

MODEL ESTANDARITZAT INTERDISCIPLINAR DE REVISIÓ DE LA MEDICACIÓ DE PCCs POLIMEDICATS CENTRADA EN LA PERSONA



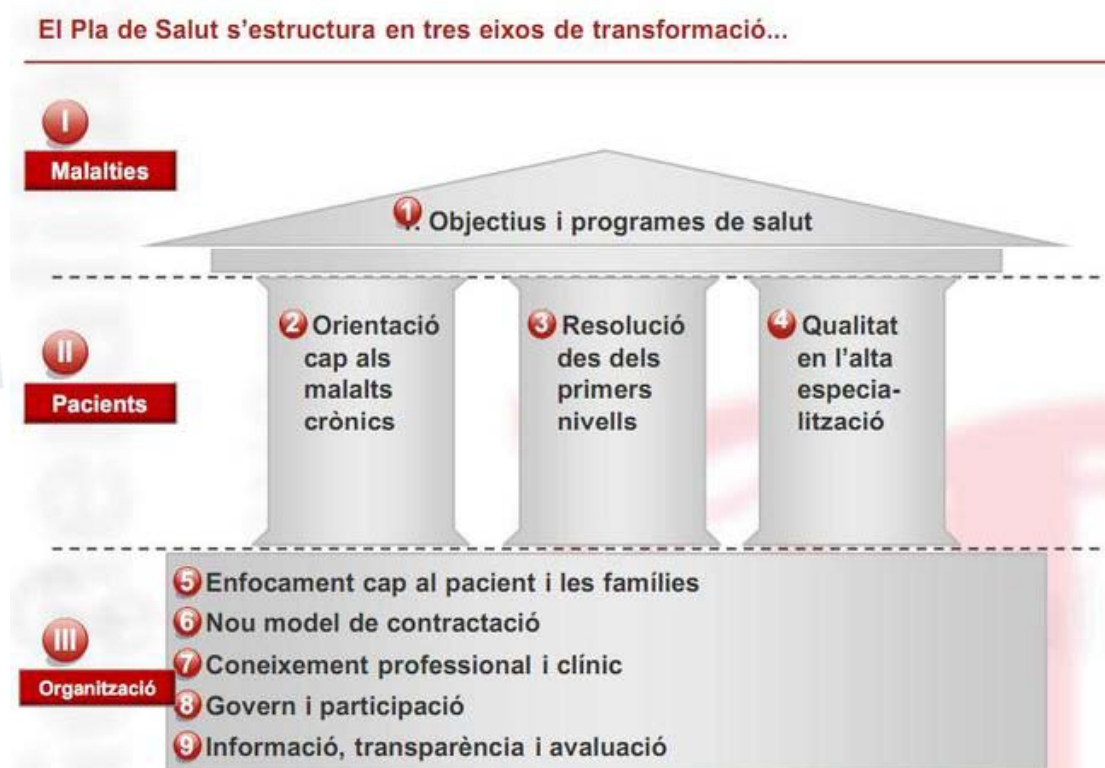
Corporació
Parc Taulí



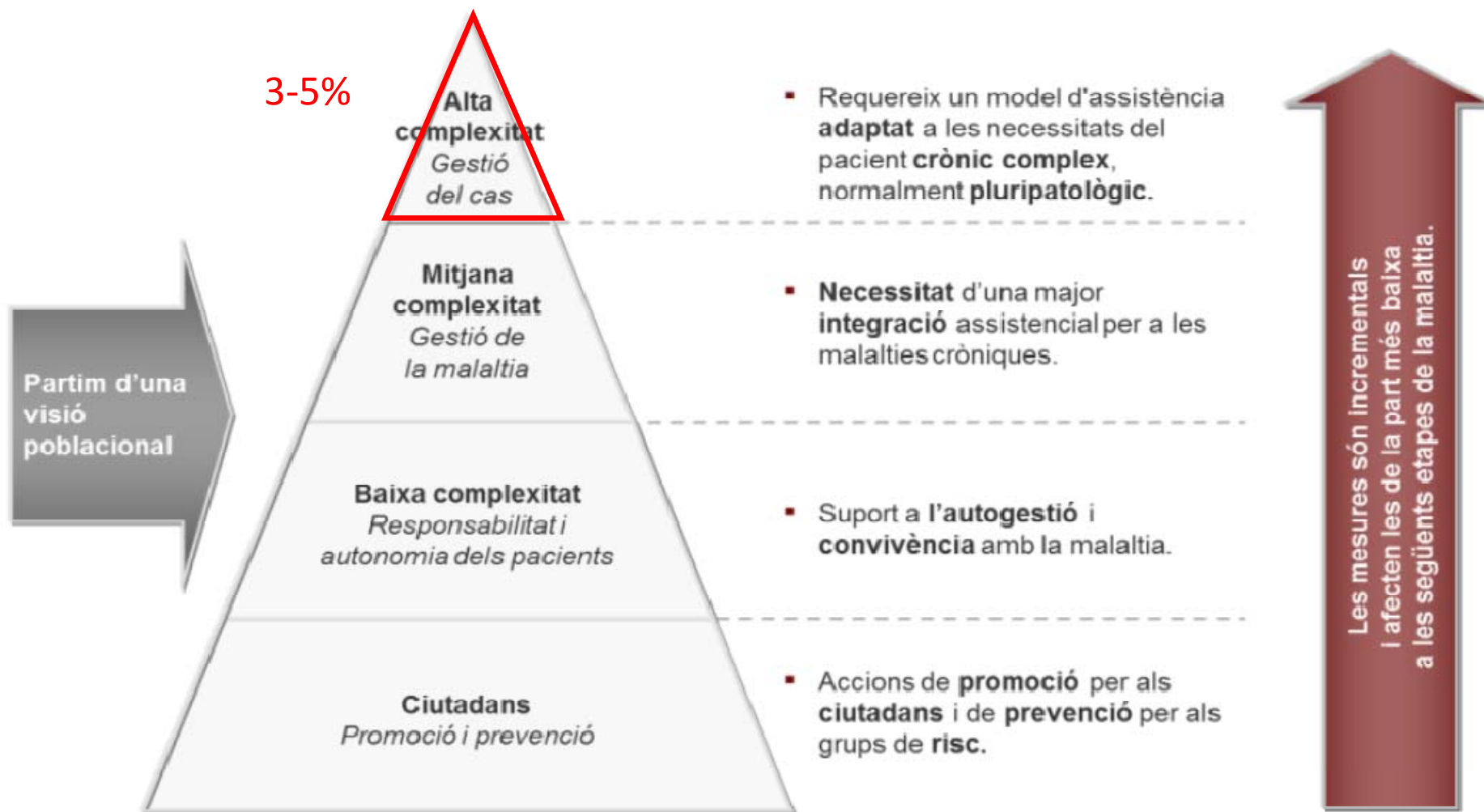
Dr. Jordi Acezat

Introducció

- Atenció a la cronicitat com a repte del sistema sanitari
- Model d'atenció a les persones amb malalties cròniques



Model Piramidal de Kaiser Permanent



Adecuación a las Guías de la Práctica Clínica

Medicina basada en la evidencia? Polimedicación adecuada?



Mujer 79 años
HTA, DMII, EPOC
osteoporosis

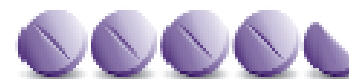
12 medicamentos
19 tomas + PRN
5 momentos de día



