

## Editorial

### El procés de deprescriure en l'ancià

Anna Renom-Guiteras <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Servei de Geriatria del Parc de Salut Mar, Centre Fòrum, Hospital de l'Esperança i Hospital del Mar, Barcelona.

<sup>2</sup> Departament de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.

#### Correspondència :

Anna Renom-Guiteras

Centre Fòrum de l'Hospital del Mar  
c/ Llull nº 410  
08019 Barcelona

Tel : 93 3268500  
Fax : 93 3268560



## Article Editorial

El procés de deprescriure en l'ancià Anna Renom-Guiteras

En la nostra societat que tendeix a l'envelliment, la presència de múltiples malalties cròniques, l'accés a nombrosos especialistes i els patrons de prescripció de les guies de pràctica clínica afavoreixen la prescripció d'un elevat nombre de fàrmacs als ancians <sup>(1)</sup>.

Aproximadament un terç de les persones majors de 65 anys en l'entorn ambulatori tenen almenys quatre prescripcions farmacològiques <sup>(2)</sup> i un 23% reben almenys una prescripció potencialment inadequada <sup>(3)</sup>. En entorns com els centres residencials, aquestes xifres són superiors <sup>(4)</sup>. La polifarmàcia i les prescripcions inadequades poden comportar un major risc d'esdeveniments adversos com l'aparició de síndromes geriàtriques (incontinència, delirium, caigudes) que poden conduir a l'hospitalització i inclús a la mort <sup>(1, 5, 6)</sup>.

Dos dels articles publicats en aquest número de la revista de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (Camps et al i De Andrés et al), presenten resultats sobre la freqüència d'errors de prescripció en el nostre entorn, concretament en una unitat d'ortogeriatria i en una unitat de subaguts. Ambdós presenten també una intervenció per detectar i corregir els errors de prescripció basada en la col·laboració entre metge i farmacèutic.

Els estudis suggereixen doncs que no prescrivim prou adequadament. Prescriure adequadament és una tasca complexa que inclou adequar cada medicament a una indicació, contrapesar els riscos i beneficis del medicament de manera individualitzada, evitar la prescripció de principis actius duplicats erròniament, ajustar les dosis a la funció renal, revisar si la indicació per un fàrmac persisteix al llarg del temps, no ometre aquells fàrmacs potencialment beneficiosos i no prescriure aquells fàrmacs potencialment inadequats per als quals hi ha alternatives més segures <sup>(7)</sup>.

Prescriure adequadament inclou també, per tant, deprescriure. I és que prescriure i deprescriure són part de la mateixa entitat: el continuum de la prescripció, que comprèn l'inici, la titulació, els canvis i la discontinuació de medicaments <sup>(8)</sup>. S'ha definit "deprescriure" com "el procés sistemàtic d'identificar i discontinuar medicaments quan els danys potencials superen els beneficis potencials en el context dels objectius terapèutics individuals per a cada pacient, el seu nivell funcional, la seva esperança de vida, valors i preferències" <sup>(8)</sup>.

La paraula "deprescriure" s'ha posat de moda en l'àmbit de la geriatria i també en altres àmbits. Alguns experts mostren als congressos com una llista llarga de fàrmacs prescrits a un

ancià pot veure's reduïda, gairebé per art de màgia, a una llista molt més curta. De vegades, els assistents ens quedem embadalits preguntant-nos si és tan fàcil, com es fa, si és un art, si hi ha una estratègia o si existeixen unes guies a seguir. Aquells que deprescrivim sabem que sovint deprescriure no és un acte heroic que es fa de manera directa i fàcil, sinó un procés en el qual cal individualitzar tenint en compte els possibles beneficis i riscos del fàrmac per al nostre pacient, parlant amb el pacient i/o la família i parlant amb altres professionals o especialistes.

Alguns exemples de fàrmacs susceptibles a ser deprescrits en l'ancià són: hipoglucemiants per al maneig de la DM-2 en context d'objectius glucèmics massa estrictes, certs fàrmacs hipotensors, inhibidors de la bomba de protons quan la indicació ja no persisteix, certs fàrmacs prescrits per prevenció primària en una situació de final de vida, fàrmacs prescrits erròniament per solucionar l'esdeveniment advers d'un altre fàrmac, fàrmacs prescrits amb una dosi no justificada o no ajustada a la funció renal, i fàrmacs prescrits sense intentar abans un maneig no farmacològic.

