



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA  
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

# XXXV

## Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

---

### IV Congreso Ibérico de Medicina Interna

### II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia

**19-21 de Noviembre de 2014**  
Auditorio y Centro de Congresos  
Víctor Villegas. Murcia



UTILIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS  
COMPLEJAS Y PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

# **DESPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS**

**BOSCO BARÓN FRANCO  
HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ  
HUELVA**

# DESPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

I) INTRODUCCIÓN

II) DEFINICIÓN Y REVISIÓN

III) NUEVA PROPUESTA

IV) CASOS PRÁCTICOS

V) GRUPO CRONOS SEMI-SEFH

# DESPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

## **I) INTRODUCCIÓN**

## II) DEFINICIÓN Y REVISIÓN

## III) NUEVA PROPUESTA

## IV) CASOS PRÁCTICOS

## V) GRUPO CRONOS SEMI-SEFH

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción

1. Adecuación de la prescripción
2. Polifarmacia y Carga del Tratamiento
3. Pronóstico en pluripatológicos

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 1

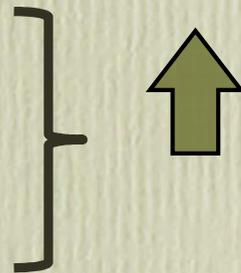


**SUPERPACO**

# PRESCRIPCIÓN EN ANCIANOS

Variabilidad interindividual en:

Salud  
Enfermedades  
Discapacidad



Heterogeneidad  
EDAD gerontológica



Estado de Salud en ancianos



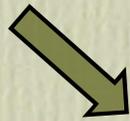
Generalizar al Prescribir



# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 1

Complejidad en la  
prescripción

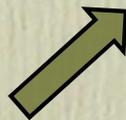


Factores del  
Prescriptor

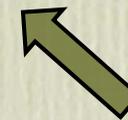


# PRESCRIPCIÓN EN ANCIANOS

Factores del  
Paciente



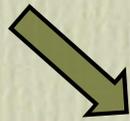
Factores del  
Sistema



# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 1

Complejidad en la  
prescripción

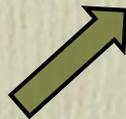


Factores del  
Prescriptor

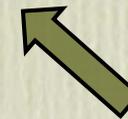


# PRESCRIPCIÓN EN PLURIPATOLÓGICOS

Factores del  
Paciente



Factores del  
Sistema



# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 1

Complejidad en la  
prescripción



Factores del  
Prescriptor

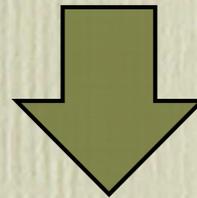


### PRESCRIPCIÓN EN ANCIANOS/PPP

Factores del  
Paciente



Factores del  
Sistema



**Uso Inadecuado Medicación**



**IMPORTANTE Problema de Salud**

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 1

**MEDICACIÓN  
APROPIADA**



**CIENTÍFICO**



**TÉCNICO**



**PACIENTE**

ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS  
METAANÁLISIS  
GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

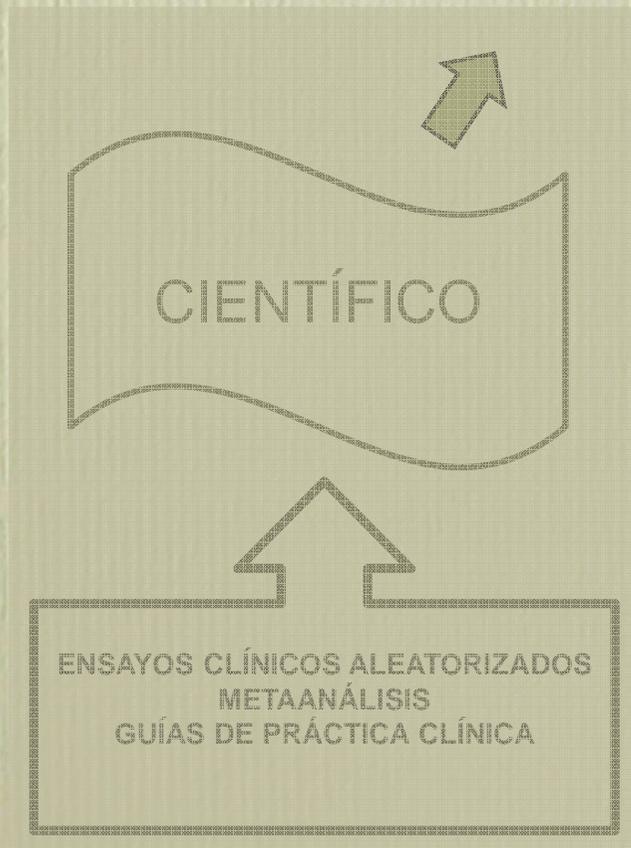
EFFECTIVIDAD DEL FÁRMACO  
SEGURIDAD  
INTERACCIONES  
COSTE-EFFECTIVA

VOLUNTAD DEL PACIENTE  
CIRCUNSTANCIAS SOCIALES  
CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES  
EDAD Y PRONÓSTICO

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 1

**MEDICACIÓN  
APROPIADA**



# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 1

### MEDICACIÓN INAPROPIADA:

- **INFRAPRESCRIPCIÓN** (underprescribing)  
No se prescriben fármacos que son necesarios
- **SOBREPRESCRIPCIÓN** (overprescribing)  
Se prescriben más fármacos de los que son necesarios
- **PRESCRIPCIÓN EQUIVOCADA** (misprescribing)  
Se prescribe de manera incorrecta un fármaco que es necesario (más tiempo, más dosis, etc.)

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 1.

### Prescribing in Elderly People 1

#### Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised?

*Anne Spinewine, Kenneth E Schmader, Nick Barber, Carmel Hughes, Kate L Lapane, Christian Swine, Joseph T Hanlon*

**Lancet 2007; 370: 173-84**

Prescription of medicines is a fundamental component of the care of elderly people, and optimisation of drug prescribing for this group of patients has become an important public-health issue worldwide. Several characteristics of ageing and geriatric medicine affect medication prescribing for elderly people and render the selection of appropriate pharmacotherapy a challenging and complex process. In the first paper in this series we aim to define and categorise appropriate prescribing in elderly people, critically review the instruments that are available to measure it and discuss their predictive validity, critically review recent randomised controlled intervention studies that assessed the effect of optimisation strategies on the appropriateness of prescribing in elderly people, and suggest directions for future research and practice.

