

de l'atenció centrada en la malaltia i l'organització cap l'atenció centrada en el pacient: a propòsit d'un cas.



Dr. Jordi Acezat Oliva

Metge de Família

CAP Terrassa Nord

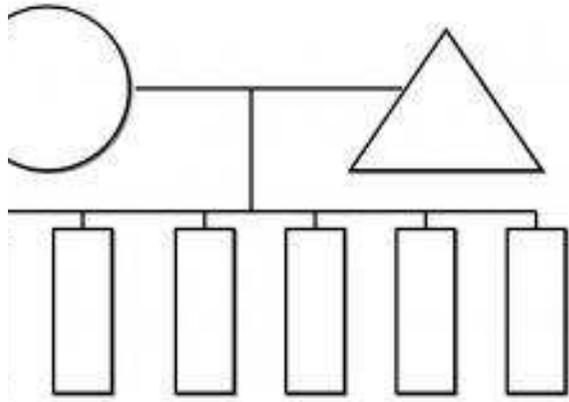
Consorci Sanitari de Terrassa



Clínic: visió d'un metge família

Sra María M.T.

GENOGRAMA



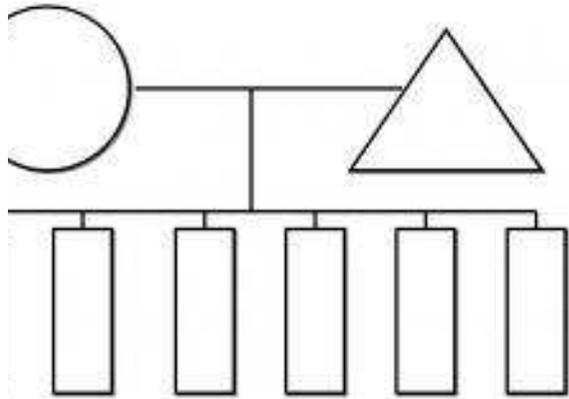
Is Clínic: visió d'un metge família

Dra María M.T.

Antecedents mèdics:

- DM tipus 2 en tractament amb insulina
- Dislipèmia en tractament amb estatines
 - Insuficiència renal crònica
- Insuficiència cardíaca (3 descompensacions l'últim any)
 - Fibril·lació auricular paroxística
 - AIT (2005)
 - MPOC
 - Síndrome depressiu
 - Osteoporosi

GENOGRAMA



Ttment habitual: Insulina Glargina (Lantus®) 0-0-24 UI; Insulina ràpida segons Acenocumarol (Sintrom®) 4 mg/segons pauta; Digoxina 0,25 mg/ 24 h excepte diss; diumenges; Losartan (Cozaar®) 50 mg/24h; Hidroclorotiazida 50 mg/24h; Ateno mg/24h; Atorvastatina 40 mg/24h; Alopurinol 300 mg/24h; Colchicina si precisa; Ome (Nucleosina®) 20 mg/24h; Duloxetina (Cymbalta®) 60 mg/24h; Salmeterol/fluti (Plusvent®) 50/500 mcg 1 inh/12h; Tiotropi (Spiriva®) 18 mcg 1 inh/24h; Àcid alendrò mg/setmanal; Complex hidroxiapatita (Osteopor®) 830 mg/12h; Tramadol 50 mg/1 dolor; Lorazepam 1 mg/nit; Fregues amb diclofenac 1% gel tòpic segons dolor



Consulta post-alta hospitalària:

- Pacient que acut després d'ingrés hospitalari per nova descompensació de la insuficiència cardíaca de base (II/III), en context d'ACxFA ràpida, anèmia (ferropènica) i intoxicació aguda per colchicina.
- En acudir a l'OF per recollir tractament, el seu farmacèutic li ha recomanat consultar a MAP davant detecció duplicitats i fer la revisió del tractament.

Intervencions del MAP



Anamnesi per valorar l'evolució des de l'alta

Exploració física

Revisió de tractament

- Objectiu de la revisió: avaluar la conveniència de retirar/modificar o afegir tractaments farmacològics a partir de l'avaluació del pacient;
- Què pretenem amb la revisió¹:
 - Alinear els objectius del tractament farmacològic amb els objectius generals d'atenció establerts per aquest pacient en concret, en funció de les necessitats i preferències en el moment actual.
 - Reduir els riscos derivats de la iatrogènia farmacològica.
 - Maximitzar el benefici dels tractaments adreçats als problemes prioritaris del pacient

om i per on començo?



GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Consulta las guías de práctica clínica sobre cardiología publicadas por SEC, ESC, ACC, AHA y otras instituciones internacionales. Puedes realizar tu búsqueda por temática, organismo y fecha de publicación.

[CONSULTA LAS GUÍAS](#)

Les GPC solen aconsellar clarament quan iniciar un determinat tractament, i hi ha molta menys evidència sobre la retirada de medicaments, i en poques ocasions s'indica de forma explícita el moment en el que cal retirar-los¹.



Associat a la polifarmàcia s'afegeix la prescripció en cascada, que es produeix quan els efectes adversos ocasionats per un medicament es confonen amb un nou símptoma, que es tracta amb un nou fàrmac (Kalisch L 2011)¹.

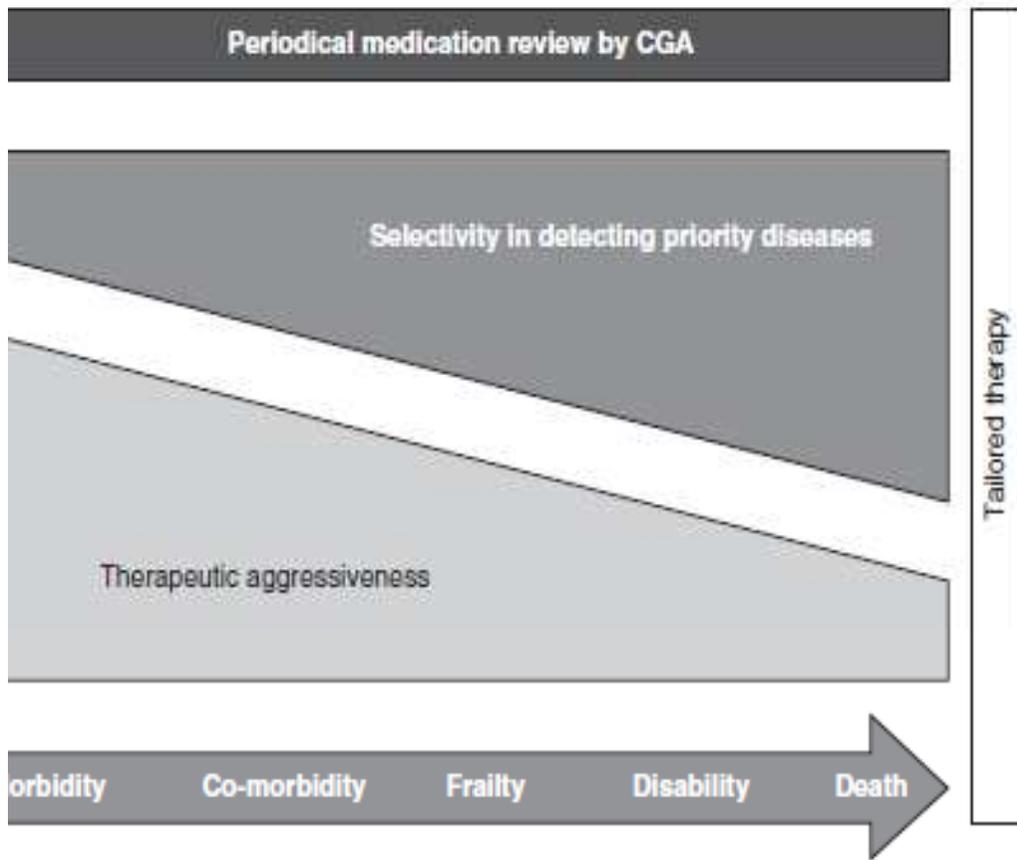
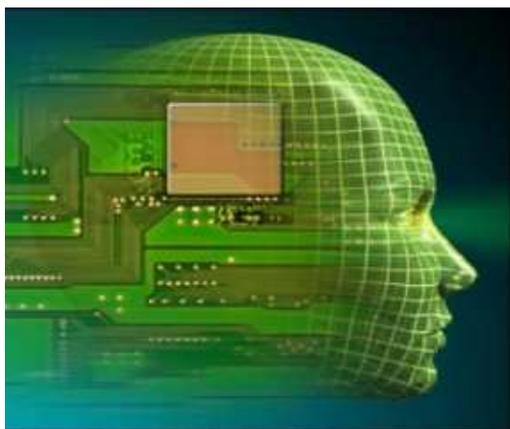
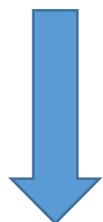


