

ZAINKETA ARINGARRIAK: IKUSPEGI BERRI BAT

Aurkibidea

- SARRERA
- ARRETA INTEGRATUAREN PLAN BATEN OSAGAI NABARMENENAK
- PRESKRIPZIOAREN PRINTZPIOAK BIZITZAREN AMAIERAN
- ARRETA ARINGARRIA BEHAR DUTEN PAZIENTEEI FARMAKOAK PRESKRIBATZEARI UZTEKO GOMENDIOAK

INFAC buletina argitalpen elektronikoa bat da, eta EAEko osasun profesionalei dohain banatzen da. Buletin honen helburua medikamentuen erabilera arrazionala sustatzea da biztanlerairen osasun egoera hobetzeko.

Bizitza mugatuko pronostikoa duen gaixotasun kroniko ebolutibora zuzendu da zainketa aringarrien ikuspegi berria

SARRERA

Zainketa aringarriak (ZA) gaixoen eta haien familien bizitza-kalitatea hobetzera bideratutako arreta dela dio OMEk, gaixotasun hilgarriekin lotutako arazoetara sufrimendua prebenituz eta arinduz aurre egitea. Hori guztia, mina eta beste zenbait arazo fisiko, psikosozial eta espiritual berehala identifikatuta eta behar bezala balioetsi eta tratatuta¹. Kalkulatu da urtero hiltzen den pertsonen erdia etapa luze eta terminal baten ondoren hiltzen dela². Denbora askoan, ZA paziente onkologikoei aplikatu izan zaizkie ia bakarrik; gaur egun, ordea, adostasun osoz uste da beste prozesu kroniko aurreratu eta terminal asko dituzten pazienteei ere zabaldu behar zaiela^{1,2}.

Azken urteetan, aldatu egin da ZA kontzeptua, eta bizitza mugatuko pronostikoa duen gaixotasun kroniko ebolutibo aurreratuaz hitz egiten da gaur egun. Ez da definitzen biziraupen-denbora baten, organo baten, adin baten edo patologia baten arabera, baizik eta izan daitekeen pronostikoa balioetsita, eta bizitzaren amaierako etapan edo heriotza-prozesuan pertsonak eta haren familiak izan ditzaketen beharrei arreta osoa emateko ikuspegia izanda¹ (1. taula).

1. taula. Arreta aringarriaren trantsizio kontzeptual esanguratsuenak, XXI. mendearen hasieran³

LEHEN	ORAIN
Gaixotasun terminala	Gaixotasun kroniko ebolutibo aurreratu
Egunetako/astetako/ 6 hilabete baino gutxiagorako pronostikoa	Bizitza mugatuko pronostikoa
Bilakaera progresiboa	Bilakaera progresibo krisiduna
Minbizia	Patologia kroniko ebolutibo guztiak
Hilkortasuna	Prebalentzia
Sendagarria vs aringarria dikotomia	Arreta sinkronikoa, partekatua eta konbinatua
Esku-hartze zurruna	Esku-hartze malgua
Tratamendu espezifiko vs aringarria	Tratamendu aringarria kontraindikatu ez duen tratamendu espezifiko

.../...

.../...

