

RETOS REDES RESULTADOS

Proceso asistencial en el ámbito **Sociosanitario**Casos prácticos de Atención Farmacéutica al

Paciente Crónico Complejo

Elia Mª Fernández Villalba Servicio de Farmacia RPMD La Cañada **Grupo Cronos**





Madrid, 21 de Octubre 2017





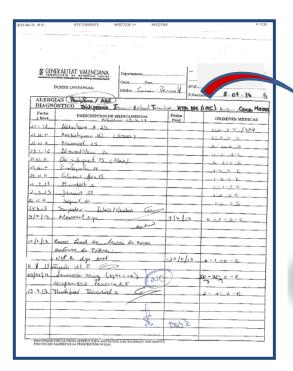


Índice

- Introducción al ámbito
 - Atención centrada en la persona
 - · Atención sociosanitaria
 - Atención farmacéutica
 - Valoración Geriátrica Integral
 - Instrumentos de valoración
- Casos



INTRODUCCIÓN



- Orientación => CENTRADA EN LA PERSONA
- Enfoque => **HOLÍSTICO**, INTEGRAL, COMPLETO
- Objetivo => RESULTADO EN LA PERSONA



ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA

- PRINCIPIOS ÉTICOS.
- 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.
- «OMS: atención en la que la persona constituye el eje sobre el que giran el resto de las dimensiones relacionadas con: la intervención basada en la evidencia científica, la organización del servicio, el equipo y la interdisciplinariedad y el ambiente»



Atención Centrada en la Persona

Características:

- La persona y su calidad de vida son el centro de la intervención
- La persona es un agente activo y protagonista de su proceso de atención, con independencia de sus capacidades y competencias
- La atención es siempre individualizada
- La mirada se centra en las capacidades (frente a los déficits)
- El papel de los profesionales pasa a ser facilitador, motivador y proveedor de apoyos
- La autodeterminación se entiende como un derecho, no está limitada por las capacidades de las personas y se considera como un poder efectivo a desarrollar mediante el ejercicio indirecto (apoyado por otros)
- El grupo social referencial (familia, amigos, profesionales) tiene un gran papel en la autodeterminación de las personas no competentes



La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.

Personas con necesidades especiales

Entorno comunitario

Programa personalizado de apoyo y atención

LOS CRITERIOS (Valores éticos)

Diversidad, accesibilidad e interdisciplinariedad, globalidad, atención personalizada y flexibilildad, proximidad y enfoque comunitario, prevención y rehabilitación, coordinación y convergencia

- Atención que es
 - respetuosa con el paciente
 - responde a sus preferencias, necesidades y valores
 - Los valores del paciente guían la toma de decisiones
- Atributos que la definen
 - Holística
 - Individualizada
 - Respetuosa
 - Empoderadora
- Ventajas que aporta
 - Mayor satisfacción con el tratamiento recibido
 - Percepción de más calidad en la atención
 - Mejor adherencia al tratamiento
 - Mejores resultados terapéuticos

Para citar este documento: RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar (2010). "La atención integral centrada en la persona". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010].

http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf

LOS PRINCIPIOS

Dignidad y derechos

Autonomía

Participación

Integralidad

Individualidad

Inclusión social

InterdependenciaContinuidad

Atención Sociosanitaria

- Enfoque asistencial basado en la evaluación integral de la persona teniendo en cuenta su naturaleza multidimensional: física, psíquica, social y espiritual (valores)
 - Diagnóstico y tratamiento de las patologías
 - Valoración de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
 - Valoración neuropsicológica
 - Valoración social
 - Valoración necesidades emocionales y espirituales
 - Valoración cargas del cuidador principal
 - Intervenciones preventivas de discapacidades
 - Conexión con el resto de recursos asistenciales que garanticen la continuidad de la atención



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





TOMASA 86 AÑOS

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

Antecedentes Problema

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

✓ 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

✓ FUNCIONAL

- · Vida cama sillón. 4 caídas en los últimos 6 meses
- · 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
- · Incontinencia urinaria en domicilio portadora de pañal las 24h.
- · Úlcera en 1^{er} 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 su estado emocional es decaído
- ✓ No hay seguimiento por especializada
- No se dispone de pruebas complementarias (analítica) ni de otros informes clínicos

✓ Informe valoración de la dependencia:

· BARTHEL: 35

· NORTON: 15

PFEIFFER: 7

VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR GIJÓN: 11





¿Qué significa un BARTHEL 35?

- Dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria
- Dependencia grave para las actividades instrumentales de la vida diaria
- Dependencia grave para las actividades avanzadas de la vida diaria
- Dependencia grave para las actividades básicas de la vida diaria



¿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



¿Cómo?

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**

↑ Grado deterioro funcional => ↑Riesgo de

- Mortalidad
- Dependencia
- Institucionalización, necesidad de rrss
- Ingreso hospitalario, estancia media, visitas médicas
- Consumo de F





- 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





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 si solo.
- 5 Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.
- Dependiente: necesita ser alimentado.

Lavado (baño)

- 5 Independiente: capez 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.
- Dependiente: necesita alguna avuda.

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.
- 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 syuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.
- Dependiente: necesita alguna ayuda.

Deposición

- 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.
- 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.
- Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.
 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

raslado 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.
- Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

e mbulación

- 5 ndependiente: puede usar cualquier ayuda (vrótesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede cuminar 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. Dependiente: requiere ayuda mayor.
- 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.
- Dependiente: necesita alzamiento (ascer puede salvar escalones.

• \

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)



Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitla J. Índice de Barthel: Instrumento válido nara 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.

VGI=> VALORACIÓN FUNCIONAL

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



- 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 si solo.
- 5 Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.
- Dependiente: necesita ser alimentado.

Lavado (baño)

- 5 Independiente: capez 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.
- Dependiente: necesita alguna avuda.

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.
- 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 syuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.
- Dependiente: necesita alguna ayuda.

