

REPTES EN LA PRESCRIPCIÓ DE MEDICAMENTS: EL SOBRETACTAMENT

Marta Lestón Vázquez, Noemí Villén Romero, Amelia Troncoso Mariño

Àrea del Medicament i Servei de Farmàcia. Gerència Territorial de Barcelona. Institut Català de la Salut. Barcelona.

Resum

Tenim una societat cada vegada més envellida, amb un nivell de salut més alt però que cada vegada percep pitjor la seva salut, fet que de vegades condueix a un sobretractament de la població. Entre els motius més freqüents de sobretractament, s'han descrit la medicina de complaença, la medicina defensiva, l'abús de la medicina preventiva, la medicalització de la vida i la inèrcia terapèutica. Aquestes situacions poden conduir a un increment dels problemes de salut relacionats amb els medicaments (PSM), a ingressos hospitalaris o a la mortalitat.

Entre la població d'edat avançada, es donen sovint determinades situacions que la fan més vulnerable al sobretractament i les seves conseqüències, com ara la multimorbiditat —que freqüentment s'associa a la polimediació—, la fragilitat, els objectius terapèutics dinàmics, els canvis fisiològics que afecten la farmacocinètica i la farmacodinàmica, la càrrega terapèutica que pot condicionar una baixa adherència, o les contínues transicions assistencials. És necessari que les intervencions terapèutiques siguin individualitzades, valorar el pacient de forma holística, tenint objectius realistes, i avaluar els possibles beneficis obtinguts respecte dels possibles riscos.

Les estratègies de prevenció quaternària, com la desprescripció i els principis per a una prescripció prudent, poden contribuir a reduir el sobretractament, millorant el balanç benefici-risc dels fàrmacs, i disminuir la càrrega terapèutica.

Paraules clau: sobretractament, prescripció prudent, desprescripció

Introducció

En les darreres dècades, als països desenvolupats s'ha arribat a un dels nivells de salut més alts de la història, però, paradoxalment, aquest ha anat acompanyat d'una disminució de la percepció de l'estat de salut de la població. Això és degut, entre altres motius, a l'ampliació del concepte de malaltia i a la medicalització de molts processos, fets que han generat necessitats en la població que, en no veure's satisfetes, originen una percepció de salut deficient.¹

D'altra banda, en el nostre medi, la hiperprescripció farmacològica és elevada. En són un exemple les dades de consum d'an-

tiulcerosos (DHD 100) i ansiolítics (DHD 44) a Catalunya durant l'any 2019, amb valors molt superiors a la mitjana dels països de l'OECD, de l'anglès Organisation for Economic Cooperation and Development.²

Aquesta situació s'ha vist agreujada per l'increment de l'envel·liment de la població, que ha anat acompanyat d'un augment de la multimorbiditat i, consegüentment, de la polimediació. El dinamisme en els objectius terapèutics d'aquesta població fa necessària la reavaluació de cada tractament, en el sentit que els medicaments que podien haver estat adequats en un moment donat, ara ja no ho són.

Aquestes situacions de sobretractament, afavorides pel sobre-diagnòstic, s'han relacionat amb conseqüències negatives per a la salut de la població, com ara l'increment d'efectes adversos, d'ingressos hospitalaris o de la mortalitat.³⁻⁵ Per aquestes raons, davant qualsevol decisió terapèutica, és necessari valorar el pacient de forma individual, tenint present objectius realistes, i fer un balanç dels possibles beneficis obtinguts i dels possibles riscos.

En els darrers anys, han aparegut diferents estratègies amb l'objectiu d'evitar els efectes iatrogènics o perjudicials de la intervenció mèdica (prevenció quaternària), com ara la desprescripció o els principis per a una prescripció prudent.

L'objectiu d'aquest butlletí és reflexionar sobre els diferents reptes en la prescripció que condueixen a un sobretractament, posant de manifest les conseqüències sobre la salut de la població i proposant maneres de revertir aquestes situacions.