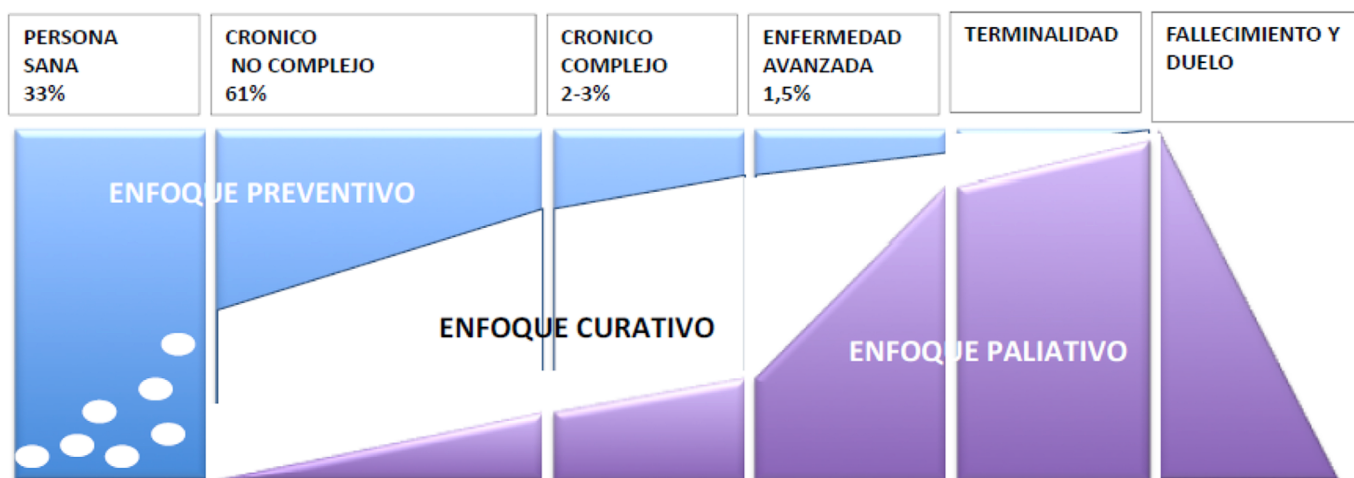
LEHEN	ORAIN
Pronostikoa, item nagusi gisa	Konplexutasuna, zerbitzuek esku hartzeko irizpide gisa
Krisiei erantzun pasiboa ematea	Jarrera proaktiboa – prebentiboa eta kasuaren kudeaketa
Gaixoaren rol pasiboa	Pazientearen autonomia: erabakiak aurrez planifikatzea
Zainketa aringarriak	Arreta aringarria
Zerbitzu espezifikokoak	Osasun-sistemaren zerbitzu guztietan hobetze-neurriak hartzea
Arreta zatikatua	Arreta koordinatua eta integratua
Instituzionalizatutako pazientea	Pazientea komunitatean
Zainketa aringarrietako pazientea	Arreta aringarriaren beharra duen pazientea

ARRETA INTEGRATUAREN PLAN BATEN OSAGAI NABARMENENAK

Bizitzaren amaierara gaixotasuna aurreratuta dutela iritsiko diren osasun-arazo kronikoak dituzten gero eta pertsona gehiago dago. Bizitzaren amaiera aurreko egoera horren iraupena ez da, gainera, beti berdina izaten eta aurreikus-ten ere zaila izaten da. Ez du esan nahi paziente horiek hurrengo egunetan, asteetan edo hilabeteetan hilko direnik, baizik eta, haien egungo egoera orokorra ikusita, ezinbestekoa dela haien behar integralei erantzungo dieten neurriak hartzea, kontuan hartuz gaixotasuna ez dela sendatuko eta egoera hori ez dela gaindituko. Zainketa sendagarrietatik aringarrietarako trantsizioa, gehienetan, pixkanaka egiten da, eta pertsonaren banakako beharretan eta familiaren be-harretan oinarritu behar da bizirik irautea espero daitekeen epe zehatz batean baino gehiago. Horregatik, esku hartze aringarriak ez dira bizitzaren azken egunetara mugatu behar^{1,2}.

Gaixo kroniko batek bere ohiko tratamenduez aparte beste era baterako zainketak noiz behar dituen jakiteko giltza aur-kitu behar da. Komenigarria da zainketa horiek bizitza arriskuan jartzen duen gaixotasun bat diagnostikatu eta gutxira hastea, eta pixkanaka aplikatzea gaixotasunak aurrera egiten duen neurrian, tratamendu sendagarriekin batera aplika daitezkeela jakinda^{1,4} (1. irudia).

1. irudia. Konplexutasunaren *continuuma* eta asistentzia-trantsizioak⁵



Arreta Integratuaren Plan bat egin behar da, arreta aringarriaren beharra duten pazienteek une oro arreta egokia eta haien aukeren eta beharren arabera izan dezaten. Hauek dira Arreta Integratuaren Plan batean jaso behar diren funtseko elementuak:

• Kasuak identifikatzea

Arreta aringarriaren zailtasun handienetako bat da behar hori duten pazienteak behar bezala identifikatzea. Espainian bi tresna erabiltzen dira zeregin horretarako: **NECPAL**, Onkologiako Kataluniako Institutuak (Institut Català d'Oncologia) garatu du, Ingalaterrako GSF-PIG-en (Gold Standards Framework-Prognostic Indicator Guidance) oinarritua, eta Eskoziako **SPICT** (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) tresnaren bertsio egokitua^{1,4}. NECPAL tresna Osabide Globalen eskura daiteke formulario gisa.

