

## Deprescripción en el anciano diabético

Nicolás Martínez Velilla<sup>1</sup>, Marta Gutiérrez Valencia<sup>1</sup>, Beatriz Larráyo Solá<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Geriátría. <sup>2</sup> Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

Cuando hablamos de diabetes en ancianos corremos el riesgo de simplificar una situación clínica que puede ser realmente compleja. Además, el concepto de anciano es también muy heterogéneo y no se ciñe exclusivamente al perfil cronológico. Sea cual sea el punto de partida de dicho envejecimiento, la evolución del perfil clínico se modificará de una forma tan importante que intentar homogeneizar un tratamiento farmacológico para la misma entidad clínica será una labor casi imposible, pues el inexorable paso del tiempo modificará tanto las circunstancias individuales como las que rodean a nuestros pacientes. De hecho, cualquier decisión terapéutica debe tener en cuenta la esperanza de vida, que en muchas ocasiones es inferior a 5–10 años, lo cual limita mucho los potenciales beneficios de determinadas medidas farmacológicas que precisan de su continuidad temporal para conseguirlos. Tanto para la diabetes como para la mayor parte de enfermedades o síndromes geriátricos, las diferentes guías clínicas deberían amoldarse al contexto individual y no generalizar o transferir las evidencias adquiridas en poblaciones más jóvenes y con menos multimorbilidad.

En población mayor de 80 años (que habitualmente ha quedado excluida de los ensayos clínicos de medicamentos), no existe una medicina basada en la evidencia tradicional. ¿Debemos aplicar los mismos conocimientos que los adquiridos en poblaciones más jóvenes y menos complejas?<sup>1,2</sup> Hasta que podamos obtener una respuesta afirmativa a dicha cuestión, deberemos orientarnos por aquellas guías y algoritmos que diferencien al paciente anciano y adaptarlas a la individualidad de cada uno de ellos.

### **POLIFARMACIA**

La estructura actual de la atención sanitaria favorece la polimedición en el paciente anciano. Se estima que en los países desarrollados más del 30 % de las personas de más de 65 años tienen prescritos cinco o más medicamentos, y

el factor de riesgo individual más importante para desarrollar eventos adversos farmacológicos es el número absoluto de fármacos pautados. No hay un criterio unificado sobre el límite de medicamentos que define la polifarmacia. Desde el punto de vista cuantitativo, el criterio más extendido es cinco medicamentos durante más de tres meses. Victoria Rollason y Nicole Vogt establecen un límite diferente para pacientes ambulatorios (cuatro) o institucionalizados (diez). También se han incorporado criterios cualitativos para definir la polimedición. De esta manera, Rollason y Vogt, en una revisión sistemática, identifican tres situaciones posibles:

- Polimedición adecuada: el paciente toma muchos fármacos, pero todos ellos están indicados. El objetivo que se plantea en este caso no es reducir el número de fármacos, sino mejorar la adecuación terapéutica.
- Polimedición inadecuada: el paciente toma más medicamentos de los clínicamente necesarios. El objetivo es reducir al máximo el número de fármacos inapropiados.
- Pseudopolimedición: el tratamiento registrado del paciente no refleja los medicamentos que realmente toma, por lo que el objetivo es actualizarlo y coordinar de forma adecuada a los profesionales y niveles asistenciales implicados en su cuidado.

Son múltiples los factores que contribuyen a la polimedición en el paciente anciano:

- Factores biológicos y físicos: edad, multimorbilidad, cronicidad, envejecimiento, discapacidad, demanda de atención, automedicación, etc.
- Factores sociales: aislamiento, disponibilidad de recursos socioeconómicos, etc.
- Factores psicológicos: depresión, creencias, etc.
- Factores del sistema sanitario: deficiente comunicación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales, estructura basada en la atención a procesos agudos y en el medicamento como recurso terapéutico, atención por diferentes prescriptores, adopción

acrítica de las guías clínicas, ingresos hospitalarios previos, etc.

