CONGRESO NACIONAL SEFH



Proceso asistencial en el ámbito *sociosanitario*
Casos prácticos de Atención Farmacéutica al Paciente Crónico *Frágil*

Dra. Elia Mª Fernández Villalba
Servicio de Farmacia RPMD La Cañada

sefh Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Mallorca, 08 de Noviembre 2018

Contenido

- Modelo de atención y cuidados:
  - Atención Centrada en la Persona
  - Atención Sociosanitaria
- Metodología de trabajo => Valoración Geriátrica Integral
    - Áreas de valoración
    - Instrumentos utilizados
    - Toma de decisiones
    - Plan individualizado de atención
- Integración de la Atención Farmacéutica
  - Valoración centrada en la persona
  - Identificación de problemas de salud relacionados con medicamentos (Síndromes geriátricos, Prescripción en cascada, alergias, intolerancias, interacciones, yatrogenia….)
  - Reducción complejidad del tratamiento
  - Adecuación tratamiento a situación clínica y objetivos

"MODUS OPERANDI"

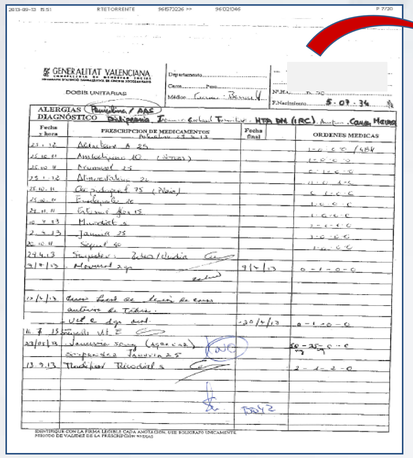
*Solamente una visión **holística** permitirá entender al adulto mayor en su **real dimensión**, garantizando una atención **adecuada y efectiva****

Atención farmacéutica especializada

⇒Orientación => ***HOLÍSTICA**, INTEGRAL, COMPLETA*

⇒Enfoque => *CENTRADA EN LA **PERSONA***

⇒Objetivo => *RESULTADO EN LA **PERSONA***





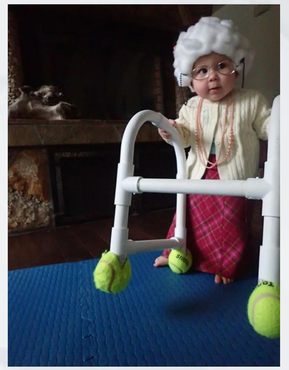
Multidimensional

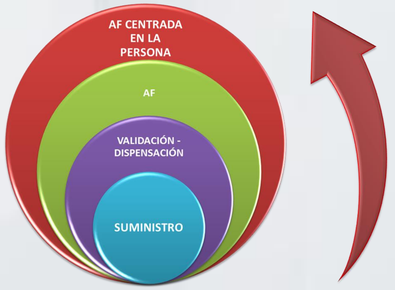
Interdisciplinar

Integrada en equipo









sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

* Domínguez-Ardila A,, García-Manrique JG. Valoración Geriátrica Integral. Aten Fam. 2014;21(1):20-23

entorno - CSS

- Atención SOCIAL > SANITARIA
- Cuidados de Larga Duración
- Organización propia / independiente
  - Equipo directivo
  - Entidad / Administración
- Recursos HH y MM muy limitados
- Dinámicas de trabajo y actividades de los usuarios



Condiciona el circuito y utilización de los M, PS y D

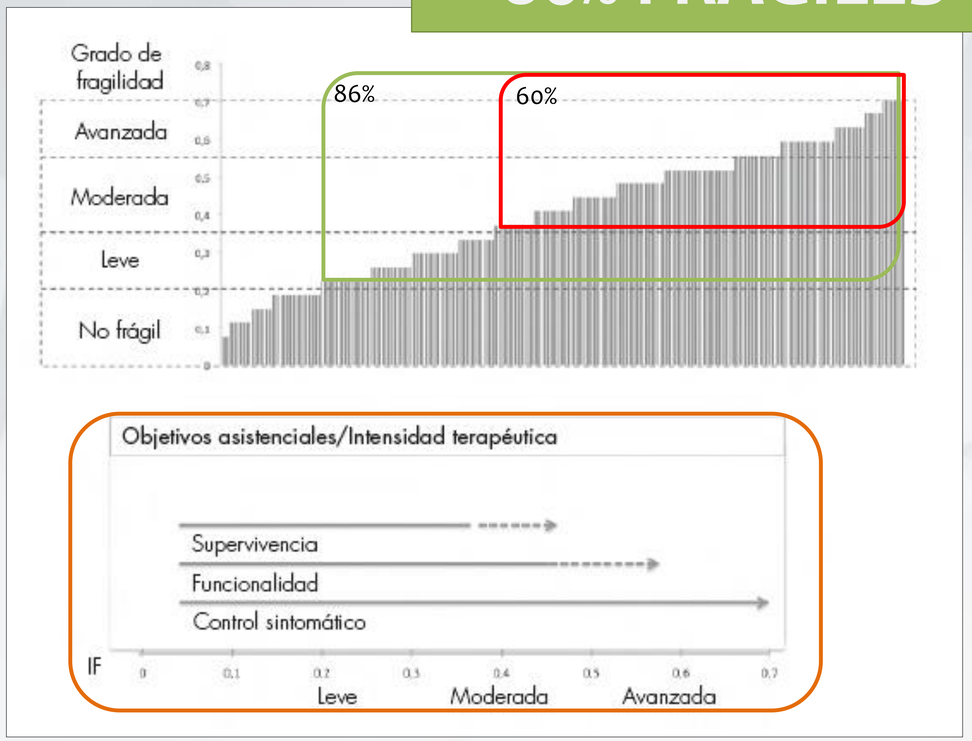
- Atención sanitaria no integrada en el sistema de salud

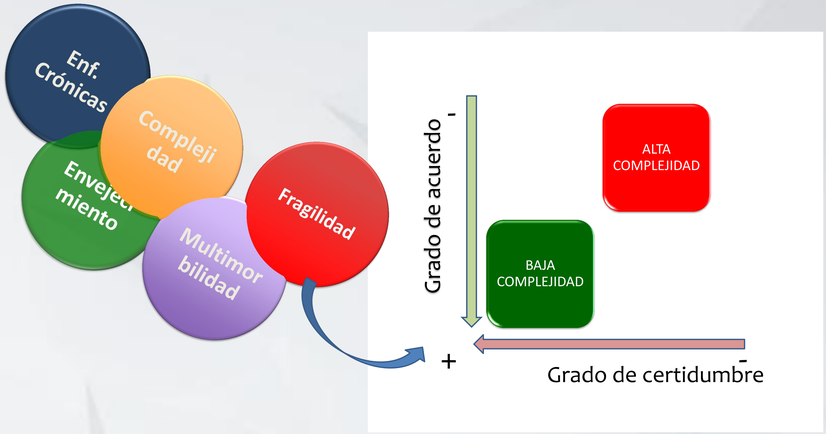
usuario

89% P. CRÓNICOS

66% P. CRÓNICOS COMPLEJOS

86% FRÁGILES





- COMPLEJIDAD CLÍNICA
  - Descompensación múltiples sistemas
  - Presentación clínica imprecisa
  - Incertidumbre diagnóstica
  - Dificultad diagnóstico de situación
  - Dificultad en la toma de decisiones
- Difícilmente protocolizable
- Enfoque unidimensional / episódico => No beneficia al paciente ni al sistema sanitario
  - Sobreexposición a exploraciones
  - **Polifarmacia inadecuada**

Farmacia HOSPITALARIA

ORIGINAL BREVE

Aproximación al desarrollo de un índice de fragilidad basado en la valoración integral geriátrica en centros sociosanitarios

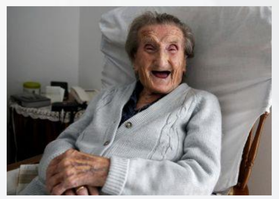
Approach to the development of a frailty index based on comprehensive geriatric assessment in nursing home

Juan Francisco Peris Martí[1], M.ª Ángeles Parra Martín[2], Elia Fernández-Villalba[3], Patricia Bravo José[4]









sefh Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

usuario











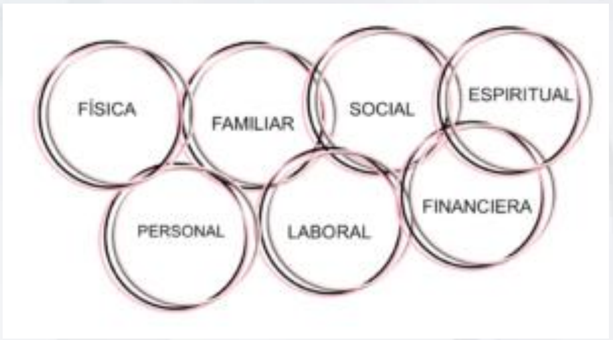
mi voluntad



mis expectativas



mis preferencias



BIO-PSICO-SOCIAL-ESPIRITUAL

MULTIDIMESIONAL

PERSONA



Atención Centrada en la Persona

PROMUEVE que el paciente sea capaz, **con los apoyos precisos**, de ver **minimizada su situación de fragilidad, discapacidad y dependencia** y, al mismo tiempo, poder desarrollar al máximo su **autonomía personal** para seguir desarrollando y **controlando su propio proyecto de vida**

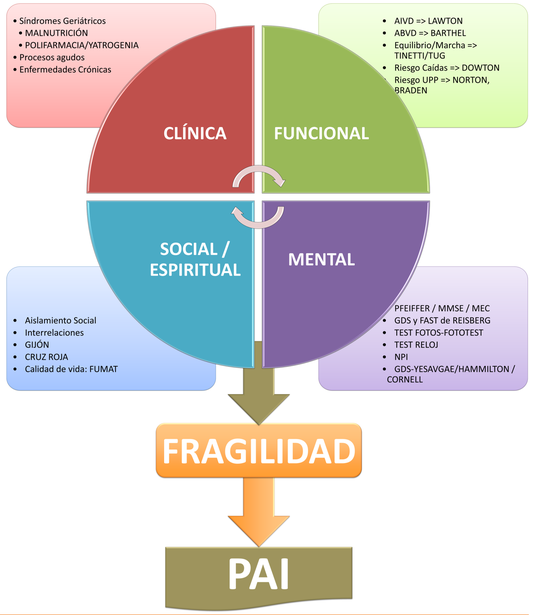
Atención Sociosanitaria

Enfoque asistencial basado en una **evaluación integral de la persona** teniendo en cuenta su **naturaleza multidimensional:** *física, psíquica, social, espiritual*

Valoración Geriátrica Integral

- Proceso diagnóstico dinámico, estructurado, ***multidimensional*** *e* ***interdisciplinario***
- Detectar y cuantificar los ***problemas, necesidades y capacidades*** en las diferentes esferas (clínica, funcional, mental, social, espiritual…)
- Elaborar una ***estrategia/plan interdisciplinar*** de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo
- Objetivos: **Mejorar calidad vida**

ESCALAS



Beneficios para el paciente: ↓ mortalidad, institucionalización
Beneficios para el sist. sanitario: ↓ estancia media y costes

atención



Institucionalización

- Existencia equipo interdisciplinar
- Atención sanitaria paralela, no integrada en el sistema de salud
- Derivaciones (hacia especializada)
- Continuidad de cuidados
- No derivación
- Satisfacer necesidades de tratamiento para evitar derivaciones
- Ecosistema de entrono sanitario
- Convivencia

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

- Proceso diagnóstico dinámico, estructurado, ***multidimensional*** *e* ***interdisciplinario***
- Detectar y cuantificar los ***problemas, necesidades y capacidades*** en las esferas

  Clínica / Funcional / Mental / Social / Emocional-Espiritual
- Elaborar una ***estrategia/plan interdisciplinar*** de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo
- Objetivos:
  - Mejorar estado funcional y cognitivo (lograr mayor grado de independencia)
  - **Mejorar la calidad de vida**
  - Optimizar recursos (mejorar exactitud diagnóstica, descubrir problemas tratables no dx, optimizar, adecuar el tratamiento…)
  - Conocer los recursos del paciente y su entorno sociofamiliar
  - Optimizar la ubicación del paciente
  - Disminuir la mortalidad



Beneficios para el paciente: ↓ mortalidad, institucionalización
Beneficios para el sist. sanitario: ↓ estancia media y costes

ENRIQUETA
86 AÑOS



Antecedentes personales y problemas de salud

- DM en tratamiento con Antidiabético Oral
- HTA
- Hipercolesterolemia
- Ansiedad
- Crevicoartrosis
- Vértigos
- Glaucoma, Cataratas, Amaurosis ojo Izq
- Caquexia
- Varices
- Fx Cuello Fémur
- Fx Cúbito y Radio

Tratamiento

CIE-9	DESCRIPCION	MEDICAMENTO	PAUTA
V66.7	ADMISION PARA CUIDADO PALIATIVO	ADIRO 100MG 30 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES EFG	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO
780.52	OTROS INSOMNIOS	ALPRAZOLAM 0,5 MG (RETARD) / 30 COMPRIMIDOS LIBERACION RETARDADA	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO
272.0	HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	ATORVASTATINA 40 MG / 28 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO
365.1	GLAUCOMA DE ANGULO ABIERTO	COSOPT 20MG/ML + 5MG/ML COLIRIO EN SOLUCION FRASCO DE 5ML	1 GOTA OFTALMICA cada 12 horas CRÓNICO
280.9	ANEMIA FERROPENICA	FERBISOL 100MG 50 CAPSULAS GASTRORRESISTENTES	1 CAPSULA cada día CRÓNICO
V66.7	ADMISION PARA CUIDADO PALIATIVO	FOLI-DOCE 28 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO
250.00	DIABETES MELLITUS TIPO 2	GALVUS 50MG 56 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada 12 horas durante 60 días
411.0	SINDROME POST-INFARTO DE MIOCARDIO	IDAPTAN 20MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	1 COMPRIMIDO cada 8 horas CRÓNICO
780.52	OTROS INSOMNIOS	LORMETAZEPAM 2 MG / 20 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO
365.1	GLAUCOMA DE ANGULO ABIERTO	LUMIGAN 0,1MG/ML COLIRIO 1 FRASCO DE 3ML	1 GOTA OFTALMICA en cada ojo cada día CRÓNICO
365.9	GLAUCOMA	NERDIPINA RETARD 40MG 60 CAPSULAS	1 CAPSULA cada día CRÓNICO
V07.39 D	PREVENCION DE LA GASTROPATIA POR AINE	OMEPRAZOL 20 MG / 28 CAPSULAS	1 CAPSULA cada día CRÓNICO
782.3	EDEMAS	SEGURIL 40MG 30 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada 2 días durante 30 días
365.1	GLAUCOMA DE ANGULO ABIERTO	TRANSTEC 70MCG/H 5 PARCHES TRANSDERMICOS	1 PARCHE TRANSDERMICO cada 6 días CRÓNICO
788.41	POLAQUIURIA	VESICARE 10MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO
788.3	INCONTINENCIA URINARIA	TENA 80U ABSORB INC ORINA DIA ANAT	1 Envase cada 30 día/s CRÓNICO
788.3	INCONTINENCIA URINARIA	TENA FLEX CINTURON TALLA MEDIANA 80U ABSORB INC ORINA NOC ANAT	1 Envase cada 60 día/s CRÓNICO
46	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	BIATAIN SILICONA 17,5X17,5 CM 10U AP.DE ESPUMA POLIURETANO CON SILICONA 17,5X17,5CM / 10 APOSITOS	1 APOSITO cada 2 días durante 40 días
46	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	HYDROTAC 20X20CM 3U AP.DE ESPUMA POLIURETANO 20 X 20CM / 3 APOSITOS	1 APOSITO cada 2 días durante 60 días
46	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	MEPILEX BORDER LITE 7,5X7,5 CM 5U AP.DE ESPUMA POLIURETANO EXTRAFINO CON SILICONA Y BORDE 7,5 X 7,5 / 5 APOSITOS	1 APOSITO cada 3 días durante 30 días

Informe valoración para la prestación de servicios sociales

- BARTHEL: 35
- NORTON: 15
- PFEIFFER: 7
- VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR GIJÓN: 11

- Ingresa en RPMD procedente de su domicilio
- Para cuidados, claudicación familiar

sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Situación al ingreso

FUNCIONAL

- Vida cama – sillón
- Precisa ayuda para vestirse, asearse e ir al baño.
- Come sola
- Deambulación conservada. Inestabilidad. Dispone de andador propio
- Dificultad para subir y bajar escaleras. Precisa ayuda para transferencias
- 4 caídas en los últimos 6 meses
- Incontinencia urinaria, pañal las 24h.
- Úlcera en 1er dedo pie derecho en grado III, (herida en la última caída)
- Insuficiencia sensorial por déficit visual (dispone de gafas). No déficit auditivo
- 3 comidas al día. El desayuno es la mejor comida que hace. Portadora de prótesis dental. La sobrina refiere que los últimos meses tiene menos apetito, náuseas y problemas para masticar.

MENTAL

- Confusión, Apatía
- Olvidos, problemas de memoria leves
- Repercusión en su estado emocional: siempre ha sido muy vital y alegre pero ahora presenta labilidad emocional y decaimiento

SOCIAL

- En su domicilio cuidada por sobrina (74 años, problemas de salud) que vive con ella.
- Una vecina las ayudaba de vez en cuando
- Últimos 3 meses no sale de casa

- No hay seguimiento por especializada
- No se dispone de pruebas complementarias (analítica) ni de otros informes clínicos



¿Qué significa un BARTHEL 35?



1. Dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria
2. Dependencia grave para las actividades instrumentales de la vida diaria
3. Dependencia grave para las actividades avanzadas de la vida diaria
4. Dependencia grave para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

¿Qué significa un BARTHEL 35?



1. Dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria
2. Dependencia grave para las actividades instrumentales de la vida diaria
3. Dependencia grave para las actividades avanzadas de la vida diaria
4. Dependencia grave para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

VALORACIÓN FUNCIONAL

¿Qué?

Valora la capacidad del paciente para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en el que se encuentra => **Actividades de la Vida Diaria**

¿Por qué?

↑ Grado deterioro funcional => ↑Riesgo de
- Mortalidad
- Dependencia
- Institucionalización, necesidad de rrss
- Ingreso hospitalario, estancia media, visitas médicas
- Consumo de F

¿Cómo?

Actividades de la Vida Diaria

- *Avanzadas*: AAVD (actividades sociales, recreativas, trabajo, viajes, ej. físico intenso…)
- *Instrumentales*: AIVD (interacción con el medio para mantener su independencia)
  - *Índice de **Lawton-Brody***
- *Básicas*: ABVD (tareas de autocuidado)
  - *Índice **Katz***
  - *Índice **Barthel***

Otras

- Valoración riesgo UPP: ***Norton, Braden***
- Valoración equilibrio y la marcha: ***Tinetti, Up&Go***
- Valoración riesgo de caídas: ***Downton***

sefh Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (versión original)

Alimentación
- 10 Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.
- 5 Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.
- 0 Dependiente: necesita ser alimentado.

