

M cargo

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

GIMUR

Taller práctico: CONCILIACIÓN Y ADECUACIÓN de la polifarmacia en las transiciones asistenciales

Javier Martínez Casanova y Ana Suárez-Lledó Grande

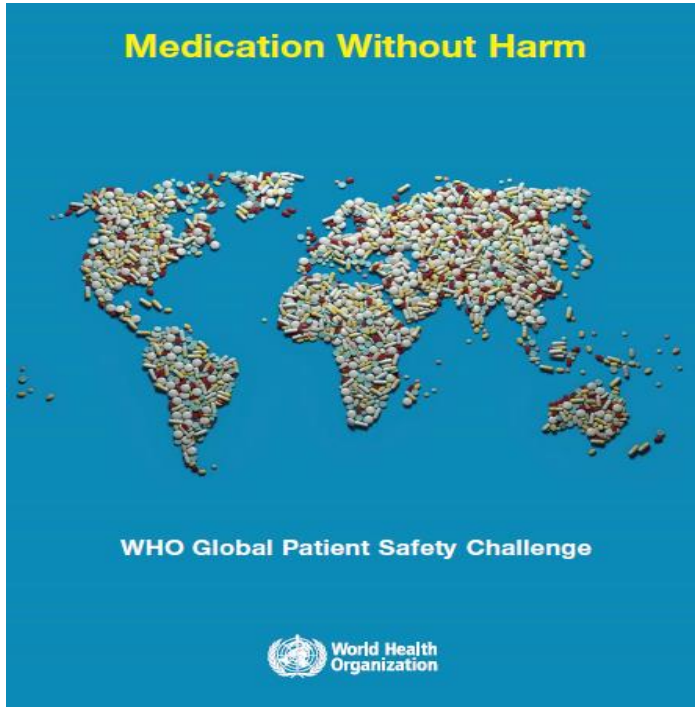
ORGANIZA:



Índice

- Conciliación transasistencial: qué es y criterios
- Modelo de prescripción centrado en la persona: estrategia PCC/MACA
- Caso prácticos

Conciliación transasistencial: introducción



health care. Every year, a significant number of patients are harmed or die because of unsafe health care, resulting in a high public health burden worldwide.

Most of this harm is preventable. Adverse events are now estimated to be the 14th leading cause of morbidity and mortality in the world, putting patient harm in the same league as tuberculosis and malaria (1). The most important challenge in the field of patient safety (see Annex 1) is how to prevent harm, particularly avoidable harm, to patients during their care.

Objetivo

Reducción en un 50% el daño asociado a la medicación en 5 años

Áreas de acción prioritarias

Situaciones de alto riesgo

Polifarmacia

Transición asistencial

XVI curso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Conciliación transasistencial: introducción



Falta integración información entre niveles asistenciales→
errores de medicación en la transición asistencial (al ingreso 87%, al alta 63%)

Discrepancias involuntarias puede ser mayor en el momento del alta que durante el ingreso, donde el paciente está monitorizado.



Personas mayores | multimorbilidad
tratamientos más complejos.
fragilidad

polifarmacia y uso inadecuado de los medicamentos



Prescripciones Potencialmente inapropiadas (PPI)

estrategias para optimizar medicación (ej:
criterios BEERS o STOPP/START)

XVI curso

Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Conciliación transasistencial: ¿qué es?

1. Conciliación

Proceso formal y estandarizado de obtener la **lista completa de la medicación** previa de un paciente (incluyendo los medicamentos que toma sin receta, plantas medicinales y otros productos), **compararla con la prescripción activa**, y analizar y **resolver las discrepancias, duplicidades, omisiones e interacciones** encontradas. Debe realizarse con la participación del paciente/cuidador siempre que sea posible, para valorar su cumplimiento terapéutico

1. Revisión medicación potencialmente inadecuada (Adecuación)

Proceso de revisión y evaluación del **plan terapéutico a largo plazo**, que permite **suspender, sustituir o modificar la dosis** de fármacos, que fueron prescritos adecuadamente, pero que, bajo ciertas condiciones clínicas **pueden considerarse innecesarios o con una relación beneficio-riesgo desfavorable**. Existen diferentes estrategias, las cuales se pueden distinguir según sus métodos de detección en implícitos y explícitos.

Objetivo: **discontinuar lo innecesario, ajustar dosis** de medicamentos prescritos y **añadir lo necesario**.

Conciliación transasistencial: criterios

Criterios	Implícitos	Explícitos	Guías polifarmacia
Definición	Basados en juicio clínico Evalúan cada fármaco individualmente: - indicación - características y estado de la persona - objetivos terapéuticos: expectativa vida	Predefinidos Basados en datos científicos y consensos de expertos. Revisiones dirigidas a fármacos, Evaluado en población concreta	Recogen los criterios anteriormente mencionados y aborda la desprescripción en pacientes ancianos polimedcados
Ejemplos	- Medication Appropriateness Index - The 7-steps medicine review - Model de prescripción centrada en la persona	Medicación potencialmente inadecuada en ancianos • Criterios Beers • Criterios STOPP-START • Lista EU -PIM • PRISCUS • Proyecto MARC • LESS-CHRON criteria Medicación con carga anticolinérgica • Anticholinergic Burden Scale • CRIDECO: Anticholinergic Load Scale Medicación asociada a riesgo de caídas • STOPP Fall Criteria • Fall risk increasing drugs and falls Medicación inadecuada en paciente paliativo • STOPP Frail Medicación con riesgo de alargar el intervalo QT • CREDIBLEMEDS®	Polypharmacy Guidance, Realistic Prescribing Polypharmacy in older people. A guide for healthcare professionals Guía para la adecuación de prescripciones en personas mayores polimedcadas

XIII curso

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

ORGANIZA:



Conciliación transasistencial: guías polifarmacia

All Wales Medicines Strategy Group

Table 6. Medicines that can increase the risk of falls which should be taken into consideration when undertaking a medication review and/or when prescribing new medicines¹⁰