Deposición

- 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.
- 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.
- 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.
- Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulación

- 15 Independiente: puede usar cualquier syuda (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.
- Dependiente: requiere avuda 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

TOMASA

- 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





P

	PPPPPPPPPPRRRRRRR		XXXXXXXXXXX XXXXXXXXX			
Órdenes Méd			TOMASA			
DOSIS UNITARIAS		Médico /NºCol		HªCª YYYYYY	Cama ZZZZZ	
		UUUUUUUUUUUUU		F. Ncto 13/06/1931		
ALERGIAS		onocidas				
DIAGNOSTICOS	DM, +	ITA, ANEMIA FERROPENI	CA,	HIPERCOLEST		
FECHA y HORA	PRI	ESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO	S	FECHA FINAL	ÓRDENES MÉDICAS	
09/05/2017	ADIRC) 100MG		STOP	0-1-0-0	
	ALPRA	AZOLAM 0,5 MG RETARD		STOP	1-0-0-0	
	ATOR	/ASTATINA 40 MG COMP		STOP	0-0-1-0	
	(0501	T 20MG/ML + 5MG/ML COLIR	IO		1-0-1-0	
SUSPENDER	DIOŚMINA				0-1-0-0	
MODIFICAR	TARD	PYFERON 80MG GGS			1-0-0-0	
MODIFICAR	ACFC	L 5MG COMP			1-0-0-0	
	GALVI	JS 50MG COMP	M	ODIFICAR	1-0-1-0	
IDAPTAN 20MG COMP				STOP	1-1-1-0	
MODIFICAR	LORA	ZEPAM IMG COMP		STOP	0-0-1-0	
MODIFICAR	LATA	NOPROST 0,001% COL			0-0-1-0	
MODIFICAR	AMLC	DIPINO 10 MG COMP			1-0-0-0	
	SEGUR	RIL 40MG 30 COMP		STOP	1-0-0-0	
	TRANSTEC 70MCG/H PARCHE				1-0-0-0/72H	
MODIFICAR	MODIFICAR TOLTERODINA NEO 4MG P			STOP	1-0-0-0	
·						

- 17F => POLIFARMACIA EXCESIVA
- Complejidad:
 - 16 FOS: 9-De; 3-Co; 4-Ce
 - 2 F.Oft.
 - 1 Transd
- F Potencialmente Inadecuados
 - C. Implícitos STOP
 - C. explícitos:
 - STOPP / START;
 - PRISCUS, BEERS....
- PRM, RNM, EAM, PSM

VALIDACIÓN PRESCRIPCIÓN

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	HIPERCOLESTEROLEMI A 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

CONCILIACIÓN

		Departamento/RPMD PPPPPPPPPPRRRRRRRR		XXXXXXXXXXX XXXXXXXXX			
Órdenes Méd	licas			TOMASA			
DOSIS UNITA	RIAS	Médico /NºCol	N°۱	HªCª YYYYYY	Cama ZZZZZ		
		UUUUUUUUUUUUU	UUUUUUUUUUUU F. Ncto 13/06		/1931		
ALERGIAS DIAGNOSTICOS		ocidas A. ANEMIA FERROPENIC	A. H	A HTPER/OLESTEROLEMIA			
FECHA y HORA		SCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS		FECHA FINAL ÓRDENES MÉDICAS			
22/05/2017	ACFOL ;	iM4			1-0-0-0		
	ADIRO 1	оомб			0-1-0-0		
	ALPRAZO	OLAM 0,5 MG RETARD			1-0-0-0		
	AMLODI	PINO 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	GALVUS JOMG COMP			1-0-1-0		
	IDAPTAN 20MG COMP LATANOPROST 000,1 % COLIRIO			1-1-1-0			
				0-0-1-0			
	LORAZE	LORAZEPAM 1 MG COMP SEGURIL 40MG 30 COMP TARDYFERON 80MG GG			0-0-1-0		
	SEGURIL				1-0-0-0		
	TARDYF				1-0-0-0		
	TOLTER	DDINA NEO 4MG			1-0-0-0		
TRANSTEC 70MCG/H		C 70MCG/H PARCHE			1-0-0-0/72#		
SUSPENDER	DER TOLTERODINA						
AÑADIR:	OMEPRA	AZOL 20MG CAPS			1-0-0-0		

Datos complementarios

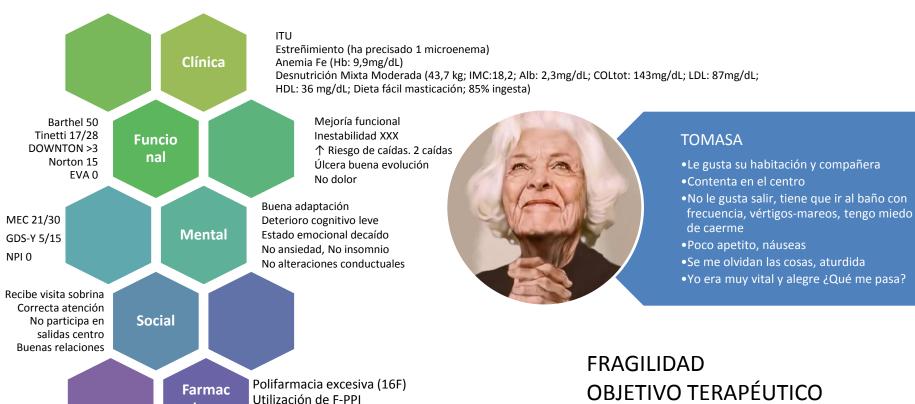
d	
l	VALORACIÓN NUTRICIONAL: Valoración anterior: Fecha.09/05/2017Peso42,5kgIMC_17,7.PBPTCPMB
ı	Fecha .29/06/2017_
l	Peso (Kg) 43,7 Talla (cm) 155 IMC (22-27) 18,2 %PP10,8% en 6mPB21PTC.10PMB17,9.
ı	Tipo de dietaDM-Fácil masticaciónDeambulaciónAndador - Silla ruedas
ı	Probl. Deglución / Masticación No / Sí Prótesis dental
ı	Estado Nutricional Desnutrición Mixta(Úlcera)
ı	Soporte Nutricional Refuerzo HC-HP cocina F. inicio 29/06/17 F. fin 30/09/17
ı	

Soporte Nutri	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	

inicio 29/c	Unidades	V.ref	12/06/2019
Hematies	·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
НСМ	pg	26-34	28,5
СНСМ	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	·10 ⁹ /l	4,5-10,0	7.6
Plaquetas	·10 ⁹ /l	150-400	292
Linfocitos	·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		
СК	U/l	20-145	
Fármacos / INR			
*Defic <10; Insuf	10-30; Sufic >	>30; Deseable>40; Toxi	c > 100 ng/mL



VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL



oterap

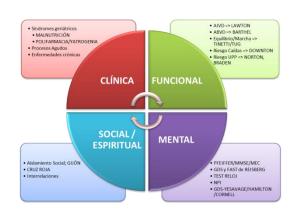
éutico

PRM, RNM, EAM (Yatrogenia)

¿Adecuado para TOMASA?