**Lancet 2007; 370: 173-84**

This is the first in a **Series** of two papers about prescribing in elderly people

Center for Clinical Pharmacy,  
School of Pharmacy, Université  
catholique de Louvain,  
Brussels, Belgium

(A. Spinewine PhD): *Anne*



# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 2

### POLIFARMACIA:

- MÁS FRECUENTE EN ANCIANOS

LESS IS MORE

#### Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults

*Arch Intern Med.* 2010;170(18):1648-1654

Addressing Polypharmacy

Doron Garfinkel, MD; Derelie Mangin, MBChB

- MÁS FRECUENTE EN PLURIPATOLÓGICOS



Contents lists available at ScienceDirect

Archives of Gerontology and Geriatrics

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/archger](http://www.elsevier.com/locate/archger)



A multi-institutional, hospital-based assessment of clinical, functional, sociofamilial and health-care characteristics of poly pathological patients (PP)

M. Bernabeu-Wittel<sup>a,1,\*</sup>, B. Barón-Franco<sup>b,1</sup>, J. Murcia-Zaragoza<sup>c,1</sup>, A. Fuertes-Martín<sup>d,1</sup>, C. Ramos-Cantos<sup>e,1</sup>, A. Fernández-Moyano<sup>f,1</sup>, F.J. Galindo<sup>a,1</sup>, M. Ollero-Baturone<sup>a,1</sup>

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 2



**Potentially Inappropriate Medication Use in a Medicare Managed Care Population: Association with Higher Costs and Utilization**

J Managed Care Pharm 2001: 407-13

*by Donna Marie Fick, Jennifer L. Waller,  
John Ross Maclean, Richard Vanden Heuvel, J. Gary  
Tadlock, Marc Gottlieb, and Charles B. Cangialose*

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 2

### **CARGA DEL TRATAMIENTO**

Burden of treatment

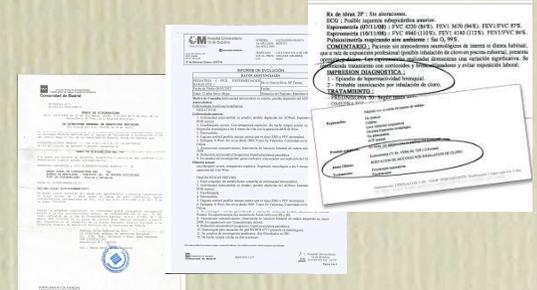
Sobrecarga de Trabajo de cuidados de salud en los pacientes y el impacto que tiene en su bienestar

Se refiere a la carga (ansiedad, sufrimiento, incomodidad, interrupción) que genera un tratamiento en función de demanda de tiempo, atención y trabajo.

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 2

# CARGA DEL TRATAMIENTO



1. Recolección de información

2. atender múltiples visitas (AP-AH)



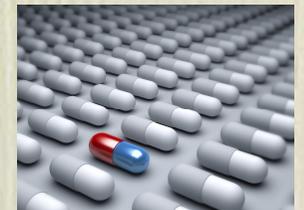
3. Tomar la medicación



4. Realizar Autocuidados



5. Buscar recursos para determinados gastos (transportes, algunos fármacos o material ortoprotésico)



# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 2

### CARGA DEL TRATAMIENTO

1. Recolección de información
2. atender múltiples visitas (AP-AH)
3. Tomar la medicación
4. Realizar Autocuidados
5. Buscar recursos para determinados gastos (transportes, algunos fármacos o material ortoprotésico)



# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 2

ANALYSIS

### We need minimally disruptive medicine

The burden of treatment for many people with complex, chronic, comorbidities reduces their capacity to collaborate in their care. **Carl May, Victor Montori, and Frances Mair** argue that to be effective, care must be less disruptive

Chronic disease is the great epidemic of our times, but the strategies we have developed to manage it have created a growing burden for patients. This treatment burden induces poor adherence, wasted resources, and poor outcomes. Against this background, we call for minimally disruptive medicine that seeks to tailor treatment regimens to the realities of the daily lives of patients. Such an approach could greatly improve the care and quality of life for patients.

#### Non-adherence, culpability, and acceptability

Poor adherence to medical advice and drug regimens is a global problem with a long history. Non-adherence is important because many therapeutic interventions are effective only if used correctly, which requires continuous personal investment of time and effort from patients. The epidemiological transition from acute diseases, where the emphasis was on cure, to chronic illnesses that instead require management also means that patients take on a lifetime burden. Poor adherence can lead to complications in professional-patient relationships, additional ill health and expenditure for patients and their families, and the waste or misallocation of healthcare resources.<sup>1,2</sup>

The aetiology of non-adherence is complex, but individual culpability has been assumed to play an important part.<sup>3,4</sup> People with chronic (and other) illnesses who do not adhere to treatment generally say that they recognise that they ought to do otherwise but that they lack the capacity, skills, and understanding to do so. In one study, 47% of patients gave such reasons for intentionally not adhering to treatment for chronic illnesses.<sup>5</sup> Recent research on adherence has focused, therefore, on interventions. The aim of these interventions is twofold: to improve patient uptake of treatments by giving them tools to share in understanding the relevance and importance of certain behaviours and treatments; and to encourage them to "buy in" to those behaviours and enhance their ownership of therapeutic regimens. Much of the research has been done in the context of randomised controlled trials of treatments

for quite narrowly defined patient groups. Thus our understanding of adherence is of limited applicability to usual care.<sup>6,7,8</sup>

#### Chronic illness and chronic workload

Studies that examine adherence often exclude two large groups of patients that health professionals encounter in real life: people who have diminished capacity to cope with therapeutic regimens because of cognitive impairment and people with multiple chronic comorbidities. Both groups often present complex social problems that are related to their illness and confound treatment.<sup>9</sup> Perhaps more than 60% of older people have multiple chronic conditions, representing an increasing proportion of people who need health care.<sup>10,11</sup>

The burden of chronic illness falls not only on health services but also on patients and carers, as the work of managing chronic disease increasingly shifts from the clinic to the home. They must cope with increasingly complex treatment regimens and work to normalise these in their daily lives (see example 1 in box).<sup>12</sup>

