

Deprescripció en demència avançada – fi de vida

Anna Renom. Geriatra, PhD

Servei de Geriatria del Parc de Salut Mar, Barcelona

Membre del Grup de Treball Final de Vida de la SCGiG

JORNADA DEMÈNCIA I FINAL DE VIDA

Barcelona, 22 de febrer del 2019



„La iaia Montserrat està bé. Té molt assimilat que la residència és casa seva i hi està tranquil.la.

No fixa la informació i repeteix, però la veiem bé.

Crec que mai havia estat tan afectiva com ara... m'emociona veure com expressa alegria per coses petites...“

Esquema

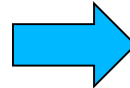
- Prescripció adequada i deprescripció en ancià fràgil i amb demència avançada
- Deprescripció de IACES, memantina, antipsicòtics, estatines

Esquema

- Prescripció adequada i deprescripció en ancià fràgil i amb demència avançada
- Deprescripció de IACES, memantina, antipsicòtics, estatines

Fragilitat en demència avançada

FAST	Diagnòstic	Característiques
1	Adulto normal	Ausència de dificultats funcionals objectives o subjektives
2	Adulto normal de edat	Se queja de que oblidat d'objectes. Dificultats subjektives en el treball
3	Alzheimer incipient	Disminució de la capacitat laboral evident segons els companys. Dificultat al viatjar a llocs nous. Disminució de la capacitat organitzativa
4	Alzheimer leve	Dificultat per a AVDs instrumentals Disminució de la capacitat per a tasques complexes (ej. planificar una cina per a convidats), manejar les finances (ej. factures, tràmits bancari), dificultat en les compres, etc...
5	Alzheimer moderat	Inicia dificultat per a AVDs bàsiques Requiere ajuda per a escollir la roba adequada del dia, estació o l'ocasió
6	Alzheimer moderat-grave	Dificultat evident per a AVDs bàsiques Disminució de la capacitat per a vestir-se, banyar-se i lavar-se Hay cinco sub-estadios
6a		Se veste incorrectament sense assistència o indicacions (ej. se pot posar roba de carrer sobre el pijama, sabates en el peu equivocadament o dificultats al abotonar-se)
6b		Incapaç de banyar-se correctament
6c		Incapaç en el maneig de la mecànica del WC (ej. oblidat tirar de la cadena, no se netja correctament o no deposita adequadament el paper higiènic)
6d		Incontinència urinària (de vegades en quan més freqüentment en les últimes setmanes)
6e		Incontinència fecal (de vegades en quan més freqüentment en les últimes setmanes).
7	Alzheimer grave	Pèrdua de la parla i de la capacitat motora Hay seis sub-estadios:
7a		Capacitat de parla limitada aproximadament a mitja dotzena de paraules diferents o menys
7b		Capacitat de parla limitada a una sola paraula intel·ligible en un dia promig o en el curs d'una entrevista
7c		Pèrdua de la capacitat per a caminar (no pot anar sense ajuda personal)
7d		Pèrdua de la capacitat per a estar assegut sense ajuda
7e		Pèrdua de la capacitat de somriure
7f		Pèrdua de la capacitat per a mantenir la capçalera ereta



Clinical Frailty Scale

1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.

2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.

3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.

4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.

5 Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.

6 Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.

7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).

8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.

9 Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

K. Rockwood et al. CMAJ 2005; I. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

Prescripció adequada en l'ancià fràgil

- ✓ Individualitzar els objectius del tractament i prendre les decisions amb el pacient i/o amb la família
- ✓ Indicar i portar a terme les mesures no farmacològiques adequades
- ✓ Prescriure fàrmacs potencialment beneficiosos i evitar o retirar “medicaments potencialment inadequats”
- ✓ Indicació i durada adequades, evitar fàrmacs duplicats o que interaccionen, ajustar a funció renal

Deprescripció

“El procés sistemàtic d’identificar i discontinuar medicaments quan els danys potencials superen els beneficis potencials en el context dels objectius terapèutics individuals per cada pacient, el seu nivell funcional, la seva esperança de vida, valors i preferències”

ALGORITMO DE REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN (SEFAP)

Valoración centrada en la PERSONA

• Objetivo principal: establecer un objetivo terapéutico

Índice de Adecuación de los Medicamentos, versión española

1. ¿Hay alguna indicación para el fármaco?

Comentarios:

A B C Z

Indicado No Indicado NO

2. ¿La medicación es efectiva para la situación?

Comentarios:

A B C Z

Efectiva No Efectiva NO

3. ¿La dosis es la correcta?

Comentarios:

A B C Z

Correcta Incorrecta NO

4. ¿Las instrucciones de uso son adecuadas?

Comentarios:

A B C Z

Adecuadas Inadecuadas NO

5. ¿La pauta de administración es práctica para el paciente?

Comentarios:

A B C Z

Práctica No Práctica NO

INDICACIÓN

¿Está indicado este tratamiento para el problema de salud que presenta el paciente?

¿Tiene el paciente un problema de salud que debería ser tratado con un medicamento y sin embargo no lo está?

ACCIÓN A REALIZAR SI INCIDENCIA

No indicación: se recomienda la retirada del medicamento.

Patología no tratada: se recomienda la instauración del tratamiento teniendo en cuenta el balance beneficio/riesgo.

