



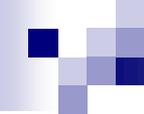
# Papel del farmacéutico en un centro sociosanitario

*María García-Mina Freire  
Residencia La Vaguada. Pamplona  
4 octubre 2016*

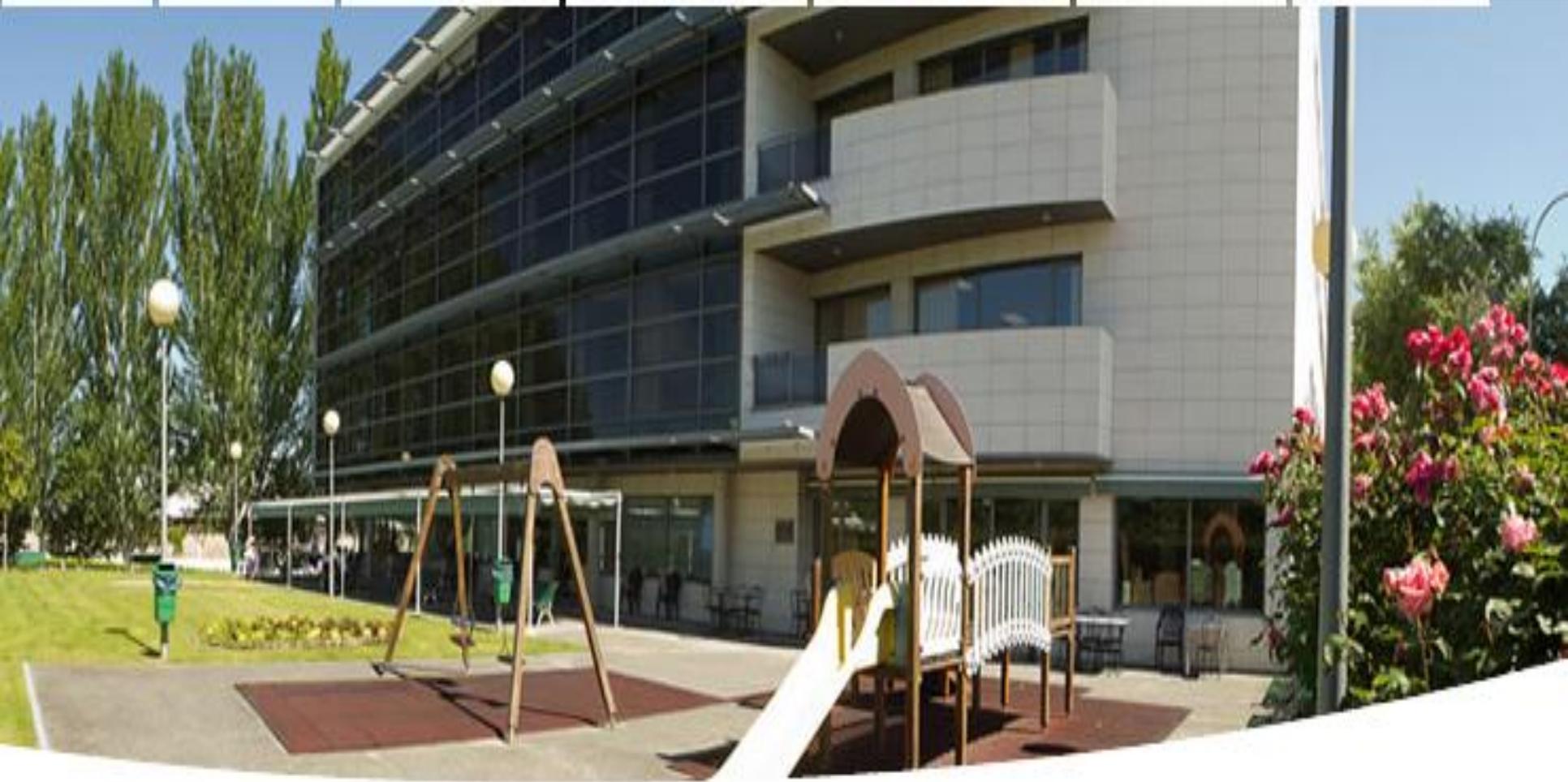


Atención Integral al Paciente Crónico Frágil





# EL CENTRO Y SU FUNCIONAMIENTO



## ● Servicios Asistenciales

- Atención médica
- Servicio de enfermería
- Rehabilitación física
- Terapia ocupacional
- Atención psicosocial
- Servicio de farmacia
- Dietas individualizadas
- Animación social
- Podología
- Dentista
- Atención religiosa
- Asesoramiento familiar
- Orientación y acogida