• Arreta aringarriaren beharra duten pazienteak markatzea

Bizitzaren amaierara iristen ari diren pertsonak garaiz identifikatuta eta kodetuta errazago egiten dira plangintzak eta ematen da arreta¹. Historia klinikoan ZA arreta markatzeko, kode hauek erabiltzen dira: V66.7 (GNS-9) eta Z51.5 (GNS-10). Horrela, historia klinikoan sar daitezkeen profesional guztiek pazienteak arreta aringarria behar duela jakin dezakete, eta pazientearen arreta integrarean eta erabakiak hartzen lagundu.

Bizitzaren amaierara iristen ari diren pertsonak garaiz identifikatzeak eta kode-tzeak plangintza eta arreta errazten dituzte

• Konplexutasuna sailkatzea

ZA arloko konplexutasuna faktore asko dituen kontzeptu bat da, elkarrekin erlazionatutako elementu multzo baten mendekoa, eta literaturan ahobatezko definizio bakar bat ez duena. **IDC-Pal** gaixotasun aurreratu eta terminal bat duten pazienteetan konplexutasuna diagnostikatzeko tresna bat da. Pazientea-familia unitatea balioetsi ondoren identifikatutako konplexutasun-egoerak edo -elementuak hartzen ditu bere barnean. IDC-Pal tresnak erabakiak hartzen laguntzen du, tartean sartuta dauden baliabideen esku-hartzea egokitzeko¹. Kasu bat "konplexu" edo "oso konplexu" gisa identifikatzen bada, ZA arloko talde espezifiko batek esku hartu behar duela adieraz dezake.

• Erabakien Aldez-aurreko Plangintza (EAP) eta Aurretiazko Borondateen Agiria (ABA)

Erabakien Aldez-aurreko Plangintza prozesu ireki bat da, etengabea, dinamikoa, alda daitekeena, eta pertsona baten eta haren arretan esku hartzen duten osasun-profesionalen arteko asistentzia-harremanak nolakoa izan behar duen adierazten duena. Bizitzaren amaieran, arazoak agertzen direnean eta baimen informatu bat emateko gaitasunik ez dagoenean, hartu beharreko erabakiei heltzeko estrategia bat taxutzen laguntzen du, modu partekatuan eta norberaren balio eta lehenatasunei jarraituz. Plan hori pazientearen historia klinikoan, leku egoki batean erregistratuta egotea komeni da.

Aurretiazko Borondateen Agiria, berriz, legezko agiri bat da; erregistratu egiten da eta isilpekoa da. Agiri hori sinatu duenak bere borondatea zein den azaldu ezin duenean, hartaz arduratzen ari den medikuak Aurretiazko Borondateen Agiririk (ABA) baduen kontsultatuko du, eta, hala bada, interesdunak bere garaian eskatu zuenaren arabera zuzenduko du osasun-jarduna. Historia klinikoan pazienteak ABArrik baduen kontsulta daiteke, bai eta zer adierazi duen ere, erabaki kliniko garrantzitsuak hartu behar direnean eta pazienteak, haren egoera klinikoagatik, bere borondatea zein den adierazi ezin duenean.

• Banakako Arreta Plana (BAP)

Detektatzeaz, markatzeaz eta konplexutasuna sailkatzeaz gain, ezinbestekoa da kasu bakoitza dimentsio askotatik begiratuta ebaluatzea, hala nola pazientearen eta familiaren behar fisikoak, emozionalak, soziofamiliarak, espiritualak eta kulturalak kontuan hartuta, eta zer balio, itxaropen eta lehenatasun dituzten identifikatzea ere bai. Zeregin horretan, laguntza handia eman diezaguke Erabakien Aldez-aurreko Plangintzak. Agiri batean jasota egon behar du aurretik aipatutako guztiak, BAPen hain zuzen ere, eta pazientearen historia kliniko elektronikotik eskuratzeko moduan. Formulario hori Osabiden dago eskuragarri, eta kasua kudeatzeko metodologia bati jarraitzen dio, zeinak arretaren antolaketa orientatzen laguntzen duen.

