MENOS ES MÁS

Aurora Javaloyes Tormo
Hospital General Universitario de Alicante

www.svfh.es @SVFH_

PROYECTO CONJUNTO DE DESPRESCRIPCIÓN SERVICIO DE FARMACIA Y MEDICINA INTERNA

1. INTEGRACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN LAS VISITAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES A CARGO DE MEDICINA INTERNA

2. SELECCIÓN DE PACIENTES SUSCEPTIBLES A OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

1. FUNCIONES DEL FARMACÉUTICO RESIDENTE:

   - ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO
   - PROPUESTA DE OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

CONCILIACIÓN

<<Comparar la medicación habitual con la prescrita en la transición asistencial>>

CONCILIACIÓN

<<Comparar la medicación habitual con la prescrita en la transición asistencial>>

REVISIÓN

<<Adoptar los criterios de indicación y dosificación consensuados por las Sociedades Científicas>>

CONCILIACIÓN

<<Comparar la medicación habitual con la prescrita en la transición asistencial>>

REVISIÓN

<<Adoptar los criterios de indicación y dosificación consensuados por las Sociedades Científicas>>

DESPRESCRIPCIÓN

<<Proceso de desmontaje de la prescripción de Medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros»

CONCILIACIÓN

<<Comparar la medicación habitual con la prescrita en la transición asistencial>>

REVISIÓN

<<Adoptar los criterios de indicación y dosificación consensuados por las Sociedades Científicas>>

DESPRESCRIPCIÓN

<<Proceso de desmontaje de la prescripción de Medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros»

COMUNICACIÓN

<<Asegurarse de que los cambios de tratamiento llegan al siguiente profesional sanitario, al propio paciente y familiares o cuidador>>

CONCILIACIÓN

<<Comparar la medicación habitual con la prescrita en la transición asistencial>>

REVISIÓN

<<Adoptar los criterios de indicación y dosificación consensuados por las Sociedades Científicas>>

DESPRESCRIPCIÓN

<<Proceso de desmontaje de la prescripción de Medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros»

COMUNICACIÓN

<<Asegurarse de que los cambios de tratamiento llegan al siguiente profesional sanitario, al propio paciente y familiares o cuidador>>

