

USO DE LOS MEDICAMENTOS EN PACIENTES ANCIANOS. PAPEL DE LA OFICINA DE FARMACIA

Puras G, Saenz del Burgo L

Atención Farmacéutica. OCW UPV/EHU 2014

2

El envejecimiento no significa inevitablemente falta de salud, sí presenta un factor de riesgo para ello

Los problemas que surgen durante el envejecimiento reducen rápidamente la independencia de un anciano previamente autosuficiente

Uso de los medicamentos en pacientes ancianos

3

1. Definición de anciano
2. Cuáles son las características del envejecimiento
3. Características fisiopatológicas del anciano
4. Implicaciones farmacocinéticas del deterioro fisiopatológico del envejecimiento
5. Grupos farmacológicos más utilizados en pacientes geriátricos
6. Reacciones adversas e interacciones más frecuentes
7. Uso razonable del medicamento en pacientes ancianos
8. Atención farmacéutica en pacientes ancianos

1. Definición de anciano

4

¿Qué es para ti un anciano? ¿Cuándo podemos empezar a utilizar esta denominación?

¿Qué es la tercera edad?

→ Dificultad para la definición de **anciano**

Tendencia a la simplificación: todo el conjunto de población es tratada de igual manera

¿Todos tienen la misma condición social, física, intelectual, económica y sanitaria?

1. Definición de anciano

- ¿Cuál es la esperanza de vida actual en España para hombres y mujeres? 82 en mujeres, 74 en hombres aproximadamente
- Aproximadamente el 15% de la población son mayores de 65 años actualmente en España
 - Ocupan 1/3 camas hospitalarias
 - 75% de las consultas ambulatorias
 - 1/2 son “dependientes”
 - 15% viven solas y son mujeres
 - 3% en residencias
 - 3/4 precisan medicación → elevado gasto farmacéutico

1. Definición de anciano

6

□ Según indicadores demográficos

En los próximos 40 años:

- Seremos uno de los países con mayor envejecimiento
- Aumento de Esperanza de Vida + 5-10 años
- Disminución de la Natalidad
- Los ancianos mayores de **80 años serán más del 10% del total**

2. Características del envejecimiento

7

- ¿Cuándo empieza el declive fisiológico multifuncional?
- Muchas patologías diagnosticadas en personas de mediana edad son un “**adelanto**” en el tiempo de los trastornos que aparecerían en cualquier persona si su longevidad fuera notable.

2. Características del envejecimiento

Alteraciones que son una constante en el anciano:

- Disminución del flujo sanguíneo renal
 - ¿Qué importancia tiene en relación con el uso del medicamentos?
- Disminución de la inmunidad
 - ¿Qué consecuencias puede tener esto?
 - ¿Puede conllevar alguna ventaja diferencial con un adulto joven?
- Disminución del aclaramiento de creatinina
- Disminución de la masa corporal

2. Características del envejecimiento

Alteraciones que son una constante en el anciano:

- Trastornos en el sistema nervioso
 - Por ejemplo: incontinencia urinaria por trastornos del sistema nervioso vegetativo
- Deterioro de la función cardiaca
- Deterioro de la función hepática
 - ¿Consecuencias para la farmacoterapia?

2. Características del envejecimiento

10

Importante reflexionar sobre lo siguiente: ¿Cuál es el comportamiento del anciano respecto a su estado de salud general?

¿Cómo se sienten?

¿Con quién hablan sus preocupaciones?

¿Qué grado de atención reciben por parte de la familia?

¿Cómo cambian sus hábitos al disminuir sus ingresos económicos?

¿Por qué hay un gran exceso de consumo de medicamentos? ¿Soluciones?

2. Características del envejecimiento

11

Desde la atención farmacéutica: **¿Qué podemos hacer?**

Tienden a ocultar los signos o síntomas que le sobrevienen:

- En el mejor de los casos se lo cuenta a la familia: muchas veces lo tratarán con indiferencia
- Convencido de que lo que le sucede es consecuencia lógica de la edad y su obligación es aprender a vivir con ello
- Puede provocar que una patología permanezca sin diagnosticar ni tratar → **ESCUCHAR e INFORMAR**

2. Características del envejecimiento

12

- Atentos a la disponibilidad económica → alteraciones en los hábitos alimenticios → ¿llevan a cabo una **dieta** sana y equilibrada?
- Consumo muy elevado de **medicamentos**:
 - Padecen mucho procesos patológicos que hay que tratar pero sin duda la auto-medicación está muy extendida en nuestro país

3. Características fisiopatológicas

13

INSUFICIENCIA INMUNOLOGICA

- Sist vigilancia del organismo sobre la infección por microorganismos y desarrollo de células tumorales
- Causa: Involución del timo → disminución de ciertos tipos de resp inmune y aumento de fenómenos autoinmunes (>40 años)
- Progresiva, lenta
- No se conoce la causa ni hay tto

3. Características fisiopatológicas

14

INSUFICIENCIA RENAL

- ¿Cómo se define la IR?
- ¿Por qué es importante en cuanto a la adm de M ?
- Alteración en ancianos por deterioro de la masa nefronal con el tiempo
- Enlentecimiento de la velocidad de eliminación de M → incremento de la duración del efecto → ajuste posológico o ...aparición de reac adversas
- ¿Cómo determinamos el grado de funcionalidad renal?

