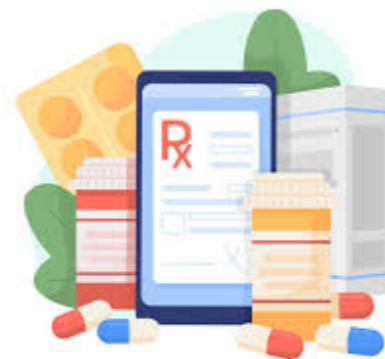


CRITERIOS STOPP/ START.



Paula Alonso Prado
Ana Lahoz García

R1 Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de León.

CRITERIOS STOPP/START



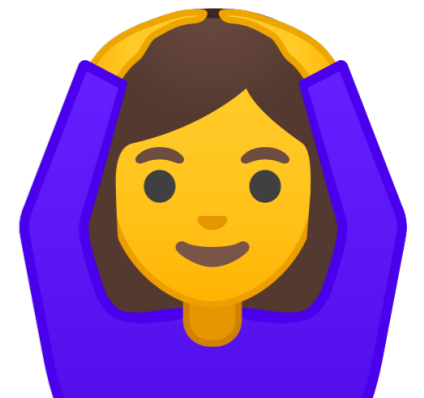
- Se desarrollaron por primera vez en 2008. Última versión 2023 (v3).
- Son una herramienta clínica diseñada para mejorar la prescripción de medicamentos.
- Reduciendo efectos adversos y mejorando la seguridad.
- Especialmente en población ≥ 65 años y pacientes polimedicados.

Criterios STOPP/START

- **Criterios STOPP (133 criterios):** Evitar prescripciones potencialmente inapropiadas.



- **Criterios START (57 criterios):** Detectar omisiones terapéuticas relevantes o tratamientos subóptimos.



OBJETIVO: DEPRESCRIPCIÓN evitando OMISIÓN

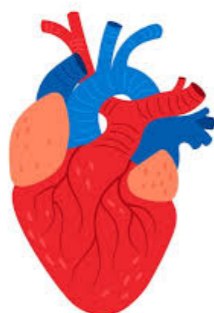


Reducir efectos secundarios/interacciones
Favorecer la adherencia terapéutica
Mejorar la CALIDAD de vida



CRITERIOS STOPP.

SIN INDICACIÓN
DURACIÓN SUPERIOR A LA INDICADA
DUPLICIDAD



- Betabloqueante + Verapamilo/
Diltiazem. BLOQUEO.
- Diurético de asa en HTA,
incontinencia, edemas sin IC.
- Diurético tiazídico:
alteraciones iónicas.
- Estatinas en prevención CV
primaria >85 años + fragilidad.
- Antagonistas de la
aldosterona + IECA/ARA-II.
HIPERK+.



- AAS > 100mg
- Hemorragia grave
- AAS + Clopidogrel >4 semanas
(STENT, SCA, E.carotídea)
- AINE + anticoagulante
- Antagonista vitK en FA (Prótesis
mecánica, EM mod/sev, FG<15)
- ISRS
- Estrógenos/andrógenos (TV)



- ATC: Demencia, Glaucoma (ae),
RAO, hipoTA.
- ISRN: HiperTA.
- ISRS: HipoNa, hemorragia.
- Antipsicóticos en Demencia:
Extrapiramidales, cognición.
- Benzodiacepinas: Somnolencia,
dependencia, IR.
- Fármacos Z en insomnio ≥ 2
semanas.
- Memantina: Convulsión.

CRITERIOS STOPP.



- Antimuscarínicos + Demencia
- + Glaucoma (ae)
- + HBP (RAO)
- + Estreñimiento
- Antagonistas alfa-1: HipoTA
- ATB en Bacteriuria asintomática

TFGe<50
AINES

TFGe<30
Digoxina >0.125 mg/día
Metformina
Espironolactona/Eplerenona
Bifosfonatos
MTX
Dabigatrán

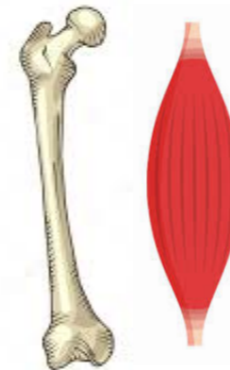
TFGe<15
Inibidores Xa



- Metoclopramida: Parkinson
- IBP >8sem (antagonistas H2)
- Antipsicóticos con disfagia

