

OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA



ESTRATEGIAS EN NAVARRA



Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea

Conchi Celaya Lecea
Arquitecta Funcional de Farmacia
Subdirección de Farmacia y Prestaciones
Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

11 noviembre de 2022

Seguridad del paciente

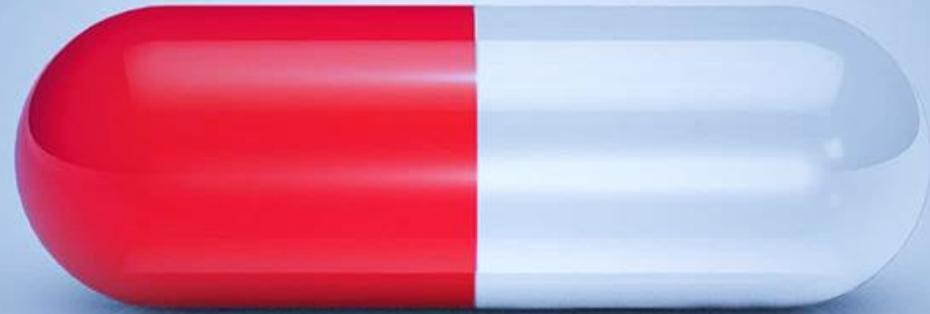




Figure 1. Key steps for ensuring medication safety



SISTEMAS DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES FARMACOTERAPÉUTICAS

SAPE



OBSERVA



SAPE

SISTEMA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS DE LOS PROCESOS ELECTRÓNICOS DE LA FARMACOTERAPIA





**Revisión de los
tratamientos,
recomendaciones y
propuestas**

**Conciliación de la
medicación al alta
hospitalaria**

**Consultas
farmacoterapéuticas**

**Monitorización de la
seguridad de la
farmacoterapia**

**Optimización de la
farmacoterapia a nivel
poblacional**

OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA A NIVEL INDIVIDUAL



**Mayor
individualización
Más tiempo**

Revisión informada al clínico por los farmacéuticos de atención primaria del tratamiento de pacientes polimedicados