3. Características fisiopatológicas

15

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

- Disminución de la distensibilidad de las vías aéreas y de la caja torácica
 - Disminución de la retracción elástica del pulmón
 - Rigidez de la jaula costal
 - Disminución de la masa muscular
- insuficiencia ventilatoria: elevación de la P_{CO_2}
- Etiología más frecuente: aumento del trabajo respiratorio por desarrollo de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

3. Características fisiopatológicas

16

INSUFICIENCIA CARDIACA

- Disminuye la capacidad de bombear de una forma adecuada
- Dificultad para adaptarse a distintas situaciones (reposo o actividad)
- A veces existe un insuficiencia cardíaca latente enmascarada por el potencial de reserva del corazón → es decir, el corazón trabaja al límite

3. Características fisiopatológicas

17

INSUFICIENCIA HEPATICA

- Importancia transcendental a nivel de metabolismo de F
- Etiología: infecciones, agentes tóxicos, hipoxia, cálculos...
- * Recordad funciones fisiológicas del hígado:
 - Elaboración de bilis
 - Excreción de sustancias por la bilis
 - Desintoxicación mediante conjugación de las sustancias tóxicas
 - Actividad metabólica

4. Implicaciones farmacocinéticas

Con la edad: modificaciones fisiológicas, enfermedades, exceso de prescripciones y alt nutricionales → modificaciones de la absorción, distribución, metabolismo y excreción → modificación de la concentración del F → modificación del efecto farmacológico

4. Características farmacocinéticas

19

Modificaciones a tener en cuenta que pueden tener implicaciones farmacocinéticas

- El pH del estómago aumenta mientras que el flujo sanguíneo a nivel gastrointestinal disminuye
- La cantidad de agua corporal disminuye mientras que el componente lipídico aumenta → mayor distribución de F lípófilos
- Disminución de la concentración de albúmina sanguínea → mayor cantidad de fármaco libre
- Disminución de ciertas reacciones metabólicas a nivel hepático
- Disminución de la excreción a nivel renal

4. Características farmacocinéticas

20

F afectados por modificaciones farmacocinéticas en ancianos: ¿Por qué... → **intenta responder**

- se ve disminuido el Vd de la teofilina o las penicilinas?
- aumenta el Vd del diazepam?
- existe un mayor aclaramiento del ácido acetilsalicílico o el naproxeno?
- se produce un menor aclaramiento metabólico de la teofilina o el propanolol?
- se da una acumulación de F como el alopurinol, la metil-dopa o el nitroprusiato?

4. Características farmacocinéticas

21

- se ve disminuido el Vd de la teofilina o las penicilinas? Porque son F hidrófilos
- aumenta el Vd del diazepam? Porque es un F lipófilo
- existe un mayor aclaramiento del ácido acetilsalicílico o el naproxeno? Por reducción de su unión a albúmina
- se produce un menor aclaramiento metabólico de la teofilina o el propanolol? Porque disminuye la actividad del citocromo P450
- se da una acumulación de F como el alopurinol, la metil-dopa o el nitroprusiato? Por una menor eliminación renal

5. Grupos farmacológicos más utilizados en pacientes geriátricos

22

Libre Dispensación: Analgésicos y antiinflamatorios

- % elevado de pacientes mayores tiene problemas reumáticos → 40% casi la mitad ya recibe tto
- AINE inhibidores de COX-1 y COX-2
 - Selectivos COX-2: toxicidad cardiovascular!
- Problemas: hemorragia gastrointestinal
- Dosis y frecuencias personalizadas (según IR, según dolor)

5. Grupos farmacológicos más utilizados en pacientes geriátricos

23

Libre Dispensación : Analgésicos y antiinflamatorios

- Normas de prescripción:
 - Dosis e intervalos según el umbral de dolor del paciente
 - Primero dosis reducidas, ir aumentando
 - Evitar combinación de analgésicos
 - Vía de administración más adecuada
- F de elección: Paracetamol
- Co-analgésicos: antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivantes, neurolépticos, antagonistas del calcio, corticoides, antihistamínicos

5. Grupos farmacológicos más utilizados en pacientes geriátricos

24

Libre Dispensación : Antiácidos

- Tto pirosis
- Usar: preparados de aluminio o magnesio. Seguros pero a largo plazo:
 - Mg: diarreas → pérdida electrolítica
 - Al: cierta absorción → encefalopatías → no usar si Alzheimer / estreñimiento (fecalomas) y alteración met fosfatos → no usar si problemas óseos
 - Mejor usar asociados
- Evitar bicarbonato: por qué?

5. Grupos farmacológicos más utilizados en pacientes geriátricos

25

Libre Dispensación : Laxantes

- Muy frecuente por cambios dietéticos, inmovilidad, por F (codeína, anticolinérgicos...)
- Problemas: Abuso, dependencia, deshidratación, pérdida de electrolitos
- Evitar los estimulantes
- Recomendar: ejercicio físico, dieta laxante con fibra

5. Grupos farmacológicos más utilizados en pacientes geriátricos

26

Bajo prescripción médica: Cardiotónicos

- Considerar: Disminución del aclaramiento renal + aumento de la sensibilidad cardiaca al F
- Problemas
 - * Alteraciones del ritmo cardíaco (más si + diuréticos)
 - Trastornos neurológicos: cefaleas, confusión o alteraciones del sueño
 - Trastornos gastrointestinales: anorexia, vómitos, diarrea
 - Visión borrosa o alteraciones de la percepción de colores
 - **Confusión con “síntomas de la edad” → Evitar intoxicación digitalica!!**

