

N cargo

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

GIMUR

TALLER CONCILIACIÓN:

Precaución ante la polifarmacia en las transiciones

Pablo Tordera Higón y Marta Zayas Soriano

ORGANIZA:



Polifarmacia



Es el uso concomitante **de 5 o más fármacos** (no hay consenso claro), aunque cualitativamente también se denomina así al **uso de fármacos inadecuados** o que no estén clínicamente indicados

Xl curso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:



En marzo de 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó un desafío global, **Medicación sin daño**, para abordar la seguridad del paciente, planteando el manejo apropiado de la polifarmacia como un área clave para intervenir.

Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017



ANTES DE TOMARLA...

INFÓRMATE sobre tu medicación

COMPRUEBA las dosis y los intervalos entre dosis

PREGUNTA al profesional sanitario

ANTES DE PRESCRIBIRLA...

INFÓRMATE sobre la medicación

COMPRUEBA que todo es correcto:

- paciente
- medicamento
- vía
- dosis
- momento

PREGUNTA al paciente si lo ha entendido

Urgo

Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Evolution of polypharmacy in a spanish population (2005-2015)

Hernández-Rodríguez MA, Sempere-Verdú E, Vicens-Caldentey C, et al. Evolution of polypharmacy in a spanish population (2005-2015): A database study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2020; 1–11

Muestran datos de prevalencia de la polifarmacia en la población española

ENERO 2020

La prevalencia de polifarmacia fue de 27,3% (intervalo de confianza del 95%: 26,2-28,3) y la de hiperpolifarmacia de 0,9% (intervalo de confianza del 95%: 0,7-1,1). **Encuesta Nacional Salud 2017**

- Se ha triplicado entre 2005-2015
- La polifarmacia excesiva * 10
- Incrementos en ambos sexos y todas las edades, principalmente > 80 años
- Hoy la proporción de personas sin tratamiento crónico ha disminuido

curso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

En la CV, a fecha de 30 de abril de 2023 existen 519.931 pacientes mayores de 65 años en tratamiento con 5 o más fármacos, lo que supone el 10,5% de la población global.

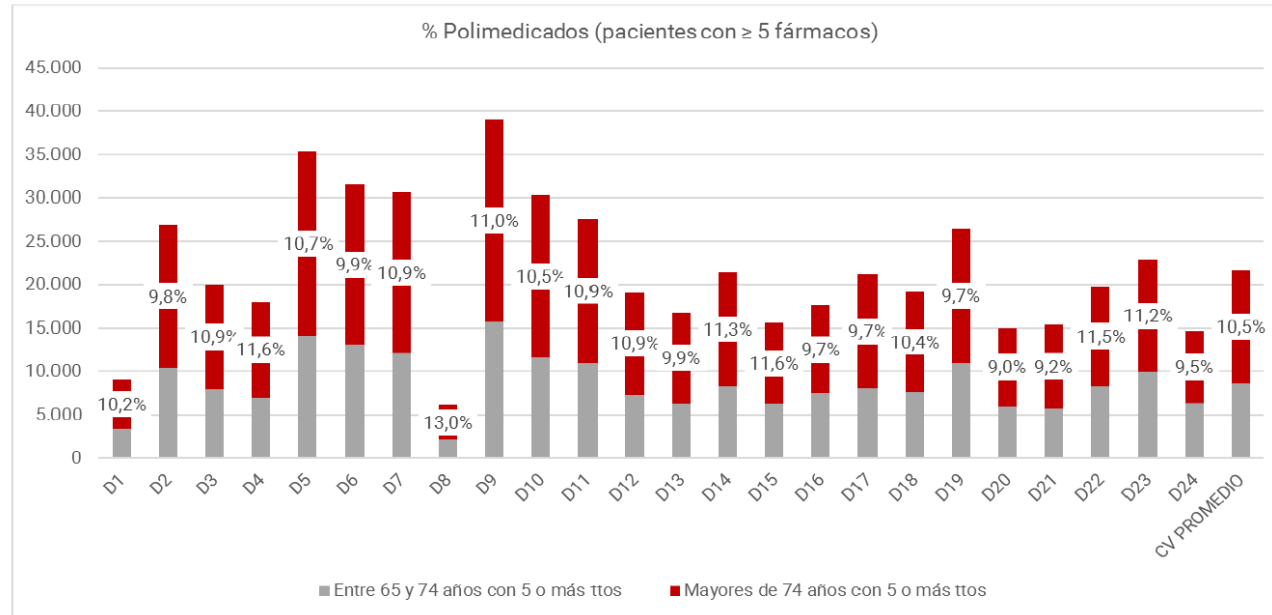


Figura. Porcentaje de pacientes en tratamiento con ≥ 5 fármacos durante más de 180 días en la Comunitat Valenciana por Departamentos de Salud. Datos: Alumbra (Sistema Business Intelligence Corporativo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, módulo PRM tratamientos prescritos, abril 2023).
Guía para la adecuación de prescripciones en personas mayores polimedicadas 2ª Edición 25



Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Por otro lado, los/as grandes polimedidados/as (pacientes en tratamiento con 10 o más fármacos) mayores de 65 años suman 147.913, lo cual supone el 3,0% de la población total de la Comunitat Valenciana, con una clara predominancia de mayores de 74 años.

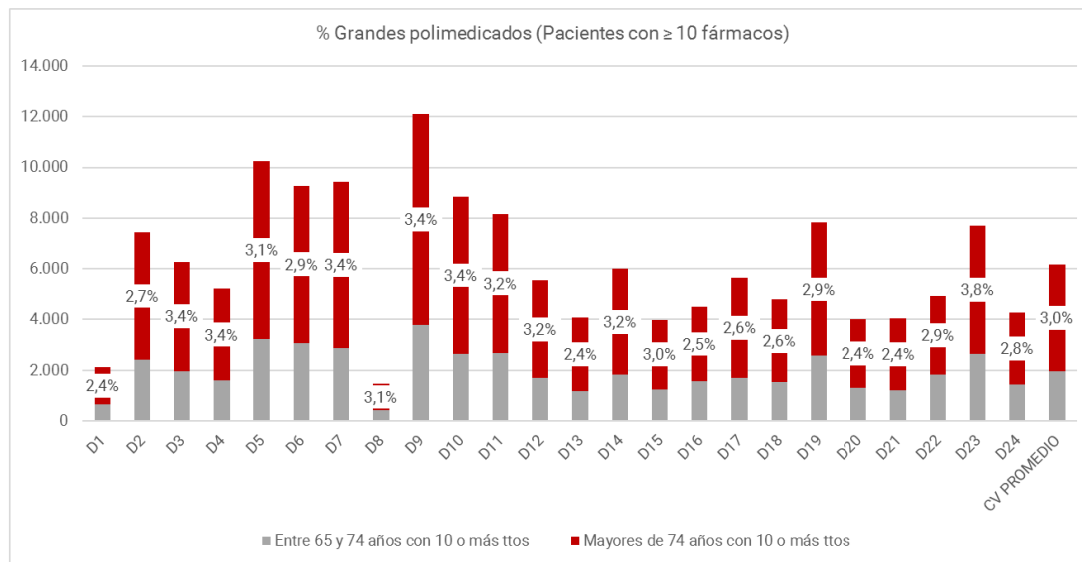
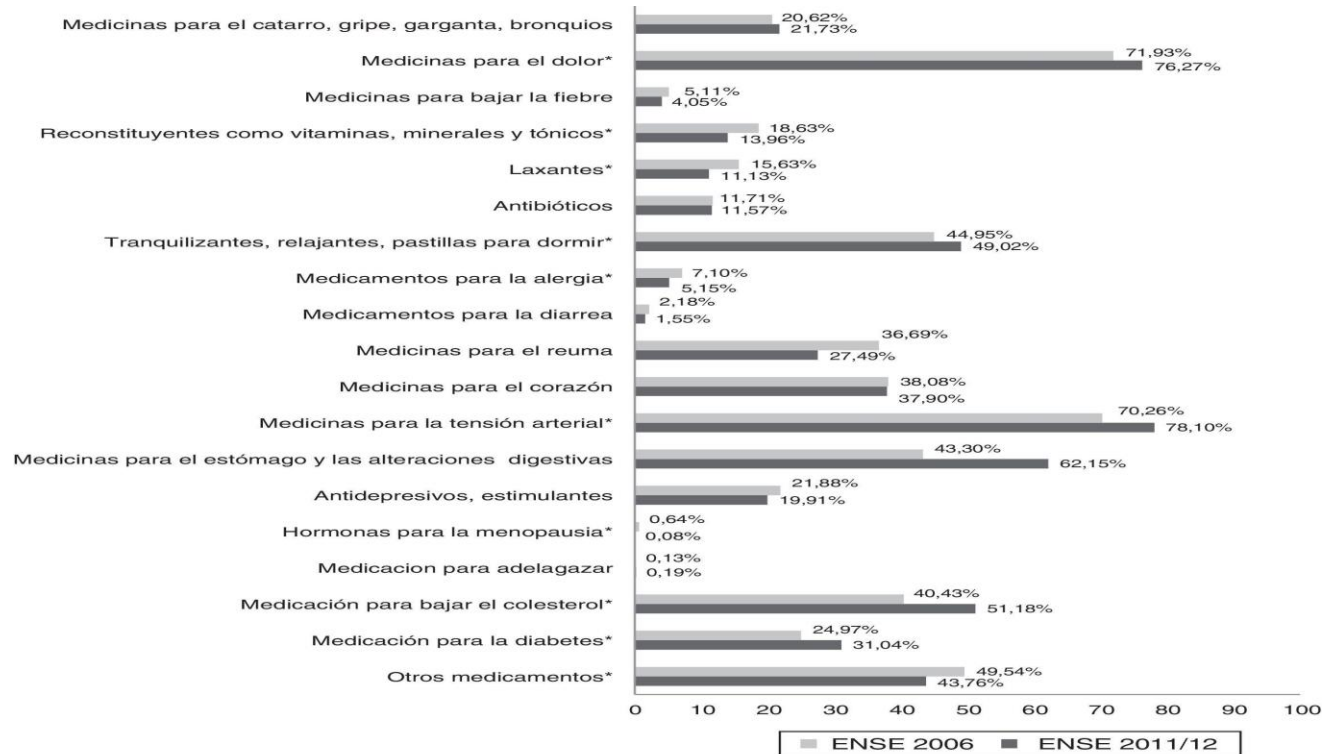