35-41% de $\geq 75a$ polimedicados ≥ 5 medicamentos
10% ≥ 10 medicamentos



Mortalidad



Caídas



Discapacidad



Fragilidad



Duplica riesgo de sufrir AAM



Cuadruplica riesgo de AAM



Nº medicamentos

4,5

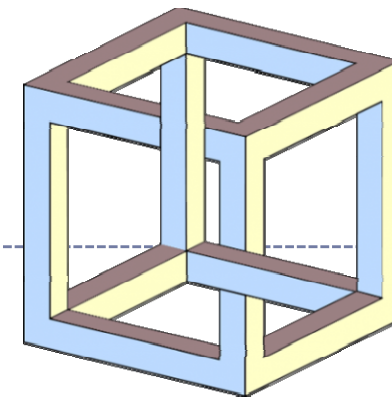
5,5

6,5

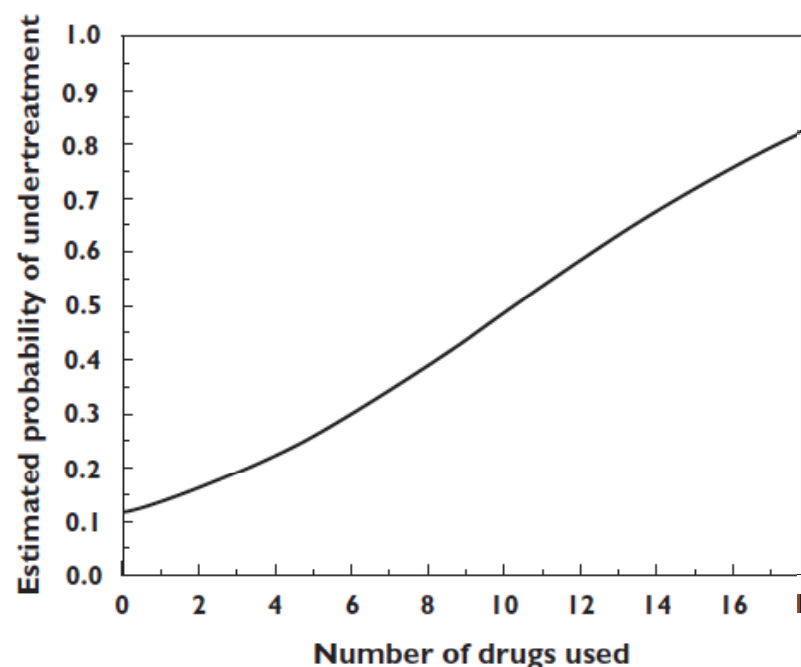
5

8

La paradoja de la polimedicación y el infratratamiento



- ▶ 43% de los pacientes con ≥ 5 medicamentos presentaban infraprescripción
- ▶ 13,5% de infraprescripción en pacientes ≤ 5 medicamentos.
- ▶ La probabilidad de infratratamiento incrementaba con el nº de fármacos prescritos



Ejemplo Anticoagulación crónica en FA no valvular

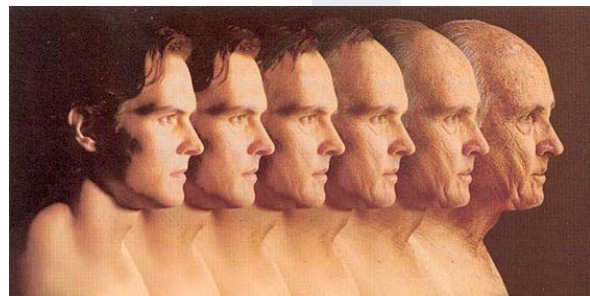
- ▶ MAYOR RIESGO DE EMBOLISMO SISTÉMICO EN ANCIANOS:
 - ▶ 50-59a: 1,5% de ictus atribuibles a FA
 - ▶ 80-89a: 23% de ictus atribuible a FA
- ▶ BAJA PRESCRIPCIÓN DE ANTICOAGULANTES EN ANCIANOS:
 - ▶ Sólo recibían ACOs el 17% de los pacientes > 75 años con FA-nv sin contraindicaciones.
 - ▶ Sólo el 12% de pacientes con FA-nv e ictus recurrentes recibían ACOs.

Adecuación de la medicación en el anciano

Conjugar **adecuar.**

(Del lat. *adaequāre*).

1. tr. Proporcionar, acomodar, apropiar algo a otra cosa. U. t. c. prnl.



STANDARDS

Recommendations:

Specific recommendations are made for each of the functional categories detailed in Chapter 4: Functions

2. Tailoring medication Including glucose-lowering therapies

We have adopted four (4) stages (A - D) within the end of life scenario these are colour coded in line with other nationally recognised stages of end of life care:

A - Blue "All" from diagnosis stable with year plus prognosis

B - Green "Benefits" DS1500 Unstable / Advanced Disease Months prognosis

C - Yellow "Continuing Care" Deteriorating Weeks prognosis

D - Red "Days" Final days / Terminal Care Days prognosis

Sub-category B: Dementia

Category 3: End of Life Care

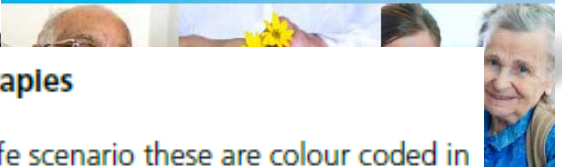
DIABETES UK
CARE. CONNECT. CAMPAIGN.



End of Life Diabetes Care: Full Strategy Document

Commissioned by Diabetes UK

Second Edition October 2013



Adecuación de la prescripción de medicamentos

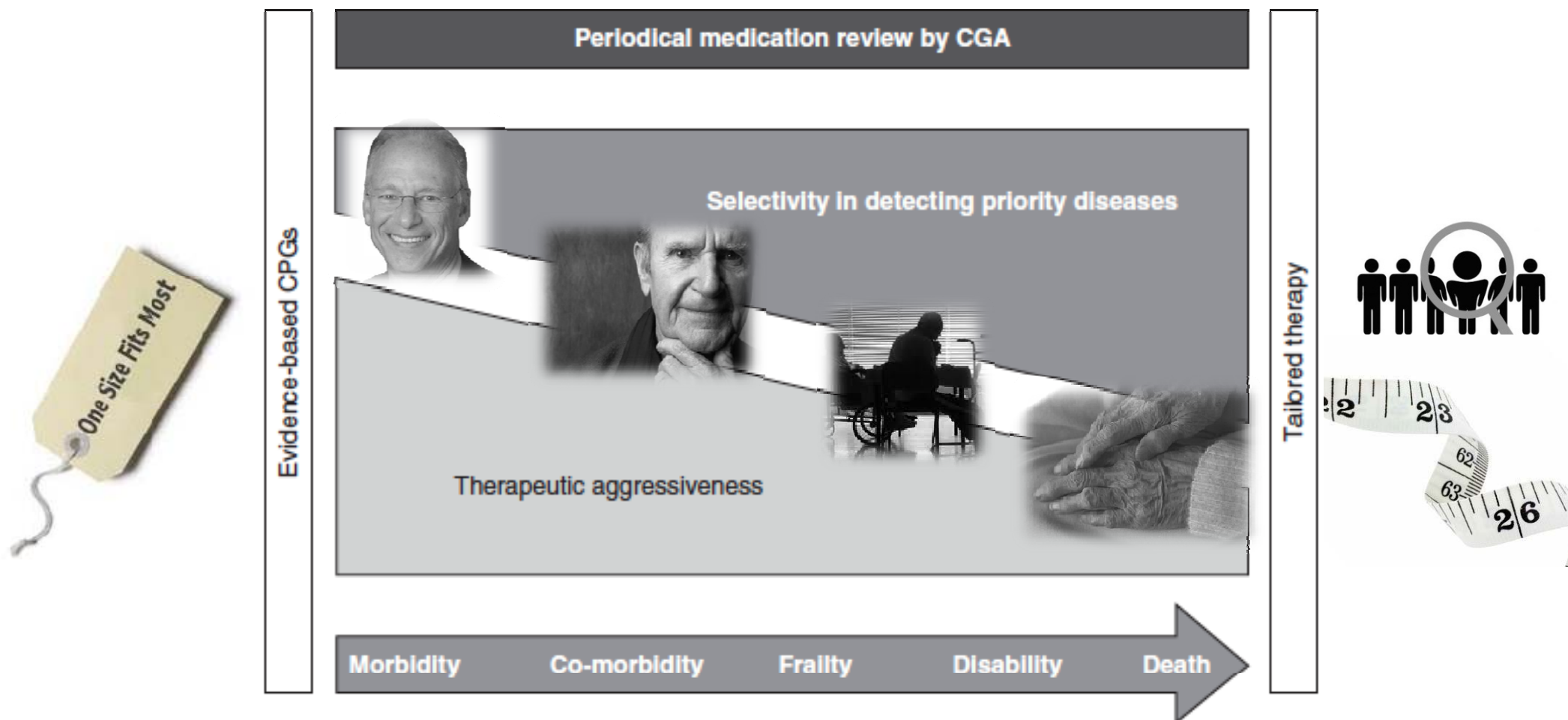


Fig. 2. Appropriate prescription model for elderly patients proceeding along the path from morbidity to co-morbidity, frailty, disability and death. **CGA** = comprehensive geriatric assessment; **CPGs** = clinical practice guidelines.