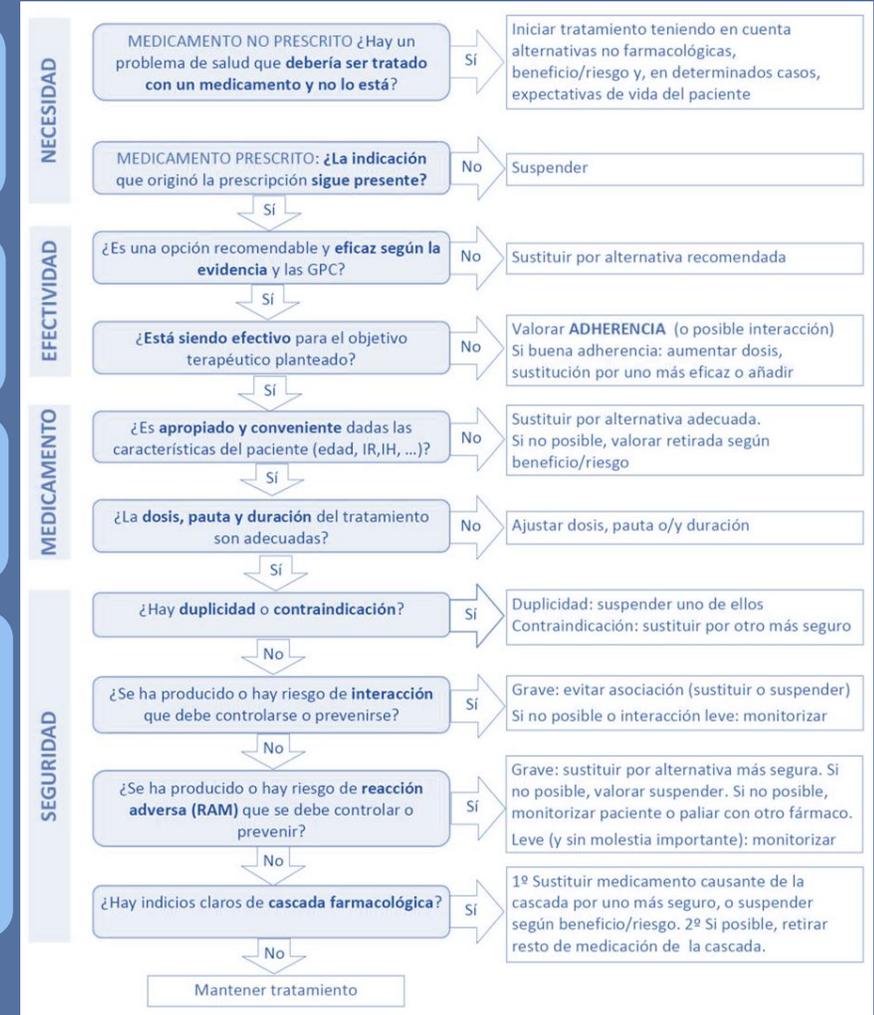


NECESIDAD

EFFECTIVIDAD

ADECUACIÓN

SEGURIDAD

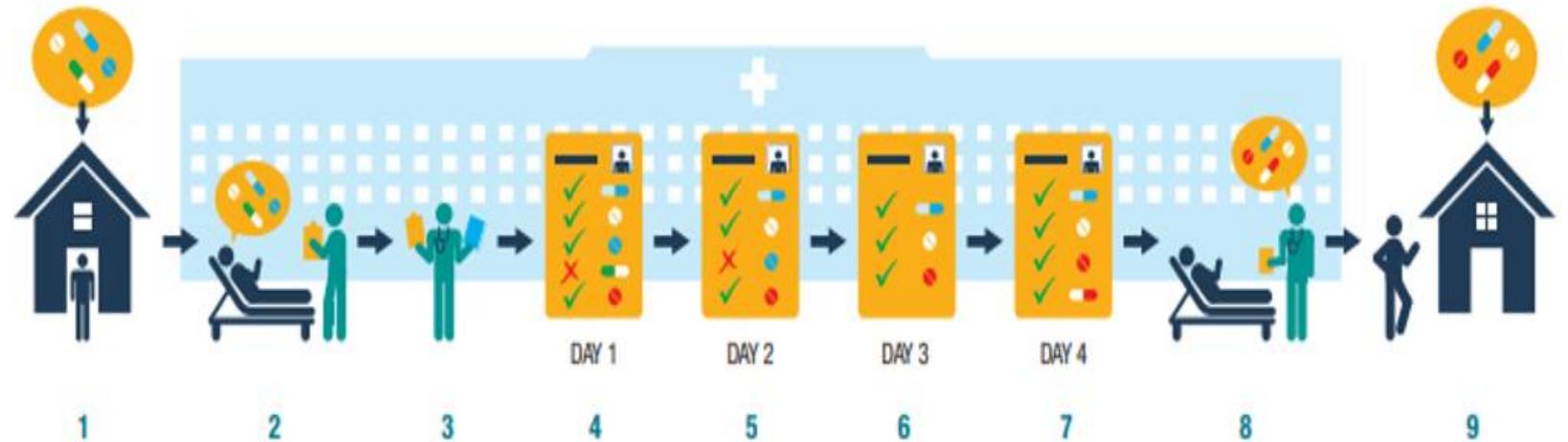


Estrategia Navarra
de atención integrada a pacientes
crónicos y pluripatológicos

Ver Resumen Ejecutivo en edición separada

 Gobierno
de Navarra
Departamento de Salud

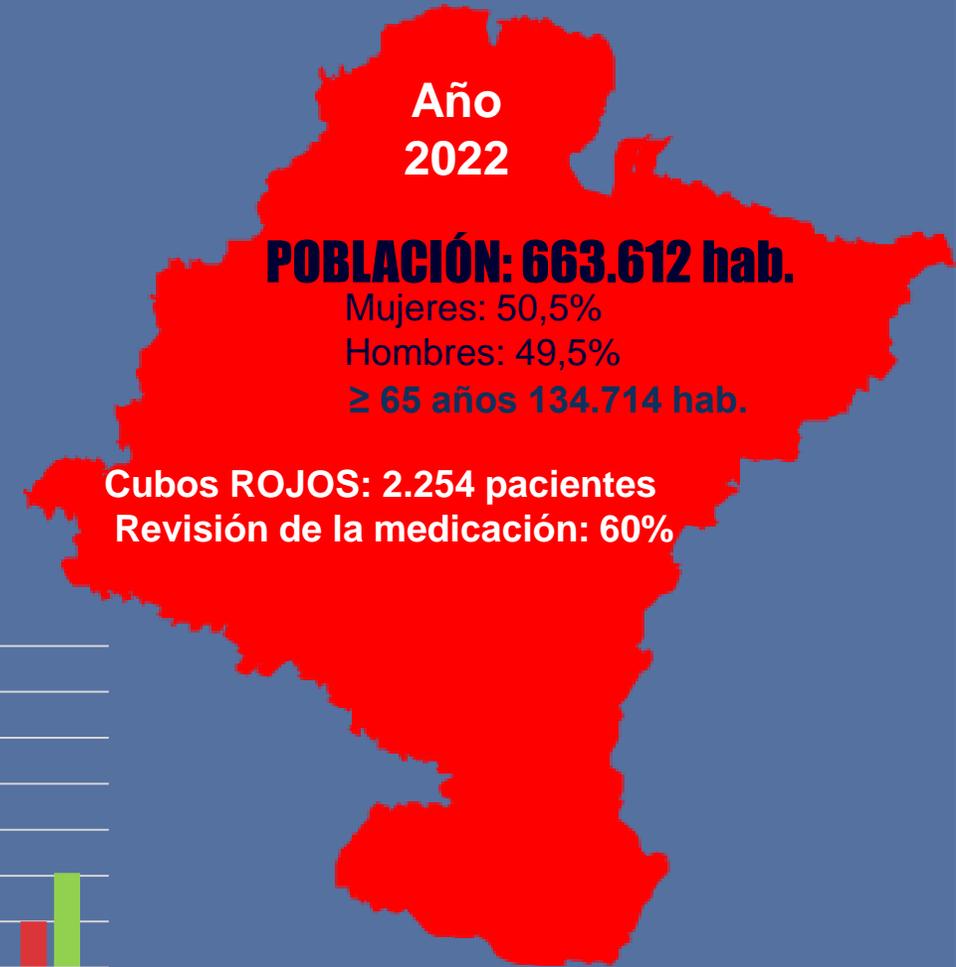
Conciliación al alta hospitalaria informada al clínico por los farmacéuticos de hospital



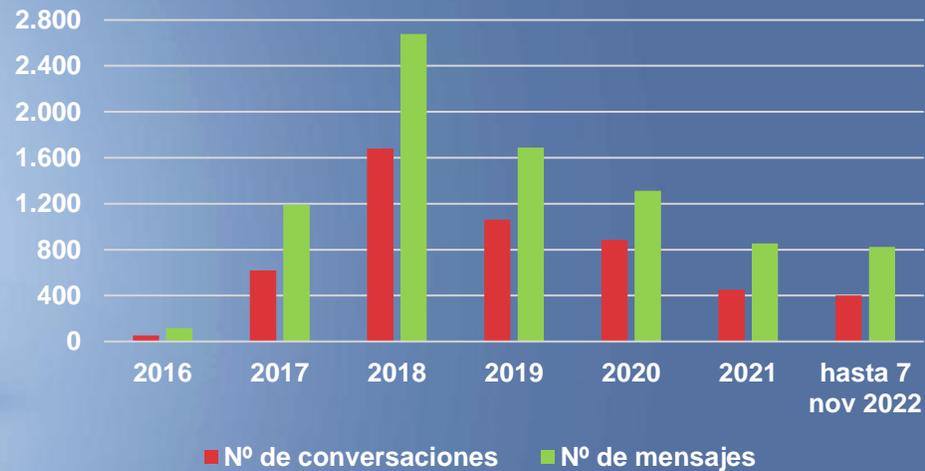
- 1 Admission to hospital from home
- 2 Obtaining medication history
- 3 Verifying medication history using reliable source of medication information
- 4-7 Changes in medication during hospital stay
 - 4 Medication reconciliation at admission
 - 7 Medication reconciliation at discharge
- 8 Pre-discharge communication and patient engagement
- 9 Discharge from hospital to home



Revisión de la medicación y Conciliación al alta hospitalaria



Consultas farmacoterapéuticas

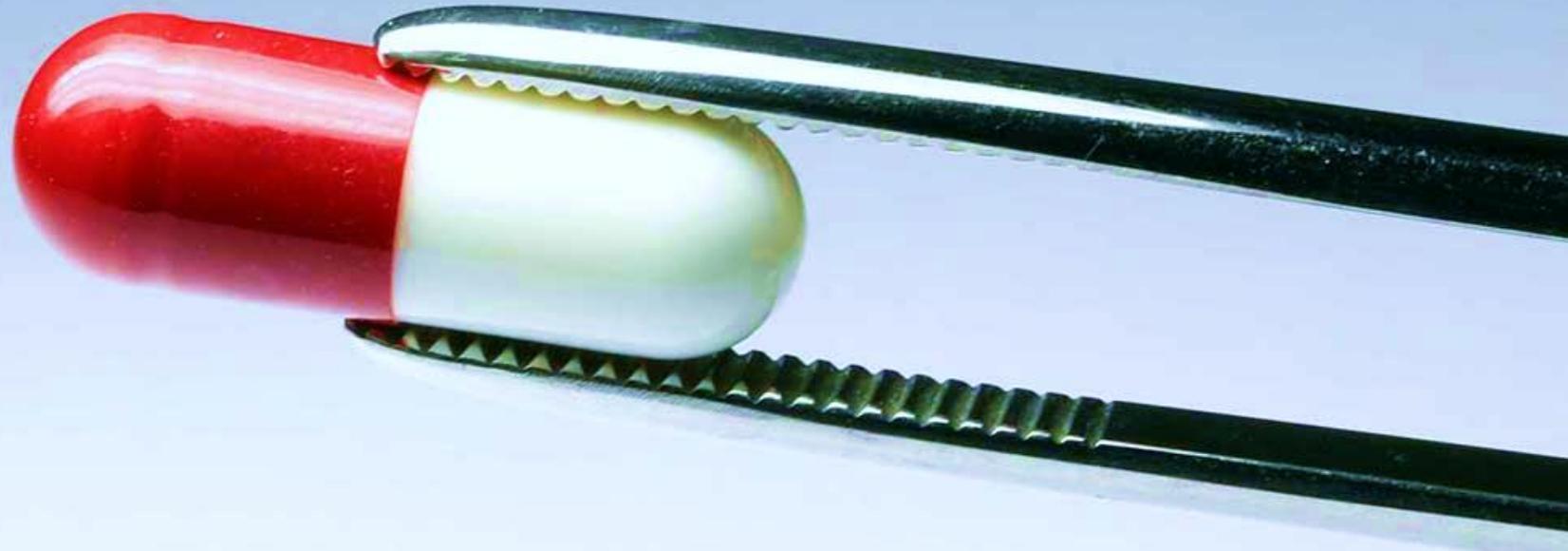


OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA A NIVEL POBLACIONAL



OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA A NIVEL POBLACIONAL

Más factible
Menos flexible



OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA A NIVEL POBLACIONAL



OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA A NIVEL POBLACIONAL

- Fármacos para la **INCONTINENCIA URINARIA** en pacientes con absorbentes urinarios
- **INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES** en pacientes sin indicación
- Interacción entre **IECA/ARAII + DIURÉTICO + AINE** y aumento del riesgo de insuficiencia renal
- **BLOQUEANTES ALFA ADRENÉRGICOS** en pacientes portadores de sonda urinaria (>1 mes)



OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA A NIVEL POBLACIONAL

- **ESTATINAS** en pacientes mayores de 75 años sin antecedentes cardiovasculares
- Duración excesiva de tratamiento con **BIFOSFONATOS**
- Duración excesiva de tratamiento con **TERIPARATIDA**
- Fármacos para la **DEMENCIA** en pacientes con demencia avanzada
- Uso crónico de **BENZODIAZEPINAS**
- Programa de Optimización del uso de **ANTIMICROBIANOS**
- Uso de **OPIOIDES** en DCNO



1-Optimización del tratamiento de la INCONTINENCIA URINARIA

Solifenacina
Tolterodina
Fesoterodina
Oxibutinina
Mirabegron

+

Absorbentes
urinarios 24 h

Supernoche ≥ 2 unidades/día
Supernoche + noche
Supernoche + día
Noche + día



REDUNDANCIA



Propuesta de suspensión del fármaco

1-Optimización del tratamiento de la INCONTINENCIA URINARIA

Solifenacina

Tolterodina

Fesoterodina

Oxibutinina

Mirabegron

SEGURIDAD

Alteraciones en la cognición

Delirio

Taquicardia

Fibrilación auricular

Boca seca

Caídas

Sequedad ocular

Estreñimiento

Presión intraocular

Aumento TA

Prolongación intervalo QT

EFICACIA CUESTIONABLE

Situación basal: 12 micciones diarias

1 micción al día menos que con placebo



- ✓ La asociación no aporta beneficios
- ✓ Compromete la seguridad del paciente



Propuesta de suspensión del fármaco



Sin Alergias Conocidas.

