

National Deprescribing Initiative for Elderly Patients at High Risk of Mortality and Disability  
Longitudinal studies have demonstrated that elderly patients on neuroleptic medication face increa...

Es complejo, las personas Mayores que ya llevan muchos años en la dinámica de usar neurolépticos, es difícil apartarlos de ellos, pero si se puede educar en los próximos personas mayores para que no se cometa esa barbarie en un futuro, para que se tengan preparados y no tomen neurolépticos.

Recomiendo varias actividades: 1. Aumentar conocimientos sobre riesgos y daños de medicación neuroleptica en pacientes mayores entre el personal clínico 2. Aumentar conocimientos y habilidades para detectar daños causados por medicación 3. Aumentar el conocimiento sobre los derechos humanos en el área de la salud mental, por ejemplo, el programa QualityRights de la OMS. 4. Incluir la deprescripción en las directrices profesionales nacionales.

De nuevo el uso de fármacos sedantes aquí tiene una función de suplir otros recursos, más allá de la urgencia. Pero desde mi experiencia las familias que ven sufrir a sus mayores piden estos fármacos para no sufrir (la familia sufre viendo sufrir al otro). Si no hay estrategias de acompañamiento y apoyo en esta situación, es muy difícil retirar fármacos. De nuevo los planes deben garantizar estas estrategias de cuidados y sobre todo de acompañamiento (ahí el papel de asociaciones es muy importante y para eso deben recibir apoyo financiero y formación)

Supervisión y control de los médicos de primaria, sensibilización y formación

Promote advance directives before they are needed.

Utilizar otro tipo de fármacos más seguros. Ajustar las dosis de neurolépticos y utilizar aquellos que tengan menos efectos adversos. Introducir en las instituciones procedimientos de uso seguro de estos fármacos.

Not sure as the more elderly the more biological the presentation be cautious here there may well be a role

Slow deprescribing protocol

Seguimiento continuado desde la unidad de salud mental y coordinación intensa con atención primaria (equipo de su centro de salud). Coordinación con servicios sociales. Necesidad de aumentar la inversión y recursos humanos en salud mental.

Darles en caso muy necesario.

La retirada segura de neurolépticos (antipsicóticos) en pacientes de edad avanzada es un proceso delicado que debe equilibrar las necesidades de manejo de los síntomas psiquiátricos y neurológicos con los riesgos inherentes al uso prolongado de medicación. A medida que las personas envejecen, los efectos secundarios de los neurolépticos pueden volverse más pronunciados, y los riesgos asociados con el uso a largo plazo, como el síndrome extrapiramidal, la disfunción cognitiva, el aumento del riesgo de caídas, y la sedación excesiva, se vuelven más evidentes

Más apoyo y compañía, la gente mayor suele estar en residencias por no poder vivir solos, esto no es aceptable, hace falta más compañía para estas personas ya que aunque parezca poco el solo acompañar mejora mucho sus condiciones

Es muy importante conocer la fragilidad del anciano y evitar la polimedicación. En estos casos siempre hay que pensar en la deprescripción y minimizar riesgos.

el mayor riesgo actual, para mí, tanto en población general como en población de pacientes mayores, son LAS BENZODIACEPINAS sin ninguna duda, y su sobreprescripción. Hay cada vez más antipsicóticos nuevos menos incisivos y con menos ef. secundarios que pueden usarse con seguridad en ancianos y que ayudan a la agitación y al control de síntomas psicóticos asociados, si se retiraran dichos fármacos, no sé qué opciones plantearía...

Insisto, más que deprescripción (que creo que es un término que no se está utilizando correctamente), y que desde luego es aplicable a todas las especialidades médicas (la primera, a medicina primaria), hay que insistir, como se hace en todas las facultades de Medicina, en el uso racional de fármacos: usar sólo si el beneficio supera a los seguros efectos adversos de su administración, vigilar durante todo el tratamiento y explicar y compartir con el pacientes cómo y hasta cuándo se considera necesario el tratamiento, en base a la evidencia científica. Si se considera que es un tratamiento de por vida (hay muchísimos ejemplos de ello), también.

Que los equipos de atención a las residencias o instituciones psiquiátricas cuenten con el suficiente equipo profesional de enfermería especializada, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, etc para una mejor estimulación de las capacidades, menor deterioro y mejor contención de conductas disruptivas y de riesgo para si o terceros, no química ni mecánica .No es posible una deprescripción si no hay un enfoque holístico, multidisciplinar y educativo

Promover la formación en este campo, desconocido para muchos de los profesionales de salud mental. Difundir entre los de atención primaria que la retirada (cuanto menos parcial) es posible en muchas ocasiones. Obviamente una deprescripción implica atender con más frecuencia a los pacientes para poder hacerlo convenientemente.

Atención con psicogerontólogos@s.

Formación en el ámbito geriátrico para realizar la deprescripción de forma segura. Aumento del presupuesto para que en estos ámbitos prime la atención psicosocial, y no la soluciones químicas, que denotan el cinismo de tales instituciones.

Como en todos los casos, reducción gradual de la medicación prescrita potencialmente nociva, de acuerdo con el paciente o sus curadores, y supervisión continua.

No sabría que aportar, he tratado muy poco con este grupo de pacientes.

debería existir personal y suficiente (las residencias están infradotadas en ambas cosas) cualificado en dichas residencias para poder observar los efectos de la retirada de forma cercana y acompañar a los mayores en ese proceso, escuchado que opinan al respecto y como experimentan la desescalada, respetando el deseo de estos acerca de si quieren hacerla y como . Incremento de recursos psicosociales y comunitarios.

Descripción progresiva según riesgo-beneficio

Seguimiento, información, apoyo, acompañamiento, coordinación, responsabilidad

No puedo describir una estrategia pero teniendo la información que existe sobre la agravación de síntomas en pacientes mayores, mi opinión es erradicar la medicación de neurolepticos y mas cariño y comprensión con nuestros mayores.

It may not be possible to do this via shared decision making, if patients are already suffering with dementia or are otherwise convinced that the medicines they have been taking are 'helpful' - so this should be initiated by physicians and carried out with adequate preparation time and explanation, so that there is no imposed withdrawal. If consent is obtained then withdrawal should proceed incredibly slowly with sufficient monitoring for emerging symptoms.

Una retirada paulatina es crucial, además de la valoración de riesgos asociados y un monitoreo constante.

In Italy we have the first non restraint social welfare residencies trying to humanize everyday life and therapy

A shared decision and long term care plan in place, with slow, monitored and evaluated deprescription (quality of life checks) and adjustments depending on the patients/families feedback.

There are national program to prevent the misuse of neuroleptics with older adults and to support de-prescribing in both England and Scotland. Specialist PG Demential specialist nurses play a significant role in these activities.

<https://www.england.nhs.uk/london/wp-content/uploads/sites/8/2022/10/Antipsychotic-Prescribing-Toolkit-for-Dementia.pdf> In Scotland these activities are led by Health Improvement Scotland.  
<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/polypharmacy-guidance-realistic-prescribing/hot-topics/stopping-deprescribing-antipsychotics-in-patients-with-dementia/>

Many things need to be done here: better staffing quality and quantity, enough and proper activities, improved diets and metabolic interventions; better physical set ups of residential resources to ensure safety and against wandering off.

Para retirar la medicación se deben cambiar los modelos de trato, atención y cariño actuales. Sólo sintiéndose uno cómodo y acompañado, con ello tranquilo y confiado, se podrá retirar dicha medicación, que para muchos profesionales no médicos y familiares, es la única base efectiva.

Cambios paulatinos y en espacios controlados y seguros

- education of care-givers and relatives; how to make observation an instrument in safe tapering, withdrawal symptoms usually don't mean there is a relaps, but indicates tapering goes too fast with too big steps.
- express the importance of safe tapering because of the risk of delirium (falling, fractures etc.)
- taper from the initial benzodiazepine; avoid cross over to diazepam. Because of disadvantage of 24 hours sedation, liver-stacking, day-night rhythm.
- improve care for anxious and confused patients with means other than medication

Unsure

Reforzar la atención y el acompañamiento a las personas mayores para poder manejar los síntomas.

Seguimiento de Maudsley Guidelines existentes hace más de tres décadas y NICE UK National Institute of Clinical Excellence

fortalecer los programas de desinmovilización de pacientes, técnicas no farmacológicas ya comprobadas que funcionan para el tratamiento de síntomas psicológicos y conductuales asociados a las demencias, como actividades dirigidas y salas Snoezelen, mayor apoyo al personal de enfermería en ratio profesional : paciente.

Sensitive doctors who abide by the Hippocratic Oath they swore to have been trained in how to cope with emotion (see Adaptation Practice: Teaching doctors how to cope with stress, anxiety and depression by developing resilience -- <https://www.bjmp.org/content/adaptation-practice-teaching-doctors-how-cope-stress-anxiety-and-depression-developing-resilience>).

Es más complicado debido a procesos de deterioro cognitivo y conductas inadecuadas. Siempre que sea posible tratar de reducir esta medicación

Tiempos cortos de tratamiento sin precisar y desprescripción paulatina

Hay que hacer un programa que organice primero los objetivos de la intervención, aceptando que es una condición crónica, que lleva mucho tiempo instalada. Como se sale y se abordan en medicina y en la vida, las cuestiones crónicas? Un gran riesgo es el idealismo y el voluntarismo. Si se despeja el idealismo y el voluntarismo, ha de haber una conciencia clara de los intervinientes, una mirada, no solo de microscopio, también de gran angular y, sobre todo, la mirada estratégica que da el teleobjetivo, para poder ir sorteando los múltiples problemas a resolver. Todo ello, junto con un testeo de los efectos de la intervención. Sería fundamental la creación de un observatorio que centralice la información, se coordine con los ejecutantes y vaya haciendo la gestión estratégica del proyecto. Si el Estado se hace cargo de su responsabilidad por cómo ha intervenido (o no intervenido) hasta ahora, debería reparar como corresponde aceptando que es necesario tiempo, esfuerzo y recursos sostenidos y garantizados.

Hay que tener en cuenta que a veces no se pueden retirar, solamente minimizar o buscar alternativas que aporten un riesgo / beneficio aceptable

Política de gobierno. No sólo recomendaciones, sino un posicionamiento claro hacia allí. Y construir instrumentos que nos sirvan de guías que se articulen desde lo dialógico.

Primero, tener en cuenta los factores inherentes a la deprescripción: alerta social y familiar, síntomas de abstinencia, posible aparición de psicosis por hipersensibilidad... Informar en informar a paciente y entorno cercano. Acompañar. Siempre acompañar. Lenta y prudentemente. I'm in agreement with these new guidelines. In addition, these homes and institutions should be facilitating strategies to mitigate cognitive decline and auditing/inspecting for malpractice.

I suggest a cooperative agreement with Citizens Commission on Human Rights International.  
<https://www.cchrint.org/>

Más recursos sociales y humanos. Alternativas de cuidados en entornos propios... Uso puntual y de último recurso de medicación, tal y como ya se especifica en las guías clínicas que no se cumplen. Realizar un buen seguimiento de los síntomas clínicos, de la reducción de dosis de forma progresiva hasta su retirada completa y reevaluar si es preciso optar por otro tipo de psicofármacos, siempre según la sintomatología clínica que presente y la falta de respuesta de las intervenciones no farmacológicas.

Less sure what to propose here. Again, therapeutic alliance seems key to me. Also, going slowly.

Individualizada y con apoyo psicológico y psicosocial paralelo

Creo que no podemos olvidar el aspecto social en los casos de personas mayores. Hay que comprobar cuál es su situación familiar, sus redes de apoyo, y si tienen un acompañamiento adecuado en el tratamiento para la deprescripción.

Sería requisito indispensable mejorar las condiciones de cuidado que se requieren en estos centros. Más personal y mejor formación para el personal en absolutamente necesario.

Mediante el desarrollo de protocolos que incluyan a expertos en primera persona y casos exitosos y comisiones de valoración que incluyan también a estas figuras  
Control por psiquiatra u toma de decisiones consensuada

Podría tenerse muy en cuenta la participación de familiares o entorno social de la persona para acompañar la deprescripción y garantizar que sea efectiva, así como las expectativas de la persona sobre el tiempo que suele llevar la reducción de efectos de la medicación.

Es importante entrenar al personal sanitario (y familiares) en estrategias de manejo de las alteraciones conductuales mediante intervenciones ambientales o psicosociales. Aquí, el uso de medicación antipsicótica debería ser puntual, a las menores dosis posibles y durante el menor tiempo posible. Estrategias de uso racional de la medicación en pacientes mayores deberían ser favorecidas por la administración

Adecuada valoración clínica de forma longitudinal. Formación de personal cuidador en el manejo de síntomas confusionales o alteraciones del comportamiento secundarias a deterioro cognitivo. La única manera es de disponer más recursos asistenciales y residenciales. Cuando se usan neurolépticos en pacientes ancianos es por síntomas psicóticos o situaciones de auto o heteroagresividad. No considero que se realice un uso inadecuado en nuestro contexto asistencial.

-

La respuesta más lógica es sugerir procesos de 'untapping' monitorizado por un facultativo que, a su vez, debe proponer la mejor alternativa viable que sustituya a la medicación que reemplaza. Aun así, se debería hacer el esfuerzo consciente de reforzar mecanismos de 'desescalada' de situaciones de crisis a través de vías alternativas a la medicación, si es posible así como reforzar los recursos

humanos destinados a hacer efectivas y viables estas estrategias en entornos asistenciales y/o residenciales, etc.

Incrementar el apoyo externo al paciente mayor que permita aliviar la carga de psicofármacos.

No lo sé