Atención Primaria. Forma parte, sin duda, del top ten de los fármacos más recetados, principalmente como tratamiento del dolor agudo o crónico. Es el analgésico y antipirético de elección en la mayoría de los casos.

En la conciencia de muchos profesionales sanitarios, la seguridad del paracetamol a dosis bajas ha hecho extrapolar este concepto para dosis superiores del fármaco. Sin embargo, la tan preconizada dosis máxima diaria de paracetamol de 4 mg/día puede ser letal en algunos de los pacientes que atendemos de forma cotidiana.

Además, paracetamol a dosis elevadas deja de ser "seguro para el estómago", e incluso puede aumentar el riesgo cardiovascular.

Teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos la dosis de 650 mg es capaz de proporcionar el mismo beneficio que la de 1 g, resulta absurdo exponer al paciente a riesgos innecesarios con ésta.

El paracetamol no es agua. Se parece más al vino: un poco puede ser beneficioso, demasiado puede matar. Por eso, de paracetamol a dosis altas, ni para todos ni para todo.

Resumen de las recomendaciones del FDA para el uso de paracetamol:

- limitar la dosis máxima por toma, en adultos, a 650 mg.
- disminuir la dosis máxima diaria en adultos de 4000 mg a 3250 mg (o menos en caso de consumo crónico de alcohol).
- limitar los comprimidos de liberación inmediata para adultos a dosis de 325 mg.
- limitar las formulaciones líquidas pediátricas a una única concentración media.
- eliminar el paracetamol de las asociaciones con otros medicamentos.
- incluir en el etiquetado claras advertencias sobre las dosis a utilizar.

Claridge LC, Eksteen B, Smith A, Shah T and Holt AP. Acute liver failure after administration of paracetamol at the maximum recommended daily dose in adults. BMJ (Clinical research ed.). 2010 Dec 2; 341 :c6764. [link](#)





# DOLOR

## Metamizol

Dosis 1000-2500 mg al día. **Agranulocitosis**

AINES TOXICIDAD dosis-dependiente → USAR dosis mínima eficaz  
(ibuprofeno 400 mg/8h vs 600 mg c/8h)

PRECAUCIÓN si IRC y/o HTA y/o ICC y **RIESGO CARDIOVASCULAR**

Nota informativa

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios  
AEMPS

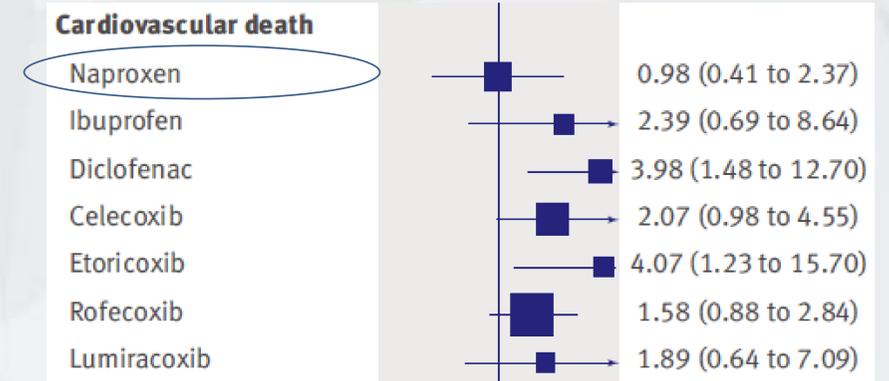
**METAMIZOL Y RIESGO DE AGRANULOCITOSIS**  
Información para profesionales sanitarios

Fecha de publicación: 30 de octubre de 2018

Categoría: MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, SEGURIDAD  
Referencia: MUH (FV), 15 /2018

Tras la revisión de los casos de agranulocitosis notificados en el Sistema Español de Farmacovigilancia y el consumo de metamizol en España, la AEMPS recuerda que los medicamentos que contienen metamizol son medicamentos sujetos a prescripción y recomienda:

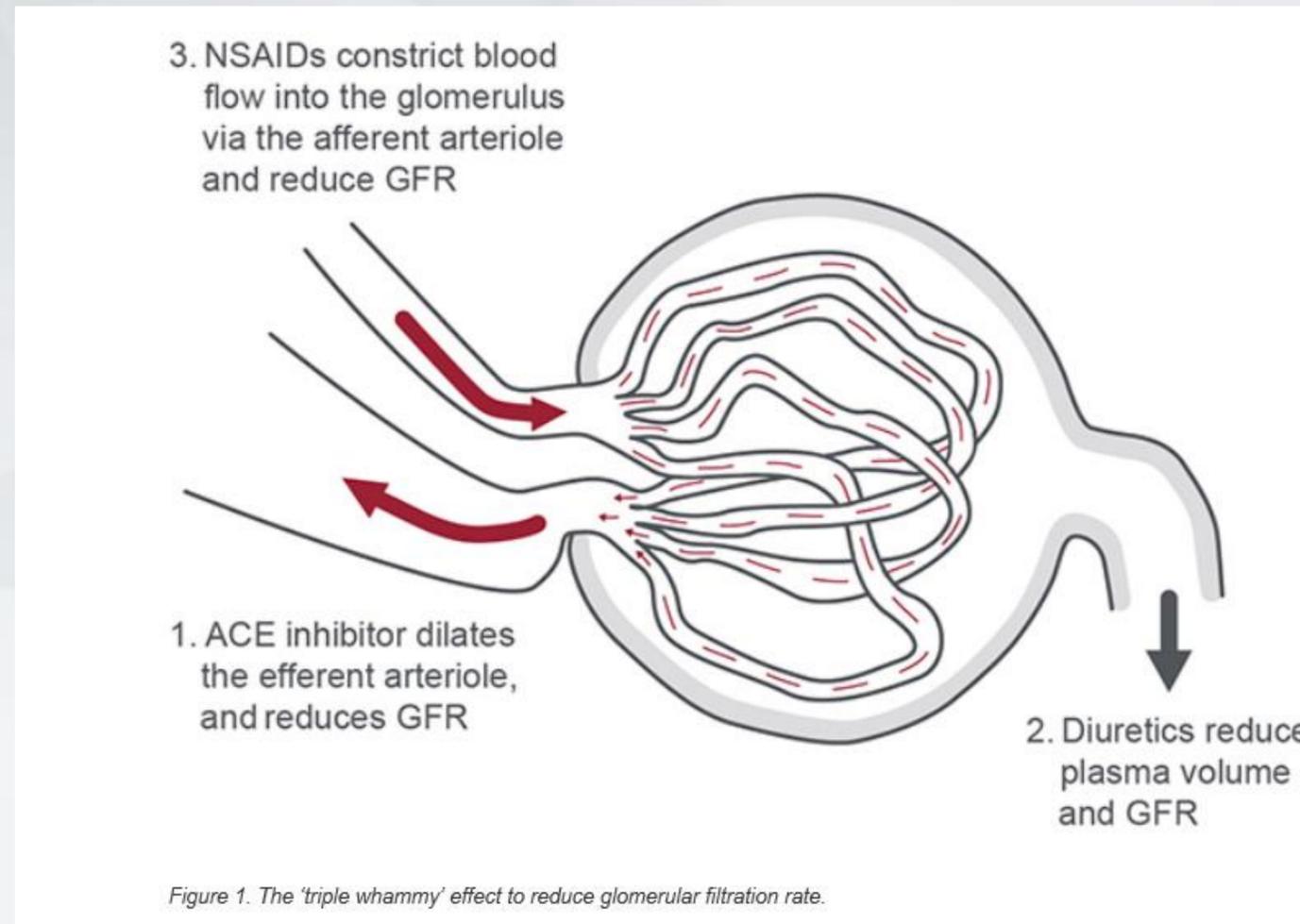
- Utilizar metamizol solo para el tratamiento de corta duración a las dosis mínimas eficaces, vigilando la aparición de sintomatología indicativa de agranulocitosis. En caso necesario, un tratamiento prolongado, realizar controles periódicos de laboratorio, incluyendo fórmula leucocitaria.
- Antes de prescribir metamizol, llevar a cabo una anamnesis detallada para evitar su uso en pacientes con factores de riesgo de agranulocitosis.
- Informar al paciente de que interrumpa el tratamiento en casos de aparición de signos o síntomas sugestivos de agranulocitosis.
- No utilizar metamizol en pacientes en los que no sea posible realizar controles (p. ej. población flotante).