SEGUIMIENTO

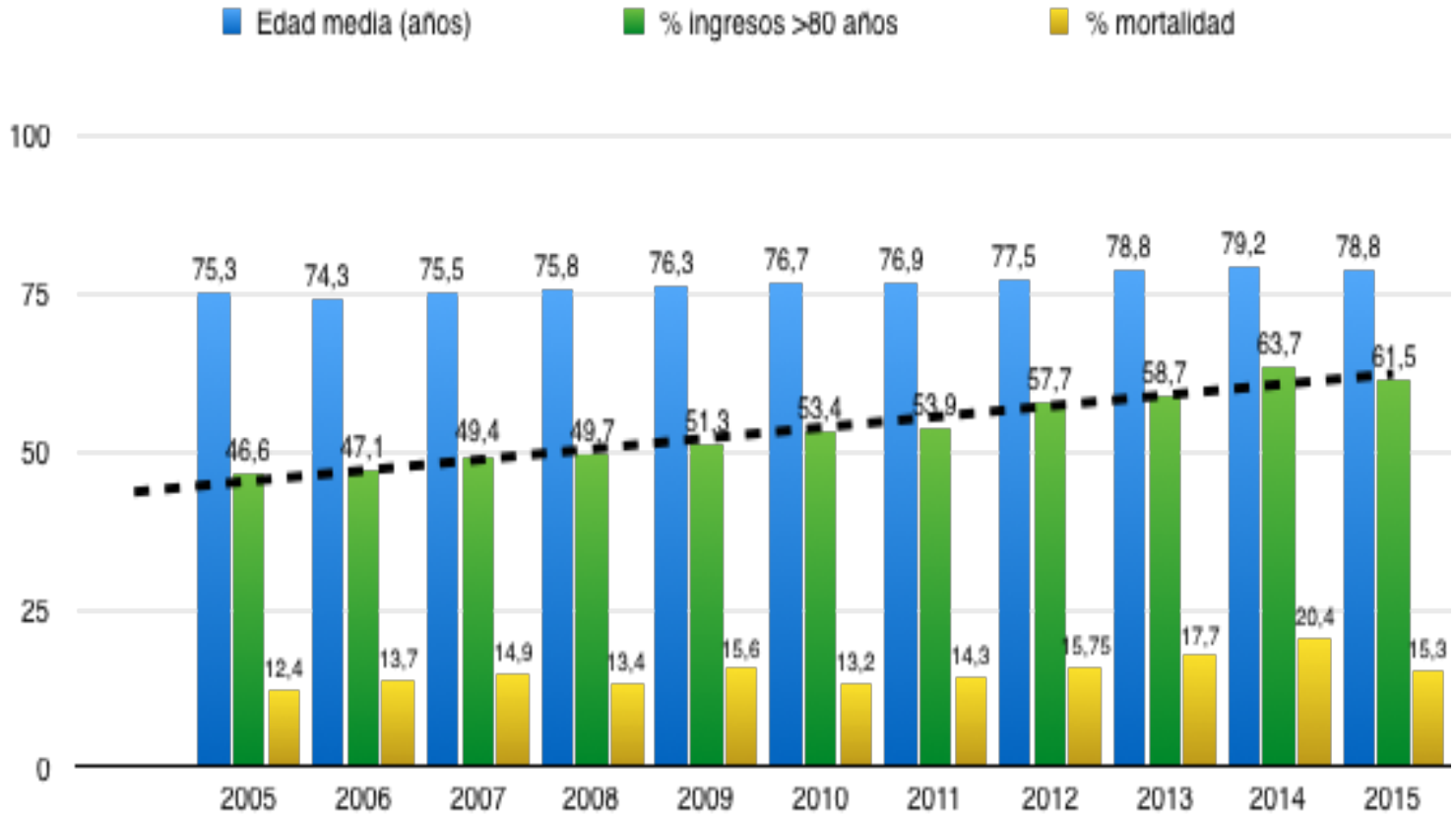
<<Monitorizar variables que puedan condicionar el éxito o fracaso del proceso de desprescripción>>

Adaptado de Medication Reconciliation