



Atención Farmacéutica al Paciente Crónico Complejo:

Casos prácticos en los diferentes niveles del proceso asistencial

Grupo Cronos (8 de Noviembre 2018)

Eva Delgado Silveira
Hospital Ramón y Cajal. Madrid



AF PCC: Casos prácticos en los diferentes niveles del proceso asistencial

- Paciente de Centro Socio Sanitario
 - Elia Fernández
- Paciente ingresado en un centro de agudos (Urgencias, Planta de Hospitalización)
 - Ana Juanes
 - Eva Delgado
- Paciente ambulatorio/comunitario
 - Daniel Sevilla
 - Teresa Llanos

AF PCC: Casos prácticos en los diferentes niveles del proceso asistencial

- Paciente ingresado en un centro de agudos (Planta de Hospitalización)
 - Eva Delgado Silveira



CASO 1: Rosa, 81 años



Enfermedad actual:

Ingresa procedente de Urgencias por una caída, cuadro de vómitos, deterioro del estado general, dificultad respiratoria, debilidad y somnolencia

Antecedentes personales. Problemas de Salud

- HTA
- Hernia de hiato y RGE desde el 2002
- Estreñimiento crónico
- Aplastamiento vertebral L1
- Insomnio
- Desnutrición proteica
- Hipoacusia bilateral (audífonos)
- No alergias. Intolerancia al Zaldiar[®] (tramadol + paracetamol)

Situación basal

-Social:

- Viuda, tiene 4 hijos, vive con 2 de sus hijas en el mismo domicilio, piso bajo sin escaleras

-Funcional:

- Barthel 75 (independiente para todas las ABVD excepto el baño y requiere ayuda para vestirse, incontinencia urinaria ocasional), FAC 3 (0-5) (alrededores de la casa o barrio) , Lawton 4 (0-8) (dependencia moderada), MNA 4 (pérdida de peso no cuantificada en el último año)

-Mental:

- Pfeiffer 2 fallos, deterioro cognitivo ligero GDS 2

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (CRONICO)



Amlodipino 10 mg comp (1-0-0)
Furosemida 40 mg comp (0-1-0)
Pantoprazol 20 mg comp (1-0-1)
Morfina 15 mg comp liberación prolongada (1-0-1)
Lantanon 10 mg (mianserina) comp (1-0-0)
Diclofenaco 50 mg comp (1-0-1)
Lormetazepam 2 mg comp (0-0-1/2)
Haloperidol gotas 2 mg/ml (10 gotas por la noche y repetir si agitación)
Serc (betahistina) 8 mg comp (1-0-0)
Xalacom colirio (0-0-1)
Flatoril (cleboprida+simeticona) si precisa
Hodernal (parafina) si precisa

Pruebas complementarias



Datos analíticos (al ingreso):

Cr 0,80 mg/dl (0,30-1,10)

Na: 136 mM/L (135-148)

K: 3,6 mM/L (3,5-5,5)

Leucocitosis $32,5 \times 10^3/\mu\text{l}$ (4-11)

Neutrofilia 92% (42-74)

PCR 60,8 mg/dl (0,0-5,0)

Albúmina 2 g/dl (3,5-5)

Proteínas totales 5,6 g/dl (6,4-8,3)

Rx tórax: infiltrado agudo en base y campo medio pulmonar derecho compatible con infiltrado neumónico



- ✓ ¿El tratamiento prescrito es el más adecuado?
- ✓ ¿Qué podemos cambiar?
- ✓ ¿En qué puede colaborar el farmacéutico?
- ✓ ¿Qué PRM y RNM presenta la paciente?

Fármaco adecuado o apropiado

- Si existen evidencias claras que apoyan su uso en una indicación determinada, es bien tolerado en la mayoría de los pacientes y, su relación coste/efectividad es favorable.
- Debe tener en cuenta la esperanza de vida individual, evitando terapias preventivas en aquellos pacientes con pronóstico de corta supervivencia y promoviendo el uso de fármacos cuya relación beneficio/riesgo es favorable.

Prescripción Potencialmente Inapropiada



- Prescripción farmacológica con un perfil beneficio/riesgo desfavorable para un paciente concreto por:
 - Posología diferente a la recomendada en función de la edad, función renal, etc
 - Utilización de los fármacos con mayor frecuencia o duración de la indicada según la ficha técnica,
 - Elevado riesgo de interacciones medicamento-medicamento, medicamento-enfermedad
 - Duplicidades
 - Medicamento no indicado, contraindicado
 - Bajo perfil de seguridad
 - etc
- También se incluye en la PPI la omisión en la prescripción de fármacos que están indicados para el paciente