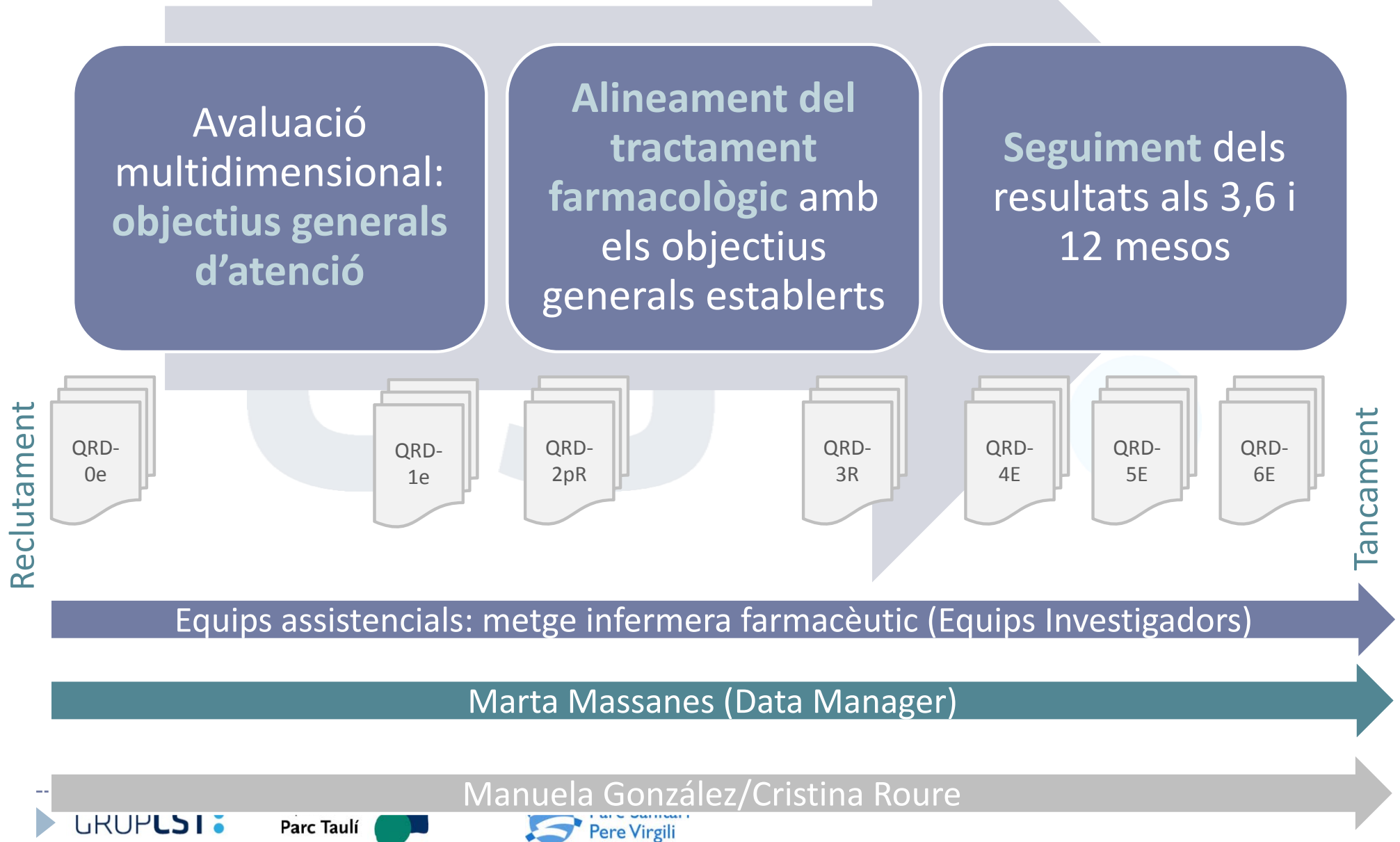
Investigadors: metges, infermeres, farmacèutics

Acezat Oliva, Jordi
Almendral, Javier
Aznar, Asun
Borralló Almansa, Rosa Maria
Brunet Costa, Jordi
Calle, Àlícia
Camañes, Gemma
Canals, Gemma
Cuadra Llopart, Leo
Gamarra, Silvia
Garcia Cardenas, Ana
Garcia Restoy, Enric
Giménez Pérez, Ester
Gómez Valent, Mònica
Gonzalez Navarro, Manuela
Gorgas, Queralt
Gubern, Silvia
Gutiérrez Jiménez, Consol
Fernandez Reboredo, Iria
Ferre Moreso, Pilar
Ferrer, Marina
Herranz, Susana
Jiménez Monzón, Conxi

López, Angels
Llonch Masriera, Mireia
Marti, Xavier
Martinez Gonzalvo, Gemma
Massanes, Marta
Mañé, Blanca
Ramirez, Rosa
Ramirez Gonzalez, Rosa M^a
Pardo, M^a Victoria
Rivert Rufian, Susanna
Roca Andreu, Mariona
Rodriguez Cuadra, Susana
Rodriguez González, Daniel
Rodriguez Martin, Teresa
Roure Nuez, Cristina
Solera, Carme
Torrente, Isabel
Ureña Tapia, Montserrat
Villace, Pablo
Villarino, M^a Antonia
Zelada Rodríguez, Marco Antonio



Estudi validació GRMPCC i «deprescribing»



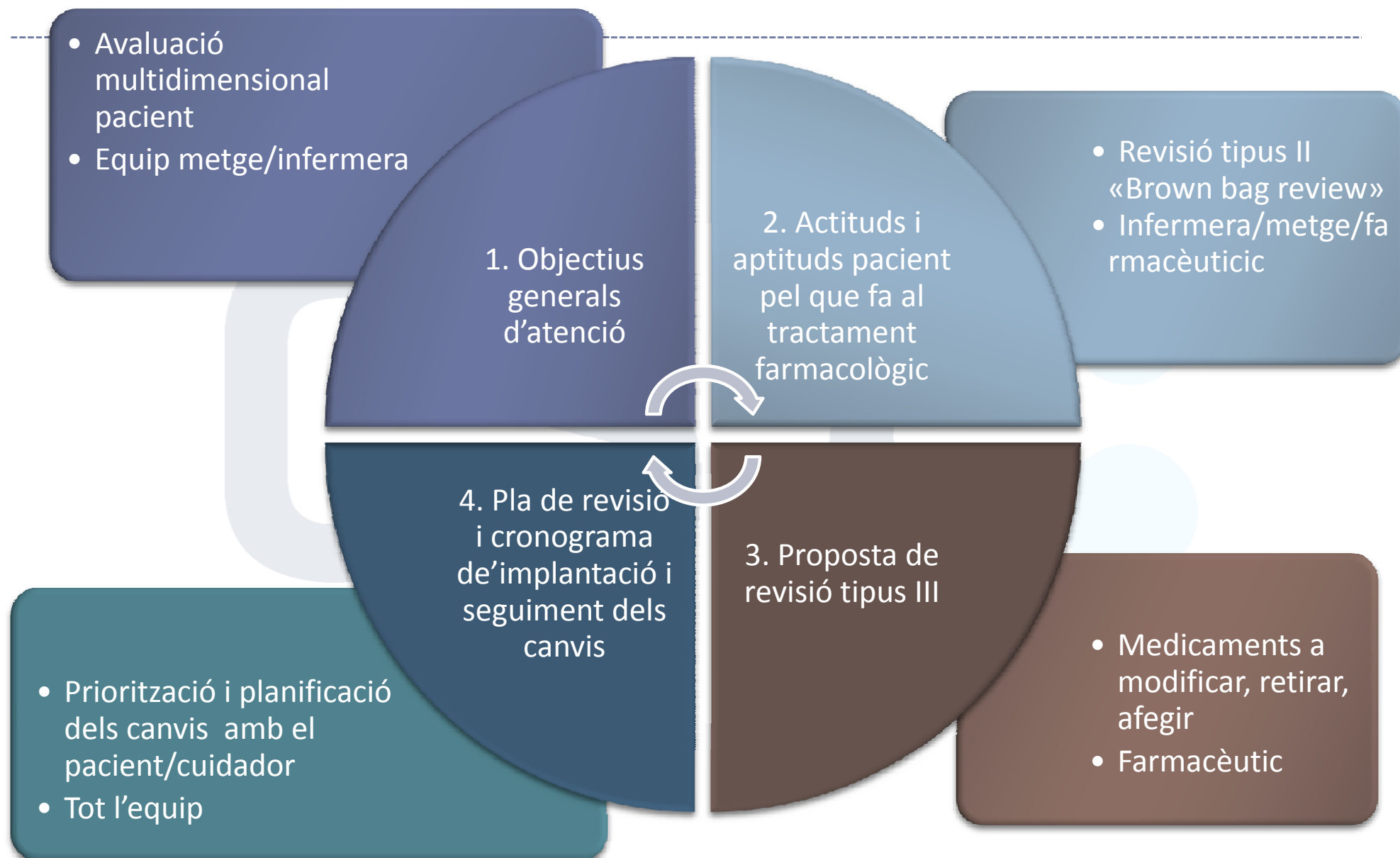
Proceso interdisciplinario de revisión de medicación en el CST

[illegible]

Intervenció sobre el pacient

[illegible]

