

Prestación farmacéutica sociosanitaria

Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria

Murcia, 19-20 de enero de 2016

Paciente pluripatológico en CSS.

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Josep Pastor Cano
Fco Esp Farmacia Hospitalaria
Serv Gestión Farmacéutica; DGAS; SMS

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

¿Por Qué Criterios?

- Complejidad del Paciente
- Complejidad de la enfermedad
- Combinación de las enfermedades
- Seguimiento por diferentes especialistas
- Repetidas crisis de las diferentes enfermedades
- Terapias de profilaxis de riesgo pero poca esperanza de vida
- Confusión de Efectos Adversos con enfermedades
- Múltiples reingresos
- No Ancianos en Ensayos Clínicos
- Diferencias farmacocinéticas/dinámicas en Ancianos
- Dificultad para cumplir el tratamiento

Criterios Internacionales de Prescripción y
Adecuación Terapéutica

¿Para Qué Criterios?

Herramienta de apoyo

Paso para prospectiva

¿Para Qué Criterios?

Tiempo y Viabilidad de Uso

Prestación farmacéutica sociosanitaria
Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria



Somufarh
Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria

Criterios Internacionales de Prescripción y
Adecuación Terapéutica

¿Qué NO son los Criterios?

Herramienta de control

Instituto de la Prescripción Razonada

¿Qué NO son los Criterios?

Estándar cerrado

Prestación farmacéutica sociosanitaria
Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria



Somufarh
Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Tipos de Criterios

Implícitos

- Reflexivos
- Subjetividad e Interpretación
- Mayor tiempo de aplicación



Tipos de Criterios

Explícitos

- Directos
- Objetivos → "Mecánicos"... "programables"??
- Menor tiempo de aplicación



Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Tipos de Criterios

Implícitos // Explícitos

Tabla 1: Ventajas e inconvenientes de los métodos implícitos y explícitos.

Método	Implícitos	Explícitos
Ventajas	Más válidos: su validez se basa en estudios que los correlacionan con resultados en salud Tienen más en cuenta la perspectiva del paciente	Más fiables Requieren de menor entrenamiento en su uso Se pueden utilizar sin tener en cuenta la historia clínica del paciente
Inconvenientes	Fiabilidad baja Requieren de un entrenamiento adecuado en su uso Son más costosos Precisan la historia clínica del paciente y entrevistas con el mismo para poder cumplimentarlos	Basados en el medicamento y en la enfermedad La mayoría no han evaluado su validez, y en las que lo han hecho no está claro que sean válidos No tienen en cuenta la particularidad de cada paciente No tienen en cuenta la comorbilidad del paciente

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Implícitos

Tipos de Criterios

MAI, Medication Appropriateness Index

POM, Prescribing Optimization Method

FORTA, Fit FOR The Aged



Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Implícitos

MAI, Medication Appropriateness Index

1. ¿Hay indicación explícita para el medicamento?	1.....2.....3
Indicado	No indicado
2. ¿Es el medicamento eficaz para esta indicación?	1.....2.....3
Eficaz	No eficaz
3. ¿Hay ausencia de diagnósticos o síntomas registrados en la historia clínica que no tienen un tratamiento farmacológico y pudieran tenerlo?	1.....2.....3
Ausencia	Presencia
4. ¿Es la dosis correcta?	1.....2.....3
Correcta	Incorrecta
5. ¿Es aceptable la duración de la terapia?	1.....2.....3
Aceptable	Inaceptable
6. ¿Es la pauta horaria correcta para ese medicamento y paciente?	1.....2.....3
Correcta	Incorrecta
7. ¿Son correctas las instrucciones al paciente?	1.....2.....3
Correctas	Incorrectas
8. ¿Hay ausencia de contraindicaciones a este medicamento?	1.....2.....3
Ausencia	Presencia
9. ¿Hay ausencia de interacciones relevantes entre este y otros medicamentos?	1.....2.....3
Ausencia	Presencia
10. ¿Hay ausencia de duplicidad terapéutica?	1.....2.....3
Ausencia	Presencia
11. ¿Es la medicación más coste-efectiva?	1.....2.....3
Más costo-efectiva	Menos costo-efectiva
12. ¿Es la mejor vía de administración del fármaco para este paciente?	1.....2.....3
Mejor vía de administración	Peor vía de administración