Figura 1. Model d'adequació de la prescripció a l'evolució dels pacients diabètics en funció de l'aparició de comorbiditat, fragilitat, discapacitat i fins al moment del final de la vida segons Sergi et al (Sergi, 2011).

Modificat d' Isamil-Beigi F. et al. Ann Intern Med. 2011;154:554-559



Malaltia

Diagnòstic
Tractament

SALUT

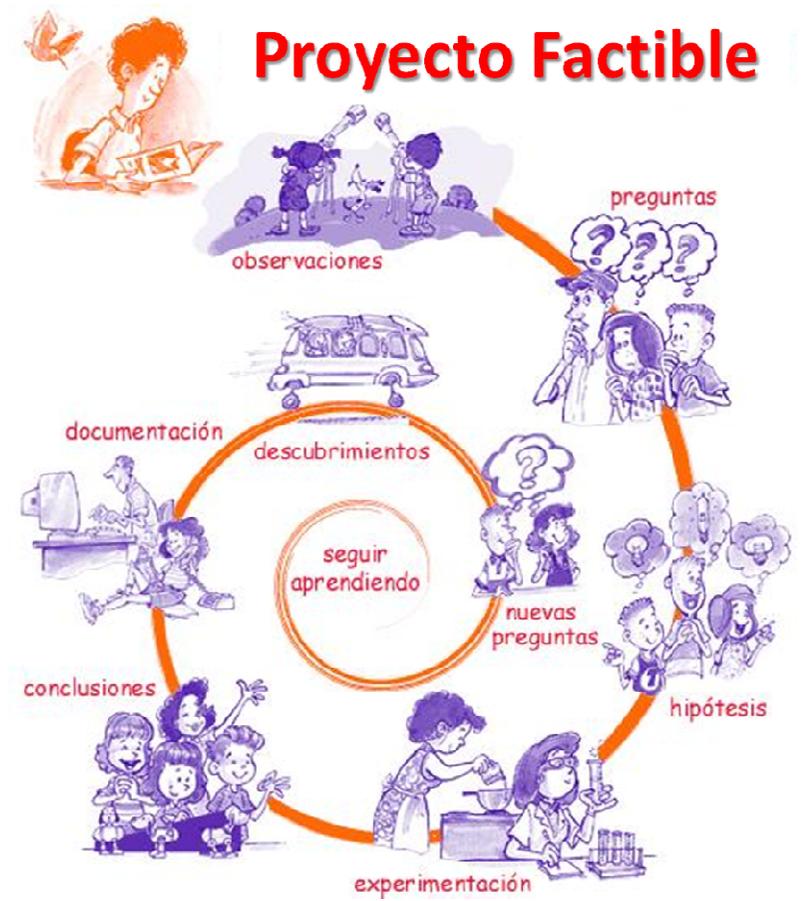


Persona amb
malaltia

Diagnòstic
Tractament

SALUT

Individualitat
segons estat
pacient



Cas clínic:

- **Situació basal**
- Dona de 82 anys
- Viu sola des de fa poc (havia viscut a Residència però per problemes econòmics ja no hi viu), té un fill amb qui no té contacte i una neboda a Canàries.
- Surt poc al carrer, només per anar al metge o a recollir la medicació a la farmàcia del barri i sempre acompanyada d'una senyora que l'ajuda amb les tasques diàries.
- Facultats mentals normals.

- **Situació a l'alta:**

- Eupneica en repòs, TA 130/80 mmHg, FC 85 bpm, Sat O2 95%.
- Creat 1,80 mg/dL, Na⁺ 140 mmol/L, K⁺ 3.8 mmol/L.
- Absència de signes radiològics d'ICC.

