



Imagen de D Sharon Pruitt <https://www.flickr.com/photos/pinksherbet/>

**Guía de apoyo y consulta para el paciente
polimedicado y su cuidador**

El **P**^{2.0} Polimedicado

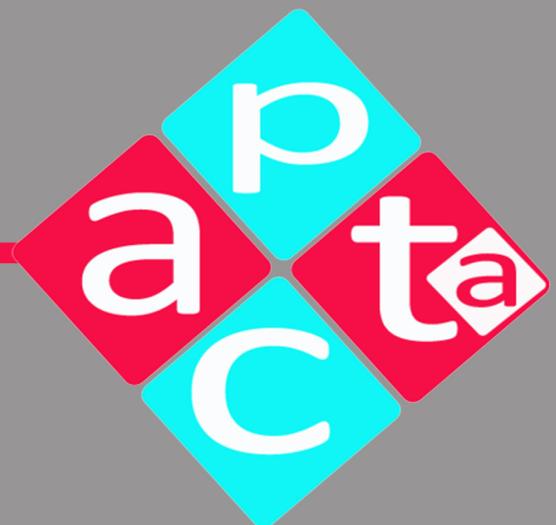
mucho más que medicamentos

Coordinado por:
Myriam Gallego Galisteo
Especialista en Farmacia Hospitalaria

Con la colaboración de:



EXCMO. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
DE CÁDIZ





AGRADECIMIENTOS

A cada uno de los autores que han participado en la creación de este libro por su entrega, confianza y motivación a pesar de las condiciones ásperas que vive en la actualidad un profesional sanitario ante una Sanidad Pública enferma. Ha sido un placer trabajar con un equipo tan profesional y humano,

A Inma por sembrar en mi la semilla de este trabajo y su dedicación desde que nos embarcamos en los primeros trabajos de atención al paciente polimedicado.
Gracias compañera.

A Eles y Alberto por su entusiasmo, dedicación y esfuerzos para darle armonía a un trabajo de tantas manos.
Gracias amigos.

A Carlos, por tenderme la mano en cada proyecto y darle sentido, forma y calidad a todas mis ocurrencias e inquietudes.
Gracias mi vida.

Y por último quiero darle las gracias al alma de este trabajo, a mi abuelo, por mostrarme el auténtico sentido de la sanidad, el paciente.

Gracias a todos.

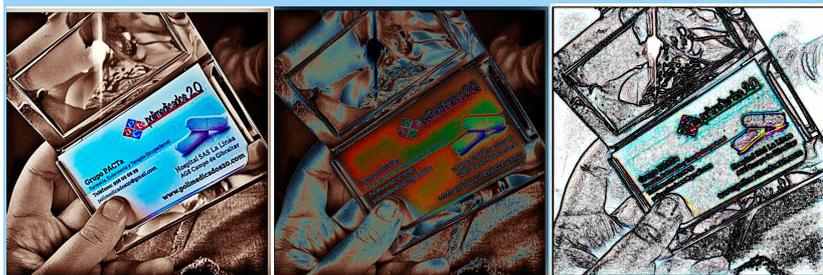
Myriam Gallego Galisteo

Esta publicación ha sido creada por profesionales sanitarios y está dirigida a pacientes, personas cuidadoras y profesionales sanitarios con fines formativos.

Esta publicación no tiene fines lucrativos y no se venderá en librerías.

ISBN: 978-84-697-0705-0
1ª Edición Junio 2014

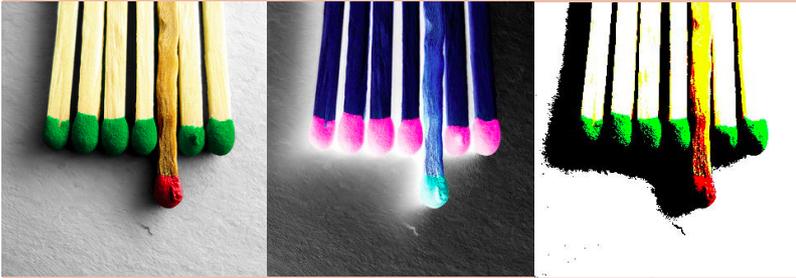
El Polimedicado 2.0



Guía de apoyo y consulta
para el paciente
polimedicado y su cuidador



El Polimedicado 2.0



Índice de Contenidos

PRÓLOGO	IX
RELACIÓN DE AUTORES	XIII
BLOQUE I: EL PACIENTE POLIMEDICADO	
1. El paciente polimedicado	3
2. El cuidador	9
BLOQUE II: LA TERAPIA CRÓNICA	
3. El paciente polimedicado en Atención Primaria	17
4. El paciente polimedicado en el Servicio de Urgencias	27
5. El paciente polimedicado hospitalizado	35
6. Manejo de la medicación en domicilio	45
7. La Adherencia y el Cumplimiento Terapéutico	57
8. Medicamentos de especial prescripción y dispensación: medicamentos de uso hospitalario, visados, etc.	67
BLOQUE III: NECESIDADES BÁSICAS DEL PACIENTE EN DOMICILIO	
9. Comunicación	79
10. Aseo y movilización	88
11. Actividad Física	98
12. Alimentación y nutrición artificial	110
13. Eliminación	124
14. Sueño	134
15. Respiración y terapia respiratoria domiciliaria	142
BLOQUE IV: CUIDADOS AVANZADOS	
16. Riesgo de Caídas	152
17. Manejo y prevención de úlceras por presión	160
18. Manejo del Dolor	170
19. Prevención de infecciones por sonda vesical	182
20. Manejo de dispositivos inhaladores y aerosolterapia	190
21. Manejo de Insulinoterapia	202
22. Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular	212
23. Manejo de administración por sonda de alimentación	222
24. Salud bucodental	232
BLOQUE V: RELACIÓN CON EL ENTORNO	
25. Escuela de pacientes	242
26. Redes Sociales y el paciente polimedicado	254
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	264

PRÓLOGO

Nos encontramos ante una guía rigurosa, bien diseñada, bien estructurada y minuciosa, que se erige como soporte fundamental para la ayuda al cuidado de los pacientes polimedicados.

Está pensada, solidariamente, para mejorar la calidad de vida de estas personas y de sus cuidadores, por ellos y para ellos.

Farmacéuticos, médicos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y odontólogos, algunos miembros del PACTA (plan de adherencia y conciliación terapéutica), trascienden la multidisciplinariedad, aportando como nuevo valor añadido la transdisciplinariedad cooperativa, de la que solo los profesionales más preparados en sus disciplinas sacan rendimiento, al despojarse de sus corsés corporativos, trascendiendo con ciencia y arte hacia lo humano, lo conveniente y lo razonable para regalarnos esta excelente guía de apoyo y consulta.

Los autores han sabido plasmar en esta guía el profundo respeto por las personas a las que se dirigen, considerando a los pacientes y a sus cuidadores protagonistas de todo el proceso de cuidar, haciendo asequible la complejidad de los problemas concomitantes que afectan a los pacientes polimedicados y a sus necesidades, tomando como referencia el de la polimedicación y sobrepasando hasta el “más allá de los medicamentos”.

Sin duda una aportación valiosísima, que ha sido posible gracias al esfuerzo y entusiasmo desinteresado de los profesionales que lo firman.

Enhorabuena a todos.

Rafael Campos Arévalo
Presidente del Colegio de
Enfermería de Cádiz



El Polimedicado 2.0



Relación de Autores

José Angel Alonso González

Diplomado Universitario en Enfermería: E.U. Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz. Experto Universitario en Nutrición artificial y ambulatoria, UNED. Enfermero asistencial en Centro Cardiológico Monzino (Milan). Enfermero asistencial en Hospital Barlavento Algarvio (Portimao). Actualmente enfermero asistencial UGC Medicina Interna en Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar.

José Ramón Ávila Álvarez

Licenciado en Farmacia por la Universidad de Sevilla. Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen Macarena. Miembro del Grupo de Trabajo del Uso Seguro del Medicamento en el entorno Hospitalario. Comité Operativo de la Estrategia de Seguridad del Paciente. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Participó en la elaboración de Buenas Prácticas en el Uso de Medicamentos del Observatorio de Seguridad del Paciente.

María Teresa Calleja Ávila

Diplomada Universitaria Enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de Córdoba (2000-2003). Master de Farmacoterapia para Enfermería impartido por la Facultad de Enfermería y Podología de la Universidad de Valencia. Experto Universitario en Nutrición, Salud y Alimentos Funcionales, impartido por la UNED. Experto Universitario en Enfermería Geriátrica, impartido por la UNED.

Desde el año 2003 trabaja como enfermera en el Hospital Reina Sofía (Córdoba).

Mercedes Calleja Urbano

Diplomada en Terapia Ocupacional por la Universidad de Granada (2009) con gran experiencia y formación en pacientes geriátricos y con demencias, y en la intervención práctica para la obtención de independencia en las AVD.

Además, es Auxiliar de Enfermería con experiencia en el trato con pacientes polimedicados así como sus cuidadores.

Autora de diversos trabajos científicos relacionados con los pacientes crónicos y de alta dependencia.

Investigadora colaboradora en el Programa PACTa responsable de la educación sanitaria y autocuidados al alta hospitalaria del paciente polimedicado.

Andoni Carrión Jiménez

Diplomado Universitario en Enfermería: E.U. Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz. Supervisor Unidad de Gestión Clínica de Especialidades Médicas. Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar. Master Universitario en Gestión de Enfermería por la UNED. Experto Universitario en Cuidado de Heridas Crónicas y Úlceras por Presión por la Universidad de Cantabria

Acreditación nivel Experto por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

El Polimedicado 2.0

Pedro Díaz de Souza

Licenciado en Medicina y Cirugía General Especialista en Medicina Interna y Facultativo Especialista de Área de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital SAS La Línea (Cádiz). Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar.

Rosa Lidia Escalona Prieto

Diplomada Universitaria en Enfermería: E.U. Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz. Experto Universitario Crecimiento celular y Cáncer, Biotecnología aplicada a los alimentos y Enfermería Legal y Forense.

Con experiencia laboral en Atención Primaria y Atención Hospitalaria desde el año 2002, trabajando hasta la fecha en el Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital SAS La Línea. Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar

Armando Falces Sierra

Licenciado en Medicina y Cirugía. Estudios de Tercer Ciclo obteniendo la suficiencia investigadora, correspondientes al Programa de Doctorado "Medicina Interna" impartido por el departamento Medicina de la Universidad de Granada. Especialidad en Neumología. Realiza mediante convocatoria nacional M.I.R. en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Facultativo Especialista de Área (F.E.A.) de Neumología del Hospital SAS La Línea, Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar, Cádiz, desde 1997.

Inmaculada Fernández López

Diplomada Universitaria en Enfermería: E.U. Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz. Enfermera asistencial Unidad de Gestión Clínica Medicina Interna. Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar. Investigadora colaboradora desde Noviembre 2012 en el proyecto "Adherencia e Información Farmacoterapéutica en el paciente polimedicado" en el Hospital SAS La Línea realizado por la UGC Farmacia y Medicina Interna. Responsable de la entrevista clínica y Conciliación al ingreso del paciente polimedicado.

Macarena Flores Dorado

Doctora en Farmacia, Máster en Atención Farmacéutica, Experto en Seguimiento farmacoterapéutico, Experto en Ensayos Clínicos. Profesora en la Universidad de Granada. Máster en Atención Farmacéutica edición Internacional, Guatemala. Máster en Seguimiento Farmacoterapéutico. Experto Universitario en Seguimiento Farmacoterapéutico. Máster de Atención Farmacéutica. Miembro del grupo de investigación en Atención Farmacéutica (GIAF-CTS-131). Investigador colaborador, Proyecto Financiado (SAS) "Seguimiento Farmacoterapéutico Integral de pacientes en el Sistema Sanitario". Premios de investigación III y IV Convocatoria de los Premios Chiesi a la Investigación para Farmacéuticos de Atención Primaria. Farmacéutica de Atención Primaria en el Área de Gestión Sanitaria Cádiz Norte (Cádiz).

Myriam Gallego Galisteo

Licenciada en Farmacia por la Universidad de Sevilla. Especialista en Farmacia Hospitalaria en 2012 realizada residencia en el Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar. Máster en Nutrición Clínica. Universidad de Granada (Febrero 2012). Máster en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada (Septiembre 2011).

Doctoranda en la Universidad de Granada en el Programa de Medicina Clínica y Salud Pública con el proyecto Plan Farmacoterapéutico Coordinado al Alta Hospitalaria.

Actualmente Técnico Superior de la Fundación para la Gestión de la Investigación Biomédica de Cádiz para el desarrollo y coordinación del Proyecto PACTa (Plan de Adherencia y Conciliación Terapéutica) en el Hospital SAS La Línea (Cádiz) y farmacéutica adjunta en Oficina de Farmacia Comunitaria.

Dulce Guerra Estévez

Licenciada en Farmacia. Facultad de Farmacia. Sevilla

Actualmente en Periodo de Formación como Farmacéutico Interno Residente en Farmacia Hospitalaria. Hospital Punta de Europa (Algeciras) y Hospital La Línea (La Línea de la Concepción). Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar.

Formación en Farmacia Clínica. Barcelona. 2014

Jesús Baltasar González Rubiño

Diplomado en Fisioterapia, en la Universidad de Granada 2005. Licenciado en Antropología Social y Cultural. UNED. Agosto 2012. Experto Universitario en Promoción de Salud de la Comunidad. UNED. Madrid 2007. Experto Universitario en Intervención de Calidad de vida en personas mayores. UNED. Madrid 2007.

Trabajó en la Unidad Móvil de Fisioterapia y Rehabilitación de la Línea de la Concepción (Atención Primaria. Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar). 2006

Actualmente, es fisioterapeuta de la Unidad del Linfedema del Campo de Gibraltar (Atención Primaria. Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar). 2006-2014

Nuria Infante Chacón

Diplomada Universitaria en Enfermería, Escuela Universitaria de Ciencias de la salud de Algeciras 1997-2000. Experta Universitaria en Biotecnología aplicada a los alimentos, UNED. Experta Universitaria en Nutrición artificial y ambulatoria, UNED. Experta Universitaria en Fundamentos de Nutrición Comunitaria UNED.

Desde 2010 DUE de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna Hospital de la Línea (Cádiz). Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar.

El Polimedicado 2.0

María Ángeles López Martínez

Diplomada Universitaria en Enfermería, Escuela Universitaria de Ciencias de la salud de Algeciras. Experta Universitaria en Estadística aplicada a las ciencias de la salud. Experto Universitario en Crecimiento celular y cáncer. Experto Universitario en Nutrición artificial ambulatoria y domiciliaria. Formación en Fundamentos de Gerontología y Geriatría, Cuidados Paliativos y Manejo de la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

Desde 2006 DUE de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna Hospital de la Línea (Cádiz). Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar.

Bárbara Marmesat Rodas

Licenciada en Farmacia. Universidad de Sevilla. 2001-2006

Farmacia Hospitalaria. Hospital Punta Europa (Algeciras). Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar.

Master Oficial en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. 2011-2013.

Título de Investigación Tutelada, obtenido con el proyecto: "Impacto de una intervención multidisciplinar en discrepancias de la terapia crónica del paciente polimedicado"

Investigadora colaboradora en el Programa PACTa, responsable del seguimiento domiciliario del paciente.

Publicaciones nacionales e internacionales en el entorno de la adherencia e información farmacoterapéutica en el paciente polimedicado.

Eloísa Márquez Fernández

Licenciada en Farmacia en la Universidad de Sevilla. Especialista en Farmacia Hospitalaria desarrollada en el Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar (Hospital Punta de Europa (Algeciras) – Hospital S.A.S. La Línea (La Línea de la Concepción, Cádiz). Máster en Atención Farmacéutica por la Universidad de Granada desde 2012.

Actualmente contratada por la Fundación para la Gestión de la Investigación Biomédica de Cádiz para la participación en la implantación del Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) en el Hospital Punta Europa de Algeciras, y farmacéutica adjunta en Oficina de Farmacia Comunitaria.

Rocío Mena Rosado

Diplomada Universitaria en Enfermería en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Cádiz. 1993. Curso de Aptitud Pedagógica del Profesorado de Enseñanza Secundaria. 1995. Desde 1993 ejerce como Diplomada Universitaria en Enfermería en el Hospital SAS de La Línea. Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar.

Diego Luis Miragaya García

Licenciado en Medicina y Cirugía. Universidad de Granada. 1988. Especialista en Medicina Interna en 1993. Doctor en Medicina Cum Laude. Universidad de Cádiz. 1995. Desde 1997 Facultativo Especialista de Área de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital SAS La Línea (Cádiz). Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar.

Araceli Moreno García

Diplomada Universitaria en Enfermería. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Cádiz. Experto Universitario en Estadística aplicada a las ciencias de la salud. UNED. Experto Universitario en Crecimiento celular y cáncer. UNED. Experto Universitario en Nutrición artificial ambulatoria y domiciliaria. UNED. Desde el año 2003 hasta la fecha desempeña su labor como enfermera en la UGC de Medicina Interna del Hospital SAS LA Línea. Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar

Pablo Núñez Arcos

Licenciado en Odontología. Universidad Alfonso X El Sabio. 2007. Master en Odontología Familiar y Comunitaria. Universidad de Sevilla. 2011-2013. Experto Universitario en Salud Bucodental Comunitaria. Universidad de Sevilla. 2012. Profesor asociado en el Master en Odontología Familiar y Comunitaria. Universidad de Sevilla. Profesor asociado en el curso de Experto Universitario en Salud Bucodental Comunitaria. Universidad de Sevilla. Profesor asociado en el curso de Experto Universitario en Gestión de Servicios Sanitarios Odontológicos. Universidad de Sevilla. Director del proyecto dental "Volver a reír" del programa municipal del Ayuntamiento de Sevilla. Investigador colaborador de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla.

Carlos Núñez Ortíz

Diplomado en Enfermería por la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Cádiz. Enfermero asistencial UGC Medicina Interna. Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar. Master Universitario en Gestión de Enfermería por la UNED. Experto Universitario en Cuidado de Heridas Crónicas y Úlceras por Presión por la Universidad de Cantabria. Master TIC y Enfermería por la Universidad de Barcelona IL3 Acreditación nivel Experto por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Investigador colaborador en el Programa PACTa, responsable de herramientas 2.0 y comunicación con el paciente polimedcado.

Juan Alberto Puyana Domínguez

Diplomado en Enfermería por la Universidad de Cádiz (1995). Experto Universitario en Crecimiento Celular y Cáncer y en Biotecnología aplicada a los alimentos. Miembro del Comité Científico Permanente de la Revista Sanitaria de CSIF Andalucía, es autor de múltiples trabajos científicos especialmente dirigidos al campo de la Geriatría, las demencias y los pacientes crónicos de alta dependencia.

El Polimedocado 2.0

Antonio Andrés Quesada Sanz

Licenciado en Farmacia por la Universidad de Granada. Facultativo Especialista en el Área de Microbiología Clínica. Doctor en Farmacología por la Universidad de Granada. Actualmente, PhD investigador en la Universidad Técnica de Ambato (Ecuador) desarrollando diversos proyectos relacionados con las infecciones del tracto urinario (ITU), la prevención de infecciones de transmisión vertical, así como, del control y prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de antimicrobianos.

María Paz Quesada Sanz

Licenciada en Farmacia. Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada en 1999. Desde 2004 Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Carlos Haya. Málaga. Experto Universitario en Nutrición Artificial y Domiciliaria. UNED. 2007. Máster Universitario en Farmacia Oncológica. Universidad de Valencia. 2008
Desde 2005 Facultativo Especialista de Área de Farmacia Hospitalaria en el Hospital Punta Europa (Algeciras). Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar.

Juan José Ramos Báez

Licenciado en Farmacia en la Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife). Especialista en Farmacia Hospitalaria desarrollada en el Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar (Hospital Punta de Europa (Algeciras) – Hospital S.A.S. La Línea (La Línea de la Concepción Cádiz). Máster en Atención Farmacéutica por la Universidad de Granada desde 2012 con la obtención Título de Investigación Tutelada con el proyecto: Conciliación de la medicación al ingreso hospitalario en el Servicio Cirugía General y Digestiva

Formación en el desarrollo del trabajo farmacéutico en el servicio de urgencias en el Hospital universitario de Gran Canaria Dr Negrín con posterior aplicación en el Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar .

Sara Raposo Correa

Licenciada en Odontología en la Universidad de Sevilla en el año 2000. Experto Universitario en Seguridad del Paciente. UNED. 2014.

Formación en Calidad Percibida en una Unidad de Salud Bucodental para personas con Discapacidad, en Factores asociados a la caries dental en adultos mayores de 60 años: análisis de la caries coronaria y radicular, en Salud Pública Oral y Tratamiento odontológico integrado en el paciente anciano; influencia de la esas y patología sistémica.

Actualmente dentista de atención primaria en activo en el Servicio Andaluz de Salud.

Rosa Rodríguez Cardoso

Diplomada Universitaria en Enfermería. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Cádiz. Enfermera asistencial Unidad de Gestión Clínica Medicina Interna. Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar. Experto Universitario en Cuidado de Heridas Crónicas y UPPs por la Universidad de Cantabria

Rocío Sánchez Martín

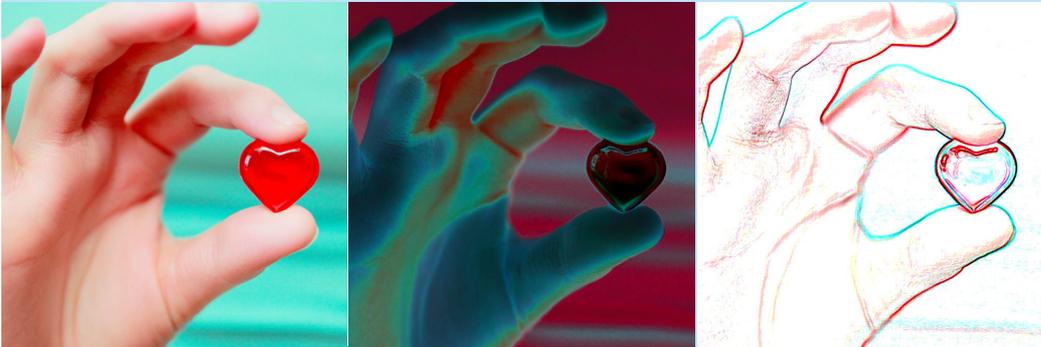
Diplomada Universitaria en Enfermería en la Escuela Ciencias de la Salud de Algeciras. Ha realizado trabajos científicos como para el análisis del riesgo de caídas en el paciente anciano y análisis de medidas de prevención, trastornos del sueño en el anciano y sobre la evolución de las fases del Alzheimer.

Desde 2010 trabaja como DUE en la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital SAS La Línea (Cádiz).

Alberto Villa Rubio

Licenciado en Farmacia. Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla. Máster en Nutrición Clínica. Universidad de Granada. 2012. Máster seguimiento farmacoterapéutico al paciente VIH. Universidad de Granada. 2010. Máster en Farmacia Clínica y asistencial en el entorno Pharmaceutical Care . Universidad de Valencia. 2007. Experto universitario en Ortopedia Sanitaria. Universidad de Sevilla.

Actualmente Facultativo Especialista de Área Farmacia Hospitalaria. Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar. Colaborador en el proyecto Plan de Adherencia e Información terapéutica al paciente polimedocado realizado en el Hospital SAS La Línea desde el año 2012.



Bloque I: El Paciente Polimedocado



1. El paciente polimedicado

Eloísa Márquez Fernández.

Especialista Farmacia Hospitalaria,
Hospital Punta Europa (Algeciras). AGS Campo de Gibraltar

Bárbara Marmesat Rodas.

Farmacia Hospitalaria,
AGS Campo de Gibraltar

María Paz Quesada Sanz

FEA Farmacia Hospitalaria,
Hospital Punta Europa (Algeciras). AGS Campo de Gibraltar

|

Capítulo 1: El Paciente Polimedicado

Si Vd. ha nacido en la década de los cuarenta o de los cincuenta, es bastante probable que el manual que tiene en sus manos pueda interesarle. También podría resultar de interés a cualquier persona, sanitaria o no, que se dedique al cuidado de personas mayores. No, no se trata de otro manual de Geriatría, se trata de un manual interdisciplinario que intenta abordar la problemática de las personas con patología compleja que cuentan con múltiples medicamentos en su plan farmacoterapéutico.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR POLIMEDICACIÓN (PM)?

Por tratarse de una situación compleja, con muchas variables y causas, no hay consenso a la hora de definirla. Sabemos que aumenta con la edad y que desde el punto de vista cualitativo se considera aquella situación en la que el paciente con una o varias enfermedades, toma más medicamentos de los necesarios clínicamente, bien sean prescritos por un profesional sanitario o de venta libre en farmacias.

- PM adecuada: el paciente toma muchos fármacos pero todos ellos están correctamente indicados y son clínicamente necesarios. Para algunos autores esto no se considera PM.
- PM inadecuada: el paciente toma más fármacos de los clínicamente necesarios. No están correctamente indicados.
- Pseudopolimedicación: no se toman todos los fármacos prescritos tal como figura en la Historia Clínica

del paciente.

Desde el punto de vista cuantitativo, es controvertido establecer el límite, tanto del número de medicamentos como del mínimo de tiempo habiendo una considerable disparidad de criterios. Atendiendo a criterios arbitrarios, algunos autores consideran cuatro niveles:

- PM menor: 2 o 3 medicamentos al día.
- PM moderada: 4 o 5 medicamentos al día.
- PM mayor: 6 a 9 medicamentos al día.
- Gran PM: 10 o más medicamentos al día.

Si bien, el límite establecido en 5 medicamentos parece ser el más extendido. Así pues, desde el punto de vista cuantitativo, un **paciente polimedicado** sería aquel que, con **una o varias enfermedades**, consume diariamente de forma continuada, por un **mínimo de tres meses, cinco o más medicamentos** por cualquier vía (oral, inhalatoria, parenteral, etc), bien sean prescritos por profesional o adquiridos de venta libre en farmacias.



El Polimedicado 2.0

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN ACTUAL RESPECTO A LA POLIMEDICACIÓN EN NUESTRO ENTORNO?

El envejecimiento de la población, condicionado por la disminución en la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida así como la disminución del índice de natalidad, justifica el aumento de esta problemática en nuestro medio. Las enfermedades crónicas aumentan su incidencia a medida que envejecemos, lo que se va a traducir en un aumento del número de fármacos requeridos para conseguir un buen control, estimándose para la población ambulatoria mayor de 65 años, un consumo medio de 7 a 13 medicamentos diarios.

En cuanto al perfil del paciente polimedicado, se distinguen básicamente dos:

- Aquel que padeciendo una única enfermedad necesita varios medicamentos.
- Aquel que padece varias enfermedades y consecuentemente requiere múltiples medicamentos en su esquema terapéutico global (p.ej. Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hiperlipidemia, insuficiencia renal). Este segundo tipo es más frecuente, correspondiéndose generalmente con pacientes de edad avanzada.

¿CUÁLES SON LAS CIRCUNSTANCIAS O FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA PM?

Son numerosas las circunstancias que en diferentes estudios se han visto relacionadas con el uso excesivo de medicamen-

tos. A saber, se pueden agrupar en distintas categorías: aquellas dependientes del paciente, de la sociedad en que se desenvuelve y del sistema sanitario vigente. Veámoslas de forma más detallada:

a) Relacionadas con el paciente:

- Edad, y con ella la aparición de enfermedades crónicas. La PM afecta a la mayoría por encima de 75 años, siendo posiblemente el factor más implicado.
- Sexo. El sexo femenino predomina sobre el masculino.
- Pobre autopercepción de la salud.
- Padecer tres o más enfermedades crónicas. Entre ellas, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial (enfermedades cardiovasculares) y problemas digestivos son las más relacionadas con la PM.
- Síndrome ansioso-depresivo: utilización de ansiolíticos, inductores del sueño y antidepresivos.
- Dependencia física: la limitación motora y síntomas asociados condicionan un consumo elevado de medicamentos.
- Un mayor contacto con los servicios sanitarios. En atención primaria prevalece la tendencia medicalizadora, a más consultas más recetas. Por otra parte, los ingresos hospitalarios previos en base a las prescripciones recomendadas por especialistas.

b) Circunstancias socioeconómicas

El analfabetismo, la precariedad de las

Capítulo 1: El Paciente Polimedocado

pensiones, el aislamiento, el desempleo familiar, la reciente instauración del copago, favorecen no sólo el uso inadecuado y el manejo inapropiado, como últimamente la pseudopolimedicación. Estos factores tienen una enorme repercusión sobre la población por lo que se necesitarían medidas más allá de las sanitarias como impulsar y potenciar las redes de asistencia social.

c) Relacionadas con el sistema sanitario

Como se ha comentado anteriormente, existe una tendencia medicalizadora que afecta tanto a profesionales sanitarios (prescripción inadecuada de recetas médicas), como a la población general, que sobredimensiona el efecto beneficioso de fármacos (si no se les prescribe, se automedican).

Sería pues conveniente corregir estas conductas para lo que se debería pedir a la administración unas mejoras en sistemas de comunicación, acceso a historias clínicas, limitación del número de consultas/hora, evitar dispensaciones de numerosas presentaciones del mismo principio activo (genéricos), promoción de terapias no farmacológicas venciendo las reticencias tanto de profesionales como de usuarios.

CONSECUENCIAS DE LA PM

La PM es un fenómeno frecuente que aumenta con la edad. El problema es que se trate de una polimedicación inadecuada, lo que acarreará consecuencias a diferentes niveles, como puede observarse en la figura 1.

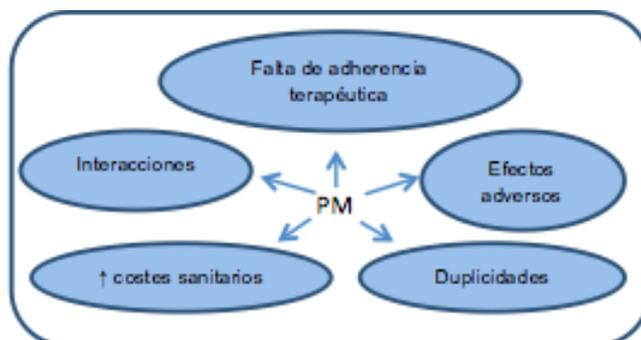


Figura 1. Consecuencias de la PM

a) Consecuencias sobre el paciente:

- Falta de adherencia al tratamiento medicamentoso, o lo que es lo mismo, un mal cumplimiento del tratamiento farmacológico. La falta de cumplimiento es directamente proporcional al número de medicamentos prescritos, lo cual conlleva un aumento del peligro de descompensación.
- Enfermedades iatrogénicas (aquellas causadas de forma involuntaria por la aplicación de tratamientos médicos o la toma de medicamentos).
- Deterioro de la calidad de vida del paciente, debido a interacciones medicamentosas, efectos adversos, necesidad de otros fármacos para paliarlos.
- Incremento de la morbimortalidad y del número de ingresos hospitalarios.

b) Consecuencias socioeconómicas:

Aumento del gasto sanitario:

- Gasto en medicamentos
- Gasto en consultas de atención primaria

El Polimedicado 2.0

- Gasto en consultas de especialistas
- Gasto en pruebas complementarias
- Gasto en ingresos hospitalarios

Por todo lo visto y como consideración final, queda claro que la PM y sus consecuencias afectan de forma directa a la población, a los profesionales de la salud y al sistema sanitario. Se impone la necesidad de un abordaje multidisciplinar con participación de todos los profesionales o no, implicados en el cuidado del paciente (profesionales sanitarios de atención primaria y especializada, farmacéuticos, cuidadores, trabajadores sociales) con búsqueda de soluciones que puedan aportar beneficios, sobre todo en ganancia de niveles de salud y seguridad de los pacientes, siendo también importante una disminución del gasto farmacéutico, que en los tiempos que corren no viene nada mal.

ENLACES DE INTERÉS

POLIMEDICADOS 2.0. Red Social dirigida a pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios donde pretendemos facilitar información y herramientas en materias de salud.
www.polimedicados20.com

OPIMEC Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas
www.opimec.org/ciudadania/

PUNTOS IMPORTANTES

- El término polimedicación puede ser definido según criterios cualitativos y cuantitativos, aumentando en cualquier caso con la edad.
- Los factores asociados al fenómeno de polimedicación son múltiples y de diferente naturaleza: dependientes del paciente, determinantes sociales y relacionados con el sistema sanitario.
- La conjunción de estos factores causales muestra un patrón de paciente polimedicado compatible con personas de edad avanzada, pluripatológicas, con bajo nivel educativo y amplia demanda asistencial sanitaria.
- La falta de adherencia terapéutica, las interacciones y efectos adversos de los medicamentos son consecuencias de la polimedicación, con repercusión clínica directa sobre el paciente. Igualmente, suponen un aumento del coste sanitario (gasto farmacéutico, hospitalizaciones, pruebas complementarias).
- Para abordar la problemática de la polimedicación, se deberán tener en cuenta todos aquellos factores determinantes, siendo por tanto fundamental la coordinación entre todas las figuras implicadas.



2. El cuidador

Jose Ángel Alonso González

Enfermero UGC Medicina Interna,
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Maria Angeles López Martínez

Enfermera UGC Medicina Interna,
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Jesús Baltasar González Rubiño

Fisioterapeuta Unidad Linfedema,
AGS Campo de Gibraltar.

|

EL CUIDADOR

Como consecuencia del progresivo envejecimiento poblacional, la caída de la natalidad y el aumento en la esperanza de vida, junto con los avances científicos y tecnológicos, estamos observando desde hace algunos años, un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes.

Esta alta proporción de personas mayores en nuestro país, paralelamente conlleva a un incremento del número de personas en situaciones de dependencia, que en mayor o menor medida requiere de cuidados de forma temporal o permanente en sus domicilios.

Esta necesidad de cuidados es asumida generalmente por algún miembro de la familia, el cual se ocupa de brindar tanto apoyo físico como emocional, cubriendo así las necesidades básicas de la persona que tiene a su cuidado.

A esta persona que presta los cuidados podemos definirla con el término de cuidador principal, independientemente que sea hombre o mujer. Éste protagoniza un papel clave como proveedor de cuidados y también como nexo de unión entre los profesionales sanitarios y el paciente.

En España, estudios realizados por IMSERSO y Cruz Roja Española han permitido definir un perfil característico de la persona cuidadora: la principal proveedora de los cuidados dentro de la unidad familiar generalmente son mujeres, de las cuales el 83% son esposas, seguidas de

las hijas, nueras, nietas y sobrinas, aunque observamos que el número de hombres implicados en el cuidado de sus esposas y madres aumenta. La edad media de estos cuidadoras/es suele ser de 52 años, superando el 20% los 65 años. Una gran parte de las cuidadoras/es de personas dependientes no tienen actividad laboral alguna (alrededor del 80%). Suelen convivir con el familiar que está a su cuidado, asumiendo la totalidad de los cuidados.

Independientemente de la situación particular de cada uno y del nivel de dependencia de la persona cuidada, las tareas más habituales que el cuidador ofrece y que veremos más detenidamente en otros capítulos del libro, se centran en:

- Ayudar en la comunicación con los demás.
- Cuidados para la higiene personal: asear, peinar, vestir...
- Cuidados en la movilización: en el interior del domicilio o ayuda para el transporte fuera del mismo.
- Cuidados en la alimentación: cocinar, dar de comer, etc.
- Cuidados en la supervisión y/o administración de medicamentos.
- Cuidados en las actividades del hogar: limpiar, planchar, lavar, etc.
- Ayuda en la gestión de pagos, documentos, administración de dinero y bienes.
- Realizar técnicas propias de enfermería (curas, administración de inyectables...).

En todo momento el cuidador debe promover la autonomía de la persona que tenga a su cargo cuando sea posible.

El Polimedicado 2.0

LA SALUD DEL CUIDADOR

Como hemos visto anteriormente, son muchas las actividades y tareas que los cuidadores prestan a las personas que están a su cargo. El cuidador, sobre el que recae la máxima responsabilidad de los cuidados, puede experimentar en algún momento problemas de salud física (dolores de espalda, dolor de cabeza, molestias estomacales, etc) así como problemas psicológicos (depresión, estrés, ansiedad, nerviosismo, tristeza, irritabilidad, sentimientos de culpa, dificultad para conciliar el sueño, etc).

El cuidado de una persona dependiente puede verse prolongado en el tiempo, por lo que en ocasiones esta cronicidad del cuidado puede dar origen a una sobrecarga del cuidador. Esta carga puede verse agravada por la falta de tiempo que en ocasiones el cuidador se dedica así mismo, la disminución en sus relaciones sociales o por la aparición de diferentes situaciones conflictivas.

Evitar el llamado “síndrome de sobrecarga del cuidador” es fundamental para garantizar los cuidados del enfermo, así como para la prevención del malestar y sufrimiento del cuidador. El personal sanitario y especialmente el colectivo de enfermería pueden ofrecer apoyo a las familias desde diferentes ámbitos:

- Asesorar a los cuidadores sobre los cuidados que prestan.
- Facilitar y mejorar la comunicación entre familiares cuidadores, personas cuidadas y enfermería.
- Proporcionar cuidados directos a la persona enferma y a la familia en su conjunto.
- Ayudar en la búsqueda de otros tipos de apoyo (recursos sociales, voluntariado, asociaciones, talleres de formación, grupos de autoayuda...).



EL AUTOCUIDADO DEL CUIDADOR

El cuidador no debe abandonar su salud física y psicológica, ya que es muy habitual que la descuide al estar su vida enfocada al cuidado del paciente.

Nosotros como profesionales sanitarios queremos evitar que esto ocurra en la medida de lo posible y por este motivo, hemos recopilado una serie de consejos básicos dirigido a su propio cuidado que ayudará a conseguir un estado de bienestar óptimo, y a su vez una mejora en los cuidados de nuestro familiar.

CARTA DE DERECHOS DEL CUIDADOR

En este decálogo se recogen una serie de derechos en favor de los cuidadores.

Tener presente estos principios permitirá mejorar su situación, consiguiendo ser respetados por familiares y resto de la ciudadanía:

- 1 Derecho a dedicar tiempo a ellos mismos sin tener sentimientos de culpa.
- 2 Derecho a experimentar sentimientos negativos por estar perdiendo a un ser querido o por ver a su familiar enfermo.
- 3 Derecho a buscar soluciones a problemas que se ajusten a nuestras necesidades y a la de nuestros familiares.
- 4 Derecho a ser tratados con respeto por aquellos a quienes se les solicita ayuda.
- 5 Derecho a equivocarse y ser disculpadas por ello.
- 6 Derecho a ser reconocidos como miembros valiosos de la familia y de la sociedad.
- 7 Derecho a tener autoestima y admitir que se hace lo que humanamente se puede.
- 8 Derecho a aprender y a disponer del tiempo necesario para aprenderlo.
- 9 Derecho a expresar sentimientos.
- 10 Derecho a poner límites a las demandas excesivas; derecho a “decir no”.

PUNTOS CLAVES

Consejos para el cuidador

- La alimentación resulta fundamental; una dieta sana proporcionará a su organismo la energía necesaria para funcionar correctamente. Cuidar a otra persona puede ser agotador por lo que es fundamental prestar atención a lo que se come, permitiendo que otros familiares les ayuden a cocinar, si es preciso.
- El ejercicio físico permitirá evitar la aparición de problemas como dolores óseos, insomnio, estrés...
- Un descanso adecuado permitirá mantener un buen nivel de energía para afrontar las diferentes tareas a lo largo del día. La falta de sueño puede provocar irritabilidad, somnolencia, falta de atención... Debemos administrar bien los descansos y que estos sean efectivos.
- Las relaciones con los demás y mantener las aficiones nos ayudará a evitar un estado de salud negativo. El aislamiento social influye en el estado de ánimo del cuidador: "no abandone las relaciones sociales".
- Los Servicios Sociales y Profesionales Sanitarios, le proporcionarán la información y apoyo en caso de necesitarlo.

ENLACES DE INTERÉS

Junta de Andalucía Web institucional de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. En esta web se puede encontrar completa información acerca de la Atención a la Dependencia e información de diferentes Servicios como son la Teleasistencia, Ayuda a domicilio.
www.juntadeandalucia.es

Ser cuidador Web dirigida a personas cuidadoras y profesionales, en la que podemos encontrar guías, documentos y enlaces que sirven de apoyo en las tareas como cuidadores.
www.sercuidador.es

Cuidadoras. Red social de cuidadoras y cuidadores familiares. Punto de encuentro de cuidadoras familiares, profesionales y personas expertas en innovación en cuidados. **www.cuidadoras.net**

Diario de un cuidador Blog que sirve de encuentro a cuidadores, especialmente de enfermos de Alzheimer, donde se puede encontrar información de dicha enfermedad y servir como espacio de intercambio de experiencias vividas. **<http://diariodeuncuidador.blogspot.com.es/>**



Bloque II: La Terapia Crónica



3. El Paciente Polimedicado en Atención Primaria

Macarena Flores Dorado

Farmacéutica Atención Primaria.
AGS Cádiz Norte.

Juan José Ramos Báez

Especialista Farmacia Hospitalaria.
AGS Campo de Gibraltar

Rocío Sánchez Martín

Enfermera UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

|

3. El Paciente Polimedicado en Atención Primaria

La atención a personas polimedicadas se encuentra en la cartera de servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud desde el año 2008, enfocada en la revisión de la medicación con objeto de "optimizar los beneficios esperados del tratamiento y disminuir los efectos adversos y los problemas relacionados con los medicamentos, a fin de conseguir la mejor relación posible beneficio/riesgo en el uso de los mismos".

Los pacientes son atendidos por médicos especialistas en distintas áreas, que pueden modificar su tratamiento, por lo que la figura de un médico coordinador de la farmacoterapia es crucial en los pacientes polimedicados. El médico de familia está en una óptima posición para conocer con precisión toda la medicación que toma el paciente, así como su historial clínico y, por tanto, tener una visión integral del mismo.

Sin embargo, aunque los médicos son los profesionales facultados para prescribir, no son las únicas figuras que intervienen en la farmacoterapia. Enfermería, farmacia, ayuda a domicilio, trabajo social, el propio paciente, la industria farmacéutica y la administración sanitaria, juegan un importante papel en ella. Por eso es fundamental realizar un abordaje de la atención a las personas polimedicadas con carácter multidisciplinar y colaborativo entre los diferentes profesionales y los distintos ámbitos asistenciales.

La conciliación y revisión de los tratamientos son estrategias que contribuyen a coordinar la medicación que toman los pacientes, y son procesos clave para ampliar la información que tiene el paciente

sobre sus medicamentos y promover el uso adecuado de los mismos.

CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO AL ALTA O TRAS CONSULTA MÉDICA

¿Qué es y para qué sirve?

La conciliación del tratamiento es el proceso que consiste en comparar la medicación habitual del paciente con la prescrita después de una consulta médica o ingreso hospitalario con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas. Mediante el proceso de conciliación se garantiza, a lo largo de todo el proceso de atención sanitaria, que los pacientes reciben los medicamentos necesarios según su patología, asegurándose de que están prescritos con la dosis, vía y frecuencia correcta, y son adecuados y seguros para la situación del paciente. Desde Atención Primaria la conciliación se debería realizar, o verificar que se ha realizado previamente, en todas las transiciones del hospital, urgencias, residencias, etc.

En el proceso de conciliación es fundamental transmitir la información sobre la medicación revisada tanto al paciente y/o cuidador como al próximo responsable sanitario que lo atienda.

¿Cómo se realiza?

El proceso debe realizarse por el médico con la participación del enfermero y del propio paciente y/o cuidador si es posible. De manera general podemos resumir el proceso de conciliación en los siguientes pasos:

El Polimedicado 2.0

- Obtención de la lista completa de la medicación al alta de hospitalización, de consulta externa o de urgencias con los cambios realizados en el Hospital: medicamentos suspendidos, añadidos o modificados (nombre del medicamento, dosis, frecuencia, vía de administración)
- Comparación de este listado con la lista de medicación habitual (previa) del paciente, obtenida a partir de la Historia Clínica. Se debe realizar una entrevista estructurada con el paciente o cuidador.
- Detección y resolución de discrepancias.
- Registro de las acciones realizadas en la Historia del paciente.
- Actualización de las prescripciones en Receta Electrónica.
- Entrega al paciente ó cuidador de la Hoja de Instrucciones de Receta Electrónica, asegurando el conocimiento del paciente de su nuevo régimen terapéutico para garantizar la transmisión/comunicación eficaz de la información y que esté disponible para el próximo responsable sanitario que lo atienda.

Cada vez que se realice un cambio en el tratamiento se debe proporcionar al paciente o cuidador un listado de la medicación actual completa, y éste debe llevarlo siempre que acuda a otro centro sanitario (hospital, consultas, urgencias).

REVISIÓN DE LA IDONEIDAD DE SU TERAPIA CRÓNICA

¿Qué es y para qué sirve?

Después de cualquier consulta médica o alta hospitalaria, para garantizar que la medicación prescrita se ajusta adecuadamente a la situación clínica del paciente, se debe realizar una revisión sistemática de la medicación de manera periódica.

La revisión sistemática de la medicación es un examen estructurado de los medicamentos que toma un paciente y su objetivo final es conseguir que el paciente obtenga los máximos beneficios en salud como consecuencia del uso de su tratamiento farmacológico.

¿Cómo se realiza?

La revisión de la medicación es un trabajo colaborativo y multidisciplinar que puede llevarse a cabo de diferentes formas.

La revisión de prescripciones y problemas de salud sin la presencia del paciente tiene por objetivo que el equipo clínico-asistencial, consultando la historia clínica, verifique o descarte la existencia de los posibles problemas (errores de prescripción, potenciales problemas de adecuación de uso del medicamento) y ponga en marcha las acciones necesarias para corregirlos. En el caso de que algún paciente requiera un cambio en la prescripción es importante informarle personalmente de los cambios en su tratamiento y los motivos.

3. El Paciente Polimedocado en Atención Primaria

La revisión clínica de la medicación con la presencia del paciente se inicia con una entrevista clínica específica del paciente con su médico y/o enfermero, en la que el paciente aporta todos los medicamentos que consume. El objetivo es el mismo, pero en este caso, referidos a todos los medicamentos que toma el paciente, incluyendo automedicación. Además debe incluir la posibilidad de detectar problemas de incumplimiento terapéutico, y en determinados casos, cuando se realiza a domicilio, podría incluir la revisión y educación sanitaria para la optimización de la gestión del botiquín casero por parte del paciente y sus cuidadores.

Para tomar una decisión informada sobre si tomar o no, o continuar o no tomando un fármaco en concreto, es necesario tener acceso a una información de buena calidad, relevante y objetiva acerca de ellos. Las revisiones de medicación brindan una oportunidad perfecta para reforzar la información acerca de los medicamentos.

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

Tras la publicación del decreto 307/2009 el personal de enfermería de Andalucía adquiere la capacidad de intervenir en la prestación farmacéutica. Los profesionales de enfermería como responsables finales del proceso de cuidar, resuelven situaciones donde es necesaria la prescripción de productos sanitarios y la indicación de medicamentos que no requieren receta. Así mismo para promover una atención integral de salud y la continuidad asistencial, deben cooperar

en el seguimiento protocolizado de determinados tratamientos individualizados.

El Decreto permite al personal de enfermería:

- Indicar y prescribir los productos sanitarios (efectos y accesorios) incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía a los pacientes a los que presten sus cuidados.
- Usar e indicar los medicamentos que no requieren receta médica.
- Colaborar con los profesionales médicos y odontólogos en programas de seguimiento protocolizado.

Esto supone un avance en la mejora de la seguridad clínica y de la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios relacionados, y una optimización de los tiempos de atención y el uso de los recursos.

¿Qué medicación pueden recetar?

Los medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica que pueden ser autorizados, indicados y prescritos por enfermeras/os son los medicamentos que, de acuerdo con la normativa vigente, no estén sujetos a prescripción médica.

- Medicamentos que pueden indicar: (96 medicamentos), entre ellos se encuentran: medicamentos antiácidos, laxantes, para el tratamiento del dolor y la fiebre como paracetamol, antiinflamatorios a

El Polimedicado 2.0

dosis bajas como ibuprofeno, vitaminas, sales de hierro y calcio, antihistamínicos.

- Productos sanitarios (efectos y accesorios) que pueden indicar: productos para el cuidado de las heridas como vendas, gasas, apósitos estériles... y productos para la incontinencia de orina como absorbentes de incontinencia urinaria, entre otros.

La 'orden enfermera', en soporte papel o informático, es el documento por el que los profesionales de enfermería deben indicar los medicamentos y productos sanitarios.

Seguimiento protocolizado farmacológico individualizado para enfermeros

Con carácter previo a la aplicación del "Seguimiento Protocolizado del Trata-

miento Farmacológico Individualizado", los enfermeros deben reunir los criterios que los acrediten para el desarrollo de esta nueva competencia. Tras la indicación y prescripción médica, los enfermeros acreditados podrán cooperar en el seguimiento protocolizado de determinados tratamientos individualizados.

Dentro de la Estrategia de cuidados de Andalucía actualmente están aprobados y publicados protocolos para el Seguimiento del tratamiento farmacológico individualizado en diabetes, en pacientes con anticoagulación oral, en personas con tratamiento hipolipemiente y/o antihipertensivo, y en pacientes con sedación paliativa.

La implantación de los protocolos de seguimiento individualizado se están llevando a cabo actualmente de manera progresiva, comenzando por la acreditación de los profesionales como requisito previo a su aplicación.

Las personas encargadas de los cuidados, tanto profesionales como familiares, que se encuentran cercanas al paciente, van a constituir una figura crucial en la adherencia al tratamiento, ya que se van a encargar de evitar que los pacientes incurran en el abandono de su medicación realizando para ello un seguimiento de las terapias de estos pacientes polimedicados. Así mismo en las consultas de enfermería se podrá evaluar el cumplimiento tanto del régimen terapéutico, como de un régimen alimentario adecuado y unos hábitos de vida saludables.

Al personal de enfermería corresponde la valoración e intervención en aquellos casos que se manifieste como inadecuado el patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas para alcanzar los objetivos de salud específicos. La promoción de la salud, la limitación de riesgos y peligros, el manejo efectivo del régimen terapéutico y la potenciación de la percepción de salud son algunas de las tareas necesarias al efecto

3. El Paciente Polimedicado en Atención Primaria

¿QUÉ PUEDO HACER YO PARA UN USO ADECUADO DE LA MEDICACIÓN?

¿Se puede salir de una consulta médica sin una receta?

En la actualidad el medicamento juega un papel desmesurado en el acto médico, y parece que toda queja o motivo de consulta debe desembocar en la prescripción de un remedio farmacológico. La asociación de un medicamento tras cada motivo de consulta en ocasiones tiene la capacidad de provocar frustración cuando no se cumple, y desemboca en una utilización innecesaria de intervenciones médicas por tener efectividad escasa o dudosa, que además favorece la polimedicación.

Sin embargo hay que recordar que los medicamentos no están exentos de problemas y pueden ocasionar resultados negativos. Es necesario conocer y dar una oportunidad a las distintas alternativas que existen dentro de los tratamientos "no farmacológicos", y que tienen eficacia demostrada. Como la dieta y el ejercicio en la diabetes, la hiperlipemia o la hipertensión, o el tai chi para prevenir caídas y posibles fracturas de cadera.

En ocasiones, problemas no médicos se tratan como problemas médicos, normalmente en términos de enfermedad o trastorno; este proceso se conoce como "medicalización". En estos casos hay que solicitar información acerca de soluciones alternativas a los tratamientos farmacológicos. Como ejemplo el Distrito de Atención Primaria Sevilla tiene una web con un espacio dedicado a Intervencio-

nes no farmacológicas para personas que demanden asistencia por síntomas de ansiedad y/o depresión. En ella puedes encontrar materiales para el afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana, Guías de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad o Guías de actividades.

¿Qué debo saber cuándo salgo de la consulta acerca de mi tratamiento?

Cuando es necesario utilizar un medicamento hay que tener información suficiente para hacerlo de forma correcta. Hay que saber el motivo por el que precisa tomar el medicamento, la forma en que actuará en el organismo y el efecto que tendrá sobre la enfermedad. En el caso de las personas polimedicadas además hay que considerar que reciben consejos de diferentes profesionales sanitarios, que no siempre coinciden en las recomendaciones respecto a los tratamientos, y que los medios de comunicación e internet pueden dar información contradictoria y generar dudas sobre si debe o no tomar la medicación.

Preguntas que debe plantear a su médico o farmacéutico acerca de cada fármaco:

- ¿**PARA QUÉ** sirve?
- ¿**POR QUÉ** es importante que lo tome? ¿Existen otras opciones de tratamiento?
- ¿**CUÁNDO** y cómo debo tomarlo?
- ¿**POR CUÁNTO** tiempo debo tomarlo?

El Polimedicado 2.0

- ¿**A QUÉ** debo prestar atención cuando lo tomo? (por ejemplo, posibles riesgos, efectos secundarios, si he de tomarlo con ciertas comidas, bebidas o actividades, qué hacer si no me encuentro bien después de tomarlo, cómo almacenarlo de forma segura, etc.).
- ¿**DÓNDE** puedo obtener más información?

La web del observatorio de seguridad del paciente pone a disposición de profesionales y pacientes un aplicación para móviles interesante, "Pregunta por tu salud", que permite al paciente elaborar listados con las preguntas que quiere hacerle al personal sanitario en su próxima consulta. Además existen varias baterías de preguntas agrupadas temáticamente para facilitar la elección de las más adecuadas. Una vez confeccionados los listados, se pueden escribir y guardar las respuestas para recuperarlas posteriormente.

Automedicación responsable

La Organización Mundial de la Salud ve en la automedicación responsable una fórmula válida de atención a la salud en las sociedades desarrolladas. Podemos entender como tal: "la voluntad y capacidad de las personas o pacientes para participar de manera inteligente y autónoma (informados) en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen". Luego para realizar una automedicación responsable se requiere un conocimiento previo y es necesario solicitar información.

- Sobre la enfermedad: su gravedad, duración y posibles complicaciones, identificación de signos de alarma que obligan a consultar al médico.
- Sobre el uso de los medicamentos: para qué sirve el fármaco, dosis y frecuencia de administración, efectos adversos, duración del tratamiento, qué hacer si no hay mejoría o hay agravamiento.

Se debe consultar al médico sobre sus problemas de salud; el referente en cuanto a utilización de medicamentos es el farmacéutico. En este caso el farmacéutico comunitario tiene un importante papel en el consejo e información en síntomas menores, y es por tanto un profesional sanitario fundamental y de referencia para realizar una automedicación responsable y segura.

A la hora de tomar un fármaco de automedicación recuerde:

- El consumo del mismo debe tener una duración limitada. Si los síntomas no mejoran, aparecen otros nuevos o empeora se debe consultar con el médico.
- Se debe leer y conservar el prospecto de todos los medicamentos.
- Prestar atención en información importante como la fecha de caducidad y el modo de conservación.
- Informar al médico en la próxima consulta de la medicación que esté utilizando.

3. El Paciente Polimedocado en Atención Primaria

Hojas de tratamiento como fuente de información.

Las hojas de tratamiento son un elemento importante en el proceso de coordinación y conciliación de la medicación, en el domicilio ayuda a evitar errores; en la oficina de farmacia facilita prestar los servicios de seguimiento farmacoterapéutico; en consulta médica permiten conocer la medicación que toma el paciente, para así adaptar mejor las posibles prescripciones ; y en la consulta de enfermería se permite revisar fácilmente los cambios y ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento. Este documento debería contener la siguiente información:

- Relación de todos los medicamentos que componen la terapia del paciente.
- Indicación, dosis, frecuencia, forma de administración (especialmente en relación con alimentos) y duración del tratamiento.
- Diferenciación entre los medicamentos que constituyen el tratamiento crónico y los que se han prescrito para una patología aguda.
- Se puede complementar en algunos casos con información respecto de las reacciones adversas más frecuentes y actuaciones adecuadas ante su aparición, qué hacer en caso de olvido de una dosis, interacciones a tener en cuenta (especialmente con plan-

tas medicinales o medicamentos sin receta médica), Correcta conservación de los medicamentos, etc.

Es importante recordar que esta hoja de medicación personal debe ser actualizada periódicamente, de manera que represente el tratamiento, las indicaciones y las instrucciones reales.

El programa para móviles: “Recuerda-Med” del Observatorio para la Seguridad del Paciente, permite que el paciente tenga disponible en su móvil un listado de medicamentos actualizado. Posibilita al paciente llevar un control exhaustivo de su medicación, para contrastarla, y corregirla si es necesario con los profesionales sanitarios. Por otra parte, el blog polimedocados 2.0 facilita una herramienta que permite realizar de manera rápida y desde cualquier sitio un cuadro de medicación de una manera muy sencilla, siendo también útil para cuidadores.

PUNTOS IMPORTANTES

- La conciliación y la revisión de la medicación son estrategias que contribuyen a realizar un uso efectivo y seguro de los mismos.
- Los profesionales de enfermería como responsables finales del proceso de cuidar, pueden prescribir productos sanitarios e indicar medicamentos que no requieren receta, y realizar el seguimiento protocolizado de determinados tratamientos farmacológicos individualizados.
- Los medicamentos no están exentos de problemas, y en algunas ocasiones es necesario considerar las intervenciones no farmacológicas como una opción de tratamiento.
- Antes de tomar un fármaco, debe tener información suficiente para hacerlo de forma correcta. Conocer el motivo por el que precisa tomar este medicamento, cómo se debe tomar el medicamento, (dosis, duración, precauciones y/o efectos adversos) y el efecto que tendrá sobre su enfermedad.
- Para realizar una automedicación responsable se debe consultar al médico y al farmacéutico para hacerlo de manera informada y segura.
- Las hojas de tratamiento ayudan a conocer mejor la medicación y mejorar la adherencia al tratamiento, a adaptar las posibles prescripciones y revisar fácilmente los cambios, y en definitiva a evitar errores asociados a su uso.

ENLACES DE INTERÉS

FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA SEVILLA Web institucional de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Se ofrece información, noticias, novedades y alertas sobre medicamentos.

www.farmaciatencionprimariasevilla.es/

JUNTA DE ANDALUCIA Repositorio institucional de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Se encuentran los enlaces a las aplicaciones móviles que sirven para la gestión de la medicación y la cita previa del servicio público de salud.

www.juntadeandalucia.es/agencia-decalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/apps-salud/index.html

CUADRO DE MEDICACIÓN Aplicación web que sirve para editar e imprimir la hoja personalizada de tratamiento. Fácil manejo y asequible, le permite al usuario tener actualizado el cuadro de medicación y evitar errores en la administración. medication-box.herokuapp.com/

POLIMEDICADOS 2.0 Portal Web específicamente dirigido a personas polimedicadas, sus cuidadores y profesionales. Se ofrecen guías, documentos y enlaces que sirven de apoyo a pacientes, cuidadores y profesionales. polimedicados20.blogspot.com.es/



4. El Paciente Polimedicado en el Servicio de Urgencias

Juan José Ramos Báez
Especialista Farmacia Hospitalaria.
AGS Campo de Gibraltar

Antonio Andrés Quesada Sanz
FEA Microbiología Clínica
Docente investigador en Universidad Técnica de Ambato

Eloísa Márquez Fernández.
Especialista Farmacia Hospitalaria,
Hospital Punta Europa (Algeciras). AGS Campo de Gibraltar

|

Capítulo 4: El Paciente Polimedicado en urgencias

Los pacientes polimedificados que acuden a los Servicios de Urgencias hospitalarios sufren múltiples enfermedades crónicas para las que se les prescribe un elevado número de medicamentos. Este tipo de pacientes son principalmente personas mayores que suelen tener más dificultades para la comprensión y el seguimiento de las diferentes terapias que deben de llevar a cabo debido a su patología. Esto hace que en muchas ocasiones no se sigan de forma correcta las pautas posológicas prescritas por el médico, no consiguiendo la mejoría clínica esperada, que se intenta corregir añadiendo más fármacos, aumentando de esta manera la polimedicación del paciente.

En este tipo de paciente existe una tendencia mayor a sufrir reacciones adversas a medicamentos (RAM) o interacciones entre fármacos, debido por un lado a las diferentes comorbilidades que padecen y a la disminución de la función hepática, renal y cardiaca asociada al envejecimiento, que hacen que el organismo ya no procese tan eficientemente los fármacos.

En nuestro medio las RAM son responsables de un importante número de visitas a los Servicios de Urgencias en los pacientes mayores. Éstas son debidas principalmente a un mal seguimiento de los tratamientos y a la prescripción inadecuada de fármacos en los que el riesgo de provocar un efecto adverso es superior al beneficio clínico.

La prescripción inadecuada va a englobar:

- Fármacos prescritos con mayor número de tomas diarias o durante más tiempo del necesario.
- Duplicidades terapéuticas (utilización de fármacos de la misma familia).
- Fármacos con un elevado riesgo de interacción con los ya prescritos para otras patologías.
- La no utilización de fármacos que estén clínicamente indicados y que pueden conllevar a un beneficio para el paciente.

Por lo tanto, los pacientes mayores polimedificados van a necesitar un grado de atención superior al resto de pacientes, ya que constituyen un grupo especialmente frágil y en el que los errores de medicación son comunes y difíciles de solucionar sin una revisión periódica y sistematizada de sus tratamientos.

CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

El Servicio de Urgencias es considerado como la principal puerta de entrada al hospital, por lo que la conciliación de la medicación crónica y su adaptación al proceso agudo del paciente en este punto resuelve, desde el inicio, posibles problemas relacionados con los medicamentos y evita que éstos se transfieran al área de hospitalización en aquellos pacientes que deban ser ingresados.

La conciliación de la medicación es, por lo tanto, un proceso diseñado para pre-

El Polimedicado 2.0

venir errores de medicación en los puntos de entrada y de transición de los pacientes en la asistencia sanitaria que requieren. Este proceso va a comenzar con la obtención por parte del personal de urgencias de una lista lo más completa posible de la medicación del paciente previa al ingreso. En esta lista intentaremos reflejar toda la medicación que toma el paciente especificando dosis, vías y pautas posológicas correspondientes. En ella se incluirá:

- Medicación atención primaria
- Medicación atención especializada
- Médicos Privados
- Automedicación
- Plantas medicinales, etc.