Lavado (baño)
- 5 Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Vestido
- 10 Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.
- 5 Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Aseo
- 5 Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Deposición
- 10 Continente, ningún accidente: si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.
- 5 Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.
- 0 Incontinente.

Micción
- 10 Continente, ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.
- 5 Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.
- 0 Incontinente.

Retrete
- 10 Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cuña. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.
- 5 Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Traslado sillón-cama
- 15 Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.
- 10 Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (p. ej., la ofrecida por el cónyuge).
- 5 Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.
- 0 Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulación
- 15 Independiente: puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o equivalente sin ayuda o supervisión.
- 10 Necesita ayuda: supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.
- 5 Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.
- 0 Dependiente: requiere ayuda mayor.

Escalones
- 10 Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.
- 5 Necesita ayuda: supervisión física o verbal.
- 0 Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.

Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 32-40.
Versión original: Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel index. Md State Med J 1965; 14: 61-5.

Índice de BARTHEL (ABVD)

- Mayor peso al control esfínteres y movilidad que KATZ
- Gran valor predictivo.
- Correlación puntuación y tiempo de ayuda.
- Autoadministrado, observación directa o preguntando al paciente o cuidador
- Rapidez (5 min)
- 10 ítems
- Evalúa situaciones ayuda intermedia (0-5-10-15), déficits específicos.
- Valor absoluto de 0 a 100 (independencia)

< 20	Dependencia Total
20-35	Dependencia Grave
40–55	Dependencia Moderada
60 -95	Dependencia Leve
100	Independiente

VGI=> VALORACIÓN FUNCIONAL

Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (versión original)

Alimentación
- 10 Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.
- 5 Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.
- 0 Dependiente: necesita ser alimentado.

Lavado (baño)
- 5 Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Vestido
- 10 Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.
- 5 Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Aseo
- 5 Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Deposición
- 10 Continente, ningún accidente: si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.
- 5 Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.
- 0 Incontinente.

Micción
- 10 Continente, ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.
- 5 Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.
- 0 Incontinente.

Retrete
- 10 Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cuña. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.
- 5 Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Traslado sillón-cama
- 15 Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.
- 10 Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (p. ej., la ofrecida por el cónyuge).
- 5 Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.
- 0 Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulación
- 15 Independiente: puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o equivalente sin ayuda o supervisión.
- 10 Necesita ayuda: supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.
- 5 Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.
- 0 Dependiente: requiere ayuda mayor.

Escalones
- 10 Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.
- 5 Necesita ayuda: supervisión física o verbal.
- 0 Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.

35

Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 32-40.
Versión original: Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel index. Md State Med J 1965; 14: 61-5.

ENRIQUETA

- Come sola
- Necesita ayuda para el aseo, baño y vestirse
- Incontinencia urinaria
- Vida cama - sillón
- Mantiene deambulación, andador propio, inestabilidad, precisa ayuda para transferencias
- Dificultad para subir y bajar escaleras

< 20	Dependencia Total
20-35	Dependencia Grave
40–55	Dependencia Moderada
60 -95	Dependencia Leve
100	Independiente

VGI=> VALORACIÓN FUNCIONAL

CONGRESO NACIONAL SEFH

Órdenes Médicas DOSIS UNITARIAS	Departamento/RPMD PPPPPPPPPPRRRRRRRR	XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXX
		ENRIQUETA
	Médico /NºCol UUUUUUUUUUUUUU	N° HªCª YYYYYY / Cama ZZZZZ
		F. Ncto 13/06/1931

ALERGIAS	No Conocidas
DIAGNOSTICOS	DM, HTA, ANEMIA FERROPENICA, HIPERCOLESTEROLEMIA

TRATAMIENTO

FECHA y HORA	PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	FECHA FINAL	ÓRDENES MÉDICAS
09/05/2017	ADIRO 100MG		0-1-0-0 STOP
	ALPRAZOLAM 0,5 MG RETARD		1-0-0-0 STOP
	ATORVASTATINA 40 MG COMP		0-0-1-0 STOP
	COSOPT 20MG/ML +5MG/ML COLIRIO		1-0-1-0
SUSPENDER	DIOSMINA		0-1-0-0
MODIFICAR	TARDYFERON 80MG GG		1-0-0-0
MODIFICAR	ACFOL 5MG COMP		1-0-0-0
	GALVUS 50MG COMP	MODIFICAR	1-0-1-0
	IDAPTAN 20MG COMP		1-1-1-0 STOP
MODIFICAR	LORAZEPAM 1MG COMP		0-0-1-0 STOP
MODIFICAR	LATANOPROST 0,001% COL		0-0-1-0
MODIFICAR	AMLODIPINO 10 MG COMP		1-0-0-0
	SEGURIL 40MG 30 COMP		1-0-0-0 STOP
	TRANSTEC 70MCG/H PARCHE		1-0-0-0/72H
SUSPENDER	TOLTERODINA		
AÑADIR:	OMEPRAZOL 20MG CAPS		1-0-0-0

sefh Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

CONCILIACIÓN….

- 17F => **POLIFARMACIA *EXCESIVA***
- MRCI-E = 37p (A6+B23+C8); Complejidad alta:
  - 16 FOS: 9-De; 3-Co; 4-Ce
  - 2 F.Oft; 1 Transd
- F – Potencialmente **Inadecuados**
  - C. Implícitos
  - C. explícitos: (STOPP / START; PRISCUS, BEERS….)
- PRM, RNM, EAM, PSM

STOP

VALIDACIÓN PRESCRIPCIÓN

CIE-9	DESCRIPCION	MEDICAMENTO	PAUTA
V66.7	ADMISION PARA CUIDADO PALIATIVO	ADIRO 100MG 30 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES EFG	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO
780.52	OTROS INSOMNIOS	ALPRAZOLAM 0,5 MG (RETARD) / 30 COMPRIMIDOS LIBERACION RETARDADA	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO
272.0	HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	ATORVASTATINA 40 MG / 28 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO
365.1	GLAUCOMA DE ANGULO ABIERTO	COSOPT 20MG/ML + 5MG/ML COLIRIO EN SOLUCION FRASCO DE 5ML	1 GOTA OFTALMICA cada 12 horas CRÓNICO
280.9	ANEMIA FERROPENICA	FERBISOL 100MG 50 CAPSULAS GASTRORRESISTENTES	1 CAPSULA cada día CRÓNICO
V66.7	ADMISION PARA CUIDADO PALIATIVO	FOLI-DOCE 28 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO
250.00	DIABETES MELLITUS TIPO 2	GALVUS 50MG 56 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada 12 horas durante 60 días
411.0	SINDROME POST-INFARTO DE MIOCARDIO	IDAPTAN 20MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	1 COMPRIMIDO cada 8 horas CRÓNICO
780.52	OTROS INSOMNIOS	LORMETAZEPAM 2 MG / 20 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO
365.1	GLAUCOMA DE ANGULO ABIERTO	LUMIGAN 0,1MG/ML COLIRIO 1 FRASCO DE 3ML	1 GOTA OFTALMICA en cada ojo cada día CRÓNICO
365.9	GLAUCOMA	NERDIPINA RETARD 40MG 60 CAPSULAS	1 CAPSULA cada día CRÓNICO
V07.39 D	PREVENCION DE LA GASTROPATIA POR AINE	OMEPRAZOL 20 MG / 28 CAPSULAS	1 CAPSULA cada día CRÓNICO
782.3	EDEMAS	SEGURIL 40MG 30 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada 2 días durante 30 días
365.1	GLAUCOMA DE ANGULO ABIERTO	TRANSTEC 70MCG/H 5 PARCHES TRANSDERMICOS	1 PARCHE TRANSDERMICO cada 6 días CRÓNICO
788.41	POLAQUIURIA	VESICARE 10MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO
788.3	INCONTINENCIA URINARIA	TENA 80U ABSORB INC ORINA DIA ANAT	1 Envase cada 30 día/s CRÓNICO
788.3	INCONTINENCIA URINARIA	TENA FLEX CINTURON TALLA MEDIANA 80U ABSORB INC ORINA NOC ANAT	1 Envase cada 60 día/s CRÓNICO
46	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	BIATAIN SILICONA 17,5X17,5 CM 10U AP.DE ESPUMA POLIURETANO CON SILICONA 17,5X17,5CM / 10 APOSITOS	1 APOSITO cada 2 días durante 40 días
46	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	HYDROTAC 20X20CM 3U AP.DE ESPUMA POLIURETANO 20 X 20CM / 3 APOSITOS	1 APOSITO cada 2 días durante 60 días
46	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	MEPILEX BORDER LITE 7,5X7,5 CM 5U AP.DE ESPUMA POLIURETANO EXTRAFINO CON SILICONA Y BORDE 7,5 X 7,5 / 5 APOSITOS	1 APOSITO cada 3 días durante 30 días

VALORACIÓN NUTRICIONAL: Valoración anterior: Fecha.**09/05/2017**...Peso..**42,5kg**..IMC..**17,7**..PB.....PTC.....PMB.....

Fecha .**29/06/2017**....

Peso (Kg) **43,7** Talla (cm) **155** IMC (22-27) **18,2** %PP.....**10,8% en 6m**....PB...**21**..PTC.**10**.....PMB....**17,9.**

Tipo de dieta ..**DM-Fácil masticación**..... Registro Ingesta.....**85%**..**(plato principal)**.....

Probl. Deglución / Masticación...**No / Sí. Prótesis dental** ..... Deambulación ...**Andador – Silla ruedas**.....

Estado Nutricional.....*Desnutrición Mixta (Úlcera)* .....

Soporte Nutricional . *Refuerzo HC + HP cocina* ..... F. inicio . *29/06/2017* .F. fin. *30/09/2017*

DATOS COMPLEMENTARIOS

VALORACIÓN NUTRICIONAL

	Unidades	V.ref	12/06/2019
Glucosa	*mg/dl*	74-106	**121**
HbA1c	*%*	(4-5,5) <7%	**6,4**
TG	*mg/dl*	50 - 150	**100**
Col T	*mg/dl*	100-200	**143**
HDL - LDL	*mg/dl*	40-200 / 0-130	**36 / 87**
GOT	*U/l*	10 - 31	
GPT	*U/l*	10 - 34	**5**
GGT	*U/l*	5 - 38	**14**
Bilirrubina total	*mg/dl*	0.3-1.2	**0,28**
F Alcalina	*U/l*	35-104	
Proteínas totales	*g/dl*	6,6-8,3	**5,4**
Albúmina	*g/dl*	3,2-5,2	**2,3**
Ac. Úrico	*mg/dl*	2,6-6,0/3,5-7,2	**4,8**
Urea	*mg/dl*	17-43	
Creatinina	*mg/dl*	0,5-1,1/0,7-1,3	**0,47**
ClCr	*ml/min*	50-80	**CKD-EPI: 84,23**
Índ. Alb/Cr Orina	mg/g	0-30	
Na	*mEq/dl*	136-146	**141**
K	*mEq/dl*	3,5-5,1	**4,6**
Cl	*mEq/dl*	98-106	**108**
Ca	*mg/dl*	8.6-10.2	
Fosfato	*mg/dl*	2.7-4.5	
Mg	*mg/dl*	1.9-2.5	

	Unidades	V.ref	12/06/2019
Hematies	*$\cdot 10^{12}$/l*	3,9-5,6	**3,22**
Hemoglobina	*g/dl*	11,5 - 16	**9,2** ←
Hematocrito	*%*	35-50	**28,6**
VCM	*fl*	77-100	**88,8**
HCM	*pg*	26-34	**28,5**
CHCM	*g/dl*	30-35	**32,1**
Fe	*mcg/dl*	60 - 180	**13** ←
Ferritina	*ng/ml*	10 - 120	**82**
Transferrina	*mg/dl*	200-380/215-365	**130** ←
Índ. Sat. Transf.	%	25 - 50	**8,7** ←
Cap.Tot.Fij.Fe	mcg/dl	110-370	**149**
Cap.Fij.Fe libre	mcg/dl	155-355	**136,1**
B12	*pg/ml*	180-914	**410**
Ac. fólico	*ng/ml*	2 - 20	**>20** ←
Leucocitos	*$\cdot 10^{9}$/l*	4,5-10,0	**7,6**
Plaquetas	*$\cdot 10^{9}$/l*	150-400	**292**
Linfocitos	*$\cdot 10^{9}$/l*	1,5-4,5	**1,9**
PSA	*ng/ml*	<4	
TSH / T4 libre	*mUI/l - ng/dl*	0,34-5,6 / 0,54-1,24	
PTH	*pg/mL*	10-55	
25-OH-VIT-D*	*ng/mL*		
CK	*U/l*	20-145	
Fármacos / INR			
***Defic <10; Insuf 10-30; Sufic >30; Deseable>40; Toxic > 100 ng/mL**			



- ¿Cuál es su situación / pronóstico?
- ¿Qué valoración hace el equipo?
- ¿Qué objetivo terapéutico y asistencial se establece?
- ¿Qué opina ENRIQUETA de todo esto?
- ¿Cómo se priorizan los problemas detectados?

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL



ITU
Estreñimiento (ha precisado 1 microenema)
Anemia Fe (Hb: 9,9mg/dL)
Desnutrición Mixta Moderada (43,7 kg; IMC:18,2; Alb: 2,3mg/dL; COLtot: 143mg/dL; LDL: 87mg/dL; HDL: 36 mg/dL; Dieta fácil masticación; 85% ingesta)

Barthel 50
Tinetti 17/28
DOWNTON >3
Norton 15
EVA 0

Mejoría funcional
Inestabilidad
↑ Riesgo de caídas. 2 caídas
Úlcera buena evolución
No dolor

MEC 21/30
GDS-Y 5/15
NPI 0

Buena adaptación
Deterioro cognitivo leve
Estado emocional decaído
No ansiedad, No insomnio
No alteraciones conductuales

Recibe visita sobrina
Correcta atención
No participa en salidas centro
Buenas relaciones

Polifarmacia excesiva (16F)
Utilización de F-PPI
PRM, RNM, EAM (Yatrogenia)
¿Adecuado para ENRIQUETA?

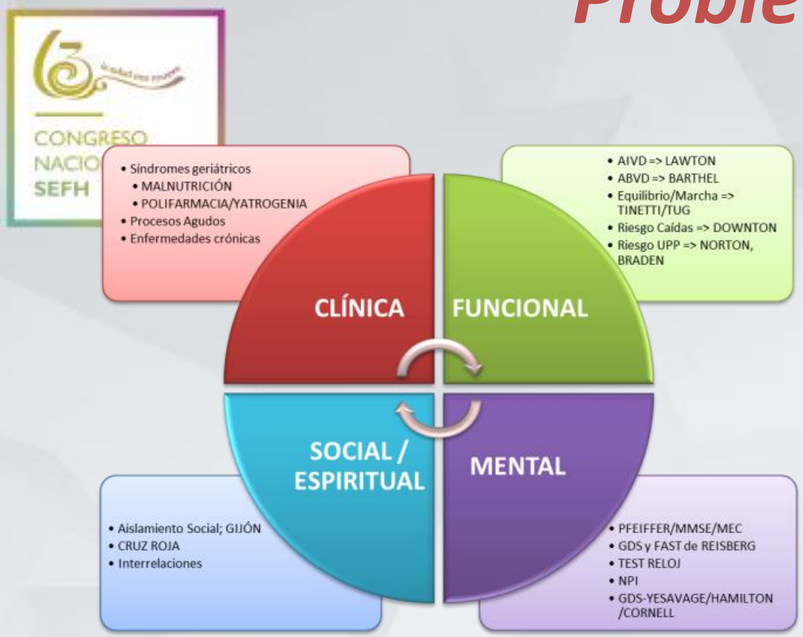


ENRIQUETA

- Le gusta su habitación y compañera
- Contenta en el centro
- No le gusta salir, tiene que ir al baño con frecuencia, vértigos-mareos, "tengo miedo de caerme"
- Poco apetito, náuseas
- "Se me olvidan las cosas", aturdida
- "Yo era muy vital y alegre ¿Qué me pasa?"

FRAGILIDAD
OBJETIVO TERAPÉUTICO

Problemas de salud de ENRIQUETA



PROCESOS CRÓNICOS

- DM
- HTA
- HiperCol.
- Crevicoartrosis
- Glaucoma, Cataratas, Amaurosis Ojo Izq.
- Ansiedad

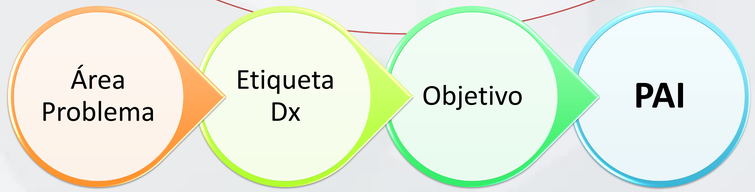
PROCESOS AGUDOS

- ITU, Anemia ferropénica,
- Úlcera
- Mareos, vértigos
- Náuseas
- Anorexia
- Caquexia
- Confusión, apatía
- Cansancio, debilidad
- Ánimo decaído / Aislamiento / Depresión