- **Medicació a l'alta:**

- Furosemida 40 mg/24h.
- Sulfat ferrós 100 mg/dia durant 1 mes.
- Symbicort 4,5/160 1 inh/12h.
- Pantoprazol 40mg/24h.
- Resta de tractament domiciliari igual.

Quins medicaments i per què al començament?

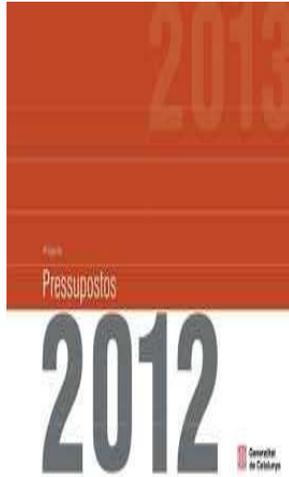


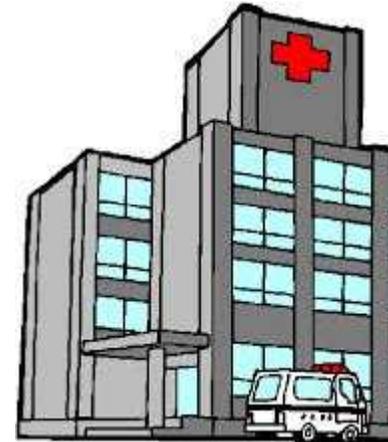
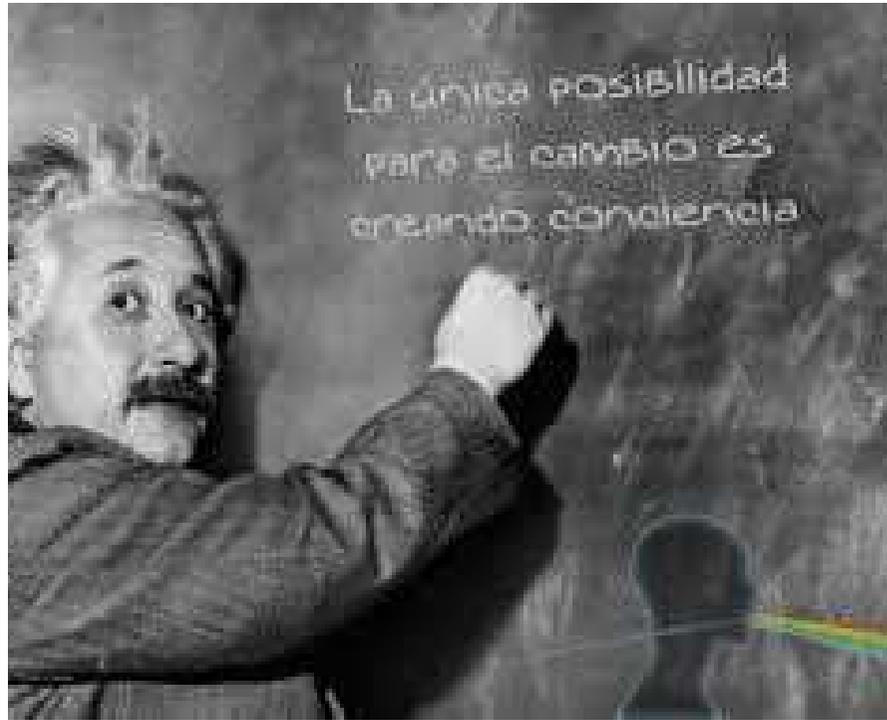
MEDICAMENT	POSOLOGIA
Insulina (Lantus®)	0-0-24 UI
Metoprolol (Actrapid®)	Segons reflos
Paracetamol 20 mg (Nuclosina®)	1-0-0
Losartà 50 mg (Cozaar®)	1-0-0
Paracetamol 500 mg	1-0-0
Acetazolamid 50 mg (Hidrosaluretil®)	1-0-0
Clonidina 4 mg (Sintrom®)	Segons pauta
Paracetamol 40 mg	0-0-1
Paracetamol 2,5 mg/5 mL (Lanacordin®)	2 mL/24h
Budesonida/Fluticasona 50/500 mcg (Plusvent®)	1 inh/12h
Paracetamol 18 mcg (Spiriva®)	1 inh/24h
Allopurinol 300 mg (Zyloric®)	0-0-1