HERRAMIENTA

La totalidad de las herramientas abordan el aspecto de indicación -prescripción, pero no todas abordan el aspecto de problema de salud sin tratar. La lista START puede ser material complementario para valorar los problemas de salud no tratados.

Fuente de INFORMACIÓN: Historia clínica del paciente.

Eines no específiques per demència avançada, però en general es poden utilitzar

MEDSTOPPER

BETA

Starting medications is like the bliss of marriage and stopping them is like the agony of divorce. - Doug Danforth

Languages: English (EN)

amiento o (demasiado corta) se
uación del tratamiento hasta

el paciente: se recomienda la
camiento por una alternativa más
o fuera posible se recomienda la
mento teniendo en cuenta el balance

tears contemplan
el aspecto de
la evidencia y
adherencia. El
Hamdy, aunque no
explora directamente
estos parámetros,
si que invita a su
revisión.

ACCIÓN: Historia clínica del paciente, ficha técnica del medicamento y
preguntar al paciente.

with prostatism or prior history of urinary retention (*risk of urinary
retention*).

zodiazepines

long-term (i.e. > 1 month) and long-acting
e.g. chlordiazepoxide, fluzepam, nitrazepam, chlorazepate and
enzodiazepines with long-acting metabolites e.g. diazepam (*risk
of prolonged sedation, confusion, impaired balance, falls*).

fallen in past 3 months

roleptics

ng-term (i.e. > 1 month) as hypnotics (*risk of confusion,
ypotension, extra-pyramidal side effects, falls*).

ng-term (> 1 month) in those with parkinsonism (*likely to
vorse extra-pyramidal symptoms*).

fallen in past 3 months (may cause gait dyspraxia,
arkinsonism).

henothiazines in patients with epilepsy (*may lower seizure
hreshold*).

nticholinergics to treat extra-pyramidal side-effects of
euroleptic medications (*risk of anticholinergic toxicity*).

HOME

ABOUT

FAQs

RESOURCES

CONTACT

MedStopper is a deprescribing resource for healthcare professionals and their patients.

1 Frail elderly?

2 Generic or Brand Name:

tramadol

3 Select Condition Treated:

Generic Name	Brand Name	Condition Treated	Add to MedStopper
tramadol	Ultram	pain	ADD

◀ Previous Next ▶

Model de prescripció centrada en la persona (Espaulella-Panicot et al.)

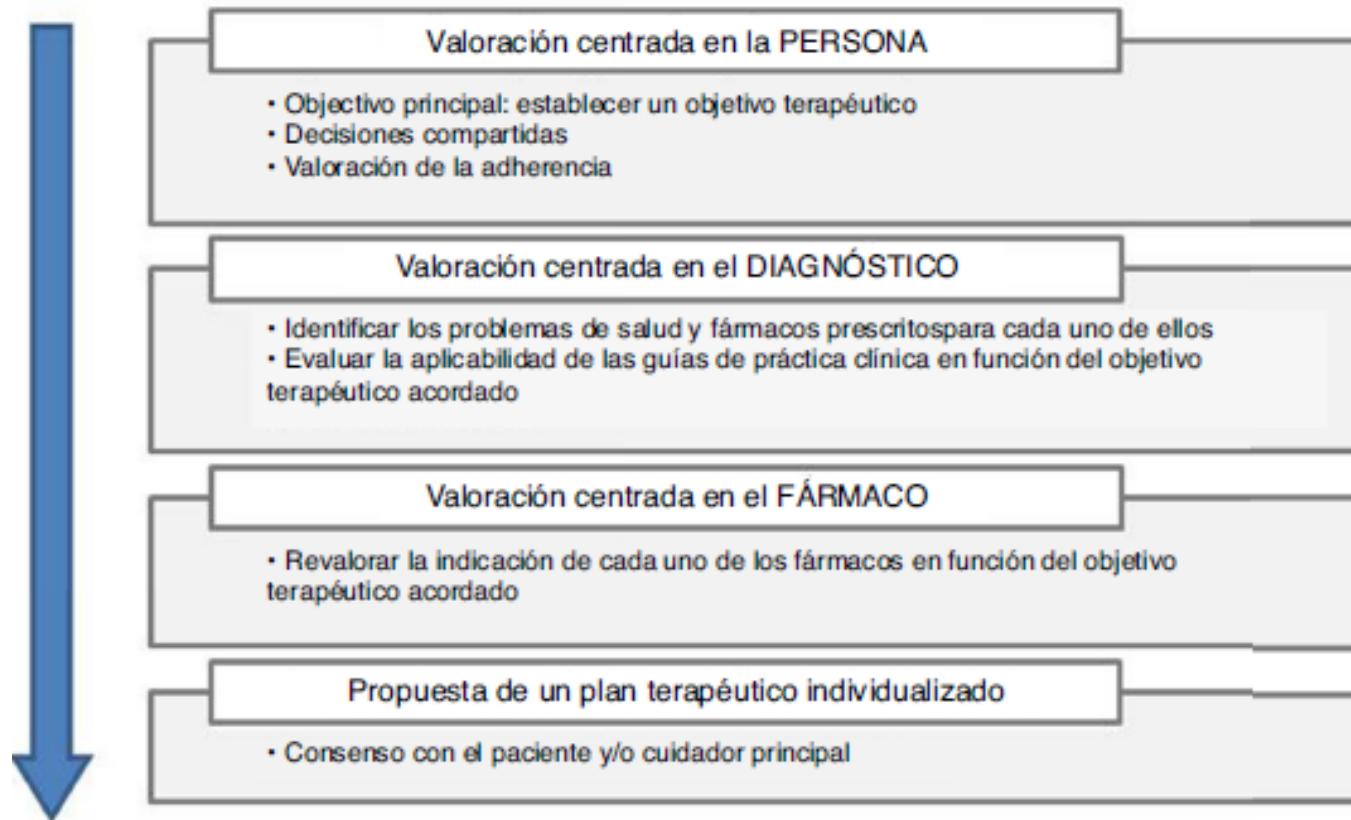


Figura 1. Modelo de prescripción centrado en la persona.