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Implícitos

POM, Prescribing Optimization Method

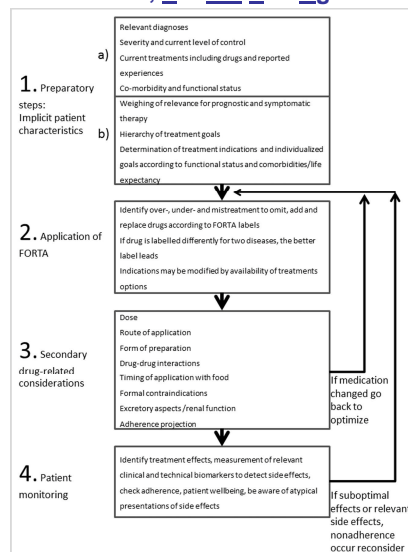
- | | |
|--|---|
| <p>1.- Is the Patient Undertreated and is Additional Medication Indicated?</p> <p>2.- Does the Patient Adhere to His/Her Medication Schedule?</p> <p>3.- Which Drug(s) can be Withdrawn or Which Drug(s) is/are Inappropriate for this Patient?</p> <p>4.- Which Adverse Effects are Present?</p> <p>5.- Which Clinically Relevant Interactions are to be Expected?</p> <p>6.- Should the Dose Dose Frequency and/or Form of the Drug be Adjusted?</p> | <p>1.- ¿Puede estar indicado algún medicamento más? ¿Alguna patología sin tratar?</p> <p>2.- ¿B paciente sigue correctamente el tratamiento actual?</p> <p>3.- ¿Hay alguna medicación prescindible o inapropiada?</p> <p>4.- ¿El paciente presenta efectos adversos?</p> <p>5.- ¿Qué interacciones relevantes se pueden presentar?</p> <p>6.- ¿Se debe ajustar alguna forma de administración o pauta posológica?</p> |
|--|---|

Además tablas complementarias con:
Patologías no tratadas, E.A., Contraindicaciones por patología, Interacciones relevantes...

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Implícitos

FORTA, Fit FOR The Aged



Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Implícitos

FORTA, Fit FOR The Aged

Consensus Validation of the FORTA List

135

Table 2 Analysis of the 24 re-evaluated substances

Re-evaluated substance/group (original FORTA rating)	FORTA indication area	No. of raters (n = 20) Round 1 Round 2	Consensus coefficient Round 1 (cutoff 0.800)	Expert rating on a numerical scale ^a Round 1 Round 2 mean; mode	Proposed FORTA rating, based on mean value from Round 2
Drugs to prevent or treat dementia or dementia-related syndromes					
Nimodipine (C)	Dementia	20	0.750	3.5; 3	D
		19		3.7; 4	
Antioxidants (C)	Dementia	19	0.710	3.6; 4	D
		20		3.9; 4	
Phytotherapeutic agents, e.g. Ginseng (C)	Dementia	20	0.725	3.6; 4	D
		20		3.8; 4	
Hormone preparations, e.g. DHEA (C)	Dementia	20	0.700	3.6; 4	D
		20		3.9; 4	
Gingko biloba (C)	Dementia	20	0.775	3.5; 3	D

Prestación farmacéutica sociosanitaria
Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria



Somufarh

Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria

Drugs Aging (2014) 31:131–140

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Implícitos

- Reflexivos
- Subjetividad e Interpretación
- Mayor tiempo de aplicación



Tipos de Criterios

Explícitos

- Directos
- Objetivos → "Mecánicos"... "programables"??
- Menor tiempo de aplicación