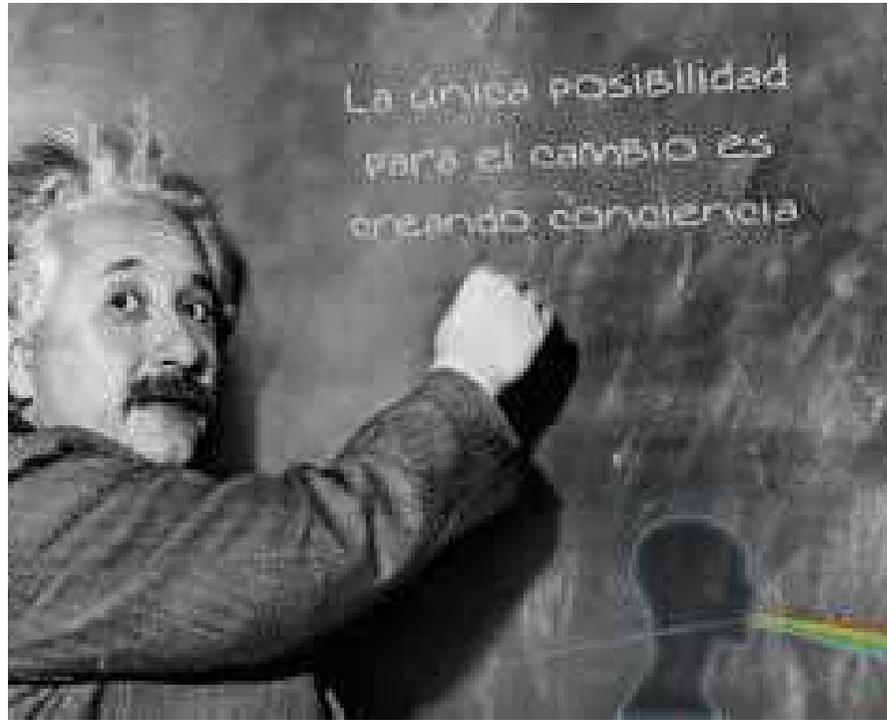
Duloxetina 60 mg (Cymbalta®)	0-0-1
Àcid alendrónico semanal 70 mg	Els dilluns
Colchicina 1 mg (Colchicine Houde)	1-0-0 Si precis
Complejo de hidroxiapatita 830 mg (Osteopor®)	1-0-1
Tramadol 50 mg	1-1-1 si dolor
Diclofenac 1% gel (Voltaren emulgel®)	cada 8h si dolor
Lorazepam 1 mg (Orfidal®)	0-0-1
Furosemida 40 mg (Seguril®)	1-1-0
Ferroglicina (II) sulfat 100 mg (Ferro sanol®)	1-0-0
Formoterol/Budesonida 4,5/160 mcg (Symbicort®)	1 inh/12h
Pantoprazol 40 mg	1-0-0
Paracetamol 1 g	1-1-1 si dolor
Carbonat càlcic 1250 mg/colecalciferol 400 UI (Ideos®)	1-0-0



tedas.blogspot.com







Si tropiezas llegas antes.

O eres conejillo de indias o investigador. Tú decides.

De l'atenció centrada en la malaltia i l'organització cap a l'atenció centrada en el pacient: a propòsit d'un cas.



Bibliografía

- 1. Guía CST de revisió de la medicació i deprescribing en pacients crònics complexes. Desembre 2012.
- 2. Modificado de Isamil-Beigi F. et al. Ann Intern Med. 2011;154:554-559
- 3. Model d'adequació de la prescripció a l'evolució dels pacients crònics en funció de l'aparició de comorbiditat, fragilitat, discapacitat fins el moment del final de la vida segons Sergi et al (Sergi, 2011).
- 4.
- 5.Revisión razonada del tratamiento farmacológico de pacientes polimedicados: Fierabrás. Maciá Martínez, M.A. (Médico Especialista en Farmacología Clínica. Jefe Servicio de Uso Racional de Medicamentos. Área de Farmacia. SESCAM)