5. Grupos farmacológicos más utilizados en pacientes geriátricos

27

Bajo prescripción médica: Diuréticos

- Primera línea en el tto de hipertensión arterial en combinación con otros fármacos
- Problemas
 - Trastornos hidroelectrolíticos → debilidad, calambres, confusión, somnolencia, estreñimiento → agravamiento hasta: arritmias (diuréticos que reducen el K^+ especialmente en pacientes con digitálicos)
 - Mayor riesgo de hipotensión ortostática y deshidratación. Causa; Menor reflejo de la sed → fallo renal o deficiencia neurológica

5. Grupos farmacológicos más utilizados en pacientes geriátricos

28

Bajo prescripción médica: Diuréticos

□ Problemas

- Tiazidas: reducción de la tolerancia a la glucosa → hiperglucemia y agravamiento de diabetes

- **VALORAR: trastornos electrolíticos, deshidratación, incidencia de caídas (hipoT), alteraciones glucémicas**

5. Grupos farmacológicos más utilizados en pacientes geriátricos

29

Bajo prescripción médica: Psicofármacos

- Alta incidencia de ansiedad, insomnio, depresión, enfermedades degenerativas → muy utilizados
- Mayor sensibilidad a estos F → ajuste de dosis
- Mayor importancia de reacciones adversas: efectos anticolinérgicos, pérdida de memoria, efectos extrapiramidales, alteraciones ritmo del sueño-vigilia
- Pueden confundirse con alteraciones propias de la edad o se pueden acabar considerando patologías “nuevas”

5. Grupos farmacológicos más utilizados en pacientes geriátricos

30

a. Antidepresivos

- Alto porcentaje de ancianos los necesitan
- ISRS: mejor opción
- Tricíclicos: muchos efectos adversos por aumento de niveles plasmáticos: cardiotoxicidad, hipotensión ortostática, sedación, efecto anticolinérgico (pérdida de memoria)

5. Grupos farmacológicos más utilizados en pacientes geriátricos

31

b. Benzodiazepinas

- Ajuste de dosis necesario por:
 - Disminución del metabolismo hepático
 - Disminución de la excreción renal
 - Mayor sensibilidad de R
- Efectos adversos frecuentes:
 - Sedación
 - Hipotonía muscular → caídas
- Administración de $1/2$ ó $1/3$ de la dosis suele ser suficiente
- El tiempo menor posible

5. Grupos farmacológicos más utilizados en pacientes geriátricos

32

Bajo prescripción médica: Betabloqueantes

- Respuesta irregular por alteración variable en la sensibilidad de los receptores a estos fármacos
- Contraindicados en
 - Diabetes → prolongan la hipoglucemia y suprimen la taquicardia
 - Claudicación intermitente por sus efectos vasoconstrictores → empeora la sintomatología
 - Insuficiencia cardíaca por sus efectos inotrópicos negativos
 - Asma/EPOC → aumenta el broncoespasmo

5. Grupos farmacológicos más utilizados en pacientes geriátricos

33

Bajo prescripción médica: Antagonistas de Calcio

- Perfil adecuado, pocos EA...
- PERO a veces hay que retirar
 - Estreñimiento por verapamilo

Bajo prescripción médica: IECA

- Normalmente bastante seguros
- Riesgo: hiperpotasemia → ojo si tiene insuficiencia renal o tto con diuréticos ahorradores de potasio
- Vigilar creatinina y electrolitos

6. Reacciones adversas e interacciones más frecuentes

34

- ¿Qué factores están implicados en el aumento de la aparición de reacciones adversas en ancianos?
 - *Factores fisiológicos-fisiopatológicos:* alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas → modificación de la respuesta esperable a F
 - *Factores patológicos:* pluripatología. Importante la gravedad y la cronicidad. Más de $\frac{1}{4}$ de pacientes sufre 3 o más enfermedades crónicas
 - *Factores farmacológicos:* la aparición de estas reacciones aumenta con el consumo de F y con la duración del tto.

6. Reacciones adversas e interacciones más frecuentes

35

■ *Factores sociales:*

- Alteraciones de los hábitos dietéticos
- Reacciones ignoradas por convencimiento de que es algo “normal” de la edad como por ejemplo: confusiones o despistes, mareos y somnolencia, alteraciones del equilibrio
- Incumplimiento terapéutico debido a:
 - Dificultades de comprensión
 - Pérdida de memoria, visión o audición
 - Automedicación

6. Reacciones adversas e interacciones más frecuentes

36

- RAM más frecuentes → Intenta buscar 3 grupos de F que puedan provocar estas reacciones adversas
 - Estreñimiento: ...
 - Trastornos extrapiramidales: ...
 - Incontinencia urinaria: ...
 - Estados confusionales: ...
 - Alteraciones de comportamiento (insomnio, pesadillas, sedación, agitación, irritabilidad..): : ...
 - Depresión: ...
 - Caídas: ...