Sobretractament: causes i conseqüències

El sobre-diagnòstic i el sobretractament ocorren quan es diagnostica una «malaltia» que mai no causarà símptomes ni la mort al pacient, i el tractament associat de la qual té una baixa probabilitat d'obtenir benefici per al pacient, o fins i tot li pot causar un perjudici.^{6,7} Són transversals en la pràctica clínica i afecten qualsevol acte terapèutic i àmbit assistencial. A més, tenen conseqüències negatives tant per al pacient individual com per al sistema sanitari.^{8,9}

En relació amb el sobretractament farmacològic, té una causa multifactorial, i entre els motius més rellevants es troben els següents (figura 1):

- **Medicina de complaença.** Es defineix com les prescripcions farmacològiques dutes a terme a la recerca de la satisfacció del pacient sense arribar a aconseguir resultats en salut. Freqüentment, en aquest apartat s'engloba la prescripció de fàrmacs de valor intrínsec no elevat, amb una efectivitat clínica dubtosa o una rellevància clínica modesta o inexistent. Alguns exemples d'aquests fàrmacs poden ser la betahistina, els SYSADOA (de l'anglès Symptomatic Slow-Acting Drugs for Osteoarthritis), la pentoxifil·lina i el dobesilat de calci, entre d'altres.¹⁰

- **Medicina defensiva.** Segons la bibliografia, és la manera d'exercir la medicina que intenta evitar denúncies per mala praxi.¹¹ En aquest cas, el professional anteposa la por a les conseqüències d'una omisió de la intervenció i en banalitza els riscos. Un exemple seria mantenir el tractament amb estatines en un pacient ancià en prevenció primària per por d'un possible esdeveniment cardiovascular, tot i que l'evidència actual, més enllà de la reducció del colesterol LDL, no ha demostrat beneficis conclouents en la morbimortalitat d'aquesta població.¹²⁻¹³
- **Inèrcia terapèutica.** És la falta d'actuació del clínic tot i detectar un problema de salut susceptible de ser millorat. Farmacològicament, s'entén com no prescriure un medicament necessari per tractar un problema de salut, o no desprescriure'l quan el pacient no el necessita. Aquesta segona situació es pot donar quan hi ha canvis en els objectius terapèutics, com en pacients amb demència molt avançada que continuen en tractament amb inhibidors de l'acetilcolinesterasa o memantina, o en situacions en què el fàrmac és inefectiu per al pacient, com en el cas de pacients tractats amb antiespasmòdics urinaris quan no s'observa millora en la incontinença o en altra simptomatologia urinària relacionada.¹⁴⁻¹⁶
- **Abús de la medicina preventiva.** Comprèn la conversió dels factors de risc en patologies i l'ampliació dels límits de la malaltia, amb objectius terapèutics basats en variables subrogades cada vegada més estrictes.⁹ El fet de definir els factors de risc com a malaltia comporta l'abordatge d'individus sans com si estiguessin malalts, sense que hi hagi un fonament científic del benefici clínic d'actuar sobre aquests factors. Alguns exemples d'aquesta pràctica són elevar la hipercolesterolèmia a entitat de patologia, o considerar l'osteoporosi com una malaltia només sobre la base dels valors de la densitometria mineral òssia.
- **Medicalització de la vida.** S'entén com la «medicalització» progressiva d'aspectes de la vida que es poden percebre com problemes mèdics, però que no ho són.¹⁷ En una enquesta publicada a la revista *British Medical Journal*, es descriuen algunes de les situacions que en els últims temps han passat a ser objecte d'intervenció mèdica: el trastorn d'horari (*jet lag*), la lletjor, l'envelliment, la calvície, la ressaca o l'embaràs, entre d'altres.¹⁸ També s'han medicalitzat recentment situacions com l'alteració de l'estat d'ànim, l'astènia primària, la fòbia social, la hiperhidrosi o la menopausa.

Figura 1. Interrelació dels diferents conceptes involucrats en el sobretractament. (Figura d'elaboració pròpia).



La literatura científica es refereix amb el terme anglosaxó *disease-mongering* a la situació en què l'abús de la medicina preventiva i la medicalització de la vida són promogudes per la indústria farmacèutica amb l'objectiu d'obtenir-ne beneficis econòmics.^{1,9}

Entre els riscos més importants del sobretractament farmacològic per als pacients, hi trobem l'increment de la polimediació, els problemes de salut relacionats amb els medicaments (PSM) que poden conduir a ingressos hospitalaris o a la mortalitat, i el risc de patir cascades terapèutiques que poden produir un augment de la càrrega terapèutica i afavorir la falta d'adherència.