SÍNDROMES GERIÁTRICOS

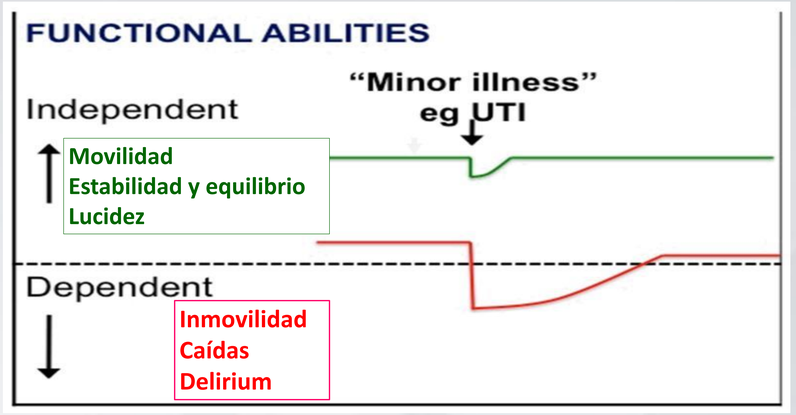
- Inestabilidad
- Caídas
- Incontinencia Urinaria
- Estreñimiento
- Deterioro Cognitivo
- Malnutrición (D.Mixta Mod)
- Yatrogenia / Polifarmacia
- Sarcopenia
- Fragilidad



sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria



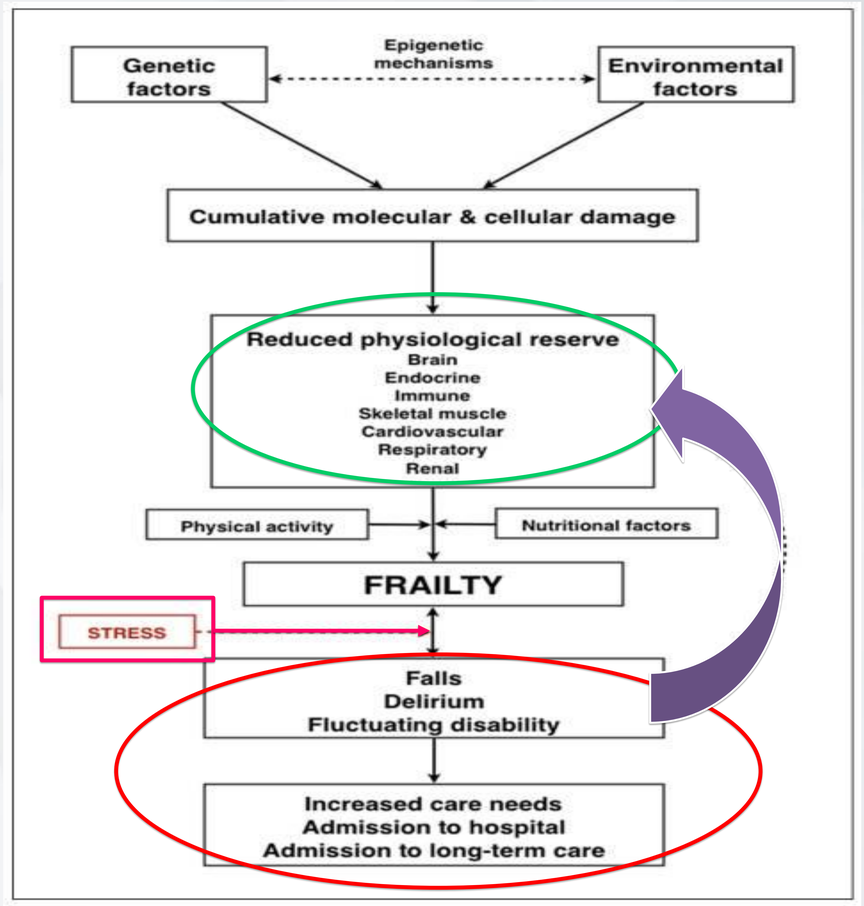
FRAGILIDAD



- No es una discapacidad
- Es un ***síndrome geriátrico***

- **Estado de vulnerabilidad incrementada** a resultados adversos en salud, en la que un **estrés mínimo** puede ocasionar un **importante deterioro funcional** (físico-cognitivo)
  - Consecuencia de una *resolución insuficiente* de la homeostasis y de la capacidad de adaptación del organismo
  - Debido al *acúmulo de déficits* en las capacidades de numerosos sistemas fisiológicos a los largo de la vida

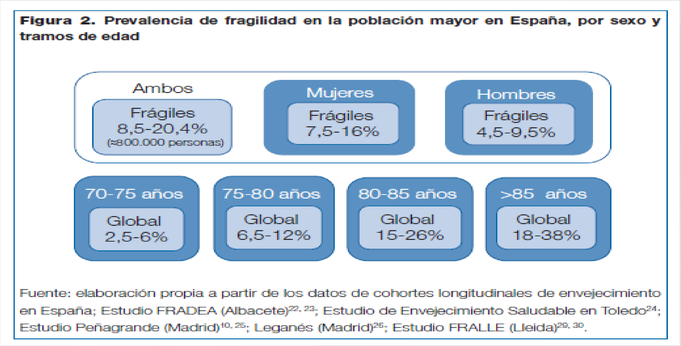
- Concepto ***multidimensional***: factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales se interrelacionan y afectan el equilibrio fisiológico de la persona
- Se centra en la **funcionalidad** y no en la enfermedad



Lancet. 2013 March 2; 381(9868): 752–762

¿Por qué es importante identificar a los pacientes frágiles?

- **Alta Prevalencia**
  - Población mayor en España → 8,5 – 20,4%
  - Aumenta con la edad y en mujeres
  - Población institucionalizada → 34,9 – 68,8 – 85%, según estudios y criterios utilizados
  - No es exclusiva de las personas mayores



- ↑ riesgo de **resultados adversos en salud =>**
  - deterioro funcional
  - pérdida de movilidad
  - caídas recurrentes
  - fracturas
  - discapacidad
  - institucionalización
  - hospitalización,
  - mortalidad,
  - peor CVRS (HRQoL)



- Factor **Predictor de Mortalidad** y/o supervivencia => ***Dx SITUACIONAL***
  - ⇒ *Planificación individualizada, atención orientada a objetivos*
  - ⇒ Mejor que Comorbilidad o Multimorbilidad como predictor de eventos adversos y discapacidad
- Estado patológico, **dinámico,** potencialmente **reversible o atenuado**

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Fragilidad y Polifarmacia

Predictores de Fragilidad

- Caídas.
- Incontinencia.
- Polimedicación.
- Autopercepción de salud.
- Actividades de la vida diaria.
- Hospitalización.
- Patologías.
- Deterioro cognitivo.
- Estado nutricional.
- Úlceras por presión.
- Parámetros clínicos.
- Trastornos de la movilidad.
- Problemas visuales y auditivos.
- Trastornos del estado del ánimo/problemas psicológicos.
- Características demográficas, sociales y ambientales.
- Edad.

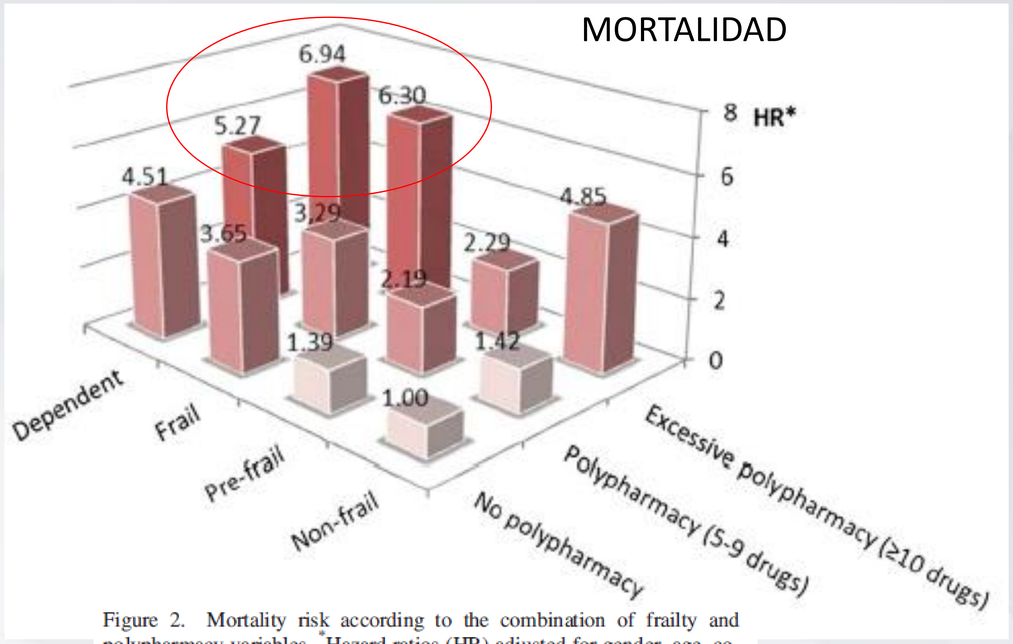


Figure 2. Mortality risk according to the combination of frailty and polypharmacy variables. *Hazard ratios (HR) adjusted for gender, age, comorbidity, cognitive impairment, and difficulty in IADL. *Legend*: Light colour: mortality risk not significantly different from 1; mild colour: significant increase in mortality risk; deep colour: significant increase in mortality risk higher than 5

Es una variable sobre la que intervenir

- FRAGILIDAD + POLIFARMACIA => efectos aditivos sobre mortalidad
- Asociación entre POLIFARMACIA (≥ 6F) y FRAGILIDAD, siendo mayor en el caso de HIPERPOLIF (≥ 10F)
- Reducción de POLIFARMACIA como intervención efectiva en el abordaje de la fragilidad (reducir el riesgo o atenuarla)

¿Cómo? En VGI, interdisciplinarmente

Morley E et al. Frailty consensus. A call to action. JAMDA 14 (2013) 392- 397
Moulis F et al. Searching for a Polypharmacy Threshold Associated With Frailty. Letters to the Editor / JAMDA 16 (2015) 258-261
M. Herr et al. Pharmacoepidemiology and Drug Safety. 2015; 24: 637-46



Peores resultados en salud (mortalidad)

Modelos de Fragilidad

«Fenotipo físico específico, FRIED»: se basa en criterios clínicos objetivos que definen un estado fisiológico de disregulación energética y multisistémica: *Pérdida de peso, debilidad, baja energía, lentitud en marcha, inactividad física.*

- *Cardiovascular Health Study Frailty Screening Scale (Fried, 2004)*
- *SHARE-FIt*
- *FRAIL*
- *FRAIL-NH*

«Modelo de acúmulo de déficit»: suma de los diferentes deterioros y afecciones => Índices multidimensionales basados en la acumulación de ítems de morbilidad, discapacidad y factores mentales y sociales.

- *«Clinical Frailty Scale; Frailty Index»;(Rockwood, 2005)*
- *Groningen Frailty Index (2001)*
- *SHARE-FIx (2012), FI-CGA (2011), IF-VIG (2016) (basados en VGI)*

$$FI = \frac{Nº\ DÉFICITS\ PRESENTES}{DÉFICITS\ CONSIDERADOS}$$

VGI=> FRAGILIDAD

Índices basados en la VGI: **IF-VIG**

Tabla 1
Descripción y características del índice frágil-VIG

Dominio		Variable	Descripción		Puntos
Funcional	AIVDs	Manejo de dinero	¿Necesita ayuda para gestionar los asuntos económicos (banco, tiendas, restaurantes) ?	Sí	1
				No	0
		Utilización de teléfono	¿Necesita ayuda para utilizar el teléfono ?	Sí	1
				No	0
		Control de medicación	¿Necesita ayuda para la preparación/administración de la medicación ?	Sí	1
				No	0
	ABVDs	Índice de Barthel (IB)	¿No dependencia (IB ≥ 95) ?		0
			¿Dependencia leve-moderada (IB 90-65) ?		1
			¿Dependencia moderada-grave (IB 60-25) ?		2
			¿Dependencia absoluta (IB ≤20)?		3
Nutricional		Malnutrición	¿Ha perdido≥ 5% de peso en los últimos 6 meses?	Sí	1
				No	0
Cognitivo		Grado de deterioro cognitivo	¿Ausencia de deterioro cognitivo?		0
			¿Det.cognitivo leve-moderado (equivalente a GDS ≤5)?		1
			¿Det.cognitivo grave-muy grave (equivalente a GDS ≥ 6)?		2
Emocional		Síndrome depresivo	¿ Necesita de medicación antidepresiva ?	Sí	1
				No	0
		Insomnio/ansiedad	¿ Necesita tratamiento habitual con benzodiacepinas u otros psicofármacos de perfil sedante para el insomnio/ansiedad?	Sí	1
				No	0
Social		Vulnerabilidad social	¿ Existe percepción por parte de los profesionales de situación de vulnerabilidad social ?	Sí	1
				No	0
Síndromes Geriátricos		Delirium	En los últimos 6 meses, ¿Ha presentado delirium y/o trastorno de comportamiento, que ha requerido de neurolépticos ?	Sí	1
				No	0
		Caídas	En los últimos 6 meses, ¿ha presentado ≥2 caídas o alguna caída que haya requerido hospitalización ?	Sí	1
				No	0
		Úlceras	¿Presenta alguna úlcera (por decúbito o vascular, de cualquier grado)?	Sí	1
				No	0
		Polifarmacia	¿habitualmente, toma ≥ 5 fármacos ?	Sí	1
				No	0
		Disfagia	¿ se atraganta frecuentemente cuando come o bebe? En los últimos 6 meses, ¿ha presentado alguna infección respiratoria por bronco-aspiración?	Sí	1
				No	0
Síntomas graves		Dolor	¿requiere de ≥ 2 analgésicos convencionales y/o opiáceos mayores para el control del dolor?	Sí	1
				No	0
		Disnea	¿ la disnea basal le impide salir de casa y/o que requiere de opiáceos habitualmente ?	Sí	1
				No	0
Enfermedades (+)		Cáncer	¿Tiene algún tipo de enfermedad oncológica activa ?	Sí	1
				No	0
		Respiratorias	¿Tiene algún tipo de enfermedad respiratoria crónica (EPOC, neumopatía restrictiva,...)?	Sí	1
				No	0
		Cardíacas	¿Tiene algún tipo de enfermedad cardíaca crónica (Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica,...)?	Sí	1
				No	0
		Neurológicas	¿Tiene algún tipo de enfermedad neurológica neurodegenerativa (E. de Parkinson, ELA, ,...)?	Sí	1
				No	0
		Hepáticas	¿Tiene algún tipo de enfermedad hepática crónica (hepatopatía, cirrosis,...)?	Sí	1
				No	0
		Renales	¿Tiene insuficiencia renal crónica (FG <60)?	Sí	1
				No	0
Índice Frágil-VIG = $\frac{X}{25}$					

ABVD: actividades básicas de la vida diaria; AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria; ELA: esclerosis lateral amiotrófica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FG: filtrado glomerular; GDS: *Global Detertoration Scale*; IB: índice de Barthel. (+) En caso de presentar criterios de enfermedad crónica avanzada incluidas en el test NECPAL (anexo 2; accesible también en: http://mon.uvic.cat/catedra-atencion-cuidados-paliativos/files/2016/02/NECPAL-3.0-2016-ANEXO-ESP.pdf) se adjudican 2 puntos.

ENRIQUETA

- FRAIL-NH: 8/14
- IF-VIG: 11/25 = 0,44
- IF-VIG*: 13/27 => 0,48

«Colapso»
No se pueden acumular más déficits

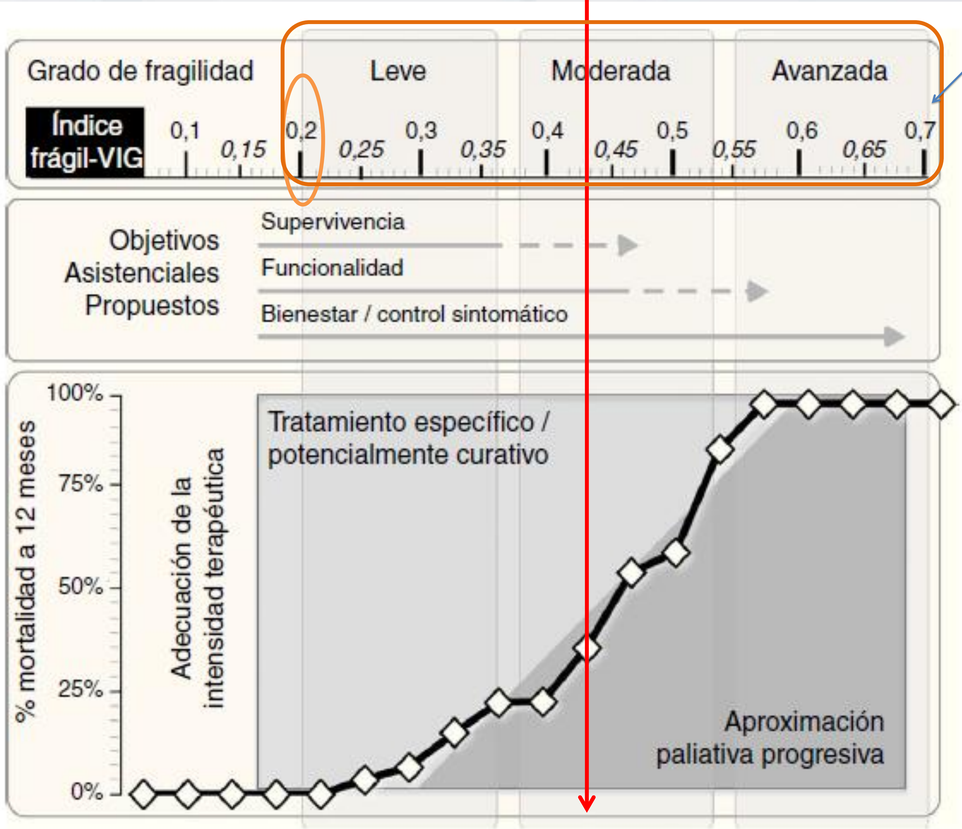


Figura 4. Modelo conceptual que resume gráficamente cómo el índice frágil-VIG facilita el diagnóstico situacional y la propuesta de objetivos asistenciales/adecuación de la intensidad terapéutica.

Amblàs-Novellas J, et al. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016. http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.09.003

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

CONGRESO NACIONAL SEFH

Clínica

ITU
Estreñimiento (ha precisado 1 microenema)
Anemia Fe (Hb: 9,9mg/dL)
Desnutrición Mixta Moderada (43,7 kg; IMC:18,2; Alb: 2,3mg/dL; COLtot: 143mg/dL; LDL: 87mg/dL; HDL: 36 mg/dL; Dieta fácil masticación; 85% ingesta)

Funcional

Barthel 50
Tinetti 18/28
DOWNTON >3
Norton 15
EVA 0

Mejoría funcional
Inestabilidad
↑ Riesgo de caídas. 2 caídas
Úlcera buena evolución
No dolor

Mental

MEC 21/30
GDS-Y 5/15
NPI 0

Buena adaptación
Deterioro cognitivo leve
Estado emocional decaído
No ansiedad, No insomnio
No alteraciones conductuales

Social

Recibe visita sobrina
Correcta atención
No participa en salidas centro
Buenas relaciones

Farmacoterapéutico

Polifarmacia excesiva (16F)
Utilización de F-PPI
PRM, RNM, EAM (Yatrogenia)
¿Es adecuado para ENRIQUETA?



ENRIQUETA

- Le gusta su habitación y compañera
- Contenta en el centro
- No le gusta salir, tiene que ir al baño con frecuencia, vértigos-mareos, "tengo miedo de caerme"
- Poco apetito, náuseas
- "Se me olvidan las cosas", aturdida
- "Yo era muy vital y alegre ¿Qué me pasa?"