OBJETIVO TERAPÉLITICO

Problemas de salud de TOMASA



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



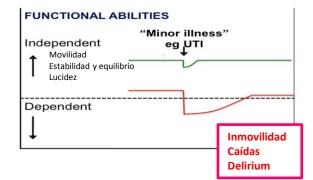
SÍNDROMES GERIÁTRICOS

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

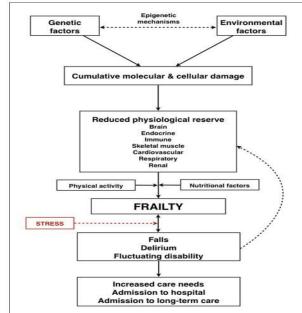




FRAGILIDAD



- 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
- Puede ser reversible o atenuado por intervenciones
- 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
- Su evaluación es necesaria por su alta prevalencia y estrecha relación con resultados adversos en salud



¿Por qué es importante identificar a los pacientes frágiles?

- ↑ riesgo de resultados en salud adversos: deterioro funcional, fracturas, caídas recurrentes, discapacidad, pérdida de movilidad, institucionalización, hospitalización, mortalidad
- Factor Predictor de Mortalidad y/o supervivencia => Planificación individualizada, atención orientada a objetivos => Dx SITUACIONAL
- Mejor que Comorbilidad o Multimorbilidad como predictor de eventos adversos y discapacidad
- Estado patológico, dinámico (mejorar/empeorar) y potencialmente reversible

PRESENTACIONES CLÍNICAS DE FRAGILIDAD

- No específicas: fatiga extrema, pérdida peso no explicada, infecciones frecuentes
- Caídas
- Delirium, estado confusional agudo

Discapacidad fluctuante (inestabilidad, con días buenos-independientes y días

malos-dependientes)

PREVALENCIA

- 8,5 20,4% en Población mayor
- Mayor en mujeres
- Aumenta con la edad
- Población institucionalizada (34,9 68,8 85%, según estudios y criterios utilizados)
- No es exclusiva de las personas mayores







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)

 $FI = \frac{N^{\circ} D \acute{E}FICITS PRESENTES}{D \acute{E}FICITS CONSIDERADO}$



Table 3

Cardiovascular Health Study Frailty Screening Scale 10,48

Prefrail, 1 or 2: Frail, >3

- Weight Loss Loss of 10 pounds unintentionally in past year or weight at examination <10% of age 60 weight.
- Exhaustion Self-report of fatigue or felt unusually tired or weak in the past month
- Low Activity Frequency and duration of physical activities (walking, doing strenuous household chores, doing strenuous outdoor chores, dancing, bowling, exercise).
- 4. Slowness Walking 4 m >7 s if height <159 cm or >6 s if height >159 cm.*
- Weakness Grip strength (kg) for body mass index (kg/m²).

J.E. Morley et al. / JAMDA 14 (2013) 392-397

Clinical Frailty Scale

- Very Fit People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.
- Well People who have no active disease symptoms but are less fit than Category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.
- Managing Well People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.
- Vulnerable While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up," and /or being tired during the day.
- Mildly Frail These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild failty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.
 - Moderately Frall People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with diessing.



 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within – 6 months).



Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



 Terminally III – Approaching the end of life.
 This category applies to people with a life expectancy < 6 months, who are not otherwise evidently frail.

Where dementia is present, the degree of frailty usually corresponds to the degree of dementia:

- MIId dementia includes forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.
- Moderate dementia recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.
- Severe dementia they cannot do personal care without help.

K. Rockwood et al. A globel dinical measure of fitness and frafty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–405 © 2011-3012 Version 1.3. All rights reserved Videx Canada.

Fig. 1. Clinical Frailty Scale. Scoring is based on clinical judgment. Reprinted with permission from Rockwood et al. 41

Table 2

The Simple "FRAIL" Questionnaire Screening Tool

3 or greater = frailty; 1 or 2 = prefrail

Fatigue: Are you fatigued?

Resistance: Cannot walk up 1 flight of stairs?

Aerobic: Cannot walk 1 block?

Illnesses: Do you have more than 5 illnesses?

Loss of weight: Have you lost more than 5% of your weight in the past 6 months?



Editorial

JAMDA 16 (2015) 87-89

Frailty in Nursing Homes: The FRAIL-NH Scale

Ellen Kaehr MD $^{\rm a}$, Renuka Visvanathan PhD $^{\rm b}$, Theodore K. Malmstrom PhD $^{\rm a,c}$, John E. Morley MB, BCh $^{\rm a,d,*}$

Table 1

A Scale to Identify Frailty in the Nursing Home: The FRAIL-NH Scale

We are investigating 2 versions of the FRAIL-NH Scale. In version 1, the "I" stands for Incontinence. In version 2, the "I" stands for Illness

F = Fatigue, No, Yes, Depressed based on PHQ-9 of >10

R = Resistance, Can patient transfer, Independently, Help with set up only, or Physical assistance

A = Ambulation, Independent, With assistive device, Not able

I = Incontinence, None, Urinary incontinence, Bowel incontinence

I = Illness, measured by number of medications: $\leq 5, 5-9, \geq 10$

L = Loss of weight. None. > 5% in 3 months. > 10% in the past 6 months

N = Nutritional approach, Regular diet, Mechanically altered diet, Feeding tube

H = Help with dressing, Independent, Help with set up only, Physical help

	0	1	2
Fatigue	No	Yes	$PHQ-9 \ge 10$
Resistance	Independent transfer	Set up	Physical help
Ambulation	Independent	Assistive device	Not able
Incontinence OR	None	Bladder	Bowel
Illness	≤5	5-9	≥10
Loss of weight	None	≥5% in 3 mo	≥10% in 6 mo
Nutritional approach	Regular diet	Mechanically altered	Feeding tube
Help with dressing	Independent	Set up	Physical help
Total/Version 1			0-14
Total/Version 2			0-14

If the patient meets both criteria, he or she will be assigned 2 points. For example, if a patient is incontinent of bladder and bowel he or she will be assigned 2 points for that category. This applies to the categories of fatigue and weight loss as well.

non-frail (0-5), pre-frail (6-7), and frail (≥8)

^{*}Data for older women (lowest 20th percentile).

