



DEPRESCRIPCIÓ EN LA GENT GRAN

Jose Miguel Baena Díez
Metge de Família CAP La Marina, Institut Català de la Salut
Membre del grup de Gent Gran de la CAMFIC
Membre Grupo del PAPPS del Mayor

Una cabra com a tractament





- Una dona, gran i molt creient, es va apropar al seu confesor per cercar consell
- -Pare- Com vostè sap, som pobres i la meua casa és molt petita. Tinc 7 fills i a casa també viu el meu germà amb els seus fills.
- -No podem menjar només amb lo que dona el camp, les gallines i les cabres, però , sobre tot, no tenim lloc en una casa tan petita.
- -Que puc fer?





- El cura li va respondre:
- -Fica les cabres dintre de la casa-





- La dona va seguir el consell, però al poc temps no va aguantar més i va tornar a l'església
- -Pare, no aguantem més, les cabres es menjan el poc que tenim, enbruten la casa... es tornarem boixos!
- Qué puc fer?





- El cura li va respondre:
- -Filla meva, treu les cabres fora de casa-





- Pasat un mes la dona va tornar a veure al cura:
- -Gràcies pare, ara estem molt bé, contents i tranquils a la meva casa-



Qué passa moltes vegades? Igual que en la història de les cabres

- De vegades posem tractaments que donen símptomes iguals o pitjors als de la malaltia (o suposada "malaltia") que volem curar.
- Quan suspenem aquest tractament els pacients milloren espectacularment i es conformen amb els símptomes inicials.



Algunes dades

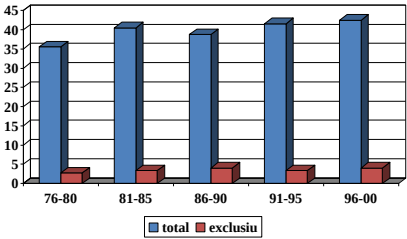
- Població >65 anys: 17% i es duplicarà els proxims 40 anys (seran el 30% de la població)
- >70% del consum de fàrmacs >65 anys
- Major rics de interaccions i reaccions adverses a medicaments (RAM) degut a :
 - Polifarmàcia
 - Comorbiditat (36% >3 malalties cròniques)
 - Alteracions farmacocinètiques
 - Alteracions farmacodinàmiques
 - Disminució reserva funcional



“Medallero farmacològic”



Farmacoteràpia en la gent gran
Proporció assaigs clínics incloent >65 anys





Problemes de la prescripció gent gran

Interaccions

- Molt freqüents en la gent gran:
 - 14,4% si no hi ha polifarmàcia
 - 28,5% si hi ha polifarmàcia
 - 43% en avis hospitalitzats
- La meitat son clínicament rellevants
- Augmenten amb:
 - Edat
 - Nombre de fàrmacs
 - Nombre de metges prescriptors
 - Certes patologies: HTA, DM2, Malalties cardiovasculars, Parkinson



Incompliment o manca d'adherència terapèutica

- Molt freqüent: 29%-66% de pacients amb tractament antihipertensiu, per exemple
- Factor independent de mortalitat:
 - Bona adherència: OR de 0,56
 - Però: bona adherència placebo OR de 0,55!
 - Hi ha un factor associat al compliment!
- Afavorida per diversos factors:
 - Remissió dels símptomes
 - Desconeixement de les patologies
 - Manca d'informació sobre el tractament
 - Dèficits sensorials, perdua de memòria, soletat...



Reaccions adverses a medicaments (RAM)

- Molt freqüents:
 - Període 1983-2008 a Catalunya: 28.000 RAM notificades espontàneament : 1/3 en >65 anys
 - 5% quan es consumeix un fàrmac i quasi el 100% quan es consumeixen 10 o més.
- Factors de risc: edat, sexe....i sobre tot comorbiditat i polifarmàcia
- Produïdes bàsicament per:
 - Elevació de la concentració (canvis farmacocinètics)
 - Alteracions corba dosis-resposta (canvis farmacodinàmics)



Medicació inapropiada o inadequada.