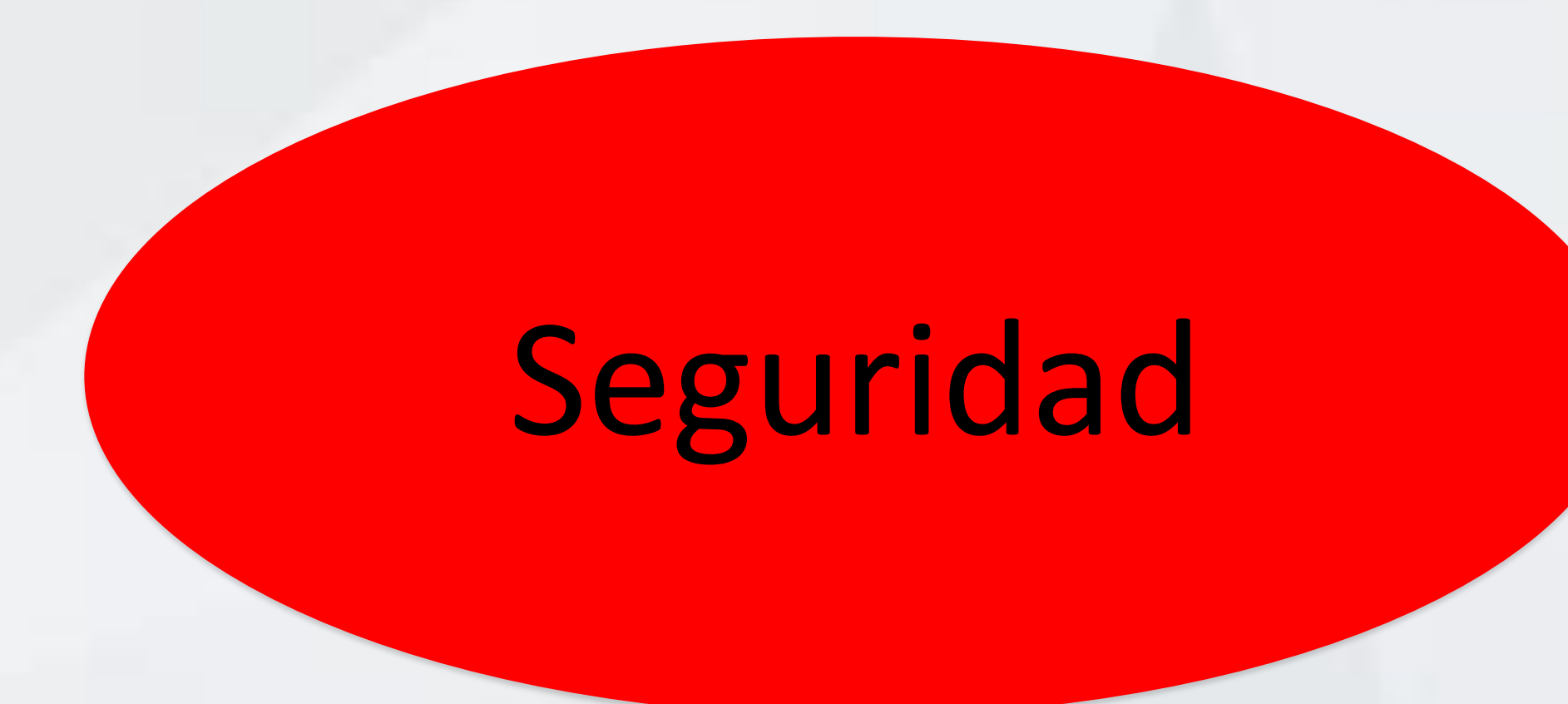
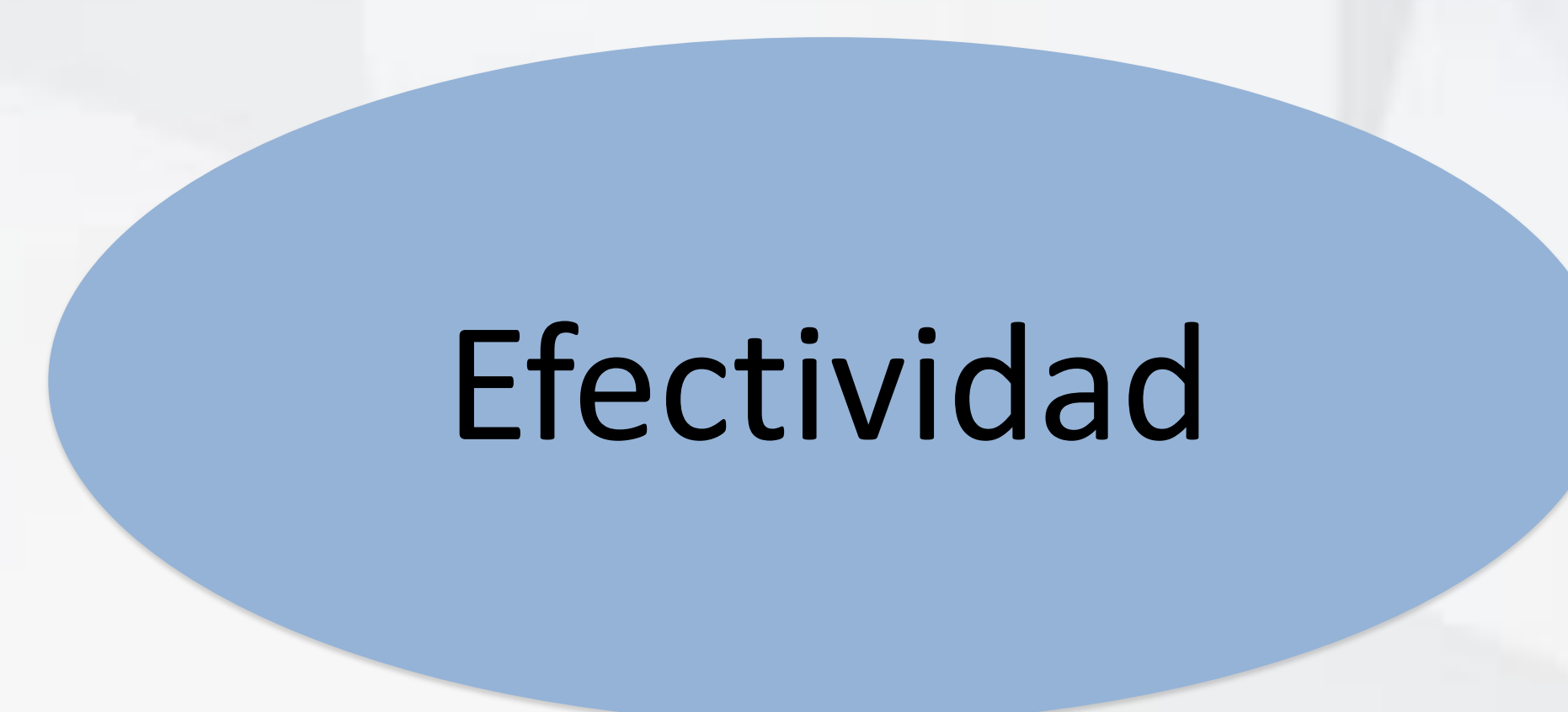
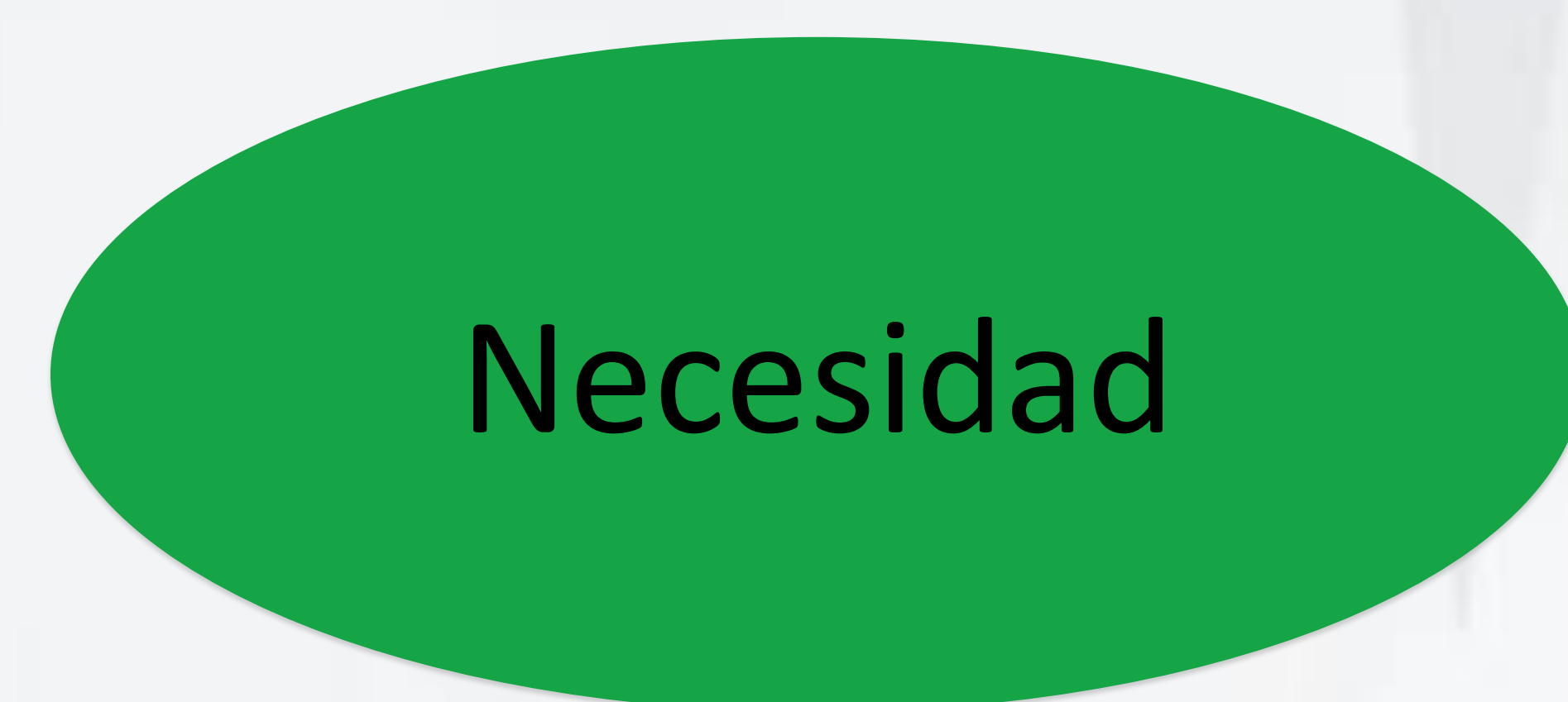


Riesgos asociados a la prescripción inadecuada

PRM: Aquellas situaciones que en el proceso del uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación.

Ejemplos: contraindicación, dosis y pauta no adecuada, interacciones, duplicidades, error en la administración, incumplimiento, etc

