

SITUACIONES ESPECIALES: DESPRESCRIPCIÓN

CURSO PRECONGRESO: INTRODUCCIÓN A LA
ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE CRÓNICO
GRUPO CRONOS

Eva Rocío Alfaro Lara
HU Virgen del Rocío. Sevilla



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Estructura



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

1. Definición de desprescripción / terminología
2. Abordaje:
 1. Estrategias, necesidad de desprescribir, situaciones susceptibles, barreras, consecuencias.
3. Evidencia científica disponible
 1. Tipo “poda”: basada en algoritmos
 2. Tipo “tala selectiva” basada en fármacos
 3. Ambos
4. Conclusiones

Qué es la desprescripción



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

1. Cese de un tratamiento de larga duración bajo la supervisión de un profesional médico (Le Coteur et al, 2011).
2. Proceso de desmontaje de la prescripción por medio de su análisis, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros (Gavilán et al, 2012).

ORIGINAL INVESTIGATION

LESS IS MORE

Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults

Addressing Polypharmacy

Doron Garfinkel, MD; Derelie Mangin, MBChB

Before commenting on the specific classes of medications that were reviewed, it should be noted that we had considerable difficulty identifying the relevant trials because of the lack of a unique and widely accepted search term. The most useful term, 'medication withdrawal', found many of the relevant trials, but also a very large number of unrelated trials. Therefore, we recommend that any future trials or publications on medication withdrawal in older people consider using an easily identifiable and unique keyword and/or title such as 'deprescribing'.

Qué es la desprescripción



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Desmedicalizar a la población. Una necesidad urgente

Folch Marin, B⁽¹⁾; García Llopis, P⁽²⁾; Murcia Soler, M⁽³⁾; Palop Larrea, V⁽⁴⁾

1. Especialista en Medicina de Familia. Centro de Salud de Sueca. Departamento de Salud de La Ribera.
2. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de La Ribera. Departamento de Salud de La Ribera.
3. Jefe de Suministros. Doctor en Farmacia. Hospital Universitario de La Ribera. Departamento de Salud de La Ribera.
4. Especialista en Medicina de Familia. Subdirector Médico Asistencial Dirección de Salud. Departamento de Salud de La Ribera.

Recibido el 13 de Junio de 2012. Aceptado el 8 de octubre de 2012.

A pilot randomized controlled trial of deprescribing

Medication Withdrawal Trials in People Aged 65 Years and Older A Systematic Review

How Is Medication Prescribing Ceased?

A Systematic Review

Remo Ostini, PhD,* Claire Jackson, MD,† Desley Hegney, PhD,‡§ and Susan E. Tett, PhD*

Discontinuing Medications: A Novel Approach for Revising the Prescribing Stage of the Medication-Use Process

ARTÍCULO ESPECIAL

Prescripción en Cascada y Desprescripción

Francisco Tomás Pagán Núñez^a, Francisco Tejada Cifuentes^b

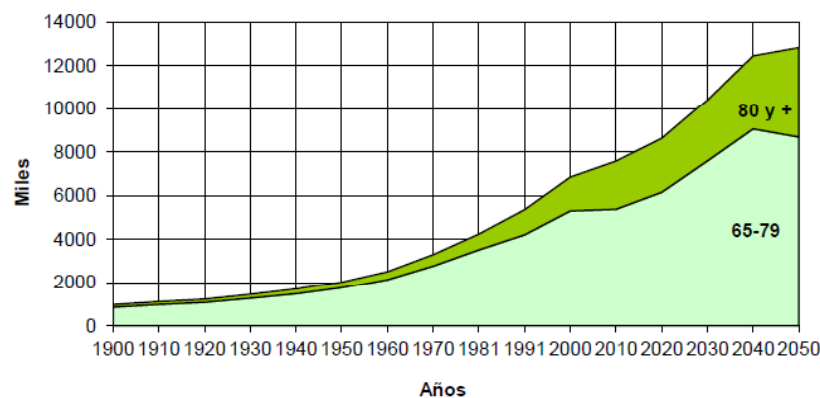
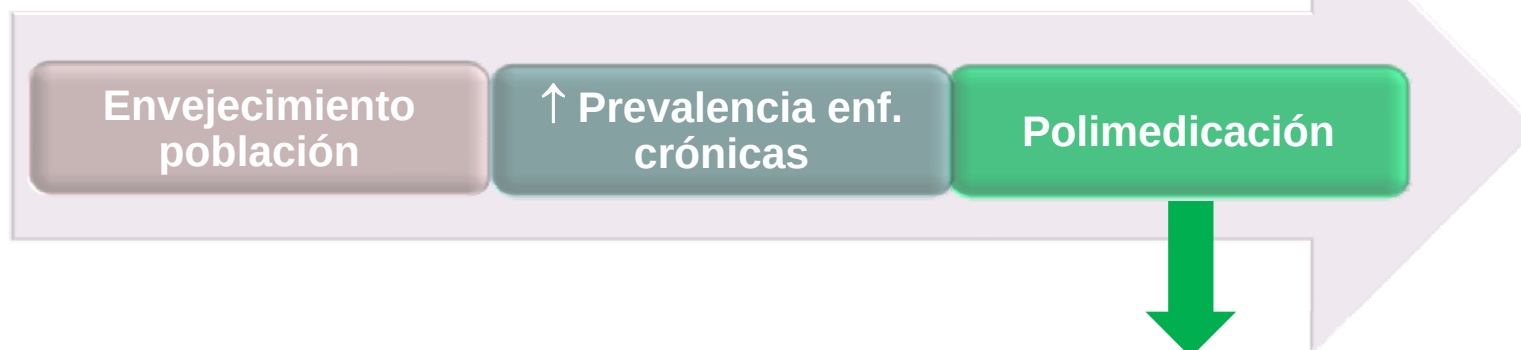