Hombre · 86 años · 60 kgs · 161 cms · IFG: 47 ml/min

Hoja de Tratamiento Propuestas

F. Inicio	Medicamento	Dosis	Posología	Vía	F. Fin	F. Autorización	Prof	M. Susp.	Diagnóstico
23/11/2018	LORMETAZEPAM LORMETAZEPAM STADA 1MG 30 COMPRIMIDOS EFG	1 MG	C/24 H NOC	ORAL	CRONICO	23/11/2019	CBC		K90 - ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO
05/11/2018	ALMAGATO ALMAGATO 1500 M	1500 MG	A DEF	ORAL	CRONICO	05/11/2018	MTI		D02 - DOLOR ESTOMAGO,
05/11/2018	CLOMETIAZOL DISTRANEURINE 30								
23/10/2018	CIANOCOBALAMIN OPTOVITE B12 1000								
26/07/2018	NIFEDIPINO NIFEDIPINO RETARD								
26/07/2018	NIFEDIPINO ADALAT 10MG 50 C								
28/06/2018	CALCIO+COLECALC DEMILOS 600MG/10								
30/05/2018	FUROSEMIDA FUROSEMIDA KERN								
09/03/2018	CAMARA INHALAC PROCHAMBER								
09/03/2018	OLODATEROL+TIO SPIOLTO RESPIMAT								
03/01/2018	PARACETAMOL PARACETAMOL QU								
30/10/2017	ROPINIROL ROPINIROL CINFA 2								
12/11/2015	METAMIZOL METAMIZOL RATIO								
06/02/2014	HIERRO (II) FERBISOL 100MG 50								
08/08/2013	PANTOPRAZOL PANTOPRAZOL RAT								
08/08/2013	ENALAPRIL+HIDRO ENALAPRIL/HIDRO								

Recomendaciones y propuestas Dimensiones de seguridad

- REVISIONES +
- CONCILIACIONES +
- OPTIMIZACIONES -
- ESTATINAS Y EZETIMIBA EN PREVENCIÓN 1ª E... 9
- IBP 6
- FÁRMACOS PARA INCONTINENCIA CON ABSO... 1
- 0 1

Optimización FÁRMACOS PARA INCONTINENCIA CON ABSORBENTES

La combinación de fármacos para la incontinencia urinaria (solifenacina, tolterodina, fesoterodina, oxibutinina, mirabegron) y absorbentes de incontinencia urinaria se considera una redundancia en el tratamiento.

El uso de estos fármacos contribuye además, a que se eleve el riesgo de tener efectos adversos como alteraciones en la cognición, delirio, taquicardia, fibrilación auricular, boca seca, caídas, sequedad ocular o estreñimiento. Dicha asociación no aporta un beneficio terapéutico para el paciente, sino que puede comprometer su seguridad.

Se propone una propuesta de suspensión de los fármacos para la incontinencia urinaria en aquellos pacientes que además se les haya prescrito absorbentes de incontinencia urinaria para 24 horas.

El documento está disponible en:
<https://gcsalud.admon-cfnavarr...>

Suspensión TOLTERODINA 4 MG CAPSULAS DURAS LIBERACIO...

Propuesta de Suspensión Pendiente de valorar (16/01/2018)

TOLTERODINA 4 MG CAPSULAS DURAS LIBERACION MODIFICADA

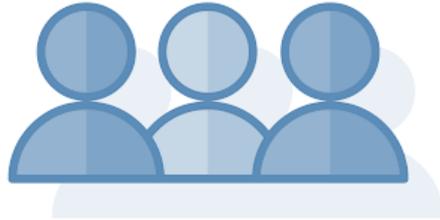
Paciente en tratamiento con fármacos para la incontinencia urinaria y absorbentes de incontinencia urinaria. El tratamiento con fármacos para la incontinencia urinaria aporta un escaso beneficio al paciente y puede producir efectos adversos. Se recomienda su suspensión.