Para la obtención de esta información los diferentes profesionales sanitarios se sirven de la historia clínica del paciente, informes de alta recientes, informes de médicos privados o informes remitidos desde residencias o geriátricos, contrastando siempre la información con una entrevista al paciente o a los familiares o cuidadores si éste no está capacitado. Como vemos, en el proceso de conciliación el paciente o cuidador no son unos meros espectadores, sino que tienen un importante papel ya que son ellos los que nos indican cómo están gestionando realmente el tratamiento. Los pacientes polimedicados que acceden a los Servicios de Urgencias no siempre están en disposición de facilitar esta información a los facultativos responsables, pudiendo incurrir en RAM debida a una falta de información, por lo que es recomendable que se tenga hecha una lista con toda la

información necesaria respecto a la medicación domiciliar que toma el paciente (figura 1). Esta información se puede adjuntar en el momento del ingreso siendo una herramienta muy útil para el equipo médico a la hora de plantear la nueva estrategia terapéutica.

MEDICAMENTO	Desayuno 8 h	Media mañana 12 h	Comida 15 h	Merienda 18 h	Cena 21 h	Noche 24 h
Amoxicilina 875mg / Clavulánico 125 mg	1			1		1
Ibuprofeno 600mg	1		1		1	

Figura 1. Ejemplo lista de medicamentos

Una vez confeccionado el listado de la medicación domiciliar se compara ésta con la que ha sido prescrita al ingreso en el centro hospitalario.

Las posibles diferencias encontradas deben ser comentadas con el médico responsable del paciente, ya que en muchos casos se debe de adaptar la medicación crónica del paciente a su estado agudo (fallo renal, hepático, depresión respiratoria, intoxicación...) y por lo tanto es preciso discontinuar o modificar al menos parte de la misma.

Es importante que todo cambio que se realice quede reflejado en la historia clínica y comunicado al paciente o cuidador.

ADAPTACIÓN DEL TRATAMIENTO CRÓNICO A LA PATOLOGÍA AGUDA

En los Servicios de Urgencias se da prioridad a la patología aguda debido a que la vida del paciente puede estar en peligro, mientras que los problemas crónicos quedan en un segundo plano. Debido a esto solamente algunos de los fármacos domiciliarios son revisados e incorporados al tratamiento de urgencias durante esta etapa, mientras que la mayoría se revisan y se ajustan al estado del paciente cuando éste se encuentra estabilizado o a su ingreso en alguna planta de hospitalización. Sin embargo es importante resaltar que la interrupción brusca de alguno de los medicamentos que el paciente toma puede provocar un "síndrome de retirada" o una exacerbación de la patología de base y empeoramiento del estado del paciente.

La mayoría de fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central suelen tardar en conciliarse en los Servicios de Urgencias. A este grupo pertenecen una gran variedad de familias de medicamentos que comparten algunas características como son el "síndrome de retirada" y su metabolización por el mismo sistema enzimático; destacaremos:

- Antiparkinsonianos: Deben mantenerse para evitar síntomas de parkinsonismo.
- Antipsicóticos: La retirada brusca de estos puede producir discinesia y agitación de rebote y la retirada prolongada puede llegar a produ-

cir síndrome de retirada.

- Benzodiazepinas: la suspensión brusca de un tratamiento prolongado con estos fármacos puede ir acompañado de intranquilidad del paciente, insomnio, cefaleas, confusión, ansiedad, etc... Es importante no olvidarlas a la hora de valorar al paciente en urgencias.
- Antidepresivos: la suspensión durante 2-4 días de esta familia de fármacos, en especial los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina pueden dar lugar a la aparición de un "síndrome de retirada".

Hay que prestar también atención a los fármacos que actúan sobre las enfermedades de base cardiovascular. En los pacientes estables estos fármacos se deben de reiniciar lo antes posible ya que pueden provocar "síndrome de retirada". En las urgencias hospitalarias los pacientes se encuentran hemodinámicamente inestables y en función de su situación clínica es preferible suspenderlos.

La historia clínica debe reflejar el motivo de la retirada de los fármacos, si éstos se suspenden de forma definitiva o si se deben de reintroducir una vez resuelto una determinada situación. De esta manera se evitan duplicidades u olvidos y se ajusta de manera más adecuada el tratamiento.

El asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son las patologías pulmonares con mayor número de ingresos hospitalarios. El tratamiento para

El Polimedicado 2.0

estas patologías debe ser mantenido siempre que no esté contraindicado (en pacientes mayores se puede considerar la administración de los fármacos en nebulización si no se puede realizar correctamente las inhalaciones) debido a que su discontinuación puede descompensar la patología de base aumentando el riesgo de broncoaspirado; esto puede desembocar en la aparición de neumonías y como consecuencia aumentar la estancia en urgencias o llevar al ingreso hospitalario.

En cuanto a los productos naturales (fitoterapia, homeopatía, etc.) no será necesario prescribir muchos de ellos durante la estancia del paciente en urgencias, debido a que su uso es normalmente para enfermedades asintomáticas. Pero es importante que se ponga en conocimiento del médico todos aquellos que tome el paciente para que se tenga en cuenta por posibles ajustes de dosis o efectos secundarios.

CONSULTAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Los pacientes mayores polimedicados en muchas ocasiones son asiduos de los consultas de urgencias debido fundamentalmente a la exacerbación de alguna de sus patologías.

En estas visitas los urgenciólogos añaden, modifican o quitan fármacos que el paciente suele tomar, ajustando el tratamiento al motivo de consulta. Debido a ello es importante que al paciente, o en su defecto al cuidador, se le proporcione información clara de la enfermedad y de los cambios realizados en el tratamiento

(nuevos medicamentos, dosis, vías y pautas), tanto de forma oral como escrita.

Este es un punto especialmente importante ya que una gran proporción de los paciente mayores dados de alta de urgencias no comprende su diagnóstico, ni los cambios efectuados en su medicación, ni las medidas para evitar un posible reingreso.

Se debe de actualizar, por parte del paciente y/o cuidador, su cuadro de medicamentos añadiendo o eliminando los fármacos que sean necesarios y ajustando dosis, vías y pautas con el objetivo de tener siempre actualizado su tratamiento y evitar errores u olvidos con los cambios realizados en el Servicio de Urgencias.

Todas las modificaciones que se realicen sobre el tratamiento crónico del paciente por parte de otros prescriptores deben de ser comunicadas al médico de familia, ya que es el profesional que se encarga de la coordinación de toda la medicación que toma el paciente. Una falta de comunicación a este nivel puede llevar en ocasiones a duplicidad de tratamientos y a la aparición de RAM.

PUNTOS IMPORTANTES

- Los pacientes polimedicados y pluripatológicos suelen ser ancianos que, por regla general, tienen más dificultades para la comprensión del diagnóstico y cumplimiento de las recomendaciones realizadas por su médico.
- La prevalencia de RAM en pacientes ancianos pluripatológicos que viven en la comunidad es elevada.
- En el proceso de conciliación es importante la participación activa del paciente.
- El paciente y/o cuidador debe implicarse en su tratamiento, conociéndolo y manteniendo un listado actualizado de la medicación.
- Para mejorar el seguimiento del paciente y evitar errores de medicación es esencial que exista flujo de información entre los distintos niveles asistenciales.

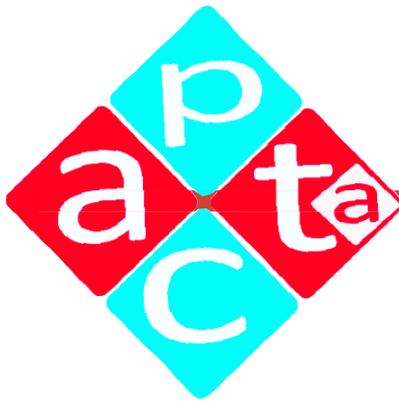
ENLACES DE INTERÉS

SEMES Sociedad española de medicina de urgencias y emergencias
www.semes.org

SEMICYUC Sociedad española de medicina intensiva, crítica y unidades coronarias www.semicyuc.org

Medicina intensiva www.medintensiva.org

UMEM Department of emergency medicine. Unyversity of Maryland
<https://umem.org>



5. El Paciente Polimedicado en el Hospital

Myriam Gallego Galisteo

Especialista Farmacia Hospitalaria,
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Inmaculada Fernández López

Enfermera UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Alberto Villa Rubio

FEA Farmacia Hospitalaria.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

|

Capítulo 5: El Paciente Polimedicado en el hospital

La complejidad clínica del paciente polimedicado le convierte en un paciente frágil y susceptible a complicaciones de sus patologías, afecciones agudas e incluso eventos adversos que le llevan con frecuencia a un ingreso hospitalario.

Los pacientes polimedicados, generalmente pluripatológicos, son pacientes con difícil diagnóstico y tratamiento. Requieren una atención clínica integral y completa por parte de clínicos especialistas cuando ingresan en el hospital, siendo habitual su hospitalización en unidades de Medicina Interna por su especialización en la atención de este tipo de pacientes.

Las descompensaciones de sus enfermedades crónicas, o falta de control de las mismas, hace que sean frecuentes los reingresos hospitalarios del paciente pluripatológico. Está documentado que la tasa de reingresos de personas de edad avanzada, a los 3 meses de alta hospitalaria, oscila entre el 19-23%. Entre los factores con mayor influencia en el riesgo de reingresos hospitalario encontramos la capacidad funcional del paciente, la gravedad de la enfermedad actual, la comorbilidad, la polimedicación y la edad.

¿QUE PERSONAL SANITARIO ME ATENDERÁ DURANTE MI ESTANCIA HOSPITALARIA?

El personal sanitario responsable de la asistencia sanitaria y que podrá encontrar en el hospital es el siguiente:

Clínicos

- **Médico referente:** Es el clínico responsable de los procedimientos diagnósticos, preventivos y terapéuticos realizados durante el ingreso hospitalario del paciente.
- **Médico colaborador**
 - Médico de Interconsulta: Es un clínico, de la misma o distinta especialidad médica que el médico referente, que colabora como asesor y coparticipa en el diagnóstico y tratamiento del paciente si procede.
 - Médico de guardia: Es el clínico sustituto del referente en turno no ordinario responsable de atender al paciente ingresado en situaciones de urgencia que lo requieran.

Personal de Cuidados

- **Enfermera referente:** Es la enfermera responsable de los cuidados básicos y avanzados del paciente durante su ingreso hospitalario.
- **Enfermera colaboradora:** Es la enfermera corresponsable, en ausencia de la referente, de los cuidados básicos y avanzados del paciente durante su ingreso hospitalario.
- **Auxiliar de enfermería:** Es el personal sanitario colaborador de la unidad de enfermería y corresponsable de las actividades

El Polimedicado 2.0

básicas de la vida cotidiana del paciente ingresado (aseo, vestuario, movilización, alimentación y eliminación)

- **Celador:** Es el personal sanitario colaborador del personal de enfermería y auxiliar para la asistencia del paciente ingresado en sus cuidados básicos y traslados intrahospitalario. De igual forma, es responsable de custodiar y trasladar documentación, material y mobiliario si así le indicara el personal responsable.

Profesionales Sanitarios de Apoyo

- **Farmacéutico Hospitalario:** Es el profesional responsable de la custodia, validación y dispensación de los medicamentos prescritos a los pacientes ingresados en el hospital, así como de detectar riesgos y errores en el uso de los medicamentos durante su estancia y alta hospitalaria.
- **Terapeuta Ocupacional:** Es el profesional capacitado para maximizar la habilidades conservadas del paciente en todas las áreas (físicas, psíquicas, sociales...) y por tanto, colaborador en las terapias destinadas a la preservación de la autonomía del paciente.
- **Psicólogo Clínico:** Es el profesional capacitado para proporcionar apoyo emocional y psicológico a pacientes y/o cuidadores que lo requieran durante su ingreso hospitalario.

- **Enfermera Gestora de Casos:** Es el profesional responsable de detectar y gestionar las necesidades sanitarias no cubiertas de pacientes frágiles con diagnóstico de dependencia funcional y/o cognitiva (ayudas técnicas, continuidad de cuidados en domicilio, etc)
- **Fisioterapeuta/Rehabilitador:** Es el personal responsable de los procedimientos terapéuticos para el promover la movilización en pacientes ingresados con limitaciones funcionales.
- **Nutricionista:** En el profesional responsable de detectar e intervenir en el riesgo o estado de desnutrición con una adecuación de su alimentación a las necesidades nutricionales del paciente ingresado.
- **Trabajador Social Hospitalario:** Es el profesional responsable de detectar y gestionar problemas sociales haciendo efectivo el derecho a la salud de los pacientes ingresados en el hospital.
- **Técnico de diagnóstico:** Es el profesional responsable de analizar muestras y/o obtener imágenes en el paciente hospitalizado para su utilización en un posterior procedimiento diagnóstico.

¿EXISTEN PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL HOSPITAL?

La garantía de la Seguridad del Paciente

Capítulo 5: El Paciente Polimedicado en el hospital

es el resultado de la calidad en la atención sanitaria. Por ello es necesario desarrollar programas para la prevención de errores que comprometan esta seguridad en cualquier nivel.

En el ámbito hospitalario, el estudio ENEAS realizado en España y publicado en 2005 concluyó que la incidencia de eventos adversos ligados a la asistencia hospitalaria era del 8,4%, entendiéndose por evento adverso cualquier lesión o daño no intencionado producido por el tratamiento recibido por parte de cualquier profesional sanitario más que por la propia situación patológica del paciente. Los estudios publicados prueban que la principal causa de estos eventos adversos son los medicamentos.

El estudio "To Err is Human" publicado en 1999, manifestó las consecuencias asistenciales y económicas de los eventos adversos por la falta de seguridad de la asistencia sanitaria, con una mortalidad de 44.000-98.000/año en EE.UU., siendo 7.000 muertes anuales debidas a eventos adversos por medicamentos prevenibles.

Los errores de medicación cobran especial importancia en la población de edad avanzada por su vulnerabilidad y por tanto, por un mayor impacto sobre su salud, agravándose la situación en el caso de pacientes polimeditados y pluriopatológicos.

Para minimizar este riesgo en el ámbito hospitalario se ha diseñado como estrategia de prevención de errores de medicación la Conciliación Farmacoterapéutica.

La Conciliación Farmacoterapéutica en el paciente polimeditado permite asegurar el control de su medicación crónica, garantizando su continuidad y seguimiento durante su ingreso hospitalario si así es considerado por los profesionales sanitarios que atienden su nueva situación clínica.

Durante el ingreso hospitalario el plan farmacoterapéutico a seguir por el paciente vendrá determinado por las directrices indicadas por el clínico responsable. Para ello, es imprescindible conocer los antecedentes clínicos y terapéuticos del paciente y así, poder valorar las posibles causas de su descompensación clínica que le ha llevado al ingreso hospitalario y poder establecer un nuevo tratamiento para controlarlo.

El proceso de Conciliación Farmacoterapéutica en el paciente polimeditado es variable según dónde, quién, cómo y cuándo la realice. Sin embargo, las fases del proceso de Conciliación Farmacoterapéutica establecidas en todos los casos publicados son las siguientes:

Primera Fase: ENTREVISTA CLÍNICA

El personal de Enfermería de hospitalización por su formación, experiencia y accesibilidad al paciente sería un ejemplo de profesional sanitario capacitado para realizar la entrevista clínica sobre la terapia crónica del paciente.

Previo a la entrevista clínica, es importante establecer un primer contacto con el propio paciente, siempre que sea posible, o con el cuidador en caso de dependencia funcional del mismo, para

El Polimedicado 2.0

identificar a la persona responsable de la medicación y analizar el grado de conocimiento de la misma. Así, en caso de información dudosa, se le pedirá a la persona responsable que aporte la medicación para la identificación de los envases y frecuencia de administración.

Tras este contacto inicial, la enfermera, o la persona designada para dicha tarea, podrá iniciar la entrevista clínica con unas primeras preguntas abiertas para conocer el grado de conocimiento de la terapia y su cumplimiento, evitando inducir la respuesta del paciente y/o cuidador. Posteriormente, las preguntas deben ser de apoyo para conocer la administración de aquellos medicamentos no identificados pero activos en su historia clínica electrónica e identificar aquellos sin registro fruto de la automedicación y otras causas.

Segunda Fase: VALIDACIÓN FARMACÉUTICA Y CLÍNICA

Una vez completada la entrevista y con el listado de la terapia habitual del paciente, el farmacéutico hospitalario analiza la existencia de discrepancias y su intencionalidad según la situación clínica actual del paciente, informando de las mismas mediante la elaboración de un historial farmacoterapéutico.

El historial farmacoterapéutico es aportado al médico responsable del ingreso, incluyendo dicho informe en la historia clínica del paciente. De esta forma, el médico contará con una información sobre la terapia domiciliaria más ajustada a la situación real del paciente para su valo-

ración durante la elaboración de un informe clínico de alta hospitalaria que contemple la terapia completa del paciente, especificando la continuidad o no del tratamiento domiciliario previo al ingreso.

¿CUANDO ESTOY PREPARADO PARA EL ALTA HOSPITALARIA?

El alta hospitalaria de un paciente es una fase de transición asistencial sanitaria en el que finaliza su episodio de hospitalización tras quedar esclarecido el diagnóstico médico que le condujo a su hospitalización y aclaradas las nuevas estrategias farmacoterapéuticas y de cuidados a seguir en domicilio.

En el momento del alta hospitalaria es posible que la terapia habitual del paciente sufra cambios por motivos clínicos que lo justifiquen (guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios), pudiendo ser la causa de errores de medicación en domicilio. El riesgo de estos errores al alta hospitalaria ya fue demostrado con estudios que concluyeron que el 12% de los pacientes experimentan un efecto adverso a las dos semanas posteriores al alta.

¿QUE INFORMACIÓN VOY A RECIBIR AL ALTA HOSPITALARIA?

Una buena información parte de una adecuada comunicación entre el paciente y el personal sanitario. Un paciente bien informado, es un paciente colaborador e implicado de forma activa en su salud.

Capítulo 5: El Paciente Polimedicado en el hospital

Para ello, durante el proceso de alta hospitalaria el paciente recibirá por parte del personal sanitario la siguiente información:

- **Informe Clínico:** Es el documento elaborado por el médico referente y responsable de su episodio de hospitalización en el que además de los antecedentes clínicos y terapéuticos ya conocidos, se detalla el motivo de ingreso hospitalario, las pruebas diagnósticas y cuidados realizados y sus resultados, la evolución del paciente durante su estancia hospitalaria, así como el plan farmacoterapéutico a seguir ante su nueva situación clínica.
- **Cuadro diario de medicación y Educación Terapéutica:** En los pacientes pluripatológicos y polimedicados se recomienda la elaboración de un cuadro diario de medicación. Este cuadro consiste en una hoja resumen de apoyo al paciente donde se muestra gráficamente la terapia farmacológica completa que toma a lo largo del día. Esta información debe aclarar las modificaciones realizadas en su terapia para reducir el riesgo de errores en la medicación. En el caso de terapias complejas y de difícil administración, se recomienda proporcionar educación terapéutica con instrucciones gráficas que ayuden al aprendizaje y la autoadministración en domicilio. En su defecto, ya que no todos los hospitales disponen de este servicio de información terapéutica, el plan farmacoterapéutico debe ser in-

cluido en el informe clínico, de igual forma aclarando las modificaciones sufridas en su terapia habitual.

- **Informe de Continuidad de Cuidados:** Es el documento elaborado por la enfermera referente y colaboradora donde se describe los diagnósticos enfermeros no resueltos que requieren continuidad de cuidados en domicilio, así como dispositivos que requieren seguimiento por la enfermera referente de Atención Primaria y plan cuidados y recomendaciones a seguir tras el alta hospitalario.

¿QUE DEBO HACER CUANDO ABANDONE EL HOSPITAL?

Una vez controlados los problemas de salud que condujeron al ingreso hospitalario del paciente y recibida y aclarada toda la información al respecto, es el momento de abandonar el hospital.

El paciente, o en su defecto el cuidador, con la documentación e información recibida debe ser capaz de seguir en domicilio las pautas indicadas al alta hospitalaria. Sin embargo, para preservar la continuidad asistencial es necesario acudir a la mayor brevedad a su médico de Atención Primaria, ya que éste debe ser informado de los motivos de su ingreso, posibles secuelas y modificaciones en su terapia, tanto crónica como aguda.

¿CÓMO SE COMUNICAN MI MÉDICO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE ATENCIÓN PRIMARIA?

La informatización de la historia clínica del paciente es una herramienta que está actualmente optimizando la comunicación entre los distintos niveles asistenciales. La historia clínica digital del usuario le permite a los sanitarios responsables de su asistencia, tanto del hospital como de su centro de salud, disponer de todos sus datos de salud de inmediato, así como registrar nuevos datos clínicos de interés para el resto de profesionales que lo pudieran asistir en un futuro.

El registro de toda la información de salud del paciente incluye datos administrativos del mismo, antecedentes, contraindicaciones e intolerancias, procedimientos realizados, problemas de salud crónicos y agudos, así como una relación de prescripciones históricas y activas.

La prescripción electrónica de medicamentos sustituye a la tradicional receta en papel, permitiéndole al paciente recoger su tratamiento en cualquier oficina de farmacia comunitaria con su tarjeta sanitaria.

Las ventajas de la prescripción electrónica son incuestionables tanto para el paciente como para el profesional sanitario. Así, siempre que los clínicos prescriptores que participan en la historia de salud mantengan actualizada la terapia completa del paciente será posible contar con un historial farmacoterapéutico fiel a su realidad en todo momento. Por otra parte, la prescripción de tratamiento

de larga duración (TLD) destinado a pacientes con enfermedades crónicas reduce las visitas a Atención Primaria para únicamente la renovación de sus prescripciones.

Sin embargo, nos encontramos frente a un potente arma de doble filo. El paciente crónico retrasa sus revisiones clínicas hasta un año, con el riesgo de falta de control y descompensaciones de las patologías tratadas. Todo ello evitable en el momento en el que el paciente y/o cuidador se le hace partícipe y experto de su propia salud.

¿CÓMO PUEDO SER UN EXPERTO EN MI SALUD?

Un paciente y/o cuidador experto en su salud conoce su propia enfermedad y el plan terapéutico indicado por el sanitario. Son capaces, por su grado de implicación y su experiencia, de identificar situaciones de riesgos o problemas de salud que comprometan su seguridad, que permite alertar precozmente al clínico responsable y evitar complicaciones clínicas relevantes para el paciente.

Cada vez es más frecuente encontrar pacientes expertos en su salud ya que el perfil del paciente está cambiando. El paciente actual es un paciente demandante y con fácil acceso a información de salud, con mayor autonomía y con mayor interés por participar en las decisiones que se tomen sobre su salud.

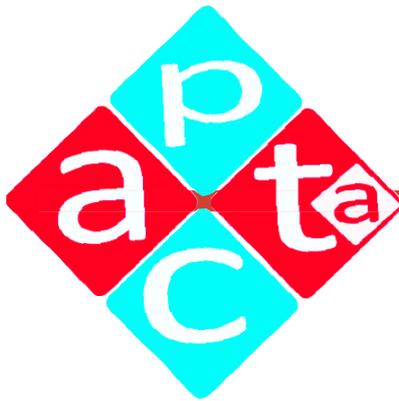
PUNTOS IMPORTANTES

- La complejidad del paciente polimedicado y pluripatológico le hace más susceptible a ingresos hospitalarios.
- La Conciliación Farmacoterapéutica es una de las estrategias más conocidas para prevenir errores de medicación al ingreso y alta hospitalaria.
- Para una entrevista provechosa y ajustada a la realidad del paciente durante la Conciliación Farmacoterapéutica, es imprescindible que el paciente y/o cuidador conozca los medicamentos de su terapia crónica, así como las pautas y recomendaciones sanitarias para una correcta administración en domicilio.
- En caso de terapias complejas o de difícil manejo por el paciente y/o cuidador se recomienda elaborar un cuadro diario de medicación con una información clara y completa para una fácil comprensión.
- Un paciente bien informado favorece su implicación en su salud y por tanto, reduce el riesgo de errores de medicación.
- La historia clínica digital es un canal que optimiza la comunicación entre su médico de Atención Primaria y Hospitalaria.
- Un paciente experto en su salud es un paciente autónomo, responsable y capacitado para participar en las decisiones sobre su salud.

ENLACES DE INTERÉS

POLIMEDICADOS 2.0 Portal Web específicamente dirigido a personas polimedicadas, sus cuidadores y profesionales. Se ofrecen guías, documentos y enlaces que sirven de apoyo a pacientes, cuidadores y profesionales. polimedicados20.blogspot.com.es/

HOSPITAL SON LLÀTZER Guía del paciente hospitalizado
www.hsll.es/es/default/pyv/guiapacientehospitalizado



6. Manejo de la medicación en domicilio

Bárbara Marmesat Rodas

Farmacia Hospitalaria.
AGS Campo de Gibraltar

María Paz Quesada Sanz

FEA Farmacia Hospitalaria.
Hospital Punta Europa (Algeciras). AGS Campo de Gibraltar

Araceli Moreno García

Enfermera UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

|

Capítulo 6: Manejo de la medicación en domicilio

EL BOTIQUÍN DOMICILIARIO

El botiquín es el lugar donde se conservan los medicamentos y el material de primeros auxilios.

¿Cómo conservar los medicamentos?

Para garantizar una correcta conservación de los medicamentos, es necesario acondicionarlos en lugar fresco y seco, evitando la exposición a la luz solar.

Los medicamentos siempre deben ser conservados en su envase original, para poder identificar en todo momento su composición y caducidad.

¿Cómo organizar un botiquín?

Se recomienda organizar el botiquín según la situación farmacoterapéutica de la familia, es decir, se aconseja compartimentarse de la siguiente forma:

Botiquín general:

Espacio común destinado al almacenamiento de medicamentos que no requieren prescripción médica, indicados para el alivio de síntomas menores (náuseas y/o vómitos, dolor y/o fiebre, tos,...).

Botiquín personalizado:

Este apartado pretende independizar el tratamiento crónico y en uso de forma individual, con el fin de evitar confusiones en la administración de medicamentos.

Hay que prestar especial atención cuando conviven en la misma familia más de un paciente con tratamientos comunes, ya que pueden coexistir marcas comerciales o especialidades farmacéuticas distintas, incrementándose el riesgo de duplicidades terapéuticas, interaccio-

nes, etc, pudiendo verse gravemente comprometida la seguridad.

Botiquines satélites:

Algunos medicamentos requieren una conservación en condiciones especiales como son los refrigerados (por ejemplo: insulinas o jarabes abiertos). En este caso, se recomienda reservar una zona en la puerta del frigorífico para estos medicamentos.

Revisión de Caducidades: Se aconseja revisar periódicamente, al menos 4 veces al año, las caducidades de los medicamentos almacenados con aislamiento ambiental (comprimidos y/o cápsulas en blíster, inhaladores,...).

Sin embargo, se recomienda desechar medicamentos no protegidos del ambiente como colirios o jarabes, un mes tras la apertura del envase.

¿Qué hacer con los medicamentos caducados?

Los medicamentos no utilizados, en mal estado o caducados, deben ser depositados en el punto Sigre®, disponible en todas las farmacias comunitarias.



El Polimedicado 2.0

DEBE depositarse en el punto Sigre®:

- Restos de medicamentos
- Caducados, en mal estado de conservación, no claramente identificables, o aquellos que no se recuerda para qué fueron prescritos.
- Envases de medicamentos
- Todos los envases, e incluso los envases vacíos deben ir al punto SIGRE.

NO DEBEN depositarse en el Punto Sigre®:

- Agujas
- Termómetros
- Radiografías
- Gasas
- Productos químicos
- Pilas

RECOMENDACIONES DE INTERÉS:

- El botiquín debe localizarse fuera del alcance de los niños.
- Evitar la acumulación de fármacos, sólo conlleva errores de medicación.
- No recoger en la farmacia medicamentos ya suspendidos.

IDENTIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Para garantizar el uso adecuado de los medicamentos es fundamental propor-

cionar una correcta identificación e información, que promueva la seguridad y una utilización eficaz.

La información que acompaña al medicamento debe venir estructurada en las siguientes partes:

- **Ficha Técnica o Resumen de las Características del Producto.** Es un documento aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) que especifica las condiciones de uso autorizadas para el medicamento y recoge la información científica esencial para los profesionales sanitarios.
- **Material de Acondicionamiento.** Debe garantizar la identificación inequívoca del medicamento, y proporcionar la información necesaria para su correcta administración y uso.

Consta de:

- **Acondicionamiento primario:** información del blíster o etiqueta. Es la información serigrafada en el envase en contacto con la forma farmacéutica.
- **Acondicionamiento secundario:** información incluida en el embalaje exterior.
- **Prospecto:** información del medicamento dirigida al paciente. Debe incluir una terminología clara y comprensible por el usuario.

Capítulo 6: Manejo de la medicación en domicilio

SÍMBOLOS, SIGLAS Y LEYENDAS EN EL EMBALAJE EXTERIOR DE LOS MEDICAMENTOS

Símbolo	Significado
	Dispensación sujeta a prescripción médica
	Estupefaciente
	Psicotropo incluido en el Anexo I del Real Decreto 2829/1977.
	Psicotropo incluido en el Anexo II del Real Decreto 2828/1977.
	Conservación en frigorífico.
	Medicamentos con caducidad inferior a 5 años.
	Medicamentos de nueva comercialización sometidos a especial vigilancia de reacciones adversas.
	Medicamentos que pueden reducir la capacidad de conducir o manejar maquinaria peligrosa.
	Medicamentos que pueden producir fotosensibilidad
	Símbolo internacional de radiactividad (señalización de radiaciones ionizantes).
	Las oficinas de farmacia cuentan con un punto Sigre® para la recogida de medicamentos caducados o no utilizados por el paciente con el fin de reducir la contaminación medioambiental.

Sigla	Significado
EFG	Especialidad Farmacéutica Genérica
EFP	Especialidad Farmacéutica Publicitaria. Estos medicamentos pueden obtenerse en la farmacia sin receta médica, aunque se recomienda emplear bajo indicación de un profesional sanitario.
ECM	Especial Control Médico.
H	Uso Hospitalario.
TLD	Tratamiento de Larga Duración
MTP	Medicamento Tradicional a base de Plantas.
DH	Medicamento de Diagnóstico Hospitalario o que requiere prescripción por un especialista específico.
EXO	Excluido de la Oferta del Sistema Nacional de Salud.

Los símbolos y siglas se acompañarán con las siguientes leyendas en un lugar visible:

- Medicamento no sujeto a prescripción médica
- Medicamento sujeto a prescripción médica.
- Uso hospitalario
- Diagnóstico hospitalario
- Especial control médico
- Medicamento homeopático
- Basado exclusivamente en su uso tradicional

POSIBLES EFECTOS DERIVADOS DEL USO DE LOS FÁRMACOS

Los resultados encontrados en un estudio indican que el 41% de los pacientes ancianos sufren una o más reacciones adversas medicamentosas por un uso inadecuado de los mismos.

De la misma forma, otros estudios publican que la proporción de personas mayores que sufren una reacción adversa medicamentosa a lo largo de un año oscila entre el 10 y el 35%; los valores más altos corresponden a los pacientes polimedcados. Como consecuencia de estos efectos secundarios a los medicamentos, encontramos un estudio en el que el 84% de los pacientes que los sufrieron necesitaron atención médica y hospitalización el 11%.

De forma general, se han estimado que cerca del 30% de todas las hospitalizaciones están relacionadas con el uso de

El Polimedicado 2.0

medicamentos, ya sea por enfermedades no tratadas, inadecuada selección, reacciones adversas, tratamientos incumplidos, interacciones, sobredosis, la utilización poco controlada de productos naturales y la automedicación.

Por otra parte, el almacenamiento de medicamentos en sus hogares puede suponer un problema económico que a su vez refleja un problema de educación sanitaria. Así, el usuario percibe las prestaciones del Sistema Nacional de Salud como una conquista universal, pero no se le ha sabido trasladar una conciencia social sobre sus implicaciones económicas y sus repercusiones sanitarias.

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN DOMICILIO

Dado que el incumplimiento del tratamiento, aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico y es responsable de importantes problemas relacionados con la medicación, asociados a un elevado porcentaje de ingresos hospitalarios, vamos a establecer posibles medidas de seguimiento al paciente para intentar solventar las dificultades que éste se encuentra al llegar a casa.

Antes de iniciar un seguimiento, es imprescindible que el paciente conozca en primer lugar sus problemas de salud, qué piensa respecto a su tratamiento, y que esté informado de los efectos que se esperan conseguir de los fármacos, ya que es responsable de tomar sus propias decisiones acerca de su enfermedad y de

cómo hacerle frente.

La intervención del farmacéutico, proporcionando información al paciente sobre su tratamiento, cómo debe ser administrado, qué consecuencias puede tener no tomarlo, tomarlo mal, o la necesidad de un buen cumplimiento, ha conseguido que el porcentaje de pacientes que comprenden y toman su medicación correctamente conforme a la prescripción médica aumente significativamente.

Modelos de seguimiento:

- Al alta hospitalaria, mediante el desarrollo de protocolos de conciliación y planificación de la medicación.
- Seguimiento en la Oficina de Farmacia: El farmacéutico comunitario tiene a su alcance el poder ofrecer un servicio extra al paciente anciano polimedicado. El fácil acceso del paciente a una atención farmacéutica individualizada, hacen de este profesional un pilar imprescindible durante todo el proceso asistencial, siendo viable establecer una línea de colaboración con las Oficinas de Farmacia desde la atención especializada para garantizar el seguimiento del paciente una vez ha abandonado el hospital.
- Apoyo en domicilio: Es en el domicilio donde pueden aparecer las

Capítulo 6: Manejo de la medicación en domicilio

dudas e inseguridades sobre el tratamiento. La visita domiciliaria tiene como objetivo revisar la correcta administración del tratamiento, comprobar el grado de cumplimiento del tratamiento prescrito, así como el conocimiento de los posibles cambios realizados en la terapia. Mediante una entrevista al paciente, familiar y/o cuidador es posible resolver los errores de medicación derivados de la transición entre los distintos niveles asistenciales. Como parte de la estrategia de seguimiento al paciente anciano polimedica-do, una visita al domicilio puede evitar problemas derivados de la medicación crónica del paciente, con una repercusión importante en seguridad, proporcionando un beneficio extra en la calidad de la atención sanitaria con alto grado de satisfacción (94,2%) según muestra un estudio reciente. En caso de no ser posible acudir a domicilio se puede establecer contacto telefónico ya sea para facilitar información, como para reforzar el cumplimiento del plan de tratamiento. En todos los procesos implicados en el seguimiento, se requiere la colaboración de diferentes profesionales implicados en la salud del paciente.

IMPACTO DEL USO DE LA MEDICACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE.

El paciente anciano presenta habitualmente una importante comorbilidad, propia de la edad avanzada, lo que pro-

voca que sean con frecuencia pacientes excesivamente polimedica-dos y con algún grado de discapacidad.

Todo ello convierte el tratamiento en una terapia compleja que dificulta el seguimiento y la adherencia al mismo.

Según la Organización Mundial de la Salud el término calidad de vida, se define como “la percepción personal de un individuo de su situación dentro del contexto cultural y de los valores en los que cree, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses vitales”.

La calidad de vida en lo que respecta a la salud aporta una información muy específica, susceptible de variación y subjetiva sobre cómo el paciente percibe su enfermedad y las limitaciones que ésta le supone. Aparece influenciada por las expectativas individuales que presenta cada paciente respecto a su estilo de vida y capacidad funcional.

La medicación puede condicionar y modificar notoriamente el estilo de vida: la insulina y el manejo de los dispositivos, la automonitorización de la glucosa, el temor a hiper/hipoglucemia, son dificultades a las que se enfrenta el paciente diabético a diario. Según muestra el estudio PANORAMA, los pacientes con un peor control glucémico con patrones de tratamiento más complejos y con experiencia de hipoglucemias graves presentan una peor calidad de vida con respecto a los pacientes que no tienen estos factores.

El Polimedicado 2.0

La terapia anticoagulante: heparina, warfarina o acenocumarol, a pesar de su extendido uso, requieren estrecha vigilancia y monitorización periódica para prevenir efectos adversos, presentan numerosas interacciones con la dieta y una compleja dosificación.

Una peor percepción de la calidad de vida en relación con la salud, va a ir asociada a un mayor riesgo de reingreso hospitalario y mortalidad, de ahí la importancia e influencia de una prescripción adecuada, minimizando el número de fármacos prescritos, simplificando la pauta posológica y ocasionando los mínimos perjuicios en el estilo de vida del paciente.

Conseguir una buena adherencia al tratamiento es fundamental para el bienestar de los pacientes ancianos, ya que influye directamente sobre su salud y por tanto en la percepción de la calidad de vida.

PAPEL DEL CUIDADOR.

El paciente pluripatológico, además de presentar la coexistencia de dos o más enfermedades, puede llevar implícito un deterioro funcional, que va a condicionar el posterior grado de dependencia, que no sólo va a influir en la demanda de recursos sanitarios, sino que también va a provocar un impacto notable en su red sociofamiliar más próxima.

La dependencia funcional se evalúa según el Índice de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria (inde-

pendencia: 100, dependencia leve: 95, moderada: 65-90, severa: 25-60, total: 0-20). El deterioro cognitivo suele evaluarse mediante el cuestionario de Pfeiffer (normal: 0-2 errores, leves: 3-4 errores, moderado 5-7 errores, severo: 8-10 errores)

Un estudio concluye que el soporte de un cuidador se asocia a una mayor adherencia terapéutica incluso en pacientes con mayor grado de dependencia funcional. Es la razón por la que la figura del Cuidador Principal se convierte en imprescindible en la evolución de estos pacientes.

El grupo de edad comprendido entre los 69-72 años, con menor grado de dependencia, que se suponen más autosuficientes teóricamente y que no cuentan con cuidador, suelen presentar peor adherencia respecto a pacientes de mayor edad.

En pacientes más dependientes que cuentan con la asistencia de un cuidador, es probable que la adherencia esté garantizada a pesar de la comorbilidad o el elevado número de medicamentos.

La edad del paciente, su vulnerabilidad clínica, su grado de deterioro funcional y cognitivo son factores asociados a la sobrecarga sentida por el cuidador principal, que les conduce en ocasiones, al abandono del cuidado, representando un grave problema social y de salud.

Existe una relación directa entre la demanda asistencial de estos pacientes y la influencia sobre esta figura, represen-

Capítulo 6: Manejo de la medicación en domicilio

tada en un 80% por mujeres, mayores de 60 años, familiares de primer grado en el 90% de los casos.

Según se muestra en este estudio, una tercera parte de los cuidadores-familiares van a experimentar un exceso de carga con repercusiones negativas en su salud y en la de la persona que cuidan.

Ser el cuidador principal de un anciano dependiente requiere conocimientos y habilidades específicas además de asistencia a domicilio, ayudas económicas y actuaciones o intervenciones específicas de los profesionales de la salud hacia los cuidadores (información, formación, apoyo emocional, etc.). Bourgeois et al clasificó en cuatro bloques las diferentes intervenciones dirigidas a cuidadores para facilitar su análisis y estudio: asesoramiento, intervenciones psicoeducacionales, intervenciones multicomponentes y de respiro o descanso.

Es de suma importancia que los planes terapéuticos incluyan intervenciones dirigidas al cuidador principal con objeto de disminuir la sintomatología negativa que el cuidado provoca en él, facilitando la integración y permanencia del anciano en su ámbito familiar.

AUTOMEDICACIÓN: MEDICAMENTOS OTC Y PLANTAS MEDICINALES.

La adquisición de fármacos sin receta médica, conseguir fármacos del entorno más cercano, recuperar medicación utilizada anteriormente, tanto prolongar como interrumpir un tratamiento prescrito, aumentar o disminuir las dosis pau-

tadas, así como el uso de medicamentos del botiquín domiciliario que no cuentan con prescripción ni supervisión médica, es lo que consideramos "automedicación".

Es frecuente que sea el propio paciente quien padece síntomas no controlados con su tratamiento prescrito.

Los medicamentos más demandados como automedicación corresponden a los siguientes grupos terapéuticos: N02 (analgésicos), J01 (antibacterianos de uso sistémico), M01 (antiinflamatorios y antirreumáticos) y R05 (preparados para la tos y el resfriado).

La automedicación y/o el consumo de Especialidades Farmacéuticas Publicitarias (EFP o también denominada "Over The Counter" OTC), aumenta el riesgo de posibles duplicidades terapéuticas y la aparición de efectos adversos tras su uso prolongado.

Las plantas medicinales son considerados medicamentos que podemos encontrar en la farmacia como: especialidad farmacéutica de prescripción, especialidad farmacéutica publicitaria o medicamento tradicional a base de plantas.

También podemos encontrar otros productos en forma de complemento alimentario a base de plantas medicinales y que son de venta libre en supermercados, herboristerías o tiendas de dietética. Su comercialización está contemplada por la Ley siempre que no exista una indicación terapéutica.

El Polimedicado 2.0

El uso de plantas medicinales se ha asociado al tratamiento de sintomatología leve o moderada, e incluso como coadyuvante en las enfermedades crónicas.

Ciertas plantas medicinales: arándano americano (*Vaccinium macrocarpon* Aiton), hipérico (*Hypericum perforatum* L.), soja (*Glicine max* [L.] Merr.). presentan un nivel de evidencia A o lo que es lo mismo, existe una sólida evidencia para su uso.

A pesar del amplio margen de seguridad, son numerosas las interacciones descritas asociadas a la fitoterapia que son posibles porque se absorben, metabolizan, distribuyen y excretan por las mismas vías.

Hypericum perforatum L. Hipérico o Hierba de San Juan: se le atribuyen aplicaciones terapéuticas antidepresivas, ansiolíticas y relacionadas con trastornos del sueño. Sin embargo algunos componentes del hipérico producen una inducción de varios enzimas que van a actuar estimulando la capacidad metabólica del hígado, lo que se traduce en un aumento del aclaramiento plasmático de los fármacos administrados de forma concomitante y una disminución del efecto farmacológico de los mismos.

Hay que tener especial precaución con los siguientes medicamentos: anticoagulantes, antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, amitriptilina, inhibidores de la monoaminoxidasa), antiepilépticos, teofilina, benzodiazepinas, antibacterianos (macrólidos, quinolonas), anticonceptivos

orales, inmunomoduladores, digoxina, antirretrovirales, antagonistas del calcio, antiinflamatorios no esteroideos, loperamida, medicamentos fotosensibilizantes, triptanes antimigrañosos, antihistamínicos H1, omeprazol, imatibib, estatinas (simvastatina, pravastatina), tolbutamida.

Existen productos estandarizados que nos garanticen una cantidad fija de principios activos y, por consiguiente, el efecto terapéutico esperado.

Es función de todo profesional sanitario incidir en la promoción del uso racional del medicamento y en medidas educativas en automedicación que se torna más preocupante en el anciano, por su yatrogenia y vulnerabilidad a los efectos adversos. Es obligación del paciente, proporcionar información sobre la terapia domiciliar completa, sin omitir el uso de plantas medicinales por los limitados conocimientos en cuanto a seguridad e interacciones.

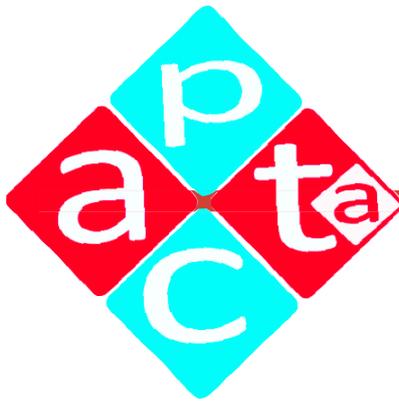
PUNTOS IMPORTANTES

- Para garantizar una correcta conservación de los medicamentos, es necesario acondicionarlos en lugar fresco y seco, evitando la exposición a la luz solar.
- Se recomienda revisar periódicamente, al menos 4 veces al año, las caducidades de los medicamentos almacenados con aislamiento ambiental y desechar medicamentos no protegidos del ambiente como colirios o jarabes, un mes tras la apertura del envase.
- Los medicamentos no utilizados, en mal estado o caducados, deben ser depositados en el punto Sigre®.
- Para garantizar el uso adecuado de los medicamentos es fundamental proporcionar una correcta identificación e información, que promueva la seguridad y una utilización eficaz: Ficha técnica, acondicionamiento primario (blister o envase en contacto con la forma farmacéutica), acondicionamiento secundario (envase exterior del medicamento) y prospecto.
- La intervención del farmacéutico, proporcionando información al paciente sobre su tratamiento, cómo debe ser administrado, qué consecuencias puede tener no tomarlo, tomarlo mal, o la necesidad de un buen cumplimiento, ha conseguido que el porcentaje de pacientes que comprenden y toman su medicación correctamente conforme a la prescripción médica aumente significativamente.

- Conseguir una buena adherencia al tratamiento es fundamental para el bienestar de los pacientes ancianos, ya que influye directamente sobre su salud y por tanto en la percepción de la calidad de vida.
- La automedicación y/o el consumo de Especialidades Farmacéuticas Publicitarias o plantas medicinales sin supervisión médica, aumenta el riesgo de posibles duplicidades terapéuticas y la aparición de efectos adversos tras su uso prolongado.

ENLACES DE INTERÉS

SIGRE es el sistema de recogida selectiva de envases de medicamentos, que ha puesto en marcha la industria farmacéutica española, con la colaboración de las farmacias y de la distribución, para facilitar que los ciudadanos puedan desprenderse de los envases vacíos o con restos de medicamentos, así como de los medicamentos caducados que tienen en sus hogares. www.blogsigre.es



7. Adherencia y Cumplimiento terapéutico

Myriam Gallego Galisteo

Especialista Farmacia Hospitalaria,
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Dulce Guerra Estévez

Farmacia Hospitalaria,
AGS Campo de Gibraltar

Macarena Flores Dorado

Farmaceutica Atención Primaria,
AGS Cádiz Norte

|

Capítulo 7: Adherencia y cumplimiento terapéutico

La toma de medicamentos de forma crónica en un paciente es una situación que complica en gran medida el cumplimiento terapéutico. Si a este hecho le sumamos que habitualmente la polimedicación va acompañada de una edad avanzada y por tanto de deterioros funcionales físicos y cognitivos, el uso correcto de los medicamentos puede llegar a convertirse en un auténtico reto para el propio paciente.

La definición de cumplimiento terapéutico más extendida y aceptada por la sociedad científica es la publicada por Haynes en 1976, quien lo describe como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Sin embargo, cuando hablamos de adherencia terapéutica el concepto se complica, al incluir en esta conducta el compromiso del individuo con el cuidado y mantenimiento de su propia salud. Es una conducta que depende de factores inherentes al paciente y al propio sistema sanitario. Por tanto, el término adherencia responsabiliza tanto al paciente como al personal sanitario encargado de hacer entender al paciente cómo ha de realizar el tratamiento. El término cumplimiento dependerá sólo del paciente.

Los pacientes ancianos son los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción, por lo que constituyen un grupo especialmente sensible a un peor cumplimiento terapéutico y por tanto, una menor adherencia al tratamiento.

MÉTODOS DE ESTUDIO DEL GRADO DE ADHERENCIA

El impacto del incumplimiento terapéutico sobre la seguridad del paciente es innegable, constituye una de las principales causas del fracaso de los tratamientos y complicaciones clínicas de la enfermedad, reduce la calidad de vida y genera resistencias farmacológicas y gastos sanitarios que podrían ser evitables. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud alerta que en los países desarrollados la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas es sólo del 50%.

Debido a estas repercusiones clínicas y económicas el incumplimiento terapéutico se ha convertido en un tema prioritario a tratar en los sistemas sanitarios actuales.

Medir el grado de cumplimiento terapéutico puede resultar una tarea complicada para el profesional de la salud por la amplitud de circunstancias personales de cada paciente que pueden influir en su medición. Por ello, no existe en la práctica clínica ningún método capaz de valorar todos los factores determinantes del cumplimiento terapéutico de un paciente.

Existen varios métodos para el medir el grado de cumplimiento, que se clasifican en objetivos (directos e indirectos) y subjetivos.

1. Métodos objetivos directos: consisten en determinar el medicamento en los fluidos orgánicos del paciente (orina, sangre, etc.) mediante un análisis clínico, cuantificándolo y comprobando de esta

El Polimedicado 2.0

manera si el paciente lo ha tomado o no.

2. Métodos objetivos indirectos: Son métodos fáciles y económicos que informan sobre la conducta del paciente. Son menos fiables, ya que no consideran determinados factores que pueden influir en el resultado de la valoración. Se basan en técnicas como:

- Recuento de medicación sobrante.
- Control de dispensación en la oficina de farmacia comunitaria.
- Monitorización electrónica.
- Evaluación del resultado terapéutico. Por ejemplo, en pacientes hipertensos en tratamiento puede medirse el correcto control de la tensión arterial.
- Control de la asistencia a las citas programadas.

3. Métodos subjetivos indirectos: La adherencia puede ser evaluada a partir de la valoración, mediante una entrevista personalizada, de las aptitudes, habilidades y conocimientos adquiridos por el paciente, familiar y/o cuidador sobre su enfermedad y tratamiento. Sin embargo, hay que tener en cuenta que no siempre el paciente da una información del todo veraz sobre el grado de cumplimiento de su terapia.

Tras analizar los diferentes métodos disponibles, observamos que el más extendido y recomendado en la práctica clínica para examinar de forma sistemática el cumplimiento de los pacientes a su tratamiento es el método subjetivo indirecto, basado en la entrevista clínica personalizada.

CAUSAS DEL DÉFICIT DE ADHERENCIA

En la práctica actual, dada la presión asistencial, puede resultar imposible evaluar la adherencia en todos los pacientes por lo que quizá sea más realista centrar la atención en los pacientes con mayor riesgo de falta de adherencia. En este sentido, se han estudiado una serie de predictores asociados a la baja adherencia que pueden ayudar a detectar a estos pacientes:

- Pluripatología.
- Edad avanzada.
- Terapias complejas y/o con frecuentes efectos secundarios que comprometan la conciencia o el desempeño social del individuo.
- Terapias destinadas a la prevención de una enfermedad.
- Terapias que para su administración requieran la asistencia de un personal entrenado.
- Enfermedades silenciosas o sin sintomatología.
- Situación sociocultural que dificulta el acceso a la asistencia o a los medicamentos.
- Coste de la medicación.

El déficit de adherencia puede producirse de manera intencionada cuando el propio paciente decide o no está dispuesto a seguir las recomendaciones terapéuticas porque no cree en la eficacia del tratamiento o no asume el riesgo de efectos secundarios, pero también puede presentarse de forma no intencionada en el caso de pacientes con dificultades sociales, culturales o funcionales. Es necesario conocer la causa que lleva a un déficit en la adherencia para poder intervenir y fomentarla en aquellos pa-

Capítulo 7: Adherencia y cumplimiento terapéutico

cientes que presentan un patrón inadecuado.

La causa más frecuente del incumplimiento terapéutico es el olvido de alguna de las tomas de la medicación. Otras causas son la percepción del propio paciente de excesiva medicación en su terapia, percepción de mejoría, medicamentos innecesarios, ineficaces o inseguros, dificultad en su administración, no disponer de ellos en su oficina de farmacia comunitaria, falta de información y educación sanitaria sobre la enfermedad padecida y la carencia de soporte familiar, social y sanitario.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

El objetivo del profesional sanitario es optimizar el grado de cumplimiento por parte del paciente para asegurarle un mayor beneficio terapéutico del tratamiento prescrito, así como un correcto control de su enfermedad.

No existe una intervención específica para mejorar la adherencia terapéutica de todos los pacientes, siendo las principales áreas de actuación las que se especifican a continuación:

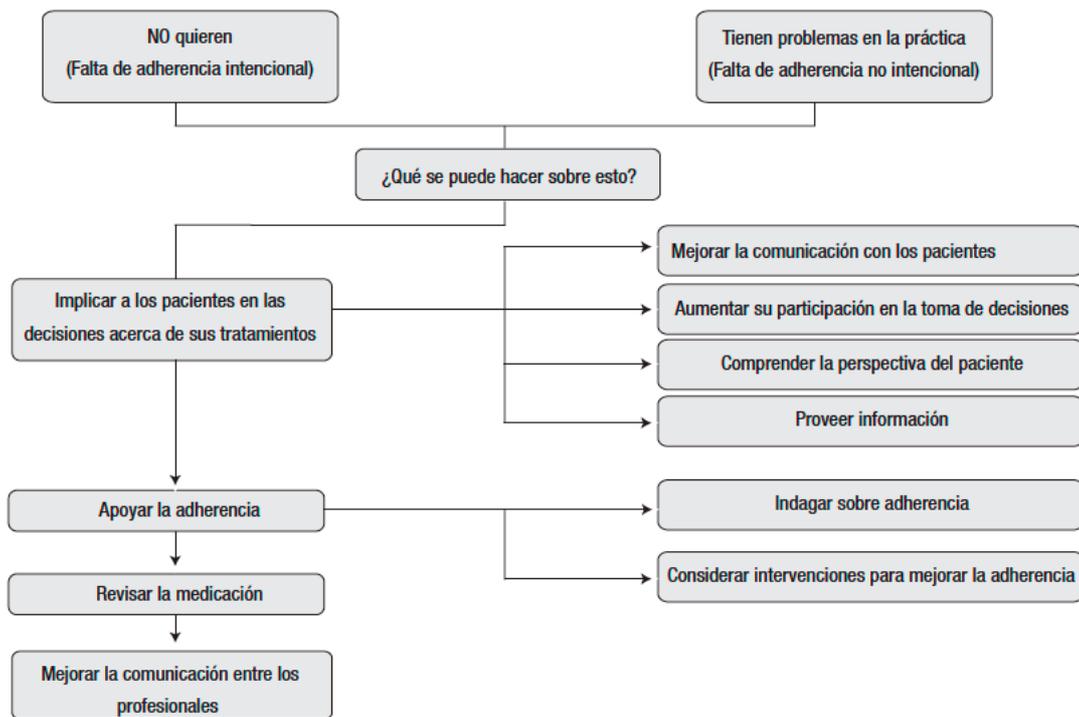


Figura 1. Causas y Estrategias para la Adherencia Terapéutica

Fuente: *Guía de Práctica Clínica: Adherencia al tratamiento involucrando a los pacientes en las decisiones (2010)*.

INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La complejidad de la terapia del paciente polimedicado no es el único determinante del cumplimiento, y es que existen estudios que manifiestan que una información insuficiente por parte del personal sanitario sobre su farmacoterapia conlleva a una despreocupación por parte del paciente, familiar y/o cuidador sobre la necesidad del tratamiento para su patología, siendo este hecho también responsable de la baja adherencia a su tratamiento e incluso al abandono del mismo.

Con frecuencia los pacientes salen de la consulta de su médico sin entender por qué le han modificado su tratamiento, cómo deben tomar el nuevo medicamento prescrito o qué deben hacer en caso de sufrir alguna reacción indeseada.

La consulta sanitaria debe adecuarse al tipo de paciente atendido. Así, en el caso de los pacientes polimedicados, que son generalmente de edad avanzada con terapias crónicas y complejas, es necesario una mayor dedicación para garantizar el correcto uso de los medicamentos. Por otra parte, el abordaje del paciente por un equipo multidisciplinar permite una mejor adaptación a las necesidades del mismo.

Debe existir una tendencia hacia la implicación del paciente en la determinación e idoneidad de su terapia. De esta forma el paciente, junto con el profesional de salud, podrá determinar las pautas far-

macoterapéuticas más adecuadas a su situación clínica, considerando sus necesidades y factores socioculturales. Esta cooperación requiere que el paciente adquiera responsabilidad, conocimientos y habilidades suficientes para participar en la toma de decisiones sobre su salud e impulsar su autonomía.

Es necesario que el profesional de salud esté capacitado para analizar los conocimientos, comprensión y preocupaciones del paciente, y además debe generar confianza para que el paciente pueda plantearle sus dudas y/o preocupaciones respecto a su tratamiento.

El personal sanitario debe asegurarse de que el paciente entienda perfectamente cuál es el propósito de su tratamiento y sepa identificar los medicamentos que va a manejar, la duración del tratamiento y el esquema pautado.

La preocupación de los pacientes ante la aparición de efectos secundarios es una causa importante de incumplimiento terapéutico. Es frecuente el abandono de aquellos medicamentos con elevada tasa de efectos secundarios como es el caso de los antidepresivos, que actúan a nivel neurológico.

Para actuar sobre este hecho no siempre es posible minimizar la incidencia de reacciones adversas. Por ello es muy importante que el paciente conozca la probabilidad de su aparición y sea capaz de reconocerlas y de acudir a su médico para comunicarlas.

Capítulo 7: Adherencia y cumplimiento terapéutico

Si los efectos secundarios son la causa de la falta de adherencia de un paciente a su tratamiento, sería necesario analizar los beneficios y las reacciones adversas medicamentosas a corto y largo plazo, la forma de detectarlas y controlarlas o incluso plantear alternativas terapéuticas con mejor perfil de seguridad.

El tipo de información y educación sanitaria proporcionada también dependerá del tipo de paciente al que vaya dirigido:

- **Actividades formativas individuales:**
La información y educación personalizada se adapta a la demanda del propio paciente y permite detectar factores determinantes para el fomento del compromiso del paciente y/o cuidador con su propia enfermedad.
- **Actividades formativas grupales:**
La formación de grupos de pacientes y/o cuidadores con el mismo problema de salud les ayuda a conocer su enfermedad, compartiendo con el resto de personas sus conocimientos, habilidades y experiencias que les enriquece para el manejo de la misma. (Ver Capítulo Escuela de Pacientes)

ESTRATEGIAS CONTRA EL OLVIDO DE LAS TOMAS

Como ya hemos dicho anteriormente, el olvido en la toma de la medicación es la causa más frecuente de incumplimiento terapéutico. Así, está demostrado que a medida que aumenta el número de medicamentos prescritos en una terapia

crónica, el grado de cumplimiento disminuye.

INTEGRACIÓN EN LA VIDA COTIDIANA

Una forma fácil y eficaz de combatir estos olvidos es la integración de la terapia en la vida cotidiana asociando la toma de los medicamentos a rutinas diarias. Este procedimiento puede ser útil en pacientes con independencia funcional o un cuidador que le preste suficiente dedicación.

De igual forma, es importante el apoyo familiar con el que cuenta el paciente. Éste conlleva que adquiera con mayor facilidad una conducta cumplidora, sobre todo en tratamientos a largo plazo, cuando es capaz de introducir tanto su tratamiento como los cambios en su estilo de vida dentro de su ambiente familiar. La familia puede ayudar a recordar una toma o detectar la aparición de efectos secundarios.

CUADRO DIARIO DE MEDICACIÓN

La elaboración de un listado completo de la terapia del paciente con el nombre del fármaco, indicación, dosis, frecuencia diaria y duración del tratamiento le ayuda a conocer cuál es su tratamiento y para qué y cuándo lo debe tomar, pudiendo añadir recomendaciones y pautas a seguir en caso de aparición de efectos secundarios.

El Polimedicado 2.0

Cuadro DIARIO Medicación							
NHC		Paciente					
		Al despertar DE SAKYUNO		Mediodía ALMUERZO		Weekends A las 10.00h CENA	
		ALMUERZO		ALMUERZO		ALMUERZO	
RAMIPRIL 150 mg Comp Oral	HTO/ABD	Oral	1				
METFORMINA 850 mg Comp Oral	DIABTES	Oral	0.5		0.5		0.5
ACIDO ACETILSALICILICO 100mg Comp Or	ODAS U/LACON	Oral	1				
CLOPIDOGREL 75 mg Comp Oral	ODAS U/LACON	Almuerzo (10 h)		1			
IBIGARTAN 150 mg Comp Oral	TEHEDN	Oral	1				
FUROSEMIDA 40mg Comp Oral	TEHEDN	Oral	1				
BISOPROLOL 2.5 mg Comp Oral	CH FDO VASCU LAR	Oral	1				
FINOBRATO 180 mg Caps Oral	TRILCHER DOD	Oral	1				
SIMVASTATINA 40 mg Comp Oral	COLLETRIDOL	Oral					1
ALOPURINOL 300 mg Comp Oral	HC URICO	18/18 HOR			1		
PARACETAMOL 1g Comp oral Oral	DOLO R + FIEBRE	Oral					
BETAHISTINA 16 mg Comp Oral	ALERGO	Oral	1				1
FLUSHING* TEOFARINA 330 mg Caps Oral	RESPIRATORIO	Oral	1				1
ATROVENT* B IPRAFATROPIO 20MG/PUKLSI	RESPIRATORIO	Oral					
SPIRIVA* RESPIRAT B. TIOTROPIO 2,5MG	RESPIRATORIO	A las 07 horas			1		
CYCLOPENTOLATO 30 MG/ML COLIBRO	COLIBRO	Oral					1
FINLIFERINA 300 MG/ML COLIBRO	COLIBRO	Oral					1
(*) PRAGAMIN* GALTOPARINA 3000 UJ Jar S	ODAS U/LACON	Oral					
NITROGLICERINA 5 mg Parche TD	CH FDO VASCU LAR	Oral	1				
(**) DEFUZZACORT 30mg Comp Oral	ODAS U/LACON	Oral					

Figura 2. Cuadro Diario de Medicación

EL PASTILLERO

El uso de ayudas técnicas es útil para pacientes con terapias complejas o con situaciones sociales, culturales o clínicas que dificultan la posología de su terapia. Entre estas ayudas técnicas encontramos organizadores de medicamentos como son los pastilleros.

Un pastillero permite organizar la medicación y facilitar el cumplimiento terapéutico. Existen distintos tipos que se ajustan a las necesidades del paciente con tantos compartimentos como éste necesite, pudiendo incorporar, los más sofisticados, un sistema de alarma para el recordatorio de las tomas.

Tipos de Pastilleros

Cada paciente debe elegir el pastillero que mejor se adecue a las necesidades de su tratamiento. Los pastilleros dividen las dosis en horarios que deben hacer coincidir con su receta médica. Por ello el pastillero deberá tener tantos compartimentos como tomas deba hacer al día. También deberá tener en cuenta la can-



Capítulo 7: Adherencia y cumplimiento terapéutico

tividad de pastillas que puede almacenar en él, escogiendo uno suficientemente amplio como para guardar todos los fármacos protegidos por su blíster. De este modo, al mantenerlos en su cobertura original, es más sencillo identificarlos y evitar errores.

