

# PROTOCOLOS

CENTROS  
RESIDENCIALES DE  
PERSONAS MAYORES

## ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA Y PREVENCIÓN DE LA POLIMEDICACIÓN



Junta de Andalucía  
Consejería de Inclusión Social,  
Juventud, Familias e Igualdad

### PÁG. 2

Personal que interviene.  
Población diana.

### PÁG. 3

Descripción del proceso.

### PÁG. 4

Actuaciones.

### PÁG. 7

Recomendaciones clave.

### Autoría

Bárbara Cachero Alba.  
Francisca Palenzuela Sánchez.  
Sandra Pinzón Pulido.  
Abel Catela Huertas.  
Carmen Navarro Ibáñez.



## OBJETIVOS

El protocolo de prevención de la polimedicación busca:

- Promover el respeto a la dignidad, autonomía, independencia y bienestar de la persona mayor a través de la adecuación de la prescripción farmacéutica y la revisión de los tratamientos.
- Establecer y revisar periódicamente los objetivos terapéuticos concretos, valorando la eficacia del medicamento y los efectos adversos.
- Establecer la prescripción farmacéutica según la valoración integral realizada en el momento del ingreso y las revisiones anuales.



## PERSONAL QUE INTERVIENE

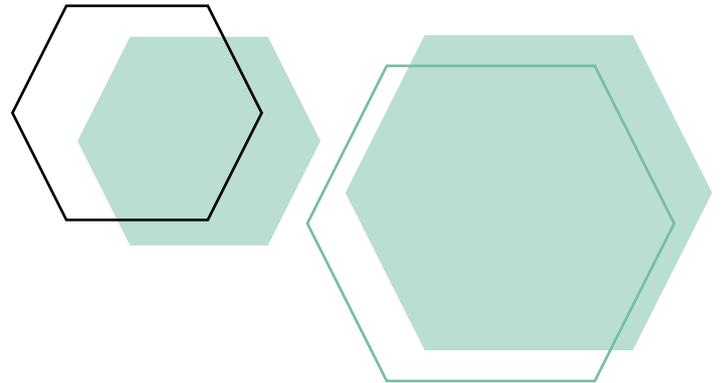
Intervienen en el proceso de prevención de polimedicación:

- Profesionales de medicina del centro residencial que prescriben medicamentos.
- Profesionales de medicina de Atención Primaria y Atención Hospitalaria responsables de la prescripción de medicamentos derivada de sus consultas e intervenciones.
- Profesionales de Farmacia Hospitalaria o de la Farmacia Comunitaria encargados de la provisión de la medicación.
- Profesionales de enfermería y Profesional de Referencia responsables de la administración de la medicación, control de la adherencia terapéutica e identificación de efectos adversos.

---

## POBLACIÓN DIANA

Persona mayor que necesita medicamentos para el control de sus enfermedades.



## LÍMITES

### EL PROTOCOLO SE PONE EN MARCHA...

- Cuando ingresa en el centro una persona mayor.
- Cuando se prescribe un nuevo medicamento a una persona residente.
- Cuando una persona residente tiene 5 o más medicamentos prescritos.

### EL PROTOCOLO TERMINA ...

Cuando se han hecho los ajustes de la medicación de acuerdo a los criterios STOPP-START o STOPP-PaI.

