
Ús racional de medicaments. Maneig bàsic de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió, desprescripció i adherència.

Gener de 2015



Alguns drets reservats

© 2014, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>.

Edita: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

1a edició: Barcelona, octubre de 2014

Dipòsit legal: B 23717-2014

Assessorament lingüístic: Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL: http://salutweb.gencat.cat/ca/detalls/Articles/05_documentacio

Sumari

Justificació	4
Conciliació de la medicació	6
Revisió de la medicació	9
Desprescripció	19
Estratègia d'implantació d'un programa de revisió / conciliació / adherència de la medicació	22
Bibliografia.....	23
Autors / col·laboradors	25

Justificació

La medicació és la primera causa d'esdeveniments adversos (EA) derivats de l'assistència sanitària als pacients, per la qual cosa s'han desenvolupat diferents iniciatives, propostes i programes que incrementen la seguretat en la utilització dels fàrmacs.

El Institute for Safe Medication Practices Institute estima que el 50% dels errors de medicació i el 20% dels efectes adversos a medicaments es podrien evitar amb una conciliació adequada de la medicació, la qual cosa contribuiria a millorar la seguretat dels pacients. Hi ha diferents estudis que demostren una elevada incidència de problemes relacionats amb els medicaments (PRM), sobretot en la població major de 65 anys, que podrien ser corregits amb una revisió sistemàtica de la medicació. La revisió realitzada per Hajjar ens mostra una prevalença d'entre el 32% i el 60% de pacients que prenen un medicament sense estar indicat, del 7% al 16% presentaven una duplicat i en el 18% dels pacients el medicament prescrit no era efectiu. L'estudi de Barnett indica que un 31% dels pacients rebien un medicament potencialment inadequat segons els criteris de Beers. D'altra banda, és sabut que l'adherència terapèutica és un problema associat a la medicació crònica en els pacients amb patologies de llarga evolució. En una revisió de la literatura realitzada per DiMatteo, es va observar que el 25% dels pacients no s'adhereixen a la medicació o a les recomanacions mèdiques, encara que els tractaments crònics presenten més risc de no adherència respecte que els tractaments per patologies agudes.

Objectius generals

1. Millorar la seguretat dels pacients, i reduir els PRM:
 - a) Eliminar la medicació que no necessita el pacient.
 - b) Prescriure un fàrmac que necessita el pacient i que no figura prescrit en el seu historial farmacoterapèutic.
 - c) Detectar i resoldre esdeveniments adversos de la medicació
 - d) Disminuir els ingressos hospitalaris, les visites a urgències, les visites mèdiques ocasionades per reaccions adverses relacionades amb el tractament farmacològic del pacient.
2. Millorar els resultats en salut i augmentar el control de les patologies del pacient.
3. Millorar l'adherència
4. Millorar la qualitat assistencial i de vida del pacient.

Per assolir aquests objectius, és convenient elaborar una metodologia d'optimització dels tractaments farmacològics en els pacients crònics mitjançant la implantació de procediments interdisciplinaris de conciliació de la medicació i revisió de la medicació i de millora de l'adherència al tractament, centrats en el pacient i adequats a les seves necessitats, i no en l'organització, l'àmbit assistencial o els col·lectius professionals.

Aquesta metodologia ha de definir els mínims que s'han d'aplicar per garantir la qualitat i la continuïtat dels tractaments farmacològics en tot el sistema sanitari, d'acord amb els objectius del nou model de prevenció i d'atenció a la cronicitat del Departament de Salut, i que, per tant, han de contribuir al següent:

1. Combatre la polimediació innecessària així com l'infractament de problemes de salut per omissió de medicació necessària, amb l'objectiu d'aconseguir un millor control de la malaltia.
2. Reduir els errors de conciliació de la medicació originats per problemes de comunicació en les transicions assistencials, i millorar així la seguretat i l'efectivitat dels tractaments.
3. Millorar l'adherència dels pacients mitjançant la implicació i la coresponsabilitat.
4. Adequar els tractaments farmacològics a les particularitats de cada pacient tenint en compte la comorbiditat, el moment en què es troba dins de l'evolució de la malaltia, la seva esperança de vida i les seves preferències.

Conciliació de la medicació

Definició

La conciliació de la medicació és un procés formal i protocol·litzat que consisteix a comparar de forma sistemàtica la medicació habitual del pacient amb la medicació prescrita **després d'una transició assistencial o d'un trasllat dins del mateix àmbit assistencial**, amb l'objectiu d'analitzar i resoldre les discrepàncies detectades, documentar els canvis i comunicar-los.

La pràctica de la conciliació de medicació requereix el següent:

- Una revisió o validació sistemàtica i exhaustiva de tota la medicació d'un pacient (tenint en compte tant la informació clínica dels registres com la informació aportada pel pacient durant l'entrevista clínica), amb l'objectiu de garantir que els medicaments que cal **afegir/iniciar, canviar o retirar siguin avaluats acuradament** per tal de mantenir una **llista exacta i actualitzada** dels medicaments, **disponible** per al pacient o la seva família/cuidador, així com per a tots els proveïdors que intervenen en la seva cura.
- S'ha de portar a terme en **totes les transicions** al llarg del contínuum assistencial (taula 1).

Taula 1. Transicions en el sistema de salut

Atenció ambulatoria	Atenció hospitalària*
<ul style="list-style-type: none">• Visita a l'AP (MFIC, pediatria)• Visita a consulta externa d'atenció especialitzada• Altes hospitalàries recents• Visita a especialistes de l'AP: salut mental, ginecologia...• Visita a metges prescriptors privats• Visita a urgències:<ul style="list-style-type: none">• Hospitalària• CUAP• Atenció continuada• Visita a hospital de dia• Visita domiciliària• Visita no presencial• Ingress en residències geriàtriques• Alta en un centre sociosanitari• Serveis d'atenció farmacèutica en farmàcia comunitària	<ul style="list-style-type: none">• Ingress• Trasllats interns• Alta:<ul style="list-style-type: none">• Al domicili• A un altre centre (hospital o centre sociosanitari)• A una residència geriàtrica

MFIC: medicina familiar i comunitària

CUAP: centre d'urgències d'atenció primària

*Es recomana **prioritzar la conciliació de la medicació a l'ingrés i a l'alta** respecte d'altres punts de transició assistencial, ja que l'error de conciliació no detectat a l'alta del pacient té una gravetat potencial més gran a la que es pot produir dins de l'hospital.

L'objectiu és garantir que els pacients reben tots els medicaments necessaris que prenen prèviament, i que aquests medicaments estan prescrits en la dosi, via d'administració, pauta i durada correctes, i que són adequats a la nova prescripció realitzada. En cap cas no es tracta d'avaluar la pràctica mèdica ni de qüestionar les decisions clíniques individuals, sinó de detectar i corregir possibles errors de medicació que haurien passat inadvertits.

Idealment, la **llista completa de medicació / llista farmacoterapèutica hauria de registrar medicaments** de prescripció, inclosa la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria i la de dispensació a l'hospital de dia, la medicació prescrita per la sanitat privada, la medicació en assaig clínic, l'automedicació, els medicaments que no requereixen prescripció, les plantes medicinals i els medicaments homeopàtics.