Fragilidad y Polifarmacia

Predictores de Fragilidad

- Caídas.
- Incontinencia.
- Polimedicación.Autopercepcion 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.

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

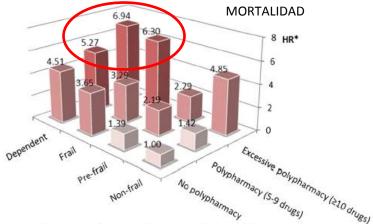


Figure 2. Mortality risk according to the combination of frailty and polypharmacy variables. Hazard ratios (HR) adjusted for gender, age, comorbidity, cognitive impairment, and difficulty in IADL. Legend: Light colour: mortality risk not significantly different from 1; mild colour: significant increase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

Índices basados en la VGI: IF-VIG

Tabla 1

Descripción y características del índice frágil-VIG

Dominio		Variable	Descripción		Puntos		
		Maneio de dinero	¿Necesita ayuda para gestionar los asuntos	Sí	1		
			económicos (banco, tiendas, restaurantes) ?	No	0		
Funcional	AIVDs	Utilización de	¿Necesita ayuda para utilizar el teléfono ?	Sí No	0		
		teléfono Control de		No Sí	(1)		
		medicación	¿Necesita ayuda para la preparación/administración de la medicación ?	No	0		
		medicación	¿No dependencia (IB ≥ 95) ?	140	0		
		Índice de Barthel	¿Dependencia leve-moderada (IB 90-65) ?		1		
	ABVD s	(IB)					
		(ID)	¿Dependencia moderada-grave (IB 60-25) ? ¿Dependencia absoluta (IB ≤20)?				
			¿Dependencia absoluta (15 520) ?	01	3		
Nutrio	ional	Malnutrición	¿Ha perdido≥ 5% de peso en los últimos 6 meses?	Sí No	0		
			¿Ausencia de deterioro cognitivo?	140	0		
0	lál	Grado de deterioro			_		
Cogn	iitivo	cognitivo	¿Det.cognitivo leve-moderado (equivalente a GDS ≤5	,	Θ		
			¿Det.cognitivo grave-muy grave (equivalente a GDS)	,	2		
		Síndrome	¿ Necesita de medicación antidepresiva ?	Sí	1		
Emoc	ional	depresivo	,	No Si	0		
Linoc		Insomnio/ansiedad	¿ Necesita tratamiento habitual con benzodiacepinas u otros psicofármacos de perfil		9		
			sedante para el insomnio/ansiedad?	No	0		
Soc	cial	Vulnerabilidad	¿ Existe percepción por parte de los profesionales	Si	1		
	Jidi	social	de situación de vulnerabilidad social ?	No	0		
		Delirium	En los <u>últimos 6 meses</u> , ¿Ha presentado delirium y/o trastomo de comportamiento, que ha requerido de neurolépticos ?	Si	1		
				No	0		
		Caídas	En los <u>últimos 6 meses</u> , ¿ha presentado ≥2 caídas o	Sí	Ð		
		Caraco	alguna caída que haya requerido hospitalización ?	No	$\frac{\mathbb{T}}{1}$		
Sindre	omes	Úlceras	¿Presenta alguna úlcera (por decúbito o va scular, de cualquier grado)?	Sí No	$\frac{\mathcal{O}}{\mathcal{O}}$		
Geriátri∞s			, , ,	Si	(1)		
		Polifarmacia	¿habitualmente, toma ≥ 5 fármacos ?	No	0		
			¿ se atraganta frecuentemente cuando come o bebe? En los <u>últimos 6 meses</u> , ¿ha presentado alguna infección respiratoria por bronco-	Si	1		
		Disfagia		No	_		
			aspiración?		0		
		Dolor	¿requiere de ≥ 2 analgésicos convencionales y/o		1		
Sínto		2001	opiáceos mayores para el control del dolor?	No Si	0		
gra	ves	Disnea	¿ la disnea basal le impide salir de casa y/o que		1		
			requiere de opiáceos habitualmente ?	No Si	0		
		Cáncer	¿Tiene algún tipo de enfermedad on cológica activa?	No.	1		
			¿Tiene algún tipo de enfermedad respiratoria	Sí	1		
		Respiratorias	crónica (EPOC, neumopatia restrictiva,)?	No	0		
		Cardíacas	¿Tiene algún tipo de enfermedad cardíaca crónica		0		
Enfermeda	des (+)	Curulacas	(Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica,)?	No	0		
		Neurológicas	¿Tiene algún tipo de enfermedad neurológica	Sí No	0		
			neurodegenerativa (E. de Parkinson, ELA, ,)? ¿Tiene algún tipo de enfermedad hepática crónica		1		
		Hepáticas	¿ i iene algun tipo de entermedad ne patica cronica (hepatopatía, cirrosis,)?		0		
		Renales	/ Tiene insuficiencia renal crónica (FG <60)?		1		
		Renaies	Chene insulciencia renai cronica (PG <60)?	No	0		
					X		
			Índice Frágil-VIG =	-	25		
				4			

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 giomerular; GDS; Global Deterioration Scole; IB; indice de Barthel, e) 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