Intervenció sobre el pacient



Establir la càrrega terapèutica que el pacient és capaç de gestionar

We need minimally disruptive medicine

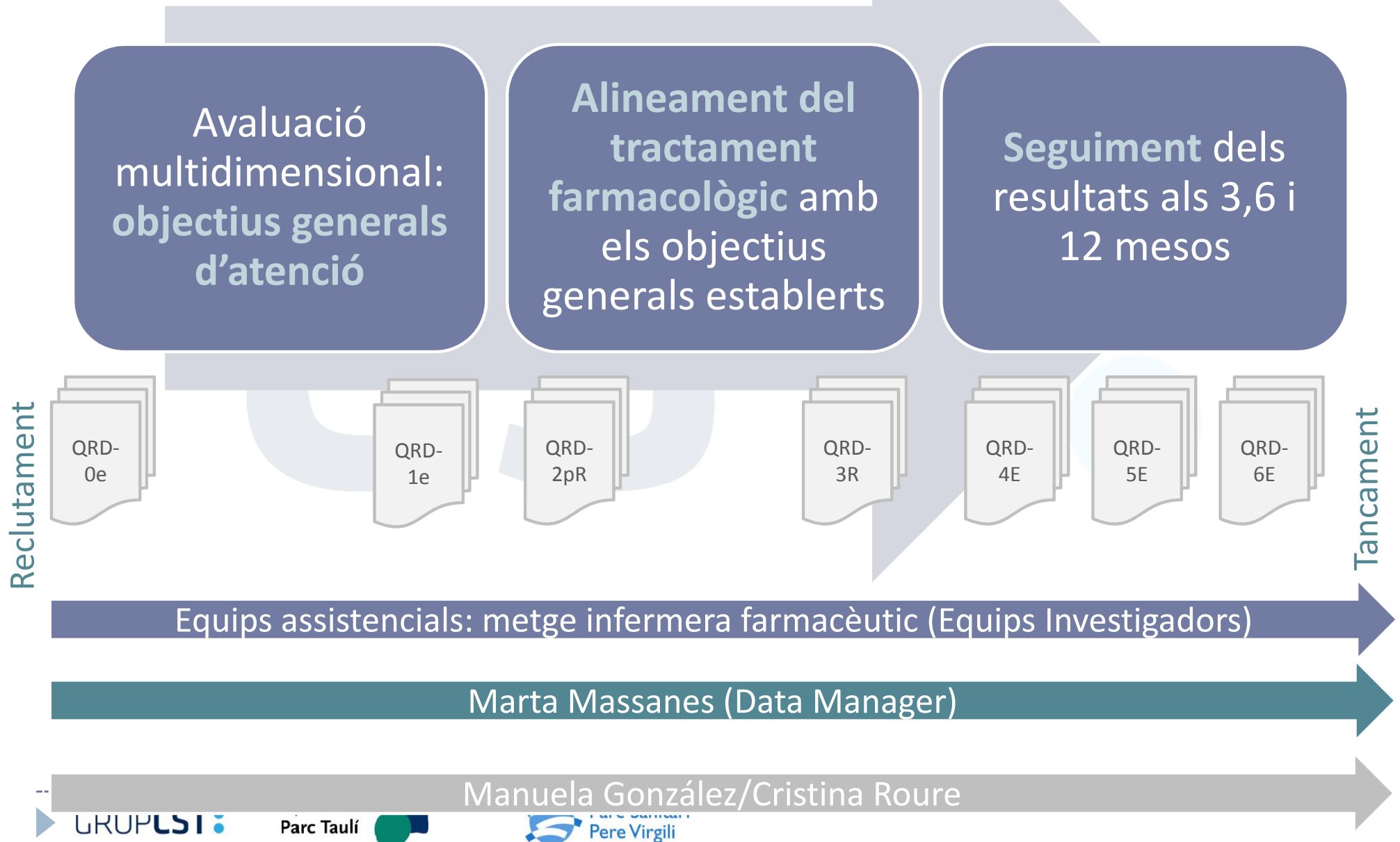
The burden of treatment for many people with complex, chronic, comorbidities reduces their capacity to collaborate in their care. **Carl May, Victor Montori, and Frances Mair** argue that to be effective, care must be less disruptive

BMJ. 2009;339: b2803

- Establir la “càrrega de tractament”
- Reconèixer la comorbiditat a l'aplicar l'evidència
- Prioritzar la perspectiva del pacient



Estudi validació GRMPCC i «deprescribing»



RESULTATS



Características de los pacientes evaluados :

Capacidades: contexto social y carga de enfermedad (n=104)

Características de los pacientes (*)	n media+/-DS	% IC 95%
Sexo femenino	69	66,3%
Edad	81,5 +/- 9,7	82,6-78,8
Soporte social		
Vive solo	18	17,3%
Vive con un cuidador/familiar	66	63,5%
Vive en una residencia	20	19,2%
Sobrecarga del cuidador Escala de Zarit (n= 58)	32,9 +/- 20,7	27,0-38,8
Sin sobrecarga	39	67,2%
Sobrecarga intensa	6	10,3%
Sobrecarga moderada	13	22,4%
Nivel de estudios del paciente/cuidador (n=103)		
Analfabeto	10	9,7%
Sabe escribir/leer	38	36,9%
Estudios primarios	33	32,0%
Estudios secundarios	13	12,6%
Estudios superiores	9	8,7%
Calidad de vida Euroquol EQD50 (n=68)	54,3 +/- 20,2	49,5-59,2
Nº de comorbilidades	5,3 +/- 2,0	4,9-5,7
Índex de Charlson modificado (n=102)	6,2 +/- 2,56	5,7-6,7
Autonomía per les ABVD Índice de Barthel	68,0 +/- 27,5	65,2-75,6
Barthel ≤30	5	4,8%
Paciente c/Enfermedad avanzada crónica (MACA)	20	19,2%
Complejidad de manejo		
1 criterio de PCC	78	75,0%
≥2 criterios de PCC	26	25,0%



► **Mujer 66%**

► **81 años**

► **En casa con cuidador 63%**

► **En residencia 19%**

► **Sobrecarga del cuidador en 33%**

► **Sin estudios 47%**

► **5,3 comorbilidades**

► **6,3 Índice de Charlson**

► **Con Enfermedad avanzada 20%**

* (n=) casos válidos para cada variable en caso de que no se haya evaluado en los 104 pacientes

Características de los pacientes evaluados

Carga del tratamiento de partida (n=104)



Carga del tratamiento farmacológico		Antes de la revisión media	IC 95%
Nº medicamentos por paciente	?	13,35	13,24-13,60
mínimo		8	
máximo		21	
Índex de complexitat del règim terapèutic		26,4 +/- 8,4	25,13-29,6
mínimo		10	
máximo		54	
Medicación potencialmente inapropiada STOPP/START		185	24,5%

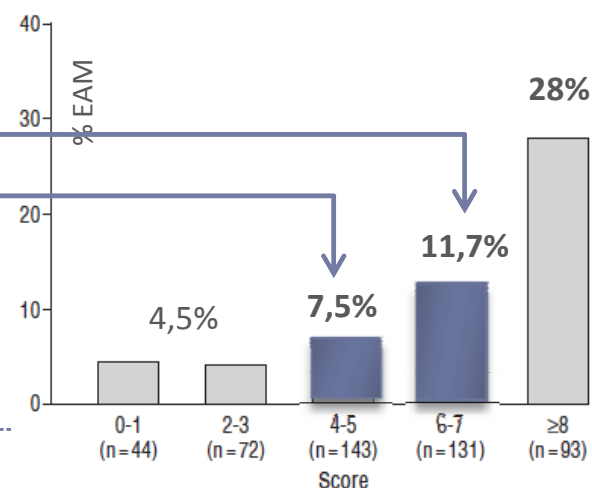
13-14 medicamentos

Régimen terapéutico muy complejo

24% medicación potencialmente inapropiada; 3 por paciente.

Riesgo de acontecimientos adversos por medicación	n	%
Gerontonet ADE risc score	5,09	
2-3	0	0,0%
4-5	74	75,5%
6-7	24	24,5%
>=8	0	0,0%
Riesgo de caídas	96	98,0%
Vivir solo	18	18,4%
Deterioro cognitivo	13	13,8%

► **Riesgo elevado de acontecimientos adversos**



Priorización de objetivos y percepciones del paciente/cuidador



Priorización por el paciente de objetivos de salud	Prioridad 1	Prioridad 2	Prioridad 3	Prioridad 4	
Mantenerse vivo	40,4%	14,3%	18,5%	31,5%	▶ 1º Vivir más tiempo
Mantenerse independiente	14,6%	36,3%	29,3%	18,0%	▶ 2º Ser independiente
Eliminar o reducir el dolor	28,1%	29,7%	27,2%	13,5%	▶ 1º ó 2º reducir dolor
Eliminar o reducir otros síntomas	16,9%	19,8%	25,0%	37,1%	

Actitudes/aptitudes respecto de la medicación (n=104)	n	%	
Adherentes al tractament farmacològic	72	68,6%	3 de 10 admiten no ser adherentes
No adherentes al tratamiento farmacológico	33	31,4%	▶ 2 porque no quieren (concordancia)
Falta de adherencia voluntaria (no quiere)	22	66,7%	▶ 1 porque no pueden
Falta de adherencia involuntaria (no puede)	11	33,3%	
Falta de adherencia selectiva	20	19,6%	No adherencia selectiva en 2 de 10

