



Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat

Dra. Laia Gené Huguet

Metgessa EAP Les Borges del Camp
GdT Gent Gran CAMFiC

Sr. Jordi Rosinach

Farmacèutic d'Atenció Primària
ICS Lleida

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

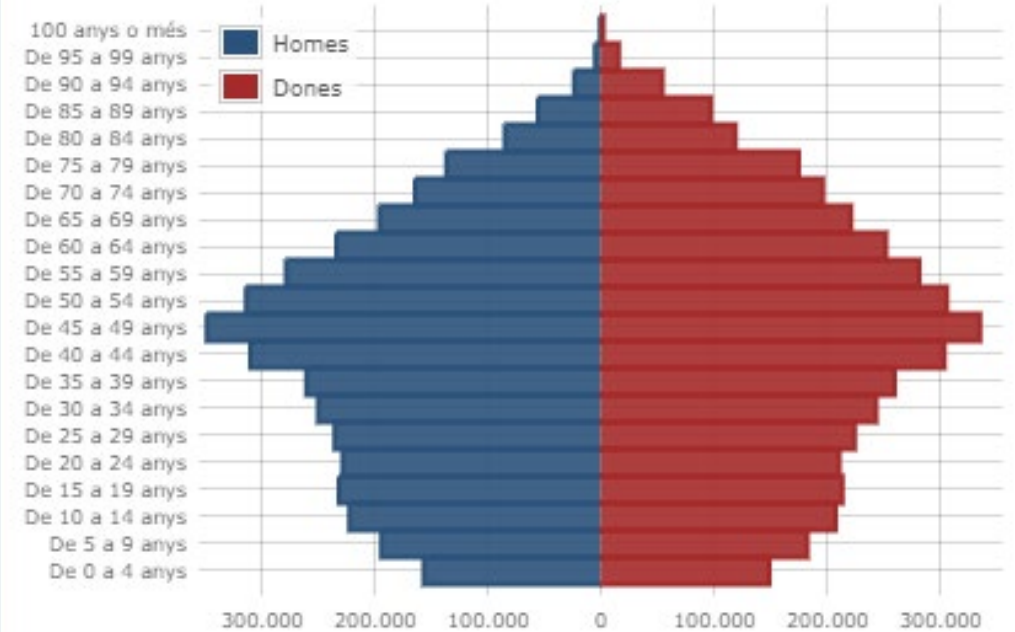
01

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**.

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



Font: Idescat. Estimacions de població.

Catalunya: 8 milions

Com érem i com som

6.010.307 habitants
(1987)

8.005.784 habitants
(2023)



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

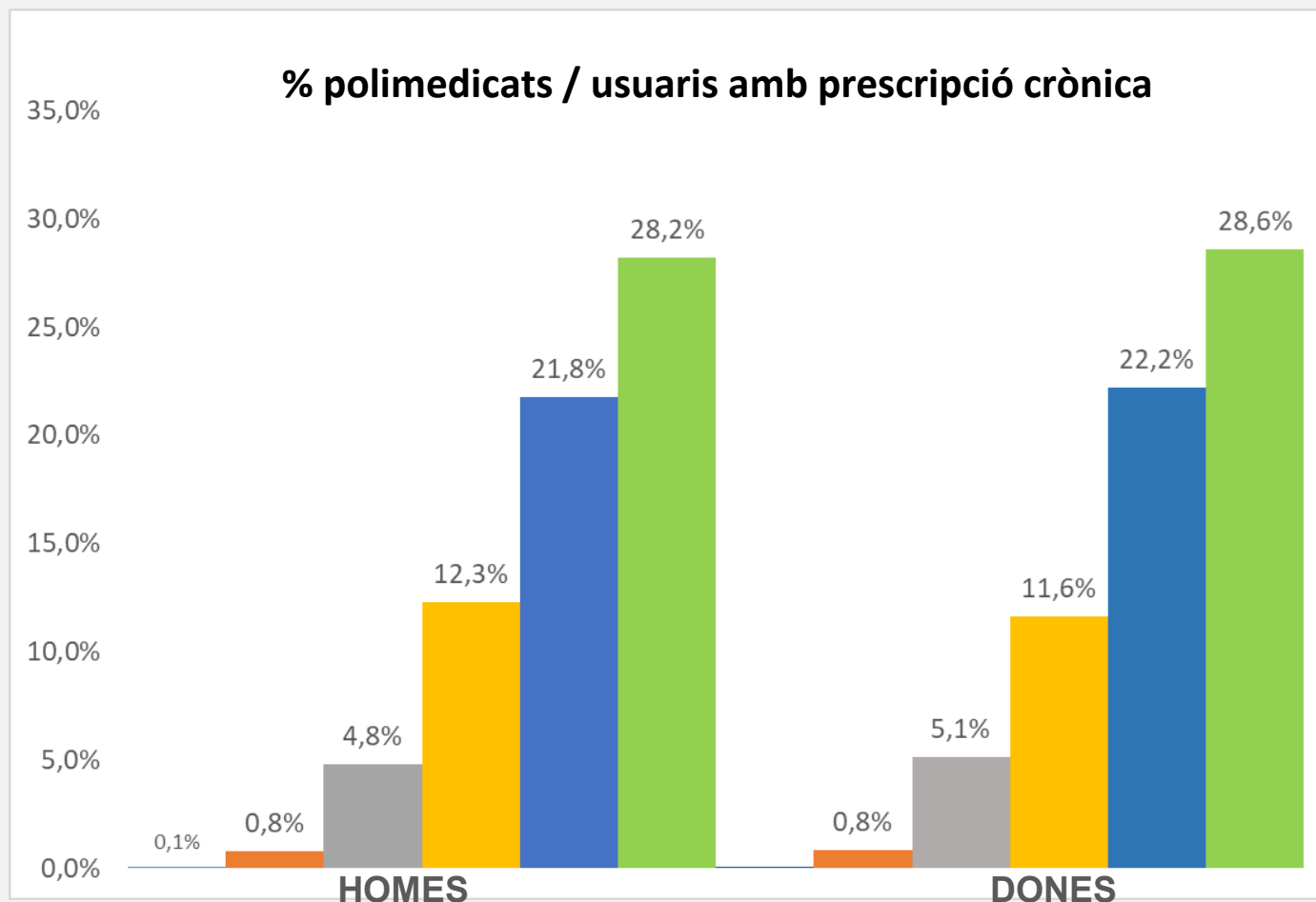
- ☐ Tots els fàrmacs estan prescrits amb un objectiu terapèutic específic
- ☐ La seva prescripció s'ha decidit conjuntament amb el pacient (o cuidador en el cas de pacients no capacitats)
- ☐ Els objectius terapèutics s'estan assolint actualment o sembla raonable assolir-los en un futur
- ☐ El pla terapèutic 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

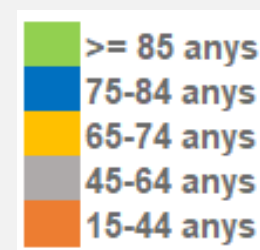
- ☐ El risc de reaccions adverses supera al benefici clínic
- ☐ No existeix evidència suficient per a la seva indicació en el moment actual o la dosi és innecessàriament elevada o reduïda
- ☐ Un o més fàrmacs no assoleixen l'objectiu terapèutic pel qual es va prescriure
- ☐ Es prescriu més sovint o durant 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)



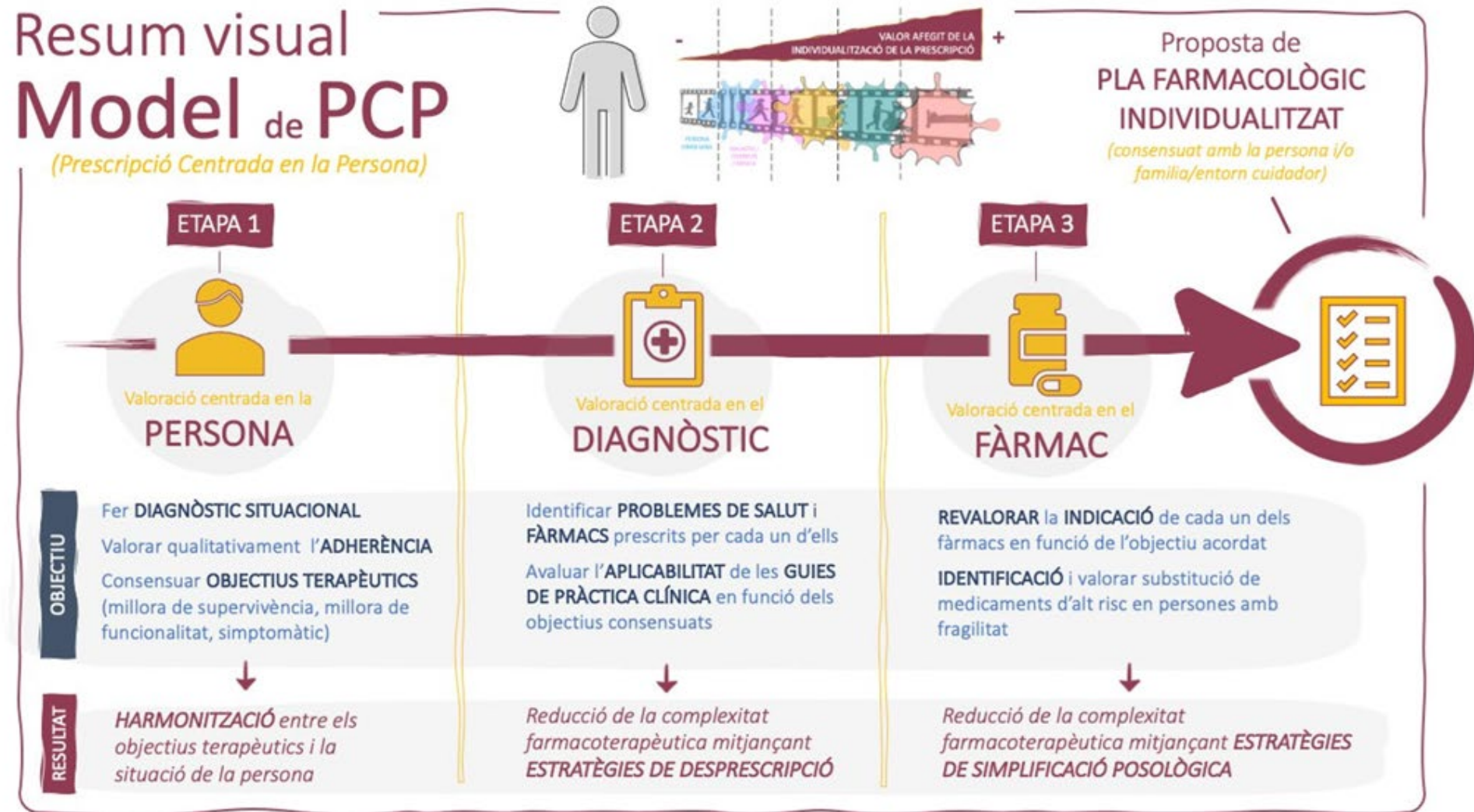
Examen crític i estructurat del règim terapèutic d'un pacient amb la finalitat d'optimitzar el seu impacte sobre la salut i minimitzar els riscos associats a la polimedicació.



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

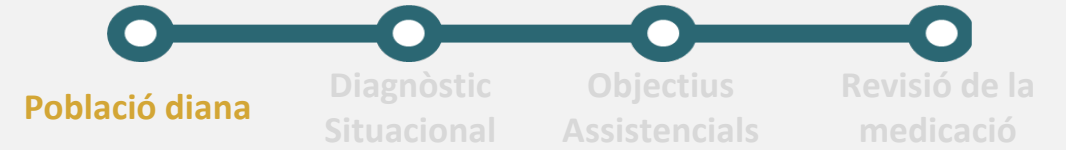
Resum visual Model de PCP (Prescripció Centrada en la Persona)



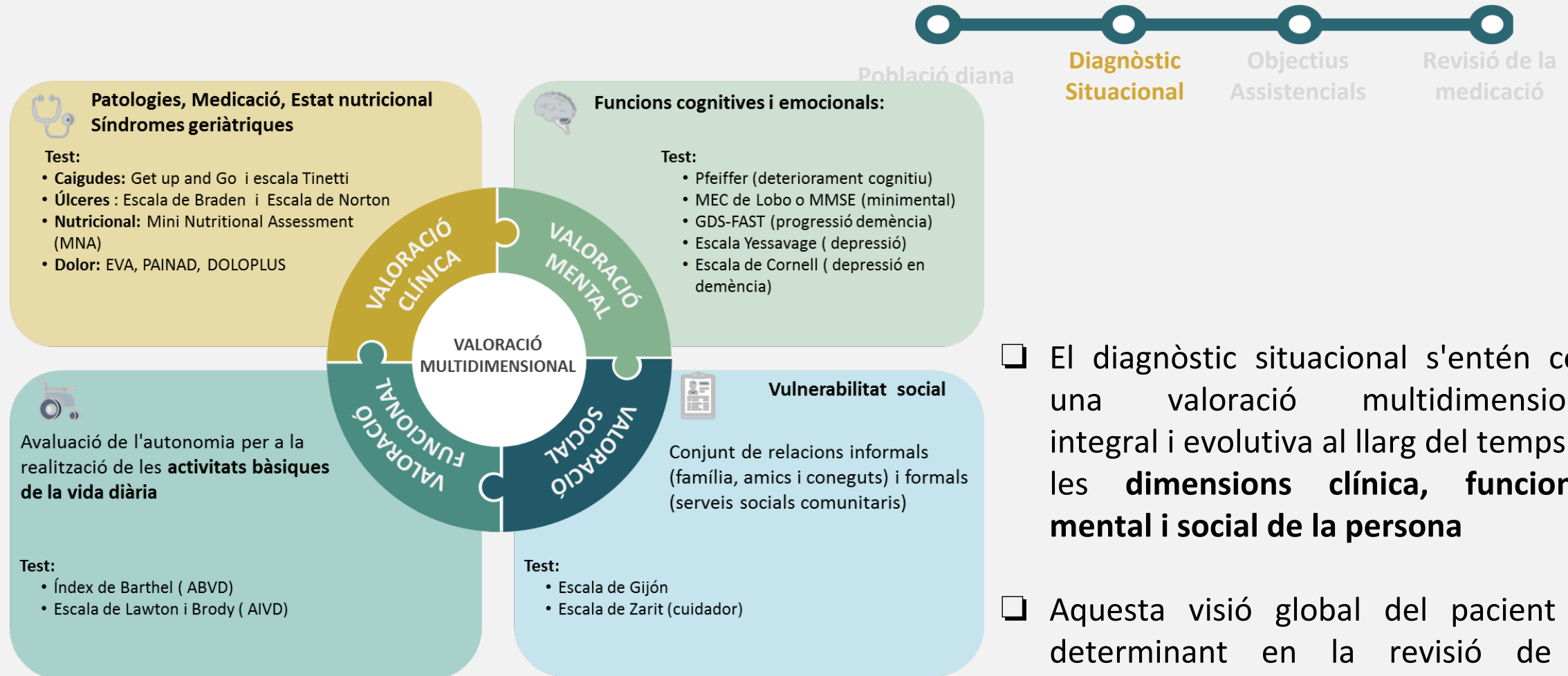
02

MANEIG DE LA MEDICACIÓ

MODEL PCP



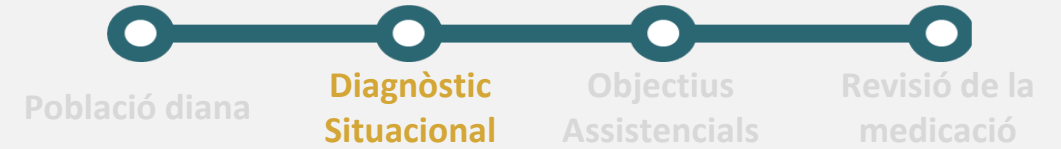
MODEL PCP



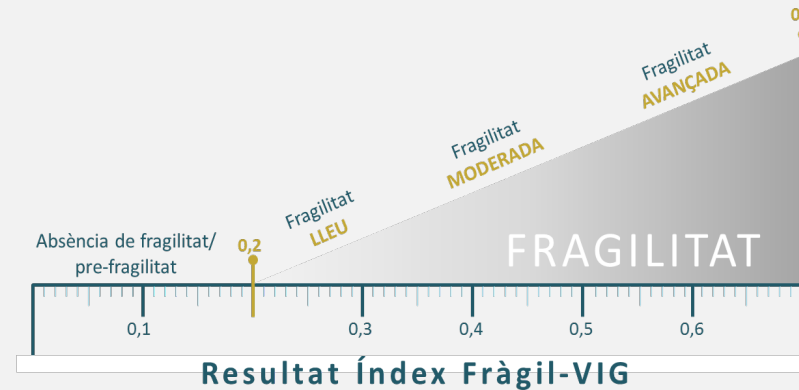
❑ El diagnòstic situacional s'entén com una valoració multidimensional integral i evolutiva al llarg del temps de les **dimensions clínica, funcional, mental i social de la persona**