DEPRESCRIPCIÓN

¿Por qué desprescribir?



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil



Problema de primer orden en los países desarrollados tanto por su **alta prevalencia** y tendencia al alza, como por sus **consecuencias**.

¿Por qué desprescribir?



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Consecuencias de la polimedicación

CONSECUENCIAS CLÍNICAS
Disminución de la adherencia
Efectos adversos
Interacciones
Mayor riesgo de hospitalización y reingreso
Mayor riesgo de caídas y lesiones por la misma
Disminución de la funcionalidad física
Deterioro de la calidad de vida
Aumento de la morbilidad y mortalidad

¿Por qué desprescribir?



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Consecuencias de la polimedicación

CONSECUENCIAS ÉTICAS

Ausencia de beneficio de determinados tratamientos

Daños por efectos adversos

Pérdida de autonomía de los pacientes

Deterioro de la relación clínica

Pérdida de confianza en la asistencia sanitaria

CONSECUENCIAS ECONÓMICAS

Gasto farmacéutico

Consultas y hospitalizaciones por efectos adversos

¿Por qué desprescribir en pacientes crónicos frágiles?



1. Consecuencias de la **polimedicación** (en PP del orden de 12 fármacos/día).
2. La evidencia disponible sobre la **eficacia** de los tratamientos en estos pacientes es **limitada**.
3. Las **guías de práctica clínica** tratan patologías aisladas, sin tener en cuenta comorbilidades o esperanza de vida.
4. Los **errores de conciliación** aumentan con el nº de fármacos prescritos en esta población.

¿Por qué desprescribir en pacientes crónicos frágiles?



5. Aunque existen consensos para detectar medicación inapropiada, las guías de práctica clínica abordan el inicio de medicación, pero **apenas aconsejan sobre la retirada**.
6. **Mayor vulnerabilidad** a reacciones adversas e interacciones.
7. Las RAMs suponen la causa principal de hasta el **30% de los ingresos hospitalarios** en personas mayores.
8. Los PP tienen un **riesgo de mortalidad** al año que varía entre el 12 y 68%, por lo que la relación riesgo-beneficio debe ser valorada, sobre todo en tratamientos preventivos.

Medicamentos susceptibles



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

1. **Prescripción “administrativa”** (receta XXI, historia digital, bases de datos)
2. Sin **indicación**
3. Para condiciones clínicas **resueltas** (antibióticos, analgésicos en trauma agudo) o tratamientos **finitos** (clopidogrel)
4. Que causan **RAMs**
5. Prescritos para RAMs de otros fármacos (**prescripción en cascada**)
 - Diurético en edema por AINEs
 - Alopurinol para gota por tiazidas

Medicamentos susceptibles



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

6. Que son **ineficaces** o están siendo **inefectivos** en el paciente concreto.
7. Reevaluación de **objetivos** (paciente terminal, frágil o con demencia avanzada).
8. **Duplicidades e interacciones** relevantes.
9. **Errores** de prescripción.
10. Medicación **inadecuada**.

Estrategias para desprescribir



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

	TIPO “PODA”	TIPO “TALA SELECTIVA”
Forma	Fármacos susceptibles Pacientes	Paciente Régimen terapéutico
Útil para fármacos	Inadecuados	Peor balance beneficio- riesgo o innecesarios
Ventajas	Menos tiempo, más eficiente	Estado del paciente y expectativas de vida
Inconvenientes	No considera contexto individual ni sociofamiliar	Más complejo, valoración integral del paciente.
Herramientas	C. Beers, Stopp-Start	Algoritmos de decisión

Barreras a la desprescripción



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

- **Receta electrónica** y otros métodos que reactivan automáticamente la continuidad de las prescripciones.
- Guías clínicas y protocolos **intervencionistas**.
- **Múltiples profesionales** involucrados en la atención del mismo paciente, **reticencias a cambiar medicamentos** prescritos por otros facultativos.
- **Informar/discutir** la retirada con el paciente/familia, por **falta de educación sanitaria** al inicio del tratamiento.
- **Resistencia** del paciente a abandonar medicamentos que viene tomando durante mucho tiempo.

Consecuencias de la desprescripción



CONSECUENCIAS POSITIVAS

- Mayos satisfacción del paciente.
- Mejoras funcionales y de la calidad de vida.
- Reducción de RAMs e interacciones.
- Menor coste para el paciente y la sociedad.