Consens d'experts sobre adequació de prescripció de fàrmacs en demència avançada (GDS-FAST $\geq 6E$)

Rarament adequats:

- Alfabloquejadors
- Digoxina
- Antiaritmics
- Hidralazina
- Bisfosfonats
- Mineralocorticoides
- Heparina de baix pes molecular
- Warfarina
- Orexígens
- Tamsulosina
- Agents antiespasmòdics

Mai adequats:

- Hipolipemiants
- Antiagregants plaquetaris excepte aspirina
- IACEs i memantina
- Antiestrògens
- Agents quimioteràpics
- Immunomoduladors

Rarely appropriate

Alpha blockers	Antiandrogens	Appetite stimulants
Digoxin	Bisphosphonates	Bladder relaxants
Clonidine	Mineralocorticoids	Tamsulosin
Antiarrhythmics	Heparin and low molecular-weight heparins	Antispasmodics
Hydralazine	Warfarin	

Never appropriate

Lipid-lowering medications	N-methyl-D-aspartate receptor antagonists (memantine)	Cytotoxic chemotherapy
Antiplatelet agents, excluding aspirin	Antiestrogens	Hormone antagonists
Leukotriene receptor antagonists	Sex hormones	Immunomodulators
Acetylcholinesterase inhibitors		

No consensus

Aspirin	Antivertigo agents (meclizine)	Bladder stimulants
Sedatives and hypnotics	Vitamins	Iron
Central nervous system stimulants	Mineral supplements	Finasteride
Muscle relaxants	Calcitonin	Red blood cell colony stimulating factors

Holmes et al. 2008

Prescrivim adequadament en persones amb demència avançada?

OPEN ACCESS Freely available online

PLOS ONE

Inappropriate Drugs in Elderly Patients with Severe Cognitive Impairment: Results from the Shelter Study

Giuseppe Colloca^{1*}, Matteo Tosato¹, Davide L. Vetrano¹, Eva Topinkova², Daniela Fialova², Jacob Gindin³, Henriëtte G van der Roest⁴, Francesco Landi¹, Rosa Liperoti¹, Roberto Bernabei¹, Graziano Onder¹, for the SHELTER project

¹ Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica Sacro Cuore, Rome, Italy, ² Department of Geriatrics and Gerontology, 1st Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic, ³ Laboratory of Research in Geriatrics and Gerontology, University of Haifa, Haifa, Israel, ⁴ EMGO Institute for Health and Care Research, Department of Nursing Home Medicine, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

2012

- **44,9%** dels 1,449 residents amb demència avançada (*cognitive performance scale score 4-6*) de centres residencials a Europa rebien **≥1 medicament rarament o mai adequat** (criteris Holmes).
- Més freqüents: **hipolipemiants, antiplaquetaris excepte AAS, IACEs, agents antiespasmòdics.**

Es pot desprescriure en pacients amb demència avançada?

Optimizing drug therapy in patients with advanced dementia:
A patient-centered approach

N. Molist Brunet^{a,*}, D. Sevilla-Sánchez^b, J. Amblàs Novellas^a, C. Codina Jané^c,
X. Gómez-Batiste^d, J. McIntosh^e, J. Espauella Panicot^a

European Geriatric Medicine 2014

- 73 pacients amb demència avançada (Í. Barthel ≤ 30 , incontinència i dificultat per reconèixer familiars -GDS ≥ 6 D)
- Es va aplicar el model de prescripció centrada en la persona aconseguint disminuir nombre de fàrmacs de 7,27 a 4,82 ($p < 0,05$)
- Es van desprescriure sobretot: **inhibidors plaquetaris, antihipertensius, hipolipemians, gastroprotectors, antidepressius, benzodiazepines, neurolèptics, AINEs.**

Retirem els fàrmacs preventius en malaltia avançada?

Drugs Aging (2017) 34:767–776
DOI 10.1007/s40266-017-0487-1

SYSTEMATIC REVIEW

Discontinuation of Preventive Medicines in Older People with Limited Life Expectancy: A Systematic Review

Sujita W. Narayan¹ · Prasad S. Nishtala¹

Deprescribing in Advanced Illness: Aligning Patient, Clinician, and Health Plan Goals

Natasha Parekh, MD, MS^{1,2,3}, Yael Schenker, MD, MAS^{2,4}, Chester B. Good, MD, MPH^{1,2,3}, Lynn Neilson, PhD^{1,3}, and William H. Shrank, MD, MSHS^{1,3}

- Moltes persones amb malaltia avançada encara moren amb fàrmacs preventius.
- Tot i així, el diagnòstic de malaltia avançada s'associa amb deprescripció de fàrmacs preventius, sobretot estatines, aspirina i warfarina.
- Algunes barreres són la por de disatisfacció del pacient/família, por a perdre possibles beneficis del fàrmac, múltiples especialistes que prescriuen...
- Falta evidència sobre els beneficis de la deprescripció de medicaments preventius.
- Falten guies sobre com fer-ho.