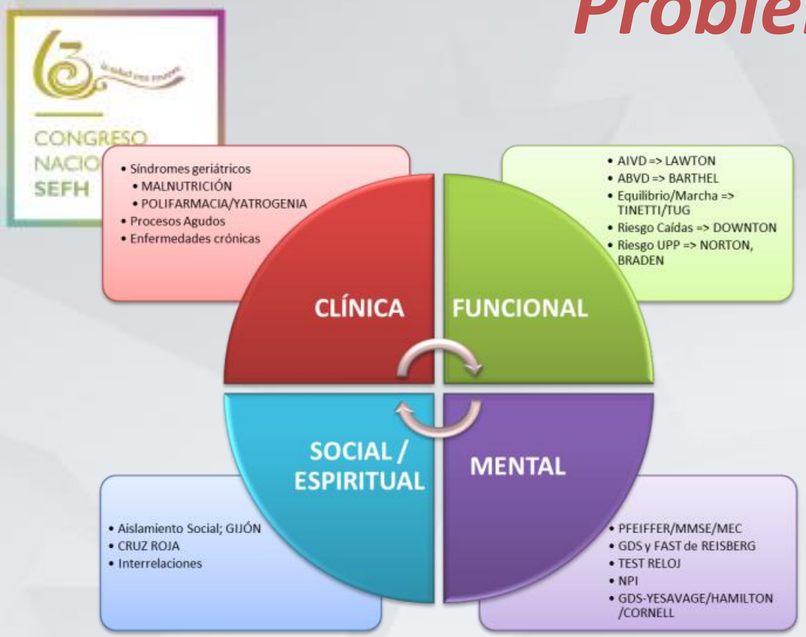
FRAGILIDAD ***MODERADA***

Objetivo terapéutico-asistencial:

- Tratamiento de la enfermedad
- Mejoría funcionalidad física y mental

sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Problemas de salud de ENRIQUETA



PROCESOS CRÓNICOS

- DM
- HTA
- HiperCol.
- Crevicoartrosis
- Glaucoma, Cataratas, Amaurosis Ojo Izq.
- Ansiedad

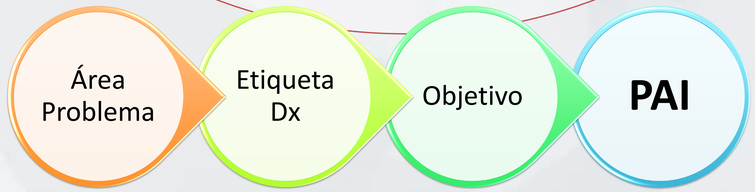
PROCESOS AGUDOS

- ITU, Anemia ferropénica,
- Úlcera
- Mareos, vértigos
- Náuseas
- Anorexia
- Caquexia
- Confusión, apatía
- Cansancio, debilidad
- Ánimo decaído / Aislamiento / Depresión



SÍNDROMES GERIÁTRICOS

- Inestabilidad
- Caídas
- Incontinencia Urinaria
- Estreñimiento
- Deterioro Cognitivo
- Malnutrición (D.Mixta Mod)
- Yatrogenia / Polifarmacia
- Sarcopenia
- Fragilidad Moderada



sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria


dreamstime



Señala el ítem *incorrecto* sobre los SÍNDROMES GERIÁTRICOS

1. Conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad
2. Forma habitual de presentación de las enfermedades en los ancianos
3. Alta prevalencia en los adultos mayores
4. Comparten múltiples factores de riesgo y/o enfermedades que los desencadenan
5. Son estados frecuentes, complejos y costosos de alteración de la salud en personas de edad avanzada
6. Son consecuencia de interacciones no totalmente conocidas entre enfermedad y edad en diversos sistemas
7. Exigen una cuidadosa valoración de su significado y etiología para realizar un correcto tratamiento

sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria



Señala el ítem incorrecto sobre los SÍNDROMES GERIÁTRICOS

1. Conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad
2. Forma habitual de presentación de las enfermedades en los ancianos
3. Alta prevalencia en los adultos mayores
4. Comparten múltiples factores de riesgo y/o enfermedades que los desencadenan
5. Son estados frecuentes, complejos y costosos de alteración de la salud en personas de edad avanzada
6. Son consecuencia de interacciones no totalmente conocidas entre enfermedad y edad en diversos sistemas
7. Exigen una cuidadosa valoración de su significado y etiología para realizar un correcto tratamiento

sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

MULTI-FACTORIAL

MULTI-DIMENSIONAL

MULTI-DISCIPLINAR

- ✓ Inmovilidad, UPP
- ✓ Inestabilidad y caídas
- ✓ Incontinencia U y F
- ✓ Estreñimiento, Impact. fecal
- ✓ Det Cog.: demencia y delirium
- ✓ Aislamiento / depresión,
- ✓ Insomnio
- ✓ Déf. Sens.: alter. vista y oído
- ✓ Infecciones
- ✓ Inmunodeficiencias
- ✓ Impotencia o alter. sexuales
- ✓ Yatrogenia
- ✓ Malnutrición
- ✓ Sarcopenia
- ✓ Fragilidad





Inestabilidad y caídas

Es falso que……

1. La caída «per se» es un factor de riesgo
2. Son más frecuentes en mujeres y en pacientes ambulatorios
3. La edad, la ansiedad y la cifosis son factores de riesgo intrínsecos
4. Es más peligroso el descenso y los primeros y últimos escalones
5. Una cama baja es un factor de riesgo medioambiental
6. Una puntuación < 19 en el Test de Tinetti es indicativo de alto riesgo de caídas

sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria



Inestabilidad y caídas

Es falso que……

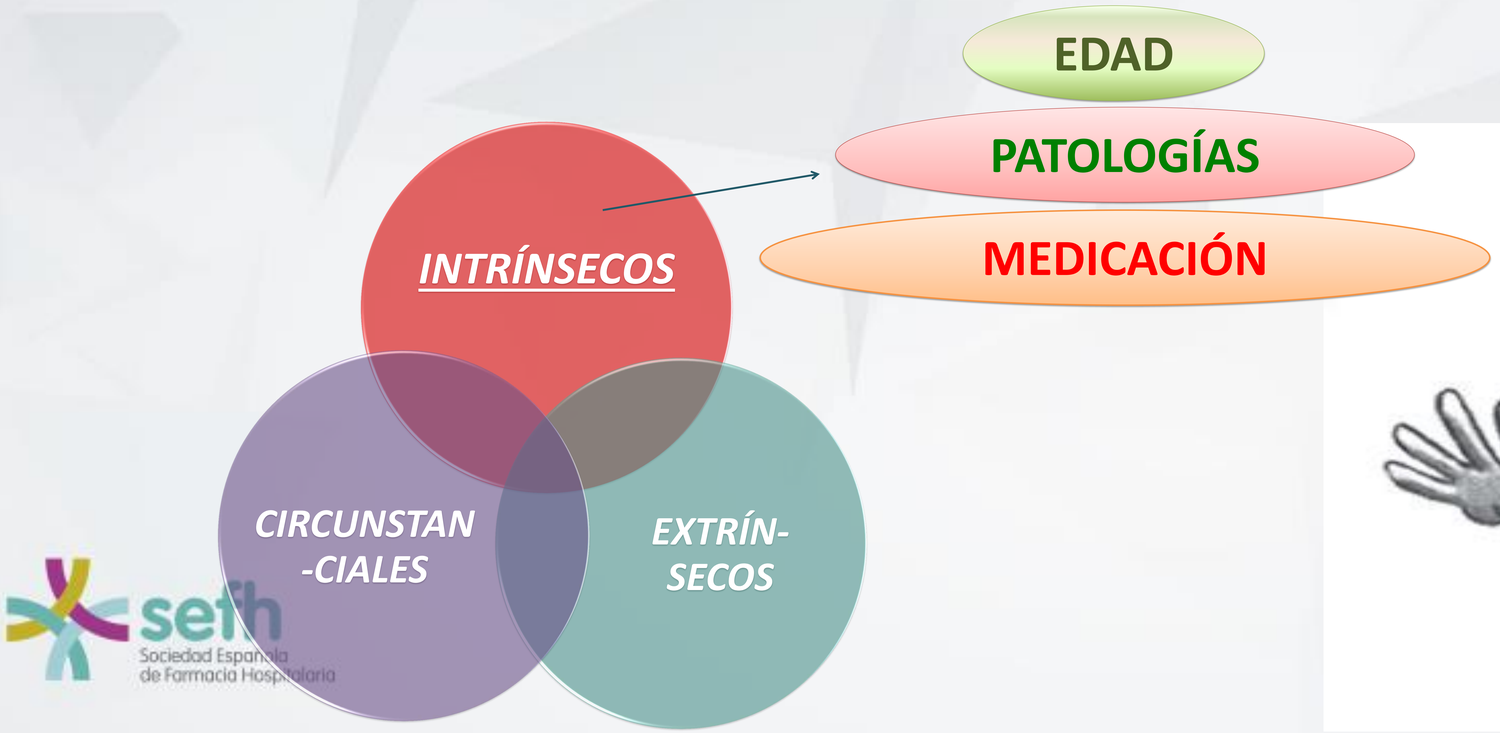
1. La caída «per se» es un factor de riesgo
2. **Son más frecuentes en mujeres y en pacientes ambulatorios**
3. La edad, la ansiedad y la cifosis son factores de riesgo intrínsecos
4. Es más peligroso el descenso y los primeros y últimos escalones
5. Una cama baja es un factor de riesgo medioambiental
6. Una puntuación < 19 en el Test de Tinetti es indicativo de alto riesgo de caídas

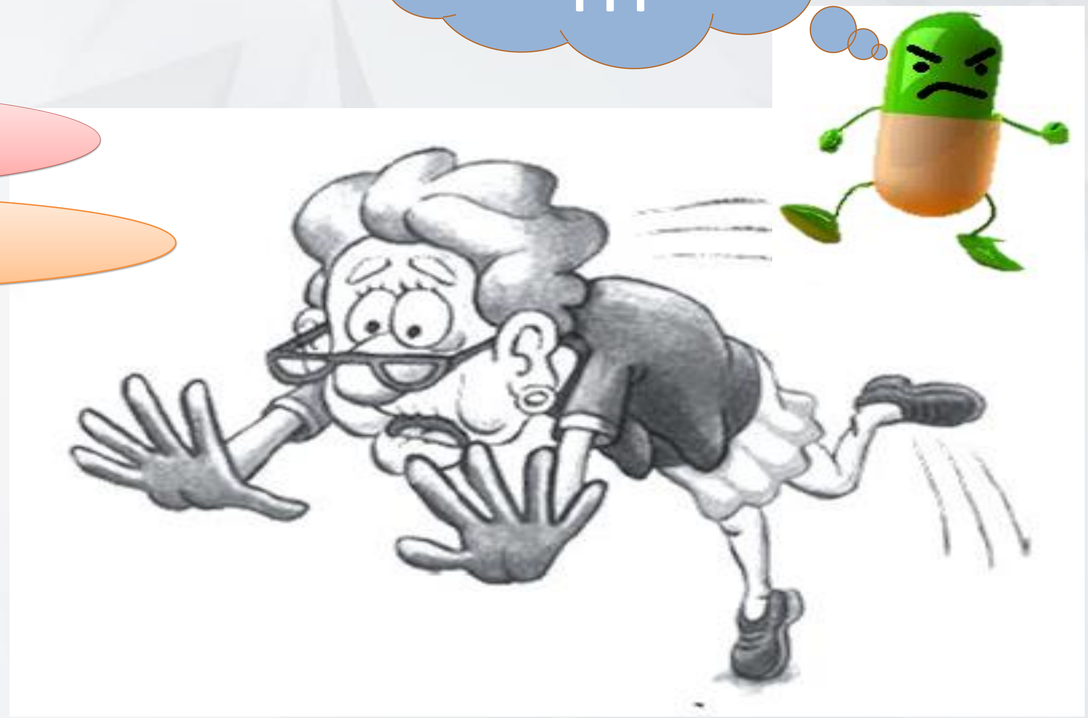
sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

INESTABILIDAD - CAÍDAS

- *Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo, contra su voluntad (OMS, BGS, AGS)*
- **Elevada prevalencia**: 14% comunidad y hasta 46% institucionalizados (**patrón diferente**)
- **SEÑAL DE ALERTA, FACTOR DE FRAGILIDAD**
- Importante origen de **morbimortalidad** y **afectación de la calidad de vida** (20% lesiones graves: fracturas y TCE, discapacidad funcional, pérdida independencia)
- **SÍNDROME GERIÁTRICO** (complejidad, multicausalidad)
- Requiere un **ABORDAJE INTERDISCIPLINAR**

F
PoliF
PPI



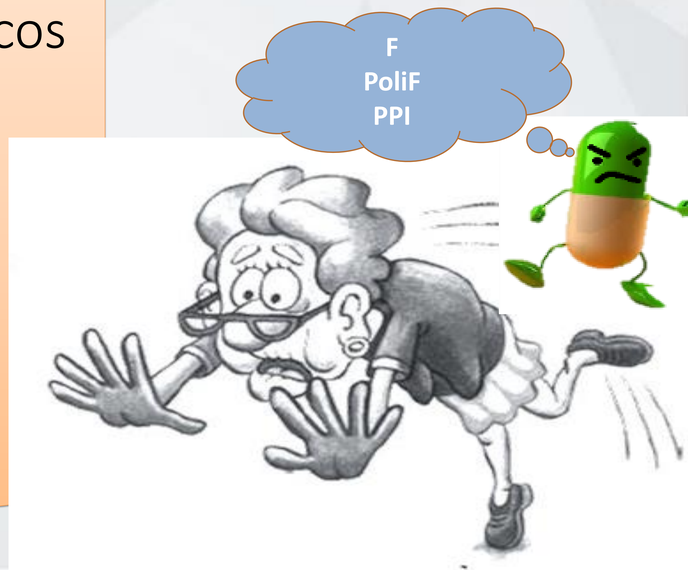




- Cambios fisiológicos asociados envejecimiento
- Déficit sensorial, alteración sistema vestibular, ↓ propioceptiva, alteraciones osteomusculares (↓ fza y masa muscular, marcha lenta…), déficit cognitivo

- Neurológicas (ACV, PARKIN, DEMENCIAS…)
- Musculoesqueléticas (artrosis, artritis, deformidades pies, columna vertebral…)
- Cardiovasculares (arritmias, ostostatismo, hipotención…)
- Descompensaciones (HipoG, diarrea, deshidratación, alt tiroideas, incontinencia, ansiedad psicógena, intoxicac…)

- F (MA, EA) => función cognitiva, neurosensorial, sistema circulatorio o musculoesquelético
- **Psicotrópicos**: sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos
  - ↑ R: uso reciente, Dosis,
  - Uso combinado, +comorbilidad + deterioro funcional
- Incremento del riesgo de caída del 25 al 60% cuando se pasa de 1 a 6F
- **+ Polifarmacia** => factor riesgo independiente de caída debido al incremento en los efectos aditivos o sinérgicos
- Uso Inapropiado de Medicamentos



Fármacos

ALTO riesgo:

- Antidepresivos (sobre todo ATC)
- Antipsicóticos
- Anticolinérgicos
- BZD e Hipnóticos
- Dopaminérgicos (E.Parkinson)

MEDIO riesgo:

- Antiarrítmicos (digoxina, flecainamida)
- Antiepilépticos
- Analgésicos opiáceos
- Alfa-bloqueantes
- IECA/ARA-II
- Diuréticos
- Beta-bloqueantes

BAJO riesgo:

- Antagonistas Ca
- Nitratos
- Antidiabéticos orales
- Antagonistas H2 (cimetidina)

FRIDS / OD

Table 1 Fall risk-increasing drugs (FRIDs) and drugs that may cause or worsen orthostatism (ODs) according to the list from the Swedish National Board of Health and Welfare (NBHW)

ATC* code	Drugs/group of drugs
Increase the fall risk	
N02A	Opioids
N05A (N05AN excluded)	Antipsychotics (lithium excluded)
N05B	Anxiolytics
N05C	Hypnotics and sedatives
N06A	Antidepressants
May cause or worsen orthostatism	
C01D	Vasodilators used in cardiac diseases
C02	Antihypertensives
C03	Diuretics
C07	Beta blocking agents
C08	Calcium channel blockers
C09	Renin-angiotensin system inhibitors
G04CA	Alpha-adrenoreceptor antagonists
N04B	Dopaminergic agents
N05A (N05AN excluded)	Antipsychotics (lithium excluded)
N06A	Antidepressants

*Anatomical Therapeutic Chemical classification system.

POLIFARMACIA

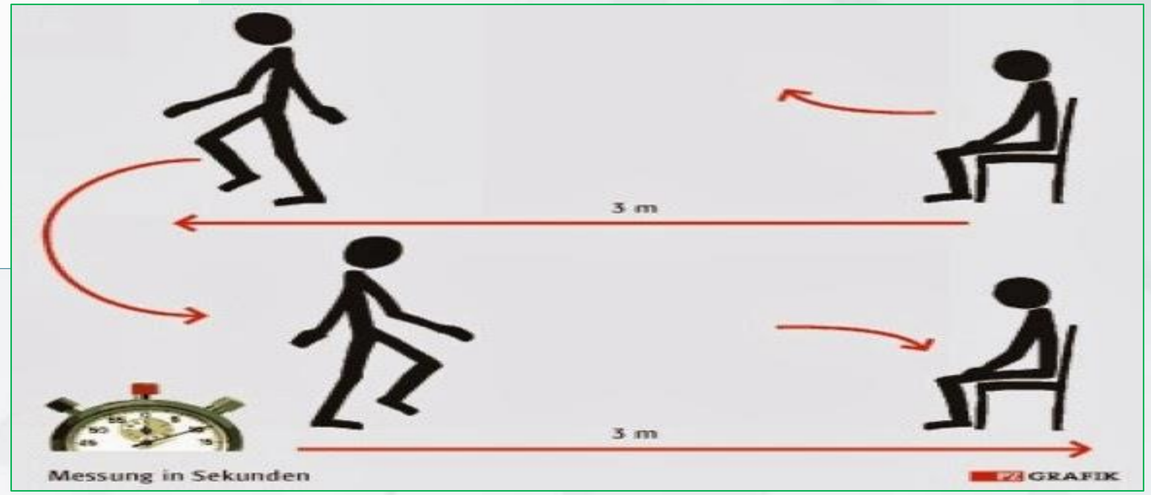
Table 2. Risk of Falling with Drug Use[20–23]

Class	Drugs	Odds Ratio (95%CI)
Psychotropics	Any	1.72 (1.52, 1.97)
	Antipsychotics	1.50 (1.25, 1.79)
	Sedatives, hypnotics	1.54 (1.40, 1.70)
	Benzodiazepines (any)	1.48 (1.23, 1.77)
	Short-acting	1.44 (1.09, 1.90)
	Long-acting	1.32 (0.98, 1.77)
	Antidepressants	1.66 (1.41, 1.95)
	TCAs	1.30 (1.23, 1.38)(HR)
	SSRIs	1.66 (1.58, 1.73)
	Others	1.39 (1.28, 1.52)
	Combination	1.70 (1.42, 2.05)
Cardiovascular	Type 1a anti-arrhythmics (e.g., quinidine, disopyramide, procainamide)	1.59 (1.02, 2.48)
	Digoxin	1.22 (1.05, 1.42)
	Diuretics (any)	1.08 (1.02, 1.16)
Analgesics	Opioids	0.97 (0.78, 1.12)%
	NSAIDS	1.16 (0.97, 1.38)%
Antidiabetics	Sulfonylureas	1.09 (0.52, 2.30)%(RR)
	Insulin	2.76 (1.52, 5.01)(RR)
Anticonvulsants	Any	1.75 (1.13, 2.71)

%—nonsignificant, HR—expressed as hazard ratio, RR—expressed as relative risk; TCA = tri cyclic antidepressant, SSRI= selective serotonin reuptake inhibitor; NSAIDs = non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Test UP&GO (levántate y anda cronometrado)

- Sencillo
- Valoración movilidad, equilibrio y riesgo caídas
- Calzado habitual, ayuda técnica habitual
  - t < 10 s => Normalidad
  - t = 10-20 s => *Fragilidad*
  - t > 20 s => Alto riesgo caídas



