

CRITERIOS STOPPCog

Se trata de un listado de medicamentos y grupos farmacológicos que pueden considerarse potencialmente inadecuados, poco eficaces o asociados a una relación riesgo-beneficio desfavorable en personas mayores con antecedentes de deterioro cognitivo, demencia o episodios previos de delirio.

Aunque algunos de los medicamentos incluidos pueden estar clínicamente indicados en determinadas situaciones, en este grupo de pacientes es necesario valorar de forma individualizada y cuidadosa los posibles beneficios frente a los riesgos derivados de su utilización.

SECCIÓN A:

MEDICAMENTOS CON PROPIEDADES ANTICOLINÉRGICAS QUE SE TOMAN DIARIAMENTE:

1. ANTIDEPRESIVOS ESPECÍFICOS:

Antidepresivos tricíclicos (Amitriptilina, nortriptilina, doxepina, clomipramina, imipramina, desipramina, amoxapina, protriptilina, trimipramina). **Paroxetina y Fenelzina.**

2. ANTIMUSCARÍNICOS VESICALES QUE ATRAVIESAN LA BARRERA HEMATOENCEFÁLICA (BHE): La oxibutina, tolterodina, Solifenacina, Fesoterodina y Darifenacina

(No atraviesa la BHE: El cloruro de trospio, Este fármaco en las búsquedas bibliográficas se contradice con los criterios STOPPCog del artículo)

3. ANTIMUSCARÍNICOS GASTROINTESTINALES QUE CRUZAN LA BHE:

La escopolamina (Hioscina), **Diciclomina y la Pirenzepina.**

(No atraviesa la BHE: el Butilbromuro de escopolamina (Buscapina), el Bromuro de pinaverio, el Bromuro de otilonio y la Propantelina)

4. ANTIHISTAMÍNICOS DE PRIMERA GENERACIÓN:

Difenhidramina, prometazina, dimenhidrinato, clorfenamina (Suman a los efectos colinérgicos a sedantes)

5. ANTIPSICÓTICOS DE PRIMERA Y SEGUNDA GENERACIÓN:

Primera generación: Clorpromazina, flupentixol, flufenazina, haloperidol, loxapina, pimozida, sulpirida, trifluoperazina, zuclopentixol, levomepromazina

Segunda generación: Olanzapina, quetiapina, clozapina, aripiprazol, risperidona

6. CUALQUIER FÁRMACO O COMBINACIÓN DE FÁRMACOS CON UNA PUNTUACIÓN DE CARGA ANTICOLINÉRGICA (ACB) ≥ 2 :

Carbamazepina. Petidina, Meperidina. Antiparkinsonianos: Trihexifenidilo (benzhexol), **benzatropina.** A parte de los grupos previos

Se puede explorar la carga colinérgica con la calculadora <https://www.acbcalc.com/>

SECCIÓN B:

MEDICAMENTOS CON PROPIEDADES SEDANTES QUE SE TOMAN DIARIAMENTE

1. HIPNÓTICOS BENZODIAZEPÍNICOS:

Triazolam, lormetazepam, lorprazolam, nitrazepam, temazepam, flurazepam. Por su efecto sedante (En caso de suspensión o deprescripción, debe realizarse de forma gradual, no abrupta, para evitar efectos adversos relacionados con la abstinencia al fármaco)

2. ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS:

Alprazolam, clordiazepóxido, diazepam, oxazepam, clonazepam, clobazam. Por su efecto sedante (En caso de suspensión o deprescripción, debe realizarse de forma gradual, no abrupta, para evitar efectos adversos relacionados con la abstinencia al fármaco)

3. HIPNÓTICOS DE DROGAS Z:

Zopiclona, zolpidem, zaleplón. Por su efecto sedante (En caso de suspensión o deprescripción, debe realizarse de forma gradual, no abrupta, para evitar efectos adversos relacionados con la abstinencia al fármaco)

SECCIÓN C:

MEDICAMENTOS QUE PUEDEN EXACERBAR LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DE ALFA-SINUCLÉINA (p. ej., enfermedad de Parkinson y demencia con cuerpos de Lewy).