Esquema

- Prescripció adequada i deprescripció en ancià fràgil i amb demència avançada
- Deprescripció de IACES, memantina, antipsicòtics, estatines

Prescripció / deprescripció de IACEs i memantina en demència avançada



Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la malaltia d'Alzheimer

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 **CatSalut**
Servei Català de la Salut

- ✓ **En pacients amb MA molt greu (GDS-FAST 7) no es recomana iniciar tractament.**
- ✓ **La retirada del tractament s'hauria d'efectuar de manera individualitzada i mitjançant un consens** explícit entre totes les persones que intervenen en l'atenció del pacient.
- ✓ **Es recomana la retirada** del tractament específic per a la MA quan s'observi una manca de resposta de forma reiterada, quan la presència d'una altra patologia contraindiqui l'administració del tractament o quan el pacient es trobi en un dels següents estats:
 - ✓ **pacients amb GDS-FAST $\geq 7b$ o**
 - ✓ índex Karnofsky ≤ 30 i tres criteris de malaltia avançada: albúmina $\leq 25g/l$, múltiples comorbiditats, febre recurrent o úlceres o nafres per pressió (UPP) de grau III-IV.


SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA

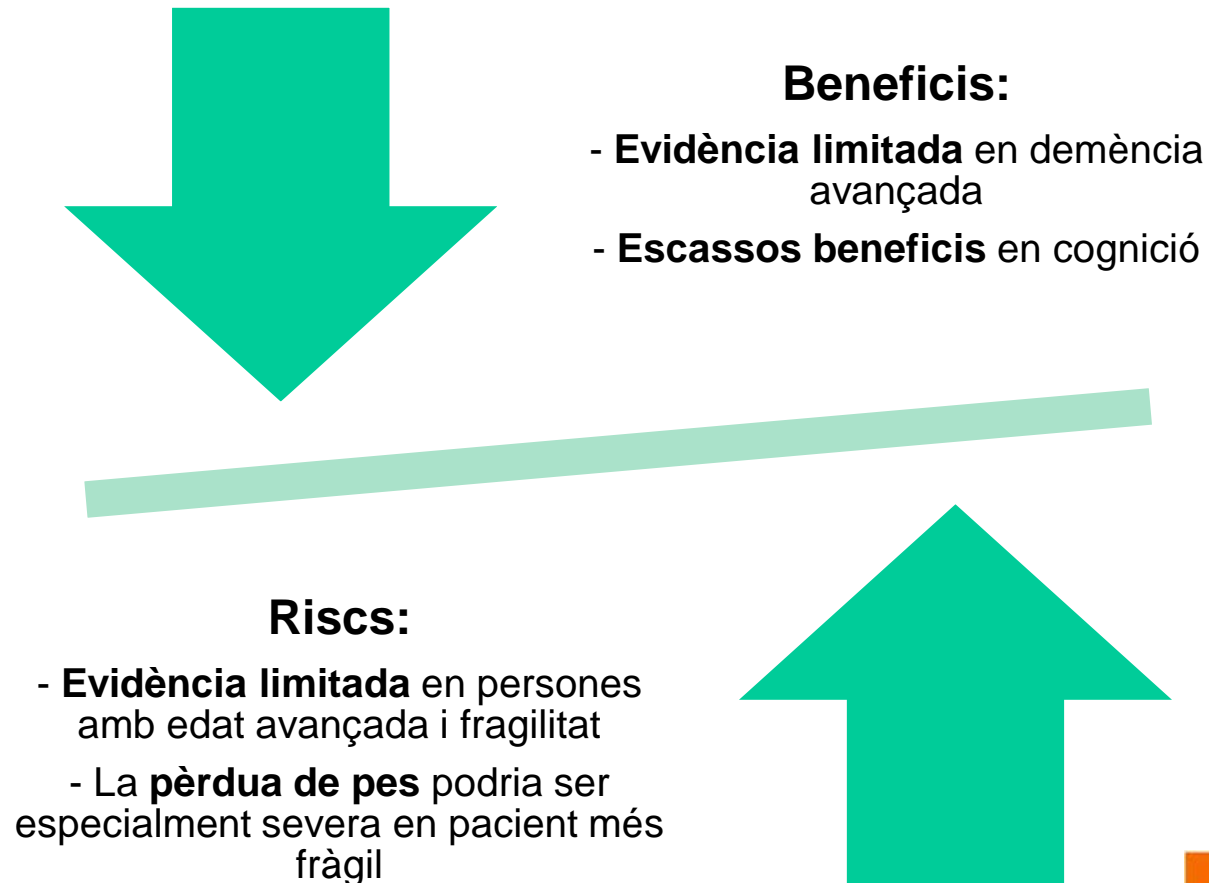
 **IGER**
Institut de Geriatria

 **Parc de Salut MAR**
Barcelona

A Risk-Benefit Assessment of Dementia Medications: Systematic Review of the Evidence