Posponer Aceptar Rechazar

Prescribir Modificar Susp

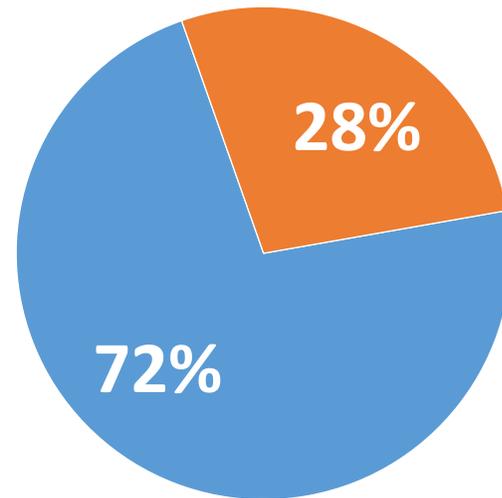
Asignar Recetas

1-Optimización del tratamiento de la INCONTINENCIA URINARIA



377 pacientes
84 (12-102) años

86% > 65 años



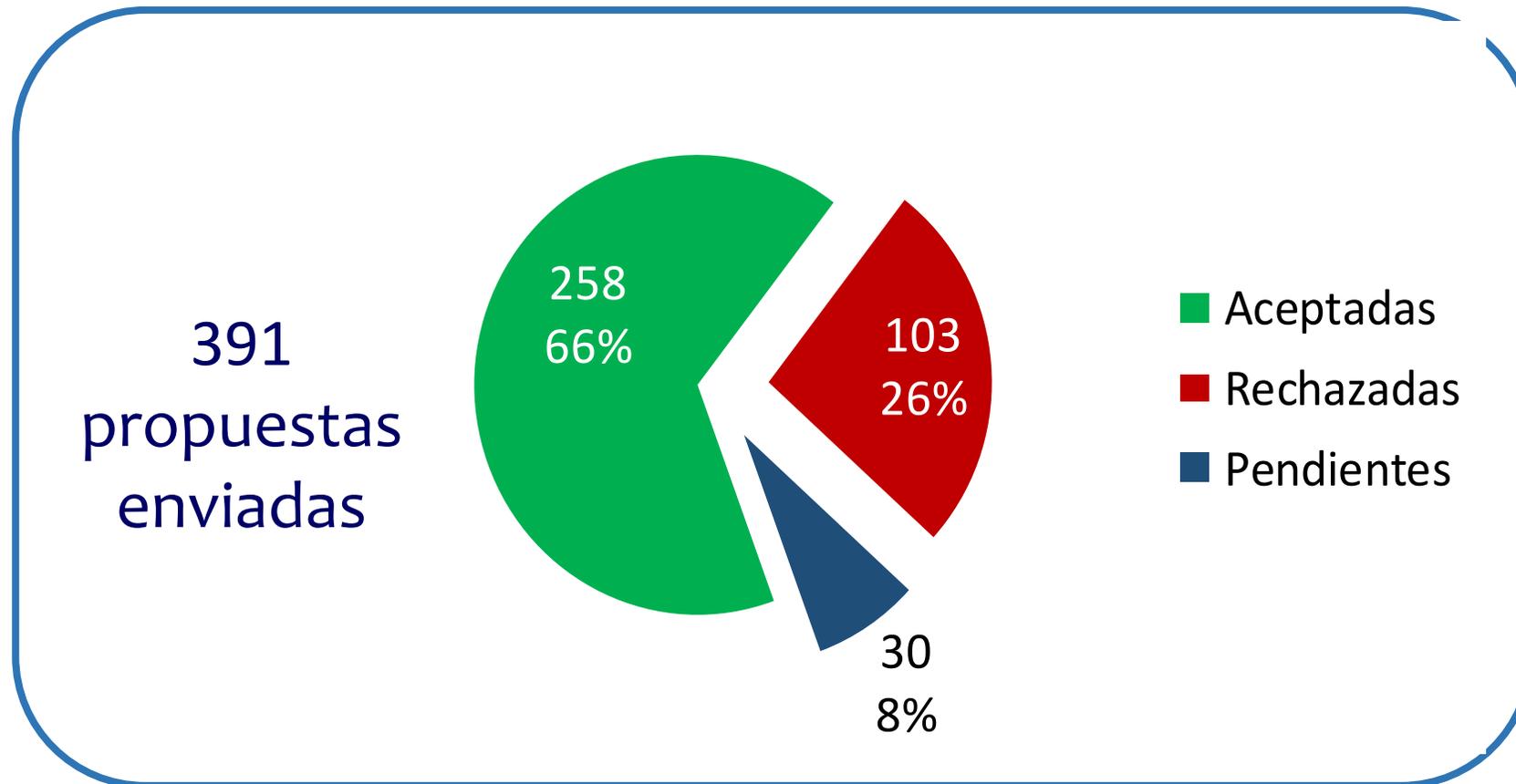
■ Con diagnóstico de riesgo*

■ Sin diagnóstico de riesgo

* Caída, demencia, anciano frágil, polimedicado

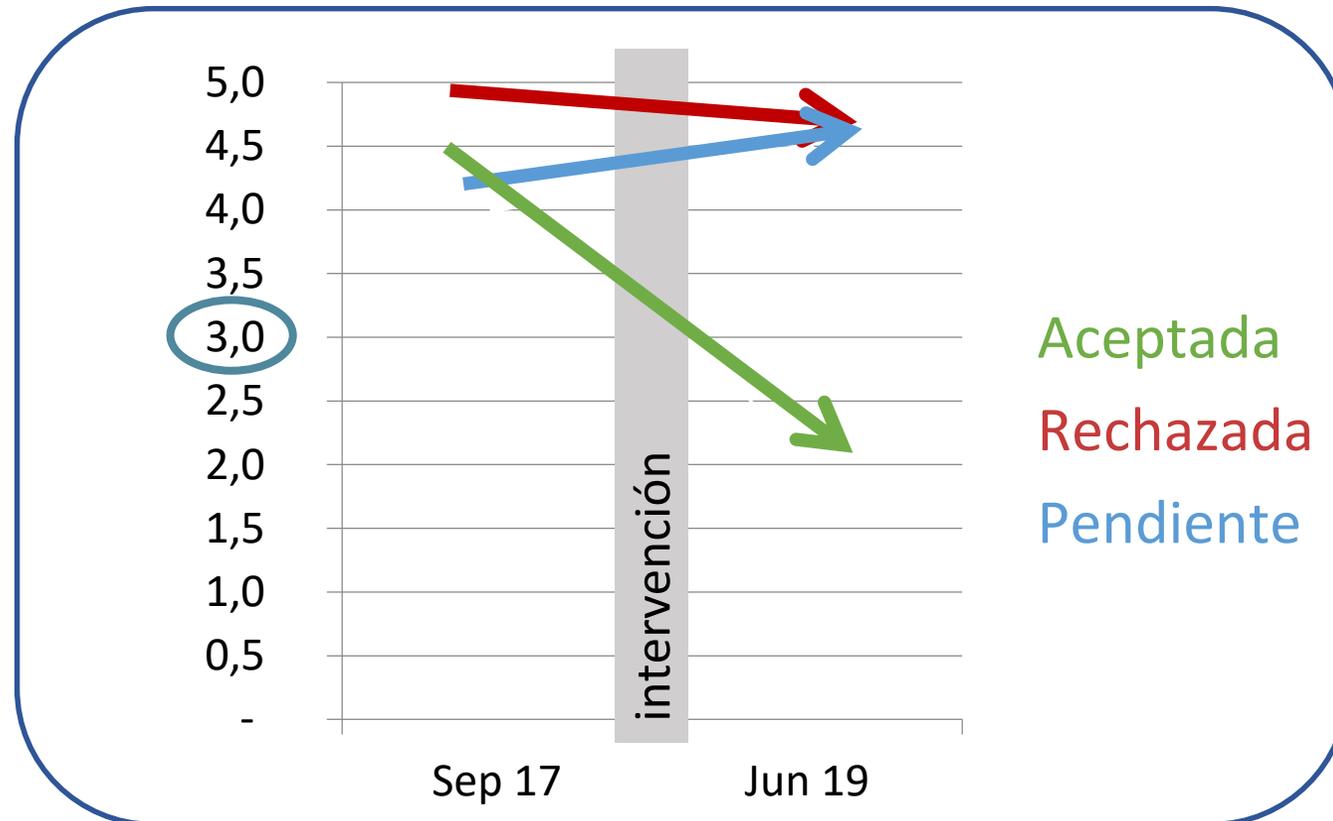
1-Optimización del tratamiento de la INCONTINENCIA URINARIA

Envío de las propuestas el 15/09/2017



1-Optimización del tratamiento de la INCONTINENCIA URINARIA

Carga anticolinérgica antes y después de la intervención



1-Optimización del tratamiento de la INCONTINENCIA URINARIA



MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica



Scientific letter

A strategy for urinary incontinence treatments decription

Estrategia para decripción de tratamiento en la incontinencia urinaria

Dear Editor:

Urinary incontinence (UI) is a medical condition that is becoming more prevalent due to demographic aging. Available drugs for UI treatment in Spain are: solifenacin, fesoterodine, tolterodine, oxybutynin, propiverine, trospium and mirabegron. There is no consistent evidence to support superiority of drug therapy over behavioral therapy for treatment of urgency UI.¹ These drugs, except mirabegron, can cause anticholinergic effects² due to the anticholinergic burden (AB), which has been also associated with an increased risk of mortality,³ while mirabegron may cause cardiovascular adverse events.² So, non-pharmacological treatment is preferred in elderly.¹

Combination of UI drugs and all day long use of incontinence diapers is considered a therapeutic redundancy, increasing the risk of adverse effects without providing benefits. We developed a strategy in order to withdraw UI drugs in primary care setting including patients who met both criteria.

We used an in-house developed computerized clinical decision support system called OBSERVA, which let us identify patients and created proposals for decription of UI treatments. The aim of this intervention was to promote the decription through shared-decision making. Proposals were presented to general practitioners (GP) with the following pop-up message in the electronic prescription:

"Patient treated with UI drugs and all day long use of diapers. This drug provides low benefit and high risk of adverse events. Drug withdrawal is recommended".

This message displayed three options: reject, accept or postpone the proposal. When GP accepted, treatment discontinuation was automatically transferred to electronic prescription.

Table 1
Anticholinergic burden variation.

State of the proposal	Number of patients	Mean (SD) ACB before intervention	Mean (SD) variation in ACB	IC 95%
Accepted	258	3.66 (2.01)	-1.62 (2.22)	-1.89 to -1.35
Rejected	103	4.43 (1.92)	-0.33 (1.29)	-0.14 to -1.01
Pending review	30	3.40 (2.04)	0.43 (1.55)	0.21 to 1.30

A total of 377 patients [median age: 84 (76-88) years] were included, and 391 proposals were sent. After 21 months, 66% of the decription proposals had been accepted, 26% rejected and 8% were pending review, which shows a great acceptance by GP, improving patients' safety and reducing unnecessary expenses.

Percentages of submitted proposals by drug were: solifenacin 25%, mirabegron 23%, tolterodine 21%, fesoterodine 19%, oxybutynin 10% and trospium 2%. After the intervention, the discontinued drugs were: mirabegron 26%, solifenacin 23%, fesoterodine 19%, tolterodine 19%, oxybutynin 11% and trospium 2%.

The available evidence indicates that cumulative exposure to AB may result in an increased risk of cognitive impairments, dementia and falls.³⁻⁵ ACB scores greater than 3 are associated with cognitive impairment.³ In our study the mean AB before the intervention was 3.8 (2.0) points, and it significantly decreased after intervention in those who discontinued the UI treatment. In patients with a rejected proposal, AB was significantly lower while for patients with pending proposals this was significantly higher (Table 1). In addition, inappropriate use of mirabegron was reduced.

Another aim was to increase GP awareness about AB and to promote safe use of drugs. It is encouraging to see that in patients whose proposals were read but rejected, a statistically significant decrease in AB was found while in patients whose proposals were not reviewed, it increased.

Medication review by CP followed by feedback to prescriber

Se han retirado fármacos que no aportaban beneficio clínico y que estaban comprometiendo la seguridad del paciente

1-Optimización del tratamiento de la INCONTINENCIA URINARIA

-  **Reducción de la carga anticolinérgica**
-  **Disminución de la carga de medicación** en pacientes que, según la evidencia disponible, no están obteniendo beneficio de la misma
-  Intervención relacionada con la **seguridad** del paciente al disminuir el riesgo de interacción y efectos adversos
-  Buena aceptación por los profesionales implicados

2-Optimización del tratamiento de IBPs

Paciente
≥ 65 años

con IBP

Omeprazol

Pantoprazol

Lansoprazol

Esomeprazol

Rabeprazol

No hay una
indicación clara
para su uso

No recibe ningún
fármaco
gastrolesivo de
forma
concomitante



Propuesta de suspensión del fármaco

2-Optimización del tratamiento de IBPs

Paciente
< 65 años
con IBP
Omeprazol
Pantoprazol
Lansoprazol
Esomeprazol
Rabeprazol

No hay una
indicación clara
para su uso

No recibe ningún
fármaco gastrolesivo de
forma concomitante



Propuesta de suspensión del fármaco

2-Optimización del tratamiento de IBPs

Se mantendrá el tratamiento si:

CIAP	
D07	DISPEPSIA/INDIGESTIÓN
D14	HEMATEMESIS/VÓMITO DE SANGRE
D84	ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO
D85	ÚLCERA DUODENAL
D86	OTRAS ÚLCERAS PÉPTICAS
D87	ALTERACIONES FUNCIONALES DEL ESTÓMAGO
D90	HERNIA DE HIATO
D02	DOLOR DE ESTÓMAGO/EPIGÁSTRICO
D03	PIROSIS

FÁRMACOS GASTROLESIVOS

AINE

ANTIAGREGANTES

ANTICOAGULANTES

CORTICOIDES + ISRS/ ISRSN



2-Optimización del tratamiento de IBPs

IBPs sin indicación

NO SON PROTECTORES, SON FÁRMACOS

FRECUENTES

Cefalea
Diarrea
Náuseas
Estreñimiento
Flatulencia
Dolor abdominal

MENOS FRECUENTES

Vértigo
Mareo
Visión borrosa
Edema periférico

Supresión de la secreción ácida a largo plazo

Hipergastrinemia

Fracturas osteoporóticas

Hipomagnesemia

Mayor riesgo de infecciones entéricas y pulmonares (neumonía)



