

## CRITERIOS [START]



PATOLOGÍA	CRITERIO START
<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>	
FA crónica	FA con CHADS2 = 1 (Riesgo moderado de tromboembolismo): AAS (antiagregante) o Acenocumarol FA con CHADS2 ≥ 2 (Riesgo alto de tromboembolismo) o FA y cardioversión: Acenocumarol
Antecedentes de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica en pacientes con ritmo sinusal	AAS (antiagregante) o Clopidogrel (si contraindicación AAS) Estatina (cuando la situación funcional sea de independencia para las ABVD y la esperanza de vida superior a 5 años).
TA habitual ≥ 140/90 mmHg (o ≥ 130/80 mmHg en diabéticos y enfermos renales)	Tratamiento antihipertensivo (Hidroclorotiazida o Clortalidona)
Insuficiencia cardíaca crónica	IECA o ARA II (si contraindicación o intolerancia a IECA). Valorar añadir otros fármacos según grado NYHA y posibles patologías asociadas.
Cardiopatía isquémica estable: postinfarto	AAS (antiagregante) + Betabloqueante + IECA + Estatina. Clopidogrel si contraindicación AAS. Valorar doble antiagregación al inicio del tratamiento (4 semanas con elevación del segmento ST y hasta los 12 meses sin elevación del segmento ST)
Angina crónica estable	Beta-bloqueante o Antagonista del Calcio
<b>SISTEMA RESPIRATORIO</b>	
Asma	Tratamiento escalonado según gravedad del proceso. Iniciar con Agonista beta-2 adrenérgico de acción corta a demanda si asma intermitente. Asociar corticoide inhalado pautado si asma persistente leve.
EPOC	Tratamiento escalonado según gravedad del proceso. Iniciar con broncodilatador de acción corta a demanda (agonista beta-2 adrenérgico o anticolinérgico) en EPOC leve (FEV1 ≥ 80%) y de acción larga pautado en EPOC moderada (FEV1 ≥ 50% y < 80%)
<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>	
Síntomas depresivos moderados a graves durante al menos tres meses	Tratamiento antidepressivo (Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina o Citalopram). Siempre asociado a medidas no farmacológicas.
<b>SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>	
ERGE con esofagitis	IBP (omeprazol). Según gravedad considerar tratamiento intermitente, a demanda o de mantenimiento a dosis mínima eficaz.
Diverticulosis sintomática crónica con estreñimiento	La dieta rica en fibra puede suplementarse con agentes formadores de bolo (plantago ovata, metilcelulosa)
Paciente en tratamiento con AAS (Antiagregante) o AINE y antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva	Anti H2 (ranitidina o famotidina), IBP (omeprazol) o misoprostol
Paciente en tratamiento con AAS (Antiagregante) + Antagonista de la Vitamina K	Añadir anti H2 (excepto cimetidina) o IBP (omeprazol)
<b>SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO</b>	
Tratamiento con corticoides durante más de 6 meses en < 75 años con osteoporosis densitométrica (T score ≤ -2,5 DE) o en ≥ 75 años	Bisfosfonatos (Alendronato semanal vía oral) + Calcio (si aporte insuficiente en la dieta) + Colecalciferol (Vit. D3)
Osteoporosis	Calcio (si aporte insuficiente en la dieta) + Colecalciferol (Vit. D3) Añadir bisfosfonato (Alendronato semanal vía oral) si antecedentes de fractura osteoporótica o factores de riesgo de fractura."

## CRITERIOS [START]



PATOLOGÍA	CRITERIO START
<b>SISTEMA ENDOCRINO</b>	
Diabetes mellitus tipo 2 sin control con medidas no farmacológicas	Metformina o Sulfonilurea (Gliclazida, Glimpirida o Glipizida) si intolerancia o contraindicación Añadir IECA (Ramipril o Lisinapril) si HTA y microalbuminuria (o ARA II (Losartan) si intolerancia a IECA, macroalbuminuria o nefropatía diabética establecida). Añadir antiagregantes plaquetarios y estatinas en pacientes con RCV alto según tablas REGICOR.