6. Reacciones adversas e interacciones más frecuentes

37

- RAM más frecuentes →
 - Estreñimiento: opiáceos, diuréticos, antg calcio, antiácidos, anticonvulsivantes, benzos, antianémicos
 - Trastornos extrapiramidales: antipsicóticos, anticinetósicos, metoclopramida
 - Incontinencia urinaria: diuréticos, prazosín, b-bloqueantes, litio

6. Reacciones adversas e interacciones más frecuentes

38

- RAM más frecuentes →
 - Estados confusionales: benzodiazepinas, antidepresivos, anticolinérgicos, AINE, corticoides, antihistamínicos
 - Alteraciones de comportamiento (insomnio, pesadillas, sedación, agitación, irritabilidad..): anticolinérgicos, antihistamínicos, opiáceos
 - Depresión: metildopa, levodopa, b-bloqueantes, corticoides
 - Caídas: benzos, antidepresivos, antiH, nitroglicerina

6. Reacciones adversas e interacciones más frecuentes

39

Factores que hacen aumentar el riesgo de producirse interacciones entre la medicación

- Medicación prescrita por distintos médicos
- Falta de mención de colirios o plantas medicinales
- Edad + patologías + polimedicação → riesgo elevado
- Son cuantitativamente frecuentes y más graves
- Atentos con:
 - Anticoagulantes orales
 - Antidiabéticos orales
 - Digoxina
 - Teofilina
 - Inhibidores e inductores enzimáticos (F, alcohol, tabaco...)

Si una respuesta no coincide con la esperado sospechar de interacción
Buscar alternativas cuando sea posible

7. Uso razonable del medicamento en pacientes ancianos

40

Principios básicos

- Replantear cada cierto tiempo las dosis prescritas
- Evitar problemas que lleven al incumplimiento
- Simplificar los ttos y dar información por escrito
- Atención a la aparición de reacciones adversas e interacciones
- Individualizar los ttos en función de otras patologías
- Tratar solo cuando esté indicado, utilizar el menor número de medicamentos posible
- Tener en cuenta la variabilidad biológica
- Establecer el objetivo de tto y evaluar su consecución
- Dosis iniciales bajas y efectuar controles suficientes de los efectos farmacológicos

7. Uso razonable del medicamento en pacientes ancianos

41

Como reglas generales:

- **Trabajar con Prudencia:** no existe el paciente “típico” al que aplicarle el tto “estandar” para que presente una respuesta “normal”
- Comenzar con dosis menores
- Educar al paciente
- Considerar la gran variabilidad entre pacientes y en el mismo paciente con el tiempo → necesario llevar un control y realizar unare-evaluación periódica

8. Atención Farmacéutica

42

- El farmacéutico es un Consultor, educador y consejero en el uso de M y prevención de la enfermedad

“Participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tto, cooperando así con el médico a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. Conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan enfermedades”

- Acuerdo con el paciente
- Cooperación con el médico
- Aceptación de responsabilidad

8. Atención Farmacéutica

43

¿Qué tipo de personas mayores acude a la oficina de farmacia?

Sano, independiente

Ser escuchado

Crónico, independiente

Ser escuchado
Ser informado

Crónico grave,
Dependiente
→ cuidador

Ser escuchado
Ser informado
Control cercano y frecuente

DISPENSACIÓN ACTIVA, CONSULTA Y SFT
EDUCACION SANITARIA, F-VIGILANCIA

8. Atención Farmacéutica

44

¿Qué necesidades tienen estas personas mayores en relación con los medicamentos que utilizan?

¿Cómo deben orientarse la dispensación y la consulta o indicación Farmacéutica para cubrir esas necesidades?

8. Atención Farmacéutica

45

1. DISPENSACION **ACTIVA**

- No esperar a ser consultado, tomar la **iniciativa**
- Verificar:
 - Conoce: El objetivo del tto? Forma de correcta administración? Cantidad? Frecuencia?
 - Que no es inadecuado con el resto de situaciones fisiológicas o patológicas

“Debe ser el acto con el que el farmacéutico trata de garantizar que el uso del medicamento se realiza correctamente →

prevención primaria”

8. Atención Farmacéutica

46

2. CONSULTA O INDICACION FARMACÉUTICA

- Especialidades sin prescripción O consulta sobre un problema de salud y recomendación de un M adecuado

1º Recoger información: sobre la consulta + otros problemas de salud + otros M

2º Evaluar el problema planteado

3º Tomar la decisión:

- Dispensar o no el M (u otro)
- Recomendar medidas no farmacológicas
- Remitir al paciente a otro profesional sanitario

Suficiente información sobre el paciente? Sobre el M solicitado?

Información razonada

8. Atención Farmacéutica

47

2. CONSULTA O INDICACION FARMACÉUTICA

- Aspectos que incluye la actuación del farmacéutico:
 - Indicar la actitud más adecuada para resolver su problema de salud y, si procede
 - Resolver las dudas planteadas
 - Seleccionar un M adecuado
 - Cubrir carencias de información sobre el M que hayan sido detectadas

8. Atención Farmacéutica

48

3. EDUCACION SANITARIA

- Información básica es necesaria para mejorar la adherencia al tto y conseguir minimizar problemas
 - Paciente (o cuidador) debe conocer:
 - Nombre, indicación, posología, modo de empleo, precauciones, contraindicaciones, conservación, reac adversas.
- Transmitir hábitos y estilos de vida beneficiosos

8. Atención Farmacéutica

49

3. EDUCACION SANITARIA

1. Promover la comprensión del anciano (cuidador) del régimen terapéutico
 - ▣ Explicaciones → Comprobar el conocimiento adquirido
 - ▣ Información sobre posibles reac adversas asociadas a cada medicamento → necesidad de informar si los experimentan
2. Persuadirle de desprenderse de M que no utiliza y caducados
3. Disuadir al anciano de:
 - ▣ Compartir medicamentos
 - ▣ Utilizar medicamentos prescritos con anterioridad
 - ▣ Almacenar los M en condiciones inadecuadas

