

Grup 3 PRESCRIPCIÓ FARMACOLÒGICA

Ramon Cristòfol Allué (coordinació)

Xavier Forés García
M Pilar López Marco
Ramon Miralles Basseda
Germà Morlans Molina
Carles Pardo
Dolors Quera Aymà
Domingo Ruiz Hidalgo
Joan Serra Moscoso
Montserrat Soldevila Llagostera
Ramon Torres Lluelles
Antoni Salvà Casanovas
Carme Sala Salmerón

L'augment de les persones amb malalties cròniques com a conseqüència del progressiu envelliment de la població provoca un augment de la despesa farmacèutica associada a major dependència, major utilització de recursos sanitaris i major consum de fàrmacs, entre altres. Dins aquest grup etari són freqüents la polimediació, les RAM i els ingressos hospitalaris o residencials provocats per malalties intercurrents, per augment de la dependència o descompensació clínica de patologies cròniques.

En aquest grup de treball ens hem centrat en com podríem millorar la prescripció farmacològica d'aquest grup de població.

Adequació de la prescripció

1. Millora prescripció: tant pel que fa a **prescripció inadequada** (14% de pacients grans a la comunitat i 40% de pacients de residències) **com infradosificació o prescripció subòptima** (42% de les persones de més de 65 anys). La millora de la prescripció té una finalitat no solament d'estalvi sinó de millora de l'atenció en els diferents nivells assistencials. La prescripció inadequada provoca increment de la morbiditat i mortalitat, major utilització de recursos i augment de la despesa sanitària. Proposem difondre el coneixement i fomentar l'aplicació dels criteris STOPP, «Screening Tool for Older Person's Prescriptions» i START «Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment» en els diferents àmbits assistencials, que poden generar una millora de la prescripció.

2. Utilització de guies farmacològiques comunes (AP, residències): millorarien la bona prescripció, evitarien prescripció inadequada. Evitar la utilització de medicaments de **relació risc-benefici desfavorable**, disminuiria les RAM en la gent gran.

3. Polifarmàcia: establiment de programes d'intervenció específics per la millora de la prescripció farmacològica en el grup de pacients amb polifarmàcia.

4. Establiment d'objectius terapèutics raonables en la instauració de tractaments farmacològics: evitar cronificar tractaments que no aportin beneficis i que dificulten el compliment del pla farmacològic.

5. Adequació de la medicació a l'etapa final de vida: la bona praxi en el control simptomàtic ens porta a retirar els fàrmacs preventius i aquells que no controlen cap símptoma. Fàrmacs concrets: protocols de retirada en funció de situació clínica i/o malaltia avançada del pacient: Guies (NHPCO, SCBCP, CAMFIC, SCGG. (IBP, anticolinesteràsics, heparines, sintrom,...)).

6. Adaptació de guies clíniques al context del pacient fràgil o molt gran, expectatives raonables de vida.

Conciliació de la prescripció:

7. Conciliació medicació a l'alta hospitalària (sigui aguts o centres de mitja estada): en el document d'alta ha de quedar clara la medicació que ha de prendre el pacient tenint en compte la que prenia prèviament, argumentant els motius clínics pels canvis i/o noves introduccions; també ha de quedar constància de la temporalitat de la medicació.

8. Calen sistemes informàtics integrats que facilitin la conciliació de pautes farmacològiques entre els diferents nivells assistencials (AP, Hospitals, socio sanitaris).

9. Múltiples prescriptors: conciliació de medicació. En pacient crònic que és controlat per diversos especialistes, s'han de buscar fórmules de conciliar la medicació i que els consti en totes les interconsultes per evitar pautes duplicades o polifarmàcia inadequada.

10. Millora en la transició entre nivells assistencials: facilitar la comunicació entre els nivells: AP; especialitzada, socio sanitari i hospitalària. Sistemes d'informació i comunicació que permetin l'accés ràpid i eficaç a la informació disponible en tots els àmbits assistencials.

11. Millora de la continuïtat assistencial en el grup de pacients reingressadors. Treballar amb **programes integrats** inter-nivell que afavoreixin la comunicació-participació dels professionals i organitzacions que atenen aquests grups de pacients crònics i/o reingressadors. L'impacte en la despesa seria important tot i que la implementació no seria fàcil en les condicions de dificultat actual i el temps necessari seria mig-llarg.

12. Racionalitzar la compra de material fungible i bolquers que es fa a les residències. Compra directa i no subministrament a través d'oficina de farmàcia.

Prescripció a les residències i pacients crònics

13. Millora de la prescripció a residències: programes d'**intervenció geriàtrica a residències**, disminuiria el nombre de fàrmacs que prenen els pacients, disminuiria les prescripcions inadequades i/o subòptimes i milloraria la despesa farmacèutica. Revisió de proves pilot fetes a Catalunya.

14. Control de la medicació crònica amb controls clínics periòdics a fi d'evitar reaccions adverses. Trobar sistemes de treball amb nous processos que desenvolupin la bona praxi.

ANNEX 1: FITXA GRUP PRESCRIPCIÓ FARMACOLÒGICA

PROPOSTA SS-G-3 PRESCRIPCIÓ FARMACÈUTICA	REDUCCIÓ DESPESA	FACILITAT IMPLEMEN- TACIÓ	TEMPS NECESSARI
1- Utilització criteris per bona prescripció en persones d'edat avançada. (START, STOPP)	B Reducció Despesa Mitja	B Implementació regular	C Termini mig- llarg
2-Utilització guies farmacològiques comuns	A Reducció Despesa Alta	B Implementació regular	C Termini llarg
3- Polifarmàcia: programes d'intervenció específics	A Reducció Despesa Alta	C Implementació difícil	C Termini llarg
4- Objectius terapèutics raonables en la instauració de tractaments farmacològics: evitar cronificar tractaments que no aportin beneficis i que dificulten el compliment farmacològic.	A Reducció Despesa Alta	C Implementació difícil	C Termini llarg
5- Adequació de medicació a etapa final de vida	A Reducció Despesa Alta	B Implementació regular	B Termini mig
6- Adaptació de guies clíniques al context del pacient fràgil o molt gran	A Reducció Despesa Alta	B Implementació regular	A Termini mig- llarg
7- Conciliació medicació a l'alta: HA, CSS,...	B Reducció despesa Mig	B Implementació regular	B Termini mig
8- Sistemes informàtics integrats que facilitin la conciliació de pautes farmacològiques entre els diferents nivells assistencials.	A Reducció Despesa Alta	C Implementació difícil	C Termini llarg
9- Múltiples prescriptors: conciliació medicació.	B	C	B
10- Millora en transició de nivells assistencials: sistemes d'informació i comunicació que permetin l'accés ràpid i eficaç a la informació disponible en tots els àmbits assistencials.	A	B	B
11- Reingressadors: millora continuïtat assistencial. Programes integrats inter-nivell	A Important reducció despesa	C Implementació difícil	C Termini llarg
12- Racionalitzar la compra material fungible i fàrmacs en residències. Compra a proveïdors no oficina de farmàcia.	A Important reducció de despesa	B Implementació regular	A Termini curt
13- Millora prescripció a residències: difusió criteris START STOPP	A	B	B

14- Medicació crònica: controls clínics periòdics. Nous sistemes de treball que desenvolupin la bona praxi.	A	B	B
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---

Valoració ponderada en 3 graus sobre el que suposa en:

- reducció de la despesa (molt **(A)**, mig **(B)**, poc **(C)**)
- facilitat d'implementació (fàcil **(A)**, regular **(B)**, difícil **(C)**)
- temps (curt **(A)** , mig **(B)**, llarg termini **(C)**)