

STOPP/START Criterios para la prescripción potencialmente inapropiada en personas mayores:



Infografía basada en los Criterios en el área de cardiovascular y diabetes

O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkinger M, Beuscart JB, Onder G, Gudmundsson A, Cruz-Jentoft AJ, Knol W, Bahat G, van der Velde N, Petrovic M, Curtin D. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med. 2023 May 31; doi: 10.1007/s41999-023-00777-y. Epub ahead of print. Erratum in: Eur Geriatr Med. 2023 Jun 16; PMID: 37256475.
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s41999-023-00777-y.pdf>

Juan Antonio Cotillas (1), Vicente Otero (2) y M^o Isabel Egocheaga (1) en nombre del Grupo de Trabajo en Cardiovascular y Diabetes de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

1 Médico de Familia
2 Farmacéutico

En mayo de 2023 se ha publicado la tercera versión de los “Criterios STOPP/START (acrónimo de Screening Tool of Older Person’s potentially inappropriate Prescriptions / Screening Tool to Alert doctors to Right.) para la prescripción potencialmente inapropiada en personas mayores” que realiza la European Geriatric Medicine y que actualizala versión de 2015.

El objetivo es proporcionar criterios de uso de medicación en personas mayores de 65 años, con la recomendación de no usar medicamentos potencialmente inapropiados (criterios STOPP) y detectar posibles omisiones de prescripción de fármacos indicados en personas de dicho grupo de edad (criterios START). Por tanto, exponen una serie de consideraciones a la hora de revisar los tratamientos en las personas mayores. No reemplazan el juicio clínico en casos individuales, pero pueden servir de guía al médico en su práctica diaria de prescripción y deprescripción terapéutica, proporcionando la base para futuros estudios clínicos e intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de la prescripción de medicamentos en personas mayores.

Nos centramos en aquellos criterios relacionados con el área cardiovascular y diabetes en pacientes mayores de 65 años (recogidos del apéndice 1 del material suplementario).



SEMG
Sociedad Española de Médicos
Generales y de Familia



Criterios STOPP	Valorar	Motivo
Diabetes	Sulfonilureas de vida media larga (glibenclamida, clorpropamida, glimepirida)	Riesgo de Hipoglucemia
	Pioglitazona	Exacerbación de la insuficiencia cardíaca en pacientes ya diagnosticados.
	iSGLT2	Empeoramiento de hipotensión en pacientes con hipotensión sintomática
	Betabloqueantes no selectivos en pacientes con episodios de hipoglucemia frecuentes	Riesgo de supresión de los síntomas de hipoglucemia
	Metformina si FGe <30ml/min/1,73 m2	Riesgo de acidosis láctica
Cardiovascular	Digoxina	No claro beneficio en IC con fracción de eyección normal.
		Evitar uso de primera línea en FA auricular para control de frecuencia cardíaca.
		Evitar uso en bradicardias por riesgo de bloqueo cardíaco.
	Verapamil o Diltiazem	Empeora IC con fracción de eyección disminuida clase III o IV.
		Evitar uso en bradicardias por riesgo de bloqueo cardíaco.
	Betabloqueantes	No claro beneficio en monoterapia de HTA no complicada.
		Evitar asociar con Verapamil o Diltiazem por riesgo de bloqueo cardíaco.
	Amiodarona	Evitar en taquiarritmias supraventriculares por aumento de efectos adversos.



Criterios STOPP	Valorar	Motivo
	Diurético de asa	No claro beneficio en uso de primera línea para tratamiento de la HTA.
		No claro beneficio para edemas maleolares (en pacientes sin clara enfermedad hepática, renal o cardíaca).
		No usar si HTA e Incontinencia urinaria, ya que empeora la incontinencia urinaria.
	Diurético tiazídico	No utilizar si antecedentes de gota, hipopotasemias graves ($K < 3$ mmol/l), hiponatremias ($Na < 130$ mmol/l) o hipercalcemias ($Ca > 2,65$ mmol/l).
	Antihipertensivos de acción central (metildopa, minoxidil, clonidina)	Son mal tolerados.
	IECA o ARA II en pacientes con hiperpotasemia ($K > 5,5$ mmol/l)	Empeora la hiperpotasemia.
	Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (sildenafil, tadalafilo, vardenafilo)	Riesgo de colapso cardiovascular si hay antecedentes de enfermedad cardíaca grave, IC con hipotensión mantenida o tratamiento crónico con nitratos.
	Estatinas	No claro beneficio en prevención primaria en > 85 años frágiles o con esperanza de vida < 3 años.
	AINE	Riesgo aumentado de trombosis si se toman a largo plazo en pacientes con enfermedad coronaria, cerebral o arterial periférica conocida. Riesgo de descompensación de IC en pacientes previamente diagnosticados y en tratamiento con diuréticos de asa.
	Fármacos con riesgo de prolongación del intervalo QT (quinolonas, macrólidos, ondasetrón, citalopram > 20 mg / día, escitalopram > 10 mg / día, antidepresivos tricíclicos, litio, haloperidol, digoxina, antiarrítmicos clase 1A ó 3, fenotiazinas, mirabegrón).	Riesgo de arritmias ventriculares si hay diagnóstico previo de prolongación de QT.