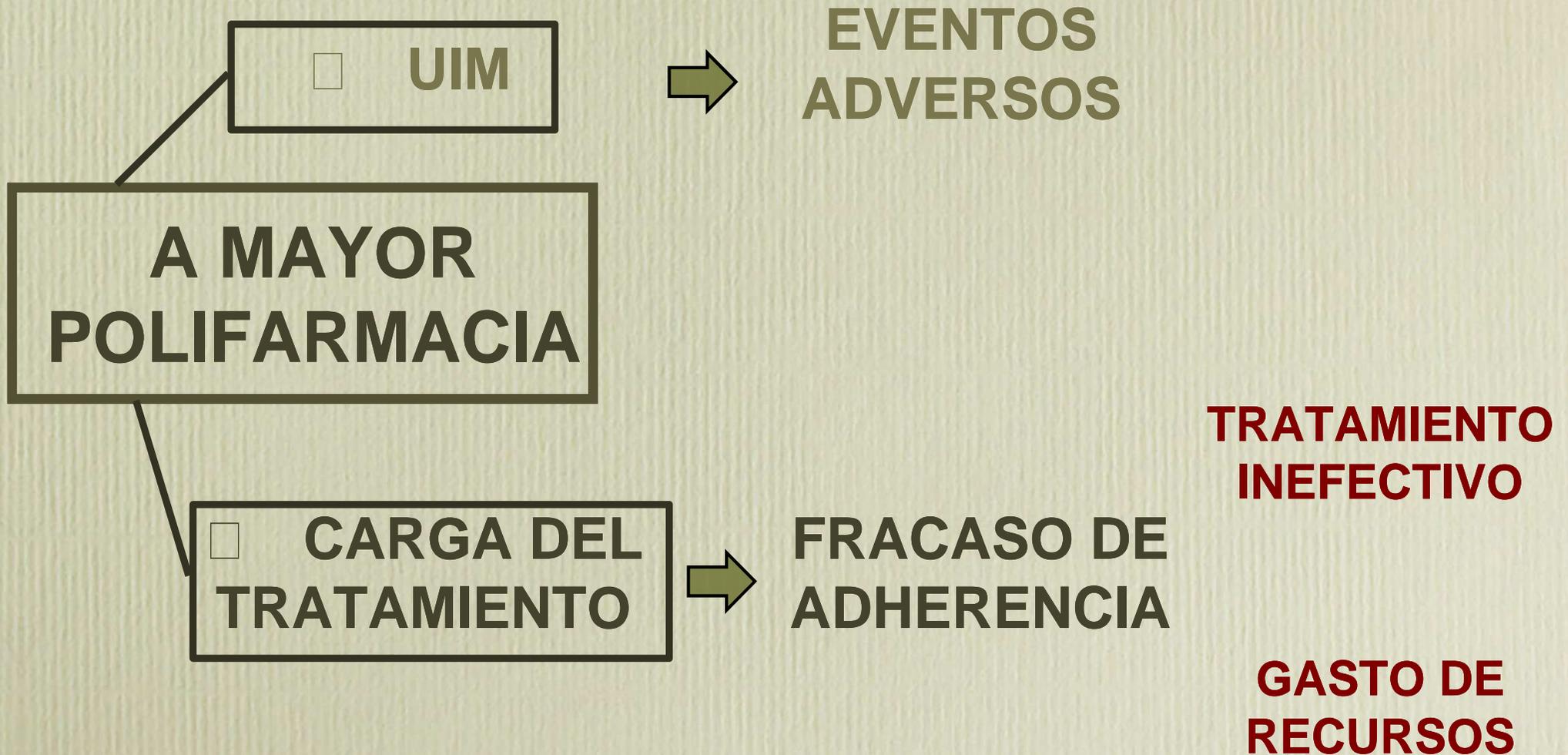
Other factors exacerbate this situation. Treatment burdens are often imposed on patients with little coordination between, or even within, clinics dealing with different conditions and little explicit recognition that treatment regimens are demanding in time and effort. In addition, evidence based guidelines provide disease specific guidance for doctors but often fail to acknowledge multiple morbidities as management



BMJ | 29 AUGUST 2009 | VOLUME 339

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 2.



# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 3

### PRONÓSTICO EN PAC PLURIPATOLÓGICOS:

MORTALIDAD

AL AÑO:

6,1% en Cohorte de At Primaria

#### ORIGINALES

### **Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria**

*Rev Clin Esp.* 2008;208(1):4-11

N. Ramírez-Duque<sup>a</sup>, M. Ollero-Baturone<sup>a</sup>, M. Bernabeu-Wittel<sup>a</sup>, M. Rincón-Gómez<sup>a</sup>,  
M. Á. Ortiz-Camuñez<sup>b</sup> y S. García-Morillo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unidad Clínica de Atención Médica Integral. Servicio de Medicina Interna. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

<sup>b</sup> Distrito de Atención Primaria. Sevilla.

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 3

### PRONÓSTICO EN PAC PLURIPATOLÓGICOS:

MORTALIDAD

AL AÑO:

36-39% en una Cohorte hospitalaria

European Journal of Internal Medicine 22 (2011) 311–317



Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Internal Medicine

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ejim](http://www.elsevier.com/locate/ejim)



Original article

Development of a new predictive model for polypathological patients.  
The PROFUND index

M. Bernabeu-Wittel <sup>a,\*</sup>, M. Ollero-Baturone <sup>a,1</sup>, L. Moreno-Gaviño <sup>a,1</sup>, B. Barón-Franco <sup>b,1</sup>, A. Fuertes <sup>c,1</sup>,  
J. Murcia-Zaragoza <sup>d,1</sup>, C. Ramos-Cantos <sup>e,1</sup>, A. Alemán <sup>f,1</sup>, A. Fernández-Moyano <sup>g,1</sup>

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## Introducción 3.

### PRONÓSTICO EN PAC PLURIPATOLÓGICOS:

## ÍNDICE PROFUND

Mortalidad a los 12 meses:

- 0-2 puntos: 12,1-14,6%
- 3-6 puntos: 21,5-31,5%
- 7-10 puntos: 45-50%
- 11 o más puntos: 61,3-68%

Tabla 3. Cálculo del Índice PROFUND

Características	ODDS RATIO (IC 95 %)/p	Índice PROFUND
Demográficas ≥85 años	1,71 (1,15-2,5)/0,008	3
Clinicas Neoplasia activa	3,36 (1,9-5,8)/<0,0001	6
Demencia	1,89 (1,1-3,1)/0,019	3
Clase funcional III-IV de la NYHA o MRC	2,04 (1,4-2,9)/<0,0001	3
Delirio en el último ingreso hospitalario	2,1 (1,5-4,9)/0,001	3
Analíticas Hemoglobina <10 g/dl	1,8 (1,2-2,7)/0,005	3
Psicométricas-funcionales-sociofamiliares Índice de Barthel <60	2,6 (1,38-3,4)/<0,0001	4
Persona cuidadora distinta del cónyuge o sin persona cuidadora	1,51 (1,02-2,2)/0,038	2
Asistenciales ≥4 ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses	1,9 (1,07-3,29)/0,028	3
Puntuación total		0-30 puntos

# DESPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

I) INTRODUCCIÓN

**II) DEFINICIÓN Y REVISIÓN**

III) NUEVA PROPUESTA

IV) CASOS PRÁCTICOS

V) GRUPO CRONOS SEMI-SEFH

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## DEFINICIÓN Y REVISIÓN

### desprescripción:

REVISAR Y REPLANTEAR EL PLAN TERAPÉUTICO PARA FINALMENTE RETIRAR FÁRMACOS, SUSTITUIRLOS O REDUCIR DOSIS.

PARA ELLO ES IMPORTANTE REVISAR LAS INDICACIONES DE LOS FÁRMACOS, VALORAR EL GRADO DE ADHERENCIA Y DETECTAR EVENTOS ADVERSOS E INTERACCIONES.

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## DEFINICIÓN Y REVISIÓN

### MODELOS:

**Educativas:** actuaciones formativas sobre profesionales

**Sistemas de Alertas computerizados en la toma de decisiones:** Evalúan interacciones, inadecuaciones, duplicidades, pero centradas en medicamentos o patologías concretas

**Revisiones farmacoterapéuticas:** Centradas normalmente en un medicamento

**Grupos multidisciplinares:** sin responsabilidad directa sobre el paciente.

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA DEFINICIÓN Y REVISIÓN

REVIEW ARTICLE

Drugs Aging 2009; 26 (12): 1013-1028  
1170-229X/09/0012-1013/\$49.95/0

© 2009 Adis Data Information BV. All rights reserved.