Jacob S. Buckley¹ · Shelley R. Salpeter^{2,3}

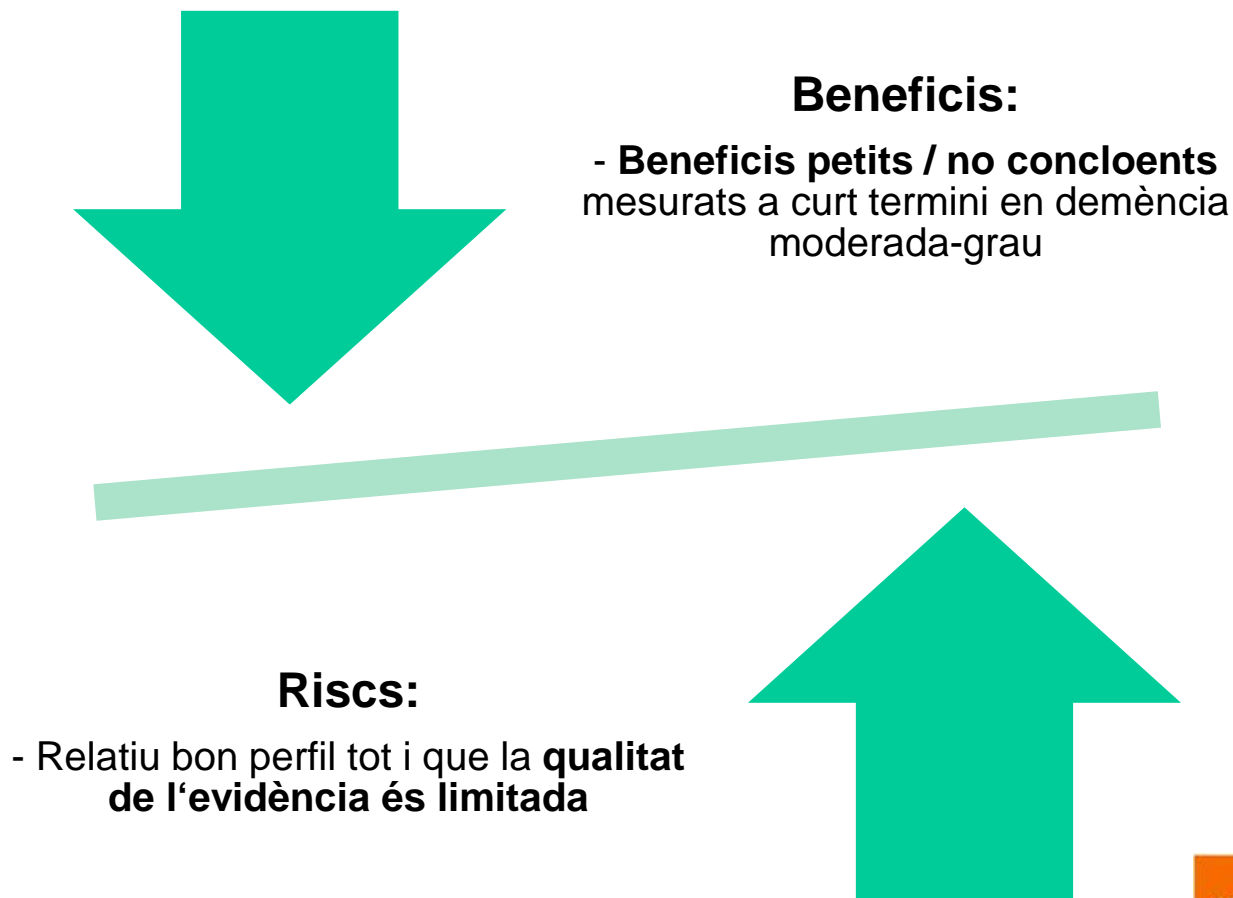
Riscs i beneficis dels **IACEs** en **demència avançada**



A Risk-Benefit Assessment of Dementia Medications: Systematic Review of the Evidence