8. Atención Farmacéutica

50

4. FARMACOVIGILANCIA

- Riesgo de la aparición de reacciones adversas aumenta con la edad, bajo peso, polimedicación, automedicación, estrecho índice terapéutico, alteraciones renales o hepáticas
- Detección, registro y notificación → Tarjeta Amarilla
- Determinación de su incidencia, gravedad y relación de causalidad

8. Atención Farmacéutica

51

**RESPONSABILIZARNOS DE LAS NECESIDADES
DE SEGURIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES**

8. Atención Farmacéutica

52

5. SEGUIMIENTO FARMACOTERAP. PERSONALIZADO

¿Qué tipo de problemas relacionados con los M plantean las personas mayores?

- Utilizar M que no necesitan, no utilizar M que si necesitan, no responder al tto, administración de dosis por exceso o defecto, efectos no deseados

Consecuencia de:

Falta de apoyo familiar, bajo nivel cultural, defectos físicos visuales o auditivos

→ Que les lleva a confundirse con el nombre, el color y el envase además de dificultades de interpretación

8. Atención Farmacéutica

53

5. SEGUIMIENTO FARMACOTERAP. PERSONALIZADO

¿Por qué pueden detectarse estos problemas en la OF?

- Sabemos si abusa de M, no los toma o duplica ttos, desconfía o no sabe utilizarlo
- Disponemos la información de todos los M: identificar contraindicaciones e interacciones
- Nos explican más que a los médicos, por olvidos, por nervios, por no considerarlo importante

8. Atención Farmacéutica

54

5. SEGUIMIENTO FARMACOTERAP. PERSONALIZADO

- *“Historia farmacoterapéutica”*: información de M y patologías (sin olvidar fitoterapia, homeopatía), estilos de vida, datos psicológicos y sociales
→ evitar la aparición de “síndromes geriátricos”
- Detección, prevención y resolución de problemas de forma continuada, sistemática y documentada
- Sin invadir competencias! → asistencia multidisciplinar

8. Atención Farmacéutica

55

5. SEGUIMIENTO FARMACOTERAP. PERSONALIZADO

¿Cómo podemos desde la OF aumentar el estado de bienestar de los ancianos?

- Identificar sanos vs enfermos, dispensación activa y consulta
- Promocionar la salud, prevención de enfermedades e incumplimiento terapéutico: educación sanitaria
- Mejora de la seguridad y eficacia de los M: seguimiento FT y Fvigilancia

8. Atención Farmacéutica

56

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS

Medidas higiénico-dietéticas

- Higiene personal: lavado, secado, zonas donde incidir, cuidados inherentes a la patología...
- Potenciar los auto-cuidados y la independencia → mantenimiento de la auto-confianza y la seguridad en sí misma
- Recomendaciones a cerca de la instauración de barandillas, asientos, agarradores, peines...adaptados

8. Atención Farmacéutica

57

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS

Medidas higiénico-dietéticas

- Dieta: HTA, diabéticos...
 - Principalmente problemas de malnutrición
 - Muchos problemas de deglución, mal ajuste de la dentadura...
 - Falta de vida social: comer solo, cocinar para uno....
Comen poco, mal y solo lo que les gusta → falta de equilibrio
 - Disminuir la soledad*, TV, instruir sobre la importancia de la

8. Atención Farmacéutica

58

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS

Medidas higiénico-dietéticas

- Ejercicio: paseo, golf, natación...
 - Conocer sus beneficios: Ayuda a prevenir: osteoporosis, sedentarismo, estreñimiento, depresión, soledad...
 - En función de la edad, la patología
 - Se sentirá más ágil, seguro

8. Atención Farmacéutica

59

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS

□ Caídas

■ Causas

- Factores de riesgo intrínsecos: alteraciones físicas, problemas de visión, alteraciones equilibrio, dificultad para andar
- Factores extrínsecos: elementos de la vivienda, vía pública o medios de transporte

■ Consecuencias:

- Lesiones físicas
- Lesiones emocionales → síndrome postcaída
- Hospitalización
- Institucionalización

8. Atención Farmacéutica

60

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS

□ Caídas

■ Prevención desde la OF

- Visión: revisión periódica: ajuste, cataratas, tensión ocular...
- Audición: revisión: tapones de cera, audífonos
- Pies: deformidades como callos, calzado antideslizante, bastón
- Dieta: malnutrición o sobrepeso dificultan el movimiento
- Revisar la medicación
- Acondicionamiento de la vivienda: iluminación, en la cocina, en el baño, en toda la casa

■ Evitar la sobreprotección → evitar sind post-caída

8. Atención Farmacéutica

61

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS

- Estreñimiento
 - Educación:
 - Dieta rica en fibra y líquidos
 - Ejercicio regular

8. Atención Farmacéutica

62

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS

- Úlceras por presión por inmovilidad en zonas de prominencias óseas.
 - Disminución del riego (inmovilidad, obesidad...)
 - Disminución de la capacidad de regeneración tisular (estado nutricional, T^a...)
 - Disminución de la sensibilidad de la zona (diabetes, cáncer...)

