

Comprometidos Contigo

SESIÓN DE LAS MEJORES COMUNICACIONES ORALES

MEDICAMENTOS Y SITUACIONES CLÍNICAS SUSCEPTIBLES DE DESPRESCRIPCION EN EL PACIENTE CRONICO: CRITERIOS LESSCHRON

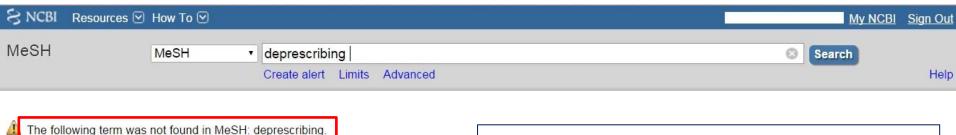
Rodríguez Pérez A¹, Alfaro Lara ER², Fernández Villalba EM³, Nieto Martin MD¹, Ruiz Cantero A⁴, Santos Ramos B⁵

(1) Hospital Universitario Virgen del Rocío, (2) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, (3) RPMD La Cañada, (4) Hospital La Serranía, (5) AGS Sur Sevilla

CONGRESO NACIONAL SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA



1) ...¿qué es DESPRESCRIBIR?



accompharmacist prioritizing
encompasses
involved approach isk
debridement clinicians ist
targeted prolypharmacy is a support of the support

No items found.

Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. BJCP. Article first published online: 4 NOV 2015

Proceso de revisión estructurada del tratamiento crónico que permite seleccionar los fármacos que, estando indicados, pueden ser retirados en base a la situación clínica del paciente

Rodriguez Pérez A, Alfaro Lara ER, Nieto Martín MD, Ruiz Cantero A, Santos Ramos B. Deprescribing in patients with multimorbidity: a necessary process. Eur J Intern Med. 2015





ADECUACIÓN ≠ DESPRESCRIPCIÓN

2) ...¿y cómo podemos DESPRESCRIBIR?

...De forma sistemática

...En pacientes con múltiples enfermedades crónicas

...Con seguridad







DISEÑAR una herramienta de ayuda a la desprescripción de medicamentos específica para el paciente crónico polimedicado y basada en la evidencia

MATERIAL Y MÉTODOS



STOPP/START, Beers...

1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA 2. LLUVIA DE IDEAS ELECTRÓNICA

Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

3. EVALUACIÓN POR EXPERTOS

B) DELPHI

4. CONSENSO GRUPO INVESTIGADOR

C) Herramienta (escenarios definitivos)

A) Escenarios a evaluar

RESULTADOS

A) Escenarios a evaluar

Profund < 11 puntos

Profund ≥ 11 puntos

(Lluvia ideas) 63 participantes → 19 del grupo PPyEA y 44 del grupo CRONOS

11 expertos → médicos de familia, internistas y

farmacéuticos hospitalarios y de atención primaria

100 escenarios a evaluar

B) DELPHI



50 escenarios

APLICABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA







2

C) Herramienta (escenarios definitivos)



REUNIÓN PRESENCIAL EQUIPO INVESTIGADOR

- Nombre y estructura de la herramienta
- Discusión de escenarios definitivos
- Proyección futura

CRITERIOS LESS CHRON

(Lista de escenarios basada en evidencia para la desprescripción de medicamentos en pacientes con enfermedades crónicas

- DISCUSIÓN ESCENARIOS DUDOSOS
- VERIFICACIÓN ADECUADOS
- EXCLUSIÓN DE LOS QUE NO CUMPLÍAN CONCEPTO DE DESPRESCRIPCIÓN



SITUACIONES AGUDAS: diuréticos en descompensaciones hidrópicas y edema agudo de pulmón y corticoides inhalados en agudización de EPOC.