El sobretractament farmacològic també genera un augment de la pressió assistencial, ja que fa la societat més dependent del sistema sanitari, i, en conseqüència, provoca un increment de la despesa sanitària.

Els pacients d'edat avançada com a població més vulnerable

La multimorbiditat i la polimediació són característiques freqüentment associades a l'envelliment. A Catalunya, l'any 2019, el 55 % de les persones més grans de 65 anys tenien prescrits cinc o més medicaments, i el 23 % de les més grans de 80 anys en tenien prescrits deu o més.

En aquests pacients, el sobretractament i la polimediació són especialment problemàtics, ja que la gent gran té unes característiques que la fan més propensa a presentar un PSM i que incrementen el risc de reaccions adverses (caigudes, aparició de síndromes geriàtriques, disminució de l'estat funcional, etc.), visites a urgències, ingressos hospitalaris o mortalitat^{3-5,19-21} (figura 2). En l'envelliment, es produeixen canvis fisiològics que provoquen alteracions en la farmacocinètica i la farmacodinàmica dels medicaments, cosa que modifica la seva resposta. Un exemple és el cas de l'efecte dels fàrmacs amb mecanisme anticolinèrgic en els pacients d'edat avançada. En aquest cas, a

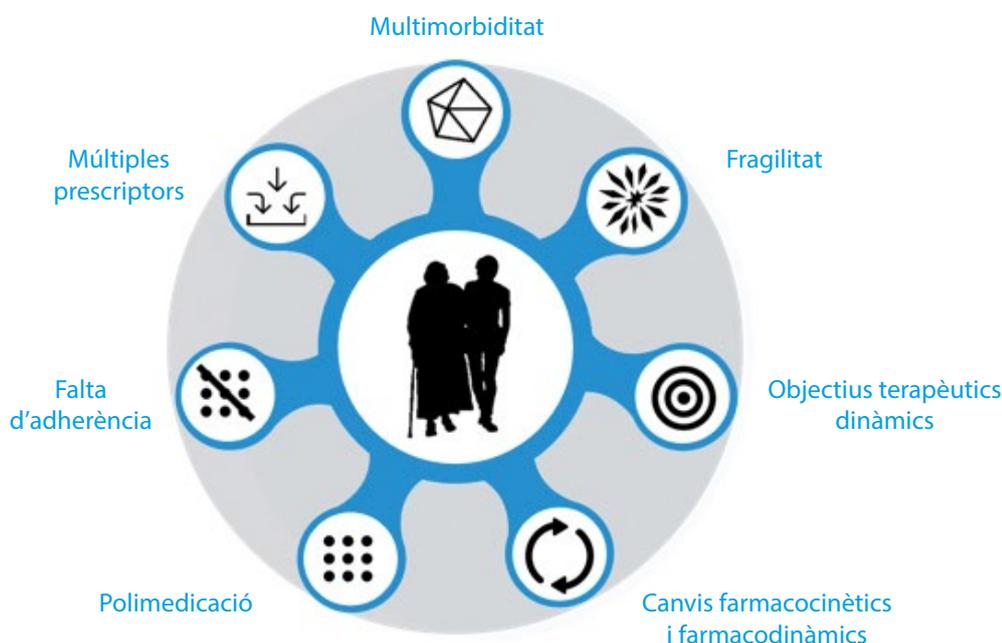
més de la disminució del metabolisme i l'excreció del fàrmac, que fa que el seu efecte perduri durant més temps, també es produeix una disminució en la permeabilitat de la barrera hematoencefàlica i una activitat colinèrgica més petita al cervell, per la qual cosa és més fàcil sobrepassar el llindar simptomàtic per efecte anticolinèrgic.²² En els pacients d'edat avançada, una càrrega anticolinèrgica elevada s'ha associat a un increment del risc de trastorns cognitius i de demència (exposició crònica), i a un increment del risc de caigudes i un augment de la morbi-mortalitat.²³