**ENFERMEDAD 1**  
(ÍNDICE)

**ENFERMEDAD 2**

**ENFERMEDAD N**

Comorbilidad respecto a la enfermedad índice

**MULTIMORBILIDAD  
O PLURIPATOLOGÍA**

ENFERMEDADES  
SUBCLÍNICAS  
SÍNDROMES GERIÁTRICOS  
FRAGILIDAD  
IMPACTO / GRAVEDAD DE  
CADA ENFERMEDAD

**IMPACTO DE  
LA MORBILIDAD  
/ COMPLEJIDAD  
CLÍNICA**

**ASPECTOS  
INDIVIDUALES NO  
RELACIONADOS  
CON LA SALUD**

**COMPLEJIDAD  
GLOBAL DEL  
PACIENTE**

# PAI(PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO)

- En este paciente hay que tener en cuenta..
- Aspectos sociales
- Actividades de ocio
- Contención física y farmacológica
- Valoración geriátrica integral
- Objetivos y actividades a realizar

# SUJECCIONES MECÁNICAS Y FARMACOLÓGICAS

## Documento de Consenso

sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas



Comité Interdisciplinar de Sujeciones

 SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



Sociedad Española de Geriatria y Gerontología





# NUESTROS RESIDENTES

# Nuestros residentes:

- 85 % TOTAL DEPENDENCIA
  - 90% DEMENCIA
  - 10% OTROS CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS
- 11% ASISTENCIA INTERMEDIA
  - 80% PLURIPATOLÓGICOS CON DETERIORO COGNITIVO LEVE-MODERADO
  - 20% OTROS CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS
- 4 % VÁLIDOS

# DEPENDENCIA

- Consecuencia de una disminución de la capacidad funcional que origina al individuo dificultades para realizar alguna tarea básica o instrumental, e implica necesidad de ayuda de una persona para su realización.
- Es un término básicamente funcional: la dependencia no toma carácter definitivo hasta que no se impone la ayuda de otra persona.

# Quality of End-of-Life Care Provided to Patients With Different Serious Illnesses

Melissa W. Wachterman, MD, MSc, MPH<sup>1,2,3</sup>; Corey Pilver, PhD<sup>4,5</sup>; Dawn Smith, MS<sup>6</sup>; et alMary Ersek, PhD, RN<sup>6,7</sup>; Stuart R. Lipsitz, ScD<sup>2</sup>; Nancy L. Keating, MD, MPH<sup>2,8</sup>

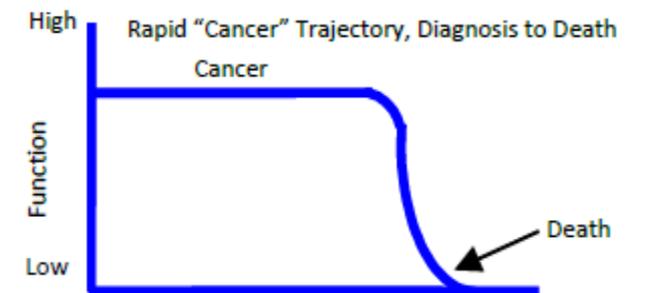
*JAMA Intern Med.* 2016;176(8):1095-1102. doi:10.1001/jamainternmed.2016.1200

- Mejor atención en pacientes con cáncer y demencia que en crónicos pluripatológicos complejos

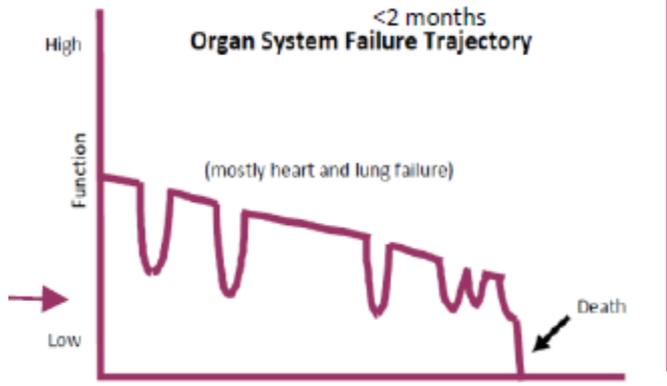
# Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories

J Amblàs-Novellas,<sup>1,2</sup> S A Murray,<sup>3</sup> J Espauella,<sup>1,2</sup> J C Martori,<sup>4</sup> R Oller,<sup>4</sup> M Martínez-Muñoz,<sup>5</sup> N Molist,<sup>1,2</sup> C Blay,<sup>2,6</sup> X Gómez-Batiste<sup>2,7</sup>

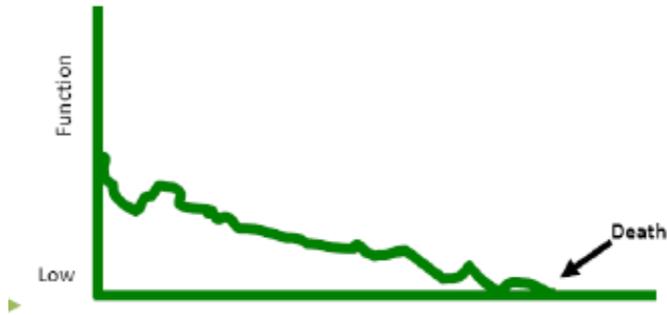
*BMJ Open* 2016;**6**:e012340. doi:10.1136/bmjopen-2016-012340



