DEPRESCRIPCIÓN: ¿QUÉ, CÓMO Y CUÁNDO?

DEPRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS NO RELACIONADOS CON EL SISTEMA NERVIOSO.

BARRERAS Y FACILITADORES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DEPRESCRIPCIÓN

JESÚS MARTÍNEZ SOTELO
F.E.A. Servicio de Farmacia
Hospital Comarcal de Inca (Islas Baleares)

PRESCRIPCION INAPROPIADA

PPI: BALANCE BENEFICIO-RIESGO DESFAVORABLE

- STOPP/START
- BEERS
- PRISCUS
- STOPP-Pal
- LESS-CHRON

QUÉ DEPRESCRIBIR

- ✓ INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES
- ✓ ANTI-OSTEOPOROSICOS (BIFOSFONATOS)
- ✓ ANTIDIABETICOS
- ✓ ANTIGOTOSOS (ALOPURINOL)
- ✓ ESTATINAS
- ✓ ANTI-HIPERTENSIVOS

- ✓ ↓ BENEFICIO
- ✓ ↑ RIESGO RAM

INHIBIDORES BOMBA PROTONES (IBP)

ERGE

4-8 SEMANAS

- ✓ DOSIS MINIMA
- ✓ A DEMANDA

MAYORÍA PACIENTES:

- ✓ NO RECAIDA

IBP A LARGO PLAZO:

- ✓ ERGE NO CONTROLADO
- ✓ ZOLLINGER-ELLISON
- ✓ FÁRMACOS GASTROLESIVOS (ANTITROMBOTICOS, AINE…)

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)

- ✓ IBP: FÁRMACOS SEGUROS
- ✓ RAM MÁS FRECUENTES DETECTADAS EN ECA (DOLOR CABEZA, DIARREA, NAUSEAS: 1-4%): NS vs PLACEBO
- ✓ AMPLIO USO / TRATAMIENTO LARGO PLAZO:
  - ➢ RAM MENOS COMUNES
  - ➢ MÁS GRAVES

DUE TO REDUCED OR MODIFIED ABSORPTION OF NUTRIENTS

- Vitamin B12 deficiency,
- Increased fracture risk (several metabolic pathways likely involved),
- Decreased magnesium absorption,
- Iron deficiency

DUE TO ALTERED PH OF THE GASTRIC CONTENTS

- Increased enteric infections (including Clostridioides difficile),
- Increased risk of community and hospital acquired pneumonia,
- Increased development of fundic gland polyps

DUE TO SPECIFIC CHEMICAL CHARACTERISTICS OF THE PPI MOLECULE (IDIOSYNCRATIC)

- Acute interstitial nephritis and possibly other kidney disease.
- Interference with bio-availability or metabolism of other medications
- Thrombocytopaenia (case reports only)
- Rhabdomyolysis (case reports only)

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS

RIESGO DE HIPOMAGNESEMIA ASOCIADO A LOS MEDICAMENTOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)

Fecha de publicación: 23 de diciembre de 2011

Categoría: MEDICAMENTOS USO HUMANO, SEGURIDAD.
Referencia: MUH (FV), 27/2011

BIFOSFONATOS

- ✓ REEVALUAR NECESIDAD DE CONTINUAR BIFOSFONATOS
- ✓ 5 AÑOS SI BUENA RESPUESTA:
  - ➢ T-score ≥–2.5
  - ➢ NO: FRACTURA RECIENTE