Preparación del pastillero

El uso de pastilleros implica que el paciente o su cuidador tenga que dedicar un día de la semana y/o momento del día, en caso de pastilleros diarios, para rellenar el pastillero.

La persona responsable de su abastecimiento debe conocer los medicamentos que componen su terapia, la indicación de éstos y la frecuencia diaria de administración, pudiéndose ayudar de las recetas de prescripción o de un listado de la terapia completa con fármaco, dosis, forma farmacéutica, indicación y frecuencia en caso de duda. Este listado permite preparar el pastillero sin riesgo de errores.

Normas para la correcta preparación del pastillero:

- Lavar las manos antes de manipular los medicamentos.
- Preparar el listado de medicación crónica que incluya la frecuencia de administración y los envases de medicamentos a incluir en el pastillero. Es importante saber que sólo se podrá incluir en el pastillero los medicamentos en forma de comprimidos y cápsulas, quedando

fuera cremas, inhaladores, parches, jarabes, supositorios, medicamentos refrigerados, medicamentos si precisa, etc.

- Repartir la medicación en los distintos compartimentos del pastillero fármaco por fármaco, es decir, se aconseja completar el reparto de un medicamento antes de comenzar con el siguiente.
- Una vez finalizado el llenado del pastillero, conservarlo junto al resto de medicamentos no incluidos en el pastillero en un lugar asignado para dicho fin que cuente con unas condiciones óptimas de humedad, temperatura y sin exposición a luz directa. Para evitar olvidos en la administración de los medicamentos no incluidos en el pastillero, se recomienda conservar junto a este pastillero el listado de medicamentos, resaltando su toma.
- Guardar los envases de los medicamentos incluidos en un lugar distinto al pastillero para evitar duplicidades en la administración.

HERRAMIENTAS 2.0

Para los pacientes y/o cuidadores más habilidosos con las nuevas tecnologías existen aplicaciones móviles y otros recursos 2.0 para mejorar el cumplimiento del tratamiento, pudiendo recordar con una alarma el horario de la toma (Ver capítulo Redes Sociales y paciente polimedcado)

PUNTOS IMPORTANTES

- El cumplimiento terapéutico es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario
- La adherencia terapéutica incluye el compromiso del individuo con el cuidado y mantenimiento de su propia salud
- La información y educación terapéutica en el paciente les ayuda a entender la relación entre la adherencia y el éxito de la terapia para el control de sus enfermedades.
- Existen estrategias para intervenir ante olvidos en las tomas: organizadores de medicamentos, cuadros diarios de medicación, recordatorios de tomas entre los recursos 2.0.

ENLACES DE INTERÉS

POLIMEDICADOS 2.0 Portal Web específicamente dirigido a personas polimedicadas, sus cuidadores y profesionales. Se ofrecen guías, documentos y enlaces que sirven de apoyo a pacientes, cuidadores y profesionales. polimedicados20.blogspot.com.es/

COMUNIDAD DE MADRID

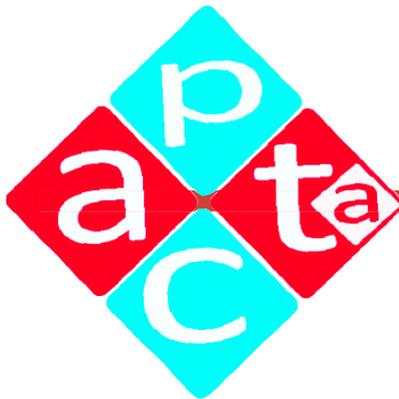
Portal de Salud de la Comunidad de Madrid. www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud/Page/PTSA_home

iBOTIKA

Portal de Salud de Osakidetza. www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkcevi08/es/contenidos/informacion/cevime_ibotika/es_cevime/ibotika.html

8. Medicamentos de especial prescripción y dispensación

Medicamentos de uso hospitalario, visados



María Paz Quesada Sanz

FEA Farmacia Hospitalaria.
Hospital Punta Europa (Algeciras). AGS Campo de Gibraltar

Macarena Flores Dorado

Farmaceutica Atención Primaria.
AGS Jerez Norte.

Juan José Ramos Báez

Especialista Farmacia Hospitalaria.
AGS Campo de Gibraltar

|

Capítulo 8: Medicamentos de especial prescripción y dispensación

Es evidente la carga burocrática que supone el uso del visado no sólo para los profesionales de la salud sino también para el paciente, sin embargo, con la entrada en vigor de la receta electrónica, se pretende favorecer la autorización y dispensación de este tipo de medicamentos y productos sanitarios, entendiéndose como receta electrónica el proceso por el que un paciente que acude a una oficina de farmacia y presenta su tarjeta sanitaria y recibe toda o parte de la medicación que le ha sido prescrita electrónicamente por un facultativo autorizado por el sistema de salud y que el sistema de prescripción contiene como dispensable.

Mediante el visado electrónico vinculado al sistema de receta electrónica o receta XXI, se permite visar los tratamientos completos (máximo 1 año) y no receta a receta como se venía haciendo con el visado manual, de manera que además el paciente retira directamente el medicamento o producto sanitario en la oficina de farmacia, evitándose molestias y desplazamientos innecesarios a los centros sanitarios para la retirada de la receta visada. Este modelo se encuentra presente en las comunidades de Galicia, Extremadura, Castilla la Mancha, Andalucía, Aragón, Baleares y Canarias. El nivel de implementación del visado electrónico es mucho mayor en atención primaria que en atención especializada (consultas externas hospital) en las mayores de las comunidades, lo que supone una limitación en el inicio de prescripción de un medicamento por parte del especialista, que al no poder realizar el trámite administrativo, en algunos casos, obliga

al paciente a acudir a su médico de atención primaria (centro de salud) o a la unidad de distrito de farmacia, para tramitar la prescripción y el visado en el sistema informático.

Por tanto, y a modo de resumen, las principales ventajas del visado electrónico para el paciente son:

- Facilidad de gestión y tramitación.
- Autorización de “tratamientos” y no de recetas (renovación anual).
- El paciente retira el medicamento directamente en la oficina de farmacia, o bien la receta visada de su centro de salud, sin demoras.

En el contexto clínico del paciente polimedcado, es habitual la prescripción de medicamentos de especial control, que deben ser sometidos a visado o que requieren ser dispensados en los servicios de farmacia hospitalarios. Por ello, en este capítulo pretendemos aclarar conceptos como visado de inspección, diagnóstico o uso hospitalario entre otros, así como los trámites necesarios para su adquisición de una forma más accesible y cómoda y que genere el menor perjuicio posible en el entorno del paciente polimedcado.

VISADO DE INSPECCIÓN:

Se entiende por visado como el procedimiento por el que se autoriza para un paciente concreto el que determinados medicamentos y productos sanitarios puedan ser dispensados con cargo a fondos públicos. Es decir, el visado no cubre las recetas fuera del Sistema Na-

El Polimedicado 2.0

cional de Salud ni tampoco, las procedentes de centros hospitalarios privados o no concertados. Por otro lado, es requisito imprescindible para el visado que la indicación para la que se prescribe el medicamento se encuentre aceptada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

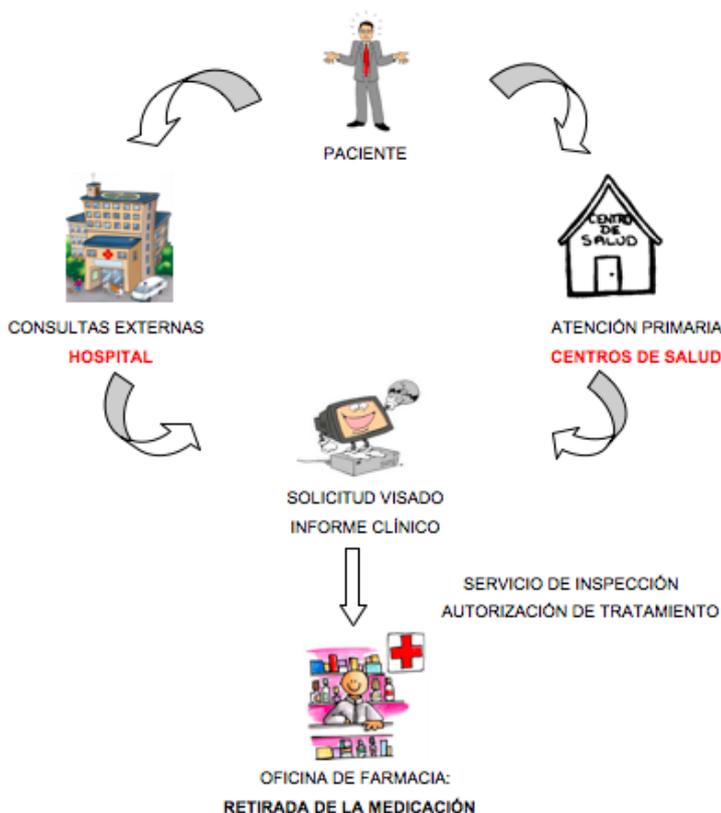
Básicamente existen dos tipos de medicación que conllevan visado:

- Aquellas que puede prescribir el médico de familia del centro de salud (medicamentos clasificados como "otros medicamentos" y determinadas vacunas).
- Aquellas que debe ser prescrita por especialistas en la patología para la

cual están autorizadas: medicamentos de especial control, nutriciones o dietas enterales y medicamentos de diagnóstico hospitalario.

- Determinados productos sanitarios como son los pañales (absorbentes de incontinencia urinaria) o tiras reactivas, además de por el médico de familia, también pueden ser visados con informe de enfermería

Por tanto, el circuito que debe seguir el paciente para la adquisición de un medicamento o producto sanitario que requiera visado e indistintamente si se le prescribe en medio hospitalario o en el centro de salud, sería el siguiente:



Capítulo 8: Medicamentos de especial prescripción y dispensación

Medicamentos que deben ser sometidos a visado:

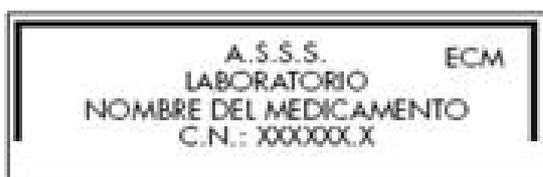
Entre los medicamentos o productos sanitarios que deben ser sometidos a visado se encuentran:

a) Especialidades farmacéuticas de diagnóstico hospitalario:



Estas especialidades llevan cupón precinto diferenciado con el símbolo ▲ y las siglas "DH" de diagnóstico hospitalario en el cartonaje, donde la función del visado no es otra que la de mejorar el diagnóstico de determinadas patologías:

b) Medicamentos de especial control médico.



Se reconoce con las siglas "ECM": En este grupo se incluyen medicamentos con eficacia clínica probada sin alternativa terapéutica y en los que existe un riesgo conocido, grave o probable. Además deben ser prescritos por determinados médicos especialistas. Incluye: derivados de la vitamina A de uso sistémico por riesgo teratógico (deben ser prescritos

por dermatólogos), ácido acetohidroxámico, por riesgo teratógico y depresión medular (prescrito por urólogos, nefrólogos y medicina interna) y antipsicóticos como la clozapina por el riesgo de agranulocitosis (prescrito por psiquiatras):

c) Medicamentos con cupón precinto diferenciado.



Se reconocen con las siglas "CPD": Se pretende así, asegurar el uso racional de los medicamentos y evitar el exceso de gasto derivado de un mal uso. Se precisa informe y receta del médico especialista o de familia. En este grupo se incluyen, antidiabéticos orales (pioglitazona), antiagregantes plaquetarios (clopidogrel), antipsicóticos atípicos en mayores de 75 años y antiinflamatorios (celecoxib):

d) Productos sanitarios:

Determinados productos sanitarios, debido a la necesidad de controlar el exceso de gasto por inadecuado consumo, estableciéndose para algunos de ellos, topes máximos de prestación. Algunos de ellos son:

- Absorbentes para incontinencia urinaria y colectores femeninos. Se precisa informe y receta del médico de familia.
- Medias elásticas terapéuticas de

El Polimedicado 2.0

compresión normal. Se requiere informe clínico del especialista (Cirugía, Traumatología, Ginecología, Nefrología, Rehabilitación y Angiología) y receta del médico de familia o del especialista.

- Productos dietéticos financiados por el SNS. Se precisa informe y primera receta del especialista.
- Tiras reactivas para la determinación de glucosa en sangre y orina.

e) Fórmulas magistrales con principios activos de especial control médico.

f) Vacunas bacterianas y extractos hiposensibilizantes individualizados (por médicos especialistas o de atención primaria, según vacuna).

Datos mínimos que debe contener el informe clínico:

- Filiación del paciente: nombre y apellidos, NUHSA o NUSS y/o edad.
- Pruebas diagnósticas y fechas de realización.
- Diagnóstico.
- Tratamiento: medicación, posología y duración.
- Fecha próxima revisión.
- Firma del facultativo (nombre y apellidos, cnp, servicio o unidad) y fecha de emisión.

En general independientemente de que el tratamiento sea indefinido o no, la validez máxima es de un año, salvo en el caso de la dietoterapia que debe ser cada 3 meses. Cuando la validez del informe de un tratamiento crónico esté próximo a caducar, se debe pedir cita

con el especialista para que confirme si ha de seguir o no con dicho tratamiento.

Plazos de dispensación:

En la receta médica electrónica, el plazo de validez durante el cual el paciente puede recoger el medicamento o producto sanitario en la farmacia, será de diez días naturales en el caso de una primera dispensación, contados a partir de la fecha de la prescripción o del visado en su caso.

El plazo de validez de la segunda o sucesivas dispensaciones, se inicia diez días naturales antes de la fecha de finalización de la medicación de la dispensación anterior y termina en la fecha de finalización del tratamiento fijada por el médico, pudiéndose establecer, si fuera necesario, otros plazos por necesidades de control o gestión.

Causas de denegación del visado:

Son posibles causas de denegación del visado:

- Tratamientos avalados con informes clínicos procedentes de consultas médicas y centros asistenciales privados o no concertados.
- Tratamientos avalados por informes clínicos incompletos o con un plazo de validez agotado.
- Recetas cuyos datos de prescripción sean insuficientes o incorrectos, o recetas en los que se aprecien fraudes o signos evidentes de falsedad, o con enmiendas y/o

Capítulo 8: Medicamentos de especial prescripción y dispensación

tachaduras no salvadas con nueva firma del médico.

- Tampoco se visará la prescripción de un número de envases diferente al legalmente establecido.
- Indicaciones o diagnósticos incluidos en el informe que no corresponden con las autorizadas por el Ministerio de Sanidad o no se ajustan a la ficha técnica. En estos casos, el especialista debe revisar la prescripción y si aún así la mantiene deberá tramitarse mediante lo que se conoce como “uso off label”, siendo en estos casos dispensados en los servicios de farmacia hospitalarios y no en las farmacias de calle. De igual modo, deberá ser prescrito por médicos especialistas y no por el médico de familia. Además de justificar en la historia clínica la necesidad de ese medicamento, se debe informar al paciente y/o cuidador de los posibles beneficios y riesgos potenciales, obteniendo su consentimiento informado por escrito (o de su representante legal).

MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO Y PROCEDIMIENTO PARA SU ADQUISICIÓN

Se entiende por especialidades de uso hospitalario, aquellas que por sus características farmacológicas, su novedad o interés para la salud pública o por su elevado coste, quedan reservados a tratamientos que se prestan en el medio hospitalario. Se reconocen por la inicial “H” situada junto al código nacional y deben ser prescritos por médicos adscritos a un servicio de atención especiali-

zada siendo dispensados, únicamente, en los servicios de farmacia de los hospitales.

Ante una primera dispensación, el paciente acudirá al servicio de farmacia del hospital, con la “hoja de prescripción” propia del centro, debidamente cumplimentada y firmada por el médico especialista responsable del tratamiento, junto con un informe médico. Para dispensaciones sucesivas y siempre que no haya cambios de tratamiento será suficiente con la “hoja de prescripción”. Como norma general, el tratamiento será dispensado con periodicidad mensual o cada 2 meses hasta caducidad de la receta u hoja de prescripción.

Algunos ejemplos de este tipo de medicamentos de uso hospitalario y que pueden ser habituales en el paciente polimedicado son las eritropoyetinas tanto para pacientes onco-hematológicos como para enfermos con insuficiencia renal crónica (prescrito por oncólogos/hematólogos, nefrólogos), así como gran parte de los medicamentos destinados a patologías crónicas como VIH, hepatitis B, hepatitis C o esclerosis múltiple, entre otras.

MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES Y PROCEDIMIENTO PARA SU ADQUISICIÓN

La prescripción de estupefacientes y/o psicotropos es algo habitual en los pacientes polimedicados, especialmente en pacientes oncológicos terminales, ya que se emplean para el tratamiento del dolor y de la depresión y/o ansiedad, respectivamente.

El Polimedicado 2.0

En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, coexisten la receta de estupefacientes en papel, para su cumplimentación manual o informatizada, y la posibilidad de prescripción electrónica. Actualmente, cada receta de estupefacientes puede cubrir el tratamiento para 3 meses, sin superar los 4 envases por receta, y sólo se podrá prescribir un solo medicamento por receta.

El plazo de validez de la receta oficial de estupefacientes en soporte papel, es de 10 días naturales contados a partir de la fecha de la prescripción. En la dispensación el farmacéutico apuntará el nombre y el DNI de la persona que retira el medicamento.

La dispensación de estupefacientes, y en el caso de la receta en papel, sólo precisa una única receta oficial, salvo en el caso de las Mutualidades como MUFACE, ISFAS o MUGEJU, en la que es preciso entregar en la oficina de farmacia, la receta oficial de estupefacientes, junto con la receta médica oficial de estas mutualidades.

Por tanto y a pesar de la posibilidad de la prescripción electrónica de este grupo de fármacos, la receta en papel se mantendrá para los siguientes supuestos:

- En la asistencia sanitaria privada (obligatoriamente cumplimentación manual).
- Personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la seguridad social, gestionados por las mutualidades arriba descritas.
- La receta en papel del servicio de salud realizada por el médico prescriptor en las salidas a domicilio y siempre que incorpore un sello con la leyenda "Receta Oficial de Estupefacientes".

MEDICAMENTOS NO COMERCIALIZADOS EN ESPAÑA (MEDICAMENTOS EXTRANJEROS)

Se entiende por medicamentos extranjeros, aquellos con indicaciones específicas para las que no existe otro similar disponible en España o que no han sido registrados, y no disponen de autorización para su comercialización.

Existen 2 tipos de medicamentos extranjeros: los que son de uso hospitalario que serán solicitados y dispensados únicamente a través del servicio de farmacia del hospital y los que no lo son, y que por tanto, serán tramitados a través del servicio de farmacia de atención primaria (AP).

Para la solicitud de cualquier medicamento extranjero, se necesita la siguiente documentación;

- Informe médico que indique el diagnóstico y el medicamento prescrito. Es importante que se indique expresamente la dosis y la duración estimada del mismo. La vigencia del informe es de 1 año. Si el médico realiza algún cambio en el tratamiento, se deberá aportar nuevo informe que refleje dicha modificación.
- Una receta manual como docu-

Capítulo 8: Medicamentos de especial prescripción y dispensación

mento que avale la dispensación del medicamento.

Continuidad del tratamiento y forma de pago:

En el caso de los medicamentos extranjeros que no son de uso hospitalario, y que por tanto, se tramitan a través de atención primaria (AP), se podrá dispensar tratamiento hasta para 3 meses, en función de la dosis prescrita. Para las continuaciones de tratamiento, en general, se aconseja contactar con el servicio de farmacia de AP unos 20 días antes de terminar la medicación.

Para que el medicamento autorizado pueda ser financiado con cargo al SNS, el informe médico debe ser de un médico especialista del SNS, y se deberá entregar las correspondientes recetas en el momento de la dispensación.

En el caso de que haya que abonar algún importe (sólo para los medicamentos extranjeros que se tramiten a través de distrito), al paciente o familiar se le entrega un modelo de pago de tasas del SAS. Dicho pago puede hacerse efectivo en cualquier entidad bancaria, salvo en el caso de los pensionistas, que están exentos del pago (recetas rojas).

La aportación de los pacientes en régimen activo (recetas verdes) es del 40% o del 10 % para los medicamentos clasificados de aportación reducida.

Una vez realizado el pago, el paciente o familiar entregará el justificante de pago bancario al servicio de farmacia de AP,

y se le dispensará la medicación o bien se le enviará a su centro de salud, dónde se le avisará telefónicamente para su recogida.

PUNTOS IMPORTANTES

- El visado de inspección es el procedimiento por el que se autoriza para un paciente concreto el que determinados medicamentos o productos sanitarios puedan ser dispensados con cargo a fondos públicos.
- El visado electrónico permite autorizar "tratamientos" y no recetas como se venía haciendo con el visado manual, siendo posible su renovación anual. El paciente además, retira el medicamento directamente en la oficina de farmacia sin demoras, con un plazo de validez para su retirada de 10 días naturales contados a partir de la fecha del visado.
- El visado no cubre las recetas fuera del SNS ni las procedentes de centros hospitalarios privados o no concertados
- Los medicamentos que precisan visado son: Especialidades de diagnóstico hospitalario (DH) prescritas por el médico especialista, medicamentos de especial control médico (ECM) prescritos sólo por determinados especialistas, medicamentos con cupón precinto diferenciado (CPD) prescritos por el médico de familia del centro de salud al igual que determinadas vacunas, y por último, productos sanitarios.

El Polimedicado 2.0

- Son causas de denegación del visado:
 - 1 Tratamientos avalados con informes clínicos procedentes de consultas médicas y centros privados o no concertados.
 - 2 Tratamientos avalados por informes clínicos incompletos o con un plazo de validez agotado.
 - 3 Recetas cuyos datos de prescripción sean insuficientes o incorrectos.
 - 4 Indicaciones o diagnósticos incluidos en el informe que no corresponden con las autorizadas por el Ministerio de Sanidad o no se ajustan a la ficha técnica (off label).
- Los medicamentos de uso hospitalario son aquellos que por sus características farmacológicas, su novedad o su interés para la salud pública, o por su elevado coste, quedan reservados al medio hospitalario y únicamente serán dispensados en los servicios de farmacia hospitalarios. Se reconocen por la sigla "H".
- Los estupefacientes (medicamentos empleados para el tratamiento del dolor) pueden prescribirse o por receta oficial de estupefacientes o por receta electrónica. Cada receta puede cubrir el tratamiento para 3 meses, sin superar los 4 envases por receta y siendo el plazo de validez de la receta de 10 días naturales a partir de la fecha de prescripción.

- Los medicamentos extranjeros que sean de uso hospitalario, serán tramitados y dispensados únicamente en los servicios de farmacia hospitalarios. En caso de no ser de uso hospitalario, serán tramitados y dispensados en la farmacia del distrito. En este último caso, al paciente se le entrega un modelo de pago de tasas del SAS, que deberá abonar en cualquier entidad bancaria, debiendo entregar el justificante de pago en el servicio de farmacia de distrito, junto con un informe médico y hoja de prescripción (receta verde) para proceder a su retirada. Estarán exentos del pago los pensionistas (receta roja).

ENLACES DE INTERÉS

FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SEVILLA

La web ofrece información sobre la gestión de operaciones relacionadas con la gestión de medicamentos, así como un listado de los medicamentos excluidos de la prestación farmacéutica o los financiados sólo para determinadas indicaciones.
www.farmaciatencionprimariasevilla.es

SALUD CASTILLA Y LEÓN Portal de salud de la Junta de Castilla y León, donde se ofrece información sobre la prestación farmacéutica y el uso racional de los medicamentos (URM)
www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales



Bloque III: Las Necesidades Básicas del paciente en domicilio



9. Comunicación

Maria Ángeles López Martínez
Enfermera. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

María Teresa Calleja Ávila
Enfermera. Hospital Reina Sofía

Rosa Lía Escalona Prieto
Enfermera. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS CAMpo de Gibraltar

|

Capítulo 9: Comunicación

La comunicación es un proceso fundamental en las relaciones sociales, siendo el mecanismo que regula y hace posible la interacción entre las personas.

En lo que respecta al área de la salud, uno de los principales objetivos es analizar el tipo de comunicación que se establece entre profesional sanitario y cuidador con el paciente, con el objetivo de mejorar este proceso contribuyendo, de este modo, a una atención sanitaria de mayor calidad y eficacia.

El trato humano que los pacientes reciben por parte de sus cuidadores, familiares y profesionales sanitarios es la primera razón con la que el paciente se siente satisfecho, destacando la información clara y comprensible recibida, la empatía, el soporte y apoyo necesario que le posibilite expresarse, así como el tiempo que se les dedica en la relación personal.

LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE: ASPECTOS CONCEPTUALES Y GUÍA DE APLICACIÓN

La comunicación humana es un proceso de intercambio de información entre un emisor y un receptor. En el proceso comunicativo, es fundamental que emisor y receptor lleguen a un significado común, es decir, que el receptor llegue a entender aquello que pretende expresar el emisor. A esto se le denomina "comunicación eficaz". En ocasiones este objetivo no se consigue debido a que en la comunicación humana influyen, entre otros factores los sentimientos de ambas partes, así como sus actitudes, prejuicios,

expectativas personales o experiencias vividas; por ello, no siempre un emisor y un receptor llegarán a establecer una comunicación eficaz.

Para que la comunicación pueda realizarse con la garantía de que realmente sea eficaz y terapéutica, es necesario que la persona responsable del cuidado del paciente desarrolle una habilidad llamada empatía, demostrando saber ponerse en la situación de una persona con limitaciones como las suyas.

Ofrecer al paciente un trato empático y de alta calidad ayudará a conocer mejor sus necesidades físicas, sociales y emocionales y mejorar el cumplimiento y comprensión de las medidas higiénicas, dietéticas y terapéuticas indicadas por el profesional sanitario y adecuadas a su situación clínica del paciente.

La comunicación efectiva con los pacientes, se entiende no solo como una claridad en lo que les decimos, sentimos y pedimos, sino también como solicitar una respuesta por su parte. Este proceso nos va a permitir saber si el paciente nos está escuchando y entendiendo, permitiéndonos ofrecer así una asistencia más cercana y personalizada, e incluso poder acordar conjuntamente con éste algunos aspectos de sus cuidados.

A continuación, vamos a desarrollar un conjunto de recomendaciones para el trato con el paciente:

- Se debe usar un lenguaje con palabras sencillas, adaptado a la persona que nos está escuchando y

El Polimedicado 2.0

evitar todo lo que podamos el uso de palabras técnicas o conceptos complejos, difíciles de entender para la persona que recibe la información.

- Para darle alguna instrucción se aconseja hacerlo de la forma más sencilla posible. La información será completa evitando en todo momento llegar a posibles errores de interpretación.
- No es adecuado interrumpirle cuando está hablando, solo se debe interrumpir en el caso de que no se entienda algo para preguntarle, o para reconducir la conversación si el paciente se distrae. La mejor manera de obtener información de la persona con quien se mantiene una conversación es dejar que se exprese, siendo además la mejor manera de ganarse su confianza.
- Se le debe proporcionar un clima tranquilo para que se sienta cómodo y con libertad y que nos exprese lo que él quiera.
- Hay que demostrar un interés hacia lo que se está escuchando. Una correcta relación de comunicación no solo implica escuchar, sino también hay que demostrar que se está escuchando. De esta forma, el paciente que se siente escuchado se va a mostrar mucho más implicado y colaborador. Mantendremos una actitud paciente y tranquila, dejando que la persona se exprese completamente, ya que todo el mundo no tiene la misma facilidad de palabra.
- Evitar que durante la comunicación con el paciente puedan darse algún tipo de interferencias que puedan afectar negativamente. Pueden ser físicas (ruido, espacios inadecuado, etc), psicológicas (distracciones, preocupaciones, etc) o interferencias actitudinales (prejuicios sociales, juicios prematuros sobre individuos, etc).
- Se recomienda ser empático, lo que no significa estar obligado a compartir ideas u opiniones, resolverle los problemas, ni disculpar lo que no es adecuado, sino que se demuestre cercanía, interés, comprensión sobre las circunstancias del paciente que pueden justificar su comportamiento.
- Se aconseja prestar atención a la comunicación no verbal del otro, pues ésta es una fuente de información muy importante que ayudará a comprender mejor a la persona, sus sentimientos, necesidades, dudas y preocupaciones. Además debemos de ser conscientes de nuestra propia comunicación no verbal y utilizarla como el instrumento más adecuado para crear un clima de cordialidad y confianza con el paciente.
- Puede ser útil utilizar la técnica comunicativa de repetir el mensaje recibido para contrastar si es exactamente lo que se ha entendido o si falta información adicional o se ha entendido erróneamente. De igual forma debemos verificar si

el paciente ha comprendido, realmente, aquello que se le ha dicho.

- En el caso de pacientes con alto grado de dependencia funcional, existen distintos mecanismos de apoyo. Un ejemplo de ello, son los paneles elaborados por el Servicio Andaluz de Salud para la comunicación mediante imágenes con el fin de mejorar los cuidados, la autonomía, abordar emociones y sentimientos de aquellos pacientes con severas dificultades para comunicarse.



EL LENGUAJE DE LOS CUIDADOS

La comunicación engloba todas formas de intercambio de ideas, sentimientos y emociones, tratándose de un elemento básico de las relaciones humanas.

Tipos de comunicación:

Comunicación verbal (CV)

La comunicación verbal se refiere al lenguaje propiamente dicho, pudiendo ser oral o escrito. Para mejorar la comunicación verbal con el paciente debemos tener en cuenta una serie de aspectos:

- El cuidador debe transmitir seguridad, confianza y credibilidad.
- Debe utilizar un lenguaje claro, no complicado, evitando las palabras técnicas o difíciles que no permitan entender bien el mensaje. Cuando la información que el cuidador quiere aportar es complicada, se debe usar un lenguaje que permita entender al paciente de forma correcta el mensaje y que no confunda el significado del mismo.
- Debe considerar la situación en la que se encuentre, ya que puede ser una situación depresiva o de ansiedad y por tanto, se debe valorar la forma de transmitir la información, siempre expresando tranquilidad para garantizar la recepción del mensaje emitido.

Comunicación no verbal (CNV)

La comunicación no verbal acompaña inseparablemente a la comunicación verbal. A dicha comunicación no verbal en ocasiones se la denomina también lenguaje corporal, porque comprende la apariencia física, los gestos con las manos, la posición del cuerpo, la sonrisa, la mirada, la expresión de la cara y los movimientos corporales que realizamos cuando hablamos.

Mediante la CNV se transmiten actitudes y emociones que nos van a servir de apoyo a la comunicación verbal, reforzándola y aportando claridad. Es por ello, que el contacto físico se considera un elemento fundamental para una buena comunicación (tocar, acariciar, abrazar, etc)

No obstante, en la comunicación no verbal debe tenerse en cuenta el espacio personal requerido por el propio paciente, evitando situaciones de invasión de la intimidad.

Escucha activa y respuesta del cuidador
Por medio de dos tipos de conductas fundamentales el cuidador debe intentar ayudar al paciente a hacer frente a la enfermedad o cualquier proceso. Estas conductas son la escucha activa y la respuesta del cuidador.

La escucha activa significa no solo oír, sino escuchar utilizando todos los sentidos; supone atender el mensaje completo, tanto el verbal como el no verbal, o lo que es igual, significa oír lo que nos dicen y lo que no nos dicen observando

la relación entre la CV y la CNV en el paciente.

Existe una importante variedad de técnicas de respuesta.Cuál usar en un momento determinado dependerá de las necesidades del paciente y de la personalidad del cuidador. Dichas técnicas son:

- **Parfrasear:** consiste en repetir el mismo mensaje de forma resumida para confirmarlo. Por ejemplo: ¿usted me acaba de comentar que tiene sed?
- **Clarificar:** es un método para conseguir aclarar lo que quiere decir el paciente. Por ejemplo: ¿usted no pasea porque no le apetece o porque no quiere?
- **Validar:** se utiliza para contrastar lo que el cuidador percibe con la realidad del paciente. Por ejemplo: Está usted muy pálido ¿se encuentra mal?
- El uso de preguntas abiertas sobre sentimientos y/o necesidades del paciente son útiles para saber cómo se encuentra y nos permite hacer frente a algunos problemas, abordándolos e intentando subsanarlos. Por ejemplo: ¿Qué le apetece comer hoy? ¿Tiene apetito?
- Utilizando la técnica de reconducir se vuelve a orientar la conversación hacia su objetivo, cuando se ha variado de tema. Por ejemplo: lo entiendo pero... ¿le parece a usted que sigamos hablando de sus dificultades para comer?

- Por último, en muchas ocasiones usar el silencio hace sentir al cuidador más cercano al paciente sin necesidad de utilizar palabras.

Si tenemos en cuenta todos estos aspectos en la comunicación entre el paciente y el cuidador podremos conseguir que ésta sea eficaz y efectiva y así conseguir nuestro principal propósito, que es la atención individualizada y adecuada del paciente.

EL PACIENTE DIFÍCIL. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

Se entiende por “paciente difícil” a aquél que por su actitud crea una situación estresante para el cuidador. Las formas más comunes de comportamiento del “paciente difícil” son:

- Pacientes regresivos
- Pacientes agresivos
- Pacientes obstinados
- Pacientes desmotivados
- Pacientes incurable y/o paliativos.
- Pacientes dependientes.

En primer lugar, hay que identificar a este tipo de pacientes diferenciándolos de aquellos que de forma ocasional pudieran presentar algún tipo de comportamiento inadecuado debido a alguna situación puntual.

En segundo lugar, comprobar si este comportamiento se debe a alguna patología física (daño cerebral, efecto secundario de algún fármaco, síndrome de abstinencia...) o psicológica (depresión, trastorno de la personalidad...). En estos

casos, será necesario iniciar el tratamiento adecuado al trastorno que se hubiera detectado.

Una respuesta por parte del cuidador de enfado o irritación ante este tipo de pacientes, no va a facilitar la comunicación con ellos sino que por el contrario potenciará su conducta inadecuada.

Por último, no se debe pensar que el comportamiento de este tipo de pacientes es una reacción personal hacia el propio cuidador, manteniéndonos en una posición objetiva y lo más realista posible.

VALORACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO

La valoración que realiza el profesional sanitario del paciente se centra en una serie de puntos básicos para conocerlo de la forma más adecuada posible. Para llegar a este punto de comunicación se deben de tener en cuenta además, todos los puntos anteriormente mencionados. De esta forma conseguiremos una comunicación eficaz y efectiva con el fin de prestarle al paciente la mejor asistencia sanitaria posible.

- Identificar los problemas que existen en la comunicación del paciente, dificultad de comprensión, dificultad de expresión, si utiliza otro idioma, si el lenguaje es incoherente, si existe mutismo, verborrea, está laringectomizado, etc.
- Reconocer si el paciente presenta dificultad para comunicarse con los demás (expresión de soledad impuesta, pertenencia a grupos minoritarios, aislamiento terapéutico).

El Polimedicado 2.0

- Identificar si tiene un cuidador principal al que dirigirse en caso de una situación de dependencia, o si por lo contrario no tiene o es desconocido. De igual forma, se debe valorar si el cuidador no proporciona apoyo, consuelo o ayuda, así como estímulos suficientes y efectivos.
- Comprobar la actitud del cuidador y paciente ante la enfermedad, y si ésta es de aceptación, rechazo, indiferencia, reivindicación, sobreimplicación, culpabilidad, preocupación, abandono o cansancio.
- Analizar los conocimientos del cuidador y paciente sobre medicación, autocuidados, enfermedad, medidas higiénico-dietéticas, signos de riesgos, manejo de material y manejo de recursos sanitarios.
- Identificar si el paciente tiene alguna persona a su cargo: niños pequeños, personas de edad avanzada, personas con incapacidad; o bien si vive solo. Debemos comprobar si tiene dificultad o incapacidad para realizar tareas del cuidador. Tendremos que describir con quién comparte el hogar.
- Identificar si existen problemas familiares de tipo económicos, malas relaciones, drogodependencias, malos tratos, ludopatía, enfermedad, así como si manifiesta carencia afectiva y problemas de integración.

PUNTOS IMPORTANTES

- Comunicarse es un proceso de dar y recibir información, es un mecanismo complejo que nos permite establecer relaciones, mantenerlas y mejorar el contacto que tenemos con los demás; es uno de los comportamientos humanos más importantes.
- La comunicación es un proceso fundamental en la relación del cuidador y del profesional sanitario con el paciente. A la hora de realizar cualquier actividad de valoración, aplicación de tratamientos, información terapéutica o cualquier actividad que podamos pensar, dentro del cuidado de un paciente estará ligada a un proceso de comunicación. Este proceso puede mejorarse si va acompañado por una correcta actitud no verbal, ser empático, saber escuchar, propiciar un ambiente físico adecuado, etc.
- Para conseguir una relación comunicativa efectiva es fundamental el entrenamiento y la aplicación de habilidades sociales por parte del cuidador, por tanto, la formación debe ir enfocada no solo a la adquisición de conocimientos fisiológicos o morfológicos sino además humanísticos, sociales, metodológicos, científicos, filosóficos y éticos.

- En definitiva, enfocamos esta relación con el paciente con un propósito fundamental: afrontar la situación a la que nos enfrentamos, con los medios con los que contamos, con participación activa de ambas partes con el fin de recuperar y mantener la salud.
- Finalmente debemos señalar que el objeto fundamental de la personalización de los cuidados se fundamenta en la necesidad de establecer una relación de confianza que permita al cuidador identificar las necesidades a las que se enfrenta el paciente y su familia con el fin de facilitar la suplencia de dichas necesidades.

ENLACES DE INTERÉS

ESCUELA DE PACIENTES Portal web financiada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía que publica guías informativas para personas cuidadoras de pacientes dependientes www.escueladepacientes.es/ui/aula_guia.aspx?stk=Aulas/Personas_cuidadoras/Guias_Informativas/Guia_Informativa_Personas_Cuidadoras#

El Polimedicado 2.0

Guía de apoyo y consulta para el paciente polimedicado y su cuidador



10. Aseo y Movilización

Mercedes Calleja Urbano
Terapeuta Ocupacional y Auxiliar de Enfermería.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Jesús González Rubiño
Fisioterapeuta. Unidad del Linfedema.
AGS Campo de Gibraltar

Jose Angel Alonso González
Enfermero. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

|

Capítulo 10: Aseo y movilización

La llegada al domicilio de un paciente que precisa atenciones básicas a nivel de higiene, a veces supone un grave problema no solamente para el enfermo sino también para sus cuidadores. Actividades habituales que por regla general nos pueden parecer poco importantes, se convierten en auténticos problemas de difícil solución si no se saben afrontar con decisión y con buen conocimiento del “terreno que se pisa”, de sus posibles complicaciones y de las alternativas que están a nuestra disposición para mejorar la situación del afectado.

En este capítulo abordaremos una serie de recomendaciones fundamentales para garantizar una correcta higiene integral y unas normas en cuanto a la movilización del paciente con vistas a mejorar no solo su calidad de vida, sino su capacidad de autocuidado, independencia y seguridad en sí mismo.

ASEO EN EL PACIENTE FRÁGIL

A lo largo del día en la piel se acumulan al menos cinco elementos que generan suciedad: sudor, grasa, células muertas, polvo y residuos sólidos.

Por este motivo es recomendable el aseo diario, siendo más aconsejable la ducha que el baño, ya que arrastra la suciedad hacia el suelo evitando así su contacto con los orificios corporales o zonas de riesgo de infección (heridas).

Con la edad, la piel se va volviendo más fina, frágil y seca, de ahí que sea necesario un cuidado especial en el momento del aseo en este tipo de pacientes.

Además del beneficio físico evidente asociado al aseo, existe un enorme beneficio psicológico que no debe ser olvidado, derivado del bienestar que produce sobre todo en pacientes frágiles o de edad avanzada.

Recomendaciones generales para el aseo corporal:

Es necesario que la temperatura del agua sea templada entre 35° y 37°. El jabón, tanto en el gel de baño como en el champú, debe ser de pH neutro y suave para evitar irritaciones en ojos y mucosas.

El lavado debe hacerse siguiendo un orden determinado, desde la cabeza, cara, ojos y oídos, cuello y tórax (haciendo hincapié en axilas y zona submamaria), extremidades superiores, abdomen, zona genital (de delante hacia atrás en la mujer, para evitar infecciones; retrayendo el prepucio en el hombre) y extremidades inferiores y espalda.

Es recomendable no sobrepasar los quince minutos de tiempo de lavado, acabando con un enjuague de agua ligeramente más fría.

Al finalizar el aseo, es importante secar correctamente los pliegues cutáneos, sobre todo en personas obesas (debajo de las mamas, en las ingles, zonas entre los dedos de los pies, abdomen, etc.) para evitar un exceso de humedad que puede contribuir a la aparición de complicaciones, hongos e irritaciones en la piel que en casos graves desemboquen

El Polimedicado 2.0

en infecciones.

Es útil secarse dándose palmaditas con la toalla en vez de frotar para evitar hacer daño en las pieles frágiles.

En pieles secas es conveniente aplicar cremas hidratantes que la mantengan sana, íntegra y limpia, proporcionando elasticidad a la piel. No usar ningún tipo de alcohol (romero, colonias) ni polvos de talco con la finalidad de hidratar la piel. Igualmente, en pacientes que presenten inmovilidad o que ésta se vea comprometida, se recomienda el uso de ácidos grasos hiperoxigenados que se deberá aplicar sobre las zonas de presión (talones, sacro, escapulas, codos...) sin masajear.

En caso de realizar la higiene en la cama se recomienda la protección del colchón con una funda impermeable para que no coja humedad.

Un aseo personal correcto debe incluir no solamente el cuerpo sino también la cavidad bucal y la limpieza de uñas.

a) Cuidado de los Pies

Una de las partes fundamentales para una buena higiene son los pies. Debemos tener en cuenta que, además de servir como soporte del cuerpo (sufriendo por tanto presiones y cargas), en determinadas enfermedades circulatorias y en la diabetes se produce una disminución de la sensibilidad en esta zona, de ahí que sea uno de los primeros lugares en los que aparecen lesiones derivadas de una mala higiene corporal.

Entre nuestras recomendaciones para una correcta higiene de pies destacamos las siguientes:

- Buen secado interdigital.
- Limar las uñas con limas de cartón (nunca con tijeras u objetos punzantes).
- En caso de usar cortaúñas o tenacillas, se debe realizar el corte en línea rectas, así evitaremos que la uña se encarne. Después del baño es el mejor momento para cortarlas.
- Hidratar bien con cremas (recomendable por las noches, cuando no se vaya a caminar).
- Revisión diaria del estado de la piel en los pies, prestando atención a enrojecimiento, heridas, callos, durezas, etc.
- Usar calcetines de lana, algodón o hilo, evitando los de licra. No usar calcetines que aprieten los tobillos ya que podrían dificultar la circulación.
- Cuidar el calzado (vigilar que no produzcan rozaduras, procurando que sea amplio, cómodo y con material ligero y poroso y con pocas costuras). Con suela de goma antideslizante a ser posible y con la puntera cuadrada.
- No colocar los pies cerca de fuentes de calor: pueden causar quemaduras.
- No caminar descalzo.
- Visitar al podólogo regularmente.

Capítulo 10: Aseo y movilización

b) Cuidados de la Boca

Cabe destacar la importancia de la higiene bucal a determinadas edades y en pacientes polimedicados porque puede incidir positiva o negativamente en la salud bucodental. Además de eso, la boca es una puerta de entrada hacia pulmones y estómago.

En situaciones normales, actúa como defensa ante microorganismos, pero cuando el estado de la boca no es el correcto, al contrario, puede llegar a facilitar la propagación de infecciones al resto del organismo.

Debemos concienciarnos de que pequeñas lesiones bucales que en un principio nos parecen que no tienen importancia, pueden terminar complicándose en afecciones más graves, de ahí que sea fundamental erradicarlas a tiempo. Si se observa la lengua muy enrojecida o con placas blancas puede indicar que existen hongos : consulte a su médico.

En personas con edad avanzada los problemas más frecuentes a nivel bucal son la sequedad, la caries dental y la enfermedad periodontal y la presencia de hongos en la lengua

En caso de usar inhaladores se recomienda el enjuague bucal tras su uso.

Se aconseja el lavado de dientes tras cada comida y otras recomendaciones como:

- Utilización de cepillo blando y pequeño de uso individual (aislado de

otros cepillos u objetos de aseo),

- Aplicación de pastas dentífricas fluoradas y antisépticas que no sean corrosivas.
- Uso de elixir bucal disuelto en agua después del cepillado.
- En caso de prótesis dentales, se recomienda la aplicación de los limpiadores adecuados, manteniéndolos limpios y correctamente desinfectados.

Para personas con limitaciones importantes de movilidad, existen hoy día en el mercado cepillos eléctricos muy manejables que facilitan el lavado dental. Debemos de prestar atención al cuidado de la boca de aquellas personas que tengan SNG y no reciban alimentos por la boca.

Para la protección de los labios podemos usar vaselina; así evitaremos que se resequen.

c) Ayudas técnicas y adaptaciones para la seguridad en el baño.

Puesto que lo más importante es el fomento de autonomía del paciente en el aseo, es de gran importancia proporcionarle un entorno seguro para no convertir la higiene diaria en una situación de ansiedad y estrés en vez de placentera, como debiera ser.

En el mercado existen múltiples accesorios que garantizan mayor seguridad para el momento del aseo (alfombrillas anti-

El Polimedicado 2.0

deslizantes, asideros de pared, etc...) tanto de fijación definitiva como temporal y portátil.

El uso de este tipo de dispositivos es recomendable para crear un ambiente en el que el paciente se sienta cómodo y capaz de realizar actividades de aseo con la mayor confianza posible en sus posibilidades, reforzando así su autoestima e independencia.

Las limitaciones no tienen necesariamente que ser suplidas por un cuidador; al contrario, existen métodos alternativos para facilitar su plena autonomía (manos largos para acoplar la esponja y facilitar el aseo propio de la espalda, por ejemplo) y que pueden ser perfectamente adaptados a las necesidades particulares de cada paciente.

Recomendaciones al Cuidador de un Paciente Dependiente.

Mientras el anciano sea independiente puede ser suficiente que su cuidador se asegure de que en el cuarto de aseo estén todos los materiales necesarios, ayudándolo solo en los casos en que sea indispensable. Es conveniente que la persona lleve a cabo por sí sola todas las actividades que le sean posibles, con el fin de mantener su autonomía.

En ocasiones tendemos a sobreproteger al paciente, y solemos adelantarnos para suplir su déficit limitando de esta forma su independencia; por ello debemos darles la oportunidad de mostrarnos dónde se encuentran sus límites y hasta qué punto precisan ayuda.

En caso de pacientes con limitaciones y que precisan de ayuda, es necesario adaptar previamente el baño para minimizar estas limitaciones, colocando una silla de plástico o taburete adecuados.

Cuando el paciente es totalmente dependiente se realiza el aseo en cama, siendo necesaria la colaboración de, al menos, dos personas. En este tipo de casos, el aseo no solo sirve como medida higiénica sino que además mitiga los dolores y las molestias y calma los picores, formando parte de la prevención de aparición de lesiones cutáneas por inmovilidad o encamamiento.

Antes de comenzar debemos informar al paciente. Además de preparar todo el material necesario, debemos cerrar las ventanas y controlar la temperatura de la estancia, evitaremos la corriente de aire y las habitaciones caldeadas

- Dos palanganas de agua con una temperatura de 37-38°.
- Esponja, jabón y toalla.
- Crema hidratante y colonia.
- Pijama y ropa de cama.
- Guantes.
- Peine.

Para el aseo, se retira el pijama cubriendo al paciente con una sábana para preservar su intimidad. Se lavará desde las zonas más limpias a las más sucias. Comenzamos por la cara, cuello, orejas, brazos, axilas, pecho, abdomen, genitales, piernas y finalmente, los pies. Una vez limpia y seca la parte anterior del cuerpo, se gira al paciente apoyándolo sobre un lateral, aprovechando

Capítulo 10: Aseo y movilización

esta posición para realizar el lavado, secado e hidratación de la parte posterior del cuerpo.

En este momento, remetemos el conjunto de sábanas y ropa sucia por debajo del paciente, colocando en el lado libre de la cama, la ropa limpia. Giramos de nuevo al paciente, esta vez hacia el lado opuesto, y aprovechamos para retirar completamente la ropa sucia remitida previamente, tirando y estirando la ropa nueva colocada en el otro lado.

El cuidador debe lavarse las manos antes de asear a la persona dependiente, así como después de manipularlo (cambio de pañal, fluidos corporales...).

MOVILIZACIÓN

Una vez en el domicilio, el paciente que ha experimentado cierto nivel de dependencia durante su hospitalización, afronta el reto de asumir su propia movilización sin ayuda del personal sanitario, lo cual puede suponer cierta ansiedad e inquietud en un primer momento. Teniendo en cuenta que cada paciente tiene sus particularidades y por tanto cada caso es totalmente diferente al resto, el equipo de profesionales correspondiente hará un seguimiento continuo domiciliario en el momento del alta, por lo que cualquier tipo de duda o problemática al respecto debería poder ser resuelta.

La movilización resulta fundamental para evitar rigidez articular y atrofia muscular. Las úlceras por presión pueden llegar a aparecer como consecuencia de

la inmovilización de la persona. A su vez, con la movilización, evitaremos riesgo a nivel respiratorio, digestivo y respiratorio. Dada la filosofía de este capítulo, las recomendaciones que daremos a continuación irán encaminadas principalmente a la movilización del enfermo en el momento del aseo, y de su traslado cama-sillón.

Recuerde que estas transferencias y movimientos deben de realizarse con seguridad, con lentitud, sin brusquedad y evitando fricciones y tirones. Estas ayudas a la movilización si son realizadas incorrectamente, pueden provocar lesiones tanto en el cuidador como a la persona que se pretende movilizar.

Recomendaciones generales para la movilización

En pacientes con un nivel de dependencia bajo, las recomendaciones de movilidad van orientadas fundamentalmente a la seguridad y la prevención de caídas. En estas personas debemos promover que conserven el mayor grado de movilidad posible para evitar problemas asociados a la inmovilidad, como son el deterioro articular y circulatorio.

A veces, el paciente pierde estabilidad progresivamente debido a alguna enfermedad crónica de base. En estos casos tener un punto de apoyo puede proporcionarles mayor independencia al sentirse más seguros, y para ello empleamos medidas técnicas como andadores, bastones, o muletas.

En caso de pacientes con un nivel de de-

El Polimedicado 2.0

pendencia moderado-alto, es necesaria la colaboración de uno o más cuidadores para la movilización. En aquellas personas que permanecen en cama la mayor parte del día, debemos realizar cambios posturales cada 2-3 horas.

Técnicas para movilizar al paciente encamado:

a) Paso de decúbito supino a decúbito lateral.

- Nos colocamos junto a un lateral de la cama hacia el que vamos a girar al paciente y flexionamos la pierna del paciente más alejada de nosotros.
- Cruzamos las manos del paciente sobre su pecho.
- Apoyamos una mano en el hombro del mismo lado de su pierna flexionada, apoyamos la otra mano en dicha pierna y posteriormente, tiramos hacia nosotros provocando el giro lateral.

b) Para incorporar a un paciente o sentarlo en la cama.

- Procurar que el paciente esté cerca del borde de la cama sobre el que lo vamos a incorporar.
- Girar al paciente hacia el lado en el que vamos a incorporarlo.
- Sacar las piernas de la cama y, progresivamente y con ayuda ir levantándolo lateralmente, sujetándolo por los hombros mientras el paciente se agarra a la espalda del

cuidador hasta quedar completamente incorporado, con las piernas colgando por el borde de la cama. Si el paciente tiene buena movilidad en el miembro superior, es suficiente con que estire el brazo que queda bajo el cuerpo para incorporarse, sin necesidad de ayuda del cuidador.

c) Transferencia cama-sillón o sillón-cama.

Para esta técnica en primer lugar es fundamental tener el asiento junto a la cama a la altura de sus pies y con pacientes que puedan colaborar en el traslado.

- Se coloca al paciente sentado en el borde de la cama, tal y como se ha descrito anteriormente, comprobando que en esta posición no se maree; si fuese así, esperar unos minutos.
- El cuidador se sitúa frente al paciente sujetándolo por la cintura con ambas manos, mientras éste sujeta al cuidador por sus hombros. Las rodillas del cuidador deben colocarse frente las del paciente para evitar que claudiquen en caso de que el cuádriceps no responda. Así habrá mayor control en caso de que éstas se doblen involuntariamente.
- Una vez en pie, girar simultáneamente con el paciente hasta que el sillón quede a su espalda.
- Sentarlo lentamente. No utilice flo-

Capítulo 10: Aseo y movilización

tadores: use almohadas o cojines.

- Para pasar de sillón a la cama, aprovecharemos los reposabrazos que existen para que el paciente use sus brazos para erguirse. Los pies calzados se pondrán bajo la parte baja del sillón, de forma que controle mejor su centro de gravedad. Se anteriorizará el cuerpo del paciente para pasar a la posición erguida con menor gasto energético y mayor control del equilibrio. Los pies del paciente se colocarán separados, a la altura de las caderas para aumentar la base de sustentación.

d) Postura correcta del cuidador en la movilización del paciente.

Para evitar lesiones en el cuidador a la hora de la movilización, es necesario ser conscientes de las limitaciones físicas que pueda tener (por ejemplo, en caso de que el peso o tamaño del convaleciente sea mucho mayor que el de su cuidador), por lo cual puede ser necesaria la presencia de alguna persona más que preste su ayuda para las técnicas descritas anteriormente. Una vez dicho esto, para una buena higiene postural y mayor seguridad del cuidador, la postura más correcta y recomendable será la siguiente:

- En primer lugar hay que tener una amplia base de apoyo, con los pies algo separados.

- Rodillas y caderas semiflexionadas, evitarán lesiones de meniscos y ligamentos.
- Espalda lo más recta posible con ligera contracción del abdomen que hace función de nuestra propia faja lumbar.
- El cuidador debe aprovechar el control del centro de gravedad suyo y del paciente para movilizar las cargas con menor esfuerzo. La persona inmovilizada debe estar lo más cercana al cuerpo del cuidador.

Toda movilización de carga del paciente se hará por parte del cuidador mediante la flexión de piernas, nunca con flexión de la espalda.

PUNTOS IMPORTANTES

- Es importante hacer del aseo una actividad agradable que haga sentir bien al paciente y no una actividad obligatoria en el que el paciente se sienta frustrado por sus limitaciones.
- Es importante no exceder el tiempo de aseo más allá de lo recomendable.
- Tenga todo preparado previamente, y con un ambiente adecuado para la realización de la actividad.
- Permita al paciente realizar todas las actividades de aseo que pueda por sí solo, fomentando así su autoestima e independencia.
- En caso de duda a la hora de realizar el aseo o de la seguridad del paciente durante este proceso póngase en contacto con el personal sanitario. Es importante mantener siempre y en todo momento la seguridad del paciente.

ENLACES DE INTERÉS

- Ayudas técnicas para el baño

ORTOSOLUCIONES Ortopedia online
<http://www.ortosoluciones.com/ayudas-para-bano.html>

INDEPENDI Ortopedia online
<http://www.independi.es/todos-los-productos/ayudas-tecnicas/at-para-el-aseo.html>

MIRAMOS POR TI Ortopedia online
<http://www.miramosporti.com/default.asp>

- Manual de cuidados de personas dependientes

INFOMED. Red de Salud de Cuba
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/como_cuidar_mejor.pdf

- Manual de cuidados de pacientes con ELA

ADELA. Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica <http://docuweb.adelaweb.com/Manual%20de%20Cuidados%20ELA.pdf>



11. Actividad Física

Jesús González Rubiño

Fisioterapeuta. Unidad del Linfedema.
AGS Campo de Gibraltar

Araceli Moreno García

Enfermera. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Mercedes Calleja Urbano

Terapeuta Ocupacional y Auxiliar de Enfermería.
UGC Medicina Interna. AGS Campo de Gibraltar

|

BENEFICIOS GENERALES DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

En la actualidad parece claramente demostrado que mientras que el sedentarismo supone un factor de riesgo para el desarrollo de numerosas enfermedades crónicas, entre las que destacan las cardiovasculares por representar una de las principales causas de muerte en el mundo occidental, el llevar una vida físicamente activa produce numerosos beneficios, físicos, psicológicos y sociales.

Una de las motivaciones para la realización de ejercicio físico es la búsqueda de ese estado de bienestar entre todas las áreas de nuestra vida, tanto física, psíquica y social, que se acerque al concepto individual de salud como componente básico de la calidad de vida.

Según estudios realizados, parece que existe una relación entre la actividad física y la esperanza de vida, de forma que las poblaciones más activas físicamente suelen vivir más que las inactivas. Por otra parte, es una realidad que las personas que realizan ejercicio físico de forma regular tienen la sensación subjetiva de encontrarse mejor que antes de realizarlo, tanto desde el punto de vista físico como mental, es decir tienen mejor calidad de vida. Parece evidente por lo tanto que la práctica de ejercicio físico tiene algo de positivo para la salud.

El cuerpo humano ha sido diseñado para moverse y requiere por tanto realizar ejercicio de forma regular para mantenerse funcional y evitar enfermar. Actividad física

es todo movimiento corporal producido por los músculos y que requiere un gasto energético. Ejercicio físico es un tipo de actividad física que se define como "todo movimiento corporal programado, estructurado y repetitivo realizado para mejorar o mantener uno o más de los componentes del estado de forma física". Cuando el nivel de actividad física no alcanza el mínimo necesario para mantener un estado saludable, se habla de sedentarismo.

Durante nuestra infancia y adolescencia la mayoría de nosotros mantiene un nivel de actividad física más que suficiente a través del juego y de diferentes actividades deportivas. Pero las oportunidades de realizar ejercicio físico se reducen a medida que nos hacemos adultos. Además, a diferencia de generaciones precedentes, cada vez son menos los que realizan, ya sea en el trabajo o en el tiempo de ocio, actividades que impliquen algún tipo de trabajo físico. En el caso del paciente domiciliario es mayor la inactividad, por ello nuestro objetivo en este capítulo es hablar de la actividad física y el movimiento para estos pacientes, ya sea de modo pasivo, activo, activo-asistido, o resistido.

Algunos de los beneficios para la salud obtenidos gracias a la actividad física son los siguientes:

- Disminuye el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en general y en especial de mortalidad por cardiopatía isquémica en grado similar al de otros factores de riesgo como el taba-

El Polimedicado 2.0

- quismo.
- Previene y/o retrasa el desarrollo de hipertensión arterial, y disminuye los valores de tensión arterial en hipertensos.
 - Mejora el perfil de los lípidos en sangre (reduce los triglicéridos y aumenta el colesterol HDL).
 - Mejora la regulación de la glucemia y disminuye el riesgo de padecer diabetes no insulino-dependiente.
 - Mejora la digestión y la regularidad del ritmo intestinal.
 - Disminuye el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer, como el de colon, uno de los más frecuentes y sobre el que al parecer existe mayor evidencia.
 - Incrementa la utilización de la grasa corporal y mejora el control del peso.
 - Ayuda a mantener y mejorar la fuerza y la resistencia muscular, incrementando la capacidad funcional para realizar otras actividades físicas de la vida diaria.
 - Ayuda a mantener la estructura y función de las articulaciones. La actividad física de intensidad moderada, como la recomendada con el fin de obtener beneficios para la salud, no produce daño articular y por el contrario puede ser beneficiosa para la artrosis.
 - Permite mantener los rangos articulares en los pacientes inmovilizados.
 - La actividad física y de forma especial aquella en la que se soporta peso, es esencial para el desarrollo normal del hueso durante la infancia y para alcanzar y mantener el pico de masa ósea en adultos jóvenes.
 - Ayuda a conciliar y mejorar la calidad del sueño.
 - Mejora la imagen personal y permite compartir una actividad con la familia y amigos.
 - Ayuda a liberar tensiones y mejora el manejo del estrés.
 - Ayuda a combatir y mejorar los síntomas de la ansiedad y la depresión, y aumenta el entusiasmo y el optimismo.
 - Ayuda a establecer unos hábitos de vida cardiosaludables en los niños y combatir los factores (obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia, etc.) que favorecen el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta.
 - En adultos de edad avanzada, disminuye el riesgo de caídas, ayuda a retrasar o prevenir las enfermedades crónicas y aquellas asociadas con el envejecimiento. De esta forma mejora su calidad de vida y aumenta su capacidad para vivir de forma independiente.
 - Ayuda a controlar y mejorar la sintomatología y el pronóstico en numerosas enfermedades crónicas (cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad, dia-

betes, osteoporosis, etc.)

- Disminuye la mortalidad tanto en adultos jóvenes como en los de mayor edad, siendo incluso menor en aquellos que tan sólo mantienen un nivel de actividad física moderado que en los menos activos o sedentarios.
- Por último, todos estos beneficios tendrán una repercusión final en la reducción del gasto sanitario. Éste es un argumento de peso para que tanto las administraciones públicas como privadas apoyen la promoción de la actividad física en todos los estamentos de nuestra sociedad.

El organismo humano como consecuencia del entrenamiento físico regular, presenta en sus diferentes aparatos y sistemas modificaciones morfológicas y funcionales que denominamos adaptaciones, las cuales van a permitir por una parte prevenir o retrasar la aparición de determinadas enfermedades y por otra parte mejorar la capacidad de realizar un esfuerzo físico. En el caso del paciente domiciliario fundamentalmente permitirá retrasar la aparición de úlceras por presión, complicaciones respiratorias, circulatorias, mantener o ganar movilidad, flexibilidad, y tono muscular.

Es importante analizar el estado basal del paciente antes de comenzar la actividad física. Por ello, es de gran interés ver los antecedentes y problemas de salud del sujeto antes de programar el ejercicio.

ACTIVIDAD FÍSICA ADAPTADA AL PACIENTE DOMICILIARIO

La actividad física para el paciente domiciliario debe programarse en función a la situación en la que se encuentre el paciente. El objetivo a corto y largo plazo se marcará en función a dicha situación y a la capacidad de recuperación o mantenimiento de las capacidades físicas a trabajar.