Onset of incurable cancer → Time – Often a few years, but decline usually seems <2 months



Begin to use hospital often, self-care becomes difficult → Time - 2-5 years, but death usually seems "sudden"



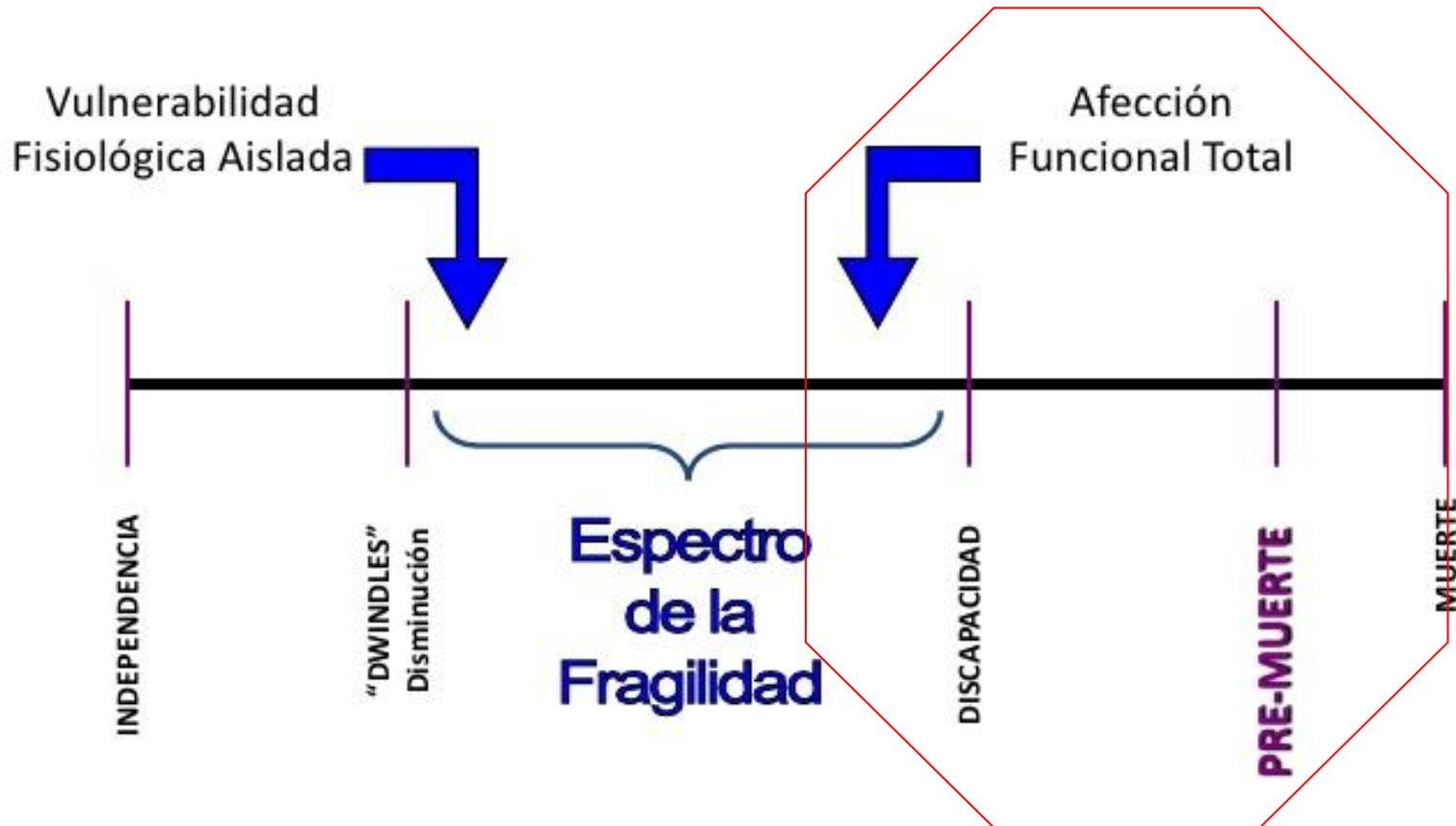
Onset could be deficits in ADL, speech, ambulation → Time - quite variable - up to 6-8 years

Prognostic Indicator Guidance (PIG) 4th Edition Oct 2011 © The Gold Standards Framework Centre In End of Life Care CIC, Thomas.K et al

# FRAGILIDAD

- Es un síndrome geriátrico que predice el desarrollo de discapacidad, morbilidad y mortalidad en los ancianos. Supone un estado de pre-discapacidad y es reversible
- Mayor vulnerabilidad asociada al envejecimiento.
- Su reserva funcional
- Estado precursor de limitaciones funcionales que llevan a la dependencia, asociadas con el propio proceso de envejecer.
- Representa la gravedad del proceso de envejecimiento en un individuo.
- **PACIENTE CRÓNICO FRÁGIL:** Evolución rápida de su cronicidad hacia la discapacidad.