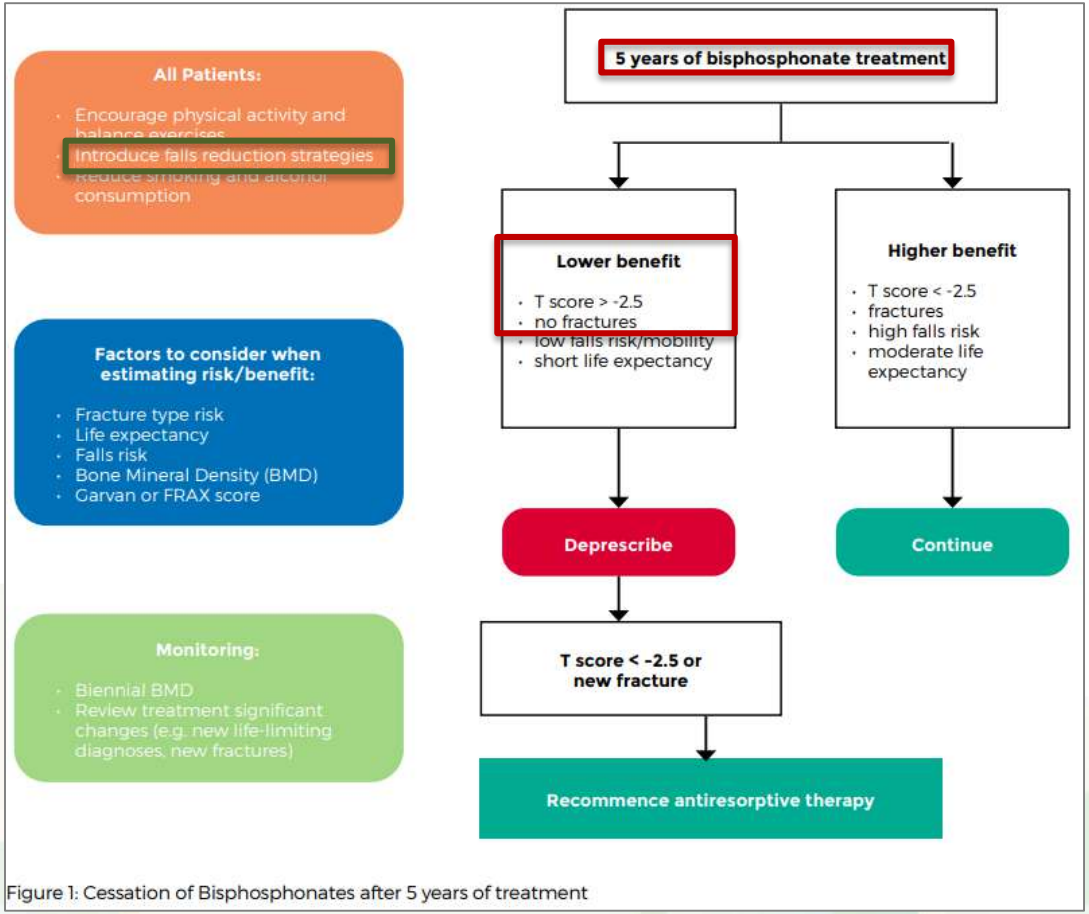


Figure 1: Cessation of Bisphosphonates after 5 years of treatment

BIFOSFONATOS

- ✓ ESTUDIO FLEX: “EFECTO LEGADO” DE ALENDRONATO
- ✓ PACIENTES CON:
  - ➢ OSTEOPOROSIS
  - ➢ BIFOSFONATO 5 AÑOS
  - ➢ BAJO RIESGO FRACTURA