### ESTE PROTOCOLO NO INCLUYE...

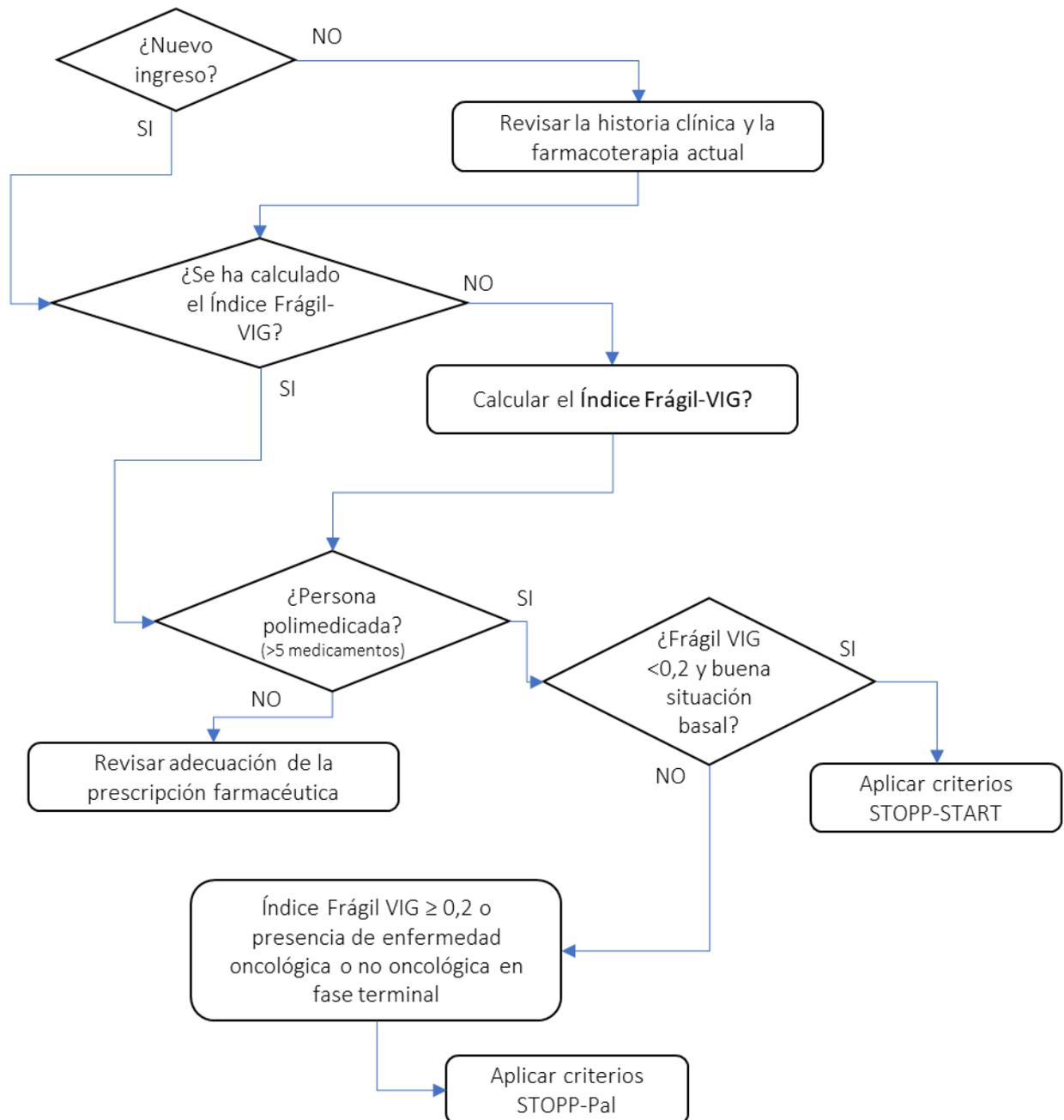
- La adquisición, dispensación y administración de medicamentos.
- La atención y cuidados a las patologías de las que se deriva la prescripción farmacéutica.

# DESCRIPCIÓN DEL PROCESO



1. Aplicar el algoritmo de revisión de la medicación.
2. Revisar la medicación según criterios STOPP-START.
3. Revisar la medicación según criterios STOPP-Pal.
4. Realizar el ajuste de la medicación y hacer seguimiento.

Prevención de la polimedicación



# 1. APLICAR EL ALGORITMO DE REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN

## PROFESIONAL DE MEDICINA



Cuando la persona mayor ingresa en el centro se hará una revisión de la historia clínica y de la medicación como parte de la Valoración Integral. Se utilizará el Índice Frágil VIG para determinar la situación de fragilidad a través de la calculadora disponible en <https://es.c3rg.com/index-fragil-vig>.

En caso de polimedición (5 o más medicamentos), se pondrá en marcha el algoritmo de revisión de la medicación que incorpora 4 apartados de valoración: necesidad, efectividad, adecuación y seguridad.

Si la persona está polimedificada, tiene un Índice Frágil VIG  $<0,2$  y una buena situación basal, se utilizarán los criterios STOPP-START. Si la persona tiene un Índice Frágil VIG  $\geq 0,2$  o presencia de una enfermedad oncológica o no oncológica en situación terminal, se utilizarán los criterios STOPP-Pal para la revisión ordenada de la prescripción farmacéutica (Anexo 1).

# 2. REVISAR LA MEDICACIÓN SEGÚN LOS CRITERIOS STOPP-START

## PROFESIONAL DE MEDICINA



Según las recomendaciones de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, en las personas mayores con frecuencia coexisten múltiples enfermedades para las que se prescribe un elevado número de medicamentos.

La polifarmacia incrementa el riesgo de reacciones adversas a medicamentos e interacciones farmacológicas. Este riesgo aumenta con la edad, como consecuencia de:

- Los cambios fisiológicos del envejecimiento.
- Los cambios en el comportamiento farmacocinético y farmacodinámico de los medicamentos.
- La influencia de las enfermedades, los problemas funcionales y los aspectos sociales.

Para mejorar la prescripción de medicamentos en personas mayores se han diseñado las siguientes herramientas:

- Criterios Screening Tool of Older Person's Prescriptions - STOPP (Anexo 2).
- Criterios Screening Tool to Alert doctors to Right appropriate or indicated Treatment – START (Anexo 3).