Figura 2. Porcentaje de pacientes con ≥ 10 fármacos durante más de 180 días en la Comunitat Valenciana, por Departamentos de Salud. Datos: Alumbra (Sistema Business Intelligence Corporativo de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, módulo PRM tratamientos prescritos, abril 2023).

Guía para la adecuación de prescripciones en personas mayores polimedidadas 2ª Edición 25



Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;52:2-8

Distribución de polifarmacia en función del año de la encuesta por grupos de edad y sexo en la población de 65 años o más participante en las Encuestas Nacionales de Salud de España 2006 y 2011/12.



Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Polipharmacy management by 2030

Polipharmacy management by 2030: a patient safety challenge, 2ª edition. Symphaty Consortium EU. 2017

Urgencias por Reacciones Adversas a Medicamentos

eugenomic
medicina personalizada genómica

Se detectan **8'6 millones** de ingresos/año en Europa por reacciones adversas, de las cuales el **50% eran prevenibles** y el 70% ocurren en personas mayores de 65 años con 5 o más medicamentos; llegando a ser del 82% en los mayores de 85 años

Curso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



El Ministerio de Sanidad y Consumo publicó “Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria” (APEAS).

Entre las causas por las que **se acude por un suceso grave a centros de atención primaria, 37% estaban relacionados con la medicación.** De ellos el **66.1 % se hubieran evitado** de haber tenido en cuenta antes de prescribir, las interacciones entre medicamentos y obviamente la genética del paciente.

Estudiando el origen del EA se encontró que el **73,5% de los EA** ocurrió en **un Centro de Salud de Atención Primaria**, el **25,8%** en **Atención Hospitalaria** (dentro de la cual **el 2,9%** ocurrió en el **Servicio de Urgencias de su Hospital**) el **0,7%** restante tuvo lugar en las **oficinas de farmacia.**

Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

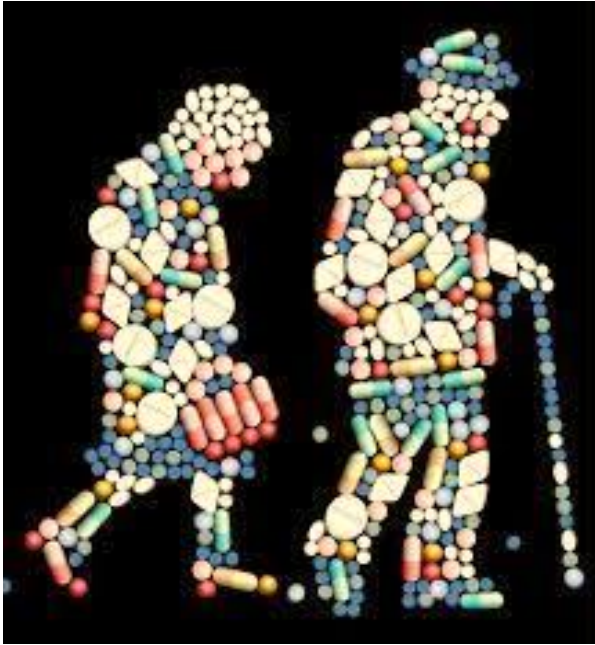


**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**



ORGANIZA:





- AUMENTO HOSPITALIZACIÓN
- MAYOR RIESGO CAIDAS EN ANCIANOS
- AUMENTO MORBILIDAD
- POSIBLE AUMENTO MORTALIDAD

Xl curso

Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias

Dependiendo de las series analizadas, el **riesgo de mortalidad** anual por RAM se sitúa entre **12-68%** en la población general.

A nivel de mortalidad, a día de hoy, los **datos son variables** y se desconoce las **consecuencias clínicas directas** de la polifarmacia.

En España, entre un **10-46%** de las personas mayores hospitalizadas o en urgencias **sufren una RAM**. Se estima que las RAM son responsables de hasta un **30% de los ingresos hospitalarios** en pacientes mayores, siendo la principal causa de RAM la **prescripción inapropiada de fármacos y la ausencia de monitorización**.

Curso

Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias

En el 2014 en USA hubo **123.927** muertes por Reacciones Adversas a los Medicamentos (RAM)

Según estudios de farmacovigilancia en la Unión Europea, **el 5% de todos los ingresos a urgencias son debidos a RAM.** Estiman en la UE que al año hay **197.000 muertes por RAM**, y que cuesta a los sistemas de salud unos 145.000 millones de euros.

Strengthening pharmacovigilance to reduce adverse effects of medicines . Brussels, 10 December November 2008. Comisión Europea

Xcurso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

 GENERALITAT
VALENCIANA
Comunitat de València

 SANT JOAN
D'ALACANT
Hospital de Referència

 redfaster
Grup de treball de Assessoria
Farmacovigilant d'Organització de la UE

ORGANIZA:

 sefh
Societat Espanyola
de Farmacovigilants

 fefh
Fundación Española
de Farmacovigilantes

Estudios realizados en Australia

Referente a los ingresos a urgencias, debidos a Reacciones Adversas a los Medicamentos (RAM), entre los años 2008 y 2013.

Concluyen que tienen al año 230.000 ingresos a urgencias debidas a RAM, que cuesta al sistema sanitario 1.200 millones de dólares australianos al año (1 dólar australiano = 0,7 euros).

Int J Evid Based Healthcare 2016 Sept; 14 (3) : 113-22

Xcurso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

 GENERALITAT
VALENCIANA
Comunitat de Santitat

 SANT JOAN
D'ALACANT
Des de 1937

 redfaster
Grup de Treball de Associats
Farmacèutics en Urgències de la sefth

ORGANIZA:

 sefth
Societat Espanyola
de Farmacologia Hospitalària

 fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

Tabla 2. Adaptada de E. Gavilán-Moral et al.

CONSECUENCIAS DE LA POLIMEDICACIÓN

CONSECUENCIAS CLÍNICAS

Disminución de la adherencia

Efectos adversos

Interacciones

Mayor riesgo de hospitalización y reingreso

Mayor riesgo de caídas y lesiones derivadas

Disminución de la funcionalidad física

Deterioro de la calidad de vida

Aumento de la morbilidad y mortalidad

CONSECUENCIAS LEGALES

Responsabilidad civil en caso de daños resarcibles

Responsabilidad penal por imprudencia o dejación de funciones que ocasione daños a la vida o integridad física

CONSECUENCIAS ÉTICAS

Ausencia de beneficio de determinados tratamientos

Daños por efectos adversos

Pérdida de autonomía del/la paciente

Deterioro de la relación médico/a-paciente

Pérdida de confianza en la asistencia sanitaria

CONSECUENCIAS ECONÓMICAS

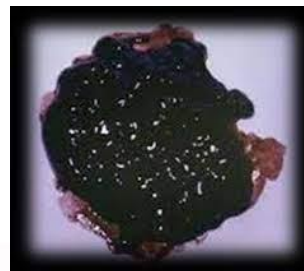
Directas: Gasto farmacéutico (innecesario)

Consultas y hospitalizaciones por efectos adversos

Costes sanitarios no directos: Cuidados y adaptaciones domiciliarias por discapacidad

Indirectas: Productividad perdida por el daño asociado a los medicamentos

Intangibles: Daño moral, disminución calidad de vida, deterioro bienestar, etcétera.



