

RECOMENDACIÓN DICIEMBRE 2018

DESPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES

Dra. Daniela García
NOBLE Cía. de Seguros

Introducción

Afortunadamente la esperanza de vida va en aumento, sin embargo esto trae aparejado una población de mayor complejidad, mayor comorbilidad, con condiciones médicas crónicas y para lo que se les prescribe un elevado número de medicamentos.

En Marzo del 2017 la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha el tercer reto mundial por la seguridad del paciente, con el objetivo de reducir en cinco años un 50% de los efectos adversos producidos por medicamentos. Este reto se centra en tres áreas prioritarias de la seguridad en el uso de medicamentos: la polimedicación, las situaciones de alto riesgo y las transiciones asistenciales.

La optimización de la terapia con medicamentos es esencial en el cuidado de una persona mayor. El proceso de prescripción de un medicamento incluye: decidir que tratamiento está indicado, elegir el mejor medicamento, evaluar la efectividad y la toxicidad.

Revisar las necesidades de tratamiento de un paciente mayor que toma múltiples medicamentos puede ser una tarea compleja y que requiere mucho tiempo, pero la retirada de medicamentos puede ser en muchas ocasiones la mejor decisión y dar lugar a beneficios clínicos significativos.

En este artículo nos enfocaremos en la polimedicación y en las estrategias para disminuirla.

Polimedicación

La polimedicación y el uso inapropiado de medicamentos se han convertido en un problema de salud pública de primer orden en los países desarrollados, tanto por su alta prevalencia y tendencia al alza como por sus consecuencias. La polimedicación o polifarmacia se define como el uso de múltiples medicamentos por parte de un paciente y es considerado un síndrome geriátrico de acuerdo a la OMS. También se puede definir según criterios cualitativos o cuantitativos:

- Criterios cualitativos: “tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados”, considera que si la medicación es necesaria, aunque el número de fármacos sea elevado, no se hablará de polimedicación.
- Criterio cuantitativos: parece tener menos consenso respecto a cuál es el límite para establecer el número mínimo de medicamentos a partir del cual hablar de polimedicación:
 - polimedicación menor: de 2 a 3 fármacos
 - polimedicación moderada: de 4 a 5 fármacos
 - polimedicación mayor: más de 5 fármacos.

Existe también lo que se llama “**Paciente polimedicado frágil**” que es aquel que, cumpliendo los criterios cualitativos de polimedicación, le faltan recursos físicos, psíquicos, sociales o del propio sistema sanitario para evitar los riesgos graves y moderados consecuencia de la polimedicación.

Sólo se deben tener en cuenta los medicamentos que el paciente lleva consumiendo al menos durante los últimos 3 meses (medicación crónica).

Causas de la polimedicación

- Múltiples médicos prescriptores
- Descoordinación entre los distintos niveles asistenciales
- Sistema basado en el medicamento
- Dificultad de acceso a otras terapias no medicamentosas

Consecuencias de la polimedicación

- Mayor riesgo de reacciones adversas por medicamentos debido a los cambios metabólicos asociados con el envejecimiento; este riesgo se ve agravado por el aumento del número de medicamentos utilizados.
- Aumenta el potencial de interacciones entre medicamentos.

- Aumenta la posibilidad de "prescripción en cascada"
- El uso de múltiples medicamentos puede llevar a problemas de adherencia en adultos mayores, especialmente si se ve agravado por una discapacidad visual o cognitiva.

Prescripción en cascada

La prescripción en cascada se produce cuando se prescribe un medicamento para tratar los efectos adversos producidos por otro, basándose en la creencia errónea de que una nueva condición médica se ha desarrollado. Considerar en primera instancia, como reacción adversa, cualquier nuevo síntoma que presente el paciente e investigar a fondo antes de decidir tratarlo. Los efectos adversos debidos a medicamentos son más frecuentes de lo que pensamos, muchos son prevenibles, por lo que es prioritario prevenirlos y, una vez que aparecen, reconocerlos, no hacerlo puede precipitar una cascada de prescripciones en las que se añaden nuevos fármacos al tratamiento para tratar los síntomas de lo que no son más que reacciones adversas del tratamiento preexistente. Los acontecimientos adversos asociados a la prescripción en cascada se producen cuando el segundo fármaco aumenta la severidad de la reacción adversa producida por el primer fármaco, o cuando el segundo fármaco expone al paciente a la aparición de nuevas reacciones adversas. La decisión de prescribir un segundo medicamento para contrarrestar una reacción adversa a un primer fármaco sólo debe hacerse después de una cuidadosa consideración, y siempre que los beneficios de continuar el tratamiento con el primer medicamento superan los riesgos de reacciones adversas adicionales al segundo.

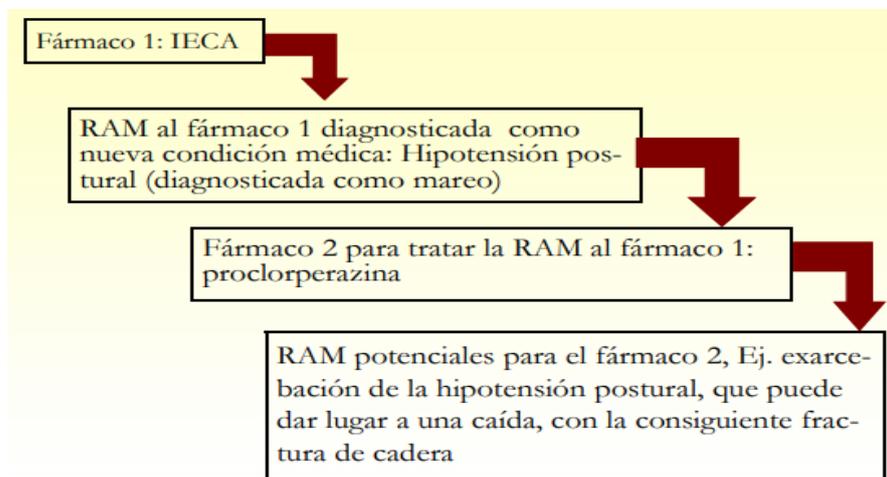
Fármacos implicados en la cascada de prescripción ¹

Fármaco	Reacción adversa	Segundo fármaco prescrito para tratar el efecto adverso del primer fármaco
Inhibidores de la colinesterasa ¹⁵	Incontinencia	Anticolinérgicos (ej.: oxibutinina)
Vasodilatadores, diuréticos, β-bloqueantes, antagonistas del calcio, IECAs, AINEs, analgésicos opioides, antidepresivos, ansiolíticos ³	Mareo	Proclorperazina
AINEs ²	Hipertensión	Antihipertensivos
Diuréticos tiazídicos ²	Hiperuricemia, gota	Alopurinol, colchicina
Metoclopramida ²	Desórdenes del movimiento	Levodopa
IECAs ^{5,16}	Tos	Antitusígenos y/o antibióticos
Paroxetina, haloperidol ¹⁷	Temblor	Levodopa-carbidopa
Eritromicina ¹⁸	Arritmia	Antiarritmicos
Antiepilépticos ¹⁹	Rash	Corticoides tópicos
Antiepilepticos ¹⁹	Náuseas	Metoclopramida, domperidona
Digoxina, nitratos, diuréticos del asa, IECAs, corticoides orales, antibióticos, AINEs, analgésicos opioides, metilxantinas ²⁰	Náuseas	Metoclopramida
Antipsicóticos ²¹	Efectos extrapiramidales	Levodopa, anticolinérgicos

Tabla 1. Fármacos implicados en la cascada de prescripción.