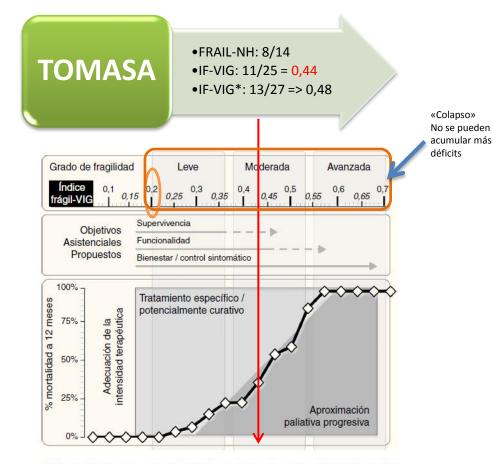
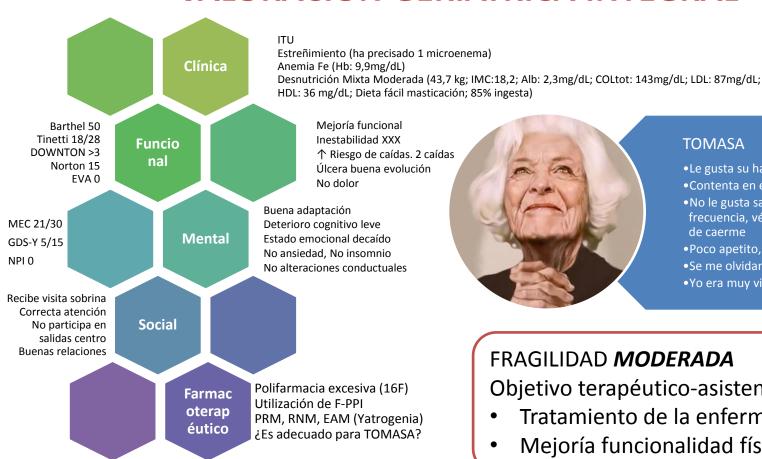


Figura 4. Modelo conceptual que resume gráficamente cómo el índice frágil-VIG facilita el diagnóstico situacional y la propuesta de objetivos asistencia-les/adecuación de la intensidad terapéutica.

 $Ambl\`{a}s-Novellas\ J,\ et\ al.\ Rev\ Esp\ Geriatr\ Gerontol.\ 2016.\ http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.09.003$

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL





TOMASA

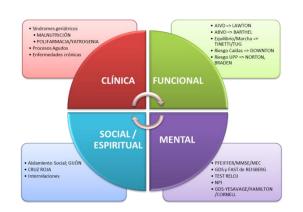
- •Le gusta su habitación y compañera
- •Contenta en el centro
- •No le gusta salir, tiene que ir al baño con frecuencia, vértigos-mareos, tengo miedo de caerme
- Poco apetito, náuseas
- •Se me olvidan las cosas, aturdida
- •Yo era muy vital y alegre ¿Qué me pasa?

FRAGILIDAD MODERADA

Objetivo terapéutico-asistencial:

- Tratamiento de la enfermedad
- Mejoría funcionalidad física y mental

Problemas de salud de TOMASA



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







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



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

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

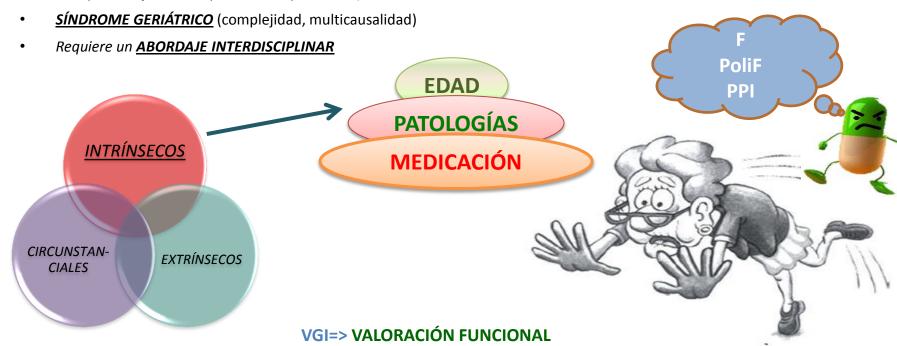


Inestabilidad y caídas Es falso que.....

- 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

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 <u>ALERTA</u>, <u>FACTOR DE FRAGILIDAD</u>
- Importante origen de morbimortalidad y afectación de la calidad de vida (20% lesiones graves: fracturas y TCE, discapacidad funcional, pérdida independencia)



PATOLOGÍAS

MEDICACIÓN

INTRÍNSECOS

- 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



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 CaNitratos
- Antidiabéticos orales
- Antagonistas H2 (cimetidina)

Fármacos

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	
NO2A	Opioids
N05A (NO5AN excluded)	Antipsychotics (lithium excluded)
NO5B	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
NO4B	Dopaminergic agents
N05A (NO5AN excluded)	Antipsychotics (lithium excluded)
N06A	Antidepressants



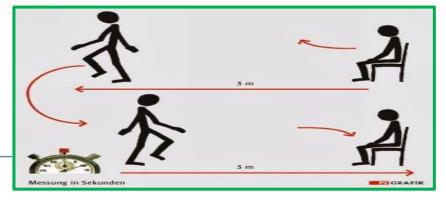
POLIFARMACIA

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)	
	Benzodtazeptnes (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., quintdine, disopyramide, procainamide)	1.59 (1.02, 2.48)	
	Digoxin	1.22 (1.05, 1.42)	
	Dituretics (any)	1.08 (1.02, 1.16)	
Analgesics	Optoids	0.97 (0.78, 1.12)%	
	NSAIDS	1.16 (0.97, 1.38)%	
Antidiabetics	Sulfonylureas	1.09 (0.52, 2.30)%(RR)	
	Insultn	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 = trl 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*		Cut-off Values Predictive of Falls by*		
Age Group	Time in Seconds	(95% CI)	Group	Time in Seconds
60 – 69 years	8.1	(7.1 – 9.0)	Community Dwelling Frail Older Adults	> 14 associated with high fall risk
70 – 79 years	9.2	(8.2 – 10.2)	Post-op hip fracture patients at time of discharge	> 24 predictive of falls within 6 months after hip fracture
80 – 99 years	11.3	(10.0 – 12.7)	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