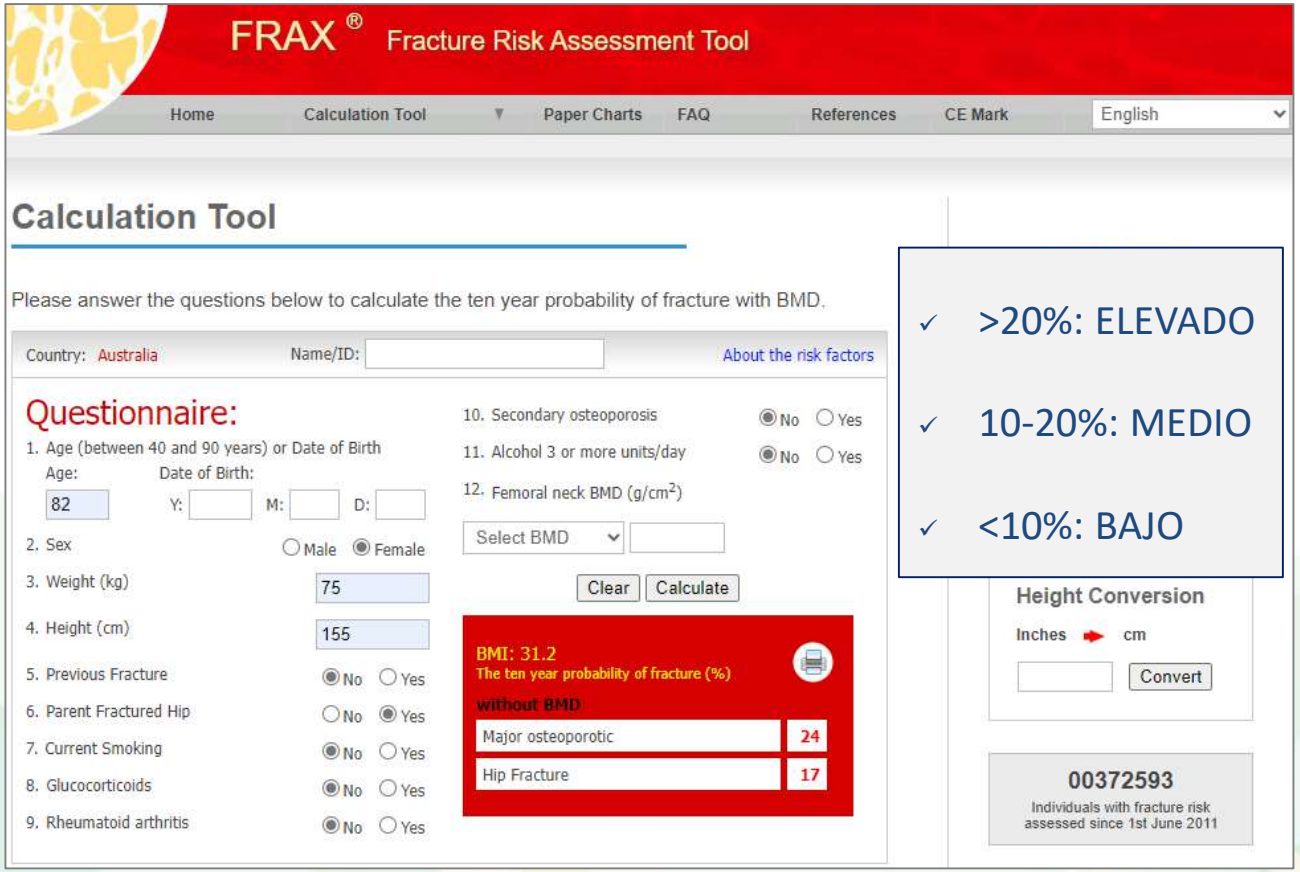
BIFOSFONATO DURANTE 5 AÑOS

- ✓ NO DIFERENCIA EN RIESGO FRACTURA NO VERTEBRAL

BIFOSFONATOS

RIESGO FRACTURA

(FRAX)



- ✓ >20%: ELEVADO
- ✓ 10-20%: MEDIO
- ✓ <10%: BAJO

BIFOSFONATOS

REACCIONES ADVERSAS:

- ✓ GASTROINTESTINALES
  - ✓ DOLOR ABDOMINAL
  - ✓ DISPEPSIA
  - ✓ REGURGITACION

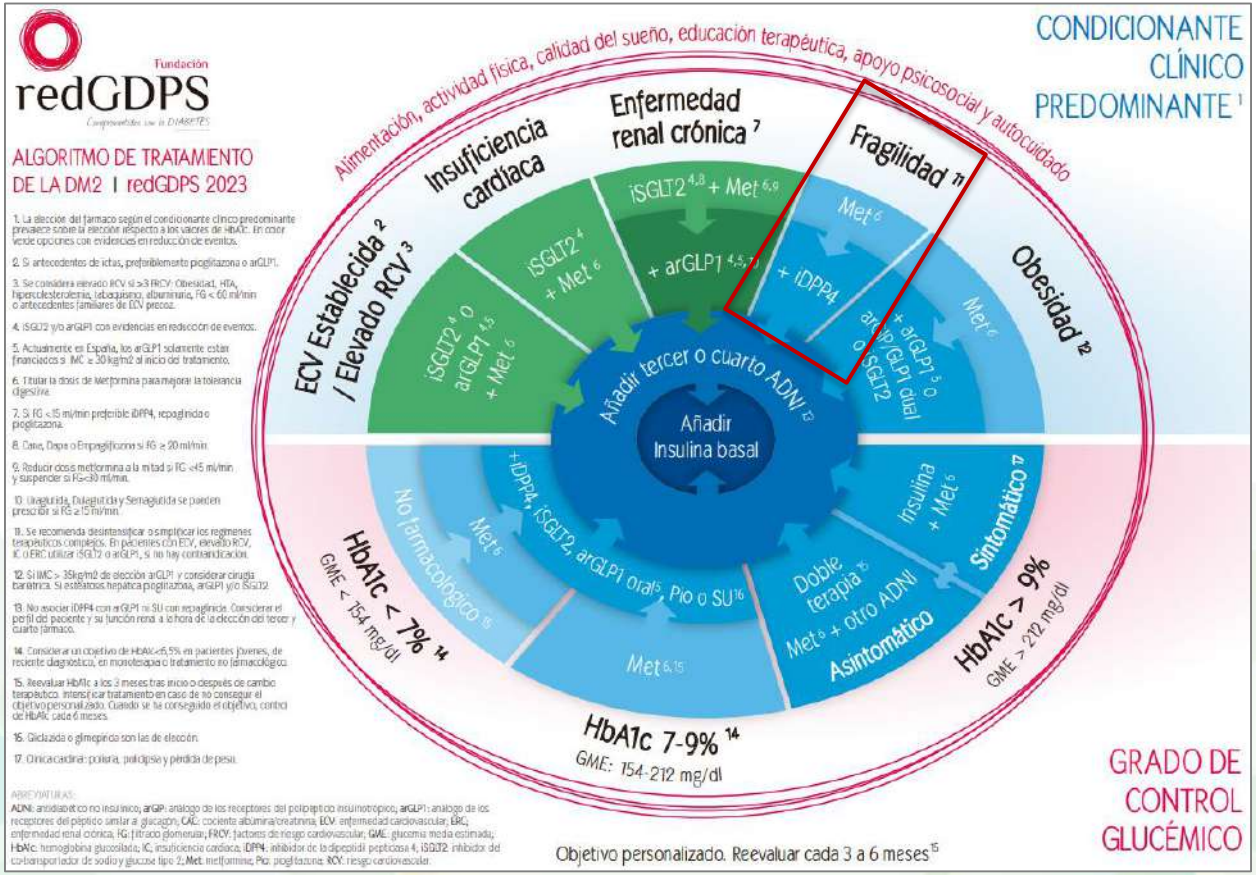
30 MINUTOS POST-BIFOSFONATO

- ✓ FRACTURAS ATIPICAS FEMORALES: TRATAMIENTOS PROLONGADOS
- ✓ OSTEONECROSIS MANDIBULAR – PROCEDIMIENTOS DENTALES INVASIVOS