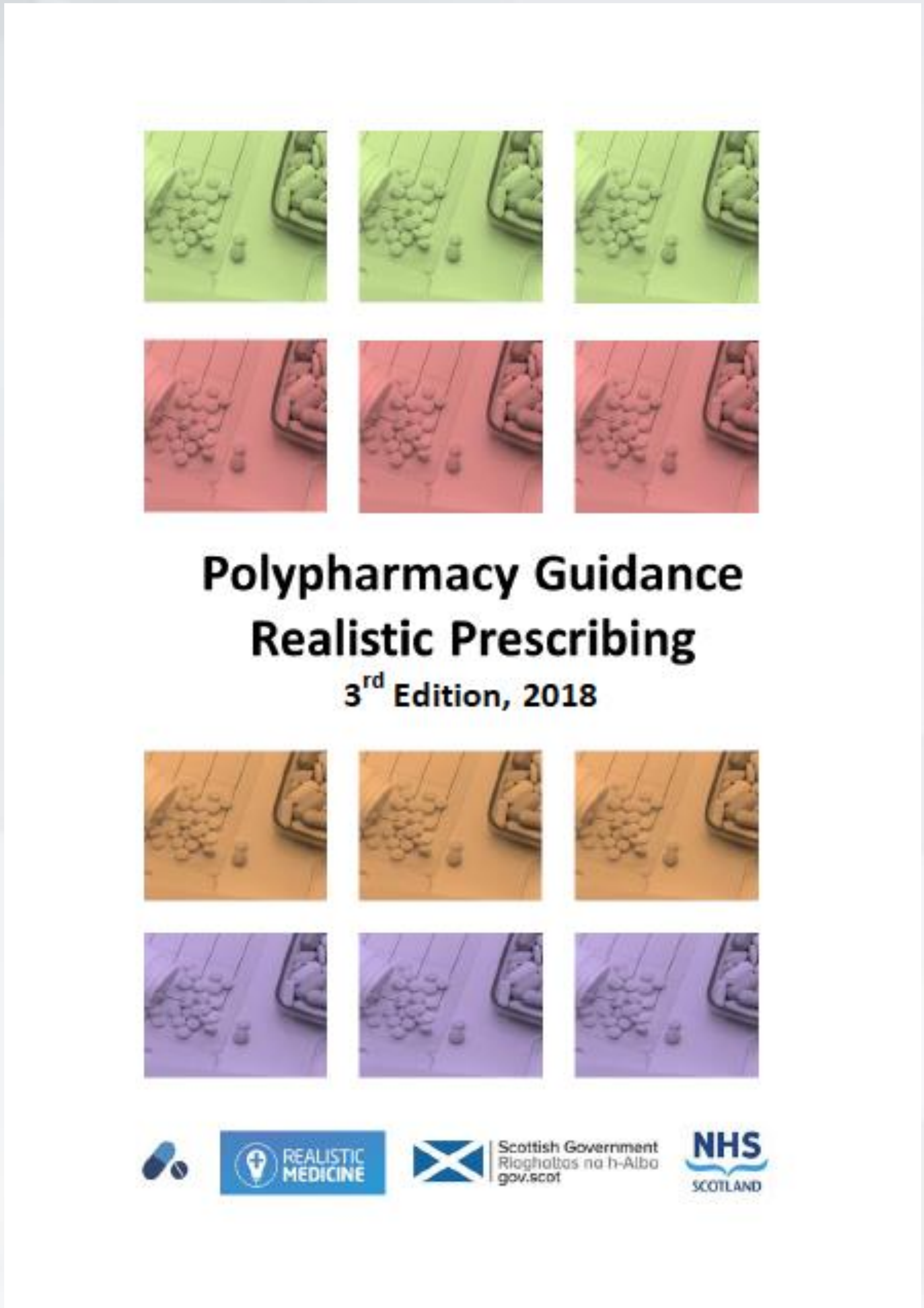
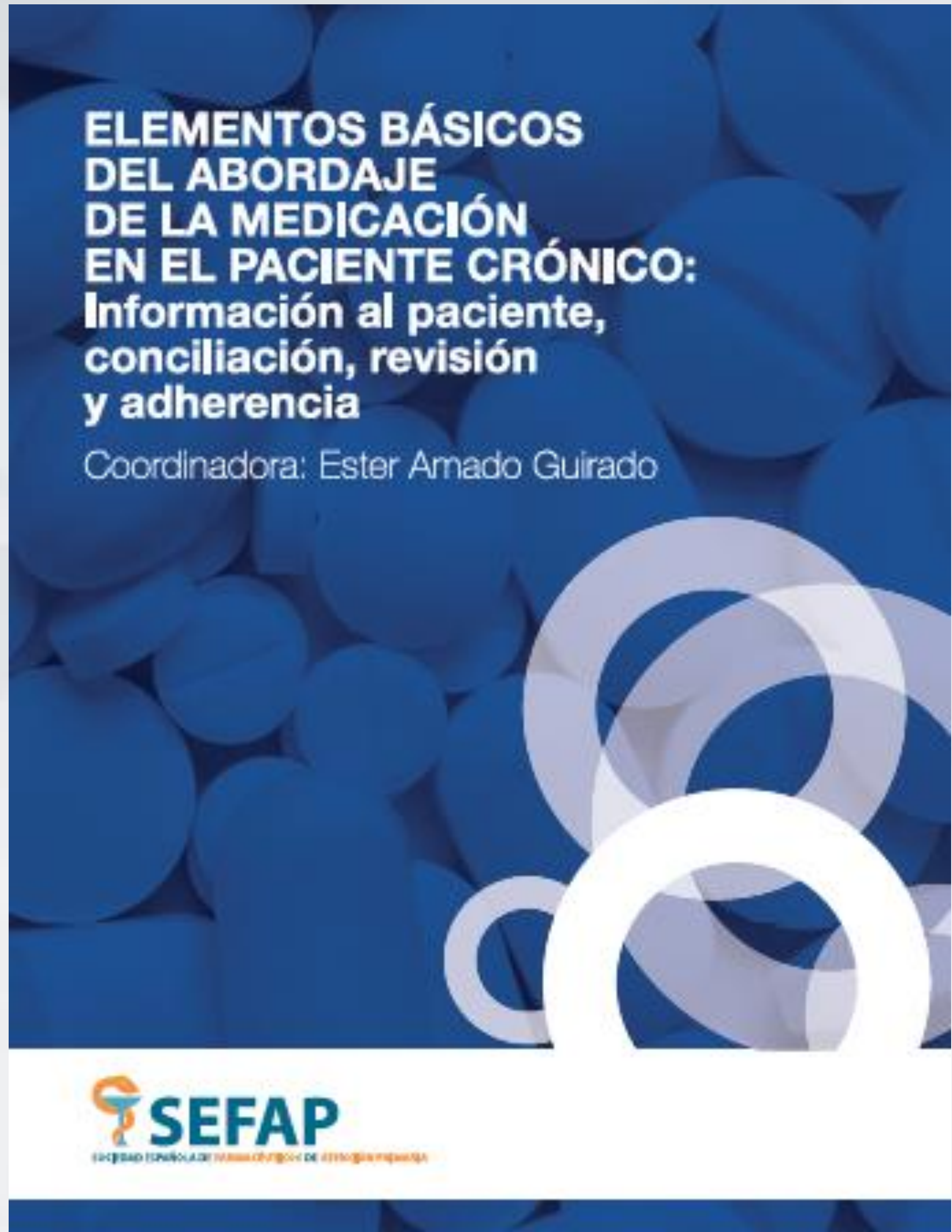
RNM: Resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos.



PREVENCION DE PPI



- Spinewine et al. *The Lancet*, 2007.
- Scott, I.; Jayathissa, S. *Intern Med J*, 2010.
- Page RL et al. *Clinical Interventions in Aging*, 2010.
- Topinková et al. *Drugs Aging*, 2012.
- Patterson SM et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 y 2014*
- Alldred DP et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013*
- Onder G et al. *Age and Ageing* 2013
- Lavan AH et al. *Clinical Interventions in Aging* 2016