❑ Aquesta visió global del pacient és determinant en la revisió de la medicació centrada a la persona

MODEL DE PRESCRIPCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA



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



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

Bases conceptuais 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

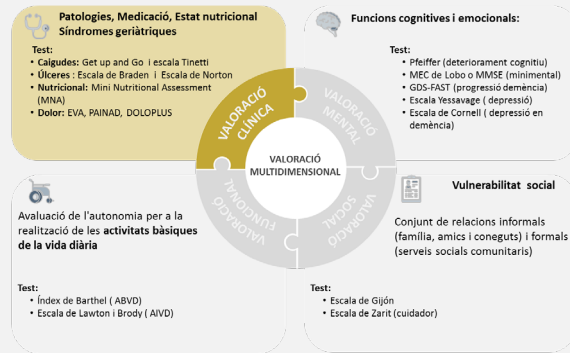
Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat

DOMINI	VARIABLE	DESCRIPCIÓ			
FUNCIONAL	AIVDs	¿Ayuda para manejo del dinero?	No	SI	💰
		¿Ayuda para la utilización del teléfono?	No	SI	📞
	ABVDs	¿Necesita ayuda para preparar / administrar la medicación?	No	SI	💊
		Índice de Barthel (IB)	No dependencia (IB ≥ 95)?	SI	🚶
NUTRICIONAL	Malnutrición	¿Dependencia leve/moderada (IB 90-95)?			
		¿Dependencia moderada/grave (IB 60-90)?			
		¿Dependencia absoluta (IB < 60)?			
		¿Ha perdido ≥ 5% de peso en los últimos 6 meses?	No	SI	📉
COGNITIVO	Grado de deterioro cognitivo	¿Ausencia de deterioro cognitivo?			
		¿Det. cognitivo leve/moderado (equivalente GDS ≤ 10)?			
		¿Det. cognitivo grave/muy grave (equivalente GDS ≥ 11)?			
EMOCIONAL	Síndrome depresivo	¿Necesita medicación antidepressiva?	No	SI	🧠
		¿Creciente tratamiento con benzodiazepinas y/o otros psicofármacos de perfil sedante para el...	No	SI	💊
SOCIAL	Vulnerabilidad social	¿Existe percepción por parte de los profesionales de situación de vulnerabilidad social?	No	SI	🏠
		¿En los últimos 6 meses, ha presentado delirium y/o trastorno de comportamiento, que haya requerido de neurolepticos?	No	SI	🧠
		¿En los últimos 6 meses, ha presentado ≥ 2 caídas o alguna caída que haya requerido de hospitalización?	No	SI	🚶
		¿Presenta alguna diclera (relacionada con la dependencia y/o vascular, de cualquier grado) y/o herida crónica?	No	SI	🩹
SÍNDROMES GERIÁTRICOS	Síndrome confusional	¿Habitualmente, toma ≥ 5 fármacos? (no incluye fármacos conacionales)	No	SI	💊
		¿Disfagia	No	SI	👤
		¿Dolor ++	No	SI	👤
		¿Disnea ++	No	SI	👤
ENFERMEDADES	Cáncer	¿Tiene algún tipo de enfermedad oncológica activa?	No	SI++	👤
		¿Tiene algún tipo de enfermedad respiratoria crónica (EPOC, neumopatías crónicas...)?	No	SI++	👤
		¿Tiene algún tipo de enfermedad cardíaca crónica (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmias)?	No	SI++	👤
		¿Tiene algún tipo de enfermedad neurodegenerativa (enf de Parkinson, ELA, ...) o antecedentes de accidente vascular cerebral (equivalentes a Hemorragias)?	No	SI++	👤
		¿Tiene algún tipo de enfermedad digestiva crónica (hepatopatía crónica, cirrosis, pancreatitis crónica, enfermedad inflamatoria intestinal...)?	No	SI++	👤
		¿Tiene insuficiencia renal crónica (FG < 60)?	No	SI++	👤

Nombre de déficits 0

Índice Fràgil-VIG 0

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 geriàtrics

- 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

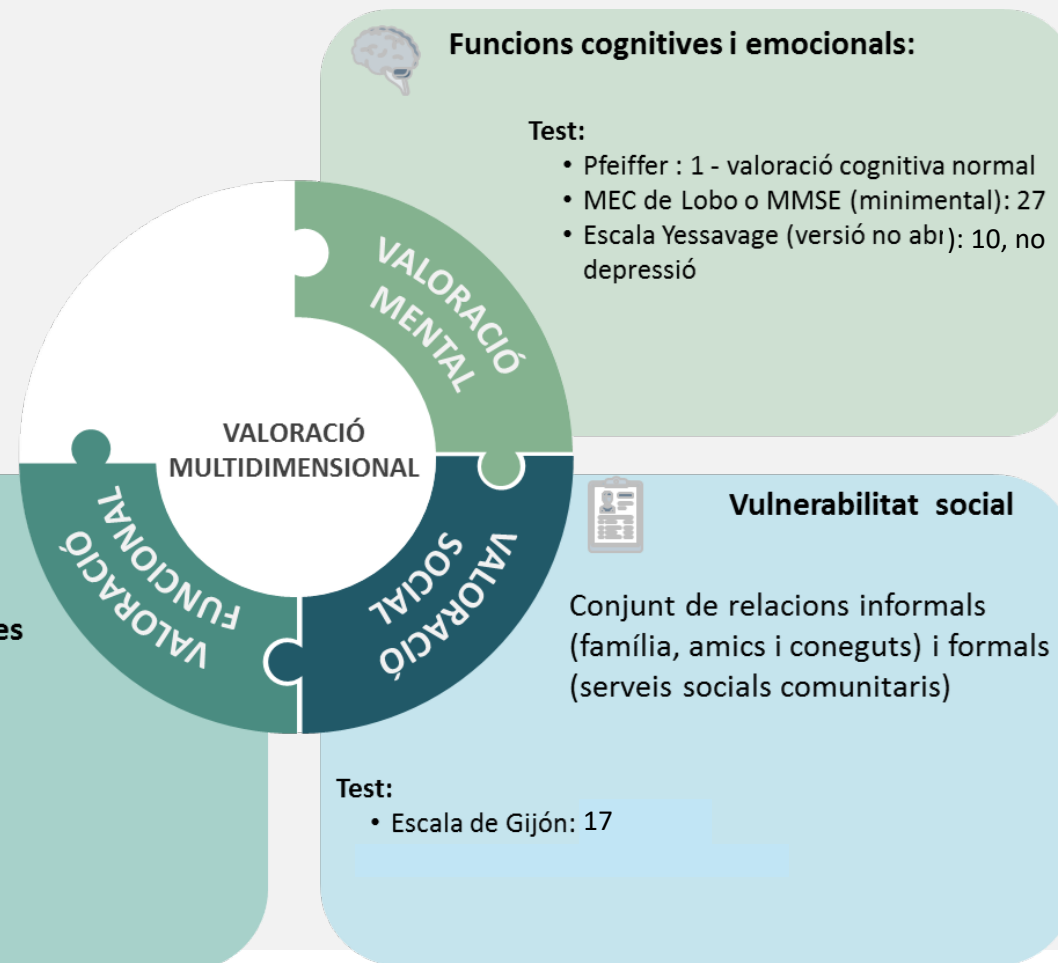
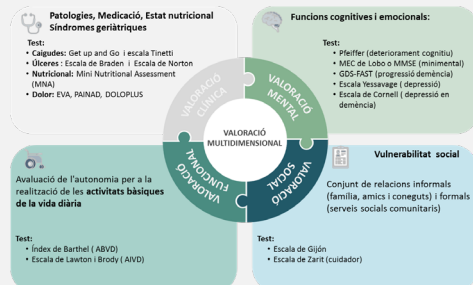
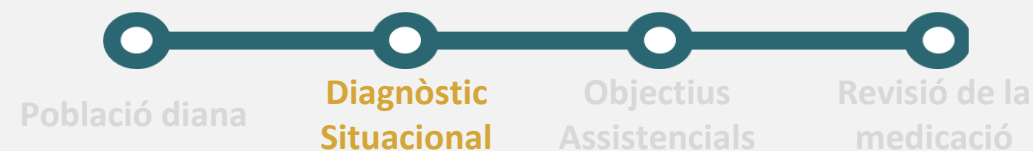
- TA 132/74mmHg
- Hb1Ac 7,1%
- ColT 132 mg/dL
- HDL 40 mg/dL
- LDL 55 mg/dL
- FG: 50 ml/min/1,73 m²

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

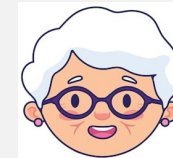
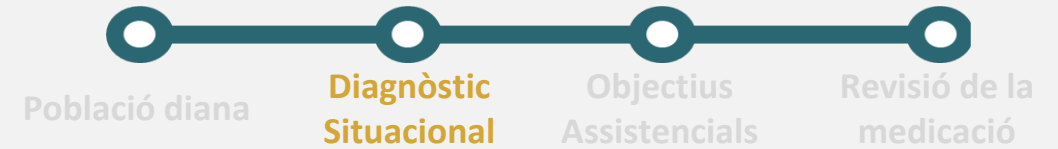
DIAGNÒSTIC SITUACIONAL



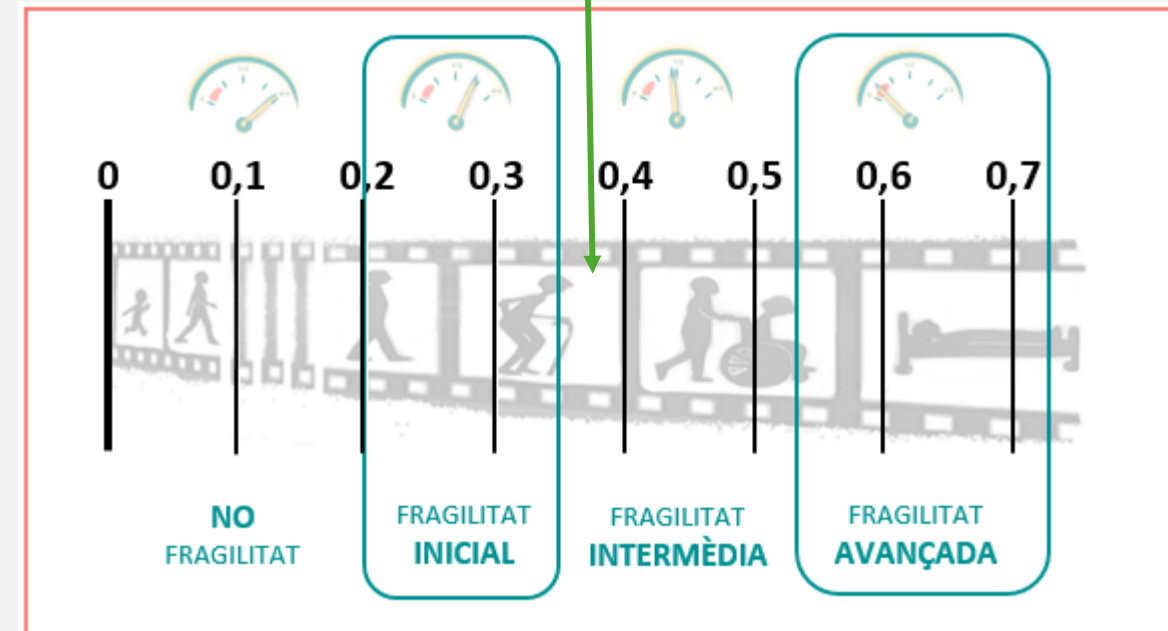
DOMINIO	VARIABLE	DESCRIPCIÓN			
FUNCIONAL	AIVDS	Ayuda para manejo del dinero	¿Necesita ayuda para gestionar los asuntos económicos (banco, tiendas, restaurantes)?	No SI	
		Ayuda para la utilización del teléfono	¿Necesita ayuda para utilizar autónomamente el teléfono?	No SI	
		Ayuda para la medicación	¿Necesita ayuda para preparar / administrarse la medicación?	No SI	
	ABVDS	Índice de Barthel (18)	¿No dependencia (IB ≥ 95)?	☐	
			¿Dependencia leve-moderada (IB 90-95)?	☐	
			¿Dependencia moderada-grave (IB 60-89)?	☐	
			¿Dependencia absoluta (IB <60)?	☐	
	NUTRICIONAL	Malnutrición	¿Ha perdido ≥ 5% de peso en los últimos 6 meses?	No SI	
	COGNITIVO	Grado de deterioro cognitivo	¿Ausencia de deterioro cognitivo?	☐	
			¿Det. cognitivo leve-moderado (equivalente GDS ≤ 5)?	☐	
			¿Det. cognitivo grave-muy grave (equivalente GDS ≥ 6)?	☐	
	EMOCIONAL	Síndrome depresivo	¿Necesita medicación antidepressiva?	No SI	
		Insomnio/ ansiedad	¿Necesita tratamiento habitual con benzodiazepinas y/o otros psicofármacos de prescripción para el sueño?	No SI	
SOCIAL	Vulnerabilidad social		¿Existe percepción por parte de los profesionales de situación de vulnerabilidad social?	No SI	
SÍNDROMES GERIÁTRICOS	Síndrome confusional	¿En los últimos 6 meses ha presentado delirium y/o trastorno de comportamiento, que haya requerido de neurofármacos?	No SI	☐	
	Caídas	¿En los últimos 6 meses ha presentado ≥ 2 caídas o alguna caída que haya requerido de hospitalización?	No SI	☐	
	Úlceras	¿Presenta alguna úlcera (relacionada con la dependencia y/o vascular, de cualquier grado) y/o herida crónica?	No SI	☐	
	Polifarmacia	¿Habitualmente, toma ≥ 5 fármacos? (no incluye fármacos condicionales)	No SI	☐	
	Disfagia	¿Se atraganta habitualmente cuando come o bebe? y/o en los últimos 6 meses ha presentado infección respiratoria por aspiración?	No SI	☐	
SÍNTOMAS	Dolor ++	¿Requiere de ≥ 2 analgésicos convencionales y/o opiáceos mayores para el control del dolor?	No SI	☐	
	Disnea ++	¿La disnea basal le impide salir de casa y/o requiere de opiáceos habitualmente?	No SI	☐	
ENFERMEDADES	Cáncer	¿Tiene algún tipo de enfermedad oncológica activa?	No SI SI++	☐ ☐ ☐	
	Respiratorias	¿Tiene algún tipo de enfermedad respiratoria crónica (EPOC, neumopatía restrictiva...)?	No SI SI++	☐ ☐ ☐	
	Cardíacas	¿Tiene algún tipo de enfermedad cardíaca crónica (Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmia)?	No SI SI++	☐ ☐ ☐	
	Neurológicas	¿Tiene algún tipo de enfermedad neurodegenerativa (enf. de Parkinson, ELA,...) o antecedente de accidente vascular cerebral (isquémico o hemorrágico)?	No SI SI++	☐ ☐ ☐	
	Digestivo	¿Tiene algún tipo de enfermedad digestiva crónica (hepatopatía crónica, cirrosis, pancreatitis crónica, enfermedad inflamatoria intestinal...)?	No SI SI++	☐ ☐ ☐	
	Renales	¿Tiene insuficiencia renal crónica (FG < 60)?	No SI SI++	☐ ☐ ☐	