Prestación farmacéutica sociosanitaria
Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria



Somufarh

Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Implícitos

Tipos de Criterios

- Criterios PRISCUS
- Criterios NORGEP
- Criterios AUSTRALIANOS
- Criterios de Beers 2015
- Criterios STOPP/START 2014



Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Explícitos

PRISCUS

TABLE

Potentially inappropriate medications for elderly patients (short version) (see also the Summaries of Product Characteristics)

Medication	Main concerns (selected)	Possible therapeutic alternatives	Precautions to be taken when these medications are used
Analgesics, anti-inflammatory drugs			
NSAID – indometacin – acemetacin* – ketoprofen* – piroxicam* – meloxicam* – phenylbutazone – etoricoxib	– very high risk of gastrointestinal hemorrhage, ulceration, or perforation, which may be fatal – indometacin: central nervous disturbances – phenylbutazone: blood dyscrasia – etoricoxib: cardiovascular contraindications	– paracetamol – (weak) opioids (tramadol, codeine) – weak NSAID (e.g., ibuprofen)	– use in combination with protective agents, e.g., PPI – follow-up for gastrointestinal manifestations (gastritis, ulcer, hemorrhage) – monitoring of renal function – monitoring of cardiovascular function (blood pressure, signs of congestive heart failure) – dosing recommendation: shortest possible duration of therapy – phenylbutazone: monitoring of blood counts as well
Opioid analgesics – pethidine	– elevated risk of delirium and falls	– paracetamol – other opioids (with a lower risk of delirium, e.g., tilidine/naloxone, morphine, oxycodone, buprenorphine, hydromorphone) – weak NSAID (e.g., ibuprofen)	– clinical follow-up (central nervous function, tendency to fall, cardiovascular function) – monitoring of renal function – dosing recommendation: low initial dose, shortest possible duration of treatment

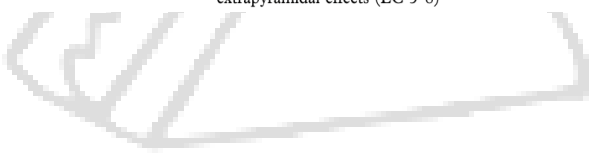
Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica


Explícitos

NORGE P

Table I. Norwegian General Practice (NORGE P) explicit criteria (EC) for single drugs and drug dosages considered potentially pharmacological inappropriate for patients ≥ 70 years in general practice.

EC no.	NORGE P criteria	Comments*
1.	Amitriptyline	Tricyclic antidepressants: Anticholinergic effects, risk of impaired cognitive function ^{13,34} (EC 1-4)
2.	Doxepine	Tricyclic antidepressants are cardiotoxic (EC 1-4)
3.	Clomipramine	
4.	Trimipramine	
5.	Chlorpromazine	First-generation low potency antipsychotics: Anticholinergic effects, extrapyramidal effects (EC 5-8)



Prestación farmacéutica sociosanitaria  **Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria**

Scand J Prim H Care
2009, 27: 153-159

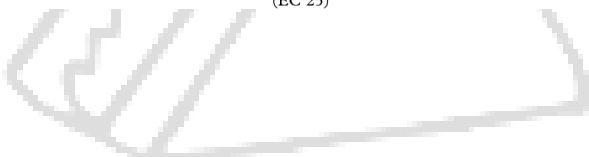
Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica


Explícitos

NORGE P

Table II. Norwegian General Practice (NORGE P) explicit criteria (EC) for drug combinations considered potentially pharmacologically inappropriate for patients >70 years in general practice.