PolyPharmacy Guidance

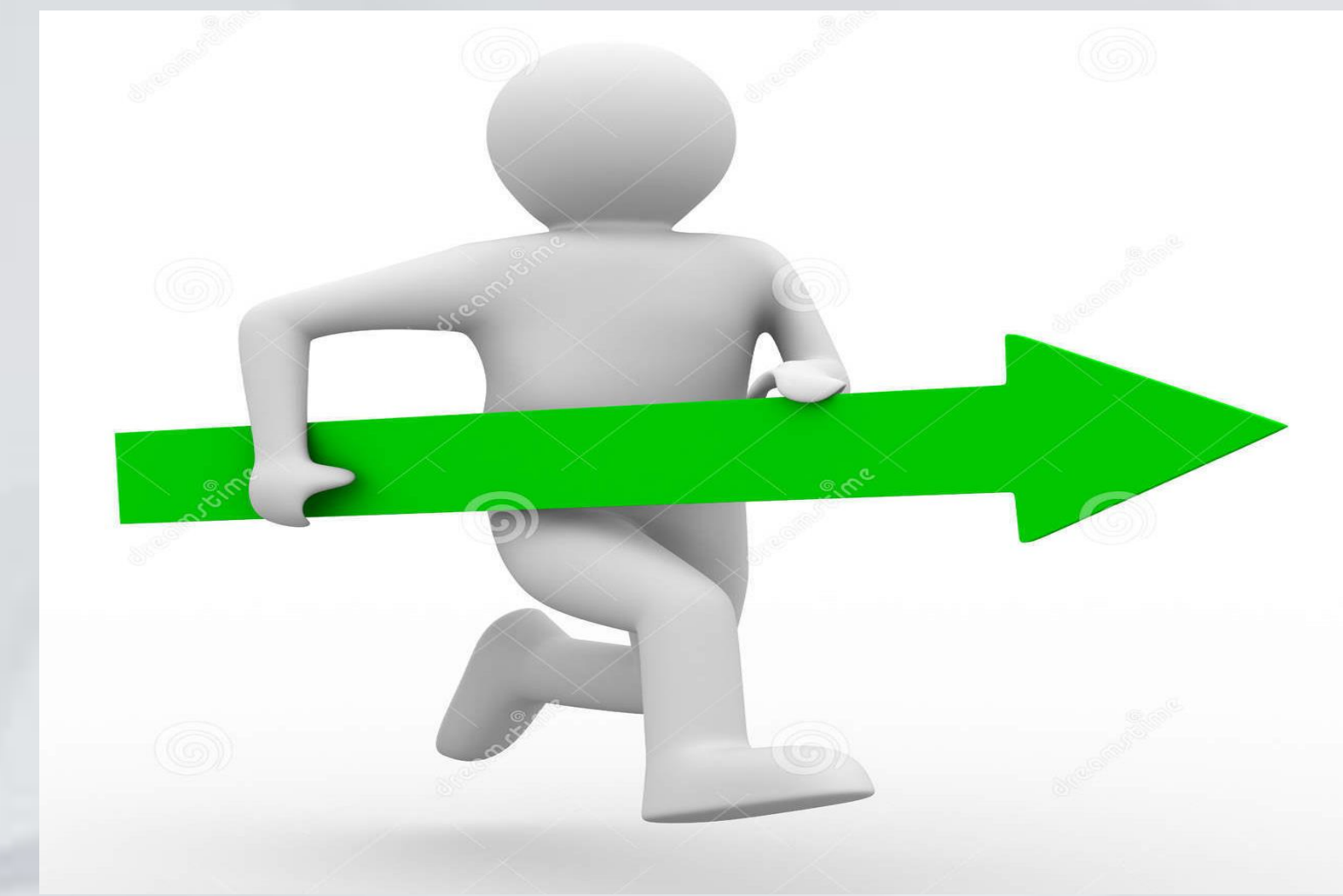
[7 Steps](#) [Medicines](#) [NNT](#) [ADR](#) [General principles](#) [Hot topics](#) [Appendices](#)

THE 7 STEPS

Domain	Steps	Process
Aims	1. Step1: Identify aims and objectives of drug therapy	Review diagnoses and identify therapeutic objectives with respect to: Management of existing health problems. Prevention of future health problems. Read More
Need	2. Step 2: Identify essential drug therapy	Identify essential drugs (not to be stopped without specialist advice) Drugs that have essential replacement functions (e.g. thyroxine) Drugs to prevent rapid symptomatic decline (e.g. drugs for Parkinson's disease, heart failure) Drug Group Info Read More
	3. Step 3: Does the patient take unnecessary drug therapy?	Identify and review the (continued) need for drugs with temporary indications with higher than usual maintenance doses with limited benefit in general or the indication they are used for with limited benefit in the patient under review (see NNT section) Drug Group Info Read More

- 7 Pasos:
- 1.Indicación
 - 2.Fármacos necesarios
 - 3.Fármacos innecesarios
 - 4.Efectividad
 - 5.Seguridad
 - 6.Coste efectividad
 - 7.Adherencia





Pasos a seguir

- ✓ Revisar la **historia clínica** actual, antecedentes y motivo del ingreso para conocer los problemas de salud del paciente.
- ✓ Realizar la **historia farmacológica**:
 1. Entrevista inicial con el paciente y/o familiares para averiguar el tratamiento habitual (en las primeras 24-48 h tras el ingreso).
 2. Hoja de historia farmacoterapéutica como documento de trabajo: facilita la recogida de datos, con las recomendaciones emitidas por el farmacéutico, y formará parte de la historia clínica.
- ✓ Detección de **PRM** y **RNM** (al ingreso, durante la estancia hospitalaria):
 1. Aplicación de los criterios STOPP/START de prescripción inadecuada, MAI.
 2. Intercambio terapéutico, conciliación del tratamiento, ajuste de dosis según insuficiencia renal, hepática, revisión de dosis, interacciones, etc.
 3. Discusión con el equipo médico.
- ✓ Información del **tratamiento** al alta (oral y escrita)





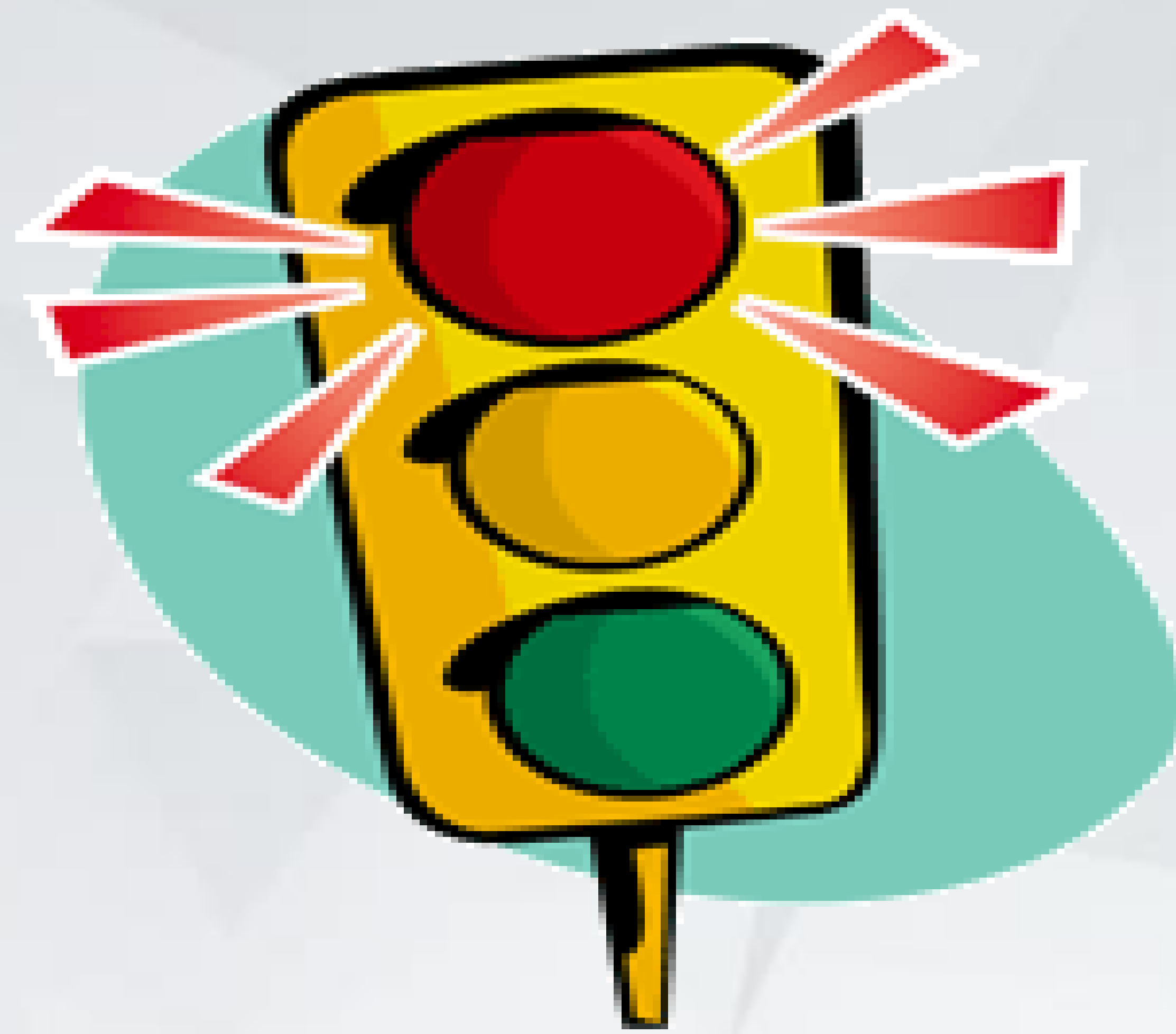
¿En nuestra paciente cuáles son los fármacos de riesgo alto de ocasionar caídas?