los STOPPa: herramienta para la detección de prescripciones potencialmente inapropiadas en personas mayores. Las siguientes prescripciones y medicamentos son potencialmente inapropiados en personas de 65 o más años⁴

tema cardiovascular

1. Digoxina a dosis superiores a 125mg/día a largo plazo en presencia de insuficiencia renal (aumento del riesgo de intoxicación)
2. Diuréticos de asa para los edemas maleolares aislados, sin signos clínicos de insuficiencia cardíaca (no hay evidencia de su eficacia; las medias osmóticas son normalmente más apropiadas)
3. Diuréticos de asa como monoterapia de primera línea en la hipertensión (existen alternativas más seguras y efectivas)
4. Diuréticos tiazídicos con antecedentes de gota (pueden exacerbar la gota)
5. Bloqueadores beta no cardioselectivos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (riesgo de broncoespasmo)
6. Bloqueadores beta en combinación con verapamilo (riesgo de bloqueo cardíaco)
7. Uso de diltiazem o verapamilo en la insuficiencia cardíaca grado III o IV de la NYHA (pueden empeorar la insuficiencia cardíaca)
8. Antagonistas del calcio en el estreñimiento crónico (pueden agravar el estreñimiento)
9. Uso de la combinación de AAS y warfarina sin antagonistas de la trombina (riesgo de hemorragia) o IBP (alto riesgo de hemorragia digestiva)
10. Dipiridamol como monoterapia para la enfermedad cardiovascular secundaria (sin evidencia de eficacia)
11. AAS con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica sin antagonistas H₂ o IBP (alto riesgo de hemorragia)
12. AAS a dosis superiores a 150mg/día (aumento del riesgo de sangrado, sin evidencia de una mayor eficacia)
13. AAS sin antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica o un antecedente oclusivo arterial (no indicada para tratar un mareo no claramente atribuible a enfermedad cerebrovascular (no indicada)
15. Warfarina para un primer episodio de trombosis venosa profunda no complicada durante más de 6 meses (no se ha demostrado un beneficio adicional)
16. Warfarina para una primera embolia de pulmón no complicada durante más de 12 meses (no se ha demostrado beneficio)
17. AAS, clopidogrel, dipiridamol o warfarina con una enfermedad hemorrágica (alto riesgo de sangrado)

tema nervioso central y psicofármacos

1. ATC con demencia (riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo)
2. ATC con glaucoma (posible empeoramiento del glaucoma)
3. ATC con trastornos de la conducción cardíaca (efectos proarrítmicos)
4. ATC con estreñimiento (probable empeoramiento del estreñimiento)
5. ATC con un opiáceo o un antagonista del calcio (riesgo de estreñimiento grave)
6. ATC con prostatismo o con antecedentes de retención urinaria (riesgo de retención urinaria)
7. Uso prolongado (i.e. más de 1 mes) de benzodiazepinas de vida media larga (como clonazepam, flurazepam, nitrazepam, clorazepato) o benzodiazepinas con metabolitos de larga acción (como diazepam) (riesgo de sedación, confusión, trastornos del equilibrio, caídas)
8. Uso prolongado (i.e. más de 1 mes) de neurolepticos como hipnóticos a largo plazo (riesgo de sedación, hipotensión, efectos extrapiramidales, caídas)
9. Uso prolongado de neurolepticos (i.e. más de 1 mes) en el parkinsonismo (es probable que empeoren los síntomas extrapiramidales)
10. Fenotiazinas en pacientes con epilepsia (pueden bajar el umbral convulsivo)
11. Anticolinérgicos por los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolepticos (riesgo de toxicidad anticolinérgica)
12. ISRS con antecedentes de hiponatremia sintomática (hiponatremia inferior a 130mmol/l no iatrogénica en los dos meses anteriores)
13. Uso prolongado (más de 1 semana) de anticolinérgicos de primera generación, i.e. difenhidramina, clorfeniramina, ciclizina, prometazina (riesgo de sedación y efectos secundarios anticolinérgicos).