AAS: Ácido Acetilsalicílico; ABVD: actividades básicas de la vida diaria; ARA II: Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; ERGE: Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico; FA: fibrilación auricular; HTA: hipertensión arterial; IBP: Inhibidores de la Bomba de Protones; IECA: Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina; RCV: Riesgo cardiovascular; TA: tensión arterial.

## CRITERIOS ADAPTADOS (\*) [STOPP / START]

Screening Tool of Older Person's Potentially inappropriate prescription  
Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment

### HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN DE MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN ANCIANOS

## CRITERIOS ADAPTADOS (\*)

## [STOPP / START]

Screening Tool of Older Person's Potentially inappropriate prescription  
Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment

Fuente original: Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther. 2008 Feb;46(2):72-83.

(\*) Se han incluido criterios STOPP adicionales en base a las Alertas de Seguridad más recientes de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Las recomendaciones de tratamiento en los criterios START se han establecido tomando como referencia la Guía Terapéutica de Sacyl (actualizada en 2013).

## CRITERIOS [STOPP]



PRINCIPIO ACTIVO/GRUPO	CRITERIO STOPP / POSIBLE RAM O COMENTARIOS
<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>	
DIGOXINA	Dosis superiores a 125 mcg/día a largo plazo en presencia de IR / <b>Riesgo de intoxicación</b>
DIURÉTICOS DE ASA (Furosemida, Torasemida, Bumetanida, Piretanida)	Tratamiento de los edemas maleolares aislados sin signos clínicos de IC / <b>Sin evidencia de eficacia. Usar medios de compresión.</b> Uso en monoterapia como tratamiento de 1ª línea en la HTA / <b>Existen alternativas más seguras y efectivas</b>
DIURÉTICOS TIAZÍDICOS	Antecedentes de gota / <b>Posible exacerbación gota</b>
BETA-BLOQUEANTES NO CARDIOSELECTIVOS	EPOC / <b>Riesgo de broncoespasmo</b>
VERAPAMILLO O DILTIAZEM	IC grado III o IV de la NYHA / <b>Empeoramiento IC</b>
ANTAGONISTAS DEL CALCIO	Estreñimiento crónico / <b>Posible agravamiento</b>
DIPIRIDAMOL	Uso en monoterapia para la prevención cardiovascular <b>Varia / Sin evidencia de eficacia</b>
AAS	Dosis superiores a 150 mg/día / <b>Mayor riesgo de sangrado sin evidencia de mayor eficacia</b> No antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica u oclusión arterial / <b>No indicado</b> Tratamiento de mareo no claramente atribuible a enfermedad cerebrovascular / <b>No indicado</b>
ANTAGONISTAS VITAMINA K (Acenocumarol o Warfarina)	Uso durante > 6 meses en un primer episodio de trombosis venosa profunda no complicado / <b>No demostrado beneficio adicional</b> Uso durante > 12 meses en una primera embolia de pulmón no complicada / <b>No demostrado beneficio</b>
ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES (AAS, Clopidogrel, Dipyridamol, Prasugrel, Ticagrelor, Antagonistas Vitamina K, Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban)	Enfermedad hemorrágica concurrente / <b>Alto riesgo de sangrado. Dabigatran: contraindicado en IR grave (aclaramiento creatinina &lt; 30 ml/min) y pacientes con prótesis valvulares cardíacas</b>
VASODILADORES (Nitroglicerina, Molsidomina, Pentaxifilina, ...)	Pacientes con hipotensión postural persistente (descenso recurrente de la presión sistólica superior a 20 mmHg) / <b>Riesgo de síncope y caídas.</b>
<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>	
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS	Demencia / <b>Riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo.</b> Glaucoma / <b>Posible exacerbación del glaucoma.</b> Trastornos de la conducción cardíaca / <b>Efectos proarrítmicos</b> Estreñimiento / <b>Posible empeoramiento</b> Uso combinado con opiáceos o antagonistas del calcio / <b>Riesgo de estreñimiento grave</b> Prostatismo o antecedentes de retención urinaria / <b>Riesgo de retención urinaria.</b>
BENZODIAZEPINAS	Uso prolongado (> 1 mes) o personas propensas a caerse (> 1 caída en los últimos tres meses) / <b>Riesgo de sedación prolongada, confusión, trastornos del equilibrio, caídas. Usar BZD de vida media corta.</b>
NEUROLÉPTICOS	Uso prolongado (> 1 mes) como hipnóticos / <b>Riesgo de sedación, deterioro del equilibrio, confusión, hipotensión, efectos extrapiramidales, caídas.</b> Uso prolongado (> 1 mes) en el parkinsonismo / <b>Riesgo de empeoramiento de los síntomas extrapiramidales</b> Pacientes propensos a caerse (> 1 caída en los últimos 3 meses) / <b>Mayor riesgo de caídas por posible dispraxia de la marcha y parkinsonismo</b>
FENOTIAZINAS O ANÁLOGOS (Clorpromazina, Levomepromazina, Flufenazina)	Pacientes con epilepsia / <b>Son los antipsicóticos que más reducen el umbral convulsivo</b>
ANTICOLINÉRGICOS (Biperideno, Trihexifenidilo, Procididina)	Uso como tratamiento de los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolépticos / <b>Toxicidad anticolinérgica</b>