¹ Extraída de Pagán FT, et al. Prescripción en Cascada. REV CLÍN MED FAM 2012; 5 (2): 111-119

Ejemplo de cascada de prescripción¹



Estrategias para combatir la polimedicación

La buena prescripción

Barber¹ define a la buena prescripción como “aquella que consigue el equilibrio entre cuatro objetivos básicos”: maximizar la efectividad en el uso de medicamentos, minimizar los riesgos a los que se somete al paciente al usar un medicamento, minimizar los costos en la atención de salud por medio del uso racional del medicamento y respetar las opiniones de los pacientes en toda decisión terapéutica.



¹ Extraído del Boletín de FARMACOVIGILANCIA de la Región de Murcia – Número 28, año 2012

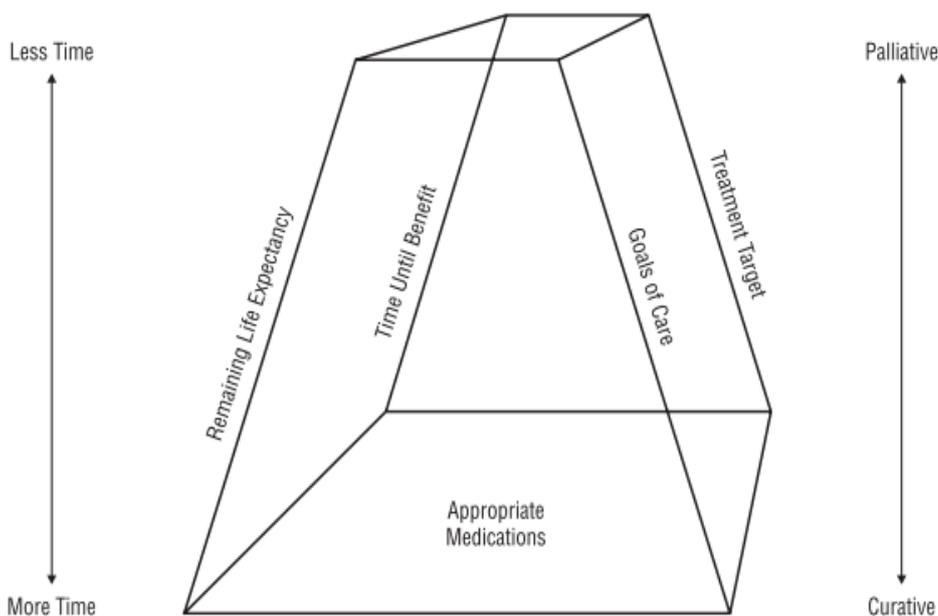
¹ Barber N. What constitutes good prescribing? BMJ. 1995 Apr 8; 310(6984): 923–925.

Modelo de Holmes.

El modelo de Holmes de cuatro escalones para la toma de decisión terapéutica se basa en la expectativa de vida (pronóstico y evolución natural de la enfermedad) versus el tiempo necesario para el beneficio clínico.

En aquellos pacientes con menor esperanza de vida los fármacos tienen menos tiempo para conseguir un beneficio clínico, por lo tanto los objetivos del cuidado del paciente serían los cuidados paliativos y los objetivos del tratamiento el manejo de síntomas.

En aquellos pacientes con mayor esperanza de vida los fármacos tienen más tiempo para conseguir un beneficio clínico, por lo tanto los objetivos del cuidado del paciente son más agresivos y los objetivos del tratamiento serían la prevención.



Principios para una prescripción prudente o conservadora²

Gordon et al en el año 2011³ publicaron un artículo titulado “Principles of conservative prescribing” (Principios para una prescripción conservadora) , basándose en una mezcla de estudios científicos y sentido común, elaboraron 24 principios que asegurarían una prescripción más prudente agrupados en 6 bloques.

² Adaptación al español por <https://prescripcionprudente.wordpress.com/>

³ <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1105913>

Bloque 1: Pensar más allá de los medicamentos.

- 1º principio: Buscar en primera instancia alternativas no farmacológicas.
- 2º principio: Considerar las causas subyacentes, potencialmente tratables, de los problemas, en lugar de tratar los síntomas con medicamentos.
- 3º principio: Buscar oportunidades para la prevención en lugar de centrarse en el tratamiento de síntomas o de una enfermedad avanzada.
- 4º principio: Siempre que sea posible usar el tiempo como un test diagnóstico y terapéutico.

Bloque 2: Practicar una prescripción más estratégica.

- 5º principio: Manejar pocos medicamentos pero aprender a utilizarlos bien.
- 6º principio: Evitar el cambio continuo a nuevos medicamentos sin tener motivos claros y concluyentes basados en la evidencia.
- 7º principio: Ser escéptico con el tratamiento individualizado.
- 8º principio: Siempre que sea posible, comenzar el tratamiento con un solo fármaco.

Bloque 3: Mantenerse alerta ante la aparición de posibles efectos adversos.

- 9º principio: Ante un nuevo problema de salud pensar en primer lugar si puede tratarse de una reacción adversa a un medicamento.
- 10º principio: Informar a los pacientes sobre las reacciones adversas que pueden provocar sus medicamentos para que sean capaces de reconocerlas lo más pronto posible en caso de aparezcan.
- 11º principio: Considerar si no se está promoviendo y a la vez tratando, un síndrome de abstinencia.

Bloque 4: Aproximarse a los nuevos medicamentos y a las nuevas indicaciones con prudencia y escepticismo.

- 12º principio: Informarse de los nuevos medicamentos y las nuevas indicaciones empleando fuentes fiables e independientes.
- 13º principio: No tener prisa por utilizar medicamentos de reciente comercialización.
- 14º principio: Asegurarse de que el medicamento mejora resultados clínicos orientados al paciente en vez de variables subrogadas orientadas a la enfermedad.
- 15º principio: Rehuir a la ampliación o extrapolación de indicaciones.
- 16º principio: No dejarse seducir por la elegante farmacología molecular o fisiológica de algunos fármacos.
- 17º principio: Tener precaución con la promoción selectiva de estudios.

Bloque 5: Trabajar con los pacientes para establecer objetivos comunes.

18º principio: No ceder de forma precipitada y poco crítica a las peticiones de los pacientes, especialmente con los medicamentos que conocen por la publicidad.

19º principio: Ante un fracaso terapéutico, evitar prescribir más fármacos sin antes comprobar la adherencia del paciente al tratamiento.

20º principio: Evitar volver a prescribir medicamentos que ya han sido administrados previamente al paciente sin obtener respuesta, o que causaron una reacción adversa.

21º principio: Suspender el tratamiento con fármacos innecesarios o que no están siendo efectivos.

22º principio: Respetar las dudas expresadas por los pacientes sobre sus medicamentos.

Bloque 6: Considerar los efectos del tratamiento de forma amplia y a largo plazo.

23º principio: Pensar más allá de los beneficios inmediatos de los fármacos y valorar beneficios y riesgo más a largo plazo.

24º principio: Buscar oportunidades para mejorar los sistemas de prescripción y que hagan ésta más segura.

Medida de la adecuación de la prescripción en pacientes mayores: Criterios de uso apropiado

La prescripción inapropiada de medicamentos es un problema frecuente en los pacientes mayores, que contribuye al aumento del riesgo de reacciones adversas, al mismo tiempo hay que tener en cuenta aquellos tratamientos de los que se podrían beneficiar y que no se han prescrito.