Red (High risk)*
Alpha blockers: Alfuzosin, doxazosin, indoramin, prazosin, tamsulosin, terazosin
Angiotensin converting enzyme inhibitors: Captopril, enalapril, lisinopril, perindopril, ramipril, trandolapril
Antianginals: Glyceryl trinitrate, isosorbide mononitrate, nicorandil
Antiepileptics: Carbamazepine, phenobarbitone, phenytoin
Anti-psychotics: Chlorpromazine, fluphenazine, haloperidol, olanzapine, quetiapine, risperidone
Benzodiazepines
Beta blockers: Atenolol, bisoprolol, carvedilol, metoprolol, propranolol, sotalol, timolol eye drops
Centrally acting alpha 2 receptor agonists: Clonidine, moxonidine
Dopamine agonists**: Pramipexole, ropinirole
Monoamine oxidase inhibitors: Isocarboxazid, phenelzine, tranylcypromine
Monoamine oxidase B inhibitors**: Selegiline
Opioids
Sedating antidepressants: Amitriptyline, citalopram, desipramine, doxepin, imipramine, lofepramine, mianserin, mirtazapine, nortriptyline, trazodone, trimipramine
Serotonin reuptake inhibitors: Duloxetine, venlafaxine
Thiazide diuretics: Bendroflumethiazide, chlorthalidone, metolazone
Z drugs: zopiclone/ zolpidem

Orange (Medium risk)*
Angiotensin receptor blockers: Candesartan, irbesartan, losartan, omesartan, telmisartan, valsartan
Antidysrhythmic: Amiodarone, digoxin, flecainide
Anti-epileptics: Gabapentin, sodium valproate
Calcium channel blockers: Amlodipine, diltiazem, felodipine, lercanidipine, nifedipine, verapamil
Loop diuretics: Bumetanide, furosemide
Muscle relaxants: Baclofen, dantrolene
Selective serotonin reuptake inhibitors: Citalopram, fluoxetine, paroxetine, sertraline
Yellow (Possible risk)*
Acetylcholinesterase inhibitors: Donepezil, galantamine, rivastigmine
Antiepileptics: Lamotrigine, levetiracetam, pregabalin, topiramate
Antipsychotics: Prochlorperazine
Antihistamines: Cinnarizine, chlorphenamine, hydroxyzine, promethazine, trimiprazine
Anticholinergics: Oxybutynin, solifenacin, tolterodine

* This is not a fully comprehensive list. It is intended to raise awareness of the types of drugs that cause falls. Other drugs may cause falls in certain circumstances in certain patients.
 ** Do not change these Parkinson's medications without the advice of a specialist

For further details on how the individual medication groups within the table cause falls, see [Medicines and Falls in Hospital: Guidance Sheet \(Dixon et al 2011\)¹⁰](#).

Table 7. Anticholinergic effect on cognition (AEC) scores of prescribed medications¹⁰

Drugs with AEC score of 0	Drugs with AEC score of 1	Drugs with AEC score of 2	Drugs with AEC score of 3
Alprazolam Amlodipine Amoxicillin Aspirin Atenolol Atorvastatin Bupropion Cephalaxin Cetirizine Chlorthalidopoxide Cimetidine Ciprofloxacin	Lorazepam Losartan Lovastatin Lurasidone Meloxicam Metoclopramide Metoprolol Moclobemide Morphine Naproxen Omeprazole Paracetamol	Amiodarone Aniprazole Bromocriptine Carbamazepine Citalopram Diazepam Domperidone Fentanyl Fluoxetine Fluphenazine Hydroxyzine Ioperidone	Amantadine Chlorphenamine Desipramine Dicycloverine Dicyclomine Dimenhydrinate Diphenhydramine Doxipramine Levomepromazine Olanzapine Paroxetine Pethidine
Clopidogrel Darifenacin Difenfenac Diltiazem Enalapril Entacapone Fexofenadine Fluvoxamine Furosemide Gabapentin Glucicazide Haloperidol Ibuprofen	Pantoprazole Pravastatin Rabeprazole Ranitidine Risperidone Rosiglitazone Simvastatin Theophylline Thyroxine (levothyroxine) Tramadol Trazodone Trimethoprim Trospium Venlafaxine Valproate Warfarin Ziprasidone Zolpidem	Pimozide Prochlorperazine Promazine Propantheline Quetiapine Tolerodine Orphenadrine Oxybutynin Procyclidine Promethazine Trihexyphenidyl (benzhexol) Trimipramine	

- fármacos que pueden agravar el riesgo de caídas según gravedad
- efecto de la carga colinérgica de los medicamentos sobre la cognición

<https://awttc.nhs.wales/files/guidelines-and-pils/polypharmacy-in-older-people-a-guide-for-healthcare-professionalspdf/>