SITUACIONES DE "NO INDICACIÓN": vasodilatadores periféricos en insuficiencia venosa, metoclopramida para naúseas y vómitos cuando existe tolerancia al origen de las mismas, metformina con bajo IMC, suplementos de hierro/eritropoyetina en anemia no filiada, inhibidores de la bomba de protones en profilaxis de sangrado sin medicación gastrolesiva y corticoides inhalados para EPOC en fenotipo no agudizador

27 ESCENARIOS

Tracto alimentario y metabolismo (4)
Sangre y órganos hematopoyéticos (4)
Sistema cardiovascular (4)
Sistema genitourinario (4)
Sistema musculoesquelético (2)
Sistema nervioso (8)
Sistema respiratorio (1)



Formato "tipo tabla" Organizado por clasificación anatómica Versión en inglés (RETROTRADUCCIÓN)

NOTAS AL PIE/AVISOS:

- Medición riesgo de caídas
- Condiciones hiperuricemia asintomática con justificación uso alopurinol
- Retirada escalonada de fármacos que lo requieran

MANUAL DE UTILIZACIÓN -> Explicación variables y escalas de valoración

CRITERIOS LESS-CHRON

Los criterios LESS-CHRON recogen una situación clínica concreta que ofrezca una oportunidad de desprescripción a ciertos fármacos en una indicación específica.

Estas situaciones suelen corresponderse con aquellas en las que el riesgo de los efectos adversos del fármaco pueda superar beneficio clínico, el tiempo hasta alcanzar el mismo sea mayor que el pronóstico de vida del paciente o, simplemente, porque debido al tiempo de tratamiento y el pronóstico de vida, el beneficio clínico que puede aportar es mínimo o carece de importancia.

Es esencial destacar que las condiciones de desprescripción de cada fármaco expresan situaciones clínicas en las que la utilización de ese medicamento está indicada. La retirada del mismo del tratamiento no es por un motivo de adecuación o falta de evidencia, como es el objetivo de otras herramientas (criterios de Beers, STOPP-START), sino que exponen oportunidades para una disminución de complejidad, aumento de adherencia, mejora de capacidades cognitivas...

Cada escenario se compone de cuatro características prefijadas:

- Fármaco-indicación para la que está prescrito
- Condición de desprescripción: situación clínica concreta que ofrece una oportunidad para realizar la desprescripción del fármaco
- Variables de salud que se monitorizarían para valorar el impacto de la desprescripción sobre la salud del paciente
- Seguimiento: tiempo mínimo que habría que estar monitorizando las variables de salud del paciente

Algunas de las condiciones de desprescripción descritas en los criterios LESS-CHRON hacen referencia a indices pronóstico, cognitivos o de funcionalidad que se describen a continuación:

Índice Profund¹: Índice predictivo de la mortalidad para la cohorte de pacientes pluripatológicos, que en base a 9 factores predictivos, estratifica el riesgo de mortalidad al año en poblaciones de estos pacientes. El riesgo de mortalidad oscila entre el 12,1% para los de menos riesgo y el 68% para los de mayor riesgo (Profund ≥ 11 puntos)

Cuestionario de Pfeiffer²: Valora un pequeño número de funciones relativamente básicas para determinar el deterioro cognitivo del paciente (memoria de corto y largo plazo, atención, orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad matemática). Es un cuestionario corto (10 preguntas). El número de puntos (errores) indica el grado de deterioro. Una puntuación de 8 o más indica un deterioro cognitivo severo.

Índice de Barthel³: Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc. Cada ítem tiene una escala de puntuación asociada y se hace un sumario final, de forma que, una puntuación total de 0-20 puntos indica "dependencia absoluta", 21-60 "dependencia severa", 61-90 "moderada" y 91-99 "dependencia leve".