- 1. MEDICAMENTOS ANTICOLINÉRGICOS PARA EL TEMBLOR PROPIO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON:**
Benzotropina, trihexifenidilo, prociclidina, biperidina. Efectos anticolinérgicos.
- 2. AMANTADINA.** Por riesgo de psicosis
- 3. AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DOPAMINÉRGICOS:**
Pramipexol, ropinirol, hidrocloreto de apomorfina, rotigotina. Por riesgo de psicosis
- 4. INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA TIPO B:**
Rasagilina, selegilina, safinamida. Por riesgo de psicosis
- 5. INHIBIDORES DE LA CATECOL-O-METILTRANSFERASA (COMT):**
Entacapona, tolcapona, opicapona. Por riesgo de psicosis

SECCIÓN D:

MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA EL DOLOR CRÓNICO (Por sus efectos sedantes)

- 1. OPIOIDES:**
Oxicodona, morfina, codeína, fentanilo, tramadol, petidina.
- 2. GABAPENTINOIDES:**
Pregabalina, gabapentina.
- 3. ANTIEPILÉPTICOS,**
Especialmente **topiramato y carbamazepina.** **Clonazepam, gabapentina, lacosamida, lamotrigina, levetiracetam, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina, valproato.**
- 4. ANTIESPÁSTICOS QUE ATRAVIESAN LA BHE:**
Baclofeno, Tizanidina, Diazepam, Carisoprodol, pridinol y dantroleno.

Sección E:

MEDICAMENTOS SIN EFICACIA DEMOSTRADA PARA LA DEMENCIA TOMADOS DIARIAMENTE

- 1. NOOTRÓPICOS ESPECÍFICOS:**
Neuroestimulantes con propiedades eugeroicas (promotores de estados de alerta): **Modafinilo**
Medicamentos para el TDAH: Metilfenidato, lisdexanfetamina, dexanfetamina
Suplementos nootrópicos: Vitaminas del complejo B, suplementos de aceite de pescado, suplementos herbales (ginkgo biloba)
Fármacos nootrópicos psicoactivos: Piracetam, Aniracetam, etc.

SECCIÓN F:

MEDICAMENTOS SIN BENEFICIO COMPROBADO EN LA DEMENCIA EN FASE AVANZADA, ES DECIR, CON UNA CALIFICACIÓN CLÍNICA DE DEMENCIA DE 3.0 DONDE EL TRATAMIENTO PALIATIVO PUEDE SER APROPIADO Sin eficacia probada en demencia severa

(CDR: Clinical Dementia Rating (0 = Sin demencia, 0,5 = Demencia muy leve, 1 = Demencia leve, 2 = Demencia moderada, 3 = Deterioro cognitivo grave)0

- 1. INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA: Donepezil, rivastigmina, galantamina.**
- 2. MEMANTINA.**
- 3. ANTICUERPOS MONOCLONALES REDUCTORES DE BETA-AMILOIDE: Lecanemab, aducanumab y donanemab.**
- 4. MEDICAMENTOS PREVENTIVOS A LARGO PLAZO PARA AFECCIONES DISTINTAS DE LA DEMENCIA SIN PROPIEDADES INTRÍNSECAS PARA EL ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS** (p. ej., estatinas, antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes, antihipertensivos, bifosfonatos).

Los criterios STOPPCog deben aplicarse siempre bajo el criterio y la responsabilidad del profesional sanitario. Aunque se han desarrollado procurando que los criterios de suspensión potencialmente inapropiada sean rigurosos y estén respaldados por la evidencia científica disponible, la decisión definitiva de retirar o mantener cualquiera de los medicamentos incluidos corresponde exclusivamente al médico responsable. Asimismo, es importante tener en cuenta que la evidencia científica puede evolucionar tras la publicación de estos criterios. Por ello, las decisiones de suspensión deben fundamentarse también en la información científica más reciente, considerando tanto la evidencia que apoye como la que desaconseje el uso de los medicamentos o grupos farmacológicos contemplados en STOPPCog.

Adaptado de: Siobhan McGettigan, Denis Curtin, Denis O'Mahony Deprescribing in cognitively vulnerable older people: development and validation of STOPPCog criteria. Age and Ageing, Volume 54, Issue 2, February 2025, afaf014, <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf014>,