## **TOXICIDAD GASTROINTESTINAL**

Dexketoprofeno > Naproxeno > Ibuprofeno/diclofenaco > Coxib

## Dexketoprofeno 25 mg/12h



Enalapril 5 mg c/12h

Furosemida 40 mg 1/24h





# DOLOR

## Opiáceos

TRAMADOL → Sde Confusional / Sde Serotoninérgico  
Uso PROFILÁCTICO de LAXANTES/ANTIEMÉTICOS



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS E IGUALDAD

INFORME DE UTILIZACIÓN DE OPIOIDES  
U/OPI/V1/13022017  
Utilización de opioides en España  
periodo 2008-2014

Fecha de publicación: 21 de mayo de 2015

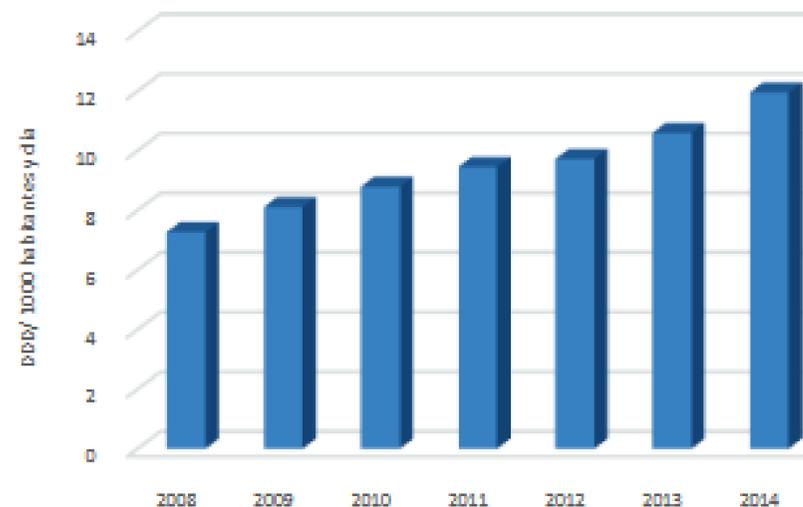


Figura 1. Consumo de opioides

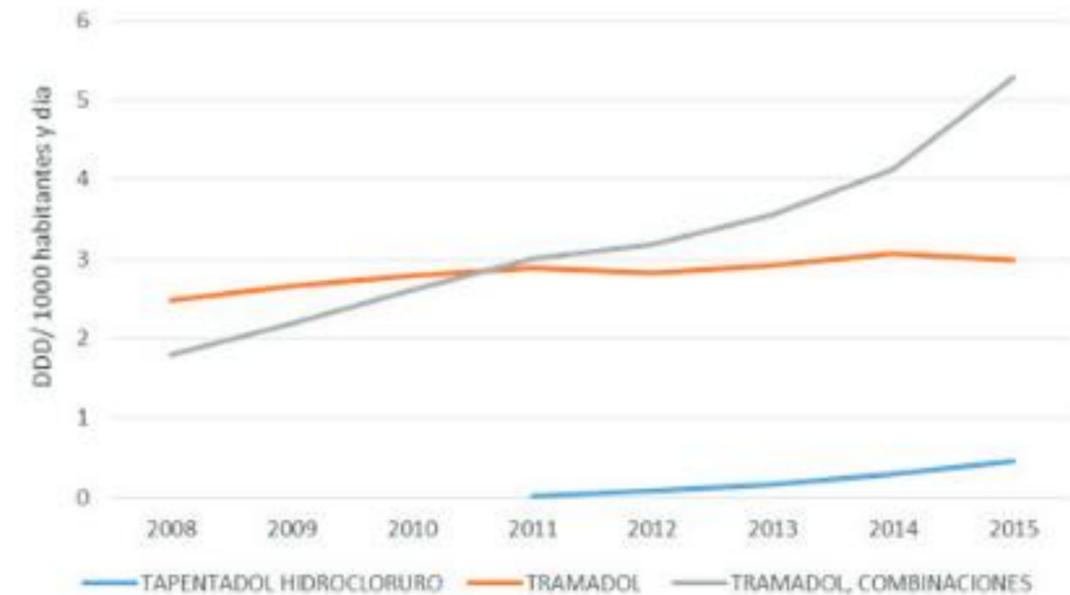


Figura 3. Consumo de otros opioides



**Respecto al tratamiento del hipotiroidismo subclínico del Sr. Julián, sería adecuado:**

- **Suspender la levotiroxina**
- **Mantener esa dosis de levotiroxina ya que la TSH está en rango**
- **Ajustar la dosis de levotiroxina para lograr nivel de TSH dentro de rango**

**Respecto al tratamiento del hipotiroidismo subclínico del Sr. Julián, sería adecuado:**

- **Suspender la levotiroxina**
- **Mantener esa dosis de levotiroxina ya que la TSH está en rango**
- **Ajustar la dosis de levotiroxina para lograr nivel de TSH dentro de rango**