Estos criterios se aplican a personas de 65 años o más, que no se encuentren en una situación terminal ni estén bajo criterios de cuidados paliativos, en cuyo caso se aplican los criterios STOPP-Pal.

La revisión de la medicación con estos criterios se debe llevar a cabo periódicamente desde el ingreso en el centro, y siempre que se prescriban nuevos medicamentos, ya sea en el propio centro, en Atención Primaria o en Atención Hospitalaria.

### 3. REVISAR LA MEDICACIÓN SEGÚN LOS CRITERIOS STOPP-PAL

#### PROFESIONAL DE MEDICINA



Los criterios STOPP-Pal establecen directrices claras de prescripción potencialmente inapropiada en personas en la fase final de una enfermedad irreversible, con un mal pronóstico de supervivencia a un año, con deterioro funcional y/o deterioro cognitivo grave, en las que la prioridad del tratamiento es el control de los síntomas, más que la prevención de la progresión de la enfermedad (Anexo 4).

A pesar de la claridad de las directrices, su aplicación requiere de juicio clínico y experiencia por parte de los equipos profesionales que lo utilizan.

Están compuestos por una lista de 27 indicadores que pretenden facilitar las decisiones de prescripción en personas mayores con un pronóstico de vida limitado. De los 27 indicadores:

- 25 son explícitos, es decir están claramente definidos, destacando el uso inapropiado de estos medicamentos en la situación definida.
- 2 son implícitos, es decir que implica la aplicación del juicio clínico, para los medicamentos sin una clara indicación clínica o para aquellos en los que no existe una adecuada tolerancia.

Los criterios están organizados por sistemas fisiológicos, son concisos, tienen una buena fiabilidad entre diferentes evaluadores y el tiempo necesario para su uso es de unos 3 minutos.

### 4. REALIZAR EL AJUSTE DE LA MEDICACIÓN Y HACER SEGUIMIENTO

#### PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA Y PROFESIONAL DE REFERENCIA



Las modificaciones de tratamiento se escribirán en una hoja de tratamiento y en la historia clínica de la persona. Los ajustes deberán ser consensuados con los equipos prescriptores en Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Será necesario revisión periódica de dichos tratamientos y ajustes en función de la patología y la situación funcional y cognitiva. La administración y seguimiento corresponderá a profesionales de enfermería y Profesional de Referencia.



## RECOMENDACIONES CLAVE

### PARA LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

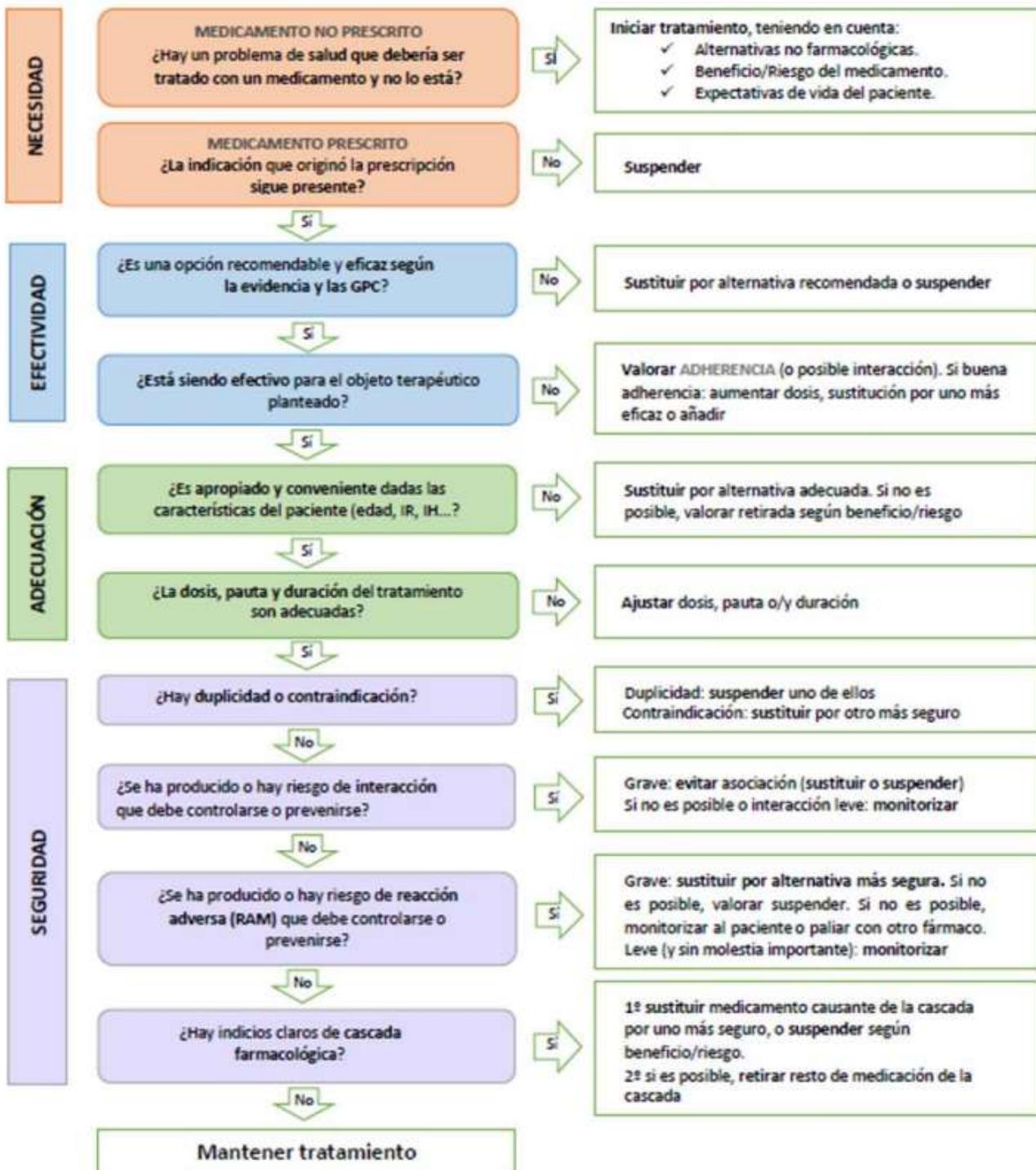
- La polimedición se define como el consumo de más de 5 medicamentos al día durante más de 6 meses y puede ser excesiva cuando supera los 10 fármacos al día.
- El principal objetivo de la revisión de la medicación es el bienestar de la persona mayor.
- La revisión de la medicación deberá:
  - Determinar la prescripción potencialmente inadecuada, es decir aquella en la que el riesgo de efectos adversos es mayor que el beneficio clínico.
  - Establecer la reacción adversa a fármacos, como respuesta nociva, no deseada y no intencionada que se produce tras la administración de un fármaco, a dosis utilizadas habitualmente.
  - Especificar las interacciones farmacológicas que modifican el efecto de un fármaco por la acción de otro cuando se administran conjuntamente.
  - Facilitar la deprescripción a través de un proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros.
- La revisión de los medicamentos permitirá la adecuación terapéutica, manteniendo los medicamentos para los que existen claras evidencias de su empleo en la indicación correspondiente, bien tolerada y coste-efectiva.
- A través de la conciliación terapéutica se podrá valorar la medicación previa conjuntamente con la prescripción farmacoterapéutica después del ingreso en el centro residencial.