# Continuo funcional geriátrico



Hamerman D. Ann Intern Med 1999 (130) 945-950

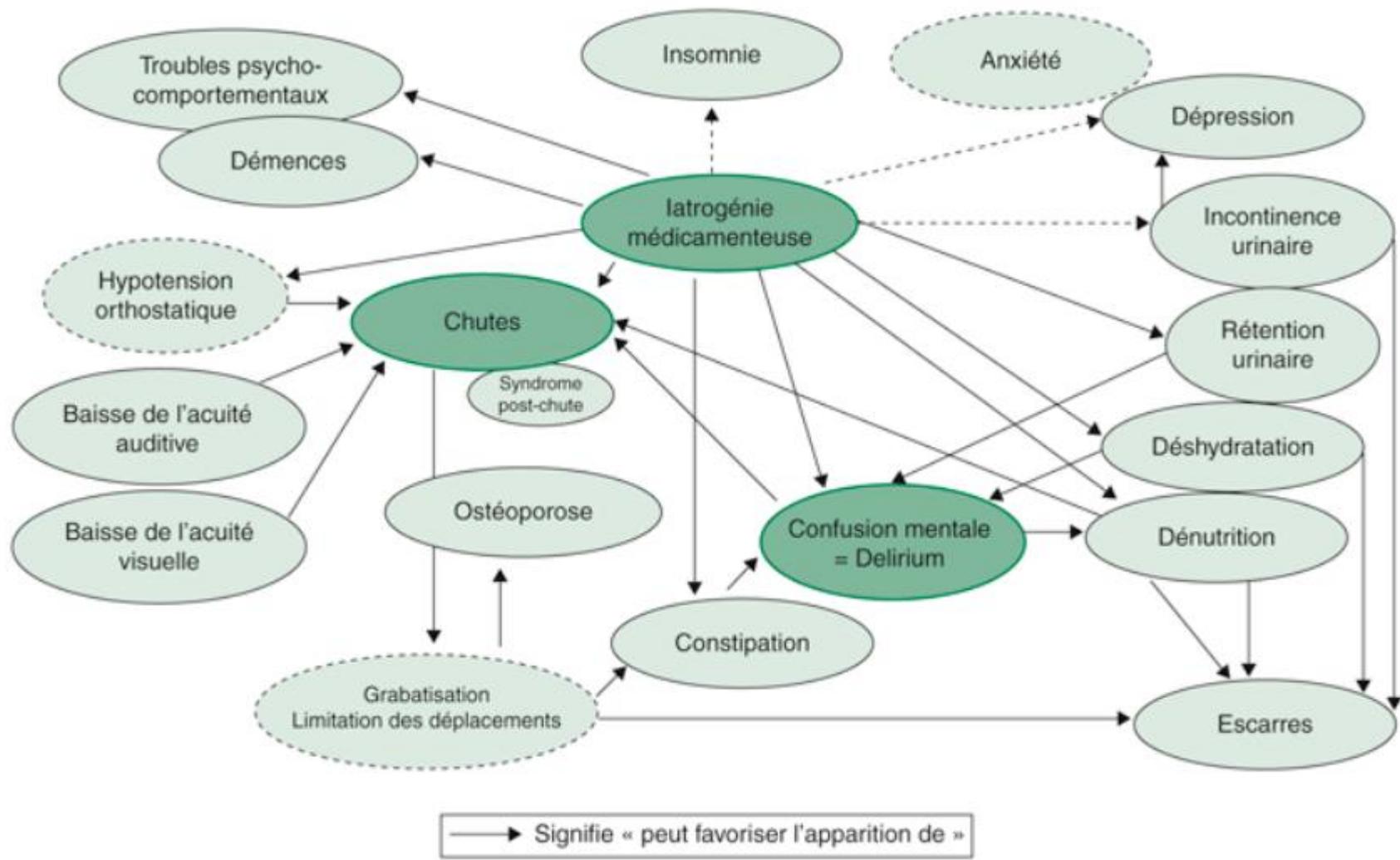
Whitson H, Purser J, Cohen H. J Gerontol 2007 (62) 728-730

# Ejemplos:

- Incontinencia Urinaria
- Inmovilidad
- Impactación fecal
- Delirium
- Fragilidad
- Úlceras por presión
- Caídas
- Desnutrición / Pérdida de Peso
- Deterioro cognitivo