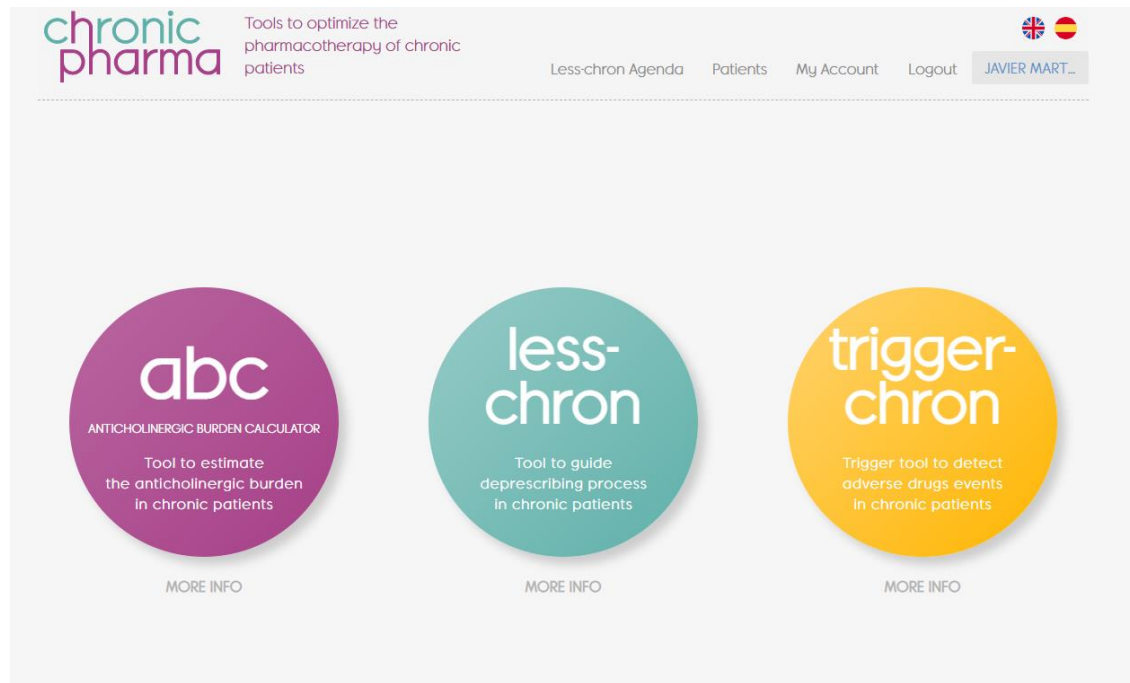
curso

Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Conciliación transasistencial: herramientas



<https://chronic-pharma.com/>

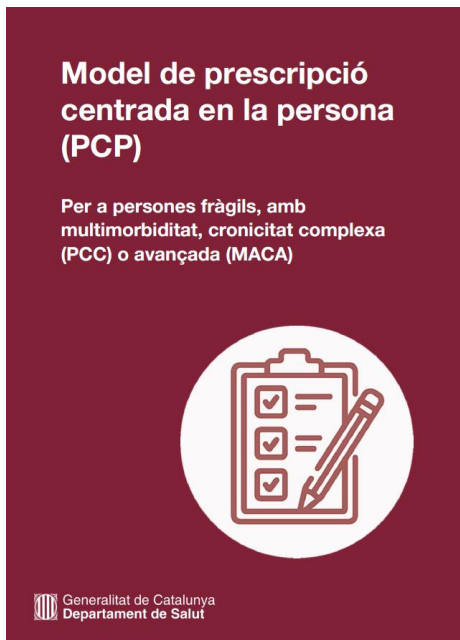
XVI curso

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

ORGANIZA:



Modelo de prescripción centrado en la persona: estrategia PCC/MACA de Catsalut



Índex

Resum Visual	6
1. Introducció	7
1.1 Bases conceptuals.....	7
1.2 Eines per a l'adequació de la prescripció.....	9
2. Model de Prescripció Centrada en la Persona (PCP).....	11
2.1 Necessitat d'una prescripció centrada en la persona.....	11
2.2 Etapes del model de prescripció centrada en la persona.....	14
2.2.1 Valoració centrada en la persona	14
2.2.2 Valoració centrada en la persona	14
2.2.3 Valoració centrada en el fàrmac	15
2.2.4 Proposta d'un pla farmacològic individualitzat	16
2.3 Criteris utilitzats per considerar un prescripció inadequada. Situacions específiques.....	16
2.3.1 En persones en situació de final de vida.....	16
2.3.2 Diabetis mellitus tipus 2 (DM2)	17
2.3.3 Hipertensió arterial (HTA)	19
2.3.4 Dislipèmia	20
2.3.5 Insuficiència cardíaca	20
2.3.6 Demència.....	21
2.3.7 Dolor	22
2.3.8 Osteoporosi	23
2.3.9 Incontinència urinària.....	23
2.4 Experiència d'utilització del Model PCP i elements per a la seva escalabilitat.....	24
3. Exemples	25
3.1 Cas 1.....	25
3.2 Cas 2.....	33
4. Bibliografia	39

XVI curso

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

ORGANIZA:



Modelo de prescripción centrado en la persona: estrategia PCC/MACA de Catalunya

Resum visual Model de PCP (Prescripció Centrada en la Persona)