Se han desarrollado varias herramientas para detectar la prescripción potencialmente inadecuada, algunos ejemplos son:

- Índice de uso apropiado de la medicación (Medication Appropriateness Index (MAI))
- Criterios STOPP-START
- Criterios de Beers

Índice de uso apropiado de la medicación⁴

Mide la magnitud de la prescripción inapropiada a partir de la revisión de cada uno de los medicamentos prescritos a un paciente. Incluye 10 criterios a evaluar y se puntúa de 1 a 3. Si se obtiene una puntuación de 3, en 3 o más preguntas el tratamiento se considera inapropiado. Su principal inconveniente es que requiere mucho tiempo para poder realizarlo (aproximadamente 10 minutos por fármaco) y que requiere de una formación adecuada en su uso. Además, no mide infrautilización ni tiene en cuenta los efectos adversos de los fármacos o el incumplimiento.

TABLA 3. Criterio de uso apropiado. MAI ("Medication Appropriateness Index") y pesos relativos

Criterio	Descripción	Peso relativo
1	Indicación del medicamento	1 (indicado) 3 (no indicado)
2	Efectividad del fármaco para la indicación	1 (efectivo) 3 (no efectivo)
3	Dosificación correcta	1 (correcto) 3 (no correcto)
4	Duración de tratamiento correcto	1 (aceptable) 3 (inaceptable)
5	Información al paciente correcta	1 (correct) 3 (incorrecto)
6	Información práctica al paciente correcta	1 (práctica) 3 (no práctica)
7 - 8	Interacciones: medicamento-medicamento, medicamento-enfermedad	1 (insignificante) 3 (significante)
9	Duplicidad terapéutica	1 (necesaria) 3 (innecesaria)
10	Alternativa terapéutica coste eficiente	1 (más barata) 3 (más cara)

Criterios STOPP-START⁵

Los criterios STOPP-START (por la palabra inglesa "parar" o "detener" y por "empezar") fueron desarrollados en Irlanda y adoptados por la Sociedad Europea de Medicina Geriátrica. Se basan en 65 criterios clínicamente relevantes de medicamentos de prescripción potencialmente inapropiada, ordenado por sistemas fisiológicos STOPP y 22 criterios de tratamiento indispensables (START).

⁴ del inglés Medication Appropriatenes dosificación correctas Index-MAI

⁵ STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right i.e. appropriate, indicated Treatment) criteria.

Crterios STOPP/START

Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions
Screening Tool to Alert doctors to the Right indicated Treatment

<p>Tabla 2 Criterios STOPP[®]: herramienta para la detección de prescripciones potencialmente inapropiadas en personas mayores. Las siguientes prescripciones de medicamentos son potencialmente inapropiadas en personas de 65 o más años</p> <p>A. Sistema cardiovascular</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Digoxina a dosis superiores a 125 µg/día a largo plazo en presencia de insuficiencia renal[®] (aumento del riesgo de intoxicación) 2. Diuréticos de asa para los edemas maleolares aislados, sin signos clínicos de insuficiencia cardíaca (no hay evidencia de su eficacia; las medias compresivas son normalmente más apropiadas) 3. Diuréticos de asa como monoterapia de primera línea en la hipertensión (existen alternativas más seguras y efectivas) 4. Diuréticos tiazídicos con antecedentes de gota (pueden exacerbar la gota) 5. Bloqueadores beta no cardioselectivos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (riesgo de broncoespasmo) 6. Bloqueadores beta en combinación con verapamilo (riesgo de bloqueo cardíaco sintomático) 7. Uso de diltiazem o verapamilo en la insuficiencia cardíaca grado III o IV de la NYHA (pueden empeorar la insuficiencia cardíaca) 8. Antagonistas del calcio en el estreñimiento crónico (pueden agravar el estreñimiento) 9. Uso de la combinación de AAS y warfarina sin antagonistas H₂ (excepto cimetidina por su interacción con los anticoagulantes) o IBP (alto riesgo de hemorragia digestiva). 10. Dipiridamol como monoterapia para la prevención cardiovascular secundaria 	<p>Tabla 2. (continuación)</p> <p>tratamiento de ma esofagitis o la enfe 5. Espasmolíticos anti agravamiento del e</p> <p>D. Sistema respiratorio</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Teofilina como mon efectivas, riesgo de 2. Corticosteroides sis tratamiento de m innecesaria a los e 3. Ipratropio inhalado <p>E. Sistema musculoesquelético</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. AINE con antecede salvo con uso sim reparación de la e 2. AINE con hipertens 109 mmHg; grave de la hipertensión 3. AINE con insufici cardíaca) 4. Uso prolongado de en la artrosis (los eficaces para aliviar el dolor) 	<p>Tabla 3 Criterios START[®]: herramienta para llamar la atención del médico sobre tratamientos indicados y apropiados. Estos medicamentos debe ser considerados en personas de 65 o más años que tengan las siguientes enfermedades, cuando no exista contraindicación para su uso</p> <p>A. Sistema cardiovascular</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Warfarina en presencia de una fibrilación auricular crónica 2. AAS en presencia de una fibrilación auricular crónica, cuando la warfarina esté contraindicada pero no lo esté el AAS 3. AAS o clopidogrel con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica en pacientes en ritmo sinusal 4. Tratamiento antihipertensivo cuando la presión arterial sistólica sea normalmente superior a 160 mmHg 5. Estatinas con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica, cuando la situación funcional sea de independencia para las actividades básicas de la vida diaria y la esperanza de vida superior a 5 años 6. IECA en la insuficiencia cardíaca crónica 7. IECA tras un infarto agudo de miocardio 8. Bloqueadores beta en la angina crónica estable <p>B. Sistema respiratorio</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agonista beta-2 o anticolinérgico inhalado pautado en el asma o la EPOC leve a moderada 2. Corticosteroide inhalado pautado en el asma o la EPOC moderada a grave, cuando la FEV1 es inferior al 50% 3. Oxigenoterapia domiciliaria continua en la insuficiencia respiratoria tipo 1 (pO₂ < 8,0 kPa [60 mmHg], pCO₂ < 6,5 kPa [49 mmHg]) o tipo 2 (pO₂ < 8,0 kPa [60 mmHg], pCO₂ > 6,5 kPa [49 mmHg])
---	---	---

Figura: algunos criterios STOPP-START

Criterios de BEERS

Los criterios de Beers son el resultado de una revisión de la evidencia científica y posterior evaluación mediante método Delphi por un panel de expertos, cuya última actualización en 2012, incluye 53 fármacos o grupos de fármacos divididos en 3 categorías:

- Medicamentos potencialmente inapropiados que no deben ser utilizados en pacientes mayores.
- Medicamentos potencialmente inapropiados que no deben ser utilizados en pacientes mayores con ciertas patologías o condiciones clínicas, puesto que éstas pueden empeorar o exacerbarse.
- Medicamentos que deben ser utilizados con precaución en pacientes mayores.
- Incluye además recomendaciones, nivel de evidencia y fortaleza de la recomendación.

AGS BEERS CRITERIA FOR POTENTIALLY INAPPROPRIATE MEDICATION USE IN OLDER ADULTS

FROM THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

This clinical tool, based on The AGS 2012 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults (AGS 2012 Beers Criteria), has been developed to assist healthcare providers in improving medication safety in older adults. Our purpose is to inform clinical decision-making concerning the prescribing of medications for older adults in order to improve safety and quality of care.