Terminologia i classificació de les discrepàncies i els errors de conciliació de la medicació.

Una *discrepància* és una diferència entre els medicaments que prenia el pacient de forma habitual i els medicaments del nou pla terapèutic, la qual no constitueix necessàriament un error. De fet, la major part de les discrepàncies es deuen a l'inici de medicació o a canvis del tractament crònic produïts pel nou estat clínic del pacient o bé per la realització d'exploracions i/o intervencions amb què pot interferir la medicació habitual. Hi ha una [classificació de les discrepàncies](#) en funció de la situació analitzada.

Els *errors de conciliació de la medicació* són les **discrepàncies o les diferències no justificades clínicament** entre la medicació crònica habitual del pacient i la nova prescripció després d'una transició assistencial (taula 1).

Entenem que **una discrepància**:

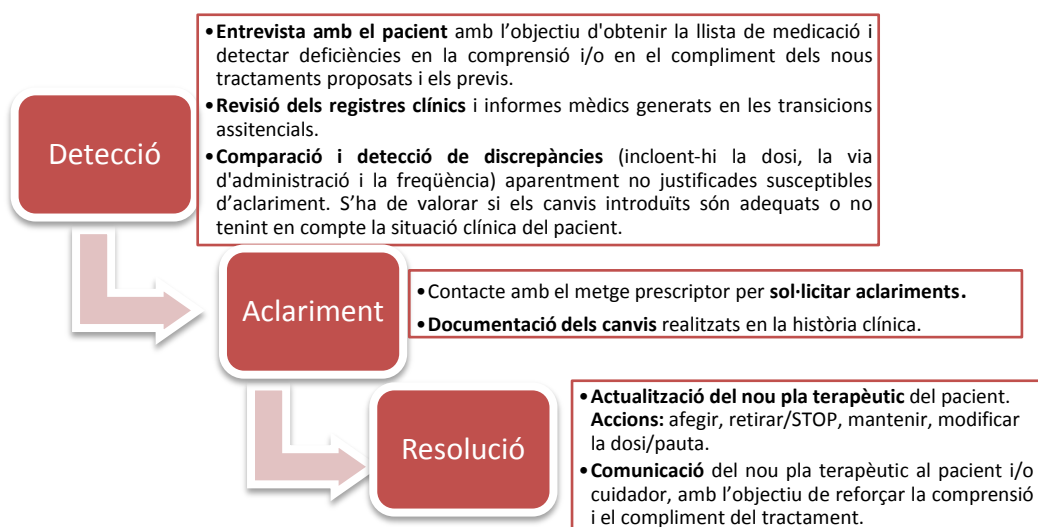
- **És justificada** quan s'explica per la situació clínica del pacient o es justifica quan es consulta el metge.
- És un error de conciliació de la medicació quan no s'explica per la situació clínica del pacient, no està justificada en el curs clínic o l'informe mèdic i **és acceptada com a error pel metge prescriptor després de sol·licitar-ne l'aclariment.**

Etapes del procés de conciliació de la medicació.

A la figura 1 es recullen les diferents etapes del procés de conciliació de la medicació.

Es recomana iniciar el procés a partir de la llista de **medicació** actualitzada dels medicaments que realment pren el pacient, **prèviament a la transició assistencial**. **Amb l'entrevista clínica al pacient**, en el marc de la visita amb el professional sanitari i els diferents **registres clínics** existents actualment (registre de prescripció activa en l'atenció primària, HCCC, història clínica, informes d'alta hospitalària, informes de l'atenció especialitzada, medicaments de dispensació hospitalària, farmàcia comunitària i fonts complementàries), es fa la detecció de discrepàncies.

Figura 1. Etapes del procés de conciliació de la medicació.



Selecció de pacients

La conciliació de la medicació s'aplica a tots els pacients en totes les transicions assistencials, cada vegada que el pacient canvia d'àmbit assistencial o d'àrea en el mateix àmbit. La conciliació de la medicació ha de formar part de la **pràctica clínica habitual en tots els àmbits assistencials**.

Revisió de la medicació

Definició

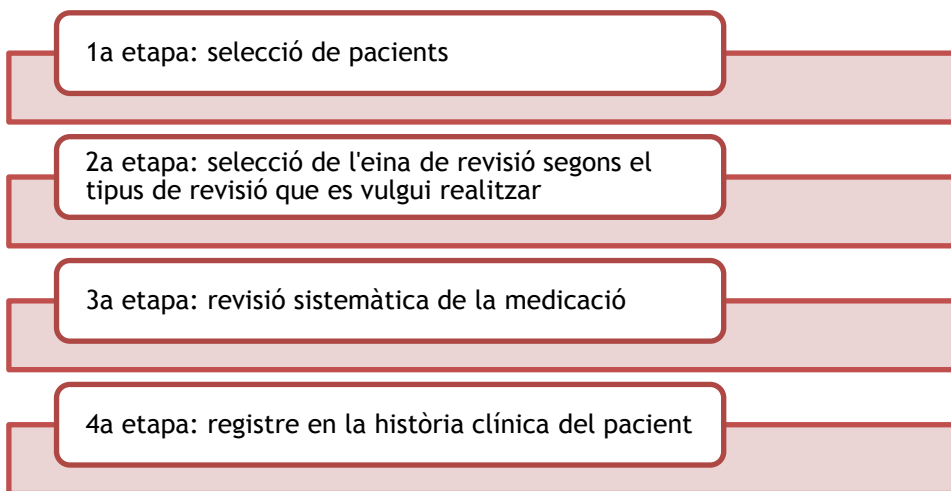
La *revisió de la medicació* es defineix com un **examen crític i estructurat del règim terapèutic del pacient**, que ha d'estar consensuat amb ell, amb la finalitat d'optimitzar l'impacte de la medicació, reduir els problemes relacionats amb la medicació, simplificar-ne la pauta i maximitzar-ne l'eficiència.

La revisió de la medicació pretén cercar l'**adequació del tractament farmacològic en el pacient crònic complex (PCC) al llarg del temps i durant les diferents etapes de l'evolució de la seva malaltia.**

Etapes del procés de revisió

A la figura 2 es recullen les diverses etapes que cal seguir en el procés de revisió de la medicació.