TOMASA

17/28

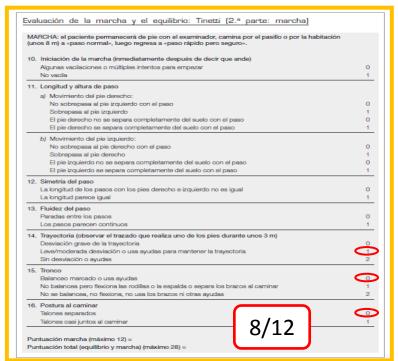
Alto riesgo caídas

	QUILIBRIO: el paciente está situado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:
1.	Equilibrio sentado Se inclina o so destiza en la silla Se mantiene seguro
2.	Levantarse Imposible sin ayuda Capaz, pero usa los brazos para ayudarse Capaz sin usar los brazos
3.	Intentos para levantarse Incapaz sin ayuda Capaz, pero necesita más de un intento Capaz de levantarse con sólo un intento
4.	Equilibrio en bipedestación inmediata (primeros 5 segundos) Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco Estable, pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse Estable sin andador, bastón u otros soportes
5.	Equilibrio en bipedestación Inestable Estable, pero con apoyo amplio (talones separados >10 cm), o bien usa bastón u otro soporte Apoyo estrecho sin soporte
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 Se tambalea, se agarra, pero se mantiene Estable
7.	Ojos cerrados (en la posición de 6) Inestable Estable
8.	Vuelta de 360 grados Vuelta de 360 grados Pasos discontinuos Continuos Insstable (se tambalea, se agarra) Estable
_	Sentarse Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla Usa los brazos o el movimiento es brusco Seguro, movimiento suave 9/16

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

Escala Tinetti de marcha y equilibrio

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



ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS J.H. DOWNTON Alto Riesgo Caída ≥ 3

-			
CAÍDAS PREVIAS	No	0	
	Sí*	1	
	Ninguno	0	
	Tranquilizantes – sedantes*#	1	
	Diuréticos*	1	
MEDICAMENTOS	Hipotensores (no diuréticos)*	1	
	Antiparkinsonianos*	1	
	Antidepresivos*	1	
	Otros medicamentos	0	
	Ninguno	0	
DÉFICITS	Alteraciones visuales*	1	
SENSORIALES	Alteraciones auditivas*	1	
	Extremidades (ictus)*	1	
ESTADO MENTAL	Orientado	0	
ESTADO IVIENTAL	Confuso*	1	
	Normal	0	
DE ANADIU ACIÓN	Segura con ayuda	1	
DEAMBULACIÓN	Insegura con / sin ayuda*	1	
	Imposible	0	

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, hipnósticos y sedantes, son FRIDs (Fall Risk-Increasing Drugs)

Milos et al. BMC Geriatrics 2014, 14:40





¿Qué valor obtenemos en TOMASA para la Escala Downton?

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS J.H. DOWNTON Alto Riesgo Caída ≥ 3

Aito Niesgo Calua 2 3			
CAÍDAS PREVIAS	No	0	
CAIDAS PREVIAS	Sí*	1	
	Ninguno	0	
	Tranquilizantes – sedantes*	1	
	Diuréticos*	1	
MEDICAMENTOS	Hipotensores (no diuréticos)*	1	
	Antiparkinsonianos*	1	
	Antidepresivos*	1	
	Otros medicamentos	0	
	Ninguno	0	
DÉFICITS	Alteraciones visuales*	1	
SENSORIALES	Alteraciones auditivas*	1	
	Extremidades (ictus)*	1	
ESTADO MENTAL	Orientado	0	
ESTADO IVIENTAL	Confuso*	1	
DE ANADIU A CIÓN	Normal	0	
	Segura con ayuda	1	
DEAMBULACIÓN	Insegura con / sin ayuda*	1	
	Imposible*	1	

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



¿Qué valor obtenemos en TOMASA para la Escala Downton?

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS J.H. DOWNTON Alto Riesgo Caída ≥ 3

Aito Niesgo Calua 2 3			
CAÍDAS PREVIAS	No	0	
CAIDAS PREVIAS	Sí*	1	
	Ninguno	0	
	Tranquilizantes – sedantes*	1	
	Diuréticos*	\bigcirc	
MEDICAMENTOS	Hipotensores (no diuréticos)*	1	
	Antiparkinsonianos*	1	
	Antidepresivos*	1	
	Otros medicamentos	0	
	Ninguno	0	
DÉFICITS	Alteraciones visuales*	1	
SENSORIALES	Alteraciones auditivas*	1	
	Extremidades (ictus)*	1	
ESTADO MENTAL	Orientado	0	
ESTADO IVIENTAL	Confuso*	1	
	Normal	0	
DEALADUI ACIÓN	Segura con ayuda	1	
DEAMBULACIÓN	Insegura con / sin ayuda*	1	
	Imposible*	1	

1. 5p

2. 9p

3. 7p

4. 3p

5. 4p

Órdenes Médicas DOSIS UNITARIAS		Departamento/RPMD > PPPPPPPPPPPPRRRRRRRR		XXXXXXXXXXX XXXXXXXXX TOMASA		
				HªCª YYYYYY Icto 13/06/	Cama ZZZZZ	
ALERGIAS DIAGNOSTICOS		ocidas A. ANEMIA FERROPENIC		-,,		
FECHA y HORA		CRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS		FECHA FINAL	ÓRDENES MÉDICAS	
22/05/2017	ACFOL ;	imG			1-0-0-0	
	ADIRO 1	оомь			0-1-0-0	
	ALPRAZ	OLAM 0,5 MG RETARD			1-0-0-0	
	AMLODI	PINO 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	GALVUS JOMG COMP			1-0-1-0	
	IDAPTAN 20MG COMP				1-1-1-0	
	LATANOPROST 000,1 % COLIRIO				0-0-1-0	
	LORAZE	PAM 1 MG COMP			0-0-1-0	
	SEGURIA	- 40MG 30 COMP			1-0-0-0	
	TARDYF	RON 80MG GG			1-0-0-0	
	TOLTER	DDINA NEO 4MG			1-0-0-0	
	TRANSTEC 70MCG/H PARCHE				1-0-0-0/72H	
SUSPENDER	TOLTER	DINA				
ANADIR	OMEPRA	ZOL ZOMG CAPS			1-0-0-0	
		·				