Percepción de utilidad de la medicación (n=70)	n	%
Expresa alguna percepción (+/-)	62	88,6%
Neutra: no expresa ninguna percepción	8	11,4%

Priorización de objetivos por parte del *equipo asistencial*



Expectativa de vida estimada	%
Entre 6 meses i 2 anys	23,1%
Entre 2 i 5 anys	38,5%
Més de 5 anys	38,5%

Priorització por parte del equip de los objetivos	Prioridad 1	Prioridad 2	Prioridad 3	Prioridad 4	Prioridad 5
Prevención de la enfermedad	4,4%	2,2%	16,7%	34,4%	42,2%
Mejorar la función/minimizar impacto	12,2%	33,3%	40,0%	8,9%	5,6%
Evitar o retardar complicaciones	13,3%	24,4%	27,8%	31,1%	3,3%
Control de síntomas	65,6%	20,0%	6,7%	7,8%	0,0%
Proteger al paciente de una nueva agresión	4,4%	20,0%	8,9%	17,8%	48,9%

Desequilibrio entre cargas y capacidades

Capacidad de la persona



- 81 años
- En casa con cuidador 63%, residencia 19%
- Sobrecarga del cuidador en 33%
- Sin estudios 47%
- 5'3 comorbilidades, 6'3 Índice de Charlson, MACA 20%
- Riesgo síndrome confusional 97%
- Trastorno cognitivo 38%
- Depresión 35%
- Riesgo de caídas 89%
- Expectativa de vida <5 años 60%

1. **Vivir**
2. **Mantenerse independiente**
3. **Reducir dolor**

1. **Control de síntomas**
2. **Minimizar impacto**

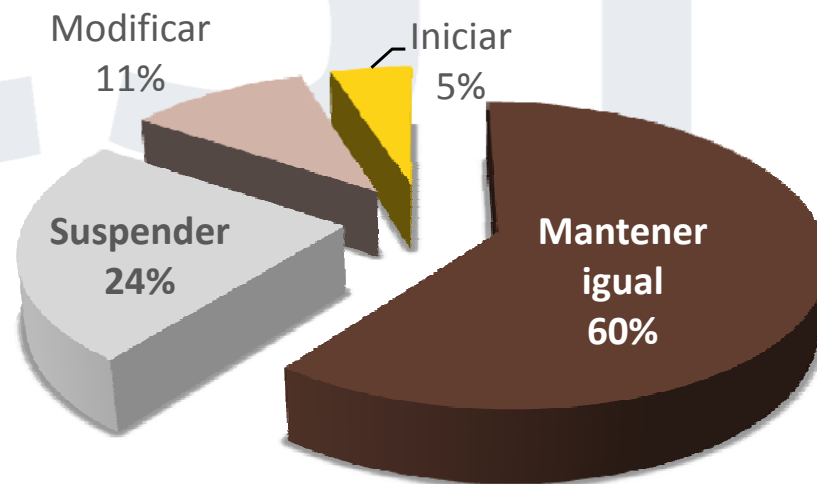
Carga de tratamiento Carga de enfermedad



- 13-14 medicamentos
- Régimen terapéutico muy complejo
- 24% med potencialmente inapropiada
- Riesgo elevado de AAM
- 5,3 comorbilidades, Charlson 6'3
- NECPAL+ 20%

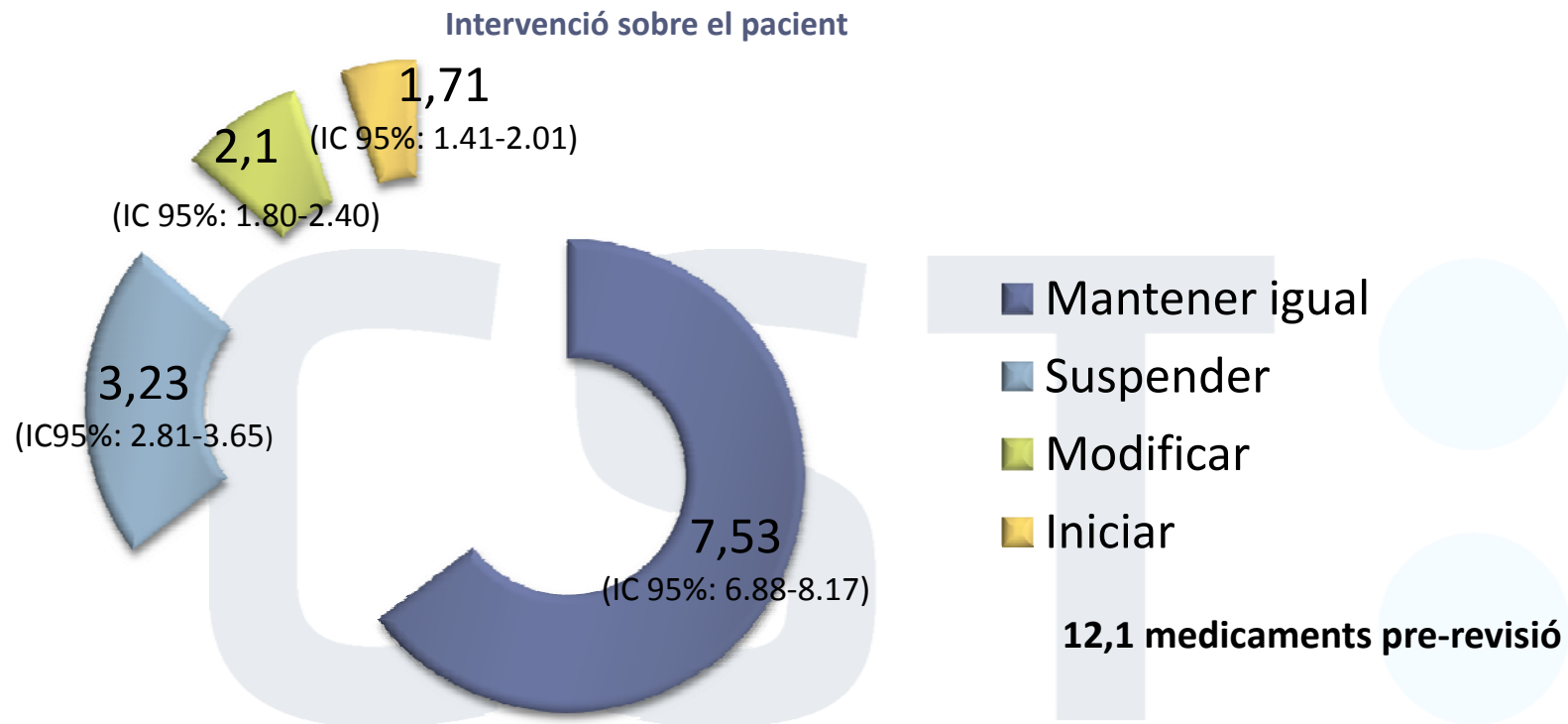
Propuestas del farmacéutico de revisión de la medicación

Medicamentos revisados	n	por paciente	
	889	12,7	
Mínimo		8	
Máximo		21	
	Propuesta realizada	Propuesta aceptada	%
Pacientes	70	67	95,7%
Con propuesta de cambio	65	62	95,4%
Con propuesta de mantener igual	5	5	100,0%
Propuestas realizadas	1112	920	82,7%