Figura 2. Etapes del procés de revisió de la medicació

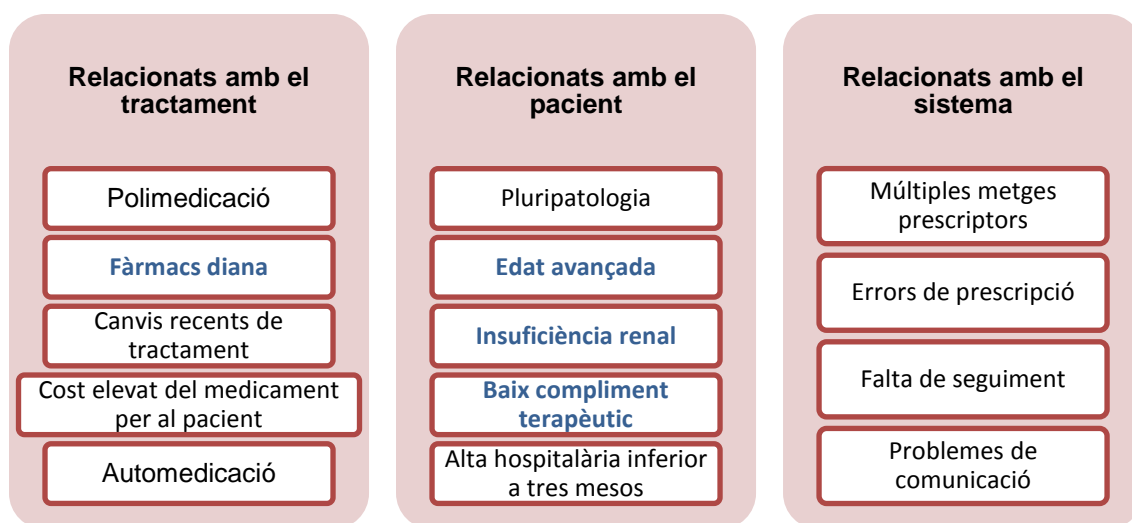


Selecció de pacients

Tots els pacients amb tractament crònic s'haurien de sotmetre a una revisió del tractament farmacològic una vegada a l'any, d'acord amb la Instrucció 04/2012 del CatSalut; tanmateix, els pacients que més es beneficien de la implementació d'un programa de revisió de la medicació són aquells que presenten més risc de patir esdeveniments adversos per medicaments (EAM), ja sigui pel tipus de medicació que prenen, per la seva situació clínica o les característiques relacionades amb el pacient o les que es deriven del mateix sistema sanitari. Com més risc hi ha, més gran és la probabilitat de patir un EAM i, en conseqüència, també el benefici obtingut amb la revisió de la medicació.

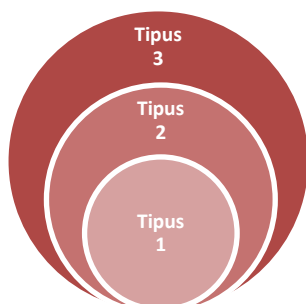
A la figura 3 es presenten els factors de risc que s'han relacionat més freqüentment amb un EAM i que, quan hi són de manera combinada, ens indiquen una prioritat més alta. Per exemple, un pacient que presenti diferents factors de risc com ara pluripatologia, edat avançada o polimediació, amb ingressos hospitalaris freqüents hauria de ser prioritzat en un programa de revisió de la medicació, ja que obtindria més beneficis d'aquest procés que un pacient que presenti menys factors de risc.

Figura 3. Factors de risc relacionats més freqüentment amb esdeveniments adversos per medicaments



Tipus de revisió

Els diversos tipus de revisió es classifiquen tenint en compte els criteris següents: la finalitat de la revisió, la presència del pacient en el marc de la visita, la revisió exclusiva de la medicació o si es revisa la medicació relacionant-la amb les condicions clíniques del pacient o bé totes elles de forma conjunta



- Tipus 1. Revisió de les prescripcions farmacològiques
- Tipus 2. Revisió de l'Adherència i "Concordança" (Acords)
- Tipus 3. Revisió clínica

La **revisió clínica** de la medicació podria plantejar-se com un model seqüencial, ja que engloba les revisions tipus 1 i tipus 2.

Tipus 1. Revisió de les prescripcions farmacològiques

Només avalua els aspectes “tècnics” del tractament farmacològic del pacient, sense tenir en compte altres dades de la història clínica, com ara proves analítiques o diagnòstics del pacient. **L'objectiu és millorar la seguretat i l'eficiència.**

Què es revisa? Duplicitats, interaccions, contraindicacions, fàrmacs desaconsellats en determinats grups d'edat (per exemple, persones d'edat avançada), medicaments substituïbles per alternatives més rendibles, entre d'altres.

Es pot fer *sense que el pacient hi sigui present*. No obstant això, els canvis en el tractament farmacològic que es puguin derivar de la revisió de la medicació s'haurien de portar a terme amb la participació i el consentiment del pacient.

Eines per realitzar aquest tipus de revisió. [Qüestionari de Hamdy](#) adaptat, llistes de medicaments que s'han associat a reaccions adverses greus en un determinat grup d'edat, especialment gent gran; les llistes més utilitzades són els criteris de Beers, elaborats als EUA, els criteris PRISCUS d'Alemanya i els criteris de McLeod del Canadà. Aquestes llistes detallen els medicaments que s'ha d'evitar en qualsevol situació, les alternatives terapèutiques existents, les dosis de determinats medicaments que no s'han de superar i els fàrmacs que cal evitar en determinades patologies. Una altra eina molt utilitzada és el Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment (START), formada per 22 indicadors de prescripció basats en l'evidència existent de certs medicaments per a malalties freqüents en gent gran i el Screening Tool of Older Person's Prescription (STOPP), una llista de 65 criteris clínicament rellevants de medicaments de prescripció inadequada, ordenats per sistemes fisiològics. A partir de les diferents llistes i criteris exposats, s'ha elaborat una [taula de fàrmacs inadequats \(STOPP\) o indicats \(START\) en gent gran](#) adaptada al nostre entorn.

Idealment, les estacions clíniques de treball haurien de disposar d'eines de prescripció electrònica assistida (PEA) que incorporessin criteris tècnics preestablerts de seguretat o eficiència com els que s'han comentat, ja que facilitarien l'automatització d'aquest tipus de revisió.

A quin tipus de pacients s'hauria d'aplicar sistemàticament aquest tipus de revisió? A tots els pacients amb tractaments crònics.

Tipus 2. Revisió de l'Adherència i "Concordança" (Acords)

S'utilitza per avaluar l'adherència al tractament farmacològic i s'ha de fer en presència del pacient en el marc de la visita. **L'objectiu d'aquest tipus de revisió és millorar l'efectivitat del tractament.**

Definició. L'adherència terapèutica es defineix com el grau de correspondència entre el comportament del pacient i les recomanacions terapèutiques acordades amb el metge. L'adherència terapèutica no deixa de ser un procés dinàmic del qual el pacient és part fonamental i activa. Seguint aquesta línia, en els últims anys s'ha proposat un canvi conceptual basat en la configuració d'un model de relació professional sanitari-pacient centrat en les necessitats del pacient definides per ell mateix, en el qual els seus valors tenen un rol central i han de ser explorats, respectant les seves preferències per les diferents alternatives terapèutiques, si les hi hagués. En aquest model, la definició d'adherència es veu substituïda per la de concordança. Amb aquesta perspectiva, el procés de prescripció i de presa de la medicació es considera com una aliança en la qual el pacient i el metge participen per aconseguir un acord sobre les medicacions que cal prendre, quan i com s'han de prendre, i fer-ho a partir dels coneixements i l'experiència del professional i de les creences, les experiències i les preferències del pacient. Malgrat les dificultats pràctiques d'aquest nou model, l'aspecte clau rau en el canvi de rol del professional sanitari, ja que es passa d'un model paternalista a un model de decisió compartida.