Originally conceived of in 1991 by the late Mark Beers, MD, a geriatrician, the Beers Criteria catalogues medications that cause adverse drug events in older adults due to their pharmacologic properties and the physiologic changes of aging. In 2011, the AGS undertook an update of the criteria, assembling a team of experts and funding the development of the AGS 2012 Beers Criteria using an enhanced, evidence-based methodology. Each criterion is rated (quality of evidence and strength of evidence) using the American College of Physicians' Guideline Grading System, which is based on the GRADE scheme developed by Guyatt et al.

The full document together with accompanying resources can be viewed online at www.americangeriatrics.org.

INTENDED USE

The goal of this clinical tool is to improve care of older adults by reducing their exposure to Potentially Inappropriate Medications (PIMs).

- This should be viewed as a guide for identifying medications for which the risks of use in older adults outweigh the benefits.
- These criteria are not meant to be applied in a punitive manner.
- This list is not meant to supersede clinical judgment or an individual patient's values and needs. Prescribing and managing disease conditions should be individualized and involve shared decision-making.
- These criteria also underscore the importance of using a team approach to prescribing and the use of non-pharmacologic approaches and of having economic and organizational incentives for this type of model.
- Implicit criteria such as the STOPP/START criteria and Medication Appropriateness Index should be used in a complementary manner with the 2012 AGS Beers Criteria to guide clinicians in making decisions about safe medication use in older adults.

The criteria are not applicable in all circumstances (eg, patient's receiving palliative and hospice care). If a clinician is not able to find an alternative and chooses to continue to use a drug on this list in an individual patient, designation of the medication as potentially inappropriate can serve as a reminder for close monitoring so that the potential for an adverse drug effect can be incorporated into the medical record and prevented or detected early.

Organ System/ Therapeutic Category/Drug(s)	Recommendation, Rationale, Quality of Evidence (QE) & Strength of Recommendation (SR)
Anticholinergics (excludes TCAs)	
First-generation antihistamines (as single agent or as part of combination products)	Avoid.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Brompheniramine ■ Carbinoxamine ■ Chlorpheniramine ■ Clemastine ■ Fenothadmine 	Highly anticholinergic; clearance reduced with advanced age, and tolerance develops when used as hypnotic; increased risk of confusion, dry mouth, constipation, and other anticholinergic effects/toxicity.

Table 1 (continued from page 1)

Organ System/ Therapeutic Category/Drug(s)	Recommendation, Rationale, Quality of Evidence (QE) & Strength of Recommendation (SR)
Antispasmodics	Avoid except in short-term palliative care to decrease oral secretions.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Belladonna alkaloids ■ Cidinium-chlordazepoxide ■ Dicyclomine ■ Hyoscyamine ■ Proparidolone ■ Scopolamine 	Highly anticholinergic, uncertain effectiveness. QE = Moderate, SR = Strong
Antithrombotics	
Dipyridamole, oral short-acting* (does not apply to the extended-release combination with aspirin)	Avoid. May cause orthostatic hypotension; more effective alternatives available; IV form acceptable for use in cardiac stress testing. QE = Moderate, SR = Strong
Ticlopidine*	Avoid. Safer, effective alternatives available. QE = Moderate, SR = Strong
Anti-infective	
Nitrofurantoin	Avoid for long-term suppression; avoid in patients with CrCl <60 mL/min. Potential for pulmonary toxicity; safer alternatives available; lack of efficacy in patients with CrCl <60 mL/min due to inadequate drug concentration in the urine. QE = Moderate, SR = Strong
Cardiovascular	
Alpha blockers	Avoid use as an antihypertensive.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Doxazosin ■ Prazosin ■ Terazosin 	High risk of orthostatic hypotension; not recommended as routine treatment for hypertension; alternative agents have superior risk/benefit profile. QE = Moderate, SR = Strong
Alpha agonists	Avoid clonidine as a first-line antihypertensive. Avoid others as listed.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Clonidine ■ Guanabenz* ■ Guanfacine* ■ Methyldopa* ■ Reserpine (>0.1 mg/day)* 	High risk of adverse CNS effects; may cause bradycardia and orthostatic hypotension; not recommended as routine treatment for hypertension. QE = Low, SR = Strong
Antiarrhythmic drugs (Class Ia, Ic, III)	Avoid antiarrhythmic drugs as first-line treatment of atrial fibrillation.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Amiodarone ■ Dofetilide ■ Dronedarone ■ Flecainide ■ Ibutilide ■ Procainamide ■ Propafenone ■ Quinidine ■ Sotalol 	Data suggest that rate control yields better balance of benefits and harms than rhythm control for most older adults. Amiodarone is associated with multiple toxicities, including thyroid disease, pulmonary disorders, and QT interval prolongation. QE = High, SR = Strong
Disopyramide*	Avoid. Disopyramide is a potent negative inotrope and therefore may induce heart failure in older adults; strongly anticholinergic; other

Figura: algunos criterios de BEERS

Desprescripción de medicamentos

¿Qué es la desprescripción?

Hay diversas definiciones:

1. Cese de un tratamiento de larga duración bajo la supervisión de un profesional médico (Le Coteur et al, 2011).
2. Proceso cuidadoso y estandarizado encaminado a suspender algunos de los medicamentos que se han ido acumulando en el tratamiento del paciente (Villafaina, 2011).
3. 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).
4. Garantizar a las personas que no reciben tratamientos innecesarios, que no les causan beneficios y que pueden causarles algún daño (Allred D., 2014).

¿Por qué y a quien desprescribir?

La desprescripción debería aplicarse a cualquier paciente independientemente del número de fármacos que toma, sin embargo, adquiere mayor relevancia en los polimedicados y en los pacientes mayores frágiles.

Las guías de práctica clínica brindan información acerca de cómo iniciar o añadir fármacos para alcanzar objetivos terapéuticos específicos, sin embargo, los pacientes mayores con multimorbilidad y polimedicados no suelen estar representados en los ensayos clínicos y la evidencia disponible sobre la eficacia de los tratamientos en estos pacientes es limitada. Además pocas guías indican cómo retirarlos.

Las situaciones en las que se puede considerar la desprescripción son:

- Pacientes polimedicados, especialmente mayores frágiles.
- Cuando los fármacos producen efectos adversos.
- Cuando los fármacos no han demostrado eficacia en los ensayos clínicos
- Cuando la expectativa de vida es corta, en pacientes terminales, frágiles o con demencia avanzada, reevaluar los objetivos.
- Cuando, al hacer una revisión de la medicación, hay medicamentos que no son necesarios o adecuados o que han dejado de serlo.
- Cuando se detectan duplicidades, interacciones relevantes, errores de prescripción, medicación inadecuada o incumplimiento.

¿Cómo desprescribir?

- a) Por fármacos: si un fármaco determinado es inapropiado para su uso en una población concreta, revisar uno a uno a todos esos pacientes para identificar quiénes lo tienen prescrito, actuando luego en consecuencia.
- b) Por pacientes: evaluar en cada paciente su régimen terapéutico, suspender los medicamentos innecesario y añadir los necesarios de manera individualizada, según el estado del paciente y su expectativa de vida.