International. ISMP y MSSSI.gov.es

Justificación ética y científica

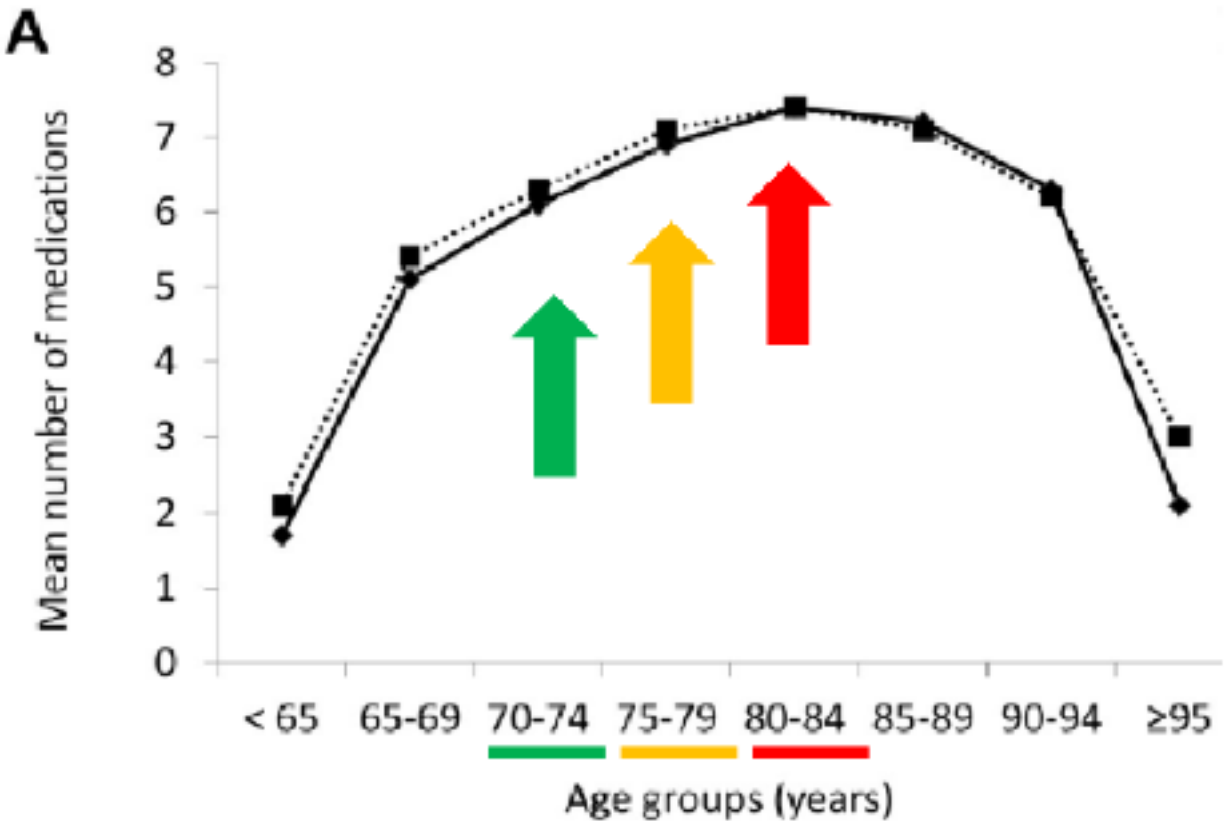
Estrategias de optimización farmacoterapéutica en situaciones clínicas complejas