Aprofitant el creixent interès en la deprescripció a la literatura, a continuació es discuteixen algunes eines i alguns aspectes destacats que poden ajudar-nos a l'hora de deprescriure:

Conèixer les limitacions dels estudis clínics. Les guies de pràctica clínica sovint es basen en estudis clínics que no van incloure persones ancianes o, si les van incloure, no van proporcionar informació sobre el seu grau de fragilitat <sup>(9)</sup>. Per tant, les recomanacions de les guies podrien no ser prou adequades per a alguns dels nostres pacients. Conèixer els estudis existents sobre els fàrmacs i les indicacions que ens ocupen, així com les seves limitacions ens hauria d'ajudar a l'hora de guiar les nostres decisions. Podem preguntar-nos si el nostre pacient s'assembla a la població de l'estudi o els estudis, si es van incloure ancians amb comorbiditat, si es van estudiar *outcomes* significatius pel nostre pacient, si els riscos de la intervenció estan clars per al nostre pacient, o bé quan s'espera que es produeixi el benefici del fàrmac <sup>(10)</sup>.

Conèixer i consultar les eines existents per deprescriure. S'han publicat nombroses d'eines i estratègies per ajudar a prescriure adequadament i deprescriure en l'ancià <sup>(11)</sup>. En general, són eines generades per grups d'experts, tenint en compte la literatura existent, i volen servir de suport durant el procés de prescripció i deprescripció, sense pretendre substituir les decisions clíniques individualitzades. Moltes d'elles han demostrat resultats favorables a l'hora de

## Article Editorial

El procés de deprescriure en l'ancià Anna Renom-Guiteras

disminuir el nombre de prescripcions <sup>(1)</sup>, però només poques han demostrat beneficis quant a resultats clínicament rellevants <sup>(2)</sup>. Darrerament, un nombre creixent d'estudis estant presentant guies i algoritmes pensats específicament per ajudar a deprescriure, alguns dirigits a grups farmacològics específics <sup>(3)</sup>.

Treballar en equip. Treballar de forma multidisciplinària en col·laboració entre metges, farmacèutics, infermeres, fisioterapeutes, psicòlegs i altres especialistes mèdics ens permet tenir una informació més precisa sobre aspectes de prescripció, mesures no farmacològiques, o sobre les malalties específiques que ens ocupen. Existeixen intervencions estructurades que tenen per objectiu la millora de la prescripció o la deprescripció, basades en la col·laboració amb els farmacèutics <sup>(4)</sup> o amb equips multidisciplinaris <sup>(5)</sup>. Dos exemples de proximitat els trobem en el número actual de la revista (De Andrés et al. i Camps et al).

Avaluar l'ancià globalment. Per poder individualitzar bé les nostres decisions, no només hem de conèixer bé les malalties i els fàrmacs que pren el nostre pacient, sinó que cal conèixer bé altres aspectes com la seva situació funcional, mental, social, la presència de síndromes geriàtriques com el risc de caiguda o la desnutrició i la seva fragilitat <sup>(6)</sup>. Afortunadament, els que treballem amb equips de geriatria comptem amb una eina molt valuosa que ens permet obtenir aquesta informació: la valoració geriàtrica integral (VGI). Coneixent el grau de fragilitat del nostre pacient podrem estimar millor si aquella persona podrà beneficiar-se d'un fàrmac utilitzat, per exemple, en prevenció primària; coneixent el risc de caigudes i la comorbiditat podrem estimar millor el balanç risc/benefici d'alguns fàrmacs com els hipoglucemians o els antihipertensius; coneixent la situació social de l'ancià podrem estimar millor el compliment terapèutic que tindrà. Compartir la presa de decisions amb l'ancià. Un cop som més coneixedors dels riscos i beneficis potencials d'un medicament per al nostre pacient concret, de les limitacions de la literatura, l'opinió dels experts, i de la visió i recomanacions dels altres professionals, llavors la presa de decisions sobre prescripció i deprescripció dels fàrmacs haurà de ser compartida amb l'ancià o, si ell no pot, amb la persona que ell o ella mateix hagi designat o, si no ho ha fet, amb el seu cuidador o cuidadors principal <sup>(6)</sup>.

Tenir certes actituds. Revisar els fàrmacs i les indicacions regularment, contemplar les mesures no farmacològiques, restablir objectius terapèutics, reconsiderar un diagnòstic, educar en processos fisiològics, saber esperar, són estratègies o actituds que ens poden ajudar a deprescriure <sup>(8,17)</sup>. Freqüentment, ens trobem amb barreres que ens dificulten

portar a terme o tenir en compte alguns d'aquests aspectes: la manca de temps, la manca de recursos, la por a equivocar-nos o les limitacions dels nostres coneixements <sup>(18, 19)</sup>. Tanmateix, la incorporació d'aquests aspectes de deprescripció en el nostre dia a dia pot repercutir positivament fent les decisions més fàcils, acurades i consensuades; a més, sovint deprescriure pot planificar-se o portar-se a terme en diferents fases.