Normative Reference Values by Age*

Age Group	Time in Seconds	(95% CI)
60 – 69 years	8.1	(7.1 – 9.0)
70 – 79 years	9.2	(8.2 – 10.2)
80 – 99 years	11.3	(10.0 – 12.7)

Cut-off Values Predictive of Falls by*

Group	Time in Seconds
Community Dwelling Frail Older Adults	> 14 associated with high fall risk
Post-op hip fracture patients at time of discharge	> 24 predictive of falls within 6 months after hip fracture
Frail older adults	> 30 predictive of requiring assistive device for ambulation and being dependent in ADLs

Podsiadlo, D. Richardson, S. The timed “Up&Go”: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991;39:142-8

ENRIQUETA | 17/28 | Alto riesgo caídas

Escala Tinetti de marcha y equilibrio

- No detecta pequeños cambios
- Puntuación máxima: 16/12=28
- Riesgo de caída: 19 – 24p.
- Alto riesgo < 19

Evaluación de la marcha y el equilibrio: Tinetti (1.ª parte: equilibrio)

EQUILIBRIO: el paciente está situado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:

1. Equilibrio sentado	
Se inclina o se desliza en la silla	0
Se mantiene seguro	1
2. Levantarse	
Imposible sin ayuda	0
Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1
Capaz sin usar los brazos	2
3. Intentos para levantarse	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz, pero necesita más de un intento	1
Capaz de levantarse con sólo un intento	2
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (primeros 5 segundos)	
Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco	0
Estable, pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse	1
Estable sin andador, bastón u otros soportes	2
5. Equilibrio en bipedestación	
Inestable	0
Estable, pero con apoyo amplio (talones separados >10 cm), o bien usa bastón u otro soporte	1
Apoyo estrecho sin soporte	2
6. Empujar (bipedestación con el tronco erecto y los pies juntos). El examinador empuja suavemente el esternón del paciente con la palma de la mano, 3 veces	
Empieza a caerse	0
Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1
Estable	2
7. Ojos cerrados (en la posición de 6)	
Inestable	0
Estable	1
8. Vuelta de 360 grados	
Pasos discontinuos	0
Continuos	1
Inestable (se tambalea, se agarra)	0
Estable	1
9. Sentarse	
Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
Seguro, movimiento suave	2

9/16

Puntuación total equilibrio (máximo 16) =

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:
Rubenstein LZ. Instrumentos de evaluación. En: Abrams WB, Berkow R. El Manual Merck de Geriatría (Ed Esp). Barcelona: Ed Doyma; 1992. p. 1251-63 (en dicho libro se hace constar que esta versión es una modificación adaptada de Tinetti et al, en: J Am Geriatr Soc 1986; 34: 119). También es la misma versión recomendada por el Grupo de Trabajo de Caídas de la SEGG (Navarro C, Lázaro M, Cuesta F, Vilorria A, Roiz H. Métodos clínicos de evaluación de los trastornos del equilibrio y la marcha. En: Grupo de trabajo de caídas de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2.ª ed. Eds. Fundación Mapfre Medicina; 2001. p. 101-22).

Evaluación de la marcha y el equilibrio: Tinetti (2.ª parte: marcha)

MARCHA: el paciente permanecerá de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 m) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».

10. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)	
Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0
No vacila	1
11. Longitud y altura de paso	
a) Movimiento del pie derecho:	
No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	0
Sobrepasa al pie izquierdo	1
El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie derecho se separa completamente del suelo con el paso	1
b) Movimiento del pie izquierdo:	
No sobrepasa al pie derecho con el paso	0
Sobrepasa al pie derecho	1
El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie izquierdo se separa completamente del suelo con el paso	1
12. Simetría del paso	
La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	0
La longitud parece igual	1
13. Fluidez del paso	
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1
14. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 m)	
Desviación grave de la trayectoria	0
Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
Sin desviación o ayudas	2
15. Tronco	
Balanceo marcado o usa ayudas	0
No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
No se balancea, no flexiona, no usa los brazos ni otras ayudas	2
16. Postura al caminar	
Talones separados	0
Talones casi juntos al caminar	1

8/12

Puntuación marcha (máximo 12) =
Puntuación total (equilibrio y marcha) (máximo 28) =

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS J.H. DOWNTON Alto Riesgo Caída ≥ 3		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Sí*	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes*#	1
	Diuréticos*	1
	Hipotensores (no diuréticos)*	1
	Antiparkinsonianos*	1
	Antidepresivos*	1
	Otros medicamentos	0
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales*	1
	Alteraciones auditivas*	1
	Extremidades (ictus…)*	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso*	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con / sin ayuda*	1
	Imposible	0

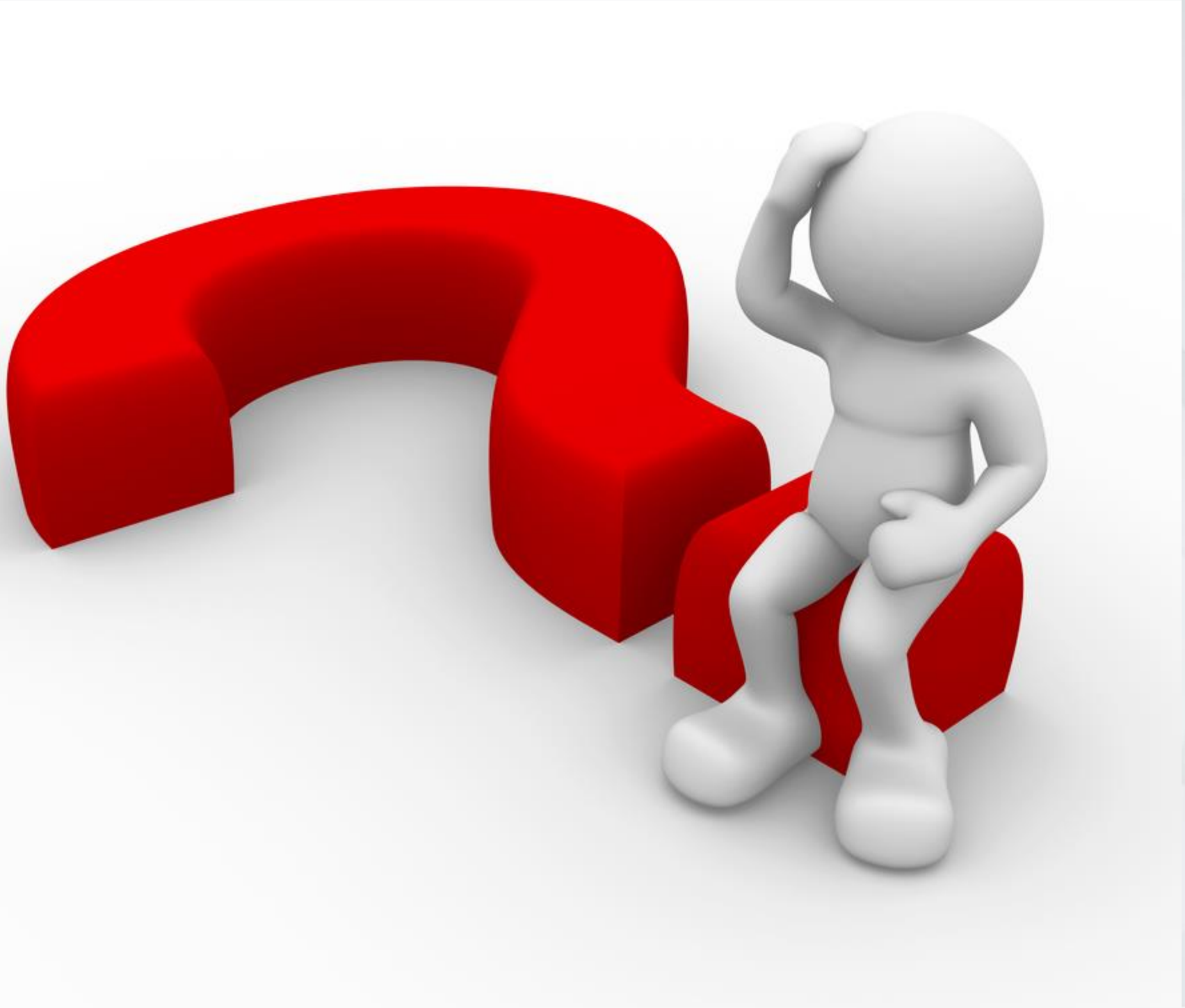
Downton J. Falls in the elderly. En textbook of Geriatric Medicine and Gerontology (4thEd.) Brockklehurst et al. Churchill Livinsgstone 1992;318-323.

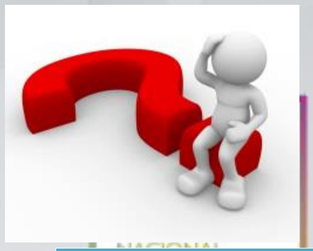
ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS J.H. DOWNTON

- Recoge factores con mayor incidencia en el riesgo
- Escala validada
- Fácil aplicabilidad
- Diferentes ámbitos asistenciales
- Cribado y transferencia información
- Alto Riesgo Caída ≥ 3

Tranquilizantes – sedantes:
opioides, antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, son FRIDs (Fall Risk-Increasing Drugs)

Milos et al. BMC Geriatrics 2014, 14:40





¿Qué valor obtenemos en la Escala Downton para ENRIQUETA?

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS J.H. DOWNTON Alto Riesgo Caída ≥ 3		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Sí*	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes*	1
	Diuréticos*	1
	Hipotensores (no diuréticos)*	1
	Antiparkinsonianos*	1
	Antidepresivos*	1
	Otros medicamentos	0
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales*	1
	Alteraciones auditivas*	1
	Extremidades (ictus…)*	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso*	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con / sin ayuda*	1
	Imposible*	1

1. 5p
2. 9p
3. 7p
4. 3p
5. 4p



¿Qué valor obtenemos en la Escala Downton para ENRIQUETA?

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS J.H. DOWNTON Alto Riesgo Caída ≥ 3		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Sí*	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes–sedantes*	1
	Diuréticos*	1
	Hipotensores (no diuréticos)*	1
	Antiparkinsonianos*	1
	Antidepresivos*	1
	Otros medicamentos	0
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales*	1
	Alteraciones auditivas*	1
	Extremidades (ictus...)*	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso*	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con / sin ayuda*	1
	Imposible*	1

de Farmacia Hospitalaria

1. 5p
2. 9p
3. **7p**
4. 3p
5. 4p

Órdenes Médicas DOSIS UNITARIAS	Departamento/RPMD PPPPPPPPPPRRRRRRRR	XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXX ENRIQUETA	
	Médico /NºCol UUUUUUUUUUUUU	N° HªCª YYYYYY	Cama ZZZZZ
		F. Ncto 13/06/1931	
ALERGIAS **DIAGNOSTICOS**	No Conocidas DM, HTA, ANEMIA FERROPENICA, HIPERCOLESTEROLEMIA		

FECHA y HORA	PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	FECHA FINAL	ÓRDENES MÉDICAS
22/05/2017	ACFOL 5MG		1-0-0-0
	ADIRO 100MG		0-1-0-0
	ALPRAZOLAM 0,5 MG RETARD		1-0-0-0
	AMLODIPINO 10MG COMP		1-0-0-0
	ATORVASTATINA 40 MG COMP		0-0-1-0
	COSOPT 20MG/ML +5MG/ML COLIRIO		1-0-1-0
	GALVUS 50MG COMP		1-0-1-0
	IDAPTAN 20MG COMP		1-1-1-0
	LATANOPROST 000,1% COLIRIO		0-0-1-0
	LORAZEPAM 1MG COMP		0-0-1-0
	SEGURIL 40MG 30 COMP		1-0-0-0
	TARDYFERON 80MG GG		1-0-0-0
	TOLTERODINA NEO 4MG		1-0-0-0
	TRANSTEC 70MCG/H PARCHE		1-0-0-0/72H
SUSPENDER	TOLTERODINA		
AÑADIR:	OMEPRAZOL 20MG CAPS		1-0-0-0





¿Qué podemos decir de los problemas de salud de ENRIQUETA?

1. Su repercusión en las ABVD es mínima
2. Fisiopatológicamente se deben a una única causa, el envejecimiento, por lo que son fácilmente identificables como síndromes geriátricos
3. Su abordaje es sencillo
4. Pueden estar relacionados con el tratamiento

sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria



¿Qué podemos decir de los problemas de salud de ENRIQUETA?

1. Su repercusión en las ABVD es mínima
2. Fisiopatológicamente se deben a una única causa, el envejecimiento, por lo que son fácilmente identificables como síndromes geriátricos
3. Su abordaje es sencillo
4. Pueden estar relacionados con el tratamiento

sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

SÍNDROMES GERIÁTRICOS INDUCIDOS POR FÁRMACOS

CASCADA TERAPÉUTICA

Table 3. Common Geriatric Presentations That Can Be Caused by Drugs

Signs or Symptoms	Common Drug-Related Causes
Falls	Sedatives, hypnotics, anticholinergics, antihypertensives, antidepressants, antidiabetics[10,42,43]
Cognitive impairment	Anticholinergics, benzodiazepines, antihistamines, tricyclic antidepressants[44,45]
Incontinence	Alpha-blockers, antidepressants, sedatives (eg, benzodiazepines), diuretics[46]
Constipation	Anticholinergics, opioids, tricyclic antidepressants, calcium channel blockers, calcium supplements[47]
Delirium	Antidepressants, antipsychotics, antiepileptics[48]
Diarrhea	Antibiotics, proton pump inhibitors, allopurinol, selective serotonin reuptake inhibitors, angiotensin II receptor blockers, psycholeptics (anxiolytics, antipsychotics)[49]
Gastrointestinal bleeding	Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, oral anticoagulants[50]

Table 4. Examples of Prescribing Cascades

- Ibuprofen → hypertension → antihypertensive
- Metoclopramide → parkinsonism → levodopa/carbidopa
- Risperidone → parkinsonism → benztropine
- Amlodipine → edema → furosemide
- Gabapentin → edema → furosemide
- Ciprofloxacin → delirium → risperidone
- Lithium → tremor → propranolol
- Bupropion → insomnia → mirtazapine
- Donepezil → urinary incontinence → oxybutynin
- Amiodarone → tremor → lithium
- Venlafaxine → tremor → diazepam
- Meperidine → delirium → risperidone
- Beta-blocker → depression → antidepressant
- Amitriptyline → decreased cognition → donepezil
- Narcotic → constipation → sennosides
- Sennosides → diarrhea → loperamide
- Lorazepam → morning drowsiness → caffeine
- Enalapril → cough → dextromethorphan
- Furosemide → hypokalemia → potassium supplement
- Nonsteroidal anti-inflammatory drug → heartburn → H_2-antagonist or proton pump inhibitor
- Omeprazole → low B12 → B12 supplement

Fármaco	Reacción adversa	Segundo fármaco prescrito para tratar el efecto adverso del primer fármaco
Inhibidores de la colinesterasa[15]	Incontinencia	Anticolinérgicos (ej.: oxibutinina)
Vasodilatadores, diuréticos, ß-bloqueantes, antagonistas del calcio, IECAs, AINEs, analgésicos opioides, antidepresivos, ansiolíticos[3]	Mareo	Proclorperazina
AINEs[2]	Hipertensión	Antihipertensivos
Diuréticos tiazídicos[2]	Hiperuricemia, gota	Alopurinol, colchicina
Metoclopramida[2]	Desórdenes del movimiento	Levodopa
IECAs[5,16]	Tos	Antitusigenos y/o antibióticos
Paroxetina, haloperidol[17]	Temblor	Levodopa-carbidopa
Eritromicina[18]	Arritmia	Antiarrítmicos
Antiepilépticos[19]	Rash	Corticoides tópicos
Antiepilépticos[19]	Náuseas	Metoclopramida, domperidona
Digoxina, nitratos, diuréticos del asa, IECAs, corticoides orales, antibióticos, AINEs, analgésicos opioides, metilxantinas[20]	Náuseas	Metoclopramida
Antipsicóticos[21]	Efectos extrapiramidales	Levodopa, anticolinérgicos

Tabla 1. Fármacos implicados en la cascada de prescripción.

«problema asociado a la poliF de los adultos edad avanzada»

1995, P. Ronchon



Estrategia para reducir poliF

- Nuevo F para tratar los EA ocasionados por otro F pensando que se trata de una nueva entidad clínica
- El nuevo F puede agravar los EA o exponer al paciente a nuevos EA
- ↑prevalencia en **ancianos polimedicados**
- *Key =>* ***prevención***
  - Prevención y temprana detección de EAM (↑ conocimiento)
  - No confundir EAM con sintomatología asociada a edad o nueva entidad clínica
  - Inicio esquema terapéutico => *PIANO, PIANO*

Kalisch LM et al. Aust Prescr 2011;34:162–6
Kwan D et al. Pharmacy Practice 2013;Apr/May:20–25





¿En el tratamiento de ENRIQUETA podemos identificar alguna cascada terapéutica?

1. Sí
2. No

Órdenes Médicas DOSIS UNITARIAS	Departamento/RPMD PPPPPPPPPPRRRRRRRR	XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXX	
		ENRIQUETA	
	Médico /NºCol UUUUUUUUUUUUUU	N° HªCª YYYYYY	Cama ZZZZZ
		F. Ncto 13/06/1931	

ALERGIAS	No Conocidas
DIAGNOSTICOS	DM, HTA, ANEMIA FERROPENICA, HIPERCOLESTEROLEMIA

FECHA y HORA	**PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS**	**FECHA FINAL**	**ÓRDENES MÉDICAS**
22/05/2017	ACFOL 5MG		1-0-0-0
	ADIRO 100MG		0-1-0-0
	ALPRAZOLAM 0,5 MG RETARD		1-0-0-0
	AMLODIPINO 10MG COMP		1-0-0-0
	ATORVASTATINA 40 MG COMP		0-0-1-0
	COSOPT 20MG/ML +5MG/ML COLIRIO		1-0-1-0
	GALVUS 50MG COMP		1-0-1-0
	IDAPTAN 20MG COMP		1-1-1-0
	LATANOPROST 000,1% COLIRIO		0-0-1-0
	LORAZEPAM 1MG COMP		0-0-1-0
	SEGURIL 40MG 30 COMP		1-0-0-0
	TARDYFERON 80MG GG		1-0-0-0
	TOLTERODINA NEO 4MG		1-0-0-0
	TRANSTEC 70MCG/H PARCHE		1-0-0-0/72H
SUSPENDER	TOLTERODINA		
AÑADIR:	OMEPRAZOL 20MG CAPS		1-0-0-0



1.Sí

2. No

¿En el tratamiento de TOMASA podemos identificar alguna cascada terapéutica?