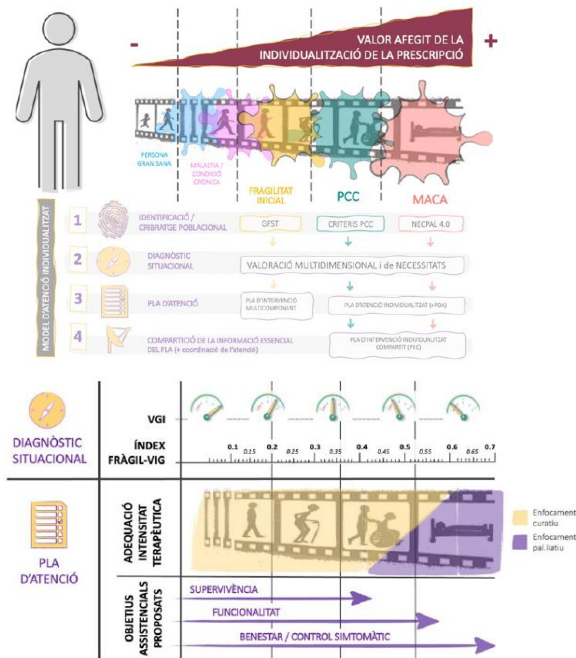
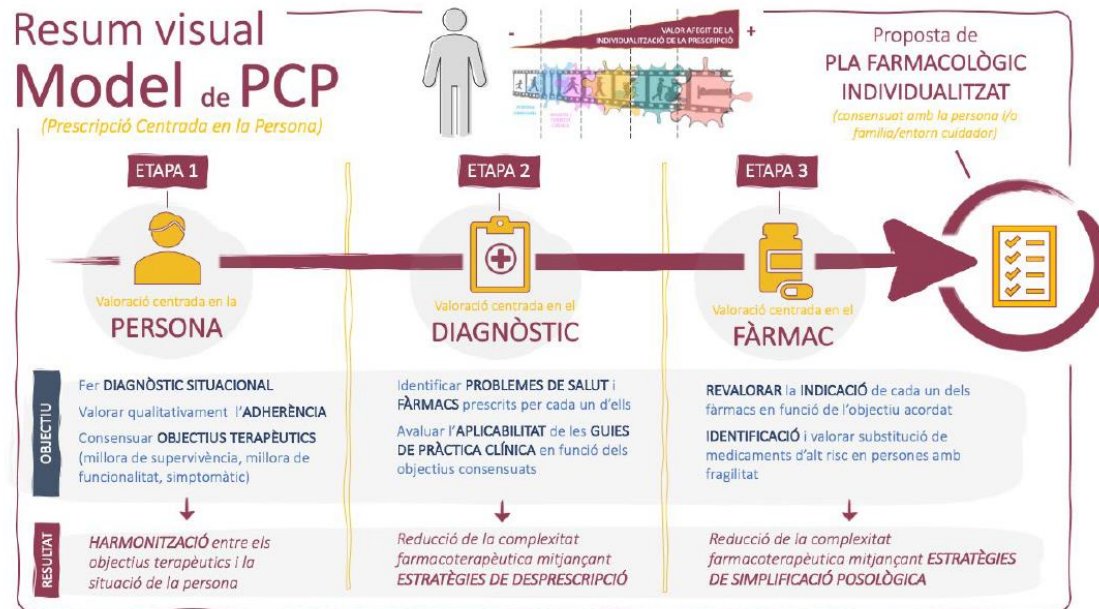


Figura 5: objectiu terapèutic de cada persona segons el diagnòstic situacional³²

XVI curso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

ORGANIZA:

sefh
Sociedad Española
de Farmacología Hospitalaria

feh
Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

redfaster
Grupo de Trabajo de Atención
Farmacológica Urgencias de la sefh

Modelo de PCP: estrategia PCC/MACA de Catalunya

En personas en situación de final de vida

- A 12-24 meses de vida aproximadamente (NECPAL CCOMS-ICO©48),
- Revalorar la indicación de fármacos prescritos con objetivo de mejorar la supervivencia:
 - 1) Valorar la **retirada** de fármacos con objetivo de **prevención 1ª** (ej:estatinas sin DLP)
 - 2) Individualizar los fármacos con objetivo de **prevención 2ª** (riesgo de sufrir un evento vs esperanza de vida)

*Pueden ser de utilidad: **criterios STOPPFrail**



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



Modelo de PCP: estrategia PCC/MACA de Catalunya

En pacientes con DM2

- **OBJETIVO TERAPÉUTICO:** HbA1c individualmente según necesidades y características del paciente*

*objetivos menos estrictos en pacientes con corta esperanza de vida, control sintomático (MACA).

- **OBJETIVO CUALITATIVO:** Elección del fármaco en base a beneficio/riesgo para objetivo terapéutico.

SITUACIÓ BASAL PERSONA	OBJECTIU TERAPÈUTIC (MODEL PCP)	OBJECTIU GLICÈMIC QUALITATIU	OBJECTIU GLICÈMIC QUANTITATIU
Persones d'edat avançada amb bon estat de salut , bona funcionalitat i estat cognitiu preservat. Poques comorbiditats i esperança de vida prolongada.	Perllongar la supervivència	Els objectius poden ser similars als dels adults joves amb DM2	HbA1c: 7 - 7,5%
Persones d'edat avançada amb fragilitat lleu/moderada (certa dependència funcional, deteriorament cognitiu,...)	Mantenir la funcionalitat	Evitar principalment els episodis d'hipoglicèmia i hiperglicèmia simptomàtics	HbA1c: 7-8%
Persones d'edat avançada en situació de final de vida (MACA)	Prioritzar el tractament simptomàtic	Preservar la qualitat de vida i evitar els episodis d'hiperglucèmia simptomàtica i d'hipoglucèmia	HbA1c < 8,5% Evitar la dependència d'A1c en les situacions més avançades

Taula 1: Objectiu terapèutic proposat en DM2 segons la situació basal de cada persona.

Modelo de PCP: estrategia PCC/MACA de Catalunya

En pacientes con DM2

Fàrmac/grup farmacològic	Eficàcia en la reducció de l'HbA1C	Risc d'hipoglucèmia
Metformina	Alta	Molt baix
Sulfonilurees	Alta	Moderat/alt
Pioglitazona	Alta	Molt baix
Repaglinida	Alta	Moderat/baix
Inhibidors DPP4	Mitjana	Baix
Agonistes GLP-1	Alta	Baix
Inhibidors SGLT2	Mitjana	Molt baix
Insulina	Molt alta	Alt

Taula 2: Eficàcia en la reducció de l'HbA1C i el risc d'hipoglucèmia associat a cada grup d'hipoglucemiant (basat en les pautes d'harmonització)⁵⁵



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

ORGANIZA:



Modelo de PCP: estrategia PCC/MACA de Catalunya

En pacientes con HTA

Menor evidencia en cuanto a cifras objetivo: **PA <140/90mmHg → riesgo caídas**

Paciente Frágil	Objetivo PA S entre 130mmHg-160mmHg
Paciente MACA	si PA S <130mmHg → reducir o retirar tto HTA*
	*βbloqueantes verificar que no traten otra condición como IC, FA

Modelo de PCP: estrategia PCC/MACA de Catalunya

En pacientes con Dislipemia

En ≥ 75 años: cuestionar si prevención 1ª o 2ª, FRCV, esperanza vida, objetivos.