8. Atención Farmacéutica

63

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS

- Úlceras por presión por inmovilidad en zonas de prominencias óseas. **Prevención**
 1. Higiene del paciente y de su ropa, también la de la cama (sin arrugas)
 2. Cambiar la postura
 3. Aplicar masajes hidratantes constantes
 4. Utilizar cojines, separadores de piernas, taloneras
 5. Limpiar la úlcera correctamente
 6. Prevenir la aparición de infecciones

8. Atención Farmacéutica

64

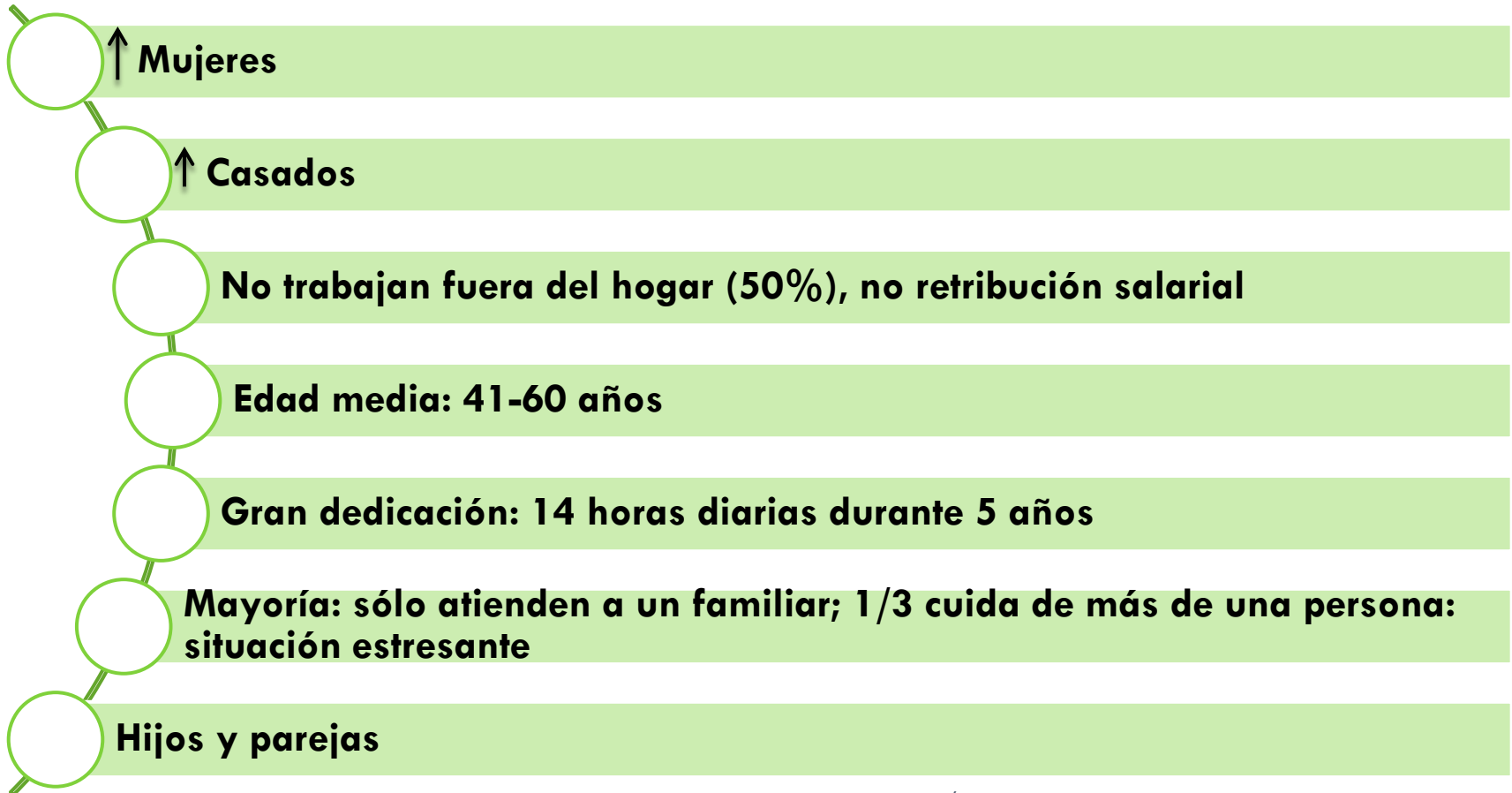
EL CUIDADO DE LOS CUIDADORES

- El cuidado de los cuidadores
 - Problemas físicos, emocionales, económicos y familiares
 - Soluciones ?????
 - Centros de día
 - Programas de respiro familiar
 - Teleasistencia
 - Ayuda doméstica
 - ...