- A) Mianserina
- B) Lormetazepam
- C) Morfina
- D) A y B son ciertas
- E) Todas son ciertas

¿En nuestra paciente cuáles son los fármacos de riesgo alto de ocasionar caídas?

- A) Mianserina
- B) Lormetazepam
- C) Morfina
- D) A y B son ciertas**
- E) Todas son ciertas

FRIDS (riesgo de caídas)



FRIDS riesgo alto

- ✓ Antidepresivos (sobre todo ATC)
- ✓ Benzodiazepinas e hipnóticos
- ✓ Dopaminérgicos (E. Parkinson)
- ✓ Antipsicóticos
- ✓ Anticolinérgicos

FRIDS riesgo moderado

- ✓ Antiarrítmicos
- ✓ Antiepilépticos
- ✓ Analgésicos opiáceos
- ✓ Alfa-bloq
- ✓ IECA/ARA-II
- ✓ Diuréticos
- ✓ Beta-bloq

FRIDS riesgo bajo

- ✓ Antagonistas del calcio
- ✓ Nitratos
- ✓ ADO
- ✓ Antagonistas H2

✓ Polifarmacia





¿Los vómitos y la somnolencia pueden ser debidos a algún medicamento? ¿A cual?

A) No

B) Morfina

C) Haloperidol

D) B y C son ciertas

¿Los vómitos y la somnolencia pueden ser debidos a algún medicamento? ¿A cual?

A) No

B) Morfina

C) Haloperidol

D) B y C son ciertas



El diagnóstico inicial que estableció el médico de Urgencias fue:

Neumonía basal de probable origen broncoaspirativo

¿Qué síndrome geriátrico puede estar relacionado o causarlo?



Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome

Oropharyngeal dysphagia (OD) is a condition involving perceived or real difficulty in forming or moving a bolus safely from the oral cavity to the esophagus.¹⁰ OD is classified as a digestive condition in the International Classification of Diseases (ICD) promoted by the World Health Organization ICD-9 (787.2) and ICD-10 (R13).¹¹ OD should be differentiated from feeding disorders and associated imbalances in the normal feeding habits (ICD-9 783.3 and ICD-10 R63.3). Finally, globus pharyngis is the persistent sensation of having a “lump in one’s throat”, phlegm, or some other sort of obstruction when there is none (ICD-9-CM 306.4).

OD has already been proposed as a geriatric syndrome in a study that suggested that OD matched all the requirements for being considered a geriatric giant.¹² The following are the criteria needed for a condition to be considered as a geriatric syndrome and the corresponding data

Disfagia

ORIGINALES

Adaptación de la guía farmacoterapéutica de un hospital sociosanitario a pacientes con disfagia

J. Hernández Martín^{1*}, M. Correa Ballester¹, R. Vial Escolano², M. Forcano García², R. Gómez Navarro³ y P. González García²

¹Servicio de Farmacia. Hospital San José. Teruel. ²Unidad de Geriátría. Hospital San José. Teruel. ³Dirección Hospital San José. Teruel.



Adecuación de formas
farmacéuticas

Posibilidad de triturar
comprimidos



ORIGINALES

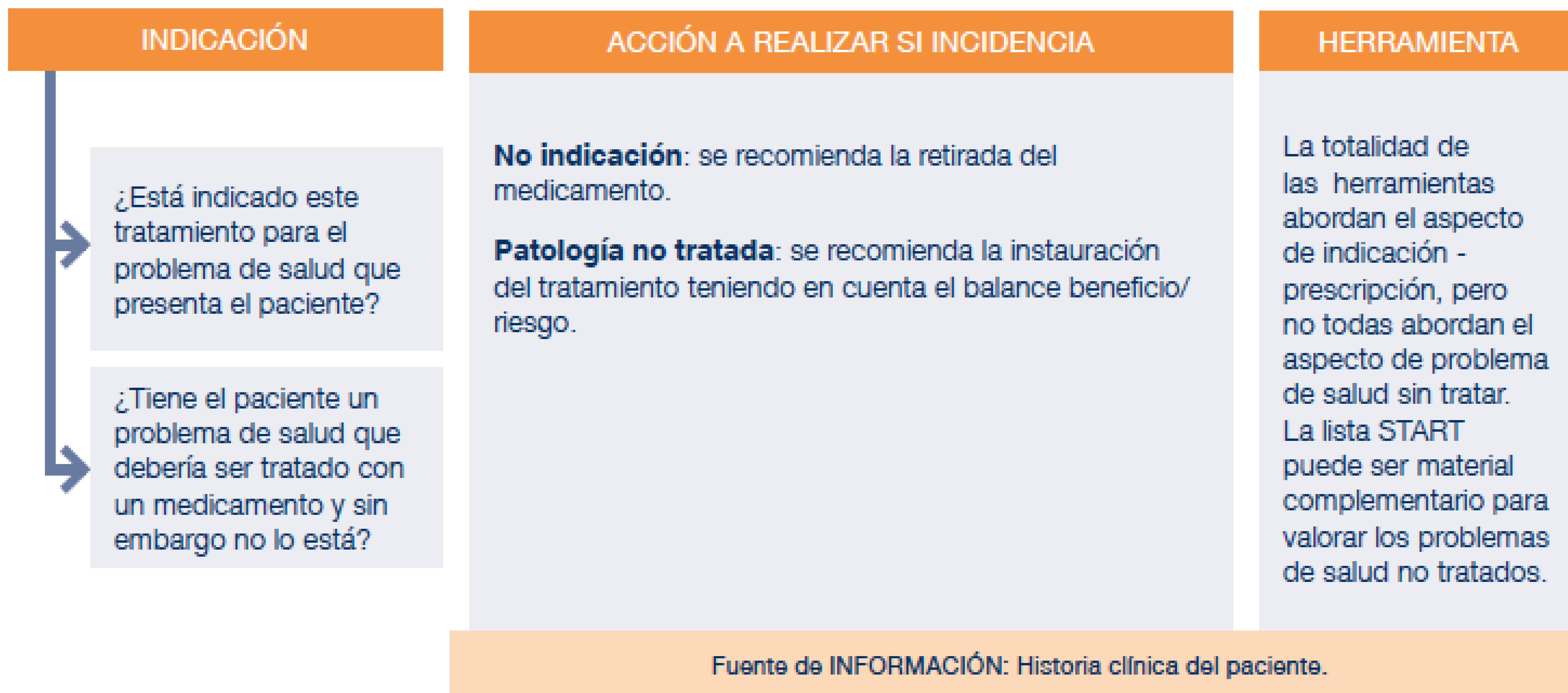
Artículo bilingüe inglés/castellano

Adaptation of oral medication in people institutionalized in nursing homes for whom medication is crushed: The ADECUA Study

Adecuación de la medicación oral en personas institucionalizadas en residencias de mayores a los que se les tritura la medicación: Estudio ADECUA

FIGURA 3.2

ALGORITMO DE REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN



EFECTIVIDAD	ACCIÓN A REALIZAR SI INCIDENCIA	HERRAMIENTA
¿Es la alternativa más eficaz basada en la evidencia y/o guías de práctica clínica? ¿Está siendo efectivo el tratamiento para el objetivo terapéutico planteado?	No efectivo: se recomienda valorar adherencia. Si la adherencia es buena, se recomienda un aumento de la dosis del medicamento, si esto no fuera posible, se recomienda el cambio de medicamento por una alternativa más eficaz o añadir un fármaco con acción sinérgica. Si la falta de eficacia se debe a una interacción (medicamento, alimento o producto fitoterapia) se recomienda la resolución de la interacción, con la retirada o cambio del medicamento causante teniendo en cuenta el balance beneficio/riesgo. No evidencia: se recomienda la sustitución del medicamento por la alternativa más eficiente.	La totalidad de las herramientas exploran el aspecto de la eficacia del medicamento. Sólo el MAI, ACOVE y No Tears contemplan el aspecto de la evidencia y adherencia. El Hamdy, aunque no explora directamente estos parámetros, sí que invita a su revisión.
	Fuente de INFORMACIÓN: Historia clínica, preguntas abiertas al paciente, historial farmacoterapéutico y que el paciente acuda con todos los medicamentos que tenga en casa (<i>brown bag</i>).	