# **ANEXOS**

# ANEXO 1. ALGORITMO DE REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN

El algoritmo de revisión de la publicación está publicado por el Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos  
[https://www.cadime.es/images/documentos\\_archivos\\_web/ALGORITMOS/2021/CADIME\\_ALGORITMO\\_REVISION\\_MEDICACION\\_2021.pdf](https://www.cadime.es/images/documentos_archivos_web/ALGORITMOS/2021/CADIME_ALGORITMO_REVISION_MEDICACION_2021.pdf)



## ANEXO 2. CRITERIOS STOPP

### HERRAMIENTA PARA IDENTIFICAR PRESCRIPCIONES QUE PUEDEN SER INAPROPIADAS EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

Los siguientes son los medicamentos que pueden ser inapropiados en personas mayores de 65 años:

#### A. Sistema cardiovascular

1. Digoxina a dosis superiores a 125µg/día a largo plazo en presencia de insuficiencia renal (aumento del riesgo de intoxicación)
2. Diuréticos de asa para los edemas maleolares aislados, sin signos clínicos de insuficiencia cardíaca (no hay evidencia de su eficacia; las medias compresivas son normalmente más apropiadas)
3. Diuréticos de asa como monoterapia de primera línea en la hipertensión (existen alternativas más seguras y efectivas)
4. Diuréticos tiazídicos con antecedentes de gota (pueden exacerbar la gota)
5. Bloqueadores beta no cardioselectivos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (riesgo de broncoespasmo)
6. Bloqueadores beta en combinación con verapamilo (riesgo de bloqueo cardíaco sintomático)
7. Uso de diltiazem o verapamilo en la insuficiencia cardíaca grado III o IV de la NYHA (pueden empeorar la insuficiencia cardíaca)
8. Antagonistas del calcio en el estreñimiento crónico (pueden agravar el estreñimiento)
9. Uso de la combinación de AAS y warfarina sin antagonistas H2 (excepto cimetidina por su interacción con los anticoagulantes) o IBP (alto riesgo de hemorragia digestiva).
10. Dipiridamol como monoterapia para la prevención cardiovascular secundaria (sin evidencia de eficacia)
11. AAS con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica sin antagonistas H2 o IBP (riesgo de hemorragia)
12. AAS a dosis superiores a 150 mg día (aumento del riesgo de sangrado, sin evidencia de una mayor eficacia)
13. AAS sin antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica o un antecedente oclusivo arterial (no indicada)
14. AAS para tratar un mareo no claramente atribuible a enfermedad cerebrovascular (no indicada)
15. Warfarina para un primer episodio de trombosis venosa profunda no complicado durante más de 6 meses (no se ha demostrado un beneficio adicional)
16. Warfarina para una primera embolia de pulmón no complicada durante más de 12 meses (no se ha demostrado beneficio)
17. AAS, clopidogrel, dipiridamol o warfarina con una enfermedad hemorrágica concurrente (alto riesgo de sangrado)