Medicamento	Indicación para la que se encuentra prescrito	Condición que permite la desprescripción	Bloqueantes alfa adrenérgicos	Hiperplasia benigna de próstata (HBP)	Paciente asintomático o con síntomas que no afectan a la calidad de vida para el paciente		2 meses
TRACTO ALIMENTA Antidiabéticos orales, EXCEPTO METFORMINA	Diabetes mellitus	>80años(frágiles) DM>10 años evolución, en tratamiento con insulina	Alopurinol	Profilaxis gota	Hiperuricemia asintomática, sin condiciones que justifiquen su uso ⁶	No procede	No procede
Acarbosa	Diabetes mellitus tipo 2	Más de un fármaco para la diabetes. Enfermedad bien controlada	SISTEMA MUSCULO Bifosfonatos	Prevención primaria	>5 años de tratamiento Paciente no	No procede Índice de	1 año
Metformina	Diabetes mellitus tipo 2	Bajo IMC En tratamiento con insulina	SISTEMA NERVIOSO	secundaria	deambulador	Barthel Nueva fractura	6 meses
Suplementos de Ca2+/Vit D	Profilaxis de facturas	Paciente no deambulador y Barthel<55	Haloperidol Risperidona Quetiapina	Delirio durante un ingreso hospitalario	Tras un mes de estabilidad conductual	Cambios de comportamiento Agitación	1 mes
SANGRE Y ÓRGANO Anticoagulantes	S HEMATOPOYÉTIC	OS Pfeiffer>8 puntos y Profund>11 puntos	Benzodiazepinas ⁷	Ansiedad	Ausencia de ansiedad en el último mes	Monitorización componentes ansiedad	1 mes
orales Ácido acetilsalicílico (AAS)	Prevención primaria	Alto riesgo de caídas ⁴ Único factor de riesgo: edad	Benzodiazepinas Fármacos Z (Zolpidem/Zoplicona /Zaleplón)	Insomnio	Ausencia de insomnio en el último mes	Monitorización del sueño	1 mes
Clopidogrel+AAS SISTEMA CARDIOVA	Prevención post- SCA ⁵ SCULAR	>1año doble antiagregación	72aiepionj	Depresión reactiva	Recuperación del humor basal tras al menos 6 meses de tratamiento	Reaparición de síntomas depresivos	2 meses
Antihipertensivos	Hipertensión arterial	Mayores de 80 años con TAS<160mmHg y más de dos antihipertensivos. Retirar uno de los	Antidepresivos	Alteración conductual enfermedad Alzheimer	Alzheimer avanzado. GDS=7	Agitación Alteración conductual	2 meses
Estatinas	Prevención primaria	antihipertensivos no considerados de 1ªlínea Mayores de 80 años	Anticolinesterásicos	Enfermedad de Alzheimer	En combinación con memantina: retirar uno de ellos Pacientes con alzheimer	Agitación Alteración	2 meses
	Prevención secundaria	Pfeiffer > 8 puntos		Aizneimer	avanzado (GDS>6) o ausencia de respuesta en el último año	conductual	
Nimodipino SISTEMA GENITOUR	Profilaxis deterioro neurológico IINARIO	Tratamiento de larga duración (>1 año)	Citicolina	Demencia vascular		Valoración cognitiva y funcional	3 meses
Anticolinérgicos Incontinencia Pacientes que utilicen absorbentes		SISTEMA RESPIRATORIO					
	urinaria	Empeoramiento de síntomas de demencia en pacientes en tratamiento con	Mucolíticos y	Enfermedades pulmonares	Estabilidad de la enfermedad de base	Mucosidad, capacidad respiratoria	1 mes

CONCLUSIONES

Los criterios LESS-CHRON, basados en evidencia y en la opinión de expertos, permiten sistematizar la identificación de medicamentos susceptibles de retirada en pacientes crónicos, así como su monitorización.

Se requiere una fase posterior para su validación.

¿HACIA DÓNDE?



- VALIDACIÓN:
- FIABILIDAD HERRAMIENTA
- RESULTADOS EN SALUD: EC de validación desarrollado por SEMI (previo pilotaje HUVR)
- PROYECCIÓN:
- PUBLICACIONES
- VERSIÓN WEB/APP → Pendiente resolución beca primitivo de Vega MAPFRE

FINANCIADO POR LA "AYUDA A INVESTIGACIÓN GRUPOS DE TRABAJO SEFH"

BECA DE INVESTIGACIÓN DE LA SEMI





- Participantes lluvia de ideas
- Expertos del panel
- Grupo investigador

Bernardo Santos Ramos Mª Dolores Vega Coca Eva Rocío Alfaro Lara Aitana Rodríguez Pérez Mª José Otero López Ana MªJuanes Borrego Roberto Marín Gil Elena Calvo Cidoncha

María Dolores Nieto Martín Jesús Díez Manglano Alberto Ruiz Cantero Bosco Barón Franco Manuel Ollero Baturone Eva Delgado Silveira Sandra Albiñana Pérez Mercedes Galván Banqueri Susana Sánchez Fidalgo



desprescribir@gmail.com



@aitanarp