## CRITERIOS [STOPP]



PRINCIPIO ACTIVO/GRUPO	CRITERIO STOPP / POSIBLE RAM O COMENTARIOS
ISRS, ISRNS, MIRTAZAPINA	Antecedentes de hiponatremia clínicamente significativa (Na < 130mmol/l de origen no iatrogénico en 2 meses previos) / <b>Mayor riesgo de hiponatremia</b>
ANTIHISTAMÍNICOS PRIMERA GENERACIÓN (Dexclorfeniramina, Hidroxizina, Difenhidramina, Clemastina...)	Uso prolongado (> 1 semana) / <b>Riesgo de sedación y efectos secundarios anticolinérgicos.</b> Personas propensas a caerse (> 1 caída en los últimos 3 meses) / <b>Mayor riesgo de caídas por sedación</b>
<b>SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>	
LOPERAMIDA Y CODEÍNA	Tratamiento de la diarrea de causa desconocida / <b>Riesgo de retraso diagnóstico. Pueden agravar estreñimiento con diarrea por rebosamiento, precipitar megacolon tóxico en la EII, retrasar curación de gastroenteritis no diagnosticada.</b> Tratamiento de la gastroenteritis infecciosa grave (p.ej., con diarrea sanguinolenta, fiebre elevada o afectación sistémica grave) / <b>Riesgo de exacerbación o prolongación de la infección</b>
METOCLOPRAMIDA, CINITAPRIDA, CLEBOPRIDA	Pacientes con parkinsonismo / <b>Posible agravamiento</b>
IBPs	Uso en enfermedad ulcerosa péptica a dosis terapéuticas plenas durante > 8 semanas / <b>Indicada suspensión o reducción a dosis mínima eficaz para el tratamiento de mantenimiento/profiláctico de la enfermedad ulcerosa péptica, la esofagitis o la ERGE</b>
ESPASMOLÍTICOS ANTICOLINÉRGICOS (Mebeverina, Trimebutina, Butilscolopamina bromuro, Otilonio bromuro, Pinaverio bromuro)	Estreñimiento crónico / <b>Posible empeoramiento</b>
<b>SISTEMA RESPIRATORIO</b>	
TEOFILINA	Uso como monoterapia en EPOC / <b>Existen alternativas más seguras y efectivas</b>
CORTICOIDES SISTÉMICOS	Uso en lugar de corticoides inhalados para el tratamiento de mantenimiento en EPOC moderada-grave / <b>Exposición innecesaria a los efectos secundarios a largo plazo de los corticoides sistémicos</b> Uso a largo plazo (> 3 meses) como monoterapia para la artritis reumatoide o la artritis / <b>Riesgo de efectos secundarios</b>
IPRATROPIO, TIOTROPIO INHALADO	Glaucoma, hipertrofia prostática, obstrucción de la vejiga u otras patologías que puedan agravarse por los efectos anticolinérgicos / <b>Posible empeoramiento</b>
<b>SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO</b>	
AINEs	Hipertensión moderada-grave (moderada: 160/100-179/109 mmHg; grave: > 180/110 mmHg) / <b>Riesgo de empeoramiento</b> Insuficiencia cardíaca / <b>Riesgo de empeoramiento</b> Uso prolongado (> 3 meses) para alivio del dolor articular leve en artritis / <b>Los analgésicos simples son más seguros y con eficacia similar.</b> Uso concomitante de Acenocumarol o Warfarina / <b>Riesgo de hemorragia digestiva</b> IR crónica / <b>Riesgo de deterioro de la función renal</b> Uso a largo plazo para el tratamiento crónico de la gota cuando no existe contraindicación para el alopurinol / <b>El alopurinol es de elección</b>
COLCHICINA	Uso a largo plazo para el tratamiento crónico de la gota cuando no existe contraindicación para el alopurinol / <b>El alopurinol es de elección</b>
<b>SISTEMA UROGENITAL</b>	
ANTIMUSCARÍNICOS VESICALES (fesoterodina, oxibutinina, tolterodina)	Demencia / <b>Riesgo de mayor confusión y agitación</b> Glaucoma crónico / <b>Riesgo de exacerbación aguda</b> Estreñimiento crónico / <b>Riesgo de empeoramiento</b> Prostatismo crónico / <b>Riesgo de retención urinaria</b>