Arreta Integratuaren Plan bat egin behar da, pazientearen itxaropenak eta behar-rak kontuan hartuta

PRESKRIPZIOAREN PRINTZIPIOAK BIZITZAREN AMAIERAN

Prebenitzeko edo sendatzeko diren tratamenduekin jarraitzea egokia den jakitea izaten da ZA behar dituzten pazienteak artatzen dituzten osasun-profesionalak askotan izaten duten arazoetako bat. Bizitzaren amaierara gerturatzen ari diren adinekoek arrisku berezia izaten dute terapia farmakologikoaren ondorio kaltegarriak nozitzeko. Zenbait azterketek adierazi

dute bizi-itxaropen txikia duten adinekoen % 40-45i beharrezkoa ez den medikazioa ematen zaiola, beharrezkoa ez den medikaziotzat hartuta indikazio argirik gabe, onura terapeutiko jarraiturik izango duen ebidentziarik gabe, dosi handiegian edo iraupen luzeegian edo ondorio kaltegarriak dituela agintzen dena⁶.

Preskripzio ezin hobeak eraginkortasuna eta segurtasuna izan behar ditu oinarri, baita egokitasuna, kostu-eraginkortasuna eta pazientearen lehentasunak ere⁷. Farmakoterapia erregulartasunez berraztertu eta balioetsi behar da. Paziente bat bere bizitzaren amaierara iristen denean, oraindik ere garrantzi handiagoa hartzen du medikazioaren erabilera berriz balioesteak eta zein farmako diren egoki eta zein ez erabakitzeak, zainketaren helburuak eta bizi-itxaropena kontuan hartuta⁸. Erroka handia da medikuarentzat eta pazienteentzat bizitza mehatxatzen duten gaixotasunen (bihotzeko gutxiegitasuna...), beste komorbiditate batzuen (hipertentsioa, aurikula-fibrilazioa) eta sintomen (disnea, mina...) arteko elkarrekintza konplexua gidatzea⁹.

Izan ere, arazotsua gerta daiteke zenbait farmako kentzea, baita desegokitzat jotakoak ere. Erabakiak hartzeko, faktore hauek hartu behar dira kontuan^{8,10,11}:

- Pazientearen bizi-itxaropena: zenbait indize garatu dira paziente-multzoko desberdinen hilkortasun orokorra kalkulatzeko; baina erabiltzen hasi aurretik, ikerketa gehiago egin behar dira populazio heterogeneoetarako zehatzak diren eta emaitza klinikoak hobetzeko gaitasuna baduten frogatzeko¹².
- Tratamenduaren helburuak: sintomen kontrola vs epe luzearako prebentzioa.
- On egiteko behar duen denbora.
- Emateko zailtasunak. Farmako kopuruak gora egin ahala, farmakoak hartzeko araubide konplexuei egin behar diete aurre pazienteek, eta horrek atxikidurarik ez izateko arriskua areagotzen du eta pazientearen bizi-kalitatea urritu. Bestetik, gaixotasuna aurreratuta duten pazienteek, sarritan, anorexia eta irensteko zailtasunak izaten dituzte eta ohikoa dena baino lehenago asetzen dira, eta beraz, zailagoa gertatzen zaie egunean zenbait botika hartzea⁹.

Bizitzaren amaierako fasean, prebentziotik sintomen kontrolera aldatzen da terapia farmakologikoaren helburua

Zenbait pazienteek uste du medikuaren eta pazientearen arteko harremanaren adierazpen bat dela preskripzioa. Eta, beraz, farmako kentze horrek gaizki-ulertuak eragin ditzake pazienteengan eta haien familiengan, zainketa bertan behera utzi dutela edo itxaropena galdu dela pentsa baitezakete. Baina prebentziosko medikazioarekin jarraitzeak, ordea, itxaropen faltsuak sor ditzake. Gaizki-ulertuak saihesteko, ezinbestekoa da medikuaren, pazientearen eta gertueneko senideen arteko komunikazioa argia izatea. Farmakoterapiaren helburua prebentziotik sintomen kontrolera aldatzen dela da zabaldu beharreko funtsezko ideia, eta farmako bat kentzen badiote, pazientearen uneko egoerak hala eskatzen duelako dela, eta sekula ez "tratatzea merezi ez" duelako^{10,13}. Tratamendu on bat ez da soilik noiz hasi behar den jakitea, baita noiz eta nola kendu behar den jakitea ere¹⁴.