Urgo

Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Sanidad revisará los tratamientos de los mayores de 65 años con más de cinco medicamentos

Se estudiará la "polimedicación" de un total de 468.921 de personas en la Comunitat para optimizar la eficacia y seguridad de sus tratamientos



elDiario.es

Política Internacional Economía Opinión Cultura Educación Clima Desalambre Igualdad Verteles

Mayores atiborrados de medicamentos: la polimedicación excesiva se multiplica por 10 en una década

La prescripción simultánea de cinco o más medicamentos se localiza en pacientes de ambos sexos y en todos los grupos de edad, aunque se dio especialmente en las personas mayores de 80 años y en mujeres

Curso

Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias

Nuevos retos para el sistema de Salud

M^a Carmen Martínez



TODOS envejecemos. En Navarra, las personas mayores de 65 años superan ya el 19,2% de la población, con una esperanza de vida de 80,9 años en los hombres y 82,2 años en las mujeres. El Gobierno de Navarra, con el objetivo de incrementar la esperanza de vida y la buena salud, ha diseñado una estrategia para promover entre la población la cultura del Envejecimiento Activo y Saludable, cuya consecución logrará reducir la prevalencia de la dependencia en nuestra sociedad y su consiguiente costo social, mejorando con máxima capacidad funcional y óptima calidad de vida.

La "Declaración de Pamplona de Derechos de las Personas Mayores" (2010) realiza una reflexión sobre la situación de las personas que envejecen y requiere a la sociedad el compromiso de implicarse en el desarrollo de medidas que mejoren la vida de las personas mientras estas se hacen mayores. Una de estas medidas, entre muchas otras, es una adecuada atención sanitaria por lo que nuestro Sistema Sanitario deberá dar respuesta a esta necesidad y tener como preparación...

Nuestra Comunidad cuenta actualmente con 220.000 pacientes crónicos, muchos de ellos son personas mayores que "acumulan", en un solo individuo, varias de estas patologías crónicas. El uso de fármacos para tratar estas patologías es cada vez mayor, lo que genera un gasto farmacéutico que se estima en 72% del gasto de los tratamientos de carácter crónico.

Con este panorama, identificar a los pacientes que acumulan un alto número de medicamentos es un reto para el sistema sanitario. En Navarra, el 54,5% presenta problemas funcionales (no puede desarrollar de forma autónoma sus actividades de vida diaria) y el 57% tiene deterioro cognitivo. Otro ejemplo en España es el sector de población inmigrado por las personas de edad avanzada, que como hemos comentado ya, con frecuencia procesos crónicos concomitantes, originan el 40-50% del gasto sanitario, el 30-40% del gasto total en farmacia y el 75% del gasto de los tratamientos de carácter crónico.

Con este panorama, identificar a los pacientes que acumulan un alto número de medicamentos es un reto para el sistema sanitario. En Navarra, el 54,5% presenta problemas funcionales (no puede desarrollar de forma autónoma sus actividades de vida diaria) y el 57% tiene deterioro cognitivo. Otro ejemplo en España es el sector de población inmigrado por las personas de edad avanzada, que como hemos comentado ya, con frecuencia procesos crónicos concomitantes, originan el 40-50% del gasto sanitario, el 30-40% del gasto total en farmacia y el 75% del gasto de los tratamientos de carácter crónico.

En este sentido, se podrán estudiar de forma significativa los retornos al hospital o las visitas a Urgencias.

La integración de la asistencia clínica y de los cuidados es el pilar fundamental que sustenta la atención a estos pacientes, que son muy complejos y no sólo desde el punto de vista clínico, sino también del socioeconómico, por lo que la farmacología genera fragilidad y dependencia. Una atención sanitaria coordinada que pivote sobre un único especialista de referencia por "paciente", al tiempo que ofrece una proporción adecuada de la asistencia y el soporte farmacológico y seguridad.

La edad avanzada es el paradigma de la vida en el que la necesidad de atención sanitaria, tanto en recursos humanos, sociales, económicos y farmacéuticos, se hace más intensa y por tanto constituye una verdadera oportunidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes.



Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
Programa de Optimización e Integración Terapéutica



Guía para la adecuación de prescripciones en personas mayores polimedicaadas



efh
Escuela Española de Farmacia Hospitalaria

2ª Edición
2023

- ❖ La polifarmacia ocurrió en aproximadamente uno de cada 3 mayores
- ❖ Fue significativamente mayor en año 2011 (**36,37%**) respecto al 2006 (**32,54%**)
- ❖ Mayor en ambos casos en **mujeres**
- ❖ Mayor entre los individuos mayores **≥ 85 años**
- ❖ Grupos de fármacos más usados: **Analgésicos, Antihipertensivos, Hipolipemiantes, Tranquilizantes/relajantes/sedantes, Medicamentos para trastornos digestivos**

*Prevalencia de polifarmacia en la población mayor de 65 años en España: análisis de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011/12
Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;52 (1): 2-8*

Curso

Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias

 GENERALITAT
VALENCIANA
Conselleria de Sanitat

 SANT JOAN
D'ALACANT
Hospital de Urgències

 redfaster
Grups de Treball de Associats
Farmacèutics de l'Organisme de la sefth

ORGANIZA:

 sefth
Societat Espanyola
de Farmacologia Hospitalària

 fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

La polifarmacia sí parece estar relacionada con la **readmisión en urgencias** y con la **hospitalización** y en algún estudio con la mortalidad

Tabla 1. Adaptada de E. Gavilán-Moral et al.

FACTORES ASOCIADOS A POLIMEDICACIÓN
DEPENDIENTES DE LA PERSONA
Factores biológicos: edad anciana (>75 años), género
Consumo de fármacos específicos: ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, analgésicos, antiagregantes, espasmolíticos, etcétera
Morbilidad asociada: tener ≥ 3 enfermedades crónicas, enfermedades respiratorias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y síntomas digestivos
Factores psicológicos: depresión, pobre percepción de la salud
Factores sociales: situación económica deficiente, nivel educativo bajo, soledad, situación de dependencia física, vivir en zonas rurales
DEPENDIENTES DEL SISTEMA SANITARIO
Contacto con el sistema sanitario en los últimos 3 meses
Ingresos hospitalarios previos
Haber tenido interconsultas entre especialistas
Ser atendidos por diferentes profesionales o acudir a múltiples farmacias
Existencia de discrepancias entre pacientes y profesionales en cuanto a la historia farmacoterapéutica
Adopción acrítica de las GPC que obvian comorbilidades y polifarmacia



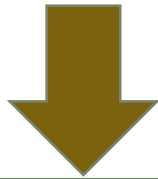
Xcurso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

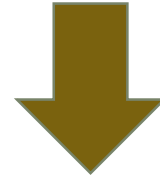
ORGANIZA:



CONSECUENCIAS DE LA POLIMEDICACIÓN



**DECAE ADHERENCIA
TERAPEÚTICA**



**AUMENTAN EFECTOS
ADVERSOS E
INTERACCIONES**

Xl curso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:



Problema



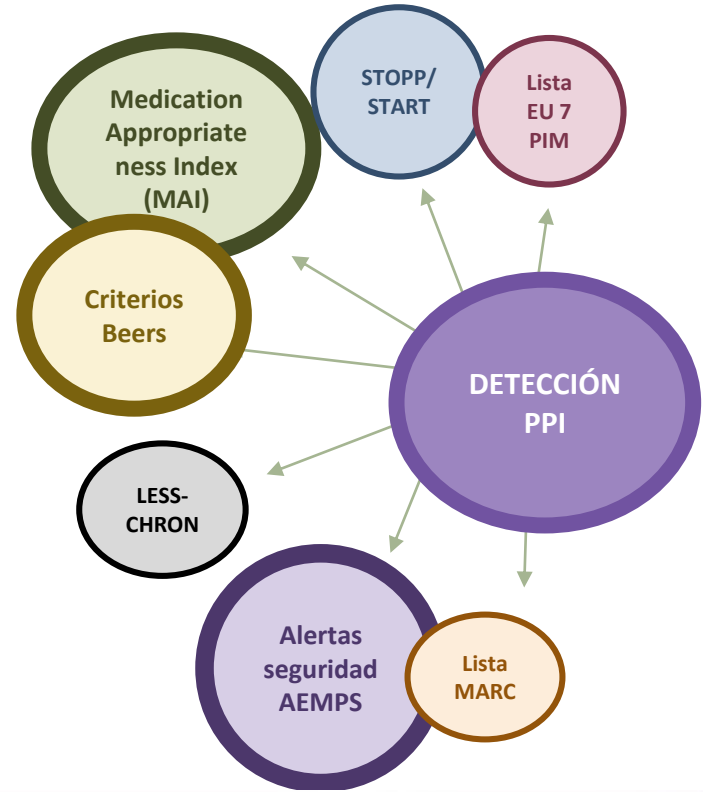
PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA

Medicación cuyo riesgo de eventos adversos es superior al beneficio clínico, especialmente cuando existen alternativas terapéuticas más seguras y/o eficaces.

PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Mayor complejidad en su manejo al presentar necesidades cambiantes que obligan a revaloraciones continuas y hacen necesaria la utilización ordenada de diversos niveles asistenciales.

Solución



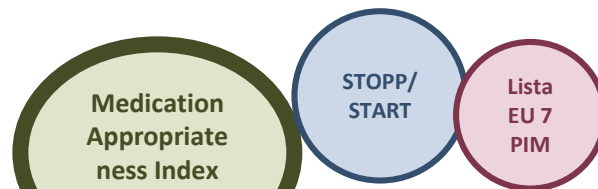
Xcurso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Solución



DOCUMENTO DE CONSENSO



Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias

BEATRIZ CALDERÓN HERNANZ^{1,2}, AINA OLIVER NOGUERA², SANTIAGO TOMÁS VECINA³,
MARÍA ISABEL BAENA PAREJO^{1,4}, MILAGROS GARCÍA PELÁEZ^{1,5}, ANA JUANES BORREGO^{1,6},
MIGUEL ÁNGEL CALLEJA HERNÁNDEZ^{1,7}, JOAN ALTIMIRAS RUIZ^{1,8}, FERMÍ ROQUETA EGEA⁹,
MANEL CHÁNOVAS BORRÁS¹⁰

AEMPS

MAK

Wcurso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Solución

DOCUMENTO DE CONSENSO

Conciliación de los de urgencias

BEATRIZ CALDERÓN HERNANZ^{1,2},
MARÍA ISABEL BAENA PAREJO^{1,4}, M
MIGUEL ÁNGEL CALLEJA HERNÁNDEZ⁵,
MANEL CHÁNOVAS BORRÁS¹⁰



Medication
Appropriate
ness Index

STOPP/
START

Lista
EU 7
PIM



os servicios

GO TOMÁS VECINA³,
UANES BORREGO^{1,6},
ERMÍ ROQUETA EGEA⁹,

AEMPS

MAK

Wcurso

Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Solución



DOCUMENTO DE C

Conciliación de urgencias

BEATRIZ CALDERÓN H
MARÍA ISABEL BAENA P
MIGUEL ÁNGEL CALLEJ
MANEL CHÁNOVAS B



curso

Gestión
en los s



Dirección General de Farmacia y
Productos Sanitarios
Programa de Optimización e
Integración Terapéutica



Guía para la adecuación de prescripciones en personas mayores polimedica



2ª Edición
2023

STOPP/
START

Lista
EU 7
PIM



cios

VECINA³,
REGO^{1,6},
TA EGEA⁹,

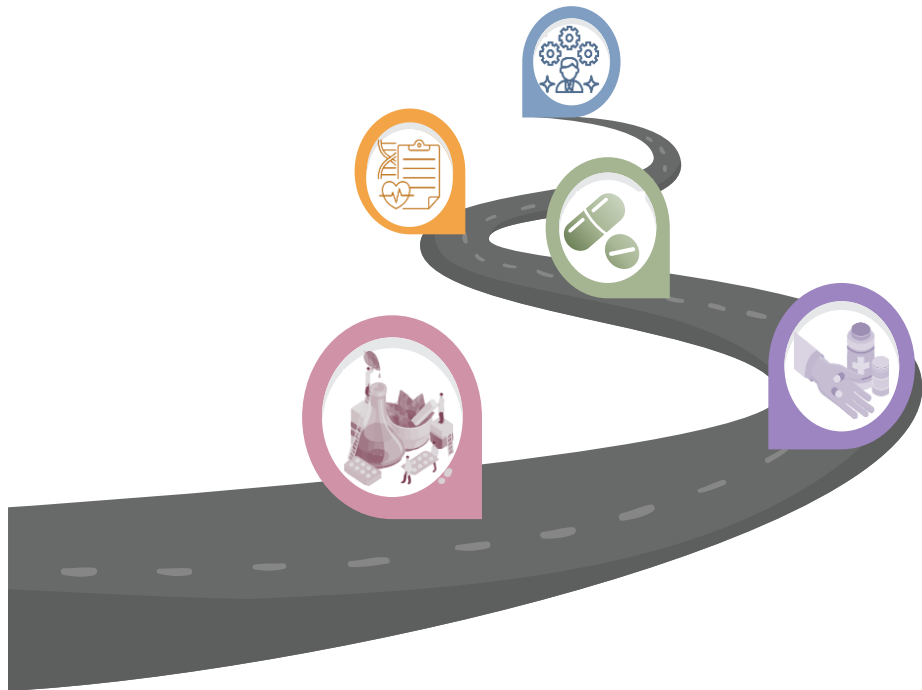
AEMPS

IAARC

ORGANIZA:



Conciliación de la medicación



J. Espauella-Panicot et al. / Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;52(5):278–281
Steinman MA, Hanlon JT. Managing medications in clinically complex elders: There's got to be a happy medium. JAMA. 2010;304:1592–601.
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatencioengerontologiacentradaenlapersona.pdf>

Prescripción de PCC

Reto basado en juicio clínico

Fármaco-indicación

Adecuación del fármaco a la situación concreta de cada paciente

Planteamiento individualizado

Plan terapéutico es el elemento relevante

2010 → Gobierno Vasco

Atención gerontológica centrada en la persona

PRESCRIPCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Modelo de revisión de la medicación que engloba diferentes estrategias en una misma intervención. Se realiza por un equipo multidisciplinar y permite adecuar el plan farmacológico de pacientes con complejidad clínica.

curso

Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Modelo de prescripción centrada en la persona



U curso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:



MOTIVO CONSULTA: Paciente de 58 años, que acude a urgencias por diarrea sin sangre ni moco de 14 días de evolución, asociado a mareo y debilidad

ANTECEDENTES:

- No RAM conocidas
- HTA
- DM tipo 2
- Dislipemia
- Esofagitis eosinofílica con erradicación H. Pylori
- Ictus isquémico hace 1 año
- Apendicectomizado



TRATAMIENTO ACTUAL

- Dutasteride + Tamsulosina
- Omeprazol
- Olmesartan/hidroclorotiazida
- AAS 100
- Amitriptilina
- Lorazepam
- Semaglutida
- Flunarizina
- Zolpidem
- Metformina / Empaglifozina
- Rosuvastatina/Ezetimiba

El paciente estuvo tomando loperamida sin éxito, pautada por su MAP



**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:



EXPLORACIÓN FÍSICA

- Consciente y orientado
- No ictericia
- Disfasia residual
- AP: mvc
- AC: rítmica sin soplos ni roces
- Abdomen blando y depresible, con molestias vagas a la palpación entre vacío-FID, sin peritonismo
- No edemas en MMII
- Tª: 36,5°. Glucemia: 164 mg/dl
- TA: 165/120. Frecuencia cardíaca: 109 l/m
- Saturación O2: 99%

RESULTADOS ANALÍTICOS

- Destaca ligero empeoramiento renal con aumento de Cr= 1,29 mg/dL
- **Hipercalcemia...**

- **COMO NO SE VE BIEN LA ANALÍTICA, SI TE PARECE, PODEMOS PONER AQUÍ LO MÁS SIGNIFICATIVO**



**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**



ORGANIZA:



EXPLORACIÓN FÍSICA

- Consciente y orientado
- No ictericia
- Disfasia residual
- AP: mvc
- AC: rítmica sin soplos ni roces
- Abdomen blando y depresible, con molestias vagas a la palpación entre vacío-FID, sin peritonismo
- No edemas en MMII
- Tª: 36,5°. Glucemia: 164 mg/dl
- TA: 165/120. Frecuencia cardíaca: 109 l/m
- Saturación O2: 99%

RESULTADOS ANALÍTICOS

- Destaca ligero empeoramiento renal con aumento de Cr= 1,29 mg/dL
- Ausencia de leucocitosis y neutrofilia
- Marcadores inflamatorios negativos
- Iones dentro de la normalidad
- Acidosis metabólica leve (pH:7'30, HCO3: 22'5 mEq/L , ABE: - 4 mEq/L)
- Leve hiperlactacidemia



**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**



ORGANIZA:



Caso 1: Antonio 58ã

1. ¿Qué hacemos ahora?