## Interventions that can Reduce Inappropriate Prescribing in the Elderly A Systematic Review

*Sukhpreet Kaur,<sup>1</sup> Geoffrey Mitchell,<sup>2</sup> Luis Vitetta<sup>3</sup> and Michael S. Roberts<sup>1</sup>*

1 Therapeutics Research Unit, School of Medicine, University of Queensland, Woolloongabba, Queensland, Australia

2 School of Medicine, Central Clinical Division, University of Queensland, Woolloongabba, Queensland, Australia

3 School of Medicine, University of Queensland, Woolloongabba, Queensland, Australia

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA DEFINICIÓN Y REVISIÓN



# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA DEFINICIÓN Y REVISIÓN

## GOOD PALLIATIVE-GERIATRIC PRACTICE ALGORITHM FOR DRUG DISCONTINUATION

Ha demostrado utilidad en  
pacientes en Residencias:  
□ Mortalidad y Morbilidad

Quedaba por demostrar la utilidad  
en ancianos residentes en la  
Comunidad

### Original Articles

#### **The war against Polypharmacy: A New Cost-Effective Geriatric-Palliative Approach for Improving Drug Therapy in Disabled Elderly People**

IMAJ • Vol 9 • June 2007

Doron Garfinkel MD<sup>1</sup>, Sarah Zur-Gil MA<sup>2</sup> and Joshua Ben-Israel MD<sup>3</sup>

Grupo de Estudio: 119 pacientes  
Grupo Control: 71 pacientes

Seis Residencias asistidas

Retiraron 332 fs ( $x = 2.8/\text{pac}$ )

Mortalidad 1 año: 21% vs 45%  
Morbilidad (Urg): 11.8% vs 30%

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA DEFINICIÓN Y REVISIÓN

## GOOD PALLIATIVE-GERIATRIC PRACTICE ALGORITHM FOR DRUG DISCONTINUATION

Ha demostrado utilidad en  
pacientes en Residencias:  
□ Mortalidad y Morbilidad

Quedaba por demostrar la  
utilidad en ancianos residentes  
en la Comunidad

### LESS IS MORE

## Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults

*Addressing Polypharmacy*

ARCH INTERN MED/VOL 170 (NO. 18), OCT 11, 2010

Doron Garfinkel, MD; Derelie Mangin, MBChB

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## DEFINICIÓN Y REVISIÓN

### GOOD PALLIATIVE-GERIATRIC PRACTICE ALGORITHM FOR DRUG DISCONTINUATION

LESS IS MORE

**Feasibility Study of a Systematic Approach  
for Discontinuation of Multiple Medications  
in Older Adults**

*Addressing Polypharmacy*

ARCH INTERN MED/VOL 170 (NO. 18), OCT 11, 2010

Doron Garfinkel, MD; Derelie Mangin, MBChB

$X = 7.7$  fs

19 meses seg.

Retiran 311 fs en 64 ps  
 $x = 4.4$  fs/pac

Sólo 2% deben reintroducirla

Quedaba por demostrar la utilidad  
en ancianos residentes en la  
Comunidad

Éxito en retirada: 81%

Ningún EA o muerte por  
desprescripción

88% pac: Mejora global en  
salud



# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## DEFINICIÓN Y REVISIÓN

QUÉ FÁRMACOS  
RETIRAN:

HTA

Nitratos

IBP

BZD

AINE<sub>s</sub>

Hipoglucemiantes

Hipolipemiantes

Antidepresivos

Antipsicóticos

Digoxina

Diuréticos

ACO

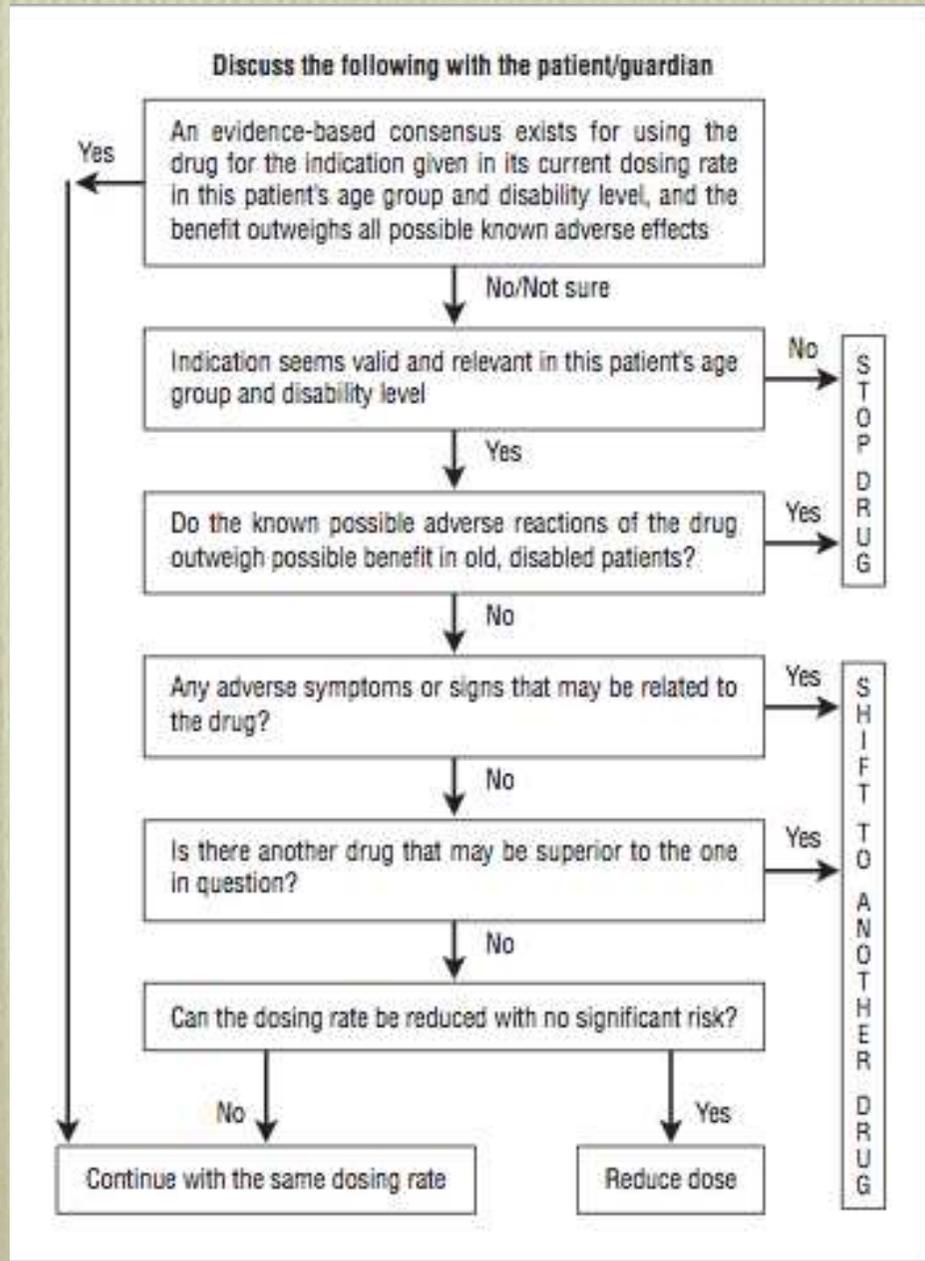
AAS

Pentoxifilina

Potasio

Fe

Vitaminas



# DESPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

I) INTRODUCCIÓN

II) DEFINICIÓN Y REVISIÓN

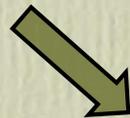
**III) NUEVA PROPUESTA**

IV) CASOS PRÁCTICOS

V) GRUPO CRONOS SEMI-SEFH

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA NUEVA PROPUESTA

SITUACIÓN  
FUNCIONAL Y  
CLÍNICA



Contexto  
sociofamiliar



## DESPRESCRIPCIÓN



Centrado en la mejora de  
resultados orientados al  
paciente



- Calidad de vida
- Situación de fragilidad
- Expectativas de vida

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

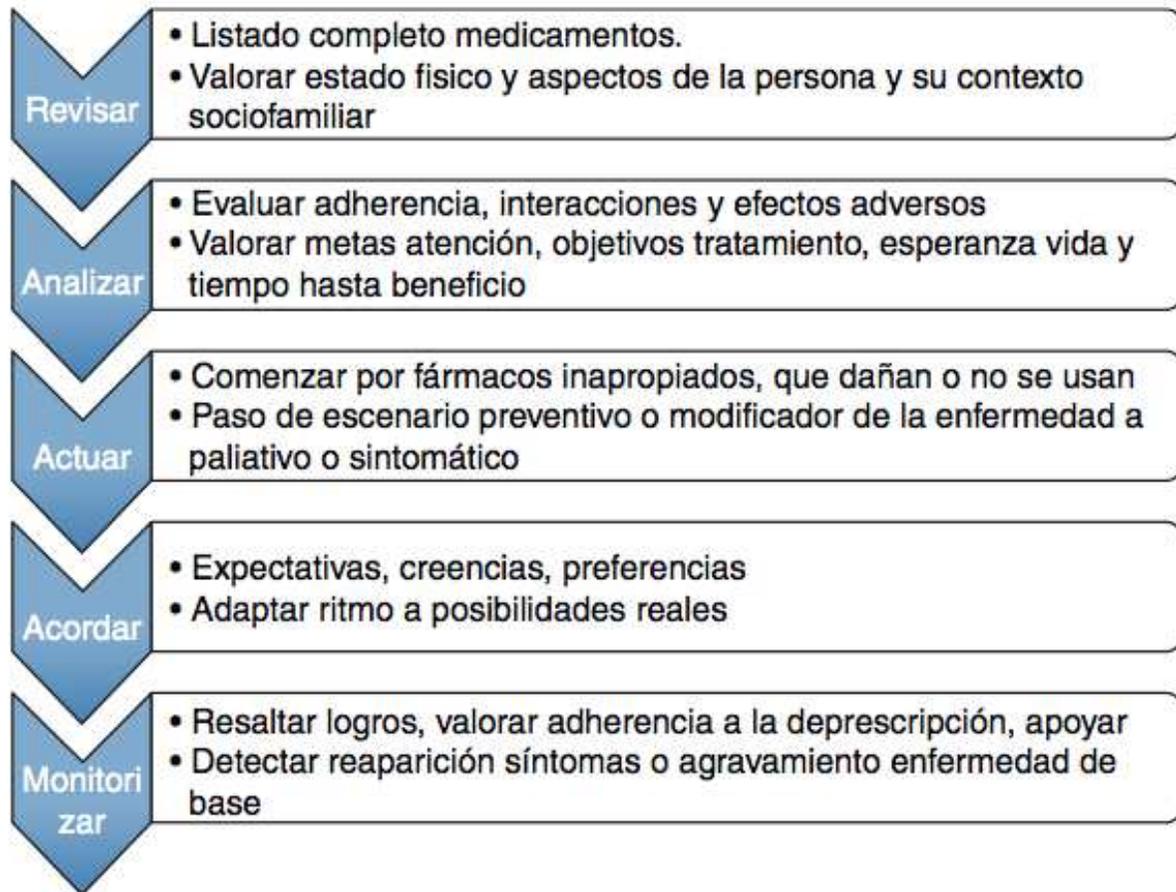
## NUEVA PROPUESTA

### Pasos a seguir:

- 1.- Listado fiel de la Medicación
- 2.- Valoración global de la persona y su entorno
- 3.- Redefinir el Plan terapéutico: adherencia, interacciones, y eventos adversos
- 4.- Valorar metas, objetivos del tratamiento, esperanza de vida y tiempo hasta beneficio
- 5.- Valorar deseos del paciente y experiencias previas. Y contexto sociofamiliar
- 6.- Pactar qué desprescribir y el ritmo
- 7.- Detectar y evitar las complicaciones derivadas de la desprescripción

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA NUEVA PROPUESTA

## Pasos a seguir:



**Figura 1.** Fases del proceso de deprescripción de medicamentos.  
Adaptado de Hardy et al.<sup>12</sup>.

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA NUEVA PROPUESTA

## REQUERIMIENTOS:

- 1.- Conocer bien al paciente
- 2.- Tener buenas evidencias científicas
- 3.- Conocer bien la farmacología de los medicamentos
- 4.- Conocer bien los condicionantes no farmacológicos de las medicaciones prescritas (aspectos psicológicos, funcionamiento del sistema sanitario, recursos, expectativas, etc.)
- 5.- Hacer seguimiento estrecho

**POR TANTO, CONSIDERA ASPECTOS DE LA PERSONA Y SU ENTORNO AL MISMO TIEMPO QUE LOS BIOMÉDICOS**

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA NUEVA PROPUESTA

## FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS:

**AUNQUE EL CONSUMO DE FÁRMACOS ES MUCHO MAYOR EN ANCIANOS, ESTÁN INFRARREPRESENTADOS EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS**

**LOS DE PEOR PRONÓSTICO, PLURIPATOLOGÍA, FRAGILIDAD O INMOVILIDAD ESTÁN SISTEMÁTICAMENTE EXCLUIDOS**

**POR TANTO LOS EC TIENDEN A SOBRESTIMAR LOS BENEFICIOS E INFRAVALORAR LOS POSIBLES RIESGOS**

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA NUEVA PROPUESTA

## ESTATINAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA CV:



**NIH Public Access**  
**Author Manuscript**  
*Ann Intern Med.* Author manuscript; available in PMC 2011 April 20.

Published in final edited form as:  
*Ann Intern Med.* 2010 April 20; 152(8): 488–W174. doi:10.1059/0003-4819-152-8-201004200-00005.