Fases del proceso de desprescripción de medicamentos⁶

Revisar	<ul style="list-style-type: none"> – Listado completo de medicamentos – Valorar estado físico y aspectos de la persona y su contexto sociofamiliar
Analizar	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluar la adherencia, interacciones y efectos adversos – Valorar metas de atención, objetivos del tratamiento, esperanza de vida y tiempo hasta beneficio
Actuar	<ul style="list-style-type: none"> – Comenzar por desprescribir fármacos inapropiados, que dañan o no se usan – Paso de escenario preventivo o modificador de la enfermedad a paliativo o sintomático
Acordar	<ul style="list-style-type: none"> – Expectativas, creencias, preferencias – Adaptar el ritmo a las posibilidades reales
Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> – Resaltar logros, valorar adherencia a la desprescripción, apoyar – Detectar reaparición de síntomas o agravamiento de la enfermedad de base

Barreras asociadas a la desprescripción

Barreras del sistema sanitario y sociedad	<ul style="list-style-type: none"> – Receta electrónica y otros métodos que reactivan automáticamente la continuidad de las prescripciones – Guías clínicas y protocolos intervencionistas – Sistemas de salud impersonales, poco centrados en los pacientes – Prescripción inducida – Sobremedicalización y mercantilización de la salud – Prescripción, íntimamente asociada al acto clínico – Múltiples profesionales involucrados en la atención del mismo paciente
Barreras del médico	<ul style="list-style-type: none"> – Inercia sobreterapéutica – Educación médica centrada en el medicamento – Falta de destrezas para cambiar actitudes – Reticencias a cambiar medicamentos prescritos por otros facultativos
Barreras en la relación médico-paciente	<ul style="list-style-type: none"> – No discutir posibilidades de deprescripción con el paciente/familia – No tener en cuenta la perspectiva del paciente
Barreras del paciente	<ul style="list-style-type: none"> – Percepción de abandono – Miedos, vivencias pasadas desagradables – Resistencia a abandonar medicamentos que viene tomando durante mucho tiempo

⁶ Extraído de INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LA COMARCA (INFAC) VOLUMEN 20 • No 8 • 2012

¿Cuáles son las consecuencias de la desprescripción?

Puede tener consecuencias positivas y negativas.

Consecuencias positivas:

- Mayor satisfacción del paciente.
- Mejora de la calidad de vida.
- Reducción del riesgo de efectos adversos e interacciones.
- Menor costo para el paciente y para la sociedad.

Consecuencias negativas:

- Síndrome de retirada. Por ejemplo, las benzodiazepinas., sino se realiza de manera lenta y bajo supervisión médica.
- Efecto rebote: como en el caso de los beta-bloqueantes.
- Aparición de interacciones: Por ejemplo, al discontinuar fármacos en un paciente tratado con acenocumarol se puede alterar el RIN.
- Reparición de síntomas. Por ejemplo, insomnio tras el cese de hipnóticos.

RECOMENDACIÓN PARA LA RETIRADA SEGURA DE MEDICAMENTOS

La retirada de fármacos siempre debe realizarse con precaución ya que no todos los medicamentos pueden suprimirse bruscamente. En algunos casos se precisa retirada gradual para evitar el efecto rebote.

El Infac "No hay medicamentos para toda la vida" vol 21 nº 2 2013", muestra un listado bastante completo de medicamentos que precisan retirada gradual y la manera de realizarla, así como aquellos en los que no es preciso dicha retirada gradual. Aquí ilustramos una muestra (Tabla 5)

IBPs	Reducción gradual si altas dosis o tomar a días alternos o a demanda.
Beta bloqueantes y tiazidas	Con los betabloqueantes, reducción gradual de la dosis a intervalos mensuales durante 3-6 meses. Con las tiazidas, tomar a días alternos y luego a dos dosis semanales.
Benzodiazepinas e hipnóticos Z (1)	Reducir la dosis 10-25% cada 2-4 sem. Reducción en un tiempo de 6 sem hasta 1 año (2).
Gabapentina, pregabalina	Reducción de un 25% semanalmente (2).
Opioides solos o asoc. a otros analgésicos	Disminuir un 10% diario o cada 1 -2 sem si hay dependencia psicológica o comorbilidad cardiorrespiratoria. Al llegar a 1/3 de la dosis inicial, entretener el descenso (2) y luego continuar.

(1) Se puede sustituir por una dosis equivalente de diazepam y reducir 2-2,5 mg cada 2-4 sem: Hipnóticos Z: zolpidem y zopiclona
 (2) Si aparecen síntomas de abstinencia y/o empeoramiento clínico, mantener la misma dosis hasta nuevo control de los síntomas.

Herramientas útiles para la deprescripción

La Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria⁷ ha publicado en su blog tres recursos prácticos para deprescribir:

1. Primary Health Tasmania⁸

Desarrollada en Australia. Ofrece una serie de guías (antihipertensivos, antiplaquetarios, antipsicóticos, benzodiazepinas, bifosfonatos, AINE, opioides, inhibidores de la bomba de protones, estatinas, sulfonilureas entre otras) que recomiendan estrategias de deprescripción, además de proporcionar contexto y datos clave sobre su uso terapéutico y efectos en los pacientes. También incluye una guía rápida de deprescripción.

BISPHOSPHONATES		
KEY POINTS	FACTORS IN FAVOUR OF DEPRESCRIBING	STRATEGY
<ul style="list-style-type: none"> ■ Oral bisphosphonates are moderately effective in the prevention of secondary fractures with one fracture avoided for every 40-90 people treated for 1-3 years. ■ Many people who have had 5 years of continuous treatment with an oral bisphosphonate will have ongoing benefit for a further 5 years after cessation of the bisphosphonate. ■ Where ongoing treatment for osteoporosis is required, options other than bisphosphonates may be safer. 	<p>Low risk of falls/immobility</p> <ul style="list-style-type: none"> ● If people have a low risk of falls, there may no longer be ongoing benefit to fracture risk reduction. Indeed if the reduced falls risk is due to prolonged immobility, even the requirement to sit upright to administer the oral bisphosphonate may be sufficient reason to reconsider the therapy. <p>No previous vertebral fractures and 5 years or more of treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> ● In people with only non-vertebral fractures, there seems to be little ongoing benefit of bisphosphonates in the 5 years after an initial 5 years of treatment, particularly if their T score is above -2.5 at the end of the first 5 years. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ People with a history of osteoporosis who have had 5 years of bisphosphonate treatment and whose risk of fracture is now low should have their bisphosphonate ceased for 5 years. ■ A plan for regular (e.g. biennial) monitoring of bone mineral density may be of benefit to monitor for any decline. ■ Cessation can be abrupt; no discontinuation syndromes have been described.
	<p>FACTORS AGAINST DEPRESCRIBING</p> <ul style="list-style-type: none"> ● High fracture risk (low T score, high falls risk, steroids etc.) ● People with a higher risk of fractures such as those with a very low T score (-2.5 or below) may have ongoing fracture risk reduction benefit from treatment with a bisphosphonate or another antiresorption agent. 	