tema gastrointestinal

1. Difenoxilato, loperamida o fosfato de codeína para el tratamiento de la diarrea de causa desconocida (riesgo de retraso en el diagnóstico; pueden agravar un estreñimiento con diarrea por rebosamiento, pueden precipitar un megacolon tóxico en la enfermedad inflamatoria intestinal; pueden retrasar la curación en la gastroenteritis no diagnosticada)
2. Difenoxilato, loperamida o fosfato de codeína para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal grave i.e. con diarrea sanguinolenta, fiebre elevada o afectación sistémica grave (riesgo de exacerbación o prolongación de la enfermedad)
3. Proclorperazina o metoclopramida con parkinsonismo (riesgo de agravamiento del parkinsonismo)
4. IBP para la enfermedad ulcerosa péptica a dosis terapéuticas plenas durante más de 8 semanas (esta indicada la suspensión o descenso de dosis más precoz para el tratamiento de la enfermedad ulcerosa péptica, la esofagitis o la enfermedad por reflujo gastroesofágico)
5. Espasmolíticos anticolinérgicos en el estreñimiento crónico (riesgo de agravamiento del estreñimiento)

- D. Sistema respiratorio 1. Teofilina como monoterapia en la EPOC (existen alternativas más seguras y efectivas, riesgo de efectos adversos por el estrecho índice terapéutico) 2. Corticosteroides sistémicos en lugar de corticosteroides inhalados para el tratamiento de mantenimiento en la EPOC moderada-grave (exposición innecesaria a los efectos secundarios a largo plazo de los corticoides sistémicos) 3. Ipratropio inhalado en el glaucoma (puede agravar el glaucoma)
- E. Sistema musculoesquelético 1. AINE con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva, salvo con uso simultáneo de antagonistas H₂, IBP o misoprostol (riesgo de reaparición de la enfermedad ulcerosa) 2. AINE con hipertensión moderada-grave (moderada: 160/100mmHg-179/ 109mmHg; grave: igual o superior a 180/110mmHg) (riesgo de empeoramiento de la hipertensión) 3. AINE con insuficiencia cardíaca (riesgo de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca) 4. Uso prolongado de AINE (más de 3 meses) para el alivio del dolor articular leve en la artrosis (los analgésicos sencillos son preferibles y normalmente son igual de eficaces para aliviar el dolor) 5. Warfarina y AINE juntos (riesgo de hemorragia digestiva) 6. AINE con insuficiencia renal crónica (riesgo de deterioro de la función renal) 7. Corticosteroides a largo plazo (más de 3 meses) como monoterapia para la artritis reumatoide o la artrosis (riesgo de efectos secundarios sistémicos mayores de los corticoides) 8. AINE o colchicina a largo plazo para el tratamiento crónico de la gota cuando no existe contraindicación para el alopurinol (el alopurinol es el fármaco profiláctico de primera línea en la gota)
- F. Sistema urogenital 1. Fármacos antimuscarínicos vesicales con demencia (riesgo de mayor confusión y agitación) 2. Fármacos antimuscarínicos vesicales con glaucoma crónico (riesgo de exacerbación aguda del glaucoma) 3. Fármacos antimuscarínicos vesicales con estreñimiento crónico (riesgo de agravamiento del estreñimiento) 4. Fármacos antimuscarínicos vesicales con prostatismo crónico (riesgo de retención urinaria) 5. Bloqueadores alfa en varones con incontinencia frecuente, i.e. uno o más episodios de incontinencia al día (riesgo de polaquiuria y de agravamiento de la incontinencia) 6. Bloqueadores alfa con sonda vesical permanente i.e. sonda durante más de dos meses (fármaco no indicado)
- G. Sistema endocrino 1. Glibenclamida o clorpropamida con diabetes mellitus tipo 2 (riesgo de hipoglucemia prolongada) 2. Bloqueadores beta en la diabetes mellitus con frecuentes episodios de hipoglucemia, i.e. 1 o más episodios al mes (riesgo de enmascaramiento de los síntomas de hipoglucemia) 3. Estrógenos con antecedentes de cáncer de mama o tromboembolismo venoso (aumento del riesgo de recurrencia) 4. Estrógenos sin progestágenos en mujeres con útero intacto (riesgo de cáncer de endometrio)
- H. Fármacos que afectan negativamente a los propensos a caerse (1 o más caídas en los últimos tres meses) 1. Benzodiazepinas (sedantes, pueden reducir el sensorio, deterioran el equilibrio) 2. Neurolepticos (pueden causar dispraxia de la marcha, parkinsonismo) 3. Antihistamínicos de primera generación (sedantes, pueden reducir el sensorio) 4. Vasodilatadores de los que se sabe que pueden causar hipotensión en aquellos con hipotensión postural persistente, i.e. descenso recurrente superior a 20mmHg de la presión sistólica (riesgo de síncope, caídas) 5. Opiáceos a largo plazo en aquellos con caídas recurrentes (riesgo de somnolencia, hipotensión postural, vértigo)
- I. Analgésicos 1. Uso a largo plazo de opiáceos potentes, i.e. morfina o fentanilo, como tratamiento de primera línea en el dolor leve a moderado (inobservancia de la escalera analgésica de la OMS) 2. Opiáceos regulares durante más de dos semanas en aquellos con estreñimiento crónico sin uso simultáneo de laxantes (riesgo de estreñimiento grave) 3. Opiáceos a largo plazo en la demencia, salvo cuando están indicados en cuidados paliativos o para el manejo de un síndrome doloroso moderado/grave (riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo)