Órdenes Médicas DOSIS UNITARIAS	Departamento/RPMD PPPPPPPPPPRRRRRRRR	XXXXXXXXXXX XXXXXXXXX
		ENRIQUETA
	Médico /NºCol UUUUUUUUUUUUU	N° HªCª YYYYYY Cama ZZZZZ
		F. Ncto 13/06/1931

ALERGIAS	No Conocidas
DIAGNOSTICOS	DM, HTA, ANEMIA FERROPENICA, HIPERCOLESTEROLEMIA

FECHA y HORA	PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	FECHA FINAL	ÓRDENES MÉDICAS
22/05/2017	ACFOL 5MG		1-0-0-0
	ADIRO 100MG		0-1-0-0
	ALPRAZOLAM 0,5 MG RETARD		1-0-0-0
	AMLODIPINO 10MG COMP		1-0-0-0
	ATORVASTATINA 40 MG COMP		0-0-1-0
	COSOPT 20MG/ML +5MG/ML COLIRIO		1-0-1-0
	GALVUS 50MG COMP		1-0-1-0
	IDAPTAN 20MG COMP		
	LATANOPROST 000,1% COLIRIO		
	LORAZEPAM 1MG COMP		
	SEGURIL 40MG 30 COMP		
	TARDYFERON 80MG GG		1-0-0-0
	TOLTERODINA NEO 4MG		1-0-0-0
	TRANSTEC 70MCG/H PARCHE		1-0-0-0/72H
SUSPENDER	TO		
AÑADIR:	ON		

04/06/2015

Edemas periférico en MMII

Polaquiuria

08/01/2016

04/08/2015

02/08/2016

PA ↓

Vértigos, mareos

Edema,

Náuseas, boca seca, visión borrosa

CIE-9	DESCRIPCION	MEDICAMENTO	PAUTA	FECHA INICIO	FECHA FIN
250.00	DIABETES MELLITUS TIPO 2	GALVUS 50MG 56 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada 12 horas durante 60 días	07/06/2013	08/07/2017
V66.7	ADMISION PARA CUIDADO PALIATIVO	ADIRO 100MG 30 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES EFG	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO	12/11/2013	22/08/2017
272.0	HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	ATORVASTATINA 40 MG / 28 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO	12/11/2013	25/04/2017
V07.39D	PREVENCION DE LA GASTROPATIA POR AINE	OMEPRAZOL 20 MG / 28 CAPSULAS	1 CAPSULA cada día CRÓNICO	12/11/2013	02/11/2017
780.52	OTROS INSOMNIOS	LORMETAZEPAM 2 MG / 20 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO	02/12/2014	22/08/2017
365.9	GLAUCOMA	NERDIPINA RETARD 40MG 60 CAPSULAS	1 CAPSULA cada día CRÓNICO	04/06/2015	10/05/2017
365.1	GLAUCOMA DE ANGULO ABIERTO	TRANSTEC 70MCG/H 5 PARCHES TRANSDERMICOS	1 PARCHE TRANSDERMICO cada 6 días CRÓNICO	04/06/2015	10/05/2017
780.52	OTROS INSOMNIOS	ALPRAZOLAM 0,5 MG (RETARD) / 30 COMPRIMIDOS LIBERACION RETARDADA	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO	04/08/2015	10/05/2017
788.41	POLAQUIURIA	VESICARE 10MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO	04/08/2015	10/05/2017
V66.7	ADMISION PARA CUIDADO PALIATIVO	FOLI-DOCE 28 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO	09/11/2015	02/11/2017
782..	EDEMAS	SEGURIL 40MG 30 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada 2 días durante 30 días	08/01/2016	21/10/2017
365.1	GLAUCOMA DE ANGULO ABIERTO	COSOPT 20MG/ML + 5MG/ML COLIRIO EN SOLUCION FRASCO DE 5ML	1 GOTA OFTALMICA cada 12 horas CRÓNICO	02/08/2016	01/08/2017
280.9	ANEMIA FERROPENICA	FERBISOL 100MG 50 CAPSULAS GASTRORRESISTENTES	1 CAPSULA cada día CRÓNICO	02/08/2016	02/11/2017
411.0	SINDROME POST-INFARTO DE	IDAPTAN 20MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	1 COMPRIMIDO cada 8 horas CRÓNICO	02/08/2016	22/08/2017
365.1	GLAUCOMA DE ANGULO ABIERTO	LUMIGAN 0,1MG/ML COLIRIO 1 FRASCO DE 3ML	1 GOTA OFTALMICA en cada ojo cada día CRÓNICO	02/08/2016	01/08/2017
788.3	INCONTINENCIA URINARIA	TENA 80U ABSORB INC ORINA DIA ANAT	1 Envase cada 30 día/s CRÓNICO	19/01/2017	22/08/2017
788.3	INCONTINENCIA URINARIA	TENA FLEX CINTURON TALLA MEDIANA 80U ABSORB INC ORINA NOC ANAT	1 Envase cada 60 día/s CRÓNICO	19/01/2017	02/11/2017
46	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	BIATAIN SILICONA 17,5X17,5 CM 10U AP.DE ESPUMA POLIURETANO CON SILICONA 17,5X17,5CM / 10 APOSITOS	1 APOSITO cada 2 días durante 40 días	09/02/2017	15/04/2017
46	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	HYDROTAC 20X20CM 3U AP.DE ESPUMA POLIURETANO 20 X 20CM / 3 APOSITOS	1 APOSITO cada 2 días durante 60 días	30/03/2017	28/05/2017
46	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	MEPILEX BORDER LITE 7,5X7,5 CM 5U AP.DE ESPUMA POLIURETANO EXTRAFINO CON SILICONA Y BORDE 7,5 X 7,5 / 5 APOSITOS	1 APOSITO cada 3 días durante 30 días	30/03/2017	28/04/2017

VÉRTIGOS

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

- Inestabilidad
- Caídas
- Incontinencia Urinaria
- Estreñimiento
- Deterioro Cognitivo
- Malnutrición (D.Mixta Mod)
- Yatrogenia / Polifarmacia
- Sarcopenia
- Fragilidad

365.1	GLAUCOMA DE ANGULO ABIERTO	LUMIGAN 0,1MG/ML COLIRIO 1 FRASCO DE 3ML	1 GOTA OFTALMICA en cada ojo cada día CRÓNICO	02/08/2016	01/08/2017
788.3	INCONTINENCIA URINARIA	TENA 80U ABSORB INC ORINA DIA ANAT	1 Envase cada 30 día/s CRÓNICO	19/01/2017	22/08/2017
788.3	INCONTINENCIA URINARIA	TENA FLEX CINTURON TALLA MEDIANA 80U ABSORB INC ORINA NOC ANAT	1 Envase cada 60 día/s CRÓNICO	19/01/2017	02/11/2017
46	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	BIATAIN SILICONA 17,5X17,5 CM 10U AP.DE ESPUMA POLIURETANO CON SILICONA 17,5X17,5CM / 10 APOSITOS	1 APOSITO cada 2 días durante 40 días	09/02/2017	15/04/2017
46	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	HYDROTAC 20X20CM 3U AP.DE ESPUMA POLIURETANO 20 X 20CM / 3 APOSITOS	1 APOSITO cada 2 días durante 60 días	30/03/2017	28/05/2017
46	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	MEPILEX BORDER LITE 7,5X7,5 CM 5U AP.DE ESPUMA POLIURETANO EXTRAFINO CON SILICONA Y BORDE 7,5 X 7,5 / 5 APOSITOS	1 APOSITO cada 3 días durante 30 días	30/03/2017	28/04/2017

- Mareos, vértigos, Náuseas, Anorexia
- Confusión, apatía
- Cansancio, debilidad
- Ánimo decaído / Aislamiento / Depresión


dreamstime.



Ante el efecto adverso a un F que ocasiona una cascada terapéutica, señala la correcta

1. La primera línea de actuación es el tratamiento no farmacológico
2. La reducción de la dosis del F es adecuada si la reacción es dosis dependiente
3. Seleccionar una alternativa terapéutica con el mismo efecto pero con menor riesgo de ocasionar el efecto adverso
4. Reconsiderar la necesidad de continuar el tratamiento
5. La prescripción de un 2º F es adecuada tras una cuidadosa valoración y cuando los beneficios de mantener el primer fármaco superan los riesgos de los efectos adversos del segundo fármaco
6. Todas son correctas



Ante el efecto adverso a un F que ocasiona una cascada terapéutica, señala la correcta

1. La primera línea de actuación es el tratamiento no farmacológico
2. La reducción de la dosis del F es adecuada si la reacción es dosis dependiente
3. Seleccionar una alternativa terapéutica con el mismo efecto pero con menor riesgo de ocasionar el efecto adverso
4. Reconsiderar la necesidad de continuar el tratamiento
5. La prescripción de un 2º F es adecuada tras una cuidadosa valoración y cuando los beneficios de mantener el primer fármaco superan los riesgos de los efectos adversos del segundo fármaco
6. **Todas son correctas**

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS



MÉDICO

ANEMIA

MALNUTRICIÓN

CAÍDAS

CONTROL ENF (HTA, DM)

ENFERMER.

ESTREÑIMIENTO

ÚLCERA

DEPENDENCIA ABVD

FISIOTERAP.

INESTABILIDAD



TASOC

FOMENTAR PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES Y SALIDAS DEL CENTRO

T.SOCIAL

YATROGENIA

ADECUACIÓN TTO.

MALNUTRICIÓN

POLIFARMACIA

FARMACEUT.

REHAB. COGNITIVA

ESTADO EMOCIONAL

PSICÓLOGO

INCONTINENCIA

MIEDO A CAERSE





¿Qué intervención respecto al tratamiento priorizarías?

1. Desprescripción de Benzodiazepinas (fármacos de elevado riesgo de caídas)
2. Inicio tratamiento con Calcio+ Vitamina D
3. Retirada de Furosemida
4. Retirada de Trimetazidina
5. Desprescripción de AAS
6. Desprescripción cascada terapéutica

sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria



¿Qué intervención respecto al tratamiento priorizarías?

1. Desprescripción de Benzodiazepinas (fármacos de elevado riesgo de caídas)
2. Inicio tratamiento con Calcio+ Vitamina D
3. Retirada de Furosemida
4. Retirada de Trimetazidina
5. Desprescripción de AAS
6. **Desprescripción cascada terapéutica**

sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

CONGRESO NACIONAL SEFH

Órdenes Médicas
DOSIS UNITARIAS

Depart
PPP

Médic
UUU

ALERGIAS DIAGNOSTICOS	No Conocidas DM, HTA, ANE

FECHA y HORA	PRESCRIPCIÓ
22/ 05/ 2017	ACFOL 5MG
	ADIRO 100MG
	ALPRAZOLAM 0,5
	AMLODIPINO 10
	ATORVASTATINA
	COSOPT 20MG/ M
	GALVUS 50MG C
	IDAPTAN 20MG C
	LATANOPROST 0
	LORAZEPAM 1M
	SEGURIL 40MG 3
	TARDYFERON 80
	TOLTERODINA N
	TRANSTEC 70MC
SUSPENDER	TOLTERODINA
AÑADIR:	OMEPRAZOL 20I

Órdenes Médicas
DOSIS UNITARIAS

Departamento/RPMD
PPPPPPPPPPRRRRRRRR

XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXX

ENRIQUETA

Médico /NºCol
UUUUUUUUUUUUU

N° HªCª YYYYYY

Cama ZZZZZ

F. Ncto 13/06/1931

ALERGIAS DIAGNOSTICOS	No Conocidas DM, HTA, ANEMIA FERROPENICA, HIPERCOLESTEROLEMIA

FECHA y HORA	PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	FECHA FINAL	ÓRDENES MÉDICAS
29/ 06/ 2017	SUSPENDER ACFOL 5MG		
	SUSPENDER SEGURIL 40MG 30 COMP		
	SUSPENDER IDAPTAN 20MG COMP		
MODIFICAR	SUSPENDER AMLODIPINO 10MG COMP		1-0-0-0
	AÑADIR ENALAPRIL 20MG COMP		1-0-0-0
MODIFICAR	TRANSTEC **35** MCG/ H PARCHE		1-0-0-0/ LJ
	(Reducción dosis gradual según EVA)	2 SEMANAS	
	AÑADIR PARACETAMOL 1G OCMP		S/ PRECISA
	AÑADIR PLANTAGO OVATA SOB		1-0-1-0
	COSOPT 20MG/ ML +5MG/ ML COLIRIO		1-0-1-0
	GALVUS 50MG COMP		1-0-1-0
	LATANOPROST 000,1% COLIRIO		0-0-1-0
	LORAZEPAM 1MG COMP		0-0-1-0
	OMEPRAZOL 20MG CAPS		1-0-0-0
	TARDYFERON 80MG GG	30/ 04/ 2018	1-0-0-0

Órdenes Médicas
DOSIS UNITARIAS

Departamento/RPMD
PPPPPPPPPPRRRRRRRR

XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXX

ENRIQUETA

Médico /NºCol
UUUUUUUUUUUUU

N° HªCª YYYYYY

Cama ZZZZZ

F. Ncto 13/06/1931

ALERGIAS DIAGNOSTICOS	No Conocidas DM, HTA, ANEMIA FERROPENICA, HIPERCOLESTEROLEMIA

FECHA y HORA	PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	FECHA FINAL	ÓRDENES MÉDICAS
25/ 07/ 2017	½ COMP METFORMINA 850MG		0-1-0-0
	ADIRO 100MG		0-1-0-0
	ALPRAZOLAM 0,5 MG RETARD		1-0-0-0
	ATORVASTATINA 20 MG COMP		0-0-1-0
	COSOPT 20MG/ ML +5MG/ ML COLIRIO		1-0-1-0
	ENALAPRIL 20MG COMP		1-0-0-0
	LATANOPROST 000,1% COLIRIO		0-0-1-0
	LORAZEPAM 1MG COMP		0-0-1-0
	OMEPRAZOL 20MG CAPS		1-0-0-0
	PARACETAMOL 1G OCMP		S/ PRECISA
		/ 2018	1-0-0-0
20/ 09/ 2017			
MODIFICAR	ALPRAZOLAM 0,25MG		1-0-0-0
MODIFICAR	½ COMP LORAZEPAM 1MG		0-0-1-0

TRATAMIENTO ADECUADO A ENRIQUETA

11 F => poliFARMACIA

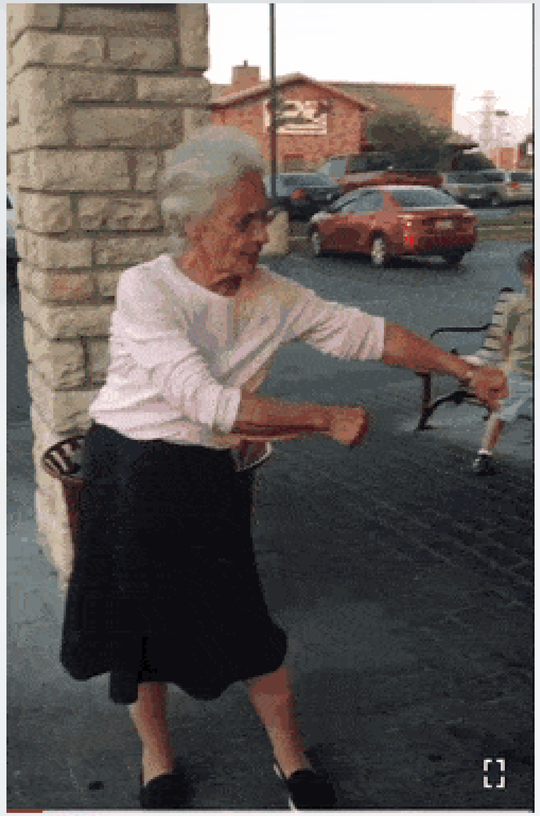
MRCI-E=22,5p (A4; B11,5; C7)

↓Complejidad: 9 FOS: 4De-2Co-2Ce

2 F.Oft.

sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

¡GRACIAS!









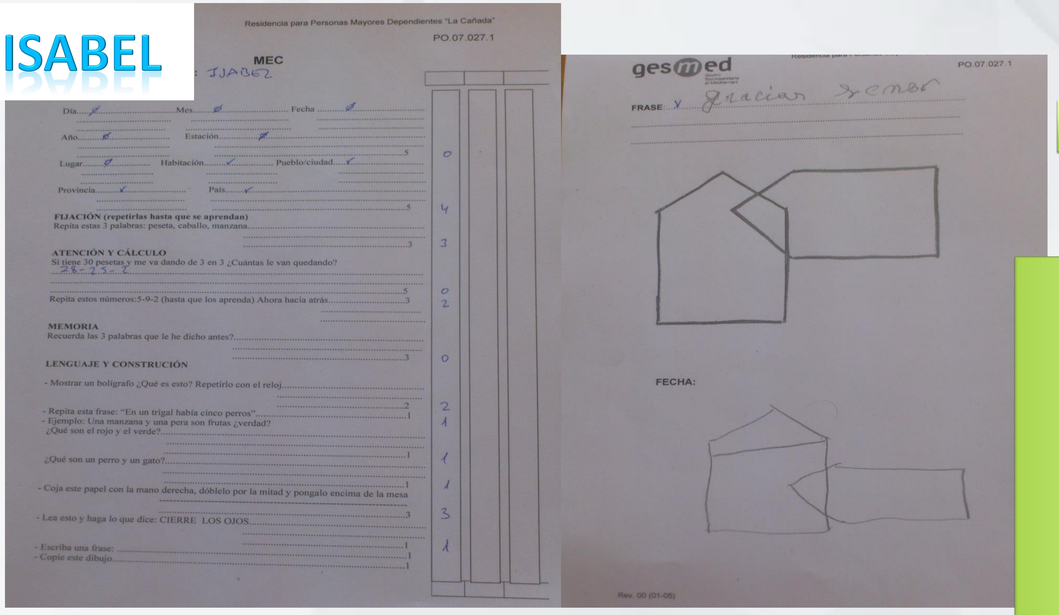
@elimarfervil
fernandez_eli@gva.es

		Fecha	29/02/2009
			INGRESO
Área		Edad	68
Funcional		BARTHEL	95
		TINETTI	26 (14/12)
		NORTON	18
		DOWNTON	3
		EVA	1
Cognitiva		MEC	18/30
		GDS-R	5
		NPI-Q	-
Emocional		GDS-YESSAV	3/8
PROBLEMAS SALUD			
TRATAMIENTO			PARACETAMOL S/PRECISA
			IRBESARTAN/HCLTZ 300/25MG 1-0-0-0
			GALANTAMINA 24 MG 1-0-0-0
			MEMANTINA 20MG COMP 1-0-0-0
			ESCITALOPRAM 10 MG COMP 1-0-0-0
			LORAZEPAM 1 MG COMP 0-0-1-0



ISABEL ingresa el 29/02/2009 procedente de otro centro residencial
ANTECEDENTES: ACV-Isquémico parietal (1999); HTA; Artrosis rodillas; Estreñimiento; Hernia Inguinal; **Demencia Alzh** sin seguimiento; Deambula de forma independiente; Problema Social (OARS: 5).