EVOLUCION DEMOGRÁFICA DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS



Datos proporcionados por el servicio de Medicina Interna del HGUA

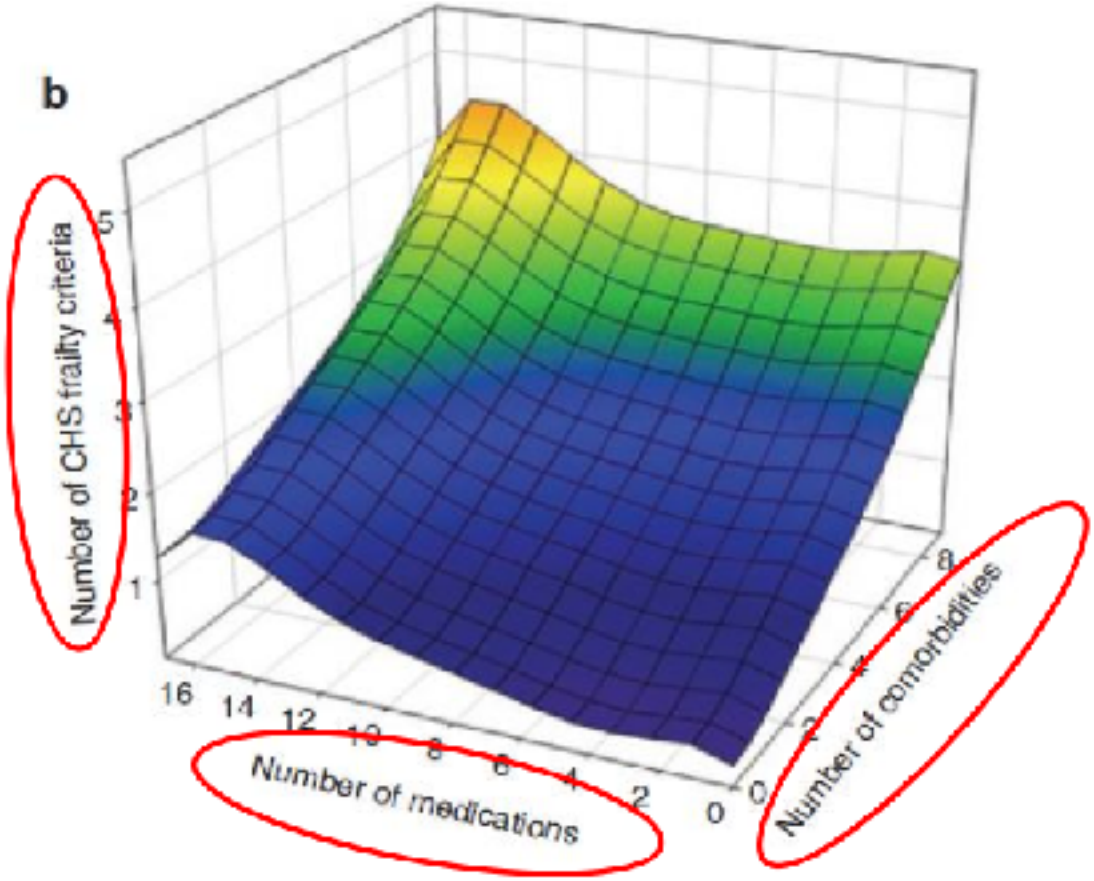
POLIMEDICACIÓN EPIDEMIOLOGÍA



Advanced Age and Medication Prescription: More Years, Less Medications? A Nationwide Report From the Italian Medicines Agency JAMDA 17 (2016) 168–172

Working Group of the Italian Medicines Agency (Agenzia Italiana del Farmaco, AIFA) on behalf of the Medicines Utilization Monitoring Center Health Database Network[1]