- A. Reponemos fluidos
- B. Añadimos fluoroquinolona
- C. Revisamos efectos adversos de medicación habitual
- D. Pedimos un TAC urgente



Caso 1: Antonio 58ã

1. ¿Qué hacemos ahora?

- A. Reponemos fluidos
- B. Añadimos fluoroquinolona
- C. Revisamos efectos adversos de medicación habitual**
- D. Pedimos un TAC urgente



Caso 1: Antonio 58ã

1. ¿Qué hacemos ahora?

- A. Reponemos fluidos
- B. Añadimos fluoroquinolona
- C. Revisamos efectos adversos de medicación habitual**
- D. Pedimos un TAC urgente



- ❖ **No** parece cuadro **infeccioso**.
No fiebre ni reactantes fase aguda
- ❖ Reinterrogar y búsqueda de últimas **medicaciones** pautadas, así como posibles **interacciones**

Tras revisar fármacos que toma, hay varios que pueden provocar diarrea (rosuvastatina-ezetimiba, semaglutida, olmesartan-hidroclorotiazida, metformina, omeprazol)

Curso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:



Caso 1: Antonio 58 años

1. ¿Qué ha

A. Repon

B. Añadin

C. **Revis**

medic

D. Pedim

DIARREA MEDICAMENTOSA

- Se cambia Olmesartan + Hidroclorotiazida → Por Amlodipino + Ramipril
- Se cambia Rosuvastatina + Ezetimiba → Por Atorvastatina + Ezetimiba

Tras
(rosuvastat

o infeccioso.
ntes fase aguda

queda de
ones pautadas,
interacciones

rea
etformina,

Xcurso

en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Caso 2: Fernando 72ã

- **MOTIVO CONSULTA:** Sudoración profusa con mareo y sensación de desvanecimiento
- **ANTECEDENTES:**
 - Neuropatía óptica
 - Dislipemia
 - Ateromatosis carotídea bilateral con estenosis
- **EXPLORACION FISICA:**
 - TA: 151/59 mm Hg
 - FC: 47 lpm
 - Sat.O2: 94%
- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**
 - ECG: bradicardia sinusal a 40-45 lpm. BAV de primer grado con PR 320 mseg. QS de V1 a V3 con elevación del punto J y del ST cóncavo en el anterior.
 - BQ, hemograma, gasometría y Rx-tórax: sin hallazgos de interés
- **DIAGNOSTICO PRINCIPAL:** Presíncope + bradicardia sinusal

Caso 2: Fernando 72ã

- **TRATAMIENTO HOSPITALARIO:**
 - AAS 100 mg VO c/24h
 - Enoxaparina 40 mg SC c/24h
 - Omeprazol 20 mg VO c/24h
 - Simvastatina 40 mg VO c/24h

2. ¿Cuál es el siguiente paso?

- A. Administrar haloperidol IM
- B. Obtener un listado HFT lo más completo posible
- C. Entrevistar al paciente
- D. Avisar al médico

- **TRATAMIENTO HOSPITALARIO:**

- AAS 100 mg VO c/24h
- Enoxaparina 40 mg SC c/24h
- Omeprazol 20 mg VO c/24h
- Simvastatina 40 mg VO c/24h



Historia farmacoterapéutica (HFT)



Historia clínica



Otras fuentes de información



Entrevista clínica

- La «**mejor historia farmacoterapéutica posible**» es la base sobre la que realizar la conciliación.
- La «**mejor historia**» se diferencia de una historia farmacoterapéutica usual en que requiere **entrevistar** al paciente (o a su familiar) y **revisar** todas las fuentes de información disponibles.
- La conciliación de la medicación se debe realizar mediante un procedimiento **normalizado** y en un **registro** que permita **sistematizar el proceso**.

Curso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:



Caso 2: Fernando 72ã

- **TRATAMIENTO HOSPITALARIO:**

- AAS 100 mg VO c/24h
- Enoxaparina 40 mg SC c/24h
- Omeprazol 20 mg VO c/24h
- Simvastatina 40 mg VO c/24h

- **TRATAMIENTO DOMICILIARIO:**

- AAS 100 mg VO c/24h
- Enoxaparina 40 mg SC c/24h
- Omeprazol 20 mg VO c/24h
- Simvastatina 40 mg VO c/24h
- Condrosurf 400 mg c/12h
- Ferrogradumet 105 mg c/24h
- Arcoxia 90 mg c/24h

3. ¿Están estas discrepancias justificadas?

A. Sí

B. No

Caso 2: Fernando 72ã

- **TRATAMIENTO HOSPITALARIO:**

- AAS 100 mg VO c/24h
- Enoxaparina 40 mg SC c/24h
- Omeprazol 20 mg VO c/24h
- Simvastatina 40 mg VO c/24h

- **TRATAMIENTO DOMICILIARIO:**

- AAS 100 mg VO c/24h
- Enoxaparina 40 mg SC c/24h
- Omeprazol 20 mg VO c/24h
- Simvastatina 40 mg VO c/24h
- Condrosurf 400 mg c/12h
- Ferrogradumet 105 mg c/24h
- Arcoxia 90 mg c/24h

3. ¿Están estas discrepancias justificadas?

A. Sí

B. No

- **TRATAMIENTO HOSPITALARIO:**

- AAS 100 mg VO c/24h
- Enoxaparina 40 mg SC c/24h
- Omeprazol 20 mg VO c/24h
- Simvastatina 40 mg VO c/24h

- **TRATAMIENTO DOMICILIARIO:**

- AAS 100 mg VO c/24h
- Enoxaparina 40 mg SC c/24h
- Omeprazol 20 mg VO c/24h
- Simvastatina 40 mg VO c/24h
- Condrosurf 400 mg c/12h
- Ferrogradumet 105 mg c/24h
- Arcoxia 90 mg c/24h



+ Ganfort® 300 mcg/ml: 1 gota al día en cada ojo Bimatoprost/timolol “Se me ha pasado decírselo a la médica pero, como lo tengo aquí, ahora me lo pondré; que me toca a mediodía”

Xlcurso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:



Caso 2: Fernando 72ã

- **TRATAMIENTO HOSPITALARIO:**
 - AAS 100 mg VO c/24h
 - Enoxaparina 40 mg SC c/24h
 - Omeprazol 20 mg VO c/24h
 - Simvastatina 40 mg VO c/24h
- **TRATAMIENTO DOMICILIARIO:**
 - AAS 100 mg VO c/24h
 - Enoxaparina 40 mg SC c/24h
 - Omeprazol 20 mg VO c/24h
 - Simvastatina 40 mg VO c/24h
 - Condrosurf 400 mg c/12h
 - Ferrogradumet 105 mg c/24h
 - Arcoxia 90 mg c/24h

4. ¿Cuál es la actuación farmacéutica correcta?

- A. Aprobar la decisión del paciente y avisar a enfermería
- B. Comunicar al médico la discrepancia para prescribir/intercambiar por el colirio análogo incluido en GFT
- C. Indicar al paciente y enfermera que no se administre el colirio, e indicar en informe de conciliación la suspensión explícita durante el ingreso

+ **Ganfort® 300 mcg/ml: 1 gota al día en cada ojo Bimatoprost/timolol**

“Se me ha pasado decírselo a la médica pero, como lo tengo aquí, ahora me lo pondré; que me toca a mediodía”

Curso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:



Caso 2: Fernando 72ã

- **TRATAMIENTO HOSPITALARIO:**
 - AAS 100 mg VO c/24h
 - Enoxaparina 40 mg SC c/24h
 - Omeprazol 20 mg VO c/24h
 - Simvastatina 40 mg VO c/24h
- **TRATAMIENTO DOMICILIARIO:**
 - AAS 100 mg VO c/24h
 - Enoxaparina 40 mg SC c/24h
 - Omeprazol 20 mg VO c/24h
 - Simvastatina 40 mg VO c/24h
 - Condrosurf 400 mg c/12h
 - Ferrogradumet 105 mg c/24h
 - Arcoxia 90 mg c/24h

4. ¿Cuál es la actuación farmacéutica correcta?

- A. Aprobar la decisión del paciente y avisar a enfermería
- B. Comunicar al médico la discrepancia para prescribir/intercambiar por el colirio análogo incluido en GFT
- C. Indicar al paciente y enfermera que no se administre el colirio, e indicar en informe de conciliación la suspensión explícita durante el ingreso**

+ **Ganfort® 300 mcg/ml: 1 gota al día en cada ojo Bimatoprost/timolol**

“Se me ha pasado decírselo a la médica pero, como lo tengo aquí, ahora me lo pondré; que me toca a mediodía”

Curso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:



Antidiabéticos

(dosis múltiples diarias e insulina)



Colirios para le glaucoma



Nitratos



Inhaladores

(Agonistas betaadrenérgicos, bromuro de ipratropio y corticosteroides)



Agonistas alfa adrenérgicos

(clonidina, metildopa, etc.)