ORIGINAL ARTICLE

## Thyroid Hormone Therapy for Older Adults with Subclinical Hypothyroidism

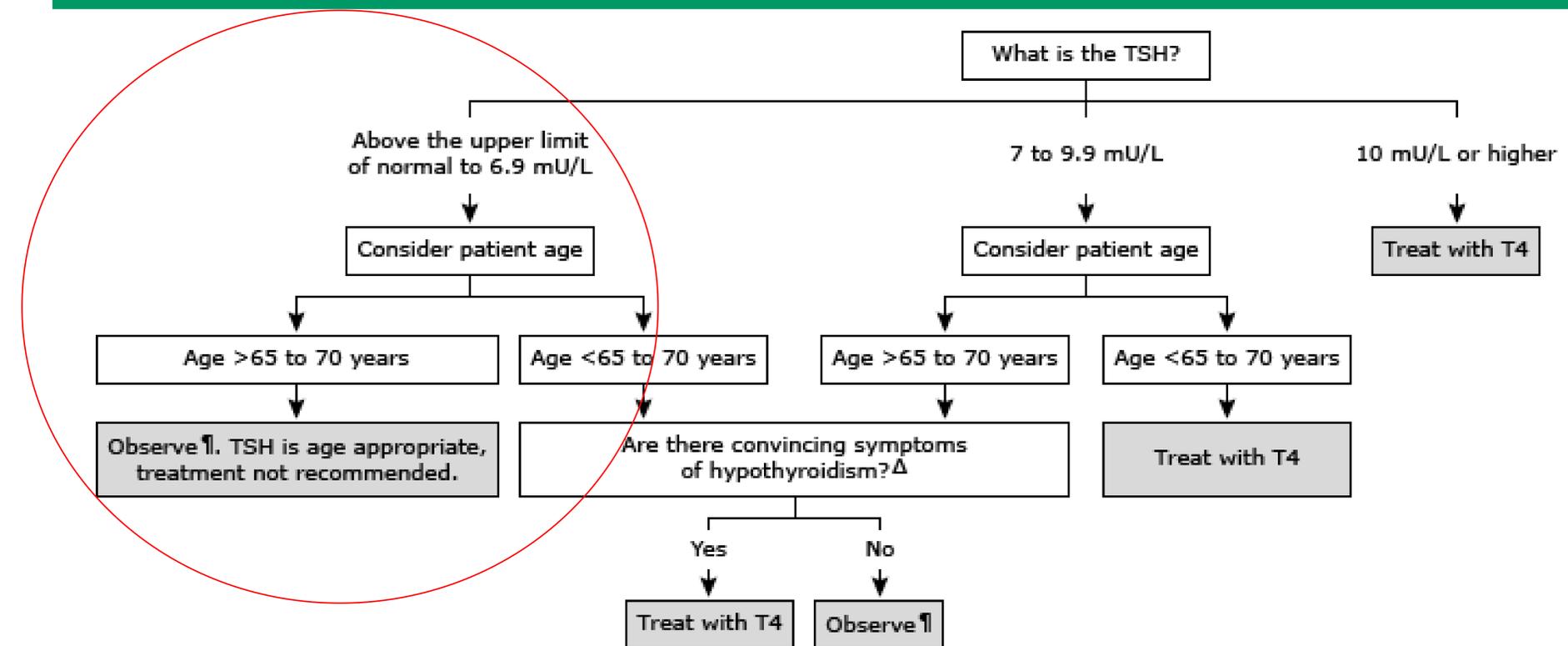
D.J. Stott, N. Rodondi, P.M. Kearney, I. Ford, R.G.J. Westendorp, S.P. Mooijaart, N. Sattar, C.E. Aubert, D. Aujesky, D.C. Bauer, C. Baumgartner, M.R. Blum, J.P. Browne, S. Byrne, T.-H. Collet, O.M. Dekkers, W.P.J. den Elzen, R.S. Du Puy, G. Ellis, M. Feller, C. Floriani, K. Hendry, C. Hurley, J.W. Jukema, S. Kean, M. Kelly, D. Krebs, P. Langhorne, G. McCarthy, V. McCarthy, A. McConnachie, M. McDade, M. Messow, A. O'Flynn, D. O'Riordan, A. Russell, C. Sinnott, J.W.A. Smit, H.A. Van Tilburg, T. Watt, R. Wilson, and J. Gussekloo, for the Thyroid Treatment Trial Group

In conclusion, this trial indicated that treatment with levothyroxine in older persons with subclinical hypothyroidism provided no symptomatic benefits.

APPENDIX