Las metas a conseguir en este tipo de programas son las siguientes:

- Mejorar la funcionalidad y evitar las complicaciones debido a la inmovilidad que el domicilio puede producir.
- Lograr que el paciente se haga nuevamente cargo de su vida, que sea independiente.
- Mejorar la sintomatología del paciente basado principalmente en mejorar la tolerancia al ejercicio.
- Fomentar el apego al tratamiento, así como a un nuevo estilo de vida más saludable.
- Limitar la incapacidad, sobre todo en ancianos y en aquellos pacientes cuyo trabajo involucra ejercicio físico.
- Prevenir el “síndrome de desacondicionamiento físico”, que consiste en la reducción de la capacidad funcional de un sistema o sistemas corporales, consecuentes de una inmovilización prolongada.
- Alistar al paciente para que reinicie

El Polimedicado 2.0

las actividades de su vida diaria.

- Obtener una mejoría en el estado fisiológico, psicológico, sexual y vocacional del paciente, individualizado a sus propias necesidades y deseos.
- Una vez que se consiguen estos objetivos, se observa un impacto importante a nivel de la reintegración laboral, sexual, familiar y social del paciente, lo cual redundará en una mejoría de la calidad de vida.

CUALIDADES FÍSICAS

Para la realización de cualquier actividad física hay que tener en cuenta qué tipo de cualidad se requiere.

Las cualidades físicas son aquellas que permiten al individuo realizar una determinada actividad y que mediante un entrenamiento adecuado de los mismos, consiguen que el individuo desarrolle al máximo su potencial físico.

Fuerza

Es la capacidad neuromuscular para desarrollar fuerza física, vencer resistencias o reaccionar contra ellas.

Para su entrenamiento, hay diversos tipos de contracción muscular. La fuerza, es junto con la resistencia, la cualidad con más capacidades de mejora por medio del entrenamiento físico.

Resistencia

Definiremos la resistencia como la capacidad física y psíquica de soportar la fatiga en esfuerzos relativamente prolongados o intensos y/o la capacidad

de recuperación rápida después de los esfuerzos.

Los tipos de resistencia son los siguientes:

a) Resistencia Aeróbica: Capacidad que nos permite soportar esfuerzos de larga duración y de baja o mediana intensidad con suficiente aporte de oxígeno.

El trabajo se realiza por tanto, en condiciones de equilibrio entre el aporte y el consumo de oxígeno.

b) Resistencia Anaeróbica: Es la capacidad que nos permite realizar durante el mayor tiempo posible, esfuerzos muy intensos sin aporte suficiente de oxígeno. En estos esfuerzos se produce un elevado déficit de oxígeno (no tenemos el suficiente oxígeno que necesitamos para esa intensidad de ejercicio), por lo que su duración va a ser corta (hasta aproximadamente 3 minutos). La recuperación en este tipo de esfuerzos es más lenta que en los esfuerzos aeróbicos.

Nuestro trabajo fundamentalmente lo centraremos en la resistencia aeróbica en el paciente domiciliario.

Equilibrio.

Es la capacidad que permite contrarrestar las diversas fuerzas que aparecen sobre el cuerpo para mantener una determinada postura, ya sea en dinámica o estática. El equilibrio que más nos interesa en la actividad física y que antes se suele desajustar es el equilibrio entre la musculatura agonista y su antagonista. Los músculos que hacen un determinado movimiento cuentan con otros opuestos a dicho movimiento que suelen controlar

la precisión del mismo, o la estática. Para ello el trabajo de estiramiento de los músculos acortados y la tonificación (que consiste en el aumento de la composición, la fuerza y la masa de un músculo) de los elongados o hipotónicos será de vital importancia en nuestro paciente domiciliario.

Flexibilidad

Capacidad que nos permite realizar los movimientos en su máxima amplitud en cada articulación. El grado de flexibilidad que posee una persona dependerá de dos componentes:

a) La movilidad articular, que es el grado de movimiento que tiene cada articulación. Cada articulación tiene una movilidad muy diferente, así por ejemplo el complejo articular del hombro tiene mucha movilidad, mientras que el de la cadera no. Depende también de cada persona, de la edad, y de la actividad física que realice la persona.

b) La elongación muscular, que es la capacidad que tiene el músculo de alargarse.

La flexibilidad no debe confundirse con elasticidad, que es la capacidad que tiene un cuerpo (en este caso un músculo) de retornar a su posición de reposo una vez que han cesado las fuerzas que lo han deformado (por ejemplo: una goma es muy elástica, ya que podemos estirla y luego vuelve a su posición inicial. Por el contrario, un chicle que es muy flexible pero poco elástico, puesto que podemos estirarlo pero no volvera a su posición inicial).

Consideraciones a tener en cuenta en el trabajo de flexibilidad:

- El trabajo de esta capacidad debe ir precedido de un buen calentamiento para evitar lesiones y conseguir el máximo rendimiento.
- Para trabajar la flexibilidad el músculo debe estar relajado.
- El estiramiento cuenta con tres fases fundamentales: la puesta en tensión, el mantenimiento y la vuelta a la posición inicial.
- La fase de mantenimiento del estiramiento es la fundamental, y debe durar más que las otras dos. El tiempo variará en función al objetivo buscado.
- Hay gran variabilidad de ejercicios de estiramiento para cada músculo o grupo muscular. Se elegirán los más cómodos y adaptados al paciente domiciliario aprovechando los recursos que facilite el ámbito doméstico para su realización.
- Los ejercicios de flexibilidad se deben realizar de forma suave y durante un tiempo prolongado. Un estiramiento o movilización brusca de una zona puede producir lesiones como tirones musculares, distensiones de ligamentos, roturas fibrilares, etc. Por lo tanto cambiaremos de una posición a otra de forma lenta y relajada.
- Lo más importante en un trabajo de flexibilidad es la continuidad y la regularidad, pues la flexibilidad es una cualidad que se pierde rápida-

mente con la inactividad.

La flexibilidad es una de las características físicas más relevantes para el paciente domiciliario. Habitualmente el ser humano, en nuestra sociedad sedentaria, presenta limitaciones de flexibilidad y cuando se convierte en paciente dentro del domicilio, suelen disminuir las actividades en las que mantenía la movilidad para desarrollar su vida de modo funcional. Por ello, será uno de los objetivos muy presentes en el paciente domiciliario, independientemente de cuál sea la afección que le mantiene en el ámbito doméstico.

PRECAUCIONES Y SEÑALES DE PELIGRO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL PACIENTE DOMICILIARIO

El ámbito doméstico debe adaptarse a la actividad física que vamos a realizar, de modo que tenga las condiciones necesarias de iluminación, espacio, y estabilidad para evitar caídas o golpes. Debemos considerar si el suelo resbala más o menos, la iluminación natural o artificial y si es suficiente y que los espacios sean abiertos para evitar golpes o caídas que pudieran desembocar en una fractura ósea u otra lesión osteoarticular. Debemos considerar las limitaciones del paciente domiciliario a la hora de realizar la actividad física, como pueden ser carencias visuales, acústicas o motrices y los niveles de exigencia.

Entre las personas de edad madura y avanzada, el riesgo de presentar problemas del corazón debido a la actividad física tiene que ver con la enfermedad

coronaria. Las personas que sufren este problema tienen más probabilidades de tener un ataque cardíaco cuando están realizando ejercicios intensos que cuando no lo están haciendo. La presión arterial alta también debe considerarse. Por ello signos de fatiga, apnea, sudoración, palidez facial, taquicardia serán motivos para cesar la actividad y reconsiderar la intensidad y programación de la misma.

AFECCIONES Y PATOLOGÍAS FRECUENTES DEL PACIENTE DOMICILIARIO Y LOS BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Prótesis de cadera o rodilla

Según diversos estudios, suponen entre un 5 y un 20% de la mortalidad del anciano. Por tanto, es de suma importancia su tratamiento. Las fracturas de cadera se suelen tratar quirúrgicamente y los procesos de artrosis muy avanzada en la rodilla y su complejo articular, con prótesis de rodilla.

En el caso de la prótesis de cadera se suele usar un clavo o una placa. Las prótesis de rodilla suelen ser completas o parciales. Tras la operación viene la fisioterapia y rehabilitación en la que se intentará suprimir el dolor, conseguir una buena movilidad, potenciar la musculatura de la cadera y periférica a la rodilla y dar toda la autonomía posible para la marcha y deambulación. Realizaremos entonces ejercicios de cinesiterapia (conjunto de procedimientos para el tratamiento de las enfermedades mediante el movimiento) libre, asistida y resistida para mejorar el arco articular y potenciar el

glúteo medio y cuádriceps como músculos por excelencia de la marcha, reeducar la marcha descargando progresivamente el peso del cuerpo en el miembro operado y autocontrol de la misma. Posteriormente, y si es posible, marcha con bastones y retirada progresiva de los mismos. El objetivo global es devolver la movilidad a la articulación de la cadera (o rodilla) y por consiguiente reeducar la marcha.

Hemiplejía

La actividad física debe tener como objetivo en este paciente conseguir el restablecimiento del equilibrio en sedestación empleando para ello diversos métodos como son el método Kabat, método Bobath, método PNF. También se emplean técnicas de cinesiterapia variadas así como técnicas de reeducación del equilibrio. El objetivo global es reintegrar el hemicuerpo afecto.

Artrosis

La artrosis es la forma más frecuente de enfermedad degenerativa. Tiene especial incidencia en la columna vertebral y dentro de ésta son muy recidivantes las artrosis cervicales. En ellas la actividad física es muy efectiva, en concreto ejercicios específicos donde se pretende recuperar los arcos de movimiento. El cuello presenta movimientos de flexo-extensión, rotaciones y lateroflexiones. El ejercicio físico para el resto de las articulaciones con artrosis está indicado, siempre que no se encuentre el paciente en una fase aguda. La cinesiterapia y la actividad física ayudarán a conservar y recuperar los rangos articulares de movilidad.

Osteoporosis

Ante la inmovilidad existe una pérdida de masa ósea, más acusada en las mujeres a partir de la menopausia. Esto hace al hueso menos resistente, y por tanto más vulnerable a las fuerzas de presión. La osteoporosis afecta, al igual que la artrosis, a la columna vertebral, degenerando el disco intervertebral, perdiendo agua el núcleo pulposo y con ello su función de amortiguación, disminuyendo los arcos articulares y aumentando la cifosis (que es la curvatura fisiológica de la columna) dorsal. La actividad física pretende aumentar el metabolismo para incrementar el flujo sanguíneo y la llegada de oxígeno y nutrientes al hueso. También es importante reeducar al paciente en evitar las caídas para no dar lugar a una fractura y por tanto complicar aún más su patología.

Cardiopatías y afecciones respiratorias

Para los pacientes inmovilizados se suelen aplicar estas técnicas:

a) Drenaje Postural.

Permiten que las secreciones pulmonares drenen por la acción de la gravedad hacia los bronquios mayores o tráquea para su expulsión. Si el paciente no puede realizar los drenajes se le puede aplicar percusión o vibración suavemente.

b) Enseñar a toser y expectorar eficazmente.

Se realizarán ejercicios respiratorios frente al espejo, ayudando a tomar un buen ritmo respiratorio, (con inspiración profunda y espiración prolongada) y dirigiendo la ventilación hacia zonas

El Polimedicado 2.0

concretas donde el paciente tenga mayores problemas respiratorios, intentando siempre aumentar la capacidad pulmonar y de ventilación.

Fases agudas ante procesos osteoarticulares

En estas fases iniciales de patología osteoarticular, se aplicará frío local en fases muy agudas, y las fases subagudas permitirán el inicio del uso del calor seco. La inmovilidad, la ergonomía y cuidados posturales serán fundamentales en estos estadios.

PUNTOS IMPORTANTES

Ya hemos visto que el ejercicio físico conlleva muchos beneficios, pero es necesario tener en cuenta una serie de pautas, para evitar una mala práctica y las consecuencias negativas de ésta:

- Ante todo, previo al inicio de cualquier actividad física, someterse a un control exhaustivo de salud con su médico y seguir las recomendaciones que éste le pauté.
- Dependiendo del tipo de ejercicio físico que se pretenda iniciar, es necesario comenzar con una fase de calentamiento como preparación del organismo al esfuerzo que se va a realizar.
- Terminar el ejercicio de manera paulatina y bajando la intensidad de manera progresiva, con respiraciones profundas y estiramientos de los músculos.
- Mantener la concentración en todo momento durante la práctica del ejercicio para evitar lesiones producto de la monotonía y rutina del mismo.
- Organizar y planificar debidamente el ejercicio a practicar, respetando para ello la carga de entrenamiento y los tiempos de recuperación.
- Mantener una dieta sana y equilibrada como soporte del aporte energético que se precisa para toda práctica deportiva, recurriendo a suplementos nutritivos si fuesen necesarios (dependiendo del tipo de ejercicio que se realice) y siempre bajo supervisión profesional.
- Mantener una hidratación adecuada antes, durante y después de la actividad física, especialmente si éste se realiza en ambiente húmedo y caluroso.
- Respetar el descanso. Es primordial para un buen rendimiento físico facilitar la recuperación del organismo de manera periódica.
- Hacer del ejercicio físico una experiencia agradable, evitando llegar a situaciones de estrés por su práctica.
- Orientar los beneficios del ejercicio físico siempre a largo plazo, sin pretender conseguir metas en poco tiempo. Para ello es fundamental ser pacientes y constantes.

ENLACES DE INTERÉS

OMS Portal web de la Organización Mundial de la Salud www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/

MAPFRE Canal de Salud con información para el cuidado mayores www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/actividad-fisica-ancianos.shtml

EFISIOTERAPIA Actividad física en Geriatría www.efisioterapia.net/articulos/actividad-fisica-geriatria



12. Alimentación y Nutrición Artificial

Alberto Villa Rubio

FEA Farmacia Hospitalaria.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Inmaculada Fernández López

Enfermera. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Diego Miragaya García

FEA Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

|

Capítulo 12: Alimentación y Nutrición

En los últimos años estamos siendo espectadores del incremento de la prevalencia de la población anciana, constituyendo el sector de la población con mayor crecimiento en el mundo desarrollado. Esto es debido en gran parte a la mejora de las condiciones socioeconómicas y con ello al incremento de la esperanza de vida (en el año 2001 el porcentaje de población que superaba los 65 años en España se cifraba en torno al 17%, esperándose que para el 2021 se sitúe por encima del 20%).

A lo largo de la vida de un individuo el estado nutricional juega un papel fundamental, aunque no se le haya dado la importancia adecuada, en el mantenimiento de las funciones corporales, sensación de bienestar y calidad de vida. Por consiguiente, la nutrición debe ser un parámetro importante a manejar.

Definir la desnutrición no es tarea sencilla, pues se trata de una entidad muy compleja. En una primera aproximación la podemos definir como un estado de deficiencia calórica, proteica o de otros nutrientes específicos que produce un cambio cuantificable en la función corporal, y se asocia con un empeoramiento de los efectos de las enfermedades, al tiempo que puede revertirse específicamente mediante apoyo nutricional. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la desnutrición ocurre cuando la dieta no aporta suficientes proteínas, sustrato de energía o ambas. La desnutrición puede tener su origen tanto en un exceso (obesidad, considerada pandemia del siglo XXI) o defecto (clásicamente asociada al tercer mundo). Si bien

generalmente cuando nos refiramos a desnutrición haremos referencia a la segunda forma.

CAMBIOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO:

Como consecuencia natural del proceso de envejecimiento tienen lugar cambios en el cuerpo humano, que unidos a factores individuales y generales, pueden afectar de manera negativa a la ingesta de alimentos, la absorción y utilización de nutrientes, modificando la necesidad de los mismos.

El proceso de envejecimiento lo debemos entender como algo dinámico, en continua evolución, es decir, no nos hacemos viejos en un momento determinado, sino que se llega a ello a través de una serie de etapas, que se van dando a lo largo de nuestra vida.

Los cambios que se producen durante el proceso de envejecimiento son muy extensos y no pueden ser resumidos en unas pocas líneas, de ahí que nos limitaremos a dar una forma resumida de los cambios más importantes en relación a la alimentación y la nutrición.

Podríamos citar:

Cambios fisiológicos:

- a) Tiene lugar una reducción paulatina de la masa magra que se asocia a una reducción de fuerza muscular y del metabolismo y, por tanto, de las necesidades energéticas. Existe una relación directa entre sedentarismo y pérdida de masa muscular.

El Polimedicado 2.0

b) Ésta pérdida de masa magra es sustituida por masa grasa, más acuciante en situaciones de ingesta energética elevada asociada a estilos de vida sedentarios, con el consiguiente desarrollo de obesidad.

c) Alteración de los órganos de los sentidos, en especial el gusto y el olfato. Se produce una pérdida del número de papilas gustativas y alteraciones de la vista. Esto origina una pérdida del interés por las comidas, condicionando cambios en los hábitos alimentarios. Por ello es necesario mejorar la presentación de las comidas y sabores para que éstos resulten apetecibles.

d) Disminución de la masa ósea, especialmente notable en el sexo femenino tras la menopausia, cuya consecuencia más directa va a ser un aumento de la fragilidad ósea y tendencia a las fracturas de huesos.

e) Disminución del agua corporal total, lo que origina que las personas mayores sean más propensas a la deshidratación.

Cambios funcionales:

a) A nivel del aparato digestivo tienen lugar una serie de alteraciones, entre las que podemos citar las alteraciones bucodentales, con reducción en la producción de saliva (xerostomía) y pérdidas de piezas dentarias, que dificultarán la deglución; reducción en la producción de ácido del estómago lo que dificultará los procesos de digestión además de originar déficit en la

absorción de hierro, ácido fólico y vitamina B12; alteraciones a nivel pancreático y biliar que impedirán la correcta digestión y absorción de las grasas afectando a la absorción de nutrientes (proteínas, calcio, lactosa, ...); además, como consecuencia de una disminución de la motilidad intestinal la aparición de tendencia al estreñimiento crónico.

b) Alteraciones en la sensación de sed: El envejecimiento se acompaña de una disminución de la sensación de sed. Además, se ve reducida dicha sensación por situaciones de calor o deshidratación térmica.

c) Alteraciones a nivel metabólico: La más notable la constituye un descenso en la tolerancia a la glucosa, es decir, una tendencia a la diabetes.

d) Sistema cardiovascular: Se origina una disminución de la capacidad del corazón para bombear sangre de forma eficiente, acompañado de un incremento de las resistencias vasculares periféricas y endurecimiento de las paredes arteriales que a la larga evolucionarán al desarrollo de hipertensión. A esto le sumamos el incremento de los niveles sanguíneos de colesterol (riesgo de formación de trombos).

e) Sistema renal y hepático: Durante la vejez se produce un deterioro de ambos sistemas, lo que dificulta la excreción de productos de desecho del metabolismo, incluidos fármacos.

f) Sistema inmune: De modo general, tiene lugar una disminución de la acti-

Capítulo 12: Alimentación y Nutrición

vidad del sistema inmune (inmunosenescencia) lo que favorece el desarrollo de infecciones. Parte del deterioro del sistema inmune puede tener su origen en un déficit nutricional. Lo que sí hay que tener claro es que éste declive del sistema inmune no es parte inevitable del proceso de envejecimiento y que una mejora del estado nutricional conlleva una mejora de la respuesta inmune.

Factores psico-sociales:

a) El envejecimiento va asociado, como norma general, a una disminución de la movilidad que a su vez repercute en acciones de la vida diaria relacionadas con la nutrición, tales como hacer la compra, la comida, etc. Esta situación podrá derivar en una situación de desnutrición.

b) La existencia de depresión o alteraciones en el estado de ánimo asociados a determinadas situaciones, tales como soledad, jubilación, enfermedades, etc. llevan a elaborar dietas aburridas y pobres desde el punto de vista nutricional, omitir comidas o recurrir a la compra de comidas precocinadas ricas en sal y grasas.

c) El deterioro cognitivo constituye un grave problema social y sanitario, que afectan a la calidad de vida y por consiguiente a la calidad de su alimentación.

d) Dificultades asociadas al nivel socio-económicos (como pobreza), bajo nivel intelectual o educación sanitaria, re-

percuten en el estado nutricional.

e) Polimedicación: Cada vez resulta más frecuente debido al incremento de la esperanza de vida, el encontrarnos personas con numerosos medicamentos para el tratamiento de sus patologías crónicas. La polifarmacia incrementa el riesgo de sufrir interacciones, muchas de las cuales pueden afectar al estado nutricional del individuo.

Son numerosos los factores que pueden afectar al estado nutricional de los ancianos, convirtiéndolos en uno de los sectores más frágiles de la sociedad. Una adecuada ingesta de energía y nutrientes junto a un estilo de vida sano influirán positivamente en su calidad de vida.

NECESIDADES Y RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN LA EDAD AVANZADA:

Es de razón común pensar que debido a los cambios producidos por el envejecimiento, tanto cambios en funcionalidad como en composición corporal, los requerimientos nutricionales deben estar adaptados a esta nueva situación. Hasta hace relativamente poco tiempo no existían o eran exactamente las mismas que las recomendadas para la edad adulta. No es hasta la aparición de las recomendaciones de la FNB (Food and Nutrition Board), de los Estados Unidos, en que empieza a reconocerse a este grupo de edad (51-70 años y mayores de 70 años), además de establecerse las denominadas DRI o ingesta dietética de referencia, o lo que es lo mismo, las cantidades de nutrientes que garantizan reducir el riesgo

El Polimedicado 2.0

de sufrir enfermedades crónicas.

No entraremos a tratar las necesidades de cada nutriente, pues incrementaría notablemente el tamaño del capítulo, proporcionando además datos que solo tendrían sentido ante el hecho de realizar un estudio nutricional de un individuo. De ahí, que consideramos más interesante el dar unas directrices sobre lo que debería contener una dieta recomendada.

La mayor dificultad a lo hora de elaborar una dieta la constituye el contenido energético de la misma, de manera que ésta mantenga el peso estable del individuo y aporte todos los micronutrientes en las cantidades necesarias. Esto es difícil debido al carácter sedentario de las personas mayores, que presentan unos requerimientos bajos. Por consiguiente es necesario realizar una elección cuidadosa de los alimentos que constituirán la dieta, empleando aquellos que posean una alta densidad de nutrientes y, si es necesario, añadir alimentos enriquecidos o suplementos. Una forma sencilla de incrementar los requerimientos nutriciona-

les del anciano lo constituye el aumentar su gasto energético mediante la realización de ejercicio, que además nos favorecerá evitar la pérdida de masa muscular y ósea.

Cereales y tubérculos.

Alimentos tales como el pan, el arroz, la pasta o las patatas deben constituir la base de la alimentación recomendándose consumir más de seis raciones al día. Los cereales integrales constituyen una buena fuente de fibra y de vitaminas; con la simple sustitución del pan blanco por pan integral se duplica el aporte de fibra, magnesio, hierro y zinc, minerales cuyas ingestas generalmente son bajas en los mayores.

Verduras y hortalizas.

Se recomienda un consumo diario de al menos dos raciones, una de ellas en forma cruda (p. ej., ensalada variada con los ingredientes bien troceados). En caso de existir dificultad en la masticación o deglución, podemos recurrir a elaborarlo bajo la forma de zumo vegetal, pasando las verduras por la licuadora. En



Pirámide de la alimentación saludable. SENC 2007.

Capítulo 12: Alimentación y Nutrición

este caso si se añade una cucharadita de aceite de oliva antes de triturarla obtendremos todas sus cualidades nutricionales. La otra ración diaria de verduras será preferentemente en forma de verduras cocidas y presentadas en forma de puré. Estos alimentos tienen un importante aporte de fibra, minerales y vitaminas.

Frutas.

Diariamente deben consumirse tres raciones de frutas, algunas crudas para que se conserve completamente su aporte vitamínico, y se pueden presentar troceadas, en zumos, como macedonia o bien asadas o cocidas.

Frutos secos.

Son una buena fuente de energía y de micronutrientes: tienen un alto contenido en grasa (grasa cardiosaludable), fibra calcio magnesio hierro, zinc y vitamina E. Son un excelente complemento en periodos de inapetencia y contribuyen a aumentar la densidad nutricional de la dieta. Por tanto, se aconseja su inclusión en la dieta, siempre que no resulten indigestos.

Leche y derivados lácteos.

Son el grupo de alimentos que aportan una mayor cantidad de calcio a la dieta y también una fuente importante de vitamina A y D. Su contenido en grasa saturada es muy variable y por tanto se aconseja la utilización de leche semidesnatada, yogures y queso fresco. La leche enriquecida en calcio es una buena alternativa para incrementar la ingesta de este elemento. Intercambie siempre que

desee la leche con yogur o queso. Si por alguna causa no se toman las tres raciones recomendadas al día, el calcio hay que aportarlo a partir de otros alimentos y/o suplementos. Recordar que la leche condensada contiene una alta cantidad de azúcar.

Carnes y derivados.

Se recomienda el consumo de carnes magras, como el pavo, pollo o conejo (2-3 raciones a la semana). Hay que elegir preparaciones culinarias de fácil masticación (albóndigas, filetes rusos, croquetas de carne, etc.).

Aunque las vísceras tienen un alto contenido en colesterol, se puede incluir una ración de hígado cada 15 días, ya que proporciona vitaminas A, D, B12, ácido fólico y hierro de alta biodisponibilidad. Se debe restringir el consumo de embutidos grasos y fiambres, que son una fuente importante de grasa saturada.

Pescados.

La ingesta de pescado debe ser superior a la de carne (4-5 raciones/semana). Su principal ventaja es que, sobre todo el pescado azul, aporta grasa insaturada, que ejerce un efecto protector sobre determinadas patologías, como la trombosis. Su proteína tiene una calidad biológica similar a la de la carne, y es más fácil de digerir. Es preferible tomar pescados sin espinas para evitar accidentes. Se debe hacer hincapié en que el pescado congelado tiene las mismas cualidades nutricionales que el pescado fresco, y tiene la ventaja de su menor precio y su mayor facilidad de preparación.

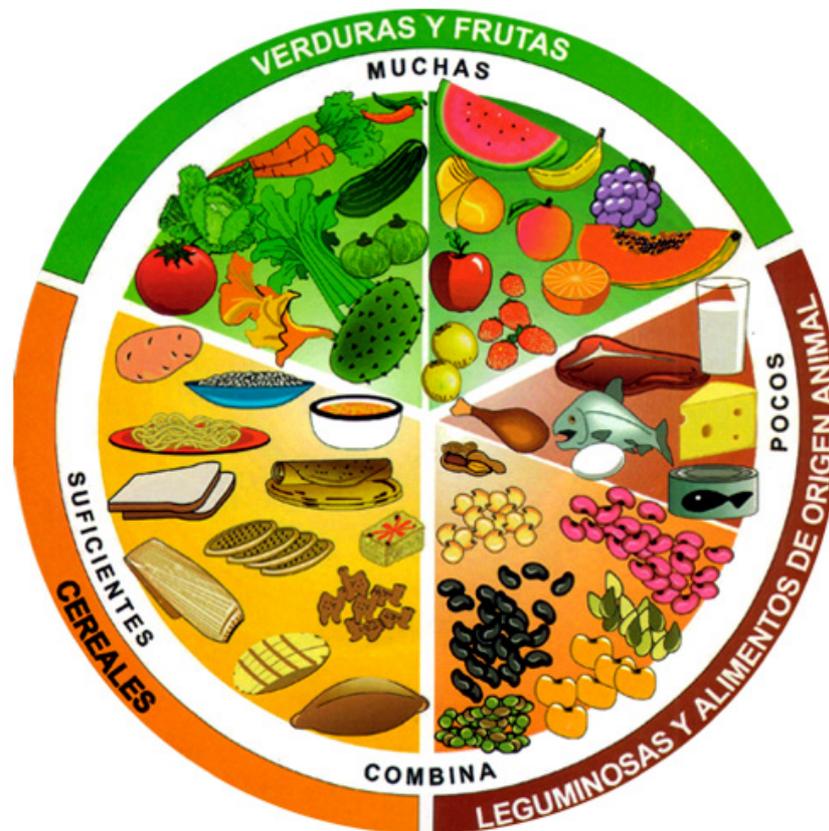


Figura 2. Alimentación saludable

Huevos.

Servirlos en tortilla o cocidos. Se recomienda consumir tres huevos completos a la semana. La clara del huevo es muy nutritiva, por lo que en el caso de utilizar sólo la clara, su consumo puede aumentar. Se recomienda, siempre que se pueda añadir las claras en los purés de verdura. El huevo aporta proteínas de calidad y vitaminas, es un alimento barato, fácil de preparar y de conservar, y se digiere bien.

Legumbres.

Son buena fuente de fibra y de proteínas. Hay que tomar de 2 a 3 raciones a la semana. La calidad de su proteína se puede aumentar tomándolas junto con cereales en los tradicionales potajes (complementación proteica). En algunos casos será necesario triturar las legumbres con un pasapurés con el fin de retirar parte de la fibra y hacerlas más digestibles. A veces pueden producir flatulencia, por lo que en estos casos habrá que elegir aquellas que resulten menos molestas.

Aceites y grasas.

Está especialmente recomendado, para el consumo en crudo, el aceite de oliva virgen.

Se debe evitar un consumo excesivo de frituras, y en estos casos los alimentos fritos deben reposar en papel absorbente para eliminar parte del aceite.

Dulces y bollería.

Se debe moderar su consumo, preferentemente a partir de repostería de elaboración casera.

Platos preparados.

Se debe evitar el consumo excesivo de estos alimentos, ya que tienen un alto contenido en sal y en grasa oculta.

Bebidas.

El agua y los demás líquidos se deben tomar preferiblemente fuera de las comidas. No se debe abusar del consumo de bebidas excitantes. La ingesta de bebidas alcohólicas debe ser moderada. Deben evitarse las bebidas de alta graduación. El aporte hídrico puede proceder no sólo del agua de bebida como tal, sino de la ingesta de alimentos líquidos o de los propios alimentos.

ASPECTOS SENSORIALES Y SOCIALES:

Como hemos hecho notar anteriormente en las personas mayores tiene lugar una pérdida en la sensibilidad sensorial, a lo que se une que, en general, la sensación de hambre es baja y se sacian de forma más rápida, pudiendo originar una falta de interés por la comida. Por tanto, es recomendable potenciar las características organolépticas de los alimentos (olor,

color y sabor) para hacerlos más apetitosos. Estas características condicionan en gran medida su aceptación o rechazo, y son las que nos inducen a comer. También es importante tener en cuenta los gustos personales, ya que es muy difícil cambiar los hábitos alimentarios en estas edades.

Las comidas deben servirse a una temperatura adecuada, tener una presentación agradable, estar bien condimentadas, y tener colores y olores que induzcan a su consumo. Se debe evitar el uso excesivo de especias irritantes, y la textura debe adecuarse a las necesidades específicas del mayor (alimentos blandos, triturados, purés, cremas).

Comer es un acto de relación social y, por tanto, el ambiente debe ser agradable, relajado, que favorezca la comunicación con los demás.

Alimentación básica adaptada (ABA) o dietas con textura modificada.

En los últimos años se han diseñado un conjunto de comidas elaboradas para personas que tienen dificultades para alimentarse normalmente. Este tipo de alimentación viene a sustituir el empleo inadecuado que se estaba realizando de los alimentos infantiles. Se caracteriza porque se adaptan a las necesidades nutricionales y sensoriales de los mayores, son fáciles de preparar, tienen el aspecto de "hechos en casa" y pueden alternarse con platos caseros o mezclarse con ellos. Es decir, nutren y mantienen el placer de comer.

El Polimedicado 2.0

Se pueden encontrar como:

- **Diets trituradas:** de alto valor nutricional, enriquecidas en proteínas y/o micronutrientes (purés a base de carnes, verduras, legumbres y postres de frutas y/o papillas de cereales).
- **Modificadores de textura:** espesantes y agua gelificada, diseñados para personas con disfagia.
- **Enriquecedores de la dieta:** son módulos nutricionales o suplementos que se añaden a los alimentos y así aumentan su valor nutricional (módulo de proteína completa, mezclas de aminoácidos, módulo de hidratos de carbono y de grasa).

INTERACCIONES ENTRE ALIMENTOS Y FÁRMACOS:

Los alimentos, debido a su ingestión conjunta con medicamentos o a un estado de desnutrición o malnutrición por parte del paciente, pueden afectar al comportamiento del medicamento, es decir, alterar efecto terapéutico.

Estas interacciones se pueden clasificar en dos tipos:

Tipo farmacocinético: Alteración de los procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción del fármaco

a) Absorción:

a.1) Mecanismo de barrera que dificulta el contacto. La comida puede

actuar como barrera física y afectar a la absorción del fármaco. Este sería por ejemplo el caso de la interacción fibra-digoxina.

a.2) Retraso del vaciamiento gástrico y/o aumento de la motilidad intestinal. La presencia de comida en el estómago puede producir un retraso en el vaciamiento gástrico, es decir, el tiempo que tarda en pasar el contenido del estómago al intestino, y un aumento de la motilidad intestinal pudiendo afectar significativamente al comportamiento del medicamento.

a.3) Alteraciones del pH. Un aumento de la secreción ácida y una disminución de la acidez de estómago pueden perjudicar la absorción de medicamentos que se degradan en medio ácido, como son las penicilinas por vía oral, la eritromicina o el omeprazol, de ahí que normalmente estos fármacos estén dotados de un recubrimiento protector para este medio.

Los alimentos de por sí producen un retraso en el vaciado gástrico, pero sobre todo los ricos en grasas o las comidas calientes o de alta viscosidad con lo cual aumenta el tiempo de contacto con fármacos lábiles en medio ácido siendo mayor su degradación.

a.4) Formación de complejos insolubles. De esta manera, se dificulta la absorción del medicamento y del nutriente. Como ejemplos de ello podemos destacar la interacción por ejemplo del Calcio junto a antibióticos del tipo de las tetraciclinas.

Capítulo 12: Alimentación y Nutrición

b) Distribución:

Por distribución entendemos el proceso que transcurre desde la absorción del fármaco hasta que este accede a los diferentes tejidos y órganos. Muchos de los fármacos viajan por el torrente sanguíneo asociados a proteínas, como la albúmina (mientras el fármaco permanece unido a ella resulta inactivo). Una disminución de esta proteína, como ocurre ante situaciones de desnutrición, puede originar una mayor cantidad de fármaco libre (no unido a albúmina) derivando en un mayor efecto del mismo. Ej. De esta interacción la podemos encontrar en el caso de desnutrición y administración de acenocumarol, amitriptilina, ácido valproico o ceftriaxona.

c) Metabolismo:

El metabolismo de los fármacos por parte del cuerpo humano constituye uno de los procesos para la eliminación de los mismos. Este tipo de interacción puede ser doble, es decir, tanto aumentar el metabolismo de un fármaco, o lo que es lo mismo aumentar la velocidad con la que el fármaco se degrada y por tanto reducir su efecto, como el contrario.

Como ejemplo de componentes de la dieta que pueden acelerar el metabolismo de los fármacos podemos citar: Dieta rica en proteínas, vitamina B6, índoles y flavonoides.

Componentes que disminuyen el metabolismo: Dieta pobre en proteínas, tiamina, o el zumo de pomelo.

d) Excreción:

La excreción renal, mediante la orina, constituye la principal vía de eliminación de los fármacos. De entre todos los factores que pueden afectar la eliminación del fármaco el más importante lo constituye la acidez de la orina.

Tipo farmacológico: Alteración de la acción del fármaco.

Este tipo de interacción resulta menos frecuente y consiste en la capacidad de los alimentos para potenciar o contrarrestar la acción de un fármaco.

Como ejemplos podemos citar la interacción de alimentos ricos en vitamina K y anticoagulantes orales.

NUTRICIÓN ARTIFICIAL:

Ante determinadas situaciones puede darse el caso de que la ingesta oral resulte insuficiente para alcanzar los requerimientos nutricionales diarios, siendo necesario recurrir a nuevas estrategias para evitar el compromiso nutricional. La Nutrición artificial constituye una de estas estrategias e incluye la administración de nutrientes a través de sondas, ostomías o vía oral (Nutrición enteral) o a través del torrente sanguíneo (Nutrición parenteral). Ambas formas se han mostrado eficaces en la restitución del correcto estado nutricional, si bien, cada una tiene sus ventajas e inconvenientes, quedando relegada la elección de uno u otro a la decisión del especialista.

El Polimedicado 2.0

- **Nutrición enteral:** Constituye la técnica de nutrición artificial mediante la cual se introducen los nutrientes directamente en el aparato digestivo, siempre y cuando éste presente un funcionamiento normal, pero existe algún impedimento para su administración normal a través de la boca. La nutrición enteral constituye una técnica eficaz y sencilla de administración, de fácil manejo y con escasas complicaciones, cuya única contraindicación la constituye la existencia de obstrucción intestinal.
- **Nutrición parenteral:** La nutrición parenteral constituye una técnica de administración eminentemente hospitalaria cuando la administración por vía enteral se encuentra contraindicada o resulta insuficiente para proporcionar todas las necesidades nutricionales. Sus principales desventajas recaen en su propia forma de administración, mediante un catéter intravenoso, entre las que se encuentran la aparición de flebitis, infecciones o fenómenos tromboticos, de manejo mucho más complicado que las originadas por la nutrición enteral. De ahí que la nutrición enteral siempre deba ser, mientras se pueda, de elección sobre la parenteral.

Los alimentos enriquecidos merecerían un apartado en este capítulo de nutrición, pero dado que el objetivo del mismo no es desarrollar temas específicos, le facilitamos algunas referencias bibliográficas para ampliar la información si es de su interés.

PUNTOS IMPORTANTES

- El estado nutricional, a lo largo de la vida juega y en especial en la etapa adulta, juega un papel fundamental (calidad de vida, sensación de bienestar y funciones orgánicas), por lo que la nutrición ha de ser un parámetro fundamental a tener en cuenta.
- Una buena alimentación, acompañada de la realización de ejercicio regular tendrá efectos beneficiosos en la salud.
- Hay que tener en cuenta que comer no es sinónimo de estar bien nutrido. Hay que elaborar dietas sanas y completas, teniendo en cuenta las características del individuo.
- Al elaborar dietas no hay que olvidar que la alimentación no solo debe constituir un método para nutrir, si no que bajo determinadas circunstancias el acto de comer, en estas edades, será el medio de proporcionar placer, entretener y mostrarles que siguen siendo útiles a la sociedad.
- En el caso de tomar medicamentos tener en cuenta las posibles interacciones con los mismos. No dude en consultar con su médico o farmacéutico.

ENLACES DE INTERÉS

- **SENPE** Sociedad española de nutrición parenteral y enteral.
<http://www.senpe.com>
- **NUTRINFO** Comunidad virtual de profesionales de la nutrición.
<http://www.nutrinfo.com/>
- **FEN** Fundación española de la nutrición. <http://www.fen.org.es/home.asp>
- **Guía de Alimentación y Nutrición de las Personas Mayores.**
http://www.edad-vida.org/fitxers/publicacions/GuiaAlimentacion_FINAL.pdf



13. Eliminación

Juan Alberto Puyana Domínguez
Enfermero. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Rosa Rodríguez Cardoso
Enfermera. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Antonio Andrés Quesada Sanz
FEA Microbiología Clínica.
Docente investigador en la Universidad Técnica de Ambato

|

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el paciente cuando regresa a su hogar es la recuperación de su independencia para realizar actividades de la vida diaria, ya que éstas han estado tuteladas o supervisadas por personal sanitario durante su periodo de hospitalización.

En muchas ocasiones, esta independencia se encuentra realmente comprometida por las características de la enfermedad crónica que acompaña al paciente, siendo necesaria una correcta educación a sus cuidadores para que en el momento del alta hospitalaria no haya problemas de implicación familiar o falsas expectativas respecto a los progresos del enfermo.

Y es precisamente en la eliminación (urinaria e intestinal) donde aparecen los primeros indicadores de pérdida de autonomía en el paciente, lo que repercutirá más adelante, si no es convenientemente afrontado por profesionales y cuidadores, en una disminución de su autoestima y en una sobrecarga del cuidador que puede ser perfectamente previsto con una buena comunicación profesional-familiar que incluya una información sencilla, directa y sobre todo sincera sobre la problemática de la eliminación, sus complicaciones y posibles soluciones.

En este capítulo hemos decidido resumir en pocas páginas un tema que podría dar para mucho más, centrándonos en lo que realmente es importante que sepa un cuidador a pie de cama de un paciente con problemas de eliminación,

aportando eso sí, numerosas fuentes de consulta para poder ampliar y completar lo que someramente explicamos a continuación.

ELIMINACIÓN URINARIA:

Por su composición química y sus características, la orina es un agente irritante para la piel del enfermo, de ahí la importancia de que la eliminación urinaria sea fisiológica y no nociva para el paciente en la medida de lo posible.

Es por tanto primordial, en personas que hayan perdido el control de la micción, mantener una vigilancia continua para evitar este tipo de contacto.

Si además el paciente, presenta heridas, afecciones en la piel, y dispositivos u otros elementos que puedan entrar en contacto con la orina, el riesgo de infecciones es potencialmente mucho mayor, de ahí el especial interés del personal sanitario en aislar la evacuación de orina de la forma más aséptica posible.

Problemas habituales en la eliminación urinaria

Los problemas que con más frecuencia se encontrará un cuidador son los siguientes:

- **Incontinencia urinaria:** Es la incapacidad del paciente de controlar la micción. Está asociado a múltiples enfermedades, tanto físicas como psíquicas, pero también a la evolución natural del individuo, esto es, que está asociado también a la

El Polimedicado 2.0

edad avanzada y supone un problema importante para la autonomía y autoestima del enfermo.ás propensas a la deshidratación.

- **Disuria:** Es la presencia de dolor en el momento de la micción. Puede estar relacionado con enfermedades urológicas, presencia de cálculos renales, y también por patologías de causas muy diversas. En caso de que el dolor sea permanente, es recomendable la consulta con su médico.puesta inmune.
- **Poliuria:** Es un aumento de la cantidad de orina excretada en cuanto a volumen. Aunque puede tener un origen fisiológico (por aumento de la ingesta de líquidos, o de determinadas sustancias diuréticas), también puede ser un síntoma de determinadas enfermedades como la diabetes insípida o la insuficiencia renal. Teniendo en cuenta que la diuresis (cantidad de orina excretada) normal durante el día es de 1000 a 1500 ml, en este tipo de casos se alcanzan los 2500-3000 ml. Es recomendable la consulta con el médico si aparece esta alteración.
- **Polaquiuria:** Es el aumento del número de micciones durante el día, que suelen ser además de escasa cantidad, dejando sensación de insatisfacción en el paciente. Puede ser un signo de infección en el tracto urinario, por ello también es recomendable la visita al médico para su control.
- **Oliguria:** Es la disminución de la cantidad de orina excretada durante al día. En concreto en adultos, hablamos de oliguria cuando la cantidad de orina obtenida es de 100-400 ml. Puede estar motivada por retenciones urinarias, obstrucciones, fallos renales y deshidratación. Dada la gravedad de estos casos, siempre es recomendable la consulta a su médico y el control de la diuresis mediante la inserción de un catéter vesical conectado a un colector graduado para medirla con exactitud.
- **Anuria:** Es la ausencia de orina excretada durante el día, Aunque hablamos de una ausencia total, se considera anuria a la excreción por debajo de 50 ml/día y suele estar motivado por procesos obstructivos severos o fallos renales graves, por lo cual es indispensable la valoración y control por su médico y como en el caso anterior, también es recomendable la inserción de un catéter vesical para el control de la diuresis diaria con mayor exactitud.
- **Hematuria:** Es la presencia de sangre en la orina. Debemos tener en cuenta que es un signo extremadamente llamativo y a veces no implica gravedad. Una sola gota de sangre es capaz de teñir un litro de orina, de ahí que sea necesario mantener la calma y comprobar en sucesivas micciones si esta alteración persiste. Tiene orígenes diversos, de tipo renal, uretral, pélvicos, prostáticos, asociada al cambio de sonda...incluso el ejercicio físico intenso puede provocar una hematuria relativamente normal (es muy

habitual en practicantes de hípica tras mucho tiempo de monta). En todo caso, si no desaparece o está asociada a otros signos como la disuria, es necesaria la visita al médico para consulta y control de los síntomas.

- Nicturia: Es el aumento en la frecuencia de micciones nocturnas, y puede estar relacionado con varias enfermedades de distinta gravedad, como la insuficiencia cardíaca, la hipertensión arterial, glomerulonefritis, diabetes, etc... por ello también es recomendable la consulta al médico si persiste esta alteración en el tiempo. No debemos confundir la nicturia con la polaquiria nocturna típica de enfermos prostáticos.

Higiene y recomendaciones en la eliminación urinaria

Tomamos para este subapartado el caso de pacientes que presentan incontinencia y por tanto tienen su autonomía disminuida en mayor o menor medida.

Es necesario distinguir entre la higiene del paciente que tiene una sonda o catéter vesical, y el que no lo tiene, ya que las medidas higiénicas difieren según qué caso.

En pacientes que no tienen sonda y que combaten la incontinencia con la utilización de pañales, o con colectores adaptados (tipo Peneflex®), las medidas higiénicas no son muy distintas a las de una persona autónoma; en todo caso, es necesaria una vigilancia regular para

comprobar si el pañal ha quedado saturado por la orina.

Si no se hace un cambio de pañal cuando éste ya está saturado, el riesgo de contacto de la piel directamente con la orina aumenta notablemente, y por tanto también aumenta el riesgo de aparición de irritaciones.

A la hora del lavado del paciente, prepararemos agua tibia, jabón con pH neutro y toallas, siendo esencial un buen secado, especialmente en los genitales, y pliegues inguinales, aplicando crema barrera en zonas de irritación si existiesen.

En caso de pacientes con sonda vesical, si se trata de un paciente masculino, se retrae el prepucio, limpiando a fondo el glande y secando luego correctamente. Luego colocamos el prepucio en su posición original para evitar la parafimosis.

El lavado se realiza desde la punta del pene hacia abajo, vigilando posibles signos de infección en la zona de inserción de la sonda (enrojecimiento, inflamación, presencia de alteración en el color de la orina...).

En el caso de pacientes femeninas, se lavará de delante hacia atrás, es decir, desde el clítoris hasta la zona perianal, y se observarán las mismas medidas de vigilancia y de secado que en el caso anterior.

Dispositivos de recogida de orina

En casos de pacientes incontinentes y/o que precisen el control de diuresis diaria, se recomienda de forma general la inser-

El Polimedicado 2.0

ción de un catéter vesical con recolector graduado.

Este tipo de sonda pueden ser de diversos tamaños y materiales, utilizándose a discreción del profesional de enfermería, dependiendo de las características físicas y fisiológicas de cada paciente y si el sondaje será temporal o permanente, siendo las sondas más utilizadas las de Foley o de silicona.

Otra opción (en pacientes masculinos) es el uso de colectores penianos conectados a bolsas graduadas, tipo Peneflex® si bien su uso está más limitado.

Cuidados generales en el paciente con sonda vesical

Como líneas generales, el cuidador deberá extremar las precauciones higiénicas a la hora de manipular la sonda vesical para reducir el riesgo de infección, además de vigilar la permeabilidad de la misma.

Observar la zona del meato urinario comprobando que se encuentra libre de adherencias y exudaciones.

En el caso del sondaje masculino, para evitar acodamientos del catéter o tirones accidentales, se recomienda la fijación del tubo recolector a la cara anterior del muslo con esparadrapo o similar. En la mujer, se fijará en la cara interior del muslo.

Además se observarán las siguientes indicaciones:

- Utilizar un sistema de bolsa colectora que tenga válvula de vaciado y, si es posible, antirreflujo.
- Mantener la bolsa colectora siempre por debajo del nivel de la vejiga para garantizar que no se produzca el reflujo en caso de bolsa sin válvula.
- Controlar la ingesta procurando que el paciente beba 2-3 litros al día, a menos que esté contraindicado por algún proceso patológico.
- Realizar un control de la diuresis, vaciando la bolsa cada 8 horas, o en su defecto, cuando esté lleno, vigilando el aspecto y color de la orina.
- Vigilar que la orina se va drenando de forma continua. Si no es así, comprobaremos que no existen acodamientos de la sonda y se realizarán lavados vesicales para asegurarnos de que la sonda no está obstruida. En caso de obstrucción, sería necesaria la retirada de la sonda y la colocación de una nueva.
- En caso de sondaje vesical permanente, es recomendable el cambio de sonda cada mes aproximadamente, siendo necesaria su supervisión a través de Atención Primaria en algunos casos.

ELIMINACIÓN INTESTINAL

Al igual que en el caso de la eliminación urinaria, la especial composición de las heces hacen de éstas un material especialmente irritante en contacto con la piel, siendo fundamental una correcta vi-

gilancia de la consistencia de éstas para valorar posibles complicaciones que pueden incidir negativamente en el enfermo.

De igual forma, debemos recordar que la pérdida de control de esfínteres supone a nivel psicológico un duro golpe a la autonomía y autoestima del paciente, por lo cual debemos procurar fomentar siempre que se pueda su independencia en la medida de nuestras posibilidades.

Este caso es especialmente importante, como ya veremos más adelante, en aquellos pacientes que presentan ostomías, que permiten cierto nivel de independencia al paciente.

Problemas habituales en la eliminación intestinal

Existen diversas alteraciones que debemos observar en el paciente a nivel de eliminación intestinal.

- **Diarrea:** es la presencia de heces líquidas en la defecación, pudiéndose acompañar de anorexia, náuseas y vómitos (diarreas autolimitativas) o existir fiebre, dolor abdominal, presencia de moco y sangre en heces (no autolimitativas). Las causas son múltiples y muy variadas: problemas de absorción intestinal, aumento de la motilidad intestinal, daño en la mucosa intestinal (por enfermedades como la colitis ulcerosa), diarreas de origen infeccioso (bacteriana, vírica, parasitaria) problemas autoinmunes, presencia de tumoraciones, dia-

reas inducidas por antibióticos,... generalmente la diarrea cesa en poco tiempo sin provocar mayor daño al paciente. Eso sí, suele acompañarse de una complicación importante sobre todo para pacientes frágiles, o niños y ancianos en general: la deshidratación. En caso de diarreas, por tanto, es recomendable la ingesta de agua para equilibrar la pérdida de líquido por las heces. Si es necesario, a veces se recurre a la canalización de una vía venosa periférica para aportar líquido por vía intravenosa de manera más rápida.

- **Estreñimiento:** es la defecación dificultosa o infrecuente que da lugar a heces duras y escasas. Las causas también son variadas aunque la mayoría de ellas se asocian a falta de hábitos de vida saludable, como la ingesta mínima de líquidos, la poca práctica de ejercicio físico o sedentarismo, los horarios de comida irregulares, la represión del deseo defecatorio, la ausencia de fibra vegetal en la dieta diaria... pero no sólo esta ausencia de hábitos saludables provocan estreñimiento. Además, algunas enfermedades (hipotiroidismo, cáncer de colon, problemas neurológicos o trastornos psiquiátricos) y el consumo de determinados fármacos (como la codeína), pueden provocar estreñimiento. Para combatir esta alteración intestinal, se recomienda fundamentalmente fomentar los hábitos de vida saludable antes mencionados. El uso

El Polimedicado 2.0

de laxantes solo está permitido bajo supervisión médica.

- Impactación fecal o fecaloma: es la acumulación de heces duras y compactadas, generalmente en la ampolla rectal, que el paciente no puede expulsar de forma natural y que puede provocar un cuadro obstructivo. Suele darse con mayor frecuencia en ancianos o pacientes institucionalizados con alta dependencia. A veces se manifiestan con unas diarreas “por rebosamiento” que pueden indicarnos la presencia de un elemento obstructivo en el recto o el colon. En estos casos se intenta la evacuación del fecaloma con la ayuda de lubricantes y enemas, aunque en ocasiones es necesaria la extracción manual del mismo.
- Rectorragia: es la presencia de sangre fresca en las heces, sangre del tracto inferior del intestino y que generalmente procede del plexo hemorroidal. A veces puede ser síntoma de presencia de tumoraciones o procesos inflamatorios del colon, por lo que, si persiste en el tiempo, es primordial su control y valoración por parte del médico.
- Melenas: es la presencia de sangre digerida procedente del tracto superior del intestino y que presenta un aspecto característico: heces negras, brillantes, especialmente malolientes, y pegajosas en el recipiente que se recogen. Es un signo claro de hemorragia intestinal, y por

tanto debe tratarse con celeridad, acudiendo al médico lo antes posible.

Higiene y recomendaciones en la eliminación intestinal

Se tomarán las mismas medias higiénicas y de prevención que se observaban en *el apartado Higiene y recomendaciones en la eliminación urinaria* este mismo capítulo, haciendo hincapié como decíamos, en un correcto lavado, secado y protección de la piel irritada con cremas barrera.

Además, se recomiendan hábitos de vida saludable con ejercicio ligero diario en la medida de lo posible, y una dieta rica en fibra vegetal y líquidos para evitar el estreñimiento y la impactación fecal.

LA OSTOMIA: CUIDADOS GENERALES

La ostomía es una intervención quirúrgica en la que se pone en contacto una víscera con el exterior a través de una ventana abierta por la pared abdominal, que se llama estoma.

También conocida como “ano contra-natura”, es una técnica que se practica cuando el tránsito intestinal está gravemente comprometido, y es necesario buscar una alternativa para la descarga de heces.

Las heces son recogidas en colectores especialmente diseñados, que son pegados alrededor del estoma con un adhesivo y que cada cierto tiempo precisan ser cambiados o vaciados en

caso de que tengan válvulas para ello.

Estas heces suelen ser, por su composición, especialmente irritantes para la piel periestomal, que debe ser tratado con especial atención, existiendo en el mercado crema específicas para la dermatitis, la maceración de la piel, y la fistulización.

Para el cambio del colector de heces e higiene del estoma, primero retiramos con cuidado la bolsa por la zona adhesiva, quitando las posibles adherencias que el adhesivo haya podido dejar. A continuación lavamos con una gasa empapada en suero la piel periestomal, secando correctamente la zona. Aplicamos a continuación la crema que fuese necesaria para cada caso, y finalmente colocamos la nueva bolsa intentando dejar el estoma en una zona central, lo más alejado posible del borde plástico.

En caso de complicaciones como presencia de moco, sangre, inflamación, eventración (protusión o salida al exterior del estoma), o dolor, es recomendable acudir inmediatamente al médico para una valoración completa.

ENLACES DE INTERÉS

BOLONCOL: Boletín Oncológico del Área Sanitaria de Teruel. Cuidados pacientes ostomizados
www.boloncol.com/boletin-7/enfermeria-oncologica-cuidados-del-paciente-ostomizado.html

PUNTOS IMPORTANTES

- La composición de la orina y las heces es altamente irritante para la piel. Por ello es imprescindible mantener una vigilancia regular de las zonas expuestas en pacientes incontinentes totales o parciales.
- La piel expuesta debe estar siempre seca y con aspecto saludable. En ese sentido, los signos de alerta serán: enrojecimiento, calor excesivo, exceso de humedad o de sequedad y presencia de heridas o flictenas (ampollas).
- En personas incontinentes el cambio de pañal se debe hacer antes de que éste quede totalmente saturado, para evitar el contacto de la orina/heces sobrante con la piel del enfermo.
- Las sondas de recolección de orina deben ser manipuladas con las medidas higiénicas imprescindibles para evitar infecciones; esto es, con una correcta higiene de manos y guantes estériles, procurando en nuestras maniobras evitar tirones y traumatismos.
- Los pacientes ostomizados precisan un cuidado especial de la piel cercana a la ostomía. Por los mismos motivos expuestos anteriormente, se evitará la saturación de la bolsa recolectora ya que provoca el contacto directo de heces con la piel. Este contacto es altamente irritante para el enfermo.
- En caso de dudas en la manipulación de sondas vesicales o de higiene y manejo de bolsas para ostomías, consulte con el personal de Enfermería de su centro de salud.



14. Sueño

María Teresa Calleja Ávila
Enfermera. Hospital Reina Sofía

Rosa Lía Escalona Prieto
Enfermera. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Juan Alberto Puyana Domínguez
Enfermero. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

|

¿Por qué necesitamos dormir?

La vida de cualquier persona se desarrolla entre periodos de actividad y periodos de descanso y sueño. Las personas dedicamos más de un tercio de nuestra vida a dormir convirtiéndose en un pilar imprescindible para la vida humana. Dormir nos va a ayudar a que nuestro organismo se recupere del cansancio físico y mental provocado por la actividad realizada mientras estamos despiertos.

¿Cuánto deberíamos dormir?

La necesidad de sueño va a variar de unas personas a otras dependiendo de su edad, de su estado de salud, el estado emocional y otros factores. El tiempo de sueño ideal va a ser aquel que nos permita realizar nuestra vida diaria con total normalidad, sin presentar somnolencia, cansancio o fatiga.

¿Qué es el sueño?

Podemos definir el sueño como “la suspensión periódica natural de la consciencia durante la cual se va a recuperar el organismo”.

Cuando una persona duerme se suceden una serie de etapas que aparecen en el sueño de todos los individuos.

El sueño normal se estructura en varias fases:

- Sueño REM: Se caracteriza por ser muy profundo pero activo. Es la etapa en la que soñamos.

- Sueño NREM: Este sueño se divide a su vez en cuatro fases.

- Fase 1: que sería el paso de la vigilia al sueño.

- Fase 2: que ocupa la mayor parte del sueño ligero.

- Fases 3 y 4: que son donde tenemos un sueño más profundo y donde vamos a tener la sensación de recuperación y descanso.

Durante el sueño se van a producir cambios en nuestro organismo, produciéndose una relajación de los músculos y van a disminuir la tensión arterial, el ritmo del corazón, la respiración e incluso la temperatura corporal.

¿Cambia el sueño con la edad? La edad va a influir en el sueño de tal forma que en las personas mayores disminuye la duración del sueño profundo, aumentando el tiempo de sueño ligero. Esto puede influir en que nuestros mayores se despierten más por la noche, permanezcan más tiempo en la cama, tarden más en dormirse, se despierten antes, que durante el día den más cabezadas, etc.

¿Cuáles son los problemas o trastornos del sueño más comunes?

Son varios los trastornos o alteraciones del sueño. Quizás entre los más comunes o conocidos están el insomnio, narcolepsia, la apnea del sueño, pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo, etc, siendo sin duda alguna el insomnio el problema más frecuente.

El Polimedicado 2.0

b. Factores que influyen en el sueño:

En nuestro sueño van a influir diferentes factores que van a incidir en su calidad y en su cantidad:

- La edad: a medida que se cumplen años disminuyen las necesidades de sueño, variando desde las 16-17 horas que duerme un recién nacido hasta las 7-8 que duerme de media un adulto normal. El número de horas ideal sería aquel que nos permita estar bien durante el día.
- El estilo de vida: una vida sedentaria, sin actividad física regular, puede afectar negativamente a nuestro sueño.
- La alimentación: una alimentación tanto por exceso como por defecto pueden afectar a nuestro sueño.
- Las enfermedades: son varios los problemas de salud que pueden dificultar el sueño e incluso impedirlo. Sobre todo problemas respiratorios, incontinencia urinaria, trastornos endocrinos, heridas crónicas, y cualquier proceso patológico que curse con dolor.
- Los medicamentos: existen fármacos que pueden afectar a nuestro sueño, por ello debemos tomar exclusivamente los medicamentos prescritos por nuestro médico, evitando tomarlos por nuestra propia decisión.
- La ingesta de excitantes (café, té...) así como el consumo de tabaco y/o alcohol, como veremos más adelante en el apartado 3.a ("Higiene del sueño"), son factores que influyen negativamente en el sueño.
- El entorno: va a depender del ambiente al que cada uno este acostumbrado, pero normalmente uno ruidoso, o con temperatura inadecuada, o excesivamente luminoso, o un colchón inadecuado, incluso el hecho de compartir la habitación..., son factores que pueden influir en nuestro sueño.
- Problemas emocionales: el estrés, la ansiedad, la depresión, una preocupación excesiva..., van a convertirse en verdaderos obstáculos para la persona que quiera dormir.

EL INSOMNIO

El insomnio se define como "el trastorno de la cantidad y la calidad del sueño que va a afectar a la vida durante el día".

Clasificación del Insomnio:

Según su origen:

- Primario: no está relacionado con ninguna otra enfermedad.
- Secundario: está asociado a otra causa (una enfermedad, que puede ser física o mental, consumo

de fármacos u otras sustancias, problemas emocionales, familiares, ambientales...)

Según su duración:

- Transitorio: tiene una duración menor de una semana, no ha ocurrido anteriormente y no va a afectar la vida durante el día.
- De corta duración: tiene una duración menor a cuatro semanas y puede verse afectada la vida durante el día con malestar, cansancio, irritabilidad...
- De larga duración o crónico: tiene una duración superior a cuatro semanas, afectándose mucho la vida durante el día.

Según el momento de la noche en que se produzca:

- De conciliación: dificultad para coger el sueño.
- De conservación o mantenimiento: hay problemas para mantener el sueño a lo largo de la noche, despertándose varias veces y teniendo problemas para volver a dormirse.
- Despertar precoz: cuando la persona se despierta unas dos horas antes de lo previsto y no puede volver a dormirse.

Valoración y diagnóstico del insomnio:

Para poder realizar un diagnóstico adecuado, se disponen de varias herramientas que nos permiten recoger toda la información necesaria.

- Historia clínica: se van a realizar preguntas para obtener datos sobre su estado de salud, enfermedades que padezca, medicación que esté tomando, así como datos sobre su situación emocional, familiar, social...
- Historia del sueño: se intentará obtener información acerca de las características de su sueño, cuánto duerme, si el insomnio va acompañado de otros síntomas, si hay antecedentes familiares, si está excesivamente preocupado...
- Diario del sueño: donde vamos a registrar durante un tiempo determinado, a qué hora se acuesta y se levanta, cuántas horas duerme, cuántas veces se despierta durante la noche, cuánto tiempo duerme de siesta...
- Exámenes médicos: necesarios para descartar que sus síntomas estén relacionados con otro problema de salud.

MEDIDAS PARA PREVENIR Y TRATAR EL INSOMNIO Y OTRAS ALTERACIONES DEL SUEÑO:

El tratamiento para el insomnio debe ser individualizado y adaptado a cada persona, para lo que es necesario haber realizado un diagnóstico adecuado y haber tratado de forma específica la causa que lo provoca, en el caso de que sea conocida.