Entre les causes més freqüents de polimediació en aquesta població, es troben l'aplicació de guies de pràctica clínica centrades en una patologia determinada, sense abordar de manera global els pacients amb multimorbiditat, l'aplicació d'objectius terapèutics establerts per a la població general, o la participació de múltiples prescriptors en l'atenció del pacient sense tenir-ne una visió holística. El pacient d'edat avançada sovint es troba infrarepresentat tant en les guies de pràctica clínica com en els estudis en què es basen aquestes guies.²⁴

Els objectius terapèutics canvien en funció de l'edat i les expectatives de vida del pacient: des dels objectius de prevenció de la malaltia amb tractaments que busquen modificar el curs de la patologia, fins als objectius pal·liatius, amb tractaments dirigits al control dels símptomes en les situacions de malaltia avançada i amb pronòstic de vida limitat.²⁵ No obstant això, un percentatge elevat de pacients en situació final de vida coneguda continua prenent medicaments preventius de malalties cròniques fins a la mort, tot i el seu qüestionable benefici.²⁶ Segons dades de l'Observatori de la Mort de Catalunya, l'any 2018, el 34,1, el 22,6 i el 17,8 %²⁷ de les persones més grans de 65 anys consumien àcid acetilsalicílic, estatines i vitamina D, respectivament, en el moment de la mort.

Per aquestes raons, l'adequació dels objectius terapèutics, la valoració del balanç benefici-risc dels tractaments recomanats a les guies de pràctica clínica, i la incorporació de les preferències i els valors del pacient en les decisions terapèutiques són especialment rellevants en persones d'edat avançada i amb multimorbiditat.²²

Figura 2. Característiques que es donen freqüentment en la població d'edat avançada i que la fan més propensa a presentar PSM (Figura d'elaboració pròpia).



Estratègies de millora: la prescripció prudent i la desprescripció com a eines de prevenció quaternària

La prevenció quaternària és el conjunt d'activitats que intenten evitar els efectes iatrogènics o perjudicials de la mateixa acció preventiva, diagnòstica i terapèutica provocada per la intervenció mèdica, i és especialment rellevant en pacients d'edat avançada. La prescripció prudent i la desprescripció es poden considerar eines per portar a terme la prevenció quaternària.

La prescripció prudent és un requisit previ per a l'ús segur i apropiat dels medicaments que intenta promoure una prescripció més cautelosa i conservadora, amb l'objectiu de maximitzar els beneficis i minimitzar els riscos derivats dels tractaments prescrits.^{28,29} A la taula 1 es detallen els principis recomanats per a una prescripció prudent.

La desprescripció de medicaments s'emmarca dins de la prescripció prudent. El terme *desprescripció* es refereix a un procés de retirada de medicaments planificat i estandarditzat, supervisat per un professional sanitari i amb l'objectiu d'optimitzar la polimediació i millorar els resultats en salut. Això implica la revisió exhaustiva de la medicació centrada en el pacient, i interrompre o reduir la dosi de tots els medicaments amb un balanç benefici-risc desfavorable.^{30,31} La desprescripció també

ajuda a reduir la càrrega terapèutica dels pacients i, en conseqüència, millora l'adherència i redueix els problemes associats a la mateixa prescripció.

Hi ha diferents situacions que afavoreixen la desprescripció:³¹

- Manca d'efectivitat del tractament
- Aparició i detecció de PSM
- Canvis en els objectius terapèutics
- Polimediació

Diferents institucions i societats científiques recomanen la desprescripció i proposen la valoració i possible retirada de determinats fàrmacs en situacions en què el benefici-risc possiblement és desfavorable (taules 2 i 3).³²⁻³⁶ A l'hora de desprescriure un medicament, cal tenir en compte que la suspensió brusca de determinats fàrmacs es pot associar a la síndrome de rebot, la síndrome d'abstinència o la recurrència de la malaltia.²⁵ Per a la desprescripció d'aquests medicaments, es recomana reduir la dosi progressivament, segons la resposta del pacient, fins a arribar a la suspensió del fàrmac.