The authors' full names and academic degrees are as follows: David J. Stott, M.D., Ph.D., Ian Ford, Ph.D., Rudi G.J. Westendorp, M.D., Carole E. Aubert, M.D., Drahomir Aujesky, M.D., Douglas C. Bauer, M.D., John P. Browne, Ph.D., Stephen Byrne, Ph.D., Tinh-Hai Collet, M.D., Robert S. Du Puy, M.D., Graham Ellis, M.D., Martin Feller, M.D., M.P.H., J. Wouter Jukema, M.D., Ph.D., Sharon Kean, Maria Kelly, Gemma McCarthy, M.P.H., Vera McCarthy, Ph.D., Alex McConnachie, M.D., M.P.H., Niall McKeown, M.D., M.P.H., and J. Gussekloo, M.D., M.P.H.

## Indications for thyroid hormone replacement in nonpregnant adults with subclinical hypothyroidism\*



TSH: thyroid-stimulating hormone; T4: levothyroxine; free T4: free thyroxine.

\* Subclinical hypothyroidism is defined by a TSH above the normal reference range with a normal free T4, confirmed with repeat measurement.

¶ For patients not treated with T4, monitor TSH and free T4 initially at six months and, if stable, yearly thereafter.

Δ Convincing symptoms of hypothyroidism (new or worsening fatigue, constipation, cold intolerance) or growing goiter.