**Rosuvastatin for primary prevention in older individuals with high C-reactive protein and low LDL levels: exploratory analysis of a randomized trial**

Robert J Glynn, ScD<sup>1</sup>, Wolfgang Koenig, MD<sup>3</sup>, Børge G. Nordestgaard, MD<sup>4</sup>, James Shepherd, MD<sup>5</sup>, and Paul M Ridker, MD<sup>1,2</sup>

NIH-PA Author Manuscript

Las recomendaciones en ancianos se basan en este estudio, interrumpido prematuramente, y consistente en un análisis posthoc en prevención primaria en > 70 años

Ambos con tendencia a sobreestimar los resultados

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA NUEVA PROPUESTA

## ESTATINAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA CV:

ARTICLES

---

**Articles** THE LANCET • Published online November 19, 2002

**@ Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial**

*James Shepherd, Gerard J Blauw, Michael B Murphy, Edward L E M Bollen, Brendan M Buckley, Stuart M Cobbe, Ian Ford, Allan Gaw, Michael Hyland, J Wouter Jukema, Adriaan M Kamper, Peter W Macfarlane, A Edo Meinders, John Norrie, Chris J Packard, Ivan J Perry, David J Stott, Brian J Sweeney, Cillian Twomey, Rudi G J Westendorp, on behalf of the PROSPER study group\**

Único estudio con estatinas realizado íntegramente en ancianos:

- No incluye pac frágiles, IRC o inmovilización
- Aquellos que NO han tenido eventos CV previos, no tienen beneficio clínico

	Placebo		Pravastatin		Hazard ratio (95% CI)	p*
	Total number	Number with event (%)	Total number	Number with event (%)		
Previous vascular disease†						
No	1654	200 (12.1)	1585	181 (11.4)	0.94 (0.77–1.15)	0.19
Yes	1259	273 (21.7)	1306	227 (17.4)	0.78 (0.66–0.93)	

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA NUEVA PROPUESTA

## ESTATINAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA CV:

ARTICLES

---

**Articles** THE LANCET • Published online November 19, 2002

**@ Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial**

*James Shepherd, Gerard J Blauw, Michael B Murphy, Edward L E M Bollen, Brendan M Buckley, Stuart M Cobbe, Ian Ford, Allan Gaw, Michael Hyland, J Wouter Jukema, Adriaan M Kamper, Peter W Macfarlane, A Edo Meinders, John Norrie, Chris J Packard, Ivan J Perry, David J Stott, Brian J Sweeney, Cillian Twomey, Rudi G J Westendorp, on behalf of the PROSPER study group\**

Aunque en el global de pacientes la mortalidad CV mejora ligeramente, la mortalidad global no se modifica

Deaths				
Coronary heart disease	122 (4.2)	94 (3.3)	0.76 (0.58-0.99)	0.043
Stroke	14 (0.5)	22 (0.8)	1.57 (0.80-3.08)	0.19
Vascular	157 (5.4)	135 (4.7)	0.85 (0.67-1.07)	0.16
Non-vascular	149 (5.1)	163 (5.6)	1.11 (0.89-1.38)	0.38
Cancer	91 (3.1)	115 (4.0)	1.28 (0.97-1.68)	0.082
Trauma or suicide	7 (0.2)	2 (0.1)	N/A	N/A
All causes	306 (10.5)	298 (10.3)	0.97 (0.83-1.14)	0.74

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## NUEVA PROPUESTA

### FUNDAMENTOS ÉTICOS:

Puede evitar eventos adversos, morbilidad y mortalidad: **no maleficiencia**

Puede evitar mala adherencia y costes ineficaces: **justicia distributiva**

Ciertos tratamientos en ancianos es controvertido: **dudosa beneficiencia**

# DESPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

I) INTRODUCCIÓN

II) DEFINICIÓN Y REVISIÓN

III) NUEVA PROPUESTA

**IV) CASOS PRÁCTICOS**

V) GRUPO CRONOS SEMI-SEFH

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA CASOS PRÁCTICOS

## CÓMO REALIZAR LA DESPRESCRIPCIÓN

 CARE OF THE AGING PATIENT:  
FROM EVIDENCE TO ACTION

CLINICIAN'S CORNER

1592 JAMA, October 13, 2010—Vol 304, No. 14

**Managing Medications  
in Clinically Complex Elders**  
“There’s Got to Be a Happy Medium”

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## CASOS PRÁCTICOS

### CÓMO REALIZAR LA DESPRESCRIPCIÓN

#### PATIENT'S STORY

Mr L is an 84-year-old man with dementia and a medical history of atrial fibrillation, diabetes mellitus, hypertension, hyperlipidemia, chronic kidney disease, gastritis, and gastroesophageal reflux disease. His past surgeries include a transurethral bladder resection for bladder cancer with subsequent urinary incontinence and a lumbar decompression for spinal stenosis in 2008.

Mr L lives with his wife, Mrs L, who also cares for him. He is a retired writer and editor and a lifelong tennis player. On first presentation, his initial concerns were forgetfulness, difficulty walking, and falling. His wife reported that he was "doing almost nothing," maintaining a sedentary lifestyle at home, and following her around. He needed considerable help with bathing and dressing, some assistance with toileting and transferring, and was dependent in most instrumental activities of daily living including shopping, housekeeping, and preparing meals. Mrs L hired a home health aide for several hours a day to help alleviate the substantial burden of caregiving.

At his initial visit, Mr L's blood pressure was approximately 135/60 mm Hg, his heart rate (beats/min) was in the 50s, and his estimated creatinine clearance was 42 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>. He scored 13 of 29 points on a Folstein Mini-Mental State Examination (MMSE) performed shortly before the visit, consistent with Dr S's clinical impression of moderately severe cognitive impairment. His oral medications were glyburide, 2.5 mg; digoxin, 0.125 mg; warfarin (varying dose); etodolac, 400 mg; docusate sodium, 100 mg; a multivitamin and iron, each taken daily; memantine, 10 mg; metoprolol, 25 mg; and gabapentin, 300 mg; twice daily; essential fatty acids, 3 times daily; and on an as-needed basis, acetaminophen, 650 mg every 6 hours; and lactulose, for a total of 13 medications at 16 scheduled doses per day.