Resultados preliminares

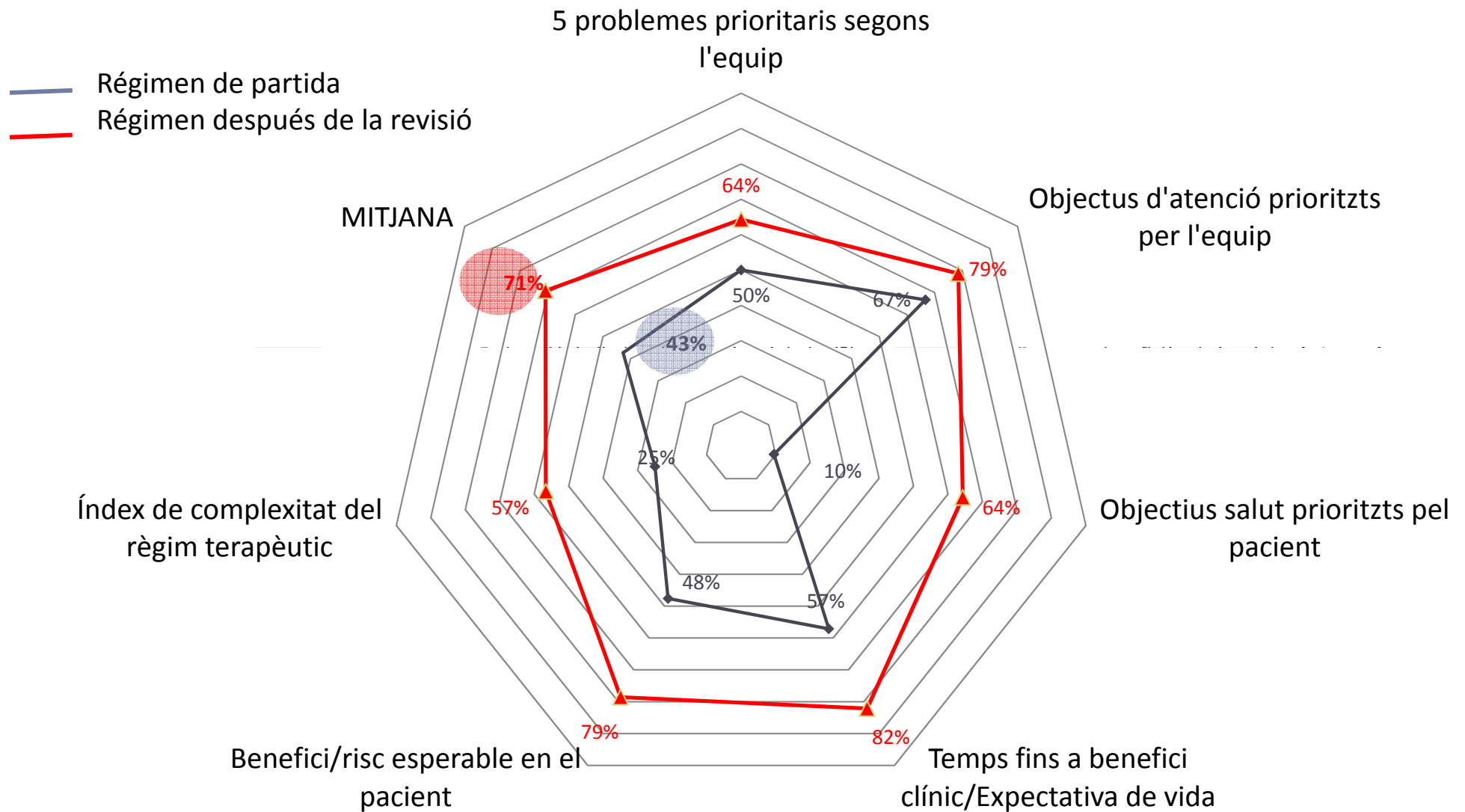
Cambios de medicación acordados por el equipo



Càrrega tractament farmacològic	N pre-Rev	IC 95%	N post-Rev	IC 95%	Diferència Relativa (%)
Medicaments/pacient	12.1	11.5-12.7	9.6	8.9-10.3	- 21 %
Index complexitat terapèutica	25.4	24.3-26.5	20.9	19.8-21.9	- 18 %
Medicaments potencialment inapropiats	247	-	177	-	- 28 %

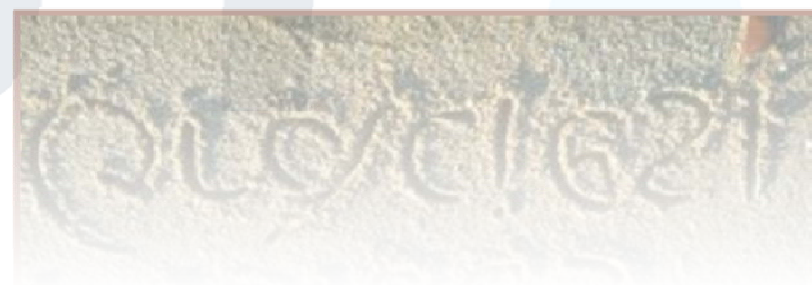
Efectividad del modelo

Evaluación del grado de alineamiento terapéutico con los objetivos



Conclusions





Agraïments

Jordi Acezat, Blanca
Mañé ; Montse
Ureña, Rosa M^a
Ramírez, Manuela
González Marta
Massanés
Gemma Martínez;
Monica Gómez-Valent;
Mariona Roca; Carme
Solera; Leo Cuadra, Enric
Garcia, Vicky Pardo;
Rosa Ramírez; Àngels
López; Consol Gutierrez;
Gemma Camañes;;
Gemma Canals; Xavier
Martí; Dani Rodríguez;
Marco Zelada; Ernesto
Guevara; Jordi Acezat;
Esther Gimenez ; Javier
Almendral; Jordi Brunet;
Silvia Gamarra; Asun
Aznar; Ana Garcia Glòria
canal; Alicia Calle; Pablo
Villace; Isabel Torrent;
Susanna Herranz; M^a
Antonia Villarino; Susana
Rodriguez; Susanna
Rivert, Silvia Gubern;
Pilar Ferre; Montse
Ureña, Mireia Llonch;
M^a Queralt Gorgas;
Marta Inglat

*“Do as **much** as possible **for** the patient,
and as **little** as possible **to** the patient”*



Minimally disruptive Medicine

“Effective care that fits” *patient’s context & life*



Valores y

*Individuales
Desconocidos por los
profesionales*

360°

Qué necesita
Qué quiere
Qué puede

GOALS

1. Realistas
2. Individualizados
3. Relevantes
4. Compartidos
5. Dinámicos

Otras
Riesgo
Expect

THE
REAL
WORLD

“Health literacy”
otras cargas
Soporte social
Resiliencia

Necesita?

*Enfermedades crónicas
Ancianos poco representados
“Outcomes” poco relevantes*

Valoració mèdica



- ▶ Edat
- ▶ Hàbits tòxics
- ▶ Al·lèrgies medicamentoses/reaccions adverses prèvies.
- ▶ MALALTIES CRÒNIQUES/PROBLEMES ACTIUS
 - Patologia, estadiatge, símptomes relacionats (NHYA, BODE, grau IRC, Child Pugh, GDS-FAST...)
 - Agrupació de malalties per sistemes.
- ▶ ANTECEDENTS PATOLÒGICS: valorar efecte residual.
- ▶ IDENTIFICAR PROBLEMES INTERCURRENTS/NOUS PROBLEMES
- ▶ Nº d'ingressos el darrer any.

Medicació habitual



- ▶ PORTAR-LA EN UNA BOSSA (TOT!!)
- ▶ QUE ENS EXPLIQUI COM HO PREN (valorar horaris, adherència...). Possible utilitat l'ús de gràfics.

		ESMORZAR				DINAR				SOPAR		
▶ ORDENAR PER MALALTIA/PROBLEMA.		☀				☀				●		
▶ PERCEPCIÓ DE L'ÚS DE CADA MEDICAMENT												
▶ PREFERÈNCIES DEL PACIENT	Abans	: MANTENIR-LO VIU,	després	SÍMPTOMES,	Abans	FUNCIONA	Després	NOMBRE D	Abans	EN MEDICAC	Després	LA MONITORIZACIÓ...
BISOPROLOL 5mg	1								1			
NITROPLAST 10MG	1											RETIRAR
ADIRO 100 mg							1					
SINTROM								sp				



Valoració de la comorbiditat

▶ INDEX DE COMORBILITAT DE CHARLSON

▶ 1 punt

- ▶ Infart de miocardi
- ▶ Insuficiència cardíaca congestiva
- ▶ Malaltia vascular perifèrica
- ▶ Malaltia cerebrovascular
- ▶ Demència
- ▶ Malaltia respiratòria crònica
- ▶ Malaltia del teixit connectiu
- ▶ Úlcus pèptic
- ▶ Hepatopatia lleu
- ▶ Diabetis mellitus sense evidència d'afectació d'òrgans diana.

▶ 2 punts

- ▶ Hemiplègia
- ▶ Insuficiència renal crònica moderada/severa
- ▶ Diabetis amb afectació d'òrgans diana
- ▶ Tumor sense metàstasi
- ▶ Leucèmia
- ▶ Limfoma

▶ 3 punts

- ▶ Malaltia hepàtica moderada o severa

▶ 6 punts

- ▶ Tumor sòlid amb metàstasi
- ▶ SIDA (no únicament HIV positiu)

CHARLSON

MODIFICAT: +1 PUNT
PER DÈCADA > 50
ANYS.

50-59: **+1**

60-69: **+2**

70-79: **+3**

80-89: **+4**

90-99: **+5**

Puntuació Mortalitat/any

0 12%

1-2 26%

3-4 52%

>5 85%

Situació basal i Sociofamiliar



- ▶ **FUNCIONAL:** grau de dispnea (I-IV), índex de Barthel, Law
- ▶ **MARXA:** estabilitat, dispositius de suport, caigudes. Downton.
- ▶ **COGNITIU:** Antecedent de delirium als ingressos. Test de Pfeiffer, MEC-LOBO.
- ▶ **SENSORIAL:** dèficits visuals, auditius.
- ▶ **ÀNIM/SON.** Yessavage.
- ▶ **ALIMENTACIÓ:** tipus de dieta, ingesta hídrica, disfàgia, dentadura.
- ▶ **ELIMINACIÓ:** continència esfinteriana, prostatisme, restrenyiment.
- ▶ **SOCIAL:** Estat civil, nombre de fills i relació. Identificació del cuidador principal (amb qui viu??), tipus de vivenda i barreres arquitectòniques, ajudes externes.
- ▶ **IDENTIFICACIÓ DE L'EQUIP REFERENT I FORMA DE CONTACTE.**
- ▶ **GRAU D'ESCOLARITZACIÓ:** manté capacitat de llegir, escriure?