2-Optimización del tratamiento de IBPs

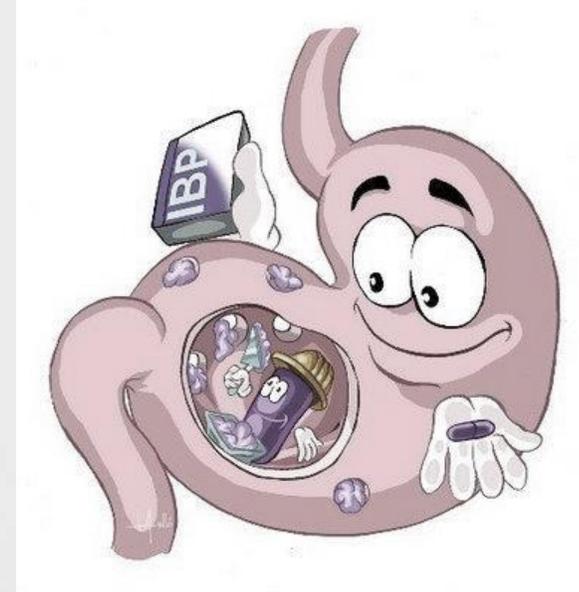
Prescripción de IBP sujeta a:

Indicación clínica clara

Dosis mínima eficaz

Reevaluación periódica

Evitar cronificar sin motivo



2-Optimización del tratamiento de IBPs



“Protectores de estómago” ¿Siempre necesarios?

¿Qué son los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) y para qué se utilizan?

Los inhibidores de la bomba de protones, mal llamados “protectores del estómago” (omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, pantoprazol y rabeprazol), están indicados para tratar o prevenir síntomas estomacales (ardor, reflujo, úlceras, etc.) porque impiden que el estómago produzca mucho ácido.

¿Cómo hay que tomarlos?

Aunque se les ha atribuido un efecto protector, en muchas personas que toman tratamientos crónicos no es necesario su uso. Su médico le indicará si debe tomarlos. Se aconseja utilizar los IBP a la menor dosis y duración posible. Existen situaciones en las que el uso prolongado está justificado, pero no es infrecuente que se utilicen durante más tiempo del necesario. Tomar varios medicamentos NO justifica su uso.

¿Tienen algún efecto secundario?

En general, son medicamentos seguros y bien tolerados. No obstante, si se usan durante largos periodos pueden ocasionar algunas complicaciones y/o interacciones con otros medicamentos. Es importante utilizarlos cuando están indicados, a la menor dosis y duración posible.



¿Debo dejarlos?

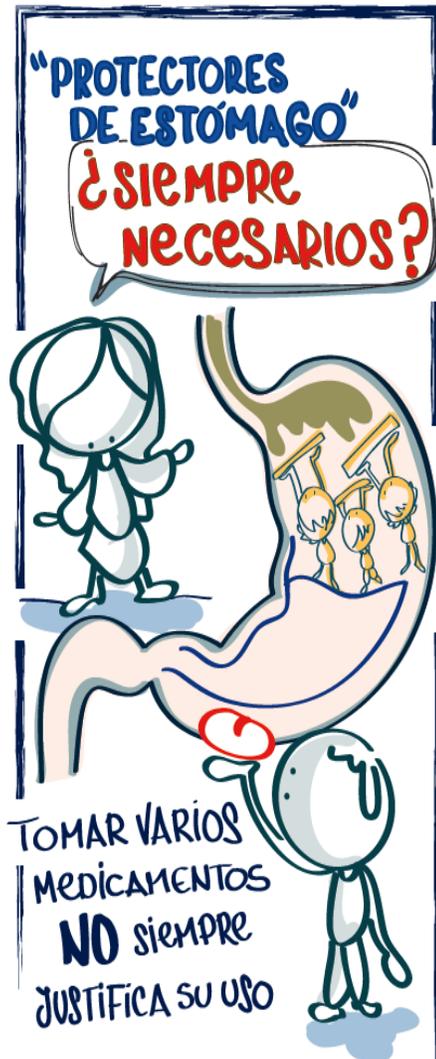
Estos tratamientos no deben ser “de por vida”, requieren reevaluación periódica. Si lleva mucho tiempo tomando alguno de estos medicamentos, no debe dejar de tomarlos por su cuenta ni de forma brusca. Si es el momento de suspender el fármaco, su médico se lo hará saber después de evaluar las enfermedades que padece y el tratamiento que recibe.

¿Cómo dejarlos?

Habitualmente se aconseja dejar de tomarlos poco a poco. Se recomienda tomarlo cada 2 ó 3 días, en vez de todos los días. Tras un mes siguiendo esta recomendación, dejará de tomarlo definitivamente. El estómago puede estar acostumbrado a los efectos de estos medicamentos. Si vuelve a tener síntomas consulte con su médico.

Consejos para aliviar los síntomas de acidez o molestias gástricas

- Reducir el consumo de alcohol y evitar el tabaco.
- Evitar los alimentos que le produzcan “ardor”.
- Evitar las comidas copiosas.
- No acostarse justo después de comer.



Salud inicia un plan de revisión de 12.000 pacientes mayores de 65 años que toman “protectores de estómago”

martes, 21 de noviembre de 2017

Farmacia, Digestivo y Atención Primaria promueven una estrategia para racionalizar el uso de estos medicamentos

El Departamento de Salud ha puesto en marcha esta semana una campaña para optimizar el uso de los medicamentos conocidos como “**protectores de estómago**”, que conlleva en una primera fase la revisión del historial de 12.000 pacientes mayores de 65 años que actualmente tienen prescrito este fármaco. La iniciativa ha sido promovida por un grupo de trabajo compuesto por profesionales de la subdirección de Farmacia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O), los servicios hospitalarios de Digestivo y la gerencia de Atención