POLIMEDICACIÓN FRAGILIDAD Y COMORBILIDADES

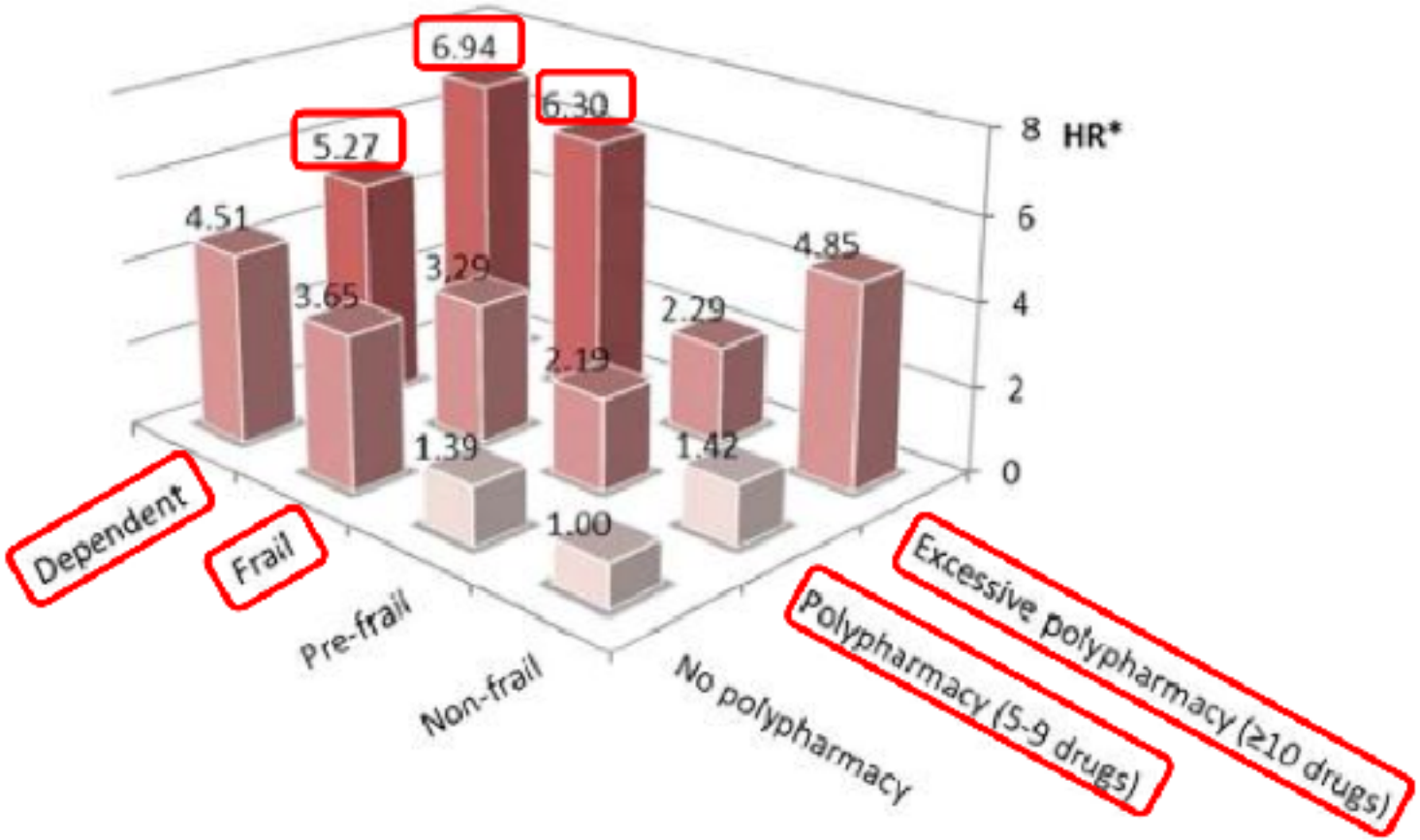


High-Risk Prescribing and Incidence of Frailty Among Older Community-Dwelling Men

D Gnjidic[1–4], SN Hilmer[1–3], FM Blyth[3,4], V Naganathan[3,4], RG Cumming[3,4,5], DE Handelsman[3,6], AJ McLachlan[3,7], DB Abernethy[8], F Banks[9] and DG Le Couteur[3,7]

CLINICAL PHARMACOLOGY & THERAPEUTICS | VOLUME 91 NUMBER 3 | MARCH 2012

POLIMEDICACIÓN FRAGILIDAD Y MORTALIDAD



Polypharmacy and frailty: prevalence, relationship, and impact on mortality in a French sample of 2350 old people

PHARMACOEPIDEMIOLOGY AND DRUG SAFETY 2015; **24**: 637–646

- Tiempo hasta beneficio y toxicidad temprana

- Tiempo hasta beneficio y toxicidad temprana

- Grupo de población excluida de los ensayos clínicos→ información extrapolada.

- Tiempo hasta beneficio y toxicidad temprana

- Grupo de población excluida de los ensayos clínicos→ información extrapolada.

- Tratamientos según patología sin tener en cuenta las características particulares del paciente y sus preferencias.

- Tiempo hasta beneficio y toxicidad temprana

- Grupo de población excluida de los ensayos clínicos→ información extrapolada.

- Tratamientos según patología sin tener en cuenta las características particulares del paciente y sus preferencias.

Priorizar objetivos y objetivos menos estrictos:

HTA , hipercolesterolemia, DM

Herramientas

- **Criterios explícitos** farmacológicos para incorporar a una revisión personalizada y centrada en el paciente:
  - Beers
  - **Stopp/start**
    - Más sensibles y específicos para detectar toxicidad farmacológica

- **Criterios implícitos** basados en el juicio clínico

Inappropriate prescribing in older persons: A systematic review of medications available in different criteria

Los fármacos más referidos:

- Benzodiazepinas
- AINEs
- Antihistamínicos
- Antipsicóticos
- IBP
- EstatinaS
- Anticolinesterásicos

Diazepam estaba incluido en los 14 criterios seguido de amitriptilina (13 criterios)

Inappropriate prescribing in older persons: A systematic review of medications available in different criteria. G.Luchetti MD, PhD.
Archives of Gerontology and Geriatrics 2017,68 (55-61)