La polifarmacia tiene numerosas consecuencias<sup>3</sup>. Clínicamente, disminuye la adherencia, la calidad de vida y la función física y aumenta el riesgo de interacciones medicamento-medamento o medicamento-enfermedad, la morbimortalidad y el riesgo de hospitalizaciones. Entre el 5 y el 28 % de los ingresos están relacionados con efectos adversos de los fármacos. El porcentaje es superior en pacientes polimedcados. Además, hasta el 13 % de los ancianos con dos fármacos y el 82 % de los que toman seis o más desarrollará algún evento adverso<sup>4</sup>. Legalmente, tiene connotaciones de responsabilidad civil o penal. En lo que atañe a la ética, puede provocar el deterioro de la relación clínica o de la confianza en el sistema sanitario. Socialmente, puede alterar el rol y las funciones sociales del individuo, así como tener importantes consecuencias económicas tanto en costes directos como indirectos.

### USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS Y PRESCRIPCIÓN APROPIADA

Según la Organización Mundial de la Salud, el uso racional de los medicamentos implica que cada paciente reciba la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en la dosis correcta, durante el período de tiempo apropiado y al coste más bajo para él y para la comunidad. Este principio básico tiene especial importancia en el paciente anciano.

Los medicamentos utilizados en geriatría deberían cumplir los siguientes criterios:

- Eficacia demostrada, toxicidad conocida y experiencia de uso.
- Baja frecuencia de reacciones adversas o interacciones con los medicamentos más habituales.
- Frecuencia de administración cómoda para favorecer el cumplimiento.
- Presentación adaptada a las dosis recomendadas en el paciente anciano.
- Forma farmacéutica adecuada a la discapacidad física.
- Evidencia de su eficacia y seguridad en la población anciana.

Con el objetivo de disminuir los problemas relacionados con los medicamentos en ancianos y lograr su uso correcto, se detallan unos principios generales para la prescripción de fármacos en el anciano:

- **Valorar** si es realmente necesaria la utilización del fármaco: considerar otras estrategias terapéuticas, definir el objetivo terapéutico considerando la esperan-

za de vida del paciente (aumento de supervivencia, mejora de la calidad de vida, control sintomático o mejora funcional).

- **Seleccionar** el fármaco más adecuado: evitar todo medicamento que no aporte beneficio real. Comenzar con dosis inferiores a las habituales para adultos e incrementar de forma progresiva según la respuesta.
- **Simplificar** la pauta de administración: debe incluir el menor número posible de fármacos, de tomas y de número de comprimidos. En caso de dificultad para tragar, puede ser necesario utilizar soluciones o suspensiones. Evitar el uso simultáneo de fármacos de efecto y toxicidad similar.
- **Evitar** las cascadas de prescripción de fármacos para tratar el efecto secundario de otro:
  - Antiparkinsoniano para tratar la reacción extrapiramidal producida por un antipsicótico.
  - Tratamiento de la gota para hiperuricemia causada por tiazidas.
  - Antihipertensivos para tratar el aumento de presión arterial de antiinflamatorios no esteroideos.
- **Informar** claramente al paciente o al familiar de la utilidad del fármaco, de la respuesta esperada y del tiempo requerido para alcanzarla, efectos secundarios posibles, qué hacer si aparecen y las instrucciones necesarias para administrarlos de forma correcta. Como refuerzo, es recomendable proporcionar información escrita y, en caso de medicamentos cuya forma de administración sea compleja (aerosoles o inhaladores), explicar al enfermo o su cuidador la forma correcta de utilización.
- **Evaluar** en cada visita la eficacia y la toxicidad del tratamiento completo, sin olvidar la posibilidad de interacciones entre los fármacos o con la enfermedad.
- **Valorar** la adherencia al tratamiento identificando los factores que la dificultan.

Se han propuesto y desarrollado diferentes estrategias para mejorar el uso racional de los medicamentos en la población anciana: selección de pacientes de riesgo, revisión de la medicación, evitar el empleo de medicamentos potencialmente inapropiados, conciliación de la medicación o valoración de la adherencia, entre otros. Los mejores resultados se obtienen cuando se combinan estrategias desde un enfoque multidisciplinar, integrando al médico especialista, médico de Atención Primaria, farmacéutico y enfermería.

Distintos estudios estiman que uno de cada cinco fármacos utilizados en el paciente anciano puede ser inapropiado y que aproximadamente la mitad de los pacientes hospitalizados o ambulatorios recibe uno o más fármacos innecesarios. Con el objetivo de reducir el uso inapropiado de los fárma-

cos en el anciano se han desarrollado varias herramientas, que pueden ser de dos tipos: implícitas y explícitas, con sus respectivas ventajas y desventajas (tabla 1).

Los *métodos implícitos* están basados en el juicio clínico que evalúa cada medicamento considerando las características del paciente y la indicación. El más utilizado es el Medication Appropriateness Index (MAI), que valora 10 aspectos de la prescripción. Cada respuesta tiene asignado un peso relativo y, en función de la valoración global, se concluye si es adecuado.

Los *métodos explícitos* están basados en listas de criterios predefinidos con el objetivo de identificar medicamentos potencialmente inapropiados. Estos criterios se desarrollan a partir de revisiones sistemáticas y opiniones de expertos, y los más utilizados son los criterios de Beers y los Screening

Tool of Older Persons' Potentially inappropriate Prescriptions-Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment (STOPP-START).

### Criterios de Beers

Fueron los primeros criterios explícitos, publicados en 1991 por Mark Beers et al., y revisados posteriormente en 1994, 1997, 2003, 2012 y 2015. Han sido asumidos como oficiales por la American Geriatrics Society. Se basan en un consenso de expertos desarrollado por el método Delphi, mediante una revisión de la literatura científica y posterior evaluación de un cuestionario. Es una herramienta ampliamente validada y utilizada, y sus principales limitaciones son la falta de valoración global de aspectos de la prescripción como duplicidad, duración u omisión; la falta de evidencia del impacto en el descenso de reacciones adversas a medicamentos (RAM) o la inclusión de fármacos no utilizados en Europa, donde su aplicación ha sido limitada. Recientemente, se ha publicado una versión actualizada que incluye aspectos como la función renal e interacciones.

### Criterios STOPP-START

En el ámbito europeo, Paul Gallagher et al. publicaron en el año 2008 los criterios STOPP-START, y fueron avalados por la Sociedad Europea de Geriátrica y Gerontología. Recientemente, se ha publicado una actualización y su traducción al español. Se han difundido ampliamente y se han validado en muchos países y en diferentes niveles de la asistencia sanitaria. Recogen los errores más comunes de tratamiento y omisión en la prescripción en las personas mayores; son fáciles de relacionar con el diagnóstico, ya que están agrupados por sistemas fisiológicos; pueden integrarse en los sistemas informáticos de prescripción e incluyen fármacos disponibles en Europa y América. Respecto a los criterios de Beers, su principal aportación es que incluyen criterios para detectar la omisión de medicamentos que pueden estar indicados (criterios START).

Diversos estudios han comparado la eficacia de ambas herramientas y han concluido que los criterios STOPP-START parecen tener una mayor sensibilidad para detectar prescripciones potencialmente inadecuadas y para prevenir eventos adversos y RAM que los criterios de Beers. El estudio Development of CRITERIA to assess appropriate Medication use among Elderly complex patients (CRIME), realizado en pacientes hospitalizados, concluye que la utilización de los criterios STOPP para la detección de medicamentos potencialmente inadecuados se asocia de forma significativa a las

**Tabla 1.** Ventajas y desventajas de los métodos explícitos e implícitos

	Métodos explícitos	Métodos implícitos
Ventajas	Fáciles de utilizar Pueden incorporarse a sistemas informáticos Reproducibles Permiten sistematizar la detección de prescripciones potencialmente inadecuadas Menor consumo de recursos	Permiten individualizar No requieren que los problemas estén predefinidos
Inconvenientes	No permiten individualizar Requieren de actualizaciones constantes	Dependen del conocimiento y experiencia del profesional Peor consistencia Mayor consumo de tiempo No se considera la omisión de medicamentos indicados
Ejemplos	Criterios de Beers Criterios STOPP-START CRIME PRISCUS (2010) NORGE (2009) Rancourt (2004) Laroche (2007)	MAI Garfinkel

MAI: Medication Appropriateness Index; STOPP-START: Screening Tool of Older Persons' Potentially inappropriate Prescriptions-Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment.

RAM, cosa que no sucede en el caso de los criterios de Beers. La utilidad de su aplicación en la práctica clínica ha quedado demostrada por la reducción del riesgo de RAM, de atención en urgencias o de reingresos. La evidencia de su impacto en la mejora de la salud del paciente o en el ahorro de los costes sanitarios es menor de momento, aunque hay estudios que han mostrado una reducción en caídas, hospitalizaciones, riesgo de delirio o ahorro económico importante. Hace poco se ha publicado una versión actualizada de los criterios STOPP-START, que incluye 87 recomendaciones STOPP y 34 START. Un equipo de médicos geriatras y farmacéuticos especialistas ha elaborado y publicado la versión en español<sup>5</sup>.

### Otros criterios

En los últimos años han surgido otros criterios explícitos de detección de prescripciones potencialmente inadecuadas: Potentially Inappropriate Medications in the Elderly: The PRISCUS List. (PRISCUS) (Holt et al.; Alemania, 2010), The Norwegian General Practice criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients: a modified Delphi study (NORGE) (Rognstad et al.; Noruega, 2009) y Rancourt et al. (Canadá, 2004), entre otros. La mayoría de ellos no han sido suficientemente validados en diversos ámbitos sanitarios y se han utilizado de forma local. Los criterios Assessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE) establecen unos indicadores de calidad en la atención al paciente vulnerable que incluyen educación al paciente, revisión periódica del tratamiento o monitorización de la función renal y potasio en pacientes en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Incluyen condiciones geriátricas como demencia y caídas, y la mayoría son aplicables a las personas con demencia avanzada y mal pronóstico. En la actualidad está en marcha el estudio Development and clinical trials of a new Software ENGINE for the Assessment & optimization of drug and non-drug Therapy in Older persons (SENATOR), un proyecto multicéntrico europeo que tiene como finalidad desarrollar una herramienta informática para la valoración y optimización de la terapia farmacológica y no farmacológica en pacientes ancianos.

### Uso racional de medicamentos en pacientes diabéticos

No hay muchos estudios dirigidos específicamente a establecer los objetivos glucémicos óptimos en pacientes ancianos. Tras los últimos estudios (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes [ACCORD], Action in Diabetes and Vascular disease: preterAx and diamicroN MR

Controlled Evaluation [ADVANCE] y Veterans Affairs with Diabetes Trial [VADT]), se ha puesto de manifiesto que un control metabólico estricto no se asocia con un menor riesgo cardiovascular y, además, se sugiere que los episodios objetivos metabólicos de mantener la hemoglobina glucosilada ( $HbA_{1c}$ ) por debajo del 7 % se han hecho mucho más laxos en el anciano diabético. Algunos estudios han evidenciado el elevado número de ancianos que pueden estar siendo potencialmente tratados de una forma exagerada, incluyendo incluso a aquellos más vulnerables, con el alto riesgo de yatrogenia consecuente<sup>6</sup>.

Aunque no existe consenso entre las diferentes guías, el objetivo de  $HbA_{1c}$  oscila entre el 7 y el 9 % en ancianos. El European Diabetes Working Party for Older People aconseja un objetivo de  $HbA_{1c}$  del 7-7,5 % para pacientes ancianos sin complicaciones y del 7,6-8,5 % para pacientes frágiles. En el reciente consenso de la American Diabetes Association/European Association for the Study of Diabetes, se recomienda que los objetivos glucémicos sean menos ambiciosos en ancianos con expectativa de vida corta, elevada morbilidad, polimedicación o alto riesgo de hipoglucemia, y se considera aceptable una  $HbA_{1c}$  entre el 7,5 y el 8 %. Estos objetivos son similares a los marcados por la American Geriatrics Society, la American Diabetes Association, la Federación Internacional de Diabetes y un consenso nacional español reciente<sup>7-9</sup>.

Más allá del tradicional objetivo terapéutico de curación de la enfermedad, el paciente anciano hace gala de una diversidad de factores que, cuantitativa y cualitativamente, son más importantes que la mortalidad y el control de los factores de riesgo cardiovascular o de las complicaciones micro y macroscópicas a largo plazo. En nuestra población, habitualmente con una expectativa de vida reducida, los conceptos de calidad de vida, independencia o función son los más útiles cuando intentamos desarrollar estrategias terapéuticas.

### DEPRESCRIPCIÓN

La práctica clínica se basa en un proceso continuo de revisión del tratamiento del paciente planteando la prescripción y la deprescripción como un proceso sistemático de identificación y retirada de fármacos cuyo riesgo potencial supere el beneficio esperado. La prescripción de un fármaco siempre plantea un objetivo que se pretende alcanzar en un plazo de tiempo razonable, y debe suspenderse si no se consigue o no se tolera bien. Por tanto, los fundamentos de la deprescripción son la valoración del riesgo/beneficio individual, el respeto a la autonomía del paciente y la necesidad de su seguimiento<sup>10</sup>. Los estudios realizados en pacientes

ancianos prueban que es una estrategia segura y eficaz. Ha demostrado reducir los fármacos innecesarios, caídas, número de visitas a urgencias o la mortalidad, así como la mejoría en la función psicomotora y cognitiva.

Se han descrito distintas estrategias para desarrollarla, centradas en el paciente (análisis de su situación integral y revisión del tratamiento) o en el medicamento (aplicación de criterios de eficacia, seguridad o eficiencia). Entre las distintas herramientas sugeridas están el cuestionario de Hamdy o el algoritmo propuesto por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria.

La deprescripción incluye diferentes etapas:

- **Revisar** el tratamiento farmacológico completo y los problemas de salud del paciente. Las fuentes de información pueden ser la historia clínica o entrevista donde se revise la «bolsa de medicamentos».
- **Analizar:**
  - Evaluar el riesgo global de sufrir daño.
  - Definir los objetivos terapéuticos: según la edad y la situación clínica del paciente.
  - Valorar los problemas de adherencia.
  - Analizar el tratamiento farmacológico: dosis (recomendada según edad, función renal, hepática, etc.), duración, duplicidad, posibles efectos adversos, interacciones, identificación de prescripciones potencialmente inapropiadas, etc.
- **Actuar:** plantear un tratamiento terapéutico actualizado tras definir:
  - Fármacos que se deben suspender:
    - Causantes de RAM.
    - Duplicados.
    - Falta de indicación justificada.
    - Duración de tratamiento excedida.
    - Baja utilidad terapéutica: fármacos con escasa evidencia para una indicación concreta:
      - Principios activos cuya eficacia no se ha demostrado de manera convincente en ensayos clínicos controlados.
      - Medicamentos que, debido a su composición, presentan una relación riesgo/beneficio desfavorable.
  - Fármacos que requieren una retirada gradual para evitar un efecto rebote:
    - Benzodiazepinas, zaleplón, zolpidem, zopiclona.
    - Inhibidores de la bomba de protones y anti-histamínicos H2.
    - Antidepresivos.
    - Antihipertensivos y antianginosos.
    - Opioides.
    - Gabapentina, pregabalina.

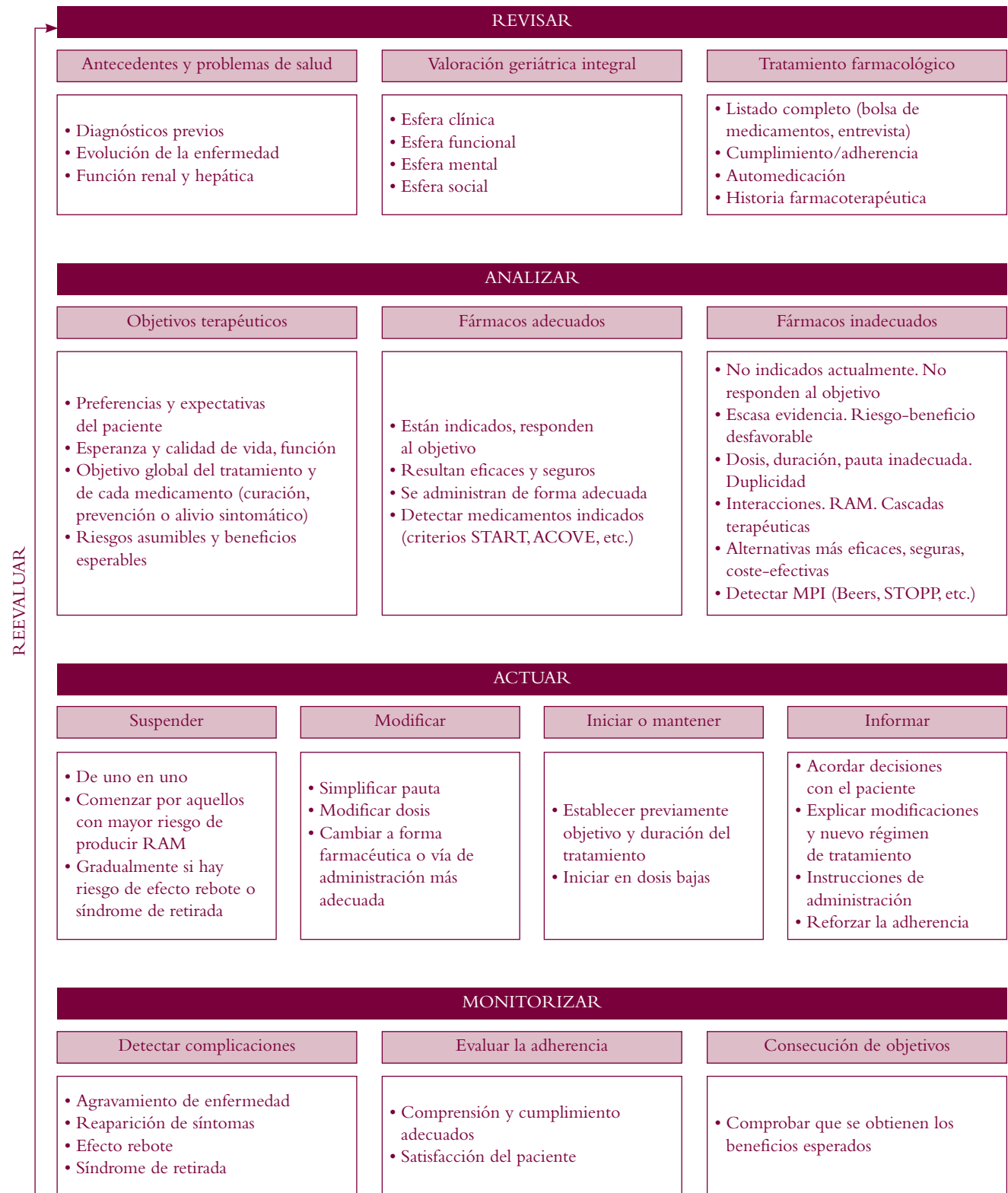
- Fármacos que se deben modificar o sustituir: por ajuste de dosis, por interacciones o por existir otras alternativas más eficaces o seguras.
- Fármacos que se deben introducir: para resolver problemas de salud no tratados.
- **Informar** al paciente y a sus cuidadores de las modificaciones del tratamiento propuesto, de sus objetivos, posibles efectos secundarios y su seguimiento.
- **Monitorizar:** seguimiento periódico de las posibles complicaciones de la deprescripción, reevaluación del balance riesgo-beneficio e introducir las modificaciones necesarias (reintroducción, sustitución o suspensión de fármacos).

Proponemos el siguiente algoritmo, que engloba los diferentes estadios desde el inicio de la prescripción hasta la optimización posterior (figura 1).

Sin embargo, tomado de forma aislada, el término queda empobrecido y puede incluso interpretarse como una actitud edadista. Se entiende su aplicación como contraposición al proceso de prescripción, que incluye solo la adición de nuevos medicamentos al tratamiento; pero deprescribir no debe limitarse a retirar fármacos. Deberíamos entender este término dentro del concepto de optimización del tratamiento farmacológico en el anciano, que comprende una visión amplia y compleja. Aunque el número total de fármacos quizá sea el principal factor de yatrogenia farmacológica, con una retirada exclusiva y no razonada de fármacos corremos el riesgo de privar a nuestros pacientes de determinados efectos beneficiosos de algunos fármacos. No hay que olvidar que la edad avanzada y la polifarmacia son también factores relacionados con la infrautilización de medicamentos con beneficios probados. Por tanto, «la labor de los clínicos no es determinar si están tomando demasiados o escasos fármacos, sino determinar si el paciente está tomando los fármacos correctos». Esto requiere buscar un equilibrio que consiga reconciliar la expectativa de vida, el impacto de las comorbilidades, los objetivos de los cuidados y las preferencias del paciente respecto a los riesgos y beneficios. El manejo debe ser global y multidisciplinar, de manera que abarque tanto factores médicos como funcionales, cognitivos y sociales. Las medidas no farmacológicas pueden también ser cruciales y permitir importantes disminuciones del número de fármacos con una mejora paralela de la calidad de vida.

La deprescripción supone un nuevo desafío. Puede añadir más complejidad al ya difícil proceso de aplicar las guías clínicas en ancianos y cuenta todavía con poca evidencia científica que la avale, por lo que puede llevar a cierto escepticismo. Sin embargo, la enorme prevalencia de problemas relacionados con medicamentos en los ancianos y la

**Figura 1.** Algoritmo para la optimización de la prescripción (elaboración propia)



ACOVE: Assessing Care of Vulnerable Elders; MAI: Medication Appropriateness Index; MPI: medicamentos potencialmente inapropiados; RAM: reacciones adversas a medicamentos; START: Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment; STOPP: Screening Tool of Older Persons' Potentially inappropriate Prescriptions.



gravedad de sus consecuencias en todos los aspectos ponen de manifiesto la necesidad de implementar estrategias que afronten esta problemática. Cada día hay mayor evidencia que apoya la utilización de una evaluación estructurada para valorar al paciente de forma global y el uso de cada uno de

los fármacos que está tomando. Los resultados de las experiencias realizadas hasta el momento son prometedores, y animan a adoptar esta nueva visión del manejo farmacológico como un proceso continuo de reconstrucción que busca alcanzar los mejores beneficios esperables para cada paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Velilla N, Vilches Moraga A. Consensus conference: treatment of type 2 diabetes in the elderly. *Med Clin (Barc)* 2014;142:89-90.
2. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294:716-24.
3. Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana MC. Polypharmacy in frail elderly patients: is deprescribing the answer? *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2012;47:162-7.
4. Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild J, DeBellis KR, Seger AC, et al. Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1349-54.
5. Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, et al. Improving drug prescribing in the elderly: a new edition of STOPP/START criteria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2015;50:89-96.
6. Lipska KJ, Ross JS, Miao Y, Shah ND, Lee SJ, Steinman MA. Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. *JAMA Intern Med* 2015;175:356-62.
7. Gómez Huelgas R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita Tejedor J, Rodríguez Mañas L, González-Sarmiento E, et al. Treatment of type 2 diabetes in the elderly. *Med Clin (Barc)* 2013;140:134. e1-12.
8. American Geriatrics Society Expert Panel on Care of Older Adults with Diabetes Mellitus, Moreno G, Mangione CM, Kimbro L, Vaisberg E. Guidelines abstracted from the American Geriatrics Society Guidelines for Improving the Care of Older Adults with Diabetes Mellitus: 2013 update. *J Am Geriatr Soc* 2013;61:2020-6.
9. Sinclair A, Morley JE, Rodríguez-Manas L, Paolisso G, Bayer T, Zeyfang A, et al. Diabetes mellitus in older people: position statement on behalf of the International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), the European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP), and the International Task Force of Experts in Diabetes. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13:497-502.
10. 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;175:827-34.