Valoració global

- ▶ TOTS ELS PROBLEMES ACTIUS I PRIORITZACIÓ SEGONS IMPORTÀNCIA CLÍNICA.
- ▶ POSSIBLES LIMITACIONS DEL PACIENT.
- ▶ PRIORITATS DEL PACIENT/CUIDADOR
- ▶ ESTIMACIÓ PRONÒSTICA/EXPECTATIVA DE VIDA:

1. < 6 MESOS
2. < 2 ANYS
3. 2-5 ANYS
4. > 5 ANYS



ARTÍCULO ESPECIAL

Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START

Eva Delgado Silveira^a, María Muñoz García^a, Beatriz Montero Errasquin^b, Carmen Sánchez Castellano^b, Paul F. Gallagher^c y Alfonso J. Cruz-Jentoft^{b,*}

^a Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Geriátría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^c Department of Geriatric Medicine, Cork University Hospital, Wilton Cork, Irlanda

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de marzo de 2009

Aceptado el 25 de marzo de 2009

On-line el 21 de junio de 2009

Palabras clave:

Prescripción de fármacos

Uso de fármacos

Reacciones adversas a medicamentos

Personas mayores

RESUMEN

Las personas mayores son un grupo heterogéneo de pacientes, en el que a menudo coexisten múltiples enfermedades para las que se prescribe un elevado número de medicamentos, con el riesgo consiguiente de reacciones adversas a medicamentos (RAM) e interacciones farmacológicas. Este riesgo aumenta con la edad, como consecuencia de los cambios fisiológicos del envejecimiento, los cambios en el comportamiento farmacocinético y farmacodinámico de los medicamentos, y la influencia de las enfermedades, los problemas funcionales y los aspectos sociales.

La prescripción inapropiada de fármacos es un problema frecuente en los mayores, que contribuye al aumento del riesgo de RAM. Se han desarrollado varias herramientas para detectar la prescripción potencialmente inadecuada, siendo los criterios de Beers la más utilizada en nuestro entorno. No obstante, el valor de estos criterios es limitado, especialmente por haberse desarrollado en un sistema sanitario diferente.

Se presenta aquí la versión en español de una nueva herramienta para mejorar la prescripción de medicamentos en pacientes mayores: los criterios STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions)/START (Screening Tool to Alert doctors to Right i.e. appropriate, indicated Treatment). Se describe su creación, su desarrollo, su fiabilidad y los progresos realizados en su aplicación práctica. Han demostrado una mayor sensibilidad que los criterios de Beers y aportan el valor añadido de detectar no sólo la prescripción inadecuada por determinados fármacos, sino también por falta de prescripción de medicamentos indicados. Los criterios STOPP/START pueden convertirse en una buena herramienta para mejorar la prescripción en los pacientes mayores.

© 2009 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

QRD-1E. AVALUACIÓ MULTIDIMENSIONAL

Nom estudi: "VALIDACIÓ CLÍNICA D'UNA METODOLOGIA ESTANDARITZADA PER LA REVISIÓ DE LA MEDICACIÓ I "DEPRESCRIBING" EN PACIENTS CRÒNICS COMPLEXES POLIMEDICATS"

CODI PACIENT:
1-01 Int

1. Valoració, estadístiques i severitat.

☐ Índex de Charlson modificat (annex 1): 6

☐ Comorbiditats

☐ IMPOC	☐ SIDA
☐ Malaltia neurodegenerativa	☒ AVC
☐ Diabetes mellitus	☐ Insuficiència cardíaca
☐ Hepatopatia crònica	☐ Neoplàsia avançada
☐ Trastorn mental greu	☒ Insuficiència renal
☒ Demència	☐ Cardiopatia isquèmica

Altres: Trastorn ansios depressiu (intent autolític baix grau fa molts anys) - HTA

2. Criteris que defineixen aquest pacient com PCC

☒ Comorbiditat: 3 o més malalties.
☐ Reingressos freqüents: ≥ 2 ingressos en els darrers 12 mesos.
☐ Pacient MACA
☐ Altres especificar: _____

3. Informació social rellevant

☐ Viu sol ☒ És atès per cuidadors/familiars ☐ Intern en Residència geriàtrica

4. Valoració geriàtrica integral

4.1. Valoració dependència - Escala Barthel (annex 2).

o Puntuació: 70

4.2. Valoració cognitiva - Escala Pfeiffer/Minimental (annex 3).

o Puntuació: 1 error/ MMT 25 Escala utilitzada: No aplicable

QRD-1E. AVALUACIÓ MULTIDIMENSIONAL

Nom estudi: "VALIDACIÓ CLÍNICA D'UNA METODOLOGIA ESTANDARITZADA PER LA REVISIÓ DE LA MEDICACIÓ I "DEPRESCRIBING" EN PACIENTS CRÒNICS COMPLEXES POLIMEDICATS"

CODI PACIENT:
1-01 Int

4.3. Valoració estat emocional -Escala Yesavage (si hi ha trastorn cognitiu greu no és valorable) (annex 4). No depressió

4.4. Valoració risc caigudes - Escala Downton (annex 5).

o Score: 8

4.5. Sobrecàrrega del cuidador - Zarit (annex 6).

o Score: 14

4.6. Nivell d' estudis completats de la persona que es fa càrrec de la medicació (pacient/cuidador): Estudis secundaris

4.7. Valoració Qualitat de vida - Euroqol 5D (annex 7).

o Score:

4.8. Valoració símptomes- ESAS (annex 8).

o Resultat: 47

4.9. Risc de síndrome confusional aguda:

☒ Edat avançada	☒ Deteriorament cognitiu
☐ Malaltia neurològica	☐ Antecedents de SCA
☐ Abús crònic de OH - drogues	☒ Fàrmacs (benzos, corticoides)
☒ Insuficiència Renal	☐ Insuficiència hepàtica

QRD-1E. AVALUACIÓ MULTIDIMENSIONAL

Nom estudi: "VALIDACIÓ CLÍNICA D'UNA METODOLOGIA ESTANDARITZADA PER LA REVISIÓ DE LA MEDICACIÓ I "DEPRESCRIBING" EN PACIENTS CRÒNICS COMPLEXES POLIMEDICATS"

CODI PACIENT:
1-01 Int

5. Pla de decisions avançades.

5.1. Problemes prioritaris en el pacient (per ordre de prioritat):

1. Previsió de complicacions de la malaltia/es de base
2. Control de la malaltia/es
3. Control de símptomes
4. _____
5. _____

5.2. Objectius generals del tractament establerts per l'equip

- ☐ Prevenció de la malaltia
- ☒ Prevenció de les complicacions a curt termini
- ☐ Prevenció de les complicacions a llarg termini
- ☐ Control de la malaltia
- ☐ Control de símptomes

5.3. Expectativa de vida aproximada (Segons criteri clínic)

- ☐ ≤ 6 mesos
- ☐ < 2 anys
- ☒ 2-5 anys
- ☐ > 5 anys

QRD-1E. AVALUACIÓ MULTIDIMENSIONAL

Nom estudi: "VALIDACIÓ CLÍNICA D'UNA METODOLOGIA ESTANDARDITZADA PER LA REVISIÓ DE LA MEDICACIÓ I "DEPRESCRIBING" EN PACIENTS CRÒNICS COMPLEXES POLIMEDICATS"

CODI PACIENT:
1-01 Int

5.4. Priorització dels objectius universals de salut pel pacient/cuidador (què vol el pacient? Les puntuacions dels objectius han de ser diferents) (annex 9)

Objectiu	Prioritat de 1-4	Puntuació de 0 a 100
Mantenir-se viu	1	99
Mantenir la seva independència	4	50
Eliminar o reduir el dolor	2	70
Eliminar o reduir d'altres símptomes*	3	60

*Especificar:

5.5. Estimació de la magnitud del risc d'efectes adversos a la medicació- ADE Risc Score.

☐ Polimedicació

☐ ≥ 5 medicaments: 2 punts

☐ ≥ 8 medicaments: 4 punts

☐ Factors intrínsecs de risc de EAM

☒ ≥ 4 comorbiditats: 1 punt

☐ Insuficiència hepàtica: 1 punt

☒ Insuficiència renal: 1 punt

☐ EAM previ: 2 punts

6. Dades bàsiques de REVISIÓ TIPUS II de la medicació (valoració de l'adherència. Annex 10).

6.1. MÈTODE de revisió:

☐ amb el malalt ☒ amb el cuidador ☐ amb revisió física dels medicaments

QRD-1E. AVALUACIÓ MULTIDIMENSIONAL

Nom estudi: "VALIDACIÓ CLÍNICA D'UNA METODOLOGIA ESTANDARDITZADA PER LA REVISIÓ DE LA MEDICACIÓ I "DEPRESCRIBING" EN PACIENTS CRÒNICS COMPLEXES POLIMEDICATS"

CODI PACIENT:
1-01 Int

6.2. AVALUACIÓ de l'adherència

Test de Morinsky-Green

- S'oblida alguna vegada de prendre els medicaments per tractar la seva malaltia (especificar)? ☐ SI ☒ No
- Pren els medicaments a les hores que li han indicat? ☐ SI ☒ No
- Quan es troba bé, deixa de prendre alguna vegada la medicació? ☐ SI ☒ No
- Si alguna vegada la medicació li senta malament, deixa de prendre-la? ☐ SI ☒ No

Si alguna de les respostes són (SI,NO,SI,SI, el pacient es considera inadherent).