RIESGOS DE LA DESPRESCRIPCIÓN

- **Síndrome de retirada** (BZD, ISRS, levodopa...)
- **Efecto rebote** (Betabloqueantes, IBPs...)
- **Recurrencia** de los síntomas.
- **Reactivación** de la enfermedad de base.

Evidencia científica



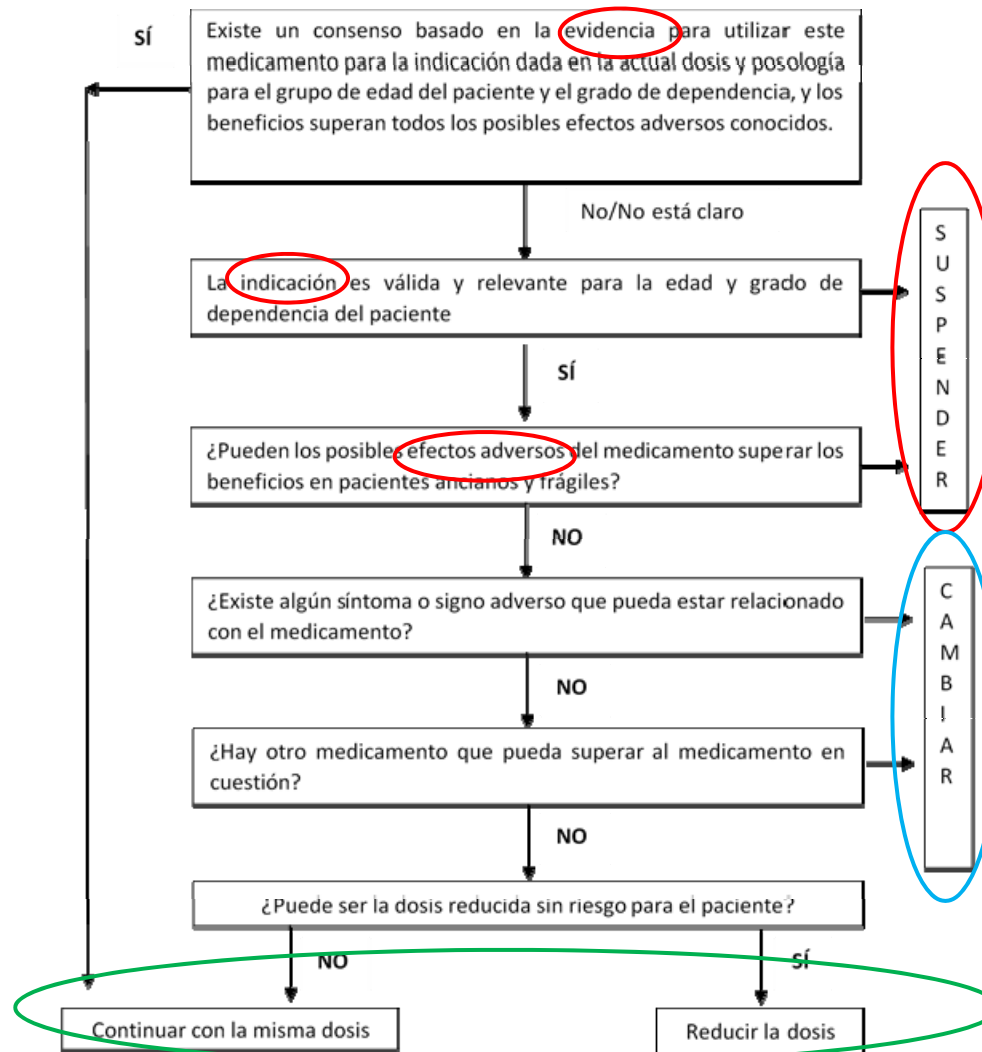
Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

1. Tipo “**poda**”: **basada en valoración integral del paciente:**
 - Estudio prospectivo. Algoritmo GPGP (Garfinkel et al, 2010).
 - EC STOPAT (Beer et al, 2011).
2. Tipo “**tala selectiva**”: **basada en medicamentos específicos**
 - Revisión sistemática (Iyer et al , 2008).
3. **Ambos**
 - Revisión sistemática (Remo et al ,2011).
 - Revisión bibliográfica HUVR (2013)

Trabajos de campo basados en valoración del paciente



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil



Algoritmo GPGP

**Good Palliative-
Geriatric Practice**
(Garfinkel et al)

LESS IS MORE

Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults

Addressing Polypharmacy

Doron Garfinkel, MD; Derelie Mangin, MBChB



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

ARCHIVES OF
INTERNAL MEDICINE

- Estudio prospectivo, no controlado.
- Realizado en 2010.
- 70 pacientes de residencias geriátricas.
 - 1) Valoración de todos los fármacos prescritos según el algoritmo GP-GP.
 - 2) Discusión y preferencias del paciente/cuidador.
 - 3) Propuestas de desprescripción al prescriptor (carta).
- Recoge % de éxito de retirada, morbi-mortalidad y cambios en el estado de salud.