## CRITERIOS [STOPP]



PRINCIPIO ACTIVO/GRUPO	CRITERIO STOPP / POSIBLE RAM O COMENTARIOS
BLOQUEANTES ALFA ADRENÉRGICOS	Varones con incontinencia frecuente (> 1 episodio de incontinencia al día) / <b>Riesgo de polaquiuria y de agravamiento de la incontinencia</b> Sonda vesical permanente (> 2 meses) / <b>Fármaco no indicado.</b>
<b>SISTEMA ENDOCRINO</b>	
GLIBENCLAMIDA O CLORPROPAMIDA	DM tipo 2 / <b>Riesgo de hipoglucemia prolongada.</b>
BETA BLOQUEANTES	DM con frecuentes episodios de hipoglucemia (> 1 episodio al mes) / <b>Riesgo de enmascaramiento de los síntomas de hipoglucemia.</b> Uso en combinación con Verapamilo / <b>Riesgo de bloqueo cardíaco sintomático.</b>
ESTRÓGENOS	Antecedentes de cáncer de mama o tromboembolismo venoso / <b>Aumento del riesgo de recurrencia.</b> Uso sin combinar con progestágenos en mujeres con útero intacto / <b>Riesgo de cáncer de endometrio.</b>
<b>ANALGÉSICOS</b>	
OPIOIDES	Uso a largo plazo en pacientes propensos a caerse (> 1 caída en los últimos 3 meses) / <b>Riesgo de somnolencia, hipotensión postural, vértigo.</b> Uso a largo plazo de opiáceos potentes como tratamiento de primera línea en el dolor leve a moderado / <b>No indicado.</b> Utilización durante > 2 semanas en pacientes con estreñimiento crónico sin uso simultáneo de laxantes / <b>Riesgo de estreñimiento grave.</b> Uso a largo plazo en pacientes con demencia (salvo cuando estén indicados en cuidados paliativos o para el manejo de un síndrome doloroso moderado/grave) / <b>Riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo.</b>
<b>DUPLICIDADES</b>	
DUPLICIDADES TERAPÉUTICAS	Cualquier prescripción regular simultánea de dos fármacos de la misma clase. Se excluyen las duplicidades de fármacos que pueden precisarse a demanda (p.ej., agonistas beta-2 inhalados de larga y corta duración en EPOC o asma, opiáceos para el manejo del dolor irruptivo,...) / <b>Optimizar la monoterapia dentro del mismo subgrupo terapéutico antes de considerar el cambio a otra clase de fármaco.</b>
<b>CRITERIOS STOPP RELACIONADOS CON ALERTAS DE LA AEMPS</b>	
CITALOPRAM/ESCITALOPRAM	Citalopram a dosis superiores a 20mg/día / <b>Riesgo de prolongación del intervalo QT dosis-dependiente.</b> Escitalopram a dosis superiores a 10mg/día / <b>Riesgo de prolongación del intervalo QT dosis-dependiente.</b>
DIACERÉINA	Pacientes > 65 años. Enfermedad hepática o diarrea / <b>Uso no recomendado en &gt; 65 años. Riesgo de diarrea y hepatotoxicidad graves</b>
METOCLOPRAMIDA	Prevención o tratamiento de náuseas y vómitos no relacionados con quimioterapia, radioterapia, cirugía o migraña / <b>Efectos neurológicos (p. ej. alteraciones extrapiramidales y discinesia tardía) y cardiovasculares. Limitar la duración del tratamiento a un máximo de 5 días. Limitar la dosis máxima a 0,5 mg/kg/24 horas.</b>
AGOMELATINA	Pacientes > 75 años o con daño hepático / <b>Contraindicada en &gt; 75 años. Toxicidad hepática</b>
RANELATO DE ESTRONCIO	Prevención de fracturas osteoporóticas / <b>Uso no recomendado debido a incremento del riesgo cardiovascular y limitada eficacia. Contraindicado en pacientes con HTA no controlada o antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular. Uso restringido a pacientes con osteoporosis severa y alto riesgo de fracturas que no puedan utilizar otras alternativas terapéuticas.</b>
DERIVADOS ERGÓTICOS (dihidroergocristina, ergotamina, dihidroergotamina y nicergolina)	Tratamiento sintomático de alteraciones cognitivas y neurosensoriales crónicas en el anciano. <b>Tratamiento coadyuvante de claudicación intermitente en enfermedad arterial oclusiva periférica.</b>