En el caso de que no exista una causa conocida se prescribirá un tratamiento específico para el insomnio. Este tratamiento puede ser NO farmacológico o

El Polimedicado 2.0

farmacológico (con pastillas).

Antes de comenzar con el tratamiento farmacológico sería recomendable aplicar una serie de medidas no farmacológicas que nos pueden ayudar a combatirlo e incluso prevenirlo, evitando así el consumo de “una pastilla más”.

Tratamiento NO farmacológico:

- Higiene del sueño:
- Fumar y tomar bebidas alcohólicas, no solo afecta negativamente a nuestra salud, sino que también afecta a nuestro sueño de forma negativa. El alcohol, por ejemplo, va a provocar que nos durmamos rápido, sin embargo va a afectar al sueño profundo provocándonos pesadillas.
- Es recomendable cenar aproximadamente dos o tres horas antes de acostarse, evitando alimentos pesados y bebidas excitantes como el té o el café. Acostarse sin cenar también puede dificultar el sueño. Por todos es conocido el beneficio para dormir del vaso de leche tibia antes de acostarse.
- Si usted toma algún diurético, sería mejor tomarlos en el desayuno, evitando así despertarse por la noche para orinar.
- Practicar una actividad física regular adaptada a la edad, condición física y estado de salud de cada persona. Lo idóneo sería entre 30-60 minutos diarios, tomando la luz del sol y al menos tres horas antes de irse a dormir.
- Evitar la siesta y las cabezadas durante el día. En caso necesario la siesta sería después de comer y no debería superar los 30 minutos de duración.
- Sería conveniente mantener unos horarios fijos para levantarse y acostarse, incluso los fines de semana.
- Usar la habitación para dormir y descansar, evitando realizar otras actividades en la cama como ver la televisión, usar el ordenador ...
- Mantener la habitación confortable. Debemos conseguir un espacio confortable, silencioso, bien ventilado, con una adecuada temperatura y sin mucha luz exterior.
- En la medida de lo posible usar ropa de cama cómoda, que sea suave, limpia y seca, así como un pijama cómodo. Un colchón y una almohada adecuados según los gustos y necesidades de cada persona.
- Si tras 15-20 minutos en la cama, no se consigue dormir, se recomienda salir de la cama, relajarse y volver a la cama cuando se tenga sueño.
- Intervenciones terapéuticas y psicológicas: pueden realizarse en grupo o de forma individual, y van a estar orientadas a ayudarnos a cambiar nuestros pensamientos y nuestro estilo de vida ante el problema del insomnio y sus consecuencias. Nos ayuda a reducir la ansiedad, la depresión y a saber manejar situaciones de estrés, pudiendo ser todo esto, causa del insomnio.

Tratamiento farmacológico:

- Para tratar el insomnio, los hipnóticos son los medicamentos más usados (lorazepan, diazepan, tetrazepan, zolpidem...) Aunque nos parezca la solución más fácil, sólo deben usarse en aquellos casos en los que no se solucione el problema tras poner en práctica el tratamiento NO farmacológico, y además se deben tomar durante el menor tiempo posible y bajo supervisión profesional, acudiendo al médico de cabecera que le indicará qué fármaco es el más adecuado para usted, cuánto tiempo debe tomarlo y qué efectos secundarios pueden aparecer durante el tratamiento.
- Realizar actividades relajantes como darse un baño de agua caliente, masajes, cambios posturales, leer, pasear, etc.
- Eliminar siestas prolongadas y cabezadas por el día.
- Expresar emociones negativas: desahogarse ayuda a dormir mejor, mostrar seguridad y afectividad
- No automedicarse
- Buscar ayuda profesional cuando todas las medidas anteriores han fracasado.

RECOMENDACIONES PARA CONSEGUIR UN DESCANSO SALUDABLE:

- Habitación bien ventilada con una luz adecuada, aprovechando la luz natural que nos permita percibir si es de día, tarde o noche.
- Por la noche se recomienda luz tenue y lámparas en los enchufes, manteniendo un entorno silencioso
- Levantarse y acostarse todo los días a la misma hora "RUTINA PREESTABLECIDA"
- No irse a la cama recién cenado; evitar las comidas pesadas en la cena pero teniendo en cuenta que tampoco es recomendable acostarse con hambre.
- Evitar todo tipo de excitantes, café o te, siempre o como mínimo tres horas antes de irse a la cama, sobre

PUNTOS IMPORTANTES

- El sueño es imprescindible para recuperarse del agotamiento físico y mental provocado mientras estamos despiertos, convirtiéndose en una necesidad de importancia similar a otra necesidad biológica (comer, beber...)
 - Para mantener una vida saludable es necesario un sueño de calidad.
 - Cada persona va a tener su propia necesidad de sueño. Aunque la media habitual sea de 7-8 horas, habrá personas que necesitaran dormir más y otra personas menos y no por ello van a padecer ningún problema.
 - El dormir no es una actividad uniforme, es decir, el sueño se divide en una serie de fases con distintos grados de profundidad.
 - La necesidad de sueño va a disminuir a medida que nos hacemos mayores.
- Los trastornos del sueño son un problema muy habitual entre la población en general, siendo el insomnio el problema más común.
 - Para tratar de forma adecuada el insomnio y en general cualquier alteración del sueño es necesaria una valoración y un diagnóstico adecuado realizado por un profesional.
 - La higiene del sueño constituye una serie de medidas que son bastantes útiles para la prevención y tratamiento del insomnio.
 - En caso de necesitar medicamentos para tratar su problema del sueño, debe acudir a su médico de cabecera que decidirá cuál es el tratamiento más adecuado para usted y nunca deberá tomar medicamentos por su propia iniciativa.

ENLACES DE INTERÉS

ASENARCO. Asociación Española de Enfermos del sueño www.asenarco.es

IIS Instituto de Investigación del Sueño www.iis.es

APNESUE Asociación de Pacientes con Apnea del Sueño en España apneas-apneas.blogspot.com.es/

SEMODS Sociedad Española de Medicina Oral del Sueño www.semods.es



15. Respiración y Terapia Respiratoria

Rocío Mena Rosado

Enfermera. UGC Bloque Quirúrgico.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Armando Falces Sierra

FEA Neumología. UGC Patologías Médicas.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Dulce Guerra Estévez

Farmacia Hospitalaria.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

|

Capítulo 15: Respiración y terapia respiratoria

La oxigenoterapia es una técnica terapéutica utilizada en pacientes con insuficiencia respiratoria, tanto aguda como crónica, basada en la administración de oxígeno a concentraciones mayores que las que se encuentran en el aire ambiente. El oxígeno permite conseguir una adecuada oxigenación tisular en estos pacientes, aumentando su supervivencia, mejorando la tolerancia al ejercicio y retrasando su deterioro.

El uso de la oxigenoterapia en la insuficiencia respiratoria aguda comenzó a principios del siglo XX. En los años ochenta fueron publicados dos trabajos, el "Nocturnal oxygen Therapy Trial" (NOTT) y el Medical Research Council (MRC), en los que se establecieron los pilares de la oxigenoterapia crónica domiciliaria. En estos estudios se demostró que el uso de la oxigenoterapia en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con insuficiencia respiratoria crónica aumenta la supervivencia.

El oxígeno es un fármaco de diagnóstico hospitalario, por lo que siempre va a estar indicado y prescrito por un médico especialista. La Orden Ministerial de 3 de marzo de 1999 para la regulación de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio en el Sistema Nacional de Salud establece el uso de este tipo de tratamiento en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica en situación de estabilidad, aunque sólo existe evidencia científica de que aumente la supervivencia en pacientes con EPOC e hipoxemia grave (grado recomendación A), extrapolándose su uso a otras enfermedades con hipoxemia crónica a pesar de los escasos

estudios y resultados poco claros (grado recomendación D).

Los beneficios obtenidos con la OCD son la mejoría de las alteraciones hemodinámicas, hematológicas y neuropsíquicas secundarias a la hipoxemia crónica. Además mejora la calidad de vida relacionada con la salud y disminuye el número de agudizaciones y hospitalizaciones. Todo ello confluye en la disminución de la mortalidad de los pacientes.

No obstante, la OCD también presenta riesgos. El más importante de ellos es el desarrollo de hipercapnia (aumento de la presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial). Otros riesgos, aunque de menor importancia son la congestión nasal, irritación de la mucosa nasal y epistaxis, así como el riesgo de explosión, combustión o congelación en su manipulación. Por esto último hay que insistir en mantener los equipos alejados de fuentes caloríficas, sobre todo de cigarrillos.

Indicaciones de la oxigenoterapia

En la actualidad la OCD se usa en varias patologías y circunstancias aunque sólo se ha comprobado su beneficio en pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria crónica. Antes de recibir este tipo de terapia, el paciente debe estar en situación de estabilidad, tener el tratamiento médico optimizado y haber abandonado el hábito tabáquico. Para sentar la indicación de oxigenoterapia es necesario confirmar en dos ocasiones (con el intervalo de 1 mes) la presencia de hipoxemia por gasometría. Ésto combinado con otras circunstancias clínicas es-

El Polimedicado 2.0

tablecen los criterios de indicación de OCD (ver Tabla 1).

Además de estas indicaciones perfectamente establecidas existen otras no tan bien definidas pero de las que cada vez existen más datos sobre el beneficio que el uso de la OCD tiene en ellas. Algunas son:

- Enfermedades con hipoxemia grave tales como neumopatías intersticiales (fibrosis pulmonar), fibrosis quística, alteraciones de caja torácica, otras enfermedades obstructivas (bronquiectasias), insuficiencia cardíaca.
- Hipertensión pulmonar, ya que mejora el gasto cardíaco y disminuye las resistencias pulmonares.

- Desaturaciones nocturnas de oxígeno con saturación de oxígeno menor del 88% al menos el 30% de la noche.
- Desaturaciones de oxígeno al esfuerzo, cuando a pesar de no tener indicaciones de OCD presentan intensas desaturaciones con el ejercicio, siempre que se compruebe su corrección con la oxigenoterapia.
- Posthospitalización: en pacientes con EPOC que en los que se inicia la oxigenoterapia durante su ingreso por agudización. Se debe revisar el tratamiento a los 2 ó 3 meses porque en un porcentaje de ellos se podría retirar en este tiempo.

Tras establecer la indicación de oxigenoterapia se ha de seleccionar la fuente de oxígeno y la forma de administración, junto al flujo necesario para corregir la hi-

Tabla 1. Criterios de Indicación de oxigenoterapia crónica domiciliaria

1. EPOC con

- PaO₂ <55mmHg (SO₂ < 88%)
- PO₂ entre 55 – 60 mm Hg junto con hipertensión pulmonar, cor pulmonale, poliglobulia (HCT > 55%), insuficiencia cardíaca o alteraciones ritmo cardíaco.

2. Neumopatías intersticiales, fibrosis quística, bronquiectasias, insuficiencia cardíaca, cefalea Horton, tratamiento paliativo enfermos terminales

3. Hipertensión pulmonar

4. Desaturaciones nocturnas con Sat. O₂ < 88 % el 30% del sueño

5. Desaturaciones al esfuerzo

6. Posthospitalización

Capítulo 15: Respiración y terapia respiratoria

poxemia. El flujo habrá de ser suficiente para conseguir una PaO₂ de 60 mm Hg (SaO₂ del 92%) durante al menos 15 horas diarias incluyendo la noche. Si se reduce el tiempo de uso no se conseguirán los objetivos de la OCD. Cuando se tenga que ajustar el oxígeno al esfuerzo deberá hacerse con un test de la marcha, que consiste en caminar 6 minutos para comprobar la desaturación.

SISTEMAS DE OXIGENOTERAPIA

Fuentes de oxígeno.

a) Cilindro de alta presión: Mantiene el oxígeno comprimido y precisa de un manorreductor y caudalímetro para regular su flujo. Suministra oxígeno puro, aumentando la concentración del aire ambiente al mezclarse con él. Son silenciosos aunque muy pesados (lo que impide su movilización) y precisan un recambio frecuente (cada 3 - 5 días).

b) Oxígeno líquido. Se utiliza por su capacidad de contener gran cantidad del gas en pequeño espacio. Consta de 2 recipientes:

- Tanque nodriza: Almacena oxígeno líquido a temperatura muy baja ya que de esta forma se puede acumular mayor cantidad en menos volumen (1 litro de oxígeno líquido libera al vaporizarse 850 litros de oxígeno gaseoso). Tiene capacidad para 5 - 7 días.
- Recipiente portátil o mochila: Se recarga directamente del tanque nodriza y tiene una autonomía mínima de 3 horas.

La liberación del oxígeno es silenciosa. Sus mayores inconvenientes son el alto coste, la necesidad de ser recargado cada 5- 7 días y la pérdida del contenido por evaporación si no se utiliza.

c) Concentrador de oxígeno: Se basa en un compresor eléctrico que aumenta la concentración de oxígeno del aire haciéndolo pasar por unos filtros moleculares. Es el sistema más extendido en la actualidad ya que es económico, permite movilidad en el domicilio y solo precisa revisiones periódicas (cada 2- 3 meses). La pérdida de eficacia a flujos altos (>4L/min), la dependencia del fluido eléctrico, el aumento del gasto energético en el domicilio y el ruido son sus principales inconvenientes.

d) Concentradores portátiles: Su funcionamiento es similar al de los concentradores domiciliarios pero por su menor tamaño y peso pueden usarse de forma portátil porque pueden funcionar con baterías recargables. Al igual que los anteriores, pierden eficacia a flujos altos. Cada vez se usan más, sustituyendo al oxígeno líquido e incluso a los concentradores domiciliarios.

Sistemas de administración al paciente

a) Gafas nasales: Es el dispositivo más utilizado en la OCD. Se aplican directamente a la entrada de las fosas nasales.

b) Mascarillas oronasales: Se utilizan habitualmente en pacientes hospitalizados pero se pueden usar en el domicilio en los pacientes con tendencia a hipoventilación o traqueostomizados. Se basan en el



Cilindro de Alta Presión



Concentrador



Concentrador portátil



Oxígeno Líquido

efecto Venturi proporcionando concentraciones variables de oxígeno al girar el dosificador del sistema.

c) Sistemas ahorradores de oxígeno: Son utilizados en los pacientes con sistemas portátiles para aumentar la autonomía o en hipoxemias graves. Los más utilizados son:

- Cánulas con reservorio: Aumentan la fracción inspiratoria de oxígeno al inicio de la inspiración al acumular parte del oxígeno expulsado al inicio de la espiración.

- Sistemas a demanda: Detectan el inicio de la inspiración por un sensor de flujo administrando oxígeno solo en la inspiración.

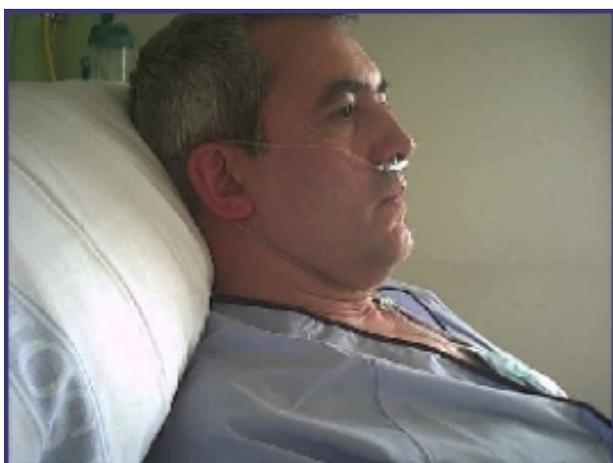
d) Humidificadores: Hasta hace unos años su uso era habitual con la OCD. Actualmente está demostrado que su uso no es necesario con flujos inferiores a 4 l/min y que aumentan el riesgo de colonización bacteriana.

Todos los sistemas de administración de oxigenoterapia (incluyendo humidificador si se usa) deberán limpiarse semanal-

Capítulo 15: Respiración y terapia respiratoria

mente con agua y lavavajillas.

Una vez establecida la indicación de oxigenoterapia crónica las empresas prestarias de las terapias respiratorias instalarán en el domicilio del paciente los equipos correspondientes. Se adiestrará al paciente y a los familiares en el uso, manipulación, higiene y limpieza de éstos, con el objetivo de optimizar el cumplimiento de la oxigenoterapia.



Gafas nasales



Mascarilla Venturi

Todos los equipos que sean instalados tienen que cumplir las normativas locales, autonómicas y estatales de seguridad para los aparatos eléctricos de uso médico y para el material fungible, además de llevar el marcado de conformidad europea CE.

Tras iniciar la oxigenoterapia habrá que hacer controles periódicos clínicos y gaseométricos o de saturación de oxígeno. Se recomienda reevaluación a los 3 meses de iniciado el tratamiento para comprobar el efecto de la OCD, la persistencia de la indicación y las posibles reacciones adversas. Además del control clínico se aconseja la creación de una Comisión de Seguimiento para controlar la adecuada prescripción, el uso realizado por el paciente y el control de los servicios prestados por la empresa.

OTRAS TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

En las dos últimas décadas se ha producido un aumento significativo del uso de determinadas terapias respiratorias en el domicilio. Podemos destacar los sistemas de presión continua en la vía aérea (CPAP) y los ventiladores no invasivos de presión binivel (BIPAP). Este incremento se ha producido por el mayor conocimiento de las patologías subsidiarias de su uso, la alta prevalencia de algunas de ellas y los avances técnicos que han permitido reducir el tamaño de los sistemas aumentando y refinando sus prestaciones.

Las patologías en las que se indica su uso son el síndrome de apnea hipopnea del

El Polimedicado 2.0

sueño para la CPAP y las enfermedades con hipoventilación alveolar para la BIPAP. (Ver Tabla 2)

Tabla 2. Indicación de CPAP y BIPAP domiciliaria

1. CPAP

- Síndrome de apnea – hipopnea del sueño

2. BIPAP

- Alteraciones caja torácica: Cifoescoliosis, Fibrotórax, Obesidad, secuelas toracoplastia o neumotórax terapéuticos.
- Enfermedades musculares: Distrofias musculares, miastenia gravis, parálisis diafragmática
- Enfermedades neurológicas: S. hipoventilación primaria, S. Arnold Chiari, Mielomeningocele, siringomielia, esclerosis lateral amiotrófica, S. de Guillain Barre.

Ambos sistemas, con sus diferencias, consisten en un generador de presión que a través de una tubuladura y una interfase (mascarillas) se conectan con la vía aérea del paciente y crean en su interior un aumento de presión, que podrá ser forma continua (CPAP) o con un nivel inspiratorio (IPAP) y otro menor espiratorio (EPAP) en el caso de la BIPAP. Su uso será predominantemente durante las horas nocturnas. Las patologías subsidiarias de estas terapias son habitualmente de diagnóstico hospitalario dada su complejidad. La prescripción, titulación de presiones y ajuste de parámetros se realiza asimismo por los facultativos especialistas. Estos valores serán los que se mantendrán en los sistemas en el domicilio del paciente.

Al igual que con la oxigenoterapia una empresa suministradora será la que instalará los equipos en el domicilio y adiestrará al paciente en el uso de los mismos. El material fungible (tubuladuras) e interfases (mascarillas) será también facilitado por dicha empresa.

Los problemas de estas terapias se pueden relacionar con 3 aspectos:

- Relacionados con la máscara: Los más frecuentes son la pérdida de confort, eritema facial y rash acnei-forme. Se solucionan con la adecuada selección de la mascarilla, evitando la excesiva presión del arnés de sujeción y si es necesario con soluciones protectoras (Corpi-tol ®) o con apósitos hidrocoloides.

Capítulo 15: Respiración y terapia respiratoria

- Relacionados con la presión o flujo: Fugas aéreas, congestión nasal, sequedad de mucosas, irritación ocular o aerofagia. Se solucionan con el ajuste correcto de la máscara, corticoides tópicos nasales o simeticona para la aerofagia.
 - Complicaciones graves: son muy raras e incluyen la neumonía por aspiración, hipotensión o neumotórax.
- El éxito de estas terapias está condicionado a una adecuada indicación y sobre todo a la colaboración del paciente en la adaptación al dispositivo, ya que inicialmente en algunos casos puede ser laboriosa.

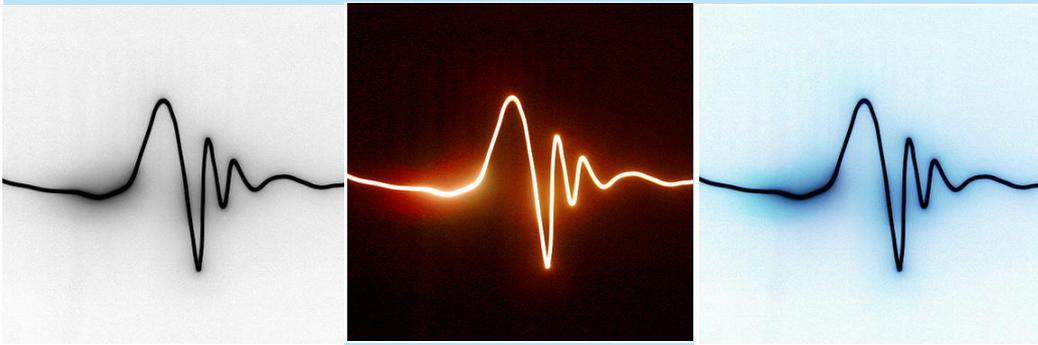
PUNTOS IMPORTANTES

- La indicación de la oxigenoterapia crónica domiciliaria se establece por unos criterios gasométricos en situaciones de estabilidad y no por síntomas o reagudización de la patología de base.
- Se establecerá el flujo preciso y se usará como mínimo unas 15 horas al día incluyendo la noche.
- La fuente de oxigenoterapia se seleccionará según la oxigenoterapia que precise el paciente junto con sus necesidades sociales y de movilidad.
- Los sistemas de administración de oxigenoterapia deberán limpiarse como mínimo una vez a la semana con agua y jabón.
- La empresa prestataria del servicio instalará los equipos en el domicilio, adiestrará al paciente en el uso de los mismos y deberá disponer de un servicio de información y asistencia de 24 h para atender dudas en el funcionamiento o averías.
- Tanto la CPAP como BIPAP requieren colaboración por parte del paciente para adaptación a la misma y conseguir sus efectos beneficiosos.
- Los parámetros de la CPAP y BIPAP serán prescritos por su médico y en ningún caso deberán ser modificados por el usuario para tratar de conseguir una mejor adaptación o solucionar problemas.
- Siempre que se note una anomalía en los equipos se deberá contactar con la empresa prestataria del servicio para que sean ellos los que los resuelvan o deriven a la consulta del médico. **ANunca** trate de hacer "adaptaciones caseras" ya que podrán causar un mal funcionamiento de los sistemas con riesgo de empeorar la patología.

ENLACES DE INTERÉS

SEPAR. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
- INFORMACION PARA PROFESIONALES
www.separ.es/biblioteca-1/Biblioteca-para-Profesionales/normativas

SEPAR. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
- INFORMACION PARA PACIENTES
www.separ.es/biblioteca-1/Biblioteca-para-todos



Bloque IV: Cuidados Avanzados



16. Riesgo de Caídas

Rocio Sánchez Martín

Enfermera. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

María Teresa Calleja Ávila

Enfermera. Hospital Reina Sofía

Rocío Mena Prieto

Enfermera. UGC Bloque Quirúrgico.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

|

Capítulo 16: Riesgo de caídas

Actualmente se ha desarrollado un aumento de las enfermedades crónicas degenerativas y del envejecimiento de la población debido a la transición epidemiológica y demográfica en los países desarrollados. Debido a esto se ha producido un incremento en las caídas en los ancianos sufriendo consecuencias tanto a nivel físico como a nivel psicológico. Estas caídas implican un problema sanitario y social de gran relevancia en nuestra sociedad con una elevada morbilidad y mortalidad sobre todo en ancianos.

La prevalencia de caídas en personas mayores sanas entre los 60 y 70 años varía entre 15 a 30 % aumentando en los mayores de 70.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) podemos definir una caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo contra su voluntad”.

Por otro lado el documento “Estrategia para la seguridad del paciente del sistema sanitario público andaluz (SSPA)” define caída como un “suceso imprevisto no intencionado que afecta a un paciente y/o acompañante donde uno acaba yaciendo en el suelo o en cualquier nivel más bajo desde el que se encontraba, de pié, sentado o estirado”. SSPA; 2009.

FACTORES DE RIESGO

Dentro de estos factores podemos destacar como más importantes:

- La edad superior 80 años
- La existencia de caídas previas

El resto podemos clasificarlos en:

Físicos:

- Problemas de salud agudos como infecciones de orina, neumonía...
- Problemas de visión y/o audición.
- Alteración del estado nutricional tanto por exceso, como por defecto (obesidad, desnutrición, deshidratación...)
- Mareos, síncope, hipotensión.
- Neuropatía periférica o pérdida de sensibilidad en miembros inferiores.
- Enfermedades crónicas como ACVA, Parkinson, demencia, artritis.
- Causas cardiovasculares: hipotensión postural, arritmias, fibrilación, infarto de miocardio.
- Tomar más de cinco fármacos (polimedicados). Además existen medicamentos que se asocian a un mayor riesgo de caídas (como sedantes, analgésicos, psicotropos, antihipertensores, vasodilatadores, diuréticos, antiparkinsonianos, anti-depresivos, supresores vestibulares y anticonvulsivos).
- Osteoporosis (baja densidad ósea).
- Osteomalacia (reducción del calcio óseo sin densidad ósea baja – por baja vitamina D).
- Dificultad o incapacidad para controlar los esfínteres.
- Consumo de alcohol

Psicológicos:

- Deterioro cognitivo.

El Polimedicado 2.0

- Depresión.
- Miedo a caerse, sobre todo si ha existido una caída anterior.
- Delirium.

Función Motora:

- Trastorno del equilibrio.
- Debilidad muscular.
- Marcha inestable.
- Actividad física reducida.
- Independencia funcional reducida.

Entorno:

- Riesgos en el domicilio: iluminación y mobiliario no adecuado, alfombras, suelo deslizante, escaleras peligrosas, baños sin barras de sujeción, mascotas, muebles y objetos desordenados.
- Riesgos fuera del domicilio: aceras estrechas y con obstáculos, suelos, acerado, jardines, plazas en mal estado, medios de transporte con difícil acceso, semáforos de corta duración.
- Calzado inadecuado.
- Ropa inadecuada
- Problemas de los pies.
- Comportamientos peligrosos.

PRINCIPALES COMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS DE UNA CAÍDA

Entre las principales complicaciones de una caída podemos destacar:

Físicas:

- Fracturas: es la principal lesión física, siendo la más frecuente la de ca-

dera, aunque también pueden producirse fracturas de fémur, humero, costillas, muñeca...

- Lesiones en tejidos blandos: heridas, golpes,...
- Lesiones del tejido nervioso
- Hematoma subdural
- Hospitalización: complicaciones debidas a la inmovilización y riesgo de enfermedades iatrogénicas.
- Discapacidad: limitación de la movilidad por una lesión física, o incluso restricción de la deambulación por temor a caerse de nuevo.
- Aumento del riesgo de úlceras por presión, trombosis, infecciones respiratorias, infecciones urinarias fundamentalmente por la inmovilidad.
- Muerte

Psicológicas:

Dentro de las consecuencias psicológicas la más importante es "el miedo a volver a caer" o también llamado Síndrome post-caída que puede derivar en:

- Aislamiento social y cambios en los hábitos de vida del anciano, por el miedo a salir del domicilio.
- Ansiedad y pérdida de confianza en sí mismo.
- Aumento de la necesidad de sus cuidados por la mayor dependencia del anciano para realizar las actividades de la vida diaria.
- Incremento de las necesidades de los recursos profesionales y sociosanitarios por las complicaciones agudas o las derivadas de la inmovilidad.

- Aislamiento social
- Institucionalización de los ancianos en casos extremos.

Sociales:

Generalmente tras una caída existe una tendencia por parte de la familia a proteger a la persona en exceso, provocándole en ocasiones episodios de ansiedad, angustia y estrés.

ESCALAS DE RIESGO DE CAÍDAS

Dentro de las principales escalas de riesgo de caídas podemos encontrar:

J.H.Downton 1993:

Valora el riesgo para reducir aquellos factores que pueden contribuir a las caídas. Es una escala de puntuación que incluye preguntas en relación a cinco aspectos considerando un riesgo alto cuando el resultado es mayor de 2. (Tabla 1)

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)

CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES/SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOTENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
DEFICIT SENSORIALES	NINGUNO	0
	VISUALES	1
	AUDITIVOS	1
	EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS..)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
PUNTAJE		0/14
ALTO RIESGO DE CAIDA		>2/14

Tabla 1. Escala de Riesgo de Caída de Downton

La escala de Downton actualmente se encuentra cuestionada por infradiagnóstico y presentar una dudosa interpretación en su traducción, por ello se están llevando a cabo investigaciones en la validación de la Escala de Valoración Stratify.

ESCALA DE RIESGO DE CAIDA DE MORSE
(uso hospitalario)

CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	25
COMORBILIDADES	NO	0
	SI	15
AYUDA PARA DEAMBULAR (marque solo una)	NINGUNA/REPOSO EN CAMA/ASISTENCIA	0
	BASTON/MULETA/CAMINADOR	15
	SE APOYA EN LOS MUEBLES	30
VENOCLISIS	NO	0
	SI	20
MARCHA	NORMAL/REPOSO EN CAMA/SILLA DE RUEDAS	0
	DEBIL	10
	LIMITADA	20
ESTADO MENTAL	RECONOCE SUS LIMITACIONES	0
	SOBRESTIMA U OLVIDA SUS LIMITACIONES	15
RIESGO	PUNTAJE	ACCION
BAJO	0 - 24	CUIDADOS BAJOS DE ENFERMERIA
MEDIO	25 - 50	IMPLEMENTACION DE PLAN DE PREVENCION
ALTO	> 50	IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ESPECIALES

Tabla 2. Escala de Riesgo de Caída de Morse

Morse

Esta escala tiene como objetivo la población hospitalizada. Se obtienen tres estratos de riesgo asignando un determinado nivel de cuidados según la puntuación obtenida. (tabla 2)

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Podemos encontrar evidencias que sugieren que los programas preventivos de

caídas más efectivos deben incluir:

- Una valoración sistemática del riesgo.
- Modificación del entorno y aplicación de medidas de seguridad.
- Educación sanitaria a pacientes y familiares.
- Formación específica a los profesionales.
- Intervenciones clínicas para identi-

ficar factores de riesgo, tales como el examen e identificación de la medicación

- Prescripción de dispositivos asistenciales apropiados para paliar los problemas físicos y sensoriales.
- Programas grupales comunitarios que puedan incorporar componentes como la educación para prevenir las caídas, ejercicios de tipo dinámico y fortalecimiento muscular.
- Aprender a caer y levantarse.
- Realizar una actividad física adecuada a cada persona que mejore la coordinación, el equilibrio y aumente la fuerza muscular.
- Utilizar bastón o andador ante la falta de equilibrio o inestabilidad.
- Cuidar la nutrición e hidratación, de forma que se obtenga todos los nutrientes básicos.
- Corregir los problemas de visión y audición, acudiendo previamente a consulta con un especialista.
- Garantizar la limpieza y secado de los suelos, así como su buen estado evitando la presencia de obstáculos. Además corregir el desorden en el hogar, proporcionar un mobiliario adecuado y dotar al domicilio de una iluminación correcta.
- Adaptar el hogar dentro de nuestras posibilidades a las necesidades de la persona, dotándolo de zonas amplias y medidas de agarre, sobre todo en baños, pasillos y escaleras.
- Usar un calzado adecuado, evitado tacones, así como vestir de forma cómoda evitando ropas que dificulten la movilidad.
- No consumir alcohol.
- Evitar lo máximo posible la polifarmacia y la automedicación. Tomar la medicación tal cual su médico le haya indicado.
- Tener un teléfono que puedan alcanzar con facilidad, con los números de emergencia y de más uso (familiares, servicios de emergencia, etc.).
- Valorar la utilidad de los servicios de teleasistencia.

PUNTOS IMPORTANTES

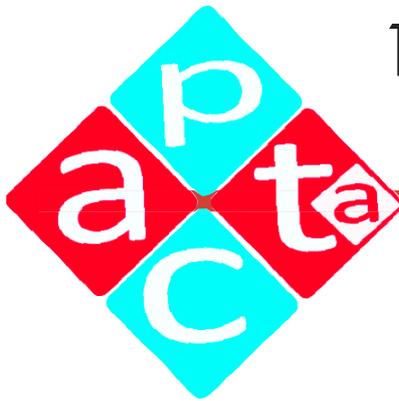
- Según todo lo que hemos analizado hasta ahora, es de vital importancia realizar una valoración exhaustiva del riesgo de una posible caída por parte de nuestros ancianos, que nos permita aplicar medidas que nos ayuden a prevenir que éstas se produzcan y causen en muchos casos un daño irremediable.

ENLACES DE INTERÉS

AECOS. Asociación Española contra la Osteoporosis. AECOS es una organización de ámbito nacional, creada en 1994 (antes AFHOEMO) declarada de utilidad pública en 2004, con la finalidad de promover el conocimiento, divulgación y comprensión de la osteoporosis y otras enfermedades metabólicas óseas, además de luchar por la mejora de las condiciones de vida del paciente y sus familiares. www.aecos.es

FHOEMO organización de ámbito nacional, creada en 1993 con la finalidad de promover el conocimiento y difusión de la fisiopatología, diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteoporosis y otras enfermedades metabólicas óseas, luchando así contra estas patologías y mejorando el tratamiento de las mismas. www.fhoemo.com

UNIVERSIDAD DE LOS PACIENTES. Fundació Josep Laporte. La Universidad de los Pacientes es una universidad específica y monográfica dedicada a pacientes, familiares, cuidadores, voluntarios y ciudadanos en general, interesados en temas de salud y sanidad. www.universidadpacientes.org



17. Manejo y Prevención de úlceras por presión

Rosa Rodríguez Cardoso

Enfermera. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Carlos Nuñez Ortiz

Enfermero. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Andoni Carrión Jiménez

Enfermero. UGC Especialidades Médica.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

|

Capítulo 17: Manejo y prevención de úlceras por presión

Las úlceras por presión (UPPs) son un importante problema de salud con graves consecuencias que afectan tanto a pacientes y familiares, como a los sistemas sanitarios y sus profesionales, con importantes consecuencias:

- Aumentan el sufrimiento de quién las padece y su familiar ya que reducen la calidad de vida y prolongan la estancia de los pacientes en hospitales.
- Incrementan los costes asociados a la asistencia sanitaria ya que aumentan la frecuentación y el coste de los procesos.
- Tienen una incidencia negativa en la calidad asistencial ya que son el resultado de un déficit de la asistencia sanitaria.

Por todo esto, la prevención se convierte en la pieza clave, y en caso de aparición, es importante tratarlas cuanto antes con medidas eficaces.

¿QUÉ ES UNA ÚLCERA POR PRESIÓN?

Comúnmente conocidas como escaras o llagas, las úlceras por presión (UPPs) son lesiones que se originan cuando existe una presión (directa o indirecta) continua y mantenida en el tiempo sobre un plano duro, cursando con una degeneración rápida de los tejidos (y no sólo de la piel) por una disminución del aporte de oxígeno en la zona afectada (la presión provoca un deficiente riego sanguíneo).

Las UPPs aparecen en zonas con escaso tejido subcutáneo o donde existen prominencias óseas en contacto con el col-

chón o con cualquier superficie dura (silla, sillón, etc.).

En la figura 1 se pueden observar las localizaciones más frecuentes donde aparecen las UPPs.

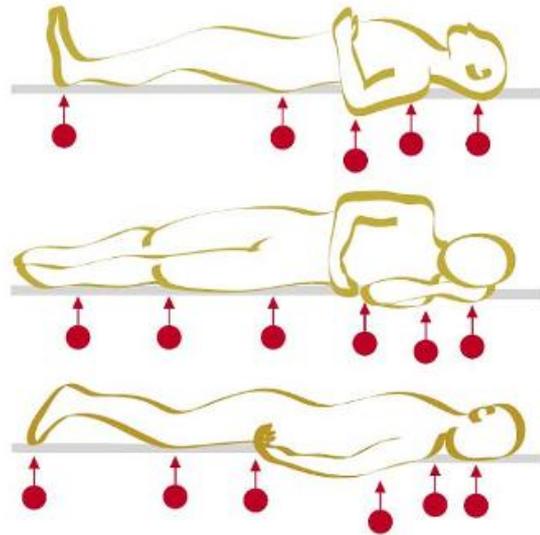


Figura 1. Localización de UPPs

¿CÓMO RECONOCER AL PACIENTE DE RIESGO?

La valoración del riesgo que tiene un paciente para desarrollar UPPs es un aspecto clave en la prevención ya que la detección de este riesgo dará la voz de alarma que permitirá la aplicación precoz de medidas para evitar la aparición de la lesión.

Todas las personas que requieren un ingreso hospitalario deben ser consideradas "en riesgo" hasta ser valoradas adecuadamente. Mientras, se deben reconocer aquellos factores que predisponen a la aparición de las mismas y que nos pondrán en alerta:

El Polimedicado 2.0

- Factores intrínsecos: Edad extrema, alteraciones respiratorias y/o circulatorias, trastornos inmunológicos, desnutrición, deficiencias sensoriales y motoras, incontinencia urinaria y/o fecal, alteración del estado de conciencia.
- Factores extrínsecos: Humedad, inmovilidad, tratamientos con inmunosupresores, perfumes o lociones que contengan alcohol, superficies de apoyo, masajes en la piel que cubre prominencias óseas, presencia de sonda vesical y/o nasogástrica, férulas y yesos.

Para valorar el riesgo de aparición de UPPs existen numerosas escalas (instrumentos que contienen una serie de características que queremos valorar)

siendo la Escala de Braden (Figura 2) una de las más fáciles de usar y de mayor valor predictivo para valorar el riesgo.

Se trata de un cuestionario que consta de 6 apartados (percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición y roce/peligro de lesiones). Cada apartado se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el apartado "Fricción y deslizamiento" que puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación total oscila entre 6 y 23.

En esta escala a menor puntuación mayor riesgo, siendo considerados pacientes de alto riesgo de padecer una UPP, aquellos que obtengan una puntuación menor o igual a 12, con riesgo moderado, aquellos que obtienen una

RIESGO DE UPP	
BRADEN-BERGSTROM <13 = ALTO RIESGO	
BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RIESGO MODERADO	
BRADEN-BERGSTROM >14 = BAJO RIESGO	

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

Figura 2. Escala de Braden

Capítulo 17: Manejo y prevención de úlceras por presión

puntuación entre 13-14 puntos, y por último, de bajo riesgo aquellos cuya puntuación sea 15-16 (si el paciente tiene menos de 75 años) o una puntuación de 15-18 (si el paciente tiene 75 años o más).

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE DE RIESGO

Las úlceras son evitables en el 95% de los casos. El cuidado del paciente con riesgo de padecer UPPs debe basarse en una serie de medidas, que aplicaremos a todo paciente que pueda denominarse como "paciente de riesgo" tras haber realizado una valoración completa.

Las medidas preventivas deben basarse en tres pilares fundamentales:

Cuidados de la piel:

- Aprovechar el momento del aseo diario para revisar el estado de la piel, buscando rozaduras, heridas, ampollas o enrojecimientos. Si se detectan, debemos proteger la zona, y consultar con el personal sanitario de referencia.
- Lavar la piel con agua tibia y secar sin frotar utilizando jabones neutros y no usar productos abrasivos como colonias, alcoholes y polvos de talco.
- Si se detectan zonas enrojecidas o irritadas, evitar siempre el apoyo de las mismas realizando cambios posturales y utilizando almohadas colocadas de forma que la zona afectada quede libre de presión.
- Es necesario mantener la piel limpia y seca en todo momento. En estas zonas enrojecidas debemos utilizar productos farmacéuticos como los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) que ayudan a proteger esta piel ya dañada; también podemos utilizar medidas locales que disminuyen la presión, taloneras de espuma preferiblemente.
- Realizar masajes muy suaves en las zonas de riesgo, siempre que no estén enrojecidas, con crema hidratante hasta su completa absorción.
- Mantener siempre limpia y seca la piel de los pliegues, especialmente en ingles, axilas, bajo el pecho femenino, zona perianal y perineal, así como los espacios interdigitales (entre los dedos).
- Realizar una limpieza rápida y exhaustiva de fugas de heces y orina por incontinencia para que evitar la irritación de la piel. Nos podemos ayudar de colectores y pañales o empapadores para evitar la humedad y proteger así la piel.
- Procurar que los dispositivos como sondas nasogástricas, mascarillas o gafas de oxígeno, sondas vesicales, no presionen sobre la piel, alternando su posición.
- Comprobaremos que la ropa no comprima ni presione el cuerpo. Los zapatos deben ser amplios y no apretar los pies.
- Utilizaremos sábanas de tejidos naturales como algodón o hilo. Nos aseguraremos de que están bien

El Polimedicado 2.0

estiradas y sin pliegues, limpias, secas y sin restos de alimentos.

Medidas dietéticas:

Un buen soporte nutricional puede evitar la aparición de úlceras. Es preciso mantener una dieta equilibrada que contenga el tipo de nutrientes necesarios capaces de asegurar el aporte de proteínas, vitaminas y minerales. Así mismo, es imprescindible un aporte hídrico suficiente ya que la piel hidratada tiene menos riesgo de lesionarse. Si con la dieta habitual del paciente no se cubren estas necesidades debemos recurrir a suplementos nutricionales para evitar situaciones carenciales. La malnutrición y un déficit de hidratación son factores que están positivamente correlacionados con la incidencia de las úlceras por presión.

Manejo de la Presión:

Para ello, emplearemos las superficies especiales de manejo de presión (SEMP), también llamados colchones y/o cojines antiescaras, que consiguen una reducción de la presión sobre los tejidos. También es necesaria la realización de cambios posturales.

a. Superficies especiales de manejo de presión

Están diseñadas específicamente para el manejo de la presión en pacientes que presentan úlceras por presión (UPP) o bien presentan riesgo de padecerlas, aunque no actúan sobre otros factores como pueden ser la fricción y el cizallamiento. Existen numerosos dispositivos

SEMP, y la utilización de uno u otro vendrá dado por el riesgo que presente el paciente.

Así para pacientes que presentan un riesgo bajo, se recomienda el uso de superficies estáticas, que son aquellas que reducen la presión al aumentar el área de contacto con la persona, mientras que para pacientes que presenten un riesgo medio o alto están indicadas las superficies dinámicas, que permiten variar de manera continuada los niveles de presión de las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo.

b. Cambios posturales:

Son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado y que ayudan a aliviar la presión continuada en los pacientes inmovilizados; también evitan la aparición de contracturas, deformidades, lesiones en la piel y tejidos subyacentes y favorece la comodidad y bienestar del paciente.

En la realización de los cambios posturales se debe tener en cuenta los siguientes puntos:

- Evitar apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones si las tuviera.
- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- Evitar el arrastre.

Capítulo 17: Manejo y prevención de úlceras por presión

- En decúbito lateral, no sobrepasar los 30°.
 - Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
 - No utilizar flotadores.
 - Favorecer las posiciones deseadas con la utilización de almohadas, cojines, sábanas o toallas enrolladas, cuñas-tope, soporte para los y otros accesorios.
- Se realizaran cada 2-3 horas si el paciente está en cama, cada hora si el paciente estas sentado, si el paciente puede hacerlo por sólo debemos estimularlos a moverse de un lado a otro, si es posible cada 15 minutos.

En la Figura 3 se muestran las posiciones en las que se debe colocar al paciente y como mantener su alineación corporal. Como podemos observar, se trata de ir realizando rotaciones de los puntos de apoyo de la persona inmobilizada, y de esta manera evitar la aparición de UPPs.

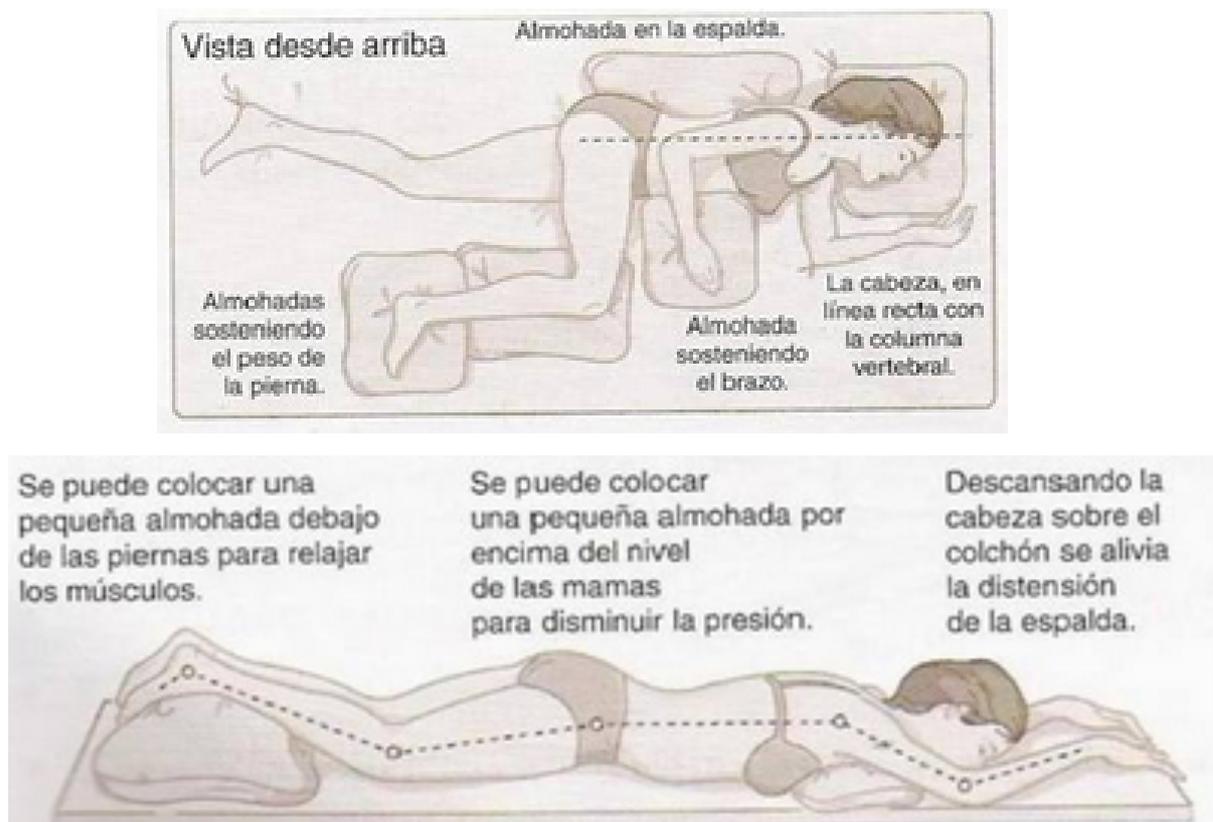


Figura 3. Alineación corporal
Fuente: ALIPSO. Fundamentos de Enfermería

Planificaremos los cambios posturales siguiendo un RITMO DE ROTACIÓN programado e individualizado. La figura 4 orienta sobre cuándo hemos de realizar el cambio y en qué orden.



Figura 4. Ritmo de Rotación
Fuente: Hospital Infanta Margarita

Por último, aunque los cuidados siempre deben ser personalizados, la figura 5 nos puede ayudar a decidir las medidas a tomar, en función del riesgo que presente el paciente tras ser valorado y con qué frecuencia.

Capítulo 17: Manejo y prevención de úlceras por presión

Figura 5. Cuidados básicos de las heridas según riesgo.

Fuente: CCUV: Centro de Cura de Úlceras Vasculares

ACTIVIDADES/RIESGO	BAJO	MODERADO	ALTO	OBSERVACIONES
Examen de piel	Diario	Diario	Diario	Agua tibia. Jabón Ph=5-5,5. No usar alcoholes, colonias
Higiene de piel	Diario/ AGHO 2 veces al día	Diario/ AGHO 2-3 veces al día	Diario/ AGHO 3 veces al día	Valorar individualmente el paciente y su confort. Evitar contacto directo de prominencias óseas y daños por fricción y cizalla. No sobrepasar los 30° en la inclinación del cambio postural.
Cambios posturales	c/4 horas	c/2-3 horas	c/2-3 horas	
Protección de talones	Talonera hidrocelular (noche)	Talonera hidrocelular	Talonera hidrocelular	
Superficies de apoyo	Estáticas	Dinámicas	Dinámicas	
Sedestación		Sobre cojín viscolástico. Duración: >4 horas	Sobre cojín dinámico. Duración: <2 horas	No usar borreguitos, ni superficies tipo flotador
Medición del riesgo	c/7 horas	c/7 horas	c/7 horas	Hipotensión prolongada

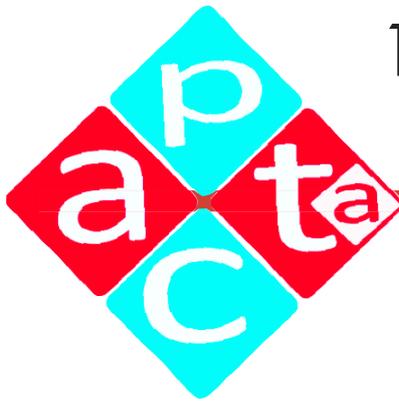
PUNTOS IMPORTANTES

- Todos los pacientes hospitalizados presentan riesgo de padecer UPPs y necesitan ser valorados, especialmente aquellos que tienen déficit de la movilidad.
- La Escala de Braden es la más fiable para predecir la aparición de UPPs.
- Tras detectar el riesgo, aplicar las medidas higiénicas oportunas, las protecciones locales, los cambios posturales junto con las superficies especiales del manejo de la presión acompañada de una dieta equilibrada y rica favorecen la prevención de la aparición de lesiones por presión.
- El 95% de las lesiones por presión son evitables.

ENLACES DE INTERÉS

GNEAUPP. Manuales para pacientes y usuarios
web: www.gneaupp.es/app/publicaciones/default.asp?id=5

CUIDADO DE LAS HERIDAS.
web: www.cuidadodelasheridas.com



18. Manejo y Prevención del dolor

Andoni Carrión Jiménez

Enfermero. UGC Especialidades Médica
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Diego Miragaya García

FEA Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Nuria Infante Chacón

Enfermera. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

|

Capítulo 18: Manejo y prevención del dolor

Al igual que la enfermedad, el dolor ha estado presente durante toda la historia de la humanidad enmarcándose, tanto su presencia como sus remedios, en una concepción mística de la dualidad salud-enfermedad.

A lo largo de los siglos, aquellos que se dedicaban a sanar, se han enfrentado al dolor con grandes dosis de superstición, y remedios naturales con de una efectividad muy variables. No es hasta el siglo XIX cuando se conoce su fisiología, y hasta el siglo XX, cuando se crea la anestesiología, la disciplina médica específica para su control, aunque todas las especialidades médicas y otras disciplinas también se enfrentan a él en su quehacer diario. Prueba de ello, es que además de aparecer en la clasificación médica CIE-10, aparece como diagnóstico enfermero en la clasificación NANDA.

Según la definición de la Wikipedia¹, el dolor es una experiencia sensorial y emocional (subjetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso central. Es una experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera. El dolor, por tanto, es la respuesta natural del organismo hacia un daño por la activación de unos sensores dispuestos a lo largo de nuestro cuerpo.

Podríamos considerar el dolor como la primera señal de alarma que nos indica que algo no funciona bien en nuestro interior.

La activación de los nociceptores (que es

como se denominan las terminaciones nerviosas del dolor) se puede producir ante un estímulo externo o interno, ante la presencia de una lesión, de una enfermedad o de cambios en los procesos químicos.

El dolor es el resultado de un proceso químico en nuestro organismo y tiene un elevado componente subjetivo por parte del individuo que lo padece, de ahí la gran variabilidad en cuanto a niveles de dolor tolerado o umbrales de dolor; un ejemplo de esto, son la denominada alodinia (en la que estímulos, que en condiciones normales no provocarían dolor, son interpretados como nocivos y generan dolor) y la hiperalgesia (donde estímulos normalmente nocivos, son percibidos provocando una respuesta exacerbada y muy dolorosa).

TIPIFICACIÓN DEL DOLOR:

Existen diferentes formas de clasificar el dolor según diferentes criterios fisiopatológicos y biomédicos, aunque la forma más fácil de clasificarlos es según su intensidad y duración en el tiempo. De esta manera nos encontramos con:

- Dolor Agudo: es aquel que se produce ante una lesión externa (a veces, también interna) de una intensidad moderada-alta y limitado en el tiempo.
- Dolor Crónico: es aquel que aparece a veces sin causa conocida (no necesita una lesión externa-interna), de una intensidad variable, que permanece en el tiempo (dura más de 6 meses) y suele ser com-

El Polimedicado 2.0

plejo de tratar. Es muy variable entre las personas. Está muy condicionado a la experiencia dolorosa (tolerancia al dolor e historia de dolor) y a factores psicológicos y sociales por lo que es preciso, para su control, un abordaje multidisciplinar y, a veces, polifarmacológico y con terapias coadyuvantes (no necesariamente farmacológicas).

Por este motivo, una de las primeras medidas para un correcto abordaje del dolor será su evaluación (en cuanto a intensidad) y la descripción de sus características.

Para su evaluación se suelen usar escalas de evaluación. Las más utilizadas son:

- Escala Visual Analógica (EVA) y sus versiones. Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de dolor. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad, y en el derecho, la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.
- Una alternativa a la Escala EVA es la Escala Numérica (EN) en la que se sustituye la regla por un conjunto de números de cero a diez, donde

cero es la ausencia de dolor y diez su mayor intensidad. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.

- Escala Categórica (EC) en la que se expresa la intensidad de los síntomas en categorías, lo que resulta mucho más simple. Se suele establecer una relación entre categorías y un equivalente numérico.
- Escala FACES de Wong-Baker³: Es una escala visual muy utilizada en niños. Se representan una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría modificándose sucesivamente hacia la tristeza hasta llegar al llanto. A cada cara se le asigna un valor numérico del 0 al 10 correspondiendo el 0 con no dolor y el 10 con máximo dolor imaginable.

Para aquellos pacientes que presentan deterioros cognitivos existen escalas específicas entre las que se encuentran la Escala Corbett, la Escala Scherder para dolor neuropático y dirigida a pacientes con demencia moderada y grave, y por último la Escala Somo Pain para pacientes adultos con deterioro cognitivo y demencias.

En niños, también se usan otras escalas subjetivas como la escala CHEOPS, diseñada para evaluar el dolor postoperatorio, o la escala FLACC, aplicable a niños de hasta 4 años o niños poco colaboradores con la escala FACES en la que se miden la expresión facial, la posibilidad de consuelo, el llanto, la actividad o la movilidad de las piernas.

Capítulo 18: Manejo y prevención del dolor

La descripción de sus características, suele ser evaluada por el profesional sanitario durante la entrevista clínica de una manera semi estructurada. Como norma general, el profesional sanitario le preguntará al paciente una serie de datos tales como:

- Tipo: Se definirá por el origen del dolor y será necesaria la valoración del profesional sanitario para correcta clasificación. En general, según su origen fisiológico, se divide en dos tipos: nociceptivo y neuropático. A su vez el dolor nociceptivo se divide en somático (estructuras corporales muy definidas con dolor muy delimitado) y visceral (órganos y estructuras internas con dolor más general y menos localizable). El dolor neuropático se debe a la irritación de las fibras nerviosas por alguna lesión.
- Intensidad: En general se clasifica en leve, moderado e intenso aunque también puede clasificarse según las escalas de valoración. Merece mención especial el dolor irruptivo que es una exacerbación transitoria de dolor agudo muy intenso que aparece en una persona con dolor crónico leve-moderado.
- Ubicación
- Duración
- Origen
- ¿Cómo se mejora? (atenuantes)
- ¿Cómo se empeora? (agravantes)
- Síntomas acompañantes
- Medicamentos prescritos y/o auto-

administrados y efectividad de los mismos

También se evalúan la forma en la que la presencia del dolor afecta a las Actividades de la Vida Diaria o a la vida familiar y social.

Si bien hemos comentado que esta entrevista suele ser una parte semiestructurada de la valoración clínica del dolor, también existen escalas de valoración que sirven para obtener todos estos datos. Las más habituales son el Cuestionario Breve del Dolor (CBD), el cuestionario de McGill (MSQ) y el Cuestionario Breve de Wisconsin (BPQ).

EL TRATAMIENTO DEL DOLOR:

Como hemos visto con anterioridad, el dolor tiene un importante componente subjetivo y el tratamiento más habitual para su control es el farmacológico, donde la denominada "Escalera Analgésica" de la Organización Mundial de la Salud, publicada en 1986 como una guía para el "Alivio del dolor en el Cáncer" es, desde entonces, la principal referencia. Aunque está diseñada principalmente para el dolor oncológico y terminal (en los que tiene una tasa de efectividad del 90% y 75% respectivamente), en la clínica diaria es utilizada como referencia para casi cualquier enfermedad que presente dolor entre sus síntomas.

El esquema básico de la escalera consiste en un sistema de 3 escalones ordenados en función del tipo y potencia de los analgésicos utilizados.

El Polimedicado 2.0

En el primer escalón se encuentran los analgésicos menores que son usados para el dolor leve y que se dividen en dos grupos: 1) los Antiinflamatorios No Esteroides (AINES) y derivados entre los que se encuentran Ibuprofeno, Diclofenaco, Ketorolaco o Acido Acetilsalicílico (Aspirina®) 2) otros analgésicos menores de uso común sin efectividad antiinflamatoria como el Paracetamol o el Metamizol.

En el segundo escalón, además de los fármacos incluidos en el primero, se encuentran los opioides (derivados de la morfina) débiles. Está orientado para el dolor moderado no controlado en el primer escalón.

El tercer escalón está orientado al dolor severo-grave y en él se incluyen los opioides fuertes además de los AINES del primer escalón. En este escalón, además de la vía oral (que es la vía de elección) se utilizan otras vías en función de las características del paciente como la vía subcutánea, la vía intravenosa y otras vías de administración más actuales.

En caso de dolor refractario (aquel dolor grave que no responde a los tratamientos del tercer escalón), existe un cuarto escalón de reciente introducción, donde se encuentran procedimientos, fármacos y vías de uso excepcional. Entre ellos están la vía espinal (administración en la médula espinal de fármacos), los anestésicos locales y locoregionales, algunas benzodiazepinas y neurolépticos (como el midazolam o el haloperidol) o los dispositivos portátiles para autoinfusión de analgesia.

En cualquiera de los tres escalones, se pueden usar fármacos coadyuvantes como son los antidepresivos, las benzodiazepinas o los antiepilépticos como la gabapentina (muy efectiva en el tratamiento del dolor neuropático).

Pese a la extensión en el uso de la escalera analgésica de la OMS, hay muchos especialistas que defienden la idea de que esta metodología no tiene en cuenta los componentes subjetivos y psicosociales del dolor. Éstos promulgan una nueva escalera que incluye, además de los tratamientos farmacológicos comentados, la inclusión de otras terapias. De esta forma, se establecería una nueva escalera, de tal forma que en el primer nivel nos encontraríamos, además de los AINES, los programas de fisioterapia, la modificación cognitiva y del comportamiento y la terapia psicológica (Biofeedback); en el segundo nivel, se encontrarían los opioides sistémicos (menores y mayores) en todas sus formas de administración y las terapias con bloqueos nerviosos; y en el tercer nivel, la neuroestimulación, la neuroablación, los infusores analgésicos (analgesia controlada y autoadministrada por el paciente) y la neurocirugía.

Otros especialistas defienden que la Escalera Analgésica de la OMS no se adapta bien a la realidad de algunos tipos de dolor agudo, generalmente de intensidad moderada o grave, como el dolor postoperatorio. De ahí que se haya postulado una modificación en la que la escalera pasaría a ser un Ascensor Analgésico pudiéndose utilizar cualquiera de sus escalones en función de las necesida-

Capítulo 18: Manejo y prevención del dolor

des del paciente.

Ante la gran variabilidad posible, se hace necesario que se detallen unas RECOMENDACIONES GENERALES DE USO de la escalera analgésica de la OMS que se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Se debe comenzar en el escalón correspondiente a la intensidad del dolor y no necesariamente por el primer escalón.
- El tratamiento se debe mantener mientras sea eficaz y sea bien tolerado, ascendiendo de escalón a medida que sea haga necesario.
- Los medicamentos del primer escalón pueden, y deben, asociarse con los del segundo y tercero.
- No se recomienda asociar medicamentos de un mismo escalón.
- No se deben asociar analgésicos del segundo y tercer escalón.
- Los adyuvantes se pueden utilizar en todos los escalones.

Otro de los problemas, dado el gran número de fármacos analgésicos disponibles, es el de la elección del medicamento a emplear entre los disponibles en cada uno de los diferentes escalones. Aún así, se pueden hacer algunas consideraciones:

- Es recomendable utilizar un número limitado de AINEs, manejando aquellos de eficacia probada, buena tolerancia oral, pocos efectos secundarios y coste-efectivos.
- Del grupo de los opioides débiles, la

codeína podría ser considerada medicamento de elección. En función de las características del paciente se podría considerar el uso de otros como el Tramadol o el Dextropropoxifeno por vía oral o la Buprenorfina por vía transdérmica.

- La morfina es el fármaco de elección en el tercer escalón y, salvo complicaciones o efectos secundarios, podrá aumentarse la dosis hasta conseguir una analgesia efectiva (a este proceso se le denomina titulación). El fentanilo es el fármaco alternativo. Como en el caso anterior, en función de las características del paciente se podría considerar el uso de otros como la Meperidina parenteral, Oxycodona oral o el Fentanilo por vías transdérmica y transmucosa.

Aunque la vía más frecuente y recomendada de administración de analgésicos es la vía oral, cada vez son más frecuentes otras vías alternativas mejor toleradas o diseñadas para tratar situaciones concretas, fundamentalmente en el segundo y tercer escalón de la Escalera Analgésica de la OMS. Entre ellas destacan:

- La vía transcutánea (TTS) mediante la que los analgésicos son administrados en forma de parches dérmicos aplicados cada 72 horas. Tienen muy buena tolerancia (salvo reacciones adversas a los adhesivos) aunque son complejos para "titular" la dosis efectiva.
- La vía transmucosa (TM) mediante

El Polimedicado 2.0

la que los analgésicos son administrados para su absorción casi inmediata. Están diseñados y son muy efectivos para el dolor irruptivo severo.