LESS IS MORE

Feasibility Study of a Systematic Approach
for Discontinuation of Multiple Medications
in Older Adults

Addressing Polypharmacy

Doron Garfinkel, MD; Derelle Mangin, MBChB



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

ARCHIVES OF
INTERNAL MEDICINE

RESULTADOS

- 62% pacientes >3 enfermedades. 7,7 fcos/paciente.
- 256/311 fármacos discontinuados/propuestos (**82% desprescripción**).
- Media de seguimiento: **19,2 meses**.
- Se consiguió **retirar exitosamente el 81%** de la medicación.
- **Sólo 2% de los fármacos tuvo que ser reintroducido.**
- El 88% de los pacientes mejoró en algún parámetro
 - Funcional // cognitivo // subjetivo

LESS IS MORE

Feasibility Study of a Systematic Approach
for Discontinuation of Multiple Medications
in Older Adults

Addressing Polypharmacy

ARCHIVES OF
INTERNAL MEDICINE

Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Table 2. Success Rate of Drug Discontinuation (DD) According to Types of Drugs

Drug Group	Patients Using Drug, No.	DD Suggested, No. (% ^a)	DD Actually Performed, No. (%)	Specific Compliance, % ^b	Eventual DD Success Rate, % ^c
Antihypertensives	95 ^d	58 (61)	50 (53)	86	84
β-Blockers	26	15 (58)	11 (42)	73	67
Calcium channel blockers	22	13 (59)	11 (50)	85	85
Diuretics	11	11 (100)	10 (91)	91	91
ACE inhibitors	32	9 (28)	8 (25)	89	89
α-Blockers	8	6 (75)	2 (25)	33	33
Nitrates	5	5 (100)	5 (100)	100	100
Furosemide	18	14 (78)	13 (72)	92	79
Aspirin	24	2 (8)	2 (8)	100	100
Statins	26	18 (69)	14 (54)	78	72
Sulfonylurea	6	5 (83)	5 (83)	100	100
Metformin	11	5 (45)	3 (27)	60	60
H ₂ blockers	8	8 (100)	6 (75)	75	75
Omeprazole	18	10 (56)	9 (50)	90	83
Benzodiazepines	36 ^e	36 (100)	35 (97) ^e	97	97
SSRIs	33	13 (39)	11 (33)	85	77
Other antidepressants	12	10 (83)	9 (75)	90	90
Antipsychotics	8	3 (37)	3 (37)	100	100
Levodopa-carbidopa	10	7 (70)	5 (50)	71	71

Abbreviations: ACE, angiotensin-converting enzyme; H₂, histamine type 2; SSRIs, selective serotonin reuptake inhibitors.^aThe rate of a specific drug discontinuation recommendation based on the Good Palliative–Geriatric Practice approach.^bThe rate of drug-specific compliance to drug discontinuations and the extent of patients, family, or family physicians' refusal to accept specific drug discontinuation recommendations.^cThe percentage of patients in whom a specific drug was actually discontinued as recommended and not readministered.^dNumber of drugs: some elderly patients were administered more than 1 antihypertensive drug. See "Results" section for further explanation.^eIn 12 patients administered 2 different benzodiazepines, drug discontinuation was successful for both.

Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults

Addressing Polypharmacy

Doron Garfinkel, MD; Derelle Mangin, MBChB

ARCHIVES OF
INTERNAL MEDICINE



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

RESULTADOS

- **No** se reportaron **efectos adversos** importantes en relación a la retirada.
- Ningún paciente falleció en relación a ésta.
- De las 10 hospitalizaciones tras la retirada, sólo 1 fue relacionada con la suspensión de **warfarina** (TVP).



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

A pilot randomized controlled trial of deprescribing

Christopher Beer, Poh-kooi Loh, Yan Gee Peng, Kathleen Potter and Alasdair Millar

Ther Adv Drug Saf

(2011) 2(2) 37–43

DOI: 10.1177/

2042098611400332

© The Author(s), 2011.

Reprints and permissions:

[http://www.sagepub.co.uk/](http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav)

[journalsPermissions.nav](http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav)

- Ensayo clínico **randomizado controlado** abierto (estudio piloto).
- Publicado en 2011.
- CI: **>60 años**, enfermedad crónica estable, con al menos una **RAM** o **> 5 fármacos**, médico de acuerdo.
- Recoge % de éxito de retirada, calidad de vida, adherencia, calidad del sueño y función cognitiva.



A pilot randomized controlled trial of deprescribing

Christopher Beer, Poh-kooi Loh, Yan Gee Peng, Kathleen Potter and Alasdair Millar

Ther Adv Drug Saf

(2011) 2(2) 37–43

DOI: 10.1177/
2042098611400332

© The Author(s), 2011.
Reprints and permissions:
[http://www.sagepub.co.uk/
journalsPermissions.nav](http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav)

- **EC STOPAT** (Systematic Termination of Pharmaceutical Agents Trials):
- **Primer intento de sistematizar el proceso de desprescripción en base a una lista de medicamentos predefinida:**

Table 1. Target drug list.