Nombre de déficits 0

Índice Fràgil-VIG 0



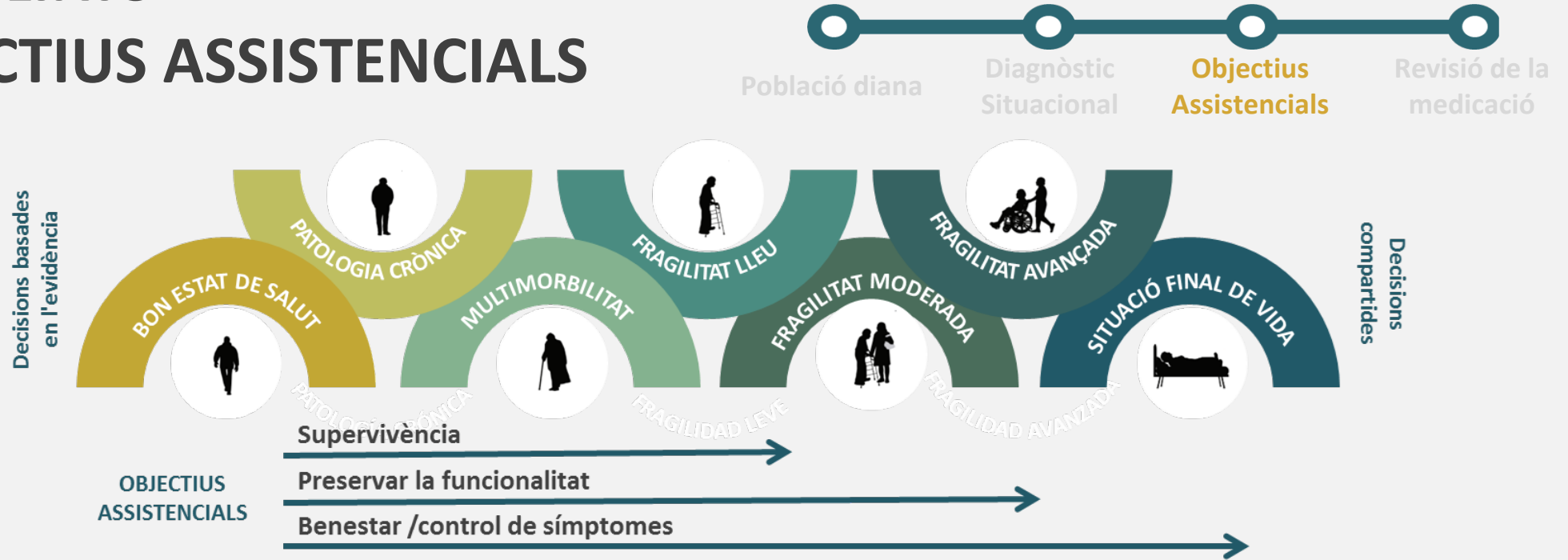
Nº déficits: 9
Índice "Fràgil-VIG": 0.36



<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

Població diana

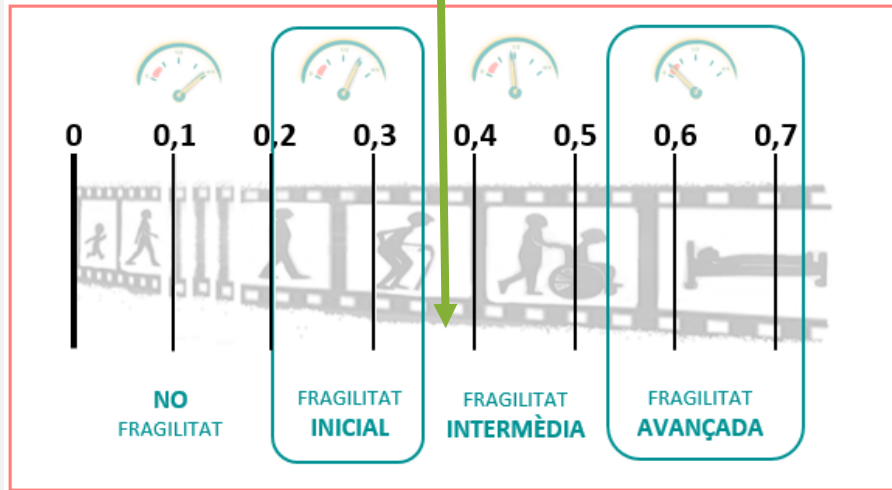
Diagnòstic
Situacional

**Objectius
Assistencials**

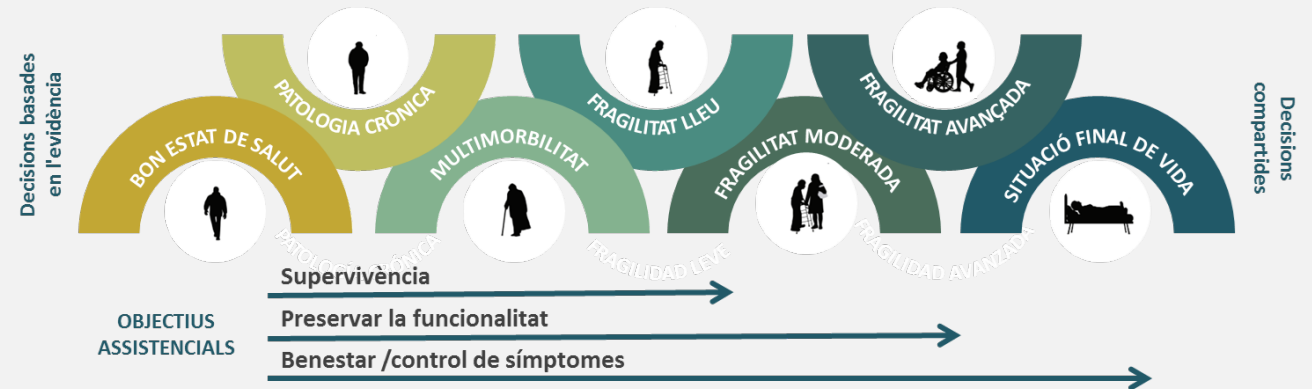
Revisió de la
medicació

Nº dèficits: 9

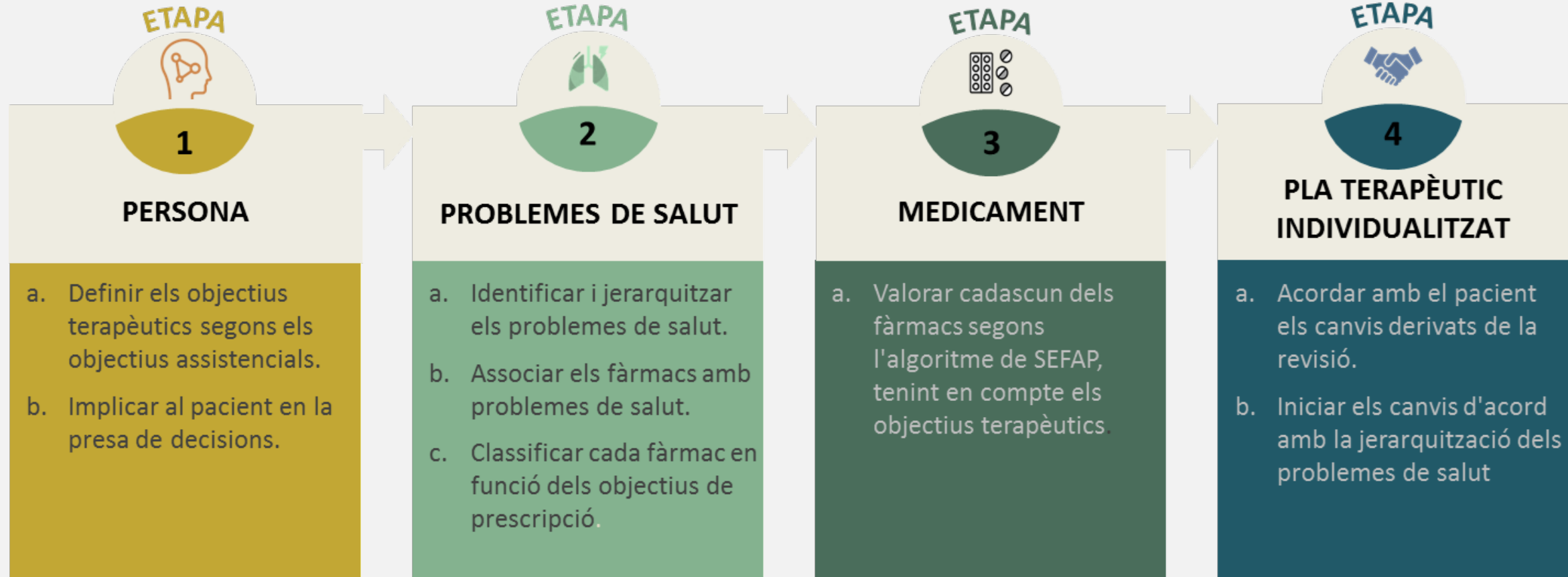
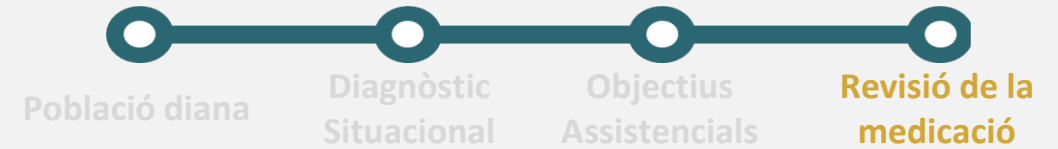
Índex "Fràgil-VIG": 0.36

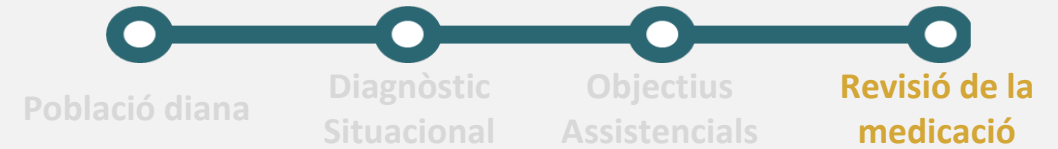


Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat



Objectiu assistencial en funció del diagnòstic situacional:
Preservar la funcionalitat



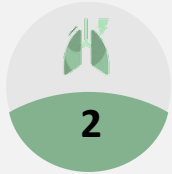
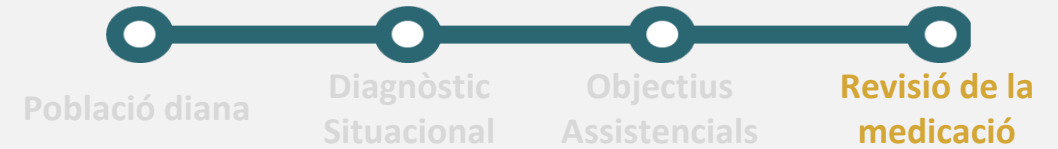


Etapa 1. Valoració centrada en la persona

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.

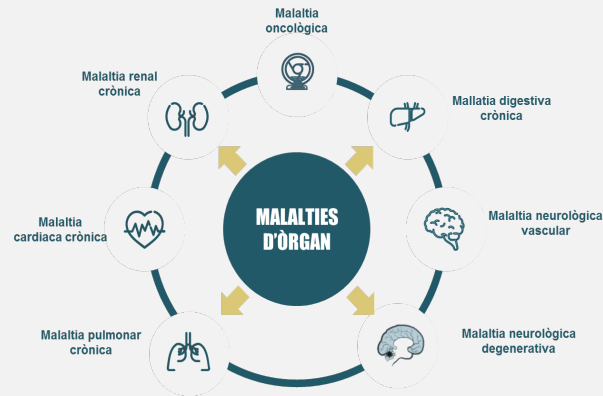
Aquesta etapa determinarà les activitats clíniques i les decisions que es duran a terme a les dues etapes següents.



Etapa 2. Valoració centrada en els problemes de salut

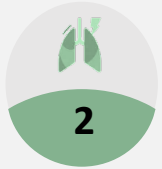
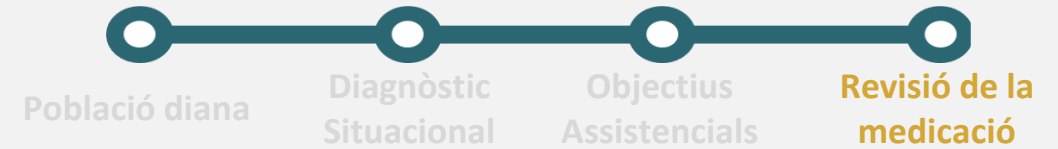
- A. Identificar i jerarquitzar els problemes de salut.
- B. Associar els medicaments al problema de salut.
- C. Classificar cada fàrmac en funció del seu objectiu de prescripció.

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



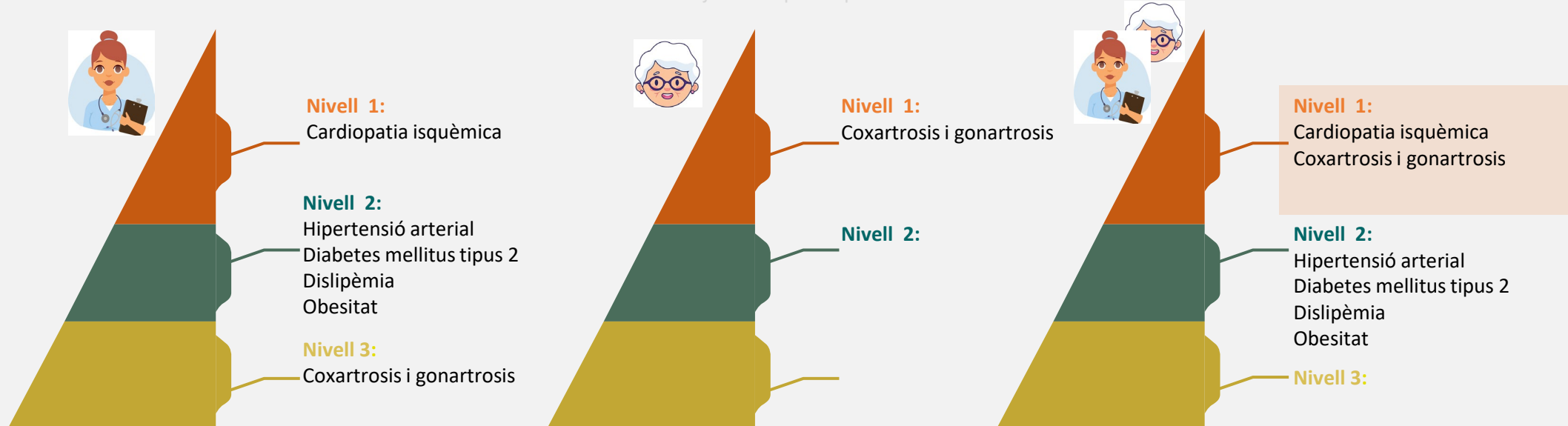
Les patologies d'òrgan han d'estar sempre a la jerarquia més alta especialment si cursen amb simptomatologia que incideix en la qualitat de vida del pacient i perquè la seva progressió conduiria a una situació de final de vida

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

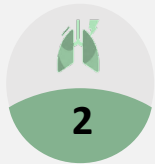
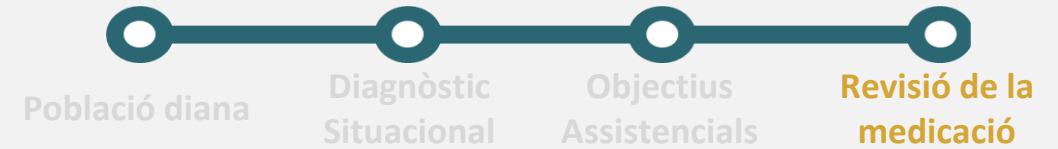


Etapa 2. Valoració centrada en els problemes de salut

- 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.