α

Inhibidores leucotrienos

(montelukast, zafirlukast)



Antiarrítmicos

(Amiodarona, quinidina, disopiramida, dronedarona , etc.)



Betabloqueantes



Inmunosupresores

(MTX, AZA, ciclofosfamida)



Antibióticos y antirretrovirales

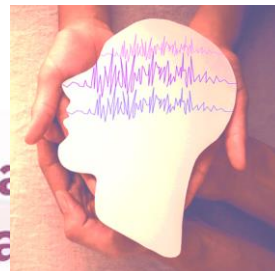


IECA o ARA II

(si dosis múltiple diaria)



Antiepilépticos



Calcioantagonistas



Terapia ocular

La mayoría de los tratamientos oftálmicos pueden absorberse por vía sistémica. La suspensión de la terapia ocular empeorará la patología para la cual está prescrito el tratamiento. Existe la posibilidad de que se produzcan efectos aditivos e hipotensión y/o bradicardia marcada cuando se empleen betabloqueantes junto con un bloqueante de los canales del calcio orales, fármacos deplecionadores de catecolaminas o agentes bloqueantes betaadrenérgicos. Los **betabloqueantes no selectivos** (timolol, carteolol, levobunolol) están **contraindicados** en caso de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, insuficiencia cardiaca no controlada, **bradicardia sinusal** o bloqueo cardiaco.



Curso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Caso 3: Julio 90 ñ

MOTIVO CONSULTA: Paciente 90 años que acude a urgencias por cuadro de edemas en pies desde hace 7-10 días. No otra clínica asociada

ANTECEDENTES

- No RAM conocidas
- HTA
- Dislipemia
- Hiperuricemia
- Insuficiencia renal crónica
- Agenesia renal izquierda
- DM II

EXPLORACIÓN FÍSICA Y ANALÍTICA

TA: 102/63 mmHg

T: 36,3 °C

Sat O2: 98% basal

FR: 20 rpm

FC: 88 lpm.

Cr: 1,3 mg/dl y GF: 41ml/min

MMII → Edemas maleolares sin fovea



Caso 3: Julio 90 ã

MOTIVO CONSULTA
urgencias por
cuadro de edema
asociada
otra clínica

ANTECEDENTES

- No RAM con
- HTA
- Dislipemia
- Hiperuricemia
- Insuficiencia r
- Agenesia renal
- DM II

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Amlodipino

Hidroclorotiazida

Doxazosina

Metformina

Simvastatina

Alopurinol

Diazepam

min
ares



Caso 3: Julio 90 ñ

1. ¿Qué hacemos ahora?

- A. Suspendemos amlodipino
- B. Añadimos Furosemida
- C. Revisamos todo su tratamiento antihipertensivo



Xcurso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Caso 3: Julio 90 ñ

1. ¿Qué hacemos ahora?

A. Suspendemos amlodipino

B. Añadimos Furosemida

C. Revisamos todo su tratamiento antihipertensivo

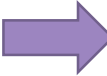

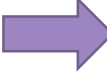


XV curso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



CRITERIOS DE DEPRESCRIPCIÓN	STOPP	MARC	Beers	Less Chron	EU(7)-PRISCUS	AEMPS	
 Bloqueantes α_1 para tratamiento de hipertensión (doxazosina, prazosina, terazosina).							Riesgo de hipotensión ortostática, boca seca, incontinencia urinaria, trastornos de la micción, efectos adversos sobre el SNC (vértigo, somnolencia) y enfermedad cerebrovascular y cardiovascular.
 Diuréticos tiazídicos cuando existe <u>hipopotasemia</u> (potasio sérico < 3,0 mmol/l), <u>hiponatremia</u> (sodio sérico < 130 mmol/l) o <u>hipercalcemia</u> (calcio sérico corregido > 2,65 mmol/l) significativas o con <u>antecedentes de gota</u>							Las tiazidas pueden producir hipopotasemia, hiponatremia, hipercalcemia y gota
 Pacientes con hipertensión, <u>>80 años</u> , con presión sistólica <u><160 mmHg</u> y <u>más de un antihipertensivo</u>							Retirar el que no sea de primera línea. Monitorizar cada 3 meses

Curso

Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Caso 3: Julio 90 ã

- ❖ Cambio de Amlodipino por Bisoprolol
- ❖ Cambio de hidroclorotiazida por Enalapril
- ❖ Intentar suspender Doxazosina
- ❖ Control por su AP a los 3 meses



- ❖ Disminuir **edemas**
- ❖ **Prevenir alteraciones electrolíticas**
- ❖ **Reducir riesgo de hipotensión ortostática**

Caso 4: Gertrudis 52ã

- **MOTIVO CONSULTA:** Acude por episodio de cefalea tipo opresivo de 4h de evolución. Refiere que mientras conducía sufre pérdida súbita de visión binocular con mareo y desorientación asociadas, no episodios previos, no fiebre, no dificultad respiratoria, no dolor torácico, no náuseas, no vómitos, no focalización. Este hecho ocasiona accidente de tráfico leve.
- **ANTECEDENTES:**
 - No RAMc
 - Crisis gotosa
 - Dislipemia (sin tto actual)
 - LMC (anteriormente con imatinib)
 - Situación Basal: IABVD
- **EXPLORACION FISICA:**
 - Física: anodina
 - Neurológica: sin focalidad, ni signos meníngeos. TAC si hallazgos significativos
- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**
 - BQ, hematología: sin hallazgos significativos
- **INTERCONSULTA OFTALMOLOGIA**
 - No presenta patología oftálmica urgente
- **DIAGNOSTICO PRINCIPAL:** Amaurosis

Caso 4: Gertrudis 52ã

- **TRATAMIENTO DOMICILIARIO:**
 - AAS 100 mg VO c/24h
 - Simvastatina 20 mg VO c/24h
 - Alopurinol 300mg c/24h

4. ¿Qué harías tú ahora?

- A. Llamar a la familia para confirmar HFT
- B. Entrevistar a la paciente
- C. Comerte una manzana
- D. Avisar a enfermería y al médico por la toma de AAS

Caso 4: Gertrudis 52ã

- **TRATAMIENTO DOMICILIARIO:**
 - AAS 100 mg VO c/24h
 - Simvastatina 20 mg VO c/24h
 - Alopurinol 300mg c/24h

4. ¿Qué harías tú ahora?

A. Llamar a la familia para confirmar HFT

B. Entrevistar a la paciente

C. Comerte una manzana

D. Avisar a enfermería y al médico por la toma de AAS

Caso 4: Gertrudis 52ã

OBSERVACIÓN DE URGENCIAS:

- 10/08/2020 20:17 → Paciente mujer de 52 años con los antecedentes descritos y TAC sin evidencia de proceso parenquimatoso cerebral, queda en observación para seguimiento y/o observación de nueva aparición de clínica neurológica.
- 11/08/2020 11:22 → Paciente que permanece en Urgencias tras presentar ayer episodio presincope de 2-3 seg de duración con recuperación espontánea y completa sin ninguna secuela neurológica. En PPCC, incluido TAC, no se objetivan alteraciones, tampoco en exploración oftalmológica.

Revisado por farmacia su tto QT: la paciente refiere continuar en tto con **imatinib** y seguimiento por HEM.

Xcurso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

 GENERALITAT
VALENCIANA
Conselleria de Sanitat

 SANT JOAN
D'ALACANT
Hospital d'Urgències

 redfaster
Grup de Treball de Associats
Farmacèutics de l'Organisme de la sefth

ORGANIZA:

 sefh
Societat Espanyola
de Farmacologia Hospitalària

 fefh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

Caso 4: Gertrudis 52ã

OBSERVACIÓN DE URGENCIAS:

- 10/08/2020 20:17 → Paciente mujer de 52 años con los antecedentes descritos y TAC sin evidencia de proceso parenquimatoso cerebral, que ~~se objetiva una lesión parenquimatoso/la observación de una~~ aparición de clínica neurológica.
- 11/08/2020 11:22 → Paciente que perm ~~3 seg de duración con recuperación es~~ incluido TAC, no se objetivan alteracion

Revisado por farmacia su tto QT: la pac HEM.

5. ¿Cuál es el siguiente paso?