Preskribatzaileek paziente ahulei medikazioa kentzerakoan aipatzen duten oztopoetako bat da pazienteek ez dutela medikazioa kentzea nahi izaten. Hala ere, pazienteen artean egindako inkesta batzuen arabera, hartzen ari diren botiketaren bat kentzeko gogoz agertu dira pazienteen heren batetik % 95era bitarte¹⁵.

Hona hemen bizitzaren amaieran preskripzio egoki bat egiteko zenbait gomendio^{10,11}:

- Berebiziko garrantzia du tratamenduaren helburua zein den definitzeak; izan ere, farmakoterapia egokiena zein den jakiten lagunduko dio preskribatzaileari. Gai hori medikuaren eta pazientearen artean adostu beharko litzateke, eta, beharrezkoa bada, zainatzaileekin.
- Bizitza luzatu bai baina sintomak arintzen ez dituzten farmakoak ez dira egokiak.
- Lehen mailako edo bigarren mailako prebentziosko farmakoak, printzipioz, ez dira egokiak, kasu hauetan izan ezik: pazienteak duen bizi-itxaropeneko denbora baino dezente gutxiago behar izatea mesede egiteko, eta ondorio kaltegarri esanguratsurik ez izatea.
- Ahalik eta farmako gutxien erabili behar da. Oro har, egunean, ez bost farmako baino gehiago. Izan ere, adinekoetan, egunean sei farmako edo gehiago hartzeak areagotu egiten du ondorio kaltegarriak izateko arriskua eta gutxitu tratamenduarekiko atxikidura.
- Prozesu dinamiko bat izaten da bizitzaren amaieran dagoen paziente batentzat araubide farmakologikoa optimizatzea. Farmako bat baino gehiago kendu behar dela pentsatzen bada, hobea da banaka kentzen joatea, farmako bakoitza kendu ondoren izan daitezkeen ondorio kaltegarriak errazago identifikatzeko eta beharrezkoak diren ekintza zuzentzaileak egiteko.
- Sinplifikatu ahalik eta gehien jarraibide posologikoak eta egokitu pazienteen beharretara.

Ahal den neurrian, erraztu egin behar dira jarraibide posologikoak

ARRETA ARINGARRIA BEHAR DUTEN PAZIENTEEI FARMAKOAK PRESKRIBATZEARI UZTEKO GOMENDIOAK

Bizitzaren amaierako aldira iristen diren paziente gehienek gaixotasun kronikoei aurre egiteko medikamentu ugari izaten dituzte preskribaturik. Ez dago adostasun zabalik adierazteko zein farmako diren desegoki garai horretarako, baina batzuk, behintzat, ez dira apropostzat jotzen, bereziki pazientearen bizi-itxaropena baino denbora gehiago behar dutelako hari on egiteko. Esate baterako, desegokitzen jotzen dira ia beti kolesterola gutxitzeko farmakoak edo hezur-haustutasunagatik hausturen arriskua gutxitzeko erabiltzen direnak¹⁰.

Iatrogenesia minimizatzeko, kalitate-esparru bat proposatzen dute Scott et al-ek¹⁶ medikamentuen erabileran, zeinak 10 urrats dituen:

1. Gaur egun gaixoak erabiltzen dituen medikamentu guztiak aztertzea.
2. Ondorio kaltegarriak izateko arrisku handia duten pazienteak identifikatzea.
3. Arrisku handiko pazienteen bizi-itxaropena kalkulatzeko.
4. Asistentziaren helburu orokorrak definitzea, pazientearen bizi-itxaropena kontuan hartuta.
5. Preskribatutako medikamentuen oraingo indikazioak definitzea eta berrestea.
6. Farmakoak on egiteko zenbat denbora beharko duen zehaztea.
7. Medikamentu bakoitzaren onura-arriskua erlazioa balioestea.
8. Farmako bakoitzaren onura erlatiboa berraztertzea.
9. Kendu daitezkeen edo dosi txikiagotan eman daitezkeen farmakoak identifikatzea.
10. Medikamentuak gutxitzeko plan bat inplementatzea eta monitorizatzea, eta plana baliagarria den eta pazientearen atxikidura etengabe ebaluatzea.