En general, se recomienda retirar hipolipemiante si:

Paciente no MACA	- toxicidad o contraindicación, - interacciones, - desnutrición, - colesterol total $<150\text{mg/dL}$
Paciente MACA	Si prevención 1ª: retirar siempre
	Si prevención 2ª individualizar según el riesgo de otro evento (FRCV)

Modelo de PCP: estrategia PCC/MACA de Catalunya

En pacientes con Insuficiencia Cardíaca

- Posibilidad de coexistir con otras patologías: **FA, ERC, HTA y anemia**.
 - Falta de evidencia de uso de las novedades en gente más añosa (**excluidos EECC**)
 - Nuevos ttos (sacubitril/valsartán o iSGLT2)→**RAM**: depleción volumen, hipota
-
- ❖ Pacientes de edad avanzada y frágiles son más vulnerables a descompensaciones y RAM→ **evaluar casos individualmente**
 - ❖ **OBJETIVO TERAPÉUTICO MACA**: control de la **sintomatología** (disnea, dolor...) con diuréticos. Facilitar calidad de vida y favorecer la adherencia

Modelo de PCP: estrategia PCC/MACA de Catsalut

En pacientes con Demencia



3 tips:

- Evitar fármacos con carga anticolinérgica:
 - favorece det. cognitivo y neuroPSQ
 - interfiere en la act. Inh. Acetilcolinesterasa
- En Enf. Alzheimer avanzada → retirar fármacos específicos por falta de respuesta
- Tratamiento con antipsicóticos crónicos: **retirada progresiva** en insomnio (NO indicado) o por alteración de la conducta en pacientes estables > 3 meses

Table 7. Anticholinergic effect on cognition (AEC) scores of prescribed medications²⁹

Drugs with AEC score of 0		Drugs with AEC score of 1	Drugs with AEC score of 2	Drugs with AEC score of 3
Alprazolam	Lorazepam	Amiodarone	Amantadine	Alimemazine (trimeprazine)
Amlodipine	Losartan	Aripiprazole	Chlorphenamine	Amitriptyline
Amoxicillin	Lovastatin	Bromocriptine	Desipramine	Atropine
Aspirin	Lurasidone	Carbamazepine	Dicyclanide (dicyclomine)	Benztrapine
Atenolol	Meloxicam	Citalopram	Dimenhydrinate	Chlorpromazine
Atorvastatin	Metoclopramide	Diazepam	Diphenhydramine	Clemastine
Bupropion	Metoprolol	Domperidone	Disopyramide	Clomipramine
Cephalexin	Moclobemide	Fentanyl	Levomopromazine	Clozapine
Cetirizine	Morphine	Fluoxetine	Olanzapine	Cyproheptadine
Chlordiazepoxide	Naproxen	Fluphenazine	Paroxetine	Dothiepin (dosulepin)
Cimetidine	Omeprazole	Hydroxyzine	Pethidine	
Ciprofloxacin	Paracetamol	Iloperidone		
Clopidogrel	Pantoprazole	Lithium	Pimozide	Doxepin
Darifenacin	Pravastatin	Mirtazapine	Prochlorperazine	Hyoscine hydrobromide
Diclofenac	Propranolol	Perphenazine	Promazine	Imipramine
Diltiazem	Rabeprazole	Prednisolone	Propantheline	Lofepamine
Enalapril	Ranitidine	Quinidine	Quetiapine	Nortriptyline
Entacapone	Risperidone	Sertaline	Tolterodine	Orphenadrine
Fexofenadine	Rosiglitazone	Solifenacin	Trifluoperazine	Oxybutynin
Fluvoxamine	Simvastatin	Temazepam		Procyclidine
Furosemide	Theophylline			Promethazine
Gabapentin	Thyroxine (levothyroxine)			Trihexyphenidyl (benzhexol)
Gliclazide	Tramadol			Trimipramine
Haloperidol	Trazodone			
Ibuprofen	Trimethoprim			
Ketorolac	Trospium			
Lamotrigine	Levofloxacin			
Levodopa	Valproate			
Lisinopril	Warfarin			
Loperamide	Ziprasidone			
Loratadine	Zolpidem			



Gestión Integral del Medicamento en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Modelo de PCP: estrategia PCC/MACA de Catsalut

En pacientes con Osteoporosis

MACA: Se recomienda **suspender los suplementos de calcio y vitamina D**, así como fármacos **osteoporóticos** por poco beneficio a corto tiempo.

En pacientes con Incontinencia Urinaria:

Fármacos anticolinérgicos: Se recomienda **retirar por** contribuir a la **carga anticolinérgica**.

Mirabegron: no carga anticolinérgica asociada, pero precaución en pacientes con HTA

XIII curso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



Modelo de PCP: CARMEN



Situación socio-funcional

Carmen, 88 años. A penas sale de casa y sólo recorre distancias cortas con caminador porque se ahoga. Requiere ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. Tiene incontinencia urinaria. No constan datos de deterioro cognitivo. Hijos manifiestan que ha presentado varias caídas en los últimos meses.

Antecedentes

HTA, DLP, insuficiencia renal crónica con anemia secundaria, cardiopatía isquémica (hace 10 años), IC FEVI reducida (descompensaciones recientes), FA, gonartrosis.

Medicación habitual

omeprazol 20 mg/día, AAS 100 mg/día, furosemida 40 mg/12 h, bisoprolol 2,5mg/día, enalapril 5mg/12 h, digoxina 0,25mg 1 comp/día, lorazepam 1 mg/noche, nitroglicerina (NTG) parche 15 mg/día, simvastatina 20 mg/día, acenocumarol 4 mg según pauta, ibuprofeno 600 mg/12 h.