- Spray transmucosa nasal (STN) mediante la que los analgésicos son administrados para su absorción inmediata. Son muy efectivos para el dolor irruptivo pero necesitan de cierta destreza por parte del paciente.

Un aspecto final a tener en cuenta, es el relacionado con el sentido de “Escalera Analgésica”. Se utiliza de manera simbólica una escalera dado que el dolor grave, fundamentalmente aquel asociado a procesos de enfermedad crónica (oncológica o terminal) requerirá dosis crecientes de analgésicos que harán necesario subir escalones analgésicos. Se hace fundamental en esta idea establecer correctamente la dosis inicial de analgesia y evaluar correctamente la efectividad de la dosis establecida; a este proceso se le denomina “Titulación de la Dosis Analgésica”. Se realiza fundamentalmente usando la morfina por la gran disponibilidad de vías de administración y la facilidad para calcular la dosis equivalente de otros analgésicos mayores, aunque existen guías de práctica clínica que establecen criterios de titulación con fentanilo transdérmico.

Como norma general, la titulación se hará comenzando con comprimidos de liberación inmediata o solución oral de morfina, a dosis de 5-10 mg/4 h para sustituir un analgésico del primer escalón, y a dosis 10-20 mg o más para reemplazar

a un opioide débil (como codeína). Si el dolor no está controlado, la dosis debe subirse en un 25-50% de la dosis diaria (p. ej.: de 50 mg/día a 75 mg/día) hasta que el paciente lleve 2-3 días sin dolor. Se hace imprescindible evaluar la presencia e intensidad del dolor mediante Escalas de Valoración como la EVA.

Se deben pautar siempre dosis de rescate de morfina de liberación inmediata (1/6 de la dosis diaria) aunque el dolor parezca estar controlado. La necesidad de más de tres dosis de rescate al día obliga a aumentar la dosis de morfina de liberación retardada (25-50% de la dosis diaria).

Cuando el dolor se encuentre controlado, se recomienda pasar a morfina de liberación retardada (calculando la dosis total diaria y administrándola en dos tomas al día) o a otro analgésico opioide.

NORMAS GENERALES DE MANEJO DEL DOLOR

Cuantificación del dolor

Para el médico que prescribe el tratamiento para el dolor y demás profesionales que participan en el manejo del dolor, además de la práctica clínica, la exploración y la atención a síntomas que puedan ayudar a calificar el dolor (somático, visceral, neuropático), les es necesario cuantificar el dolor. Generalmente se hará ayudándose de las escalas de dolor que describimos con anterior. Por ello, es muy recomendable que el paciente las conozca y que comprenda que el objetivo del tratamiento indicado es conseguir el menor dolor posible. Soportar el

Capítulo 18: Manejo y prevención del dolor

dolor o mentir en la valoración del dolor no ayudarán en su control.

Toma de medicamentos por vía oral:

La medicación se debe administrar preferentemente por vía oral (ingeridos por la boca). La eficacia es idéntica a otros vías de administración pero resulta más simple y cómoda evitándose muchos efectos secundarios. Además es significativo su menor coste y fácil administración.

Administración "reloj en mano":

La administración de los medicamentos deberá hacerse en el horario indicado, es decir, a intervalos determinados y siempre sin esperar a que desaparezcan los efectos de la dosis anterior. Salvo en el tratamiento del dolor agudo, no se debe esperar a que aparezca el dolor para tomar los medicamentos pautados.

Uso adecuado de la escalera analgésica:

Habitualmente se inicia la administración de medicamentos en el primer escalón pero, si se considera que el dolor es fuerte o muy fuerte, puede iniciarse en el segundo o tercer escalón.

El salto al escalón siguiente lo determina el fallo en el alivio del dolor del escalón anterior por lo que la correcta valoración del dolor es fundamental.

También puede ocurrir que sea necesario no demorarse en el segundo escalón, cuando resulta ineficaz, y saltar al tercero inmediatamente. La demora en el reconocimiento de la pauta incorrecta/ineficaz en el alivio del dolor y la prescripción y administración de una medicación más

potente supone una de las causas de dolor y sufrimiento para el paciente y familiares más comunes y fáciles de evitar.

Administración de fármacos según el sujeto:

La respuesta analgésica no es la misma en todos los pacientes por lo que deberá personalizarse. Es importante no modificar la indicación o los fármacos en función de las experiencias vitales de conocidos o familiares.

No mezclar los opioides débiles y potentes:

Como norma general, no deben combinarse la administración de opioides débiles (tramadol) del segundo escalón (que tienen techo analgésico de tal forma que llega un momento que el incremento de la dosis no mejora la respuesta) con los opioides potentes (morfina) del tercer escalón (que no tienen techo analgésico y puede incrementarse paralelamente al incremento del dolor).

Eficacia e ineficacia del intercambio de fármacos:

Ante la ineficacia en el alivio del dolor, el intercambio de fármacos de los escalones primero y segundo no siempre resulta eficaz, ya que se corre el riesgo de recaída brusca en el dolor o de aparición de efectos adversos. En caso de que el dolor no se controle con esos fármacos, será preciso usar los fármacos del tercer escalón.

Atención a las crisis de dolor irruptivo:

Uno de los problemas más frecuentes en el tratamiento del dolor oncológico, es la aparición de crisis de dolor de un nivel su-

El Polimedicado 2.0

perior al dolor habitual y que requiere ser previsto y tratado específicamente. Sus causas no siempre son previsibles ni conocidas, por lo que es obligada la administración de dosis extras de analgésicos.

Analgesicos transdérmicos:

Las recomendaciones específicas para este grupo de medicamentos son:

- Elija un área lisa y con poco vello. Las zonas más usuales son la parte exterior superior del brazo, la parte superior del pecho, la parte superior de la espalda o un lado del pecho. Si hay vello, evite el rasurado, procurando cortar el vello tan cerca de la piel como se pueda.
- Mantenga el área limpia solo con agua. Seque sin frotar. No use jabones, lociones, alcohol o aceites.
- Una vez abierta la bolsa que contiene el parche, trate de no tocar el lado pegajoso.
- Una vez aplicado, presione el parche firmemente al menos 15 segundos. Hay que asegurarse de que el parche se adhiere a su piel, especialmente alrededor de los bordes.
- Si el parche no se adhiere bien o se suelta después de aplicarlo, hable con su médico, enfermera o farmacéutico para valorar el cambio de fármaco.
- Anote la fecha y hora en que se aplicó el parche.
- Deberá aplicar el siguiente parche 72 horas después. Es recomendable aplicar el parche nuevo en un área diferente de la piel.
- Los parches usados aún pueden

contener algo de medicamento y pueden ser peligrosos. Es preciso asegurarse de que se tiran en lugar seguro. Muchos laboratorios incluyen en el envase un dispositivo para su recogida.

- Si un parche se desprende accidentalmente o si la piel debajo del parche se irrita, retire el parche y reemplazarlo con uno nuevo en un área diferente, siguiendo los pasos anteriores. En caso de que ocurra con frecuencia, consultar con su médico, enfermera o farmacéutico para valorar el cambio de fármaco.

SOBREDOSIFICACIÓN, EFECTOS SECUNDARIOS Y OTROS RIESGOS PARA EL PACIENTE.

Como norma general, ante la posibilidad, la duda o la aparición de algún efecto secundario de la medicación analgésica indicada, se debe consultar con los profesionales sanitarios que le atienden que son los que ayudarán a resolver este problema. La medicación analgésica, como cualquier otro fármaco, puede provocar efectos secundarios o no deseados dependiendo éstos del tipo de analgésico utilizado. Pese a ello, la mayor parte de los efectos no deseados de los analgésicos se pueden prevenir con medicación y hábitos de vida y alimentación adecuados.

Los efectos no deseados más habituales, según cada grupo de fármacos, son:

Efectos no deseados de los Antiinflamatorios

Capítulo 18: Manejo y prevención del dolor

- **Problemas gástricos:** Son, posiblemente, los efectos secundarios más frecuentes de los AINEs. Para evitarlos es muy importante no superar la dosis diaria máxima recomendada. Como hemos comentado con anterioridad, tomar más dosis de la indicada no mejora más el dolor y puede producir efectos secundarios importantes. En personas especialmente sensibles o con problemas gastrointestinales previos, incluso a dosis recomendadas, pueden aparecer problemas de estómago (dolor, gastritis, úlcera gastroduodenal, e incluso hemorragia digestiva). En el caso de que aparezcan estos síntomas, el paciente deberá consultar el equipo de profesionales sanitarios que le atiende. En general, el médico recetará protectores gástricos que eviten estos efectos no deseados. También resulta conveniente tomar siempre los antiinflamatorios con algo de alimento.
- **Problemas de coagulación de la sangre:** Dado que algunos AINEs, especialmente el ácido acetil salicílico (Aspirina®) y sus derivados, pueden alterar la coagulación, deben administrarse con precaución en pacientes con tratamiento anticoagulante. Está contraindicada la indicación de AINEs junto a fármacos anticoagulantes.

Efectos no deseados de los opioides

- **Náuseas o vómitos:** Es un efecto secundario frecuente que puede

ocurrir en los primeros días de tratamiento pero que suele desaparecer sin ningún tratamiento a los 3-4 días. Sentir náuseas o tener vómitos no debe ser un motivo para rechazar un tratamiento con opioides. Es recomendable, por tanto, que el paciente conozca la posibilidad de que aparezcan. No obstante, si se mantienen en el tiempo o en pacientes especialmente sensibles, es posible prevenirlos/tratarlos mediante fármacos específicos llamados antieméticos. Únicamente, si las náuseas se acompañan de erupción en la piel y picores, el paciente deberá dejar inmediatamente de tomar el tratamiento y consultar al equipo de profesionales sanitarios que le atiende ya que puede indicar una reacción alérgica.

- **Somnolencia:** Es también habitual que durante los primeros días el paciente presente somnolencia, que suele desaparecer en unos días a medida que el cuerpo se acostumbra al medicamento. La causa de su aparición es doble. Por una parte, muchos analgésicos opioides provocan sueño y, en otros casos, la efectividad del tratamiento y la ausencia de dolor suelen mejorar el descanso. Cuando la somnolencia persiste pasado los días o es tan importante que limita la actividad diaria, es necesario valorar si la dosis es la correcta para el paciente por lo que el médico deberá ajustarla.
- **Estreñimiento:** El estreñimiento es muy habitual en la mayoría de las personas que toman opioides. Pese a ello, es fácil de prevenir. La pre-

El Polimedicado 2.0

vención es conveniente plantearla incluso antes de comenzar a tomar opioides, especialmente en aquellas personas que por naturaleza ya padecen de estreñimiento, o que pasan la gran parte del día en la cama. Para prevenir el estreñimiento, los profesionales del equipo sanitario que tratan el dolor pueden indicar el uso de laxantes. Aún así, existen una serie de recomendaciones que pueden ayudar a prevenir su aparición:

- Aumentar el consumo de líquidos hasta 2 ó 3 litros al día.
 - Tomar alimentos ricos en fibra como ensaladas, frutas y verduras. Preferiblemente tomar la fruta con piel.
 - Realizar ejercicio siempre que pueda y la indicación médica lo permita.
- **Confusión:** En raras ocasiones, y sobre todo en ancianos, los opiodes pueden provocar confusión o desorientación (el paciente no sabe dónde está o qué día de la semana es). En estos casos se debe consultar a los profesionales del equipo sanitario que tratan el dolor ya que puede ser necesario cambiar de medicamento o reducir la dosis del que se esté usando.

PUNTOS IMPORTANTES

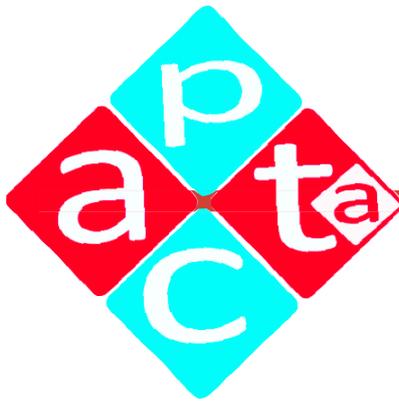
- El dolor es un síntoma que, en principio, se asocia a algún problema orgánico o funcional
- El dolor puede ser agudo o crónico. Ambos tipos pueden y deben ser tratados
- La intensidad del dolor debe evaluarse mediante escalas de valoración
- El objetivo del tratamiento del dolor es conseguir erradicarlo totalmente
- En el tratamiento del dolor se incluyen terapias no farmacológicas.

ENLACES DE INTERÉS

Folleto del Paciente para manejar el dolor. Compasion and Support at the End of Life. Excellus. www.compassionandsupport.org/pdfs/patients/molst/Pain%20Mgmt%20Patient%20Brochure%20in%20Spanish%20-%20complete%20brochure.pdf

Aliviar el dolor. Información para personas que sufren dolor crónico
www.aliviareldolor.com/pain/es/www.aliviareldolor.com/TherapyAwareness/Treatment/1095318103043.htm

Poder sobre su dolor. Continuo del tratamiento del dolor crónico.
www.podersobresudolor.com/compreension/manejo/continuo



19. Prevención de Infecciones por sonda vesical

Antonio Andrés Quesada Sanz

FEA Microbiología Clínica.
Docente Investigador en Universidad Técnica de Ambato

Nuria Infante Chacón

Enfermera. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Juan Alberto Puyana Domínguez

Enfermero. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

|

Capítulo 19: Prevención de infección urinaria por sonda vesical

El sondaje vesical o cateterismo es una técnica invasiva que consiste en la introducción de un tubo de material flexible por la uretra hasta la vejiga urinaria, con el fin de establecer la salida de la orina al exterior.

Según el tiempo de permanencia de la sonda se puede establecer tres tipos de sondaje:

- Sondaje permanente de larga duración. Indicado en casos de pacientes crónicos con retención urinaria, donde después de realizar el sondaje, el paciente permanece más de 30 días con el mismo.
- Sondaje permanente de corta duración. Indicado en casos de pacientes con patologías agudas, donde el tiempo máximo de permanencia de la sonda es de 30 días.
- Sondaje intermitente. Aquel donde después de haberse realizado el sondaje, se procede a la retirada del mismo.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL SONDAJE VESICAL

La finalidad puede ser tanto terapéutica como diagnóstica, empleándose por tanto, en una gran variedad de circunstancias como van a ser:

- Control de la diuresis.
- Obtención de muestras estériles.
- Introducción de medicamentos con fines diagnósticos o terapéuticos.
- Alivio de la retención urinaria (crónica o aguda).

- Intervenciones quirúrgicas: permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.

Es una técnica sencilla pero que estará contraindicada cuando exista sospecha de daño, alteraciones anatómicas del tracto urinario o alergia conocida a los anestésicos locales o al látex.

PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE SONDADO

A pesar de que el sondaje vesical es una técnica de escasa complejidad, se debe garantizar un correcto mantenimiento de la sonda para prevenir complicaciones, una de las más frecuentes, la infección urinaria.

Es sabido, que el riesgo más importante para desarrollar una infección urinaria, es el tiempo de duración de la cateterización, ya que, al ser una técnica invasiva, los mecanismos de defensa se van a ver comprometidos ante la presencia de un cuerpo extraño.

Existen factores de riesgo asociados al propio paciente que pueden facilitar la infección urinaria asociada a dicho sondaje como son:

Edad avanzada, sexo femenino, diabetes, malnutrición, insuficiencia renal, sufrir infecciones de otra localización, contaminación de la bolsa colectora, desconexiones del catéter con el sistema de drenaje y el hecho de que la sonda o la bolsa colectora estén acodadas o aplastadas.

El Polimedicado 2.0

Se deben colocar sondas solo cuando sean esenciales, manipulándose lo menos posible, en condiciones de asepsia, y retiradas siempre que dejen de ser útiles.

En el cuidado adecuado del paciente sondado, debe primar una higiene extrema diaria: antes de comenzar cualquier tipo de manipulación de la sonda vesical, es necesario que el cuidador realice una correcta higiene de manos previa, utilizando igualmente toallas limpias y teniendo siempre a nuestro alcance todo el material necesario para una limpieza completa, eficaz y rápida.

- Lavar los genitales utilizando agua caliente y jabón.
- En mujeres, lavar los labios mayores, menores y el vestíbulo de delante hacia atrás.
- En los hombres, retraer el prepucio para lavar el glande, volviendo la piel a su estado natural para evitar parafimosis.
- Secar bien la zona.
- Colocar cremas barrera en caso de detectar zonas de irritación de la piel por contacto accidental con la orina. Evitar contaminar la bolsa cuando manipulemos la válvula de vaciado.

Hay que tener en cuenta que además de unas condiciones óptimas de higiene es necesario evitar esfuerzos violentos; conviene fijar la sonda al muslo con esparadrapo, evitando que esté tensa para prevenir tirones y lesiones. Salvo contraindicaciones, beber abundantes líquidos (agua, zumo de naranja, kiwi, cal-

dos) que evitan la formación de cálculos y acidifican la orina evitando infecciones. El colector urinario es la bolsa conectada a la sonda que recoge la orina. Existen dos tipos de bolsas colectoras: " la bolsa de pierna", más pequeña, que generalmente se usa durante el día y se sujeta a la pierna mediante bandas elásticas bajo los pantalones o faldas y la " bolsa más grande " que se cuelga en la cama y suele usarse durante la noche o incluso en el día en pacientes encamados .

Esta bolsa colectora se reemplazará cada vez que se cambie la sonda, se rompa o se detecte fuga o acumulo de sedimentos en la misma, para evitar que la orina rebose y regrese hacia la vejiga. No obstante esta bolsa colectora se evacuará con una frecuencia que puede variar entre 8-12-24 horas, procurando espaciar al máximo estas situaciones para evitar desconexiones innecesarias.

La posición lógica de la bolsa de orina será por debajo de la vejiga y colocada adecuadamente para evitar traumatismos, infecciones por reflujo y asegurar una correcta evacuación, y siempre buscando la mayor comodidad para el paciente.

Suele ser necesario registrar la diuresis así como, considerar que la toma de muestras para el laboratorio se deberá hacer a partir de la sonda recién colocada. Nunca deberá tomarse muestras de la bolsa colectora. a no ser que esté recién colocada.

El paciente domiciliario y/o su cuidador debe ser informado de todo este mante-

Capítulo 19: Prevención de infección urinaria por sonda vesical

nimiento y de la continuidad de los cuidados una vez realizada la técnica, siendo esencial la capacidad para el manejo de esta situación por parte del cuidador, que debe incluir la constancia de la fecha prevista para el cambio o retirada de la sonda, la evacuación de la bolsa colectora, así como, todas las medidas de higiene pertinentes para una adecuada prevención de posibles procesos infecciosos. Esta labor informativa y educativa, que se inicia principalmente durante la hospitalización del paciente a cargo del personal de Enfermería, debe ser reevaluada posteriormente a nivel domiciliario a través de la Enfermera Gestora de Casos que corresponda por su centro de salud, cuya misión en estos casos es detectar si existe algún déficit de conocimientos (por mala educación previa, dificultad en el aprendizaje o falta de interés del cuidador) que pueda derivar en conflictos familiares por sobrecarga o incluso en situaciones de abandono.

CLINICA DE LAS INFECCIONES URINARIAS ASOCIADAS AL SONDAJE VESICAL

Para tener una visión más completa de este apartado, debemos considerar que la prevalencia de pacientes con sonda urinaria en el ámbito comunitario oscila entre el 0.02% y el 0.07%. Esta prevalencia aumenta entre un 15% hasta un 85% en el ámbito hospitalario, dependiendo si el paciente está ingresado o no, en unidades de cuidados intensivos. En residencias de ancianos, se estima que hasta un 20% de los residentes puede ser portador de una sonda permanente y entre los pacientes acogidos a programas de asistencia domiciliaria, la frecuencia puede

variar entre el 4% en la población general asistida y el 38% en los ancianos con incontinencia.

En los individuos portadores de una sonda vesical, la infección urinaria suele cursar con una sintomatología mínima, a veces sin fiebre, que a menudo desaparece tras la eliminación del catéter.

Las manifestaciones clínicas de infección urinaria en estos individuos, son menos específicas que las observadas en individuos no cateterizados, esto es debido fundamentalmente a las características de la población afectada, generalmente ancianos o pacientes con trastornos de índole neurológico que conllevan una alteración de la percepción sensorial. La fiebre sin clínica localizada suele ser la manifestación más común de infección del tracto urinario asociado a dicho cateterismo.

La infección urinaria ocasionada por el sondaje vesical se debe ignorar a menos que se asocie a un riesgo alto de complicación: Sangre abundante en orina, obstrucción total de la sonda, salida accidental de esta, fiebre alta, en todos estos casos habría que acudir al centro sanitario correspondiente.

En líneas generales el mejor tratamiento consiste en la retirada del catéter, ya que cualquier otro tratamiento suele fracasar sino se produce la retirada del mismo. El porcentaje de éxito tras la retirada aumenta hasta un 50%.

Se estima que el riesgo de infección está entre un 3%-10% por cada día de son-

El Polimedicado 2.0

daje.

La infección se produce por el ascenso de la bacterias desde determinadas zonas del cuerpo (de ahí la importancia de una higiene extrema diaria) o a través de la formación de colonias bacterianas en la superficie de los catéteres urinarios que van a determinar la obstrucción de los mismos, o la formación de nichos desde donde se produce la colonización del interior de la sonda, estando el origen de la infección relacionada con la manipulación del dispositivo o con la respuesta inflamatoria local.

Los hábitos alimenticios recomendables incluyen beber abundantes líquidos que eviten la formación de cálculos responsables de la obstrucción de la luz del catéter. El depósito de los cristales se va a producir en la proximidad de las bacterias asentadas en la sonda.

La evaluación del paciente se hará buscando síntomas de infección de vías altas, esto es, sudoración-fiebre, dolor en los riñones y leucocitosis, ya que los síntomas de una infección de las vías bajas, como sería micción dolorosa y frecuente, son poco fiables en este tipo de pacientes. Por tanto, ante la sospecha de una infección urinaria asociada a catéter en un paciente febril, consideraremos que la localización de la infección será en el riñón (pielonefritis), la próstata o, más raramente, en las glándulas periuretrales o el epidídimo.

La existencia de signos indirectos como la presencia de sangre y glóbulos blancos en orina, o signos de obstrucción del ca-

téter, como la pérdida de orina alrededor del mismo, van a ser indicativos de complicaciones que requieren acudir al centro de salud de turno.

Las infecciones asociadas al cambio de la sonda (una práctica común y programada en pacientes crónicamente cate-terizados para anticiparse al riesgo que supone la obstrucción del mismo), suelen tener una baja frecuencia y ser asintomáticas, considerándose esta técnica, en términos generales, una maniobra segura. El daño durante el cambio de sonda se evidencia por la presencia de sangre en la orina.

Ante la sospecha de complicaciones, se debe avisar al centro de salud, que sustituirá la sonda en caso pertinente, y enviará al laboratorio de microbiología la porción intermedia del chorro de orina tomada a primera hora de la mañana, en un frasco estéril y perfectamente identificado con el nombre del paciente.

El estudio de esta muestra permitirá, que en el caso de iniciarse un tratamiento antibiótico, no se produzca una selección de bacterias resistentes que dificultarían la recuperación del enfermo.

DIAGNÓSTICO DE LAS INFECCIONES URINARIAS ASOCIADAS AL SONDAJE VESICAL

Hay que diferenciar a la hora de considerar si se aplica un tratamiento, si la infección es asintomática o sintomática.

En el caso de una infección sin clínica aparente, no se requiere ni tratamiento

Capítulo 19: Prevención de infección urinaria por sonda vesical

ni el envío de muestras para laboratorio, salvo en casos excepcionales, como son embarazadas, trasplantados renales, pacientes con cáncer u otras circunstancias donde el riesgo de una infección sintomática sea elevado.

Se considera significativa la infección en los pacientes sondados cuando el número de bacterias detectadas en orina es $\geq 10^2$ bacterias/ml.

Antes de considerar el inicio del tratamiento debe existir una positividad continuada de las muestras de orina enviadas al laboratorio, que demuestren la persistencia de una infección.

Las características de la orina (color turbio, olor fuerte, presencia de sangre) se deben considerar como evidencia rápida de infección, siendo realmente útil cuando no se pueda realizar una evaluación más específica.

La existencia de tiras reactivas que detectan la presencia de glóbulos blancos al virar de color en 1-2 minutos en contacto con la orina, va a constituir una prueba rápida y cómoda de evaluación para el cuidador, con una sensibilidad del 90% (detecta más de 10 glóbulos blancos/ml) y una especificidad mayor del 95%. Las imprecisiones en este tipo de pruebas se pueden dar por la presencia de ciertos analgésicos o ciertos antibióticos en orina.

En los pacientes con sonda vesical permanente es frecuente que la infección sea polimicrobiana, mientras que en el resto de pacientes, el aislamiento de más

de un microorganismo se asocia a una contaminación de la muestra enviada. Se aíslan e identifican frecuentemente, en pacientes con sonda vesical permanente, bacterias tipo *Enterococcus* (microorganismos con resistencia natural a cierto tipo de antibióticos), así como *Corynebacterium urealyticum*. El aislamiento de levaduras tipo *Cándidas* se observa también en este tipo de pacientes.

ACTITUD TERAPÉUTICA

En el medio ambulatorio cualquier paciente con sonda vesical puede desarrollar una infección urinaria a los pocos días de su colocación. Esta situación no va a requerir tratamiento; ya que de otro modo, se puede producir una selección de bacterias resistentes que dificultaría el tratamiento del paciente sintomático.

El ingreso hospitalario del paciente con sonda urinaria y síntomas dependerá de su estado y de la posibilidad de una mayor complicación de la infección.

ELECCIÓN DE ANTIMICROBIANOS

El tratamiento antibiótico se realizará en caso de haber riesgo de complicación.

El antibiótico de elección será el más adecuado conforme a los resultados de laboratorio, y deberá ser de debido cumplimiento en su toma diaria y en su duración.

PUNTOS IMPORTANTES

El sondaje vesical consiste en la introducción de un tubo de material flexible por la uretra hasta la vejiga urinaria, con el fin de establecer la salida de la orina al exterior con un objetivo terapéutico o diagnóstico.

Es una técnica de escasa complejidad pero se debe garantizar un correcto mantenimiento de la sonda para prevenir complicaciones, una de las más frecuentes, la infección urinaria.

Recomendaciones para el adecuado mantenimiento de la sonda vesical:

- Manipulación de sonda en condiciones de asepsia.
- Lavado diario de la zona genital.
- Beber abundantes líquidos.
- Mantener siempre la bolsa a un nivel más bajo que la vejiga.
- Conocimiento de la fecha de retira o cambio de sonda.
- Evaluación y cambio de la bolsa colectora con regularidad.

Ante la sospecha de complicaciones, se debe avisar al centro de salud, que sustituirá la sonda en caso pertinente y enviará al laboratorio de microbiología una muestra de orina para confirmar la existencia de infección urinaria y determinar la terapia y cuidados pertinentes.

ENLACES DE INTERÉS

SEIMC: La web ofrece documentación científica sobre enfermedades infecciosas asociadas al uso de sonda vesical. http://www.seimc.org/documentoscientificos.php?mn_MP=3&mn_MS=101

Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU) Página divulgativa sobre últimos avances y estudios en enfermería urológica. <http://www.enfuro.es>

Coloplast España Compañía especializada en el diseño y distribución de dispositivos colectores de diferentes tipos. La página incluye recomendaciones y manuales de uso para cuidadores y profesionales sanitarios. <http://www.coloplast.es>

Wellspect Healthcare España Página divulgativa especializada en el sondaje vesical, que incluye recomendaciones al cuidador y al profesional sanitario. <http://www.lofric.es>



20. Manejo de los dispositivos inhaladores y aerosolterapia

Dulce Guerra Estévez
Farmacia Hospitalaria.
AGS Campo de Gibraltar

Armando Falces Sierra
FEA Neumología.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Rocío Mena Rosado
Enfermera UGC Bloque Quirúrgico.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

|

La terapia inhalada consiste en la administración de medicamentos directamente por vía respiratoria en forma de aerosoles, que no son más que una suspensión de partículas sólidas (inhaladores) o líquidas (nebulizadores) en un gas. El tratamiento de las enfermedades de las vías respiratorias constituye un campo de innovación continua, siendo en las dos últimas décadas en las que se han desarrollado los dispositivos de mayor calidad, gracias al estudio del comportamiento físico de las partículas y al diseño de nuevos y mejores sistemas de inhalación.

Con la aerosolterapia, el fármaco actúa directamente sobre el aparato respiratorio, alcanzando una mayor concentración en el lugar en el que queremos que se produzca la acción y aumentando el efecto farmacológico, lo cual permite administrar una dosis inferior que por otras vías. Por otro lado, la concentración del fármaco en el resto del organismo será menor, reduciéndose los posibles efectos secundarios.

No obstante, al ser una técnica que precisa la colaboración del paciente, va a estar limitada en determinados grupos. En niños pequeños por ejemplo, será necesaria la administración del inhalador con dispositivos especiales (máscaras de inhalación).

La vía inhalatoria ha permitido aumentar el número de fármacos disponibles en el mercado y las alternativas terapéuticas, siendo actualmente la vía de elección para el tratamiento de enfermedades pulmonares como la EPOC y el asma. La

terapia inhalada es además uno de los pilares básicos del tratamiento diario de pacientes con fibrosis quística, que ocupan un lugar destacado dentro de los pacientes polimedicados.

Actualmente, la amplia oferta de sistemas de inhalación existente en el mercado supone una dificultad para conocer su funcionamiento no sólo para el paciente, sino también para los profesionales sanitarios. En este capítulo vamos a abordar los puntos tecnológicos más destacados de cada dispositivo y haremos algunas recomendaciones acerca de su uso.

En general, los dispositivos más utilizados por el paciente ambulatorio son los inhaladores. No obstante, conoceremos también los nebulizadores, de uso cotidiano en hospitales.

El uso correcto de los inhaladores y nebulizadores implica la necesidad de realizar tanto un adiestramiento previo del paciente como una revisión de su manejo periódicamente y en el caso de que se presentara alguna exacerbación de los síntomas.

Sistemas de inhalación

a. Inhaladores dosificadores presurizados

Están formados por tres elementos: un envase metálico o cartucho, una válvula dosificadora y un contenedor de plástico (Figura 1). El cartucho contiene el fármaco sólido disuelto o suspendido en un líquido (gas propelente, habitualmente freón – en la actualidad es el Norfluo-

El Polimedicado 2.0

rano-HFA) que tiene la propiedad de volatilizarse a temperatura ambiente creando una corriente de gran velocidad. Con cada pulsación, la válvula proporciona la dosis exacta de medicamento requerido.

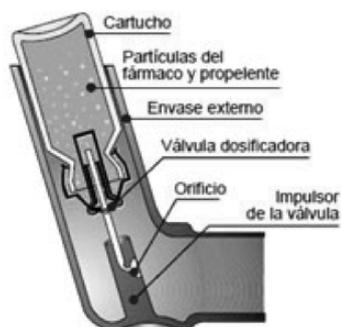


Figura 1. Inhalador dosificador presurizado

La forma de administración la podemos ver esquematizada en la Figura 2. Es muy importante agitar vigorosamente el inhalador antes de utilizarlo ya que si no se hace el medicamento puede quedar asentado en el fondo del cartucho, con lo que al principio inhalaremos una mezcla muy diluida y en las últimas pulsaciones la mezcla saldrá muy concentrada. El depósito pulmonar del medicamento, y por tanto, el efecto terapéutico va a ser superior si la inhalación se hace de forma lenta y el volumen de ventilación pulmonar es mayor.

Es muy importante que la inspiración y el disparo se realicen de forma coordinada. En los niños, ancianos y algunos pacientes los problemas de coordinación van a ser mayores por lo que es conveniente usar cámaras espaciadoras para asegurar que estamos administrando dosis equivalentes en cada pulsación. Además, los niños normalmente inhalan por

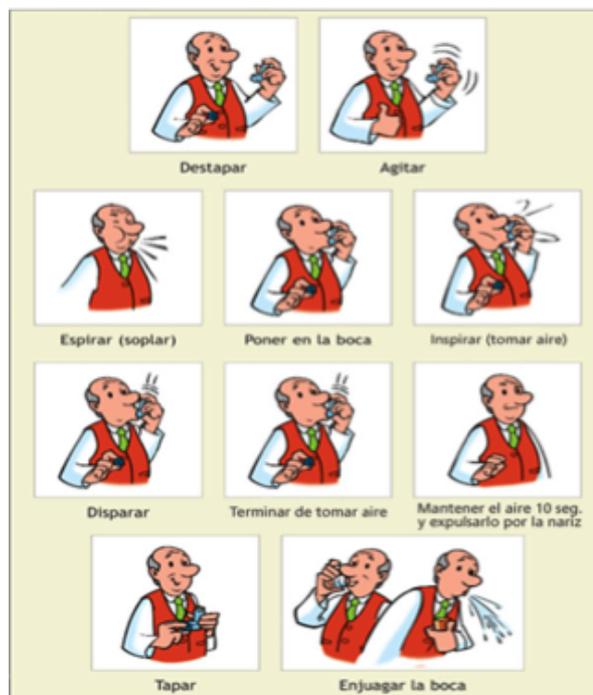


Figura 2. Manejo de los inhaladores presurizados

la nariz y muy forzadamente por la boca, con lo que la dosis pulmonar del fármaco va a ser menor, y esto se traduce en un menor efecto farmacológico.

Una alternativa para los pacientes con problemas de coordinación son los "inhaladores presurizados activados" que son inhaladores autodisparo, en los que la válvula se activa por la inspiración del paciente.

En determinados pacientes asmáticos los excipientes usados y el gas propelente pueden irritar las vías respiratorias, provocando tos tras la inhalación y una broncoconstricción que puede durar hasta 2 horas.

Otro de los inconvenientes del uso de este tipo de inhaladores es que los propelentes CFC generan radicales libres de oxí-

geno, que actúan de forma nociva sobre la capa de ozono aunque esto es menos frecuente desde el uso de los nuevos propelentes (HFA).

b. Inhaladores de polvo seco

Estos dispositivos contienen el medicamento en forma de polvo y para inhalarlo basta con que el paciente realice una inspiración lo bastante profunda como para extraer el polvo correspondiente a una dosis (Figura 3). Por ello, el flujo mínimo inspiratorio debe ser controlado periódicamente, sobre todo en pacientes débiles o con edad avanzada, ya que si es insuficiente (menor de 30-60 l/min), el paciente no será capaz de inhalar la dosis completa.

Figura 3. Manejo de los inhaladores de polvo seco



Suponen una ventaja frente a los inhaladores presurizados ya que eliminan el problema de la coordinación entre el

disparo y la inspiración. Además, estos sistemas no contienen gases que puedan afectar a la capa de ozono y permiten controlar mejor la dosis administrada puesto que una carga equivale a una dosis.

Pueden ser unidosis o multidosis, pero en cualquier caso precisan ser cargados antes de cada inhalación.

En los sistemas unidosis (Figura 4), la cápsula se introduce en el dispositivo y se perfora al cerrarlo, quedando preparada para que el paciente realice la inspiración. Este sistema requiere un alto flujo inspiratorio, pero permite al paciente comprobar si ha inhalado todo el contenido de la cápsula, y en caso negativo tiene la posibilidad de repetir la inspiración, sin riesgo de inhalar más dosis de la recomendada.

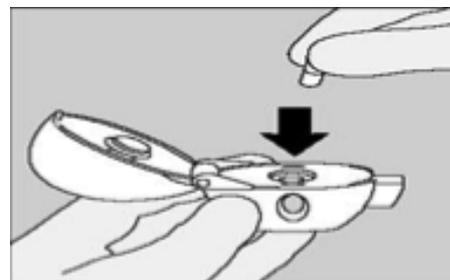


Figura 4. Sistema unidosis

En los sistemas multidosis (Figura 5), la totalidad del fármaco se encuentra en el dispositivo, con el inconveniente del efecto que pueden tener la humedad del ambiente o la espiración del paciente sobre el polvo. Sin embargo, la carga en este tipo de dispositivos será más cómoda, consistiendo normalmente en un giro de rosca.

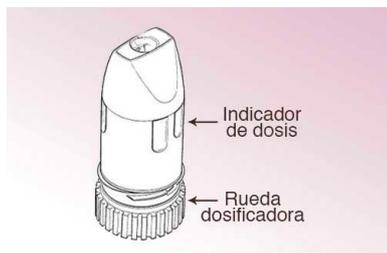


Figura 5. Sistema multidosis

c. Cámaras de inhalación o espaciadoras

Las cámaras de inhalación son dispositivos que se acoplan al inhalador presurizado y suponen una alternativa para los pacientes en los que la técnica de inhalación no es la correcta debido a una mala coordinación entre la pulsación de la válvula y la inspiración. Se pueden usar con mascarilla (Figura 6) o con boquilla (Figura 7).



Figura 6. Cámara con mascarilla

Además, en los inhaladores presurizados el gas sale con una velocidad tan alta que impacta con la parte posterior de la garganta del paciente, sin llegar a las vías respiratorias inferiores en las que tendría que ejercer su acción terapéutica y provocando efectos indeseados.



Figura 7. Cámara con boquilla

Algunas cámaras están revestidas de aluminio en su interior con lo que se elimina el efecto electrostático responsable del depósito del fármaco en las paredes internas, garantizando una mayor cantidad de medicamento en cada pulsación.

d. Nuevos inhaladores

Recientemente ha sido comercializado el dispositivo Respimat® (Figura 8), en el que el aerosol se genera gracias a la energía mecánica liberada por un muelle y va a salir del dispositivo lentamente, reduciendo su impacto sobre la garganta y aumentando su depósito a nivel de los pulmones. Además, este sistema



Figura 8: Dispositivo Respimat®

de administración hace que se libere una dosis completa, independientemente del flujo inspiratorio del paciente y no contiene propelentes.

Nebulizadores

Son equipos que generan aerosoles a partir del fármaco en solución. El vapor pasa por un tubo que está unido a una boquilla o máscara facial (Figura 9)

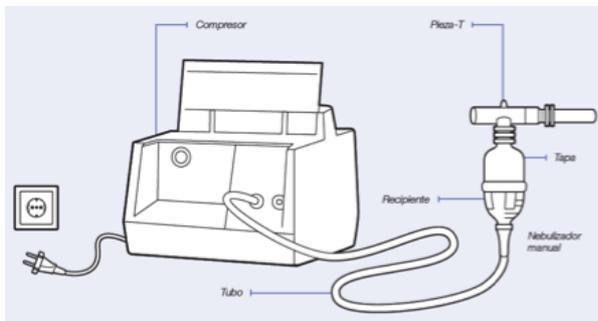


Figura 9. Nebulizador

Actualmente se usan menos porque con estos dispositivos la proporción de fármaco que llega al lugar de acción deseado es pequeña, quedándose la mayor parte en el aparato respiratorio superior o perdiéndose en el ambiente. Para minimizar estas pérdidas se recomienda al paciente realizar inspiraciones lentas y profundas. También se prefiere el uso de la boquilla, ya que con la máscara aumenta la cantidad de aerosol depositado en cara, ojos y fosas nasales. No obstante, bien se use una u otra, es importante que durante todo el tratamiento el paciente respire por la boca.

Para asegurar un uso correcto de los nebulizadores, el paciente debe conocer la dosis que tiene que administrarse y cómo

preparar el tratamiento, el funcionamiento del equipo y su mantenimiento, el tiempo de nebulización, así como el teléfono del servicio técnico.

Estos dispositivos se solicitan habitualmente a través del Servicio de Farmacia Hospitalaria o a través de la Gestoría de Usuarios de los Hospitales, los cuales, ponen el contacto al paciente con una persona entrenada del laboratorio, que suele personarse en su casa para explicarle detalladamente cómo debe utilizar el dispositivo.

Los nebulizadores requieren un cuidado minucioso, ya que si no se limpian de forma correcta, el fármaco puede quedar pegado en las paredes, con lo que inhalará una dosis insuficiente.

a. Tipo jet, neumáticos o de chorro

Se basan en un efecto físico denominado Venturi. El dispositivo está compuesto por un reservorio en el que se deposita el líquido que se va a nebulizar, un orificio por el que entra el gas (aire comprimido u oxígeno) y un tubo capilar por el que asciende el líquido una vez nebulizado (Figura 10). Al inyectar un chorro de gas a gran velocidad, se formarán pequeñas gotas capaces de penetrar en la vía aérea.

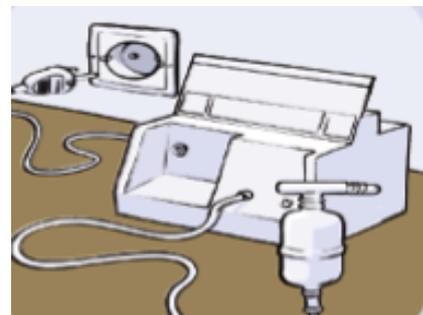


Figura 10. Nebulizador tipo jet

El Polimedicado 2.0

Estos dispositivos van a ser muy eficaces para nebulizar antibióticos.

b. Ultrasónicos

En este caso es un cristal piezoeléctrico el que va a generar vibraciones de alta frecuencia, que van a romper la solución del fármaco, originando una nube de partículas (Figura 11). Con estos dispositivos podemos asegurar que el 80-90% de las partículas generadas van a alcanzar las vías aéreas inferiores.



Figura 11. Nebulizador ultrasónico

Debido a sus cualidades humectantes y mucolíticas, se usan habitualmente para nebulizar soluciones salinas isotónicas.

c. Nebulizadores electrónicos para casos especiales

A diferencia de los otros nebulizadores, suelen ser de pequeño tamaño, silenciosos y funcionan con pilas, con lo cual se pueden transportar con facilidad. Sin embargo, sólo un 20% del fármaco será depositado en los pulmones, por lo que se desperdicia una gran cantidad.

Algunos de estos sistemas son:

- Sistema e-Flow: Se utiliza en posición horizontal (Figura 12), la nebulización suele

durar 3-5 minutos.

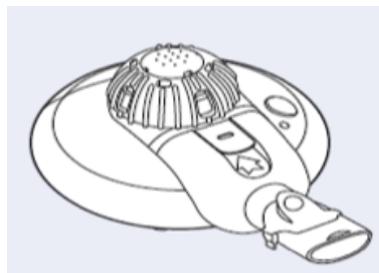


Figura 12. Sistema e-Flow

Tiene una membrana circular y una válvula inspiratoria circular en reposo pero ovalada en la inspiración. Por ello, para evitar fugas del medicamento al realizar la inspiración, es necesario presionar firmemente los laterales de la cámara con los dedos índice y pulgar a la vez que cerramos hasta escuchar el llamado "click de Chevailler". Posteriormente, podemos comprobar si el dispositivo está bien montado soplando suavemente a través del aparato antes de poner la boquilla y comprobando que se hinchan los carrillos.

- Sistema I-neb: La dosis va a estar controlada electrónicamente con un disco electrónico. El nebulizador detecta el patrón respiratorio del paciente y realiza una entrega adaptada del aerosol, de



Figura 13. Sistema I-neb

forma que el aerosol se lanza al comienzo de la inspiración. Cuando se ha terminado de administrar el tratamiento el paciente recibe una señal táctil y sonora para avisarle.

El tiempo de administración puede variar de unas personas a otras e incluso en el mismo paciente, ya que va a estar muy condicionado por el estado de agitación del paciente y su ritmo respiratorio. Figura 13.

Factores que determinan la elección del sistema de inhalación

Para la elección del dispositivo adecuado se tienen en cuenta diversos factores como son la edad (Tabla 1), la capacidad pulmonar y la aptitud del paciente, el tipo de medicamento a administrar y la disponibilidad en el mercado de los dispositivos, así como el coste de éstos.

Errores más frecuentes cometidos por el paciente

El uso de cualquiera de los dispositivos inhaladores presentes en el mercado requiere la realización de una serie de pasos, a veces desconocidos incluso para los profesionales sanitarios, en los que pueden cometerse errores.

Algunos de los más frecuentes son:

- Posición inadecuada de la cabeza o inhalar en posición tumbados
- Falta de coordinación entre pulsación e inhalación
- No aguantar la respiración suficientemente tras la inhalación forzada
- Inhalar con un orden erróneo en el caso de utilizar varios medicamentos
- Realizar la inspiración demasiado rápido o poco profunda
- No agitar la mezcla antes del uso de inhaladores presurizados
- Mantener el dispositivo en una posición incorrecta o espirar en la boquilla tras la inhalación.

Tabla 1. Elección del dispositivo según la edad.

Edad	Sistema
< 3 años	Inhalador presurizado + cámara con mascarilla Nebulizador con mascarilla
3-4 años	Inhalador presurizado + Cámara con/ sin mascarilla Nebulizador con mascarilla
5-9 años	Inhalador presurizado + cámara Inhaladores de polvo seco
> 9 años	Todos los sistemas

El Polimedicado 2.0

Optimización del inhalador para el paciente y mejora del cumplimiento

La optimización del inhalador es responsabilidad directa de los profesionales sanitarios y de su decisión a la hora de recomendar el tratamiento adecuado a cada tipo de paciente, teniendo en cuenta principalmente el cumplimiento, el dispositivo seleccionado y la técnica.

El mal cumplimiento es bastante frecuente en personas con terapia inhalada crónica. Este mal cumplimiento va a contribuir en gran medida al aumento de la morbi-mortalidad y de los costes asociados al tratamiento. Para ello, es muy importante que los pacientes sean conscientes de los beneficios del tratamiento y de la necesidad de realizarlo correctamente, así como de los posibles efectos secundarios a corto y largo plazo. También es importante que el personal sanitario conozca las preferencias del paciente en el momento de seleccionar el tratamiento y que sepa darle una serie de instrucciones claras y sencillas sobre cómo realizarlo. La elección del dispositivo preferido por el paciente puede resultar útil para mejorar el control de la enfermedad.

Secuencia de la terapia inhalada

En los pacientes polimedicados, sobre todo en pacientes con Fibrosis Quística, es frecuente el uso de varios inhaladores. Respetar el horario de la medicación así como el orden de utilización de los inhaladores (Tabla 2) es muy importante para lograr unos buenos resultados terapéuticos.

Tabla 2. Secuencia de la terapia inhalada

1	Broncodilatadores
2	Mucolíticos
3	Técnicas de fisioterapia respiratoria y drenaje autógeno
4	Antibióticos
5	Antiinflamatorios (corticoesteroides)

Mantenimiento de los dispositivos para inhalación y aerosolterapia

El mantenimiento de los dispositivos inhaladores va a ir dirigido principalmente a la prevención de la adquisición y transmisión de gérmenes respiratorios, que pueden agravar o complicar el estado de salud del paciente polimedicado. También va a ser importante para asegurarnos dosis equivalentes y completas en cada administración.

Será necesario lavar las partes de los dispositivos que están en contacto con la boca con agua y un poco de jabón neutro antibacteriano y aclararlo todo abundantemente. Por fuera, los dispositivos pueden limpiarse con un trapo húmedo para las superficies o un aspirador para limpiar los orificios. Posteriormente, las piezas deben secarse con papel de cocina, secador de pelo o centrifugación manual hasta que no quede ni una gota de líquido.

En cuanto a los inhaladores, las boquillas deben mantenerse limpias, secas y tapadas después de su uso. En el caso de los inhaladores presurizados, debe sacarse el

Capítulo 20: Manejo de inhaladores

cartucho una vez a la semana (excepto en los de Pulmicort®). Los inhaladores de polvo seco nunca deben limpiarse con agua ni paños húmedos.

Las cámaras de inhalación deben lavarse con agua templada y detergente suave al menos una vez a la semana, secándolas posteriormente al aire o con secador. Nunca se deben frotar con paños porque se genera electricidad estática, lo que hace que las partículas del inhalador se peguen posteriormente a las paredes de la cámara de inhalación.

Los componentes de los nebulizadores deben lavarse y ser desinfectados inmediatamente después de cada uso.

La desinfección de los dispositivos mediante los diferentes métodos de esterilización disponibles se debe realizar una vez a la semana.

Consejos al paciente polimedicado

- Es importante vigilar que la tolerancia al fármaco es la adecuada y que no se producen efectos indeseados durante y tras su administración.
 - Los pacientes que usan medicamentos por vía inhalatoria deben mantener una mayor higiene bucal y enjuagarse la boca tras cada administración, sin tragar el líquido del enjuague. Esto va a ser imprescindible para prevenir posibles infecciones fúngicas (por la administración de corticoides inhalados) y el oscurecimiento de los dientes. Además, en niños que utilizan inhaladores es conveniente el sellado de los 4 mo-
- lares y una dieta adecuada, ya que van a ser más susceptibles de tener caries.
 - Es necesario lavarse las manos antes y después de preparar el tratamiento.
 - En el caso de los nebulizadores, estar atentos para retirar la mascarilla o la boquilla inmediatamente en el momento en el que finalice la nebulización y tener precaución de no presionar ni irritar la piel del paciente, que debe mantenerse limpia y seca para evitar la irritabilidad cutánea.
 - Al realizar los tratamientos, el paciente debe tomar una postura adecuada, sentado con espalda y cabeza recta que asegure la apertura de la glotis. De lo contrario, el aerosol puede depositarse sobre zonas indeseados.
 - Si las vías superiores se encuentran congestionadas por una excesiva secreción nasal el medicamento puede que no alcance el sitio de acción propuesto, por ello es aconsejable realizar previamente una limpieza nasal.
 - No someter los dispositivos ni la medicación a temperaturas extremas ni exponerlos a la luz del sol

PUNTOS IMPORTANTES

- La vía inhalatoria es de elección en el tratamiento de las enfermedades respiratorias.
- Seleccionar el dispositivo de inhalación conveniente para cada tipo de paciente teniendo en cuenta su edad, capacidad pulmonar y aptitud, será un factor predictivo de la eficacia terapéutica del tratamiento.
- Es muy importante la educación del paciente en relación con el manejo de la técnica de inhalación, así como la revisión periódica de la técnica y en los casos en los que se produzca una exacerbación de los síntomas.
- Es necesario limpiar y realizar el mantenimiento adecuado de los sistemas siguiendo las recomendaciones de su fabricante, para asegurar un correcto funcionamiento de éstos.
- Se debe mantener una buena higiene bucal y realizar enjuagues tras la administración de inhaladores o nebulizadores.

ENLACES DE INTERÉS

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR):

<http://www.separ.es>

Sociedad Española de Fibrosis Quística: <http://www.fibrosisquistica.com>

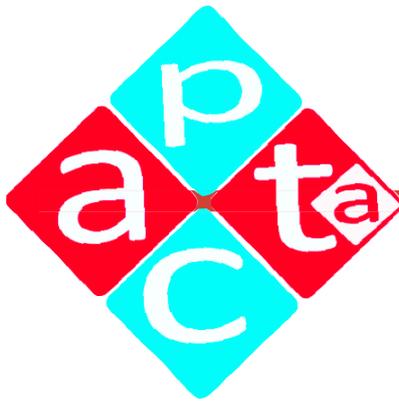
Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergia y Asma Pediátrica:

<http://www.seicap.es>

Sociedades Científicas Nacionales relacionadas con la EPOC:

<https://www.mundoepoc.com>

Guía de aerosolterapia: <http://respira.com>



21. Manejo de la insulinoterapia

Diego Miragaya García

FEA Medicina Interna.

Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Eloísa Márquez Fernández

Especialista Farmacia Hospitalaria.

Hospital Punta Europa (Algeciras). AGS Campo de Gibraltar

Rosa Rodríguez Cardoso

Enfermera UGC Medicina Interna.

Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Capítulo 21: Manejo de la insulino terapia

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece debido a que el páncreas no fabrica la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, o bien la fabrica de una calidad inferior. La insulina, una hormona producida por el páncreas, es la principal sustancia responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en sangre. Permite que la glucosa sea transportada al interior de las células, de modo que éstas produzcan energía o almacenen la glucosa hasta que su utilización sea necesaria. Cuando falla, origina un aumento excesivo del azúcar que contiene la sangre (hiperglucemia). De hecho, el nombre científico de la enfermedad es diabetes mellitus, que significa "miel".

Diabetes tipo 1. Las edades más frecuentes en las que aparece son la infancia, la adolescencia y los primeros años de la vida adulta. Se debe a la destrucción progresiva de las células del páncreas, que son las que producen insulina. Sus síntomas particulares son el aumento de la necesidad de beber y de la cantidad de orina, la sensación de cansancio y la pérdida de peso.

Diabetes tipo 2. Se presenta generalmente en edades más avanzadas y es unas diez veces más frecuente que la anterior. Se origina debido a una producción de insulina escasa, junto con el aprovechamiento insuficiente de dicha sustancia por parte de la célula. No acostumbra a presentar ningún tipo de molestia ni síntoma específico, por lo que puede pasar desapercibida para la persona afectada durante mucho tiempo. Es el tipo de diabetes más frecuente (un

90%) y el paciente suele estar polimeditado, entendiéndose por polimeditación la toma de cinco o más fármacos en el día ya que la diabetes tipo 2, normalmente se asocia a una serie de enfermedades que precisan de tratamiento, como la hipertensión arterial y la dislipemia. Hasta el 90% de estos diabéticos padecen otra enfermedad crónica, y una cuarta parte de ellos cuenta con más de tres enfermedades asociadas

El 56% de los diabéticos mayores de 65 años ingresados en un hospital están polimeditados. A la inversa, más de la mitad de los pacientes ingresados, polimeditados, son diabéticos.

Diabetes gestacional. Durante el embarazo la insulina aumenta para incrementar las reservas de energía. A veces, este aumento no se produce y puede originar una diabetes por embarazo. Tampoco tiene síntomas y la detección se realiza casi siempre tras el análisis rutinario a que se someten todas las embarazadas a partir de las 24 semanas de gestación.

INSULINOTERAPIA:

¿Qué es?:

Consiste en el tratamiento de la diabetes con la administración de insulina inyectada. Como ya hemos dicho la insulina es una hormona producida en las células beta del páncreas cuya función es permitir que la glucosa que tenemos en sangre procedente del alimento pueda ser utilizada, como fuente de energía, por cualquier célula del cuerpo.

En el caso de los diabéticos tipo 1 (habi-

El Polimedicado 2.0

tualmente de comienzo en la niñez) el tratamiento con insulina se inicia desde el diagnóstico de la enfermedad, pues la producción de insulina por ellos es prácticamente nula.

En el caso de la diabetes tipo 2 (habitualmente de comienzo en adultos) la insulina suele ser el último tratamiento antidiabético que se emplea una vez comprobado que el tratamiento con antidiabéticos orales no es eficaz o ha dejado de serlo.

Hay tipos especiales de diabetes desde el punto de vista del tratamiento con insulina:

- Farmacológica: Debida al tratamiento con esteroides (utilizados para ciertos tipos de enfermedades como asma p. ej.). El uso de insulina suele ser transitorio hasta que se suspende dicho tratamiento.
- Gestacional: En las embarazadas no se pueden usar antidiabéticos orales, se emplea insulina. En este sentido hay que hacer constar dos situaciones bien distintas:
 - Paciente con diabetes tipo 2 que queda embarazada.
 - Paciente que durante su embarazo se diagnostica de Diabetes Gestacional.

En ambas es preciso un control muy estricto de los niveles de azúcar en sangre por lo que se usan pautas variables de administración de insulina con cuatro determinaciones al día (incluso seis determinaciones

una vez por semana) de glucemia capilar. La supervisión en estos casos es muy estrecha por parte del obstetra y del endocrinólogo.

- Asociada a enfermedad pancreática: Se debe a la destrucción del páncreas (por pancreatitis crónica, cirugía,...) lo que implica no solo la afectación de las células beta; también hay destrucción de las células pancreáticas alfa que son las productoras del glucagón, sustancia que ayuda a elevar el azúcar en sangre. Los niveles de azúcar en estos casos, por tanto, se deben mantener algo más elevados que en otros tipos de diabetes.

¿Para qué?:

El añadir insulina al tratamiento tiene por objeto un mejor control de las cifras de glucosa en sangre. Esto no significa que la diabetes esté peor o que se hayan hecho las cosas mal.

Los objetivos del tratamiento son:

- La desaparición de los síntomas (polifagia, polidipsia, poliuria).
- Evitar las descompensaciones agudas
- Evitar o retrasar la presentación o progresión de las complicaciones crónicas
- Mejorar la calidad de vida.

En líneas generales se puede considerar que hay un buen control analítico si las cifras de glucemia basal (antes de comer; en ayunas) son menores de 110 mg/dl, las

Capítulo 21: Manejo de la insulino terapia

de glucemia posprandial (a las dos horas de haber comido) menores de 180 mg/dl y los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) están por debajo de 7.5 - 8 %.

En pacientes muy mal controlados ,cuando la HbA1c) esta por encima de 9-10%, no es recomendable una rápida mejoría del control glucémico sobre todo si presentan retinopatía proliferativa o si tienen un riesgo cardiovascular alto, puesto que una rápida consecución de la normoglucemia puede empeorar la retinopatía e incrementar las complicaciones cardiovasculares.

¿Cómo es?:

Hay varios tipos de tratamiento con insulina:

- La terapia convencional, en la que la dieta y el ejercicio se acomodan a una pauta fija de insulina.
- La terapia flexible, en la que es la pauta de insulina la que se acomoda a la actividad y a la dieta que realiza el paciente.
- La terapia combinada, que incluye antidiabéticos orales e insulina. Suele indicarse a pacientes diabéticos tipo 2.

¿Con qué?:

Tipos de insulina:

- Humanas: tienen exactamente la misma estructura química que la producida por el páncreas. Según la rapidez de acción y la duración

de su efecto se distinguen los distintos tipos: Rápidas (Actrapid®), Intermedias (Insulatard® y Humulina®NPH) y Mezclas (Mixtard® 30 y Humulina® 30/70).

- Análogos: Se han modificado químicamente para mejorar la forma como actúan a lo largo del tiempo. A su vez se clasifican, dependiendo de la rapidez y duración de su efecto, en: Ultrarrápidas (Apidra®, NovoRapid® y Humalog®), Intermedias (Humalog® basal o NPL), Mezclas (NovoMix® 30, 50 y 70; HumalogMix® 25 y 50) y Lentas (Lantus® y LeveMir®).

Las ultrarrápidas comienzan a actuar en 10-15 minutos tras la inyección, las rápidas en 30-60 minutos y las intermedias en 1-2 horas. Las ultrarrápidas dejan de actuar en 2-4 horas, las rápidas en 4-6 horas y las intermedias en 12 horas. Las lentas, también conocidas como basales, ejercen una acción continua durante las 24 horas del día.

Estas insulinas se pueden administrar con distintos dispositivos: jeringuillas de insulina, "Plumas" (Solostar®, Flexpen®, Kwik-Pen®) y "Reloj" (Innolet®).

Un dispositivo especial sería la bomba de infusión continua de insulina. Es un pequeño aparato que inyecta insulina ultrarrápida a través de una aguja insertada en la piel del abdomen. La bomba administra insulina de forma continua y, dependiendo de cómo se haya programado, en bolos de una dosis determinada a unas horas prefijadas. Se uti-

El Polimedicado 2.0

liza preferentemente en diabéticos tipo 1. Es un sistema caro y necesita la proximidad de un hospital para el adecuado adiestramiento del paciente y el ajuste de las cantidades de insulina a programar.

¿Cuánta?:

La dosis de insulina va a depender de una serie de factores como dieta, peso, ejercicio, estrés, otras enfermedades, otros fármacos, etc... Algunos aumentan las necesidades de insulina (como la obesidad) y otros la disminuyen (como el ejercicio).

Hay que prescribir la dosis de insulina que necesita una persona y no la dosis "que baja los niveles de glucemia". La insulina va a disminuir la glucemia pero si el consumo de calorías es excesivo habrá una "retención" de las calorías sobrantes en forma de grasa; es decir, en forma de obesidad (con todas las complicaciones asociadas a ella). Hay que ingerir las calorías adecuadas y dependiendo de las cifras de glucemia se adecuará la dosis de insulina.

Antes de decidir un cambio de la dosis de insulina hay que descartar algún trastorno transitorio (infección aguda, incumplimiento de la dieta, ejercicio inhabitual,...), para ello hay que confirmar que los nuevos niveles de glucemia se mantienen durante tres días al menos. Los cambios de dosis no deben exceder de 2-3 unidades de insulina. La dosis y pauta de insulina debe ser siempre establecida por un profesional. En caso de pacientes con experiencia y conocimientos, que practi-

can autocontrol según los resultados de los perfiles efectuados, podrían modificar sus pautas de insulinización, en otros casos, mejor consultar con el Médico.

¿Cómo?:

Tome un par de centímetros de piel entre su dedo gordo y el índice, haciendo un pellizco y levantando un poco la piel, tal como puede observar en la Figura 1 (si utiliza una aguja de 5mm no necesita hacer este pellizco aun cuando se inyecte a un ángulo de 90°). Introduzca la aguja y empuje el botón del dispositivo o émbolo de la jeringuilla para inyectar la insulina. Espere 5 segundos (10 segundos si las dosis son mayores a 25 unidades) y retire la aguja de su piel. Ya puede soltar el pellizco.

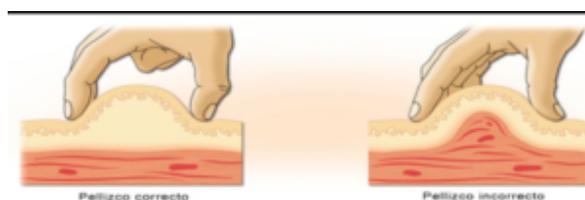


Figura 1. Administración vía subcutánea

No todas las personas se inyectan con un ángulo de 90°. Si se inyecta en un área del cuerpo donde hay menos tejido graso o si la aguja mide más de 5 mm., necesitará hacer la inyección en un ángulo de 45° para evitar inyectarse en el músculo.

Puede que ocasionalmente sangre el punto de punción. En esos casos presionar (no frotar) ligeramente con el dedo y un algodón. Si aparece un moratón, no utilice esa zona nuevamente hasta que

Capítulo 21: Manejo de la insulino terapia

éste desaparezca.