EC no.	NORGE P criteria	Comments*
22.	Warfarin + NSAID	Warfarin combinations: Increased risk of intestinal bleeding ¹⁹ (EC 22)
23.	Warfarin + ofloxacin or ciprofloxacin	Increased risk of bleeding due to inhibition of warfarin metabolism ^{16, 19} (EC 23-24)
24.	Warfarin + erythromycin or clarithromycin	
25.	Warfarin + SSRI	Increased risk of bleeding due to a direct platelet-inhibiting effect ¹⁶ (EC 25)



Prestación farmacéutica sociosanitaria  **Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria**

Scand J Prim H Care
2009, 27: 153-159

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Explícitos

AUSTRALIANOS

24. Patient with risk factors for impaired renal function (l) is *not* taking an NSAID
25. Patient is *not* concurrently taking an ACE inhibitor or ARB, diuretic and NSAID (excluding low-dose aspirin [acetylsalicylic acid])
26. Patient with sleep disturbance or anxiety has *not* been taking benzodiazepines for >4 weeks
27. Patient with depression is *not* taking anticholinergic-type antidepressants (m)
28. Patient with a history of falls is *not* taking psychotropic medications (n)
29. Patient taking an SSRI is *not* concurrently taking medications known to increase the risk of gastrointestinal bleeding (o)

Formato poco atractivo

No surgen de consenso

Se basan en las consultas médicas comunes de este grupo de edad

Formulados como recomendaciones



Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Explícitos

BEERS 2015

Table 2. 2015 American Geriatrics Society Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults

Organ System, Therapeutic Category, Drugs	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Anticholinergics				
First-generation antihistamines	Highly anticholinergic; clearance reduced with advanced age, and tolerance develops when used as hypnotic; risk of confusion, dry mouth, constipation, and other anticholinergic effects or toxicity	Avoid	Moderate	Strong
Brompheniramine				
Carbinoxamine				
Chlorpheniramine				
Clemastine				
Cyproheptadine	Use of diphenhydramine in situations such as acute treatment of severe allergic reaction may be appropriate			
Dexbrompheniramine				
Dexchlorpheniramine				
Dimenhydrinate				
Diphenhydramine (oral)				
Doxylamine				
Hydroxyzine				
Mecizine				
Promethazine				
Triprolidine				



Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Explícitos

BEERS 2015

Table 3. 2015 American Geriatrics Society Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults Due to Drug–Disease or Drug–Syndrome Interactions That May Exacerbate the Disease or Syndrome

Disease or Syndrome	Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Cardiovascular					
Heart failure	NSAIDs and COX-2 inhibitors Nondihydropyridine CCBs (diltiazem, verapamil) —avoid only for heart failure with reduced ejection fraction Thiazolidinediones (pioglitazone, rosiglitazone) Cilostazol Dronedarone (severe or recently decompensated heart failure)	Potential to promote fluid retention and exacerbate heart failure	Avoid	NSAIDs: moderate CCBs: moderate Thiazolidinediones: high Cilostazol: low Dronedarone: high	Strong
Syncope	ACHEIs Peripheral alpha-1 blockers Doxazosin Prazosin Terazosin Tertiary TCAs Chlorpromazine Thioridazine Olanzapine	Increases risk of orthostatic hypotension or bradycardia	Avoid	Peripheral alpha-1 blockers: high TCAs, ACHEIs, antipsychotics: weak moderate	ACHEIs, TCAs: strong Peripheral alpha-1 blockers, antipsychotics: weak

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Explícitos

BEERS 2015

Table 4. 2015 American Geriatrics Society Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medications to Be Used with Caution in Older Adults

Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Aspirin for primary prevention of cardiac events	Lack of evidence of benefit versus risk in adults aged ≥ 80	Use with caution in adults aged ≥ 80	Low	Strong
Dabigatran	Increased risk of gastrointestinal bleeding compared with warfarin and reported rates with other target-specific oral anticoagulants in adults aged ≥ 75 ; lack of evidence of efficacy and safety in individuals with CrCl < 30 mL/min	Use with caution in adults aged ≥ 75 and in patients with CrCl < 30 mL/min	Moderate	Strong