ANTIDIABETICOS

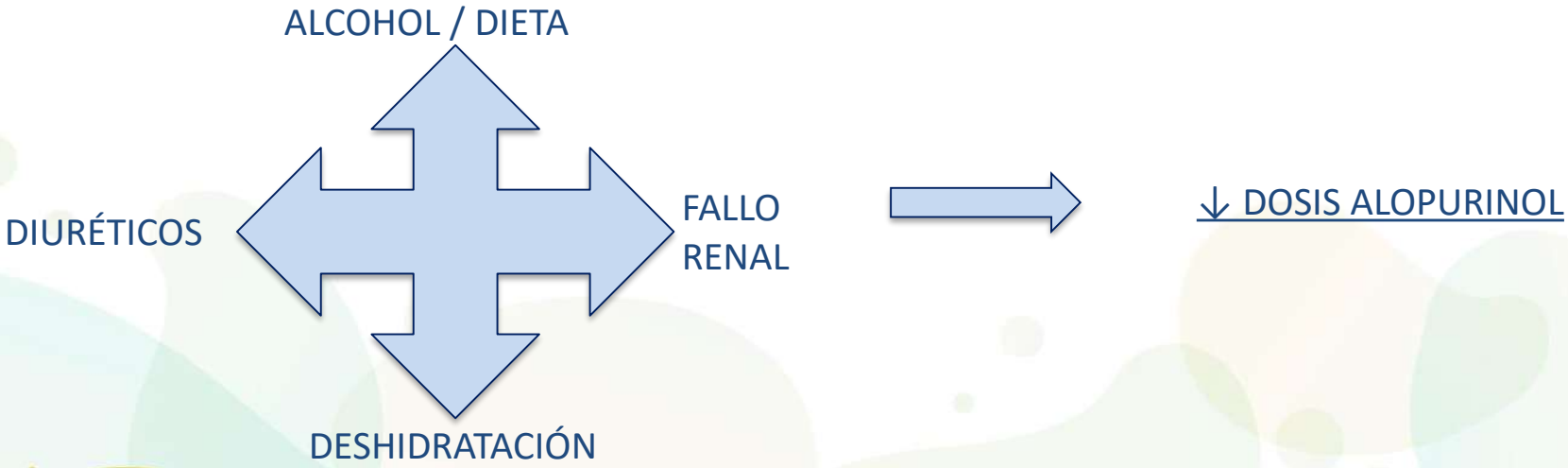
- ✓ HbA1C <7% => ↑ MORBI-MORTALIDAD
- ✓ OBEJTIVO TRATAMIENTO:
  - ➢ **EVITAR HIPOGLUCEMIA**
  - ➢ EVITAR HIPERGLUCEMIA SINTOMATICA
- ✓ SIMPLIFICAR REGIMENES COMPLEJOS
- ✓ CONTROL HbA1C MENOS ESTRICTO (8%; 8,5%???)
- ✓ EVITAR MEDICAMENTOS ↑ RIESGO HIPOGLUCEMIA:
  - ✓ SULFONILUREAS VIDA MEDIA LARGA (EJ: GLIMENCLAMIDA, GLIMEPIRIDA)
  - ✓ INSULINAS ACCION CORTA

ANTIDIABETICOS



ALOPURINOL

- ✓ NO ATAQUES GOTA ULTIMO AÑO
- ✓ BAJO RIESGO RECAIDA – FACTORES RIESGO:



ALOPURINOL

REACCIONES ADVERSAS:

- ✓ ALOPURINOL: USUALMENTE BIEN TOLERADO
- ✓ DERMATOLOGICAS: RASH, PRURITO…
- ✓ ALELO HLAB5801

100X

- ✓ STEVENS-JOHNSON
- ✓ SINDROME DRESS
- ✓ NECROLISIS EPIDERMICA TOXICA

ESTATINAS

PREVENCION SECUNDARIA EVENTOS CV:

- ✓ CORONARIOS
- ✓ CEREBROVASCULARES
- ✓ ARTERIOPATIA PERIFERICA

EDAD (AÑOS)	NNT
65-75	16-43 (5 AÑOS)
> 75	11-23 (3-5 AÑOS)