**ELEMENTOS BÁSICOS
DEL ABORDAJE
DE LA MEDICACIÓN
EN EL PACIENTE CRÓNICO:**
Información al paciente,
conciliación, revisión
y adherencia

Coordinadora: Ester Amado Guirado



SEGURIDAD

¿Hay duplicidades, o bien medicamentos contraindicados por la edad o por la patología?

¿Se ha producido o existe riesgo de interacción que debe controlarse o prevenirse?

¿Se ha producido o existe riesgo de reacción adversa a algún medicamento que deba controlarse o prevenirse?

¿Hay indicios claros de cascada farmacológica en el plan terapéutico del paciente?

ACCIÓN A REALIZAR SI INCIDENCIA

Si RAM o interacción grave: se recomienda sustitución del medicamento por una alternativa más segura. Si esto no fuera posible se plantearía la retirada del medicamento teniendo en cuenta el balance beneficio/riesgo. En caso de IMPOSIBILIDAD de cambio o suspensión, se recomienda la instauración de un tratamiento para paliar el efecto adverso causado por el medicamento y en caso de interacción monitorizar estrechamente al paciente.

Si cascada farmacológica: se recomienda la retirada de todos los medicamentos de la cascada y la sustitución del primer medicamento causante de la cascada por una alternativa más segura. Si esto no fuera posible, se plantearía la retirada del medicamento teniendo en cuenta el balance beneficio/riesgo.

Si RAM o interacción moderada/leve: se recomienda monitorizar al paciente.

Si duplicidad: se recomienda la suspensión de uno de los medicamentos duplicados.

Si contraindicados por edad o patología: Se recomienda sustitución del medicamento por una alternativa más segura. Si esto no fuera posible, se plantearía la retirada del medicamento. Tendo en cuenta el balance beneficio/riesgo.

HERRAMIENTA

La totalidad de herramientas abordan los aspectos clave de seguridad del paciente, excepto el MAI que no explora la posibilidad de la presencia de reacciones adversas a los medicamentos. Las listas Beers, STOPP o PRISCUS pueden ser un material complementario para valorar la inadecuación por grupos de edad.

Fuente de NFORMACIÓN: Historia clínica del paciente.

METODOS IMPLICITOS

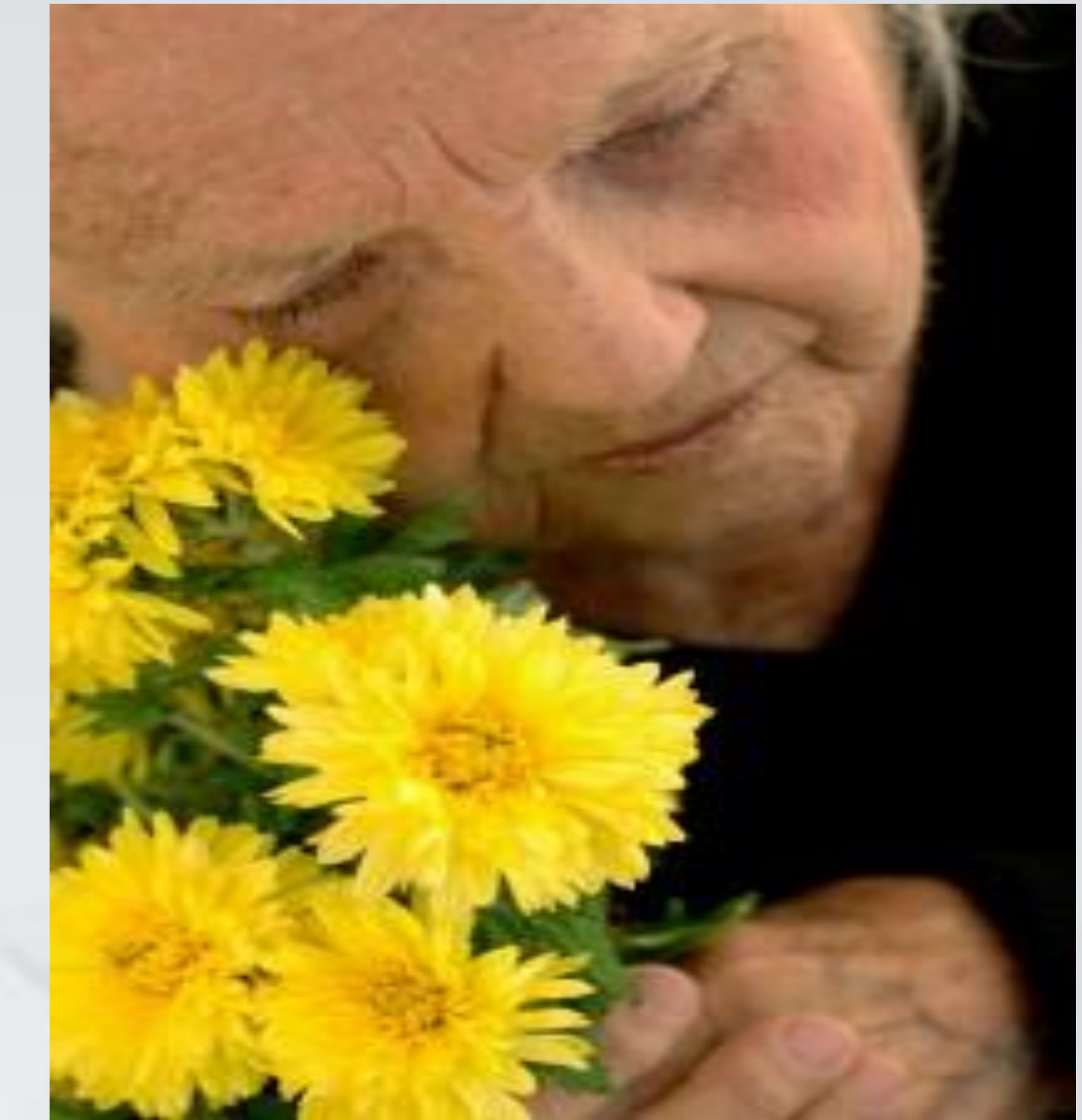
MAI modificado

por Galván-Banqueri et al. Aten
Primaria 2013

1. ¿Hay indicación explícita para el medicamento?
123
Indicado No indicado
2. ¿Es el medicamento eficaz para esta indicación?
123
Eficaz No eficaz
3. ¿Hay ausencia de diagnósticos o síntomas registrados en la historia clínica que no tienen un tratamiento farmacológico y pudieran tenerlo?
123
Ausencia Presencia
4. ¿Es la dosis correcta?
123
Correcta Incorrecta
5. ¿Es aceptable la duración de la terapia?
123
Aceptable Inaceptable
6. ¿Es la pauta horaria correcta para ese medicamento y paciente?
123
Correcta Incorrecta
7. ¿Son correctas las instrucciones al paciente?
123
Correctas Incorrectas
8. ¿Hay ausencia de contraindicaciones a este medicamento?
123
Ausencia Presencia
9. ¿Hay ausencia de interacciones relevantes entre este y otros medicamentos?
123
Ausencia Presencia
10. ¿Hay ausencia de duplicidad terapéutica?
123
Ausencia Presencia
11. ¿Es la medicación más coste-efectiva?
123
Más costo-efectiva Menos costo-efectiva
12. ¿Es la mejor vía de administración del fármaco para este paciente?
123
Mejor vía de administración Peor vía de administración



PANTOPRAZOL en nuestra paciente



¿Hay indicación explícita?

Si, la paciente tiene hernia de hiato y RGE

¿El medicamento es eficaz?

Parece ser que sí, la paciente no refiere síntomas

¿Es la dosis correcta? ¿Pauta? ¿frecuencia y vía de administración?

No. No está recomendada la dosis de 40 mg al día en la enfermedad ulcerosa no complicada durante > 8 semanas

¿Es aceptable la duración de la terapia?

No, a las 8 semanas del inicio se recomienda reevaluar y reducir a 20 mg. Después intentar suspender si desaparecen completamente los síntomas

¿Existen contraindicaciones? ¿Interacciones?

A largo plazo mayor incidencia de infecciones por *Clostridium difficile*, deficit vitamina B12, incremento riesgo de fracturas, hipomagnesemia, etc...

¿Es la terapia más coste- efectiva?

No



Métodos explícitos
(STOPP/START;
BEERS, PRISCUS...)