Eines per mesurar l'adherència: **No hi ha una mesura de l'adherència que tingui una validesa contrastada;** per aquesta raó, s'aconsella combinar diversos mètodes. Habitualment s'utilitzen qüestionaris que el pacient ha de respondre i es fa el recompte dels comprimits que pren. En darrer terme, **el grau de control de la malaltia pot ser una mesura efectiva.**

Estratègies per millorar l'adherència:

Haynes va establir una sèrie d'intervencions (presentades en la taula 1.1) per millorar l'adherència que han resultat efectives, les quals han passat a constituir una aproximació clàssica en aquest tema i han servit de base per a treballs posteriors.

Taula 1. Estratègies efectives per millorar l'adherència

Informació: <ul style="list-style-type: none">- Simplificar la pauta tant com sigui possible.- Proporcionar al pacient indicacions clares sobre el règim terapèutic prescrit, si és possible, entregar-les també per escrit.
Per a tractaments crònics
Recordatoris <ul style="list-style-type: none">- Prescriure la medicació adaptada a les activitats quotidianes del pacient.- Recordar la importància de l'adherència en cada visita.- Ajustar la freqüència de les visites a les necessitats del pacient.- Trucar al pacient si no ve a la visita programada.- Utilitzar les TIC (SMS, etc.).
Premis <ul style="list-style-type: none">- Reconèixer els esforços que fa el pacient en cada visita per millorar la adherència- Reduir el nombre de visites si l'adherència és adequada
Suport social <ul style="list-style-type: none">- Implicar la família i els amics.

Atesa la importància de l'adherència en la relació assistencial i en les repercussions per a la salut del pacient, és evident que els resultats obtinguts amb les intervencions en aquesta àrea són insuficients. S'ha de canviar la perspectiva que s'ha aplicat fins ara i incorporar enfocaments nous procedents de les teories que estan emergint en l'educació per a la salut, algunes de les quals tractarem de descriure breument.

Hem d'evitar la idea que una única intervenció aplicada per millorar l'adherència en un moment determinat serà eficaç durant la resta de la vida d'un PCC. De fet, l'adherència varia amb el temps transcorregut des que un pacient inicia un tractament, especialment en el cas de patologies cròniques; i aquests canvis poden estar relacionats amb l'estat de salut del pacient, però també amb els canvis en la relació amb el metge, amb la satisfacció dels serveis sanitaris que utilitza o amb altres aspectes de la seva vida. Una bona relació entre el professional sanitari i el pacient, a partir de l'empatia és la base d'una relació de confiança que facilita l'adherència a les recomanacions.

La individualització dels tractaments (*tailoring*) és un component fonamental de moltes estratègies actuals utilitzades per millorar l'adherència, especialment quan es refereix a una patologia crònica, com es dedueix de la teoria dels estadis del canvi. Per aconseguir aquesta individualització, la tecnologia informàtica és un instrument potent que ha anat guanyant importància els últims anys. S'han elaborat diferents programes que permeten individualitzar les recomanacions a cada persona, una vegada ha emplenat un breu qüestionari informàtic amb relació a la seva malaltia i a les seves opinions personals rellevants per al tractament i per a l'adherència.

Altres estratègies d'interès són els [instruments d'ajuda a la decisió del pacient](#) (patient decision aids), documents informatius que es presenten en suport paper o digital, amb la informació necessària i objectiva presentada de forma senzilla i comprensible per a la majoria de pacients, de manera que els permeti prendre una decisió informada, sota la perspectiva de la seva malaltia en situacions clíniques amb diferents alternatives terapèutiques. La difusió d'aquestes tecnologies obre noves perspectives en la manera de plantejar les intervencions per millorar l'adherència.

Eina per sistematitzar la revisió tipus 2. És un algoritme que facilita portar a la pràctica assistencial les recomanacions descrites anteriorment per millorar l'adherència; així com sistematitzar la informació que rep el pacient sobre la seva medicació i detectar els [obstacles que en dificulten l'adherència](#) i proposar la intervenció més adequada. *A quin tipus de pacients s'hauria d'aplicar sistemàticament aquest tipus de revisió*

- a) Pacients que presentin un control inadequat de la malaltia o bé canvis bruscos en l'evolució d'aquesta malaltia, o bé que no responguin al tractament.
- b) Pacients amb tractaments que causin efectes adversos freqüents que empitjorin la seva qualitat de vida i pacients en els quals no es presenta un efecte advers freqüent associat al tractament.
- c) Pacients polimedicats, especialment si són ancians.
- d) Pacients amb tractaments complexos i de llarga durada i/o amb medicaments, l'administració dels quals és complexa i requereix un ensinistrament periòdic de la tècnica.

Tipus 3. Revisió clínica

Aquesta tercera estratègia de revisió és la més global, ja que integra les dues anteriors i aprofundeix en la seguretat de la medicació. **Té l'objectiu de millorar l'adequació del tractament, la seguretat i l'efectivitat de forma combinada.**

Definició. La revisió clínica de la medicació és el procés en el qual el metge o metgessa, durant la visita que fa al pacient, valora l'eficàcia terapèutica de cada medicament, i la relaciona amb l'evolució de les patologies que li està tractant, així com la prevenció i la resolució dels PRM, l'adherència al tractament i el coneixement que té el pacient del tractament farmacològic i les seves patologies.

La finalitat és decidir si és necessari afegir, retirar o continuar amb algun dels medicaments de la medicació que pren el pacient, i valorar els beneficis i riscos que comporta la teràpia.

Què es revisa. La **indicació** de la medicació en relació amb les patologies que té el pacient; l'**adequació** de cadascun dels medicaments que pren el pacient a l'edat i/o les condicions clíniques com ara la insuficiència renal o hepàtica, així com l'adequació de la dosi, la pauta i la durada; també es valora l'**efectivitat** del tractament amb relació al objectiu terapèutic plantejat i els aspectes relacionats amb la **seguretat** dels medicaments per evitar PRM i l'**adherència** al tractament.

Per fer aquest tipus de revisió és imprescindible consultar la història clínica del pacient i la seva presència per valorar l'adherència i acordar amb ell els canvis efectuats en el seu tractament.

A quin tipus de pacients s'hauria d'aplicar sistemàticament aquest tipus de revisió.

Es prioritzen els pacients que presentin un o més factors de risc dels que estan recollits a la figura 3.

Metodologia per dur a terme la revisió clínica

A continuació es presenten els passos per a la realització sistemàtica de la revisió clínica. Figura 4. Revisió clínica

1r pas. Jerarquitzar les patologies tenint en compte el criteri del professional i del pacient.

2n pas. Associar els medicaments a les patologies que presenta el pacient.