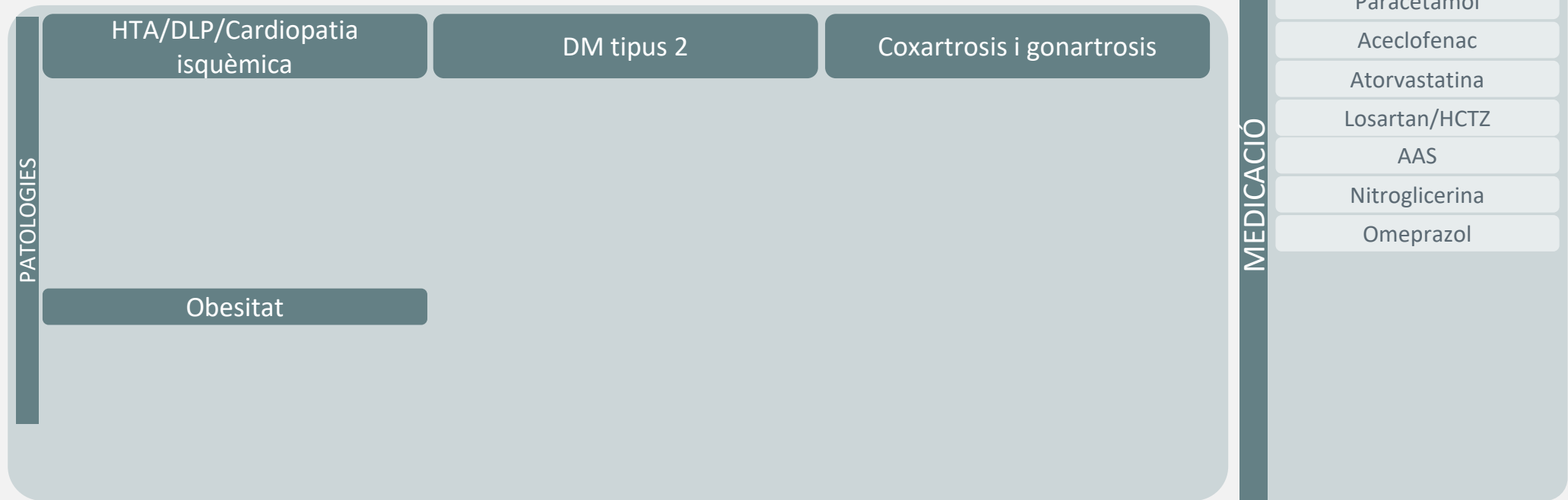


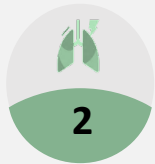
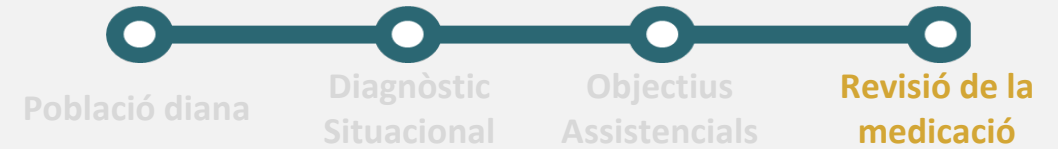
La jerarquització dels problemes de salut no s'ha de fer només des de la perspectiva del clínic, sinó que també ha d'incloure els problemes de salut que preocupen el pacient



Etapa 2. Valoració centrada en els problemes de salut

- B. Associar els medicaments al problema de salut.**

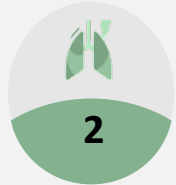
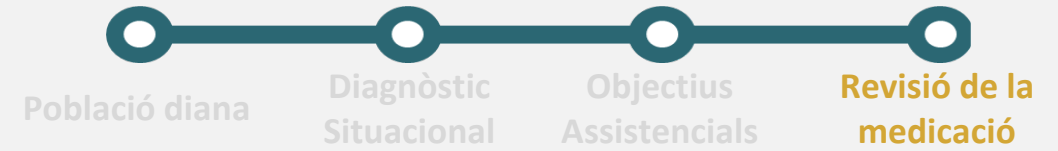




Etapa 2. Valoració centrada en els problemes de salut

- 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.

PATOLOGIES	HTA/DLP/Cardiopatia isquèmica	DM tipus 2	Coxartrosis i gonartrosis
	Atorvastatina	Metformina	Paracetamol
	Losartan/HCTZ	Glibenclamida	Aceclofenac
	AAS		
	Nitroglicerina		
	Obesitat		
			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	Sintomàtic
OBJECTIU PRESCRIPCIÓ				
MEDICACIÓ				

Metformina*

Glibenclàmida*

Paracetamol

Aceclofenac

Atorvastatina*

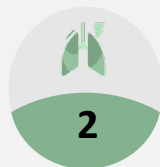
Losartan/HCTZ*

AAS

Nitroglicerina

Omeprazol

Població diana

Diagnòstic
SituacionalObjectius
AssistencialsRevisió 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.

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

MEDICACIÓ

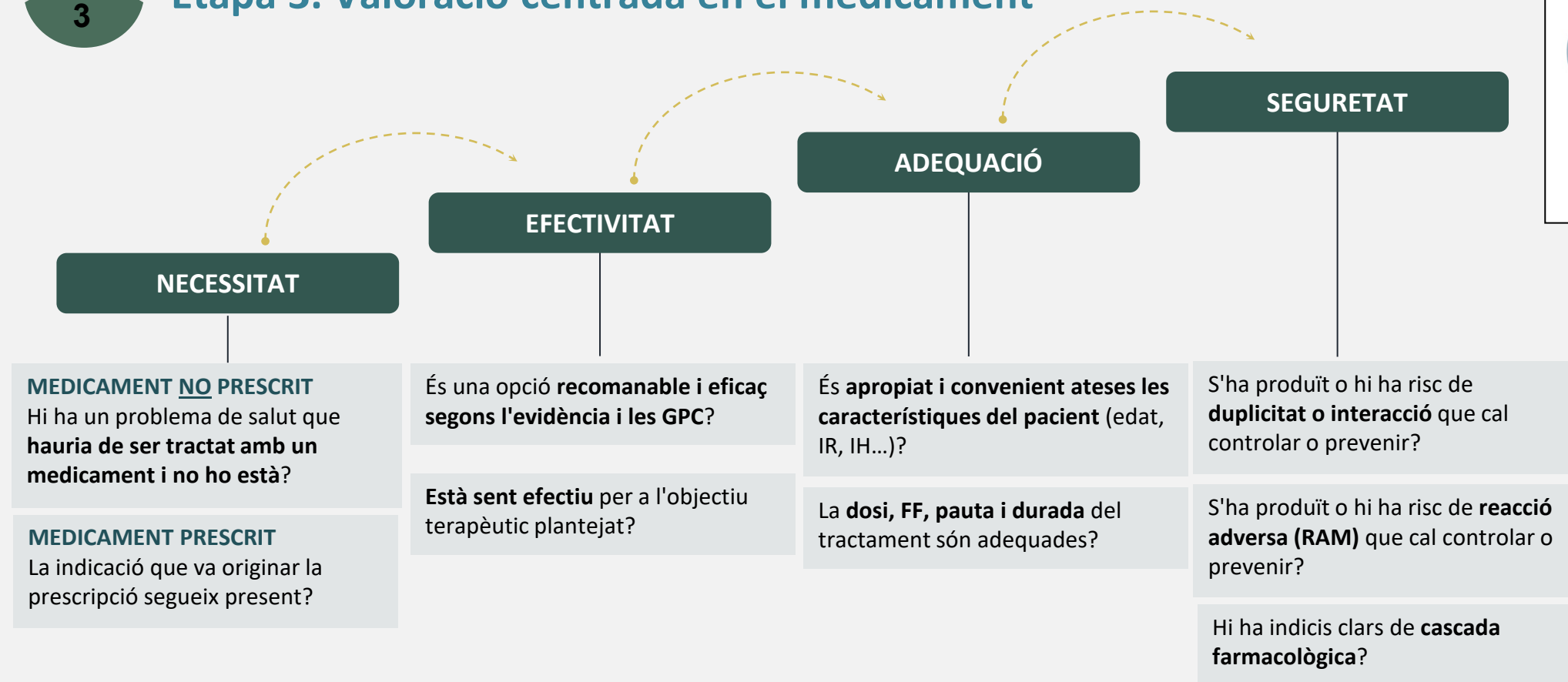
*Diferents objectius terapèutics segons la perspectiva en l'abordatge de la malaltia: abordatge de la causa que produeixen els símptomes (etiològic) o retardar la progressió de la malaltia (prevenció secundària)

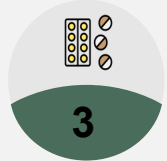
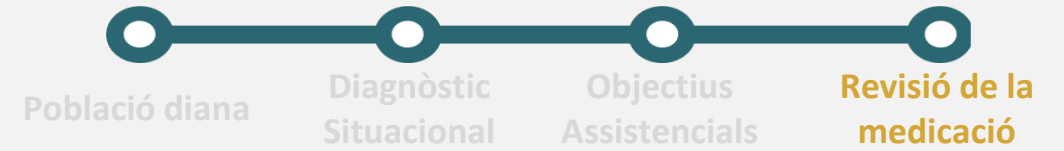
Població diana

Diagnòstic
SituacionalObjectius
AssistencialsRevisió de la
medicació

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

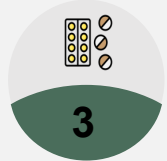
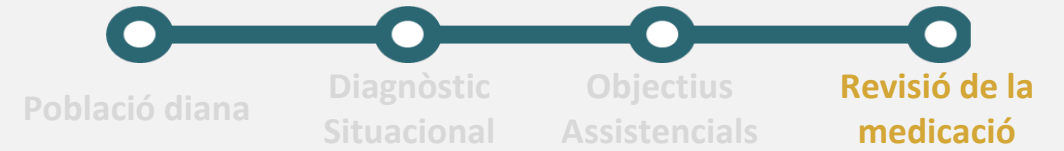
AAS 100mg/24h

NECESSITAT

EFFECTIVITAT

ADEQUACIÓ

SEGURETAT



Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

HTA/CARDIOPATIA
ISQUÈMICA

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

Atorvastatina
80mg/24h

Nitroglicerina 5mg/24h
pegat

AAS 100mg/24h

NECESSITAT

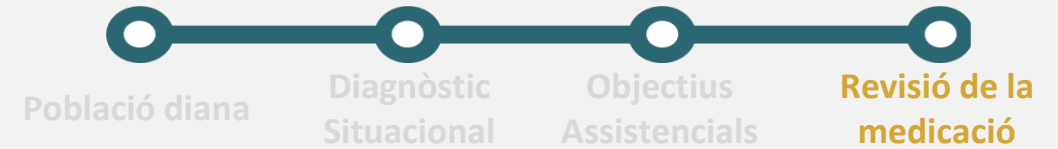
EFFECTIVITAT

ADEQUACIÓ

SEGURETAT

SI

IAM 2011



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

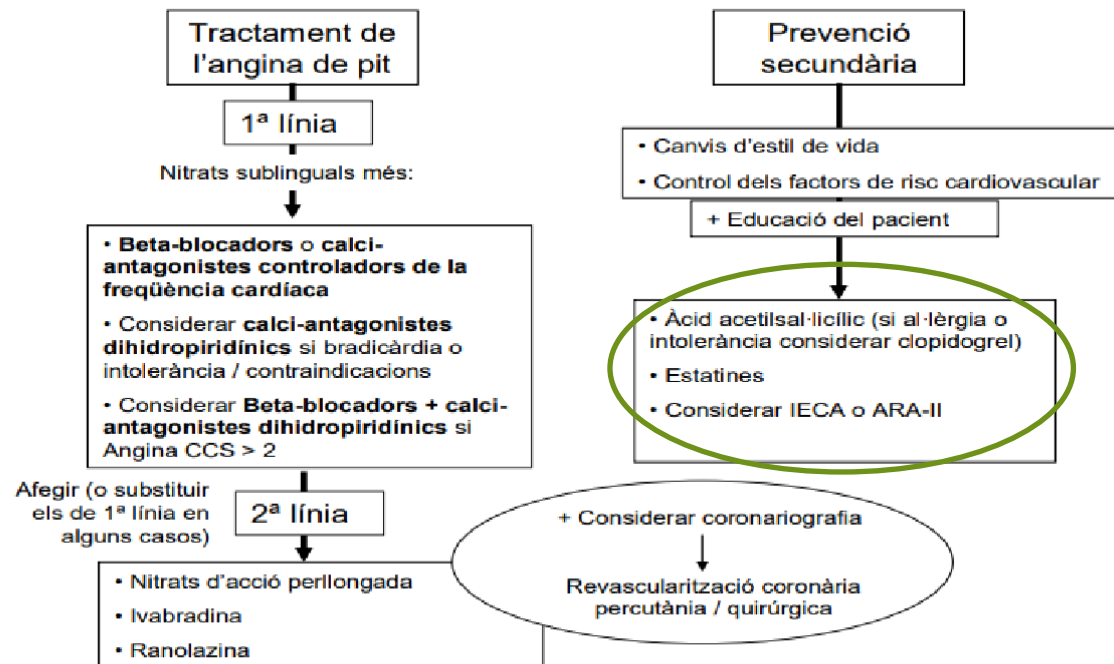
2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension.