Els canvis implantats en la prescripció com a conseqüència de l'aplicació d'aquestes intervencions s'han d'anar incorporant progressivament, començant pels que provoquen problemes de seguretat en el pacient, i fent el seguiment i la valoració de la resposta al canvi.

Taula 1. Principis per a la prescripció prudent.

Pensar més enllà dels medicaments

1r principi: Cercar, en primera instància, alternatives no farmacològiques.

2n principi: Considerar les causes subjacents, potencialment tractables, dels problemes, en lloc de tractar els símptomes amb medicaments.

3r principi: Cercar oportunitats per a la prevenció, en lloc de centrar-se en el tractament de símptomes o d'una malaltia avançada.

4t principi: Sempre que sigui possible, fer servir el temps com un test diagnòstic i terapèutic.

Practicar una prescripció més estratègica

5è principi: Fer servir pocs medicaments però aprendre a utilitzar-los bé.

6è principi: Evitar el canvi continu a nous medicaments sense tenir motius clars i concloents basats en l'evidència.

7è principi: Ser escèptic amb el tractament individualitzat.

8è principi: Sempre que sigui possible, començar el tractament amb un sol fàrmac.

Mantenir-se alerta davant l'aparició de possibles reaccions adverses als medicaments

9è principi: Davant un nou problema de salut, pensar en primer lloc si es pot tractar d'una reacció adversa a un medicament.

10è principi: Informar els pacients sobre les reaccions adverses que poden provocar els seus medicaments, perquè siguin capaços de reconèixer-les al més aviat possible en cas que apareguin.

11è principi: Considerar si no s'està promovent, i alhora tractant, una síndrome d'abstinència.

Aproximar-se als nous medicaments i a les noves indicacions amb prudència i escepticisme

12è principi: Informar-se sobre els nous medicaments i les noves indicacions emprant fonts fiables i independents.

13è principi: No tenir pressa per utilitzar medicaments de comercialització recent.

14è principi: Assegurar-se que el medicament millora els resultats clínics orientats al pacient, en comptes de variables subrogades orientades a la malaltia.

15è principi: Defugir l'ampliació o l'extrapolació d'indicacions.

16è principi: No deixar-se seduir per l'elegant farmacologia molecular o fisiològica d'alguns fàrmacs.

17è principi: Tenir precaució amb la promoció selectiva d'estudis.

Treballar amb els pacients per establir objectius comuns

18è principi: No cedir de forma precipitada i poc crítica a les peticions dels pacients, especialment pel que fa a medicaments que coneixen per la publicitat.

19è principi: Davant d'un fracàs terapèutic, evitar prescriure més fàrmacs sense abans comprovar l'adherència del pacient al tractament.

20è principi: Evitar utilitzar medicaments que el pacient hagi pres prèviament sense obtenir resultats, o que li van causar una reacció adversa.

21è principi: Suspendre el tractament amb fàrmacs innecessaris o que no estan sent efectius.

22è principi: Respectar els dubtes expressats pels pacients sobre els seus medicaments.

Valorar els efectes del tractament de forma àmplia i a llarg termini

23è principi: Pensar més enllà dels beneficis dels fàrmacs a curt termini, i valorar-ne els beneficis i els riscos a més llarg termini.

24è principi: Cercar oportunitats per millorar els sistemes de prescripció, i fer canvis que facin més segurs la prescripció i l'ús de medicaments.

Adaptado al castellano de: Schiff GD, Galanter WL, Duhing J, Lodolce AE, Koronkowski MJ, Lamber BL Principles of conservative medicine. Arc Intern Med. 2011;171:1433-40.