# Nuevos síndromes:

- Polifarmacia
- Disfagia
- Sarcopenia
- Ingreso hospitalario
- Anorexia geriátrica
- Deficiencias sensoriales
- Deshidratación
- Osteoporosis
- Depresión

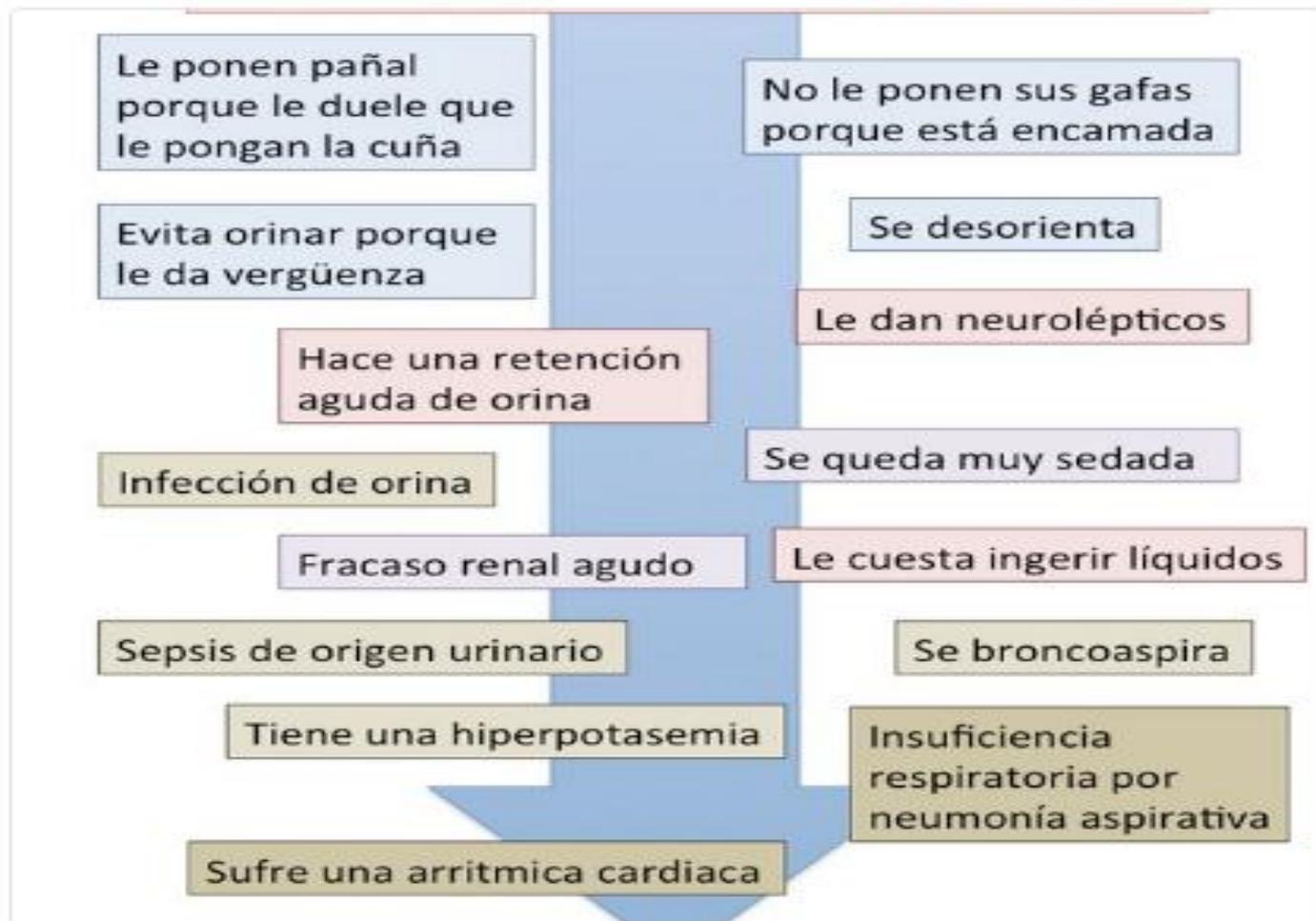


**. Le pharmacien clinicien face aux syndromes gériatriques.**

Journal de Pharmacie Clinique. 2014;33(1):7-19

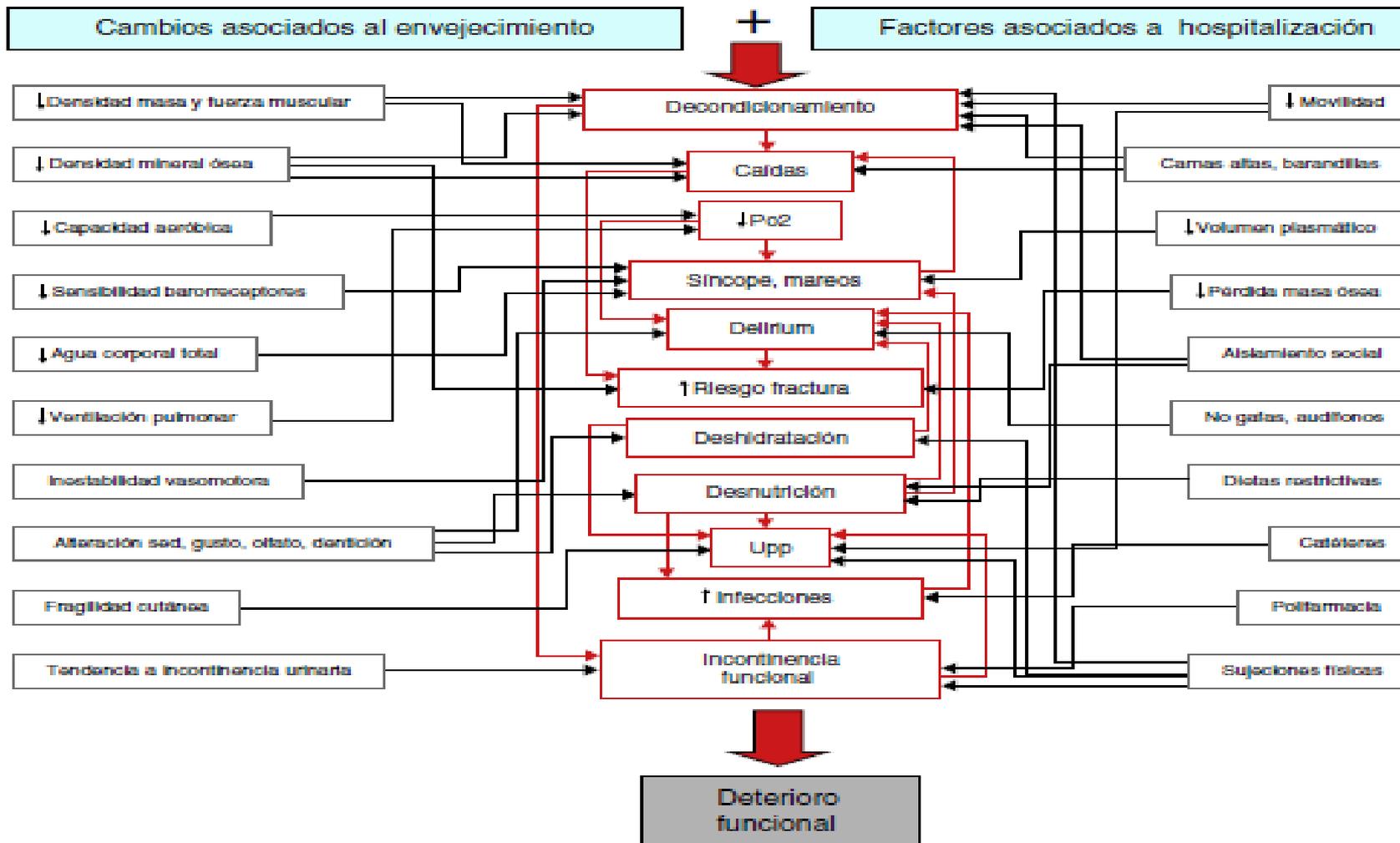


"Pero si sólo se había roto la cadera!"  
La cascada maligna de la #fxcadera.  
Complicaciones EVITABLES #Geriatría



# Revisión sobre el deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda.

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(2):77–89



**Tabla 2****Factores de riesgo asociados a las complicaciones hospitalarias**

Factores de riesgo	Complicaciones					
	Caidas	RAM	Pérdida de autonomía	UP	IU	Delirio
Estado cognitivo	X		X	X	X	X
Inmovilidad	X		X	X	X	X
Estado funcional	X		X	X	X	X
Comorbilidad			X			X
Polifarmacia	X	X	X			
Estancia prolongada			X	X		

IU; incontinencia urinaria; RAM; reacción adversa a medicamentos; UP; úlceras por presión.

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 3**  
Medidas preventivas

Actividades preventivas	Complicaciones					
	Caídas	RAM	Pérdida de autonomía	UP	IU	Delirio
Movilidad/ejercicio	X		X	X	X	X
Adaptaciones al entorno	X		X	X	X	X
Nutrición <sup>1</sup>			X	X		X
Deshidratación			i			X
Sueño			i			X
Revisión del tratamiento farmacológico	X	X	X	X	X	X

i: actúa de manera indirecta sobre un factor de riesgo; IU: incontinencia urinaria; RAM: reacción adversa a medicamentos; UP: úlceras por presión.

Fuente: Elaboración propia.