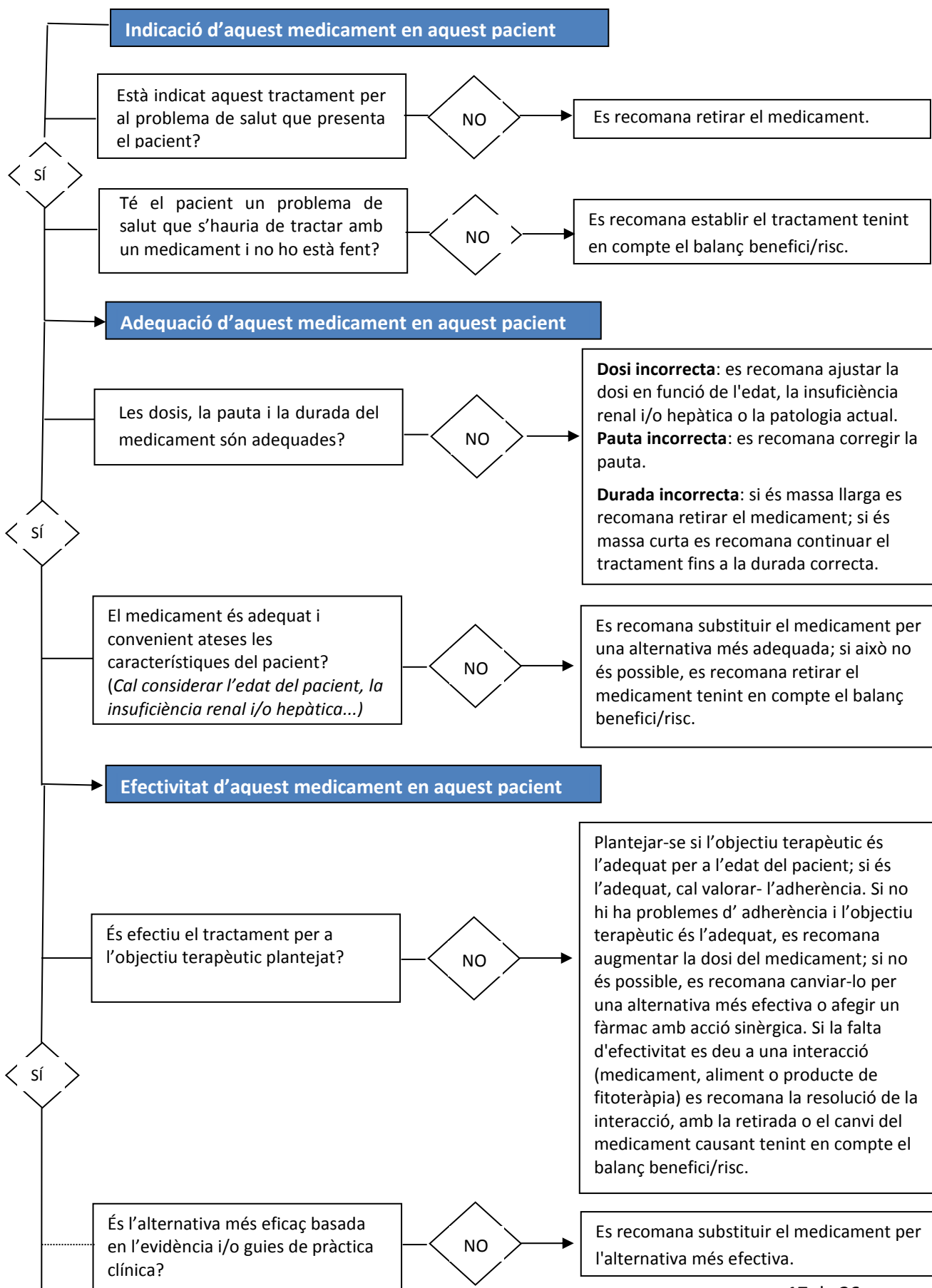
3r pas. Establir l'objectiu terapèutic per cada tractament tenint en compte l'edat i situació clínica del pacient.

4t pas. Aplicar l'algoritme de revisió clínica de la medicació (figura 5) per valorar la indicació, l'adequació, l'efectivitat, la seguretat, el cost i el compliment terapèutic.

Eines per sistematitzar la revisió tipus 3. Hi ha diferents eines per fer aquest tipus de revisió, entre les quals podem esmentar l'Assessing Care of Vulnerable Elderly (ACOVE), instrument orientat al pacient d'edat avançada; NO TEARS Tool, que indica les dimensions avaluades de la medicació a partir de l'evidència científica, i el Screening Tool for Medication Review, que està orientat a pacients polimedicats.

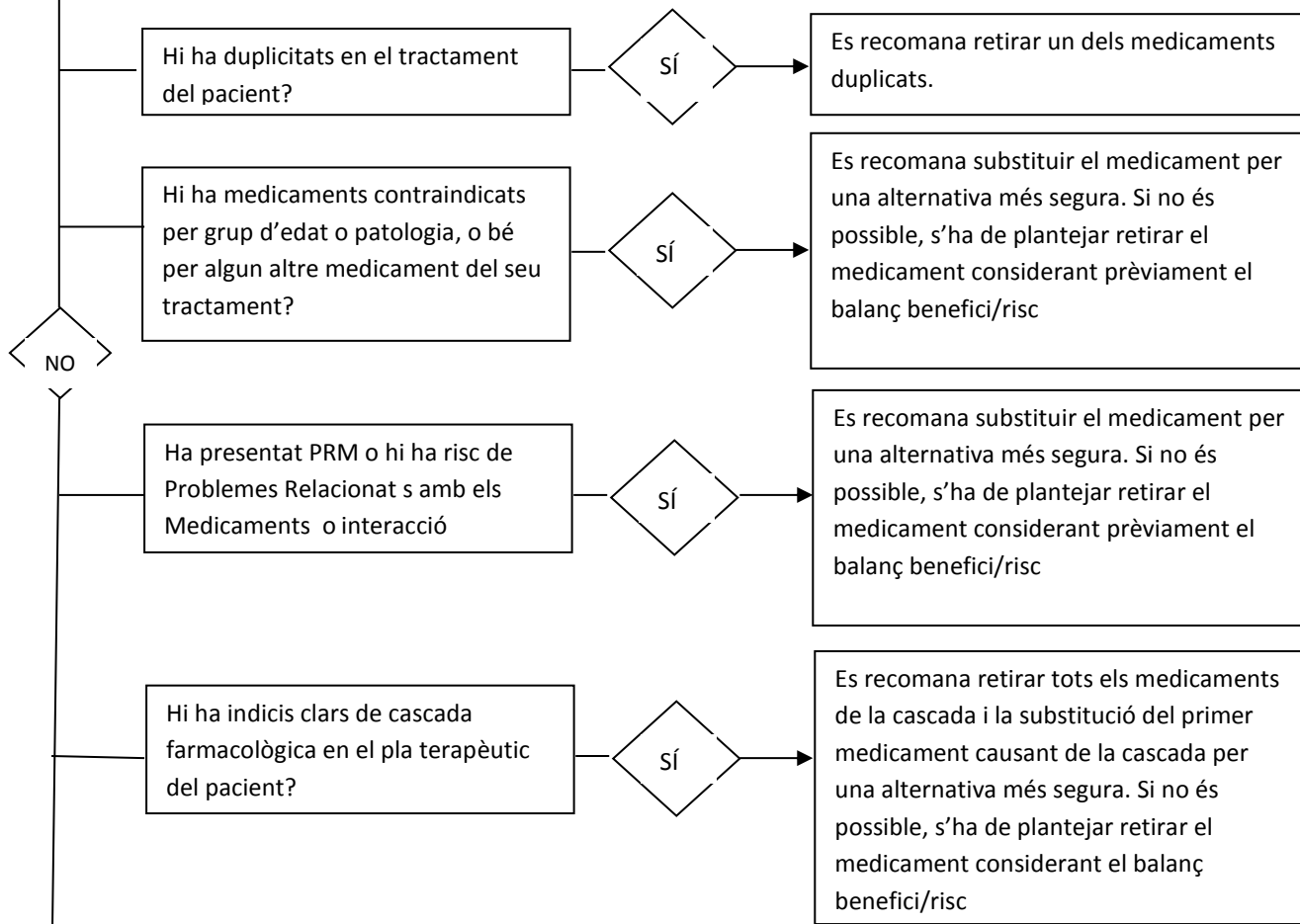
Finalment, també es disposa de l'únic que s'ha validat en el nostre medi, el Medication Appropriateness Index (MAI), que presenta problemes de factibilitat per a la utilització en l'atenció primària per la complexitat que té d'aplicació i exhaustivitat de les dimensions que mesura. Se'n pot trobar una descripció detallada al llibre publicat per la Societat Espanyola de Farmacèutics d'Atenció Primària (SEFAP), que ha dissenyat un algoritme que revisa les cinc dimensions (indicació, adequació, efectivitat, seguretat i adherència) descrites anteriorment i de fàcil aplicabilitat en el nostre medi (figura 5).