☐ Pacient inadherent

Es detecta manca d'adherència específica a algun medicament en particular?

☐ SI ☒ No

Si és així, a quin/s medicament/s:

.....

Motiu manca adherència:

☐ Voluntària (no vol)

☐ Involuntària (no pot)

6.3. PERCEPCIÓ DE LA UTILITAT dels medicaments per al pacient/cuidador:

Hi ha algun/s medicament/s que el pacient/cuidador percebi com a molt important o al contrari? En cas afirmatiu especificar:

Tractament anímic i del dolor, Control de la HTA i DM-2

.....

QRD-2pR. REVISIÓ MEDICACIÓ I PROPOSTA ALINEAMENT OBJECTIUS.

Nom estudi: "VALIDACIÓ CLÍNICA D'UNA METODOLOGIA ESTANDARDITZADA PER LA REVISIÓ DE LA MEDICACIÓ I "DEPRESCRIBING" EN PACIENTS CRÒNICS COMPLEXES POLIMEDICATS"

CODI PACIENT: 1-01 Int

PROPOSTA REVISIÓ TIPUS III

A. PRIMERA PART QUADERN QRD-2pR.

1.1. ☐ Cap modificació després de la revisió.

1.2. Modificació de medicació. Proposta de medicament/s modificat/s per ordre de retirada/modificació.

1. Medicament i posologia habitual: Gabapentina 300mg càps 1-0-1

a. ☐ Retirar ☒ Retirar progressivament ☐ Modificar

b. Motiu (1-9): Ja no necessita el tractament

c. Pla a seguir per la retirada/modificació: reduir 100mg/dia cada 2 dies fins stop

d. Ordre de prioritat d'implantació del canvi: 1

e. Referència: Bipolar disorders 2005;7:302-304 Gabapentin withdrawal syndrome in the ...

2. Medicament i posologia habitual: simvastatina 20mg comp

a. ☒ Retirar ☐ Retirar progressivament ☐ Modificar

b. Motiu (1-9): Ja no necessita el tractament

c. Pla a seguir per la retirada/modificació: aturar de cop

d. Ordre de prioritat d'implantació del canvi: 2

e. Referència: GRMPCC

QRD-2pR. REVISIÓ MEDICACIÓ I PROPOSTA ALINEAMENT OBJECTIUS.

Nom estudi: "VALIDACIÓ CLÍNICA D'UNA METODOLOGIA ESTANDARDITZADA PER LA REVISIÓ DE LA MEDICACIÓ I "DEPRESCRIBING" EN PACIENTS CRÒNICS COMPLEXES POLIMEDICATS"

CODI PACIENT: 1-01 Int

4. Medicament i posologia habitual: Amlodipi 5mg 1-0-0

a. ☐ Retirar ☒ Retirar progressivament ☐ Modificar

b. Motiu (1-9): Reacció adversa produïda o potencial

c. Pla a seguir per la retirada/modificació: Edema, estrenyi 2,5mg/24h durant 1-2 set i stop

d. Ordre de prioritat d'implantació del canvi: 4

e. Referència: GRMPCC

5. Medicament i posologia habitual: Pantoprazol 40mg 1-0-0

a. ☐ Retirar ☐ Retirar progressivament ☒ Modificar

b. Motiu (1-9): Alternativa més eficient

c. Pla a seguir per la retirada/modificació: canviar el panto 40 per omeprazol 20mg

d. Ordre de prioritat d'implantació del canvi: 5

e. Referència: Catsalut

6. Medicament i posologia habitual: Alprazolam 0.25 1-0-1

a. ☐ Retirar ☐ Retirar progressivament ☒ Modificar

b. Motiu (1-9): Reacció adversa produïda o potencial

c. Pla a seguir per la retirada/modificació: valorar alternatives com lorazepam o lormeta.

QRD-4RI. REVISIÓ MEDICACIÓ III IMPLANTADA.

Nom estudi: "VALIDACIÓ CLÍNICA D'UNA METODOLOGIA ESTANDARDITZADA PER LA REVISIÓ DE LA MEDICACIÓ I "DEPRESCRIBIR" EN PACIENTS CRÒNICS COMPLEXES POLIMEDICATS"

CODI PACIENT: 1-01 Int

IMPLANTACIÓ DE LA REVISIÓ TIPUS III CONSENSUADA

Data de revisió del grau d'implantació:

06/02/2014

1.1. ☐ Implantació total de tots els canvis proposats

1.2. ☒ No ha estat possible la implantació total dels canvis proposats. Especificar en la graella següent el grau d'implantació de cada canvi:

Medicament	Posologia (Dosi, freqüència)	Proposta consensuada	Implantació
1. Gabapentina 300 mg	300 mg/24h	suspensió	Parcialment implanta
2. simvastatina 20 mg		suspensió	NO implantada
3. furosemida 40 mg	1 comprimit cada 12 h	1 comprimit cada 24 h	Totalment implantada
4. amlodipino 5 mg	1-0-0	suspensió	Totalment implantada
5. pantoprazol 40 mg	1-0-0	modificar per omeprazol	Totalment implantada
6. alprazolam 0.25	1-0-1	valoracio alternativa	Totalment implantada

Intervenció sobre el pacient

OBJECTIUS GENERALS D'ATENCIÓ EN EL PACIENT establerts per l'equip		PRIORITATS I PREFERÈNCIES VALORS, ACTITUDS I APTITUDS DEL PACIENT RESPECTE A LA MEDICACIÓ			ESTIMACIÓ DE LA MAGNITUD DEL RISC D'EAM GENERAL EN EL PACIENT	
Prevenió de la malaltia		Ordre de prioritats de Salut (què vol?)	Punts 1-100	Ordre l'1 al 4	ADE Risc Score (suma dels punts)	
Prevenió de les complicacions a curt		Màxima supervivència			Polimedicació	
Prevenió de les complicacions a llarg		Maxima independència			≥ 5 medicaments (+2 punts)	
Control de la malaltia		Reduir o eliminar el dolor			≥ 8 medicaments (+4 punts)	
Control dels símptomes		Reduir o eliminar altres símptomes			Factors intrínsecs d'EAM	
					≥ 4 comorbiditats (+1 punt)	
		Estimació de l'adherència voluntària (vol?)			insuficiència hepàtica (+1 punt)	
		Estimació de l'adherència involuntària (pot?)			insuficiència renal (+1 punt)	
					EAM previ (+2 punts)	
					Altres riscos	SI/NO
					Risc de caigudes	
					Viu sol	
					Deteriorament cognitiu	
					Trastorns psicològics / addiccions	
PROBLEMES PRIORITARIS DEL PACIENT		Complexitat del règim terapèutic				
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
EXPECTATIVA DE VIDA (aproximada)						
Inferior a 6 mesos						
Probablement inferior a 2 anys						
Entre 2 i 5 anys						
Superior a 5 anys						

Resultats en la prescripció

Carga de tratamiento farmacológico (62 pacientes con cambios)	Antes de la revisión		Después de la revisión		Dif media	Reducción relativa %
	media	IC 95%	media	IC 95%		
1. N° medicamentos/por paciente	13,9	13,15-14,50	11,4	10,2-11,42	-2,8	-20%
2. Medicamentos potencialmente inapropiados						
Numero de medicamentos	220		133		-87	-40%
STOPP (sobretreatment)	205		130		-75	-37%
START (infratreatment)	15		3		-12	-80%
% sobre total de medicamentos	25,46%		18,58%		-6,9%	-27%
3. Índice de complejidad del régimen terapéutico	26,00	23,2-28,8	20,90	18,2-23,5	-5,10	-20%