Drug or drug class	Indicated condition	Indication for dose reduction or withdrawal	Criterion for benefit	Criteria for withdrawal from trial
Antihypertensive agents	Hypertension only	BP <150/100 mmHg PLUS side effects reasonably ascribable to the drug. This value allows inclusion of patients who have possible white coat effects, and this should be demonstrated before inclusion if clinic BP >140/90 mmHg	Symptomatic relief; no increase in BP; improved QOL	BP >150/100 mmHg
	Same class used for renal protection in diabetes and other conditions, heart failure, or in cardiovascular 'high risk' (e.g. HOPE Study) indications	Postural dizziness, postural hypotension or falls	Symptomatic relief; normotension; improved QOL	Worsening renal function (>20% rise in Cr), symptoms of CHF, vascular event
Anti-anginals	Classical angina or documented ischaemic disease (angiography, myocardial perfusion study etc.)	On >1 agent for this indication and angina attack rate <1/week, with no history of acute MI	Symptomatic relief; improved QOL; no increase in anginal attack rate	Increase in angina attack rate or development of unstable angina
Diuretics	Any indication except CHF or hypertension (e.g. peripheral oedema without CHF)	Clinically stable	Symptomatic relief; improved QOL	Worsening symptoms and signs of heart failure
NSAIDs	Pain with or without an inflammatory component	Stable symptoms for three months. Side effects	Symptomatic relief; improved QOL	Deterioration in pain score
COX-2 inhibitors	As above	Stable symptoms for three months. Absence of increased risk of GI haemorrhage or other side effects	Symptomatic relief; improved QOL	Deterioration in pain score

BP, blood pressure; CHF, congestive heart failure; COX, cyclooxygenase; Cr, creatinine; GI, gastrointestinal; MI, myocardial infarction; NSAIDs, nonsteroidal anti-inflammatory drugs; QOL, quality of life.



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

A pilot randomized controlled trial of deprescribing

Christopher Beer, Poh-kooi Loh, Yan Gee Peng, Kathleen Potter and Alasdair Millar

Ther Adv Drug Saf

(2011) 2(2) 37–43

DOI: 10.1177/
2042098611400332

© The Author(s), 2011.

Reprints and permissions:
[http://www.sagepub.co.uk/
journalsPermissions.nav](http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav)

RESULTADOS

- 35 pacientes incluidos (80 años, 9 fármacos/día).
- Tiempo de seguimiento máximo: 12 semanas.
- En el **73%** pacientes, se retiró la medicación eficazmente.
- Sin diferencias entre los grupos en las variables.

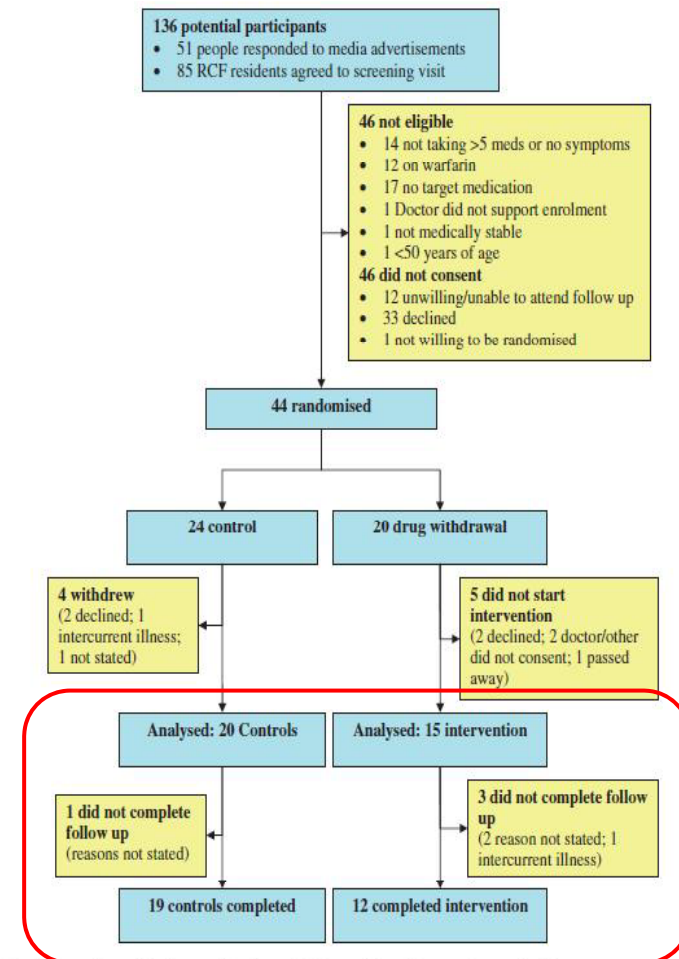


Figure 1. Study flowchart. Meds, medications; RCF, residential aged-care facility.

Trabajos de campo por grupos de fármacos



Drugs Aging 2008;25(12):1021-31 doi: 10.2165/0002512-200825120-00004

Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review.

Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, Le Couteur DG.

Centre for Education and Research on Ageing, Concord RG Hospital and University of Sydney, Sydney, New South Wales, Australia.