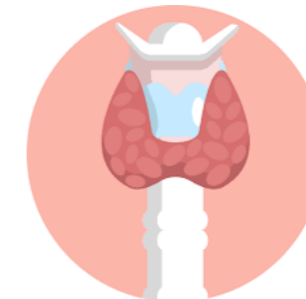


Corticoides sistémicos
en EPOC (inhalados)
Benzodiacepinas IR



- AINE
- + úlcera péptica (IBP/H2)
- + HTA

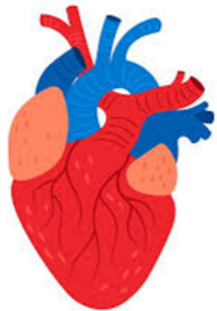
- Paracetamol de elección
- Escalera analgésica OMS
- Corticoides a largo plazo



- Sulfonilureas en DM2
- Bbloq si hipoglucemias
- Estrógenos sistémicos
+ Ca.mama
+ Trombosis
(+progestágenos. Útero).
- Levotiroxina en hipotiroidismo subclínico (TSH <10)



CRITERIOS START



OMISIONES TERAPÉUTICAS
TRATAMIENTOS SUBÓPTIMOS
SI NO HAY CONTRAINDICACIÓN



- IECA en IC con FEVlr
- Betabloqueante en IC con FEVlr + FA crónica con FC no controlada.
- Sacubitrilo/Valsartán en IC con FEVlr síntomas persistentes a pesar de usar dosis óptimas de IECA o ARA II
- ARM En IC sin deterioro grave de la función renal (FG >30 ml/min/m²).
- ISGLT2 IC sintomáticos, con o sin FEVlr, e independientemente de la presencia o no de diabetes.
- Estatinas si enfermedad coronaria, cerebral o vascular periférica.



- Antiagregantes si datos documente enfermedad coronaria, cerebral o vascular periférica.
- AVK o ACOD en FA crónica o paroxística.



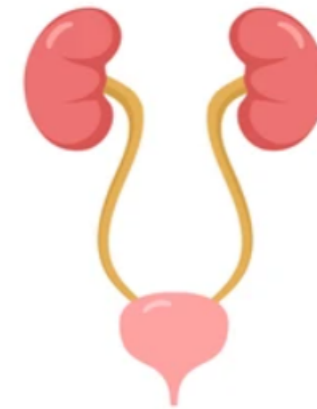
- IBP en ERGE grave o estenosis esofágica péptica que requiera dilatación.

+ inicio de tto con AAS a dosis bajas y antecedentes de úlcera péptica o esofagitis por reflujo.

+ tto con AINEs .

- Gripe
- Antineumocócica
- VVZ
- SARS-COV2

CRITERIOS START



- Vitamina D osteoporosis conocida y/o fractura previa.
- Vit D, calcio y bifosfonatos en tratamientos a largo plazo con corticoesteroides.
- Antirresortivos o anabolizantes óseos osteoporosis documentada y/o historia previa de fractura por fragilidad.

+ tras la interrupción de al menos 2 dosis de denosumab.
+ tras la interrupción del tto con teriparatida/abaloparatida

- L-DOPA/agonistas dopaminérgicos Enf. Parkinson con deterioro funcional.
- Inhibidores de la acetilcolinesterasa en Enf. Alzheimer leve-moderada.
- Rivastigmina Demencia por cuerpos de Lewy o Enf. de Parkinson.
- ISRS (o ISRN) ansiedad grave persistente.
- Antidepresivo NO ATC para la depresión mayor.

- ARAII/ IECA en ERC con proteinuria.
- Análogos de EPO en ERC grave con anemia sintomática. Objetivo [Hb]: 10,0-12,0g/dl.
- Bloqueante alfa1 adrenérgico y/o inhibidores de la 5 alfa reductasa para síntomas de tracto urinario inferior relacionados con HBP.