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



ARTÍCULO ESPECIAL

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

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

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

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

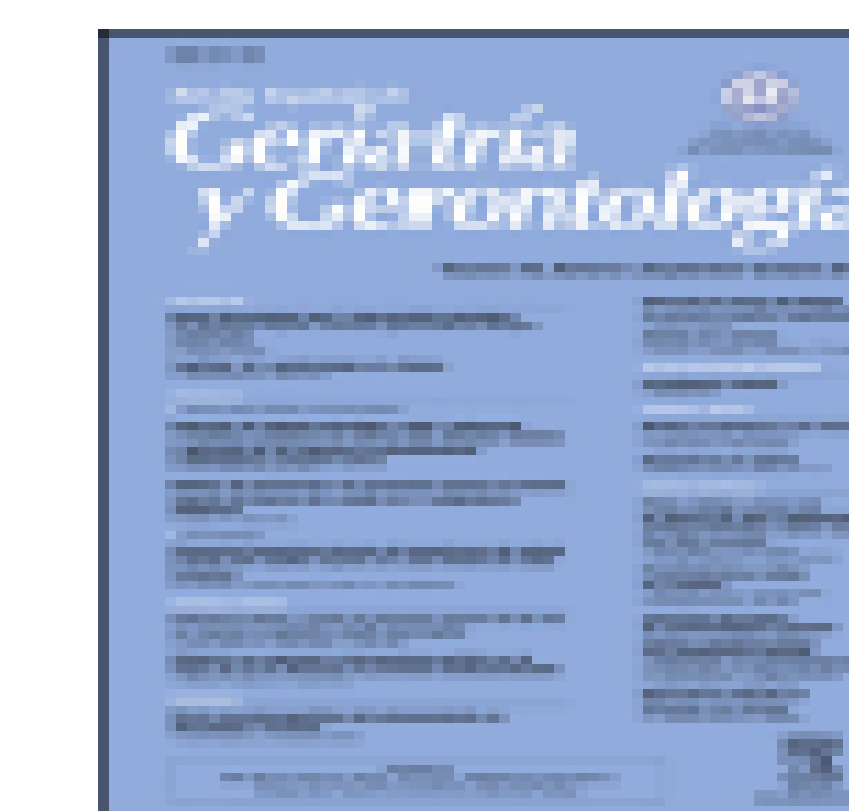
^c Department of Geriatric Medicine, Cork University Hospital, Wilton Cork, Irlanda

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(2):89–96



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



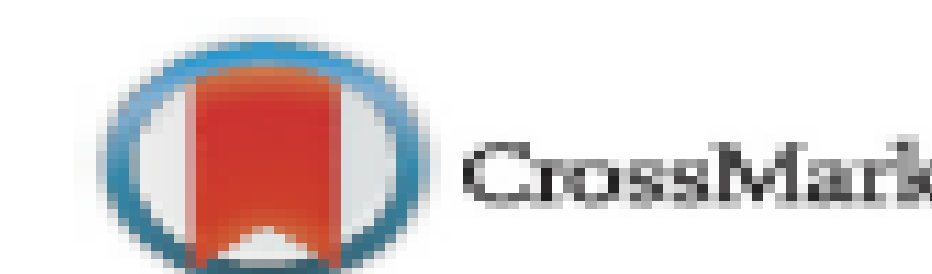
ARTÍCULO ESPECIAL

**Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas
mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START**

E. Delgado Silveira^a, B. Montero Errasquín^b, M. Muñoz García^a, M. Vélez-Díaz-Pallarés^b, I. Lozano Montoya^b, C. Sánchez-Castellano^b y A.J. Cruz-Jentoft^{b,*}

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

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





¿Qué medicamentos no tienen indicación?

- A) Betahistina
- B) Cleboprida/simeticona
- C) Parafina
- D) B y C son ciertas
- E) A y B son ciertas

¿Qué medicamentos no tienen indicación?

- A) Betahistina
- B) Cleboprida/simeticona
- C) Parafina
- D) B y C son ciertas
- E) A y B son ciertas

Tabla 3

Versión española de los criterios STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) 2014

Sección A. Indicación de la medicación

1. Cualquier medicamento prescrito sin una indicación basada en evidencia clínica
2. Cualquier medicamento prescrito con una duración superior a la indicada, cuando la duración del tratamiento esté bien definida
3. Cualquier prescripción concomitante de dos fármacos de la misma clase, como dos AINE, ISRS, diuréticos de asa, IECA, anticoagulantes (debe optimizarse la monoterapia dentro de esa clase de fármacos antes de considerar un nuevo fármaco)

Sección B. Sistema cardiovascular

1. Digoxina para la insuficiencia cardiaca con función sistólica ventricular conservada (no hay evidencia clara de su beneficio)
2. Verapamilo o diltiazem en la insuficiencia cardiaca grado III o IV de la NYHA (pueden empeorar la insuficiencia cardiaca)
3. Betabloqueantes en combinación con verapamilo o diltiazem (riesgo de bloqueo cardíaco)
4. Betabloqueantes con bradicardia (< 50 lpm), bloqueo cardíaco de segundo o tercer grado (riesgo de bloqueo cardíaco completo o asistolia)
5. Amiodarona como tratamiento antiarrítmico de primera elección en las taquiarritmias supraventriculares (mayor riesgo de efectos secundarios que betabloqueantes, digoxina, verapamilo o diltiazem)

¿Cuáles de los siguientes medicamentos cumplen algún criterio STOPP?

- A) Pantoprazol
- B) Lormetazepam
- C) Haloperidol
- D) Todas son ciertas
- E) Ninguna es cierta

¿Cuáles de los siguientes medicamentos cumplen algún criterio STOPP?

A) Pantoprazol (STOPP F2)

B) Lormetazepam (STOPP D 5; STOPP K1)

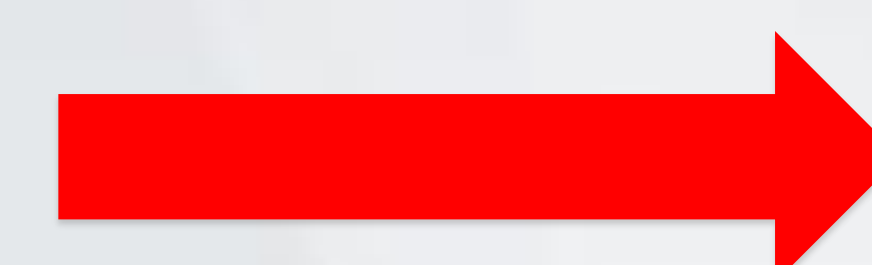
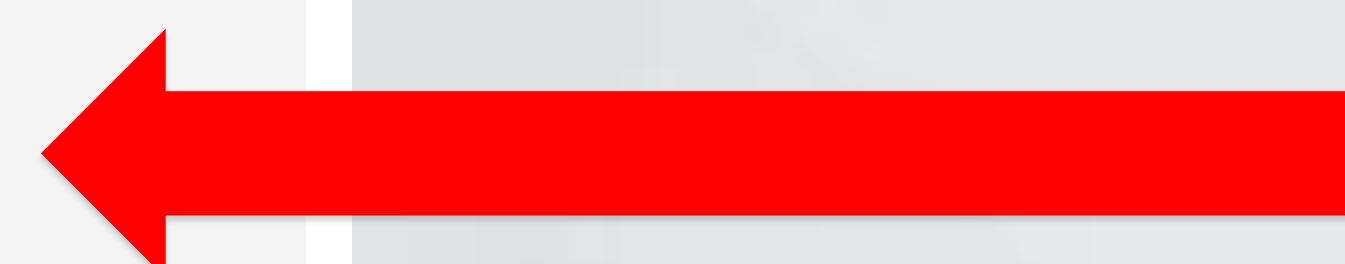
C) Haloperidol (STOPP D 10; STOPP K2)

D) Todas son ciertas

E) Ninguna es cierta

Sección F. Sistema gastrointestinal

1. Proclorperazina o metoclopramida con parkinsonismo (riesgo de empeoramiento de los síntomas parkinsonianos)
2. IBP para la enfermedad ulcerosa péptica no complicada o la esofagitis péptica erosiva a dosis terapéuticas plenas durante > 8 semanas (está indicada la disminución previa de la dosis o la retirada)
3. Medicamentos que suelen causar estreñimiento (p. ej., fármacos antimuscarínicos/anticolinérgicos, hierro oral, opiodes, verapamilo, antiácidos con aluminio) en pacientes con estreñimiento crónico cuando existan alternativas que no estriñen (riesgo de exacerbar el estreñimiento)
4. Hierro oral a dosis elementales superiores a 200 mg/día (p. ej., hierro fumarato > 600 mg/día, hierro sulfato > 600 mg/día, hierro gluconato 1.800 mg/día; no hay evidencia de mayor absorción por encima de estas dosis)