- Fa referència als fàrmacs que NO es tindrien que donar en la gent gran per:
 - Risc elevat de RAM e interaccions
 - Ineficàcia en la gent gran.
- La prevalença del seu consum es del 21,3% en població general i del 40% en residències.
- Alta variabilitat entre països europeus: 5,8% a Dinamarca i 41% a Txèquia
- Es un factor independent de hospitalització i de mortalitat en la gent gran institucionalitzada



Polifarmàcia

- Utilització de 4 o més fàrmacs a diari (5 o més segons altres autors)
- Ús de més fàrmacs dels indicats clínicament de manera correcta: concepte de polifarmàcia evitable.
- Augment del risc de:
 - Mortalitat als 6 mesos ingrès hospitalari
 - Ingrès per RAM
 - Dèixar de donar els fàrmacs ben indicats
 - Incompliment terapèutic
 - “Cascada medicamentosa”



Exemples de “cascades” medicamentoses

Medicine	Adverse drug reaction	Second medicine prescribed to treat adverse drug reaction of first medicine
Cholinesterase inhibitor ¹⁷	Incontinence	Anticholinergics (e.g. oxybutynin)
Vasodilators, diuretics, beta blockers, calcium channel blockers, ACE inhibitors, NSAIDs, capsaicin analgesics, sedatives, statins ¹⁸	Dizziness	Prochlorperazine
NSAIDs ¹⁹	Hypertension	Antihypertensives
Thiazide diuretics ⁴	Hypokalaemia, gout	Allopurinol or colchicine
Metoclopramide ⁴	Movement disorder	Levodopa
ACE inhibitor ^{1, 16}	Cough	Cough suppressant and/or antibiotic
Paracetamol, fentanyl ¹⁵	Tensor	Levodopa, carbamazepine
Erythromycin ²⁰	Arrhythmia	Antiarrhythmics
Antiepileptic medicines ¹¹	Rash	Topical corticosteroids
Antiepileptic medicines ¹¹	Nausea	Metoclopramide, domperidone
Digoxin, nitrates, loop diuretics, ACE inhibitors, oral corticosteroids, antibiotics, NSAIDs, capsaicin analgesics, methylxanthines (e.g. theophylline) ²¹	Nausea	Metoclopramide
Antipsychotics ²²	Extrapyramidal adverse effects	Levodopa, anticholinergics

NSAIDs non-steroidal anti-inflammatory drugs ACE angiotensin converting enzyme

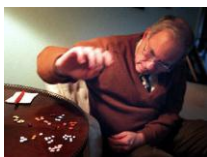




Deprescripció

Deprescripció: concepte

- Tracta de trobar la millor relació benefici/risc en base a la millor evidència disponible
- I si no la trovem... aplicar la màxima del sentit comú
- Es basa en que una proporció molt elevada de fàrmacs prescrits en avis polimedicats son inadequats/ineficaços



Carrèga
terapèutica
raonable



Deprescripció: objectius del tractament gent gran

- Reduir la morbimortalitat
- Millorar la qualitat de vida
- Millorar la funcionalitat
- Si no s'aconsegueix la abstenció terapèutica per ser lícita, en base a la ètica de la professió:
 - Principi de beneficència
 - Principi de no maleficiència
 - Respecte de la autonomia
 - Justícia



Cal tractar TOT?



Cal tractar TOT?

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Feasibility of Treating Prehypertension with an Angiotensin-Receptor Blockler

Steve Julius, M.D., Sc.D., Shweta D. Nesbitt, M.D., Brent M. Egan, M.D., Michael A. Weber, M.D., Eric L. Michelson, M.D., Niko Kaciroti, Ph.D., Henry R. Black, M.D., Richard H. Grimm, Jr., M.D., Ph.D., Franz H. Messerli, M.D., Suzanne Oparil, M.D., and M. Anthony Schork, Ph.D., for the Trial of Preventing Hypertension (TROPHY) Study Investigators*

N Engl J Med 2006;354:1685-97.

CONCLUSIONS

Over a period of four years, stage 1 hypertension developed in nearly two thirds of patients with untreated prehypertension (the placebo group). Treatment of prehypertension with candesartan appeared to be well tolerated and reduced the risk of incident hypertension during the study period. Thus, treatment of prehypertension appears to be feasible. (ClinicalTrials.gov number, NCT00227318.)

Deprescripció: Que passa? Estudis observacionals

- Schöenberg et al (1994): Pasar de 9 a 6 fàrmacs NO va modificar la mortalitat en avis institucionalitzats
- Garfinkel et al (2010): Pasar de 7,7 a 4,4 fàrmacs en avis de la comunitat:
 - No va modificar la mortalitat
 - No diferències en efectes secundaris
 - Milloria subjectiva salut





Deprescripció i fragilitat

Deprescripció: Son iguals els objectius terapèutics en les persones molt grans o amb fragilitat?

Quan mes millor?