Taula 2. Medicaments i situació clínica en què es recomana valorar-ne la desprescripció³²⁻³⁷

Grup terapèutic / Medicament	Situació clínica / Població diana	Cal fer-ne una reducció gradual de la dosi?
Inhibidors de la bomba de protons	Pacients sense necessitats de gastroprotecció	Sí. Risc d'hipersecreció àcida de rebot.
Benzodiazepines i fàrmacs Z	Tractament de l'insomni (>4 setmanes o més grans de 64 anys)	Sí. Risc de síndrome d'abstinència i de retirada.
Antipsicòtics	Síntomes psicològics i conductuals de la demència (≥3 mesos) Insomni	Sí. Risc de recaigudes i síndrome de retirada.
Estatines	Població d'edat avançada per a la prevenció primària cardiovascular	No
Inhibidors de l'acetilcolinesterasa i la memantina	Tractament superior a 12 mesos amb malaltia greu o progressió en el deteriorament cognitiu, funcional i/o de comportament	Sí. Risc de recaigudes.
Doble antiagregació plaquetària	Tractament >12 mesos després d'una angioplastia amb col·locació de stent en pacients sense risc trombòtic molt alt	No
Bifosfonats	Baix risc de fractura Tractament >5 anys i risc moderat-baix de fractura	No
Hipouricèmians	Hiperuricèmia asimptomàtica (excepte àcid úric >13 mg/dl en homes, >10 mg/ml en dones o tractament oncològic)	No
AAS	Pacients ancians per a la prevenció primària cardiovascular	No
Vitamina D	Pacients ancians sense deficiència ni criteris de determinació analítica	No
Megestrol	Pacients ancians amb caquèxia	No
Antidepressius	Sense símptomes de depressió en >6 mesos (excepte depressió greu o recurrent, o altres condicions psiquiàtriques)	Sí. Risc de símptomes de recurrència i retirada.
Antiespasmòdics urinaris	Sense millora clínica rellevant en la incontinència o en altres símptomes urinaris associats	No
Antihistamínic amb efecte sedant	Durada >6 mesos	No

Taula 3. Recursos en línia sobre desprescripció de medicaments

Recurs en línia	Adreça de la pàgina web
MedStopper	https://medstopper.com/
Deprescribing	https://deprescribing.org/
NSW Therapeutic Advisory Group	http://www.nswtag.org.au/deprescribing-tools/
Canadian Deprescribing Network	https://www.deprescribingnetwork.ca/
Primary Health Tasmania	https://www.primaryhealthtas.com.au/resources/deprescribing-resources/
US Deprescribing Research Network	https://deprescribingresearch.org/resources-2/resources-for-clinicians/

Punts clau

- *La prescripció farmacològica presenta reptes importants en el nostre entorn, ja que pot conduir a la polimediació i al sobretractament. Les dades de consum en alguns grups terapèutics de Catalunya són superiors a la mitjana dels països de l'OECD.*
- *El sobretractament és la intervenció terapèutica el dany potencial de la qual supera el seu benefici esperable. És una pràctica transversal que es dona a tots els àmbits assistencials i de la pràctica mèdica. El sobretractament pot incrementar el risc de polimediació, que s'ha relacionat amb conseqüències negatives per a la salut de la població, com ara l'increment dels PSM, dels ingressos hospitalaris o de la mortalitat.*
- *Els pacients d'edat avançada són un col·lectiu especialment vulnerable. En aquesta població, s'observa un increment de la multimorbiditat i la polimediació. A més a més, les seves característiques particulars els fan més propensos a presentar problemes de seguretat.*
- *Assegurar l'efectivitat i la seguretat dels tractaments en els pacients d'edat avançada s'ha convertit en un repte per als sistemes sanitaris, a causa de les característiques individuals, que fan necessari adaptar la prescripció a objectius terapèutics realistes i adequats a la situació clínica.*
- *La prescripció prudent i la desprescripció són processos continus que tenen especial importància en pacients d'edat avançada amb multimorbiditat i polimediació, i que contribueixen a reduir el sobretractament i la polimediació inapropiada.*