Sección D. Sistema nervioso central y psicótipos

1. Antidepresivos tricíclicos (ATC) en presencia de demencia, glaucoma de ángulo estrecho, trastornos en la conducción cardíaca, prostatismo o antecedentes de retención urinaria (riesgo de empeoramiento de estas enfermedades)
2. Introducción de ATC como tratamiento antidepresivo de primera línea (mayor riesgo de efectos secundarios con ATC que con ISRS o ISRN)
3. Neurolépticos con efectos antimuscarínicos moderados-graves (clorpromazina, clozapina, flupentixol, flufenazina, pipotiazina, promazina, zuclopentixol) con antecedentes de prostatismo o retención urinaria (alto riesgo de retención urinaria)
4. ISRS con hiponatremia significativa concurrente o reciente (sodio sérico < 130 mmol/l) (riesgo de precipitar o exacerbar una hiponatremia)
5. Benzodiazepinas durante ≥ 4 semanas (no hay indicación para tratamientos más prolongados; riesgo de sedación prolongada, confusión, pérdida de equilibrio, caídas, accidentes de tráfico; todas las benzodiazepinas deberían suspenderse de forma gradual si el tratamiento ha superado las 4 semanas, ya que al suspenderse de forma brusca existe riesgo de síndrome de abstinencia)
6. Antipsicóticos (distintos de quetiapina o clozapina) en pacientes con parkinsonismo o enfermedad demencia por cuerpos de Lewy (riesgo de efectos extrapiramidales graves)
7. Anticolinérgicos/antimuscarínicos para tratar los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolépticos (riesgo de toxicidad anticolinérgica)
8. Anticolinérgicos/antimuscarínicos en pacientes con delirium o demencia (riesgo de empeoramiento de la cognición)
9. Neurolépticos en pacientes con síntomas de comportamiento y psicológicos de la demencia, salvo que estos sean graves y no respondan a otros tratamientos no farmacológicos (aumento del riesgo de ictus)
10. Neurolépticos como hipnóticos, salvo que el trastorno del sueño se deba a psicosis o demencia (riesgo de confusión, hipotensión, efectos secundarios extrapiramidales, caídas)
11. Inhibidores de la acetilcolinesterasa con antecedentes de bradicardia persistente (< 60 lpm), bloqueo cardíaco o síncope recurrentes de etiología no explicada o tratamiento simultáneo con fármacos que bajan la frecuencia cardíaca como betabloqueantes, digoxina, diltiazem, verapamilo (riesgo de trastornos de la conducción cardíaca, síncope o lesiones)
12. Fenotiazinas como tratamiento de primera línea, ya que existen alternativas más seguras y eficaces (las fenotiazinas son sedantes y producen toxicidad antimuscarínica relevante en los mayores, con la excepción de la proclorperazina para el tratamiento de

Sección K. Fármacos que aumentan de forma predecible el riesgo de caídas en personas mayores

1. Benzodiazepinas (sedantes, pueden reducir el nivel de conciencia, deterioran el equilibrio)
2. Neurolépticos (pueden causar dispraxia de la marcha, parkinsonismo)
3. Vasodilatadores (p. ej., bloqueantes alfa-1-adrenérgicos, calcioantagonistas, nitratos de acción prolongada, IECA, ARA-II) con hipotensión postural persistente (descenso recurrente superior a 20 mmHg de la presión sistólica; riesgo de síncope, caídas)
4. Hipnóticos-Z (p. ej., zoplicona, zolpidem, zaleplón) (pueden causar sedación diurna prolongada, ataxia)

Sección L. Analgésicos

1. Uso de opiodes potentes orales o transdérmicos (morfina, oxicodona, fentanilo, buprenorfina, diamorfina, metadona, tramadol, petidina, pentazocina) como tratamiento de primera línea para el dolor leve (inobservancia de la escala analgésica de la OMS)
2. Uso de opiodes pautados (no a demanda) sin asociar laxantes (riesgo de estreñimiento grave)
3. Opiodes de acción prolongada sin opiodes de acción rápida para el dolor irruptivo (riesgo de persistencia del dolor grave)





¿Diagnósticos al alta?

Neumonía basal de probable origen broncoaspirativo

Aplastamiento vertebral con mal control analgésico

Estreñimiento crónico, agravado por fármacos

Polifarmacia, efectos secundarios farmacológicos

Desnutrición proteica



SEGURIDAD

- Morfina (stopp L1)
- Haloperidol (stopp D10; stopp K2)
- Betahistina (prescripción en cascada)
- Lormetazepam (stopp D5; K1)
- Amlodipino (agrava el estreñimiento)
- Furosemida (stopp K3; caidas)

NECESIDAD

- Pantoprazol: Suspendir y/o reducir dosis en cuanto se retire el AINE (stopp F2)
- Cleboprida+ simeticona: no indicación
- Calcio+Vitamina D (start E3)
- Furosemida: no necesidad de mantener el diurético para control tensional
- Paracetamol (analgésico)
- Mirtazapina (AD/ hipnótico/ aumento del apetito)

EFFECTIVIDAD

- Laxante: se sustituye por polietilenglicol

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (AL ALTA)

TRATAMIENTO AL INGRESO:

Amlodipino 10 mg comp (1-0-0)
Furosemida 40 mg comp (0-1-0)
Pantoprazol 20 mg comp (1-0-1)
Mianserina 15 mg comp (0-0-0)
Movicol si precisa
prolongar si precisa
Diclofenaco 75 mg comp (1-0-1)
Lormetazepam 1 mg comp (0-0-1/2)
Haloperidol 5 mg comp si precisa por la
noche si precisa
Betahistina 8 mg comp (0-0-0)
Xalacom colirio (0-0-1)
Flatoril si precisa
Hodernal si precisa

TRATAMIENTO AL ALTA:

Cefuroxima 500 mg comp (1-0-1)
durante 5 días
Perindopril 4 mg comp (0-0-1)
Lansoprazol flas 15 mg comp (1-0-0)
Naproxeno 500 mg comp (1-0-1)
durante 5 días
Calcitonina amp (durante 5 días)
Paracetamol 1 g (1-1-1)
Xalacom colirio (0-0-1)
Mirtazapina flas 15 mg (0-0-1)
Movicol si precisa



← → ↻ 🏠 www.checkthemeds.com ☆ 🔔 ☰

Aplicaciones Toshiba Wikispaces Google Sent Items - Outlook Beltane Photos 2014

CheckTheMeds®

Uso racional del medicamento
evaluando globalmente cada paciente

INICIO CLÍNICOS INSTITUCIONES PROFESORADO COMUNICACIÓN CON OTRAS TICs SUSCRIPCIÓN CONTACTO INICIAR SESIÓN

🇪🇸 🇬🇧

CheckTheMeds®

Nuestro objetivo es:
reducir los tiempos
necesarios para
revisar
al paciente

2:19

Asistencia profesional para la rápida revisión global de los tratamientos

Objetivo de CheckTheMeds

Mejorar la calidad de vida de los pacientes y su supervivencia, por ayudar al profesional a mejorar la eficacia farmacoterapéutica y disminuir los efectos no deseados de los fármacos.

Ayuda profesional para aumentar la seguridad de los pacientes y optimizar la farmacoterapia

Asistencia en el momento de prescribir

Revisión global del tratamiento

Comunicación entre profesionales

Implicación del paciente en su autocuidado

Usuario: tallerpcc

Contraseña: sefh

Clave (para revisión global del caso): oqhs

Conclusiones



- Es imprescindible la revisión exhaustiva de la medicación en pacientes mayores para detectar prescripciones potencialmente inadecuadas y prevenir PRM y RNM
- La POLIFARMACIA es un factor de riesgo para incremento de ingresos hospitalarios, visitas a Urgencias, etc
- Es necesario ADECUAR los medicamentos a las necesidades de los pacientes
- El FARMACEUTICO integrado en el equipo multidisciplinar aporta valor en la detección de PPI y PRM, disminuyendo la yatrogenia por medicamentos
- Tenemos que trabajar para conseguir resultados en salud en nuestros pacientes



grupocronos_sefh@sefh.es

@grupocronossef1

GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN

eva.delgado@salud.madrid.org

@eva_del_sil