Població diana

Diagnòstic
SituacionalObjectius
AssistencialsRevisió de la
medicació

3

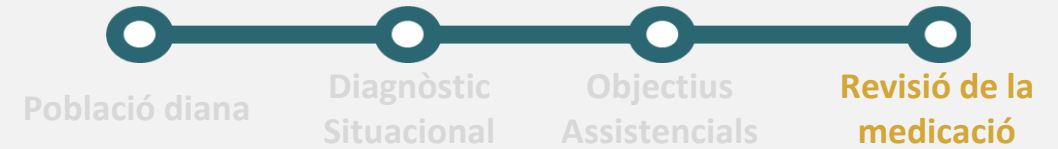
Etapa 3. Valoració centrada en el medicament



IECA: Inhibidors de l'enzim convertidor de l'angiotensina. ARA-II: Antagonistes del receptor d'angiotensina-II
CCS>2: Classe funcional >2 de la classificació de la *Canadian Cardiovascular Society*

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

HTA/CARDIOPATIA
ISQUÈMICA

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

Atorvastatina
80mg/24h

Nitroglicerina 5mg/24h
pegat

AAS 100mg/24h

NECESSITAT

EFFECTIVITAT

ADEQUACIÓ

SEGURETAT

SI

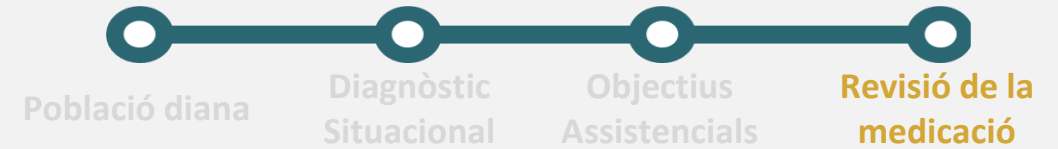
IAM 2011

**Suspendre
nitroglicerina**

Mantenir losartan
(o canvi per IECA:
lisinopril 20mg/dia)

Iniciar Bisoprolol
2,5mg/24h

Control **excessiu de TA**
(132/74mmHg)



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

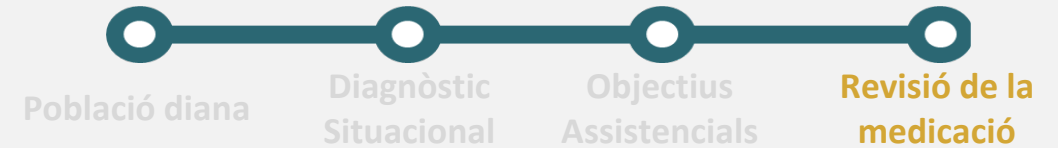
PAS <130*

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

Prevenió secundària

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

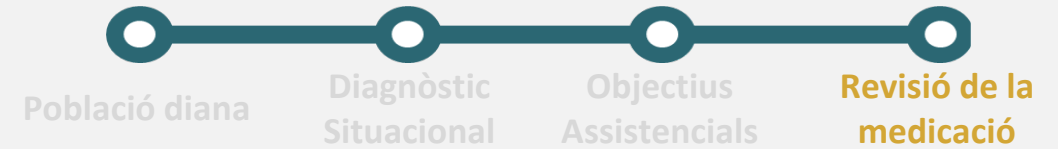
Grau de recomanació	Recomanació
A	Per sota dels 82 anys, cal tractar tots els pacients amb malaltia coronària establerta amb estatines independentment del seu nivell de CT o cLDL.
C	Per sota dels 82 anys, cal tractar els pacients amb malaltia cerebrovascular isquèmica aterotrombòtica amb estatines independentment 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

HTA/CARDIOPATIA ISQUÈMICA

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

Atorvastatina
80mg/24h

Nitroglicerina 5mg/24h
pegat

AAS 100mg/24h

NECESSITAT

SI

IAM 2011

EFFECTIVITAT

**Suspendre
nitroglicerina**

Mantenir losartan
(o canvi per IECA:
lisinopril 20mg/dia)

Iniciar Bisoprolol
2,5mg/24h

Control **excessiu de TA**
(132/74mmHg)

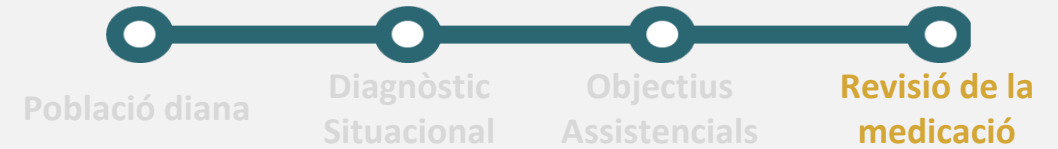
ADEQUACIÓ

TA 132/74mmHg

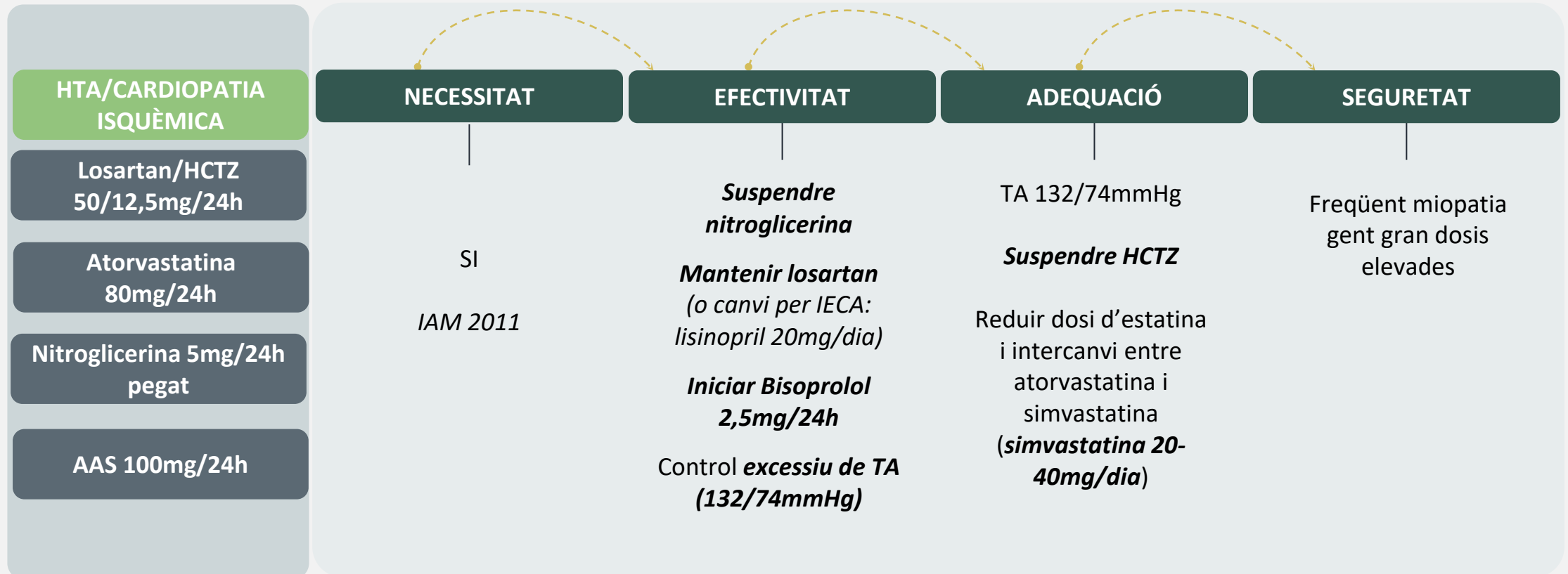
Suspendre HCTZ

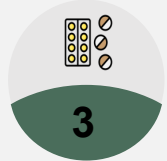
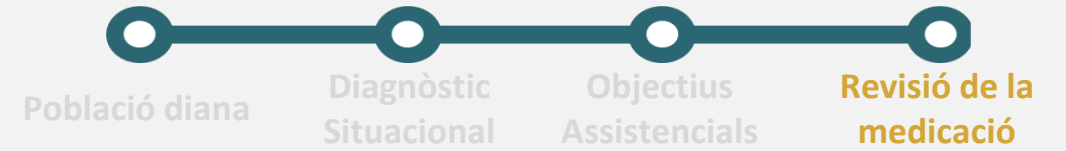
Reduir dosi d'estatina
i intercanvi entre
atorvastatina i
simvastatina
(**simvastatina 20-
40mg/dia**)

SEGURETAT



Etapa 3. Valoració centrada en el medicament





Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

DM2

Metformina 850mg /
12h

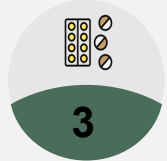
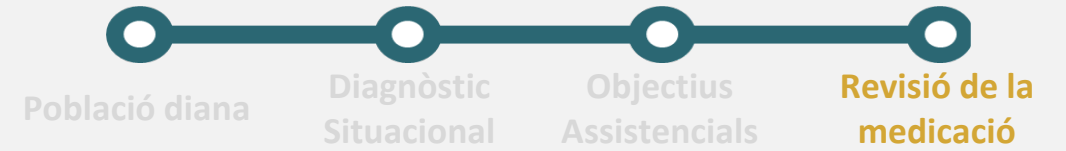
Glibenclamida 5mg /
12h

NECESSITAT

EFFECTIVITAT

ADEQUACIÓ

SEGURETAT



Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

DM2

Metformina 850mg /
12h

Glibenclamida 5mg /
12h

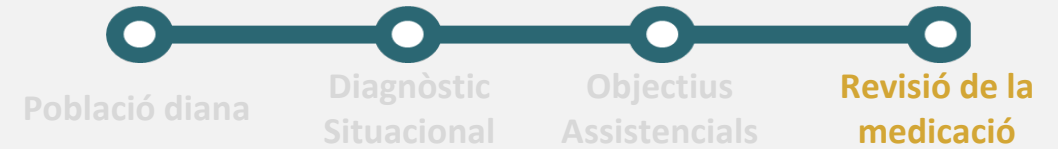
NECESSITAT

SI

EFFECTIVITAT

ADEQUACIÓ

SEGURETAT



Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Primera línea de tractament farmacològic

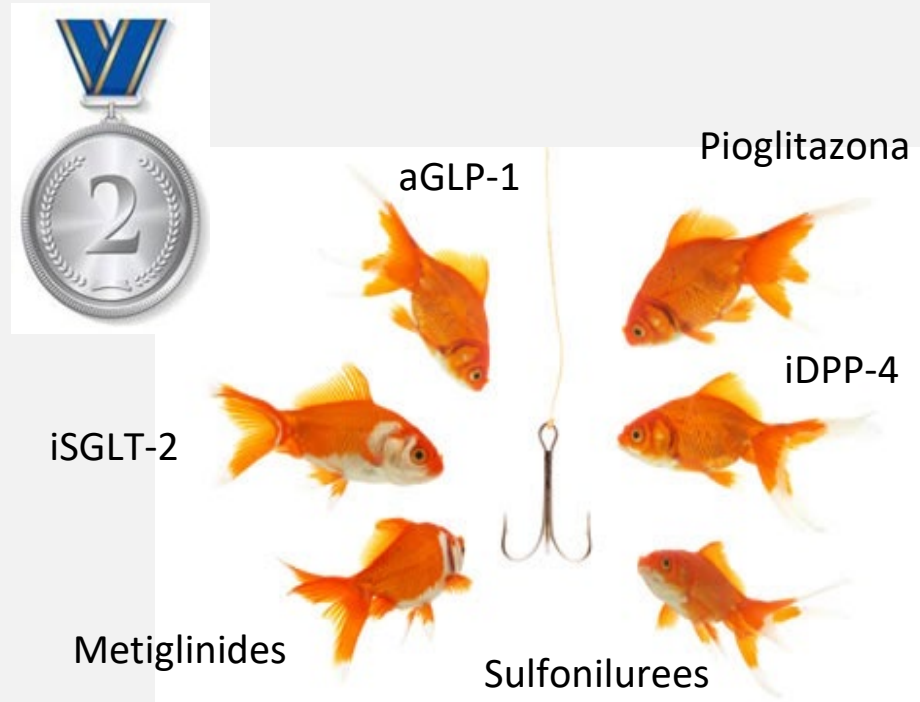


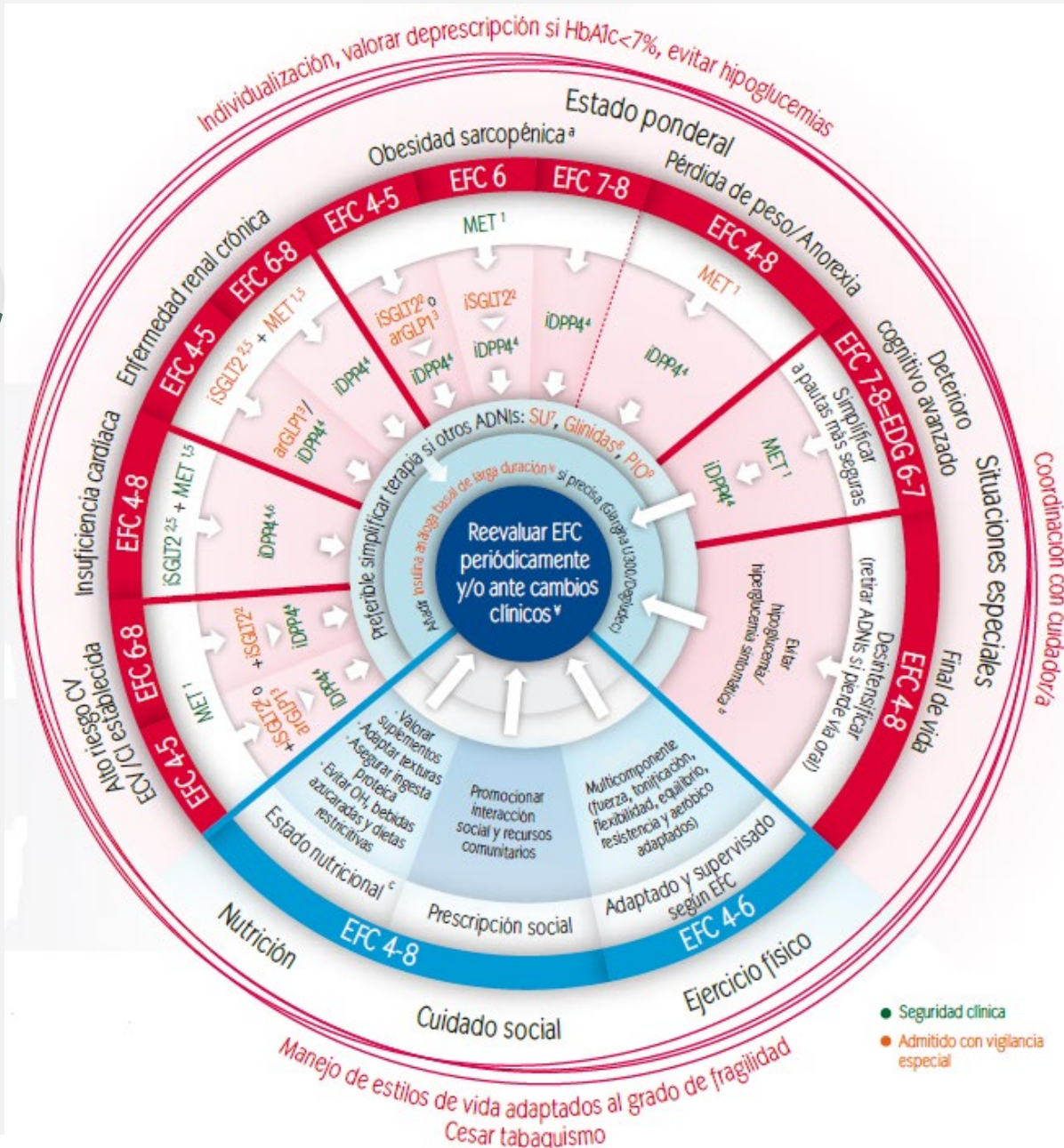
Metformina

☐ morbimortalitat **NNT15**

☐ HbA1c **1-2%**

Segona línia de tractament farmacològic





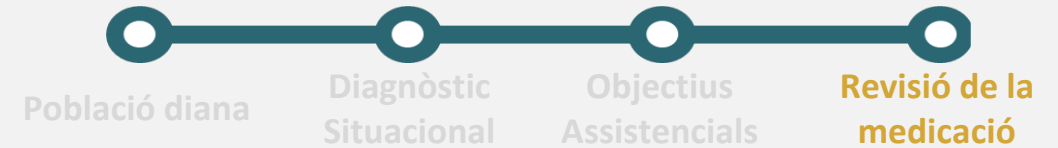
Revisió de la medicació

Diferent objectiu glucèmic segons estadi de FRAGILITAT:

- EFC 4-5: Hb1A1c: 7 - 7.5%
- EFC 6: Hb1Ac 7.6-8.5%
- EFC 7-8: Hb1Ac 7.6 - 8.5%
- EFC 7 - 8: No sol·licitar Hb1Ac
→ evitar hiperglucèmia
simptomàtica

MATERIAL ADICIONAL





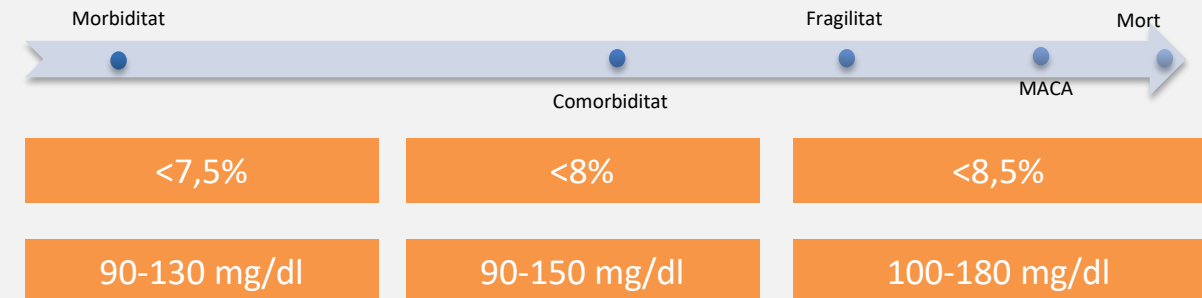
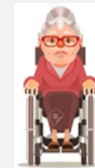
Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

GENERAL

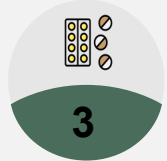
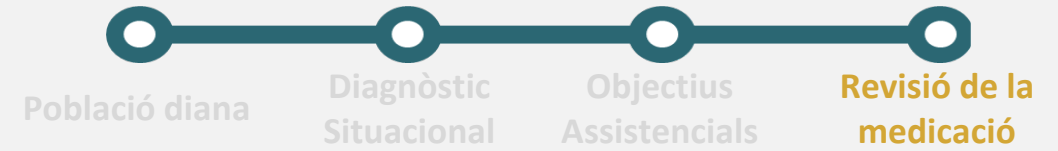


Control glucèmic	HbA1C <7%
	Glucèmia preandrial 80-130 mg/dl
	Pic glucèmia postandrial <180 mg/dl

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

DM2

Metformina 850mg /
12h

Glibenclamida 5mg /
12h

NECESSITAT

SI

Hb1Ac 6,4%

EFFECTIVITAT

Alternatives
terapèutiques
recomanables segons
GPC però control
excessiu d' Hb1Ac
(Hb1Ac 6,4%)

ADEQUACIÓ

SEGURETAT

Població diana

Diagnòstic
Situacional

Objectius
Assistencials

Revisió de la
medicació

3

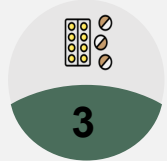
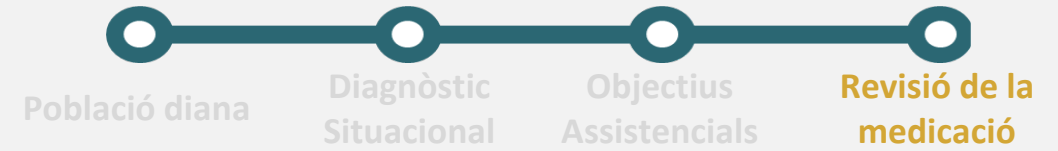
Etapa 3. Valoració centrada en el medicament



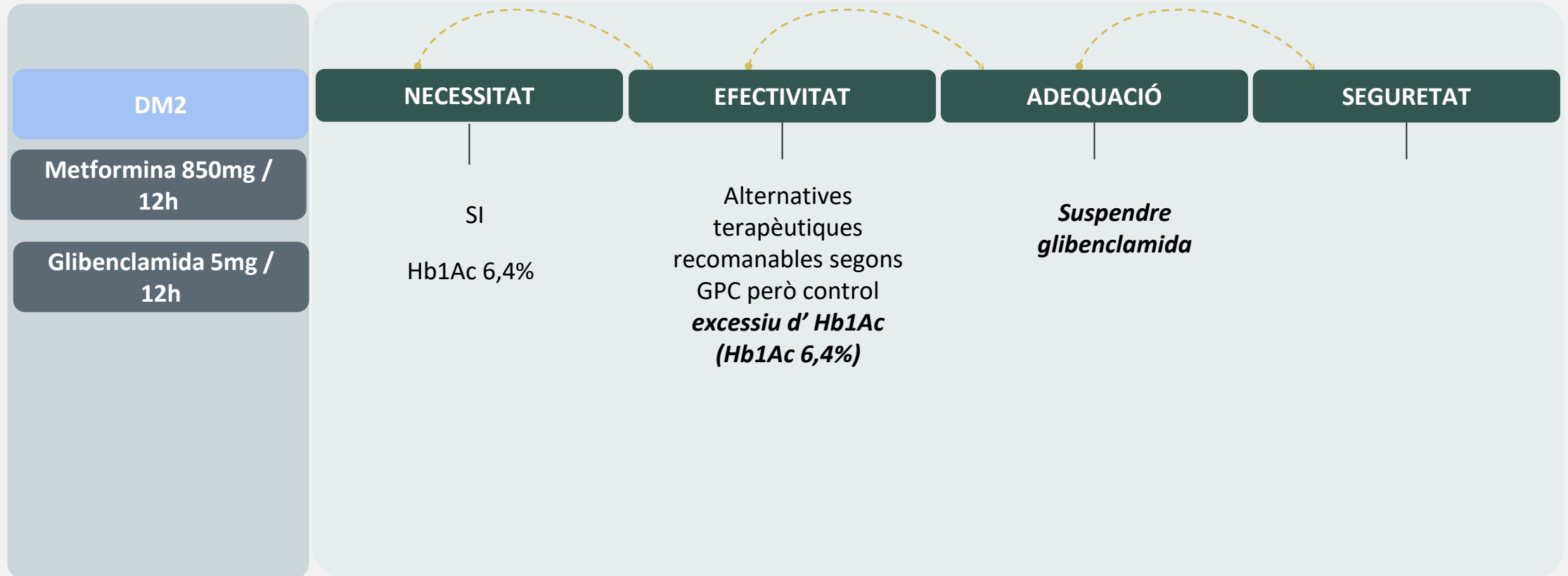
ARGLP1: agonistes del receptor del pèptid similar al glucagó-1; IDPP4: inhibidors de la dipeptidil peptidasa-4; ISGLT2: inhibidors del cotransportador de sodi-glucosa tipus 2.

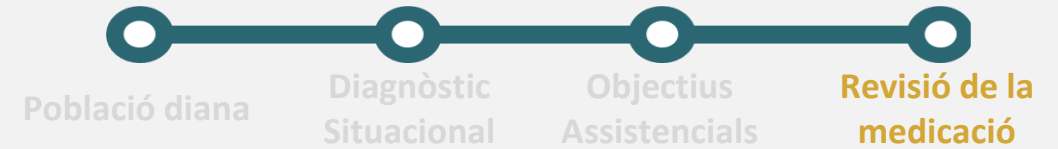
1. Metformina està contraindicada en pacients amb: $TFGe \leq 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, cetoacidosi diabètica, situacions agudes amb risc d'alterar la funció renal (deshidratació, infecció greu), malaltia aguda o crònica que pugui provocar hipòxia tissular (insuficiència cardíaca o respiratòria descompensada, 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.

Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la diabetis mellitus tipus 2. CatSalut



Etapa 3. Valoració centrada en el medicament





Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

DM2

Metformina 850mg /
12h

Glibenclamida 5mg /
12h

NECESSITAT

SI

Hb1Ac 6,4%

EFFECTIVITAT

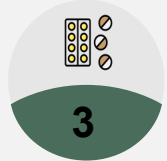
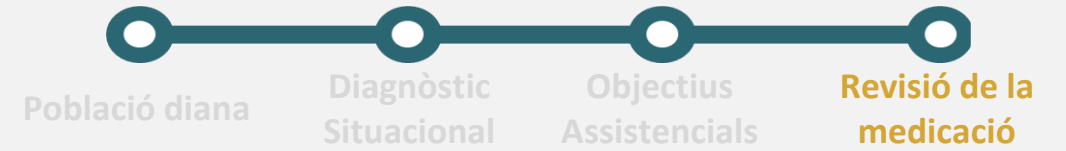
Alternatives
terapèutiques
recomanables segons
GPC però control
excessiu d' Hb1Ac
(Hb1Ac 6,4%)

ADEQUACIÓ

**Suspendre
glibenclamida**

SEGURETAT

No s'identifiquen
problemes de
seguretat



Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Coxartrosi / gonartrosi

Aceclofenac 100 mg /
12h

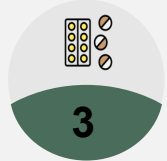
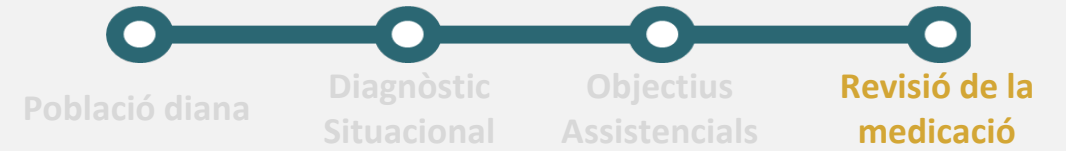
Paracetamol 1gr / 8h

NECESSITAT

EFFECTIVITAT

ADEQUACIÓ

SEGURETAT



Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Coxartrosi / gonartrosi

Aceclofenac 100 mg /
12h

Paracetamol 1gr / 8h

NECESSITAT

EFFECTIVITAT

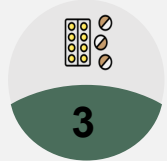
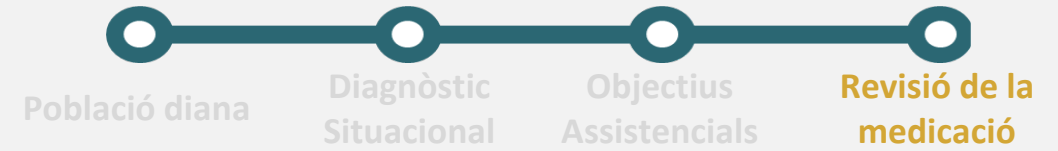
ADEQUACIÓ

SEGURETAT

SI

Puntuació escala
EVA: 6

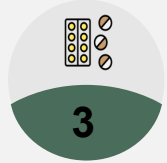
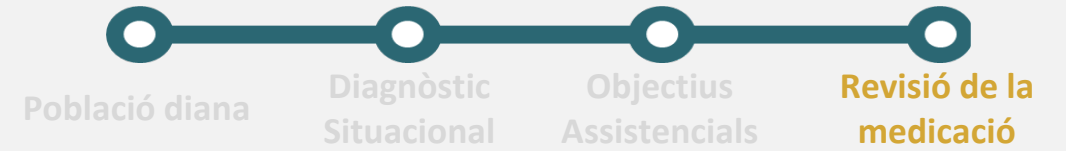
Dolor moderat



Etapa 3. Valoració centrada en el medicament



Atención Primaria, 2015.



Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Coxartrosi / gonartrosi

Aceclofenac 100 mg /
12h

Paracetamol 1gr / 8h

NECESSITAT

SI

Puntuació escala
EVA: 6

Dolor moderat

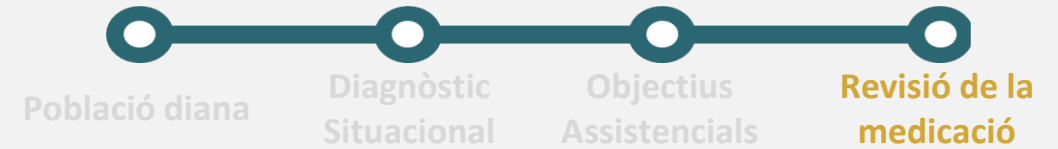
EFFECTIVITAT

Alternatives terapèutiques
recomanables segons GPC
però el tractament no està
sent efectiu

***Afegir opioide feble
(segons dolor):
tramadol fins a 50mg/8h***

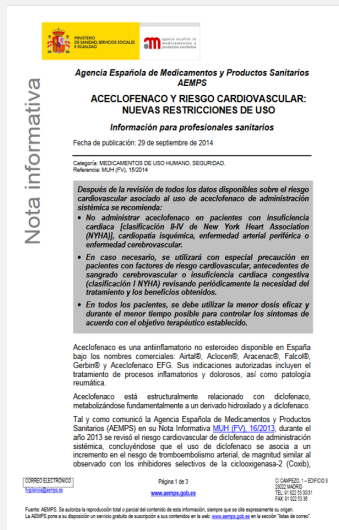
ADEQUACIÓ

SEGURETAT



Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Ús d'AINE en pacient amb malaltia cardiovascular



Nota informativa

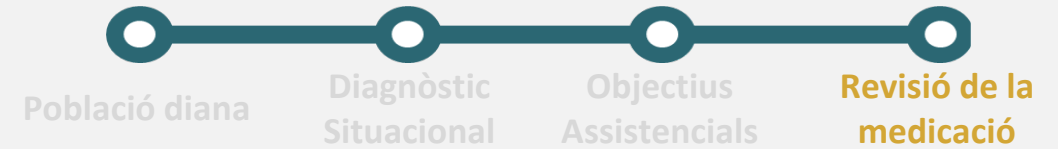
Després de la revisió de totes les dades disponibles sobre el risc cardiovascular associat a l'ús d'aceclofenac d'administració sistèmica es recomana:

- 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

Coxartrosi / gonartrosi

Aceclofenac 100 mg /
12h

Paracetamol 1gr / 8h

NECESSITAT

SI

Puntuació escala
EVA: 6

Dolor moderat

EFFECTIVITAT

Alternatives terapèutiques
recomanables segons GPC
però el tractament no està
sent efectiu

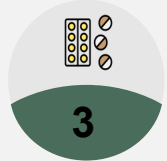
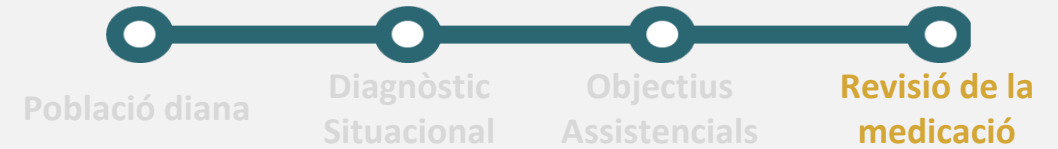
***Afegir opioide feble
(segons dolor):
tramadol fins a 50mg/8h***

ADEQUACIÓ

Reduir dosi de
paracetamol:
500mg/6h

***Suspendre
aceclofenac***

SEGURETAT



Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Coxartrosi / gonartrosi

Aceclofenac 100 mg / 12h

Paracetamol 1gr / 8h

NECESSITAT

SI

Puntuació escala
EVA: 6

Dolor moderat

EFFECTIVITAT

Alternatives terapèutiques
recomanables segons GPC
però el tractament no està
sent efectiu

***Afegir opioide feble
(segons dolor):
tramadol fins a 50mg/8h***

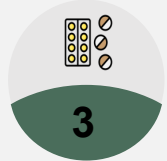
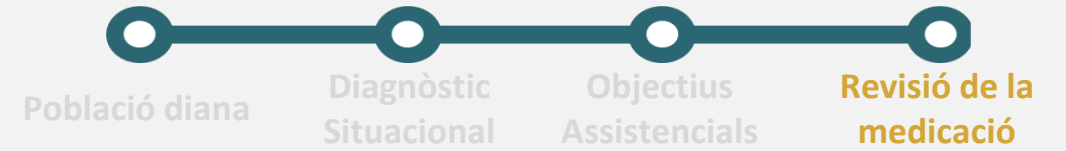
ADEQUACIÓ

