

DEPRESCRIPCIÓN EN LOS PACIENTES CRÓNICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE BARCELONA DEL INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT



Institut Català de la Salut
Àmbit d'Atenció Primària
Barcelona Ciutat

AUTORES: ESTER AMADO
GUIRADO; PILAR SOLANS
JULIAN; SILVIA CORDOMÍ
SABORIT; ALEX ESCOSA
FARGA; RAFAEL RUIZ
RIERA; JOSÉ LUÍS DEL VAL



Antecedentes: por qué deprescribir?



- **Uso elevado** de fármacos en nuestro país.
- **Polimedicación y efectos adversos** asociados.
- **Balance beneficio/riesgo** desfavorable.
- **Insuficiente evidencia científica.**
- **Criterios éticos** sobre el uso apropiado de recursos.



Deprescribing

David Le Couteur, Professor of Geriatric Medicine,¹ **Emily Banks**, Professor and National Health and Medical Research Council Senior Research Fellow,² **Danijela Gnjidic**, Postdoctoral scientist,^{1,4} and **Andrew McLachlan**, Professor of Pharmacy (Aged Care)³

1. Centre for Education and Research on Ageing, University of Sydney and Concord Hospital, Sydney
2. National Centre for Epidemiology and Population Health, The Australian National University, Canberra
3. Faculty of Pharmacy, University of Sydney and Concord Hospital, Sydney
4. Departments of Pharmacology and Aged Care, Royal North Shore Hospital, Sydney

Summary

Medicines have adverse effects and the use of multiple medicines, polypharmacy, can

in older people. A feasibility study to reduce polypharmacy in people over 70 years of age suggested that over half of their medicines could be discontinued. Only 2% of the drugs needed

GERIATRIC THERAPEUTICS

Editors: Associate Professor Michael Woodward, Director, Aged and Residential Care Services, Dr Margaret Bird, Consultant Geriatrician, Mr Rohan Elliott, Clinical Pharmacist, Austin Health, Victoria, Ms Helen Lourens, Director of Pharmacy, Coffs Harbour Hospital, New South Wales; Mrs Robyn Saunders, Consultant Pharmacist, Victoria

Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People Through Reducing Medications

Michael C Woodward

ABSTRACT

Older people are prescribed a disproportionate number of

Commonly used drugs increase the risk of serious adverse events including falls^{12,13} and confusion.¹⁴

Definición de deprescripción



- Retirada **planificada y estandarizada** de la medicación crónica.
- Se recomienda especialmente en **pacientes ancianos** y en **pacientes polimedicados**.
- Debe realizarse **de forma individualizada** y bajo **criterio clínico**.
- Basada en la **epidemiología de los problemas relacionados con la medicación**.

Deprescripción: opciones



- **Selección de Pacientes**



- **Identificación de Fármacos**

Objetivo del estudio

- Evaluar el impacto de la retirada de medicamentos por razones de seguridad o de efectividad en los pacientes crónicos atendidos por los médicos de familia de los EAP en Barcelona



Metodología



- **Medicamentos a deprescribir:**
 - **Hipolipemiantes** en prevención primaria (> de 84 años).
 - Medicamentos para el **Alzheimer** (más de 2 años).
 - Medicamentos **antiulcerosos** sin criterios de gastroprotección.
 - Medicamentos para el tratamiento de la **osteoporosis**:
 - en menores de 60 años.
 - en pacientes institucionalizados.
 - prescripción de bifosfonatos ≥ 5 años.

**Balance
beneficio-
riesgo
desfavorable**



Metodología



- **Población asignada** a los EAP del ICS de Barcelona
 - **EAP:** 51
 - **Población:** 1.196.218
 - **Médicos de familia:** 1.307
- **Diseño:** estudio cohortes

- **Período de estudio:**

31 /05/2012

31/12/2012

30/09/2012

31/03/2013

La deprescripción en la práctica



- **Sesión formativa** en cada EAP sobre evidencia científica (1 sesión por grupo de fármacos).
- Entrega a cada médico del **listado de pacientes** con prescripción de los fármacos seleccionados.
- Inicio de la **retirada de los fármacos** en el marco de la visita médica (mayo de 2012).
- **Informe trimestral** de los fármacos retirados.