**Table 3.** Matching Mr L's Conditions and Medications<sup>a</sup>

Condition	Drug Given for Condition	Potential Problem <sup>a</sup>	Notes
Dementia	Memantine 10 mg twice daily	Potentially unnecessary	Withdrawal trial later attempted, which suggested that memantine provided benefit, so restarted
Atrial fibrillation	Digoxin 125 µg daily  Metoprolol 25 mg twice daily Warfarin (varying dose)	Probably unnecessary, potentially harmful	Likely not needed for rate control while also taking a β-blocker and may be contributing to falls and cognitive and functional decline (drug-disease interaction)  Will help manage hypertension Prothrombin time international normalized ratio is well-controlled with help of anticoagulation clinic; given this, reduction in risk of stroke exceeds risk of serious bleeding complications
Diabetes mellitus	Glyburide 2.5 mg daily	Probably unnecessary, potentially harmful	Likely not needed due to good control of hemoglobin A <sub>1c</sub> (guidelines recommend goal A <sub>1c</sub> level of 7%-8% in older patients; overly aggressive control yields more harm than benefits); any dosage of glyburide inappropriate given risk of hypoglycemia in patients with chronic kidney disease
Hypertension	Metoprolol 25 mg twice daily		Also used for atrial fibrillation
Hyperlipidemia	Essential fatty acids 3 times daily	Potential underuse of statin therapy	Statin therapy reduces cardiovascular events in high-risk populations, may slow progression of vascular dementia; however, is controversial in patients with limited life expectancy and may be inappropriate if goals of care are focused on palliating current symptoms
Chronic kidney disease			Angiotensin-converting enzyme inhibitor may be considered but not strongly indicated in absence of proteinuria; ensure that drugs are dosed for renal function
Gastritis, gastroesophageal reflux disease		Potential underuse	If symptomatic and refractory to lifestyle modification, consider proton pump inhibitor or H <sub>2</sub> blocker

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA CASOS PRÁCTICOS

All Wales Medicines Strategy Group  
Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan



**Polypharmacy:  
Guidance for  
Prescribing in Frail  
Adults**

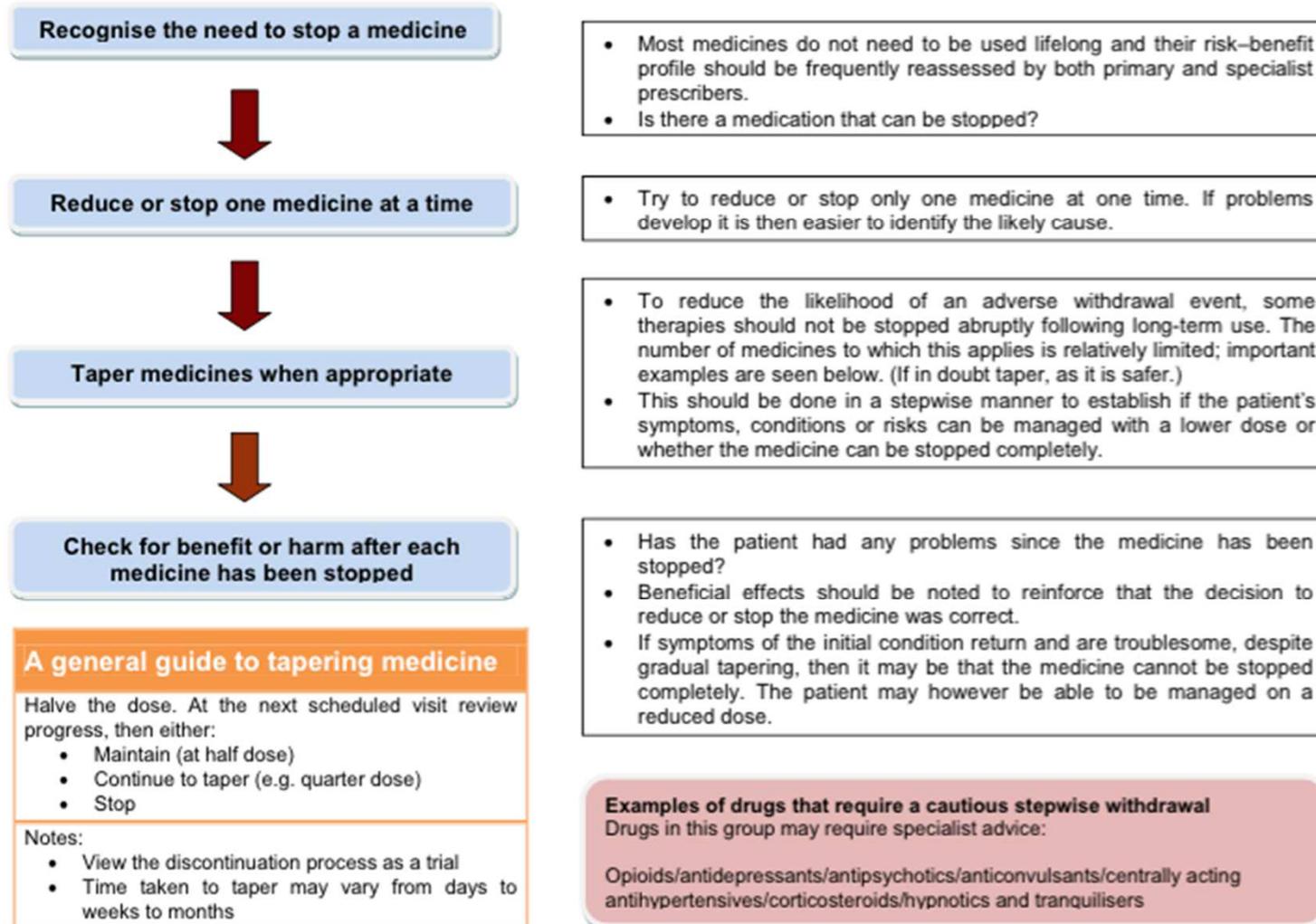
July 2014

**POLIFARMACIA:  
Guía de prescripción en  
adultos frágiles**

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA CASOS PRÁCTICOS

Polypharmacy: Guidance for Prescribing in Frail Adults

Figure 2. A Practical Guide to Stopping Medication in the Elderly<sup>25</sup>



# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## CASOS PRÁCTICOS

All Wales Medicines Strategy Group

### Antihypertensives<sup>17</sup>

#### Why consider stopping?

- Check if there is a valid indication for prescribing – is the blood pressure (BP) at a normal level or too low?
- Do the known possible ADRs outweigh the possible benefits? E.g. risk of falls; loop diuretic for ankle oedema – following an appropriate assessment, would compression hosiery be more appropriate?

#### General tapering guide

- If > one antihypertensive is used, stop one at a time, maintaining the dose of the others without change. Restart antihypertensives if BP increases above 90 mm Hg diastolic and/or 150 mm Hg systolic (160 mm Hg if no organ damage).

#### Withdrawal effect:

- Wide range depending on the specific medicine and the condition being treated.
- Beta-blockers are often associated with adverse withdrawal events. Abrupt withdrawal may cause rebound hypertension, tachycardia, arrhythmia or angina. Gradual dose reduction is required

### Benzodiazepines<sup>15</sup>

#### Why consider stopping?

Regular and prolonged use should be avoided because of the risk of tolerance to effects, dependence and an increased risk of adverse effects.

#### General tapering guide

Withdrawal should be gradual in steps of about one-eighth (range one-tenth to one-quarter) of the daily dose every fortnight.

1. Transfer patient to equivalent daily dose of diazepam, preferably at night.
2. Reduce diazepam dose every 2–3 weeks; if withdrawal symptoms occur, maintain this dose until symptoms improve.
3. Reduce dose further, if necessary in smaller steps; it is better to reduce too slowly rather than too quickly.
4. Stop completely; period needed for withdrawal can vary from about four weeks to a year or more.