8. Atención Farmacéutica

65

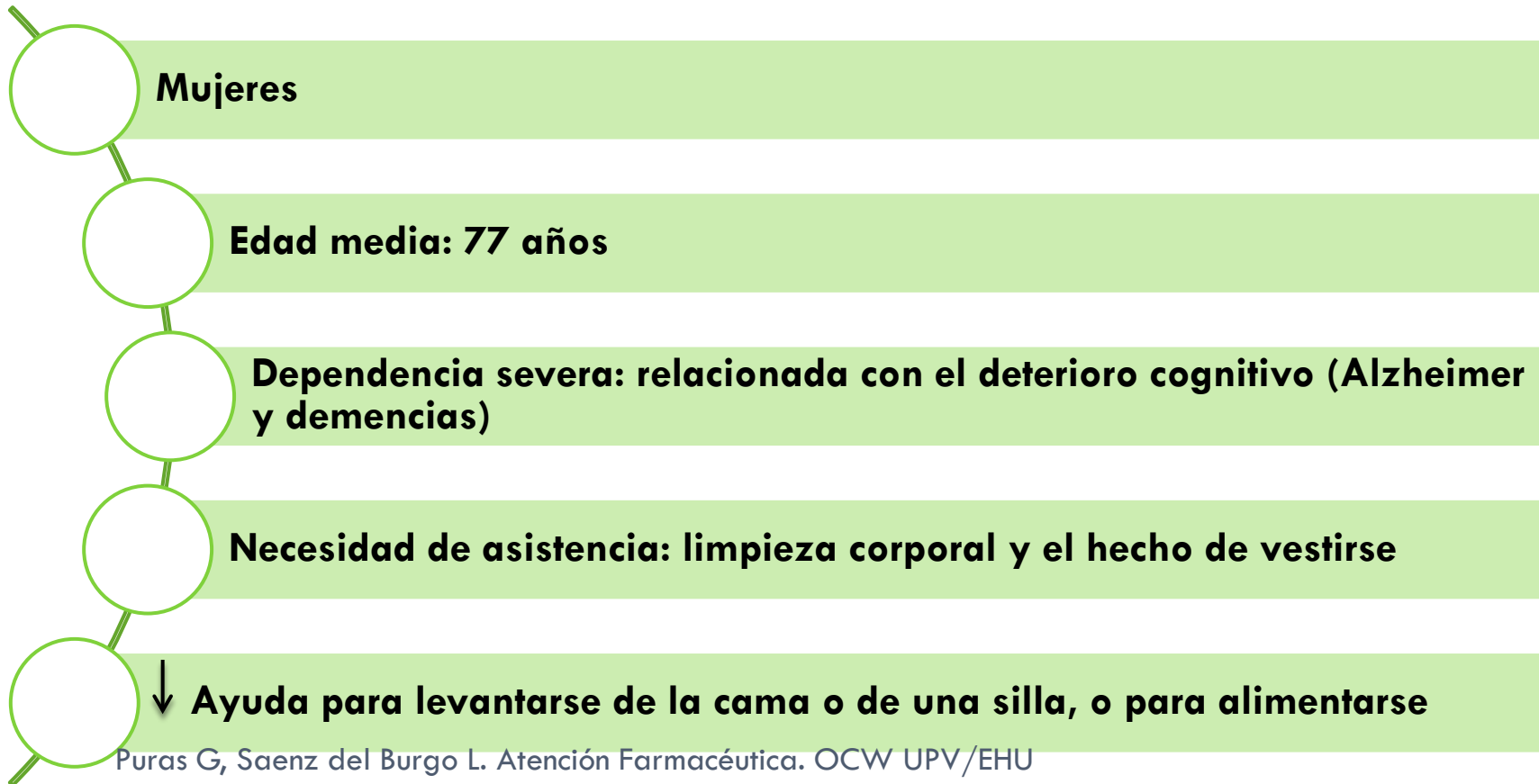
CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES



8. Atención Farmacéutica

66

CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES



8. Atención Farmacéutica

67

EL ESTRÉS DEL CUIDADOR

- Gran cantidad de tareas → desbordan al cuidador
- Tareas cambiantes → situación de estrés crónico
- **¿Adaptación o proliferación del estrés?**
 - Progresivo deterioro o desgaste → familiar mayor se va deteriorando
dependencia del mayor ↑ → ↑ malestar del cuidador
 - Adaptación gracias a la experiencia: estabilización o mejoría conforme pasa el tiempo

8. Atención Farmacéutica

68

LOS EFECTOS DE CUIDAR

- Además de ver restringido su tiempo libre, las actividades de ocio, su vida social y de tener dificultades en la vida familiar y laboral, ven alterada su propia salud
- ❖ Índole **emocional**: sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión
- ❖ Índole **física**: fracturas y esguinces, problemas osteomusculares

8. Atención Farmacéutica

69

1. REPERCUSIONES SOBRE LA SALUD FÍSICA

La mayor parte de cuidadores experimentan algún problema físico :

- Dolores de cabeza y cansancio : 7/10
- Trastornos del sueño
- Problemas osteomusculares
- Reducción o abandono del ejercicio físico
- Ahogos
- Fracturas y esguinces

8. Atención Farmacéutica

70

2. REPERCUSIONES EMOCIONALES

- Problemas de estado de ánimo: 1/3
- Altos niveles de depresión
- Sobrecarga
- Ansiedad: 3/4
- Duelo anticipatorio: sentimientos de negación, ira, depresión, y aceptación de la realidad.

8. Atención Farmacéutica

71

3. *REPERCUSIONES SOCIALES Y FAMILIARES*

- Conflictos y tensiones con el resto de familiares
- Vida cotidiana se encuentra afectada: tiempo libre, vida social y relación en pareja
- Desacuerdo del cuidador principal con el grado de interés y atención que prestan al paciente el resto de los miembros de la familia
- En ocasiones el cuidador es criticado y no recibe apoyo del grupo familiar

8. Atención Farmacéutica

72

4. *REPERCUSIONES POSITIVAS*

- Los aspectos positivos y negativos del cuidado de un enfermo no son dos elementos contrapuestos e incompatibles
- Se captan elementos positivos en el proceso del cuidado
- Sienten que han crecido como personas

8. Atención Farmacéutica

73

Servicios de apoyo formal

Programas educativos

**PROGRAMAS Y
SERVICIOS DE
APOYO A
CUIDADORES**

Grupos de ayuda mutua

Intervenciones
psicoterapéuticas

8. Atención Farmacéutica

74

QUÉ INFORMACIÓN PODEMOS DAR A LAS FAMILIAS: AYUDAS

Servicios comunitarios (Centros de día, ayuda a domicilio, estancias temporales en residencia...)