ISABEL



18

Deterioro Cognitivo moderado-grave



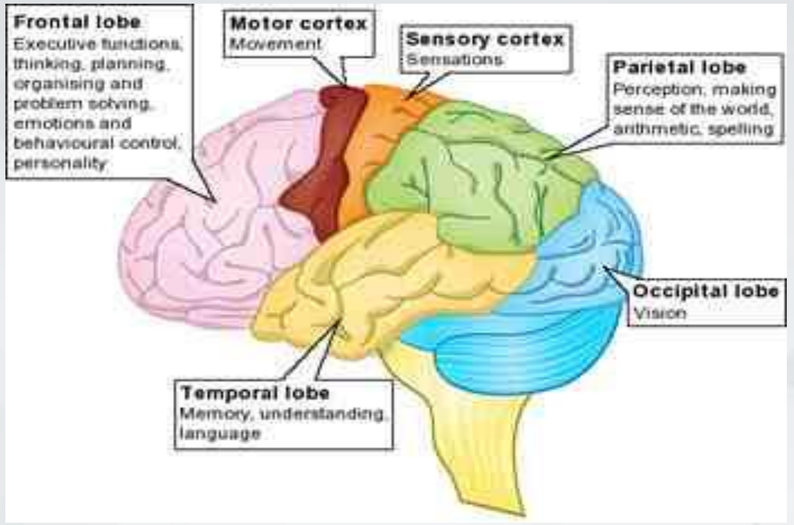
ISABEL
EVOLUCIÓN FUNCIONAL Y MENTAL
PROBLEMAS DE SALUD y TRATAMIENTO

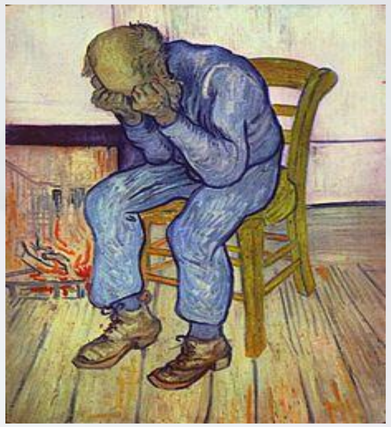


	Fecha	**29/02/2009**	**05/10/12**	**07/03/13**	**03/10/13**	**06/03/14**	**25/09/14**	**23/04/15**	**15/10/15**	**07/04/16**	**09/03/18**
		INGRESO	**VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL**								
Área	**Edad**	68	72	72	73	73	74	75	75	76	78
Funcional	BARTHEL	95	70	65	65	55	35	35	25	10	0
	TINETTI	26 (14/12)	22 (13/9)	22 (13/9)	20 (12/8)	16 (11/5)	8 (6/2)	6 (4/2)	1 (1/0)	NV	NV
	NORTON	18	18	18	18	18	14	14	12	12	12
	DOWNTON	3	3	3	4	5	6	5	4	4	4
	EVA	1	0	2	0	0	4	0	2	2	0
Cognitiva	MEC	18/30	9/30	8/30	7/30	5/30	1/30	0	NV	NV	NV
	GDS-R	5	6	6	6	6	6	7	7	7	7
	NPI-Q	-	0	0	0	20	5	2	0	0	4
Emocional	GDS-YESSAV	3/8	NV	NV	NV	NV	NV	CORNELL 5	CORNELL 5	CORNELL 3	np
PROBLEMAS SALUD			Incontinencia U ocasional Estreñimiento	PA BAJA BRADICARDIA	PA BAJA	PA BAJA Inestabilidad Moderada	14/04/14 **Fx Cadera TRAS CAÍDA**	Inmovilis-mo	Malnutrición UPP	ITU recurrente	**Fx Olecranon Izqdo desplazado TRAS CAÍDA (silla ruedas)**
			DC-Grave	Deterioro Función Renal	Deambulación errática	**Delirios / Ansiedad / Agresividad**					
			Inestabilidad Leve		Inestabilidad	RECHAZO MEDICACIÓN => “**CODIGO TRITUR”**					
TRATAMIENTO		PARACETAMOLS/PRECISA	PCT 650MG COMP 1-1-0-0				PCT 1G SOB 1-1-1-0			PCT 1G SOB 1-0-1-0	
		IRBESARTAN/HCLTZ 300/25MG 1-0-0-0	150/12,5MG 1-0-0-0		IRBESARTAN 150MG 1-0-0-0	75MG 1-0-0-0	STOP				
		GALANTAMINA 24 MG 1-0-0-0	16 MG 1-0-0-0	8MG 1-0-0-0	STOP						
		MEMANTINA 20MG COMP 1-0-0-0				FLAS 20MG 1-0-0-0					
		ESCITALOPRAM 10 MG COMP 1-0-0-0				BUCODISP 10MG 1-0-0-0	5 MG BUCOD x 6 SEM y RETIRAR	STOP			
		LORAZEPAM 1 MG COMP 0-0-1-0	½ COMP LORAZEPAM 1MG 0-0-1-0	STOP		TRAZODONA 100MG 0-0-1-0					
						RISPERIDONA FLAS 0,5MG 0-0-1-0		RISPERIDONA FLAS 0,25MG 0-0-1-0	STOP	No se reintroduce	
			DUPHALAC SOB 1-1-1-0					1-1-0-0	1-0-0-0	1-1-1-0	

VGI=> VALORACIÓN ESFERA MENTAL







Función COGNITIVA

- Capacidad realizar funciones intelectuales (pensar, recordar, percibir, comunicar, orientarse, calcular, entender, resolver problemas)
- Su disfunción interesa cuando afecta la capacidad del individuo para desarrollar sus actividades y relaciones
- **«Deterioro Cognitivo»**

Función AFECTIVA

- Valoración personal y subjetiva de las vivencias
- Su alteración influye en otras áreas funcionales afectando la capacidad de autosuficiencia
- **«Ansiedad y Depresión»**



VALORACIÓN COGNITIVA

Identificación de **DETERIORO COGNITIVO** que pueda afectar las capacidades del individuo para establecer un diagnóstico de sus causas y determinar estrategias de intervención

Permite conocer:

Calidad *«de lo que dice»* / Capacidad para comprender *«lo que se le dice»*

Detectar cambios con el tiempo => esencial para decisiones diagnósticas, terapéuticas y de ubicación futuras

TESTS

Aportan **objetividad**, complementan el juicio clínico

Se deben valorar en el contexto clínico del paciente

Facilitan la comunicación entre profesionales

<u>Permiten cuantificar los cambios en el tiempo y la respuesta al tratamiento</u>

Tener en cuenta los factores que pueden artefactuar su puntuación (nivel cultural, déficits sensoriales)



- Cuestionario de **PFEIFFER** (Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ)
- Mini Mental State Examination de **FOLSTEIN (MMSE)** => Mini Examen Cognoscitivo de LOBO **(MEC-LOBO)**
- Global Deterioration Scale **(GDS)** y Functional Assessment Staging **(FAST) de REISBERG**
- Test del **RELOJ**
- **NPI:** Neuropsychiatric Inventory

¿Cómo?

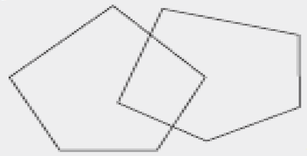
VGI=> VALORACIÓN COGNITIVA

MMSE-FOLSTEIN => MEC-LOBO

- Valora más funciones que Pfeiffer (5 áreas)
- Validado por Antonio Lobo en población anciana española en 1979, 1999 Y 2002 => **MEC-LOBO**
- Útil en cribaje de DC-Moderado
- *Detección y evaluación progresión del DC en enf neurodegenerativas* (Alzheimer, demencias…)
- 5 – 15 min
- Limitaciones:
  - Mucha carga información verbal
  - Dependencia de factores sociodemográficos y culturales. Necesidad de ajustar por edad y escolarización
  - Efecto techo (ancianos alta escolarización) y Efecto suelo en DC-grave (demencias establecidas o avanzadas)
- Error puntúa 0.
- Puntuación máxima: **30** ó 35p
- Ajuste por deficiencias sensoriales o motoras que afecten a la capacidad para responder a las tareas (regla de 3)
- ≤ 23 => Déficit cognoscitivo

Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE-3O)

Orientación temporal		
Día	0	1
Fecha	0	1
Mes	0	1
Estación	0	1
Año	0	1
Orientación espacial		
Hospital o lugar	0	1
Planta	0	1
Ciudad	0	1
Provincia	0	1
Nación	0	1
Fijación		
Repita estas 3 palabras hasta aprenderlas:		
Papel	0	1
Bicicleta	0	1
Cuchara	0	1
Concentración (sólo una de las 2 opciones)		
a) Restar desde 100 de 7 en 7	0 1 2 3 4 5	
b) Deletree la palabra «MUNDO» al revés	0 1 2 3 4 5	
Memoria		
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0 1 2 3	
Lenguaje		
Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?	0	1
Repetirlo con el reloj	0	1
Repita esta frase: «Ni sí, ni no, ni peros»	0	1
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa	0 1 2 3	
Lea esto y haga lo que dice:	0	1
CIERRE LOS OJOS		
Escriba una frase:	0	1
Copie este dibujo	0	1



Total =
Años escolarización =
Deterioro cognitivo:
< 18 puntos en analfabetos.
< 21 puntos en escolaridad baja (no estudios primarios).
< 24 puntos en escolaridad alta (estudios primarios o más).

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:
Fosltein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-Mental State». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-98 (versión en castellano validada en: Bermejo F, Morales JM, Valerga C, Del Ser T, Artolazábal J, Gabriel R. Comparación entre dos versiones españolas abreviadas de evaluación del estado mental en el diagnóstico de demencia. Datos de un estudio en ancianos residentes en la comunidad. Med Clin [Barc] 1999; 112: 330-4).
Comentarios:
Es un test de *screening*, una puntuación baja indica que existe deterioro cognitivo, el cual puede ser una manifestación de diversas enfermedades o síndromes (delirium, depresión, demencia, etc.). Los puntos de corte mostrados han sido tomados de un documento de consenso del grupo de demencias de la SEGG (García-García FJ et al. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37 [S4]: 10-25).

ISABEL

Valoración cognitiva

Residencia para Personas Mayores Dependientes "La Cañada"

PO.07.027.1

MEC

: ISABEL

Día.....✓.....Mes.....Ø.....Fecha .....Ø.....

Año.....Ø.....Estación.....Ø.....5 — 0

Lugar.....Ø.....Habitación.....✓.....Pueblo/ciudad.....✓.....

Provincia.....✓.....País.....✓.....5 — 4

FIJACIÓN (repetirlas hasta que se aprendan)

Repita estas 3 palabras: peseta, caballo, manzana.....3 — 3

ATENCIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando?

28 - 25 - 22.....5 — 0

Repita estos números:5-9-2 (hasta que los aprenda) Ahora hacia atrás.....3 — 2

MEMORIA

Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?.....3 — 0

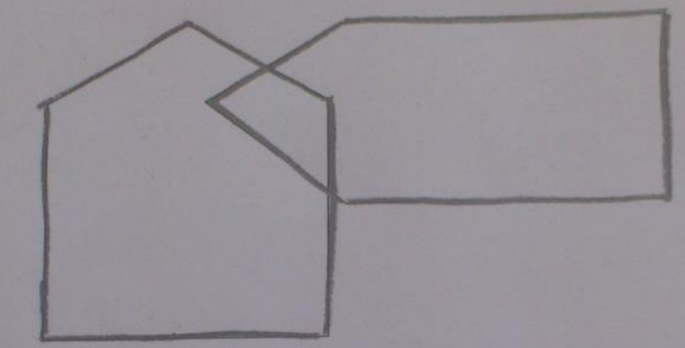
LENGUAJE Y CONSTRUCIÓN

- Mostrar un bolígrafo ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj.....2 — 2
- Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros".....1 — 1
- Ejemplo: Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?.....1 — 1
- ¿Qué son un perro y un gato?.....1 — 1
- Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y pongalo encima de la mesa.....3 — 3
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS.....1 — 1
- Escriba una frase: 1
- Copie este dibujo.....1

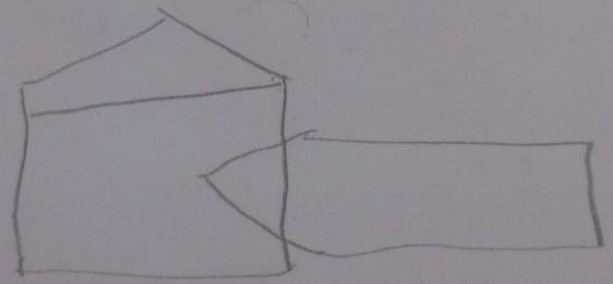
gesmed

PO.07.027.1

FRASE: Gracias Señor



FECHA:



18

Deterioro Cognitivo moderado-grave

de Farmacia Hospitalaria

=> GDS y FAST de REISBERG

- PFEIFFER,MMSE, MEC-LOBO
  - CRIBAJE de Det-Cog y control progresión.
  - No finalidad diagnóstica o estadiaje de demencia u otro trastorno cognoscitivo

- Interesa definir la FASE DE LA DEMENCIA en la que se encuentra el paciente:
  - Toma de decisiones (tratamiento)
  - Comunicación entre profesionales y familiares
- ***Global Deterioration Scale de Reisberg*** **(GDS-R)** => Se basa en los *síntomas* de la persona
- ***Functional Assessment Staging*** **(FAST)** => Se basa en el *nivel funcional* y en las actividades diarias
  - Ambas dividen la evolución en 7 etapas.
  - Se ha correlacionado con puntuaciones en MMSE (orientativo)

sefh Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Reisberg B et al. The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia. *American Journal of Psychiatry.* 1982;139(9):1136-1139.
Reisberg B. Functional Assessment Staging Fast. Psycopharmacol Bull 1988;24:653- 659

Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS-R)

Diagnóstico	Fase	Señales y Síntomas
Falta de demencia	**Fase 1: Ningún declive cognitivo**	En esta fase la persona tiene una función normal, no experimenta la pérdida de la memoria, y es sano mentalmente. Gente que no tiene la demencia sería considerada estar en la Fase 1.
Falta de demencia	**Fase 2: Un declive cognitivo muy leve**	Esta fase se usa para describir el olvido normal asociado con el envejecimiento; por ejemplo, olvidarse de los nombres y de donde se ubican los objetos familiares. Los síntomas no son evidentes a los seres queridos ni al médico.
Falta de demencia	**Fase 3: Declive cognitivo leve**	Esta etapa incluye la falta de memoria creciente, dificultad leve que concentra, funcionamiento de trabajo disminuido. La gente puede conseguir perdió más a menudo o tiene dificultad que encuentra las palabras correctas. En esta etapa, un person' s amados comenzará a notar una declinación cognoscitiva. Duración media: 7 años antes del inicio de la demencia
Etapa temprana	**Fase 4: Declive cognitivo moderado**	Esta etapa incluye dificultades de concentrarse, una disminución de la habilidad de acordarse de los eventos recientes, y dificultades de manejar las finanzas o de viajar solo a lugares nuevos. La gente tiene problemas llevando a cabo eficientemente/con precisión las tareas complejas. Puede no querer reconocer sus síntomas. También la gente puede recluirse de los amigos y de la familia porque las interacciones sociales se hacen más difíciles. En esta etapa un médico puede notar problemas cognitivos muy claros durante una evaluación y entrevista con el paciente. Duración promedia: 2 años.
Etapa media	**Fase 5: Declive cognitivo moderadamente severo**	Gente en esta fase tiene deficiencias serias de la memoria y necesita ayuda a completar las actividades diarias (vestirse, bañarse, preparar la comida). La pérdida de la memoria se destaca más que antes y puede incluir aspectos importantes de la vida actual; por ejemplo, puede ser que la persona no recuerda su domicilio o número de teléfono. También puede que no sepa la hora, el día, o donde está. Duración promedia: 1,5 años.
Etapa media	**Fase 6: Declive cognitivo severo (la demencia media)**	Las personas en esta fase requieren ayuda extensiva a hacer las actividades diarias. Empiezan a olvidar los nombres de los miembros de la familia y tienen muy poco recuerdo de los eventos recientes. Muchas personas solamente pueden recordar algunos detalles de la vida temprana. También tienen dificultades de contar atrás de 10 y de llevar a cabo las tareas. La incontinencia (la pérdida del control de la vejiga o de los intestinos) es un problema en esta fase. Cambios de la personalidad tales como el delirio (creer algo que no es verdad), las compulsiones (repetir una actividad, como limpiar), la ansiedad o la agitación pueden ocurrir. Duración promedia: 2,5 años.
Etapa avanzada	**Fase 7: Declive cognitivo muy severo (la demencia avanzada)**	Las personas en esta fase esencialmente no tienen la habilidad de hablar ni de comunicarse. Requieren ayuda con la mayoría de las actividades (p.ej., usar el baño, comer). A menudo pierden las habilidades psicomotores, por ejemplo la habilidad de caminar. Duración promedia: 2,5 años.

GDS-1

GDS-2
Muy Leve

GDS-3
Leve

GDS-4
Moderado

GDS-5
Moder-Grave

GDS-6
Grave

GDS-7
Muy Grave

DC

Functional Assessment Stages de Reisberg (FAST)

Stage	Stage Name	Characteristic	Expected Untreated AD Duration (months)	Mental Age (years)	MMSE (score)
1	Normal Aging	No deficits whatsoever	--	Adult	29-30
2	Possible Mild Cognitive Impairment	Subjective functional deficit	--		28-29
3	Mild Cognitive Impairment	Objective functional deficit interferes with a person's most complex tasks	84	12+	24-28
4	Mild Dementia	IADLs become affected, such as bill paying, cooking, cleaning, traveling	24	8-12	19-20
5	Moderate Dementia	Needs help selecting proper attire	18	5-7	15
6a	Moderately Severe Dementia	Needs help putting on clothes	4.8	5	9
6b	Moderately Severe Dementia	Needs help bathing	4.8	4	8
6c	Moderately Severe Dementia	Needs help toileting	4.8	4	5
6d	Moderately Severe Dementia	Urinary incontinence	3.6	3-4	3
6e	Moderately Severe Dementia	Fecal incontinence	9.6	2-3	1
7a	Severe Dementia	Speaks 5-6 words during day	12	1.25	0
7b	Severe Dementia	Speaks only 1 word clearly	18	1	0
7c	Severe Dementia	Can no longer walk	12	1	0
7d	Severe Dementia	Can no longer sit up	12	0.5-0.8	0
7e	Severe Dementia	Can no longer smile	18	0.2-0.4	0
7f	Severe Dementia	Can no longer hold up head	12+	0-0.2	0

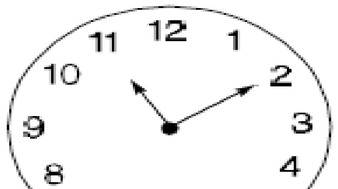
Ejemplo: las recomendaciones SEGG: respecto al tratamiento específico de la demencia:

- Iniciar tratamiento específico a partir del estadío 4 y hasta el estadío 6 según GDS-FAST
- No iniciar tratamiento específico para EA si FAST =7
- La decisión de continuar o mantener el tratamiento específico para la demencia debe individualizarse cuando el paciente llega al estadío GDS-7, atendiendo a su situación clínica global, la presencia de comorbilidad o patologías incidentes asociadas.