Table 5. 2015 American Geriatrics Society Beers Criteria for Potentially Clinically Important Non-Anti-infective Drug–Drug Interactions That Should Be Avoided in Older Adults

Object Drug and Class	Interacting Drug and Class	Risk Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
ACEIs	Amiloride or triamterene	Increased risk of Hyperkalemia	Avoid routine use; reserve for patients with demonstrated hypokalemia while taking an ACEI	Moderate	Strong
Anticholinergic	Anticholinergic	Increased risk of Cognitive decline	Avoid, minimize number of anticholinergic drugs (Table 7)	Moderate	Strong

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Explícitos

BEERS 2015

Table 6. 2015 American Geriatrics Society Beers Criteria for Non-Anti-Infective Medications That Should Be Avoided or Have Their Dosage Reduced with Varying Levels of Kidney Function in Older Adults

Medication Class and Medication	Creatinine Clearance, mL/min, at Which Action Required	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Cardiovascular or hemostasis					
Amiloride	<30	Increased potassium, and decreased sodium	Avoid	Moderate	Strong
Apixaban	<25	Increased risk of bleeding	Avoid	Moderate	Strong
Dabigatran	<30	Increased risk of bleeding	Avoid	Moderate	Strong
Edoxaban	30-50	Increased risk of bleeding	Reduce dose	Moderate	Strong
	<30 or >95		Avoid		
Enoxaparin	<30	Increased risk of bleeding	Reduce dose	Moderate	Strong

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Explícitos

BEERS 2015

Table 7. Drugs with Strong Anticholinergic Properties

Antihistamines	Antiparkinsonian agents	Skeletal muscle relaxants
Brompheniramine	Benztropine	Cyclobenzaprine
Carbinoxamine	Trihexyphenidyl	Orphenadrine
Chlorpheniramine		
Clemastine		
Cyproheptadine		
Dexbrompheniramine		
Dexchlorpheniramine		
Dimenhydrinate		
Diphenhydramine (oral)		
Doxylamine		

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Explícitos

BEERS 2015

Incorporan interacciones

No indican problemática de duplicidades

No Sistemas fisiológicos, se usa Grupos Terap y Dx

Procedencia USA:

Diferente mercado farmacéutico.

Productos Si comercializados en USA y NO en ESP
viceversa No en USA y SI en ESP (adaptación V '12)

Diferente acceso a medicamentos

Barreras de Receta

Visado

Diferente sistema de salud

Prestación farmacéutica sociosanitaria
Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria



Somufarh
Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria

J Am Geriatr Soc 2015
Nov 63(11):2227-46.

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Explícitos

STOPP/START 2014

Tabla 3

Versión española de los criterios STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) 2014

Sección A. Indicación de la medicación

1. Cualquier medicamento prescrito sin una indicación basada en evidencia clínica
2. Cualquier medicamento prescrito con una duración superior a la indicada, cuando la duración del tratamiento esté bien definida
3. Cualquier prescripción concomitante de dos fármacos de la misma clase, como dos AINE, ISRS, diuréticos de asa, IECA, anticoagulantes (debe optimizarse la monoterapia dentro de esa clase de fármacos antes de considerar un nuevo fármaco)

Sección B. Sistema cardiovascular

1. Digoxina para la insuficiencia cardíaca con función sistólica ventricular conservada (no hay evidencia clara de su beneficio)

Tabla 3 (continuación)

8. Antagonista de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o inhibidor del factor Xa para un primer episodio de trombosis venosa profunda sin que persistan los factores desencadenantes (p. ej., trombofilia) durante > 6 meses (no se han demostrado beneficios)
9. Antagonista de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o inhibidor del factor Xa para un primer episodio de tromboembolismo pulmonar sin que persistan los factores desencadenantes (p. ej., trombofilia) durante un periodo > 12 meses (no se han demostrado beneficios)
10. AINE en combinación con antagonista de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o inhibidor del factor Xa (riesgo de hemorragia digestiva grave)
11. AINE con otro antiagregante sin tratamiento profiláctico con IBP (aumenta el riesgo de enfermedad ulcerosa péptica)