OBJETIVO: Tiempo libre para actividades de ocio

8. Atención Farmacéutica

75

QUÉ INFORMACIÓN PODEMOS DAR A LAS FAMILIAS: AYUDAS

Intervención psico-terapéutica

OBJETIVO: mejorar el estado emocional, manejo adecuado del estrés, mejora de los síntomas, menos sufrimiento

8. Atención Farmacéutica

76

QUÉ INFORMACIÓN PODEMOS DAR A LAS FAMILIAS: AYUDAS

Grupos de ayuda mutua

OBJETIVO: intercambio de ideas y estrategias con otros cuidadores

8. Atención Farmacéutica

77

QUÉ INFORMACIÓN PODEMOS DAR A LAS FAMILIAS: AYUDAS

Programas educativos

OBJETIVO: Dar seguridad al cuidador, reducir incertidumbre

8. Atención Farmacéutica

78

CONSEJOS-INFORMACION

□ Insomnio

■ Recomendaciones:

- Horario regular
- Ambiente adecuado
- Eliminar excitantes
- No ponerse nervioso
- Eliminar temores

■ Posibilidad de prescripción farmacológica en función de la causa

8. Atención Farmacéutica

79

CONSEJOS-INFORMACION

- Incontinencia urinaria
 - Hacer entender que no es vergonzante, que no es el único, que hay soluciones o medidas paliativas, que no tiene por qué convivir con ello porque sí
 - Acudir al médico:
 - A veces es consecuencia de un tto → fácil solución
 - Diagnóstico adecuado → tto
 - Absorbentes

8. Atención Farmacéutica

80

CONSEJOS-INFORMACION

- Incontinencia urinaria
 - Tto farmacológico: anticolinérgicos y estrógenos
 - Ejercicios del suelo pélvico ← debilitamiento de los músculos de la zona en mujeres
 - Educación de la micción: establecer un horario de los problemas y adelantarse a ellos, disminuir la ingesta de líquidos a ciertas horas, evitar la ropa ajustada
 - Absorbentes de incontinencia: tipo compresa (grados de absorción, tamaños), pañales

8. Atención Farmacéutica

81

CONSEJOS-INFORMACION

- **Cumplimiento-adhesión al tto**
 - **Causas de falta: polimedicación, edad avanzada, falta apoyo, bajo nivel cultural, demencia, regímenes posológicos complejos, defectos visuales o auditivos, forma farmacéutica inadecuada**

8. Atención Farmacéutica

82

CONSEJOS-INFORMACION

❖ TIPOS DE NO ADHERENCIA

1) **Incumplimiento esporádico:**

Incumple de forma ocasional (olvido de tomas)

2) **Incumplimiento secuencial**

El tratamiento se deja durante periodos de tiempo en los que se encuentra bien pero lo restaura cuando aparecen síntomas (tratamientos crónicos)

3) **Incumplimiento de bata blanca**

Se adhiere solo cuando está cercano una visita médica (análisis, tomas de tensiones...)

8. Atención Farmacéutica

83

CONSEJOS-INFORMACION

■ Cómo mejorar?

1. Entrevista: detectar indirectamente lo que sabe
2. Conocer lo que piensa sobre la terapia: + ó –
3. Aumentar la frecuencia de comunicación
4. Dar información sobre la medicación: que entienda el porqué de la posología o el efecto de los alimentos
5. Evitar tecnicismos
6. Buscar ayuda de los familiares
7. Desarrollar cronogramas para adaptar la terapia a la vida del paciente: no ser esclavo del medicamento
8. Evaluar periódicamente los resultados y corregir errores

8. Atención Farmacéutica

84

- **Cómo mejorar?**
 - **Simplificación del tratamiento**
 - **Facilitar la identificación de medicamentos**
 - Función
 - Recortes
 - Pegatinas
 - Pictogramas
 - **Sistemas personalizados de dosificación (SPD)**
 - Pastilleros
 - Blisters

8. Atención Farmacéutica

85

□ Cómo mejorar?

■ Intervenciones de refuerzo conductual

- Llamadas telefónicas recordatorias y de seguimiento
- Mensajes de texto
- Recompensa tangible por la consecución de objetivos

■ Combinación de intervenciones

- Combinar la educación sanitaria + recordatorios
- Intervenciones comunicativas + SPD

8. Atención Farmacéutica

86

- **Cómo mejorar? DAC: dispositivos de ayuda al cumplimiento**
 - Aumentan la adhesión, disminuyen los errores, facilita la labor de la familia-cuidadores
 - Tipos de paciente → sistemas diferentes
 - terminales-encamados o parados sin ocupaciones: NOMAD o VENALINK: celdas semanales con días y tomas
 - parados activos o activos laboral o socialmente: MEDIPACK similar pero en cajitas móviles para llevar
 - * Necesario consentimiento por escrito del paciente e informe médico completo