TEST DEL RELOJ

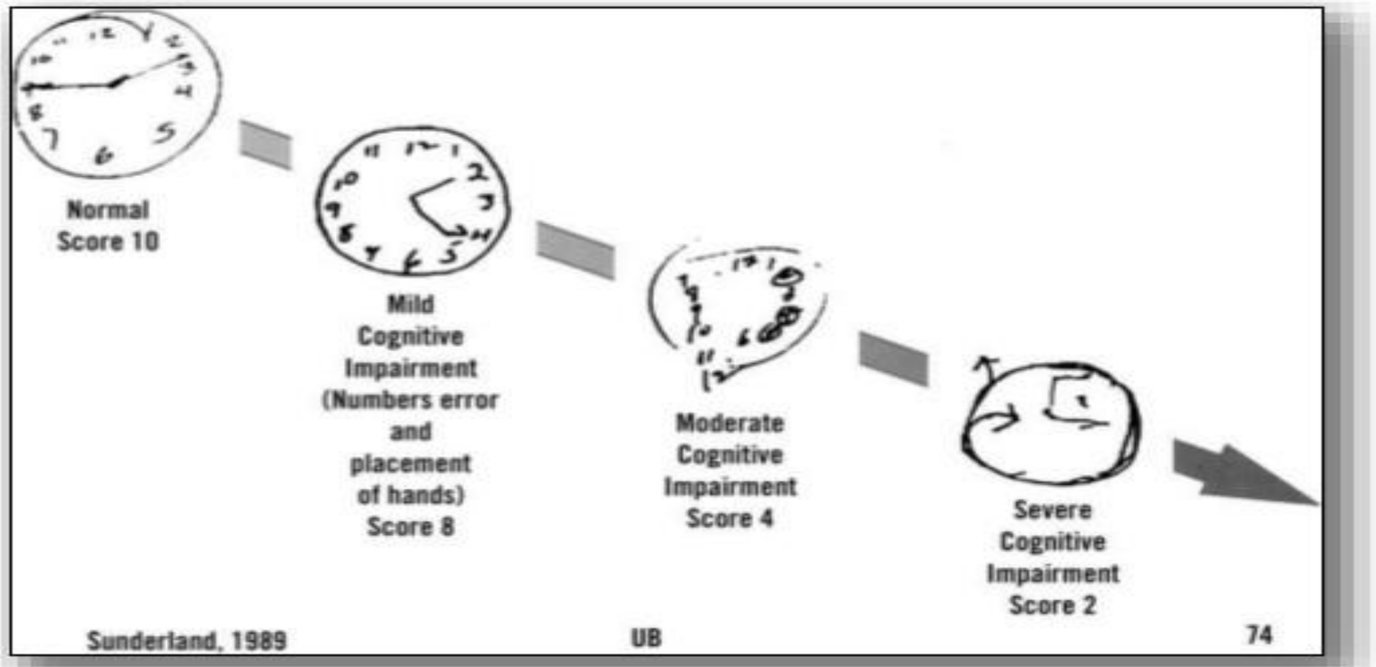
- Test de CRIBAJE de DC en varios trastornos neurológicos y psiquiátricos
- Valoración de los trastornos cognitivos asociados al DC, especialmente en la EA.
- Apraxia constructiva, ejecución motora, atención, comprensión y conocimiento numérico
- Orden dibujar (TRO) o copiar (TRC) un reloj (un círculo, las 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta (las 11:10).
- Punto corte*:
  - TRO => ≤ 6 DC asociado a la EA
  - TRC => ≤ 8 DC asociado a la EA
  - Del análisis del dibujo se extraen conclusiones adicionales sobre las tareas afectadas.

*Existen diferentes criterios de realización y puntuación según autores.



Esfera del reloj (máximo 2 puntos)	
Puntos	*Resultado*
1	Rotación inversa con falta o exceso de núemros
0	Ausencia o ecasa representación de números (menos de 6 números dibujados)

The Standard Mini-Cog Test (Clock Drawing)



INVENTARIO NEUROPSIQUIATRICO (NPI)

- Evalúa la frecuencia y gravedad de cada uno de los ***SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS Y CONDUCTUALES***
- Los SPCD son síntomas complejos, de etiología multifactorial (factores genéticos, neuroquímicos, neuropatológicos y biopsicosociales) influenciados por la personalidad previa y la interacción con el medio ambiente. Pueden aparecer en cualquier fase de la demencia y forman parte de la expresión dela enfermedad
- Permite valorar la respuesta terapéutica a psicofármacos utilizados para su control
- CUMMINGS et al. Validada al español. Existe versión abreviada NPI-Q o NPI-NH

Tabla 1 Tabla resumen para la puntuación del NPI

Síntoma	No valorable	Frecuencia	Gravedad	Total (Frecuencia x Gravedad)
Delirios		0 1 2 3 4	1 2 3	
Alucinaciones		0 1 2 3 4	1 2 3	
Agitación/agresividad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Depresión/disforia		0 1 2 3 4	1 2 3	
Ansiedad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Júbilo/euforia		0 1 2 3 4	1 2 3	
Apatía		0 1 2 3 4	1 2 3	
Desinhibición		0 1 2 3 4	1 2 3	
Irritabilidad/labilidad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Comportamiento motor aberrante		0 1 2 3 4	1 2 3	
Trastornos del sueño		0 1 2 3 4	1 2 3	
Trastorno del apetito/conducta alimentaria		0 1 2 3 4	1 2 3	
			Puntuación total	

Frecuencia:
0 = Ausente
1 = Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
2 = A menudo (alrededor de una vez por semana)
3 = Frecuentemente (varias veces por semana, pero no a diario)
4 = Muy frecuentemente (a diario o continuamente)

X

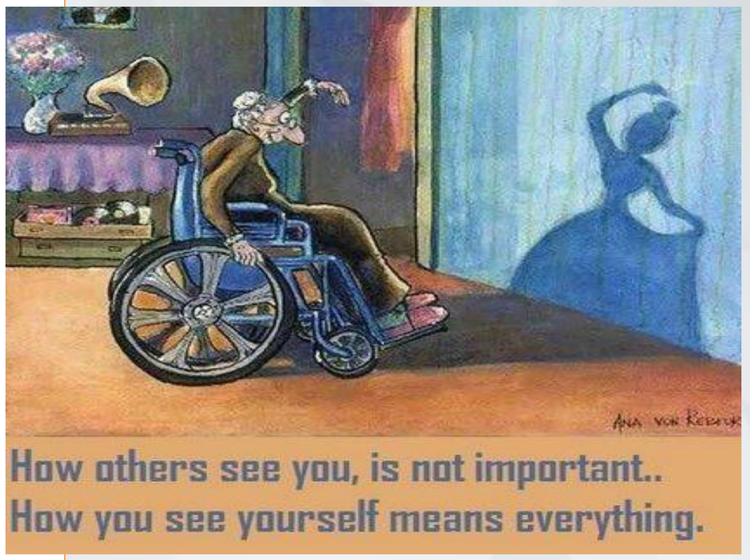
Gravedad:
1 = Leve (provoca poca molestia al paciente)
2 = Moderada (más molesto para el paciente, pero puede ser redirigido por el cuidador)
3 = Grave (muy molesto para el paciente, y difícil de redirigir)

Vilalta-Franch J, Lozano-Gallego M, Hernández-Ferrándiz M, Llinàs-Reglà J, López-Pousa S, López OL. The Neuropsychiatric Inventory Psychometric properties of its adaptation into Spanish. Rev Neurol. 1999;29:15---9.

VGI=> VALORACIÓN COGNITIVA

VALORACIÓN AFECTIVA

- 25% ancianos presenta algún trastorno psíquico
- **Depresión y ansiedad** son los más frecuentes
- Importante repercusión en la **calidad de vida**, **situación funcional y cognitiva**
- La prevalencia aumenta cuando existen patologías asociadas:
  - Enfermedades específicas: ACV, Parkinson, Demencia, Neoplasias…
  - Enfermedades crónicas asociadas a dolor, pérdida funcional, deprivación sensorial,
  - Enfermedades terminales
  - ***Polifarmacia***
  - Situaciones sociales (institucionalización, pérdidas, soledad, recursos económicos bajos, escaso apoyo social….)
- Diagnóstico es clínico. Herramientas para cribaje, monitorización y evaluación de la gravedad
- TESTS:
  - Escala de DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE (***GDS-Yesavage***)
  - Escala de DEPRESIÓN y ANSIEDAD ***HAMILTON***
  - Escala de DEPRESIÓN de ***CORNELL***



ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

- Geriatric Depresion Scale – GDS. Diseñada específicamente para el anciano
- Se aplica para:
  - Cribaje de depresión
  - Evaluación de la gravedad del cuadro depresivo
  - Monitorización de la respuesta terapéutica
- 30 ítems. Existen versiones abreviadas de 15 ítems (recomendada), de 8 (Mini-GDS-8: 1,3,4,5,7,8,11,14) y 5 ítems (1,4,8,9,12). Respuesta dicotómica
- 5 a 7 min

- Versión reducida:
  - punto de corte: en 5/6
  - Normalidad => 0 a 4 puntos
  - *Depresión probable:* 5 y 9 p
  - *Depresión establecida* ≥ 10p
    - Leve: 5 – 8
    - Moderada: 9 – 11
    - Grave: 12-15
- Aplicable en DC leve – moderado
- No útil en ancianos con DC moderado o grave

Escala de depresión geriátrica. Geriatric Depression Scale de Yesavage (versión abreviada de 15 preguntas)

Instrucciones:

Interrogar al paciente acerca de las siguientes cuestiones y escoger la respuesta más adecuada sobre cómo se ha sentido en las últimas 2 semanas.

Marcar con un círculo la respuesta escogida y al final sumar la puntuación.

Si el Mini-Mental de Folstein es ≤ 14 puntos, la aplicación de la escala puede no ser valorable (J Am Geriatr Soc 1994; 42: 490).

	Sí	No
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se aburre a menudo?	1	0
5. ¿Está usted animado casi todo el tiempo?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le vaya a pasar algo malo?	1	0
7. ¿Está usted contento durante el día?	0	1
8. ¿Se siente desamparado o abandonado?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa o en la habitación en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que es estupendo estar vivo?	0	1
12. ¿Se siente usted inútil tal como está ahora?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0

Puntuación total = ☐

Puntuación: ≥ 5 indica probable depresión.

El diagnóstico se debe confirmar evaluando los criterios DSM-IV de los diferentes trastornos depresivos.

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión: Martí D, Miralles R, Llorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillén J, Cervera AM. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000; 35: 7-14.

Versión original de 15 ítems: Shelk JI & Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, ed. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth Press; 1986.

Yesavage, J, Brink, T, Rose, T et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res 17*, 37-49.

Aguado G, Martínez J, Onís MC et al. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage. Aten Primaria 2000;26(Supl):382

Buz, J. (1996). Mini-GDS 8: Una nueva versión breve para ancianos institucionalizados. *Geriátrika, 12,* 41-45.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE CORNELL

- Los síntomas depresivos son relevantes y frecuentes en las fases iniciales de la Enf Alzheimer.
  - Síntomas Prodrómicos
  - Dc Ligero => 36%
  - Demencia leve-mod => 50%
  - Demencia avanzada, pierden relevancia
- Nivel cognoscitivo está comprometido, => la validez de las escalas reducida
- Deben utilizarse instrumentos validados en estas condiciones
  - Dementia Mood Assesment Scale (demencia inicial-moderada)
  - GDS-Yesavage (demencia incipiente)
  - **Escala de Cornell** para valoración síntomas depresivos en la demencia (**MMSE ≤ 18**)
- 19 ítems, 3 grados intensidad
- 0 a 38 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad o intensidad síntomas depresivos:
  - > 8 => DEPRESIÓN SIGNIFICATIVA
  - 9 – 11 => Depresión Leve
  - ≥ 12 => Depresión Grave

Tabla 4. Escala de Cornell para evaluar depresión en pacientes con demencia

A. Signos relacionados con el estado de ánimo
- Ansiedad
- Tristeza
- Incapacidad de reacción ante situaciones agradables
- Irritabilidad

B. Alteraciones del comportamiento
- Agitación
- Enlentecimiento
- Quejas físicas múltiples (excepto si son sólo gastrointestinales)
- Pérdida de interés (sólo si es de inicio reciente, < 1 mes)

C. Signos físicos
- Pérdida de apetito
- Pérdida de peso (2 puntos si ha perdido > 2 kg en un mes)
- Pérdida de energía

D. Funciones cíclicas
- Variación diurna del humor (peor por la mañana)
- Dificultad para conciliar el sueño
- Se despierta varias veces durante la noche
- Se despierta más pronto de lo que estaba acostumbrado

E. Alteraciones del contenido del pensamiento
- Suicidio
- Baja autoestima
- Pesimismo
- Ideación delirante congruente con el estado de ánimo

PUNTUACIÓN
- 0 = ausencia
- 1 =moderado/intermitente
- 2 = severo
- 9 = imposible de evaluar

- Detección de signos depresivos en lugar de los síntomas (conducta depresiva) observados durante la última semana
- Consta de 19 ítems con tres grados de intensidad (ausente, leve/inconstante, severo)
- Entrevista en dos etapas: cuidador y paciente
- Reentrevista al cuidador si hay discrepancias
- Puntuación según juicio clínico (no punto de corte)

Pujol J, Azpiazu P, Salamero M, Cuevas R. Sintomatología depresiva en la demencia. Escala de Cornell: Validación de la versión en castellano. Rev. Neurol. 2001;33(4):397-8.



¿Qué instrumento de valoración utilizarías para la desprescripción de antidepresivos en demencia?



1. Miniexamen cognoscitivo de Lobo, Escala Depresión Geriátrica Yessavage, Inventario Neuropsiquiátrico Cummings
2. Miniexamen cognoscitivo de Lobo, Escala Depresión Geriátrica Yessavage, Escala de Ansiedad Hammilton
3. GDS-Reisberg, Escala Cornell, Inventario Neuropsiquiátrico Cummings
4. GDS-Reisberg, Escala de Depresión y Ansiedad de Hammilton

¿Qué instrumento de valoración utilizarías para la desprescripción de antidepresivos en demencia?



1. Miniexamen cognoscitivo de Lobo, Escala Depresión Geriátrica Yessavage, Inventario Neuropsiquiátrico Cummings
2. Miniexamen cognoscitivo de Lobo, Escala Depresión Geriátrica Yessavage, Escala de Ansiedad Hammilton
3. GDS-Reisberg, Escala Cornell, Inventario Neuropsiquiátrico Cummings
4. GDS-Reisberg, Escala de Depresión y Ansiedad de Hammilton

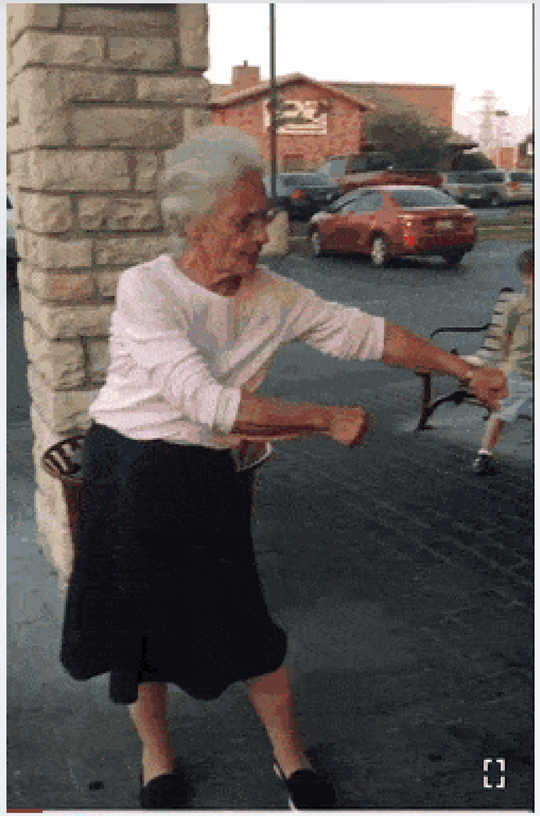


ISABEL
EVOLUCIÓN FUNCIONAL Y MENTAL
PROBLEMAS DE SALUD y TRATAMIENTO



	Fecha	**29/02/2009**	**05/10/12**	**07/03/13**	**03/10/13**	**06/03/14**	**25/09/14**	**23/04/15**	**15/10/15**	**07/04/16**	**09/03/18**
		INGRESO	**VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL**								
Área	**Edad**	68	72	72	73	73	74	75	75	76	78
Funcional	BARTHEL	95	70	65	65	55	35	35	25	10	0
	TINETTI	26 (14/12)	22 (13/9)	22 (13/9)	20 (12/8)	16 (11/5)	8 (6/2)	6 (4/2)	1 (1/0)	NV	NV
	NORTON	18	18	18	18	18	14	14	12	12	12
	DOWNTON	3	3	3	4	5	6	5	4	4	4
	EVA	1	0	2	0	0	4	0	2	2	0
Cognitiva	MEC	18/30	9/30	8/30	7/30	5/30	1/30	0	NV	NV	NV
	GDS-R	5	6	6	6	6	6	7	7	7	7
	NPI-Q	-	0	0	0	20	5	2	0	0	4
Emocional	GDS-YESSAV	3/8	NV	NV	NV	NV	NV	CORNELL 5	CORNELL 5	CORNELL 3	np
PROBLEMAS SALUD			Incontinencia U ocasional Estreñimiento	PA BAJA BRADICARDIA	PA BAJA	PA BAJA Inestabilidad Moderada	14/04/14 **Fx Cadera TRAS CAÍDA**	Inmovilis-mo	Malnutrición UPP	ITU recurrente	**Fx Olecranon Izqdo desplazado TRAS CAÍDA (silla ruedas)**
			DC-Grave	Deterioro Función Renal	Deambulación errática	**Delirios / Ansiedad / Agresividad**					
			Inestabilidad Leve		Inestabilidad	RECHAZO MEDICACIÓN => “**CODIGO TRITUR”**					
TRATAMIENTO		PARACETAMOLS/PRECISA	PCT 650MG COMP 1-1-0-0				PCT 1G SOB 1-1-1-0			PCT 1G SOB 1-0-1-0	
		IRBESARTAN/HCLTZ 300/25MG 1-0-0-0	150/12,5MG 1-0-0-0		IRBESARTAN 150MG 1-0-0-0	75MG 1-0-0-0	STOP				
		GALANTAMINA 24 MG 1-0-0-0	16 MG 1-0-0-0	8MG 1-0-0-0	STOP						
		MEMANTINA 20MG COMP 1-0-0-0				FLAS 20MG 1-0-0-0					
		ESCITALOPRAM 10 MG COMP 1-0-0-0				BUCODISP 10MG 1-0-0-0	5 MG BUCOD x 6 SEM y RETIRAR	STOP			
		LORAZEPAM 1 MG COMP 0-0-1-0	½ COMP LORAZEPAM 1MG 0-0-1-0	STOP		TRAZODONA 100MG 0-0-1-0					
						RISPERIDONA FLAS 0,5MG 0-0-1-0		RISPERIDONA FLAS 0,25MG 0-0-1-0	STOP	No se reintroduce	
			DUPHALAC SOB 1-1-1-0					1-1-0-0	1-0-0-0	1-1-1-0	

¡GRACIAS!









@elimarfervil
fernandez_eli@gva.es