Argi identifikatu behar da zein medikamentu ez den ematen hasi behar eta zein kendu behar diren. Esate baterako: bizitzaren amaieran dagoen paziente batentzat, egokiagoa litzateke gaixotasun erreumatiko aktibo baten tratamendu sintomatikoa kortikoideekin hastea metotrexatoarekin baino. Baina metotrexatoarekin ondo kontrolatuta badago pazienteak, seguru asko egokiagoa da tratamendu horri eustea. Bizitza ertain-luzeko benzodiazepinak (BZD) dira beste adibide bat. Oro har, paziente adinduetan saihestu beharreko farmakoak dira; baina, agian, ez litzateke egokia bizitzaren amaieran dagoen paziente bat BZDak kenduta izan ditzakeen ondorioen eraginpean jartzea; horrenbestez, kasuak banaka balioetsi behar dira¹⁰.

2. taulan, arreta aringarria behar duten pazienteei kentzea proposa daitezkeen zenbait farmako-multzori buruzko gomendioak jaso dira. Taula orientagarri bat da, eta ez du inola ere ordeztu behar iritzi klinikoa eta paziente bakoitzaren banan banako tratamendua.

2. taula. Arreta aringarria behar duten pazienteei farmakoak preskribatzeari uzteko gomendioen laburpena

Multzo terapeutikoa	Gomendioa	Pixkanaka gutxitzen joan behar da?	Tratamenduarekin jarraituz gero izan daitezkeen arazoak
Estatinak eta beste hipolipemiatzaile batzuk ^{14,17-20}	Kendu, batez ere berriki gertaera koronario edo kardiobaskularrik izan ez badu.	Ez	Giltzurrun-gutxiegitasun akutua. Miopatia badu eta etengabe erabiltzen bada, errabdomiolisi-arriskua eta giltzurrunetako eta beste organo batzuetako kalteak. Beste farmako batzuekin interakzioak izateko arriskua.
Antihipertentsiboak (β -blokeatzaileak, diuretikoak, AEBI, AHA II, kaltzioaren antagonistak) ^{14,20-22}	Kendu, antihipertentsibo gisa soilik erabiltzen badira. Banaka-banaka kendu. Kontrol-helburuak ez hain zorrotzak.	Bai. Zeharkako ondorio gisa, hipertentsioa izateko arriskua, eta takikardia.	Bizitzaren amaieran dauden paziente askok tentsio arterial baxua izaten dute, baita antihipertentsiborik gabe ere, kakexia eta hutsegite organikoagatik. Paziente ahulen kasuan, kontrol-helburu oso zorrotzek ez dituzte emaitzak hobetzen, eta ondorio kaltegarrien areagotzearekin erlazionatzen dira (hipotentsio ortostatikoa eta erorikoak).

.../...

.../...