#### B. Sistema nervioso central y psicofármacos

1. ATC con demencia (riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo)
2. ATC con glaucoma (posible exacerbación del glaucoma)
3. ATC con trastornos de la conducción cardíaca (efectos proarrítmicos)
4. ATC con estreñimiento (probable empeoramiento del estreñimiento)
5. ATC con un opiáceo o un antagonista del calcio (riesgo de estreñimiento grave)
6. ATC con prostatismo o con antecedentes de retención urinaria (riesgo de retención urinaria)
7. Uso prolongado (i.e. más de 1 mes) de benzodiazepinas de vida media larga (como clordiazepóxido, flurazepam, nitrazepam, clorazepato) o benzodiazepinas con metabolitos de larga acción (como diazepam) (riesgo de sedación prolongada, confusión, trastornos del equilibrio, caídas)
8. Uso prolongado (i.e. más de 1 mes) de neurolépticos como hipnóticos a largo plazo (riesgo de confusión, hipotensión, efectos extrapiramidales, caídas)
9. Uso prolongado de neurolépticos (i.e. más de 1 mes) en el parkinsonismo (es probable que empeoren los síntomas extrapiramidales)

10. Fenotiazinas en pacientes con epilepsia (pueden bajar el umbral convulsivo)
11. Anticolinérgicos para tratar los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolépticos (riesgo de toxicidad anticolinérgica)
12. ISRS con antecedentes de hiponatremia clínicamente significativa (hiponatremia inferior a 130 mmol/l no iatrogénica en los dos meses anteriores)
13. Uso prolongado (más de 1 semana) de antihistamínicos de primera generación, i.e. difenhidramina, clorfeniramina, ciclizina, prometazina (riesgo de sedación y efectos secundarios anticolinérgicos).

### **C. Sistema gastrointestinal**

1. Difenoxilato, loperamida o fosfato de codeína para el tratamiento de la diarrea de causa desconocida (riesgo de retraso diagnóstico, pueden agravar un estreñimiento con diarrea por rebosamiento, pueden precipitar un megacolon tóxico en la enfermedad inflamatoria intestinal, pueden retrasar la curación en la gastroenteritis no diagnosticada)
2. Difenoxilato, loperamida o fosfato de codeína para el tratamiento de la gastroenteritis infecciosa grave i.e. con diarrea sanguinolenta, fiebre elevada o afectación sistémica grave (riesgo de exacerbación o prolongación de la infección)
3. Proclorperazina o metoclopramida con parkinsonismo (riesgo de agravamiento del parkinsonismo)
4. IBP para la enfermedad ulcerosa péptica a dosis terapéuticas plenas durante más de 8 semanas (está indicada la suspensión o descenso de dosis más precoz para el tratamiento de mantenimiento/profiláctico de la enfermedad ulcerosa péptica, la esofagitis o la enfermedad por reflujo gastroesofágico)
5. Espasmolíticos anticolinérgicos en el estreñimiento crónico (riesgo de agravamiento del estreñimiento)

### **D. Sistema respiratorio**

1. Teofilina como monoterapia en la EPOC (existen alternativas más seguras y efectivas, riesgo de efectos adversos por el estrecho índice terapéutico)
2. Corticosteroides sistémicos en lugar de corticosteroides inhalados para el tratamiento de mantenimiento en la EPOC moderada-grave (exposición innecesaria a los efectos secundarios a largo plazo de los corticoides sistémicos)
3. Ipratropio inhalado en el glaucoma (puede agravar el glaucoma)

### **E. Sistema musculoesquelético**

- AINE con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva, salvo con uso simultáneo de antagonistas H2, IBP o misoprostol (riesgo de reaparición de la enfermedad ulcerosa)
- AINE con hipertensión moderada-grave (moderada: 160/100 mmHg-179/109 mmHg; grave: igual o superior a 180/110 mmHg) (riesgo de empeoramiento de la hipertensión)
- AINE con insuficiencia cardíaca (riesgo de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca)
- Uso prolongado de AINE (más de 3 meses) para el alivio del dolor articular leve en la artrosis (los analgésicos sencillos son preferibles y normalmente son igual de eficaces para aliviar el dolor)
- Warfarina y AINE juntos (riesgo de hemorragia digestiva)
- AINE con insuficiencia renal crónica (riesgo de deterioro de la función renal)
- Corticosteroides a largo plazo (más de 3 meses) como monoterapia para la artritis reumatoide o la artrosis (riesgo de efectos secundarios sistémicos mayores de los corticoides)
- AINE o colchicina a largo plazo para el tratamiento crónico de la gota cuando no existe contraindicación para el alopurinol (el alopurinol es el fármaco profiláctico de primera línea en la gota)