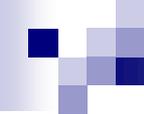
<sup>1</sup> Solo en personas con problemas nutricionales.



# SÍNDROME GERIÁTRICO

Manifestación mas  
común de las RAM en  
los ancianos





¿EN QUÉ MOMENTO  
SE DEBE PRESTAR  
CUIDADOS  
PALIATIVOS A ESTOS  
ENFERMOS?

## Tabla 6. Algunos criterios de elegibilidad para cuidados paliativos de Medicare.

### Enfermedad de Alzheimer

- FAST 7 y uno de los siguientes en los 12 meses anteriores:
  - Infecciones urinarias de repetición.
  - Sepsis.
  - Neumonía.
  - Úlceras por presión grados III o IV.
- Deterioro nutricional (uno de los siguientes):
  - Pérdida de peso del 10% en los 6 meses previos.
  - Albúmina menor de 2,5 g/dL.

### Debilidad (sin un diagnóstico terminal definido)

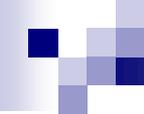
- Infecciones recurrentes o intratables (urinarias, neumonía, sepsis).
- Pérdida de peso del 10% en los 6 meses previos.
- Disfagia que origina desnutrición o broncoaspiraciones de repetición.
- Úlceras por presión progresivas.

**Tabla 7. Variables de interés para los médicos en la toma de decisiones frente a la neumonía.**

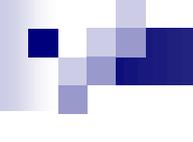
Variables	Grado de importancia de las variables				
	Muy poco importante	Poco importante	Algo importante	Importante	Muy importante
Estado de salud	0	0	5	65	30
Pronóstico	0	0	25	45	30
Habilidades comunicación	0	15	20	35	25
Severidad EA	0	10	30	40	20
Úlceras	0	20	35	35	10
Movilidad	20	45	25	10	0
ABVD	10	50	35	5	0
Incontinencia	50	40	10	0	0

Grado de importancia (en porcentaje) de las variables relacionadas con el paciente, otorgado por un grupo de médicos de residencias en Holanda (74), para tomar decisiones en el tratamiento de la neumonía.

ABVD: actividades básicas de la vida diaria.



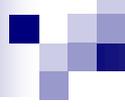
¿CÓMO PARTICIPA EL  
FARMACÉUTICO?



# PREVENCIÓN CUATERNARIA

Intervención que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario.

***Dificultades:*** LA CALIDAD DE VIDA ES UN CONCEPTO SUBJETIVO, Y NO NUESTRO , SINO DEL OTRO



CRÓNICO NO SIGNIFICA  
ESTÁTICO

EL ESTADO DE  
SALUD SIEMPRE  
ES DINÁMICO:

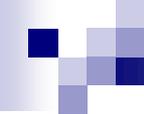
REVISIÓN!!!!!!

- 
- **TRATAMIENTOS PREVENTIVOS:**  
calcio/vit D, bifosfonatos, teriparatida, denosumab, vacunas, estatinas, alopurinol
  - Prevención primaria cardiovascular en ancianos sin enfermedad CV establecida
  - Prescripción de IBP
  - Objetivo del tratamiento antihipertensivo
  - Objetivo de la HbA1c en diabéticos
  - Tratamiento de la demencia
  - Medicamentos PSICOACTIVOS

# Drug-related hospital admissions among old people with dementia.

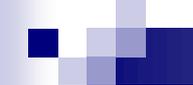
Gustafsson, M., Sjölander, M., Pfister, B. et al.  
Eur J Clin Pharmacol (2016) 72: 1143.  
doi:10.1007/s00228-016-2084-3

- 41.3 % de 458 admisiones relacionadas con problemas con los medicamentos.
- 29,5% cardiovascular
- 26,9% Sistema nervioso central



# Central Nervous System-Acting Medicines and Risk of Hospital Admission for Confusion, Delirium, or Dementia.

Lisa M. Kalisch Ellett, Nicole L., Emmae N. Ramsay, Janet K. Sluggett, John D. Barratt, Elizabeth E. Roughead. JAMDA. [Jun 2016](#) Volume 17, Issue 6, Pages 530–534

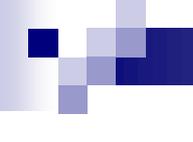
- 
- Medicamentos con perfil anticolinérgico
  - Tratamiento de la incontinencia urinaria.
  - Anticoagulación en pacientes encamados.
  - Corticosteroides orales, larga duración.
  - Hiperplasia benigna de próstata
  - Citicolina en la demencia vascular
  - Mucolíticos y expectorantes en enfermedad estable.
  - Suplementos de hierro en anemias no filiadas? Que no responden?
  - Intervenciones nutricionales

# MEDICAMENTOS QUE CAUSAN ANOREXIA

- Citalopram
- Fluoxetina
- Metformina
- Levodopa
- Digoxina
- Ciprofloxacino
- IECAS