Bibliografia

1. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Desmedicalizar a la población. Una necesidad urgente. Información Farmacoterapéutica de la Comunidad Valenciana. 2012;(10):1-20. [Consulta: 7 juliol 2020]. Disponible a: <https://rafalafena.files.wordpress.com/2014/11/desmedicalizar-a-la-poblacion-c3b3n-una-necesidad-urgente.pdf>
2. Organization for Economic Co-operation and Development. [Base de dades a Internet]. OECD Stat. Dades 2019. [Consulta: 7 juliol 2020]. Disponible a: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=69051#>
3. Baena MI, Faus MJ, Fajardo PC, Luque FM, Sierra F, Martínez-Olmos J, et al. Medicine-related problems resulting in emergency department visits. Eur J Clin Pharmacol. 2006;62(5):387-93.
4. Parameswaran Nair N, Chalmers L, Bereznicki BJ, Curtain CM, Bereznicki LR. Repeat Adverse Drug Reaction-Related Hospital Admissions in Elderly Australians: A Retrospective Study at the Royal Hobart Hospital. Drugs Aging. 2017;34(10):777-783.
5. Ebbesen J, Buajordet I, Eriksen J, Brørs O, Hilberg T, Svaar H, et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. Arch Intern Med. 2001;161(19):2317-23.
6. Doust J, Glasziou P. Is the problem that everything is a diagnosis? Aust Fam Physician. 2013;42(12):856-9.
7. Welch MD, Schwartz L, Woloshin S. Overdiagnosed. Making People Sick in the Pursuit of Health. Boston: Beacon Press, 2011.
8. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA. 1998;280(11):1000-5.
9. Kale MS, Korenstein D. Overdiagnosis in primary care: framing the problem and finding solutions. BMJ. 2018;362:k2820.
10. Nadal Llover M, Cols Jiménez M. Hacia una mejor atención a los pacientes: medicamentos a evitar y posibles alternativas. Actualización 2016-2017. FMC. 2017;24(6):338-51.
11. Diccionario médico. [Sede web]. Clínica Universitaria de Navarra. [Consulta: 7 juliol 2020]. Medicina defensiva. Disponible a: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/medicina-defensiva>
12. Martín C, Villén N, Pagès N, Torras J. Quin és el benefici de l'ús de les estatines en gent gran? BIT. 2014;25(5).
13. Ramos R, Comas-Cufí M, Martí-Lluch R, Balló E, Ponjoan A, Alves-Cabratos L, et al. Statins for primary prevention of cardiovascular events and mortality in old and very old adults with and without type 2 diabetes: retrospective cohort study. BMJ. 2018;362:k3359.
14. Lin K. Deliberate clinical inertia: protecting patients from low value care. American Family Physician Community Blog. 2019. [Consulta: 7 juliol 2020]. Disponible a: <http://afpjournal.blogspot.com/2019/07/deliberate-clinical-inertia-protecting.html>
15. Programa d'Harmonització Farmacoterapèutica de Medicaments en l'Àmbit de l'Atenció Primària i Comunitària del Servei Català de la Salut. Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la malaltia d'Alzheimer. 2016.
16. NSW Therapeutic Advisory Group. Deprescribing guide for anticholinergic drugs for urinary incontinence (antimuscarinics). [Internet]. NSWtag.org.au. 2018. [Consulta: 6 agost 2020]. Disponible a: <http://www.nswtag.org.au/wp-content/uploads/2018/06/1.6-Deprescribing-Guide-for-Anticholinergic-drugs-for-Urinary-Incontinence-Antimuscarinics.pdf>
17. Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E, Fagundo Becerra EM, Alejandro Lázaro G, Carmona de la Morena J, et al. Medicalización de la vida (I). Rev Clin Med Fam. [Revista a Internet]. [Consulta: 7 juliol 2020]. 2011;4(2):150-161. Disponible a: <http://www.revclinmedfam.com/inicio.php>
18. Smith R. In search of «non-disease». BMJ. 2002;234:883-5.
19. Izko Gartzia N, Massot Mesquida M, Palma Morgado D. Revisión de la medicación. En: Amado Guirado E (coord.). Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: Ala Oeste, 2012, 75-126.
20. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opin Drug Saf. 2014;13(1):57-65.
21. Farmer C, Fenu E, O'Flynn N, Guthrie B. Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance. BMJ. 2016;354:i4843.
22. Cancelli I, Beltrame M, Gigli GL, Valente M. Drugs With Anticholinergic Properties: Cognitive and Neuropsychiatric Side-Effects in Elderly Patients. Neurol Sci. 2009;30(2):87-92.
23. Robert L, Diego L, Casanovas M, Pellicer À, Ribes E, Rodríguez G. Càrrega anticolinèrgica: Pensem-hi! Aspectes de seguretat més enllà de la visió borrosa i la sequedat de boca. BIT. 2018;29(8):52-56.
24. Marengoni A, Onder G. Guidelines, polypharmacy, and drug-drug interactions in patients with multimorbidity. BMJ. 2015;350:h1059.
25. Amado Guirado E, Martín Cantera C. Revisió de la medicació en pacients crònics complexos. BIT. 2013;24(9):54-61.
26. Maddison AR, Fisher J, Johnston G. Preventive Medication Use Among Persons With Limited Life Expectancy. Prog Palliat Care. 2011;19(1):15-21.
27. García A. Visió de futur de l'Observatori de la Mort. Direcció de l'Observatori del Sistema de Salut. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/web/content/minisite/observatorisalut/observatori_mort/Presentacio_observatori_mort.pdf
28. Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AE, Koronkowskij M, Lambert BL. Principles of Conservative Prescribing. Arch Intern Med. 2011;171(16):1433-40
29. Baber N. What constitute good prescription? BMJ. 1995;310(6984):923.
30. Steinman M, Reeve E. Deprescribing. [Monografia a Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2020. [Consulta: 7 juliol 2020]. Disponible a: <http://www.uptodate.com/>
31. Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Ús racional de medicaments. Maneig bàsic de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió, desprescripció i adherència. 2015. [Consulta: 7 juliol 2020]. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/ca/detalls/Articles/05_documento
32. Bruyère Research Institute. Deprescribing.org. [Internet]. Ottawa, Canadà. [Actualitzat: 20 juliol 2020]. Consulta: 24 juliol 2020. Disponible a: <https://deprescribing.org/>
33. NSW Therapeutic Advisory Group. NSWtag.org.au. [Internet]. Gal·les, Regne Unit. [Actualitzat: 2020]. Consulta: 24 juliol 2020. Disponible a: <http://www.nswtag.org.au/deprescribing-tools/>
34. Primary Health Tasmania. Primaryhealthtas.com. [Internet]. Tasmània, Austràlia. [Actualitzat: 31 gener 2020]. Consulta: 24 juliol 2020. Disponible a: <https://www.primaryhealthtas.com.au/resources/deprescribing-resources/>
35. Grupo de Trabajo de la semFYC para el proyecto Recomendaciones NO HACER. Barcelona: semFYC, 2014. Disponible a: <https://www.semfyces.es/wp-content/uploads/2016/05/Doc33Recomendaciones-No-Hacer.pdf>
36. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Recomendaciones NO HACER Y HACER en el anciano. Barcelona: semFYC, 2019.
37. Villén Romero N, Troncoso Mariño A. Com i quan cal fer una reducció gradual de la dosi dels medicaments? BIT. 2015;26(7):45-53.