### **F. Sistema urogenital**

1. Fármacos antimuscarínicos vesicales con demencia (riesgo de mayor confusión y agitación)
2. Fármacos antimuscarínicos vesicales con glaucoma crónico (riesgo de exacerbación aguda del glaucoma)
3. Fármacos antimuscarínicos vesicales con estreñimiento crónico (riesgo de agravamiento del estreñimiento)

4. Fármacos antimuscarínicos vesicales con prostatismo crónico (riesgo de retención urinaria)
5. Bloqueadores alfa en varones con incontinencia frecuente, i.e. uno o más episodios de incontinencia al día (riesgo de polaquiuria y de agravamiento de la incontinencia)
6. Bloqueadores alfa con sonda vesical permanente i.e. sonda durante más de dos meses (fármaco no indicado)

#### **G. Sistema endocrino**

1. Glibenclamida o clorpropamida con diabetes mellitus tipo 2 (riesgo de hipoglucemia prolongada)
2. Bloqueadores beta en la diabetes mellitus con frecuentes episodios de hipoglucemia, i.e. 1 o más episodios al mes (riesgo de enmascaramiento de los síntomas de hipoglucemia)
3. Estrógenos con antecedentes de cáncer de mama o tromboembolismo venoso (aumento del riesgo de recurrencia)
4. Estrógenos sin progestágenos en mujeres con útero intacto (riesgo de cáncer de endometrio)

#### **H. Fármacos que afectan negativamente a los propensos a caerse (1 o más caídas en los últimos tres meses)**

1. Benzodiazepinas (sedantes, pueden reducir el sensorio, deterioran el equilibrio)
2. Neurolépticos (pueden causar dispraxia de la marcha, parkinsonismo)
3. Antihistamínicos de primera generación (sedantes, pueden reducir el sensorio)
4. Vasodilatadores de los que se sabe que pueden causar hipotensión en aquéllos con hipotensión postural persistente, i.e. descenso recurrente superior a 20 mmHg de la presión sistólica (riesgo de síncope, caídas)
5. Opiáceos a largo plazo en aquéllos con caídas recurrentes (riesgo de somnolencia, hipotensión postural, vértigo)

#### **I. Analgésicos**

1. Uso a largo plazo de opiáceos potentes, i.e. morfina o fentanilo, como tratamiento de primera línea en el dolor leve a moderado (inobservancia de la escalera analgésica de la OMS)
2. Opiáceos regulares durante más de dos semanas en aquéllos con estreñimiento crónico sin uso simultáneo de laxantes (riesgo de estreñimiento grave)
3. Opiáceos a largo plazo en la demencia, salvo cuando están indicados en cuidados paliativos o para el manejo de un síndrome doloroso moderado/grave (riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo)

#### **J. Clase de medicamento duplicada**

Cualquier prescripción regular de dos fármacos de la misma clase, por ejemplo:

- Dos opiáceos, AINE.
- ISRS, diuréticos de asa, IECA simultáneos (debe optimizarse la monoterapia dentro de una sola clase antes de considerar el cambio a otra clase de fármaco).

Se excluyen las prescripciones duplicadas de fármacos que pueden precisarse a demanda, por ejemplo:

- Agonistas beta-2 inhalados (de larga y corta duración) para el EPOC o el asma.
- Opiáceos para el manejo del dolor irruptivo.

## ANEXO 3. CRITERIOS START

### TRATAMIENTOS INDICADOS Y APROPIADAS EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

#### A. Sistema cardiovascular

1. Warfarina en presencia de una fibrilación auricular crónica
2. AAS en presencia de una fibrilación auricular crónica, cuando la warfarina esté contraindicada pero no lo esté el AAS
3. AAS o clopidogrel con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica en pacientes en ritmo sinusal
4. Tratamiento antihipertensivo cuando la presión arterial sistólica sea normalmente superior a 160 mmHg
5. Estatinas con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica, cuando la situación funcional sea de independencia para las actividades básicas de la vida diaria y la esperanza de vida superior a 5 años
6. IECA en la insuficiencia cardíaca crónica
7. IECA tras un infarto agudo de miocardio
8. Bloqueadores beta en la angina crónica estable