2-Optimización del tratamiento de IBPs

≥ 65 años

9.276 propuestas

≤ 65 años

6.460 propuestas

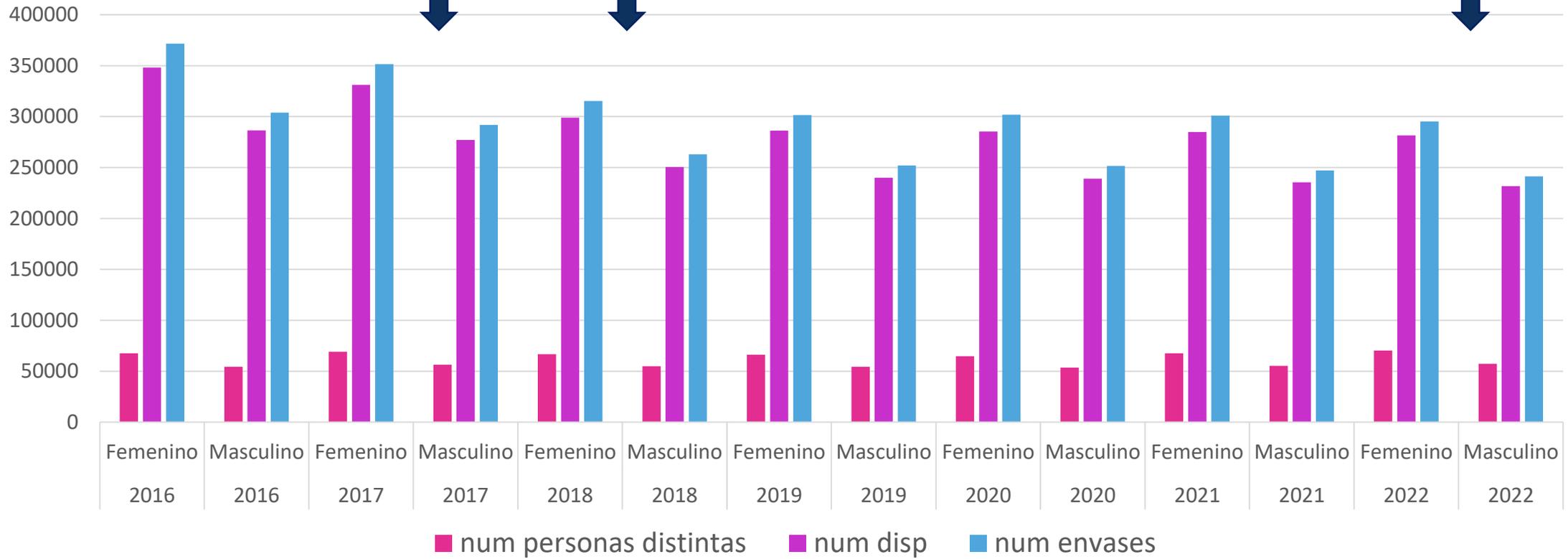
≥ 65 años

8.917 propuestas

≤ 65 años

9.424 propuestas

IBPs



3-Optimización de la Interacción Triple Whammy

IECA/ARAII

+

DIURÉTICO

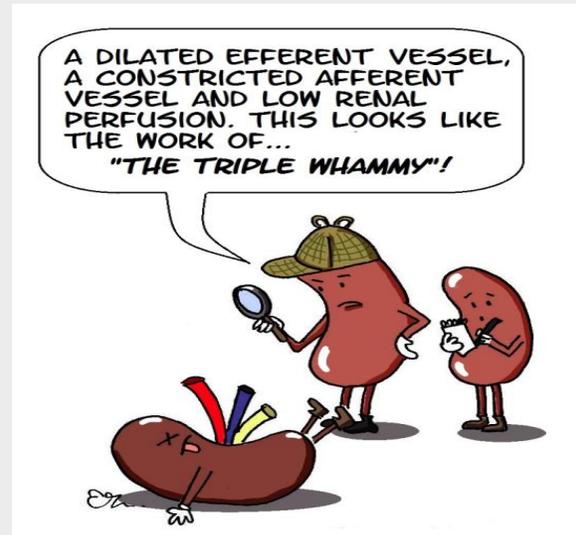
+

AINE

Aumento del riesgo
de insuficiencia
renal aguda (30%)

↑ **RIESGO**

- ✓ Hipovolemia
- ✓ Patología renal, cardíaca o hepática grave de base
- ✓ Edad avanzada



Propuesta de suspensión del AINE

4-Optimización del tratamiento con bloqueantes α adrenérgicos y sonda urinaria

Alfuzosina
Silodosina
Tamsulosina
Tamsulosina/dutasterida
Tamsulosina/solifenacina
Terazosina
Doxazosina
Prazosina
Urapidilo

+

SONDA
URINARIA
(>1 mes)

=

¿UTILIDAD?



- ✓ La asociación no aporta beneficios
- ✓ Compromete la seguridad del paciente



Propuesta de suspensión del fármaco

4-Optimización del tratamiento con bloqueantes α adrenérgicos y sonda urinaria



Revista Española de Geriátría y Gerontología

www.elsevier.es/regg



ARTÍCULO ESPECIAL

Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores:
los criterios STOPP/START

Eva Delgado Silveira^a, María Muñoz García^a, Beatriz Montero Errasquin^b, Carmen Sánchez Castellano^b, Paul F. Gallagher^c y Alfonso J. Cruz-Jentoft^{b,*}

^a Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Geriátría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^c Department of Geriatric Medicine, Cork University Hospital, Wilton Cork, Irlanda

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*)

Alfuzosina
Silodosina
Tamsulosina
Tamsulosina/dutasterida
Tamsulosina/solifenacina
Terazosina
Doxazosina
Prazosina
Urapidilo



Síntomas funcionales de HPB

Relajan musculatura lisa
Aumentan el volumen de orina
Reducen PA por resistencia periférica

5-Optimización del tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia (estatinas y ezetimiba) en prevención primaria de eventos cardiovasculares en ≥ 75 años

Criterios de INclusión

Mayores de 75 años
Prevención primaria

- > RAM
- > interacciones
- < importancia de la hipercolesterolemia como FRCV

- **No evidencia clara:** No hay evidencia de que en >75 años la reducción de la hipercolesterolemia reduzca la mortalidad global, mortalidad por cardiopatía coronaria, hospitalizaciones por infarto de miocardio o angina inestable.
- **Reacciones adversas frecuentes:** miopatía, diabetes, insuficiencia renal, cataratas, deterioro cognitivo, alteración función hepática.

Criterios de EXclusión

DM
HTA + IR
VIH



Recomendaciones
NO HACER

Grupo de trabajo de la semFYC
para el proyecto Recomendaciones «NO HACER»



Propuesta de suspensión del fármaco

5-Optimización del tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia (estatinas y ezetimiba) en prevención primaria de eventos cardiovasculares en ≥ 75 años

MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL...

Existen dudas sobre el beneficio en mayores de 75 años sin enfermedad cardiovascular



Nafarroako Gobernua  Gobierno de Navarra

¿QUÉ SON?

MEDICAMENTOS QUE REDUCEN EL COLESTEROL:

atorvastatina, simvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina, pitavastatina y ezetimiba.



¿CUÁNDO TOMARLOS?

Cuando se tenga un alto riesgo cardiovascular, tras un infarto, angina de pecho o ictus cerebral y su médico lo considere adecuado. En otros casos, probablemente no sean necesarios.

¿TIENEN EFECTOS SECUNDARIOS?

Sí. Pueden producir, entre otros, problemas digestivos y musculares, dolor de cabeza, espalda o articulaciones, y mareo.

¿DEBO DEJAR ESTE MEDICAMENTO?

No debe dejar de tomarlo por su cuenta. Consulte a su médico para valorar si continúa siendo beneficioso para usted. En caso de que sea preciso suspender el medicamento, su médico se lo hará saber.



ALGUNOS CONSEJOS PARA REDUCIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR

- EVITE FUMAR
- Realice alguna actividad física
- Siga una dieta saludable
- Mantenga un peso equilibrado
- Reduzca la ingesta de sal y azúcar

navarra.es Castellano Euskara
 ¡Utilice el buscador!

NAVARRA TRÁMITES TEMAS GOBIERNO ACTUALIDAD
 Sala de prensa BON Boletines sectoriales
 Actualidad : Sala de prensa : Noticias del Gobierno : 2018 : 12 : 17 : Programa Colesterol

Ver más noticias de este día

Salud inicia un programa de revisión de 9.000 personas mayores de 75 años que toman medicamentos para el colesterol

Lunes, 17 de diciembre de 2018

La subdirección de Farmacia, el servicio de Geriátria del CHN y la Gerencia de Atención Primaria promueven una estrategia para optimizar el uso de estos medicamentos, consumidos por el 40% de las personas mayores de 75 años

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) inicia una campaña con el objetivo de optimizar el uso de los medicamentos para disminuir el colesterol, conocidos como estatinas y ezetimiba. Para ello, se revisará el tratamiento de las 9.000 personas mayores de 75 años que toman estos fármacos, el 40% de la población navarra en esa franja de edad.

La iniciativa ha sido promovida por la subdirección de Farmacia del SNS-O, con la creación de un grupo de trabajo formado por farmacéuticas y farmacéuticos de Atención Primaria, geriatras, y médicos y médicos de familia, que han trabajado de manera coordinada en la elaboración de una estrategia para adecuar la prescripción de estos medicamentos

Bajo el título "Medicamentos para el colesterol... ¿para toda la vida? / Kolesterolarendako sendagaik... bizitza osorako?", el SNS-O ha editado dípticos informativos en euskera y castellano dirigidos a la población general, y que estarán disponibles en los centros de salud y en las consultas de toda la comunidad foral.

Los folletos explican los casos en los que están indicados estos fármacos y en qué momento podrían dejar de ser necesarios. También ofrecen

REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA RE SP

Protocolo del estudio
 Estrategia de deprescripción de estatinas y ezetimiba en prevención primaria en mayores de 75 años: análisis de los resultados en salud.