- A. Avisar al médico para que prescriba Imatinib
- B. Revisar notas de evolución de CEX HEM + Dispensaciones UFPE
- C. Revisar efectos adversos de Imatinib
- D. By C son correctas

Caso 4: Gertrudis 52ã

OBSERVACIÓN DE URGENCIAS:

- 10/08/2020 20:17 → Paciente mujer de 52 años con los antecedentes descritos y TAC sin evidencia de proceso parenquimatoso cerebral, que ~~se objetiva una lesión parenquimatoso~~ la observación del proceso de aparición de clínica neurológica.
- 11/08/2020 11:22 → Paciente que perm ~~3 seg de duración con recuperación es~~ incluido TAC, no se objetivan alteracion

Revisado por farmacia su tto QT: la pac HEM.

5. ¿Cuál es el siguiente paso?

- A. Avisar al médico para que prescriba Imatinib
- B. Revisar notas de evolución de CEX HEM + Dispensaciones UFPE
- C. Revisar efectos adversos de Imatinib
- D. **B y C son correctas**

La conciliación en urgencias puede ayudar al diagnóstico

Trastornos oculares	
<i>Frecuentes:</i>	Edema palpebral, aumento del lagrimeo, hemorragia conjuntival, conjuntivitis, ojo seco, visión borrosa
<i>Poco frecuentes:</i>	Irritación ocular, dolor ocular, edema orbital, hemorragia escleral, hemorragia retiniana, blefaritis, edema macular
<i>Raras:</i>	Catarata, glaucoma, papiloedema
<i>Frecuencia no conocida:</i>	Hemorragia vitrea*

Curso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

GENERALITAT
VALENCIANA
Comunitat de Sanitat

SANT JOAN
D'ALACANT
Hospital de Urgències

redfaster
Grup de Treball de l'Associació
Farmacèutica i Logística de la SEFH

ORGANIZA:

sefh
Societat Espanyola
de Farmàcia Hospitalària

feh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

OBSERVACIÓN DE URGENCIAS: Imatinib tiene descritas alteraciones visuales como posible efecto secundario frecuente por lo que se comenta el caso con HEM y se propone cambio de tratamiento a la paciente, quien decide retrasar la decisión hasta la próxima cita.

Actualmente estable y asintomática, por lo que se decide alta.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL → PROBABLE EFECTO ADVERSO NO ESPECÍFICO DE FARMACO

DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS → PERTURBACION VISUAL AUTOLIMITADA



**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**



ORGANIZA:



Caso 5: Mercedes 73ã

- **MOTIVO DE CONSULTA** → Acude al servicio de urgencias por dolor torácico de características pleuríticas asociado a disnea y tiritona de 2 días de evolución. Presenta tos con expectoración verdosa. No fiebre termometrada. No otra sintomatología
- **ANTECEDENTES**
 - Exfumadora
 - EPOC → estable, última reagudización hace 7 meses por neumonía basal izquierda que requirió ingreso hospitalario.
 - HTA
 - Dislipemia
 - Diabetes Mellitus Tipo II
 - Fibrilación auricular

- **EXPLORACIÓN FÍSICA**

- TA: 169/84 mmHg
- T: 37 °C
- Sat O2: 91% basal; 98% con GN O2 2lpm
- FR: 24 rpm
- FC: 111 lpm.
- BEG, NC, NP, NH
- AC: Anodina
- AP: MVC con roncus y sibilantes en ambos campos pulmonares.
- MMII sin signos de edema ni TVP
- Rx: Infiltrados bilaterales

- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

- Leucocitos: 15,2 10e9/L
- Neutrófilos: 85,2%
- FR: Ok
- FH: Ok
- PCR: 10,1 mg/dL
- LDH: 300 U/L

- **DIAGNOSTICO PRINCIPAL → Neumonía Adquirida en la comunidad**

- **DESTINO ALTA → Ingreso**

Caso 5: Mercedes 73ã

• TRATAMIENTO DOMICILIARIO

- Ramipril 10 mg c/24h
- Vildagliptina/ Metformina 50/850 mg c/12h
- Simvastatina 40 mg c/24h
- Bisoprolol 5 mg c/24h
- Acenocumarol 1mg c/24h
- Tiotropio 5 mcg c/24h (LAMA)
- Salbutamol 2,5 mcg c/8h (LABA)
- **Montelukast 10 mg c/24h**
- AAS 150 mg c/24h
- Omeprazol 20 mg c/24h

• TRATAMIENTO HOSPITALARIO

- Ramipril 10 mg c/24h
- Pauta insulina según dxt
- Simvastatina 40 mg c/24h
- Bisoprolol 5 mg c/24h
- Ipratropio 40 mcg c/8h
- Salbutamol 2,5 mcg c/8h
- Budesónida 200 mcg c/12h
- **AAS 100 mg c/24**
- Omeprazol 20 mg c/24h
- Levofloxacin 500 mg c/24h
- Ibuprofeno 600mg c/8h

Caso 5: Mercedes 73ã

- **TRATAMIENTO**
 - Ramipril
 - Vildagliptina
 - Simvastatina
 - Bisoprolol
 - Acenocumarol
 - Tiotropio
 - Salbutamol
 - **Montelukast**
 - AAS 150mg
 - Omeprazol
- **PITALARIO**
 - Ibuprofeno 600mg c/8h
 - Paracetamol 500mg c/24h
 - Clonidina 12.5mg dxt
 - Clozapina 150mg c/24h
 - Furosemida 40mg c/24h
 - Digoxina 0.25mg c/8h
 - Nifedipina 30mg c/8h
 - Clozapina 150mg c/12h
 - Clozapina 150mg c/24h
 - Ibuprofeno 600mg c/8h
- **5. ¿Detectas algún error en la conciliación?**
 - A. No
 - B. Si, falta el montelukast
 - C. Si, deben ajustar la dosis de AAS a 150 mg
 - D. B y C son correctas

Global Initiative for
Chronic Obstructive
Lung Disease

2023
REPORT



Global Strategy for the Diagnosis, Management, and
Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease

INITIAL PHARMACOLOGICAL TREATMENT

≥ 2 moderate
exacerbations or ≥ 1
leading to
hospitalization

Group C

LAMA

Group D LAMA or
LAMA + LABA* or
ICS + LABA**

*Consider if highly symptomatic (e.g. CAT > 20)
**Consider if eos ≥ 300

0 or 1 moderate
exacerbations
(not leading to
hospital admission)

Group A

A Bronchodilator

Group B

A Long Acting Bronchodilator
(LABA or LAMA)

mMRC 0-1, CAT < 10

mMRC ≥ 2, CAT ≥ 10

CAT: COPD Assessment Test; eos: eosinophil; ICS: inhaled corticosteroid; LABA: long-acting beta₂-agonist; LAMA: long-acting muscarinic agonist; mMRC: modified British Medical Research Council. Source: Reference 1. Reprinted with permission.

Xurgo

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Global Initiative for
Chronic Obstructive
Lung Disease

2023
REPORT

INITIAL PHARMACOLOGICAL TREATMENT

≥ 2 moderate
exacerbations or ≥ 1
leading to

Group C

LAMA

Group D

LAMA or
LAMA + LABA* or
ICS + LABA**
*Consider if (high) eosinophilic (eos ≥ 300) (CAT > 20)

Los modificadores de leucotrienos (Montelukast) no han sido evaluados adecuadamente en pacientes con EPOC y la **evidencia disponible no respalda su uso.**

Global Strategy for the Diagnosis, Management, and
Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease

CAT: COPD Assessment Test; eos: eosinophil; ICS: inhaled corticosteroid; LABA: long-acting beta₂-agonist; LAMA: long-acting muscarinic agonist; mMRC: modified British Medical Research Council. Source: Reference 1. Reprinted with permission.

Xl curso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



PREVENCIÓN PRIMARIA CON AAS

Use of aspirin to reduce risk of initial vascular events in patients at moderate risk of cardiovascular disease (ARRIVE): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial

J Michael Gaziano, Carlos Brotons, Rosa Coppolecchia, Claudio Cricelli, Harald Darius, Philip B Gorelick, George Howard, Thomas A Pearson, Peter M Rothwell, Luis Miguel Ruilope, Michal Tendera, Gianni Tognoni; the ARRIVE Executive Committee

Los resultados del ensayo ARRIVE no mostraron una superioridad del tratamiento con aspirina frente a placebo, pese a la presencia de múltiples factores de riesgo cardiovascular en los pacientes incluidos.