- Revisión sistemática
- Publicada en 2008
- Incluyó trabajos de desprescripción **por clases específicas** de medicamentos
- Restringida a estudios con poblaciones **> 65 años**
- La mayoría analizan la factibilidad de retirar medicación, síndromes de abandono y resultados clínicos a corto plazo.

Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review.

Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, Le Couteur DG.

Centre for Education and Research on Ageing, Concord RG Hospital and University of Sydney, Sydney, New South Wales, Australia.



RESULTADOS

- 31 trabajos (n = 8972 sujetos)
- 4 EC randomizados de diuréticos tiazídicos (n = 448 sujetos)
- 11 EC randomizados de psicofármacos (BZD, ISRS, antipsicóticos...) (n = 1184 sujetos)
- 16 estudios prospectivos observacionales (n = 7188 sujetos)
 - 9 de antihipertensivos (incluyendo diuréticos)
 - 1 de nitratos
 - 1 de digoxina
 - 5 de psicotropos
- Los estudios fueron muy heterogéneos en su diseño, selección de pacientes, y seguimiento.

Drugs Aging. 2008;25(12):1021-31. doi: 10.2165/0002512-200825120-00004.

Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review.

Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, Le Couteur DG.

Centre for Education and Research on Ageing, Concord RG Hospital and University of Sydney, Sydney, New South Wales, Australia.



RESULTADOS

- La retirada de **diuréticos** se mantuvo del **51-100%**.
- Del resto de **antihipertensivos** entre el **20-85%**.
- La retirada de **psicotropos** se asoció a:
 - una disminución en las caídas.
 - una mejora cognitiva y psicomotora.
- Cuando se midió, **no hubo incremento en la mortalidad.**
- Las **reacciones adversas** o **síndromes de retirada** fueron **infrecuentes.**

Ambas estrategias



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Medical Care • Volume 49, Number 1, January 2011

How Is Medication Prescribing Ceased?

A Systematic Review

Remo Ostini, PhD, Claire Jackson, MD,† Desley Hegney, PhD,‡§ and Susan E. Tett, PhD**

- Revisión sistemática, publicada en 2011.
- Incluyó trabajos con desprescripción tanto de clases específicas de medicamentos como por paciente.
- Identificar **estrategias exitosas** en la retirada de medicación
- En todas las poblaciones.
- Selección de estudios de calidad.

How Is Medication Prescribing Ceased? *A Systematic Review*



Remo Ostini, PhD,* Claire Jackson, MD,† Desley Hegney, PhD,‡§ and Susan E. Tett, PhD*

RESULTADOS

- **12 ensayos controlados** (6 ECR, 4 EC no randomizado, 2 estudios pre-post).
 - 5 estudios de **BZD**
 - 1 de antibióticos
 - 1 de metformina
 - 1 de IBP y BZD
 - 1 de opioides
 - 1 de THS
 - 2 estudios sobre cualquier fármaco
-
- Los estudios fueron muy heterogéneos en su diseño, selección de pacientes, y variables medidas.



How Is Medication Prescribing Ceased?

A Systematic Review

Remo Ostini, PhD, Claire Jackson, MD,† Desley Hegney, PhD,‡§ and Susan E. Tett, PhD**

RESULTADOS

TIPOS DE INTERVENCIÓN	
LAS MÁS EFECTIVAS	PARCIALMENTE EFECTIVAS
Discusión con el paciente	Recordatorios electrónicos al prescriptor
Materiales educativos al paciente	Materiales educativos al prescriptor
Intervenciones cara a cara con el prescriptor	Comunicación distanciada con el prescriptor
Manuales recordatorios al prescriptor	

Revisión bibliográfica HUVR

(Rodríguez Pérez A)



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Trabajos de **desprescripción**, tanto por grupos de fármacos, como sobre el tratamiento completo, realizados en pacientes **PP/crónicos, o mayores de 65 años**.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Tipo de estudio
- N
- Ámbito del estudio
- Medicamentos /paciente
- **Criterios de reintroducción**
- **Estrategia** para la desprescripción
- **Seguimiento**
- Localización geográfica

VARIABLES DEPENDIENTES:

- % desprescripción
- Nº medicamentos retirados/paciente
- **% éxito de la retirada**
- **Resultados en salud**