Ejemplos de casos atendidos

Paciente	MI	Nº M	Fármaco evaluado	Decisión clínica
M 89 a	ITU	**13**	**Solifenacina, risperidona, tramadol, atorvastatina**	Suspendidos por clínica anticolinérgica y balance beneficio/ riesgo negativo de estatinas
M 83 a	Impactación fecal	**16**	**Levosulpirida**	Suspendida por disminución umbral (epilepsia), obstrucción digestiva y sedación/somnolencia
M 83 a	ICA	**11**	**Gabapentina y fentanilo**	Reducción de dosis de fentanilo (depresión respiratoria) y propuesta de sustitución de Gabapantina a Duloxetina
M 89 a	NAC	**12**	**Metformina**	Modificación de dosis (IRC) o suspender si eFG<30 ml/min
H 85 a	Hipoglucemia	**8**	**Glimepirida**	Modificación de terapia antidiabética
M 75 a	ITU	**14**	**Alprazolam, fluoxetina, ácido fólico, ibandrónico**	Suspender fólico e ibandrónico (dieta y encamada), desprescripción de fluoxetina y BDZ

Caso clínico

MI:

Mujer **88 años : dolor torácico** con sensación de **ansiedad,** de predominio **nocturno** con episodios de **temblores unilaterales de miembros inferiores** y ausencia de descanso por las noches.

Caso clínico

MI:

Mujer **88 años : dolor torácico** con sensación de **ansiedad,** de predominio **nocturno** con episodios de **temblores unilaterales de miembros inferiores** y ausencia de descanso por las noches.

AP:

- Hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación
- Cardiopatía isquémica por IAM infe or en 2003
- Bronquiectasias y nódulo pul olitarios en LSD
- Enfermedad renal cró dio IIIB
- Hipotiroidismo co; Hiperparatiroidismo
- Diverticulosis colónica ; Hernia hiatal
- **Fractura de rama isquio púbica tras caída casual el 13/12/2016 estando inmovilizada durante tres semanas por indicación de COT**

MÚLTIPLES COMORBILIDADES

Valoración integral

- **FUNCIONAL**

  KATZ E
- BARTHEL 25
- LAWTON 1

- **MENTAL**

  Test de Pfeiffer:3

  GDS 3

SOCIAL

Tras la caída, hace un mes, vive con la hija. Viuda.

NUTRICIONAL

Episodios de atraganta miento y tos con las comidas

Valoración integral

DEPENDENCIA TOTAL

- **FUNCIONAL**

KATZ E

- BARTHEL 25
- LAWTON 1

- **MENTAL**

Test de Pfeiffer:3

GDS 3

- **SOCIAL**

Tras la caída, hace un mes, vive con la hija. Viuda.

- **NUTRICIONAL**

Episodios de atraganta miento y tos con las comidas

DETERIORO COGNITIVO LEVE

Medicamento	Principio activo	Indicación	Posología
Eutirox® 50 mg comp	Levotiroxina	Hipotiroidismo	50 mg/24h vo
Tryptizol® 10 mg	Amitriptilina	Cefalea tensional	10 mg/24h vo
Orfidal® 1 mg	Lorazepam	Ansiedad	1 mg/ 24h vo
Hemovas® 600 mg	Pentoxiflina	Insuficiencia venosa	600 mg/12h vo
Euradal® 5 mg	Bisoprolol	HTA	5 mg /24h vo
Amlodipino® 5 mg	Amlodipino	HTA	5 mg/24h vo
Esidrex® 25 mg	Hidroclorotiazida	HTA	25 mg/24h vo
Cafinitrina® 1 mg	Nitroglicerina	IAM	1 mg si precisa
Sintrom®	Acenocumarol	FA	Según hematología
Duphalac®	Lactulosa	Estreñimiento	1 u/12h vo
Diliban® 75/650	Tramadol/paracetamol	Dolor lumbar	½ comp cada 12h vo
Targin® 10/5	Oxycodona / naloxona	Dolor lumbar	1comp cada 12h vo
Pantoprazol® 20mg	Pantoprazol	prevención	20 mg/24h vo

Fármaco	Indicación	Motivo de desprescripción/ nueva prescripción	Propuesta
Amitriptilina 10 mg	Cefalea de tensión	✓Asintomática ✗ Amitriptilina + Opioides →Riesgo síndrome serotoninérgico	Suspender tratamiento