CASCADA DE PRESCRIPCIÓN INADECUADA

Efecto secundario de un medicamento se interpreta erróneamente como una nueva enfermedad, provocando la receta de un segundo fármaco innecesario. Especialmente frecuente en adultos mayores con polifarmacia.

AINES → HTA → AntiHTA



Revisando la medicación.

Utilizando criterios para prescripción adecuada: Criterios START/STOPP.

Unificando Consultas de Especialistas: Abordaje integral. UCA (MI), Geriatria, MFyC.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS



TA: <130-80 mmHg
HbA1c: \leq 6.5%



TA: <140/150-90 mmHg
HbA1c: \leq 7-7.5%
HbA1c: \leq 8-8.5%



EL MENOS COMÚN DE LOS SENTIDOS: SENTIDO COMÚN.

CASOS CLÍNICOS



CASO CLÍNICO 1: CAÍDAS.



Herminia de **82 años** diagnosticada de **demencia tipo Alzheimer** leve y **osteoporosis** con fractura vertebral previa. Acude para resultados de analítica de control en el que se visualiza T4 1.2 y **TSH de 7**, con resto de parámetros en rango. Durante la consulta sus familiares expresan preocupación ya que la paciente ha sufrido **dos caídas** en el último mes sin lesiones graves, y temen que sufra otra fractura, porque su vecina Paqui sufrió una fractura de cadera afectando mucho a su calidad de vida.

Tto habitual: **Lorazepam** 1 mg antes de dormir (prescrito hace 2 años para el insomnio), **Amitriptilina** 25 mg/noche (añadida hace 3 meses por "nerviosismo") y suplementos de Calcio.

Atendiendo a los criterios STOPP/START, ¿qué fármacos representan una prescripción potencialmente inapropiada en este contexto?

- A) Debería considerarse inhibidor de la acetilcolinesterasa y Vitamina D controlando valores en analítica.
- B) Iniciar Levotiroxina ante TSH elevada (N <4.5 mUI/l).
- C) Iniciar retirada gradual del Lorazepam y suspender la Amitriptilina, debido al riesgo de caídas y empeoramiento del deterioro cognitivo.
- D) A y C son correctas.

- A) Debería considerarse inhibidor de la acetilcolinesterasa y Vitamina D controlando valores en analítica.
- B) Iniciar Levotiroxina ante TSH elevada ($N < 4.5$ mUI/l).
- C) Iniciar retirada gradual del Lorazepam y suspender la Amitriptilina, debido al riesgo de caídas y empeoramiento del deterioro cognitivo.
- D) A y C son correctas.**

STOPP: El uso de **benzodiazepinas** (Lorazepam) por más de 4 semanas y en pacientes con **caídas recurrentes** es inapropiado. Además siempre que se realice su retirada debe ser gradual por riesgo de síndrome de abstinencia. La **Amitriptilina** (ATC con potentes efectos anticolinérgicos) debe evitarse en pacientes con demencia y riesgo de caídas por exacerbar el deterioro cognitivo y alterar el equilibrio.

No existe indicación para iniciar Levotiroxina en hipotiroidismo subclínico (T4 normal con TSH elevada, pero < 10).

START: Debería considerarse un **inhibidor de la acetilcolinesterasa y Vitamina D**.

CASO CLÍNICO 2: IC + Dolor Crónico.



Indalecio de **78 años** con antecedentes de **insuficiencia cardíaca con FEVr** (clase II de la NYHA) y **artrosis de rodilla** de larga evolución. Acude a consulta en el mes de Diciembre por un aumento de su disnea habitual y edemas en ambos tobillos. Su medicación actual incluye: Furosemida 40 mg/día, **Naproxeno** 500 mg (desde hace 4 meses para el dolor articular). En la exploración presenta una TA 155/95 mmHg y **TFGe** de **45 ml/min/1,73m²**.

Según los criterios STOPP/START, ¿cuál sería la respuesta **FALSA**?

- A) Iniciar un IECA asociado a la Furosemida.
- B) Mantener el Naproxeno y añadir un protector gástrico.
- C) Suspender el Naproxeno por riesgo de exacerbación de la insuficiencia cardíaca y deterioro renal y sustituir por Paracetamol.
- D) Vacunaremos de gripe y COVID-19 por periodo estacional.