Data de redacció: **Agost 2020**

En el pròxim número: **Assaigs clínics de no inferioritat**

Butlletí d'Informació Terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Direcció: Marta Chandre

Subdirecció: Pilar López

Coordinació editorial: Laura Diego i Laia Robert

Coordinació de la Comissió d'Informació Terapèutica: Núria Escoda Geli

Comitè científic: Jordi Camarasa, Laura Diego, Núria Escoda, Francesc de B. Ferrer, Pilar López, Roser Llop, Josep Manuel Llop, Rosa Madrdeijos, Eduardo L. Mariño, Carlos Martín, Andrea Molina, Eva Martínez, Alba Prat, Manel Rabanal, Laia Robert, Mónica Sanmartín, Amelia Troncoso, Laura Villamarín, Noemí Villén

Secretaria Tècnica: Ester Saperas

Suport tècnic: CedimCat

ISSN: 1579-9441

Per a la reproducció total o parcial d'aquesta publicació, cal fer-ne la sol·licitud a:

Secretaria Tècnica de la Comissió d'Informació Terapèutica

Gerència de Prestacions Farmacèutiques i Accés al Medicament

Travessera de les Corts, 131-159, 08007 Barcelona

Es poden consultar tots els números publicats des de l'any 1999 a:

<http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/butlletins/butlleti-d-informacio-terapeutica-bit/>

<http://medicaments.gencat.cat/ca>