Hay que rotar el punto de inyección. No basta con cambiarlo cada día, hay que seguir un “camino” para que trascurren varios días antes de volver a pinchar en el mismo lugar del cuerpo. Al hacer esto, ningún lugar será utilizado con demasiada frecuencia y así evitará lesiones en la piel que, además, pueden dificultar la absorción de la insulina. En la siguiente imagen (Figura 2) se muestran las distintas localizaciones donde puede ir alternando la inyección.

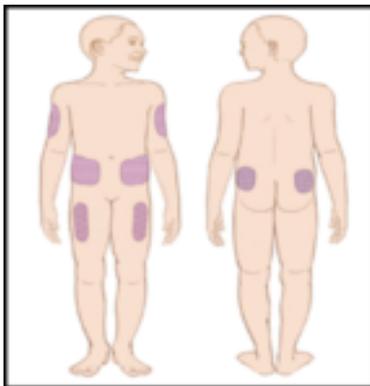


Figura 2: Zonas de administración

Precauciones:

- Manejo de la insulina:

Tanto viales como plumas se deben conservar en la nevera -NO en el CONGELADOR- incluso el que se esté utilizando. Simplemente, y para evitar dolor en la inyección, sáquelo de la nevera unos minutos antes de la administración.

Cada vez que acuda a la farmacia a por insulina corrobore que la fecha de caducidad y el tipo de insulina sean correctos.

Nunca lleve la pluma con la aguja puesta, esto puede causar que el aire entre en el cartucho y que la velocidad con la que fluye la insulina por la aguja sea más lenta.

- Hipoglucemias:

Los síntomas que sugieren niveles bajos de azúcar en sangre son: cansancio repentino, bostezar con frecuencia, pensamiento embotado, dificultad para realizar movimientos finos, sudoración, palidez y aletargamiento (en casos graves incluso pérdida de conciencia).

Ante una hipoglucemia lo más rápido es tomar azúcar refinada (caramelos, zumos,...) pero seguidamente hay que comer algún alimento rico en hidratos de carbono (frutas, pan,...). En caso de no poder tomar nada por boca puede administrarse glucagón subcutáneo (que se lo habría recetado su médico previamente).

Ante niveles bajos de azúcar en los controles habituales, pero sin síntomas, lo que habrá que hacer es modificar la pauta de insulina o la ingesta de calorías.

- Interacciones:

Fármacos que potencian la acción de la insulina: AAS, Atorvastatina, β -bloqueantes (utilizados como tratamiento

El Polimedicado 2.0

de diversas enfermedades del corazón) son de especial importancia porque pueden enmascarar los síntomas de la hipoglucemia, Claritromizina, IECAS (utilizados como tratamiento de la hipertensión) e IMAOS (un tipo de antidepresivos).

Fármacos que disminuyen el efecto de la insulina: Antidepresivos tricíclicos (como la Amitriptilina), β -agonistas (presentes en muchos inhaladores para tratamiento del asma y la bronquitis crónica), estrógenos (anticonceptivos orales, p.ej.), diuréticos y corticoides.

PUNTOS IMPORTANTES

- Un buen control metabólico de su diabetes (HbA1c < 7%) redundará en una mejoría de su calidad de vida, tanto actual como futura, al disminuir la posibilidad de que aparezcan las complicaciones propias de esta enfermedad.
- Los consejos que se dan a un diabético en relación con el ejercicio y dieta son, en el fondo, lo que se llama “vida sana”. El asumir hábitos saludables en la vida diaria por toda la familia ayudará al paciente a hacer las cosas bien y puede prevenir otros casos de diabetes tipo 2 en la familia.
- Si no tiene la certeza de haberse inyectado la insulina (por haber olvidado la dosis o pensar que no ha sido correctamente administrada) recuerde que las hipoglucemias son más graves que las hiperglucemias. Si no está seguro, no se inyecte otra dosis de insulina.
- Ante cualquier duda que se le presente consulte a su [médico](#) y/o [enfermero](#).

ENLACES DE INTERÉS

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía: Consejos e información (videos, textos) dirigidos a personas con diabetes y sus familiares.

www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp?opcion=listadoTematico&idioma=es&perfil=ciud&tema=/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/C_1_Vida_sana/Diabetes/&desplegar=/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/

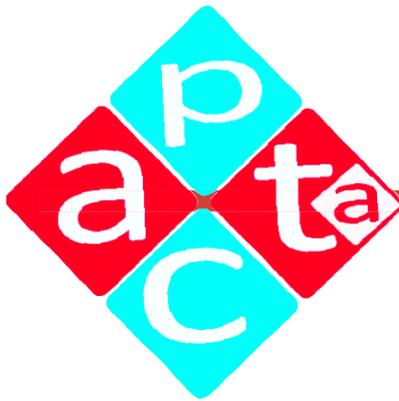
American Diabetes Association: Información en español sobre la enfermedad, medidas de prevención, dieta y consejos para mantenerse en forma.

www.diabetes.org/espanol/?loc=footer

Fundación para la Diabetes: Informa sobre la enfermedad, su prevención, tratamiento, cuidados especiales, avances científicos y actividades dirigidas a pacientes con diabetes. También cuenta con un apartado dedicado al deporte en personas con diabetes y otro dedicado a la alimentación del diabético y un foro.

www.fundaciondiabetes.org/

Federación de diabéticos españoles: Informa sobre las distintas asociaciones de diabéticos de España, tiene su foro y organiza eventos formativos; la organización tiene su propia revista.



22. Hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular

Pedro Díaz de Sousa

FEA Medicina Interna.

Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Jose Ramón Ávila Álvarez

FEA Farmacia Hospitalaria.

Hospital Universitario Virgen Macarena

Myriam Gallego Galisteo

Especialista Farmacia Hospitalaria.

Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Capítulo 22: Hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en los países occidentales. En el año 2000 fueron responsables del 35% del total de las muertes en nuestro país.

La OMS define como “factor de riesgo”, cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. En el caso de las enfermedades vasculares serían una serie de factores que aumenten las probabilidades de sufrir enfermedad isquémica cardíaca (infarto agudo miocardio, angina de pecho), accidente cerebrovascular (isquémico o hemorrágico), arteriopatía periférica (claudicación intermitente). Dichos factores pueden ser modificables o no modificables, según podamos realizar alguna intervención sobre ellos.

Dentro de los factores no modificables tendríamos la edad, la raza y el sexo, así como factores hereditarios. Los factores modificables son aquellos que nos permiten realizar una intervención para disminuir el riesgo de enfermedades vasculares. Estos factores serían los siguientes:

- Hipertensión arterial
- Hipercolesterolemia
- Diabetes Mellitus
- Tabaco
- Obesidad y estilo de vida.

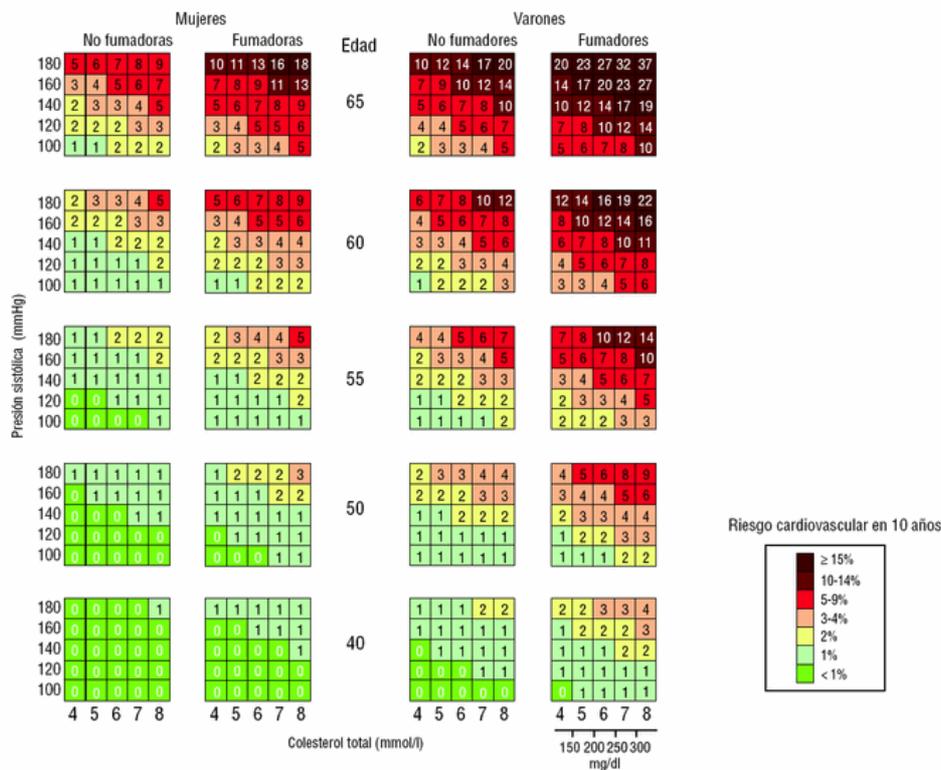
Todos estos factores interactúan entre ellos, determinando un riesgo de sufrir enfermedad vascular, que no podemos cal-

cular por un solo factor de forma aislada. Para poder intervenir sobre estos factores, debemos calcular el riesgo global que sufre una persona. Para ello debemos saber si esa persona es de alto, medio o bajo riesgo, lo cual nos hará planificar los objetivos que debemos alcanzar con la intervención sobre los factores de riesgo. Disponemos de una serie de herramientas para saber el grado de riesgo.

Las herramientas se basan en estudios epidemiológicos, en los que se hace seguimiento de la población durante un periodo de tiempo para extrapolar dichas características a una población determinada y saber la probabilidad de enfermedad vascular de una persona. Hay varias tablas que nos permiten calcular el riesgo vascular. De ellas, la primera que se realizó fue la realizada en la población de Framingham (USA); posteriormente se han realizado otras, como la REGICOR que fue hecha en base a población en España.

El Método de referencia según CEIPC (Comité español para la prevención de enfermedades cardiovasculares) es la de SCORE. Se basa en la zona de Europa en la que vive el paciente (existe una escala para países de alto riesgo y otra, que es la usada en España, para países de bajo riesgo), la edad, el sexo, el tabaquismo, la tensión arterial y los niveles de colesterol. Calculado el riesgo se asigna un color, que nos indica una gradación del riesgo, y un número o un % que es la probabilidad de riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años. En la tabla siguiente se pueden ver los riesgos.

El Polimedicado 2.0



Se consideran pacientes de alto riesgo:

- **Pacientes con enfermedad coronaria**, arteriosclerótica periférica o cerebrovascular.
- **Pacientes asintomáticos con un factor de riesgo** según el cálculo de SCORE > 5% por:
 - Diabetes mellitus tipo 1 con microalbuminuria.
 - diabetes mellitus tipo 2.
 - Un parámetro analítico muy elevado como único factor de riesgo (por ejemplo, Colesterol total > 320 mg/dl colesterol-HDL > 240 mg/dl o presión arterial > 180 mmHg de sistólica y 110 mmHg de diastólica)

DETERMINACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL

La determinación de la tensión arterial puede hacerse de diferentes formas:

1.- Toma en consulta con esfigmomanómetro.

El paciente debe sentarse cómodamente con el brazo apoyado en la mesa a la altura del corazón, relajado durante 5 minutos antes de la toma y sin ninguna prenda que comprima el brazo, evitando ingesta de cafeína y el consumo de tabaco 30 minutos antes de la medición. El aparato utilizado debe estar bien calibrado y usar un manguito adaptado al grosor del brazo. Se sitúa el estetoscopio a la altura de la arteria humeral. Inflar el manguito hasta 20 mm por encima de la campana del estetoscopio,

Capítulo 22: Hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular

hasta el momento en el que desaparece el pulso radial. Desinflar a razón de 2-3 mm por segundo hasta que se ausculta latido en la arteria humeral, ello nos indica la presión sistólica. Seguir desinflando hasta la desaparición del ruido de latido, momento en que tendremos la tensión diastólica.

2.- Automedida domiciliar de presión arterial (AMPA)



En este caso la medición la realiza el paciente en su domicilio por sí mismo o con ayuda de otra persona. En algunos casos se realiza por un dispositivo que el médico proporciona al paciente y en el que queda registrada (en el aparato) las mediciones de tensión. Es importante que el aparato utilizado sea fiable, es decir que haya sido validado por alguna de las sociedades u organizaciones dedicadas al estudio del riesgo vascular o hipertensión. El AMPA es útil para identificar casos de hipertensión de bata blanca (pacientes en que se detectan cifras de tensión elevada en la consulta, pero tiene tensión normal habitualmente) y para comprobar la efectividad del tratamiento

3.- Monitorización de Tensión arterial (MAPA)



Se trata de un dispositivo que registra tomas de tensión según se programe (suele ser cada 20 minutos en horas de vigilia y 40 minutos en horas de sueño durante 24 horas, también puede ser 36 o 48). Este dispositivo nos da un diagnóstico más certero de hipertensión arterial, identificando efecto bata blanca, detecta episodios de hipotensión arterial en relación al tratamiento, así como su eficacia y nos establece la variabilidad el patrón de ritmo circadiano de tensión arterial, que nos aporta mayor información sobre el riesgo vascular de dicho paciente

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial se define como la elevación persistente de la tensión arterial por encima de 140/90.

El problema de la hipertensión es que cuando se mantiene durante mucho tiempo se alteran algunos órganos, denominados órganos diana, que serían el corazón, el riñón, el cerebro, la retina y sistema vascular. Si una afectación de algún órgano se produce de forma aguda, hablamos de emergencia hiper-

El Polimedicado 2.0

tensiva, la cuál requiere tratamiento para bajar la tensión de forma rápida. Cuanto mayor sean dichas cifras, mayor riesgo vascular inducen.

La hipertensión arterial se clasifica en dos grandes grupos.

Esencial . No es síntoma de otra enfermedad. Es la más frecuente, alrededor del 95% de los casos.

Secundaria. Se produce como consecuencia de otra enfermedad u otra causa. Normalmente ocurre en el 5% de los casos. Las causas más frecuentes son:

- Tóxicos: Alcohol, anfetaminas, cocaína o plomo
- Fármacos: Anticonceptivos orales, antiinflamatorios, glucocorticoides, ginseng, simpaticomiméticos, carbinoxolona, ciclosporina o eritropoyetina.
- Enfermedades renales. Parenquimatosas (del propio riñón) o estenosis (estrechamiento) de la arteria renal.
- Enfermedades Endocrinas.
 - Feocromocitoma Aumento de producción de hormonas de médula suprarrenal. Enfermedad de Cushing
 - Enfermedad tiroidea. Tanto exceso o defecto de hormonas tiroideas.
 - Exceso de hormona de crecimiento.

- Enfermedades neurológicas. Aumento tensión intracraneal, tetraplejias u otras.
- Otras causas como síndrome de apnea obstructiva del sueño, estrés, toma de bicarbonato o regaliz o coartación aórtica (malformación cardiaca que produce estrechamiento en la salida de la aorta)

TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El objetivo es mantener bajar la tensión arterial por debajo de 140/90 mmHg en la mayoría de los pacientes. En el caso de que exista diabetes o insuficiencia renal crónica o enfermedades cardiovasculares, el objetivo es incluso más bajo de 130/90 mm Hg

El primer tratamiento de la hipertensión arterial deben ser perder peso, comer sano, reducir la sal, hacer ejercicio y moderar la toma de alcohol (2 raciones por hombre y 1 por mujer).

El tratamiento farmacológico deberá iniciarse con prontitud cuando las cifras de tensión sistólica son mayores de 180 o las diastólicas mayores de 110 independientemente del riesgo vascular. En casos con tensiones inferiores pero mayores de 140 de sistólica o 90 diastólica y con riesgo vascular mayor de 5 según la puntuación SCORE, o afectación de órganos diana, se debe iniciar tratamiento farmacológico.

Los fármacos antihipertensivos necesitan reducir de forma efectiva los niveles de presión arterial, con un perfil de seguri-

Capítulo 22: Hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular

dad favorable y que hayan demostrado disminución de la mortalidad y morbilidad. La elección del tratamiento debe hacerse de forma individualizada en cada paciente teniendo en cuenta especialmente las enfermedades que padecen. Según la forma de bajar la tensión, lo que se llama mecanismo de acción, existen varias clases de antihipertensivos y normalmente se usan juntos para conseguir los objetivos.

DIURÉTICOS:

Actúan aumentando la cantidad de orina. Entre ellos están la Clortalidona, Hidroclorotiazida, Indapamida, Xipamida, Furosemida, Piretanida, Torasemida, Amiloride, Espirolactona, Triamterene.

Estos medicamentos pueden producir alteraciones iónicas y su exceso puede deteriorar la función renal, por lo que deben ser manejados con precaución en casos de insuficiencia renal. También pueden aumentar los niveles de ácido úrico y provocar ataques de gota.

BETABLOQUEANTES:

Disminuyen la presión arterial por varios mecanismos pero básicamente lo que hacen es disminuir el gasto cardíaco. Son el Atenolol, Bisoprolol, Carteolol, Carvedilol, Metoprolol, Nadolol, Labetalol, Nebivolol, Oxprenolol, Propranolol, sotalol.

Pueden producir bradicardia (baja frecuencia cardíaca) por lo que deben evitarse en pacientes con bloqueo auriculoventricular. Pueden agravar la enfermedad pulmonar obstructiva crónica por lo que deben manejarse con

precaución en pacientes asmáticos. Y no se deben suspender de repente ya que pueden causar hipertensión de rebote, angina e infarto.

IECAs:

Actúan bloqueando la formación de angiotensina II que es una sustancia que en el cuerpo aumenta la presión arterial. Son el Benzepiril, Captopril, Cilazapril, Enalapril, Espirapril, Fosinopril, Imidapril, Lisinopril, Perindopril, Quinapril, Ramimpril, Trandolapril.

Su efecto secundario más importante es la presencia de tos asociada al tratamiento, a veces también se puede tener sensación de gusto metálico. Pueden producir insuficiencia renal, especialmente en pacientes con estenosis de arteria renal, así como elevación de los niveles de potasio en sangre. No se dispone de seguridad sobre el feto, por lo que deberían evitarse en mujeres que puedan quedarse embarazadas.

ARA II:

Actúan de forma parecida a los IECAs (bloquean los receptores de angiotensina II, por lo que ésta no puede actuar en el organismo). Son el Candesartán, Eprosartán, Irbesartán, Losartán, Telmisartán, Valsartán.

Su perfil de seguridad es similar a IECAs, salvo porque producen menos tos como efecto secundario.

ANTAGONISTAS DEL CALCIO:

La contracción muscular necesita que el calcio entre en las células. Estos medicamentos impiden la entrada y así hacen

El Polimedicado 2.0

que se produzca vasodilatación de las coronarias y periférica lo que disminuye la tensión.

Existen dos tipos con eficacia similar pero con efectos diferentes:

Dihidropiridinas: Amlodipino, Barnidipino, Felodipino, Lacidipino, Lercanidipino, Nicardipino, Nifedipino, Nisoldipino, nitrendipino. Pueden producir taquicardia refleja porque son vasodilatadores de ahí que puedan originar dolores de cabeza, enrojecimiento y edema.

No dihidropiridinas: Verapamil, Diltiazem. Disminuyen la frecuencia cardíaca. Pueden provocar bradicardia, por lo que deberían evitarse en pacientes con bloqueo auriculoventricular.

BLOQUEANTES ALFA:

Doxazosina, terazosina o prazosín.

No se pueden emplear solos para la hipertensión sino que han de ir acompañando a otro antihipertensivo. La primera dosis suele producir mareo transitorio y desmayo por lo que debe administrarse por la noche. Especialmente indicados si hay hipertrofia benigna de próstata porque relajan la próstata y reducen la resistencia al flujo de orina.

OTROS ANTIHIPERTENSIVOS.

Existen otros grupos de medicamentos antihipertensivos menos usados:

- Alfa 2 agonistas centrales: Alfametildopa, clonidina.
- Vasodilatadores arteriales directos:

Hidralazina, minoxidilo.

- Fármacos inhibidores de la renina como aliskirén.

Cuando no se obtienen los objetivos del tratamiento pueden asociarse varios medicamentos a varias dosis. En casos de pacientes de alto riesgo o, con lesiones de órganos diana, se recomienda iniciar tratamiento con más de un fármaco. Existen presentaciones farmacológicas que combinan dos o tres de estos medicamentos en un solo comprimido, lo cual facilita el cumplimiento terapéutico.

PUNTOS IMPORTANTES

- Los factores de riesgo modificables son tensión arterial alta, colesterol alto, diabetes, tabaco y obesidad. Esto debe hacerse por cambio en estilo de vida y/o por medicamentos.
- El riesgo vascular se calcula con tablas en base a la combinación de estos factores.
- La tensión arterial debe determinarse bajo unas condiciones y con una técnica adecuada.
- Existen cinco grupos de fármacos para el tratamiento de la tensión arterial.
- En ocasiones se necesitará combinar dichos fármacos.

ENLACES DE INTERÉS

CLUB DEL HIPERTENSO Portal web con información y consejos para el manejo de la Hipertensión Arterial para pacientes www.clubdelhipertenso.es/

FUNDACION ESPAÑOLA DEL CORAZON Portal web con información y consejos para pacientes para el manejo de enfermedades cardiovasculares www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html

CLINICA SANTA MARIA Portal web con información para pacientes sobre Hipertensión Arterial www.clinicasantamaria.cl/edu_pa-



23. Manejo de administración por sonda de alimentación

Inmaculada Fernández López
Enfermera. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Alberto Villa Rubio
FEA Farmacia Hospitalaria.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Rocio Sanchez Martin
Enfermera. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Capítulo 23: Manejo de administración por sonda de alimentación

La vía oral por su accesibilidad fácil y cómoda, por ser más segura para el paciente y menos costosa, es la principal elección para la administración tanto de nutrición como de medicamentos. Entendemos por nutrición enteral la administración de nutrientes a través del aparato digestivo, bien directamente por boca o mediante el empleo de las denominadas sondas, con objeto de lograr un grado de nutrición adecuado.

La nutrición enteral constituye una técnica de administración sencilla y eficaz, además de presentar una serie de ventajas sobre la nutrición parenteral, si bien hay que tener en cuenta que ésta no está exenta de complicaciones (menos graves que las asociadas a la administración parenteral). De modo general, podemos decir que la única contraindicación para la administración enteral la constituiría la existencia de un tracto gastrointestinal no funcionando (obstrucción, peritonitis, vómitos intratables, etc.)

Son muchos y variados los casos en los que por distintas causas los pacientes tienen alterada la vía oral, presentando dificultad para la deglución, en estos casos resulta necesaria la colocación de dispositivos que les proporcionen una correcta nutrición, permitiendo a su vez la administración de tratamiento farmacológico.

VÍAS Y MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN DE LA NUTRICIÓN ENTERAL

La alimentación a través de sonda constituye la forma que con mayor frecuencia se emplea para proceder a

administrar nutrición enteral. Podemos realizar una primera clasificación en función de si se requiere intervención quirúrgica para su colocación o no. Así nos encontramos:

Colocación sin técnica quirúrgica:

- Sonda nasogástrica.
- Sonda nasoduodenal.
- Sonda nasoyeyunal.

Colocación mediante técnica quirúrgica (catéter):

- Esofagostomía.
- Faringostomía.
- Gastrostomía.
- Duodenostomía.
- Yeyunostomía.

MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN

El método de administración constituye un punto crucial en el aporte de la nutrición enteral, tan es así que puede hacer fracasar el mismo, debido a la aparición de complicaciones. Una vez que la nutrición enteral está indicada para un paciente se procederá a la elección del preparado enteral (tipo de fórmula) y su posterior administración. Es importante tener en cuenta que la administración de la misma debe llevarse a cabo de manera progresiva. Uno de los factores que con mayor frecuencia se asocia a la aparición de complicaciones lo constituye el empleo de una forma de administración demasiado rápida. Es lógico pensar que aquellos pacientes en situaciones más graves o con alteraciones funcionales esta progresión ha de ser más

El Polimedicado 2.0

lenta y estricta, a diferencia de pacientes con el tracto gastrointestinal funcionando en los que podemos alcanzar los requerimientos nutricionales de forma más rápida (por ej. administrar las calorías necesarias en un máximo de tres días).

Administración en Bolus o Bolo:

- Consiste en la administración de volúmenes de nutrición, comprendidos entre 200-400 mL, mediante el empleo de jeringas, a intervalos entre 4 a 6 horas durante el día (ej. desayuno, almuerzo, merienda, cena y recena).
- El paciente debe estar incorporado y se mantendrá en posición de 45 grados media hora después de cada toma.
- Es importante vigilar el ritmo de administración, para evitar la aparición de distensión abdominal, vómitos o diarreas.
- Irrigar la sonda con 50 ml de agua antes y después de administrar la nutrición.

Administración Intermitente:

- Administración del volumen deseado de forma gota a gota, de modo similar al bolo en un intervalo de tiempo superior.
- Administración mediante empleo de contenedores o nutribombas.

Administración mediante infusión continua:

- Consiste en la administración del volumen deseado repartido en las 24 horas de forma ininterrumpida.
- Se recomienda mantener al paciente incorporado 45 grados el tiempo que dure la administración.
- Irrigar la sonda con 50 ml de agua antes y después de administrar la nutrición.
- Administración mediante empleo de contenedores o nutribombas.
- Iniciar la nutrición a un ritmo prescrito mediante bomba de infusión.

En el caso de bebés se utiliza la alimentación intermitente debido a que la continua tiene más posibilidades de que puedan ocurrir perforaciones gástricas, obstrucción de la cánula nasal, ulceración e irritación de las mucosas.

En los ancianos el incremento de la concentración y el volumen de la alimentación debe realizarse de forma más lenta para reducir la aparición de diarreas.

Una vez tratadas la vía y métodos de administración nos centraremos en las más empleadas en el ámbito sanitario y domiciliario.

Sonda Nasogástrica (SNG):

Indicaciones:

- Consiste en la introducción de una sonda desde el orificio nasal hasta

Capítulo 23: Manejo de administración por sonda de alimentación

el estómago. Es la vía de administración más utilizada, tanto a nivel hospitalario como domiciliario.

- Es adecuado para la alimentación enteral a corto plazo (menos de cuatro a seis semanas).
- Se utiliza para proporcionar nutrientes a pacientes con capacidad digestiva conservada, que presentan dificultad para deglutir o masticar los alimentos.
- Para confirmar la correcta colocación de la sonda nasogástrica se realizará con control radiológico y se realizará una nueva valoración de ésta si el paciente sufre cambios de posición o se producen accesos intensos de tos o vómito.

Ventajas:

- Es la más común, de fácil colocación y manejo tanto para el paciente, cuidadores y/o personal sanitario.
- Permite la administración de cualquier tipo de dieta.
- La alimentación intermitente así como la administración puntual de medicamentos es mejor tolerada en el estómago.

Inconvenientes:

- No es muy apropiada para nutrición enteral a largo plazo.
- Es incómoda y antiestética para el paciente. No olvidar que la estética

debe ser el último de nuestros problemas, y poner en primer lugar su seguridad sobre otras técnicas de alimentación artificial (como por ej parenteral)

- Riesgo de desconexión involuntaria (ej en pacientes agitados).
- Está contraindicada en pacientes con alto riesgo de broncoaspiración (paso del contenido del estómago a la vía respiratoria), ya que facilita el reflujo gastroesofágico.

Sonda percutánea para alimentación:

Existen dos tipos de sondas percutáneas:

- **Directamente al estómago: GASTROSTOMÍA** La gastrostomía puede ser quirúrgica, de implantación endoscópica (PEG) o de implantación radiológica.
- **Directamente al yeyuno: YEYUNOSTOMÍA** La yeyunostomía puede ser quirúrgica, radiológica o endoscópica (PEJ).

Indicaciones:

- Es adecuada para administración de nutrición enteral y medicamentos a largo plazo.
- Suele utilizarse en pacientes con trastorno de la deglución y, en el caso de la yeyunostomía, en pacientes con alto riesgo de aspiración o con el tracto gastrointestinal comprometido por encima del yeyuno.

El Polimedicado 2.0

Ventajas:

- Es un método cómodo, perfectamente tolerado y estéticamente adecuado.
- Presenta menor riesgo de regurgitación y aspiración frente a la sonda nasogástrica.
- Sencillez en el manejo.
- Existe menor riesgo tanto de desintubación como de desconexión involuntaria.

Inconvenientes:

- Ambos procedimientos están contraindicados en pacientes con determinadas patologías como obstrucciones intestinales completas, obesidad mórbida, trastornos de la coagulación, etc.
- Existe la posibilidad de que se produzca la maceración del orificio de la gastrostomía, debido al contacto con el jugo gástrico en caso del PEG, y de mayor riesgo de obstrucción debido a su pequeño calibre en caso del PEJ. En ambos procedimientos el riesgo derivado de la propia intervención.

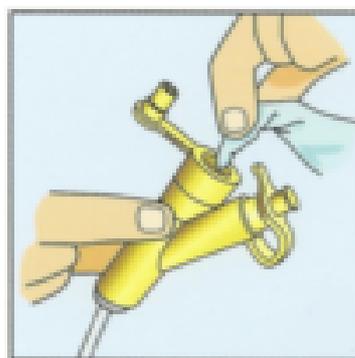
CUIDADOS GENERALES DE LA ADMINISTRACIÓN POR SONDA

Cuidado básicos

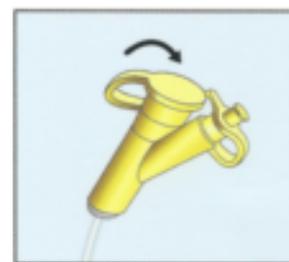
Objetivo: Asegurarnos la correcta colocación de la sonda y evitar escoriaciones en la nariz y en la piel.

Cuidados de la sonda (cualquier tipo de sonda)

- Limpiar diariamente la parte externa de la sonda con agua y jabón suave y aclarar posteriormente. La parte interna del conector de la sonda se limpiará periódicamente con bastoncillo de algodón o gasas.



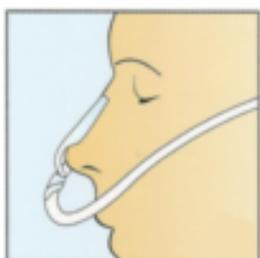
- Limpiar el interior de la sonda inyectando de 30 a 50 cc de agua después de cada nutrición, o tras la administración de cada medicación, para evitar cualquier obstrucción.



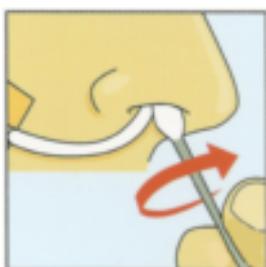
Capítulo 23: Manejo de administración por sonda de alimentación

Cuidados de la nariz y de la boca (SNG)

- Cambiar diariamente el esparadrapo o tirita fijadora para evitar irritaciones.



- Limpiar los orificios nasales como mínimo una vez al día con bastoncillo humedecido.



- Es necesario cuidar la higiene bucal de los pacientes: deben cepillarse los dientes y la lengua por lo menos dos veces al día. Enjuagar la boca y mantener hidratados tanto los labios como la nariz.



Cuidados del estoma (PEG)

- Lavar el estoma con agua tibia y jabón, secarlo así como la zona circundante.
- Se recomienda limpiar la zona alrededor de la sonda, desde la misma hacia fuera con movimientos circulares.

Fijación de dispositivos

- La sonda debe fijarse a la piel con esparadrapo hipoalérgico que deberá cambiarse diariamente o siempre que esté despegado: deberá lavarse la zona de piel previa comprobación de la sonda, observando la correcta integridad de la zona y aplicar un nuevo apósito.
- Debe moverse cuidadosamente la sonda rotando sobre la misma para cambiar la zona de contacto con la piel.
- En caso de sonda percutánea procurar que el soporte externo quede colocado de modo que se apoye sobre la piel sin ejercer presión.

COMPLICACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN ENTERAL:

PROBLEMA	CAUSA	INTERVENCIÓN
Lesiones en la nariz	Irritación debida al rozamiento o a la rigidez de la sonda	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la posición de la sonda de forma que no presione sobre el mismo punto • Lavar la zona con agua jabonosa y aplicar una solución desinfectante • Cambiar el esparadrapo o tirta cada día
Obstrucción de la sonda	Productos o medicamentos secos en el interior de la sonda	<ul style="list-style-type: none"> • Pasar agua tibia (unos 50 ml) por la sonda con la ayuda de una jeringa. Recordar que siempre debe pasarse agua por la sonda después de cada toma de alimento o medicamentos
Extracción de la sonda	La sonda sale al exterior por causa accidental o por una maniobra inadecuada	<ul style="list-style-type: none"> • Si la sonda está en correctas condiciones, volver a colocarla, si no, colocar una nueva
Náuseas y vómitos	Posición incorrecta del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en la posición correcta incorporándolo 30°- 45°
	La fórmula nutricional pasa demasiado rápido	<ul style="list-style-type: none"> • Parar la nutrición durante 2 horas. Si tras ese tiempo las náuseas y vómitos remiten reiniciar la nutrición. Si persisten averiguar el posible origen
	Excesivo contenido gástrico	<ul style="list-style-type: none"> • Parar la nutrición de 1 a 2 horas, pasadas las cuáles volver a aspirar hasta que disminuya el contenido gástrico. Si persiste, averiguar el posible origen
	Causas relativas a la dieta o medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar las pautas de administración de la dieta o del medicamento

Capítulo 23: Manejo de administración por sonda de alimentación

PUNTOS IMPORTANTES

En la administración enteral, tanto de nutrición como de medicamentos, es esencial seguir/recibir un correcto adiestramiento y cuidados especiales, así como la prescripción de las fórmulas adecuadas a nuestra patología para, de este modo, evitar las complicaciones adversas, y conseguir los resultados óptimos que perseguimos: la alimentación correcta y el efecto esperado del tratamiento farmacológico.

ENLACES DE INTERÉS

GUIA METABÓLICA Portal web con información y consejos para pacientes sobre el manejo de la sonda en pacientes con enfermedades metabólicas www.guia-metabolica.org/consejo/sonda-nasogastrica-en-enfermedades-metabolicas

GUIA DE ADMINISTRACION POR SONDA NASOGASTRICA Guia para pacientes para el cuidado y manejo de la sonda en domicilio
extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/alimentacion%20x%20sonda%20usuario.pdf



24. Salud Bucodental

Sara Raposo Correa

Odontóloga. AGS Campo de Gibraltar

Pablo Núñez Arcos

Odontólogo en práctica privada

Profesor Universidad de Sevilla

Bárbara Marmesat Rodas

UGC Farmacial. AGS Campo de Gibraltar

El paciente polimedicado requiere una especial atención en cuanto al cuidado oral y al tratamiento odontológico. Las condiciones orales en el anciano se ven afectadas por la pérdida de piezas dentales y en ocasiones dificultades en la conservación y rehabilitación de las prótesis, afectando de forma significativa a la calidad de vida.

El anciano por norma general padece múltiples enfermedades, que suelen ser crónicas y/o progresivas. El tratamiento farmacológico de las distintas patologías, puede provocar efectos secundarios que se pueden manifestar a nivel oral, haciendo más probable la aparición de alteraciones a dicho nivel, tales como desarrollo de caries, fisuras en lengua y carrillos, liquen plano oral, zonas eritematosas, etc.

La edad avanzada y la pluripatología, como la enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, y alteraciones neurológicas, pueden condicionar las posibles líneas de tratamiento odontológico. Aunque los principios y las técnicas terapéuticas usadas se asemejan a las utilizadas en el adulto joven, la capacidad regenerativa se encuentra gradualmente disminuida en este grupo de población. A pesar de ello, se acepta que la curación final observada, no difiere significativamente de la del resto de pacientes.

MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES POLIMEDICADOS:

Sequedad bucal (xerostomía).

La sequedad bucal es una característica

muy frecuente en personas de edad avanzada.

Una hidratación deficiente de las mucosas, como consecuencia de una secreción salival inadecuada, puede dar lugar a numerosas complicaciones. Las primeras manifestaciones clínicas asociadas a la xerostomía incluyen: dificultad para masticar, deglutir y hablar, en ocasiones se acompañan de ardor bucal, zonas eritematosas e irritación de la mucosa, dificultad para el ajuste de las prótesis removibles y en casos de mayor gravedad, incluso provocar fisuras en el tercio posterior de la lengua.

Son múltiples los factores que pueden originar esta alteración, aproximadamente el 75% de los pacientes mayores de 65 años toma medicación que inhibe la secreción salival, tanto la hipofunción de la glándula salival como la xerostomía, están entre los efectos secundarios más graves asociados al tratamiento radioterápico en la región de cabeza y cuello, y en otros casos se ha relacionado con cuadros de sequedad no sólo en la cavidad oral, sino a nivel de mucosas como en el síndrome de Sjögren.

Síndrome de boca ardiente

Se define "síndrome de la boca ardiente" a la sensación de dolor, ardor o escozor en la cavidad oral sin una causa clínica desencadenante. Para su diagnóstico habría que descartar enfermedades sistémicas o cutáneas, ya que el mencionado síndrome se refiere únicamente a aquellas formas que se presentan sin una causa conocida o lesión que lo justifique. Otros autores describen la enfermedad

El Polimedicado 2.0

sensorial oral, para referirse a aquellas alteraciones sensoriales idiopáticas que engloban el síndrome de boca seca, la xerostomía y la alteración en el gusto.

Disgeusia (alteración del gusto)

Las alteraciones del gusto pueden estar provocadas por cualquier interferencia en el acceso de las sustancias a los receptores celulares de las papilas (conjunto de receptores sensoriales localizados en la lengua, que hacen posible la percepción del sabor), a una disfunción de los mismos o por daño en la transferencia de las sensaciones al sistema nervioso.

Son múltiples los factores causales, como son las alteraciones neurológicas o renales, las infecciones en el tracto respiratorio, las condiciones bucales, la estomatitis, algunos desórdenes nutricionales y metabólicos, el tratamiento quimio-radioterápico y los fármacos, que constituyen la causa más frecuente en pacientes ancianos, aunque el diagnóstico se realiza tras descartar otros posibles procesos desencadenantes.

Las alteraciones del gusto provocadas por fármacos, se relacionan directamente con la dosis, se resuelven habitualmente tras la retirada del fármaco y son casos excepcionales los que persisten tras la supresión del mismo.

Halitosis (mal aliento)

La presencia de halitosis es un signo clínico que se asocia a un origen múltiple, desde escasa higiene bucal hasta enfermedades graves (cáncer de pulmón, gastritis crónica, etc.). El mal olor de la

boca se produce por descomposición bacteriana de restos de alimentos entre los dientes, de saliva, de células de la mucosa oral o de sangre que producen sustancias volátiles de mal olor.

Gingivitis y periodontitis

Gingivitis: es una enfermedad bucal generalmente bacteriana, que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes. Fundamentalmente se debe a un cepillado insuficiente o a una mala técnica. Los fármacos también pueden producir la inflamación de las encías, haciendo que el cepillado sea más molesto y a veces sanguinolento, favoreciendo la acumulación de la placa bacteriana.

Los siguientes factores aumentan el riesgo de padecer gingivitis:

- Ciertas infecciones y enfermedades generalizadas
- Mala higiene dental
- Embarazo (los cambios hormonales aumentan la sensibilidad de las encías)
- Diabetes mal controlada
- Los dientes mal alineados, los bordes ásperos de las obturaciones y la aparatología oral mal colocada o contaminada (como correctores dentales, prótesis, puentes y coronas).

El uso de ciertos medicamentos como la fenitoína, el tratamiento hormonal anti-

conceptivo y las sales de bismuto.

La gingivitis puede ser tratada y curada mediante tratamientos periodontales y medicamentosos, en cambio si ésta no es resuelta, puede dar paso a la periodontitis.

Periodontitis: inflamación que se disemina desde las encías (gingiva) hasta los ligamentos y al hueso que sirven de soporte a los dientes. La pérdida de inserción hace que los dientes sufran inestabilidad en su fijación a la raíz y finalmente se desprendan. La periodontitis es la causa principal de la pérdida dental en el adulto.

No es un trastorno común en la niñez, pero se incrementa durante la adolescencia. Ésta puede ser tratada y contenida pero no curada.

La destrucción ósea puede verse acentuada por la presencia de infección o abscesos dentales.

Infecciones orales

El cuerpo humano de forma natural alberga gran variedad de microorganismos. Algunos de ellos son beneficiosos, y otros pueden resultar patológicos en función de los nichos ecológicos que ocupan.

Una depresión del sistema inmune o un déficit de saliva mantenido, puede provocar la aparición de candidiasis o queilitis. Todo ello es debido a cambios en la composición de la flora habitual, a la proliferación de patógenos oportunistas y a la disminución de las barreras defensivas locales.

Sin embargo, cuando el sistema inmunitario se encuentra debilitado o se modifica la flora habitual, la levadura puede multiplicarse. Los siguientes factores pueden incrementar las probabilidades de padecer candidiasis bucal:

- Salud deficitaria.
- Niños y ancianos.
- Inmunodepresión.
- Uso prolongado antibióticos.
- Tratamiento inmunosupresor.
- Diabetes mellitus.

Caries

El uso continuado de fármacos xerostomizantes, una técnica de cepillado deficiente y una mala higiene oral, induce un aumento de la aparición y progresión de la caries, localizándose preferentemente en las zonas cervicales e interproximales de los dientes.

Lesiones en dorso de la lengua y mucosa bucal.



Figura 1: Mucositis

Fuente: patoral.umayor.cl/emsimbuc/mucositis_2.jpg

En pacientes inmunodeprimidos y en aquellos en tratamiento con determinados fármacos, con frecuencia pueden aparecer lesiones atróficas o liquenoides, como ocurre en el caso de diuréticos tiazídicos.



Figura 2: Lesiones en el dorso de la lengua
Fuente: 4.bp.blogspot.com/_ohIC3dujCE/S-/mucositeradiacao50.jpg

Hipertrofia gingival

Es un agrandamiento patológico de la encía. Se suele asociar al tratamiento con hidantoínas.



Figura 3: Hipertrofia gingival

Fuente: www.oralimagen.com/images/galeria/imagen_id_12977.jpg

Úlceras, lesiones y fracturas por un mal ajuste protésico.

Son múltiples las causas que pueden provocar erosiones en los tejidos de la cavidad oral, como son, la remodelación ósea, el déficit de saliva, una prótesis desajustada, o extracciones posteriores a la confección de las prótesis, pudiendo ocasionar si no se solventan, lesiones precancerosas, fracturas dentales o deterioro de la prótesis.

Exodoncias (extracción dental)

Los tratamientos quirúrgicos, requieren especial precaución en aquellos pacientes que hayan sido sometidos recientemente a radioterapia, o que estén recibiendo bifosfonatos (p. ej. ácido alendrónico, ácido zoledrónico, etc.) para la prevención de eventos relacionados con el esqueleto (osteoporosis postmenopáusica, fracturas patológicas o neoplasias avanzadas con afectación ósea), ya que existe riesgo de osteonecrosis mandibular asociada a una extracción dental y/o infección local. En aquellos otros sometidos a tratamiento antiagregante o anticoagulante, hemos de prestar atención a un riesgo de hemorragias más agresivas.

MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACIÓN.

Protocolo de actuación terapéutica de la xerostomía.

Entre las medidas generales a llevar a cabo, está el control de la patología sistémica de base y de los fármacos para su tratamiento. En algunos casos será necesaria la eliminación o modificación de

alguno de estos medicamentos. Una correcta hidratación es fundamental, sobre todo en aquellos pacientes tratados con medicamentos diuréticos o sometidos a dietas bajas en sal.

Es conveniente la eliminación del café, tabaco y alcohol así como el control del componente ansioso.

Entre las medidas locales se puede recomendar el uso de sialogogos (estimulantes salivales) o de sustitutos cuando la sequedad es muy acusada. Se recomienda el uso de antisépticos tipo clorhexidina (en períodos de 20 días) para el control de la placa bacteriana.

La estimulación de la producción de saliva se puede conseguir con medidas sencillas como chupar o masticar un caramelo o un chicle con xilitol, beber zumo de limón o comer con mayor frecuencia. Se puede recurrir si fuese necesario, a la administración de fármacos como la pilocarpina o cevimelina pautados tres veces al día por vía oral.

Los sustitutos de saliva o salivas artificiales, permiten aumentar la protección de la mucosa oral y dientes frente a irritantes.

Protocolo de actuación terapéutica frente a la halitosis, gingivitis, periodontitis y caries.

Es fundamental mantener una correcta higiene oral diaria, sin olvidar el barrido mecánico del dorso de la lengua. Se prefiere el uso del cepillo eléctrico, colutorios y pastas dentífricas con clorhexidina, en tal caso no por periodos superiores a 20

días, ya que pueden teñir los dientes. Se pueden realizar periódicamente aplicaciones tópicas de flúor con el fin de prevenir las caries radiculares. También será necesario tratamientos de tartrectomía en el caso de la gingivitis o de raspado y alisado radicular en el caso de la periodontitis, para el control y mejora de la enfermedad.

Protocolo de actuación terapéutica frente a candidiasis y queilitis.

El odontólogo puede prescribir un antimicótico (nistatina o clotrimazol) en forma de enjuague bucal o tabletas para chupar en el caso de candidiasis bucal grave o un sistema inmunitario debilitado. Estos productos generalmente se usan de 5 a 10 días.

Protocolo de actuación frente a la exodoncias.

Es importante consultar a su médico sobre la patología de base, antes de someterse a cualquier acto quirúrgico, como es en este caso la extracción de piezas dentales.

Se debe considerar un examen dental antes de iniciar tratamiento con bifosfonatos, en especial en pacientes de riesgo (cáncer, quimioterapia, radioterapia, tratamiento con corticoides o poca higiene dental).

En concreto, a los pacientes en tratamiento con ácido zoledrónico, vía intravenosa, no se debería realizar ninguna exodoncia en al menos 6 meses después de retirar el fármaco, transcurrido ese período si se realiza la extracción, la herida

El Polimedicado 2.0

debe quedar cerrada y realizar un tratamiento con clorhexidina, y en el caso de la administración de bifosfonatos vía oral para el tratamiento de osteoporosis con bajo riesgo de fractura, éste puede suspenderse por un período de 3 meses.

Los pacientes que reciben tratamiento antiagregante o estén anticoagulados deberán acudir a su médico de atención primaria para conocer las pautas de tratamiento a seguir antes, durante y después de cualquier cirugía programada.

PUNTOS IMPORTANTES

- Control de la patología sistémica de base y los fármacos para su tratamiento.
- Control de ansiedad y el estrés en caso necesario.
- Mantener una correcta higiene y salud oral.
- Eliminar irritantes locales.
- Hidratar adecuadamente.
- Uso de antisépticos, estimulantes y sustitutos salivales.

ENLACES DE INTERÉS

FUNDACIÓ AGRUPACIÓ Portal web con información y consejos para el autocuidado de pacientes mayores www.envellimentsaludable.com/portfolio/aspectes-de-la-salut-bucal-en-la-gent-gran/?lang=es

COLGATE Centro de Información del cuidado bucal www.colgatecentralamerica.com/app/CP/GT/OC/Information/Articles/Oral-and-Dental-Health-at-Any-Age/Seniors/Senior-Maintenance-and-Care/article/Oral-Health-for-Seniors.cvsp



Bloque V: Relación con el Entorno



25. Escuelas de Pacientes

Carlos Núñez Ortiz

Enfermero. UGC Medicina Interna.

Hospital SAS LA Línea. AGS Campo de Gibraltar

Jose Angel Alonso González

Enfermero. UGC Medicina Interna.

Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Mercedes Calleja Urbano

Terapeuta Ocupacional y Auxiliar de Enfermería

Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

|

Las Escuelas de pacientes

Las Escuelas de Pacientes o escuelas de salud son iniciativas, generalmente pertenecientes al ámbito público, que se encuentran integradas por numerosas asociaciones de pacientes y/o empresas de tecnología sanitaria.

Estas escuelas tienen como objetivo generar espacios que den respuesta a las necesidades informativas y educativas de pacientes, cuidadores y profesionales responsables de pacientes con determinadas patologías, generalmente crónicas o invalidantes; para en definitiva tratar de mejorar su salud y la calidad de vida de los mismos.

Su origen se encuentra en la necesidad de crear mecanismos de capacitación de los pacientes para la toma de decisiones en cuanto a la medidas que atañen para mejorar la convivencia con su enfermedad, favoreciéndose la autonomía de los pacientes en relación con su salud, es decir, la creación de lo que se ha denominado el **paciente experto**.

Las personas al encontrarse en una situación discapacitante buscan una forma de suplir, recuperar o desarrollar habilidades que permitan su independencia en el desarrollo de sus intereses, para ello la tecnología y las herramientas empleadas para estos fines son de gran utilidad, incluso en situaciones que no respondan necesariamente a un marco terapéutico o de rehabilitación ordinaria.

El paciente experto

El Paciente experto es un término que empezó a usarse hace más de 20 años en EE.UU. Éste hace referencia al paciente que es protagonista de su enfermedad, siendo partícipe de manera responsable y activa de su tratamiento. Es aquel paciente que decide cuidarse, y tiene las habilidades, la motivación y la confianza para hacerlo. Para ello, se necesita siempre la colaboración de profesionales sanitarios, familiares y pacientes, para que éstos adquieran conocimientos relacionados con su enfermedad que le ayuden a sobrellevarla mejor, adquirir hábitos de vida saludable, tomar las decisiones de su proceso de enfermedad desde el conocimiento contrastado y no desde el azar o basándose en fuente de información de dudosa credibilidad.

Cuando un paciente es capaz de gestionar su proceso patológico, reconoce tanto sus derechos como sus obligaciones, conoce sus limitaciones y sabe cómo afrontar cada posible eventualidad o complicación y dispone de recursos para solucionar dudas. Esto conlleva un menor número de descompensaciones en su patología, disminuyendo el número de visitas a urgencias, ingresos hospitalarios y por tanto una reducción del gasto sanitario y un aumento directo de su calidad de vida.

El problema viene cuando el paciente polimedicado, generalmente de edad avanzada, presenta varias patologías crónicas, lo que hace más difícil su control y aumenta la probabilidad de complicaciones por la gran cantidad de

El Polimedicado 2.0

variables que tienen que reconocer y tener en cuenta dentro de su complejo régimen terapéutico. En estos casos es mucho más difícil que aparezca el paciente experto, pero es mucho más interesante su implicación, ya que disminuye en gran medida el número de complicaciones, asociadas a los procesos patológicos que pueden llegar a aparecer.

Actualmente la consulta clínica no es suficiente: unos breves minutos no satisfacen las demandas informativas del paciente crónico. Los pacientes son agentes activos y buscan información a través de medios como internet y las redes sociales que se encuentran al alcance de la población general. Sin embargo, esto tiene un contratiempo y es que no toda la información de la red tiene calidad científica, lo que hace necesario mantener un programa de formación de pacientes expertos de la mano de profesionales sanitarios.

Los programas educativos intentan valerse de pacientes crónicos capaces de entender su enfermedad, de responsabilizarse de su salud y con un correcto manejo de las opciones terapéuticas marcadas por sus sanitarios responsables.

El paciente experto desarrolla entonces un importante papel, que es el de promover la responsabilidad, facilitando información a otros pacientes que padecen la misma enfermedad crónica para comprometerlos en los autocuidados. Estos pacientes además deben reunir dotes comunicativas y empatía. Y entonces, una vez formados y asesorados, serán capaces de liderar grupos de

pacientes de forma eficaz, ya que transmiten la información, de igual a igual, con el mismo lenguaje de los demás pacientes, desde la misma experiencia de enfermedad y con dificultades parecidas para la realización correcta del tratamiento y para asumir el impacto físico, emocional y social de esa enfermedad. Esto favorece el diálogo entre los pacientes, con un lenguaje más cercano y sencillo que el de los profesionales sanitarios, promoviendo la consulta de dudas, el compartir experiencias y puntos de vista de su enfermedad así como las opciones diagnósticas y los posibles tratamientos, todo ello buscando la óptima adaptación de los mismos al estilo de vida de cada uno.

Los pacientes son los que llevan la iniciativa de su formación y los profesionales sanitarios se limitan a mantener un rol observador, orientador y si fuera necesario, aclaran y resuelven las dudas que puedan surgir.

Los pacientes expertos se convierten en profesores y líderes que enseñan a otros cómo vivir mejor con su enfermedad.

La formación y educación que reciben los pacientes sobre su proceso patológico, les permite tener una actitud más proactiva frente a la enfermedad y favorece la toma de decisiones, con información suficiente, sobre su régimen terapéutico y las consecuencias que estas decisiones pueden tener sobre su salud.

En la actualidad el paciente crónico y polimedicado, y en su defecto su cuidador/a, está adquiriendo un nuevo rol. Se

Capítulo 25: Escuela de pacientes

ha convertido en un agente activo, gestor, generador y responsable de su propia salud.

La incorporación de los pacientes a los procesos terapéuticos supone toda una revolución a la hora de entender las relaciones entre éstos, los profesionales sanitarios y sistemas de salud.

Ha habido un factor primordial para que se lleve a cabo esta incorporación del paciente corresponsable de su enfermedad a la toma de decisiones sobre su proceso, y es que la esperanza de vida se ha incrementado de manera considerable en los últimos años, lo que ha ido asociado a un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas que suponen el 80% de las consultas de atención primaria.

La disposición tradicional en la consulta con el profesional sanitario, protagonista en la toma de decisiones, ante cualquier síntoma o signo de alarma, se ha modificado a día de hoy. El autocuidado, los recursos formativos y la información sanitaria al alcance de los pacientes y el cuidador han permitido que este sea capaz de ser partícipe en esta toma de decisiones.

El uso generalizado de internet ha supuesto una enorme fuente de información sanitaria que pueden usar los pacientes y cuidadores. Concretamente el uso de la web2.0 ha supuesto una útil herramienta de participación y colaboración entre los diferentes actores del proceso patológico, pacientes, cuidadores, profesionales y entidades sanitarias, fo-

mentándose el intercambio de opiniones, información y consejos prácticos que ayudan a mejorar el afrontamiento de la enfermedad.

Tanto estas herramientas virtuales, internet, web2.0, redes sociales, como talleres presenciales hacen que las escuelas de pacientes puedan llegar a un gran número de usuarios que guiados por otros pacientes expertos aprenden a ser capaces de tomar decisiones y gestionar correctamente su salud.

Toda esta revolución digital ayudará a que el paciente crónico adopte nuevas conductas de autocuidados que revertirán en una mejora de su estado de salud. A su vez las redes sociales ofrecen resultados positivos en la adherencia al tratamiento y así como en la evolución de la enfermedad.

Los pacientes y cuidadores son protagonistas del proceso de enfermedad con el que conviven, y tan sólo asumiendo su parte de responsabilidad como actores activos dentro de este proceso pueden ser corresponsables junto a los profesionales sanitarios de su estado de salud.

Así, los pacientes comprometidos con la mejora de las condiciones de salud que le rodean pueden asumir un rol activo frente a la enfermedad, en la cual son asesorados por otros pacientes expertos (que ya tienen experiencia con la enfermedad) y los profesionales sanitarios que pueden asesorarlos con información fiable ante las dudas que le puedan surgir.

Tanto los pacientes como los cuidadores

El Polimedicado 2.0

que se encuentran reforzados por entornos educativos y acceden a recursos formativos e informativos que favorecen la adquisición de competencias, conocimientos y habilidades, mejoran en el correcto manejo de la patología favoreciéndose positivamente el control de los factores predisponentes al agravamiento de la misma. Además, la utilización de estos recursos y la adquisición de competencias influyen positivamente en la resolución de conflictos familiares que puedan surgir debidos a la enfermedad.

Escuela de Pacientes de Andalucía, experiencia pionera.

La Escuela de Pacientes es un proyecto educativo que fue lanzado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. El objetivo fundamental que persigue es la mejora la calidad de vida de aquellas personas que sufren de alguna enfermedad crónica y que necesitan soporte educativo y apoyo emocional para ello.

La pretensión de la Escuela de Pacientes es la creación de un espacio abierto a la generación y al intercambio de conocimiento entre los propios pacientes, cuyo último fin es compartir experiencias, sentimientos, creaciones e inquietudes.

La escuela está hecha por y para pacientes, familiares, personas cuidadoras y pretende ser una escuela que escucha y enseña.

La Escuela de Pacientes de Andalucía, por sus particularidades, persigue convertirse en un sitio de encuentro, en un valioso enclave, donde pacientes,

familiares, cuidadores y profesionales pueden compartir e intercambiar experiencias. De esta manera, tanto pacientes como familiares y cuidadores pueden expresar en esta plataforma cómo viven, qué sienten y qué les hace sentir mejor.

El enfermo crónico se transforma así en un experto de su propia enfermedad, y La Escuela de Pacientes le proporciona un altavoz donde expresar sus experiencias. De la misma manera, el cuidador también puede transmitir sus conocimientos acerca de enfermedades concretas. De esta manera, la plataforma fomenta el intercambio de conocimientos y experiencias para mejorar la auto-gestión de la enfermedad por parte de los enfermos.

Con todo, La Escuela de Pacientes resulta una plataforma donde aprender y enseñar a cuidarse. La Escuela ofrece tanto a los pacientes como a los familiares y cuidadores diferentes tipos de formación como pueden ser:

- Formación presencial y virtual: a través de la realización de cursos, talleres y seminarios formativos.
- Jornadas y Encuentros sobre diferentes problemas de Salud, así como de promoción y fomento de la misma.
- Edición de materiales: con multitud de vídeos, manuales, guías, aplicaciones móviles, etc.
- Biblioteca de recursos sobre la enfermedad, con numerosos documentos de apoyo que ayudan a los

Capítulo 25: Escuela de pacientes

pacientes.

- Hemeroteca, dónde queda recogido toda la evolución e hitos significativos que han tenido lugar desde y por la Escuela de Pacientes.
- Espacios de expresión: relatos y fotos, así como diferentes espacios virtuales, blogs y webs de pacientes donde se expresan sentimientos y sensaciones que posibilitan conocer y ponerle cara a la enfermedad.

Dentro de la Escuela de Pacientes podemos encontrar 10 aulas con pacientes expertos que pueden ayudar a otros, tanto pacientes como cuidadores y profesionales, a superar problemas, compartir sentimientos y solventar dudas desde el punto de vista del paciente experto y experimentado que conoce profundamente todos los entresijos de la enfermedad crónica que se padece:

- Asma Infantil.
- EPOC.
- Insuficiencia cardíaca.
- Diabetes tipo 2.
- Diabetes tipo 1.
- Cáncer colorectal.
- Fibromialgia.
- Cáncer de mama.
- Cuidados paliativos.
- Personas cuidadoras.

Además cuenta con apartados que dan información general sobre la Escuela, otro apartado de noticias, un especial rincón dedicado a Derechos y Recursos y con blogs, de temáticas diversas, dedicados a “cocinar rico y sano”, a la seguridad del paciente, de Paciente a Paciente, Escuela de Sexualidad y otros.

Si te sientes incluido en alguno de las aulas anteriores ya puedes ir tomando nota de cómo participar y sumarte a La Escuela de Pacientes de Andalucía, de lo contrario, si crees que falta el aula que despertaría tu interés, puedes proponer su creación.

Piensa que actualmente la información, los contenidos y los recursos de interés para los pacientes se encuentran, en la mayoría de ocasiones, en internet y si no los encuentras siempre tienes la opción de crearlos tú.

Otras iniciativas de Escuelas de Pacientes

ForumClinic

Es un programa educativo/interactivo para pacientes destinado a que aumenten su grado de autonomía con respecto a su salud, utilizando las oportunidades que brindan las nuevas tecnologías.

Aporta información rigurosa, útil, transparente y objetiva sobre la salud, al tiempo que favorece la participación activa de los pacientes y sus asociaciones.

Pretende contribuir a que los ciudadanos mejoren el conocimiento sobre la salud,

El Polimedicado 2.0

la enfermedad y sus condicionantes, y sobre la eficacia y seguridad de los tratamientos curativos y preventivos disponibles, para que puedan implicarse en las decisiones clínicas que les afectan.

Dentro de ForumClínic encontramos numerosos ámbitos de interés donde los pacientes que sufren alguna de la siguientes enfermedades crónicas pueden obtener información rigurosa y elaborada por profesionales especializados sobre las patologías.

Estos ámbitos de interés además cuentan con foros para pacientes donde pueden conversar y resolver dudas:

- Artrosis y artritis.
- Cáncer de colon y recto.
- Cáncer de mama.
- Cardiopatía isquémica.
- Cuídate.
- Depresión.
- Diabetes.
- EPOC.
- Esquizofrenia.
- Obesidad.
- Trastorno bipolar.
- VIH/Sida.

Por otro lado cuentan además con aulas para determinadas patologías, con un apartado especial dedicado a los autocuidados, llamado "cuídate". Este apartado contiene mucha información y

recursos para aumentar la autonomía y el fomento del autocuidado del paciente.

Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos

Similar a otras escuelas de pacientes, La Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos intenta capacitar a los usuarios a los que se dirige hacia la adquisición de competencias que les permitan conservar y promocionar la salud tanto a nivel individual como colectivo.

Se encarga de divulgar información en materia de derechos y deberes, que aumente la implicación de los usuarios y la participación ciudadana en su sistema de salud, para que así puedan aportar mejoras con el fin de aumentar la eficiencia del mismo y mejorar la calidad percibida de los servicios

Educa y forma a pacientes, cuidadores y entorno familiar, en prácticas seguras, mediante la aplicación los cuidados adecuados como parte del tratamiento de enfermedades crónicas, y autocuidados tanto para los pacientes crónicos como para el cuidador con el fin de evitar la aparición de complicaciones.

Favorece el intercambio de conocimientos y experiencias entre usuarios pacientes, cuidadores y profesionales, con el fin de desarrollar guías y ayudas efectivas para otros pacientes que compartan enfermedades similares.

Fomenta la cooperación entre diferentes

Capítulo 25: Escuela de pacientes

colectivos y asociaciones de pacientes y favorece la divulgación de la información generada por estos colectivos dándole una mayor difusión.