- Edat >80 anys
- Hospitalització recent
- Deteriorament cognitiu
- Patologies incapacitants
- Comorbiditats importants
- Dèficit suport social/soletat/viudetat
- Caigudes
- Polifarmàcia





Proposta de deprescripció

Fàrmac	Evidència eficàcia gent gran?	Eficàcia si fragilitat/demència?	Relació risc/benefici favorable?	RAM pel fàrmac?	Hi ha una alternativa millor?	NNT raonable?	Sobre-tractament? Objectius raonables	Decisió Control

Cas Clínic 1: Ana Maria, 82 anys

- Diabetes mellitus 2
- Coxartrosi i gonartrosi
- Asma
- IAM
- Obesitat
- Depressió
- HTA
- Incontinència urinària
- PA 124/54 mmHg
- Glicada 6,4%
- CT 112, HDL 36, LDL 65 mg/dl
- Daonil 5: 1c/12h
- Metformina EFG: 1c/8h **N=14**
- Dolocatil 1 gr/3c/dia
- Airtal 100: 1c/12h
- Budesonida 200: 1/12h
- Salmeterol: 2/12h
- Atorvastatina 80 mg: 1c/24h
- Losartan+HCTZ (50/12,5): 1c/24h
- Tromalyt 150: 1c/24h
- Nitroderm TTS 5: 1p/24h
- Masdil R 120: 1c/12h
- Prisdal 30: 1c/24h
- Omeprazol 20: 1c/24h
- Absorbents orina (2 al dia)
- Diazepam 5: 1c/24h

HTA pacients de >80 anys

- Pocs estudis (Hyvet i anàlisis d'altres estudis)
- Prevalença del 65%
- Hyvet: reducció d'esdeveniments amb un objectiu de TAS <150 mm Hg
- Metaregressió: els estudis amb baixades de TAS elevades (15-25 mm Hg) no van disminuir la morbimortalitat, però els que la van disminuir <10-15 mm Hg sí que foren efectius.
- Per tant:
 - 1. Iniciar TTO amb una tiazida
 - 2. Afegir com a màxim un 2º fàrmac (IECA)
 - 3. Objectiu: TAS <150 mm Hg o reduir-la 10-15 mm Hg



Prevenció secundària IAM

- Prevalença del 5-10% en >65 anys
- En principi: AAS, BB, Estatina e IECA
- No hi han estudis en >82 anys amb estatines (prevenció primària i secundària)
- Cap evidència dels nivells de LDL: "Give and Forget"
- Freqüent miopatia gent gran dosis elevades
- Individualitzar tractament
- Dosis "raonables": cal donar atorvastatina 80 mg?



Diabetis

- Prevalença del 15% en >65 anys
- Bon control si HBA1c <7% però si hi ha fragilitat aquest objectiu pot augmentar el risc de caigudes
- Mateixos resultats si el objectiu es <8%, però amb menys hipoglicèmies.
- No augment de les hiperglicèmies
- European Diabetes Working Party for Older Persons y American Geriatrics Society: objectiu 8%



Cas Clinic 1: Ana Maria, 82 anys

Proposta

- Diabetes mellitus 2
- Coxartrosi i gonartrosis
- Asma
- IAM
- Obesitat
- Depressió
- HTA
- Incontinència urinària
- PA 124/54 mmHg
- Glicada 6,4%
- CT 112, HDL 36, LDL 65 mg/dl
- Metformina EFG: 1c/8h **N=7-11**
- Dolocatil 1 gr/3c/dia?
- Probar opioide (tramadol, parches)
- Budesonida+B2 : 1-2/12h
- Simvastatina 20-40 mg: 1c/24h ?
- Losartan+HCTZ (50/12,5): 1c/24h si cal
- Tromalyt 150: 1c/24h
- Bisoprolol 5: 1c/24h
- Prisdal 20: 1c/24h (o mirtazapina)
- Omeprazol 20: 1c/24h
- Absorvents orina (2 al dia)
- Lorazepam 1 mg: 1c/24h si cal

Cas Clinic 2: Juana, 80 anys

- Coxartrosi i gonartrosis
- Osteoporosis (DMO)
- Asma
- Obesitat
- Depressió
- Hipercolesterolemia
- Cataractes (Pte cirurgia)
- Paracetamol 1 gr/3c/dia
- Tramadol 50: 1c/12h
- Calcium S. forte D: 1c/d
- Acid alendrònic EFG: 1c/setmanal
- Budesonida 200: 1/12h
- Atrovent: 1/12h
- Ventolin a demanda
- Simvastatina 40 mg: 1c/24h
- Paroxetina 20: 1c/24h
- Omeprazol 20: 1c/24h
- Diazepam 5: 1c/24h **N= 11**
- PA 136/84 mmHg
- CT 242, HDL 102, LDL 155 mg/dl

Dislipèmies

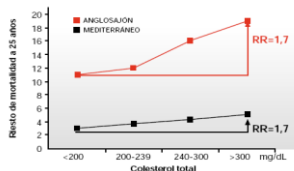


Tabla 2. Resultados del metanálisis de Thavendiranathan et al. Arch Intern Med 2006;166:2307-2313

Variable	Reducción Riesgo Relativo (RR)/%	Reducción absoluta del riesgo (RA)/%	NNT
Episodios coronarios principales	29.2	1.66	60 (45-108)
ACV	14.4	0.37	268 (169-1.482)
IM no fatal	31.7	1.65	61 (50-74)
Revascularización	33.8	1.08	93 (76-133)
Mortalidad coronaria	22.6*		
Mortalidad total	8*		

(*) Sin significación estadística.