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

- 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



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

- 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

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 → H₂-
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,		
B-bloqueantes, antagonistas del		
calcio, IECAs, AINEs, analgésicos	Mareo	Proclorperazina
opioides, antidepresivos,		•
ansiolíticos ³		
AINEs ²	Hipertensión	Antihipertensivos
Diuréticos tiazídicos ² Metoclopramida ²	Hiperuricemia, gota Desórdenes del movimiento	Alopurinol, colchicina Levodopa
vietociopramida ^a ECAs ^{5,16}	Tos	Antitusígenos y/o antibióticos
Paroxetina, haloperidol ¹⁷	Temblor	Levodopa-carbidopa
Eritromicina ¹⁸	Arritmia	Antiarrítmicos
Antiepilépticos ¹⁹	Rash	Corticoides tópicos
Antiepilépticos ¹⁹ Digoxina, nitratos, diuréticos del	Náuseas	Metoclopramida, domperidona
asa, IECAs, corticoides orales,		
antibióticos, AINEs, analgésicos	Náuseas	Metoclopramida
opioides, metilxantinas ²⁰		
Antipsicóticos ²¹	Efectos extrapiramidales	Levodopa, anticolinérgicos

«problema asociado a la poliF de los adultos edad avanzada» 1995, P. Ronchon

- 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 (个 conocimiento)
 - No confundir EAM con sintomatología asociada a edad o nueva entidad clínica
 - Inicio esquema terapéutico => PIANO, PIANO







1. Sí

2. No

		•				
		Departamento/RPMD		XXXXXXXXXXX XXXXXXXXX		
Órdenes Méd	dicas	PPPPPPPPPPRRRRRRR	TOMASA			
DOSIS UNITA	RIAS	Médico /NºCol	N° I	HªCª YYYYYY	Cama ZZZZZ	
		บบบบบบบบบบบบบบบ	F. N	cto 13/06/	1931	
ALERGIAS	No Cor	nocidas				
DIAGNOSTICOS	DM. HT	A, ANEMIA FERROPENIC	A. H	IPERCOLEST?	EROLEMIA	
FECHA y HORA	PRES	SCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS		FECHA FINAL	ÓRDENES MÉDICAS	
22/05/2017	ACFOL ;	5MG			1-0-0-0	
	ADIRO 1	оомб			0-1-0-0	
	ALPRAZ	OLAM 0,5 MG RETARD	OLAM 0,5 MG RETARD		1-0-0-0	
	AMLOD1	PINO 10MG COMP			1-0-0-0	
	ATORVASTATINA 40 MG COMP				0-0-1-0	
	COSOPT	20MG/ML + 5MG/ML COLIRIC	>		1-0-1-0	
	GALVUS	50MG COMP			1-0-1-0	
	IDAPTA	U ZOMG COMP			1-1-1-0	
	LATANO	PROST 000,1 % COLIRIO			0-0-1-0	
	LORAZE	PAM 1 MG COMP			0-0-1-0	
	SEGURIL	- 40MG 30 COMP			1-0-0-0	
	TARDYF	ERON 80MG GG			1-0-0-0	
	TOLTER	ODINA NEO 4MG			1-0-0-0	
TRANSTEC 70MCG		EC 70MCG/H PARCHE			1-0-0-0/72#	
SUSPENDER	TOLTER	ANIDO				
ANADIR:	OMEPRA	AZOL 20MG CAPS			1-0-0-0	



podemos

de TOMASA

¿En el tratamiento identificar alguna

cascada terapéutica?

1.Sí

2. No

Departamento/RPMD XXXXXXXXXXX XXXXXXXXX **PPPPPPPPPPRRRRRRR TOMASA** Órdenes Médicas **DOSIS UNITARIAS** Médico /NºCol N° HªCª YYYYYY Cama ZZZZZ UUUUUUUUUUUUUU13/06/1931 F. Ncto

ALERGIAS No Conocidas DIAGNOSTICOS DM. HTA. ANEMIA FERROPENICA, HIPERCOLESTEROLEMIA ÓRDENES PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS **FECHA y HORA FECHA FINAL** MÉDICAS ACFOL 5MG 22/05/2017 1-0-0-0 ADIRO 100MG 0-1-0-0 ALPRAZOLAM 0,5 MG RETARD 1-0-0-0 04/06/2015 Edemas periférico en 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 FOMG COMP MMII 02/08/2016 IDAPTAN ZOMG COMP LATANOPROST 000.1 % COLIRIO LORAZEPAM 1 MG COMP 08/01/2016 SEGURIL 40MG 30 COMP TARDYFERON BOMG GG 1-0-0-0 Polaquiuria 04/08/2015 TOLTERODINA NEO 4MG 1-0-0-0 TRANSTEC 70MCG/H PARCHE

SUSPENDER

ANADIR:

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 dia CRÓNICO	12/11/2013	22/08/2017
272.0	HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	ATORVASTATINA40 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 dia 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 ANGUES ABIERTO	TRANSTEC 70MCG/H 5 PARCHES TRANSDERMICOS	1 PARCHETRANSDERMICO cada 6 días CRÓNICO	04/06/2015	10/05/2017
780.52	OTROS INSOMNIO	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 CULADO DAMATIVO	FOLI-DOCE 28 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada dia CRÓNICO	09/11/2015	02/11/2017
702.	EDEMAS	SEGURIL 40MG 30 COMPRIMIDOS	1 COMPRIMIDO cada 2 días durante 30 días	08/01/2016	21/10/2017
365.1	GLAUCOMA DE ANGOLO 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 FERROPEN SA	FERBISOL 100MG 50 CAPSULAS GASTRORRESISTENTES	1 CAPSULA cada día CRÓNICO	02/08/2016	02/11/2017
411.0	ERTIGOS	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 INCORINA DIA ANAT	1 Envase cada 30 día/s CRÓNICO	19/01/2017	22/08/2017
788.3	INCONTINENCIAURINARIA	TENA FLEX CINTURON TALLA MEDIANA 80U ABSORB INC ORINA NOC ANAT	1 Envase cada 60 día/s CRÓNICO	19/01/2017	02/11/2017
*6	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	BIATAINSILICONA17,5X17,5 CM 10U AP.DEESPUMA POLIURETANO CONSILICONA 17,5X17,5 CM / 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 BORDERLITE 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

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

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

-	Ma	rec	S, V	értigos,	Náuseas,	Anorexia
	_	•				

- Confusión, apatía
- Cansancio, debilidad
- Ánimo decaído / Aislamiento / Depresión