Figura 5. ALGORITME DE LA REVISIÓ CLÍNICA DE LA MEDICACIÓ EN EL PACIENT CRÒNIC COMPLEX

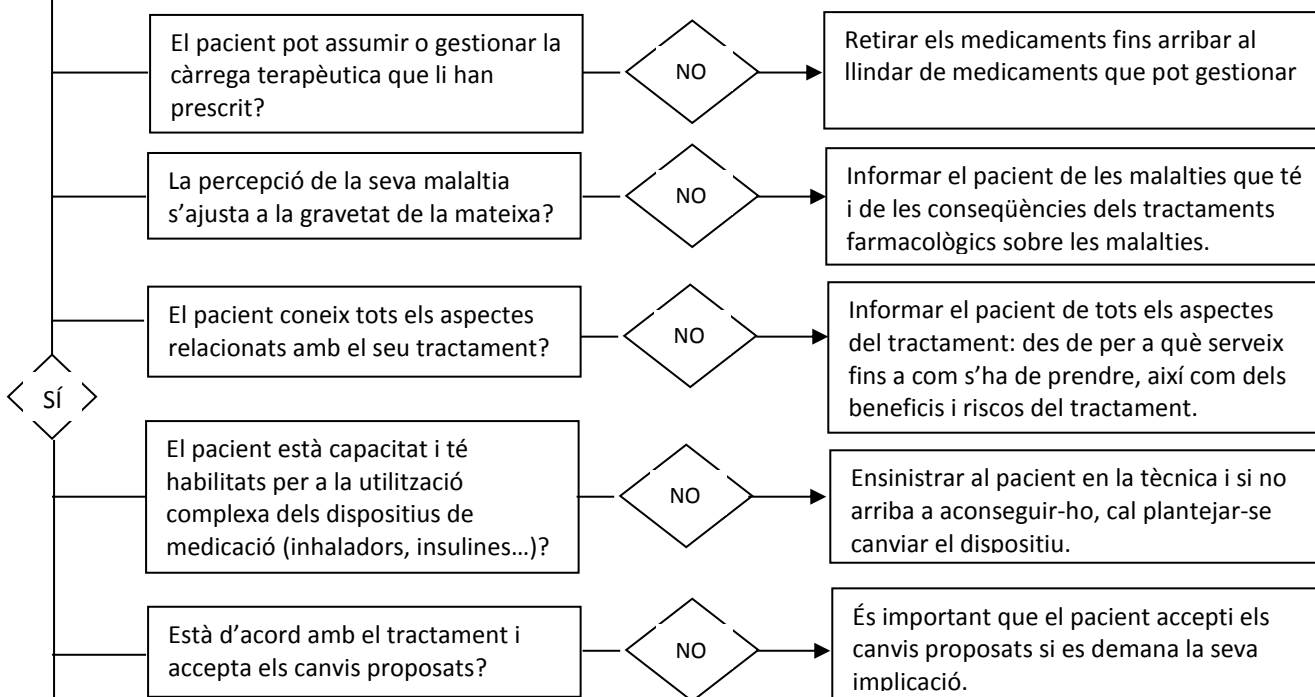


Maneig bàsic de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió, desprescripció i adherència

Seguretat d'aquest medicament en aquest pacient



Coneixement de la perspectiva del pacient sobre el tractament



Aplicar estratègies de millora de l'adherència (Enllaç)

Desprescripció

Definició

Es tracta d'una retirada planificada i estandaritzada de la medicació crònica, àmpliament recomanada en gent gran. En absència d'estudis i guies centrades específicament en la retirada de la medicació, la desprescripció s'hauria de fonamentar en l'epidemiologia dels problemes relacionats amb la prescripció (per exemple, els medicaments desaconsellats en gent gran, o amb un perfil de més alt risc, que haurien de ser un objectiu prioritari de retirada) hauria de ser individualitzada i girar-se pel sentit comú.

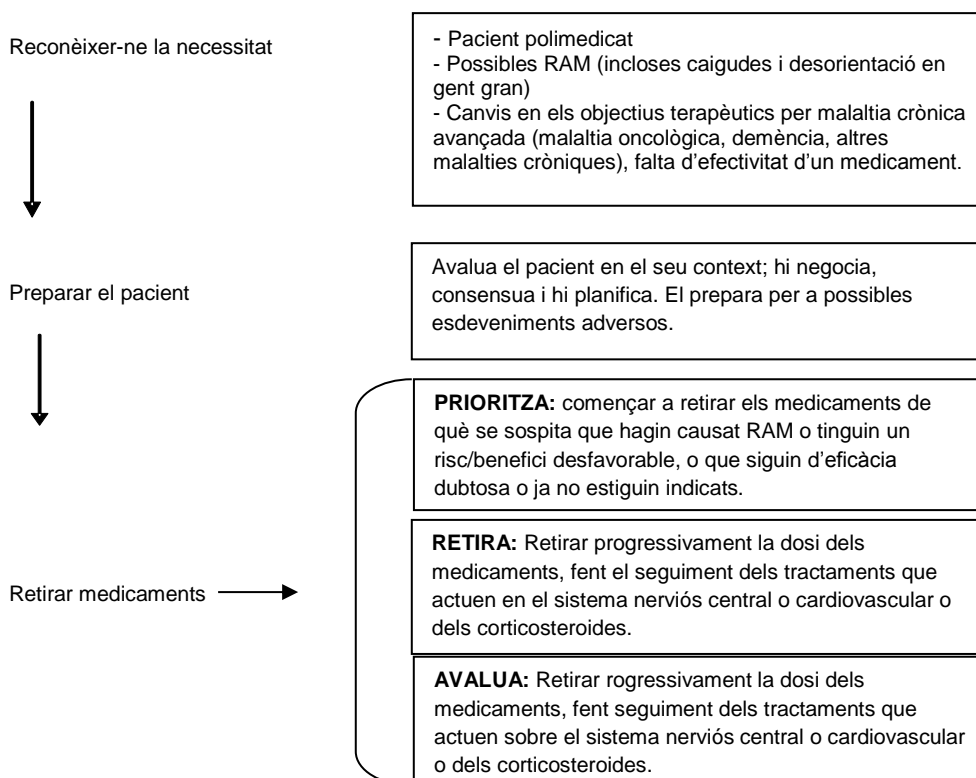
Situacions que afavoreixen la desprescripció