Según los criterios STOPP/START, ¿cuál sería la respuesta **FALSA**?

A) Iniciar un IECA asociado a la Furosemida.

B) Mantener el Naproxeno y añadir un protector gástrico.

C) Suspender el Naproxeno por riesgo de exacerbación de la insuficiencia cardíaca y deterioro renal y sustituir por Paracetamol.

D) Vacunaremos de gripe y SARS-CoV2 por periodo estacional.

STOPP: Suspender el Naproxeno por riesgo de exacerbación de la insuficiencia cardíaca y deterioro renal, ya que el paciente presenta TFGe < 50 ml/. Sustituir por Paracetamol (mejor indicación y mayor seguridad).

START: Iniciar IECA en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida. Además las vacunas de la gripe y el SARS-CoV2 están recomendadas en los criterios START, junto a VVZ y antineumocócica.

CASO CLÍNICO 3: DE NÁUSEAS A NEUROLOGÍA, UN VIAJE INESPERADO.



Leoncio de 85 años en tratamiento actual con **antipsicóticos** para síntomas conductuales en relación a su **deterioro cognitivo** acude a consulta por cuadro de **GEA** de 6h de evolución. Se pauta Primperam 10 mg y Suero Oral y se vigila evolución. A los dos días reacude por presentar **temblores y rigidez**. En contexto de su demencia se sospecha posible E.Parkinson por lo que se inicia tratamiento levodopa para tto de efectos extrapiramidales.

Selecciona la respuesta correcta:

- A) Los temblores y la rigidez son en contexto de su GEA, por lo que debemos aumentar la dosis de Primperam y Paracetamol si fiebre.
- B) Inicio correcto de tratamiento sintomático.
- C) Se trata de un caso de cascada de prescripción inadecuada. Es innecesaria la prescripción de Levodopa en el momento actual.
- D) Síndrome extrapiramidal primario, no relacionado con la medicación.

- A) Los temblores y la rigidez son en contexto de su GEA, por lo que debemos aumentar la dosis de Primperam y Paracetamol si fiebre.
- B) Inicio correcto de tratamiento sintomático.
- C) Se trata de un caso de cascada de prescripción inadecuada. Es innecesaria la prescripción de Levodopa en el momento actual.**
- D) Síndrome extrapiramidal primario, no relacionado con la medicación.

Cascada de prescripción inadecuada: Los síntomas extrapiramidales son un efecto secundario tanto metoclopramida como del antipsicótico que ya tomaba previamente.

La actuación correcta sería retirar metoclopramida en lugar de añadir la Levodopa.

Además según los criterios **STOPP** se debería revisar la dosis de antipsicóticos por efectos extrapiramidales y empeoramiento de la cognición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado-Silveira E, Molina Mendoza MD, Montero-Errasquín B, Muñoz García M, Rodríguez Espeso EA, Vélez-Díaz-Pallarés M, et al. Versión en español de los criterios STOPP/START 3. Avances en la detección de la prescripción inapropiada de medicamentos en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2023;58(5):101407.
2. McCarthy LM, Savage R, Dalton K, Mason R, Li J, Lawson A, et al. ThinkCascades: A tool for identifying clinically important prescribing cascades affecting older people. Drugs Aging. 2022;39(10):829–40.
3. Sánchez González C, Herrero Calvo JA., Anticoagulantes orales en la enfermedad renal crónica. Ed: Lorenzo V., López Gómez JM. Nefrología al día. 2023. ISSN: 2659-2606.
4. García-Merino MD, Rodríguez-Espinosa EA, Valls-Llobet C, Villagrasa R, Montero-Errasquín B, Gómez Ramos MJ. Los criterios STOPP/START más frecuentes y su relación con resultados adversos clínicos en pacientes mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018;53(6):334–41.
5. Medicina y Geriatria Fundación (MGyF). Medicación cardiovascular potencialmente inapropiada en el adulto mayor [Internet]. [Lugar no identificado]: MGyF; [fecha de publicación no indicada].
6. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Criterios relativos al uso de anticoagulantes orales [Internet]. Madrid: AEMPS; [fecha de publicación no indicada].



¡MUCHÍSIMAS
GRACIAS
POR VUESTRA
ATENCIÓN!