Reduir dosi de
paracetamol:
500mg/6h

***Suspendre
aceclofenac***

SEGURETAT

No s'identifiquen
problemes de
seguretat



Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Prevenió de
gastropaties

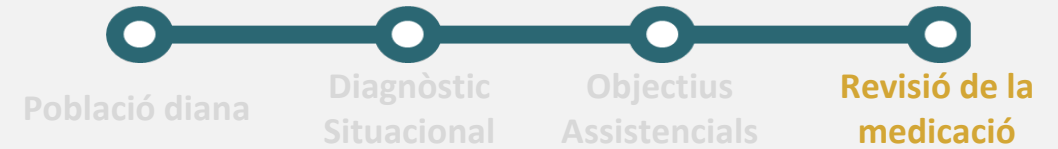
Omeprazol 20mg/d

NECESSITAT

EFFECTIVITAT

ADEQUACIÓ

SEGURETAT



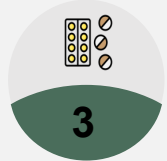
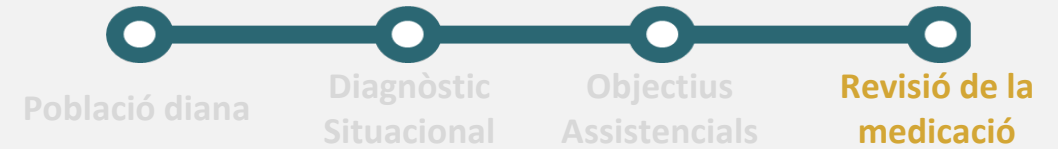
Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

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
SituacionalObjectius
AssistencialsRevisió de la
medicació

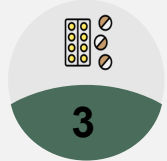
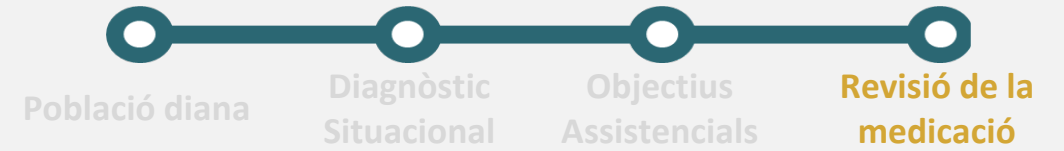
	Antecedents HDA o úlcera pèptica	No asociados a otros fármacos gastrolesivos		Asociados a otros fármacos gastrolesivos	
		< 65 años	> 65 años	< 65 años	> 65 años
AINE agudo (7-30 días)	SI	NO	SI	SI	
AINE crónico (>30 días)	SI	NO	SI	SI	
Otros analgésicos (paracetamol, tramadol)	NO	NO		NO	
Antiagregantes	SI	NO	SI con AAS* NO con clopidogrel**	SI (incluida doble antiagregación)	
Anticoagulantes	SI	NO	Individualizar*	SI	
Corticoides	Individualizar*	NO		SI	
ISRS	Individualizar*	NO	NO*	SI	
Polimedicación (excluidos medicamentos anteriores)	NO	NO		NO	

* 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.

- 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? *Cardiocyte*. 2010; 45 (2): 79-82.



Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Prevenió de
gastropaties

Omeprazol 20mg/d

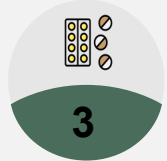
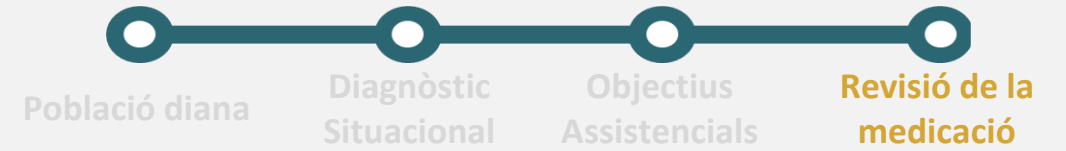
NECESSITAT

EFFECTIVITAT

ADEQUACIÓ

SEGURETAT

SI



Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Prevenió de
gastropaties

Omeprazol 20mg/d

NECESSITAT

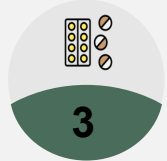
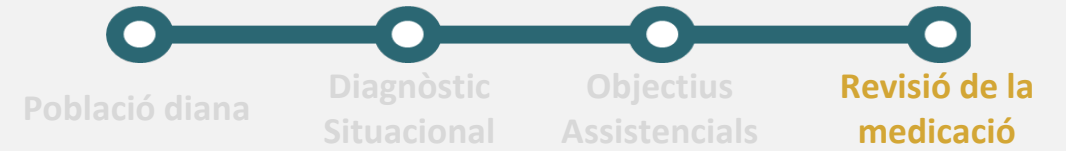
SI

EFFECTIVITAT

Si

ADEQUACIÓ

SEGURETAT



Etapa 3. Valoració centrada en el medicament

Prevenió de
gastropaties

Omeprazol 20mg/d

NECESSITAT

SI

EFFECTIVITAT

SI

ADEQUACIÓ

SI

SEGURETAT

No s'identifiquen
problemes de
seguretat

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 jerarquitització

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 @sanoysalvoblog

Roser Llop, Dolores Rodríguez. Cascada terapèutica: prevenció, identificació i adequació del tractament. Butlletí d'Informació Terapèutica BIT. Vol. 32, núm. 1, 2021

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 algoritmes 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.

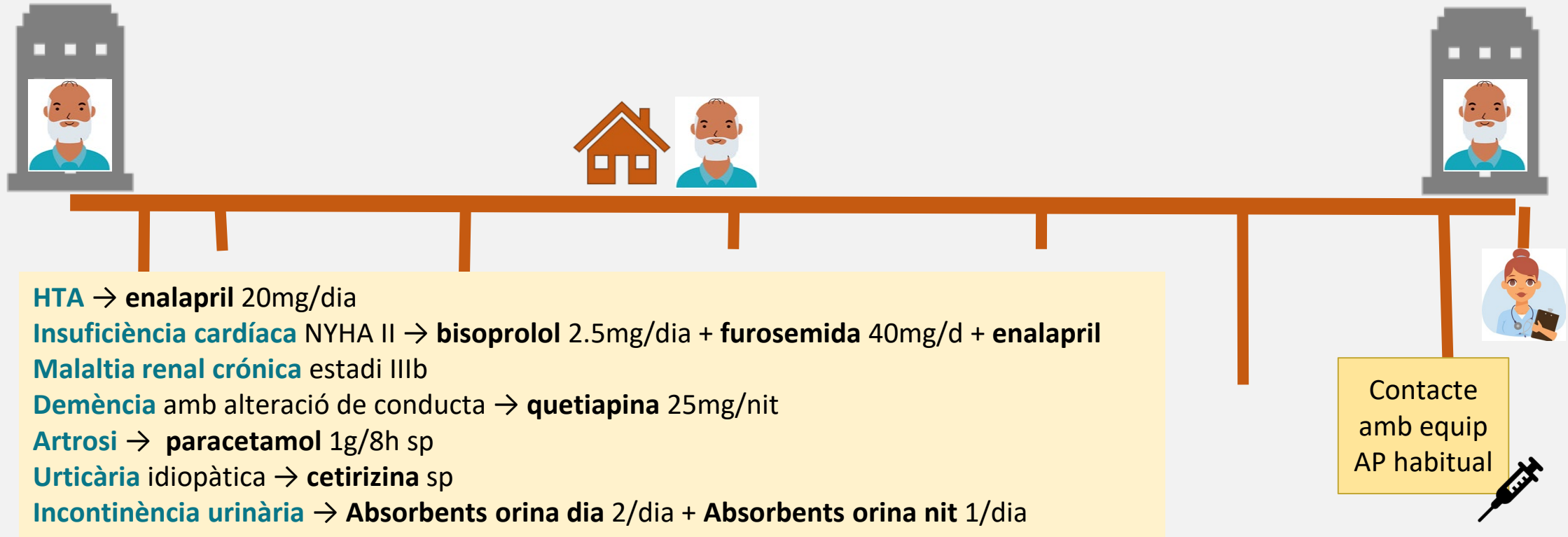
Interrupció /correcció

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

CAS CLÍNIC

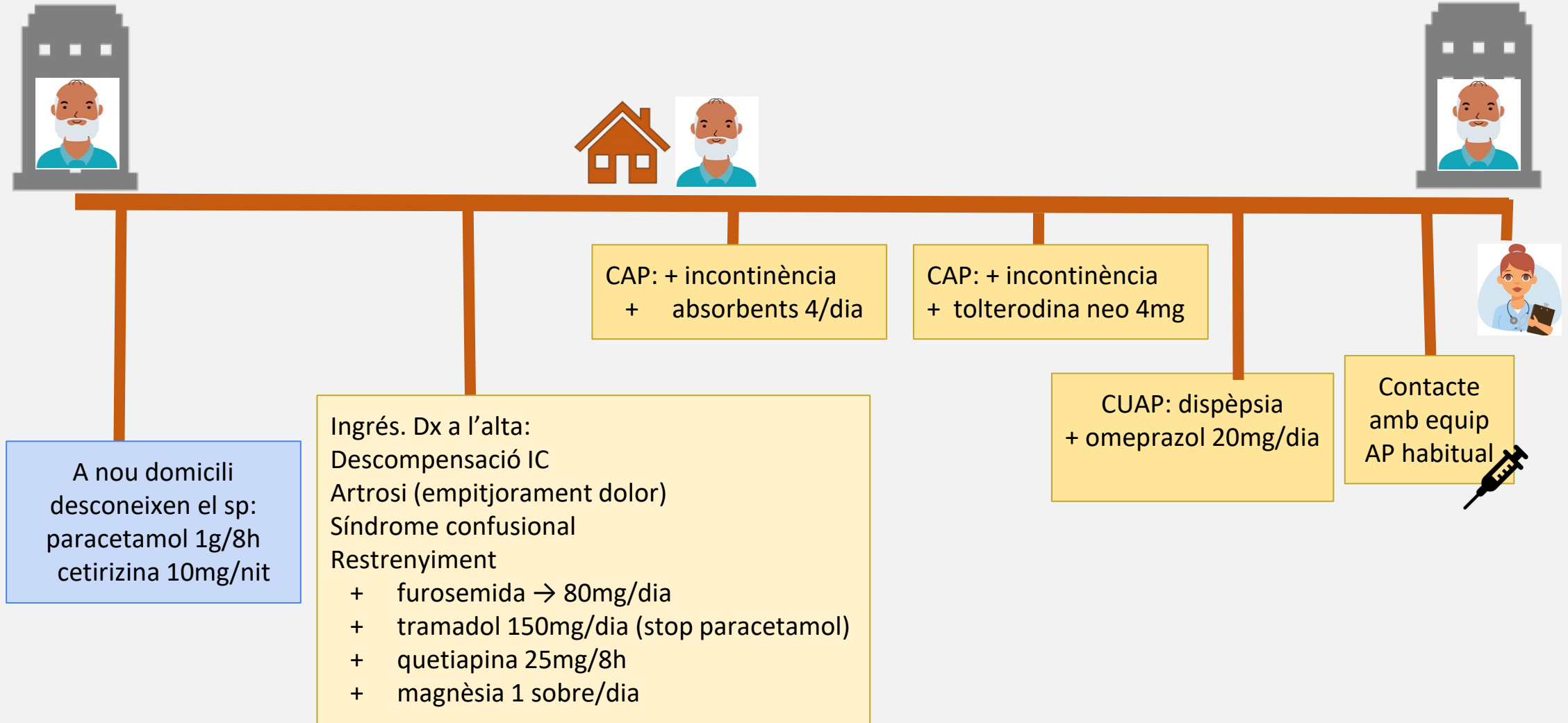
Acudim al domicili d'en Pere, un pacient de 85 anys. Ha estat a casa d'un altre fill durant 3 mesos. Durant aquest, període ha ingressat i ha consultat a un altre centre, per la qual cosa s'han fet canvis en el tractament. A la tornada al seu domicili habitual ha contactat amb nosaltres, hem programat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

Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat

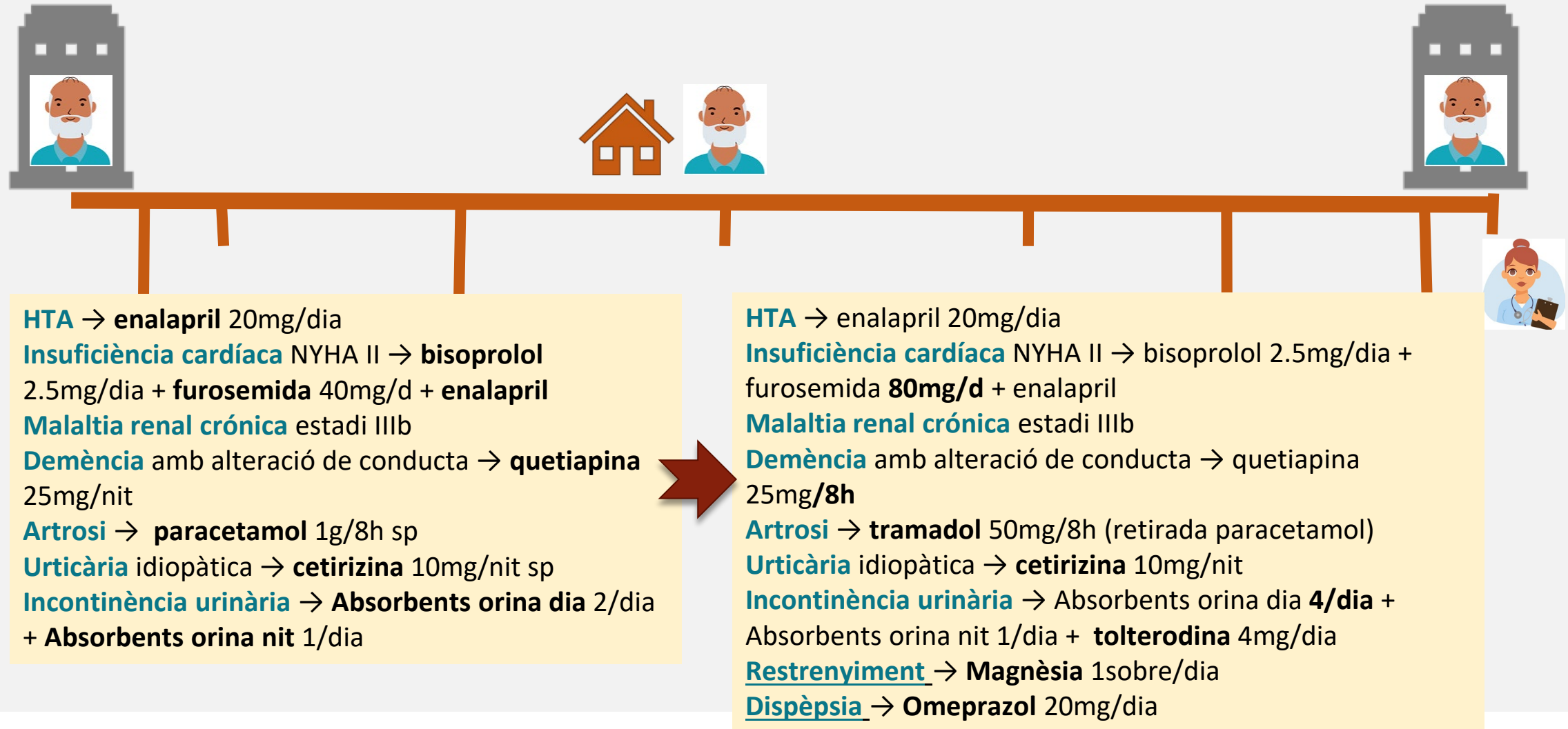


CAS CLÍNIC: CASCADA TERAPÈUTICA

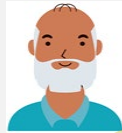
Maneig de la medicació en gent gran i fragilitat