Tant de bo l'interès creixent sobre aquest tema ens proporcioni eines eficients i basades en l'evidència per prescriure i deprescriure, una necessitat àmpliament reconeguda <sup>(20)</sup>, i que es generi més evidència sobre els riscos i beneficis dels fàrmacs en l'ancià amb diferents graus de fragilitat. En una societat en la qual el nombre de fàrmacs que es prescriuen als ancians és cada vegada més elevat, tant de bo s'implementin les estratègies de millora i donem els recursos necessaris als professionals i a la societat per poder prescriure i deprescriure de forma segura i beneficiosa per cada ancià.



## Referències

1. Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;10:Cd008165.
2. Martin-Perez M, Lopez de Andres A, Hernandez-Barrera V, Jimenez-Garcia R, Jimenez-Trujillo I, Palacios-Cena D, et al. [Prevalence of polypharmacy among the population older than 65 years in Spain: Analysis of the 2006 and 2011/12 National Health Surveys]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52(1):2-8.
3. Tommelein E, Mehuys E, Petrovic M, Somers A, Colin P, Boussery K. Potentially inappropriate prescribing in community-dwelling older people across Europe: a systematic literature review. *Eur J Clin Pharmacol*. 2015;71(12):1415-27.
4. Lang PO, Hasso Y, Drame M, Vogt-Ferrier N, Prudent M, Gold G, et al. Potentially inappropriate prescribing including under-use amongst older patients with cognitive or psychiatric co-morbidities. *Age Ageing*. 2010;39(3):373-81.
5. Price SD, Holman CD, Sanfilippo FM, Emery JD. Association between potentially inappropriate medications from the Beers criteria and the risk of unplanned hospitalization in elderly patients. *Ann Pharmacother*. 2014;48(1):6-16.
6. Moriarty F, Bennett K, Cahir C, Kenny RA, Fahey T. Potentially inappropriate prescribing according to STOPP and START and adverse outcomes in community-dwelling older people: a prospective cohort study. *Br J Clin Pharmacol*. 2016;82(3):849-57.
7. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *Lancet*. 2007;370(9582):173-84.
8. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med*. 2015;175(5):827-34.
9. Campbell SM, Cantrill JA. Consensus methods in prescribing research. *J Clin Pharm Ther*. 2001;26(1):5-14.
10. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(10):1957-68.
11. Dimitrow MS, Airaksinen MS, Kivela SL, Lyles A, Leikola SN. Comparison of prescribing criteria to evaluate the appropriateness of drug treatment in individuals aged 65 and older: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(8):1521-30.
12. O'Connor MN, O'Sullivan D, Gallagher PF, Eustace J, Byrne S, O'Mahony D. Prevention of Hospital-Acquired Adverse Drug Reactions in Older People Using Screening Tool of Older Persons' Prescriptions and Screening Tool to Alert to Right Treatment Criteria: A Cluster Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(8):1558-66.
13. Farrell B, Richardson L, Raman-Wilms L, de Launay D, Alsabbagh MW, Conklin J. Self-efficacy for deprescribing: A survey for health care professionals using evidence-based deprescribing guidelines. *Res Social Adm Pharm*. 2017.
14. Zermansky AG, Alldred DP, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Eastaugh J, et al. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes--randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2006;35(6):586-91.
15. Richter C, Berg A, Fleischer S, Kopke S, Balzer K, Fick EM, et al. Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): study protocol for a cluster-randomised controlled trial. *Implement Sci : IS*. 2015;10:82.
16. Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit MP, Frosch D, Legare F, Montori VM, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*. 2012;344:e256.
17. Scott IA, Gray LC, Martin JH, Pillans PI, Mitchell CA. Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. *Evid Based Med*. 2013;18(4):121-4.
18. Ailabouni NJ, Nishtala PS, Mangin D, Tordoff JM. Challenges and Enablers of Deprescribing: A General Practitioner Perspective. *PLoS one*. 2016;11(4):e0151066.
19. Luymes CH, van der Kleij RM, Poortvliet RK, de Ruijter W, Reis R, Numans ME. Deprescribing Potentially Inappropriate Preventive Cardiovascular Medication: Barriers and Enablers for Patients and General Practitioners. *Ann Pharmacother*. 2016;50(6):446-54.
20. Farrell B, Tsang C, Raman-Wilms L, Irving H, Conklin J, Pottie K. What are priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: a modified delphi process. *PLoS one*. 2015;10(4):e0122246.



SOCIETAT CATALANA DE  
GERIATRIA I GERONTOLOGIA

**Seu**

Major de Can Caralleu, 1-7  
08017 BARCELONA  
info@scgig.cat

[www.scgig.cat](http://www.scgig.cat)