Prestación farmacéutica sociosanitaria
Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria



Somufarh
Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria

Rev Esp Geriatr Gerontología
2015; 50 (2) 89-96

Age and Ageing 2014; 0: 1-6
doi: 10.1093/ageing/afu145

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Explícitos

STOPP/START 2014

Tabla 4

Versión española de los criterios START (Screening Tool to Action the Right Treatment) 2014

«Salvo que el paciente esté en situación terminal y por tanto necesite un enfoque farmacoterapéutico paliativo, deberían considerarse los siguientes tratamientos cuando se hayan omitido sin una razón clínica clara. Se asume que el prescriptor observará todas las contraindicaciones específicas de estos fármacos antes de recomendarlos en pacientes mayores.»

Sección A. Sistema cardiovascular

1. Antagonistas de la vitamina K, inhibidores directos de la trombina o inhibidores del factor Xa en presencia de fibrilación auricular crónica
2. AAS (75-160 mg/día) en presencia de fibrilación auricular crónica cuando los antagonistas de la vitamina K, inhibidores directos de la trombina o inhibidores del factor Xa están contraindicados
3. Antiagregantes (AAS, clopidogrel, prasugrel o ticagrelor) con antecedentes bien documentados de enfermedad vascular coronaria, cerebral o periférica
4. Antihipertensivos cuando la presión arterial sistólica sea habitualmente > 160 mmHg y/o la presión arterial diastólica sea habitualmente > 90 mmHg (> 140 mmHg y > 90 mmHg, respectivamente, si el paciente es diabético)

Tabla 4 (continuación)

6. Inhibidores de la xantina oxidasa (p. ej., alopurinol, febuxostat) en pacientes con antecedentes de episodios de gota recurrentes
7. Suplementos de ácido fólico en pacientes que toman metotrexato

Sección F. Sistema endocrino

1. IECA (ARA-II si no se toleran los IECA) en la diabetes con evidencia de enfermedad renal (proteinuria en una tira reactiva o microalbuminuria > 30 mg/24 h) con o sin datos bioquímicos de enfermedad renal

Sección G. Sistema genitourinario

1. Bloqueantes alfa-1-adrenérgicos para el prostatismo sintomático cuando no se considera necesaria la prostatectomía
2. Inhibidores de la 5-alfa reductasa para el prostatismo sintomático cuando no se considera necesaria la prostatectomía
3. Estrógenos tópicos vaginales o pesarío con estrógenos para la vaginitis atrófica sintomática

Sección H. Analgésicos

1. Opiodes potentes en el dolor moderado o severo cuando el paracetamol, los AINE o los opiodes de baja potencia no son apropiados para la gravedad del dolor o se han demostrado ineficaces
2. Laxantes en pacientes que reciben opiodes de forma regular

Prestación farmacéutica sociosanitaria
Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria



Somufarh
Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria

Rev Esp Geriatr Gerontología
2015; 50 (2) 89-96

Age and Ageing 2014; 0: 1-6
doi: 10.1093/ageing/afu145

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Explícitos

STOPP/START 2014

Incorporan “velada” interacciones

Duplicidades! Se insiste

Organización por Sistemas Fisiológicos → ↑ Análisis de la Prescripción

Procedencia Irlanda:

Mercado farmacéutico cercano.