# Alteraciones del gusto y el olfato

- Nitroglicerina
- Diuréticos: acetazolamida, amiloride, hidroclorotiazida, espironolactona
- Calcioantagonistas
- IECA y ARAII
- Estatinas
- Antifúngicos: terbinafina, griseofulvina
- Corticoides
- Terapia del tiroides: levotiroxina, carbimazol,
- Tiamazol
- Antibacterianos: ampicilina, azitromicina, ciprofloxacina, claritromicina, etambutol, metronidazol, ofloxacino, sulfameto xazo ticarcilina, tetraciclina
- Antivirales: aciclovir, amantadina, interferon, osetalmivir
- Penicilamina
- Colchicina
- Triptanes
- Antiepilépticos
- Antiparkinsonianos
- Litio
- Sedantes e hipnóticos: alprazolam, fluracepam, buspirona, zolpidem
- Antidepresivos: tricíclicos, ISRS, duloxetina, venlafaxina, bupropion
- Antihistamínicos H1
- Clorhexidina
- Amiodarona, dronedarona



Page, A., Potter, K., Clifford, R., McLachlan, A. J. and Etherton-Beer, C. (2016), **Medication Appropriateness Tool for Comorbid Health conditions in Dementia (MATCH-D)**: Consensus recommendations from a multidisciplinary expert panel. Intern Med J. Accepted Author Manuscript. doi:10.1111/imj.13215

- **Principal mensaje:**

Individualizar siempre el tratamiento ajustándolo al objetivo que cambiará según progrese la demencia.

- Los RAM, son más frecuentes, son reconocibles, los pueden comunicar?
- ¿Cuándo revisar el tratamiento?
- ¿Cómo introducir un tratamiento nuevo?
- ¿Cómo administrar la medicación si no quiere? ¿hay que dársela? ¿camuflarla en la comida?
- ¿Se deben consensuar las metas del tratamiento en demencia leve y moderada con el paciente?
- ¿Cómo revisar los tratamientos sintomáticos?
- Tratamientos preventivos??
- Medicación psicoactiva?
- Tratamiento antidemencia?

Unidad Funcional: Centro de día 2

Hab.: HD

N.Ingrés: 137

Edad: 90

Tratamiento	Fecha inicio	Fecha final	Vía	Dosis	Frecuencia	Periodificación	Prescriptor	Núm. Colegiado
ACIDO ALENDRONICO SEMANAL 70MG COMP	00/00/0000		ORAL	1.00	Desayuno	Diaria		
ADIRO 300 MG COMP	00/00/0000		ORAL	1.00	Comida	Diaria		
ALOPURINOL 300 MG COMP	00/00/0000		ORAL	1.00	Cena	Diaria		
ATORVASTATINA 80 MG COMP	00/00/0000		ORAL	1.00	Cena	Diaria		
CALCIUM-SANDOZ D 1200 MG/800 UI COMPRIMIDOS EFERVESCENTES , 30 COMPRIMIDOS	00/00/0000		ORAL	1.00	Merienda	Diaria		
CIDINE 1 MG 50 SOBRES	00/00/0000		ORAL	1.00	Desayuno-Comida-Cena	Diaria		
DEPRAX 100 MG COMP	00/00/0000		ORAL	0.50	Merienda-Cena	Diaria		
DOGMATIL 50 MG CAPS	00/00/0000		ORAL	1.00	Desayuno-Comida-Cena	Diaria		
FERO-GRADUMET 30 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA	00/00/0000		ORAL	1.00	Desayuno	Diaria		
MANTINEX 20 MG COMP	00/00/0000		ORAL	1.00	Desayuno	Diaria		
OMEPRAZOL 20 MG CAPS	00/00/0000		ORAL	1.00	Desayuno	Diaria		
QUETIAPINA 100MG COMP	00/00/0000		ORAL	1.00	Cena	Diaria		
RISPERDAL 1 MG/ML SOLUCION 100 ML	00/00/0000		ORAL	0.25	Si precisa	Diaria		
RIVASTIGMINA 9.5 PARCHES	00/00/0000		TRANSDERMICA	1.00	Desayuno	Diaria		
VESICARE 5MG COMP	00/00/0000		ORAL	1.00	Desayuno	Diaria		
ZOLPIDEM 10 MG COMP	00/00/0000		ORAL	1.00	Cena	Diaria		



**NUNCA INFRATRATAR!!**

# CONCLUSION:

- HUIR DEL NO HACER NADA: EL AFECTO, EL CONTACTO FÍSICO, EL CUIDADO DEL CUERPO SITUAN A LA PERSONA EN EL CENTRO DE LA ATENCIÓN Y COMO PROTAGONISTA DE SU PROPIA HISTORIA.
- ACOMPAÑAR SIEMPRE