Multzo terapeutikoa	Gomendioa	Pixkanaka gutxitzen joan behar da?	Tratamenduarekin jarraituz gero izan daitezkeen arazoak
Antikoagulatzaileak (K bitaminaren antagonistak) ^{14,22}	Indibidualizatu. Balioetsi kentzea, erorikoak izateko arrisku handia badago.	Ez	Bizitzaren amaieran dauden pazienteek gutxiago jaten dutenez, antikoagulatzaileen erabilerak arrisku handiak eragin ditzake, terapian egiten diren aldaketengatik eta interakzio farmakologikoengatik, gorabeherak eragin baititzakete INRan.
Hipogluzemiatzaileak eta insulina ^{14,22}	1 motako DMA: egokitu insulina dosi txikienera, eta egunean behin eman. 2 motako DMA: egokitu dosi txikienera, hipo edo hipergluzemia sintomarik ez badago. Hipogluzemiatzaileen erabilera metforminara murriztu (giltzurrun funtzioari eusten bazaio). Kontrol-helburuak ez hain zorrotzak.	Hasierako dosiaren arabera.	Bizitzaren amaieran ahorakin gutxitzeak hipogluzemia larriak eragin ditzake, hipogluzemiatzaileekin jarraitzen bada.
Dementziarako erabiltzen diren farmakoak: kolinesterasaren inhibitzaileak (ribastigmina, donepeziloa, galantamina) eta memantina ^{11,23-25}	Aldakorra. Ez hasi tratamendurik, eta balioetsi kentzea demenzia aurreratua duten pazienteei eta ageriko erantzun klinikorik erakutsi ez dutenei.	Bai. Erretiratze-sindromea izateko arriskua (antsietatea, aztoramendua eta demenziako sintomen okerragotzea).	Kolinesterasaren inhibitzaileak: ondorio kaltegarri gastrointestinalak (goragalea, gorakoak, beherakoa), kardiakoak (zorbioak, sinkopeak), gernukoak (gernu-maiztasuna areagotzea, erretentzioa), neuropsikiatrikoak eta NSZkoak.
Burdina, kaltzioa, D bitamina eta bitamina-osagarriak ^{11,26,27}	Kendu	Ez	Ahotik hartzen den burdinak idorreria eragiten du; bereziki opiazeoekin tratatzen diren pazienteei.
Osteoporosiarri aurre egiteko farmakoak ^{20,22,24,28}	Kendu, hezur-metastasiaren hiperkaltzemia sekundarioaren tratamenduan erabiltzen badira izan ezik.	Ez	Bisfosfonatoak: hestegorriko ultzera izateko arriskua. Haustura atipikoak eta baraila-osteonekrosia.
Benzodiazepinak ^{21,26,27}	Aintzat hartu kentzea. Kenduta, hobekuntza kognitiboak eta psikomotorrak izan direla frogatu da.	Bai. Erretiratze-sindromea: insomnia, aztoramendua, antsietatea, palpitazioak, dardara, nahasmendu gastrointestinalak.	Erorikoak izateko arriskua areagotzen da, bereziki adineko pazienteetan.
PPI, anti-H ₂ ^{20,29}	Kendu daitezke, baldin eta odol-galerarik edo ultzera gastrointestinalaren aurrekaririk ez duten eta HKEekin tratamendu konkomitanterik ez duten pazienteekin erabiltzen badira ultzera peptikoaren profilaxietan.	Bai. Dispepsia arriskua, eta, zeharka, jariakin azidoa areagotzea.	Epe luzean erabiliz gero, infekzio enterikoak, B12 bitaminaren gabezia eta hipomagnesemia, pneumonia eta nefritis interstizial akutua izaten direla ikusi da.
Antiagregatzaileak ^{17,26,27}	Balioetsi lehen mailako prebentzioan kentzea.	Ez	Odol-galerak izateko arriskua.

ESKERRAK

Eskerrak ematen dizkiogu Manolo Milleti, Bidasoako ESIko Etxeko Ospitalizazioaren atalburua, testua berrikustegatik eta ohar eta iradokizun egokiak egiteagatik.