Volumen **96**
 29/6/2022

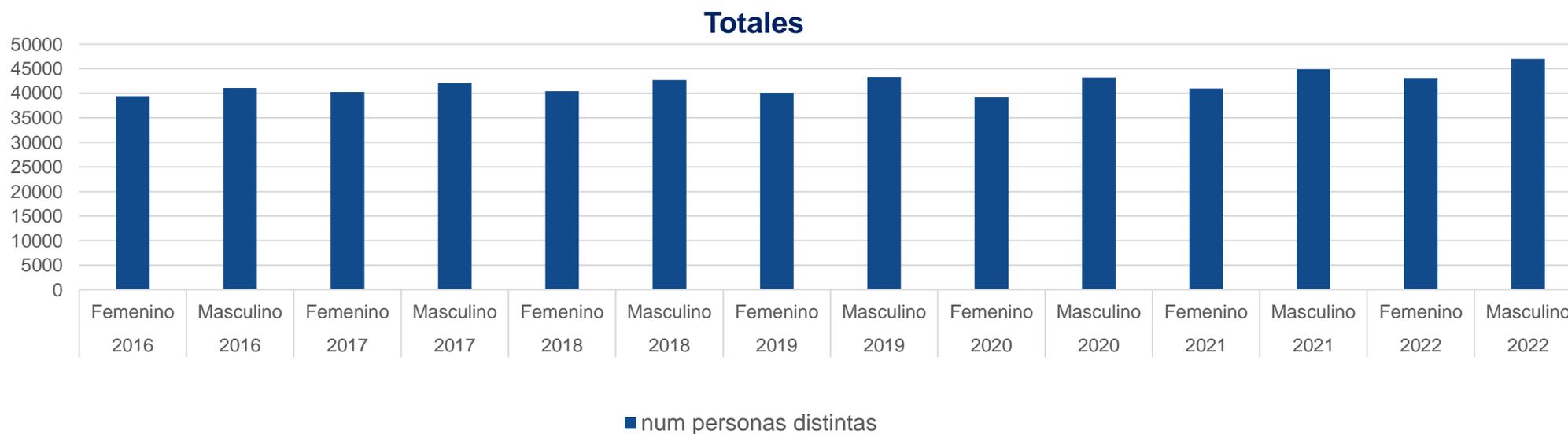
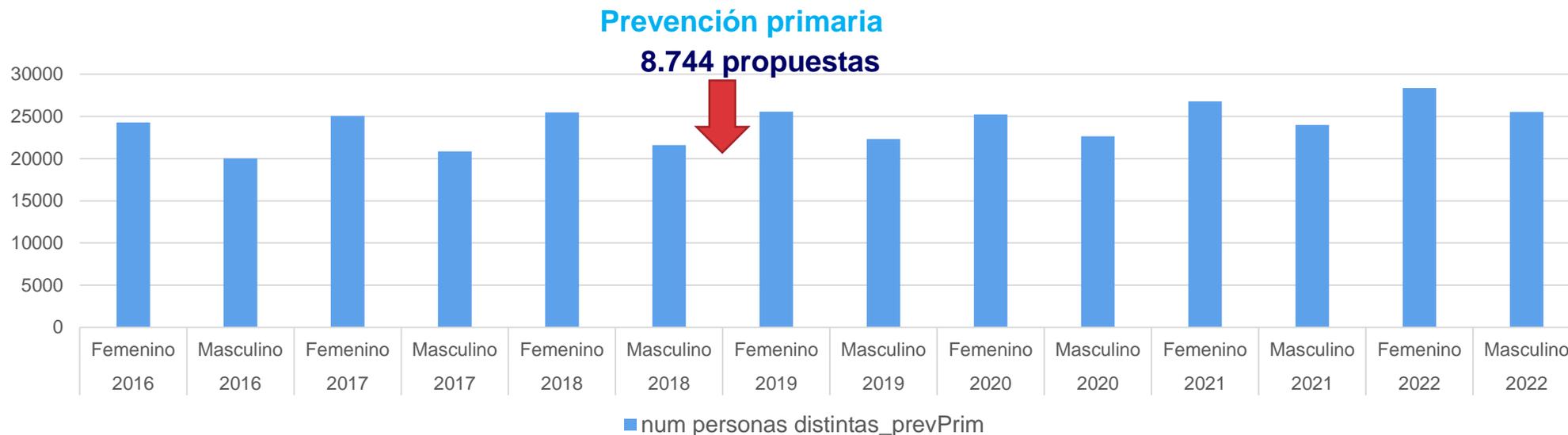
PROTOCOLO
 Recibida: 11/3/2022
 Aceptada: 24/5/2022
 Publicada: 29/6/2022
 e202206049
 e1+8

AUTORES	(1,2)	(ORCID: 0000-0002-8510-2378)
Natalia Alzueta Iñárriz	(1,2)	(ORCID: 0000-0003-4435-2783)
Julen Fernández González	(1,2)	(ORCID: 0000-0001-9225-5323)
Amaya Echeverría Gorriti	(1,2)	(ORCID: 0000-0002-5029-9368)
Patricia García González	(1,2)	(ORCID: 0000-0003-1571-5438)
Lorena Sarrá Alvarez	(1)	(ORCID: 0000-0001-7700-7916)
M ^l Concepción Celaya Lecea	(1,2)	(ORCID: 0000-0002-9788-6764)
Oihane Goli Zamarrilla	(1,2)	(ORCID: 0000-0002-5919-8699)
M ^l Teresa Acín Gerici	(1,2)	(ORCID: 0000-0003-8888-3370)
Rafael Bartolomé Resano	(1,2)	(ORCID: 0000-0002-0026-7470)
Javier Garjón Parra	(1,2)	

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA
INVESTIGADORA PRINCIPAL Y LÍDER DE LA REDACCIÓN DEL PROTOCOLO
 Natalia Alzueta Iñárriz

Todos los autores participaron en las diferentes fases del proyecto y contribuyeron a la publicación del manuscrito, tanto en la idea inicial y el diseño del proyecto como en la redacción y revisión crítica, dando su aprobación a la versión final del manuscrito. Todos ellos son responsables de la revisión del

5-Optimización del tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia (estatinas y ezetimiba) en prevención primaria de eventos cardiovasculares en ≥ 75 años



6-Optimización del tratamiento de BIFOSFONATOS



Propuesta de suspensión del fármaco

7-Optimización del tratamiento de TERIPARATIDA

Teriparatida

>2 años de tratamiento



Propuesta de suspensión del fármaco

7-Optimización del tratamiento de BISFOSFONATOS Y TERIPARATIDA

BISFOSFONATOS Y TERIPARATIDA CUIDA LA SALUD DE TUS HUESOS

Los medicamentos indicados para la osteoporosis tienen como finalidad evitar las fracturas de los huesos.

Como todos los medicamentos, no están exentos de riesgo.

BISFOSFONATOS Y TERIPARATIDA



TERIPARATIDA

Es una hormona que se inyecta una vez al día. Una vez transcurridos 2 años de tratamiento debe suspenderse y no repetir el tratamiento a lo largo de la vida.



BISFOSFONATOS

Son el ácido alendrónico, el ácido risedrónico y el ácido ibandrónico. Una vez transcurridos cinco años de tratamiento los bisfosfonatos no han conseguido demostrar un beneficio claro. En estos casos los riesgos pueden ser mayores que los beneficios.



Prevenir las caídas es la mejor manera de evitar fracturas de cadera.

Para garantizar la salud de los huesos es esencial llevar una dieta con el aporte suficiente de calcio y un estilo de vida saludable.

Para evitar caídas, use gafas bien graduadas y tenga cuidado con las alfombras y otros elementos del hogar que puedan provocar un accidente en casa.



7-Optimización del tratamiento de BISFOSFONATOS Y TERIPARATIDA

**BISFOSFONATOS
TERIPARATIDA**



DENOSUMAB



PROLIA® (DENOSUMAB): POSIBLE RIESGO DE FRACTURAS VERTEBRALES MÚLTIPLES TRAS LA SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO

Fecha de publicación: 5 de junio de 2019

Categoría: MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, SEGURIDAD

Referencia: MUH (FV), 9/2019

Se han notificado casos de fracturas, algunas múltiples, tras la suspensión del tratamiento con Prolia® (denosumab).

Se recuerda que Prolia® únicamente se debe de utilizar en pacientes con elevado riesgo de fracturas y se recomienda a los profesionales sanitarios considerar, antes de comenzar a tratar al paciente, la posible aparición de fracturas vertebrales múltiples al retirar el tratamiento.

Cuando se interrumpa el tratamiento se deben seguir las recomendaciones de las guías de práctica clínica en relación con la estrategia terapéutica a seguir además de realizar una estrecha vigilancia del paciente.

7-Optimización del tratamiento de BISFOSFONATOS Y TERIPARATIDA

En el momento de la prescripción de **DENOSUMAB** aparecerá el siguiente mensaje:

No se ha establecido la duración óptima del tratamiento antirresortivo para la osteoporosis. Se han notificado casos de fracturas vertebrales tras la suspensión del tratamiento con denosumab (diagnosticadas después de seis meses tras la última dosis administrada). Valorar la idoneidad de iniciar este tratamiento.

Se recomienda utilizar otras medidas para la prevención de fracturas como ejercicio físico, disminución del riesgo de caídas y medidas higiénico-dietéticas.

7-Optimización del tratamiento de BISFOSFONATOS Y TERIPARATIDA

-  Fomentar la prescripción de **medidas para la prevención de fracturas** como ejercicio físico, disminución del riesgo de caídas y medidas higiénico-dietéticas.
-  **Disminución de la carga de medicación** en pacientes que, según la evidencia disponible, no están obteniendo beneficio de la misma
-  Intervención relacionada con la **seguridad** del paciente
-  **Reevaluar** el riesgo de fractura periódicamente

8-Optimización del tratamiento crónico de BENZODIACEPINAS

Gobierno de Navarra **Nafarroako Gobernua** **AGENDA 2030**

¿TOMAS PASTILLAS PARA DORMIR? LO EGITEKO PILULAK HARTZEN DITUZU?

Si tomas pastillas para dormir, piensa que son útiles en algunos momentos o temporadas, aunque...
Lo egiteko pilulak hartzen badituzu, jakin ezazu ezen onuragarriak direla zenbait une edo garaitan, baina...