Modelo de PCP: CARMEN



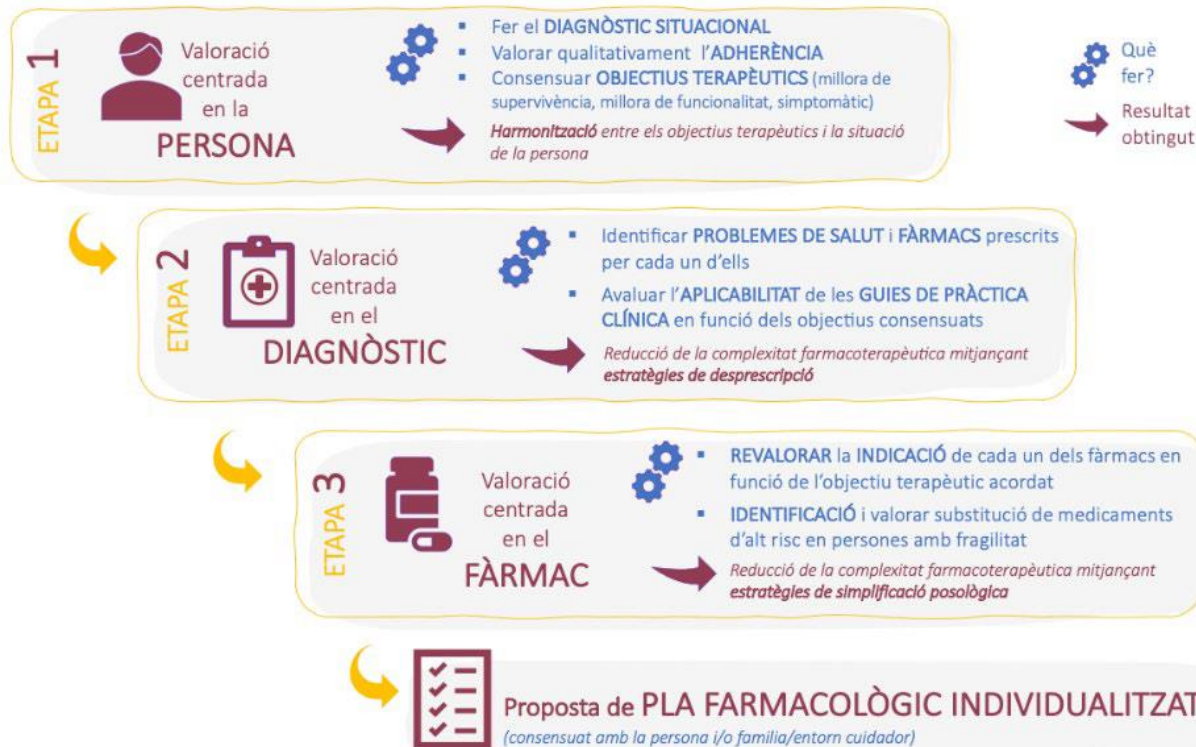
Motivo ingreso

Descompensación de insuficiencia cardíaca.

Exploraciones clínicas:

- PA media últimas determinaciones: 112/75. Frecuencia ventricular media(FVM): 62x'.
- Ecocardiografía: dilatación severa en ventrículo izdo, fracción de eyección (FE): 25%.
- Analítica reciente (resultados similares a basales): Hb 12,5 g/dL, creat 2,38 mg/dL (filtrado glomerular (FG) 19 mL/min), Na 140 mEq/L, K 4,2 mEq/L, colesterol total (CT) 132 mg/dL, colesterol-LDL 55 mg/dL.

Modelo de PCP



XVI curso

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

ORGANIZA:



Modelo de PCP: CARMEN

1 - Valoración centrada en la persona

- Diagnóstico situacional



Situación final de vida

- Objetivo terapéutico

Priorizar bienestar y control sintomático

Mantener buen grado de funcionalidad

Bajo beneficio de fármacos orientados a supervivencia

- Valorar adherencia



Modelo de PCP: CARMEN

2 - Valoración centrada en el diagnóstico

Patología	Fármacos	Comentario	Recomendación
IC FEVI reducida	Furosemida 40mg/12h	Mal control sintomático	Aumento dosis furosemida Añadir morfina
	Bisoprolol 2,5mg/24h		
	Enalapril 5mg/12h		
Cardiopatía isquémica	AAS 100 mg/24h	Rx sangrado en ACO + AAS >1 año	Suspensión AAS
	Omeprazol 20mg/24h		
	NTG parche 15mg/24h		
ERC		Retirar fármacos nefrotóxicos o contraindicados	Retirar enalapril e ibuprofeno
HTA	Furosemida 40mg/12h	Rx de caída: TA registradas < TA objetivo + no eventos isquémicos recientes	Reducir o suspender NTG Retirar enalapril (ERC)
	Bisoprolol 2,5mg/24h		
	Enalapril 5mg/12h		
	NTG parche 15mg/24h		



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

ORGANIZA:



Modelo de PCP: CARMEN

2 - Valoración centrada en el diagnóstico

Patología	Fármacos	Comentario	Recomendación
DLP	Simvastatina 20mg/24h	CT < 150 mg/dl se asocia a malnutrición	Retirar simvastatina
FA crónica	DGX 0,125mg/24h	Riesgo toxicidad por DGX en ERC	Retirar DGX y valorar aumento de biso según FC
	Bisoprolol 2,5mg/24h		
	Acenocumarol segun pauta		
Gonartrosis	Ibuprofeno 600mg/12h	AINES CI en ERC e IC	Retirar AINE y valorar paracetamol u opioide
Insomnio	Lorazepam 1mg/24h	Riesgo de adicción, caídas y deterioro cognitivo	Disminuir dosis a mínima eficaz
Caídas		Descartar causa farmacológica de caídas (cardiovasculares, psicótropos, carga anticolinérgica)	Mínimizar el uso de fármacos con rx de caídas



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

ORGANIZA:



Modelo de PCP: CARMEN

3 - Valoración centrada en el fármaco

- Ajuste de dosis de fármacos a IR e IH
- Valoración de potenciales interacciones y duplicidades
- Revalorar la indicación de fármacos con mayor riesgo iatrogénico