Traducción al Español y Francés (IMP “versiones” & Trad)

Prestación farmacéutica sociosanitaria
Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria



Somufarh
Sociedad Murciana de Farmacia Hospitalaria

Rev Esp Geriatr Gerontología
2015; 50 (2) 89-96

Age and Ageing 2014; 0: 1-6
doi: 10.1093/ageing/afu145

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Explícitos

Criterios de Beers 2015

Criterios STOPP/START 2014

Criterios PRISCUS

Criterios NORGEP

Criterios Australianos

Hago tabla con las columnas /criterio / consenso?/ distribución/identif med/procedencia

Preparar una breve diapositiva de cada uno de ellos o
comparar entre ellos mediante tabla resumen final

Características de uso (facilidad frente a completos)
Detección frente a a detección y propuesta de alternativas
Diferentes situaciones dentro de un mismo criterio

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Explícitos

Criterio	Consenso?	Distribución	Ppio Act?	Dx	Procedencia	+
PRISCUS	Sí	Grup. Terap.	Sí!	No	Alemania	Alternativas Terapéuticas Precauciones si uso
NORGEP	Sí	Grup. Terap.	Grup Terap.	No	Noruega	Combinaciones
Australianos	NO!	Grup. Terap.	Grup Terap.	Sí!	<u>Australia</u>	Proceden de cribado de consulta médica
Beers 2015	Sí	Grup. Terap. Dx	Sí!	Sí!	<u>U.S.A.</u>	↑ Difusión "Adapt." ESP
STOPP/ START 2014	Sí	Sist. Fisiol	Grup Terap	Sí!	Irlanda	↑ Difusión Precisa ↑ Inf. Pcte. Traducción ESP /Fr Son ↑ Implícitos



Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

CONCLUSIONES

- Variedad de Criterios
- Adaptación en función de:
 - Tiempo disponible
 - Conocimiento del paciente
 - Conocimiento de la patología
 - Profundidad Rev. Diaria & Rev. Anual
- Uso combinado de los criterios

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

ANEXO

- Para qué paciente (tipo, capacidades)
- Con qué profesionales
 - Geriatra
 - Especialista (NRL p.e.)
 - Especialista MIR (Cons. Polimedicados)
 - Enfermería
- Entorno Social
 - Cuidador
 - Familia

Criterios Internacionales de Prescripción y
Adecuación Terapéutica



GRACIAS



Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Utilidad

Herramienta

No uso directo. Detectar y después filtrar, valorar, consensuar con

- Paciente
- CUIDADOR
- Familia
- Médico(s)

- Porqué se presentan los criterios la utilidad de disponer de varios
- Uso de los diferentes criterios en función del tiempo / conocimiento / profundidad revisión rutinaria frente a caso clínico complejo

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Extrínsecos

En los extrínsecos ver diferentes aproximaciones

Beers y S/S por Delphi

Australianos por riesgo calculado a partir de visitas a urgencias

Ver variabilidad en versiones y tb en traducciones (comentar traducción)

Plantear aproximación de los Norgep y PRISCUS ver como es...

Ver actualizaciones y tendencias

Organización por sistemas fisiológicos, los 1os S/S 2008

Tener en cuenta la duplicidad, creo que la 1ª son los Laroche

Propuestas de medicamentos / Terapias alternativas

Interacciones

Procedencia de los criterios

Pacientes objetivo del estudio (en casa, cuidados medios, en residencias)

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Ejemplo de Prescripción

Buscar o inventar prescripción con varias líneas en la cual los S/S no lo cojan todo o los Beers tengan alguna adaptación Española

Remarcar qué cogería cada uno...

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Ejemplo de Prescripción

Pero con lo detectado qué hacemos!???

Posible reanálisis con Criterios Implícitos

Propuesta MEDITADA de seguimiento con Geriatra/Internista/M. Cabecera responsable del seguimiento del paciente

Criterios Internacionales de Prescripción y Adecuación Terapéutica

Posible detección automatizada en sistemas de análisis de prescripción

Valorar con calma esta diapositiva

Da ganas ponerla pero puede que sea poco útil de cara al contenido de

Tener en cuenta que debería aprovechar para contar un poquito de ca
Y eso son mínimo 5 o 6 diapos más