Metodología: análisis de datos



- **Fuente de datos:** Historia clínica informatizada
- **Cálculo impacto económico:** estimación anual del coste de medicamentos retirados.
- Pacientes a los que se les ha reintroducido el fármaco: **indicador de fracaso del proceso.**
- Nuevos casos tributarios de deprescripción: **impacto futuro.**

Resultados: fármacos deprescritos



Deprescripción (%) y ahorro anual

	Basal	% deprescripción	Ahorro anual
HIPOLIPEMIANTES EN PREVENCIÓN PRIMARIA			
en > de 84 años	8.570	23,5%	191.030,4 €
TRATAMIENTO ALZHEIMER			
en > de 84 años	8.570	23,5%	191.030,4 €
TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS			
en < de 60 años	4.430	42,4%	722.954,9€
Bifosfonatos durante 5 años o más	7.812	53,5%	980.327,9 €
Institucionalizados	336	64 %	81.226,6 €

Se han retirado medicamentos en 31.363 pacientes que suponen un ahorro anual de 4.287.519,6 €

Resultados: dinámicas de cambio



Medicamentos reintroducidos y nuevos casos

	Deprescritos	Reintroducidos	Nuevos casos
HIPOLIPEMIANTES EN PREVENCIÓN PRIMARIA			
en > de 84 años	2.010	130 (6,5%)	2.098
TRATAMIENTO ALZHEIMER			
2 años o más	795	26 (3,3%)	1.113
ANTIULCEROSOS EN PACIENTES SIN CRITERIO DE GP			
IBP	22.086	6.903 (31,3%)	20.396
TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS			
en < de 60 años	1.878	197 (10,5%)	529
Bifosfonatos durante 5 años o más	4.183	266 (6,4%)	2.136
Institucionalizados	211	3 (1,4%)	188

Limitaciones



- No se puede establecer un **nexo causal** entre la retirada de fármacos y la intervención al no ser un estudio experimental.
- La intervención **no fue homogénea** en todos los EAP.
- El seguimiento de la intervención **a corto plazo**.

Perspectivas de futuro

- **Continuidad del programa** de deprescripción con estos mismo grupos farmacológicos.



- **Estandarizar la intervención** en los EAP
- **Analizar cualitativamente** el motivo de la reintroducción
- Evaluar la **posibilidad de sustitución** por otros fármacos en los bifosfonatos.
- Evaluar el **impacto de la polimedicación** en estos pacientes.

Conclusiones: aprendiendo en la práctica

- La **deprescripción es viable** en Atención Primaria con la implicación de los profesionales.
- El **porcentaje de retirada más elevado** ha sido en los **fármacos de la osteoporosis**, cercano al 50%; mientras que en el resto de fármacos el porcentaje se ha situado entre el 23 y el 28%.
- La **reintroducción** se ha concentrado en el grupo de los antiulcerosos



Conclusiones: aprendiendo en la práctica



- **Impacto económico elevado** (1,5% de ahorro en el total del gasto de farmacia), siendo más elevado en antiulcerosos.
- No se han contabilizado los **costes evitados** derivados de los potenciales Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM)
 - Balance beneficio riesgo desfavorable ya sea por la efectividad o en términos de seguridad

Conclusiones: aprendiendo en la práctica



- La **incorporación de nuevos pacientes** durante el período de estudio muestra la **necesidad de continuar la intervención** y dirigirla también a evitar las nuevas prescripciones.
- Este proceso permitirá progresar en la **revisión clínica** de los **tratamientos** de los **pacientes crónicos** con mayor riesgo de efectos adversos.