ESTATINAS

PREVENCION

PRIMARIA

REF	PATIENTS/ CHARACTERISTICS/ TREATMENT/ AGE RANGE	ELDERLY SUBGROUP	RESULTS IN ELDERLY SUBGROUP (ENDPOINT; RATE [TREATMENT VS PLACEBO]; ARR; NNT; STATISTICAL SIGNIFICANCE)
PROSPER[4]	3239/ no previous vascular disease/ Pravastatin/ 70-82	100%	Fatal CHD, MI, Stroke; 11.4% vs 12.1% **p=0.19 NS**
AFCAPS[31]	6605/ no previous cardiac or vascular disease, no hyperlipidaemia/ Lovastatin/ 45-73	3180 (males over 57, Females over 63)	MI,USA,SCD; 4.9% vs 7.0% **NS**
ASCOT-LLA[32]	10305/hypertension + 3 or more other CVD risk factors/ Atorvastatin/ 40-79	6570 >60 yo	MI, fatal CHD; 2.2% vs 3.4%; ARR 1.2% over 3.2 years. Annualised **NNT 275; p= 0.0027**
CARDS[33]	3249/T2DM, no previous CVD, +1 or more CVD risk factors/Atorvastatin/ 40-75	1129; >= 65yo	ACS, Stroke; 7.2% vs 11.1%; ARR 3.9% over 3.9 years; Annualised **NNT 100 ; p= <0.05**
JUPITER[22]	17802/no hyperlipidaemia, no CVD, elevated hsCRP / Rosuvastatin/ 60-71	5695; 70-97yo	MI, Stroke, USA, CVD death; 1.22% vs 1.99%; ARR 0.77%; Annualised **NNT 130; p= < 0.001**
MEGA[23]	7832/ hypercholesterolaemia, no prior CVD/40-70	1814; > = 65yo	CHD;0.48% vs 0.72%; NS Mortality; 0.52% vs 0.73%; NS Stroke; 0.25% vs 0.58%; ARR 0.33%; Annualised **NNT 303; p = < 0.05**
HOPE-3[34]	12705/1 or more CV risk factors/Rosuvastatin/>55	6350; >= 65.3yo	MI, Stroke, CV death; 4.9% vs 6.4%; ARR 1.5% over 5.6 years; Annualised **NNT 378; p =<0.05**
ALLHAT-LLT[35]	2867/ hypertension, no CVD/>65	726; ≥75	All-cause mortality 18.52% vs 24.53% **p=0.07 NS**

Table 1: Statin primary prevention studies in the elderly

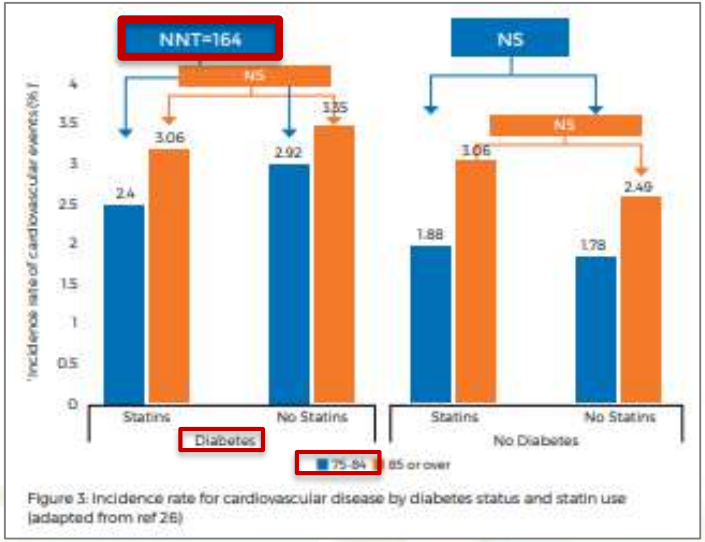


Figure 3: Incidence rate for cardiovascular disease by diabetes status and statin use (adapted from ref 26)