#### B. Sistema respiratorio

1. Agonista beta-2 o anticolinérgico inhalado pautado en el asma o la EPOC leve a moderada
2. Corticosteroide inhalado pautado en el asma o la EPOC moderada a grave, cuando la FEV1 es inferior al 50%
3. Oxigenoterapia domiciliaria continua en la insuficiencia respiratoria tipo 1 ( $pO_2 < 8,0$  kPa [60 mmHg],  $pCO_2 < 6,5$  kPa [49 mmHg]) o tipo 2 ( $pO_2 < 8,0$  kPa [60 mmHg],  $pCO_2 > 6,5$  kPa [49 mmHg]) bien documentada

#### C. Sistema nervioso central

1. Levodopa en la enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro funcional evidente y consecuente discapacidad
2. Antidepresivos en presencia de síntomas depresivos moderados a graves durante al menos tres meses

#### D. Sistema gastrointestinal

1. Inhibidores de la bomba de protones en la enfermedad por reflujo gastroesofágico grave o la estenosis péptica que precise dilatación.
2. Suplementos de fibra en la diverticulosis sintomática crónica con estreñimiento

#### E. Sistema musculoesquelético

1. Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en la artritis reumatoide moderada a grave activa de más de 12 semanas de duración
2. Bifosfonatos en pacientes que reciben corticosteroides orales a dosis de mantenimiento
3. Suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida (evidencia radiológica o fractura por fragilidad previa o cifosis dorsal adquirida)

#### F. Sistema endocrino

1. Metformina en la diabetes mellitus tipo 2±síndrome metabólico (en ausencia de insuficiencia renal) b.
2. IECA o (ARA-2) en la diabetes con nefropatía, i.e. proteinuria franca en el sistemático de orina o microalbuminuria ( $>30$  mg/24 h)±insuficiencia renal en la bioquímica.
3. Antiagregantes plaquetarios en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores mayores de riesgo cardiovascular (hipertensión, hipercolesterolemia, consumo de tabaco).
4. Estatinas en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores mayores de riesgo cardiovascular.

# ANEXO 4. CRITERIOS STOPP-PAL

## LISTA DE CRITERIOS DE PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

STOPP-Pal es una lista de criterios de prescripción potencialmente inapropiada que busca ayudar a los médicos a suspender dichos medicamentos en pacientes mayores ( $\geq 65$  años) que cumplen TODOS los criterios siguientes:

1. Fase final de una enfermedad irreversible.
2. Mal pronóstico de supervivencia a un año.
3. Deterioro funcional grave, deterioro cognitivo grave o ambos.
4. La prioridad del tratamiento es el control de los síntomas, más que la prevención de la progresión de la enfermedad.

La decisión de prescribir o no medicamentos al paciente debe tener en cuenta también los siguientes aspectos:

1. Si el riesgo del medicamento supera a su beneficio
2. Si resulta difícil la administración de la medicación
3. Si resulta difícil la monitorización del efecto de la medicación
4. Si es complicada la adherencia o cumplimiento terapéutico.

### SECCIÓN A. GENERAL

**A1.** Cualquier medicamento que el paciente de manera reiterada no puede tomar o tolerar a pesar de haber recibido la educación adecuada y haber considerado todas las formas farmacéuticas disponibles

**A2.** Cualquier medicamento que no tenga una indicación clínica clara

### SECCIÓN B. SISTEMA CARDIOVASCULAR

**B1. Hipolipidemiantes** (estatinas, ezetimiba, secuestradores de ácidos biliares, fibratos, ácido nicotínico y acipimox)

Estos medicamentos tienen que ser prescritos durante largos periodos de tiempo para ser beneficiosos. Para periodos cortos de tiempo, el riesgo de reacciones adversas es mayor que el de sus beneficios potenciales

**B2. Alfabloqueantes para la hipertensión**

No es necesario un control muy estricto de la tensión arterial en personas con estas características. Los alfabloqueantes en particular pueden causar una marcada vasodilatación que puede causar hipotensión postural, caídas y lesiones

### SECCIÓN C. SISTEMA DE LA COAGULACIÓN

**C1. Antiagregantes**

Evitar el uso de antiagregantes para la prevención cardiovascular primaria (a diferencia de la secundaria), ya que no existe evidencia de su beneficio

### SECCIÓN D: SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

**D1. Antipsicóticos (neurolépticos)**

Tratar de disminuir la dosis y suspender gradualmente estos medicamentos en pacientes que lleven en tratamiento más de 12 semanas si no presentan síntomas psiquiátricos y conductuales de la demencia

**D2. Memantina**

Suspender y monitorizar en pacientes con demencia moderada a grave, salvo si la memantina ha mejorado de forma significativa los síntomas psiquiátricos y conductuales de la demencia

## SECCIÓN E: SISTEMA GASTROINTESTINAL

### E1. Inhibidores de la bomba de protones

Inhibidores de la bomba de protones a dosis terapéutica completa ( $\geq 8/52$  semanas), a menos que persistan síntomas dispépticos con dosis de mantenimiento menores