⁷ <https://www.sefap.org/blog/>

⁸ <http://www.primaryhealthtas.com.au/resources/deprescribing>

GUIDE FOR THE USE OF BENZODIAZEPINES IN OLDER PEOPLE

There are more prescriptions per capita for benzodiazepines for people over 65 years old in Tasmania than in any other state of Australia. Of the 325 Australian Bureau of Statistics Statistical Areas 3 (SA3) regions in Australia, the 15 regions in Tasmania are all in the top 33% of PES dispensing rates, with seven of the regions being in the top 10%.*

PHARMACOLOGY OF BENZODIAZEPINES

There are significant differences between the various benzodiazepines in terms of their duration of action, with many of the agents having active metabolites that prolong the effects (see Table 1).^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}

Despite very long half-lives, the duration of the clinical effects of these agents is usually shorter than the half-life as a result of significant distribution of the agents into fatty tissue. The obvious clinical effects can diminish after a few hours. Even those benzodiazepines with a very long half-life have a rapid onset of action.

It is therefore relatively common to see "long acting" agents dosed at intervals that are more related to their peak effects than to their half-lives. Excessive slow accumulation into fatty tissues can then lead to an increase in more subtle effects on gait and cognition over time.

Side effects are more prominent in older people, particularly the fall or those with cognitive impairment.

Drug	Dose	Time to Peak	Half-life (hours)
Diazepam	5	0.5-1.5	20-80
Alprazolam	0.5	1-2	6-24
Clonazepam	0.25-0.5	1-4	20-36
Lorazepam	1	1-2	10-16
Oxazepam	15	1-5	6-15
Triazolam	10	1	5-15
Zolpidem	10	1.5	2
Zopiclone	7.5	1.5	2-6

*Not including active metabolites

TABLE 1 Pharmacology of benzodiazepines and related drugs

RECOMMENDATIONS

Insomnia

- The nature of the insomnia often lends itself to different non-pharmacological techniques (see Table 2).^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}
- Consider the role of disease and medication as well as environmental factors. Many of these can be improved.
- If treatment is commenced with a benzodiazepine, ensure patient is aware of potential risks/benefits and of the decline in efficacy and risk of dependence that will ensue (see Figure 1).^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}
- With long term use the benefits reduce, while the side effects continue. Studies show benzodiazepine users have:
 - more difficulty falling asleep
 - more awakenings overnight
 - no difference in total sleep time
 - no difference in sleep latency time to get to sleep.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}

Anxiety

- Encourage self-help strategies and consider cognitive behavioural therapy (CBT) if anxiety is mild to moderate.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}
- Multiple online therapies are available if face-to-face therapy is not an option (see RACGP <http://www.racgp.org.au/you-and-your-practice/guidelines/handbook/instantaneous/mental-health/mental-based-or-computer-aided-for-depression-and-anxiety/>).^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}
- Only consider short term pharmacological therapy with benzodiazepines if:^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}
 - Severe anxiety is present and patient is not sufficiently stable to participate in psychological therapy
 - Person is unable or unwilling to trial non-pharmacological therapies
 - Person has not benefited from appropriate trial of psychological therapy
 - Comorbid antidepressant therapy and awaiting effect
 - Avoid use of benzodiazepines long term (more than 4 weeks). They can reduce the efficacy of CBT.

Agitation in Advanced Dementia

- Benzodiazepines can be used for moderate to severe agitation in late stage dementia and may provide symptom relief and assist with delivery of appropriate care.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}
- Morbidity and risks are especially high in this group and regular review of weekly and tapering if adverse effects are detected is recommended. Cessation and Tapering Strategies.

FIGURING FROM HISTORY POTENTIAL STRATEGY

FINDING FROM HISTORY	POTENTIAL STRATEGY
Unable to 'wind down' at night	Relaxation techniques Progressive muscle relaxation, deep breathing, pleasant visualisation
Poor lifestyle habits	General sleep hygiene Consider diet/caffeine/alcohol intake, exercise patterns, sleep environment
Excessive time in bed awake/broken sleep	Sleep Restriction Staged increase in sleep with set wake-up time
Association between bed and insomnia	Stimulus control Restrict bed for sleep (go to bed only when tired, get up if not asleep within 20 minutes)
Unrealistic expectations of sleep	Cognitive Therapy Reassurance and modification of beliefs. Often includes relaxation techniques, stimulus control and sleep restriction.

TABLE 2 Suitable non-drug strategies for different sleep problems

100 people taking Benzodiazepines for insomnia for 4 weeks

4-6% of people get a 10% improvement in sleep latency and a 12-18% increase in total sleep

10% people have felt, negative/neutral experiences

FIGURE 1 Risk/Benefits of Benzodiazepine for BPSD

CESSATION AND TAPERING STRATEGIES

Patient education is critical to potential cessation.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}

Some key points:

- Half of people that use benzodiazepines for more than 4 weeks become dependent on them
- The body becomes used to these agents rapidly and for many people, the medication becomes less effective.
- Reducing benzodiazepines is likely to improve memory, alertness and quality of life
- Reducing benzodiazepines may reduce the risk of falls, fractures, car accidents and other injuries
- Problems with stopping benzodiazepines can usually be avoided by slow tapering of the dose.

Insomnia

After cessation, insomnia can return in an exaggerated form and short term changes occur to sleep.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}

- Sleep latency is increased, sleep is more disturbed and overall sleep is shorter in duration.
- These changes are of short duration (less than a week), and are increased by slow tapering of the dose.

An appropriate support strategy with some monitoring and follow-up is recommended. For example, utilising the NPS Fact Sheet: "A reduction plan for your sleeping tablets" at www.nps.org.au.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}

Anxiety

- Consider severity of anxiety with regard to degree of worry and avoidance behaviour and overall impact on function.
- Anxiety symptoms can recur if cessation of benzodiazepines is undertaken too quickly.
- The duration and dose of benzodiazepine will influence the type of dose reduction required (see Table 3).^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97,98,99,100}

DURATION OF USE TAPER LENGTH

Less than 2 months	May not be required - cease and monitor for rebound withdrawal
2-6 months	25% per week over 4 weeks
6 months or larger	"111" (ten percent reduction over ten weeks with Terminal Taper slower reduction for the last steps)

Dose can be considered over a week or less. For example, a 10% reduction may be implemented by asking the patient to miss the agent one night in ten, then 2 nights in ten, etc.

TABLE 3 Taper length for Benzodiazepines according to duration use

Content for this Guide is based on information provided by Consultant Pharmacy Services (www.consultantpharmyservices.com.au) and references can be accessed at: www.primapharm.com.au

With the Australian Government's help, this document is free to read. It is not responsible for any injury, loss or damage (however arising from the use of or reliance on the information provided herein).

BENZODIAZEPINES

JUNE 2016

2. MedStopper⁹

Medstopper es una herramienta desarrollada por un panel de expertos para ayudar a los médicos y pacientes a tomar decisiones sobre cómo reducir o detener los medicamentos. Al ingresar a la lista de medicamentos que recibe un paciente, Medstopper secuencia los medicamentos de "mayor probabilidad de suspender" a "menor probabilidad de suspender", según tres criterios: el potencial del medicamento para mejorar los síntomas, su potencial para reducir el riesgo de enfermedad futura y su probabilidad de causar daño. También se proporcionan sugerencias sobre cómo reducir la medicación.

MEDSTOPPER BETA

Starting medications is like the bliss of marriage and stopping them is like the agony of divorce. - Doug Danforth

HOME ABOUT FAQs RESOURCES CONTACT

MedStopper is a deprescribing resource for healthcare professionals and their patients.

1 Frail elderly?

2 Generic or Brand Name:

3 Select Condition Treated:

Generic Name	Brand Name	Condition Treated	Add to MedStopper
phenothiazines	Valium	Select Condition	ADD
clonazepam	Valium	Phobia	ADD

◀ Previous Next ▶

MEDSTOPPER BETA

Starting medications is like the bliss of marriage and stopping them is like the agony of divorce. - Doug Danforth

HOME ABOUT FAQs RESOURCES CONTACT

MedStopper is a deprescribing resource for healthcare professionals and their patients.