- AAS
- Acenocumarol
- Lorazepam
- AntiHTA: Furosemida, bisoprolol, enalapril, NTG
- Opiáceos: morfina
- AINE
- Digoxina

Modelo de PCP: CARMEN

4 – Propuesta plan farmacoterapéutico

1

Prevención
primaria

Omeprazol
Acenocumarol



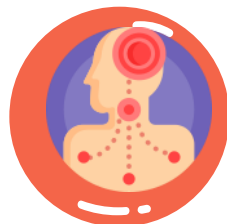
Etiológico

Bisoprolol
Enalapril
NTG parche

2

Prevención
secundaria

AAS
Simvastatina



Sintomático

Lorazepam
Ibuprofeno
Digoxina
Furosemida

1

Prevenir iatrogenia

Retirar AAS, enalapril,
digoxina, ibuprofeno
Bajar dosis de lorazepam

2

Resto retiradas

Retirar simvastatina,
NTG, AAS

3

Inicio

Morfina para disnea y
gonartrosis (lactulosa
para prevenir
estreñimiento)

XIII curso

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

ORGANIZA:



Modelo de PCP: FRANCISCO



Situación socio-funcional

Francisco, 78 años, vive con su mujer. Sale cada día a la calle con su esposa. Necesita ayuda para ducharse y afeitarse. Autónomo para el resto de las actividades básicas de la vida diaria. Hace 3 meses tuvo una gastroenteritis que le condujo a un síndrome confusional y desde entonces toma risperidona.

Antecedentes

HTA, DM2, DLP, EPOC sin exacerbaciones hace más de 3 años, demencia vascular con parkinsonismo secundario. Ictus hace 5 y 8 años.

Modelo de PCP: FRANCISCO



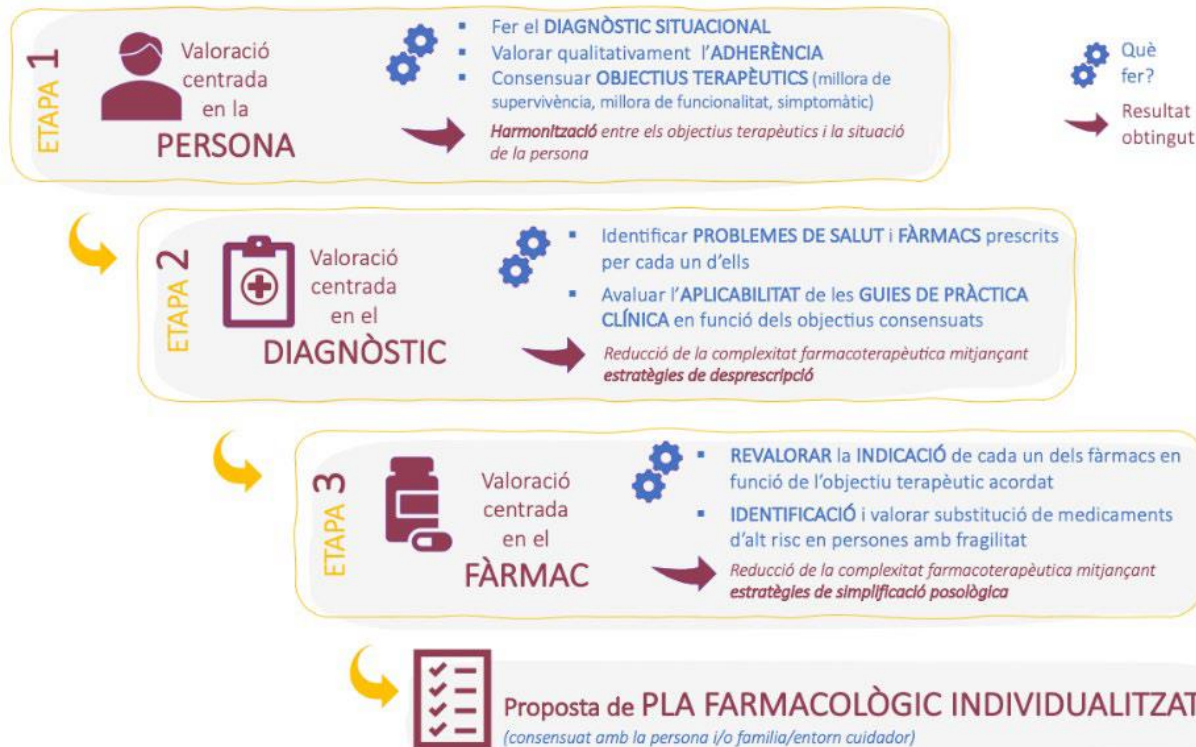
Exploraciones clínicas

- PA media en las últimas determinaciones: 110/65. Frecuencia cardíaca (FC) 70x'.
- Analítica reciente (resultados similares a basales): Hb 12,8 g/dL, creat 1,52 mg/dL (FG 46 ml/min), Na 140 mEq/L, K 4,2 mEq/L, CT 200 mg/dL, colesterol-LDL 110 mg/dL, Hb glicosilada (A1C) 6,1%

Medicación habitual

Omeprazol 20 mg/día, AAS 100 mg/día, salbutamol 2 inh/6h, bromur de ipratropio 2 inh/6h, budesonida 200 mcg/12h, doxazosina 4 mg/12h, risperidona 0,5 mg/12h, paracetamol 1 g/12h, simvastatina 20 mg/día, insulina glargina 16 UI/nit, insulina humana rapida si precisa.