## CRITERIOS [STOPP]



PRINCIPIO ACTIVO/GRUPO	CRITERIO STOPP / POSIBLE RAM O COMENTARIOS
DERIVADOS ERGÓTICOS (dihidroergocristina, ergotamina, dihidroergotamina y nicergolina)	Tratamiento coadyuvante del síndrome de Raynaud. <b>Tratamiento sintomático en insuficiencia veno-Infática.</b> Tratamiento coadyuvante en la disminución de la agudeza visual y alteraciones del campo visual, presumiblemente de origen vascular. Retinopatías agudas de origen vascular. Profilaxis de migraña. Hipotensión ortostática. <b>Balance beneficio-riesgo desfavorable. Fibrrosis y/o ergotismo</b>
CLOSTAZOL	Pacientes con infarto de miocardio o intervención coronaria en los últimos 6 meses, angina inestable, antecedentes de taquiarritmia severa o que utilicen dos o más antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes / <b>Reacciones adversas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, taquiarritmia, hipotensión) y angina de pecho en pacientes de riesgo. Suspender tratamiento si a los 3 meses se observa beneficio clínico relevante.</b>
TRIMETAZIDINA	Pacientes con IR grave, enfermedad de Parkinson, parkinsonismo, temblores, síndrome de piernas inquietas u otras alteraciones del movimiento. <b>Tratamiento de vértigo y tinnitus / Precaución en pacientes de edad avanzada o con IR moderada: valorar uso de dosis bajas. Balance beneficio-riesgo desfavorable en vértigo y tinnitus. En angina de pecho, utilizar como tratamiento sintomático coadyuvante con otras alternativas de 1ª línea.</b>
ALISKIRENO + IECA o ARA II	Uso combinado en pacientes diabéticos o con IR moderado-grave / <b>Contraindicado. Mayor riesgo de ictus, complicaciones renales, hipotensión y/o hipotensión. De forma general, combinación no recomendada en ningún paciente.</b>
IECA + ARA II	Uso combinado en pacientes con nefropatía diabética / <b>Mayor riesgo de hipotensión, hipotensión y fallo renal. Precisa estrecha monitorización de la función renal, balance hidroelectrolítico y tensión arterial, y supervisión por un médico con experiencia en el tratamiento de este tipo de pacientes. De forma general, combinación no recomendada</b>
DOMPERIDONA	IH moderada o severa. <b>Uso concomitante de fármacos que puedan prolongar el intervalo QT o inhibidores potentes del citocromo CYP3A4 / Aumento de riesgo de arritmias ventriculares graves o muerte súbita de origen cardíaco. No utilizar en tratamientos prolongados o con dosis &gt; 30mg/día, ni en indicaciones distintas al tratamiento sintomático de náuseas y vómitos.</b>
PIOGLITAZONA	Tratamiento de la DM tipo 2 / <b>Riesgo de cáncer de vejiga. Valorar el balance beneficio-riesgo en ancianos.</b>