Fármaco	Indicación	Motivo de desprescripción/ nueva prescripción	Propuesta
Amitriptilina 10 mg	Cefalea de tensión	✓Asintomática ✗ Amitriptilina + Opioides →Riesgo síndrome serotoninérgico	Suspender tratamiento
Lorazepam 1 mg	Ansiedad / Insomnio	✗ Uso a demanda por el cuidador ✓ Benzodiazepina acción corta	Reforzamos indicación y cumplimiento de la pauta

Fármaco	Indicación	Motivo de desprescripción/ nueva prescripción	Propuesta
Amitriptilina 10 mg	Cefalea de tensión	✓Asintomática ✗ Amitriptilina + Opioides →Riesgo síndrome serotoninérgico	Suspender tratamiento
Lorazepam 1 mg	Ansiedad / Insomnio	✗ Uso a demanda por el cuidador ✓ Benzodiazepina acción corta	Reforzamos indicación y cumplimiento de la pauta
Tramadol/ Paracetamol	Dolor lumbar	✗ Duplicidad terapéutica: Oxicodona/ Naloxona ✗ Los ancianos son más susceptibles a los efectos psiquiátricos del tramadol	Suspender medicamento y sustituir por paracetamol a demanda

Fármaco	Indicación	Motivo de desprescripción/ nueva prescripción	Propuesta
Amitriptilina 10 mg	Cefalea de tensión	✓Asintomática ✗ Amitriptilina + Opioides →Riesgo síndrome rgico	Suspender tratamiento
Lorazepam 1 mg	Ansie Inson	nda or oina a	Reforzamos indicación y cumplimiento de la pauta
Tramadol/ Paracetamol	Dolor lumbar	éutica: Oxicodona/ Naloxona ✗ Los ancianos son más susceptibles a los efectos psiquiátricos del tramadol	Suspender medicamento y sustituir por paracetamol a demanda

Fármaco	Indicación	Motivo de desprescripción	Propuesta
Pentoxifilina	Insuficiencia venosa periférica	✗ Medicamento de baja utilidad terapéutica ✗ Forma farmacéutica no idónea, en paciente con problemas de deglución	Suspender medicamento

Fármaco	Indicación	Motivo de desprescripción	Propuesta
Pentoxifilina	Insuficiencia venosa periférica	✗ Medicamento de baja utilidad terapéutica ✗ Forma farmacéutica no idónea, en paciente con problemas de deglución	Suspender medicamento
Nuevo medicamento	Dolor e insomnio	✓ La pregabalina es bien tolerada en ancianos a dosis bajas para el tratamiento del dolor e insomnio	Pregabalina 25 mg/noche

Conclusiones

- Los hospitales no hemos previsto una reorganización asistencial dirigida al **paciente anciano, dependiente y con corta esperanza de vida.**

- Los hospitales no hemos previsto una reorganización asistencial dirigida al **paciente anciano, dependiente y con corta esperanza de vida.**
- Las guías clínicas no se adaptan a sus necesidades reales. Es necesario **desarrollar un sistema asistencial centrado en la persona** y no en la propia enfermedad.

- Los hospitales no hemos previsto una reorganización asistencial dirigida al **paciente anciano, dependiente y con corta esperanza de vida.**
- Las guías clínicas no se adaptan a sus necesidades reales. Es necesario **desarrollar un sistema asistencial centrado en la persona** y no en la propia enfermedad.
- El concepto de **desprescripción es ético y científico**, altamente recomendado, factible y seguro durante el episodio de hospitalización.

- Los hospitales no hemos previsto una reorganización asistencial dirigida al **paciente anciano, dependiente y con corta esperanza de vida.**
- Las guías clínicas no se adaptan a sus necesidades reales. Es necesario **desarrollar un sistema asistencial centrado en la persona** y no en la propia enfermedad.
- El concepto de **desprescripción es ético y científico**, altamente recomendado, factible y seguro durante el episodio de hospitalización.
- **La optimización terapéutica** de este tipo de pacientes ha sido posible gracias al trabajo en equipo y la corresponsabilidad.