Modelo de PCP



XVI curso

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

ORGANIZA:



Modelo de PCP: FRANCISCO

1 - Valoración centrada en la persona

- Diagnóstico situacional



Fragilidad moderada

- Objetivo terapéutico

Priorizar funcionalidad

Grado intermedio entre supervivencia y control sintomático

- Valorar adherencia



Modelo de PCP: FRANCISCO

2 - Valoración centrada en el diagnóstico

Patología	Fármacos	Comentario	Recomendación
EPOC	Salbutamol 2 inh/6h Bromuro ipratropio 2inh/6h Budesonida 200mcg/12h	Múltiples inhaladores (complejo) Short-acting no adecuados en mantenimiento. Corticoides inh sólo en fenotipo exacerbador	Suspensión de budesonida Cambio a LABA+ LAMA en un solo inhalador
Demencia vascular / Síndrome confusional	AAS 100 mg/24h Omeprazol 20mg/24h Risperidona 0.5mg/12h	Síndrome confusional resuelto. Antipsicóticos asociados a mortalidad en pacientes ancianos con demencia	Retirar risperidona y valorar quetiapina (menor rx extrapiramidal)
HTA	Doxazosina 4mg/12h	Bloqueantes alfa-1: rx hipotensión ortostática	Retirada doxazosina y valorar IECA si fuera necesario



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

ORGANIZA:



Modelo de PCP: FRANCISCO

2 - Valoración centrada en el diagnóstico

Patología	Fármacos	Comentario	Recomendación
DM2	Insulina glargina 20UI/noche	A1C < a objetivo + insulina regular alto riesgo hipoglucemiante	Retirada de insulina regular + reducción glargina o sustitución por ADO
	Insulina regular sp		
DLP	Simvastatina 20mg/24h	Alto rx cv (DM, enf cerebrovascular) y cifras colesterol en rango	
Dolor	Paracetamol 1g/12h		

Modelo de PCP: FRANCISCO

3 - Valoración centrada en el fármaco

- Ajuste de dosis de fármacos a IR e IH 
- Valoración de potenciales interacciones y duplicidades 
- Revalorar la indicación de fármacos con mayor riesgo iatrogénico



- AAS
- Insulina regular
- Insulina glargina
- Doxazosina
- Risperidona

Modelo de PCP: FRANCISCO

4 – Propuesta plan farmacoterapéutico

Etiológico

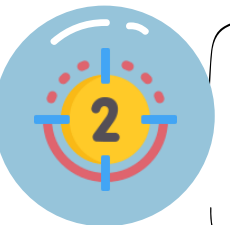


Prevención primaria

Omeprazol

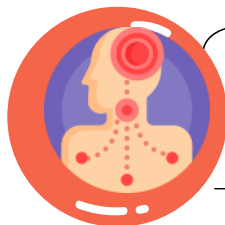


Salbutamol
Ipratropio
Budesonida
Doxazosina
Ins glargina
Ins regular



Prevención secundaria

AAS
Simvastatina



Sintomático

Risperidona
Paracetamol

Prevenir iatrogenia



- Retirar doxazosina e insulina regular
- Reducción insulina glargina
- Retirada progresiva risperidona



Resto retiradas

- Retirar salbutamol y budesonida



Inicio

- Valorar inhalador LABA + LAMA
- Valorar IECA

XIII curso

Gestión Integral del Medicamento
en los servicios de URgencias

ORGANIZA:



CONCLUSIONES

Riesgo caídas,
riesgo cv,
descompensa
ción IC...

Guías
clínicas: IC,
ERC, SCA,
ASMA,
EPOC...

Entrevista

Interaccio
nes

Ajustes en
IH IR

Indicación

Historial
prescripciones,
visitas diferentes
especialistas,
centros,
alergias...

Carga
anticolinér
gica

Objetivos
terapéutico
s del
paciente

Medicación
inadecuada
ancianos



XVI curso



RECOMENDACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

ORGANIZA:



Bibliografía

1. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Recomendaciones de prácticas seguras en la conciliación de la medicación al alta hospitalaria en pacientes crónicos. Agencia Calid del Sist Nac Salud - Minist sanidad, Consum y bienestar Soc. 2019;1–64.
3. Panel UE. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;71(7):2052–81.
4. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkinger M, Beuscart JB, Onder G, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med [Internet]. 2023;14(4):625–32. Available from: <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777->
5. All Wales Medicines Strategy Group. Polypharmacy in older people: A guide for healthcare professionals. March 2023.
6. Renom-Guiteras A, Meyer G, Thürmann PA. The EU(7)-PIM list: A list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. Eur J Clin Pharmacol. 2015;71(7):861–75.
7. Mann NK, Mathes T, Sönnichsen A, Pieper D, Klager E, Moussa M, et al. Potentially Inadequate Medications in the Elderly: PRISCUS 2.0. Dtsch Arztebl Int. 2023;120(1–2):3–10.
8. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Proyecto MARC. Elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para pacientes crónicos. 2015;
9. Rodríguez-Pérez A, Alfaro-Lara ER, Sierra-Torres MI, Villalba-Moreno Á, Nieto-Martin MD, Galván-Banqueri M, et al. Validation of the LESS-CHRON criteria: Reliability study of a tool for deprescribing in patients with multimorbidity. Eur J Hosp Pharm . 2019;26(6):334–8.
10. Seppala LJ, Petrovic M, Ryg J, Bahat G, Topinkova E, Szczerbinska K, et al. STOPPFall (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk): a Delphi study by the EuGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing Drugs. Age Ageing. 2021;50(4):1189–99.
11. Eva Delgado-Silveiraa, Mateos-Nozalb J, García MM, Canoc LR, Vélez-Díaz-Pallarésa M, López JA, et al. Uso potencialmente inapropiado de fármacos en cuidados paliativos: versión en castellano de los criterios STOPP-Frail (STOPP-Pal). Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2020;55:19–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.07.004> Afile:///G:/Doctorado/Vejez cualitativo/Matia ciudadanía activa cuali.pdf
12. Guía para la adecuación de prescripciones en personas mayores polimedicadas 2 Ed DGFPs.
13. Model de prescripció centrada en la persona (PCP) Per a persones fràgils, amb multimorbiditat, cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). 1ª edició 2022, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

III curso

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



Gracias



XVI curso

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

ORGANIZA:

