



# Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat

**Dra. Laia Gené Huguet**

Metgessa EAP Les Borges del Camp  
GdT Gent Gran CAMFiC

**Sra. Cecília Campabadal Prats**

Farmacèutica d'AP - ICS Tarragona

# ÍNDEX

## 1. INTRODUCCIÓ

- L'envelliment de la població
- Multimorbiditat i polifarmàcia
- Cascada terapèutica

## 2. MANEIG DE LA MEDIACIÓ CENTRADA EN LA PERSONA

## 3. CASCADA TERAPÈUTICA

## 4. CONCLUSIONS

# 01

## INTRODUCCIÓ

# L'ENVELLIMENT DE LA POBLACIÓ

- A les darreres dècades s'ha observat un canvi de distribució a la població, **incrementant-se** de manera molt important el percentatge de **població d'edats més avançades**.

**Catalunya: 8 milions**

Com érem i com som

6.010.307 habitants  
(1987)

**8.005.784 habitants**  
(2023)

756.769 persones

Població de 65 anys o més

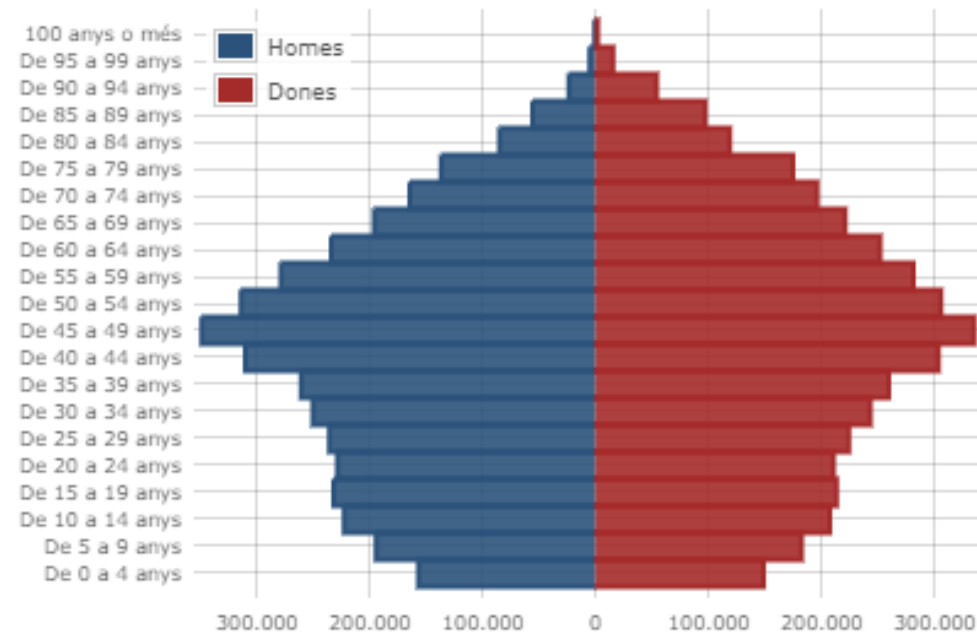
12,6%



19,3%

1.528.323 persones

Població. Per sexe i edat quinquennal. Catalunya. S2/2023 (p)

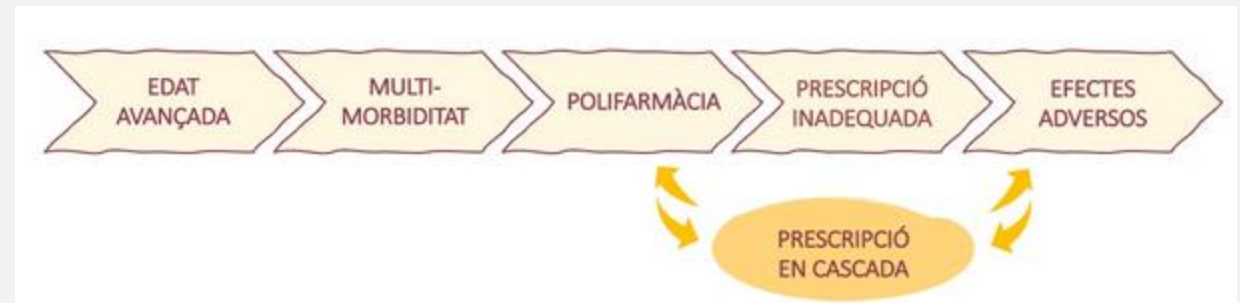


Font: Idescat. Estimacions de població.

# MULTIMORBIDITAT I POLIFARMÀCIA

- ❑ L'envelliment de la població comporta l'aparició de diferents malalties cròniques, que condicionen una **multimorbiditat**
- ❑ Prescripció farmacològica basada en l'aparició de diferents guies de pràctica clínica per cada patologia ocasionen **polifarmàcia**,
  - ❑ Polifarmàcia: 5 o més fàrmacs
  - ❑ Polifarmàcia excessiva: 10 o més fàrmacs

- ❑ Polifarmàcia
  - ❑ Adequada
  - ❑ **Inadequada (PI)**



## PRESCRIPCIÓ ADEQUADA

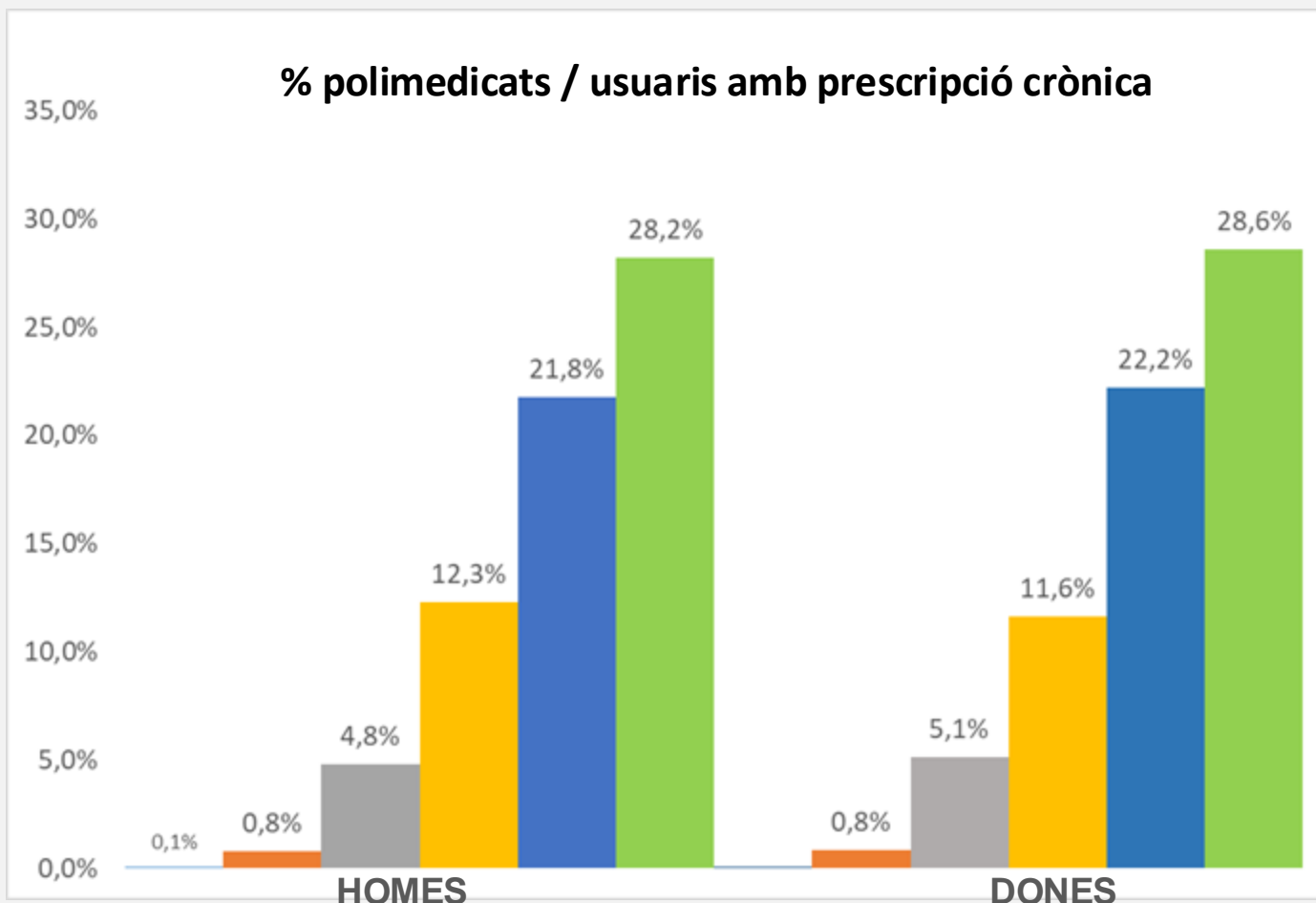
- Tots els fàrmacs estan prescrits amb un objectiu terapèutic específic
- La seva prescripció s'ha decidit conjuntament amb el pacient (o cuidador en el cas de pacients no capacitats)
- Els objectius terapèutics s'estan assolint actualment o sembla raonable assolir-los en un futur
- El pla terapèutic ha estat optimitzat per a minimitzar els riscos d'EAM
- El pacient es mostra motivat i capaç de prendre tots els fàrmacs prescrits

## PRESCRIPCIÓ INADEQUADA

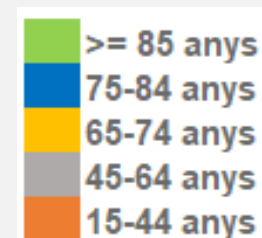
- El risc de reaccions adverses supera al benefici clínic
- No existeix evidència suficient per a la seva indicació en el moment actual o la dosi és innecessàriament elevada o reduïda
- Un o més fàrmacs no assoleixen l'objectiu terapèutic pel qual es va prescriure
- Es prescriu més sovint o durant més temps del necessari
- Existeix un risc elevat d'interacció amb un altre fàrmac o amb una patologia
- Existeixen duplicitats terapèutiques
- El pacient no vol o no pot prendre algun dels fàrmacs prescrits, o bé la medicació no està prescrita

# DADES DE POLIMEDICACIÓ EN EL NOSTRE ENTORN

INTRODUCCIÓ



**LA POLIMEDICACIÓ ÉS  
UN PROBLEMA DE SALUT PÚBLICA**



**> 28% dels pacients amb medicació crònica de més de 85 anys d'edat, tenen prescrits 10 o més medicaments**

Com a pacient polimedicat s'ha considerat aquells pacients que tenen 10 o més medicaments (ATC) diferents prescrits amb una durada igual o superior a 3 mesos. Els percentatges de pacients polimedicats estan calculats en base als pacients que tenen almenys una prescripció crònica amb algun medicament en el mateix període.

# MODEL DE PRESCRIPCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA

## Model de prescripció centrada en la persona (PCP)

Per a persones fràgils, amb  
multimorbiditat, cronicitat complexa  
(PCC) o avançada (MACA)



**Examen crític i estructurat del règim terapèutic** d'un pacient amb la finalitat d'optimitzar el seu impacte sobre la salut i minimitzar els riscos associats a la polimedicació.



La revisió del tractament farmacològic ha de ser personalitzada i ha de **realitzar-se periòdicament com a mínim una vegada a l'any**, d'acord amb l'evolució de la malaltia i la resposta de la persona al tractament.

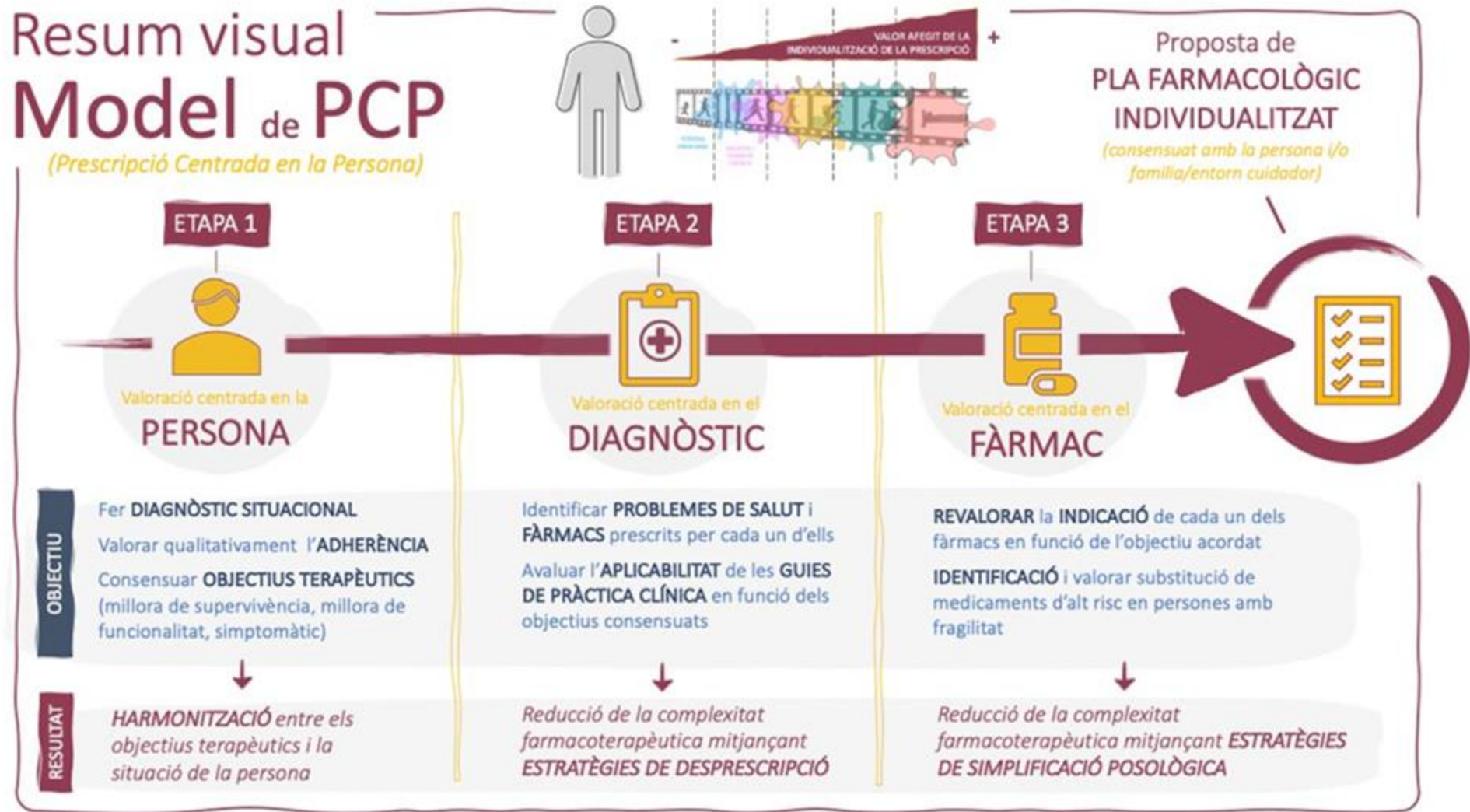




# MODEL PCP

## Resum visual Model de PCP

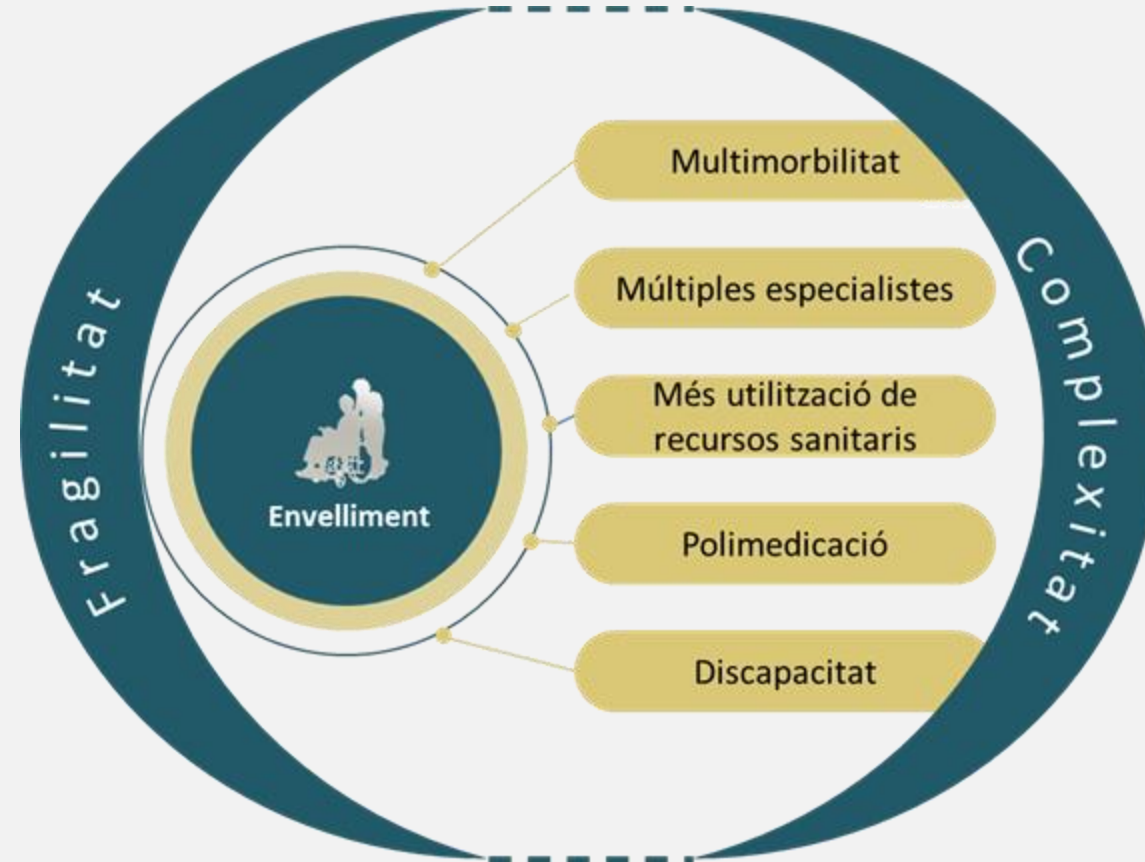
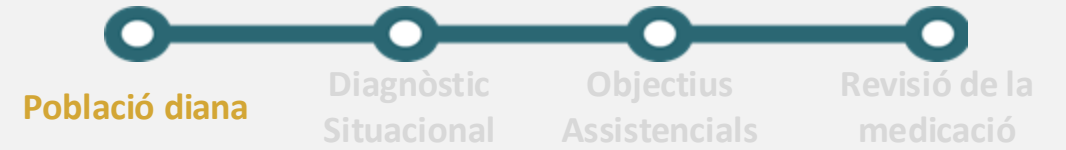
(Prescripció Centrada en la Persona)



# 02

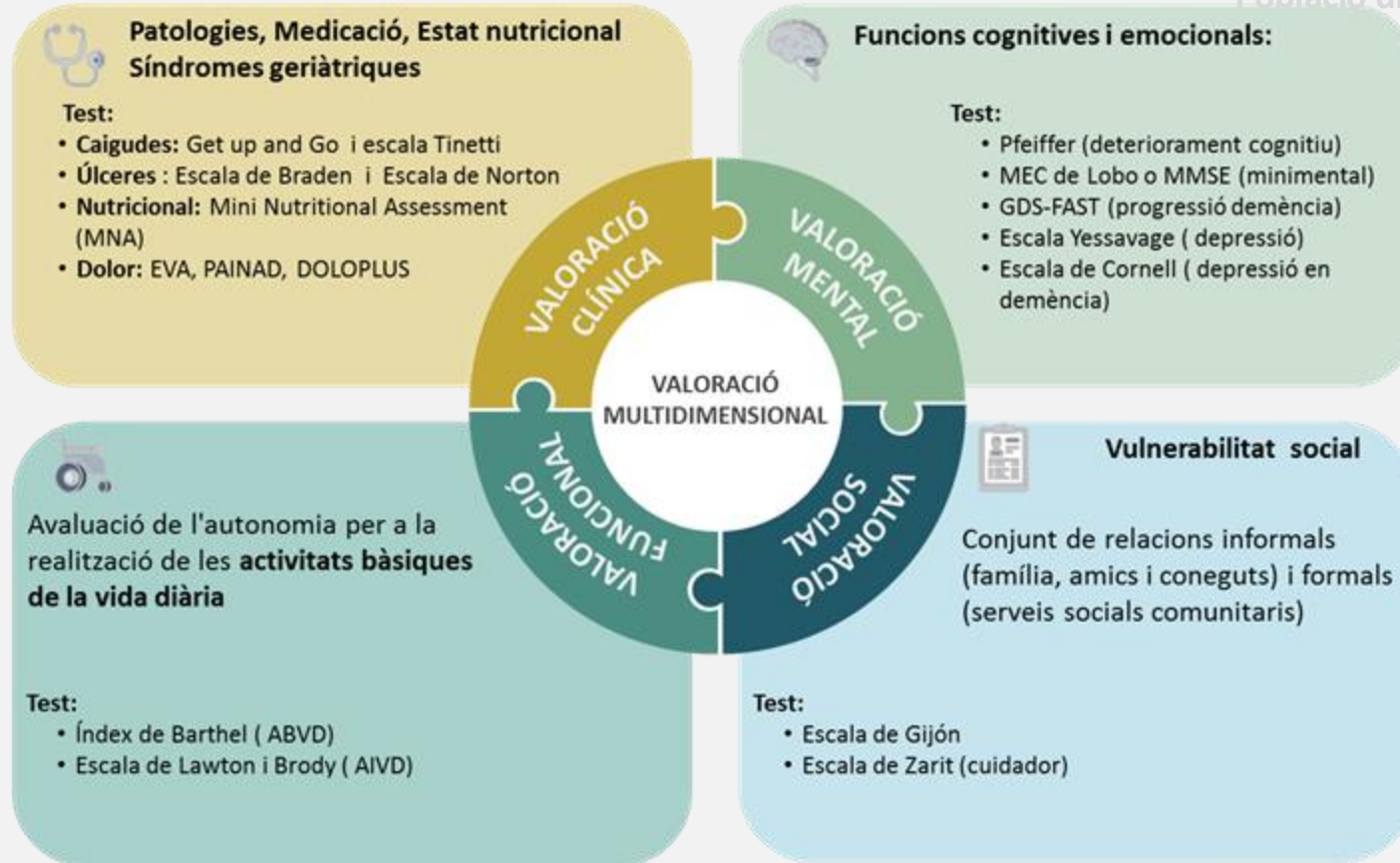
## MANEIG DE LA MEDICACIÓ

# MODEL PCP



Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat

# MODEL PCP



Població diana

Diagnòstic Situacional

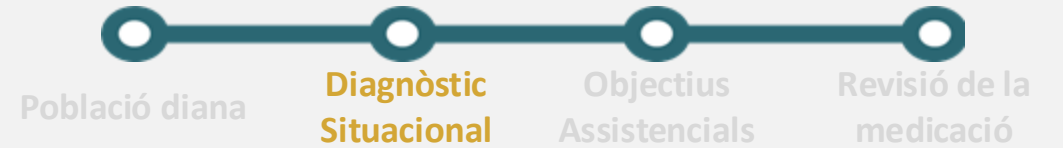
Objectius Assistencials

Revisió de la medicació

- ❑ El diagnòstic situacional s'entén com una valoració multidimensional integral i evolutiva al llarg del temps de les **dimensions clínica, funcional, mental i social de la persona**
- ❑ Aquesta visió global del pacient és determinant en la revisió de la medicació centrada a la persona



# MODEL DE PRESCRIPCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA



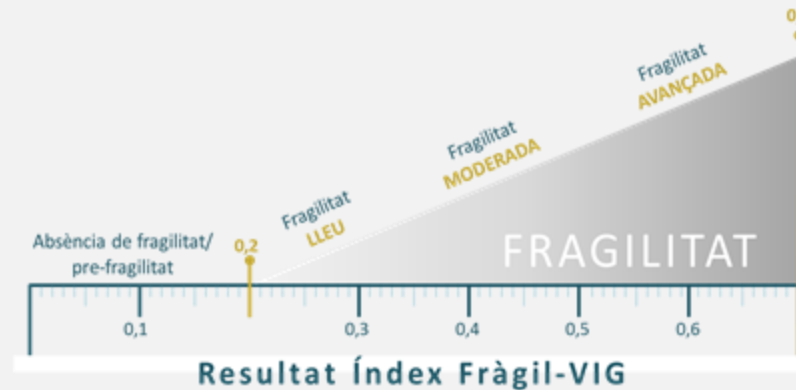
Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat

DOMINI	VARIABLE	DESCRIPCIÓ	SI	NO	SI	NO	
FUNCIONAL	ARVD	Avança cap al menjar del dinero	¿Té certa anada per agafar-se les espatilles amb les mans (dors, cames, resacaure)?	No	SI	SI	SI
		Avança per la utilització del telèfon	¿Té certa anada per utilitzar algun dispositiu de comunicació (telèfon, telèfon)?	No	SI	SI	SI
	ARVD	Avança amb la medicació	¿Té certa anada per preparar i administrar-se la medicació?	No	SI	SI	SI
		Índex de Barthel (10)	¿Té independència (0-10)?	SI	SI	SI	SI
NUTRICIONAL	Malnutrició	Malnutrició	¿Ha perdut > 5% de pes en les últimes 6 mesos?	No	SI	SI	SI
		Assentiment a dietes restringides	¿Assenteix a dietes restringides?	No	SI	SI	SI
COGNITIU	Índex de deterioro cognitiu	Índex de deterioro cognitiu	¿Té cognició de memòria recent (últimes 6 setmanes)?	No	SI	SI	SI
		Índex de deterioro cognitiu	¿Té cognició global (últimes 6 setmanes)?	No	SI	SI	SI
EMOCIONAL	Síndrome depressiu / Insomni / ansietat	Síndrome depressiu	¿Té certa medicació antidepressiva?	No	SI	SI	SI
		Insomni / ansietat	¿Té certa medicació per insomni o ansietat?	No	SI	SI	SI
SOCIAL	Vulnerabilitat social	Vulnerabilitat social	¿Té una pensió o pensió per jubilació professional de situació de vulnerabilitat social?	No	SI	SI	SI
		Síndrome confusional	¿Té un diagnòstic de síndrome confusional?	No	SI	SI	SI
SÍNDROMES GERIÀTRICS	Síndromes geriàtrics	Caídas	¿Té un diagnòstic de caídas o ha patit caídas en els últims 6 mesos?	No	SI	SI	SI
		Úlceras	¿Té un diagnòstic de úlceras o úlceras en els últims 6 mesos?	No	SI	SI	SI
		Poli-farmàcia	¿Té més de 5 medicaments (no inclou medicaments condicionats)?	No	SI	SI	SI
		Disfàgia	¿Té algun tipus de disfàgia (dificultat per a menjar o beure)?	No	SI	SI	SI
SÍNTOMAS	Dolor ++ / Disnea ++	Dolor ++	¿Té dolor de intensitat moderada o greu?	No	SI	SI	SI
		Disnea ++	¿Té disnea moderada o greu?	No	SI	SI	SI
ENFERMEDADES	Enfermedades	Càncer	¿Té algun tipus de malaltia oncològica activa?	No	SI	SI	SI
		Respiratòries	¿Té algun tipus de malaltia respiratòria crònica (EPOC, asma, etc.)?	No	SI	SI	SI
		Cardíac	¿Té algun tipus de malaltia cardíaca crònica (insuficiència cardíaca, hipertensió, etc.)?	No	SI	SI	SI
		Neurològiques	¿Té algun tipus de malaltia neurològica crònica (Alzheimer, Parkinson, etc.)?	No	SI	SI	SI
		Digestiu	¿Té algun tipus de malaltia digestiva crònica (gastritis, colitis, etc.)?	No	SI	SI	SI
		Renals	¿Té insuficiència renal crònica (creatinina > 1,5)?	No	SI	SI	SI

Nombre de dèficits: 0

Índex Fràgil-VIG: 0

Els índex de fragilitat permeten conèixer el grau de reserva o fragilitat associat a la persona

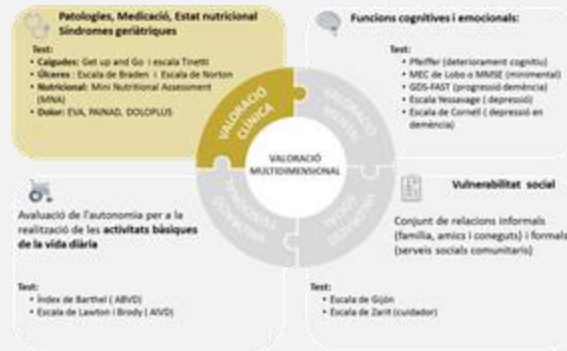


Grau de fragilitat segons puntuació de l'ÍF. Adaptat d'Amblas et al.

La fragilitat s'entén com un estat clínic en el qual la vulnerabilitat d'un individu per desenvolupar major dependència i/o mortalitat està incrementada quan s'exposa a un factor d'estrès.

Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Programa de prevenció i atenció a la cronicitat pla director sociosanitari direcció estratègica d'atenció primària

# CAS CLÍNIC. DIAGNÒSTIC SITUACIONAL



Població diana

Diagnòstic  
Situacional

Objectius  
Assistencials

Revisió de la  
medicació



L'Aurèlia és una dona de 82 anys que acut a la consulta pel seguiment de les seves patologies cròniques



## Patologies, estat nutricional i síndromes geriàtriques

- No presenta úlceres
- Dolor: EVA 6/10
- 3 caigudes en els últims 6 mesos

### • Patologies:

- HTA
- DM2
- DLP
- Cardiopatia isquèmica
- Coxartrosis i gonartrosis
- Obesitat

## Exploració física i analítica

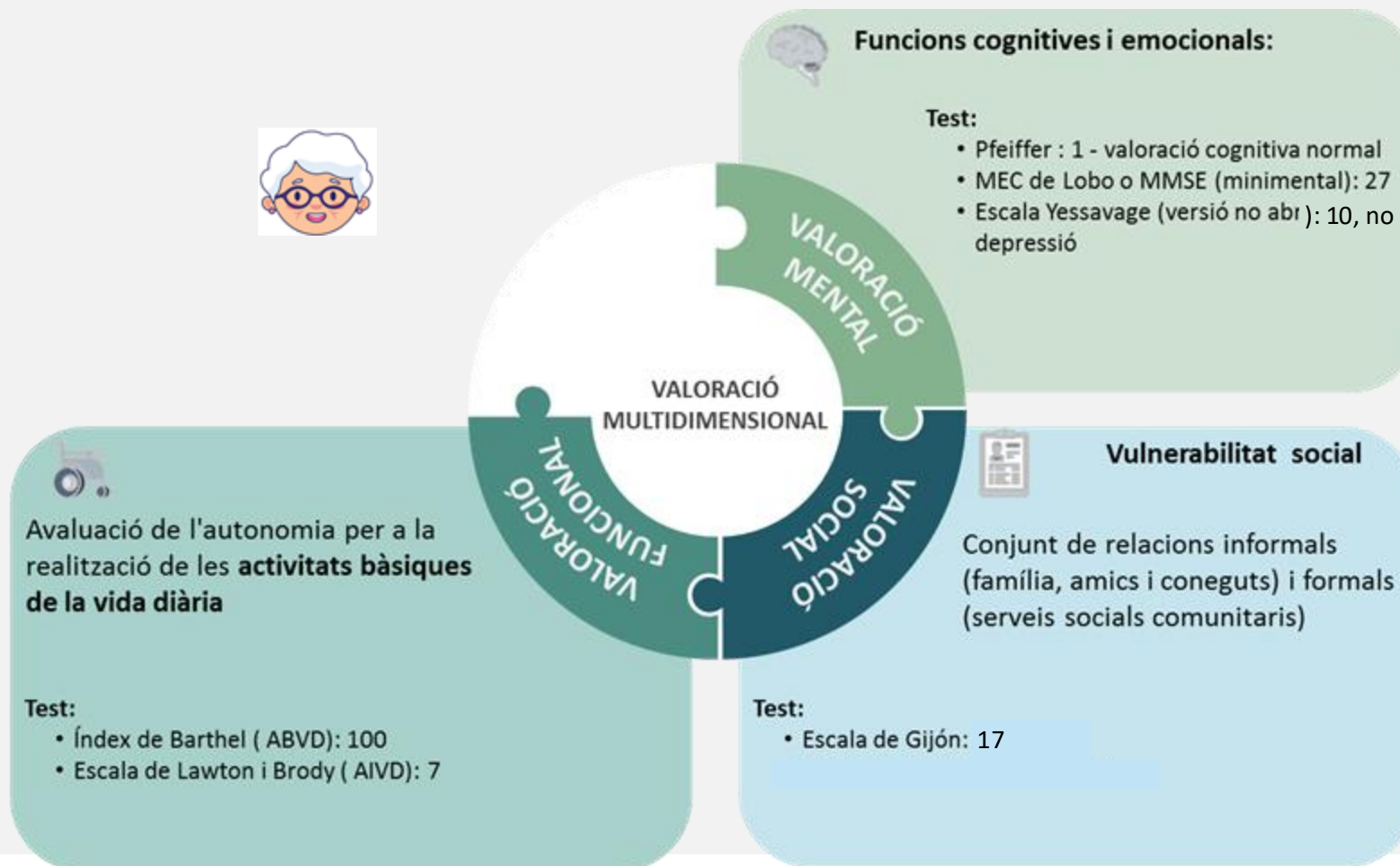
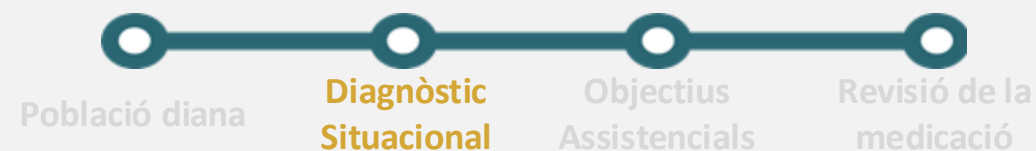
- TA 132/74mmHg
- Hb1Ac 7,1%
- CoIT 132 mg/dL
- HDL 40 mg/dL
- LDL 55 mg/dL
- FG: 50 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

## Medicació: Polimediació: 10 principis actius

- Metformina 850mg/12h
- Glibenclàmida 5mg/12h
- Paracetamol 1gr/8h
- Aceclofenac 100mg/12h
- Atrovastatina 40mg/24h
- Losartan/HCTZ 50/12,5mg/24h
- AAS 100mg/24h
- Nitroglicerina 5mg/24h pegat
- Omeprazole 20mg/24h

# CAS CLÍNIC

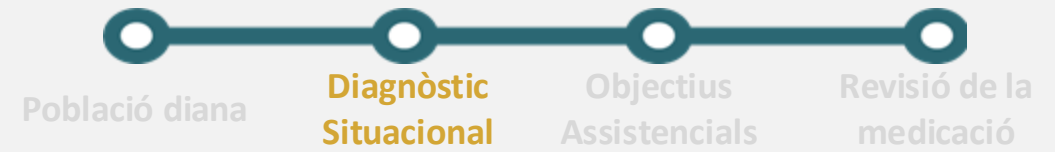
## DIAGNÒSTIC SITUACIONAL



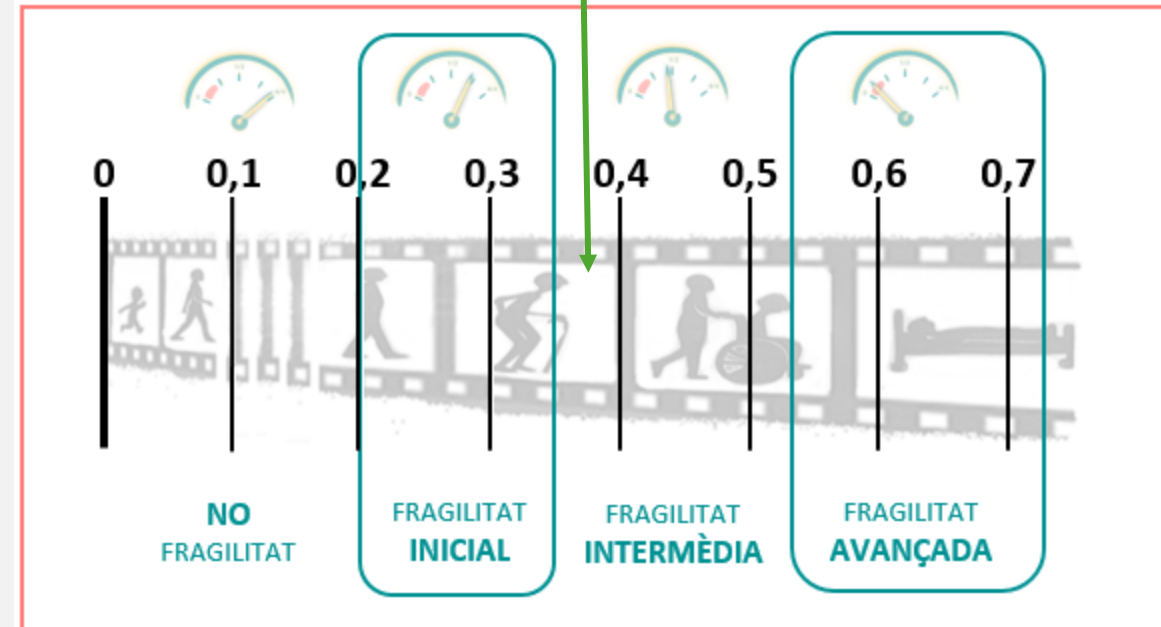
DOMINI	VARIABLE	DESCRIPCIÓ	SI	NO	ÍCON
FUNCIONAL	AIVDs	¿Necesita ayuda para manejar el dinero?	No	Si	💰
		¿Necesita ayuda para utilizar o utilizar mejor el teléfono?	No	Si	📞
		¿Necesita ayuda para preparar / administrarse la medicación?	No	Si	💊
	ABVDs	¿No dependencia (B a 95)?	Si	No	🚶
		¿Dependencia leve/moderada (B 80-85)?	Si	No	🚶
		¿Dependencia moderada/grave (B 60-75)?	Si	No	🚶
NUTRICIONAL	Malnutrición	¿Ha perdido > 5% de peso en los últimos 6 meses?	No	Si	🍴
COGNITIVO	Grado de deterioro cognitivo	¿Ausencia de deterioro cognitivo?	Si	No	🧠
		¿Def. cognitivo leve/moderado (equivalente a GDS < 10)?	Si	No	🧠
		¿Def. cognitivo grave/muy grave (equivalente a GDS < 6)?	Si	No	🧠
EMOCIONAL	Síndrome depresivo	¿Necesita medicación antidepressiva?	No	Si	😞
	Insomnio/ ansiedad	¿Toma actualmente algún tipo de benzodiazepinas u/o otros psicofármacos de prescripción para el sueño?	No	Si	😞
SOCIAL	Vulnerabilidad social	¿Buena percepción por parte de los profesionales de atención de vulnerabilidad social?	No	Si	🏠
SÍNDROMES GERIÁTRICOS	Síndrome confusional	¿En los últimos 6 meses ha presentado delirium u/o trastorno de comportamiento agudo relacionado con la alteración de la conciencia?	No	Si	🌀
	Caidas	¿En los últimos 6 meses ha presentado 2 o más caídas o alguna caída que haya requerido de asistencia médica?	No	Si	🚶
	Úlceras	¿Presenta alguna úlcera relacionada con la dependencia y/o vascular de cualquier grado en la pierna/crural?	No	Si	🦶
	Polifarmacia	¿Inapropiada, toma > 5 fármacos (no incluyendo medicamentos condonados)?	No	Si	💊
	Disfagia	¿Se atraganta habitualmente cuando come o bebe? u/o en los últimos 6 meses, ha experimentado infecciones respiratorias por aspiración?	No	Si	👤
SÍNTOMAS	Dolor ++	¿Requiere de 2 analgésicos convencionales u/o opiáceos mayores para el control del dolor?	No	Si	👤
	Disnea ++	¿La disnea le impide salir de casa u/o requiere de opiáceos habitualmente?	No	Si	👤
ENFERMEDADES	Cáncer	¿Tiene algún tipo de enfermedad oncológica activa?	No	Si	👤
	Respiratorias	¿Tiene algún tipo de enfermedad respiratoria crónica (EPOC, neumopatía restrictiva...)?	No	Si	👤
	Cardíacas	¿Tiene algún tipo de enfermedad cardíaca (IAMCA o insuficiencia cardíaca, embolia pulmonar, arritmias)?	No	Si	👤
	Neurológicas	¿Tiene algún tipo de enfermedad neurodegenerativa (enf. de Parkinson, ELA...), o antecedentes de accidente vascular cerebral, ictus o hemorragia?	No	Si	👤
	Digestivo	¿Tiene algún tipo de enfermedad digestiva (HNA, enfermedad celíaca, síndrome de intestino irritable, pancreatitis crónica, enfermedad inflamatoria intestinal...)?	No	Si	👤
	Renales	¿Tiene insuficiencia renal crónica (FG < 60)?	No	Si	👤

Nombre de déficits: 0

Índice Fràgil-VIG: 0



Nº déficits: 9  
Índice "Fràgil-VIG": 0.36

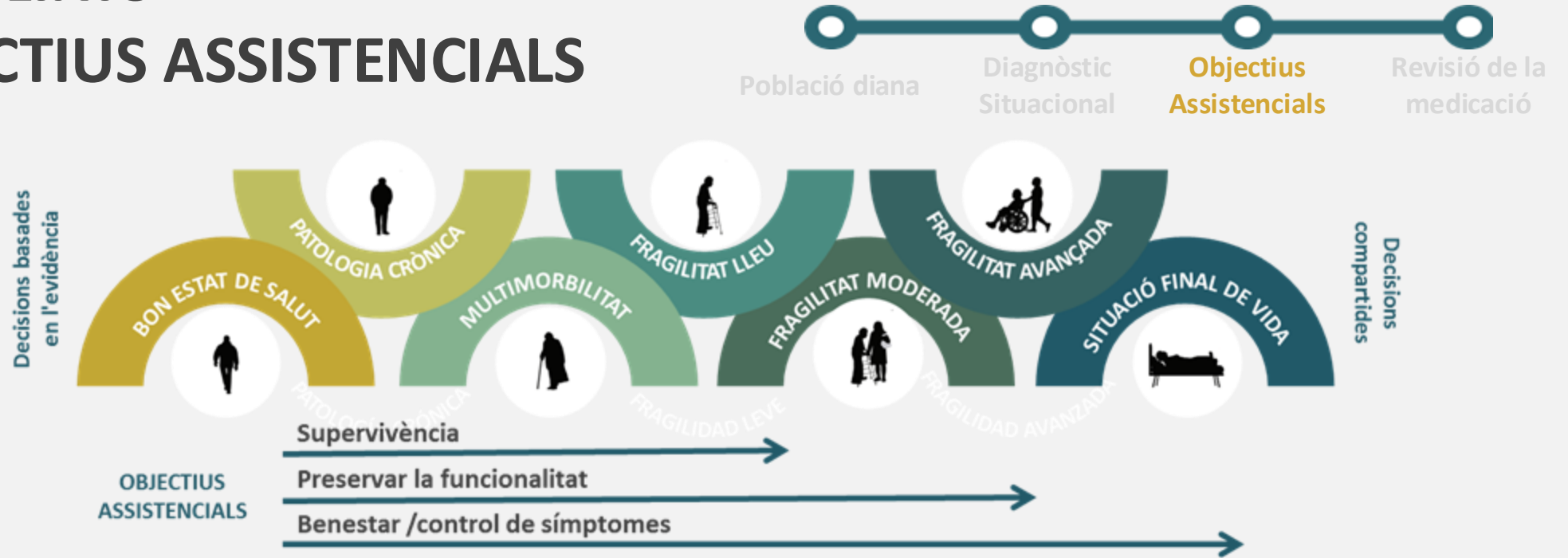


<https://www.c3rg.com/index-fragil-vig>



# CAS CLÍNIC

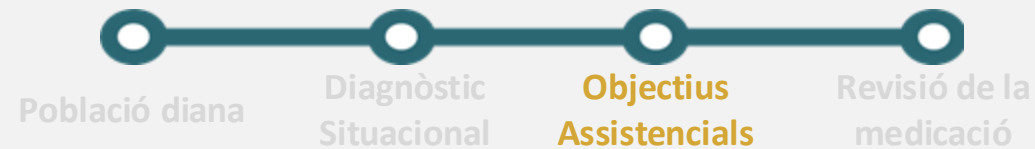
## OBJECTIUS ASSISTENCIALS



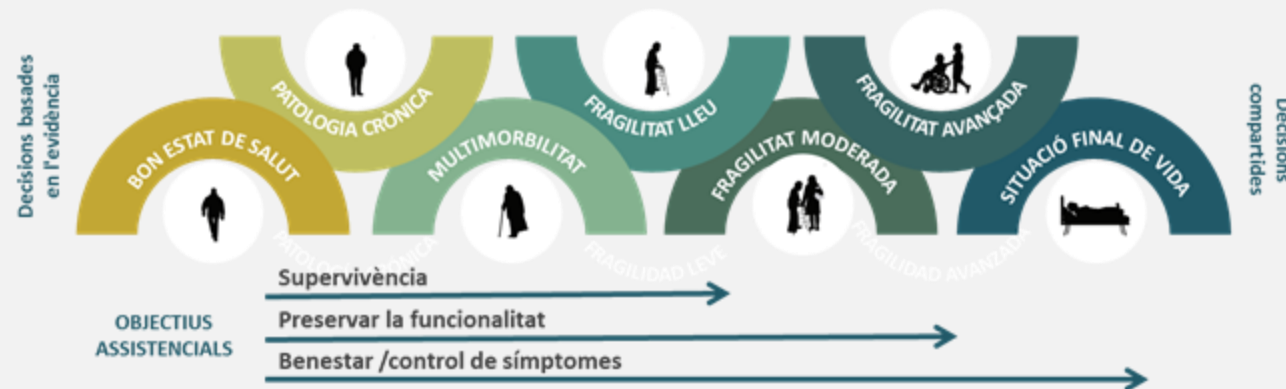
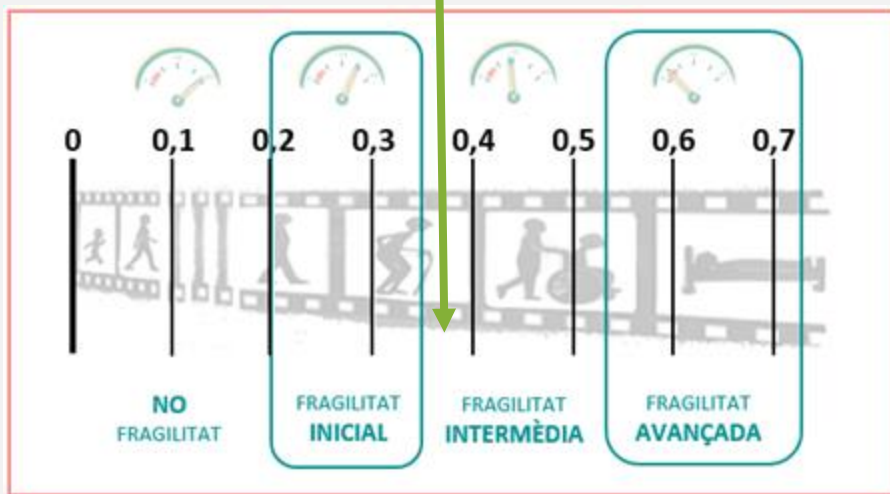
- ❑ La determinació del diagnòstic situacional juntament amb la valoració de l'entorn del pacient i les seves preferències permeten establir els **objectius assistencials** del pacient per **adequar la intensitat terapèutica, optimitzar l'ús de recursos i planificar-ne l'atenció.**
- ❑ Els objectius assistencials es poden agrupar en 3 categories alineades amb els objectius vitals de l'individu encara que cal tenir en compte que són dinàmics, que la transició entre ells és gradual i progressiva
- ❑ A mesura que les patologies evolucionen i la complexitat clínica de la persona incrementa, l'evidència científica disponible és menor, per això implicar el pacient i/o el seu entorn en les decisions terapèutiques és imprescindible.

# CAS CLÍNIC

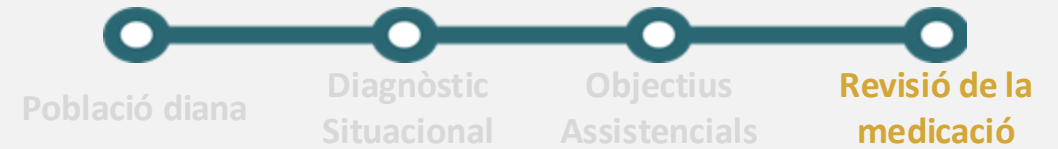
## OBJECTIUS ASSISTENCIALS

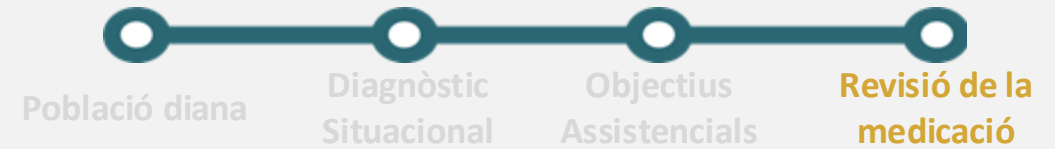


Nº dèficits: 9  
Índex "Fràgil-VIG": 0.36



**Objectiu assistencial en funció del diagnòstic situacional:**  
Preservar la funcionalitat



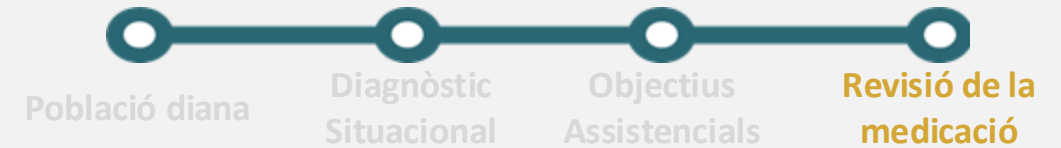


## Etapa 1. Valoració centrada en la persona

En aquesta primera etapa cal **establir l'objectiu terapèutic**; per això cal:

- Fer una feina de cooperació entre els professionals de l'equip multidisciplinari i el pacient que promogui la **presa de decisions compartida**. Si el pacient presenta deteriorament cognitiu, les decisions es prendran amb el cuidador principal o amb el seu entorn més proper.
- **Alinear l'objectiu terapèutic amb l'objectiu assistencial** del pacient, segons sigui prolongar la supervivència, mantenir o preservar la funcionalitat o millorar el benestar i el confort mitjançant el control dels símptomes.

Aquesta etapa determinarà les activitats clíniques i les decisions que es duran a terme a les dues etapes següents.



## Etapa 2. Valoració centrada en els problemes de salut

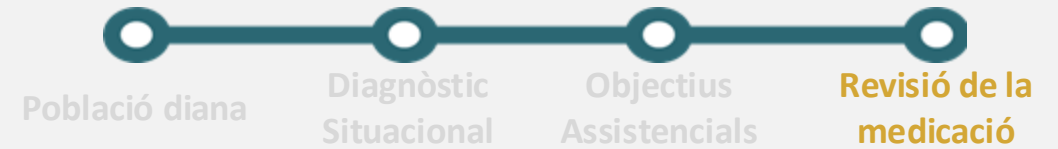
- A. Identificar i jerarquitzar els problemes de salut.
- B. Associar els medicaments al problema de salut.
- C. Classificar cada fàrmac en funció del seu objectiu de prescripció.

Aquesta jerarquització té especial importància en pacients que presenten multimorbiditat i situacions de complexitat clínica



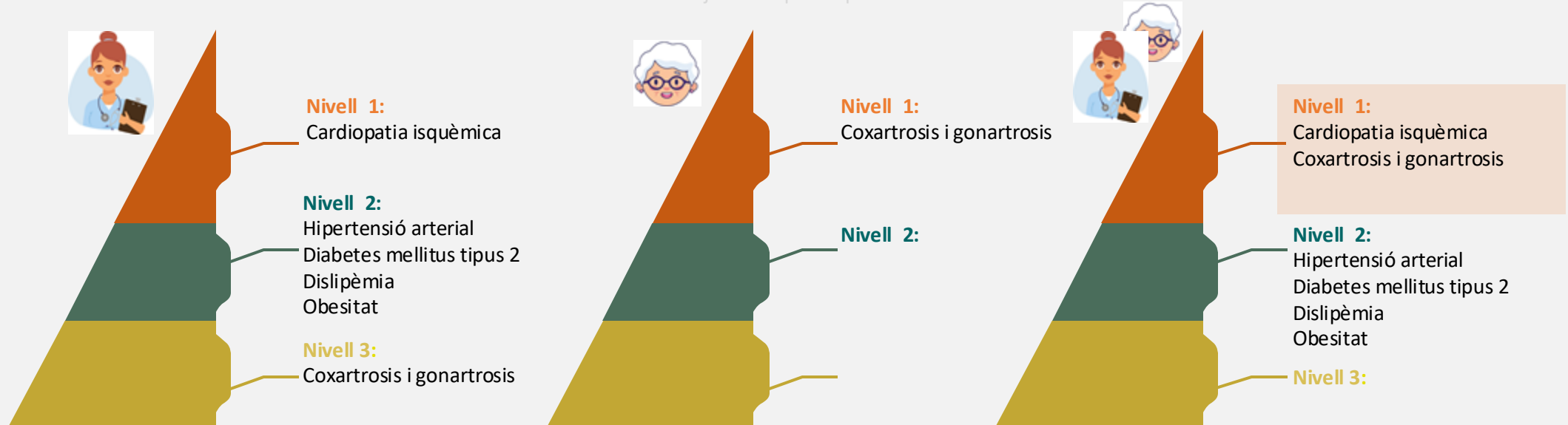
Les patologies d'òrgan han d'estar sempre a la jerarquia més alta especialment si cursen amb simptomatologia que incideix en la qualitat de vida del pacient i perquè la seva progressió conduiria a una situació de final de vida

La jerarquia dels problemes de salut serà la guia per iniciar els canvis derivats de la revisió de la medicació

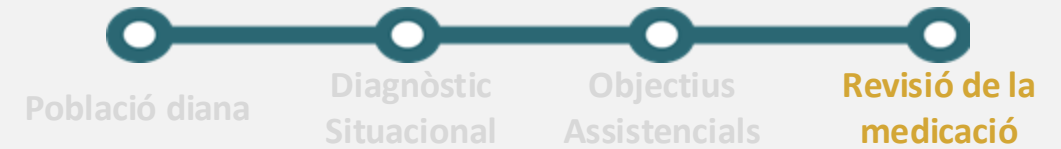


## Etapa 2. Valoració centrada en els problemes de salut

- A. Identificar i jerarquitzar els problemes de salut.
- B. Associar els medicaments al problema de salut.
- C. Classificar cada fàrmac en funció del seu objectiu de prescripció.

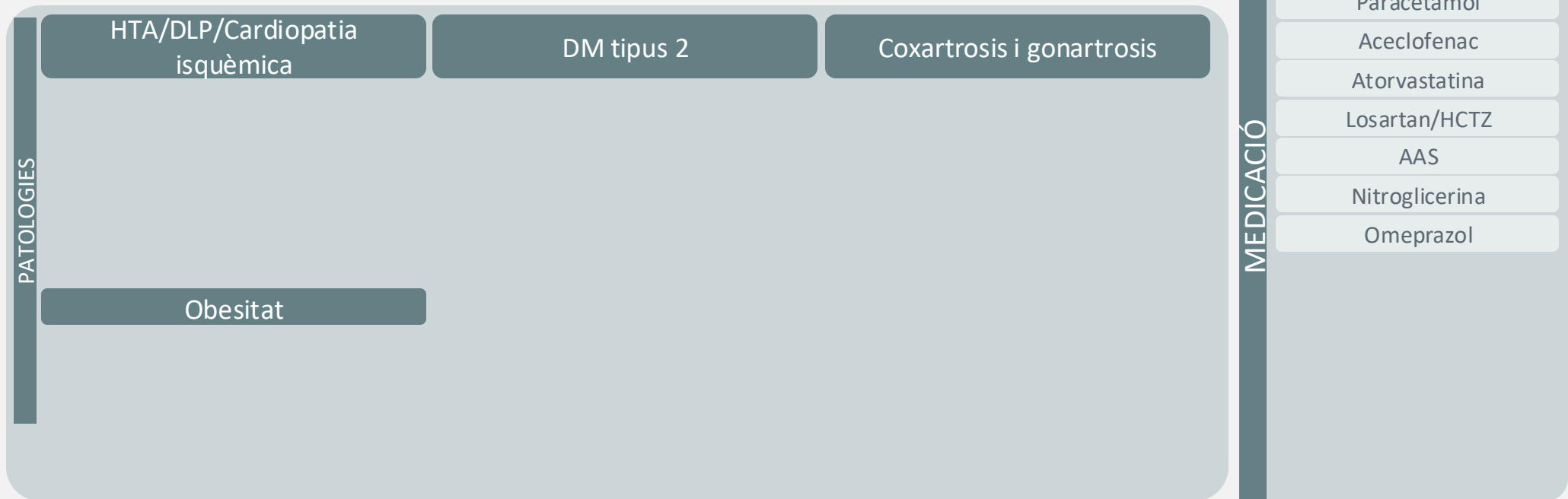


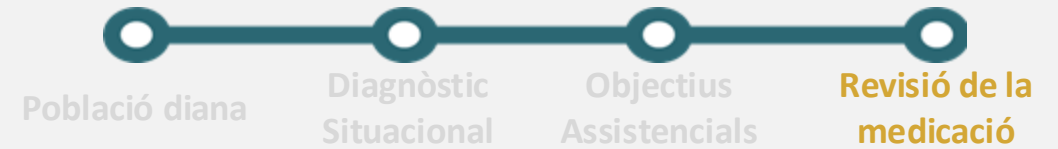
La jerarquització dels problemes de salut no s'ha de fer només des de la perspectiva del clínic, sinó que també ha d'incloure els problemes de salut que preocupen el pacient



## Etapa 2. Valoració centrada en els problemes de salut

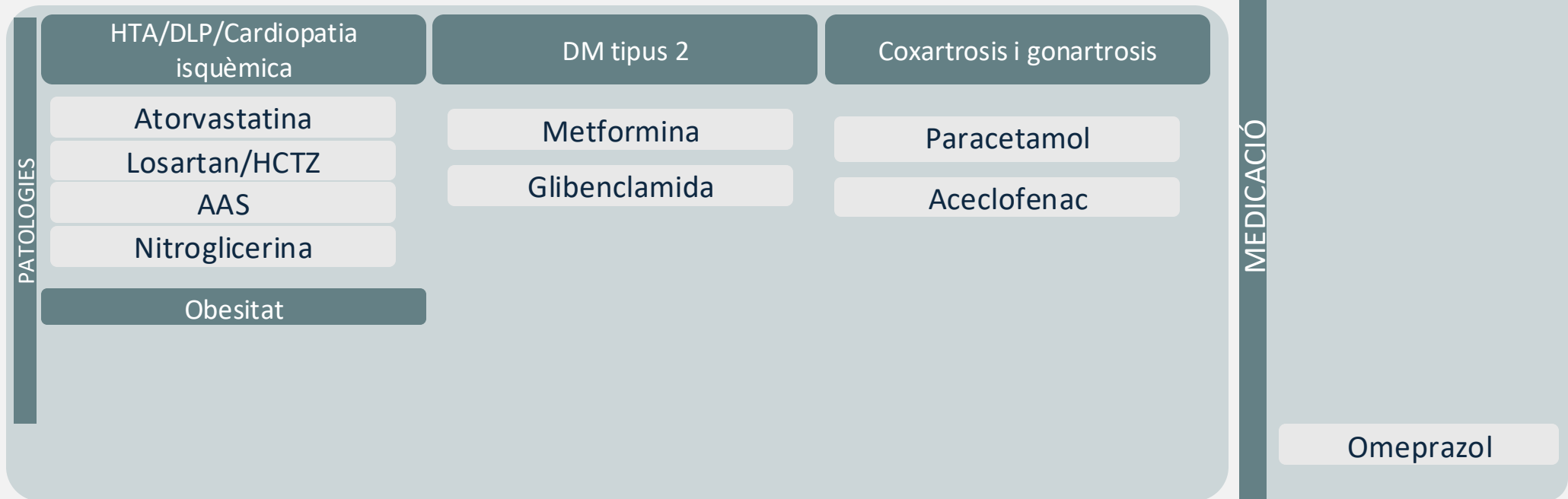
- A. Identificar i jerarquitzar els problemes de salut.
- B. Associar els medicaments al problema de salut.
- C. Classificar cada fàrmac en funció del seu objectiu de prescripció.



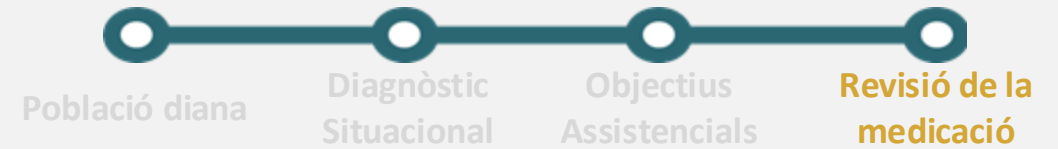


## Etapa 2. Valoració centrada en els problemes de salut

- A. Identificar i jerarquitzar els problemes de salut.
- B. Associar els medicaments al problema de salut.
- C. Classificar cada fàrmac en funció del seu objectiu de prescripció.



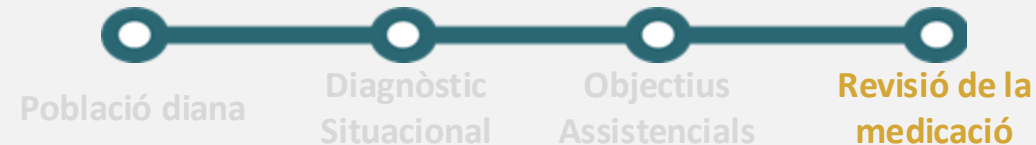




## Etapa 2. Valoració centrada en els problemes de salut

- A. Identificar i jerarquitzar els problemes de salut.
- B. Associar els medicaments al problema de salut.
- C. Classificar cada fàrmac en funció del seu objectiu de prescripció.

	Prevenció primària	Prevenció secundària	Etiològic	Simptomàtic	
OBJECTIU PRESCRIPCIÓ					Metformina*
					Glibenclàmida*
					Paracetamol
					Aceclofenac
					Atorvastatina*
					Losartan/HCTZ*
					AAS
					Nitroglicerina
					Omeprazol



## Etapa 2. Valoració centrada en els problemes de salut

- A. Identificar i jerarquitzar els problemes de salut.
- B. Associar els medicaments al problema de salut.
- C. Classificar cada fàrmac en funció del seu objectiu de prescripció.

	Prevenció primària	Prevenció secundària	Etiològic	Simptomàtic	
OBJECTIU PRESCRIPCIÓ	Omeprazol	Atorvastatina*	Metformina*	Paracetamol	MEDICACIÓ
		AAS	Glibenclamida*	Aceclofenac	
			Losartan/HCTZ*		
			Nitroglicerina		

\*Diferents objectius terapèutics segons la perspectiva en l'abordatge de la malaltia: abordatge de la causa que produeixen els símptomes (etiològic) o retardar la progressió de la malaltia (prevenció secundària)

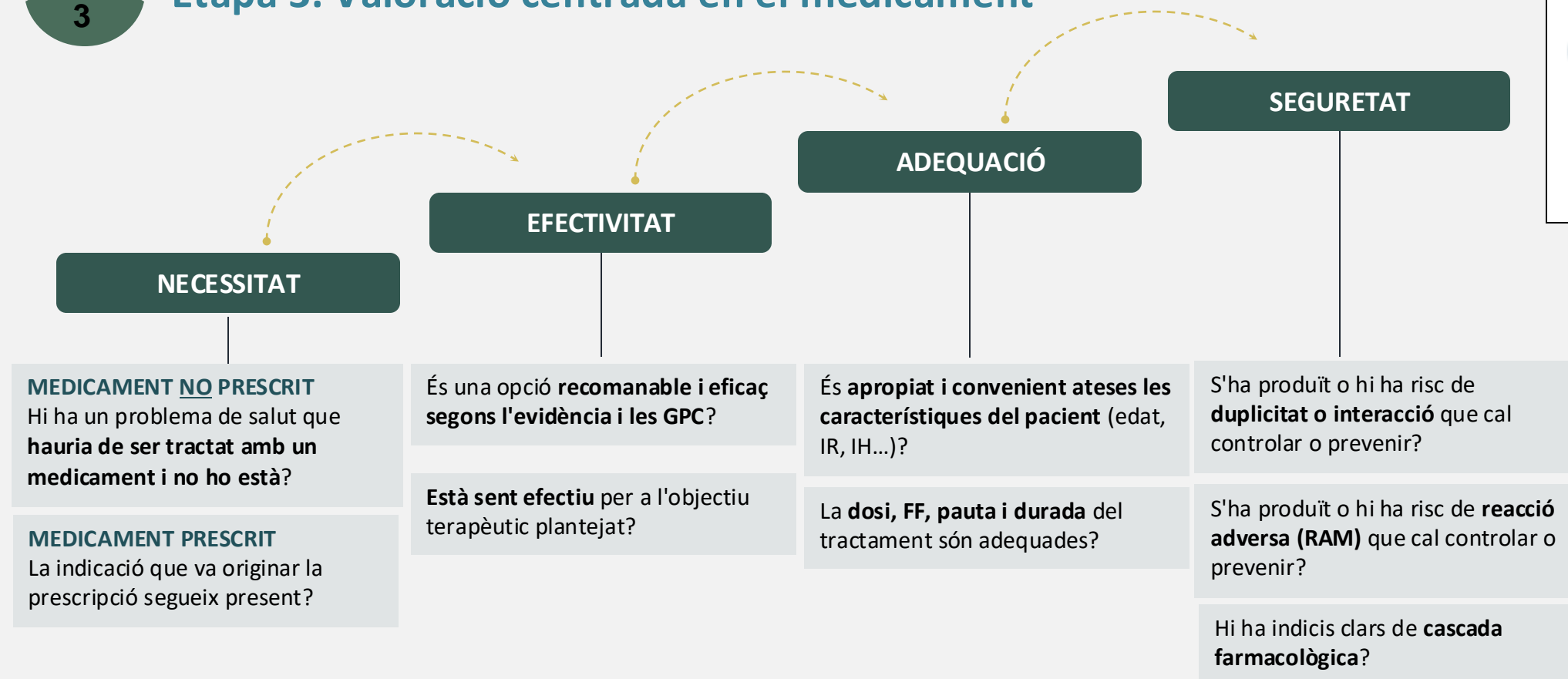
Població diana

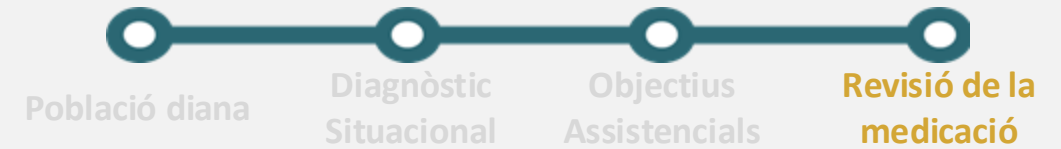
Diagnòstic  
SituacionalObjectius  
AssistencialsRevisió de la  
medicació

3

## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

MANEIG DE LA MEDICACIÓ





### Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

HTA/DLP/CARDIOPATIA ISQUÈMICA

Losartan/HCTZ  
50/12,5mg/24h

Atorvastatina  
80mg/24h

Nitroglicerina 5mg/24h  
pegat

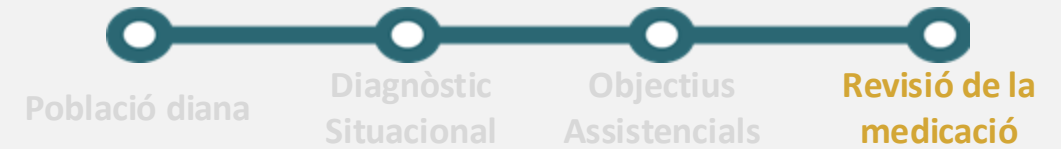
AAS 100mg/24h

NECESSITAT

EFFECTIVITAT

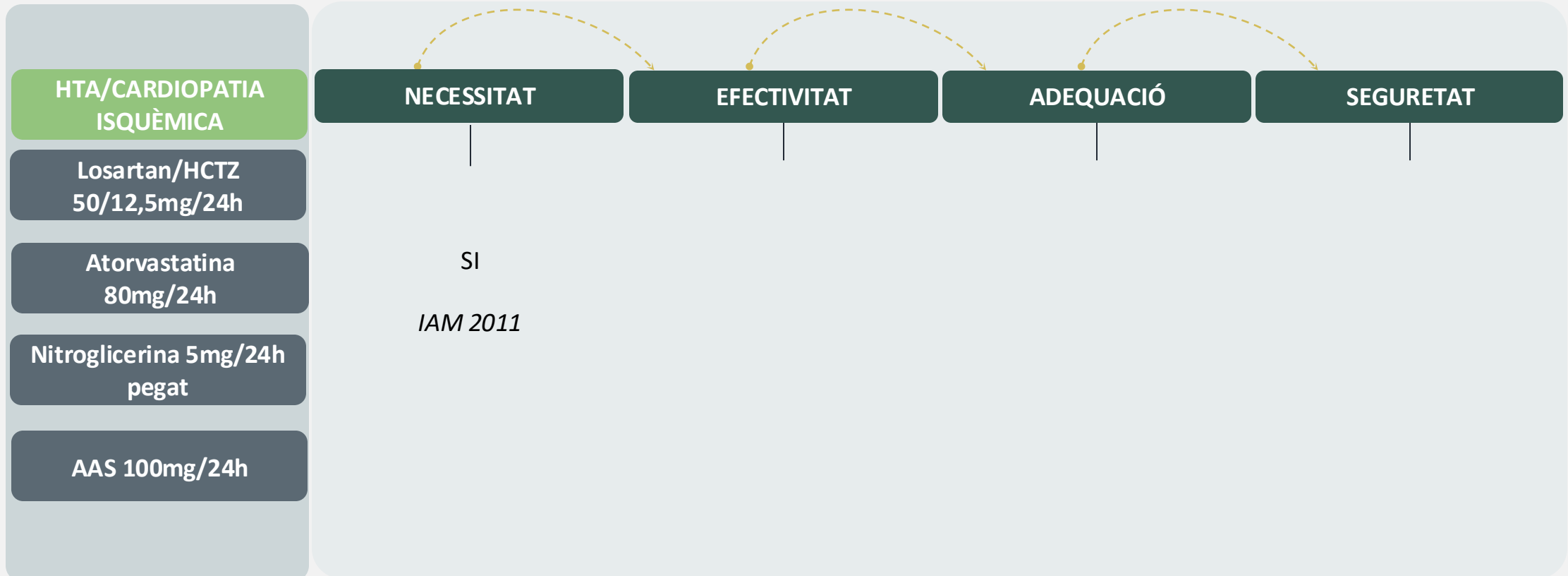
ADEQUACIÓ

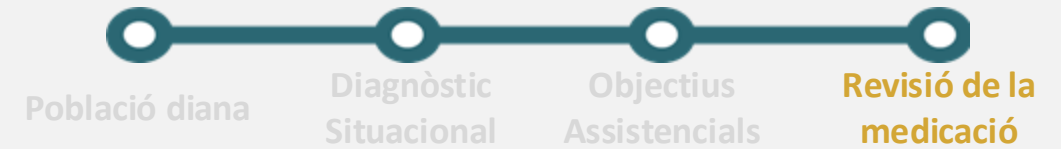
SEGURETAT



### Etapa 3. Valoració centrada en el medicament




Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat





## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

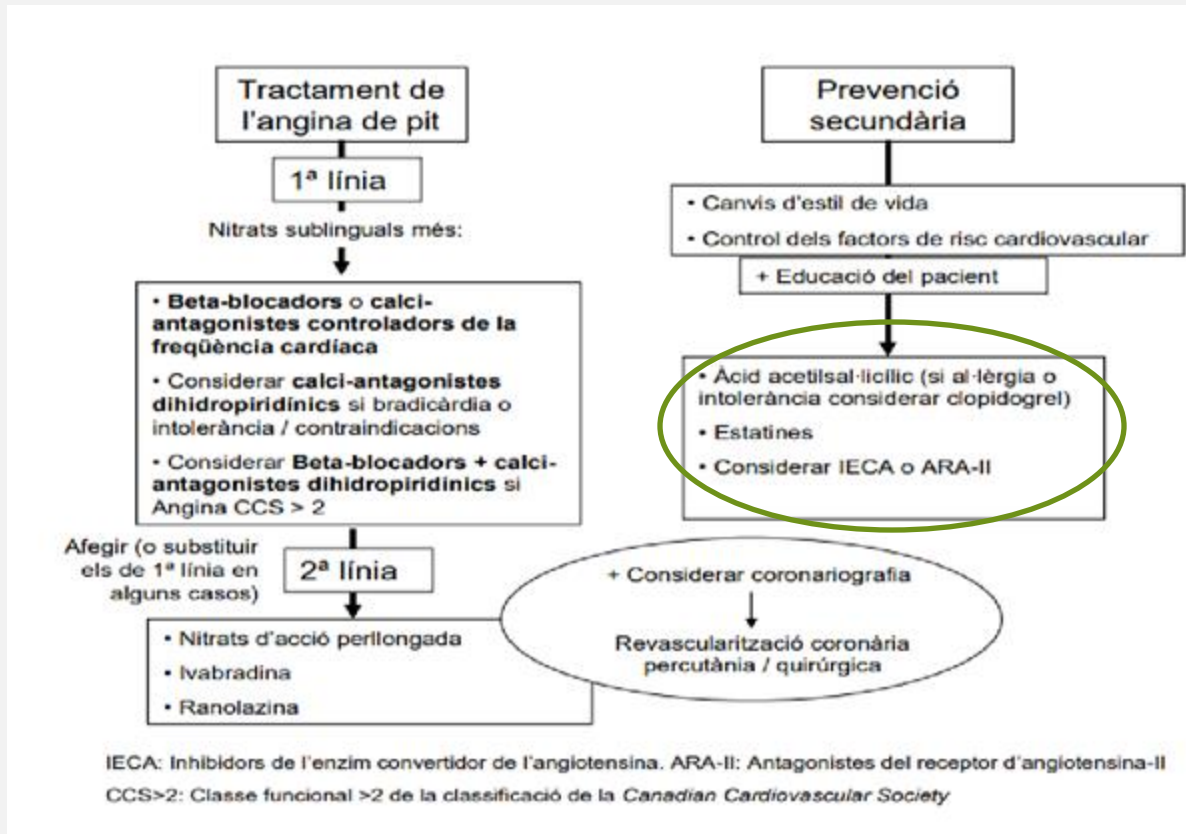
Cal **individualitzar el tractament antihipertensiu** segons la presència de lesió a l'òrgan diana, comorbiditats del pacient i reaccions adverses prèvies.

	FÀRMAC RECOMANAT		
	Malaltia arterial coronària	IECA/ARAII	i BB
	Diabetis mellitus	IECA/ARAII	i BCC o TZD
	Malaltia renal crònica	IECA/ARAII	i BCC o diürètic

2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension.

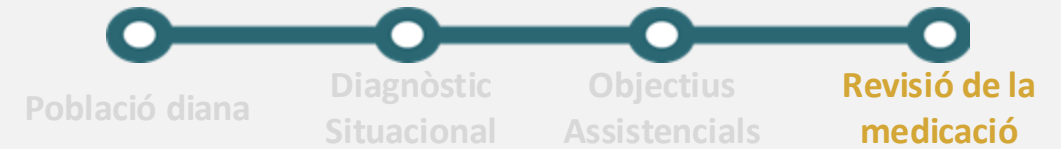


## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament



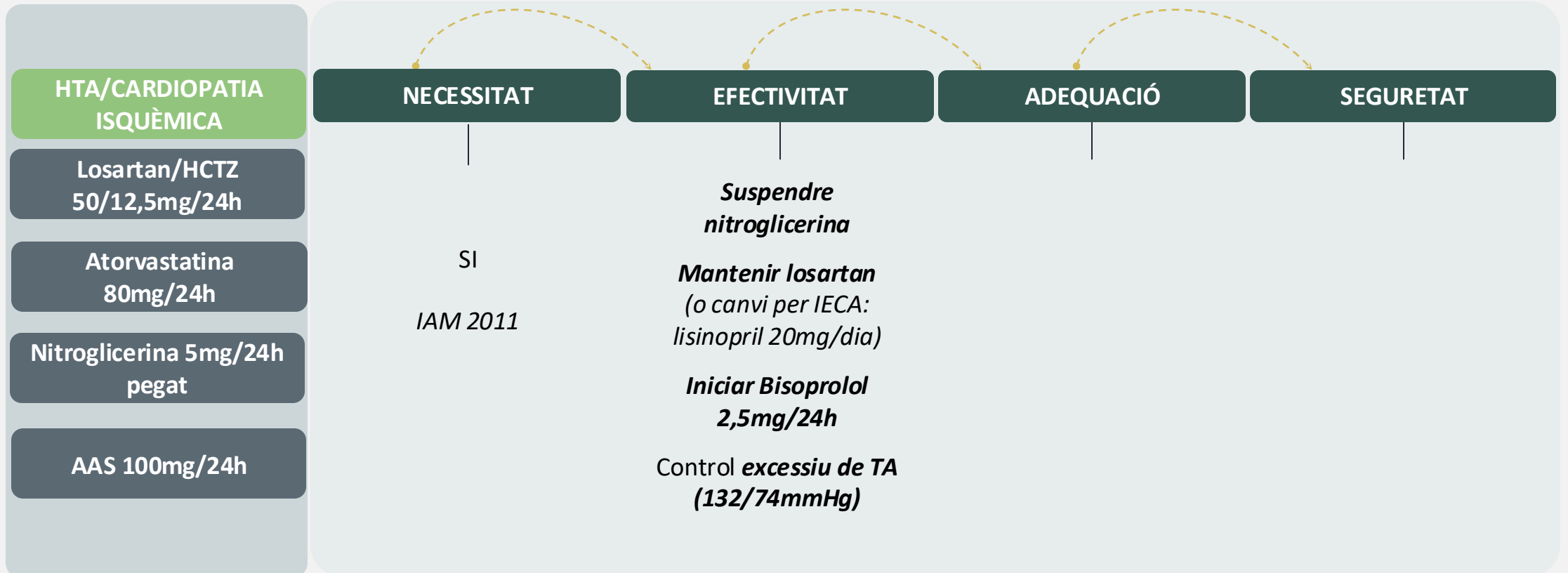
**Prevenció en cardiopatia isquèmica crònica**

Cardiopatia isquèmica crònica. Document de consens. Àrea Integral Barcelona Esquerra. Revisió juny 2022.

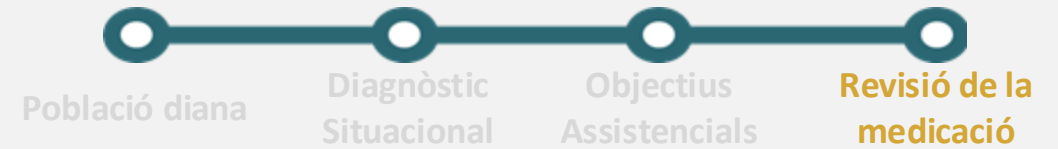


## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat







## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

### OBJECTIUS CONTROL TA



<65 anys

PAS <130-120



≥65 anys

PAS <140-130\*



≥80 anys

PAS <150

### GRUPS ESPECÍFICS DE POBLACIÓ



Diabetes mellitus



Malaltia arterial coronària



Malaltia renal crònica

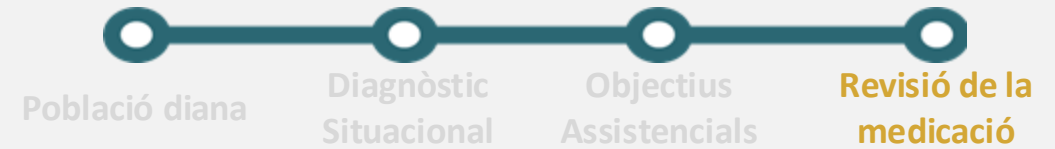
PAS <130\*

PAS <140-130

PAD <80 ó <90 en ≥ 80 anys

\* O menys si es tolera

2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. i 2022 NICE's guideline on multimorbidity



## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Guia de lípids i risc cardiovascular. 2021. Institut Català de la Salut

### OBJECTIUS CONTROL LIPÍDIC

**1/ Cal tractar amb estatines tots els pacients amb la malaltia cardiovascular establerta?**

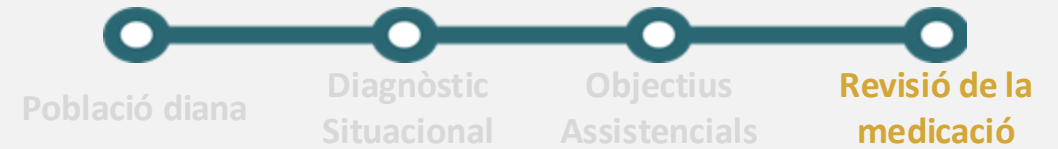
Grau de recomanació	Recomanació
A	Per sota dels 82 anys, cal tractar tots els pacients amb malaltia coronària establerta amb estatines independentment del seu nivell de CT o cLDL.
C	Per sota dels 82 anys, cal tractar els pacients amb malaltia cerebrovascular isquèmica aterotrombòtica amb estatines independentment del seu nivell de CT o cLDL.
A	Per sota dels 82 anys, cal tractar els pacients amb claudicació intermitent i comorbiditat associada (cardiopatia isquèmica, diabetis tipus 2 o malaltia cerebrovascular) amb estatines independentment del seu nivell de CT o cLDL.
C	Per sota dels 82 anys, cal tractar els pacients amb claudicació intermitent sense comorbiditat amb estatines independentment del seu nivell de CT o cLDL.
Consens	A partir dels 82 anys s'ha d'individualitzar el tractament en funció de la qualitat i expectatives de vida del pacient (vegeu l'apartat de gent gran).

**2/ En persones de més de 74 anys, està indicada la prevenció secundària amb estatines?**

Grau de recomanació	Recomanació
A	S'aconsella el tractament amb estatines amb dosis moderades en prevenció secundària entre els 74 i els 82 anys.
Consens	A partir dels 82 anys, es recomana individualitzar el tractament en funció de la qualitat i l'expectativa de vida.

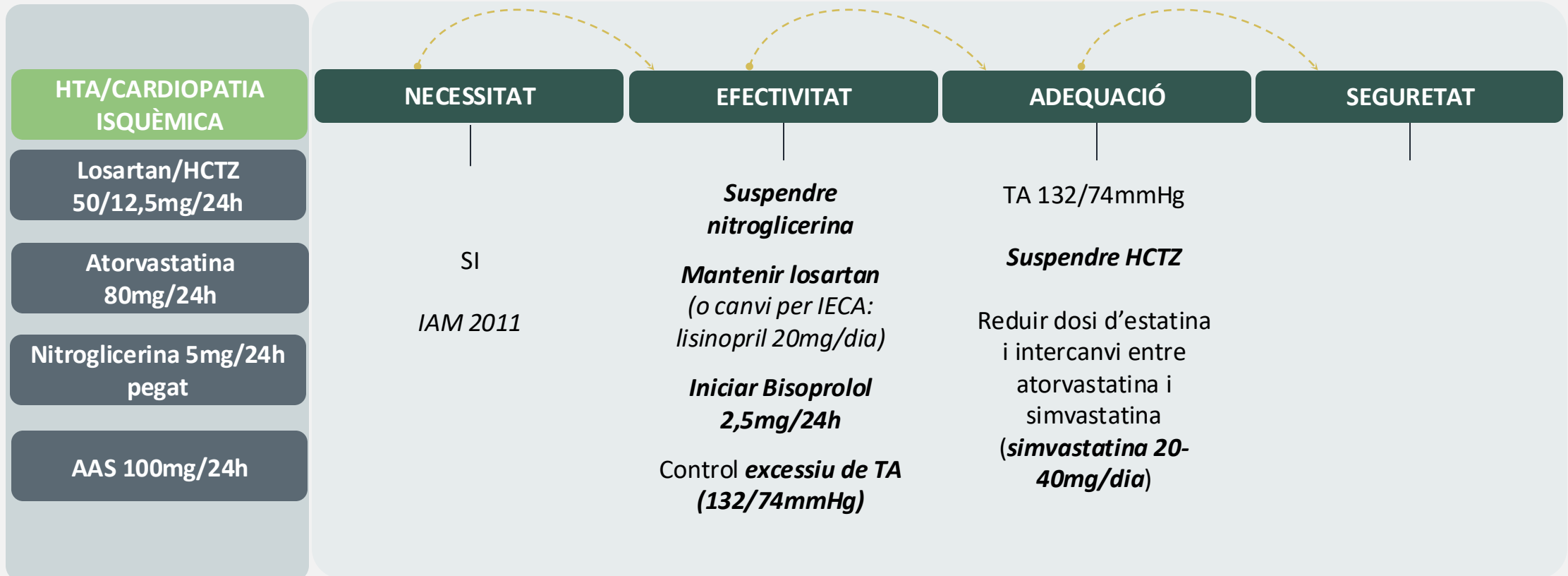
**3/ Podria estar indicada l'adequació i/o desprescripció d'estatines en persones de més de 74 anys?**

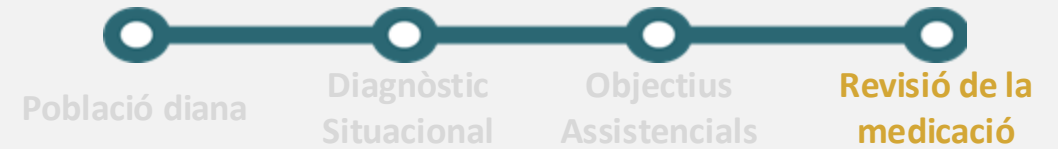
Grau de recomanació	Recomanació
Consens	Es pot considerar, individualment, la possibilitat d'adequar o retirar el tractament amb estatines en majors de 74 anys, tant en prevenció primària com en prevenció secundària.



### Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

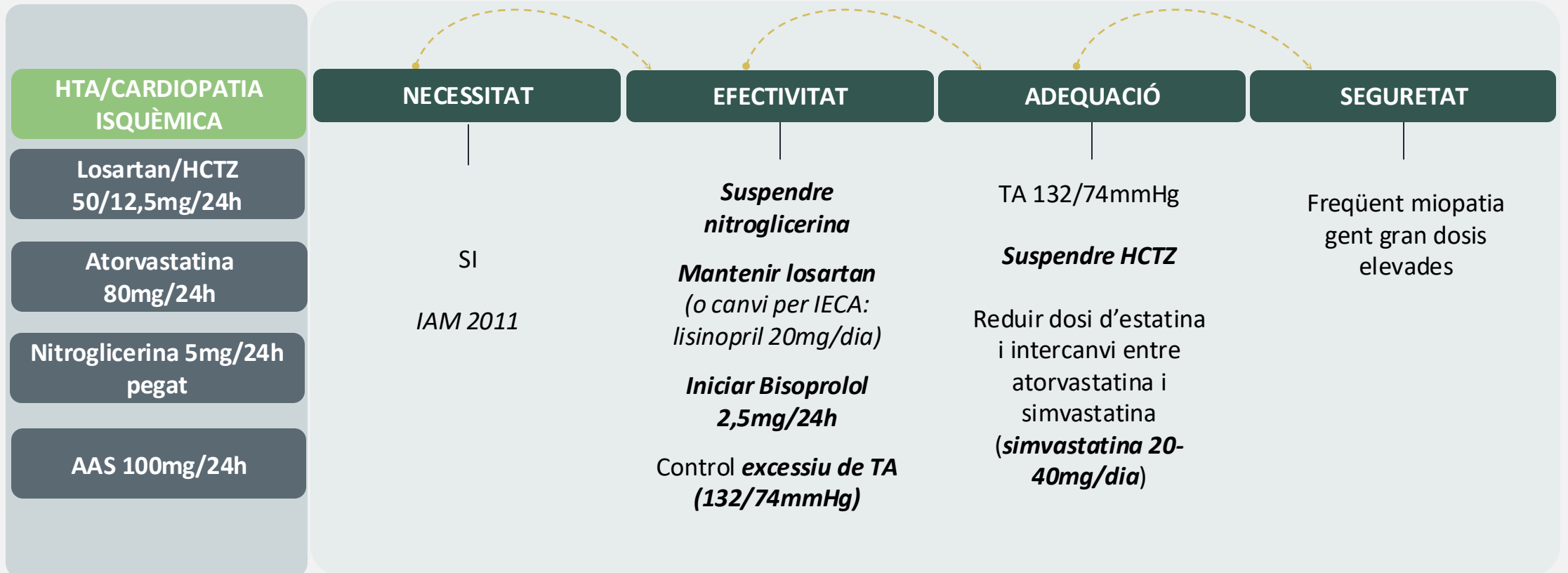
Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat

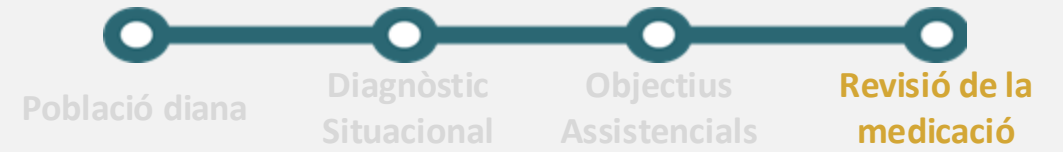




## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

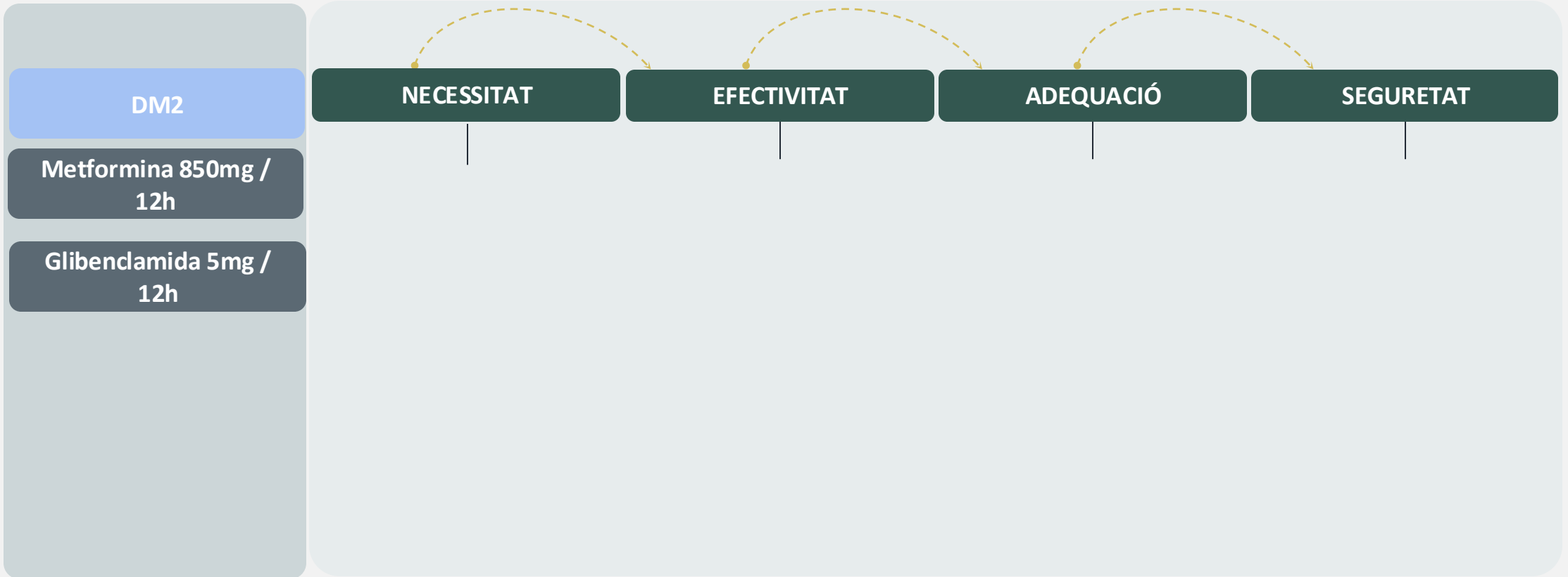
Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat

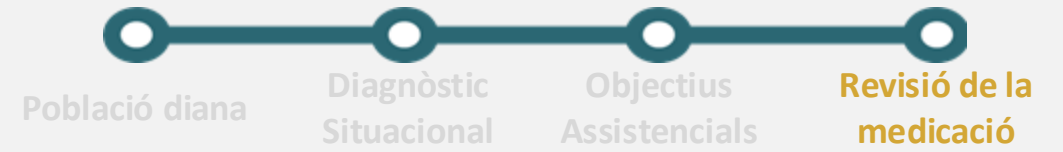




### Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

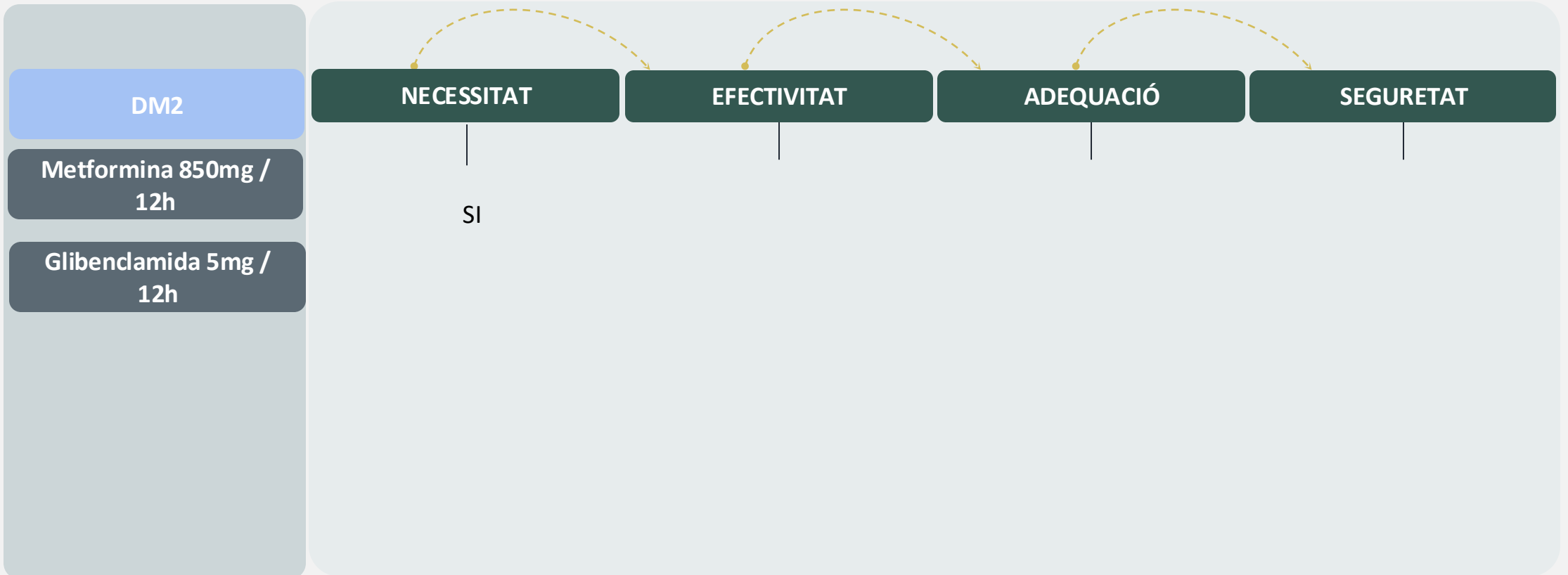
Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat

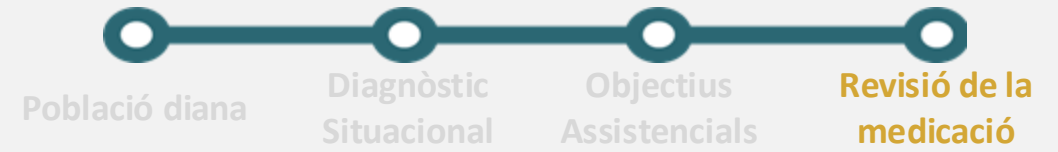




### Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat





## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

### Primera línea de tractament farmacològic

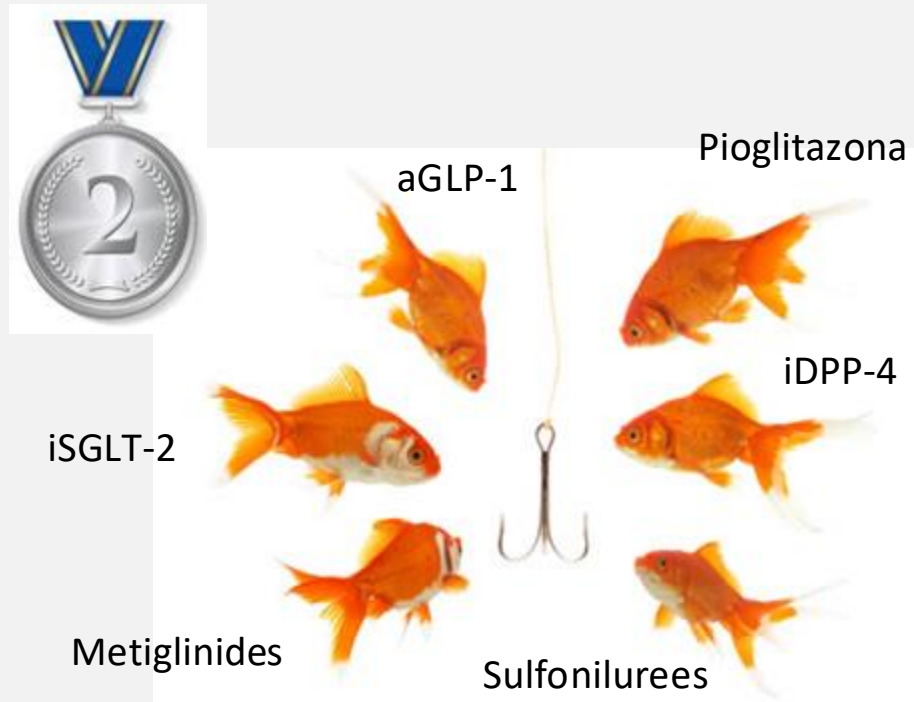


## Metformina

☐ morbimortalitat **NNT15**

☐ HbA1c **1-2%**

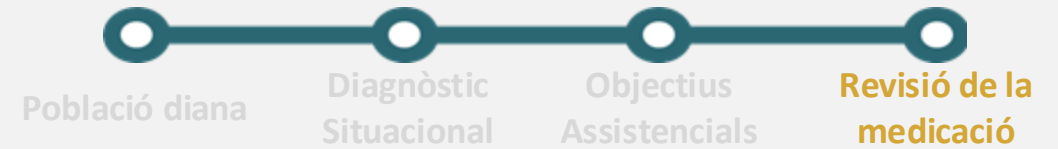
### Segona línea de tractament farmacològic











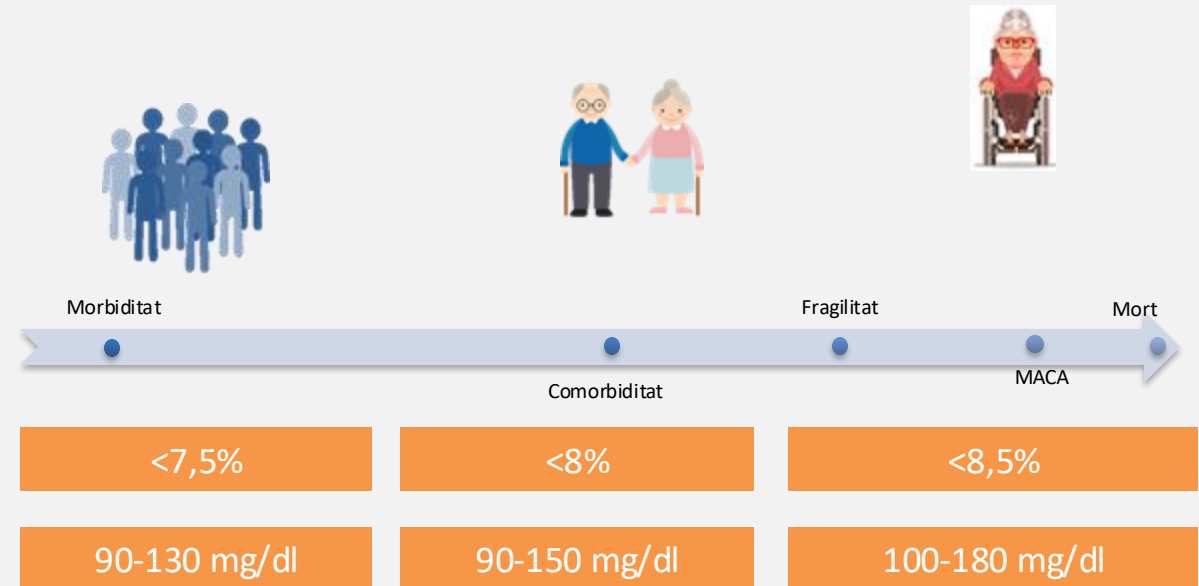
## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

### GENERAL

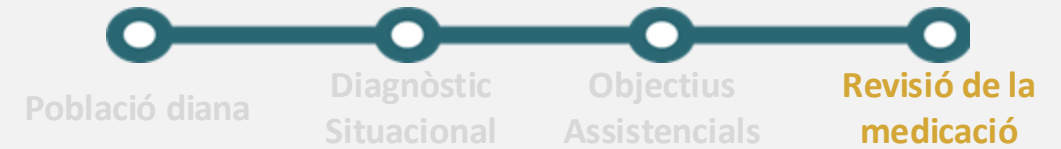


Control glucèmic	HbA1C <7%
	Glucèmia preandrial 80-130 mg/dl
	Pic glucèmia postandrial <180 mg/dl

### OBJECTIUS INDIVIDUALITZATS

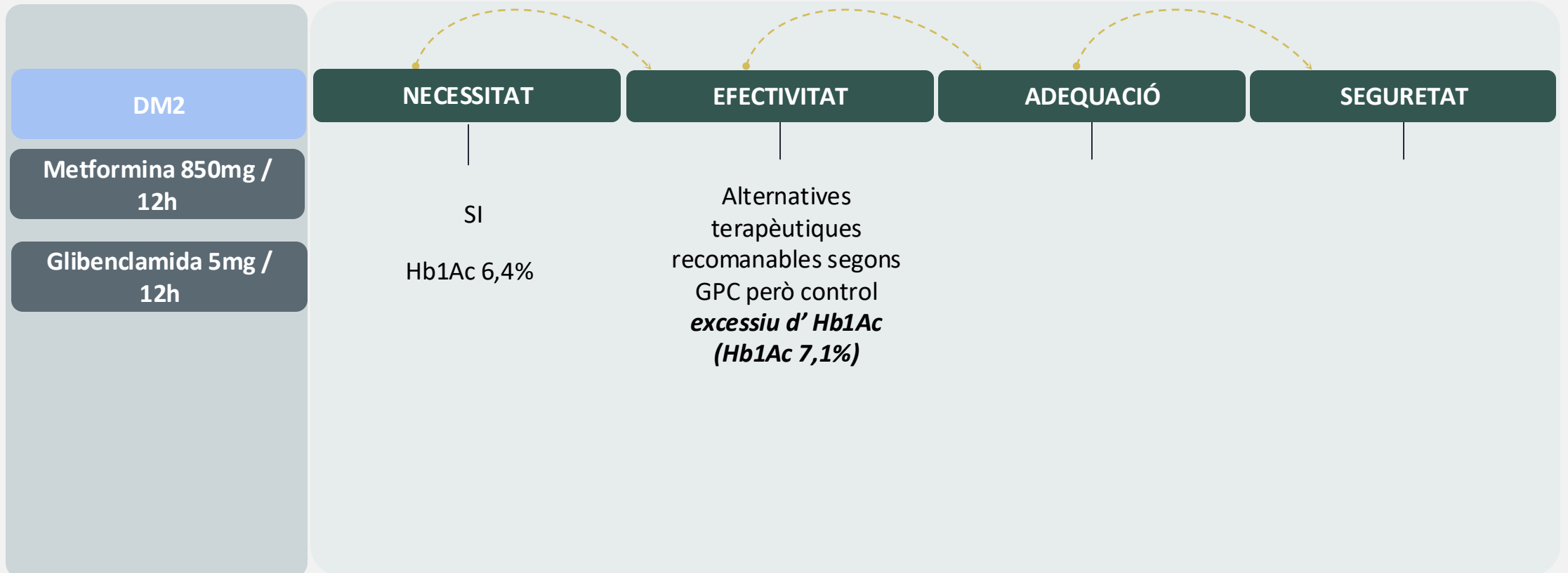


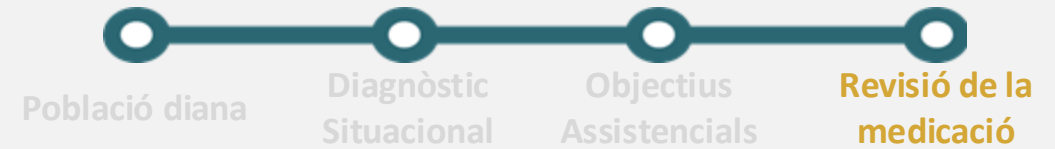
Consens ADA/European Association for the Study of Diabetes [EASD]  
European Diabetes Working Party for Older People  
Recomanacions de la redGDPS (edat i condicions clíniques)



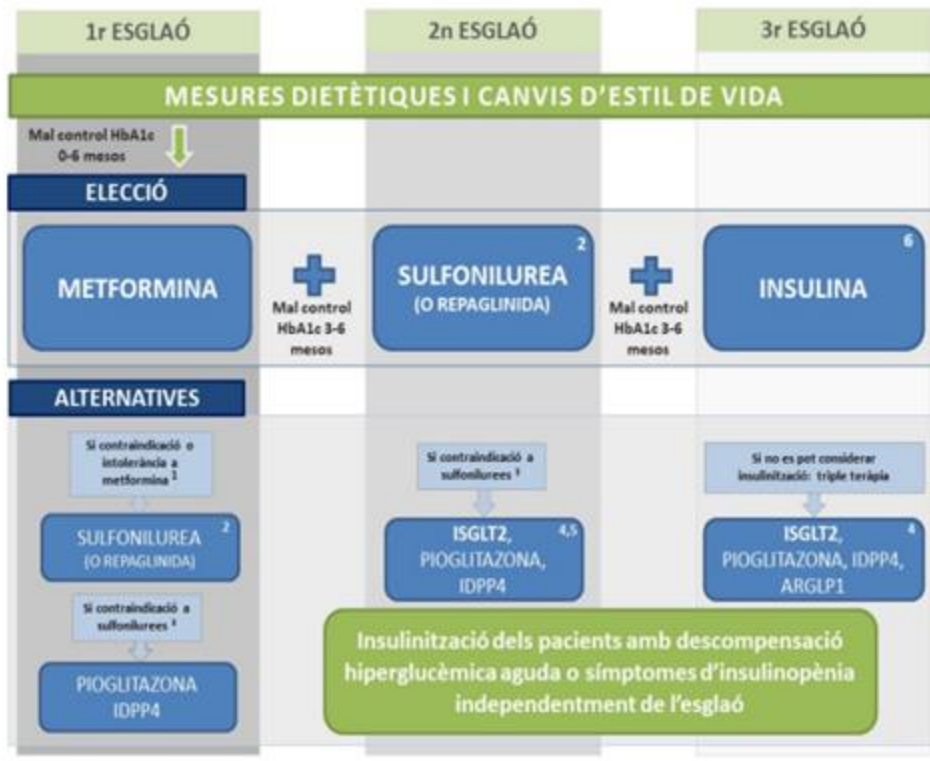
### Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat



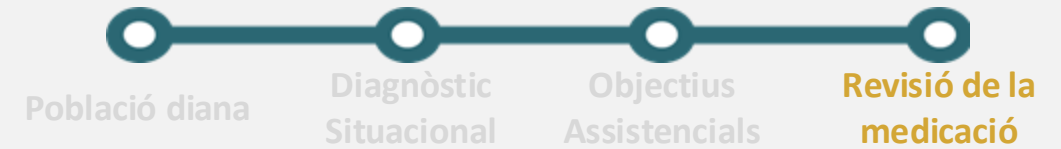


## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament



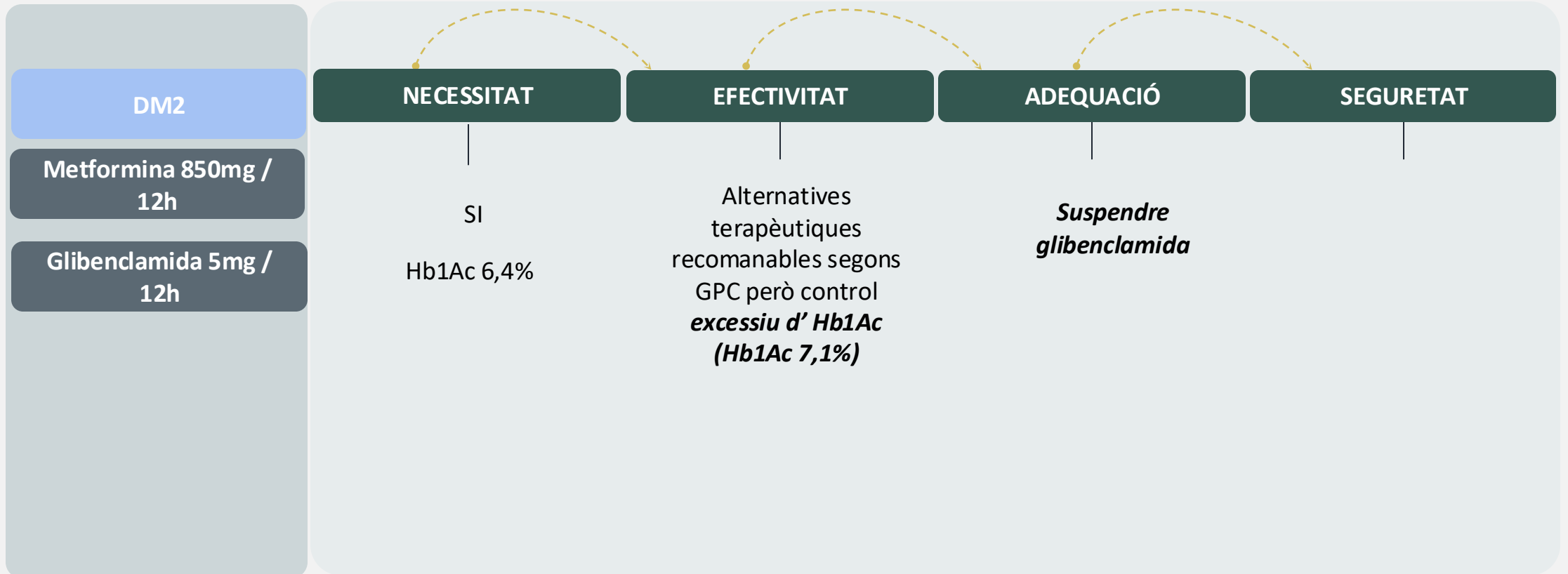
ARGLP1: agonistes del receptor del pèptid similar al glucagó-1; IDPP4: inhibidors de la dipeptidil peptidasa-4; ISGLT2: inhibidors del cotransportador de sodi-glucosa tipus 2.

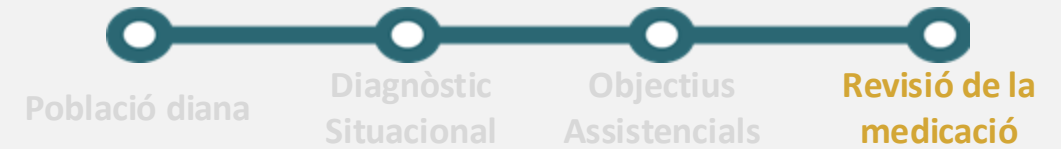
1. Metformina està contraindicada en pacients amb:  $TFGe \leq 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ , cetoacidosi diabètica, situacions agudes amb risc d'alterar la funció renal (deshidratació, infecció greu), malaltia aguda o crònica que pugui provocar hipòxia tissular (insuficiència cardíaca o respiratòria descompensada, infart de miocardi recent, xoc), insuficiència hepàtica greu, intoxicació alcohòlica aguda i alcoholisme.
2. Escollir entre les sulfonilurees prioritzades i evitar glibenclamida pel major risc d'hipoglucèmia. En el cas de pacients amb àpats irregulars i/o hiperglucèmies postprandials, es recomana escollir repaglinida com a alternativa a les sulfonilurees. També es considera repaglinida com una possible opció en pacients amb  $TFGe < 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ .
3. Les sulfonilurees estan contraindicades en pacients amb:  $TFGe < 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ , insuficiència hepàtica greu, alt risc d'hipoglucèmies (antecedents d'hipoglucèmies greus, deteriorament cognitiu rellevant i/o depressió major, pacients d'edat avançada pluripatològics amb discapacitats i/o  $IMC \leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ ) i treballadors on el mínim risc d'hipoglucèmies no sigui acceptable (conductors de grans vehicles o maquinària pesada).
4. Els ISGLT2 són l'alternativa prioritzada. Quan no es considerin adequats pel perfil del pacient, escollir el tractament en funció de les comorbiditats del pacient.
5. Els ARGLP1 poden ser útils en determinades situacions clíniques o en pacients amb contraindicació a la resta de tractaments.
6. Vegeu l'algorisme d'insulinització de la DM2 de les Pautes.



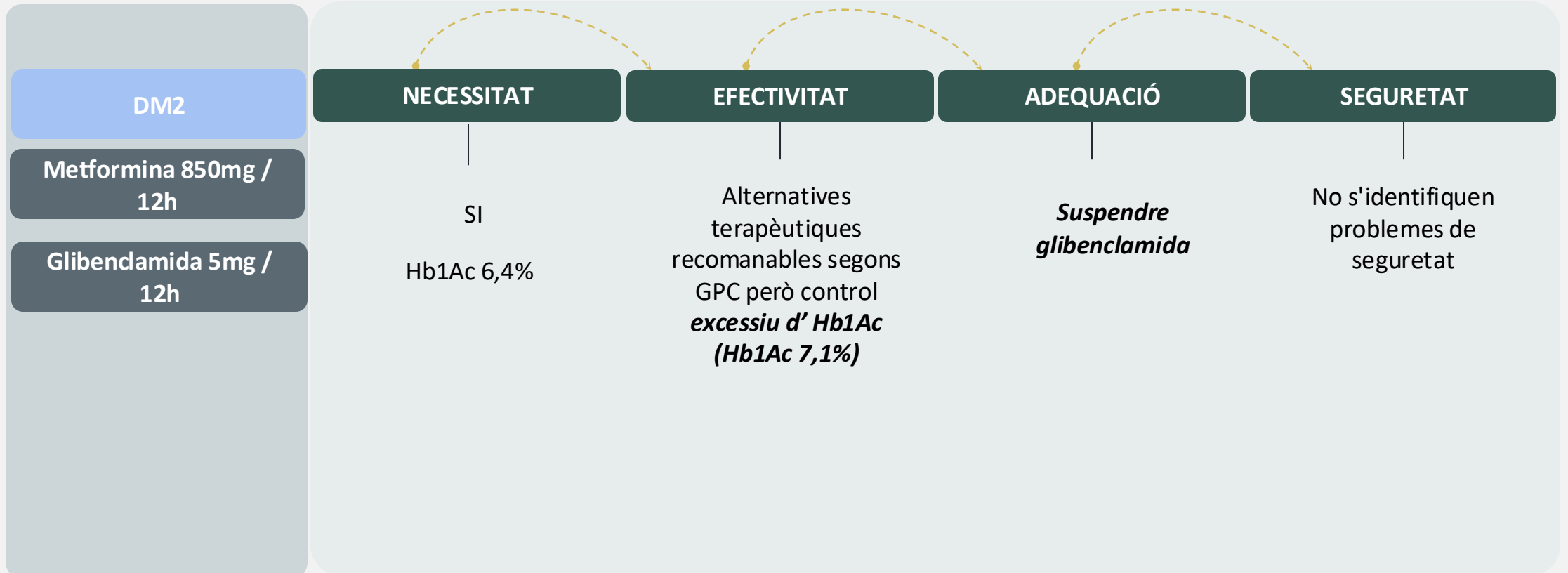
### Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

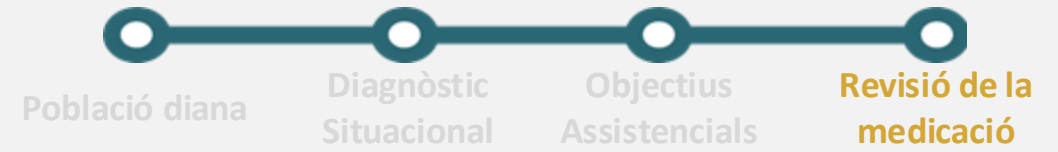
Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat





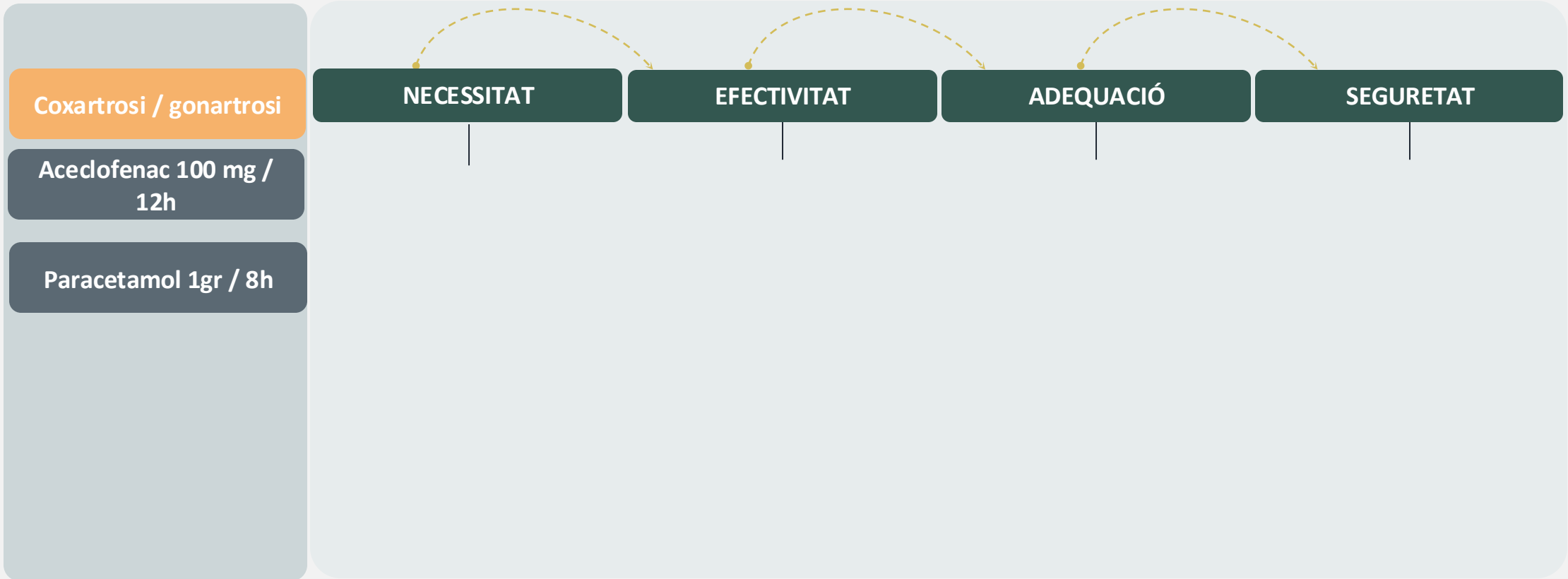
## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

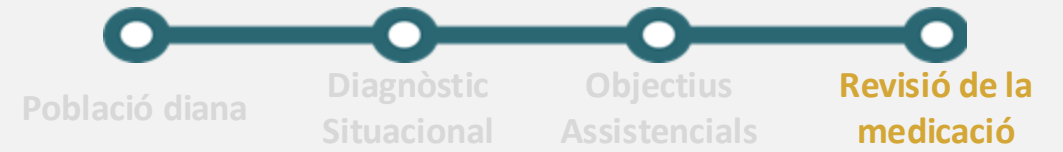




### Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

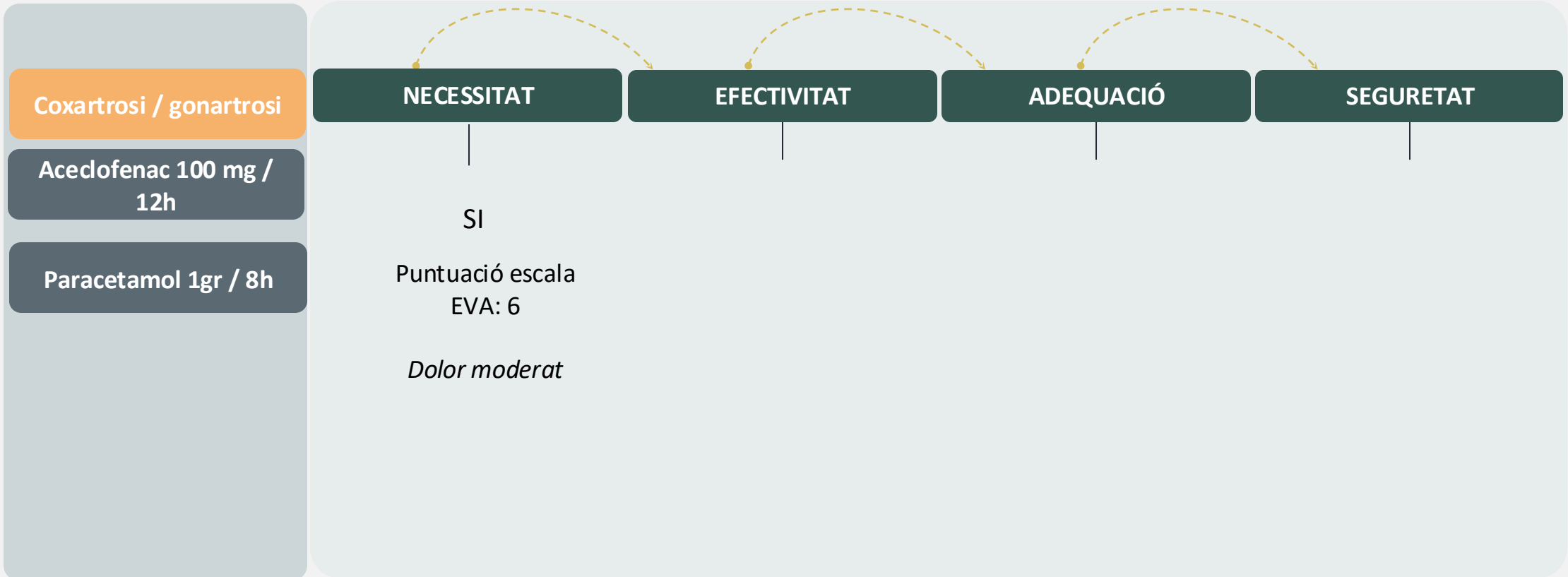
Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat

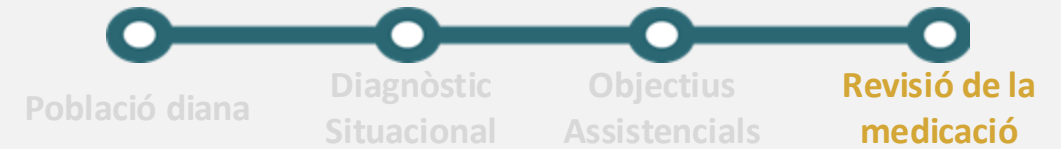




### Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat

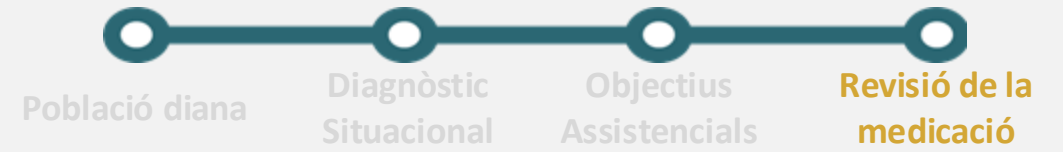




## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

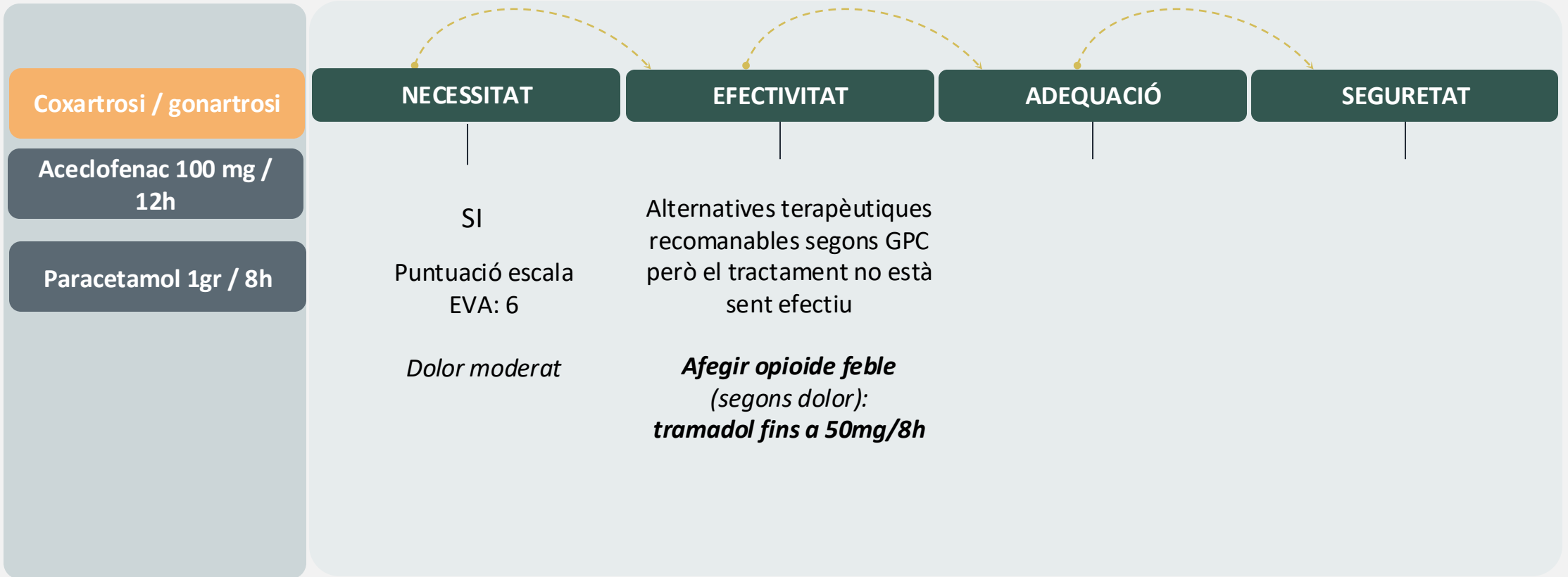


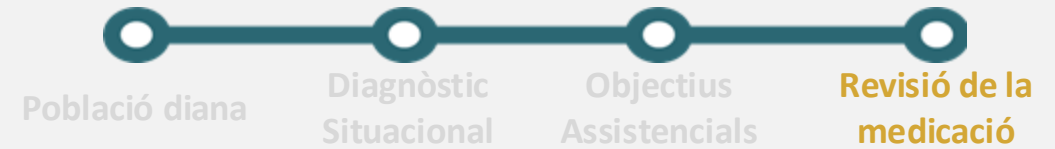




## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat





## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

### Ús d'AINE en pacient amb malaltia cardiovascular



Nota informativa

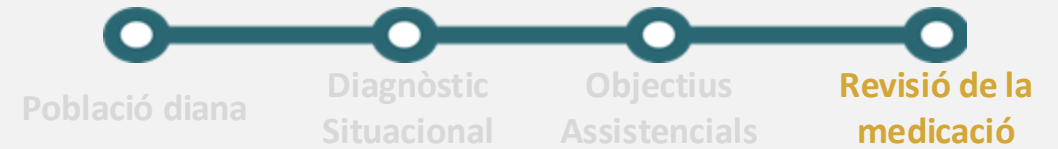
*Després de la revisió de totes les dades disponibles sobre el risc cardiovascular associat a l'ús d'aceclofenac d'administració sistèmica es recomana:*

- **No administrar aceclofenac en pacients amb insuficiència cardíaca [classificació II-IV de New York Heart Association (NYHA) cardiopatia isquèmica, malaltia arterial perifèrica o malaltia cerebrovascular.**

### Ajust de dosi en pacients amb malaltia renal

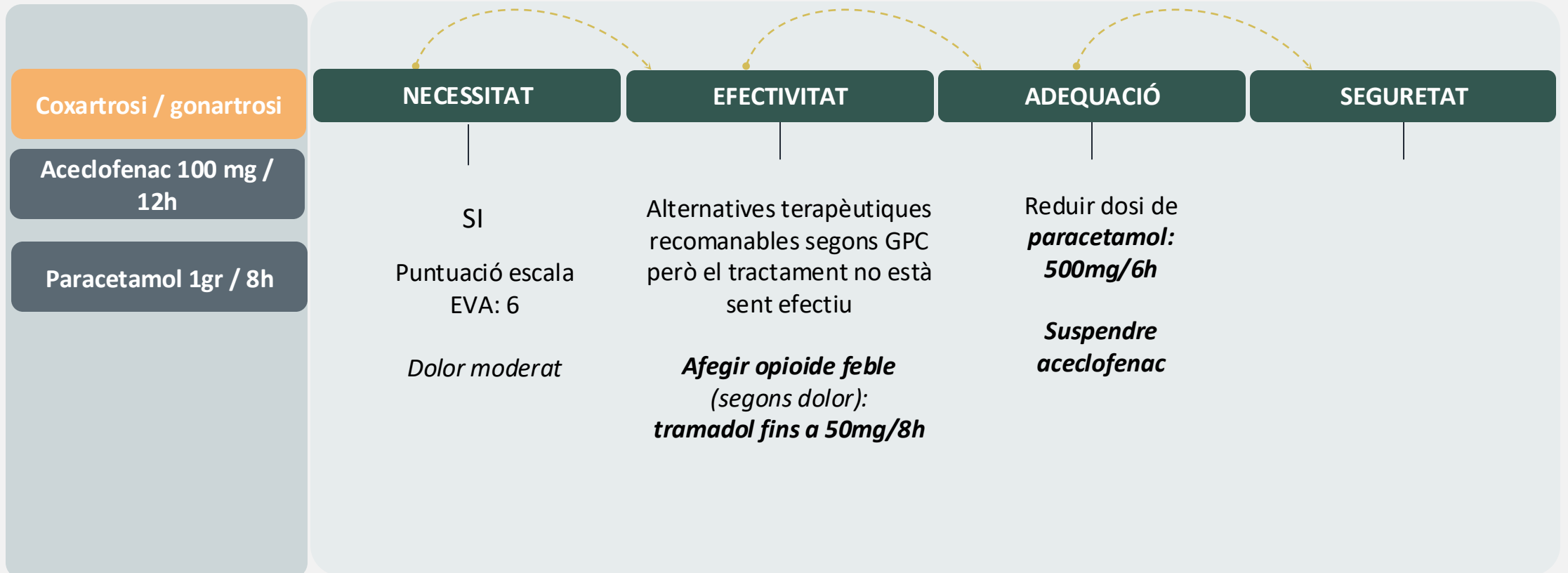


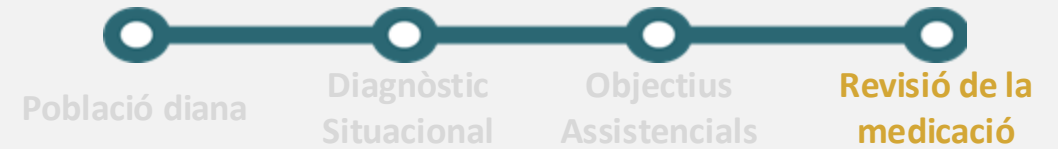
**Paracetamol** requereix ajust de dosi en FG 10-50 ml/min. Dosi recomanada : 500mg/6h



## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

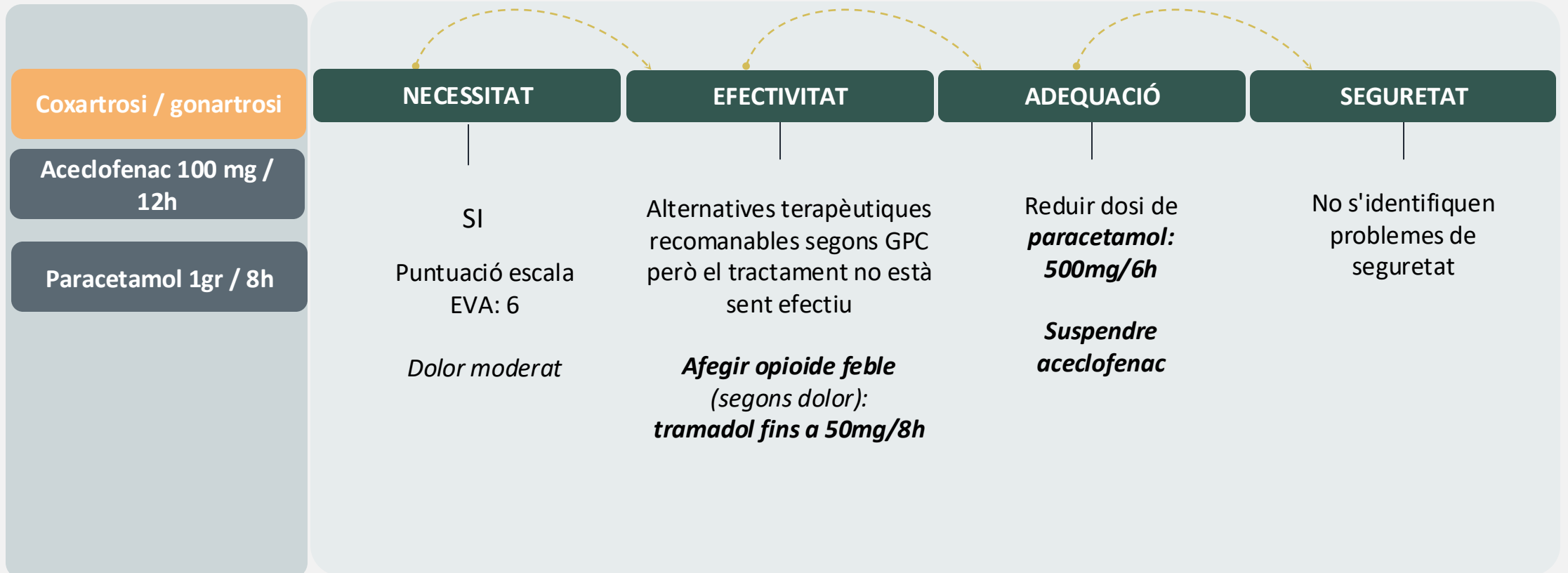
Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat

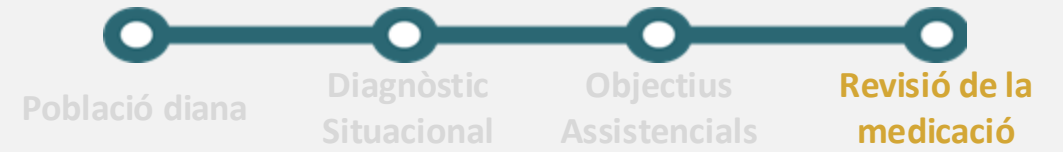




## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

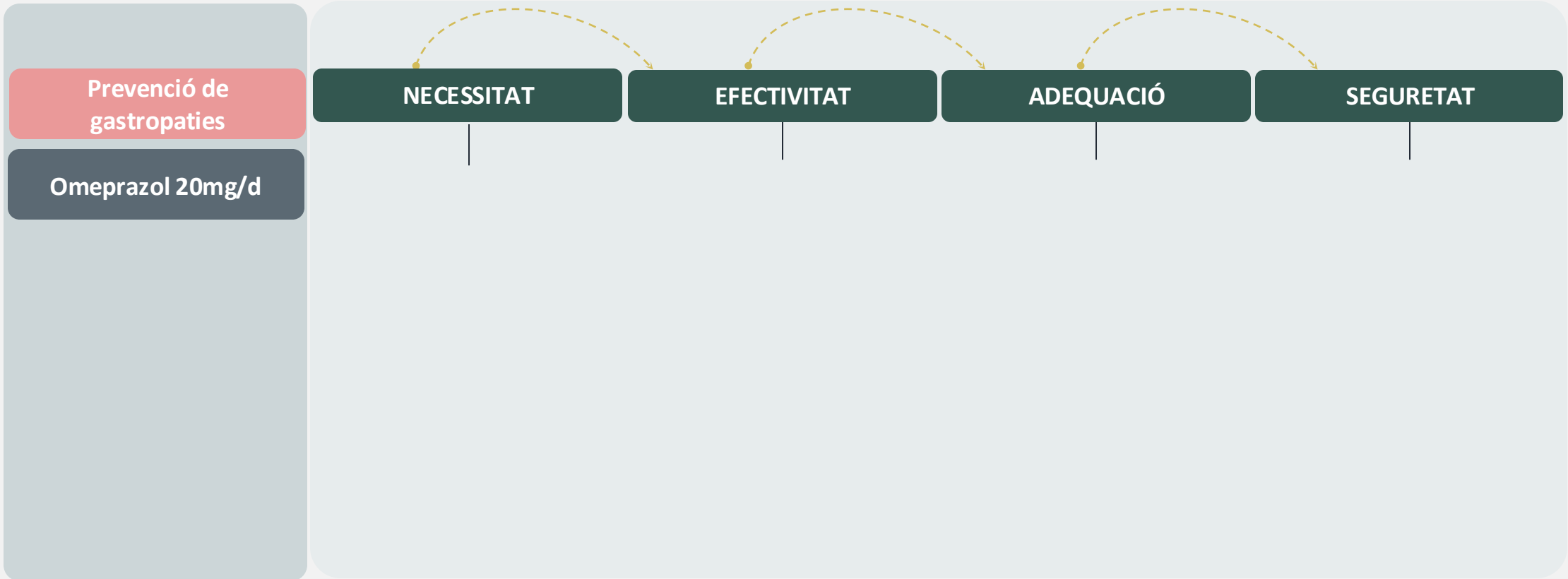
Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat

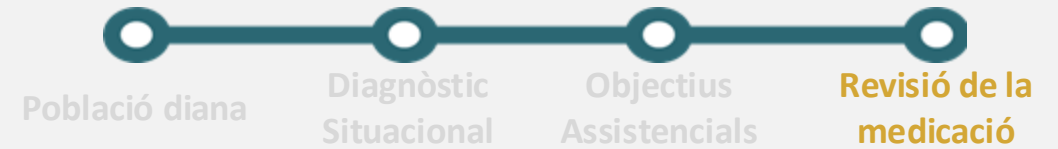




### Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat





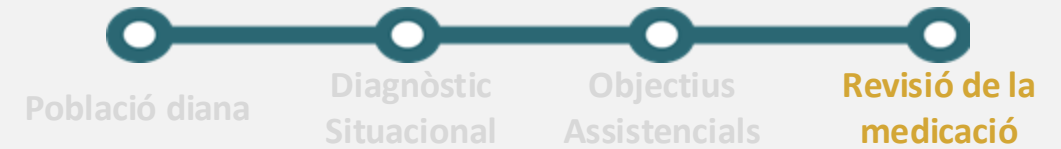
## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

**Indicacions  
Inhibidors de la  
Bomba de Protons  
(IBP)**

- 1 Úlcera gàstrica o duodenal (*inclosa la induïda per AINE*).
- 2 Erradicació *Helicobacter pylori*.
- 3 Malaltia del reflux gastroesofàgic.
- 4 Síndrome de Zöllinger-Ellison.
- 5 Gastroprotecció dels AINE o antiagregants.

**Segons  
criteris  
d'ús**

Fitxa desprescripció. Retirada d'Inhibidors de la Bomba de Protons (IBP) quan no estan indicats. Atenció Primària Barcelona. Institut Català de la Salut. 2016



## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament



Gastroprotecció dels AINE o antiagregants.

Segons criteris d'ús

### AINE a més de:

- Tractament perllongat a Dmax.
- Antecedents úlceres, hemorràgia o perforació gastroduodenal.
- Edat avançada.
- Ús concomitant: corticoides, AG, ACO.
- Comorbiditats: CV, renals, hepàtiques, HTA, DM.

### Antiagregants a més de:

- Antecedents úlcera, hemorràgia o perforació GD.
- Ús concomitant: AINE, ACO.
- Dos o més factors: edat avançada, dispèpsia/MRGE, ús amb corticoides.

Remember!!!

La polimedicació no necessita gastroprotecció

AG: Antiagregants  
ACO: Anticoagulants orals



## Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Població diana

Diagnòstic Situacional

Objectius Assistencials

Revisió de la medicació

	Antecedents HDA o úlcera pèptica	No associats a altres fàrmacs gastrolesius		Associats a altres fàrmacs gastrolesius	
		< 65 anys	> 65 anys	< 65 anys	> 65 anys
AINE agudo (7-30 dies)	SI	NO	SI	SI	
AINE crònic (>30 dies)	SI	NO	SI	SI	
Otros analgèsics (paracetamol, tramadol)	NO	NO		NO	
Antiagregants	SI	NO	SI con AAS* NO con clopidogrel**	SI (incluida doble antiagregación)	
Anticoagulants	SI	NO	Individualitzar*	SI	
Corticoides	Individualitzar*	NO		SI	
ISRS	Individualitzar*	NO	NO*	SI	
Polimediació (excluidos medicaments anteriors)	NO	NO		NO	

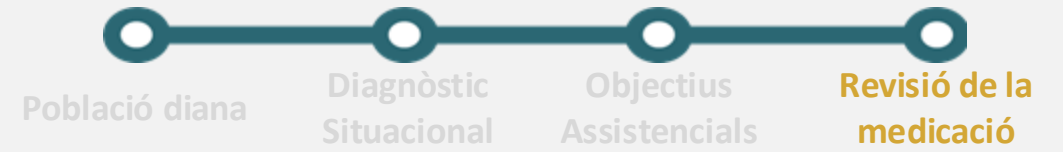
- Risc d'efectes adversos gastrointestinals secundaris a tractament amb AAS a dosis baixes augmenta al ser combinat amb clopidogrel.
- El factor de risc més important és l'antecedent d'ulcus gastroduodenal.

Do we still have to use proton pump inhibitor in patients with ischaemic heart disease and on combined antiplatelet treatment? *Cardiocre*. 2010; 45 (2): 79-82.

\* No hay evidencia clara ni unanimidad en las recomendaciones de los distintos autores.

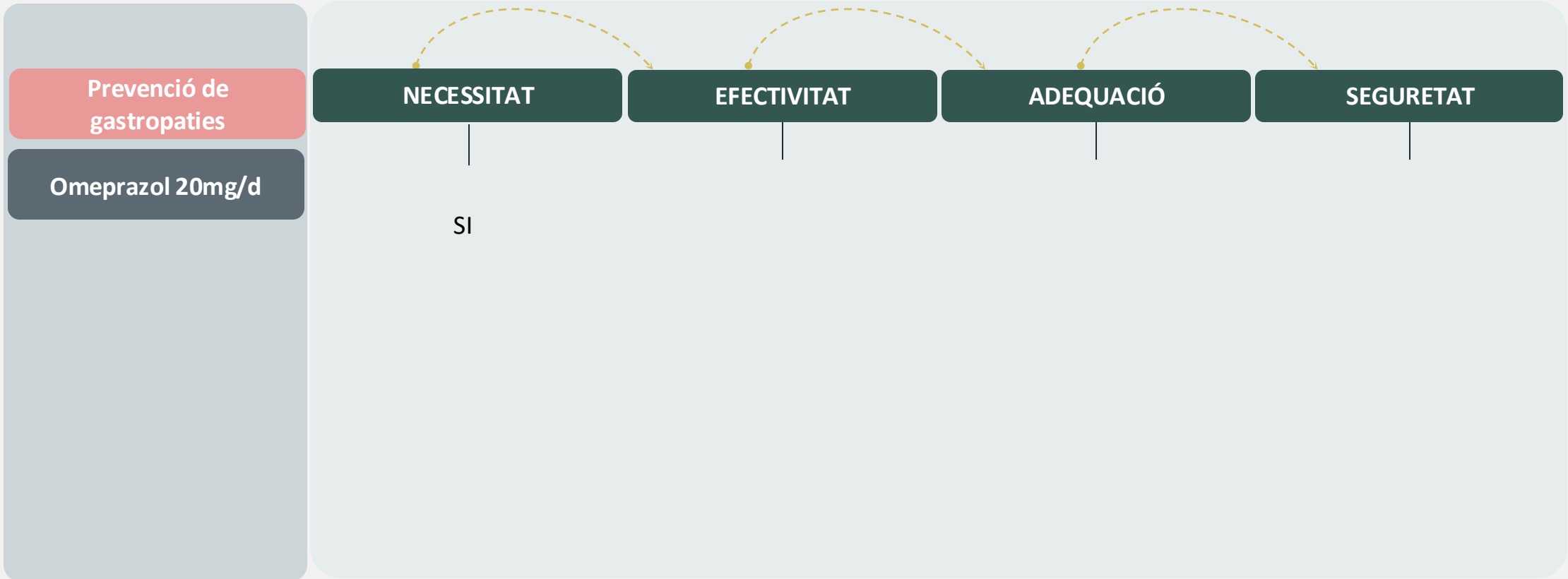
\*\* No hay unanimidad en las recomendaciones. El uso de IBP podría reducir la actividad antiagregante de clopidogrel lo que conllevaría un mayor riesgo de sufrir acontecimientos cardiovasculares de tipo aterotrombótico. Individualizar tratamiento.

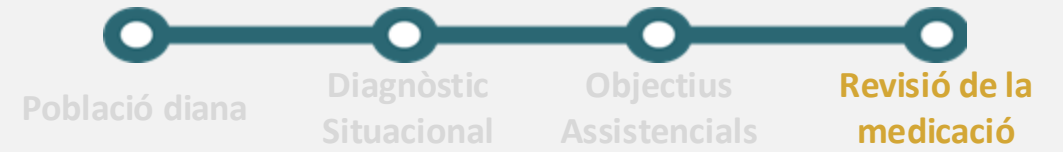




### Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

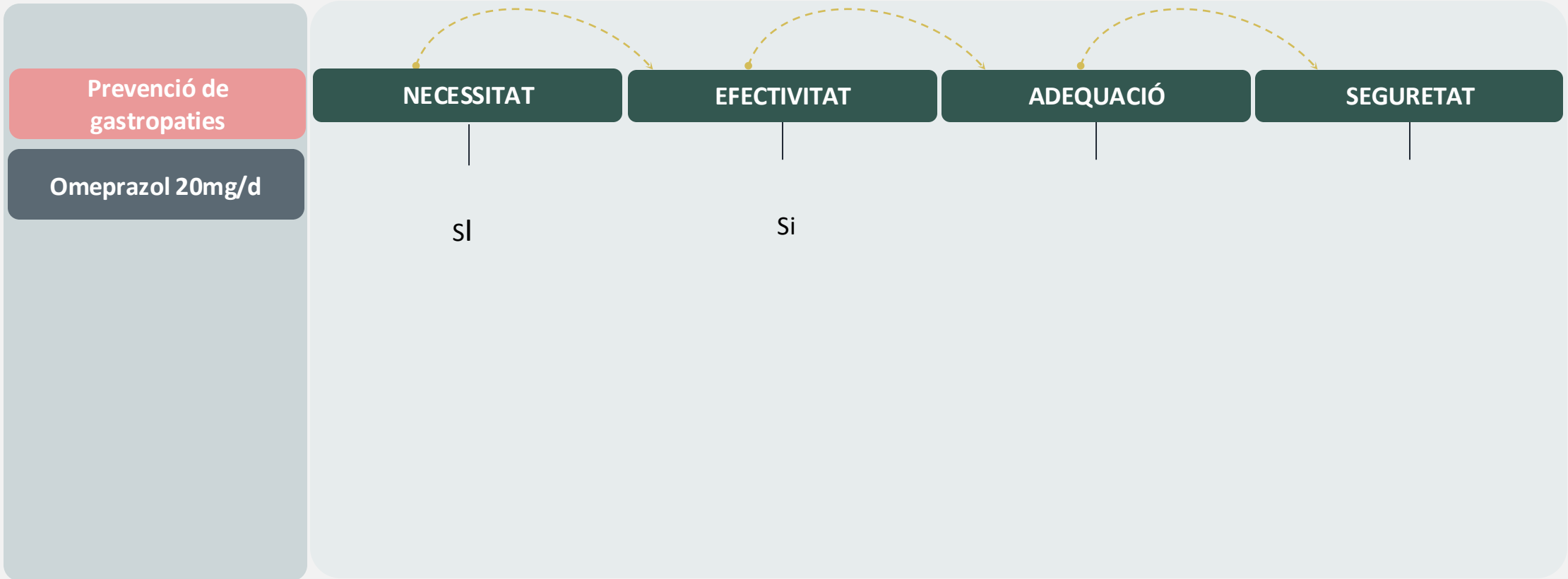
Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat

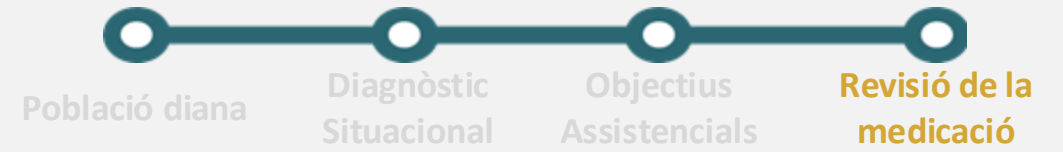




### Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

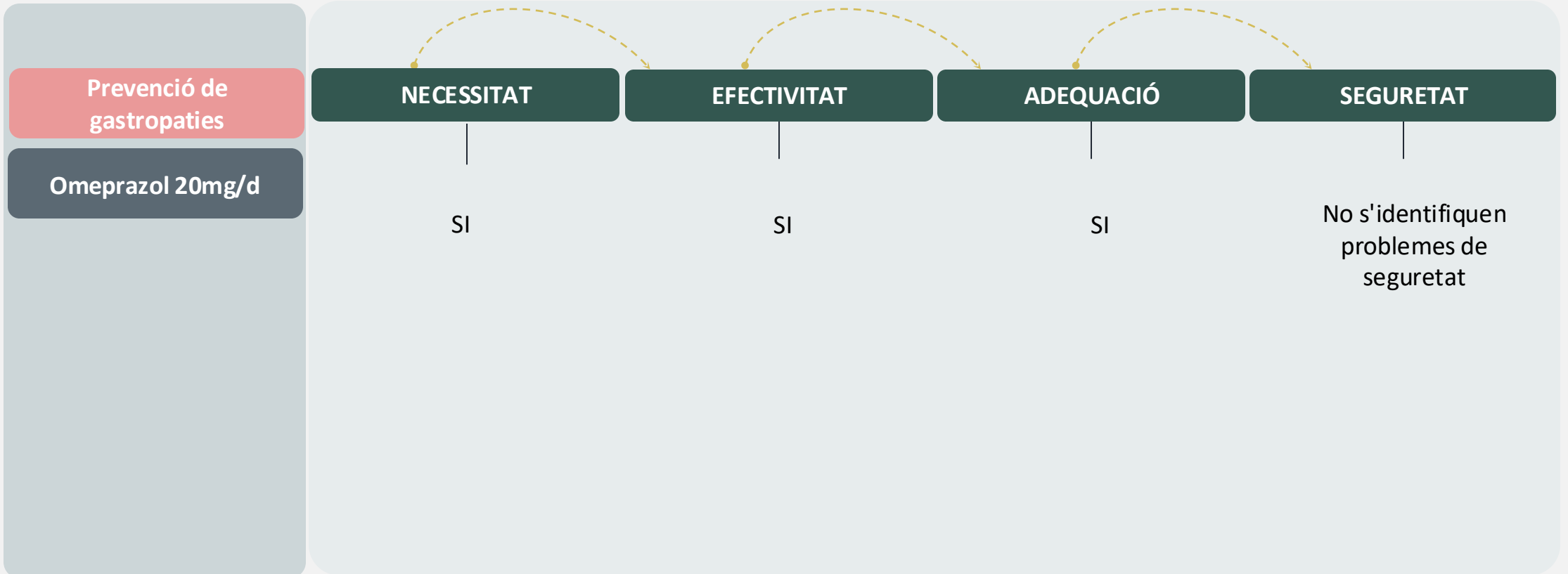
Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat





### Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat



# CAS CLÍNIC. CONCLUSIÓ



Problema de salut	Medicació abans de la revisió	Medicació després de la revisió
HTA/DLP/cardiopatia isquèmica	Losartan/HCTZ 50/12,5mg/24h Atorvastatina 80mg/24h AAS 100mg/24h Nitroglicerina 5mg/24h pegat	Losartan 50mg/24h Simvastatina 20-40mg/24h AAS 100mg/24h Bisoprolol 2,5mg/24h
DM2	Metformina 850mg/12h Glibenclamida 5mg/12h	Metformina 850mg/12h
Coxartrosi i gonartrosi	Paracetamol 1gr/8h Aceclofenaco 100mg/12h	Paracetamol 500mg/6h Tramadol fins a 50mg/8h (segons dolor)
Prevenió gastropatia	Omeprazol 20mg/24h	Omeprazol 20mg/24h



## Etapa 4. Proposta d'un pla farmacològic individualitzat

Els canvis de la medicació derivats de la revisió s'han de:

1

Pactar prèviament amb el pacient

2

Iniciar progressivament, respectant els temps del pacient i d'acord amb la jerarquitzaó

3

Explicar-li els beneficis que s'esperen dels canvis de la revisió

Si en el transcurs de la revisió de la medicació s'ha detectat una baixa adherència, s'haurien d'aplicar les estratègies necessàries per millorar-la

# 03

## CASCADA TERAPÈUTICA

# CASCADA TERAPÈUTICA

- ❑ Una cascada terapèutica és una successió encadenada de prescripcions en què un fàrmac produeix un efecte advers que es tracta amb un altre fàrmac.
- ❑ També es pot produir una cascada terapèutica quan es prescriu, **de manera anticipada**, un medicament per evitar l'aparició d'un efecte advers.
- ❑ S'estima un 10-30% de les consultes a centres hospitalaris de pacients d'edat avançada són atribuïbles a efectes adversos per medicaments.
- ❑ Es considera una de les 5 causes més importants d'afectació de la salut en aquesta població.

## La cascada terapèutica

Medicamento 1



efecto adverso 1



Medicamento 2 para  
efecto adverso 1



efecto adverso 2



Medicamento 3 para  
efecto adverso 2



efecto adverso 3



...



Diseño @je\_pala para @sanoyalvoblog



# QUÈ HEM DE FER?

- ✓ **Identificar una prescripció seqüencial** és un bon punt de partida per a la revisió de la medicació.
- ✓ **Considerar cada nou símptoma o signe com un possible efecte advers** és l'element central per reduir el risc per al pacient i la prescripció inapropiada.

## Identificació/Detecció

- Utilització de les bases de dades amb registre de medicaments per identificar combinacions i/o seqüències de tractaments susceptibles de cascada terapèutica.
- Utilització d'algortmes o tests senzills per facilitar la detecció



## Prevenció

- Utilització de BBDD amb registre de medicaments per identificar combinacions i/o seqüències de tractaments susceptibles de cascada terapèutica.
- Utilitzar mesures no farmacològiques
- Utilitzar dosis baixes i considerar alternatives farmacològiques amb menys toxicitat.

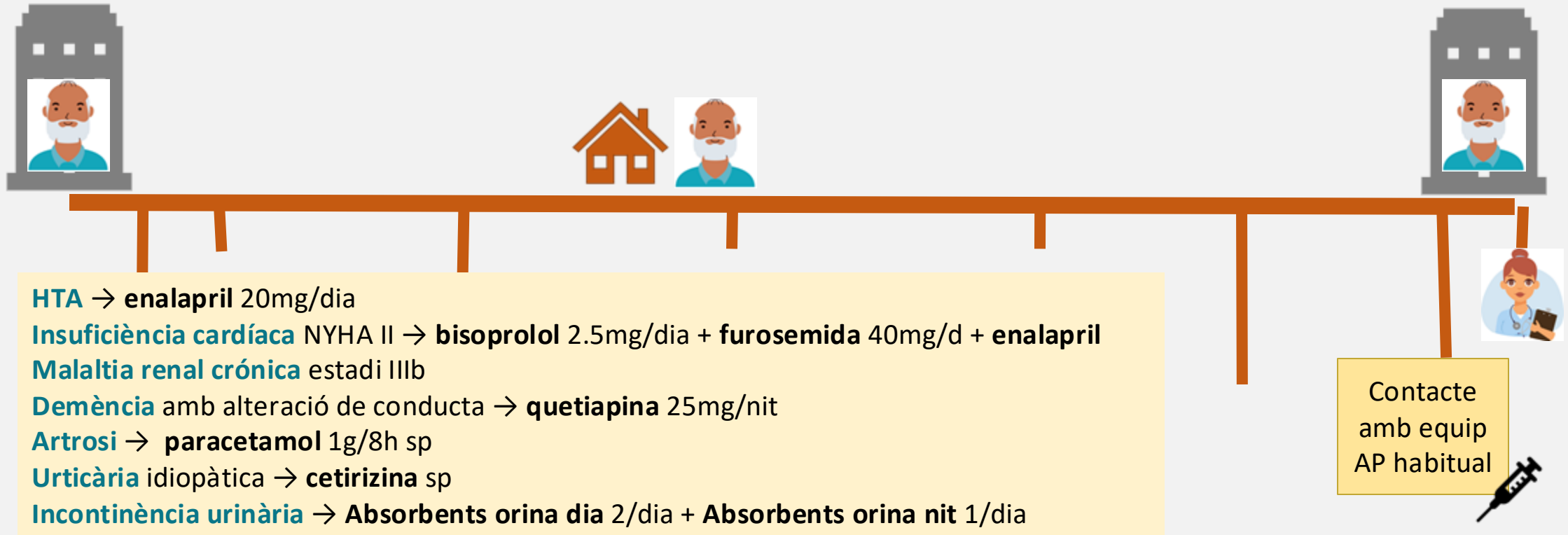
## Interrupció /correcció

- Revisió de la medicació
- Desprescripció
- Eines per prescriptor i pacients

# CAS CLÍNIC

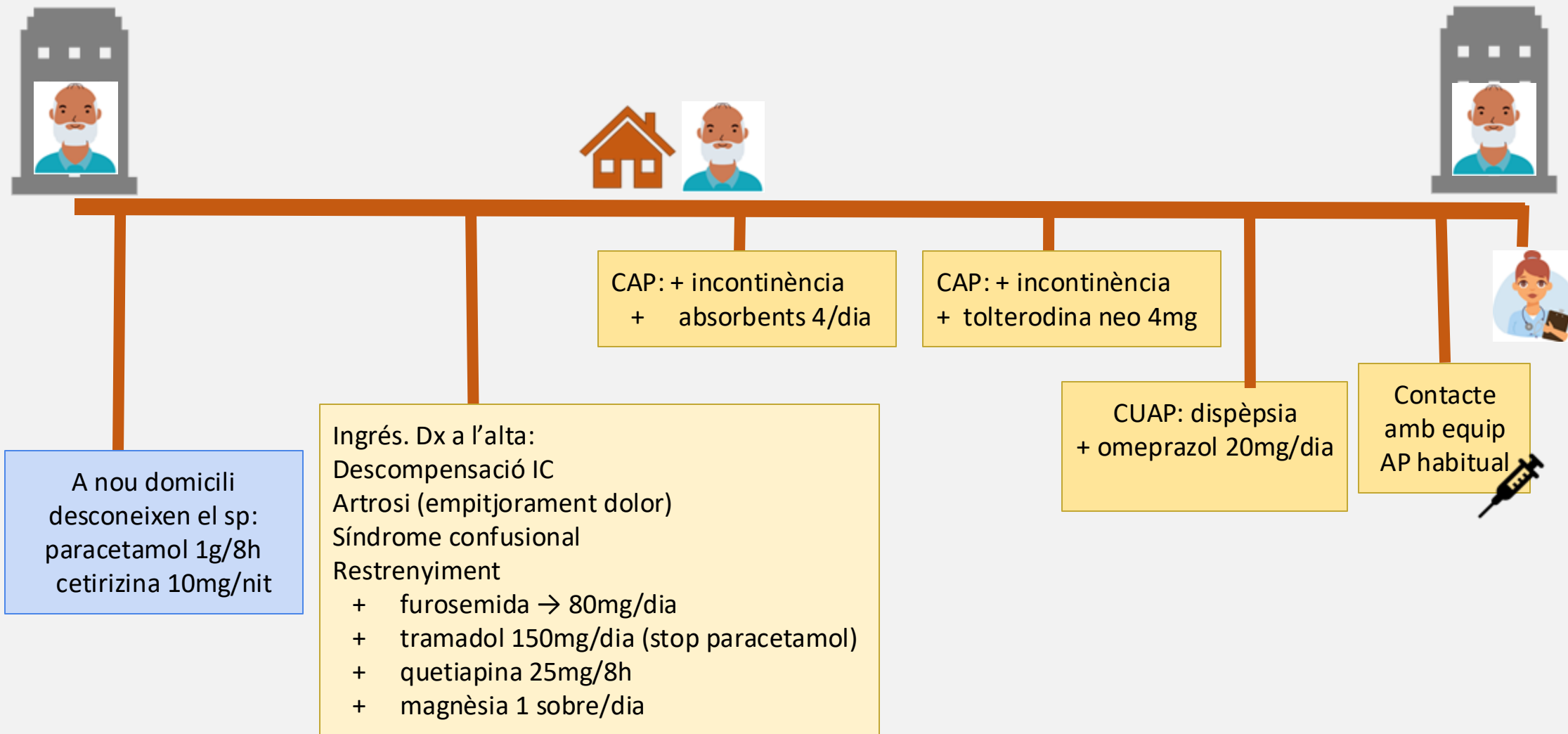
Acudim al domicili d'en Pere, un pacient de 85 anys. Ha estat a casa d'un altre fill durant 3 mesos. Durant aquest, període ha ingressat i ha consultat a un altre centre, per la qual cosa s'han fet canvis en el tractament. A la tornada al seu domicili habitual ha contactat amb nosaltres, hem programat una analítica de control i una posterior visita.

Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat

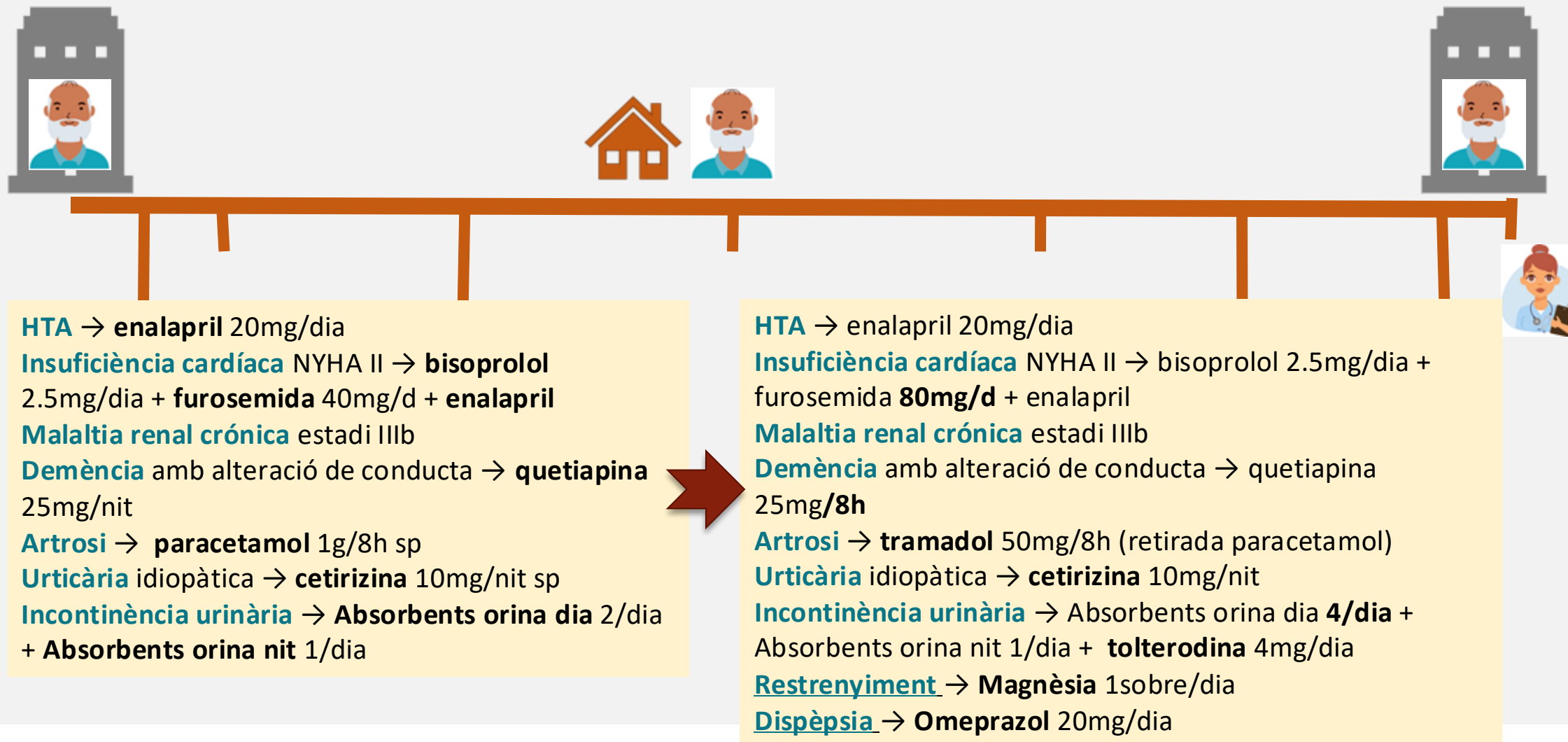


# CAS CLÍNIC: CASCADA TERAPÈUTICA

Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat



# CAS CLÍNIC: CASCADA TERAPÈUTICA



# CAS CLÍNIC: CASCADA TERAPÈUTICA



Pere a data de la nostra visita domiciliària:

## VALORACIÓ CLÍNICA:

### Estat nutricional i síndromes geriàtriques:

2 caigudes en els darrers 3 mesos

No úlceres

Dolor: EVA: 3/10

Bon estat nutricional

### Patologies

HTA

Insuficiència cardíaca NYHA II

Malaltia renal crònica estadi IIIb (FGe habitual 40)

Demència amb alteració de conducta

Artrosi

Urticària idiopàtica

**Incontinència urinària** (ha empitjorat) per bufeta hiperactiva

+ **Restrenyiment**

+ **Boca seca**

+ **Dispèpsia**

### Exploració física:

BEG. NH i NC. No edemes.

AR MVC sense crepitants

AC Rítmic sense bufs

No IJ ni RHJ

TA 100/60

FC 60bpm

### Analítica:

Hb 13 g/dl

Creatinina 1.85 mg/dl

FGe 33 mL/min/1.73m<sup>2</sup>

Urat 7,3 mg/dl

resta normal

### Tractament:

Furosemida 40mg 1-1-0

Enalapril 20mg 1-0-0

Bisoprolol 2,5mg 1-0-0

Tramadol 50mg 1-1-1

Quetiapina 25mg 1-1-1

Absorbents orina dia 4/dia

Absorbents orina nit 1/dia

Tolterodina neo 4mg 0-0-1

Magnèsia sobres 1-0-0

Omeprazol 20mg 1-0-0

Cetirizina 10mg 0-0-1

# CAS CLÍNIC: CASCADA TERAPÈUTICA



VALORACIÓ MENTAL:

VALORACIÓ FUNCIONAL:

TEST PFEIFFER: 2

MINIMENTAL: 19

ESCALA DE CORNELL: 1

Valoració mental sense canvis

VALORACIÓ SOCIAL:

ESCALA DE GIJON: 8

ESCALA DE ZARIT (cuidador): 28

INDEX DE BARTHEL (ABVD): 70

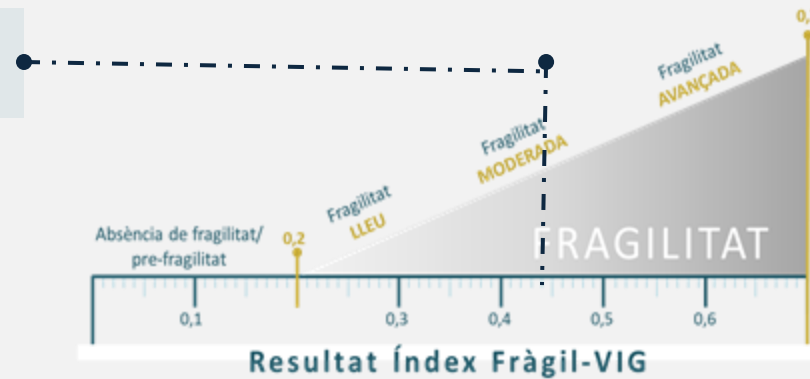
ESCALA DE LAWTON-BRODY (AIVD): 4

Discret empitjorament funcional

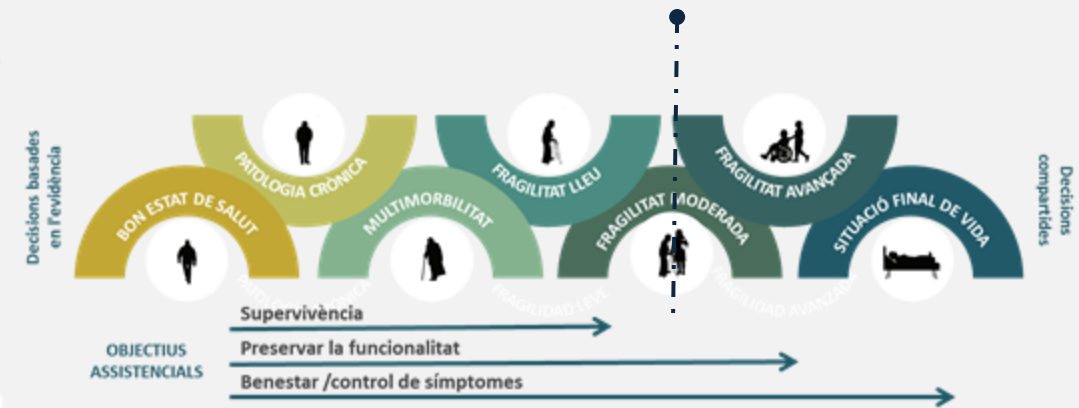
ÍNDEX "FRÀGIL – VIG": objectiu de preservar la funcionalitat

Nº de dèficits: 11

Índex "Fràgil VIG": 0,44



IF-VIG calculadora: <https://es.c3rg.com/index-fragil-vig>



# CAS CLÍNIC: CASCADA TERAPÈUTICA

Revisem la jerarquitització de les patologies i els seus fàrmacs.



A en Pere i a la seva filla (principal cuidadora) els preocupa sobretot:

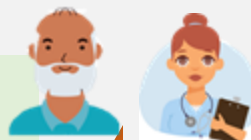
## A. Somnolència diürna

Reinterrogant coincideix amb inici tramadol i augment de caigudes

## B. Augment de la diüresi

Va anar al CAP sol·licitant més bolquers allà descarten infecció, augmenten bolquers i li pauten antiespasmòdic

C. Restrenyiment i boca seca amb pèrdua de gana per aquest motiu



### Nivell 1:

Insuficiència cardíaca  
Incontinència urinària  
Restrenyiment

### Nivell 2:

Hipertensió arterial  
Malaltia renal crònica  
Demència

### Nivell 3:

Urticària  
Artrosi



Per nosaltres és important:

## a. Hipotensió

Reinterrogant diu que fa 2 mesos que es nota “més flux” i a vegades fins i tot es mareja, sobretot a l'incorporar-se.

## b. Insuficiència cardíaca. Malaltia renal

Ajust de dosi furosemida

## c. Augment de medicació

Tolterodina	Bolquers
Quetiapina	Tramadol
Omeprazol	Magnèsia
Cetirizina	





PATOLOGIES

Insuficiència cardíaca / HTA

Furosemida

Enalapril

Bisoprolol

Incontinència urinària

Absorbents orina dia

Absorbents orina nit

Tolterodina

Restrenyiment

Magnesia

Artrosi

Tramadol

Demència (conducta)

Quetiapina

Dispèpsia

Omeprazol

Urticària

Cetirizina

Medicació


 CASCADA TERAPÈUTICA  
 OBJECTIU PRESCRIPCIÓ

Prevenió primària

Prevenió secundària

Etiològic

Simptomàtic

Bisoprolol \*

Tolterodina

Abortbents orina

Enalapril \*

Magnesia

Tramadol

Quetiapina

Omeprazol

Cetirizina

Furosemida \*

Medicació

\*Diferents objectius terapèutics segons la perspectiva en l'abordatge de la malaltia: abordatge de la causa que produeixen els símptomes (etiològic) o retardar la progressió de la malaltia (prevenció secundària)

## a. Hipotensió

Reinterrogant diu que fa 2 mesos que es nota "més flux" i a vegades fins i tot es mareja, al incorporar-se

## B. Augment de la diüresi

Va anar al CUAP sol·licitant més bolquers, allà descarten infecció, **augmenten bolquers i li pauten antiespasmòdic**

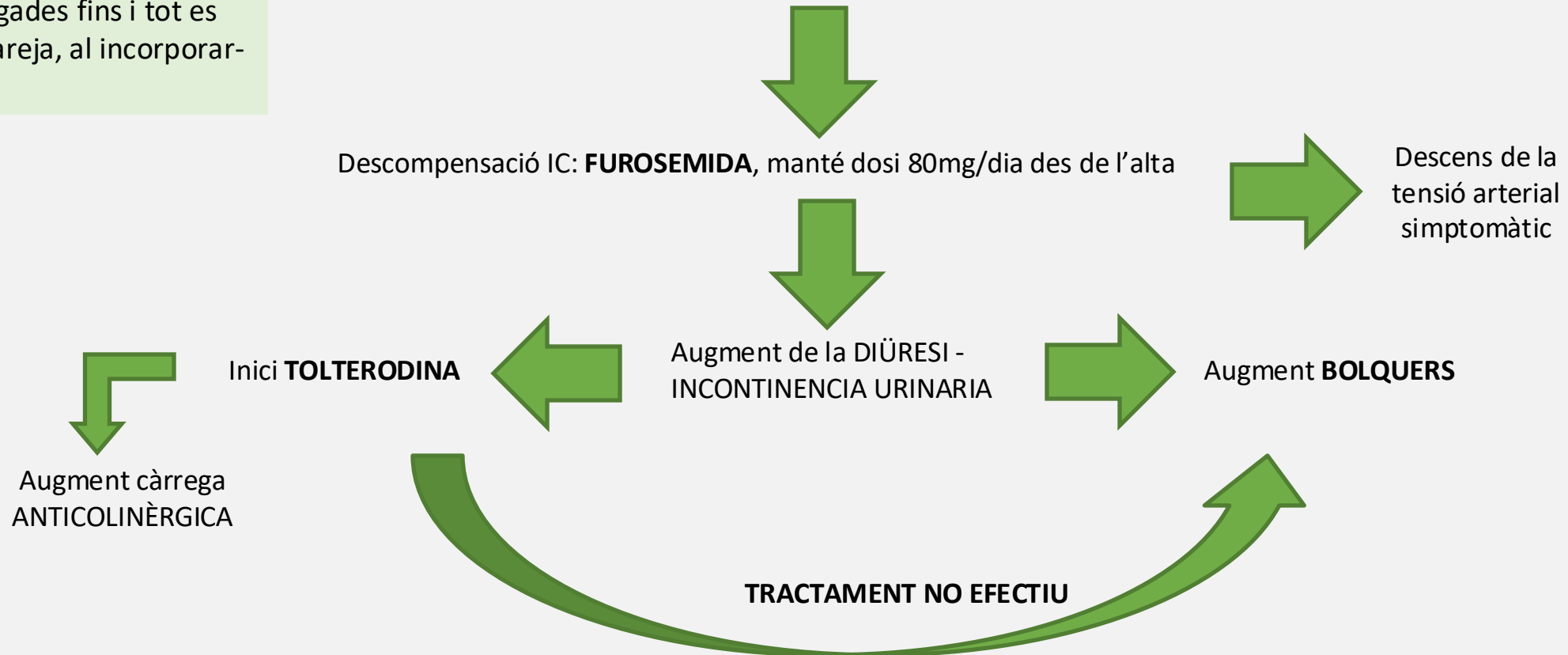
b. Insuficiència cardíaca.  
Malaltia renal

Ajust de dosi furosemida

## c. Augment de medicació

Tolterodina

CASCADA TERAPÈUTICA



**a. Hipotensió**

Reinterrogant diu que fa 2 mesos que es nota "més fluix" i a vegades fins i tot es mareja, al incorporar-se

**B. Augment de la diüresi.**

Va anar al CUAP sol·licitant més bolquers, allà descarten infecció, **augmenten bolquers i li pauten antiespasmòdic**

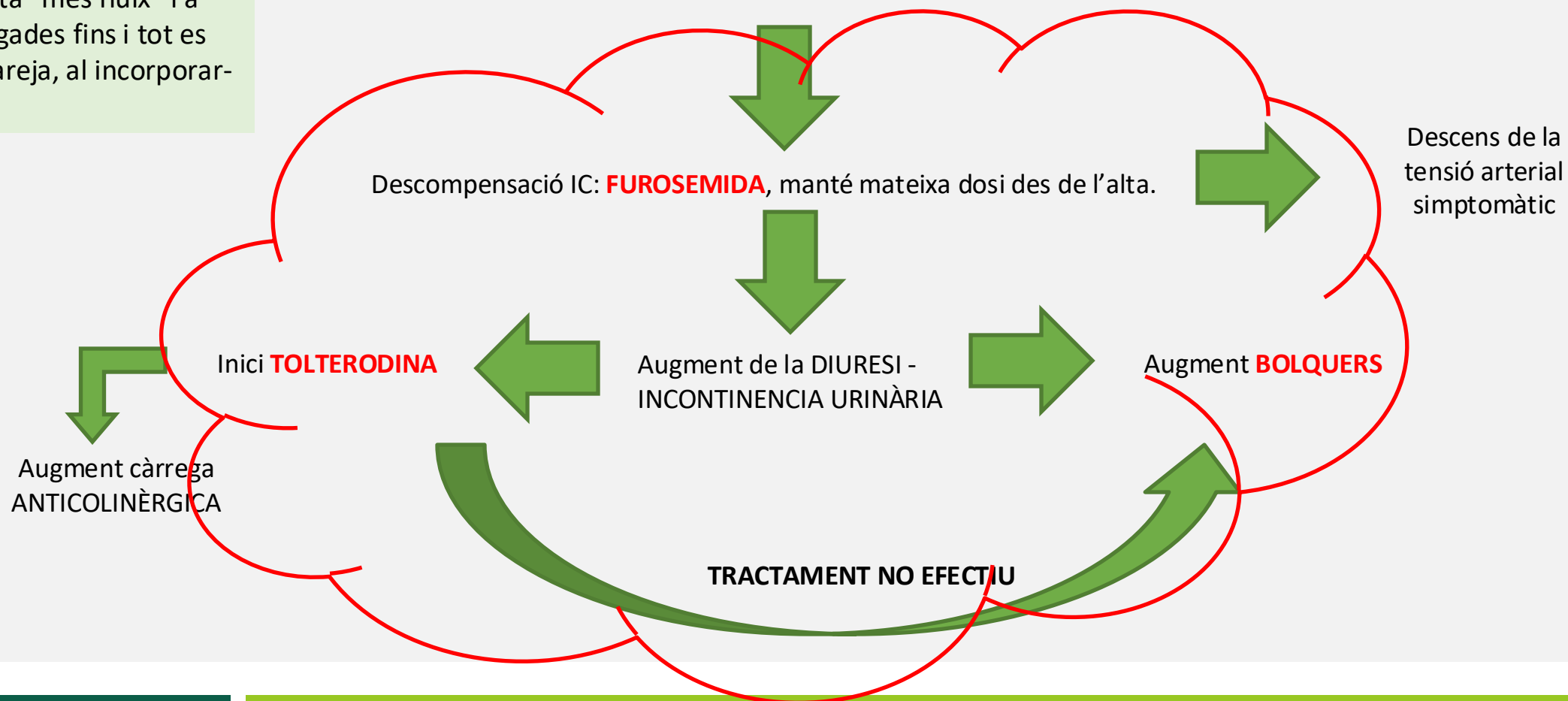
**b. Insuficiència cardíaca.  
Malaltia renal**

Ajust de dosi furosemida

**c. Augment de medicació**

Tolterodina

CASCADA TERAPÈUTICA



**a. Hipotensió**

Reinterrogant diu que fa 2 mesos que es nota "més flux" i a vegades fins i tot es mareja, al incorporar-se

**B. Augment de la diüresi.**

Va anar al CUAP sol·licitant més bolquers, allà descarten infecció, **augmenten bolquers i li pauten antiespasmòdic**

**b. Insuficiència cardíaca.  
Malaltia renal**

Ajust de dosi furosemida

**c. Augment de medicació**

Tolterodina

Setmanes amb estabilització de la insuficiència cardíaca.  
Reducció progressiva dosis FUROSEMIDA fins 40mg/dia

Retirar TOLTERODINA no efectiva

Control posterior  
TA 130/80

**TOLTERODINA**  
Disminució càrrega  
ANTICOLINÈRGICA

Disminució de la  
DIÜRESI  
- INCONTINÈNCIA  
URINÀRIA

Ajustar necessitat de **BOLQUERS**

**A. Somnolència diürna**

Reinterrogant coincideix amb l'inici tramadol i augment de caigudes

**C. Restrenyiment. Boca seca amb pèrdua de gana per aquest motiu****c. Augment de medicació**

Tramadol  
Tolterodina  
Quetiapina  
Omeprazol  
Magnesia  
Cetirizina



Urticària: per confusió ha estat prenent **CETIRIZINA** diàriament

Empitjorament del dolor de l'artrosi: **TRAMADOL**

Incontinència urinària: **TOLTERODINA**

Confusional per ingrés: augment dosi **QUETIAPINA**



**Augment de la càrrega anticolinèrgica**



Boca seca



Pèrdua de gana



Reflux gastro-esofàgic



**OMEPRAZOL**



Restrenyiment



**MAGNESIA**



Caigudes

# CAS CLÍNIC: CASCADA TERAPÈUTICA

## Augment de la càrrega anticolinèrgica

Anticholinergic Burden Score Rating of Anticholinergic Level of Drugs

Scale	Result	Risk
ACB	6	High Risk
ARS	5	High Risk
Chew	6	High Risk
ADS	6	High Risk
AAS	2	Low Risk
ALS	7	High Risk
CrAS	9	High Risk
Duran	5	High Risk
ABC	0	No Risk

Low Risk ■  
Medium Risk ■  
High Risk ■

Medication	Scale									
	ACB	ARS	Chew	ADS	AAS	ALS	CrAS	Duran	ABC	
TOLTERODINE (4 mg)	3	2	4	3	0	3	3	2	0	Recommendations
TRAMADOL (150 mg)	0	0	0	1	0	2	2	1	0	Recommendations
QUETIAPINE (75 mg)	3	1	2	2	2	0	2	1	0	Recommendations
CETIRIZINE (10 mg)	0	2	0	0	0	2	2	1	0	

Medication	DBI
TOLTERODINE (4 mg)	0.50
TRAMADOL (150 mg)	0.50
QUETIAPINE (75 mg)	0.60
CETIRIZINE (10 mg)	0.50
<b>Total:</b>	<b>High Risk</b> 2.10

The DBI, unlike the other scales, considers the dose of medication in the calculation.



**A. Somnolència diürna**

Reinterrogant coincideix amb inici tramadol i augment de caigudes

**C. Restrenyiment. Boca seca amb pèrdua de gana per aquest motiu****c. Augment de medicació**

Tramadol  
Tolterodina  
Quetiapina  
Omeprazol  
Magnesia  
Cetirizina

Urticària: per confusió ha estat prenent **CETIRIZINA** diàriament

Empitjorament del dolor de l'artrosi: **TRAMADOL**

Incontinència urinària: **TOLTERODINA**

Confusional per ingrés: augment dosi **QUETIAPINA**

**Augment de la càrrega anticolinèrgica**

Boca seca

Reflux gastro-esofàgic

Restrenyiment

Caigudes

Pèrdua de gana

**OMEPRAZOL**

**MAGNESIA**



**A. Somnolència diürna**

Reinterrogant coincideix amb inici tramadol i augment de caigudes

**C. Restrenyiment. Boca seca amb pèrdua de gana per aquest motiu****c. Augment de medicació**

Tramadol  
Tolterodina  
Quetiapina  
Omeprazol  
Magnesia  
Cetirizina



Tornar CETIRIZINA a si precisa

Ara EVA 3/10 i efectes secundaris tramadol: canviar per paracetamol

Torna a domicili, valorar reduir QUETIAPINA

Retirar TOLTERODINA no efectiva

**Reducció de la càrrega anticolinèrgica**

Millora de la boca seca



Recuperació ingesta habitual



Millora reflux gastro-esofàgic



~~OMEPRAZOL~~



Millora restrenyiment



~~MAGNESIA~~ Magnesia sp vs control amb mesures higienico-dietètiques



Disminució risc repetir caigudes

# CAS CLÍNIC: CASCADA TERAPÈUTICA



Després de la visita:

PROBLEMA DE SALUT	MEDICACIÓ PRÈVIA	MEDICACIÓ ACTUAL
Insuficiència cardíaca	Furosemida 80mg/dia Enalapril 20mg/dia Bisoprolol 2,5mg/dia	Furosemida 40mg/dia ↓ Enalapril 20mg/dia Bisoprolol 2,5mg/dia
Incontinència urinària	Absorbents orina dia 4/dia Absorbents orina nit 1/dia Tolterodina neo 4mg/dia	Absorbents orina dia 2/dia ↓ Absorbents orina nit 1/dia -
Restrenyiment	Magnèsia 1 sobre/dia	Magnèsia sp vs retirada
Hipertensió arterial	Enalapril 20mg/dia	Enalapril 20mg/dia
Artrosi	Tramadol 150mg/dia	Paracetamol 500mg/8h si precisa
Demència	Quetiapina 75mg/dia	Quetiapina 25mg/dia ↓
Dispèpsia	Omeprazol 20mg 1-0-0	-
Urticària	Cetirizina 10mg/dia	Cetirizina 10mg sp

~~Restrenyiment~~

~~Boca seca~~

~~Dispèpsia~~

# PRINCIPALS PRESCRIPCIONS EN CASCADA

Fàrmac responsable dels símptomes	Símptomes	Fàrmac per al tractament de l'efecte advers
AINE	HTA	Antihipertensiu
Amiodarona	Hipotiroïdisme	Levotiroxina
Antiepilèptics	Nàusees	Metoclopramida
Bloquejador dels canals de calci	Edemes	Diürètic
Bloquejadors $\beta$ -adrenèrgics	Insomni	Benzodiazepina
Corticoides	Al·lucinacions	Antipsicòtic
Diürètics tiazídics	Hiperuricèmia	Al·lopurinol
Estatina	Dolor muscular	Analgèsic/antiinflamatori
Inhibidor de la colinesterasa	Incontinència urinària Rinorrea Diarrea	Anticolinèrgic (AE urinari) Antihistamínic (ex. difenhidramina) Loperamida

Cal garantir la **seguretat** en l'ús dels medicaments, especialment en la població d'**edat avançada** que donada la seva comorbiditat són susceptibles a patir **polifarmàcia inadequada** que cal **revisar** de forma **periòdica**.

Valorar el pacient **clínica, funcional, mental i socialment**, tenint present el seu grau de **fragilitat** per establir objectius terapèutics.  
Importància del **pacte** amb pacient i/o familiars o cuidadors.

És necessari incloure **els efectes adversos** dels fàrmacs **en el diagnòstic diferencial** davant qualsevol símptoma que presenti un pacient.

Una bona **anamnesi farmacològica** abans de **receptar un nou fàrmac** és una eina útil per **evitar** l'aparició d'**una cascada terapèutica**.



**CAMFiC**

societat catalana de medicina  
familiar i comunitària