**Respecto al Síndrome ansioso de del Sr. Julián, sería adecuado :**

- **Suspender el alprazolam de golpe ya que se puede al ser una BDZ con  $t_{1/2}$  corta**
- **Suspender el alprazolam con una pauta descendente**
- **Suspender el alprazolam con una pauta descendente + visitas programadas**
- **El alprazolam es una BDZ indicada en ansiedad de forma indefinida**

**Respecto al Síndrome ansioso de del Sr. Julián, sería adecuado :**

- **Suspender el alprazolam de golpe ya que se puede al ser una BDZ con  $t_{1/2}$  corta**
- **Suspender el alprazolam con una pauta descendente**
- **Suspender el alprazolam con una pauta descendente + visitas programadas**
- **El alprazolam es una BDZ indicada en ansiedad de forma indefinida**

# Riesgos asociados a su uso prolongado



- Tolerancia y Dependencia
- Reacciones paradójicas
- Numerosa interacciones
- Retardo psicomotor:  
somnolencia
- Sonambulismo y  
comportamientos automático
- Caídas y fracturas
- Cáncer y mortalidad
- Neumonía
- Demencia, deterioro cognitivo

# Deshabitación

## 1. Selección del paciente

## 2. Intervención en consulta

- Visitas programadas
- Instrucciones escritas
- Apoyo psicológico

Vicens C, Bejarano F, Sempere E, Mateu C, Fiol F, Socías I, et al. *Comparative efficacy of two interventions to discontinuelong-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care.* Br J Psychiatry. junio de 2014;204(6):471-9.

Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. *Reduction of Inappropriate Benzodiazepine Prescriptions Among Older Adults Through Direct Patient Education: The EMPOWER Cluster Randomized Trial.* JAMA Intern Med. 2014;174(6):890-898

## 3. Procedimiento de retirada

Retirada progresiva adaptada e individualizada



	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun
1 and 2	●	●	●	●	●	◐	●
3 and 4	●	◐	●	◐	●	◐	●
5 and 6	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
7 and 8	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
9 and 10	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
11 and 12	◐	◐	◐	◐	◐	◐	◐
13 and 14	◐	◐	◐	◐	◐	○	◐
15 and 16	◐	○	◐	○	◐	○	◐
17 and 18	◐	○	○	◐	○	○	◐
19	○	○	○	◐	○	○	○
20	○	○	○	○	○	◐	○
21	○	○	○	○	○	○	◐
22	○	○	○	○	○	○	○

Legend  
 ● Full dose ◐ Half dose ◑ Quarter of a dose ○ No dose



**Respecto a la depresión reactiva que sufre el Sr. Julián, sería conveniente :**

- **Cambio a otro IRSR que no alargue el QT**
- **Retirada progresiva de citalopram**
- **Esperar unos meses más a ver si se encuentra mejor**
- **Cambiar a otro antidepresivo más potente**



**Respecto a la depresión reactiva que sufre el Sr. Julián, sería conveniente :**

- **Cambio a otro IRSR que no alargue el QT**
- **Retirada progresiva de citalopram**
- **Esperar unos meses más a ver si se encuentra mejor**
- **Cambiar a otro antidepresivo más potente**



Br J Psychiatry. 2011 Jan; 198(1): 11–16.

PMCID: PMC3014462

doi: [10.1192/bjp.bp.109.076448](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.076448)

## Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis

[Corrado Barbui](#), MD and [Andrea Cipriani](#), MD

Department of Public Health and Community Medicine, Section of Psychiatry and Clinical Psychology, University of Verona, Italy

[Vikram Patel](#), MRCPsych

London School of Hygiene & Tropical Medicine, UK and Geneva, Switzerland

[José L. Ayuso-Mateos](#), MD

Department of Psychiatry, Hospital Universitario de Investigación en Red de Salud Mental, CIBERSAM

[Mark van Ommeren](#), PhD

Department of Mental Health and Substance Use Research

[Author information](#) ▶ [Article notes](#) ▶ [Copyright](#)