### E2: Antagonistas del receptor H2

Antagonistas del receptor H2 a dosis terapéutica completa ( $\geq 8/52$  semanas), a menos que persistan síntomas dispépticos con dosis de mantenimiento menores

### E3: Antiespasmódicos gastrointestinales

Evitar la prescripción diaria regular de antiespasmódicos gastrointestinales, a menos que el paciente tenga recaídas frecuentes de síntomas cólicos, debido al alto riesgo de efectos secundarios anticolinérgicos

## SECCIÓN F: SISTEMA RESPIRATORIO

### F1. Teofilina

Este fármaco tiene un estrecho margen terapéutico, requiere el control de los niveles séricos e interacciona con otros fármacos comúnmente prescritos poniendo al paciente en riesgo de sufrir reacciones adversas

### F2. Antagonistas de leucotrienos (montelukast, zafirlukast)

Estos fármacos no han demostrado ser útiles en la EPOC, están indicados solo en el asma

## SECCIÓN G: SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

### G1. Suplementos de calcio

Es poco probable que produzcan beneficios a corto plazo

### G2: Antirresortivos o anabólicos para la OSTEOPOROSIS (bisfosfonatos, estroncio, teriparatida, denosumab)

Es poco probable que produzcan beneficios a corto plazo

### G3. Moduladores selectivos del receptor de estrógenos para la osteoporosis

Es improbable que produzcan beneficios en menos de un año, aumento del riesgo de reacciones adversas, a corto y medio plazo, especialmente tromboembolismo venoso e ictus

### G4. AINES orales a largo plazo

Mayor riesgo de efectos secundarios (úlceras pépticas, hemorragia, empeoramiento de la insuficiencia cardíaca, etc.) cuando se toman de manera continua durante  $\geq 2$  meses.

### G5. Esteroides orales a largo plazo

Mayor riesgo de efectos secundarios (úlceras pépticas, etc.) cuando se toman de forma continua durante  $\geq 2$  meses. Considerar la reducción gradual de la dosis y la retirada

## SECCIÓN H: SISTEMA UROGENITAL

### H1. Inhibidores de la 5-alfa reductasa

No son beneficiosos en presencia de un sondaje vesical prolongado

### H2. Alfabloqueantes

No son beneficiosos en presencia de un sondaje vesical prolongado.

### H3. Antagonistas muscarínicos

No son beneficiosos en presencia de un sondaje vesical prolongado, salvo si hay antecedentes claros de hiperactividad dolorosa del detrusor

## SECCIÓN I: SISTEMA ENDOCRINO

### I1. Antidiabéticos orales

Intentar la monoterapia. Objetivo de HbA1c  $< 8\%$  (64 mmol/mol). El control estricto de la glucemia es innecesario

## **I2. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)**

Suspender cuando se usen solo para la prevención y tratamiento de la nefropatía diabética. No hay un beneficio claro en las personas mayores que precisan cuidados paliativos

## **I3. Antagonistas de los receptores de angiotensina II**

Suspender cuando se usen solo para la prevención y tratamiento de la nefropatía diabética. No hay un beneficio claro en las personas mayores que precisan cuidados paliativos

## **I4. Estrógenos sistémicos para los síntomas de la menopausia**

Aumentan el riesgo de ictus y tromboembolismo venoso. Suspender y considerar reiniciar solo si hay recurrencia de los síntomas

## **SECCIÓN J: VARIOS**

### **J1. Complementos multivitamínicos**

Suspender cuando se prescriben como profilaxis y no como tratamiento

### **J2. Otros suplementos nutricionales**

Suspender cuando se prescriben como profilaxis y no como tratamiento

### **J3: Antibióticos profilácticos**

No hay evidencia de que el uso de antibióticos profilácticos prevenga la recurrencia de celulitis o infección urinaria

## **DESCARGO DE RESPONSABILIDAD**

*Si bien se han realizado todos los esfuerzos para garantizar que los criterios de prescripción potencialmente inapropiados enumerados en los criterios STOPP-Pal sean precisos y basados en la evidencia, debe hacerse hincapié en que la decisión final de evitar o iniciar cualquier medicamento a los que se hace referencia en estos criterios recae enteramente en el prescriptor. También se debe tener en cuenta que la evidencia en la que se han basado estos criterios puede cambiar después de su publicación. Por lo tanto, es aconsejable que las decisiones de prescripción tengan en cuenta la evidencia actual disponible para usar o no los medicamentos y clases de medicamentos contenidos en este protocolo.*

## Dirección General de Personas Mayores, Participación Activa y Soledad no Deseada

### Entidades colaboradoras



#### FOTOGRAFÍA

Las fotografías utilizadas en este protocolo se han descargado bajo licencia de Freepik (<https://www.freepik.es/>) o han sido compartidas por el Centro Residencial de Personas Mayores El Buen Samaritano (Málaga) para este uso.