Revisión bibliográfica HUVR

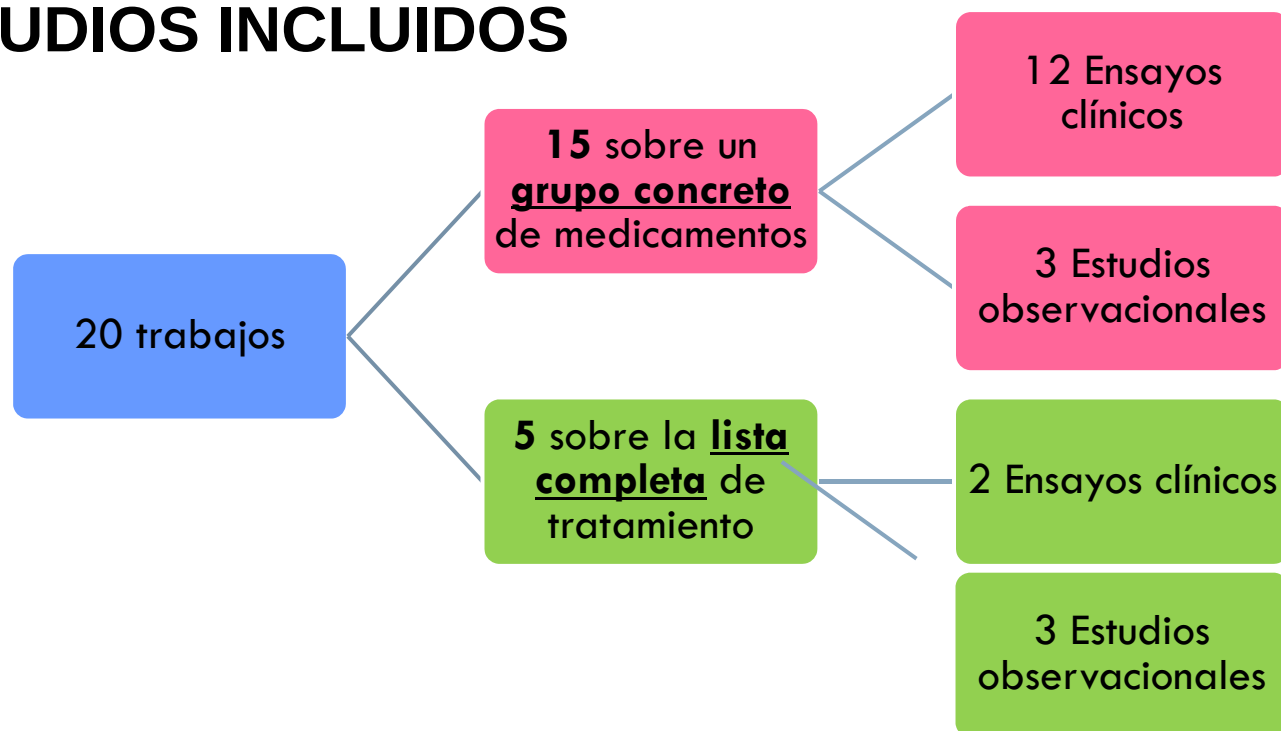
(Rodríguez Pérez A)



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

RESULTADOS

ESTUDIOS INCLUIDOS



Ensayos clínicos sobre grupo de fármacos



Autores	Población		Medicamento	N total	N interv	Área realización	T seg máx (semanas)	R en salud	Condiciones de reintroducción
	PP/Crónicos/>65años	Hosp/Amb/Inst							
De Jonge et al	>65 años	Ambulatorios	Diuréticos para edema de tobillo	63	34	Europa	6	Sí	Edema de rebote
Walma et al	>65 años	Ambulatorios	Diuréticos para distintas indicaciones	202	102	Europa	26	Sí	Pd>100 o Pd>180 mmHg en 3 mediciones. >4 pts en síntomas de IC
George et al	Crónicos	Ambulatorios	Nitratos	120	80	Asia	12	si	Síntomas de angina o insuficiencia cardiaca
Packer et al	Crónicos	Ambulatorios	Digoxina en ICC	178	93	EEUU y Canadá	12	Sí	Empeoramiento de salud
Anónimo	Crónicos	Ambulatorios	Antiepilépticos	1013	509	Europa	48	Sí	No específicas, valoración clínica
Ulfvarson et al	Crónicos	Institucionalizados	Inhibidores recapt.serotonina	70	35	Europa	24	sí	No específicas, valoración clínica
Ruths et al	Crónicos	Institucionalizados	Antipsicóticos	30	15	Europa	4	Sí	Empeoramiento de salud
Bashir et al	Crónicos	Ambulatorios	Benzodiazepinas	105	50	Europa	24	Sí	No específicas, valoración clínica
Gorgels et al	Crónicos	Ambulatorios	Benzodiazepinas	2425	1707	Europa	84	No	No específicas, valoración clínica
Stewart et al	Crónicos	Ambulatorios	Benzodiazepinas	8170	1256	Europa	48	No	No específicas, valoración clínica
Habraken et al	>65 años	Institucionalizados	Benzodiazepinas	55	27	Europa	52	Sí	Problemas de sueño
Curran et al. (brazo rápido)	>65 años, crónicos	Ambulatorios	Benzodiazepinas	139	55	Europa	52	Sí	Empeoramiento de salud
Curran et al. (brazo lento)	>65 años, crónicos	Ambulatorios	Benzodiazepinas	139	49	Europa	52	Sí	Empeoramiento de salud

Ensayos clínicos sobre grupo de fármacos



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

RESULTADOS

- En los estudios de **BZD** éstas son retirados/disminuidos eficazmente en el **79-100%**.
 - Mejora cognitiva y psicomotora.
- **Nitratos:** 94%.
- **Diuréticos:** 75-87% (más fracaso en ICC).
- **Antiepilépticos:** 79%.
- **ISRS:** 80%.
- **Antipsicóticos:** 87%.
- El único en el que se recomienda **NO** retirar el fármaco es en realizado con **digoxina** (pacientes con ICC clínicamente estables en tratamiento con digoxina, diuréticos e IECA).