Hi ha situacions en les quals s'hauria de plantejar la revisió de la medicació amb l'objectiu concret de retirar medicaments. Són els casos següents:

1. **Manca d'efectivitat del tractament**, ja sigui perquè es tracta del següent:
 - Medicament no indicat.
 - Manca d'evidència sobre els beneficis en general o en la població de gent gran.
 - Existència de recomanacions en contra de l'ús del medicament en persones grans o amb problemes de salut específics.
2. **Persones amb polimediació**. Diferents estudis indiquen que és possible implementar estratègies de retirada de medicaments en pacients ancians polimedicats i que no només no produeixen el deteriorament de les malalties del pacient o la reaparició dels símptomes, sinó que poden millorar l'estat cognitiu del pacient, reduir el risc de caigudes i millorar-ne la qualitat de la vida.
3. **Reaccions adverses associades als medicaments (RAM)**. S'inclouen esdeveniments adversos freqüents en persones grans amb conseqüències potencialment greus. Molts d'aquests esdeveniments s'han considerat durant molt de temps com "normalment relacionats amb l'envelliment", com ara caigudes, desorientació i deteriorament cognitiu o trastorns de la conducta, com ara agitació. Segons alguns autors, "cada símptoma en un pacient gran hauria de considerar-se una RAM fins que no hi hagi una prova contrària".

4. **Canvis en els objectius terapèutics**, sobretot davant d'una malaltia crònica avançada, incloses les malalties oncològiques o la demència en un estat avançat. A mesura que la malaltia progressa i és més clar que la prevenció o la curació no són objectius realistes, un enfocament individualitzat i consensuat amb el pacient, més adreçat a la pal·liació i al control dels símptomes pot ser el més adequat. Aquest canvi d'enfocament hauria d'anar acompanyat d'una revisió de la medicació amb la retirada de medicaments que ja no s'ajusten als objectius. Habitualment, un dels objectius pot ser el confort i el control de símptomes (dolor, ansietat, ofec, etc.), però en altres situacions es pot combinar o anteposar el desig o la necessitat de mantenir la capacitat d'interactuar amb l'entorn o de deixar resoltes algunes situacions familiars o assumptes pràctics. Igualment, s'ha de tenir en compte que alguns medicaments (per exemple, estatines, antihipertensius o bifosfonats) poden tenir un objectiu preventiu que s'ajusta malament a la situació, o necessiten un temps llarg, possiblement fins i tot superior a l'esperança de vida de la persona per ser efectius. Altres medicaments poden veure els seus efectes influïts per canvis orgànics associats a la malaltia (canvis en la composició corporal en situació de caquèxia, o trastorns del metabolisme hepàtic i renal, per exemple), que poden determinar un increment del risc de reaccions adverses.

Etapes de la desprescripció



Com abordar la retirada de la medicació?

Quan el procés de desprescripció és lent, es retira sota supervisió mèdica no més d'un medicament alhora, i se'n redueix progressivament la dosi si és necessari per tal que es minimitzin les reaccions clíniques adverses associades a la retirada.

Malgrat això, cal tenir en compte l'eventual aparició del següent:

- Síndromes de retirada. Es manifesta sobretot amb medicaments que actuen sobre el sistema nerviós central com ara benzodiazepines, antidepressius, levodopa, blocadors β o corticosteroides.
- Efecte rebot. Alguns exemples són la taquicàrdia per la retirada de blocadors β , la hipersecreció àcida per la retirada d'inhibidors de la bomba de protons i l'insomni per retirada d'hipnòtics.
- Desemmascament d'interaccions. Per exemple, amb la retirada d'omeprazol es pot haver de modificar la pauta d'anticoagulants orals que prèviament era estable, perquè l'omeprazol pot modificar el metabolisme dels anticoagulants.
- Reaparició de la malaltia subjacent: símptoma original o factor de risc. És un fenomen aparentment infreqüent, però que s'ha de tenir en compte.

En cas que apareguin síndromes de retirada o reapareguin malalties subjacents, cal reiniciar el tractament a les dosis de partida i fer un nou assaig de retirada a un ritme més lent. En aquests casos, poden ser útils les recomanacions sobre com procedir en la [suspensió de la medicació](#), tot considerant les possibles reaccions adverses com a conseqüència d'aquesta.

Estratègia d'implantació d'un programa de revisió, conciliació i adherència de la medicació

No disposem de cap model ideal de programes de **revisió, conciliació i adherència** i, per això es fa necessari adaptar aquests processos a cada entorn, tenint en compte, entre d'altres, l'organització, els recursos i els sistemes d'informació disponibles.

Els punts fonamentals són els següents:

- Formar un equip multidisciplinari i implicar tota l'organització.
- Protocol·litzar els processos de conciliació, revisió, desprescripció i **adherència assignant funcions, responsabilitats** i evitar-ne la duplicitat de tasques, la qual cosa s'ha de mantenir en el temps.
- Definir un pla d'acció que prevegi objectius, projecte pilot, fases, cronograma, fonts d'informació, selecció de pacients i seguiment del programa.
- Suport dels sistemes d'informació i gestió clínica: mòduls de prescripció electrònica per a la prevenció de PRM i per a la revisió sistemàtica dels medicaments.
- Pla de formació i difusió del programa als professionals.
- Formar el pacient i implicar-lo activament en el seu tractament.
- Disposar de comissions multidisciplinàries entre àmbits assistencials: estandarditzar processos.
- Facilitar un registre únic de la medicació (història clínica compartida de Catalunya, HCCC): disposar d'un registre únic actualitzat en temps real.

Bibliografia sobre revisió

W Clyne, A Blenkinsopp, R Seal. A guide to medication review 2008. (Citat 1 de juliol 2012). Disponible a: http://www.npc.nhs.uk/review_medicines/intro/resources/agtmr_web1.pdf

Instrucció 04/2012. Requeriments i criteris comuns mínims per a la prescripció, revisió i renovació de tractaments crònics mitjançant recepta. Disponible a: http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/instruccions/instruccio_04_2012.pdf

Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, Seger AC, Peterson J, Burdick E, et al. Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med*. 2003;348:1556-64.

Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 2003;289:1107-16.

Bourgeois FT, Shannon MW, Valim C, Mandl KD. Adverse drug events in the outpatient setting: an 11-year national analysis. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010;19: 901-10.

Howard RL, Avery AJ, Slavenburg S, Royal S, Pipe G, Lucassen P, et al. Which drugs cause preventable admissions to hospital? A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2007;63:136-47.