Criterios STOPP	Valorar	Motivo
Antitrombóticos	Aspirina	No claro beneficio en prevención cardiovascular primaria.
		Riesgo de sangrado si dosis mayores de 100 mg /día a largo plazo.
	Antiagregantes	No ha demostrado beneficio en prevención de ictus en la FA crónica.
		Evitar asociar a clopidogrel más de 4 semanas tras ictus, por no demostrar mayor beneficio que clopidogrel en monoterapia (salvo que tenga implante de stent en los 12 meses previos, enfermedad coronaria aguda o estenosis arterial carotídea sintomática de alto grado).
		Evitar asociar con anticoagulantes en FA crónica (salvo stent previo o estenosis coronaria >50%).
		Evitar asociar con anticoagulantes en prevención secundaria de enfermedad arterial periférica, cerebrovascular o coronaria estable.
	Ticlopidina	Más efectos secundarios que Clopidogrel o Prasugrel.
	AVK (acenocumarol, warfarina).	Menos seguridad y similar eficacia que los ACOD (si están indicados) en FA como tratamiento de primera línea. Excepto en válvulas mecánicas o estenosis mitral moderada-grave o FGe < 15 ml/min/1.73m ² .
		Evitar usar con AINE por aumento de sangrado.
		Evitar usar en pacientes que toman ISRS y tienen antecedentes hemorrágicos, aumenta el riesgo de hemorragia.
		No se ha demostrado beneficio en usar más de 12 meses tras trombosis venosa profunda sin que persistan los factores desencadenantes.



Criterios STOPP	Valorar	Motivo
	ACOD: Inhibidores directos de la trombina (dabigatrán) o inhibidores del factor de coagulación Xa (rivaroxabán o apixabán)	No se ha demostrado beneficio en usar más de 12 meses tras trombosis venosa profunda sin que persistan los factores desencadenantes.
		Evitar usar con AINE por aumento de sangrado.
		Evitar usar en pacientes que toman ISRS y tienen antecedentes hemorrágicos, aumenta el riesgo de hemorragia.
		Aumenta el riesgo de sangrado si uso asociado con inhibidores de la glicoproteína P (amiodarona, azitromicina, carvedilol, ciclosporina, dronedarona, itraconazol, ketoconazol sistémico, macrólidos, quinina, tamoxifeno, ticagrelol, verapamilo).
	Dabigatrán	Aumenta riesgo de sangrado si se usa con Verapamil o Diltiazem.
	Antitrombóticos en general	Alto riesgo de sangrado en pacientes con HTA grave no controlada, diátesis hemorrágica o hemorragias espontáneas recientes.



Criterios START	Iniciar	
Cardiovascular	Antihipertensivos	Si la presión arterial sistólica >140 mmHg y/o diastólica >90 mmHg. En pacientes con fragilidad moderada o severa el umbral estaría en una presión arterial sistólica de 150 mmHg y/o diastólica de 90 mmHg.
	Estatinas	Pacientes con diagnóstico bien documentado de enfermedad coronaria, cerebral o vascular periférica. A menos que se encuentren en la fase final de su vida o situación de fragilidad grave.
	IECA	Si presenta enfermedad coronaria.
		Si IC con fracción de eyección reducida.
	Betabloqueante	Si enfermedad coronaria sintomática.
		Si FA crónica con frecuencia cardiaca no controlada.
	Betabloqueante cardioselectivo (bisoprolol, nebivolol, carvedilol)	En IC con fracción de eyección reducida.
	Antagonistas mineralcorticoides (espironolactona, eplerenona)	En IC sin deterioro grave de la función renal (FGe >30 ml/min/m ²).
	iSGLT2	En pacientes con IC sintomáticos, con o sin fracción de eyección reducida, e independientemente de la presencia o no de diabetes.
	Sacubitrilo/valsartan	En IC con fracción de eyección reducida con síntomas persistentes a pesar de usar dosis óptimas de IECA o ARA II (sustituyendo a IECA y ARA II).
	Hierro intravenoso	En IC sintomática con fracción de eyección reducida y déficit de hierro
	IECA o ARA II	En diabéticos con enfermedad renal (proteinuria >30 mg/24h) (salvo enfermedad renal grave con FGe <30 ml/min/m ²).
		En enfermedad renal crónica con proteinuria.
Antitrombóticos	AVK o ACOD	En FA crónica o paroxística.
	Agentes antiplaquetarios	Pacientes con antecedente de enfermedad coronaria, cerebral o vascular periférica.

Abreviaturas:

iSGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2

FGe: filtrado glomerular estimado

IC: insuficiencia cardiaca

FA: fibrilación auricular

HTA: hipertensión arterial

IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina

ARA II: antagonistas de los receptores de angiotensina II

AVK: anticoagulantes anti vitamina K

ACOD: anticoagulantes orales de acción directa

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

AINE: antiinflamatorios no esteroideos