BISFOSFONATOS	Uso durante más de 5 años para la prevención de fracturas osteoporóticas / <b>Riesgo de fracturas atípicas femorales.</b>
RETIGABINA	Pacientes epilépticos en los que no se haya confirmado previamente respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos / <b>Se han notificado casos de alteración de la coloración del tejido ocular (incluyendo retina), piel, uñas y labios.</b>
DRONEDARONA	Pacientes con FA paroxística o persistente en los que no se hayan considerado otras alternativas de tratamiento / <b>Indicada únicamente en pacientes clínicamente estables, para el mantenimiento del ritmo sinusal después de la cardioversión efectiva. Vigilar función cardiovascular, hepática, renal y pulmonar según indicaciones ficha técnica.</b>
ESPIRONOLACTONA	Uso concomitante con otros diuréticos ahorradores de K <sup>+</sup> o antagonistas de la aldosterona, IECAs, ARA II, beta-bloqueantes, heparinas, AINEs y sal de mesa / <b>Riesgo de hipotensión. En IC III y IV de la NYHA: dosis máxima 50mg/día. Evitar uso de suplementos de K<sup>+</sup> orales con niveles séricos de K<sup>+</sup> &gt; 3,5 mmol/l. En &gt; 80 años: valorar la FG y una posible IR oculta.</b>
ZOLPIDEM	Dosis superiores a 5mg/día en pacientes de edad avanzada o con IH / <b>Alteraciones en la capacidad de atención y concentración y efectos sobre la conducción al día siguiente.</b>
FÁRMACOS PARA LA DEMENCIA	Pacientes en los que no se objetive mejoría de los síntomas cognitivos, funcionales o de comportamiento / <b>Reevaluar cada 6 meses y continuar sólo si se objetiva mejoría, Mini-mental &gt; 10 y las condiciones globales del paciente lo aconsejan.</b>
DENOSUMAB	Prevención de fracturas osteoporóticas / <b>Riesgo de fractura atípica de fémur. Considerar interrumpir tratamiento si se sospecha fractura atípica. Vigilar dolor nuevo o inusual en músculo, cadera o ingle.</b>

AAS: Ácido Acetilsalicílico; AINE: Antiinflamatorios no esteroideos; ARA II: Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II; AEMPS: Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios; BZD: benzodiazepinas; DM: diabetes mellitus; EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; FA: fibrilación auricular; FG: filtración glomerular; HTA: hipertensión arterial; IBP: Inhibidores de la Bomba de Protones; IC: insuficiencia cardíaca; IECA: Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina; IH: insuficiencia hepática; IR: insuficiencia renal; ISRNS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina y Serotonina; ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina; K: Potasio; Na: Sodio.