Dislipèmies. Estudi PROSPER (65-82 años)

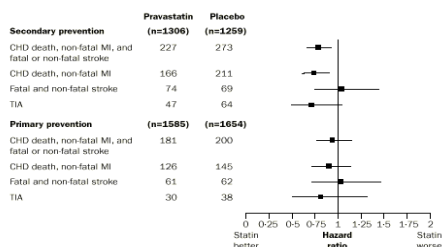


Figure 4: Major cardiovascular outcomes, according to primary or secondary prevention status of participants
CHD=coronary heart disease, MI=myocardial infarction, TIA=transient ischaemic attack. The primary endpoint of the study is reproduced for comparative purposes.



Inhibidors de la bomba de protons

- El seu ús esta associat a un augment de les fractures de maluc:
 - Augment al voltant d'un 50% (major magnitud que el efecte protector dels bifosfonats)
 - Sobre tot a dosis elevades.
 - Alteració de l'absorció de calci i Vit. D
- Interacció competitiva amb el clopidogrel (antagonitza efecte): sembla que no...
- Disminució nivells de magnesi i aparició de tetània i arritmies: precaució si prenen altres fàrmacs que poden disminuir els nivells (digoxina, diurètics)



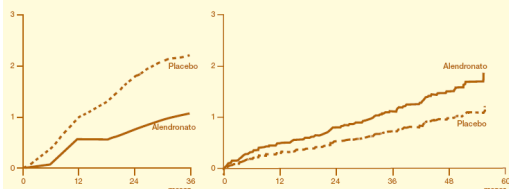
Osteoporosi

- Important impacte (f. maluc!)
- Bifosfonats (A): reducció de fractures. No estudis comparatius entre ells.
- Poden tenir efectes secundaris greus: esofagitis, osteonecrosi, dolor generalitzat, fractures atípiques...
- Efecte acumulatiu (màxim 4-5 anys TTO)
- Pot ser cal tractar més el **risc de caigudes** que la mateixa osteoporosi: retirar sedants, operar cataractes...



Fibrilació auricular i Bifosfonats

Figura 1. Izquierda: Incidencia acumulada de casos de fractura de fémur en el ensayo FIT (publicada en 1996). Derecha: Incidencia acumulada de casos de fibrilación auricular grave en el ensayo FIT. Los resultados relativos al aumento del riesgo de fibrilación auricular no fueron publicados hasta el 2007. El alendronato reduce la tasa de fractura de fémur en 3 años de 2,2% a 1,1%. En cuatro años y medio aumenta la de fibrilación auricular de 1,2% a 1,8%. Casi se puede decir que una cosa va por la otra.



Cas Clinic 2: Juana, 80 anys

Proposta

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| • Coxartrosi i gonartrosi | • Paracetamol 1 gr/3c/día |
| • Osteoporosis (DMO) | • Tramadol 50: 1c/12h |
| • Asma | • Calcium S. forte D: 1c/d ? |
| • Obesitat | • Budesonida 200: 1/12h |
| • Depressió | • Ventolin a demanda |
| • Hipercolesterolèmia | • ISR: 1c/24h |
| • Cataractes (Pte cirurgia) | • Omeprazol 20: 1c/24h |
| | • Lorazepam : 1c/24h |
- N= 6-8**

- PA 136/84 mmHg
- CT 242, HDL 102, LDL 155 mg/dl

Deprescripció: Les demències

- Prevalença del 5-15% en >65 anys.
- Les GPC (Ictus i Alzheimer) aconsellen medicalitzar:
 - 80 mg de atorvastatina...
 - IACE/memantina
- Son pacients que tenen les mateixes malalties y patologia associada: restrenyiment, trastorns deglució, úlceres de decúbit, infeccions...
- La afàsia dificulta la comunicació
- Moltes vegades la família es reàcia a la deprescripció (pensen que estan terminals...)