NO SON PARA SIEMPRE
EZ DIRELA BETIKO

EMPEORAN LA MEMORIA
AUMENTAN EL RIESGO DE CAÍDAS Y FRACTURAS
TE PUEDES ACOSTUMBRAR Y CADA VEZ NECESITAR MÁS

CONSEJOS PARA CONCILIAR EL SUEÑO DE F LO BEREZ HARTZEKO GOMENDIOAK

PRESCINDIR DE LAS SIESTAS
SAIHESTU

NADA DE ALCOHOL, TABACO Y ACTIVIDADES EXCITANTES ANTES DE DORMIR
ALKOHOLIK EZ TABAKORIK EZ, EZTA LO EGIN AURREKO JARDUERA BIZKORGARRIRIK ERE

EVITAR Y LUCES
LOGELAN, ETA ARGIA

SI TOMAS PASTILLAS PARA DORMIR, DEBES SABER QUE...

EMPEORAN LA MEMORIA
AUMENTAN EL RIESGO DE CAÍDAS Y FRACTURAS
NO SON PARA SIEMPRE
TE ACOSTUMBRAS Y CADA VEZ NECESITAS MÁS

Si estás pensando en dejar de tomar pastillas para dormir, **¡que no sea bruscamente!**
ez utzi

Lotaroko...
idela bada...
Zure osasun...
zaitezke, pro...
zure bilakaer...

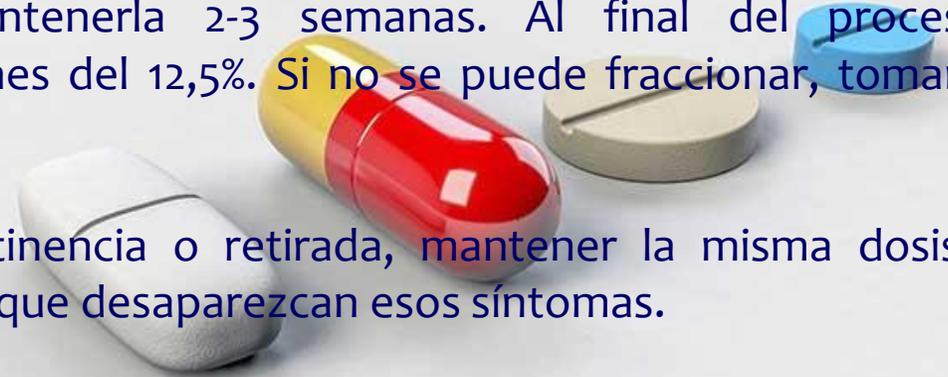
Puedes contactar con tu centro de salud para que te ayuden en el proceso y hagan un seguimiento de tu evolución.

Si te animas a dejar de tomar pastillas para dormir, **¡no lo hagas bruscamente!**
Contacta con tu médico del centro de salud para que te ayude en el proceso y haga un seguimiento de tu evolución.

Gobierno de Navarra **Nafarroako Gobernua** **AGENDA 2030**

COMO RETIRAR LAS PRINCIPALES BZP PAUTADAS PARA EL INSOMNIO: MEDIDAS GENERALES

- No retirar en caso de: dependencia alcohólica, otras dependencias, antecedentes de convulsiones por abstinencia, trastornos psiquiátricos.
- Retirada más lenta en: depresión, insomnio a largo plazo, problemas de ansiedad, demencia, intento previo de retirada, consumo de alcohol.
- Reducción del 10-25% de la dosis dependiendo del grado de dependencia y mantenerla 2-3 semanas. Al final del proceso, considerar reducciones del 12,5%. Si no se puede fraccionar, tomar a días alternos.
- Si síntomas de abstinencia o retirada, mantener la misma dosis 1 semana más o hasta que desaparezcan esos síntomas.
- Seguimiento frecuente y hasta 6 meses tras retirada.



9-Optimización del tratamiento de la DEMENCIA en pacientes con demencia avanzada

Fármacos **inhibidores de acetilcolinesterasa** (donepezilo, rivastigmina, galantamina) y/o **memantina**

Los IACE: Enfermedad de Alzheimer en fase leve a moderada.

Rivastigmina además, enfermedad de Parkinson idiopática, demencia de cuerpos de Lewy y demencia mixta.

Memantina indicada para Enfermedad de Alzheimer moderada a grave.

Pacientes adultos con diagnóstico de **demencia** y con una puntuación en la escala de deterioro global (**GDS**) ≥ 6



9-Optimización del tratamiento de la DEMENCIA en pacientes con demencia avanzada

No hay evidencia de cual es el momento idóneo para retirar estos medicamentos

La suspensión debe individualizarse y en general puede considerarse en pacientes con GDS a partir de 6. En estos pacientes el beneficio clínico no está demostrado



Propuesta de suspensión del fármaco

Se propone considerar la suspensión del tratamiento con anticolinesterásicos (donepezilo, rivastigmina, galantamina) y/o memantina debido a que el paciente presenta una demencia avanzada ($GDS \geq 6$) y en estos casos el beneficio clínico no está demostrado.





Propuesta de suspensión del fármaco

Cada 4 semanas y monitorizando la respuesta, según el siguiente esquema:

Donepezilo: 10 mg/día → 5 mg/día → stop

Galantamina: 24 mg/día → 16 mg/día → 8 mg/día → stop

Rivastigmina:

- **cápsulas:** 6 mg/12h → 4,5 mg/12h → 3 mg/12h → 1,5 mg/12h → stop
- **parches:** 13,3 mg/24h → 9,5 mg/24h → 4,6 mg/24h → stop

Memantina: 20 mg/día o 10 mg c/12h → 10 mg/día → stop



10-Programa de Optimización del uso de antimicrobianos

Con los **antibióticos** no se juega

Usar demasiados antibióticos contribuye a que éstos **no sirvan** cuando realmente los necesites



Nafarroako Gobernua
Gobierno de Navarra

Uso correcto **de antibióticos**

- Sólo han de usarse para tratar infecciones causadas por bacterias. **La mayor parte de las infecciones no son causadas por bacterias.**
- **No sirven para la gripe ni para los catarros.** Tu médico decidirá si necesitas un antibiótico.
- Si el médico te prescribe un antibiótico, **no dejes de tomarlo antes de tiempo.**
- Tu farmacéutico no puede dispensar antibióticos **sin receta.**



Tómatalos **EN SERIO**

En muchas ocasiones, el antibiótico **no** es el tratamiento adecuado.

Si tomas antibióticos cuando **no** los necesitas, **no** te servirán cuando **sí** los necesitas.

Para una utilización adecuada de los antibióticos debes consultar a tu médico o farmacéutico.

ARTÍCULOS ORIGINALES BREVES

Resultados de la implementación de un programa piloto de optimización de antimicrobianos (PROA) en Atención Primaria

Results of implementation of a pilot antimicrobial stewardship program (ASP) in Primary Care

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0913> An. Sist. Sanit. Navar. 2020; 43 (3): 373-379

N. Alzueta Isturiz^{1,2}, C. Fontela Bulnes¹, A. Echeverría Gorriti¹, A. Gil Setas³, P. Aldaz Herce^{2,4}, J. Garjón Parra^{1,2}

11-Optimización del tratamiento de opioides en DCNO

↑ Opioides en Dolor Crónico No Oncológico (DCNO)

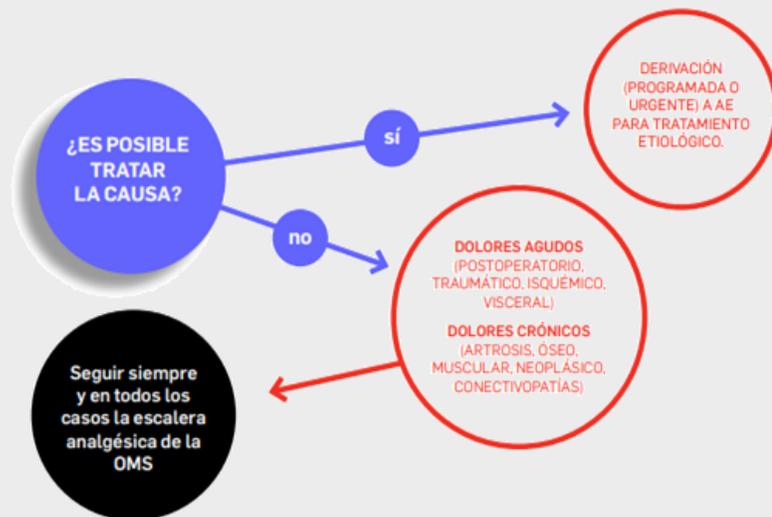
Evidencia limitada

Fentanilo transmucosa → utilización inadecuada → situación agravada

Problema en los Servicios de Salud

Indefinición de la duración del tratamiento

Escasa capacidad de evaluar los resultados y problemas asociados



Introducir desde el inicio del tratamiento otras opciones no farmacológicas: ejercicio, rehabilitación, educación para la salud, tratamiento psicológico...

Seguimiento de los pacientes en tratamiento a largo plazo (>6 meses)



GRACIAS



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA EN NAVARRA