			Fragilidad		
	1-0-0-0		10 111		
GLAUCOMA	DE ANGULO	LUMIGAN 0,1MG/ML COLIRIO 1 FRASCO DE 3ML	1 GOTA OFTALMICA en cada ojo cada día CRÓNICO	02/08/2016	01/08/2017
INCONTINENCIA URINARIA		TENA 80U ABSORB INCORINA DIA ANAT	1 Envase cada 30 día/s CRÓNICO	19/01/2017	22/08/2017
INCONTINENCIAURINARIA		TENA FLEX CINTURON TALLA MEDIANA 80U ABSORB INC ORINA NOC ANAT	1 Envase cada 60 día/s CRÓNICO	19/01/2017	02/11/2017
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
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
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA		MEPILEX BORDER LITE 7,5X7,5 CM 5U AP.DEESPUMA POLIURETANO EXTRAFINO CON SILICONAY BORDE 7,5 X 7,5 / 5 APOSITOS	1 APOSITO cada 3 días durante 30 días	30/03/2017	28/04/2017





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



Problemas de salud de TOMASA



INCONTINENCIA
MIEDO A CAERSE





¿Qué intervención respecto al tratamiento priorizarías?

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



¿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

		Órdenes Médicas DOSIS UNITARIAS Médico /NºCol N°				XXXXXXXXXXX XXXXXXXXX		
					TOMASA			
				Médico /NºCol	N° H	IªCª YYYYYY	Cama ZZZZZ	
Órdenes Médicas DOSIS UNITARIAS Médic		Depart PPP			UUUUUUUUUUUUUU F.		F. Ncto 13/06/1931	
		Médica UUI	ALERGIAS DIAGNOSTICOS	No Conocidas DM, HTA, ANEMIA FERROPENICA, H.		HIPERCOLESTEROLEMIA		
ALERGIAS No Conocidas DIAGNOSTICOS DM. HTA. ANE		FECHA y HORA	PRES	SCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS		FECHA FINAL	ÓRDENES MÉDICAS	
FECHA y HORA		CRIPCIÓ	29/06/2017	SUSPEND	DER ACFOL 5MG			
,	ACFOL:			SUSPEND	DER SEGURIL 40MG 30 COMP			
22/05/2017	ADIRO 1			SUSPEND	DER IDAPTAN 20MG COMP			
	ALPRAZ		MODIFICAR	SUSPENDER AMLODIPINO 10MG COMP			1-0-0-0	
AMLODIPINO 10			ANADIR ENALAPRIL 20MG COMP				1-0-0-0	
ATORVASTATINA		MODIFICAR	TRANSTEC 35 MCG/H PARCHE				1-0-0-0/LJ	
COSOPT 20MG/1			(Reducc	ión dosis gradual según EVA)		2 SEMANAS		
GALVUS FOMG (50MG (AÑADIR	PARACETAMOL 1G OCMP			S/PRECISA
	IDAPTA	U 20MG		ANADIR	PLANTAGO OVATA SOB			1-0-1-0
	LATANO	PROST O						
	LORAZE	PAM 1 M		ADIRO 1	оомб			0-1-0-0
	SEGURI	- 40MG ;		ALPRAZ	OLAM 0,5 MG RETARD			1-0-0-0
	TARDYF	ERON 80	MODIFICAR	ATORVASTATINA 20 MG COMP				0-0-1-0
	TOLTER			COSOPT 20MG/ML + 5MG/ML COLIRIO			1-0-1-0	
	TRANSTE	C 70MC1		GALVUS	50MG COMP			1-0-1-0
4.4 - 1				LATANO	PROST 000,1 % COLIRIO			0-0-1-0
SUSPENDER	TOLTER			LORAZE	PAM 1 MG COMP			0-0-1-0
ANADIR:	OMEPR/	AZOL 201		OMEPR/	AZOL 20MG CAPS			1-0-0-0
			TARDYF	ERON 80MG GG		30/04/2018	1-0-0-0	
l							-	

Órdenes Médica
DOSIS UNITARIA

Departamento/RPMD	XXXXXXXXXXX XXXXXXXXX	XXXXXX XXXXXXXXX	XXX XXXXXXXXX		
PPPPPPPPPPRRRRRRRR	TOMASA	TOMASA			
Médico /NºCol	N° HªCª YYYYYY Cama ZZZZZ	YYYYYY Cama ZZZZZ			
UUUUUUUUUUUUU	F. Ncto 13/06/1931	13/06/1931			

2-2Co-2Ce

No Conocidas						
DM. HTA. ANEMIA FERROPENICA. HIPERCOLECTEROLEMIA						
PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	FECHA FINAL	ÓRDENES MÉDICAS				
1/2 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 1 MG COMP		0-0-1-0				
OMEPRAZOL 20MG CAPS		1-0-0-0				
PARACETAMOL 1G OCMP		S/PRECISA				
TARDYFERON 80MG GG	30/04/2018	1-0-0-0				
ALPRAZOLAM 0,25MG		1-0-0-0				
½ COMP LORAZEPAM 1 MG		0-0-1-0				
11 F => poliFARMACIA						
	DM. HTA. ANEMIA FERROPENICA. H PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS 1/2 COMP METFORMINA 850MG ADIRO 100MG ALPRAZOLAM 0,5 MG RETARD ATORVASTATINA 20 MG COMP COSOPT 20MG/ML + 5MG/ML COLIRIO ENALAPRIL 20MG COMP LATANOPROST 000,1 % COLIRIO LORAZEPAM 1 MG COMP TARDYFERON 80MG GG ALPRAZOLAM 0,25MG 1/2 COMP LORAZEPAM 1 MG	DM. HTA. ANEMIA FERROPENICA. HIPERCOLECTOR PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS FECHA FINAL 1/2 COMP METFORMINA 850MG ADIRO 100MG ALPRAZOLAM 0,5 MG RETARD ATORVASTATINA 20 MG COMP COSOPT 20MG/ML + 5MG/ML COLIRIO ENALAPRIL 20MG COMP LATANOPROST 000,1 % COLIRIO LORAZEPAM 1 MG COMP TARDYFERON 80MG GG ALPRAZOLAM 0,25MG 1/2 COMP LORAZEPAM 1 MG				

TRATAMIENTO ADECUADO A TOMASA

GRACIAS!



@elimarfervil fernandez eli@gva.es