Aunque su ámbito presencial se limita a la comunidad gallega, con un modelo descentralizado que cuenta con sedes en diferentes localidades, el acceso a los recursos desde internet se puede realizar desde cualquier lugar.

Desde su portal web se tiene acceso a una gran diversidad de recursos formativos, cursos, presenciales o a distancia y virtuales. Además existen foros de pacientes de carácter temático donde se comparte información y se resuelven dudas por los propios pacientes.

Esta escuela cuenta con equipos docentes formados tanto por profesionales sanitarios como por pacientes y sus cuidadores, expertos en las diferentes enfermedades crónicas que se tratan y en el fomento de la seguridad tanto de pacientes como de los cuidadores implicados en estos procesos patológicos.

Entre los temas formativos priorizados encontramos:

- Formación de formadores, dirigidos a miembros de colectivos de ayuda mutua.
- Enfermedades emergentes, como la Gripe, que tienen especial importancia, que van dirigidas a algunos colectivos de pacientes, por su especial fragilidad, y sus cuidadores.
- Enfermedades crónicas, degenera-

tivas y otras con especiales connotaciones sociales, así como el trasplante de órganos y los cuidados paliativos, dirigida a las pacientes con estas patologías, miembros de las asociaciones de ayuda mutua, y a los cuidadores en general.

- Cuidando al cuidador, dirigida especialmente a aquellos cuidadores principales que tienen a su cargo pacientes con altos niveles de dependencia.
- Prevención de la violencia de género, dirigida a colectivos de alto riesgo.
- Seguridad de pacientes, dirigida a pacientes y a sus cuidadores principales y familiares implicados en mejorar la seguridad de las prácticas del proceso que atraviesan.
- Participación ciudadana, dirigida a los miembros de las comisiones de participación ciudadana y al voluntariado de Galicia. Este último ámbito de interés no se encuentran en otras escuelas de pacientes y puede ser interesante su inclusión, ya que se realiza una implicación de los usuarios en la decisiones generales que les incumben en materia de salud.

En el portal web de la Escuela Gallega de Salud para pacientes encontramos cuatro grandes bloques:

- Información General: donde se cuenta quienes forman la escuela y qué hacen, dónde se localiza y

El Polimedicado 2.0

un interesante directorio de asociaciones de pacientes.

- **Actividades Docentes:** se encuentra un buscador de actividades, un apartado de inscripciones e incluso un formulario para enviar propuestas formativas.
- **Publicaciones de la Escuela,** que contiene folletos, libros electrónicos, pósters y recursos audiovisuales.
- **Foro: El Experto Responde,** este es el lugar donde los pacientes se vuelven protagonistas y responden dudas en los foros de discusión.

Otras Escuelas

En este punto cabe decir que existen otras muchas escuelas de pacientes, y una de las que se muestran más interesantes es la Universidad de Pacientes, que fundamentalmente tratan de aportar al paciente y cuidador un refugio donde pueden aumentar su nivel de competencia para la gestión y el manejo de la enfermedad crónica y donde pueden compartir y expresar sus experiencias y sentimientos con otros pacientes, llegando a convertirse en pacientes expertos. Un lugar donde disponer de numerosos recursos que les hagan vivir el proceso de enfermedad de una manera más fácil y así tener una mayor calidad de vida.

PUNTOS IMPORTANTES

- Las Escuelas de Pacientes tienen como fin primordial, capacitar a los pacientes y cuidadores para autogestionar y asumir la toma de decisiones sobre su enfermedad.
- Los protagonistas de las Escuelas de pacientes son los pacientes expertos.
- El paciente experto es aquel paciente informado, implicado y responsable que es capaz de gestionar su propia enfermedad de forma óptima.
- La Escuela de Pacientes de Andalucía, referente a nivel nacional, procura los recursos necesarios para intercambio y generación de conocimiento por los propios pacientes para mejorar la calidad de vida de los mismos.
- Existen multitud de Escuelas de pacientes que aportan un gran número de recursos que favorecen la autonomía del paciente en la gestión de la enfermedad.

ENLACES DE INTERÉS

Escuela de Pacientes de Andalucía:

- www.escueladepacientes.es/ui/index.aspx
- twitter.com/escpacientes
- www.youtube.com/escueladepacientes

ForumClínic:

- www.forumclinic.org/
- twitter.com/forumclinic
- www.youtube.com/Forumclinic/
- vimeo.com/forumclinic
- www.forumclinic.org/es/foros

Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos:

- www.sergas.es/EscolaSaude/
- <http://www.pictotraductor.com/>

Universidad de Pacientes:

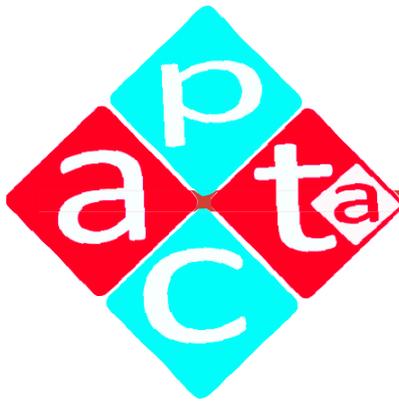
- www.universidadpacientes.org/
- twitter.com/upacientes
- www.facebook.com/universidadpacientes
- www.youtube.com/upacientes/

Escuela del Paciente Renal:

- pacienterenal.general-valencia.san.gva.es/
- twitter.com/pacienterenalhg
- www.facebook.com/pacienterenal

Información para las familiares de pacientes con discapacidad:

- www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/accion-social/discapacidad/apoyo-familiar/
- www.adislan.com/escuela-de-bienestar-al-servicio-de-las-familias-con-personas-con-discapacidad-intelectual
- www.aspace.org/noticias/335-nace-escuela-de-bienestar-un-recurso-on-line-para-familias-con-discapacidad-intelectual



26. Redes Sociales y el Paciente Polimedicado

Carlos Núñez Ortiz

Enfermero. UGC Medicina Interna.
Hospital SAS La LíneaAGS Campo de Gibraltar

Andoni Carrión Jiménez

Enfermero. UGC Especialidades Médicas.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Myriam Gallego Galisteo

Especialista Farmacia Hospitalaria.
Hospital SAS La Línea. AGS Campo de Gibraltar

Capítulo 26: Redes Sociales y el paciente polimedicado

Las TIC y la web2.0

Las tecnologías de la información y la comunicación, también conocidas como TICs, son aquellas que se refieren al conjunto de recursos que se usan para procesar información, tanto en su almacenamiento como en la transmisión y gestión de la misma.

La incorporación de las TIC en la vida cotidiana puede tener una importante función en el manejo de algunas enfermedades crónicas. El aumento de la accesibilidad a la información a través del uso de Internet y las ventajas que conlleva disponer de un teléfono móvil "Smartphone", cada vez más disponibles y a un coste soportable, con acceso a la web, supone un gran avance en la facilidad de acceso a recursos de interés por parte de los pacientes y una oportunidad extraordinaria para el acceso a la información que supone Internet, una oportunidad no se puede desaprovechar, aunque aún haya mucho escepticismo a su alrededor.

Sin embargo, el acceso en si mismo no supone una gran mejora si no permite capacidad de interacción, de compartir esta información y de intercambio de experiencias y opiniones. A esta manera de interactuar a través de la web es lo que llamamos web2.0.

La Web2.0 es aquella que permite la participación e interacción entre personas, de forma que son éstas mismas las que enriquecen y crean los contenidos en la web. Es lo que se conoce como web social, donde tiene cabida todo aquello

que los usuarios aporten. De este modo la información ya no tiene un carácter unidireccional, de quien la produce a quien la consume, sino que asume un carácter multidireccional, no sólo de quien la produce al resto, sino que los consumidores pueden convertirse en productores de información enriqueciéndola y aportando puntos de vista particulares.

Es importante, por tanto, que los pacientes entiendan las ventajas y los inconvenientes que supone el uso de estas herramientas TIC y la web2.0, las conozcan y las tengan en cuenta a la hora de hacer uso de las mismas.

Para los pacientes crónicos es fundamental hacer uso de la conocida como eSalud, aquella información sanitaria que se encuentra en internet, que es **más rica, más accesible y de alta calidad**, y que supone una mejora en las capacidades del paciente en pos de convertirse en ePaciente, además de suponer una oportunidad de comunicación inmejorable entre pacientes y profesionales sanitarios, cuyo papel fundamental consiste en confirmar y ser garantes de la calidad y veracidad de la información consultada en internet.

El uso de la web2.0 para los pacientes crónicos les supone ventajas nada desdeñables, como pueden ser:

- Accesibilidad. La Web2.0 mejora el acceso y relación con los profesionales sanitarios aportando cercanía con lo que se facilita la comunicación y el trato, facilitando las consultas y ganando la atención sanitaria

El Polimedicado 2.0

en calidad.

- **Fiabilidad.** El profesional sanitario, ya sea a través de la prescripción de enlaces o mediante el filtrado de la información que le facilita el paciente puede hacer que consiga una información de mayor calidad que la que puede encontrar en el océano de internet.
- **Formación.** Mediante el simple hecho de compartir información con el profesional sanitario y contrastarla, el paciente se forma. Este procedimiento de búsqueda y contraste de información se puede aprender y el paciente puede realizar una búsqueda de recursos más fiable la próxima vez que lo necesite. Esto hace que el paciente sea más autónomo y sólo consulte cuando lo crea conveniente.
- **Gestión del tiempo.** El paciente puede ahorrarse desplazamientos y tiempos de espera innecesarios en consultas que no son de urgencia. Esto hoy en día aún es más evidente con el uso del teléfono móvil, donde sin necesidad de desplazamiento alguno puede resolver dudas. Se puede gestionar desde citas, segunda opinión, o consultas sobre diagnóstico o tratamiento de manera online.

Aunque el desarrollo de estas relaciones entre paciente-profesional sanitario está aún en un momento muy precoz, estamos viendo como cada día aumentan los recursos disponibles al alcance de pacientes y los profesionales dispuestos a uti-

lizarlos para dar respuesta a estas necesidades.

La eSalud

Internet es muy rica en información sanitaria. En España ya hay casi más de 10 millones de personas buscando esa información; la evolución indica que en poco tiempo serán muchas más las personas interesadas en esta información sanitaria.

Los pacientes han encontrado en internet un canal de información asequible que les permite acceder a información y obtener respuestas que los sistemas sanitarios no les dan.

La inmediatez y la facilidad de acceso hacen que internet se haya convertido en el canal favorito de búsqueda de recursos sobre salud. Esto es algo que los pacientes están aprovechando aunque no cuenten siempre con las garantías suficientes de que esta información sea fiable y de calidad. En última instancia, los pacientes, depositan la confianza en el profesional sanitario que es quien debe contrastar esta información y debe enseñarle el cribar “el grano de la paja”.

De este modo, la eSalud le proporciona una ventaja cualitativa al paciente que la usa, llegando, a través de un proceso de formación, a convertirlo en un ePaciente.

Entre los recursos que la eSalud pone al alcance los pacientes encontramos:

- Universalización del acceso a la in-

Capítulo 26: Redes Sociales y el paciente polimedicado

formación. Cualquiera puede tener acceso a internet, independientemente de su raza, color, credo o condición sexual, la información está al alcance de todos. Hay que tener en cuenta que la “brecha digital” supone una clara desventaja para el resto de pacientes.

- Interacción. Tanto pacientes, cuidadores, profesionales o sistemas sanitarios pueden realizar propuestas, opiniones y aportaciones a un mundo que no se puede silenciar. Cuya mayor virtud es crear espacios de diálogo, entre los diferentes actores, que pongan encima de la mesa tanto las necesidades como las soluciones para estas requieren.
- Fluidez de la comunicación con el profesional. Consultas más asequibles y una comunicación más directa y personalizada permite mejorar la calidad del trato, aunque esta sea de forma virtual y/o remota.
- Orientación hacia una información de calidad, donde los profesionales sanitarios permiten y enseñan al paciente a mejorar sus habilidades en la búsqueda de recursos de calidad, solventando y contrastando dudas acerca de la información encontrada. Esto supone un aumento de las competencias del paciente que incrementa su autonomía y aprende para futuras búsquedas.
- Personalización. Esto supone que cada paciente obtiene una información individualizada y ajustada a lo que realmente busca y le inte-

resa. Ante la multitud de alternativas de comunicación, se pueden buscar aquellas que más se ajusten a las preferencias del profesional y del paciente para favorecer el intercambio de información.

- Ahorro de costes, supone mejorar la gestión del tiempo, tanto para el paciente como para los profesionales y sistemas sanitarios, además de ahorro en desplazamientos, mediante las consultas online, la videoconferencias o la telemedicina, la teleconsulta y la telemonitorización.
- Mejora en la seguridad. El paciente se vuelve protagonista de todo el proceso sanitario, mejora el autocontrol, siendo responsable de sus decisiones, teniendo más conocimientos, manejando las herramientas, lo que supone un aumento de su seguridad. Es el camino que sigue el ePaciente para convertirse en **Paciente Empoderado**.

ePaciente

El ePaciente es aquel que usa de forma ágil, apropiada y provechosa los recursos que la eSalud pone a su alcance.

Además también es ePaciente el que maneja las TIC y las usa para informarse sobre sus problemas de salud y gracias a ellos gestiona correctamente su enfermedad.

De aquí nace el término de paciente empoderado, aquel que además del correcto manejo de las herramientas, usa el conocimiento que éstas ponen a su al-

El Polimedicado 2.0

cance en su propio beneficio, asumiendo un rol activo en la toma de decisiones y llegando a involucrar en esta situación a otros pacientes, compartiendo sus propias experiencias. De este modo el paciente se convierte en receptor y proveedor de servicios sanitarios, educando y haciendo partícipes a otros pacientes de sus propias experiencias, conocimientos y habilidades.

Esta situación está desembocando en lo que en la actualidad se está llamando medicina participativa, donde los pacientes ganan en protagonismo. Todo ello conlleva un movimiento social en el que los pacientes pasan de ser sujetos pasivos conducidos, por los profesionales sanitarios por su proceso de enfermedad, a personas completamente responsables de dirigir su propia salud.

Actualmente se están produciendo importantes cambios en los sistemas sanitarios, donde se suman los pacientes mediante la participación activa y generación de conocimiento. Este hecho ha supuesto una modificación en la relación paciente-profesional sanitario y se han creado importantes comunidades de pacientes, considerándose el importante valor que aportan los propios pacientes como proveedores de servicios sanitarios.

La Web 2.0 y el paciente polimedicado

El paciente polimedicado es aquel que presenta una terapia crónica de más de 5 fármacos, generalmente asociado a pluripatología crónica y más frecuentemente en personas de edad avanzada. Tal como se desprende de la anterior de-

finición, actualmente el perfil de los pacientes polimedicados no es el habitual en el uso de la Web2.0 o Redes Sociales en internet, pero la realidad es que cada día se van sumando más pacientes al uso de estas herramientas. Por lo tanto, no podemos despreciar que esta tendencia irá en aumento en los próximos años, lo que conllevará que necesariamente se aumente el abanico en la oferta de recursos disponibles, cada vez más adaptados a las necesidades individuales de cada paciente.

Recursos 2.0 para polimedicados

Actualmente existen multitud de recursos al alcance del paciente, pero hay que ser cauteloso a la hora de aceptar lo que se publica, ya que muchas de las informaciones pueden no ser del todo veraces y cumplir con unos mínimos criterios de calidad y objetividad.

Entre los elementos que encontramos en la red y que hacen referencia al paciente polimedicado de una manera más explícita están:

El laboratorio de prácticas innovadoras en polimedicación y salud. www.polimedicado.com ; donde se encuentra el canal polimedicado y el laboratorio, ambos recursos con interesante información y videos sobre este tipo de pacientes, todo ello desde el punto de vista de profesionales de la salud implicados en este tema. De los mismos autores podemos encontrar más recursos donde tratan el tema de la conciliación de la medicación en el paciente polimedicado.

Capítulo 26: Redes Sociales y el paciente polimedicado

Una herramienta que se considera de gran interés para éstos es el portal Polimedificados2.0. Es un sitio donde se ofrece información completa y objetiva dirigida al paciente polimedicado. Desde un punto de vista multiprofesional se ofrecen multitud de recursos que ponen al alcance del paciente y el cuidador gran cantidad de información herramientas para facilitarle el día a día.

El portal contiene un apartado para pacientes que incluye enlaces a webs de interés así como otros a boletines con información de interés para el paciente polimedicado que son editados por un equipo de profesionales sanitarios. Para el paciente polimedicado también enlaza con un canal de video con interesante información en formato audiovisual, que ayuda a la formación y el manejo de dispositivos. Cuenta también con un apartado de aplicaciones móviles, donde periódicamente se pone a disposición de los pacientes las últimas novedades en tecnología móvil, de interés para ellos.

Un apartado importante y que sirve para aumentar la autonomía del paciente es el de creación del cuadro diario de medicación, que permite crear actualizaciones en los "planning" de medicación que el paciente tiene en su domicilio, y que les permite de una manera fácil y sencilla, de una sola ojeada conocer la medicación, dosis y horarios para la toma de la misma. Este portal también enlaza con toda la comunidad virtual a través de herramientas sociales como son los perfiles en Twitter®, Facebook®, Youtube® y la posibilidad de mantener

seguimiento y contacto con los profesionales que lo editan a través del correo electrónico.

Otro recurso que puede ser de interés para el paciente polimedicado es www.opimec.org un portal institucional que trata de promover intercambiar y colaborar entre individuos, equipos y organización con el fin de mejorar en la gestión de las enfermedades crónicas. Es muy interesante para el paciente polimedicado y el cuidador el apartado que los concierne "Paciente y Personas Cuidadoras" ya que engloba multitud de enlaces y recursos de los que podrán extraer gran rendimiento.

Por último, utilizando las herramientas 2.0 más habituales que ponen recursos a disposición de los usuarios y con tan sólo realizar una búsqueda del término "polimedicado", podemos encontrar una gran cantidad de información que puede resultar de interés para el paciente polimedicado:

Presentaciones:

<http://www.slideshare.net/search/slideshow?searchfrom=header&q=polimedificados>

Boletines y documentos:

<http://issuu.com/search?q=polimedificados>

Videos y cortometrajes:

https://www.youtube.com/results?search_query=polimedicado&sm=3

El Polimedicado 2.0

Microblogging y twits:

<https://twitter.com/search?q=polimedicado&src=typd>

Aunque como ya hemos dicho anteriormente toda esta información será necesaria contrastarla y ponerla en valor consultándola con el profesional sanitario responsable de cada paciente.

Redes Sociales para pacientes

Un apartado importante que conlleva estar conectado a internet, el acceso a la información, el estar involucrado en la enfermedad, ser responsable de la misma, favoreciendo la autonomía por parte del paciente, es que éstos necesitan compartir sus vivencias y experiencias con la enfermedad; esto supone enriquecerse, superar los problemas y apoyarse los unos en los otros.

Un aliado importante, que ha facilitado el uso de internet, la web2.0 y la redes sociales, es la creación de comunidades virtuales de pacientes, movimientos asociativos que dan respuesta y favorecen la solución de sus problemas sin necesidad de acudir a los servicios sanitarios.

Estas comunidades, promovidas por los propios pacientes, pretenden acercar a profesionales, cuidadores y familiares involucrados en el proceso patológico. Sirven como punto de encuentro, para sumar esfuerzos, independientemente de distancias geográficas y sin que necesariamente se conozcan entre sí.

Existen gran número de comunidades de

pacientes, generalmente asociadas a patologías concretas.

En ellas destacan a nivel nacional:

- Forum Clinic: Comunidad de pacientes y profesionales para mejorar la salud en diversas patologías.
- VIVU: canal de información sobre salud y bienestar.
- Estudiabetes: Comunidad virtual para diabéticos.
- ePacientes: Comunidad para compartir información sobre una enfermedad, tratamientos, síntomas, vivencias, experiencias, con el fin de cambiar el afrontamiento que se hace de la misma.
- APTIC (Asociaciones de pacientes y TIC): Red social APTIC, en colaboración con entidades y centros sanitarios.
- MisaludenRed: Repositorio en abierto de comunidades virtuales de salud.
- Vivelasalud: Comunidad que facilita información y donde se puede solicitar opinión y consulta sobre problemas de salud.

También a nivel internacional se encuentran como referencias:

- PatientOpinion: Comunidad de experiencias, opiniones y testimonios de pacientes.
- RevolutionHealth: Donde se facilitan y ofrecen herramientas e información para mejorar la gestión de

Capítulo 26: Redes Sociales y el paciente polimedicado

la salud y el bienestar de forma activa.

- ACOR: Comunidades on line, de padres, cuidadores, familiares y amigos para discutir sobre temas clínicos y no clínicos, así como últimos avances relacionados con determinadas enfermedades.
- CaringBridge: Es un sitio web gratuito, donde se da apoyo a personas con enfermedades o lesiones graves.
- Son multitud los recursos a disposición del paciente, ahora será él mismo, dependiendo de sus propios intereses y de las necesidades que tenga por cubrir, el que tenga que buscar la respuesta que más se adecúe a su requerimiento.

ENLACES DE INTERÉS

El **ePaciente** y las redes sociales :
www.salud20.es/wp-pdf.php?f=178

Libro blanco del E-paciente:
e-patients.net/u/2011/11/Libro-blanco-de-los-e-Pacientes.pdf

www.polimedicado.com
polimedicados20.blogspot.com.es

OPIMEC.ORG: "Paciente y Personas Cuidadoras":
www.opimec.org/ciudadania/

PUNTOS IMPORTANTES

- El uso de la web2.0 supone una oportunidad que los pacientes crónicos tienen que aprovechar para mejorar el manejo de su enfermedad.
- El paciente y cuidador mediante el uso apropiado de la eSalud serán capaces de convertirse en ePacientes, lo que les permitirá ser más independientes y autónomas frente a su enfermedad y el sistema sanitario, haciéndoles tener una vida más plena.
- El uso de los recursos que la web2.0 y las redes sociales ponen al alcance del paciente polimedicado le permitirá compartir e intercambiar información, experiencias y herramientas que le facilitarán su cotidianidad con la enfermedad y le aumentará su calidad de vida.



Referencias Bibliográficas

|

BLOQUE I: EL PACIENTE POLIMEDICADO

Capítulo 1. El Paciente Polimedicado

- Rollason, V., & Vogt, N. (2003). Reduction of polypharmacy in the elderly. *Drugs & aging*, 20(11), 817-832.
- Fialová, D., Topinková, E., Gambassi, G., Finne-Soveri, H., Jónsson, P. V., Carpenter, I., ... & AdHOC Project Research Group. (2005). Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *Jama*, 293(11), 1348-1358.
- Bjerrum, L., Rosholm, J. U., Hallas, J., & Kragstrup, J. (1997). Methods for estimating the occurrence of polypharmacy by means of a prescription database. *European journal of clinical pharmacology*, 53(1), 7-11.
- Barroso, A. V., & García, S. G. (2009). Grado de conocimiento y cumplimiento terapéutico, y prevalencia de los problemas relacionados con los medicamentos en mayores de 70 años en una zona básica de salud. *Pharmaceutical care España*, 11(1), 3-12.
- Hohl, C. M., Dankoff, J., Colacone, A., & Afilalo, M. (2001). Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Annals of emergency medicine*, 38(6), 666-671.
- Hidalgo JL. LT., Díaz R. C., Olano C. F., Gallego M. R., Casalderrey C. F. & Puime A. O. (1997). Factores asociados el consumo de medicación crónica en personas ancianas. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 108:572-576.
- Veehof, L. J. G., Stewart, R. E., Haaijer-Ruskamp, F. M., & Meyboom-de Jong, B. (2000). The development of polypharmacy. A longitudinal study. *Family Practice*, 17(3), 261-267.
- Márquez, S., & Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión clínica y sanitaria*, 5(2), 47-53.
- Chumney, E. C., & Robinson, L. C. (2006). The effects of pharmacist interventions on patients with polypharmacy. *Pharmacy Practice*, 4(3), 103-109.
- Barroso, A. V., & Moral, E. G. (2011). Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 35(4), 114-123.
- Garrido-Garrido, E. M., García-Garrido, I., García-López-Durán, J. C., García-Jiménez, F., Ortega-López, I., & Bueno-Cavanillas, A. (2011). Estudio de pacientes polimedicados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria urbano. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(2), 90-96.
- Hamilton, H. J., Gallagher, P. F., & O'Mahony, D. (2009). Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BMC geriatrics*, 9(1), 5.
- Patiño, F. B., López de Letona, J. M., Villares, P., & Jiménez, A. I. (2005). El paciente polimedicado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(6), 152-162.

El Polimedicado 2.0

Capítulo 2. El Cuidador

- Servicio Andaluz de Salud, (2005). Plan de atención a las cuidadoras familiares de Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud.
- Diagnósticos Enfermeros, NANDA Internacional. (2012). DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN 2012-2014. Edición: Elsevier España SL.
- Fernández B. G., Martín N. L., Barato A. M., Eusebio C. M., Rodríguez MA. P., Azarola A.R. & Millán C. S. (2009). Cuidar y Cuidarse. Guía para personas cuidadoras. Escuela de Pacientes. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud.
- Ferré-Grau, C., Rodero-Sánchez, V., Cid-Buera, D., Vives-Relats, C., & Aparicio Casals, M. (2011). Guía de cuidados de Enfermería: Cuidar al cuidador en atención primaria. Tarragona: Publidisa.

BLOQUE II: LA TERAPIA CRÓNICA

Capítulo 3. EL Paciente Polimedicado en Atención Primaria

- Rodríguez-Palomar G. & Rosich-Martí I. (2012). Conciliación de la medicación. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico. Sociedad Española de Farmaceuticos de Atención Primaria. SEFAP. Ala Oeste.
- Roure Nuez, C., Aznar Saliente, T., Delgado Sánchez, O., Fuster Sanjurjo, L., & Villar Fernández, I. (2009). Grupo coordinador del grupo de trabajo de la SEFH de conciliación de la medicación. Documento de consenso en terminología y clasificación de los programas de conciliación de la medicación. Barcelona: Ediciones May.
- Canadian Agency for drug and Technologies in Health. (2012) Medication reconciliation at discharge: a review of the clinical evidence and guidelines.
- Bayoumi, I., Howard, M., Holbrook, A. M., & Schabert, I. (2009). Interventions to improve medication reconciliation in primary care. *Annals of Pharmacotherapy*, 43(10), 1667-1675
- Herrero-Herrero, J., & García-Aparicio, J. (2011). Medication discrepancies at discharge from an internal medicine service. *European journal of internal medicine*, 22(1), 43-48.
- UGC Farmacia Atención Primaria Sevilla. (2013). Conciliación de la medicación al alta o tras consulta Hospitalaria. *La ventana farmacoterapéutica*, nº 11. ISSN: 2174-3223
- Servicio Andaluz de Salud. (2013). Grupo de trabajo para la elaboración de la Guía de trabajo para la revisión sistemática de medicación en pacientes polimedicados en Atención Primaria. Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Servicio Andaluz de Salud.

Referencias Bibliográficas

- Consejería de Salud. BOJA núm. 151. Decreto 307/2009, de 21 de Julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla, 5 de Agosto de 2009.[Internet].[Consulta: 1 de Febrero de 2014].
- Miguel-García, F., Merino-Senovilla, A., Sanz-Cantalapiedra, R., García-Ortiz, A., Montero-Alonso, M. J., & Maderuelo-Fernández, J. Á. (2009). Procedimientos operativos y técnicos en la medicalización de la prevención. *Atención primaria*, 41(12), 702-706.
- Duran-Parrondo C. (2012). Entrevista clínica e información de medicamentos al paciente. Dentro de Elementos básicos del abordaje de la medicación del paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. SEFAP. Ed Ala oeste, 19-25.
- Codina C. (2000). Información al paciente sobre los medicamentos en la próxima década. *Doyma*, 81-86.
- García-Díaz B. (2000). El cumplimiento terapéutico y los factores de influencia. En *Educación sanitaria: información al paciente sobre los medicamentos*. Doyma, 65-72.
- Laporte, J. R., & Castel, J. M. (1992). El médico ante la automedicación. *Medicina clínica*, 99(11), 414-416.
- Laporte, J. R. (1997). ¿Automedicación? La información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo?. *Medicina clínica*, 109(20), 795-796.
- Baos Vicente, V. (2000). Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24(6), 147-152.
- Ramírez Puerta, D., Larrubia Muñoz, O., Escortell Mayor, E., & Martínez Martínez, R. (2006). La automedicación responsable, la publicidad farmacéutica y su marco en la Atención Primaria. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 32(3), 117-124.

Capítulo 4. El Paciente Polimedicado en el Servicio de Urgencias

- Pérez, L. F. T., Asencio, J. M. M., Garrido, M. J., Luengo, G. C., Gavira, S. S., & Rodríguez, J. M. G. (2013). Impacto del autocuidado y manejo terapéutico en la utilización de los recursos sanitarios urgentes por pacientes crónicos: estudio de cohortes. *Emergencias*, 25, 353-360.
- González Armengol, J. J. (2013). Estrategia de atención al paciente crónico: papel de los servicios de urgencias. *Emergencias*, 25(5).
- Moral, E. G., Barroso, A. V., & de Gracia, L. J. (2012) Polimedicación en personas mayores. *AMF*;8(8): 426-433.
- Dago-Martínez A. & Arcos-González P. (2011). Indicadores de riesgo de morbilidad prevenible causada por medicamentos en pacientes atendidos en un servicio de urgencias hospitalario. *Pharmaceutical Care España*; 13(4): 191-199.
- Soler-Giner, E., Izuel-Rami, M., Villar-Fernández, I., Real Campaña, J. M., Carrera Lasfuentes, P., & Rabanaque Hernández, M. J. (2011). Calidad de la recogida de la medicación domiciliaria en urgencias: discrepancias en la conciliación. *Far-*

El Polimedicado 2.0

- macia Hospitalaria, 35(4), 165-171.
- Leal Hernández, M., Abellán Alemán, J., Casa Pina, M. T., & Martínez Crespo, J. (2004). Paciente polimedicado: ¿ conoce la posología de la medicación?, ¿ afirma tomarla correctamente?. *Atención primaria*, 33(8), 451-456.
 - Chinchilla Fernández, M. I., Salazar Bravo, M., & Calleja Hernández, M. A. (2011). Dispensación de medicación protocolizada en un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. *Farmacia Hospitalaria*, 35(3), 106-113.
 - Hernanz, B. C., Noguera, A. O., Vecina, S. T., Parejo, M. I. B., Peláez, M. G., Borrego, A. J., ... & Borrás10, M. C. (2013). Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias. *Emergencias*, 25, 204-217.
 - García, V., Marquina, I., Olabarri, A., Miranda, G., Rubiera, G., & Baena, M. I. (2008). Resultados negativos asociados con la medicación en un servicio de urgencias hospitalario. *Farmacia Hospitalaria*, 32(3), 157-162.
 - Delgado Silveira, E., Muñoz García, M., Montero Errasquin, B., Sánchez Castellano, C., Gallagher, P. F., & Cruz-Jentoft, A. J. (2009). Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(5), 273-279.
 - Samartín, M. U. (2012). Análisis de los problemas relacionados con los medicamentos tras la integración de un farmacéutico en un servicio de urgencias. *Emergencias*, 24, 96-100.

Capítulo 5. El Paciente Polimedicado Hospitalizado

- Franchi, C., Nobili, A., Mari, D., Tettamanti, M., Djade, C. D., Pasina, L., ... & Mannucci, P. M. (2013). Risk factors for hospital readmission of elderly patients. *European journal of internal medicine*, 24(1), 45-51.
- Aranaz, J. M., Aibar, C., Vitaller, J., & Ruiz, P. (2005). Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS). Madrid, MSC, 169.
- Terol, E., Agra, Y., Fernández-Maíllo, M. M., Casal, J., Sierra, E., Bandrés, B., ... & del Peso, P. (2008). Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007. *Medicina Clínica*, 131, 4-11
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: building a safer health system* (Vol. 627). National Academies Press.
- Varkey, P., Cunningham, J., & Bisping, S. (2007). Improving medication reconciliation in the outpatient setting. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(5), 286-292.
- Gleason, K. M., Groszek, J. M., Sullivan, C., Rooney, D., Barnard, C., & Noskin, G. A. (2004). Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *American Journal of Health System Pharmacy*, 61(16), 1689-1694.
- Lessard, S., DeYoung, J., & Vazzana, N. (2006). Medication discrepancies affecting senior patients at hospital admission. *American journal of health-system pharmacy*, 63(8), 740-743.

Capítulo 6. La medicación crónica en domicilio

- Alós Almiñana, M., & Bonet Deán, M. (2008). Análisis retrospectivo de los acontecimientos adversos por medicamentos en pacientes ancianos en un centro de salud de atención primaria. *Atención primaria*, 40(2), 75-80.
- Chrischilles, E. A., Segar, E. T., & Wallace, R. B. (1992). Self-Reported Adverse Drug Reactions and Related Resource Use: A Study of Community-Dwelling Persons 65 Years of Age and Older. *Annals of Internal Medicine*, 117(8), 634-640.
- Hanlon, J. T., Schmader, K. E., Koronkowski, M. J., Weinberger, M., Landsman, P. B., Samsa, G. P., & Lewis, I. K. (1997). Adverse drug events in high risk older outpatients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(8), 945-948.
- García-Ruiz, A. J., Montesinos, A. C., Pérez, L., Leiva, F., Martos, F., & Gómez, M. (2007). Evaluación económica del botiquín domiciliario en un área de salud. *Pharmacoeconomics*, 4(4), 113-120.
- Sánchez Ulayar, A., Gallardo Lopez, S., Pons Llobet, N., Murgadella Sancho, A., Campins Bernadàs, L., & Merino Mendez, R. (2012). Intervención farmacéutica al alta hospitalaria para reforzar la comprensión y cumplimiento del tratamiento farmacológico. *Farmacia Hospitalaria*, 36(3), 118-123.
- Garcia-Caballos, M., Ramos-Diaz, F., Jimenez-Moleon, J. J., & Bueno-Cavanillas, A. (2010). Drug-related problems in older people after hospital discharge and interventions to reduce them. *Age and ageing*, 39(4), 430-438.
- Sabaté, E. (Ed.). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.
- DePablos-Velasco, P., Salguero-Chaves, E., Mata-Poyo, J., DeRivas-Otero, B., García-Sánchez, R., & Viguera-Ester, P. (2014). Calidad de vida y satisfacción con el tratamiento de sujetos con diabetes tipo 2: resultados en España del estudio PANORAMA. *Endocrinología y Nutrición*, 61(1), 18-26.
- Conthe, P., & Tejerina, F. (2007). Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca. *Revista Española de Cardiología Suplementos*, 7(6), 57F-66F.
- Galindo-Ocaña, J., Ortiz-Camúñez, M. D. L. Á., Gil-Navarro, M. V., Garrido Porras, E., Bernabeu-Wittel, M., & Santos-Ramos, B. (2010). La discapacidad como barrera a la adherencia terapéutica en pacientes pluripatológicos: papel del cuidador principal. *Revista clínica española*, 210(5), 221-226.
- Lam, P. W., Lum, C. M., & Leung, M. F. (2007). Drug non-adherence and associated risk factors among Chinese geriatric patients in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 13(4), 284.
- Tuesca-Molina, R., Guallar-Castillón, P., Banegas-Banegas, J. R., & Graciani-Pérez Regadera, A. (2006). Determinants of the adherence to therapeutic plan in elderly Spaniards, over 60 years of age. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 220-227.
- Bourgeois, M. S., Schulz, R., & Burgio, L. (1996). Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: A review and analysis of content, process, and

El Polimedicado 2.0

- outcomes. *The International Journal of Aging and Human Development*, 43(1), 35-92.
- Zabalegui Yárnoz, A., Navarro Díez, M., Cabrera Torres, E., Gallart Fernández-Puebla, A., Bardallo Porras, D., Rodríguez Higuera, E., ... & Argemí Remon, J. (2008). Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(3), 157-166.
 - Loyola Filho, A. I. D., Lima-Costa, M. F., & Uchôa, E. (2004). Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1661-1669.
 - Barbero-Gonzalez, A., Pastor-Sánchez, R., Del Arco-Ortiz de Zárate, J., Eyaralar-Riera, T., & Espejo-Guerrero, J. (2006). Demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica. *Atención primaria*, 37(2), 78-87.
 - Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre de 2007, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. BOE núm 267. de 07-11-2007.
 - Baulies Romero, G., & Torres Castilla, R. M. (2012). Actualización en fitoterapia y plantas medicinales. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 19(3), 149-160.

Capítulo 7. La Adherencia y el Cumplimiento Terapéutico.

- Haynes, R. B., & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in health care*. Johns Hopkins University Press.
- Corugedo Rodríguez, M. D. C., Martín Alfonso, L., & Bayarre Veja, H. (2011). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(4), 504-512.
- Orueta Sánchez, R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(2), 40-48.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Bonafont Pujol, X., & Costa Pagès, J. (2004). Adherencia al tratamiento farmacológico. *BIT*, 16, 3-9.
- Palop Larrea, V., & Martínez Mir, I. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información terapéutica del Sistema nacional de Salud*, 28(5), 113-120.
- Silva, G. E., Galeano, E., & Correa, J. O. (2005). Adherencia al tratamiento. *Acta medica colombiana*, 230, 268-73.
- Peralta, M. L., & Carbajal, P. (2008). Adherencia a tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 17(3), 84-8.

Capítulo 8. Medicamentos de Especial Prescripción y Dispensación

- López Alemany, J. M. (2006). Los Visados de la Inspección, un instrumento criticado por los pacientes, médicos e industria. *Rev Española Econ Salud*, 5, 276-85.
- Orozco, D., Basora, J., García, L., Paz, S., & Lizan, L. (2013). El visado de inspección de medicamentos en España: situación actual desde la perspectiva de los profesionales sanitarios a partir de la introducción de su modalidad electrónica. *Atención Primaria*, 45(2), 74-81.
- Escoda Geti N., Bentué Jiménez E., López Calahorra P., Carbonell Puigdollers P., Salvadó Trias C. & Gilabert Perramon A. Implantación de la receta electrónica de estupefacientes. Gerencia de Farmacia y del Medicamento. Servicio Catalán de Salud.
- Decreto 181/2007, de 19 de junio, por el que se regula la receta electrónica. BOJA 123 de 22-06-2007
- Farmacia de Atención Primaria de Sevilla. (2011). Gestión y suministro de medicamentos. Información a pacientes sobre tramitación de medicación extranjera [Internet] [consultado el 28-11-2013]. Disponible en: <http://www.farmaciatencionprimariasevilla.es/>

BLOQUE III: NECESIDADES BÁSICAS DEL PACIENTE EN DOMICILIO

Capítulo 9. Comunicación

- Mejía Lopera, M. E. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado. *Index de Enfermería*, (54), 48-52.
- Vanderpool, J.P. (1998) Las relaciones estresantes con el paciente y el paciente difícil. D. Krueger (Ed.), *Psicología de la rehabilitación*.
- Cibanal L., Arce, M. C., Carballal, M. (2010). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Madrid: Elsevier.
- Garrido A. (1990). Comunicación terapéutica y cuidado. *Rol de Enfermería*, 147, 123-127.
- Otero Martínez, H. (2008). Hacia una comunicación efectiva y humanista en ámbitos de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(1)
- Pérez de Alejo, B., & García Diez, P. (2005). Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(2), 1-1.
- *Tratado de geriatría para residentes*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2007.

Capítulo 10. Aseo y Movilización

- Sarrate Capdevilla, ML. (2006). *Atención a las personas mayores*. Intervención

El Polimedicado 2.0

- práctica. Editorial Universitas
- Serrano, G. P. (Ed.). (2006). ¿Cómo intervenir en personas mayores?. Dykinson.
- Thomas, V., & Jones, M. D. (2004). Manual Merck de información médica, edad y salud. Edición en Español. Barcelona: Oceano.
- Durante, P., & Pedro, P. (1998). Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. Mássón. Barcelona
- Asociación de Esclerosis Múltiple Campo de Gibraltar. (2008). Guía de Terapia Ocupacional para enfermos de esclerosis múltiple. ADEM-CG. La Línea de la Concepción.
- Romero Ayuso, D., & Ocupacional, M. M. P. T. (2003). Teoría y técnicas. Editorial Masson.
- López, B. P. (2004). Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Ed. Médica Panamericana.
- Escuela Gallega de Salud para ciudadanos. (2013). Manual de Habilidades para Cuidadores Familiares de Personas Mayores Dependientes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Capítulo 11. Actividad Física

- Ardali, G. (2014). A daily adjustable progressive resistance exercise protocol and functional training to increase quadriceps muscle strength and functional performance in an elderly homebound patient following a total knee arthroplasty. *Physiotherapy theory and practice*, (0), 1-11.
- Lee, C. W., Wang, J. H., Hsieh, J. C., Hsieh, T. C., & Huang, C. H. (2013). Effects of Combined Phase III and Phase II Cardiac Exercise Therapy for Middle-aged Male Patients with Acute Myocardial Infarction. *Journal of physical therapy science*, 25(11), 1415.
- Paolucci, T., Morone, G., Iosa, M., Grasso, M. R., Buzi, E., Zangrando, F., ... & Fusco, A. (2013). Efficacy of group-adapted physical exercises in reducing back pain in women with postmenopausal osteoporosis. *Aging clinical and experimental research*, 1-8.
- Coulter, C. L., Scarvell, J. M., Neeman, T. M., & Smith, P. N. (2013). Physiotherapist-directed rehabilitation exercises in the outpatient or home setting improve strength, gait speed and cadence after elective total hip replacement: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 59(4), 219-226.
- Zanaboni, P., Lien, L. A., Hjalmsen, A., & Wootton, R. (2013). Long-term telerehabilitation of COPD patients in their homes: interim results from a pilot study in Northern Norway. *Journal of telemedicine and telecare*, 19(7), 425-429.
- Andresen, M., Runge, U., Hoff, M., & Puggaard, L. (2009). Perceived autonomy and activity choices among physically disabled older people in nursing home settings: a randomized trial. *Journal of aging and health*, 21(8), 1133-1158.
- Mikkelsen, L. R., Mikkelsen, S. S., & Christensen, F. B. (2012). Early, Intensified

Home-based Exercise after Total Hip Replacement—A Pilot Study. *Physiotherapy Research International*, 17(4), 214-226.

- Karlsson, M. K., Vonschewelov, T., Karlsson, C., Cöster, M., & Rosengen, B. E. (2013). Prevention of falls in the elderly: A review. *Scandinavian journal of public health*, 41(5), 442-454.
- Garrison, D. (2012). Osteoarthritis, osteoporosis, and exercise. *Workplace health & safety*, 60(9), 381-383.
- De Vries, N. M., Staal, J. B., Teerenstra, S., Adang, E. M., Rikkert, M. G. O., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. (2013). Physiotherapy to improve physical activity in community-dwelling older adults with mobility problems (Coach2Move): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14(1), 434.

Capítulo 12. Alimentación y Nutrición Artificial

- Arbonés, G., Carbajal, A., Gonzalvo, B., González-Gross, M., & Joyanes, M. (2003). Nutrición y Recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo. *Nutrición Hospitalaria*, 18(3).
- Aranceta, J. (1995). Nutrición y vejez. Serra L, Aranceta J, Mataix J. *Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones*. Barcelona: Editorial Masson, 193-201.
- Chapuy P.H. (1994). Alimentación de la persona de edad avanzada. Cuadernos de dietética. Editorial Masson. Barcelona.
- Mahan, L. K., & Stump, S. E. (2000). *Nutrición y dietoterapia de Krause*. McGraw-Hill Interamericana.
- Shils, M. E. (Ed.). (2002). *Nutrición en salud y enfermedad*: Ed. Maurice E. Shils...[et al.]. McGraw-Hill Interamericana.
- Herrera, M. A. R., & Gamboa, R. A. (2002). *Manual de alimentación y nutrición en el anciano*. Masson.
- Schlenker, E. D. (1994). *Nutrición en el envejecimiento*. Nutrition in aging.
- Hernandez, A. G. D. (2010). *Tratado de nutrición: Bases fisiológicas y bioquímicas de la nutrición* (Vol. 1). Ed. Médica Panamericana.
- Smoliner C, Norman K, Scheufele R, Hartig W, Pirlich M, Lochs H. Effects of food fortification on nutritional and functional status in frail elderly nursing home residents at risk of malnutrition. *Nutrition*. 2008 Dec;24(11-12):1139-44.

Capítulo 13. Eliminación

- Cochran, S. (2007). Care of the indwelling urinary catheter: is it evidence based?. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 34(3), 282-288.
- Feneley, R. C., Kunin, C. M., & Stickler, D. J. (2012). An indwelling urinary catheter for the 21st century. *BJU international*, 109(12), 1746-1749.
- Caínzos, M. (1999). Asepsia y antisepsia en cirugía. *Protocolos de Profilaxis Antibiótica*. Plan Nacional para el Control de las Infecciones Quirúrgicas. Ministerio

El Polimedicado 2.0

de Sanidad y Consumo.

- Schröder, A., Abrams, P., Andersson, K. E., Artibani, W., Chapple, C. R., Drake, M. J., ... & Thüroff, J. W. (2010). Guía clínica sobre la incontinencia urinaria.
- Esteve, J., & Mitjans, J. (2009). Enfermería. Técnicas clínicas. Técnicas específicas. Eliminación. Renal.
- Casado, J. M. R., & Jentoft, A. C. (1997). Geriatría en atención primaria. Uriach.
- Herschorn, S., Bruschini, H., Comiter, C., Grise, P., Hanus, T., & Kirschner-Hermanns, R. (1999). Surgical treatment of urinary incontinence in men. *Incontinence*, 2, 1248.

Capítulo 14. Sueño

- Harrison, B. E. (2008). Principios de Medicina Interna. 17 Edición. México, DF: McGraw-Hill Interamericana, 171-180
- Díaz, M. S., & Pareja, J. A. (2008). Tratamiento del insomnio. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 32(4), 116-122.
- de Trocóniz, M. I. F., Montorio, I., & Veiga, P. D. (1997). Cuando las personas mayores necesitan ayuda: guía para cuidadores y familiares.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con insomnio en Atención Primaria. (2009). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid, 5-1.
- Carro García T., Alfaro Acha A. & Boyano Sánchez I. Trastornos del sueño. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: SEGG. p: 265-276
- Weillgurg J. & Richter J. (2005). El paciente con trastornos del sueño. Psiquiatría en la consulta de Atención Primaria: guía práctica. 2ª edición. Madrid: McGraw-Hill Interamerica, 251-261

Capítulo 15. Respiración y Terapia Respiratoria Domiciliaria

- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. (2009). Terapias respiratorias. Archivos de Bronconeumología, 45(Supl. 2), 2-28.
- Tárrega Camarasa J, Antón Albusi A. Oxigenoterapia en la insuficiencia respiratoria. Neumología clínica. 1ª ed. Barcelona: Elsevier España SL; 2010. 776-783.
- De Lucas Ramos, P. (2005). Oxigenoterapia aguda y crónica. Manual de medicina respiratoria. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2.
- Cortés, E. B., Domínguez, S. R., & Bodineau, J. L. L. C. Sistemas de ventilación mecánica domiciliaria.
- Antón Albusi PA. (2006). Ventilación mecánica no invasiva. Medicina Respiratoria. 2ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica SL, 361-370.
- Ferrer Monreal M. (2010) Ventilación mecánica. Neumología clínica. 1ª ed. Bar-

celona: Elsevier España SL,784-791.

BLOQUE IV: CUIDADOS AVANZADOS

Capítulo 16. Riesgo de Caídas

- Lara, M. M. M., Garzón, A. C., & Muñoz, R. G. M. (2012). La importancia de la prevención de caídas en el anciano institucionalizado con patología neurodegenerativa. Enfoque aplicado desde la terapia ocupacional y la fisioterapia. In *Salud y envejecimiento: un abordaje multidisciplinar de la demencia* (pp. 149-156). Grupo Editorial Universitario (GEU Editorial).
- González Sánchez, R. L., Rodríguez Fernández, M. M., Ferro Alfonso, M. D. J., & García Millán, J. R. (1999). Caídas en el anciano: Consideraciones generales y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 98-102.
- Parra Parra Y., Pérez Collado E.M., Quesada Martínez M.I. (2013). Las caídas en el anciano. Cómo prevenir y medidas a adoptar. *Acercamiento multidisciplinar a la Salud en el Envejecimiento*. 1ª Ed.,149-151
- Cobo Domingo, J. C. (2006). Caídas en la persona mayor. *Geriatría y Gerontología. Atención Integral al Anciano*. 11ª Ed. Formación Continuada Logoss, 168-183.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. (2009). Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema sanitario público de Andalucía. Comité operativo para la seguridad del paciente.
- del Carmen, M., & Manuel, J. (2005). Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 43(5), 425-441.
- Cobo Montes, MC. (2011). Seguridad del paciente. Protocolo de Prevención de caídas. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.
- Oliver D, Britton M, Seed P, Martin F C, Hopper A H. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies *BMJ* 1997; 315:1049

Capítulo 17. Manejo y Prevención de Úlceras por Presión

- Servicio Andaluz d Salud. (2005). Guía de práctica clínica: Deterioro de la Integridad Cutánea. Úlceras por presión. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Distrito Sanitario Málaga.
- Aguirre J.C., Torra i Bou J.E. (2004). Úlceras por presión. Manual de Recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Novartis Consumer Health.
- i Bou, J. E. T. (1998). Epidemiología de las úlceras por presión. O el peligro de una nueva Torre de Babel. *Revista ROL de enfermería*, (238), 75-94.
- Yepes, D., Molina, F., León, W., & Pérez, E. (2009). Incidencia y factores de riesgo asociados a la presencia de úlceras por presión en enfermos críticos. *Med Intensiva*, 33, 272-7.

El Polimedicado 2.0

- Pancorbo Hidalgo, P. L., & García Fernández, F. P. (2001). Factores de riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos hospitalizados. *Gerokomos*, 12(4), 175-184.
- Torres M.P., Ballesteros E., Sánchez P.D. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*, 19:9-15.
- Fernández, F. P. G., Cabrerizo, M. M. M., Guerrero, A. A. G., Hidalgo, P. L. P., Pavón, F. G., Jiménez, F. G., ... & Parra, M. R. I. (2007). Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.

Capítulo 18. Manejo del Dolor

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. (2008). Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 48.
- Wong, D. L., & Baker, C. M. (2001). Smiling face as anchor for pain intensity scales. *Pain*, 89(2), 295-297.
- Aliviar el dolor. Información para personas que sufren dolor crónico [Internet]. [Consultado el 1 de Febrero de 2014] [Disponible en: <http://www.aliviareldolor.com/pain/es/www.aliviareldolor.com/TherapyAwareness/Treatment/1095318103043.htm>]
- Poder sobre su dolor. Continuo del tratamiento del dolor crónico. [Internet]. [Consultado el 1 de Febrero de 2014] [Disponible en: <http://www.podersobresudolor.com/comprension/manejo/continuo>]
- Torres, L. M., Calderón, E., Pernia, A., Martínez-Vázquez, J., & Micó, J. A. (2002). De la escalera al ascensor. *Rev Soc Esp Dolor*, 9(5), 289-90.
- Martínez, R., & Aliaga, L. (2003). Tratamiento del dolor oncológico. Manual de tratamiento del dolor. Catala E, Aliaga L. Barcelona: Editorial P. Permanyer SL, 365-82.
- Atención Primaria de Calidad. (2004) Guía de Buena Práctica Clínica en dolor y su Tratamiento. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España.

Capítulo 19. Prevención de Infecciones por Sonda Vesical

- Bartlett, J. G. (2004). Compendio de terapeutica antiinfecciosa 2004. Waverly Hispanica.
- Amador Barciela L. (2005). Manejo de la infección en Urgencias. Ergón Creación S.A.
- Llor, C., & Mayer, M. À. (Eds.). (1999). Recomendaciones en el uso de antimicrobianos en atención primaria. Societat de Medicina Familiar i Comunitària.
- del Egido Fernández, M. A., Munera, A. V., Sánchez, M. D. J., Jiménez, M. P. C., & Parra, E. C. (2009). Incontinencia funcional sobrevenida en pacientes ancianos tras fractura de cadera secundaria a una caída. *Enfuro*, (109), 27-31.

Referencias Bibliográficas

- Mensa J. (2013). Guía de Terapéutica Antimicrobiana. Editorial Antares.
- Maki, D. G., & Tambyah, P. A. (2001). Engineering out the risk for infection with urinary catheters. *Emerging infectious diseases*, 7(2), 342.
- Tenke, P., Kovacs, B., Bjerklund Johansen, T. E., Matsumoto, T., Tambyah, P. A., & Naber, K. G. (2008). European and Asian guidelines on management and prevention of catheter-associated urinary tract infections. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 31, 68-78.
- Wells R. (2003). Guideline: Prevention of Healthcare-associated infections in primary and communitary care.

Capítulo 20. Manejo de Dispositivos Inhaladores y Aerosolterapia

- Rosas-Vargas, M., del Rio-Chivardi, J., Castro-Hidalgo, E., del Rio-Navarro, B. E., & Sienra-Monge, J. J. (2005). Tipos y características de los inhaladores para el manejo de asma. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 62(4), 273-286.
- De la Hija Díaz M.B., Tofiño González M.I. & Arroyo Pineda V. (2007). Dispositivos de Inhalación para asma y EPOC. *Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha*;8(1):1-8.
- Calle Rubio M., Lobo Álvarez M.A., Mascarós Balaguer E., Mascort Roca J.J., Sala Llinàs E. & Simonet Aineto P. (2010). Atención integral al paciente con enfermedad obstructiva Crónica (EPOC) desde la Atención Primaria a la Especializada. Guía de práctica clínica 2010. SemFYC – SEPAR.
- Chrystyn H. & Price D. No todos los inhaladores para el asma son iguales: factores a tener en cuenta al prescribir un inhalador. *Primary Care Respiratory Journal*. 2009;18(4): 243- 249.
- Comunidad de Madrid. (2006). Guía de Recomendaciones al Paciente, Terapia Inhalada en el Asma. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección.
- Peces-Barba, G., Albert Barberà, J., Agustí, À., Casanova, C., Casas, A., Luis Izquierdo, J., ... & Luis Viejo, J. (2008). Guía clínica SEPAR-ALAT de diagnóstico y tratamiento de la EPOC. *Archivos de Bronconeumología*, 44(5), 271-281.
- Ruiz K., Fernández J.C. & Arizti P. (2011). Manual para personas con Fibrosis Quística y sus familias, Tratamiento inhalado y recomendaciones higiénicas. 1ª ed. Palma de Mallorca. Fundación Respiralia, Asociación Balear de Fibrosis Quística.
- Giner, J., Torrejón, M., Ramos, A., Casan, P., Granel, C., Plaza, V., ... & Sanchis, J. (2004). Preferencias de los pacientes en la elección de dispositivos de inhalación en polvo. *Archivos de Bronconeumología*, 40(3), 106-109.

Capítulo 21. Manejo de Insulinoterapia

- Austin, R. P. (2006). Polypharmacy as a risk factor in the treatment of type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*, 19(1), 13-16.
- Bulechek, G. M. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). El-

El Polimedicado 2.0

sevier Health Sciences.

- Porne, C., Bourdel-Marchasson, I., Lecomte, P., Eschwège, E., Romon, I., Fosse, S., ... & Fagot-Campagna, A. (2011). Trends in the quality of care for elderly people with type 2 diabetes: the need for improvements in safety and quality (the 2001 and 2007 ENTRED Surveys). *Diabetes & metabolism*, 37(2), 152-161.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Hoja Informativa Nacional de Diabetes: Estimados nacionales e información general sobre la diabetes y pre-diabetes en los Estados Unidos, 2011. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [Internet] [Consultado el 16-12-2013]. Disponible en: http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs_2011.pdf.
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 5th Edition Bruselas, Belgica: International Diabetes Federation. (2011) [Internet] [Consultado el 18-12-2013] Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/diabetes>.
- Inzucchi, S. E., Bergenstal, R. M., Buse, J. B., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, M., ... & Matthews, D. R. (2012). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes care*, 35(6), 1364-1379.
- American Diabetes Association. (2013). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *PR Health Sciences Journal*, 20(2).
- Rydén, L. (2013). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *European heart journal*, 34:3035-3037.

Capítulo 22. Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular

- Marín, R., de la Sierra, Á., Armario, P., Campo, C., Banegas, J. R., & Gorostidi, M. (2005). Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005. *Medicina clínica*, 125(1), 24-34.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redón, J., Zanchetti, A., Böhm, M., ... & Zannad, F. List of authors Task Force Members (2013) 2013 ESH/ESC guidelines for management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*, 31, 1281-1357.
- Kaplan, N. M., & Lieberman, E. (2011). *Hipertensión clínica*. Wolters Kluwer.
- Lapetra Peralta J. (2013). *Proceso asistencial integrado Riesgo vascular*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Capítulo 23. Administración de Nutrición y Medicación por Sonda

- Perry, A. G. (1998). *Técnicas y procedimientos básicos*/. Guía clínica de enfer-

- mería.
- Druyan, M. E., Compher, C., Boullata, J. I., Braunschweig, C. L., George, D. E., Simpser, E., & Worthington, P. A. (2012). Clinical Guidelines for the Use of Parenteral and Enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients Applying the GRADE System to Development of ASPEN Clinical Guidelines. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 36(1), 77-80.
 - Bankhead, R., Boullata, J., Brantley, S., Corkins, M., Guenter, P., Krenitsky, J., ... & Wessel, J. (2009). Enteral nutrition practice recommendations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*.
 - Celaya Pérez, S. (2001). *Vías de acceso en nutrición enteral*. Barcelona: Multimédica.
 - Guenter, P., Jones, S., Sweed, M. R., & Erickson, M. (1997). Delivery systems and administration of enteral nutrition. *Clinical Nutrition. Enteral and Tube Feeding*. JL Rombeau and RH Rolandelli eds. WB Saunders Company, 3, 240-267.
 - Fernández M.D., Fernández L.C. & Serna S. (1994). Interacciones de medicamentos con nutrición enteral. Grupo Aula Médica. Madrid:121-131.

Capítulo 24. Salud Bucodental

- Aguado, J. M., Ruiz-Camps, I., Muñoz, P., Mensa, J., Almirante, B., Vázquez, L., ... & Cuenca-Estrella, M. (2011). Recomendaciones sobre el tratamiento de la candidiasis invasiva y otras infecciones por levaduras de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Actualización 2011. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(5), 345-361.
- Berkey D.B. (1998). Los retos clínicos en el tratamiento de los pacientes odontológicos muy mayores. *Odontoestomatol Practic y Clin*; 3:149-151.
- Caballero, G. J., Rodríguez, B. G., & Martínez, M. A. (1991). Estado dental y necesidad de tratamiento en la población geriátrica institucionalizada en Vizcaya. *Rev Eur Odontoestomatol*, 57-64.
- Delgado, E., Berini-Aytés, L., & Gay Escoda, C. (1998). El paciente diabético en la práctica odontoestomatológica. Consideraciones de emergencia en la clínica dental. *Av en Odontoestomatol*, 14, 135-43.
- Duarte Tencio, A., & Duarte Tencio, T. (2012). Consideraciones en el manejo odontológico del paciente geriátrico. *Revista Científica Odontológica*, 8(1).
- Fernández Amézaga, J., & Rosanes González, R. (2002). Halitosis: diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. *Medifam*, 12(1), 46-57.
- Giner, P., Cajaraville, G., Alonso, P., & Sotoca, J. M. (2000). Mucositis. *Aten Farmacéutica*, 2, 203-5.
- Donat, F. J. S., Jordá, L. M., & Mihi, V. M. (2004). Tratamiento de la boca seca: puesta al día. *Med Oral*, 9, 273-9.
- Subirá C. & Cuenca E. (1991). Gerodontología: revisión de la literatura. *Arch Odontoestomatol*; 7:342-55.

BLOQUE V: RELACION CON EL ENTORNO

Capítulo 25. Escuela de Pacientes

- Paciente con Insuficiencia Renal Crónica [Internet] [Consultado 13-01-2014] <http://pacienterenal.general-valencia.san.gva.es/Paginas/PacienteExperto.aspx>
- Escribanoa, F. M., Morenob, E. C., & Orozcoc, J. M. (2008). Experiencia educativa con un paciente experto. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(4), 178-180.
- Ruíz-Azarola, A., & Perestelo-Pérez, L. (2012). Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 158-161.
- Espín Andrade, A. M. (2009). "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2), 0-0.
- Instituto de Salud Pública Universidad de Twente (Holanda). Las redes sociales ayudan a pacientes crónicos a no abandonar su tratamiento. [Internet] [Consultado 13-01-2014] Disponible en: <http://www.webdelasalud.es/-/noticia-las-redes-sociales-ayudan-a-los-pacientes-cronicos-a-no-abandonar-su-tratamiento>

Capítulo 26. Redes Sociales y el Paciente Polimedocado

- Peña, J. L. M. (2004). Tecnologías de la Información y Comunicaciones. *Educ. méd*, 7(suppl 1), 15-22.
- La eSalud que queremos: Cuatro grandes ventajas que un paciente puede aprovechar en la web 2.0. *La eSalud que queremos*. (2013) [Internet] [Consultado 19-01-2014]. Disponible en: <http://laesaludquequeremos.blogspot.com.es/2013/09/ventajas-pacientes-2.0-esalud.html>
- La eSalud que queremos: 10 ventajas que la eSalud le concede al ePaciente. *La eSalud que queremos*. (2013) [Internet] [Consultado 19-01-2014]. Disponible en: <http://laesaludquequeremos.blogspot.com.es/2013/09/ventajas-esalud-pacientes-epacientes.html>
- El e-paciente, un nuevo reto para los sistemas sanitarios | Unidad de Gestión Clínica Andalucía [Internet]. [Consultado 19-01-2014]. Disponible en: <http://www.ugcandalucia.es/2011/11/23/el-e-paciente-un-nuevo-reto-para-los-sistemas-sanitarios/>
- Inercia web 2.0 [Internet]. [Consultado 19-01-2014]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/jjbg7982/inercia-web-20>
- Conciliación de la medicación en el paciente polimedocado. [Internet]. [Consultado 19-01-2014]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/rafabravo/cociliacion-de-la-medicacin-en-atencin-primaria?ref=http://rafabravo.wordpress.com/2011/10/18/conciliacion-de-la-medicacion-en-el-paciente-polimedocad>