ESTATINAS

EFECTOS ADVERSOS

- ✓ MÁS FRECUENTE: MIALGIAS (AUTO-REPORT)
- ✓ MIOPATÍA / RABDOMIOLISIS: MENOS FRECUENTES
- ✓ DOSIS DEPENDIENTES
- ✓ INTERACCIONES (POLIMEDICADOS) – CYP3A4 (SIMVASTATINA)

ANTI-HIPERTENSIVOS

- ✓ HIPOTENSION → COMPLICACIONES
- ✓ ↑ MORBI-MORTALIDAD
- ✓ CONTROL TA: MENOS INTENSIVO

CAIDAS

ANTI-HIPERTENSIVOS

MENOR BENEFICIO:

- ✓ >85 AÑOS: DUDOSO BENEFICIO
- ✓ ANTI-HTA ACCION CENTRAL

MAYOR RIESGO:

- ✓ FRAGILES
- ✓ ALTO RIESGO CAIDAS (HIPOTENSION ORTOSTATICA)

MODIFICACION EN ESTILO DE VIDA:

- ✓ PERDIDA PESO
- ✓ RESTRICCION SAL, AZUCAR, ALCOHOL…

ANTI-HIPERTENSIVOS

FÁRMACOS	PRINCIPALES RAM
DIURÉTICOS (TIAZIDAS, DE ASA)	HIPO-Na; HIPO-K, HIPO-Mg (IBP) GOTA (TIAZIDAS)
DIURETICOS AHORRADORES DE K	HIPER-K
BETA-BLOQUEANTES	BRADICARDIA; BLOQUEO A-V
IECA / ARA-II	HIPER-K TOS; ANGIOEDEMA (IECA)
ANTAGONISTAS Ca No-DHP	BLOQUEO A-V
ANTAGONISTAS Ca DHP	EDEMA PERIFÉRICO

DEPRESCRIBIPCION – BARRERAS/FACILITADORES

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Journal of Healthcare Quality Research

www.elsevier.es/jhqr

ORIGINAL

¿Qué opinan los médicos de atención primaria sobre la deprescripción?

E. Valverde Bilbao[a,*], A. Mendizabal Olaizola[a], D. Mandaluniz Elgezabal[b], I. Alcorta Mitxelena[c], K. Fernández Otaolea[d] y M.E. Alkiza Eizagirre[c]

PRINCIPALES RAZONES DEPRESCRIPCIÓN:

- ✓ REDUCIR DAÑOS EFECTOS ADVERSOS
- ✓ BENEFICIO MÍNIMO MEDICACIÓN

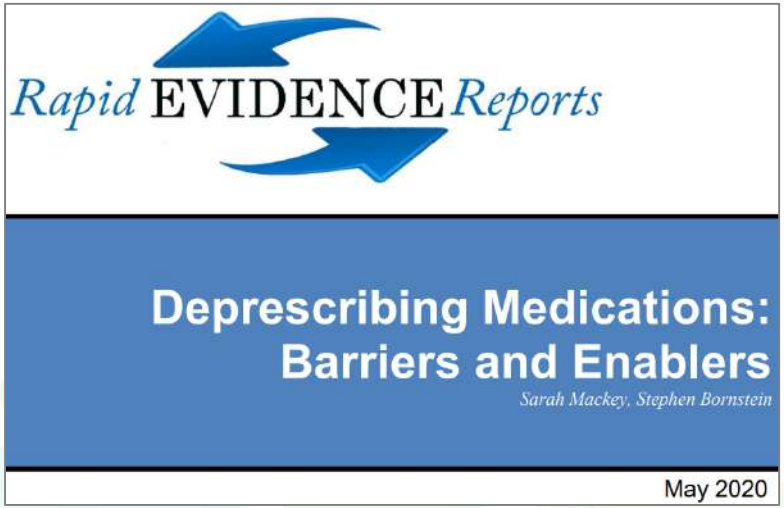
FACILITADORES:

- ✓ FORMACIÓN ESPECIFICA DEPRESCRIPCION
- ✓ **ALERTAS FARMACEUTICO EN HCE**

BARRERAS:

- ✓ FALTA DE TIEMPO
- ✓ PRESCRIPCION OTROS PROFESIONALES
- ✓ RESISTENCIA PACIENTE/FAMILIA

DEPRESCRIBIPCION – BARRERAS/FACILITADORES



Summary Table: Barriers and Enablers to Deprescribing Medications

Table 3 below provides readers with a quick summary of the key findings that are outlined in detail in the sections above.

Table 3: Summary of key findings

Level	Barriers	Enablers
Patient-level	• Attitudes and perspectives about the consequences of *not* taking medications • Lack of knowledge about medications/ medication management • Influence of patient characteristics	• Attitudes and perspectives about the consequences of taking medications • Positive, trusting patient-prescriber relationships • Improved knowledge and understanding of their medications and of deprescribing • Influence of patient characteristics
Provider-level	• Perspectives and concerns about negative outcomes of deprescribing patient medications • Concerns about negative consequences for inter-professional relationships • Limitations of knowledge, skills or experience	• Perspectives and concerns about negative outcomes of continuing patient medications • Positive and trusting provider-patient relationships • Improving provider knowledge, skills and experience
System-level	• Lack of multidisciplinary coordination and communication • Lack of time or funding required for consultation • Lack of other practical supports at the system-level	• Access to professional or technical support • System-level knowledge and skills improvement • Support for system-level cultural and attitudinal changes

CONCLUSIONES

FÁRMACO	CUANDO DEPRESCRIBIR	COMO DEPRESCRIBIR
IBP	ERGE (4-8 SEMANAS)	**GRADUAL** (50% semanal)
BIFOSFONATOS	5 AÑOS	NO GRADUAL
ANTIDIABETICOS	HIPOGLUCEMIA	NO GRADUAL MONITORIZAR GLUCEMIAS
ALOPURINOL	NO ATAQUES GOTA > 12 MESES	NO GRADUAL MONITORIZAR NIVELES URATO
ESTATINAS	PREVENCION PRIMARIA	NO GRADUAL
ANTI-HIPERTENSIVOS	FRAGILIDAD RIESGO CAIDAS	"DE UNO EN UNO" GRADUAL - **BETABLOQUEANTES**: SI - RESTO: RECOMENDABLE

BIBLIOGRAFIA

- Delgado-Silveira E. et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(5):273–279. DOI: 10.1016/j.regg.2009.03.017
- Boletines TaperMD. https://tapermd.com/
- FRAX ®Herramienta de Evaluación de Riesgo de Fractura. https://frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=sp
- Algoritmo de tratamiento de la DM2, de la redGDPS 2023. https://www.redgdps.org/algoritmo-tratamiento-de-la-dm2-2023
- Valverde-Bilbao E. et al. ¿Qué opinan los médicos de atención primaria sobre la deprescripción?. J. healthc. qual. res. 2020;35(2):87---93. https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.11.001
- Mackey, S., & Bornstein, S. (2020). Deprescribing Medications: Barriers and Enablers. https://www.mun.ca/nlcahr/media/production/memorial/administrative/nl-centre-for-applied-health-research/media-library/chrsp/RER_Deprescribing_May_2020.pdf

APOYO DEPRESCRIPCION

- TaperMD: https://tapermd.com/
- Deprescribing.org: https://deprescribing.org/
- MedStopper: https://medstopper.com/
- CheckTheMeds: https://www.checkthemeds.com/
- ChronicPharma: https://chronic-pharma.com/

Gracias por su atención

jesus.martinezs@hcin.es