Estudios sobre tratamientos completos



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Autor	Población		Tipo de estudio	N total	N inter	medicamentos/pac.	Área realización	T seg máx (semanas)	R en salud	HERRAMIENTA DE DESPRESCRIPCIÓN	MED RETIRADOS /PACIENTE
	PP/Crónicos / >65años	Hosp/Amb/Inst									
Beer et al. EC STOPAT	Crónicos	Institucional. y ambulatorios	EC	35	15	9	Australia	12	Sí	Criterios predefinidos de retirada y reintroducción.	1
Pitkala et al.	>65 años, crónicos	Ambulatorios	EC	174	88	5	Europa	40	No	Revisión de prescripciones por un equipo multidisciplinar en un hospital de día	0,35
Garfinkel MD et al. (2007)	>65 años	Institucional.	EO	190	119	7,09	Asia	48	Sí	Algoritmo Good Palliative-Geriatric Practice (GP-GP)	2,8
Garfinkel MD et al. (2010)	>65 años, pluripatológicos	Ambulatorios	EO	70	64	7,7	Asia	76	Sí	Algoritmo Good Palliative-Geriatric Practice (GP-GP)	4,4
Tamura et al.	>65 años	Institucional.	EO	70	70	9	EEUU	4	No	Criterios Beers	1,1

Estudios sobre tratamientos completos



RESULTADOS

- 356/539 pacientes con desprescripción (**66%**).
- Porcentaje de **éxito muy elevado**.
- Por grupos de medicamentos, resultados similares.
- **Gran variedad** de fármacos retirados.

Autor	Tipo medicamento	% éxito	% fracaso en retirada
Beer et al.	Antihipertensivos	85%	26,60%
	Antianginosos	100%	
	Diuréticos	100%	
	Analgésicos	100%	
Garkinfel et al. (2007)	Antihipertensivos	94%	18%
	Nitratos	100%	
	Diuréticos	85%	
	AntiH ₂	94%	
	Pentoxifilina	100%	
	Suplementos Fe	95%	
	Suplementos K	100%	
	Tranquilizantes/Sedantes	88%	
	Antidepresivos	74%	
Garfinkel et al. (2010)	Antihipertensivos	84%	2%
	Nitratos	100%	
	Furosemida	79%	
	Hidroclorotiazida	91%	
	AntiH ₂	75%	
	IBP	90%	
	Benzodiazepinas	97%	
	ISRS	77%	
	Otros antidepresivos	90%	
	Antipsicóticos	100%	
	Levodopa-Carbidopa	71%	
	Metformina	60%	
	Sulfonilurea	100%	

Pendiente...



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

1. Estandarizar el término “**DESPRESCRIPCIÓN**”, entendiéndolo como:

“Proceso de retirada o reducción de dosis de determinados fármacos de manera **planificada, segura y aceptada y basada en la evidencia disponible**”.
2. **Diseñar y validar una herramienta** que permita identificar oportunidades de desprescripción de forma **sistemática**.
3. Introducir de manera transversal el **pronóstico** como criterio.



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

□ PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

Diseño y validación de una herramienta para la desprescripción de medicamentos en pacientes pluripatológicos.



- En colaboración con
 - ▣ Grupo de trabajo: Paciente Pluripatológico y edad avanzada de la SEMI.
- IP: Bernardo Santos Ramos (UGC Farmacia. HU Virgen del Rocío).

Conclusiones



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

1. No existe un concepto ni un término único sobre **desprescripción**, por lo que todos los profesionales sanitarios deberíamos esforzarnos por estandarizarlo.
2. El aumento de las enfermedades crónicas y la polimedicación sitúa a la desprescripción como una intervención necesaria en la práctica habitual, siendo los **pacientes crónicos frágiles** el grupo en el que adquiere más importancia.
3. Respecto a la evidencia disponible hasta ahora, existen bastantes trabajos de desprescripción en estos pacientes, sobre todo centrados **en retirar un grupo concreto de fármacos** y las intervenciones que **implican al paciente** parecen ser las más efectivas.

Conclusiones



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

4. Los fármacos con más evidencia científica de que su discontinuación se consigue sin riesgo para el paciente son las **benzodiacepinas, los diuréticos y los antihipertensivos**.
5. Los estudios realizados sobre el **tratamiento completo del paciente** tienen altos porcentajes de éxito, sin embargo sus resultados están limitados por su diseño.
6. Son necesarios **estudios aleatorizados, controlados y con cegamiento** en los que se evalúe a corto y largo medio plazo si las diferentes estrategias de desprescripción mejoran de forma relevante resultados en salud y sobre más grupos de fármacos.



Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

MUCHAS GRACIAS

Especialmente a mis compañeros del grupo CRONOS
Y del HU Virgen del Rocío:
Bernardo Santos Ramos
Aitana Rodríguez Pérez
Ángela Villalba Moreno