Cas Clinic 2: Josefa, 86 anys

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Demència • Artrosi generalitzada • Ciàtica • Malaltia Parkinson • Diabetes mellitus 2 • Osteoporosi • Hipercolesterolèmia • HTA • Lesiones isquémicas S. blanca (TAC) • FA lenta • Depressió • Incontinència urinària • Deficit de B12 • PA 123/54 mmHg, FG 29 ml/min • Glicada 5,4% • CT 167, HDL 76, LDL 83 mg/dl | <ul style="list-style-type: none"> • Quetiapina 100 : 1c/12h • Exelon 1,5: 2c/12h • Metformina 850: 0,5c/12h • Paracetamol 1 gr/3c/dia • Voltaren 50: 1c/12h • Gabapentina 400: 1c/8h • Fentanilo Matrix 75: 1p/72h • Madopar 200/50: 1c/8h • Optovite B12: 1V/mes • Calcium Sandoz forte D: 1c/24h • Atorvastatina 80 mg: 1c/24h • Valsartan+HCTZ (50/12,5): 1c/24h • Sintrom segons pauta • Paroxetina 20: 1c/24h • Omeprazol 20: 1c/24h • Absorvents orina (3 al dia) • Lorazepam 1: 1c/24h • Alprazolam 0,25 si ansiedad |
|--|--|
- n=17**

Les demències Estatines

- La seva prescripció es freqüent, i també ho és en demències avançades i en els últims 6 mesos de la vida de les persones grans.
- Les estatines no tenen evidència de que modifiquin la història natural de les demències
- No modifiquen la morbidimortalidad de les pacients amb demència
- Sembla raonable suspendre les estatines en els casos de prevenció primària
- Suspendre també si hi ha la demència es avançada en les casos de prevenció secundària



Les demències Hipoglicèmians

- L'objectiu del tractament és:
 - Evitar complicacions agudes (cetoacidosi, coma hiperosmolar)
 - Mantenir un control $<8\%$ (xifres superiors empitjoren la morbiditat)
- La ingesta es redueix i per tant es tindrà que reduir la medicació hipoglicèmiant (fins i tot moltes vegades no cal cap tractament)
- Evitar secretagogs pel risc de hipoglicèmia
- Si el FG es >30 es de elecció la metformina i en cas contrari es suficient amb un dosi de insulina lenta.



Les demències Antipertensius

- Es suficient un objectiu de control de 150/90
- La caquèxia, el baix pes i la reducció de la ingesta fa que les necessitats de fàrmacs antihipertensius siguin cada vegada menors. En les fases terminals poques vegades necessitem fàrmacs
- Preferentment amb una tiazida a dosis baixes (millor tolerança) i si cal un IECA.



Deprescripció (11): Les demències Bifosfonats, calci, vitamina D

- Manca de evidències en aquests pacients
- Els bifosfonats estan contraindicats pel risc de esofagitis, ja que estan quasi sempre en decúbit.
- La vitamina D no es eficaç en pacients amb demència o escassa mobilitat.
- Els suplementes de calci no redueixen les fractures



Deprescripció (12): Les demències ACO, Antisicòtics, Antidepressius

- ACO:
 - Els criteris suposen anticoagular quasi totes les FA
 - Però no contemplen les caigudes de repetició, les demències avançades...
 - Per tant considerar risc/benefici
- Antisicòtics:
 - Els prenen el 25% dels pacients amb demència
 - Augmenten la mortalitat
 - Valorar retirada si porten >6 mesos, reintroduint-los si cal (sitació freqüent)
- Antidepressius:
 - Son eficaços si hi ha demència + depressió: no retirar en principi
 - Valorar retirada si no hi ha un antecedent clar



Cas Clinic 2: Josefa, 86 anys: proposta

- Demència (GDS 5)
- Artrosi generalitzada
- Ciàtica
- Malaltia Parkinson
- Diabetes mellitus 2
- Osteoporesi
- Hipercolesterolèmia
- HTA
- AVC lacunar (TAC)
- FA lenta
- Depressió
- Incontinència urinària
- Deficit de B12
- PA 123/54 mmHg, FG 29 ml/min
- Glicada 5,4%
- CT 167, HDL 86, LDL 83 mg/dl
- Quetiapina 100 : 1c/12h ? **n=4-11**
- Exelon 1,5: 2c/12h ?
- Gabapentina 400: 1c/8h ?
- Fentanilo Matrix 75: 1p/72h
- Paracetamol ?
- Madopar 200/50: 1c/8h
- Optovite B12: 1V/mes ?
- Sintrom segons pauta
- ISR neutro: 1c/24h
- Absorvents orina (3 al dia)
- Lorazepam 1: 1c/24h ?
- Alprazolam 0,25 si ansietat?