### Discussion

Go to:

**The present systematic review found evidence suggesting that there is unlikely to be a clinically important difference between antidepressants and placebo in patients with minor depression.**

Although only six studies and fewer than 500 patients were included, we note that confidence intervals of treatment estimates were not very wide. For continuous scores, no research evidence or consensus is available about what constitutes a clinically meaningful difference in HRSD scores;<sup>46</sup> however, the National Institute for Health and Clinical Excellence required a difference of at least three points as the criterion for clinical importance.<sup>47</sup> Although we recognise that this criterion is rather arbitrary, the lower confidence interval calculated in the present review, a mean difference of  $-2.27$  points in HRSD scores, does not cross this threshold. Similarly, for dichotomous outcomes the GRADE working group suggested a relative risk reduction of 25% as the threshold for clinical significance, and in our analysis the lower confidence interval of the relative risk reduction was 19%. We therefore conclude that there is evidence showing that there is unlikely to be a clinically important advantage for antidepressants in individuals with minor depression.



## Tratamiento farmacológico

- AAS 100 mg/d
- Bisoprolol 2.5 mg c/12h
- Enalapril 5 mg c/12h
- Atorvastatina 40 mg c/24h
- Nitroglicerina parche 15 mg c/24h + 0.4 mg SL PRN
- Furosemida 40 mg 1/24h
- Digoxina 0.25 mg 0.5 compr c/48h
- SINTROM<sup>®</sup> según pauta
- Metformina/sitagliptina 1000/50 mg 1 c/12h
- Levotiroxina 50 mcg 1/24h
- Calcifediol 0.266 mg c/semana
- Paracetamol 1 gr c/8h
- Dexketoprofeno 25 mg/12h
- Alprazolam 0.5 mg 1/24h (noche)
- Citalopram 20 mg 1/24h



## Tratamiento farmacológico: CARDIOVASCULAR

- AAS 100 mg/d → **STOP**
- Bisoprolol 2.5 mg c/12h → **↑ dosis (+ stop digoxina)**
- Enalapril 5 mg c/12h → **STOP (función renal)**
- Atorvastatina 40 mg c/24h → **STOP (ttp preventivo)**
- Nitroglicerina parche 15 mg c/24h + 0.4 mg SL PRN
- Furosemida 40 mg 1/24h
- Digoxina 0.25 mg 0.5 compr c/48h → **STOP**
- SINTROM<sup>®</sup> según pauta → **ACOD ajustado a f(x) renal**

## Tratamiento farmacológico: DM2

- Metformina/sitagliptina 1000/50 mg 1 c/12h  
**Ajustar a HbA1c 7.5 – 8.5**
  - **Stop sitagliptina**
  - **Ajuste metformina según f(x) renal → 1 g/día**



## Tratamiento farmacológico: ANALGESIA

- Paracetamol 1 gr c/8h + Dexketoprofeno 25 mg/12h
  - ➔ Stop dexketoprofeno (IRC, HTA, CI)
  - ➔ Paracetamol 650 mg c/ 8h
  - ➔ + Metamizol? tramadol?

## Tratamiento farmacológico: HIPOTIROIDISMO

- Levotiroxina 50 mcg/d
  - ➔ Stop levotiroxina

## Tratamiento farmacológico: PSICOFÁRMACOS

- Alprazolam 0.5 mg 1 c/24h (noche)
  - ➔ Pautas de desprescripción lenta
- Citalopram 20 mg 1 c/24h
  - ➔ Pauta de desprescripción lenta

**SELECCIONA Y  
PRIORIZA LOS  
PACIENTES**

**IDENTIFICA LOS  
FACTORES DE  
RIESGO  
CONOCIDOS**



**ACTÚA EN LOS  
PROBLEMAS  
MÁS  
PREVALENTES**

**COMUNICACIÓN  
Y TRABAJO  
MULTI-  
DISCIPLINAR**



**GRACIAS**