Jacob S. Buckley¹ · Shelley R. Salpeter^{2,3}

Riscs i beneficis de la memantina en demència avançada




Resultats de la retirada de IACEs i memantina

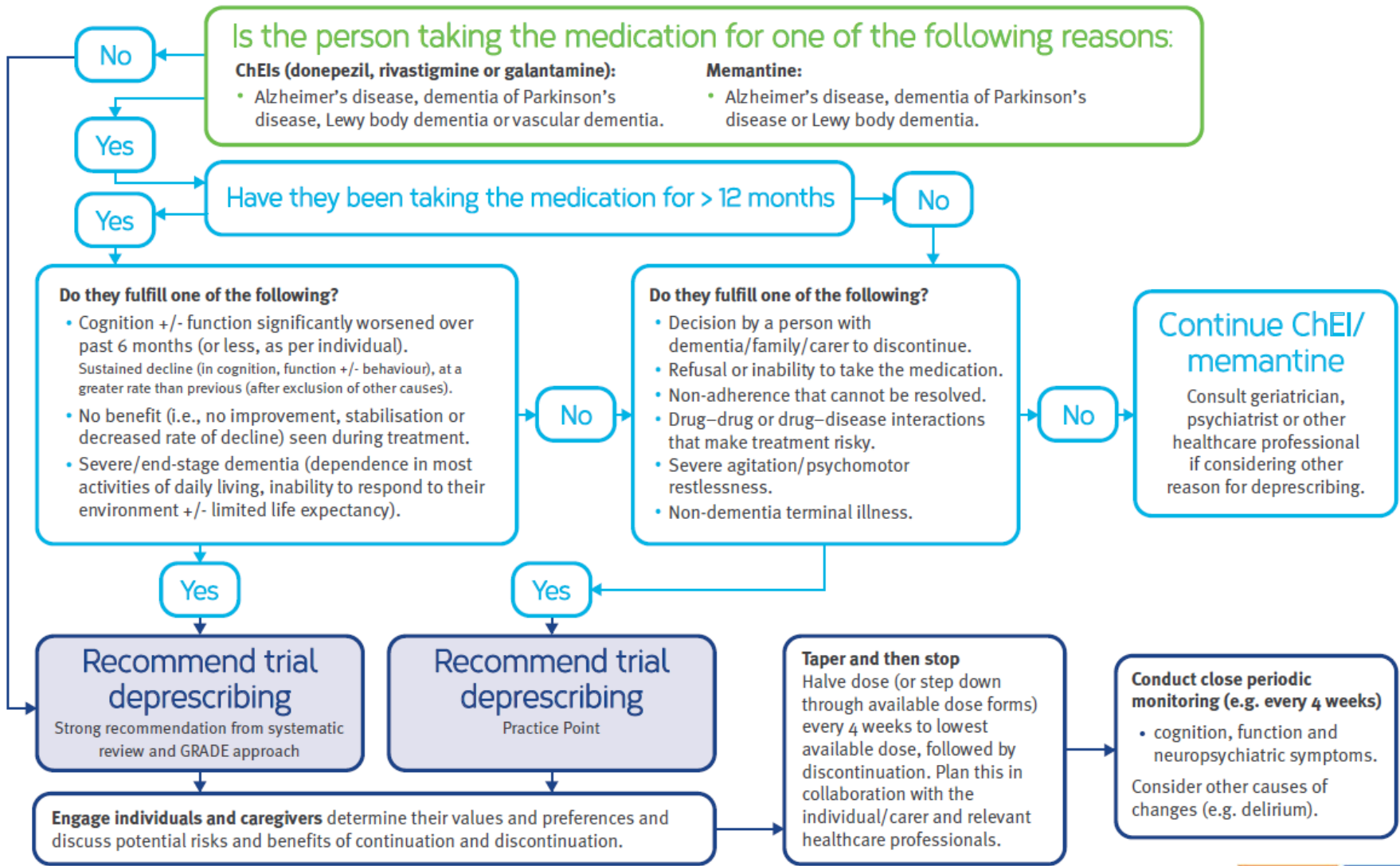
Drugs Aging (2016) 33:545–556
DOI 10.1007/s40266-016-0384-z

CURRENT OPINION

Withdrawal of Antidementia Drugs in Older People: Who, When and How?

Carole Parsons¹ 

Estudi (RCT)	Severitat demència	IACE retirat	Resultat al retirar IACE	Estudi fundat per
Howard et al.	DTA moderada-severa	Donepezil	Empitjorament cognició (MMSE 1.9 punts de mitjana) i funció (no clínicament rellevants) No diferències en NPI Major institucionalització als 12 mesos però igual als 36 mesos.	UK Medical research council and the Alzheimer's Society
Herman et al.	DTA moderada-severa en residències	Donepezil, galantamina o rivastigmina	No diferències en CGI-C score, esdeveniments adversos o altres resultats	Alzheimer's Society of Canada/Coleman Fund



Prescripció / deprescripció d'antipsicòtics en demència avançada

- Guies / consens experts recomanen intentar deprescriure sobretot si:
 - Ús perllongat (> 6 setmanes)
 - Manca de resposta als fàrmacs
 - Síntomes estabilitzats
- Importància de les mesures no farmacològiques.
- Importància de descartar processos i/o fàrmacs (cascada farmacològica) que desencadenin els símptomes.
- Major severitat de la demència s'associa a més agressivitat, més agitació, més apatia, psicosis. (Kolanowski 2017)

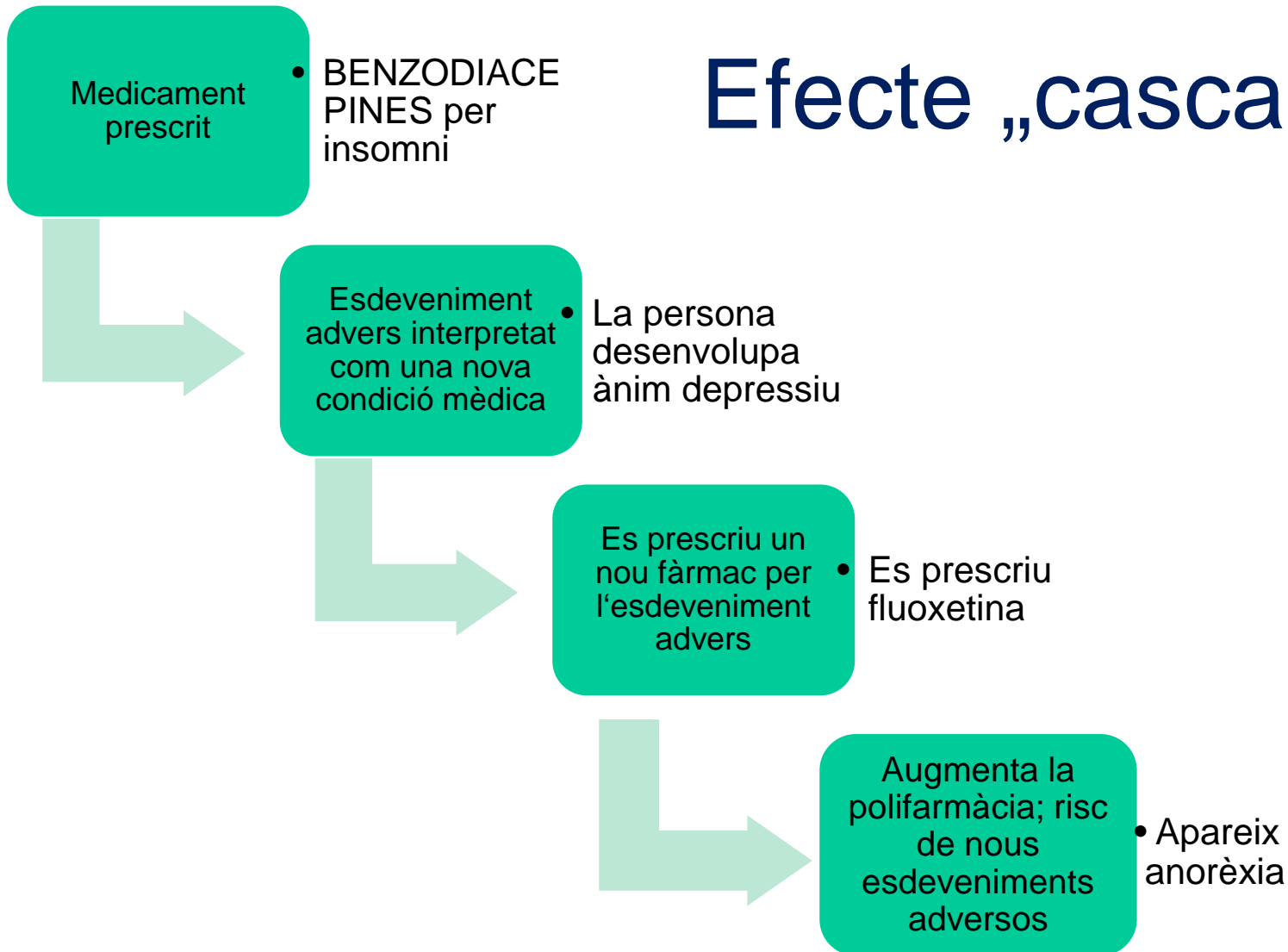


Prescripció / deprescripció d'antipsicòtics en demència avançada

Taula 5. Fàrmacs i problemes orgànics que poden precipitar o exacerbar els SCPD

Fàrmacs	Problemes orgànics
<ul style="list-style-type: none">• Fàrmacs amb efecte anticolinèrgic: amitriptilina i espasmolítics urinaris.• Analgèsics, especialment opiacis.• Anticonvulsivants: carbamazepina, fenitoïna, levetiracetam.• Antiparkinsonians.• Corticoides sistèmics.• Antihistamínics H2.• Alguns antibiòtics: ciprofloxacina, norfloxacina, metronidazole, claritromicina...• Liti.• Digoxina.• Benzodiazepines.• Fàrmacs per al tractament específic de la MA: donepezil, rivastigmina, galantamina i memantina.	<ul style="list-style-type: none">• Dolor.• Infeccions (sobretot del tracte urinari).• Deshidratació o hiponatrèmia.• Restrenyiment.• Retenció urinària.• Fatiga.• Alteracions de l'oïda o la vista.

Efecte „cascada“



Prescripció / deprescripció d'antipsicòtics en demència avançada



Original Study—Brief Report

Discontinuation of Long-Term Antipsychotic Drug Use for Behavioral and Psychological Symptoms in Older Adults Aged 65 Years and Older With Dementia

Ellen Van Leeuwen MD^{a,b,*}, Mirko Petrovic MD, PhD^c, Mieke L. van Driel MD, PhD^{b,d}, An IM De Sutter MD, PhD^b, Robert Vander Stichele MD, PhD^a, Tom Declercq MD^b, Thierry Christiaens MD, PhD^a

^a Clinical Pharmacology Unit of the Department of Pharmacology, Ghent University, Ghent, Belgium

^b Department of Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University, Ghent, Belgium