3 Criterios STARTa: herramienta para llamar la atención del médico sobre tratamientos indicados y apropiados. Estos tratamientos debe ser considerados en personas de 65 o más años que tengan las siguientes enfermedades, cuando no exista contraindicación para su uso⁴

tema cardiovascular 1. Warfarina en presencia de una fibrilación auricular crónica 2. AAS en presencia de una fibrilación auricular crónica, cuando la warfarina esté contraindicada pero no lo esté el AAS 3. AAS o clopidogrel con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica en pacientes en ritmo sinusal 4. Tratamiento antihipertensivo cuando la presión arterial sistólica sea normalmente superior a 160 mmHg 5. Estatinas con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica, cuando la situación funcional sea de independencia para las actividades básicas de la vida diaria y la esperanza de vida superior a 5 años 6. IECA en la insuficiencia cardíaca crónica 7. IECA tras un infarto agudo de miocardio 8. Bloqueadores beta en la angina crónica estable

tema respiratorio 1. Agonista beta-2 o anticolinérgico inhalado pautado en el asma o la EPOC leve a moderada 2. Corticosteroide inhalado pautado en el asma o la EPOC moderada a grave, cuando la FEV1 es inferior al 50% 3. Oxigenoterapia domiciliaria continua en la insuficiencia respiratoria tipo 1 ($pO_2 \leq 8,0 \text{ kPa}$ [60mmHg], $pCO_2 \leq 6,5 \text{ kPa}$ [49mmHg]) o tipo 2 ($pO_2 \leq 6,0 \text{ kPa}$ [60 mmHg], $pCO_2 \geq 46,5 \text{ kPa}$ [49mmHg]) bien documentada

tema nervioso central 1. Levodopa en la enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro funcional evidente y consecuente discapacidad 2. Antidepresivos en presencia de síntomas depresivos moderados a graves durante al menos tres meses

tema gastrointestinal 1. Inhibidores de la bomba de protones en la enfermedad por reflujo gastroesofágico grave o la dispepsia funcional que precise dilatación. 2. Suplementos de fibra en la diverticulosis sintomática crónica con estreñimiento

tema musculoesquelético 1. Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en la artritis reumatoide moderada a grave activa de más de 12 semanas de duración 2. Bifosfonatos en pacientes que reciben corticosteroides orales a largo plazo de mantenimiento 3. Suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida (evidencia radiológica o fractura por fragilidad previa o cifosis dorsal adquirida)

tema endocrino 1. Metformina en la diabetes mellitus tipo 2/síndrome metabólico (en ausencia de insuficiencia renal) 2. IECA (A-2) en la diabetes con nefropatía, i.e. proteinuria franca en el sistemático de orina o microalbuminuria ($\geq 30 \text{ mg}/24\text{h}$) 3. Insuficiencia renal en la bioquímica 4. Antiagregantes plaquetarios en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores mayores de riesgo cardiovascular (hipertensión, hipercolesterolemia, consumo de tabaco) 5. Estatinas en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores mayores de riesgo cardiovascular