1 Frail elderly?

2 Generic or Brand Name:

3 Select Condition Treated:

Generic Name	Brand Name	Condition Treated	Add to MedStopper
phenothiazines	Valium	Select Condition	ADD
clonazepam	Valium	Phobia	ADD

◀ Previous Next ▶

⁹ <http://medstopper.com/>



3. Deprescribing¹⁰

Una iniciativa del gobierno canadiense que proporciona recursos para pacientes y para profesionales sanitarios, desarrollada por una farmacéutica y un médico expertos en adultos mayores. Entre los recursos pueden encontrarse algoritmos de deprescripción y recomendaciones para los pacientes.

deprescribing.org | Proton Pump Inhibitor (PPI) Deprescribing Notes September 2016

PPI Availability

PPI	Standard dose (healing) (once daily)*	Low dose (maintenance) (once daily)
Omeprazole (Losec [®]) - Capsule	20 mg ^a	10 mg ^a
Esomeprazole (Nexium [®]) - Tablet	20 ^a or 40 ^b mg	20 mg
Lansoprazole (Prevacid [®]) - Capsule	30 mg ^a	15 mg ^a
Dexlansoprazole (Dexlans [®]) - Tablet	30 ^a or 60 ^a mg	30 mg
Pantoprazole (Tecta [®] , Pantoloc [®]) - Tablet	40 mg	20 mg
Rabeprazole (Pariet [®]) - Tablet	20 mg	10 mg

Legend

a Non-erosive reflux disease
 b Reflux esophagitis
 c Symptomatic non-erosive gastroesophageal reflux disease
 d Healing of erosive esophagitis
 + Can be sprinkled on food

* Standard dose PPI taken BID only indicated in treatment of peptic ulcer caused by *H. pylori*; PPI should generally be stopped once eradication therapy is complete unless risk factors warrant continuing PPI (see guideline for details)

Key

GERD = gastroesophageal reflux disease SR = systematic review
 NSAID = nonsteroidal anti-inflammatory drugs GRADE = Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
 H2RA = H2 receptor antagonist

Engaging patients and caregivers

Patients and/or caregivers may be more likely to engage if they understand the rationale for deprescribing (risks of continued PPI use; long-term therapy may not be necessary), and the deprescribing process

PPI side effects

- When an ongoing indication is unclear, the risk of side effects may outweigh the chance of benefit
- PPIs are associated with higher risk of fractures, *C. difficile* infections and diarrhea, community-acquired pneumonia, vitamin B12 deficiency and hypomagnesemia
- Common side effects include headache, nausea, diarrhea and rash

Tapering doses

- No evidence that one tapering approach is better than another
- Lowering the PPI dose (for example, from twice daily to once daily, or halving the dose, or taking every second day) OR stopping the PPI and using it on-demand are equally recommended strong options
- Choose what is most convenient and acceptable to the patient

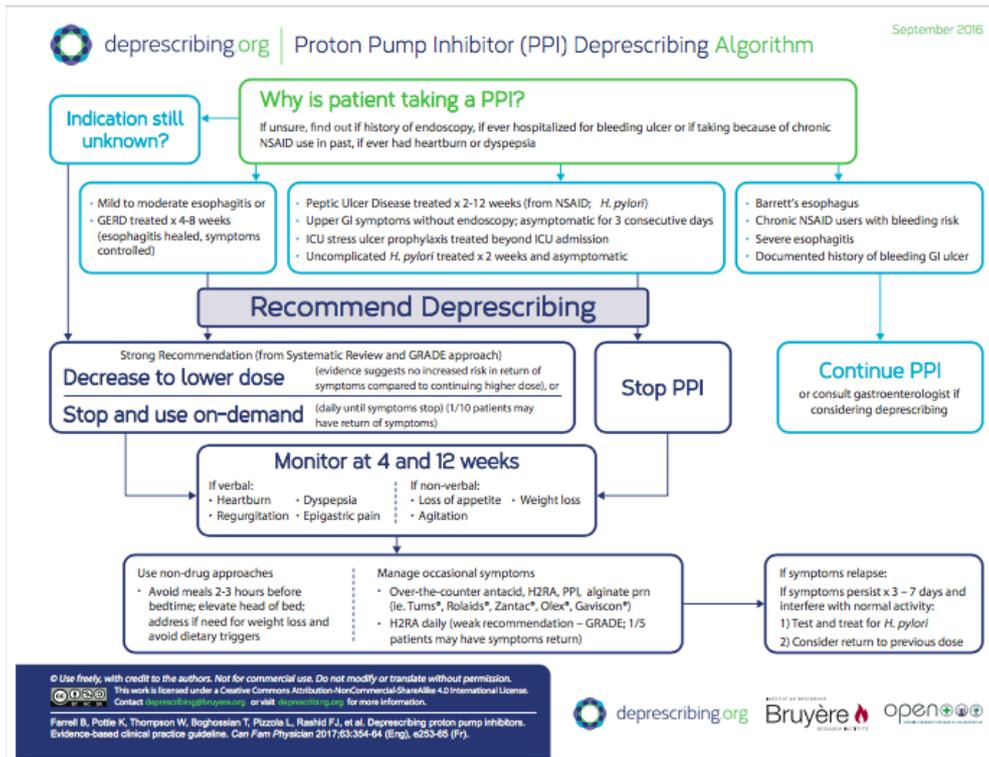
On-demand definition

Daily intake of a PPI for a period sufficient to achieve resolution of the individual's reflux-related symptoms; following symptom resolution, the medication is discontinued until the individual's symptoms recur, at which point, medication is again taken daily until the symptoms resolve

© Use freely, with credit to the authors. Not for commercial use. Do not modify or translate without permission. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Contact deprescribing@deprescribing.org or visit deprescribing.org for more information.

Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghosian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors. Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician 2017;63:304-04 (Eng). e293-05 (Fr).

¹⁰ <http://deprescribing.org/>



DEPRESCRIBING: REDUCING MEDICATIONS SAFELY TO MEET LIFE'S CHANGES
FOCUS ON PROTON PUMP INHIBITORS (PPIs)



As life changes, your medication needs may change as well. Medications that were once good for you, may not be the best choice for you now.

Deprescribing is a way for health care providers to help you safely cut back on medications.

WHAT ARE PROTON PUMP INHIBITORS?



- Drugs used to treat problems like heartburn or stomach ulcers
- Examples include:
 - Lansoprazole (Prevacid®)
 - Omeprazole (Losec®, Olex®)
 - Pantoprazole (Tecta®, Pantoloc®)
 - Rabeprazole (Pariet®)
 - Esomeprazole (Nexium®)
 - Dexlansoprazole (Dexilent®)



WHY CONSIDER REDUCING OR STOPPING A PPI?



- PPIs can cause nausea, headaches, diarrhea and increase risk for more serious health issues



- Many could take them for short periods but remain on them for years



- 40-65% of hospitalized people taking PPIs have no documented reason for taking the drug



- For some people, the dose of PPI can be reduced, or the PPI can be stopped and taken only if symptoms return

HOW TO SAFELY REDUCE OR STOP A PPI



- Ask your health care provider to find out if deprescribing is for you; some people need PPI's long-term



- Tell your health care provider about the PPI deprescribing algorithm, available online: <http://deprescribing.org/resources/deprescribing-guidelines-algorithms/>



- Download the PPI patient information pamphlet, available online: <http://deprescribing.org/resources/deprescribing-information-pamphlets/>

© Use freely, with credit to the authors. Not for commercial use. Do not modify or translate without permission. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Contact: deprescribing@deprescribing.org or visit deprescribing.org for more information.

Farnell B, Pottie K, Thompson W, Boghosian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors. Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician 2017;63:354-64 (Eng). e203-65 (Fr).

Ask questions, stay informed and be proactive.



CUADRO RESUMEN DE DESPRESCRIPCIÓN RAZONADA

1. Revisar

- Los medicamentos incluidos en la bolsa y en los planes de tratamiento.
- Los problemas de salud, identificándolos como activos o inactivos y verificando su relación con los medicamentos prescritos.
- El grado de conocimiento de los pacientes sobre los medicamentos.

2. Analizar

- Los problemas de adherencia terapéutica.
- Objetivos terapéuticos según situación clínica.

3. Actuar

Retirar

- Duplicidades (P).
- Fármacos que estén ocasionando RAM (P).
- Fármacos que se prescribieron para síntomas que puedan resultar de una RAM.
- Fármacos que hayan superado los tiempos máximos de duración (P).
- Fármacos sin indicación terapéutica activa, registrada o justificada.
- Fármacos con poca evidencia de eficacia para una indicación concreta.
- Fármacos de utilidad terapéutica baja (UTB) o sin utilidad terapéutica claramente demostrada (P).

Sustituir

- Fármacos inapropiados para personas mayores (P).
- Fármacos que estén interaccionando entre ellos, con enfermedades o plantas (P).
- Fármacos con opciones más eficientes (P).

Adecuar

- Dosis y pautas adecuadas (P) (ajustes en IR, IH).
- Adecuación de la utilización de los productos sanitarios según situación clínica (P) (tiras reactivas de glucemia, AIO, etc).

4. Acordar

- Acordar preferencias, expectativas y actitudes con el paciente.

5. Monitorizar

- Para evitar las complicaciones derivadas de la desprescripción.

Bibliografía:

1. Gavilán Moral E , Jiménez de Gracia L, Villafaina Barroso A. Deprescripción de medicamentos en ancianos: paradojas y contradicciones. FMC. 2013;20(1):22-6.
2. Vicens Caldentey C, Fiol Gelabert F. Abordaje de la deshabituación de benzodiazepinas en atención primaria. IT del Sistema Nacional de Salud. Volumen 32, Nº 2/2008.
3. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. Age and Ageing 2008; 37: 673–679.
4. Turner G , Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. Age and Ageing 2014; 43: 744–747.
5. May C, Montori V, and Mair F. We need minimally disruptive medicine. BMJ | 29 august 2009 | Volume 339.
6. Dowrick C and Frances A. Medicalising and medicating unhappiness. BMJ | 14 DECEMBER 2013 | VOLUME 347.
7. B. Hill-Taylor et al. Application of the STOPP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 2013.
8. MARY JO V. PUGH et al. Assessing Potentially Inappropriate Prescribing in the Elderly Veterans Affairs Population Using the HEDIS 2006 Quality Measure. J Manag Care Pharm. 2006;12(7):537-45.
9. Sabin Shurraw et al. Association Between Glycemic Control and Adverse Outcomes in People With Diabetes Mellitus and Chronic Kidney Disease. Arch Intern Med. 2011;171(21):1920-1927.
10. Sophie Billioti de Gage et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. BMJ 2014;349.
11. SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO POLIMEDICADO. BOLETÍN CANARIO DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO DEL SCS. Nº 3 · NOVIEMBRE 2012.
12. DESPRESCRIPCIÓN RAZONADA EN PACIENTES POLIMEDICADOS. BOLETÍN CANARIO DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO DEL SCS. Nº 4 · ABRIL 2014.
13. Benzodiazepinas: riesgos y estrategias para su retirada. Boletín Terapéutico Andaluz. Año 2014 - Volumen 29 - Número 2.

14. Pagán Núñez F y Tejada Cifuentes F. Prescripción en Cascada y Desprescripción. REV CLÍN MED FAM 2012; 5 (2): 111-119.
15. Page R et al. Inappropriate prescribing in the hospitalized elderly patient: Defining the problem, evaluation tools, and possible solutions. Clinical Interventions in Aging 2010;5 75–87.
16. Gordon D et al. Principles of Conservative Prescribing. ARCH INTERN MED PUBLISHED ONLINE JUNE 13, 2011.
17. Soares M y col. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS Uma Revisão Sistemática. Acta Med Port 2011; 24: 775-784.
18. Cullinan S et al. Challenges of deprescribing in the multimorbid patient. Eur J Hosp Pharm January 2017 Vol 24 No 1.
19. Mair A et al. Polypharmacy management programmes: the SIMPATHY Project. Eur J Hosp Pharm January 2017 Vol 24 No 1.
20. Alan Cassels. 'Can I stop even one of these pills?' The development of a tool to make deprescribing easier. Eur J Hosp Pharm January 2017 Vol 24 No 1.
21. Nina Barnett, Barry Jubraj. A themed journal issue on deprescribing. Eur J Hosp Pharm January 2017 Vol 24 No 1.
22. David Le Couteur et al. Deprescribing. Australian Prescriber. Volume 34 .NUMBER 6. December 2011.
23. Hardy J and Hilmer S. Deprescribing in the Last Year of Life. Journal of Pharmacy Practice and Research Volume 41, No. 2, 2011.
24. Schuling et al. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. BMC Family Practice 2012, 13:56.
25. Andía A y García Romero I. Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra.ABR-JUN 2014 VOLUMEN 22, Nº 2.
26. Forsetlund et al. Effect of interventions to reduce potentially inappropriate use of drugs in nursing homes: a systematic review of randomised controlled trials.BMC Geriatrics 2011, 11:16.
27. Garfinkel D et al. Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults . Arch Intern Med. 2010;170(18):1648-1654.
28. Hamilton et al. Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. BMC Geriatrics 2009, 9:5.

29. Opondo D et al. Inappropriateness of Medication Prescriptions to Elderly Patients in the Primary Care Setting: A Systematic Review. August 2012 | Volume 7 | Issue 8 |.
30. Desborough et al. Multi-professional clinical medication reviews in care homes for the elderly: study protocol for a randomised controlled trial with cost effectiveness analysis. *Trials* 2011, 12:218.
31. E.P. Peron et al. Year in Review: Medication Mishaps in the Elderly. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* . Volume 9 . Number 1. February 2011.
32. All Wales Medicines Strategy Group. Polypharmacy: Guidance for Prescribing in Frail Adults. July 2014.
33. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *JAGS*. APRIL 2012–VOL. 60, NO. 4.
34. Gavilán-Moral, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana C. Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos una salida? *Rev Esp Geriatr Gerontol* . 2012.
35. Arora et al. Using Assessing Care of Vulnerable Elders Quality Indicators to Measure Quality of Hospital Care for Vulnerable Elders. *JAGS*. November 2007–Vol. 55, No. 11.

Diego L. Tres recursos prácticos para desprescribir. Blog de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. 20 Ene 2017. Disponible en: <https://farmaciadeatencionprimaria.com/2017/01/20/tresrecursos-practicos-para-desprescribir/>