Otero MJ, Alonso P, Maderuelo JA, Ceruelo J, Domínguez-Gil A, Sánchez A. Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan el ingreso hospitalario *Farm Hosp*. 2006;30:161-70.

Koehler JA, Abramowitz PW, Swim SE, Daniels CE. Indicators for the selection of ambulatory patients who warrant pharmacist monitoring. *J Hosp Pharm*. 1989;46:729-32.

Hajjar ER, Hanlon JT, Artz MB, Lindblad CI, Pieper CF, Sloane RJ, et al. Adverse drug reaction risk factors in older outpatients. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2003;1:82-9.

Hamdy RC, Wyatt S, Whalen K, Donnelly JP, Compton R, Testerman F, et al. Reducing polypharmacy in extended care. *South Med J*. 1995;88(5):534-8.

The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Apr;60(4):616-31.

Holt S, Schmiedl S, Petra A, Thürmann PA. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS List. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107:543-51.

McLeod PJ, Huang AR, Tamblyn RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. *CMAJ*. 1997;156:385-91.

Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:273-9.

Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, et al. Clinical guidelines and evidence review for medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; 2009.

Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients. *BMJ* 2007;355:24-7.

Mariner M, Berkinsog, Bould C, et al. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking. London: Royal Pharmaceutical Society; 1997.

Elwyn G, Edwards A, Britten N. Doing prescribing: how doctors can be more effective. *BMJ*. 2003; 327:864-7.

McNutt RA. Shared decision-making: problems, process, progress. *JAMA*. 2004;292:2516-8.

Haynes RB, Wang E, Da Mota Gomes M. A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. *Patient Educ Counselling*. 1987;10:155-66.

Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. Health behaviour and health education. San Francisco: Jossey Bass; 1997: 60-84.

Butler C, Bolnik S, Stott N. The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. CMAJ. 1996;154:1357-62.

De Vries H, Broug J. Computer-tailored interventions motivating people to adopt health promoting behaviour: introduction to a new approach. Patient Educ Counselling. 1999;36:99-105.

Bental DS, Cawsey A, Joens R. Patient information systems that tailor to the individual. Patient Educ Counselling. 1999;36:171-80.

Amado E, Izko N, De Palma D, Massot M, Rodríguez G, Rosich I. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Barcelona: SEFAP; 2012.

Zermansky AG, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Vail A, Lowe CJ. Randomised controlled trial medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. BMJ. 2001;323:1-5.

Knight E, Avorn J. Quality indicators for appropriate medication use in vulnerable elders. Ann Intern Med. 2001;135:703-10.

Higashi T, Shekelle P, Solomon D, Knight E, Roth C, Chang J, et al. The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. Ann Intern Med. 2004;140:714-20.

Lewis T. Using NO TEARS Tool for medication review. BMJ. 2004;329:434.

De Smet P, Denneboom W, Kramers C, Grol R. A composite screening tool for medication reviews of outpatients. Drugs Aging. 2007;24(9):733-60.

Hanlon JT, Schmander KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. J Clin Epidemiol. 1992;45(10):1045-51.

Fitzgerald LS, Hanlon JT, Shelton PS, Landsman PB, Schmander KE, Pulliman C, et al. Reliability of a modified medication appropriateness index in ambulatory older persons. Ann of Pharmacotherapy. 1997;31:543-8.

Bibliografia sobre desprescripció

Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. Arch Intern Med. 2010 Oct 11;170(18):1648-54.

Steinman MA, Hanlon JT. Managing medications in clinically complex elders: "There's got to be a happy medium". JAMA. 2010 Oct 13;304(14):1592-601.

Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. BMJ. 1997 Oct 25;315(7115):1096-9.

[Hardy J, Hilmer S. Deprescribing in the last year of life. J Pharm Pract Res. 2011;41:146-51].

Bibliografia sobre conciliació

How-to guide: prevent adverse drug events by implementing medication reconciliation. Cambridge (MA): Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponible a: www.ihl.org

Gleason KM, Brake H, Agramonte V, Perfetti C. Medications at transitions and clinical handoffs (MATCH) toolkit for medication reconciliation. (Prepared by the Island Peer Review Organization, Inc., under Contract No. HHS2902009000 13C.) AHRQ Publication No. 11(12)-0059. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; desembre de 2011.

JCAHO. Rich DS, editor. Medication Reconciliation Handbook. 1st ed. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission Resources; 2006.

The Institute for Healthcare Improvement. 5 Million Lives Campaign. Getting Started Kit: Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation) How-to Guide. Cambridge (MA): Institute for Healthcare Improvement; 2008. Disponible a: http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/98096387-C903-4252-8276-5BFC181C0C7F/0/ADE_HowtoGuide.doc

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), National Patient Safety Agency. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byld&o=11897>

Roure C, Gorgas MQ, Delgado O, coord. Guia para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. [S.I.]: Societat Catalana de Farmàcia Clínica; 2009.

Roure C, Delgado O, Aznar MT, Villar Y, Fuster L, coord. Documento de consenso en terminología y clasificación de los programas de conciliación de la medicación 2009. Barcelona: Ediciones Mayo; 2009.

Roure C. Conciliació de la medicació: una eina necessària per garantir la continuïtat assistencial i millorar la seguretat del pacient. Butlletí d'Informació Terapèutica. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. BIT. 2010; 22(4).

Greenwald JL, Halasyamani L, Greene J, LaCivita C, E Stucky, Benjamín B, et al. Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant, and implementable: a consensus statement on key principles and necessary first steps. J Hosp Med. 2010 Oct; 5(8):477-85.

Amado E, Izko N, De Palma D, Massot M, Rodríguez G, Rosich I. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Barcelona: SEFAP; 2012. Disponible a: <http://www.sefap.org>

Griffin FA, Vaida AJ, Williams MV. Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant, and implementable: a consensus statement on key principles and necessary first steps. J Hosp Med 2010 Oct;5(8):477-85.

Bibliografia web

Safer Healthcare Now! Disponible a: www.saferhealthcarenow.ca

Massachusetts Coalition for Prevention of Medical Errors. Disponible a: www.macoalition.org

Institute for Healthcare Improvement. Disponible a: <http://www.ihl.org/explore/ADEsMedicationReconciliation/>

Societat Catalana de Farmàcia Clínica. Disponible a: <http://www.scfarmclin.org>

Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP). Disponible a: <http://www.sefap.org>

Sociedad Española de Farmacéuticos de Hospital. Disponible a: <http://www.sefh.es>

Responsable del projecte: Corinne Zara

Grup de revisió

Responsable

Ester Amado

Membres

Albert Broto	Carles Pardo	Anna Coma
Núria Escoda	Esther Limón	Isabel Rosich
M. Antònia Llauger	Maite Pérez	Marco Inzitari
Mireia Massot	Montse Boqué	Neus Esgueva de Haro
Corinne Zara		

Grup de conciliació

Responsable

Isabel Rosich

Membres

M. Àngels Pellicer	Carmen Olmos	Cristina Roure
Núria Escoda	M. Carmen Buixeda	M. Queralt Gorgas
Ester Amado	Gemma Rodriguez	Neus Rams
Marga Torio	Mercè Mercadé	Mercè Rodríguez
Josemi Baena	Corinne Zara	