- Los hospitales no hemos previsto una reorganización asistencial dirigida al **paciente anciano, dependiente y con corta esperanza de vida.**
- Las guías clínicas no se adaptan a sus necesidades reales. Es necesario **desarrollar un sistema asistencial centrado en la persona** y no en la propia enfermedad.
- El concepto de **desprescripción es ético y científico**, altamente recomendado, factible y seguro durante el episodio de hospitalización.
- **La optimización terapéutica** de este tipo de pacientes ha sido posible gracias al trabajo en equipo y la corresponsabilidad.
- Se requiere una **comunicación y seguimiento eficaz entre niveles asistenciales**: AP, CEXT, CS, UHD, UCP

BIBLIOGRAFÍA

- *Br J Gen Pract. 1994 Sep;44(386):408-12. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. Bashir K[1], King M, Ashworth M.*
- *Consequences of a benzodiazepine discontinuation programme in family practice on psychotropic medication prescription to the participants. Gorgels WJ1, Oude Voshaar RC, Mol AJ, van de Lisdonk EH, Mulder J, van den Hoogen H, van Balkom AJ, Breteler MH, Zitman FG.*
- *J Clin Epidemiol. 2007 Oct;60(10):1076-84. Epub 2007 May 17. General Practitioners reduced benzodiazepine prescriptions in an intervention study: a multilevel application. Stewart R1, Niessen WJ, Broer J, Snijders TA, Haaijer-Ruskamp FM, Meyboom-De Jong B.*
- *Tijdschr Gerontol Geriatr. 1995 Dec;26(6):253-8. [Application of the Behavioral Observation Scale Geriatrics in residents of nursing homes in Flanders]. [Article in Dutch] Habraken H1, Soenen K, Van Audenhove M.*
- *BMJ. 1994 Feb 19;308(6927):511-3. Short term effect of withdrawal of diuretic drugs prescribed for ankle oedema. De Jonge JW1, Knottnerus JA, van Zutphen WM, de Bruijne GA, Struijker Boudier HA.*
- *BMJ. 1997 Aug 23;315(7106):464-8. Withdrawal of long-term diuretic medication in elderly patients: a double blind randomised trial. Walma EP1, Hoes AW, van Dooren C, Prins A, van der Does E.*
- *Chest. 2003 Nov;124(5):1652-7. Safety of nitrate withdrawal in angina-free and hemodynamically stable patients with coronary artery disease. George J1, Kitzis I, Zandorf D, Golovner M, Shapira I, Laniado S, Roth A.*
- *N Engl J Med. 1993 Jul 1;329(1):1-7. Withdrawal of digoxin from patients with chronic heart failure treated with angiotensin-converting-enzyme inhibitors. RADIANCE Study. Packer M1, Gheorghiade M, Young JB, Costantini PJ, Adams KF, Cody RJ, Smith LK, Van Voorhees L, Gourley LA, Jolly MK.*
- *Lancet. 1991 May 18;337(8751):1175-80. Randomised study of antiepileptic drug withdrawal in patients in remission. Medical Research Council Antiepileptic Drug Withdrawal Study Group. [No authors listed]*
- *Eur J Clin Pharmacol. 2003 Dec;59(10):735-40. Epub 2003 Nov 1. Controlled withdrawal of selective serotonin reuptake inhibitor drugs in elderly patients in nursing homes with no indication of depression. Ulfvarson J1, Adami J, Wredling R, Kjellman B, Reilly M, von Bahr C.*
- *J Am Geriatr Soc. 2004 Oct;52(10):1737-43. Effect of antipsychotic withdrawal on behavior and sleep/wake activity in nursing home residents with dementia: a randomized, placebo-controlled, double-blinded study. The Bergen District Nursing Home Study. Ruths S1, Straand J, Nygaard HA, Bjorvatn B, Pallesen S.*
- *Ther Adv Drug Saf. 2011 Apr;2(2):37-43. doi: 10.1177/2042098611400332. A pilot randomized controlled trial of deprescribing. Beer C1, Loh PK2, Peng YG3, Potter K4, Millar A5.*
- *Drugs Aging. 2001;18(2):143-9. Is it possible to reduce polypharmacy in the elderly? A randomised, controlled trial. Pitkala KH1, Strandberg TE, Tilvis RS.*

Gracias