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/1.73m²

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

ESCALA DE GIJON: 8

ESCALA DE ZARIT (cuidador): 28

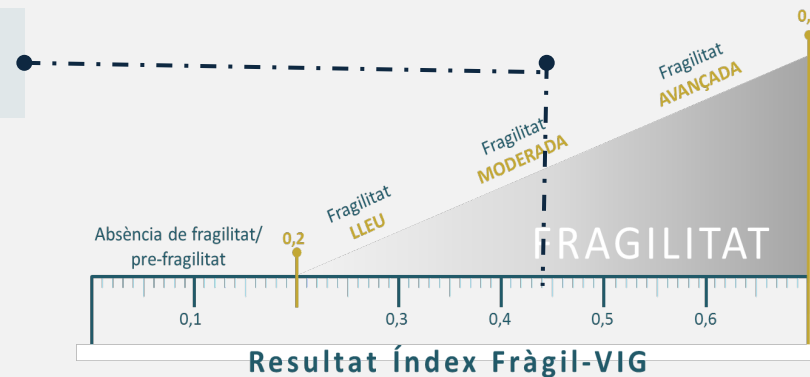
INDEX DE BARTHEL (ABVD): 70

ESCALA DE LAWTON-BRODY (AIVD): 4

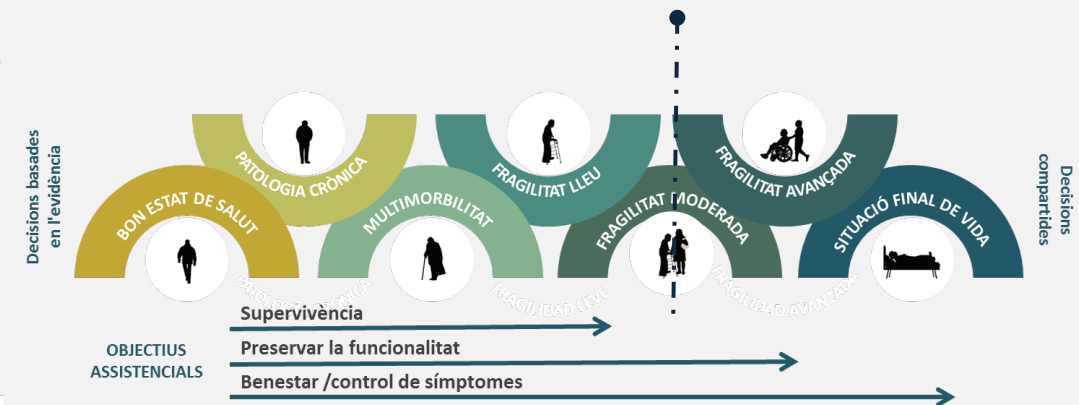
Discret empitjorament funcional

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 jerarquització de les patologies i els seus fàrmacs.



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

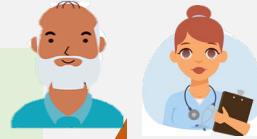
A. Somnolència diürna

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	



Insuficiència cardíaca / HTA

Furosemda

Enalapril

Bisoprolol

Incontinència urinària

Absorbents orina dia

Absorbents orina nit

Tolterodina

Restrenyiment

Magnesia

Artrosi

Tramadol

Demència (conducta)

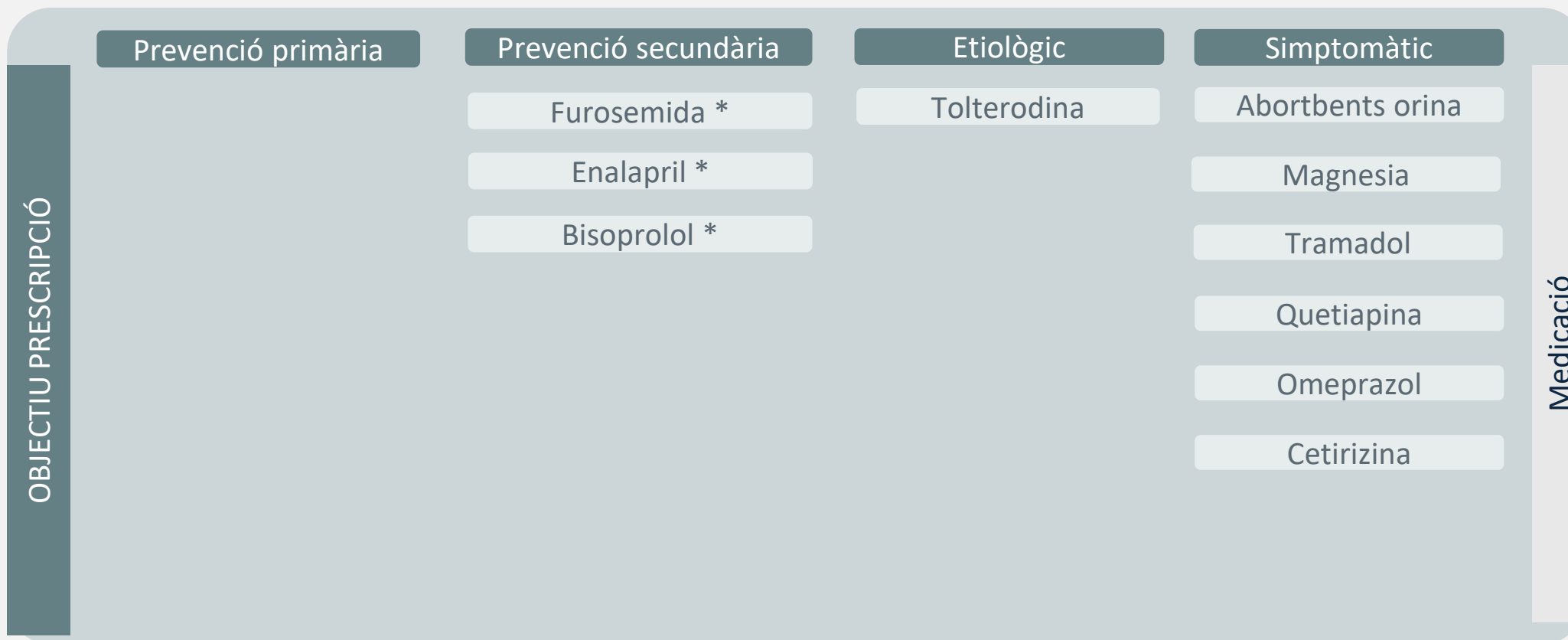
Quetiapina

Dispèpsia

Omeprazol

Urticària

Cetirizina



*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)

CAS CLÍNIC: 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**

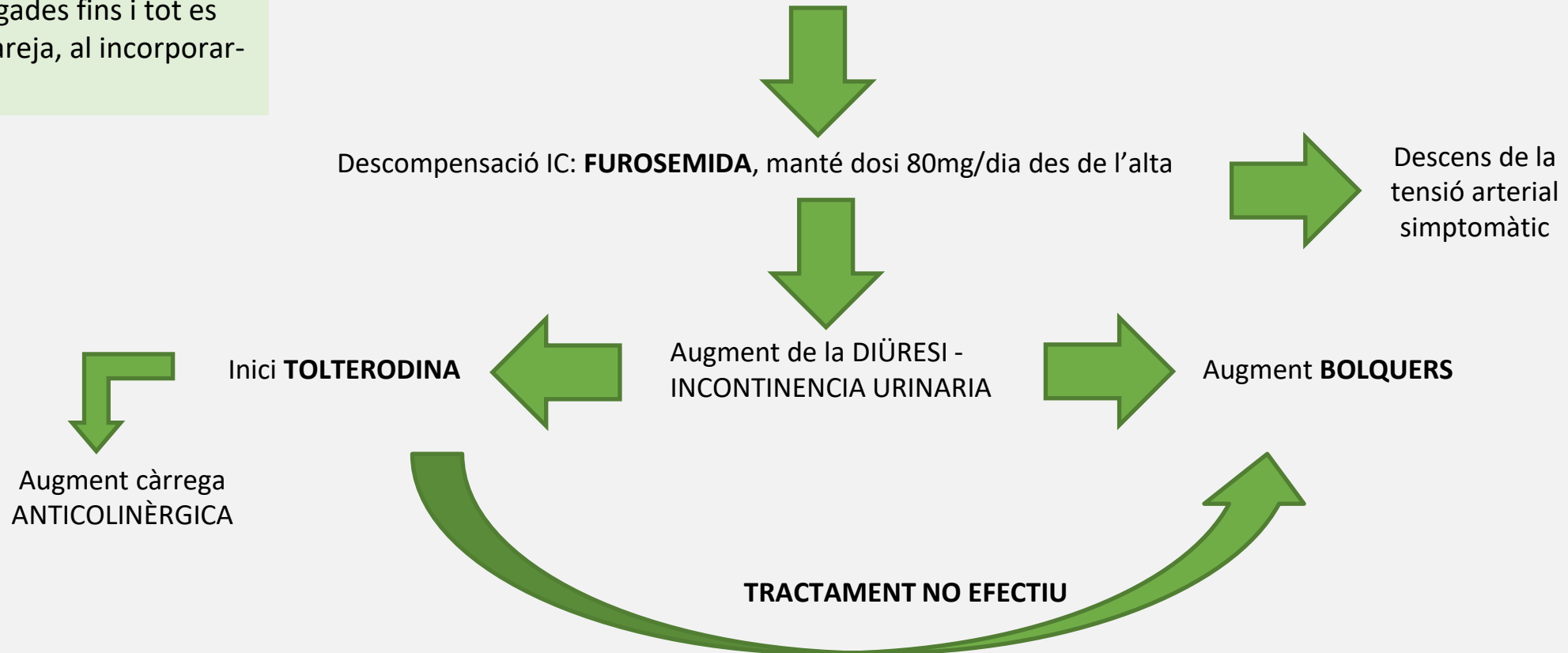
b. Insuficiència cardíaca. Malaltia renal

Ajust de dosi furosemida

c. Augment de medicació

Tolterodina

CASCADA TERAPÈUTICA



a. Hipotensió

Reinterrogant diu que fa 2 mesos que es nota “més 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**

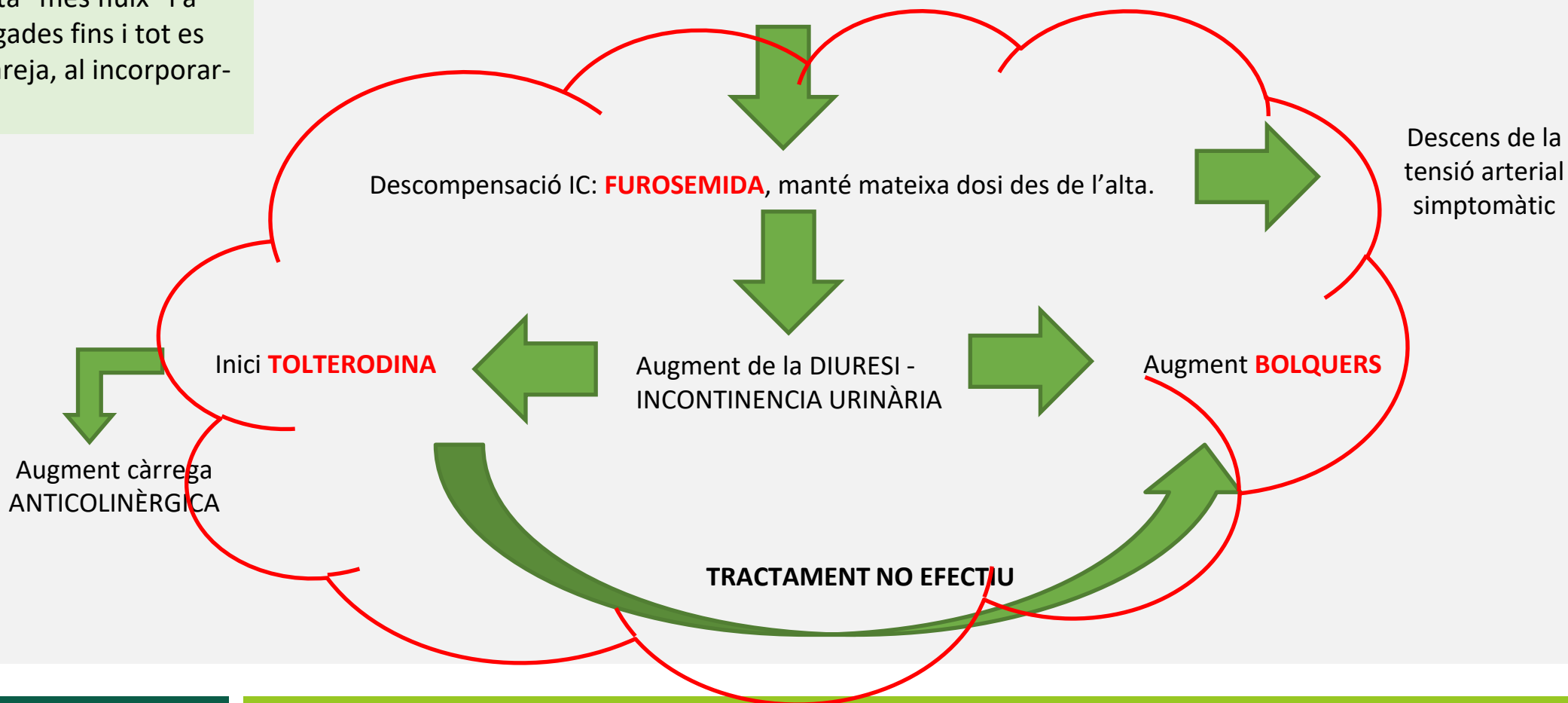
b. Insuficiència cardíaca. Malaltia renal

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	Medication	ACB	ARS	Chew	ADS	AAS	ALS	CrAS	Duran	ABC	
ACB	6	High Risk	TOLTERODINE (4 mg)	3	2	4	3	0	3	3	2	0	Recommendations
ARS	5	High Risk	TRAMADOL (150 mg)	0	0	0	1	0	2	2	1	0	Recommendations
Chew	6	High Risk	QUETIAPINE (75 mg)	3	1	2	2	2	0	2	1	0	Recommendations
ADS	6	High Risk	CETIRIZINE (10 mg)	0	2	0	0	0	2	2	1	0	
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 ●													

DBI Score	
Medication	DBI
TOLTERODINE (4 mg)	0.50
TRAMADOL (150 mg)	0.50
QUETIAPINE (75 mg)	0.60
CETIRIZINE (10 mg)	0.50
Total:	High Risk 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



Milloria de la boca seca



Recuperació ingesta habitual



Milloria reflux gastro-esofàgic



OMEPRAZOL



Milloria restrenyiment

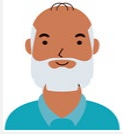


MAGNESIA — Magnesia sp vs control amb mesures higienico-dietètiques



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	Hipotiroidisme	Levotiroxina
Antiepilèptics	Nàusees	Metoclopramida
Bloquejador dels canals de calci	Edemes	Diürètic
Bloquejadors β -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

CONCLUSIONS

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