#### Approximate equivalent doses, **diazepam 5 mg**

- |                            |                   |
|----------------------------|-------------------|
| • Chlordiazepoxide 15 mg   | • Nitrazepam 5 mg |
| • Loprazolam 0.5 mg–1 mg   | • Oxazepam 15 mg  |
| • Lorazepam 0.5 mg–1 mg    | • Temazepam 10 mg |
| • Lormetazepam 0.5 mg–1 mg |                   |

#### Withdrawal effects

- These may develop at any time up to three weeks after stopping a long-acting benzodiazepine, but may occur within a day in the case of a short-acting one.
- Characterised by insomnia, anxiety, loss of appetite and of body-weight, tremor, perspiration, tinnitus, and perceptual disturbances. Some symptoms may be similar to the original complaint and encourage further prescribing; some symptoms may continue for weeks or months after stopping benzodiazepines.
- Seek advice from benzodiazepine withdrawal service if one in your area.

Useful link:

[www.wemerec.org/Documents/enotes/WithdrawingBenzodiazepine2009.pdf](http://www.wemerec.org/Documents/enotes/WithdrawingBenzodiazepine2009.pdf)

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## CASOS PRÁCTICOS

Polypharmacy: Guidance for Prescribing in Frail Adults

### Acid suppressants

#### Why consider stopping?

- PPIs have been implicated with an increased risk of infection including pneumonia and *C. difficile*.
- More recently reports have also highlighted potential increases in bone fracture rates, hyponatraemia and hypomagnesaemia seen in patients taking long-term PPIs.

#### General tapering guide

- Tapering the dose of an acid suppressant (both PPIs and H<sub>2</sub>RAs) is recommended because of the risk of rebound hypersecretion of gastric acid.
- A step down approach can be employed for certain patients, alongside recommendations for appropriate trials of antacids or alginates and lifestyle changes.
- Halve the dose for 4–8 weeks then stop (or step down to a less potent agent).

#### Withdrawal effects

- Rebound hypersecretion (which may last up to 6–8 weeks)
- If rebound hyperacidity is mistaken for a return of the underlying condition then acid suppressants may be restarted unnecessarily

Useful link: [www.wemerec.org/Documents/enotes/StoppingPPIsenotes.pdf](http://www.wemerec.org/Documents/enotes/StoppingPPIsenotes.pdf)

### Bisphosphonates<sup>17</sup>

#### Why consider stopping?

- Check if there is a valid indication for prescribing.
- Has treatment been taken for five years or more?
- Do the known possible ADRs outweigh the possible benefits?
- If the patient is at low risk of falls, are these still needed?
- Prolonged immobility is a risk factor for low bone mineral density.
- Compliance is often poor.
- Alendronate can be stopped abruptly without the need for tapering.

Useful link:

[www.wemerec.org/Documents/enotes/Stoppingbisphosphonatese-notes.pdf](http://www.wemerec.org/Documents/enotes/Stoppingbisphosphonatese-notes.pdf)

### Statins

#### Why consider stopping?

The decision to stop a statin is based on an assessment of individual benefits and risks.

- Stopping may be justified in a person at relatively low risk of a cardiovascular event, who is also poorly compliant or experiencing troublesome adverse effects.
- Statins should be stopped in palliative patients.

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## CASOS PRÁCTICOS

Indication/medication	NNT per annum	To do what	Notes
<b>ACE INHIBITORS</b>			
Elevated vascular risk (normal LV function)	280	Prevent one death (all causes)	Trial ran for 5 years
Impaired LV function – mild/moderate	30	Prevent one death (all causes)	Likely <b>symptomatic</b> benefit

<b>STATINS</b>	<b>NNT per annum</b>	<b>To do what</b>	<b>Notes</b>
MI or angina	80–170	Prevent one major coronary event	No difference in mortality to 5 years
Post stroke (atorvastatin 80 v placebo)	165	Prevent one cardiovascular event	No difference in mortality to 5 years

<b>Tight HbA1c control strategies</b>			
<i>Microvascular risk</i>			
ADVANCE (HbA1c 7.3% v 6.5%)	333	Prevent one microvascular event (predominantly retinal)	Trial ran for 5 years
UKPDS (HbA1c 7.9% v 7%)	200	Prevent one microvascular event (predominantly retinal)	Trial ran for 10 years

# DESPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

I) INTRODUCCIÓN

II) DEFINICIÓN Y REVISIÓN

III) NUEVA PROPUESTA

IV) CASOS PRÁCTICOS

**V) GRUPO CRONOS SEMI-SEFH**

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## GRUPO CRONOS: SEMI-SEFH

### DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA LA DESPRESCRIPCIÓN EN PAC PLURIPATOLÓGICOS

- Metodología rand/ucla
- Revisión estructurada de la literatura
- Importancia del pronóstico: índice profund
- Diferentes escenarios:
  - ttos. Preventivos, curativos o paliativos
- Panel de expertos

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## GRUPO CRONOS: SEMI-SEFH

### DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA LA DESPRESCRIPCIÓN EN PAC PLURIPATOLÓGICOS

Nº	Fármaco-indicación	Condición de desprescripción	Variables salud	Seguimiento	Pronóstico	Solidez de la evidencia que lo apoya	Utilidad en el paciente pluripatológico	Aplicabilidad en la práctica clínica
15	ACOs-Fibrilación auricular	Demencia avanzada	Análisis de INR	6 meses	P < 11 ptos	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
16					P > 11 ptos	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

Nº	Fármaco-indicación	Condición de desprescripción	Variables salud	Seguimiento	Pronóstico	Solidez de la evidencia que lo apoya	Utilidad en el paciente pluripatológico	Aplicabilidad en la práctica clínica
53	NITRATOS TRANSCUTÁNEOS-Angor	Ausencia de episodios de ángor desde hace 6 meses	Episodio de ángor	1 mes	P < 11 ptos	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
54					P > 11 ptos	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

# DESPRESCRIPCIÓN Y PLURIPATOLOGÍA

## GRUPO CRONOS: SEMI-SEFH

### DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA LA DESPRESCRIPCIÓN EN PAC PLURIPATOLÓGICOS

Nº	Fármaco-indicación	Condición de desprescripción	Variables salud	Seguimiento	Pronóstico	Solidez de la evidencia que lo apoya	Utilidad en el paciente pluripatológico	Aplicabilidad en la práctica clínica
55	ESTATINAS- Prevención 1ª	Mayores de 80 años	Niveles HDL/LDL Evento CV	1 año	P < 11 ptos	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
56					P > 11 ptos	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

Nº	Fármaco-indicación	Condición de desprescripción	Variables salud	Seguimiento	Pronóstico	Solidez de la evidencia que lo apoya	Utilidad en el paciente pluripatológico	Aplicabilidad en la práctica clínica
109	ANTICOLINESTERÁSICOS- Enf Alzheimer	Alzheimer moderado avanzado. GDS>6	Agitación, alteración conductual	2 meses	P < 11 ptos	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
110					P > 11 ptos	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9



**XXXV**

**Congreso Nacional de la Sociedad  
Española de Medicina Interna (SEMI)**

IV Congreso Ibérico de Medicina Interna

II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia



19-21 Noviembre 2014

Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas  
Murcia

**MUCHAS GRACIAS**