Xlcurso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

 GENERALITAT
VALENCIANA
Conselleria de Sanitat

 SANT JOAN
D'ALACANT
Hospital General

 redfaster
Grupo de Trabajo de Atención
Farmacológica Urgencias de la sefh

ORGANIZA:

 sefh
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria

 fehf
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

STOPP
MARC
Beers
Leyes Crohn
EL-PRISCU
ABIMS

FÁRMACO

MOTIVO

FÁRMACO	MOTIVO
B01 ANTITROMBÓTICOS	
Ácido acetilsalicílico (AAS) en tratamiento crónico a dosis >100 mg/día	Aumento del riesgo de sangrado sin evidencia de mayor eficacia
AAS con <u>antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica sin uso concomitante de IBP</u>	Riesgo de recurrencia de la úlcera péptica
AAS como <u>prevención primaria de enfermedad cardiovascular</u>	
AAS como <u>prevención primaria con edad avanzada</u> como único factor de riesgo	Aumento del riesgo de sangrado. En pacientes de edad avanzada, el balance beneficio/riesgo es desfavorable.
AAS más <u>clopidogrel, dipyridamol, antagonistas de la vitamina K, anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) en presencia de un riesgo significativo de sangrado</u> (p.ej.: hipertensión grave no controlada, diátesis hemorrágicas, sangrado reciente espontáneo significativo)	Riesgo de sangrado
AAS más <u>clopidogrel</u> para la <u>prevención secundaria del ictus</u> , salvo que el paciente tenga un stent coronario implantado en los 12 meses previos, un síndrome coronario agudo (SCA) o una estenosis carotídea grave y sintomática	No hay evidencia de beneficios respecto al clopidogrel en monoterapia
AAS más <u>clopidogrel</u> como <u>prevención de recurrencias del SCA</u>	Más de 1 año con doble antiagregación: retirar uno de ellos. Monitorización propia SCA. Seguimiento cada 3 meses.
AAS combinado con un <u>antagonista de la vitamina K, ACOD</u> en pacientes con <u>fibrilación auricular (FA) crónica</u>	El AAS no aporta beneficios
<u>Cloistazol</u> en pacientes con <u>insuficiencia cardíaca (IC)</u>	Riesgo de exacerbación de IC y riesgo incrementado de mortalidad
<u>Ticlopidina</u>	Clopidogrel tiene eficacia similar, mayor evidencia y menores efectos adversos
<u>Dipiridamol</u>	Riesgo de hipertensión ortostática. Clopidogrel tiene eficacia similar, mayor evidencia y menores efectos adversos.
<u>Prasugrel</u>	Mayor exposición al metabolito activo de prasugrel
<u>Antiagregante con AINE</u> sin tratamiento profiláctico con IBP	Aumenta el riesgo de enfermedad ulcerosa péptica
<u>Antiagregante con antagonista de la vitamina K, ACOD</u> en pacientes con <u>enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica estables</u>	El tratamiento combinado no aporta beneficios
<u>Antagonista de la vitamina K, ACOD</u> para un <u>primer episodio de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar</u> sin que persistan los factores desencadenantes > 6 meses	No se han demostrado beneficios
<u>Antagonista de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o inhibidor del factor Xa</u> en combinación con AINE	Riesgo de hemorragia digestiva grave



Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
Programa de Optimización e Integración Terapéutica



Guía para la adecuación de prescripciones en personas mayores polimedizadas



2ª Edición
2023

ORGANIZA:



Guía para la adecuación de prescripciones en personas mayores polimedizadas 2ª Edición

licamento cias



STOPP
MARC
Beers
Leyes Crohn
EU-PRISCU
ABIMS

FÁRMACO

MOTIVO

FÁRMACO	MOTIVO
Aspirina (AAS) en tratamiento crónico a dosis >100 mg/día	Aumento del riesgo de sangrado sin evidencia de mayor eficacia
AAS con <u>antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica</u> sin uso concomitante de IBP	Riesgo de recurrencia de la úlcera péptica
AAS como <u>prevención primaria</u> de enfermedad cardiovascular	
AAS como <u>prevención primaria</u> con <u>edad avanzada</u> como único factor de riesgo	Aumento del riesgo de sangrado. En pacientes de edad avanzada, el balance beneficio/riesgo es desfavorable.
AAS, clopidogrel, dipiridamol, antagonistas de la vitamina K, anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) en presencia de un <u>riesgo significativo de sangrado</u> (p.ej.: hipertensión grave no controlada, diátesis hemorrágicas, sangrado reciente espontáneo significativo)	Alto riesgo de sangrado
AAS más clopidogrel para la <u>prevención secundaria del ictus</u> , salvo que el paciente tenga un stent coronario implantado en los 12 meses previos, un síndrome coronario agudo (SCA) o una estenosis carotídea grave y sintomática	No hay evidencia de beneficios respecto al clopidogrel en monoterapia
AAS más clopidogrel como <u>prevención de recurrencias del SCA</u>	Más de 1 año con doble antiagregación: retirar uno de ellos. Monitorización propia SCA. Seguimiento cada 3 meses.
AAS combinado con un antagonista de la vitamina K, ACOD en pacientes con <u>fibrilación auricular (FA) crónica</u>	El AAS no aporta beneficios
Clofazol en pacientes con <u>insuficiencia cardíaca (IC)</u>	Riesgo de exacerbación de IC y riesgo incrementado de mortalidad
Ticlopidina	Clopidogrel tiene eficacia similar, mayor evidencia y menores efectos adversos
Dipiridamol	Riesgo de hipertensión ortostática. Clopidogrel tiene eficacia similar, mayor evidencia y menores efectos adversos.
Prasugrel	Mayor exposición al metabolito activo de prasugrel
Antiagregante con AINE sin tratamiento profiláctico con IBP	Aumenta el riesgo de enfermedad ulcerosa péptica
Antiagregante con antagonista de la vitamina K, ACOD en pacientes con <u>enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica estables</u>	El tratamiento combinado no aporta beneficios
Antagonista de la vitamina K, ACOD para un <u>primer episodio de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar</u> sin que persistan los factores desencadenantes > 6 meses	No se han demostrado beneficios
Antagonista de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o inhibidor del factor Xa en combinación con AINE	Riesgo de hemorragia digestiva grave



Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
Programa de Optimización e Integración Terapéutica



Guía para la adecuación de prescripciones en personas mayores polimedizadas



2ª Edición
2023

ORGANIZA:



Guía para la adecuación de prescripciones en personas mayores polimedizadas 2ª Edición

licamento cias





En la entrevista con la paciente nos indica que **únicamente** se administra los inhaladores **cuando siente falta de aire**, además comprobamos que el **manejo de la técnica no es el correcto.**



LAMA + LABA (Tiotropio + Salmeterol)



Recomendamos suspender Montelukast



Refuerzo en el manejo de inhaladores



Recomendamos suspender AAS

Xl curso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

¿Cómo optimizar?

- Realizar prescripción razonada (diagnóstico preciso y objetivo claro)
- Considerar tratamientos no farmacológicos
- Revisar periódicamente la medicación (incluso sin receta, plantas medicinales)
- Interrumpir terapias innecesarias
- Considerar como Posible Evento Adverso cualquier nuevo síntoma
- Sustituir por alternativas más seguras
- Usar dosis recomendadas en ancianos (fórmulas de aclaramiento renal)
- Monitorizar fármacos problemáticos (Ej. IECAs / ARAII por los iones,...)
- Promover la adherencia al tratamiento

¿Cuándo optimizar?

- En cada nueva prescripción
- En cada prolongación del tratamiento
- Durante un cambio de la situación clínica del paciente
- En cada conciliación de medicamentos, cuando el paciente se traslade en diferentes entornos de atención médica o dentro de un mismo nivel asistencial

Para llevarse a casa



TRASCENDENCIA DEL TRATAMIENTO

Priorizar la seguridad y calidad de la prescripción.



SIEMPRE HAY MARGEN DE MEJORA

Utilización de guías para facilitar la revisión y adecuación de la historia farmacoterapéutica



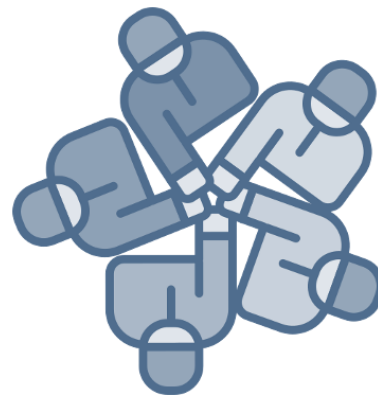
HACER PARTÍCIPE AL PACIENTE

Es imprescindible que el paciente y/o familiares entiendan y comprendan el tratamiento



REGISTRO EN LA HISTÓRIA CLÍNICA

Todos los cambios de tratamiento deben quedar reflejados tanto en la histórica clínica como en la receta electrónica



NECESIDAD DE TRABAR EN EQUIPO
MULTIDISCIPLINARES

Curso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias



✉ zayas_mar@gva.es

🐦 @MartaZayasSoria

✉ zayas_mar@gva.es

🐦 @MartaZayasSoria

XI curso

**Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias**

ORGANIZA:

