

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTE INSTITUCIONALIZADO: nuestra experiencia

ESTHER LASO

PharmD. PhD.

Hospital Ricardo Bermingham. Fundación Matia. San Sebastián



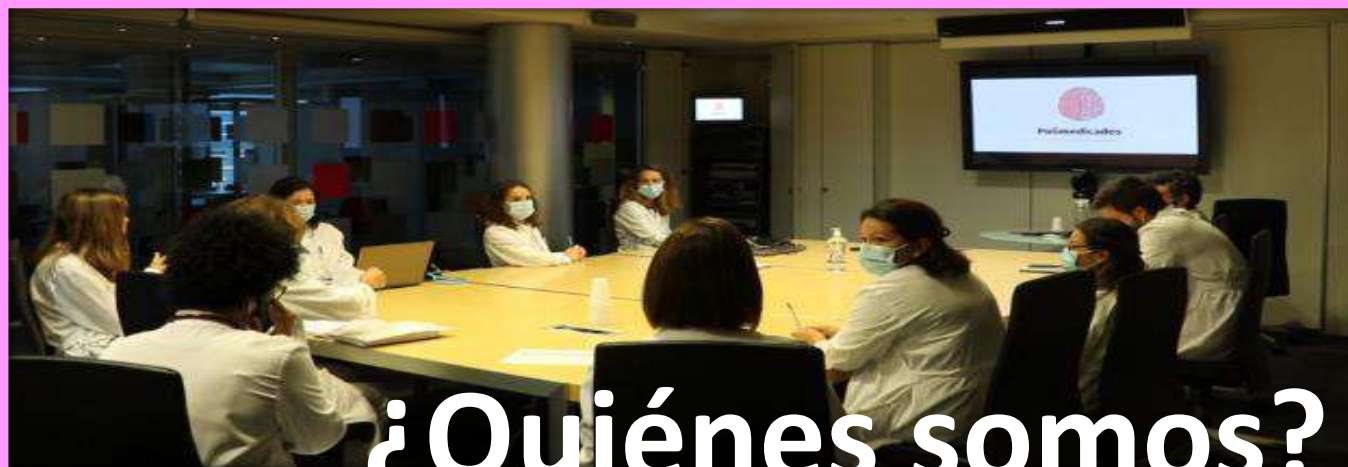
ACP
Revisión de
tratamientos

Paciente mayor
Medio residencial

Polifarmacia
Carga anticolinérgica
Demencia

RAMs, complicaciones
Mecanismo de acción
antagonista





¿Quiénes somos?

Servicio de Farmacia organiza sesiones clínicas →
Adecuación de tratamientos y Atención Centrada en la Persona



ACP
Revisión de
tratamientos

Paciente mayor
Medio residencial

Polifarmacia
Carga anticolinérgica
Demencia

RAMs, complicaciones
Mecanismo de acción
antagonista



Los fármacos con carga anticolinérgica son
ampliamente utilizados

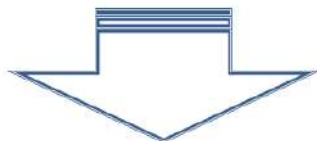
Incontinencia
urinaria

Úlcera péptica

Sedación

Depresión

Temblor...



≈50 % de los ancianos toman al menos 1
fármaco con efecto anticolinérgico

(Fox et al., 2011)

Una alta carga anticolinérgica se ha
relacionado con:

- Dependencia funcional (↓ Barthel)
- Mayor número de ingresos hospitalarios por caídas
- Riesgo incrementado de deterioro cognitivo y demencia
- Incremento de mortalidad

RAMs

- Fox C, Richardson K, Maidment ID, et al. Anticholinergic medication use and cognitive impairment in the older population: the medical research council cognitive function and ageing study. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59:1477
- Shelly L. Gray, PharmD, MS1; Melissa L. Anderson, MS2; Sascha Dublin, MD, PhD2,3; et al. Cumulative Use of Strong Anticholinergics and Incident Dementia. A Prospective Cohort Study. *JAMA Intern Med.* 2015;175(3):401-407
- Gray SL, Anderson ML, Dublin S, et al. Cumulative use of strong anticholinergics and incident dementia. *JAMA Intern Med* 2015. 169:1317
- Foxe J, Fourrier-Reglat A, Dartigues JF, et al. Drugs with anticholinergic properties, cognitive decline, and dementia in an elderly general population: the 3-city study. *Arch Intern Med* 2009; 169:1317

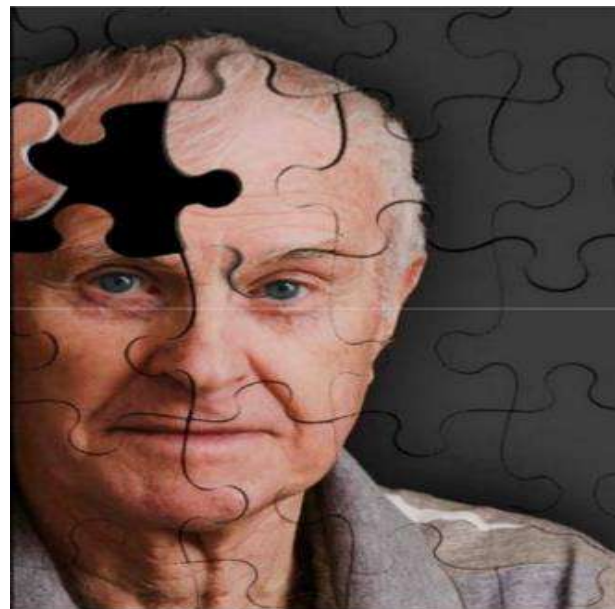


Además...

La **prevalencia de las demencias** entre los 65 y 85 años aumenta de manera exponencial y se multiplica por 2 cada 5 años.

Afecta al 5-7% de la población de más de 65 años (cerca de 650.000 personas en nuestro país) y a **más del 25% de los mayores de 85 años. Y...**

**Los fármacos
anticolinérgicos
antagonizan la
actividad de los IACE**



Proyecto Red colina: Del dicho al hecho



- Proyecto red colina: **Estrategia compartida de REDucción de la carga antiCOLINérgica en residencias geriÁtricas.**
- Personas con demencia institucionalizados en residencias geriátricas dependientes de Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic - Consorci Hospitalari de Vic (Barcelona, Cataluña) y Matia Fundazioa (Gipuzkoa).



Anticholinergic burden results

Recalculate

PDF

XLS

The results of anticholinergic risk (low / medium / high) obtained with each scale are linked to the risk categorization made by the authors or developers of each one of them

Scale	Result	Risk
ACB	2	MEDIUM RISK
ARS	1	LOW RISK
Chew	1	WITHOUT RISK
ADS	3	HIGH RISK
AAS	0	WITHOUT RISK
ALS	2	MEDIUM RISK
CrAS	2	MEDIUM RISK
Duran	2	HIGH RISK
ABC	0	WITHOUT RISK

Medication	Scales								
	ACB	ARS	Chew	ADS	AAS	ALS	CrAS	Duran	ABC
DONEPEZIL	0	0	1	0	0	0	0	0	0
PREDNISON	1	0	0	1	0	0	0	0	0
LORAZEPAM (2 mg)	0	0	0	1	0	0	0	0	0
OXYCODONE (40 mg)	0	0	0	1	0	1	1	1	0
RISPERIDONE (2 mg)	1	1	0	0	0	1	1	1	0

DBI Results (Note: This scale, unlike the above, considers drug dose prescribed in the calculation)

Medication	DBI
DONEPEZIL	0.00
PREDNISON	0.00
LORAZEPAM (2 mg)	0.67
OXYCODONE (40 mg)	0.67
RISPERIDONE (2 mg)	0.80
Results	HIGH RISK 2.14

RED-COLINA. Etapa 1

- ❖ Estudio **retrospectivo de cohorte**, multicéntrico
- ❖ **Seguimiento** (retrospectivo): 12 meses

- ❖ **Objetivo principal:** estudiar prevalencia de fármacos anticolinérgicos, carga anticolinérgica/sedante (DBI)

- ❖ **Objetivo secundarios:** analizar la relación entre la carga anticolinérgica y
 - Incidencia de caídas
 - Incidencia de delirium
 - Progresión deterioro cognitivo
 - Progresión deterioro funcional



RED-COLINA. Etapa 1

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2021;56(1):11–17

Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



ORIGINAL

Prevalencia de prescripción de fármacos con carga anticolinérgica/sedante en adultos mayores institucionalizados con demencia

Silvia Martínez Arrechea^{a,*}, Alexander Ferro Uriguen^a, Idoia Beobide Telleria^a,
Javier González Bueno^{b,c,d}, Javier Alaba Trueba^e y Daniel Sevilla Sánchez^{b,d,f}

^a Servicio de Farmacia, Hospital Ricardo Bermingham (Matia Fundazioa), San Sebastián, Guipúzcoa, España

^b Servicio de Farmacia, Hospital Universitari de Vic (Consorti Hospitalari de Vic), Vic, Barcelona, España

^c Sistema Integral de Salut d'Osona (SISO), Vic, Barcelona, España

^d Grupo de Investigación en Cronicidad de la Cataluña Central (C3RC)-Universitat de Vic/Universitat Central de Catalunya, Vic, Barcelona, España

^e Centro Residencial Frolsora (Matia Fundazioa), San Sebastián, Guipúzcoa, España

^f Servicio de Farmacia, Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic, Vic, Barcelona, España

RESUMEN

Antecedentes y objetivo: La demencia es una de las enfermedades más frecuentes en el adulto mayor, siendo su prevalencia de hasta el 64% en institucionalizados. En esta población, además de fármacos antidemencia, es común prescribir fármacos con carga anticolinérgica/sedante que, por sus efectos adversos, podrían empeorar su funcionalidad y estado cognitivo.

El objetivo es conocer la prevalencia de uso de fármacos con carga anticolinérgica/sedante en mayores institucionalizados con demencia y analizar factores asociados.

Materiales y métodos: Estudio transversal en centros residenciales en mayores con demencia. Se estimó la prevalencia de prescripción de fármacos con carga anticolinérgica/sedante según el Drug Burden Index (DBI). Se realizó un análisis comparativo de la puntuación DBI entre diferentes tipos de demencia, así como entre diversos factores y según el riesgo anticolinérgico/sedante, estableciendo como punto de corte un $DBI \geq 1$ (alto riesgo).

Resultados: De los 178 residentes analizados, el 83,7% presentó algún fármaco con carga anticolinérgica/sedante según DBI. Un 50% tuvo una puntuación $DBI \geq 1$. Los residentes con demencia vascular presentaron un DBI medio de 1,34 (desviación estándar 0,84), puntuación significativamente mayor que los residentes con enfermedad de Alzheimer (0,41; IC del 95%, 0,04-0,78). Igualmente, se asoció un DBI superior con más polifarmacia (3,36; IC del 95% 2,64-4,08), más caídas, ingresos hospitalarios y consultas a urgencias ($p < 0,05$).

Conclusiones: La polifarmacia y la prescripción de fármacos con carga anticolinérgica/sedante son frecuentes en el adulto mayor institucionalizado con demencia, encontrándose una asociación entre el DBI, las caídas y la frecuentación sanitaria. Por ello, es necesario plantear estrategias de optimización farmacoterapéutica interdisciplinarias.

© 2020 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

RED-COLINA. Etapa 1

- ❖ Estudio **retrospectivo de cohorte**, multicéntrico
- ❖ **Seguimiento** (retrospectivo): 12 meses

- ❖ **Objetivo principal:** estudiar prevalencia, carga anticolinérgica/sedante (DBI)

- ❖ **Objetivo secundarios:** analizar la relación entre la carga anticolinérgica y
 - Incidencia de caídas
 - Incidencia de delirium
 - Progresión deterioro cognitivo
 - Progresión deterioro funcional

RED-COLINA. Etapa 2

- ❖ Estudio **cuasiexperimental pre/post**, multicéntrico
- ❖ **Intervención:** reducción carga anticolinérgica por revisión farmacoterapéutica multidisciplinar, seguimiento de 1 año

- ❖ **Objetivo principal:** disminuir prevalencia y evaluar la efectividad de los modelos de Prescripción Centrada en la Persona (PCP) y "7-steps", aplicados por equipos asistenciales independientes, en la reducción de la carga anticolinérgica y/o sedante, medida mediante la escala Drug BurdenIndex (DBI), en pacientes institucionalizados con demencia.

- ❖ **Objetivos secundarios:** analizar la relación entre la disminución de la carga anticolinérgica basal y
 - Incidencia de caídas
 - Incidencia de delirium
 - Progresión deterioro cognitivo
 - Progresión deterioro funcional



RED-COLINA. Etapa 2

Número de residentes	144
Edad media, años (DE)	87,4 (7,1)
Género, n(%)	108 mujeres (75)
DBI basal, media (DE)	1.64 (0.8)
Funcionalidad (IB), n(%)	
Independiente (IB 80-100)	10 (6,9)
Dependencia leve (IB 56-79)	15 (10,4)
Dependencia moderada (IB 36-55)	26 (18,1)
Dependencia grave (IB 20-35)	45 (31,3)
Dependencia total (IB 0-19)	48 (33,3)
Fragilidad	
Frágil-VIG, media (DE)	0,53 (0,08)
Leve-moderada ($\leq 0,50$), n(%)	56 (38,9)
Avanzada ($> 0,51$), n(%)	88 (61,1)
Tipo demencia, n(%)	
Enfermedad de Alzheimer	65 (45,1)
Vascular	34 (23,6)
Cuerpos de Lewy-Parkinson	8 (5,69)
Otras/mixtas	37 (24,17)
Severidad de la demencia, n(%)	
Leve: CDR1/GDS 1-3	9 (6,3)
Moderada: CDR2/GDS 4-5	66 (45,8)
Grave: CDR3/GDS 6-7	69 (47,9)
NECPAL, n(%)	
Negativo	75 (52,1)
Positivo	69 (47,9)

Revisión estructurada del tratamiento, análisis mes +3

A los tres meses, el número de medicamentos crónicos (9,98 vs 8,10 ($p < 0,05$)) y anticolinérgicos/sedantes (2,76 vs 2,30 ($p < 0,05$)) se redujo; asimismo, **se consiguió disminuir 0,33 puntos el valor medio del DBI (1,68 vs 1,35 ($p < 0,05$))**.

Al analizar por subgrupos, en los residentes con **frágil-VIG elevado**, el DBI era más alto (1,53 Vs 1,08 ($p < 0,05$)) **y se consiguió un descenso mayor a los tres meses** ((0,53 Vs 0,27 ($p < 0,05$))).

En cuanto a la severidad de la demencia, **no se encontraron diferencias en los valores de DBI basales** ni tras la intervención.



- **FORTALEZAS:** aprendizaje de los profesionales en equipo, cultura de revisión en el día a día
- **DEBILIDADES:** proceso complejo, baja capacidad de revisión, seguimiento posterior requiere tiempo. Año 2020y secuelas en registros
- **NECESIDADES:** tiempo y personal. Conocimiento. Historia clínica-sociosanitaria electrónica
- **QUÉ CAMINO PODEMOS SEGUIR:** incorporar revisiones estructuradas a la práctica habitual, diseñar proyectos consistentes y con compromiso factible.





estherlaso@matiafundazioa.eus



ANTIPSYCHOTICS

KEY POINTS

- Non-pharmacological therapy, particularly person-centred interventions that address the precipitants of the symptoms, is often equally or more effective than antipsychotics in the majority of people with BPSD.
- Antipsychotics are effective in approximately one in five people with dementia for short term management of significant agitation, aggression and psychosis.
- Antipsychotics are considerably less effective for some types of behavioural problems than others (e.g. wandering, catcalling out, sexual disinhibition, urinating in inappropriate places).
- Serious adverse effects of antipsychotic agents may include falls, increased mortality and increased risk of stroke. The risk of several of these is evident within weeks of commencing treatment.
- Antipsychotics may precipitate a number of adverse effects, particularly ataxia, some of which may mimic BPSD.
- Certain groups of people are more sensitive to the adverse effects of antipsychotic agents (e.g. those with Parkinson's disease, Lewy body dementia, or cardiac disease).
- Most people on long term antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia can have their antipsychotics ceased, often without any decline in BPSD.
- Discontinuation of antipsychotics should be gradual, particularly if use has been long term.

FOR BETTER HEALTH OUTCOMES

CONTEXT

This guide considers the use of antipsychotic agents in the context of the behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD).

RECOMMENDED DEPREScribing STRATEGY

- Continuous-based deprescribing guidelines that address antipsychotic use for BPSD were published by a Canadian group in 2018 (see Figure 1, Page 2).
- Consideration may be given to a trial of cessation of antipsychotics if a person has been symptom/target behaviour free for three months or more.
- People whose BPSD are unchanged or improving over several weeks or months may benefit from a trial of dose reduction and/or cessation of antipsychotics.
- The provision of person-centred interventions that address the precipitants of BPSD should be maintained throughout the provision of care.

BENEFIT VERSUS HARM

	Favours Continuing Medication	Favours Deprescribing Medication
Increased Benefits	<ul style="list-style-type: none"> Presence of severe, distressing hallucinations or delusions Presence of severe agitation or aggression Previously unable to use of antipsychotics History of symptom recurrence with previous discontinuation Presence of coexisting psychiatric conditions that responded to antipsychotic treatment 	<ul style="list-style-type: none"> Over 3 months of continuous use Use for symptoms that are unlikely to respond (e.g. psychosis, wandering, etc.) Progression to severe dementia
Main Benefits	<ul style="list-style-type: none"> Moderate, short term reduction of agitation, aggression and psychosis 	
Main Harms	<ul style="list-style-type: none"> Falls, strokes, increased mortality, extrapyramidal symptoms 	<ul style="list-style-type: none"> Increased Harms Presence of Parkinson's Disease or other movement disorder Presence of cerebrovascular disease Diagnosis of vascular or mixed dementia Use in patients with high falls risk Presence of risk factors for diabetes mellitus
	Reduced Harms	
	<ul style="list-style-type: none"> Functionally independent and robust condition 	

PAGE 1

- Deprescribing resources
- Primary Health Tasmania



Investigadores Matia Fundazioa



- Casos 2019-2020: usuarios con cualquier tipo de demencia.
- Abordaje en la residencia con médico responsable.
- 7 pasos. Especial hincapié en el abordaje de la carga anticolinérgica