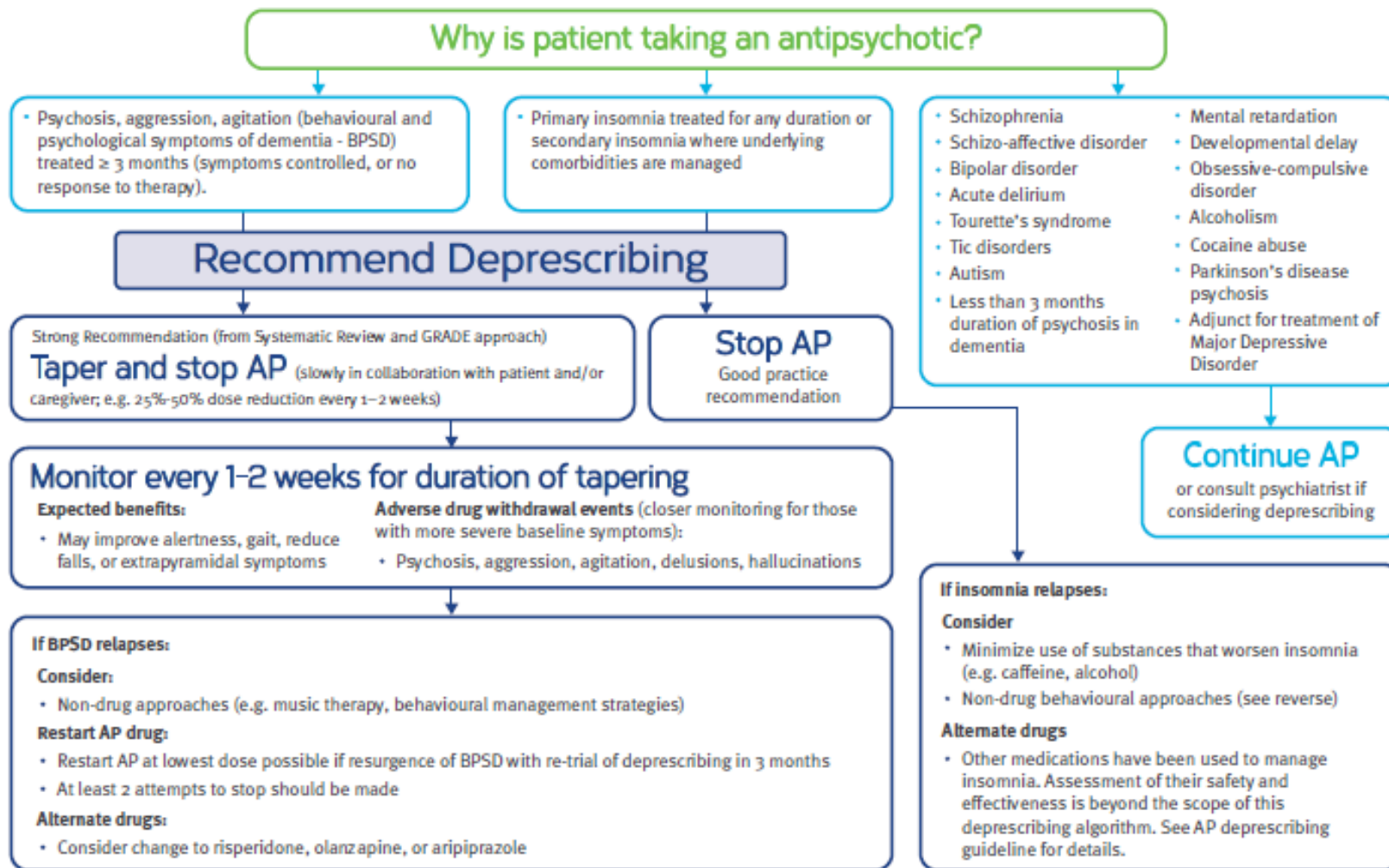
^c Department of Geriatrics, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium

^d Primary Care Clinical Unit, Faculty of Medicine, The University of Queensland, Brisbane, Australia

- Escassa evidència de que es puguin retirar de forma segura i complerta els antipsicòtics
- Pacients més fràgils sovint exclosos dels estudis
- Falta evidència

Figure 1

Antipsychotic (AP) Deprescribing Algorithm



Bjerre LM, Farrell B, Hogel MB, et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Phys 2018;64:17e27.

Prescripció / deprescripció d'estatines

- Prevenció primària: evidència controvertida. Poden **no existir beneficis** en persones ancianes amb baix risc d'esdeveniments vasculars o **en persones amb esperança de vida limitada** (CRIME Study, Estudio Prosper).
- Prevenció secundària: CRITERI START (STOPP/START v.2): Tractament amb estatines amb història documentada de malaltia coronària, cerebral o perifèrica, **excepte si el pacient es troba en situació de final de vida** o és major de 85 anys.

Prescripció / deprescripció d'estatines en malaltia avançada

Published in final edited form as:

JAMA Intern Med. 2015 May ; 175(5): 691–700. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0289.

Safety and Benefit of Discontinuing Statin Therapy in the Setting of Advanced, Life-Limiting Illness:

A Randomized Clinical Trial

- 381 pacients amb temps de vida estimat entre 1 mes i un any, estatines en prevenció primària o secundària i deteriorament recent funcional i sense malaltia cardiovascular activa recent.
- Discontinuar les estatines en pacients amb pronòstic limitat fou segur i va associar-se a millor qualitat de vida i menor nombre d'altres fàrmacs. No hi va haver més esdeveniments cardiovasculars en el grup de retirada.

Conclusions

- La deprescripció en demència avançada és possible i es pot associar amb beneficis.
- Malgrat cal més evidència i més eines, cada vegada hi ha més guies que ens ajuden a prescriure adequadament.
- Importància de revisar els fàrmacs preventius.
- Individualitzar i decidir conjuntament amb el pacient i els cuidadors.
- Importància de les mesures no farmacològiques i la implicació dels cuidadors.
- Davant de nous símptomes (possible efecte “cascada”), recordar revisar fàrmacs.

Moltes gràcies!

arenom@parcdesalutmar.cat