BIBLIOGRAFIA

- Grupo de Trabajo para el Abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi. Abordaje de los cuidados paliativos en Euskadi. Proceso de atención y mejora en la fase final de la vida. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. [online]: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_cuidados_paliativos/es_def/adjuntos/cuidados_paliativos_anexo_es.pdf
- Arce García MC, Alonso Babarro A. Cuidados paliativos en pacientes no oncológicos. FMC. 2008;15(5):273-4.
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X et al. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: Identificación y Atención Integral-Integrada de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. [online]: http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/doc_necpal_ccoms-ico_instrumento_esp_vweb_vff.pdf
- Limón E, Meléndez A. Identificación de los pacientes que tienen necesidades paliativas. ¿Están todos los que son? AMF. 2014;10(5):261-6.
- Blay C. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2014.
- Tjia J, Velten SJ, Parsons C, Valluri S, Briesacher BA. Studies to reduce unnecessary medication use in frail older adults: a systematic review. Drugs Aging. 2013;30:285-307.
- Holmes HM. Rational prescribing for patients with a reduced life expectancy. Clin Pharmacol Ther. 2009;85(1):103-7.
- Maddison AR, Fisher J, Johnston G. Preventive medication use among persons with limited life expectancy. Prog Palliat Care. 2011;19(1):15-21.
- McNeil MJ, Kamal AH, Kutner JS, Ritchie CS, Abernethy AP. The burden of polypharmacy in patients near the end of life. J Pain Symptom Manage. 2016;51(2):178-183.
- O'Mahony D, O'Connor MN. Pharmacotherapy at the end-of-life. Age and Ageing. 2011;0:1-4.
- Cruz-Jentoft AJ, Boland B, Rexach L. Drug therapy optimization at the end of life. Drugs Aging. 2012;29(6):511-21.
- Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, Widera EW, Smith AK. Prognostic indices for older adults: a systematic review. JAMA. 2012;307(2):182-192.
- Hilmer SN, Gnjidic D, Le Couteur DG. Thinking through the medication list. Aust Fam Physician. 2012;41(12):924-8.
- van Norden R, Lavrijsen J, Vissers K, Koopmans R. Decision making about change of medication for comorbid disease at the end of life: an integrative review. Drugs Aging. 2014;31:501-12.
- Qi K, Reeve E, Hilmer SN, Pearson SA, Matthews S, Gnjidic D. Older peoples' attitudes regarding polypharmacy, statin use and willingness to have statins deprescribed in Australia. Int J Clin Pharm. 2015;37:949-57.
- Scott IA, Gray LC, Martin JH, Mitchell CA. Minimizing inappropriate medications in older populations: a 10-step conceptual framework. Am J Med. 2012;125:529-37.
- All Wales Medicines Strategy Group. Polypharmacy: Guidance for Prescribing. July 2014.
- AMDA-The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine. Ten things physicians and patients should question. September 2013. [online]: <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/02/AMDA-Choosing-Wisely-List.pdf>
- Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH, Ritchie CS, Bull JH, Fairclough DL et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness. A randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2015;175(5):691-700.
- Lindsay J, Dooley M, Martin J, Fay M, Kearney A, Khatun M et al. The development and evaluation of an oncological palliative care deprescribing guideline: the "OncPal deprescribing guideline". Support Care Cancer. 2015;23:71-8.
- Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, Le Couteur DG. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older. A systematic review. Drugs Aging. 2008;25(12):1021-31.
- Baena JM, González I, Rodríguez R. Evidencias disponibles y criterios para la retirada de fármacos en las demencias. FMC. 2012;19(9):547-51.
- Tenni P, Dunbabin D. A guide to deprescribing for better health outcomes: Cholinesterase inhibitors. May 2016. [online]: <http://www.primaryhealthtas.com.au/sites/default/files/A%20Guide%20to%20Deprescribing%20Cholinesterase%20Inhibitors.pdf>
- Bemben NM. Deprescribing: an application to medication management in older adults. Pharmacotherapy. 2016;36:774-80.
- Mathew R, Davies N, Manthorpe J, Iliffe S. Making decisions at the end of life when caring for a person with dementia: a literature review to explore the potential use of heuristics in difficult decision-making. BMJ Open 2016;6:e010416. [online]: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/7/e010416.full.pdf+html>
- Starkey V, Omorinoye T. Deprescribing: a practical guide. NHS Southern Derbyshire CCG Medicines Management Team Version 1.10 May 2015. [online]: http://www.derbyshiremedicinesmanagement.nhs.uk/assets/Clinical_Guidelines/clinical_guidelines_front_page/Deprescribing.pdf
- Frank C, Weir E. Deprescribing for older patients. CMAJ. 2014;186(18):1369-76. [online]: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4259770/pdf/1861369.pdf>
- ASCEPT – The Australasian Society of Clinical and Experimental Pharmacologists and Toxicologists. Five things clinicians and consumers should question. April 2016. [online]: http://www.choosingwisely.org.au/getmedia/e97bde53-e89c-44f-8380-5c9b3ff2da9f/CW_Recommendations_ASCEPT_v2.pdf.aspx
- PPI deprescribing. Approaches for stopping or dose reduction of PPIs in those who may not need lifelong treatment. Rx Files. April 2015. [online]: <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/PPI-Deprescribing-Newsletter.pdf>

Berrikuspen bibliografikoaren data: 2016ko ekaina

Mendikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDEn bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetza intransparen bidez, txartel horia beteaz edo AEMPSen interneteko <https://www.notificaRAM.es> helbidean

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure erakundeko farmazialaria edo MIEZ - tel. 945 01 92 66 - e-maila: cevime-san@euskadi.eus

Idazkuntza Batzordea: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Ainhoa Asensio, Sergio Barrondo, Maite Callén, Saioa Domingo, Maitane Elola, Marta Esteban, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^o José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Oloquegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1575054-X