



Sección de Enfermería
Universidad de La Laguna

***EFICACIA DE LA ATENCIÓN ENFERMERA EN LA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y PRESCRIPCIÓN
MEDICAMENTOSA SEGURA EN EL PACIENTE CRÓNICO
DE ALTA COMPLEJIDAD POLIMEDICADO.***

TRABAJO DE FIN DE GRADO

AUTORA: Romina Belén Astraldi Tomeo

TUTOR: Martín Rodríguez Álvaro

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA, SEDE DE LA PALMA

Mayo de 2023

ÍNDICE

1. RESUMEN	5
2. ABSTRACT	6
3. INTRODUCCIÓN	7
4. MARCO TEÓRICO	10
4.1. Estado actual	10
4.2. Justificación.....	15
4.3. Pregunta de investigación.....	15
4.4. Objetivos de la investigación	16
4.4.1. <i>Objetivo general</i>	16
4.4.2. <i>Objetivos específicos</i>	16
4.5. Hipótesis.....	16
5. MATERIAL Y MÉTODO	17
5.1. Tipo de estudio	17
5.2. Población.....	17
5.3. Muestra representativa y selección muestral.....	17
5.4. Criterios de inclusión y exclusión	18
5.4.1. <i>Criterios de inclusión</i>	18
5.4.2. <i>Criterios de exclusión</i>	18
5.5. Variables e instrumentos de medida.....	18
5.5.1. <i>Variables estudiadas</i>	18

5.5.2.	<i>Instrumentos de medida</i>	19
5.6.	Recogida de datos y procedimiento.....	20
	<i>VISITA 0 – PREPARACIÓN</i>	21
	<i>VISITA 1 – VALORACIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO DE ALTA COMPLEJIDAD</i>	21
	<i>VISITA 2 – VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO</i>	22
	<i>VISITA 3 – PLANIFICACIÓN DIAGNÓSTICA</i>	22
	<i>VISITA 4 – EDUCACIÓN SANITARIA</i>	22
	<i>VISITA 5 Y VISITA 6 – SEGUIMIENTO TELEFÓNICO</i>	23
	<i>VISITA 7 - VALORACIÓN FINAL</i>	23
5.7.	Análisis estadístico	24
5.8.	Consideraciones éticas	24
6.	LOGÍSTICA	26
6.1.	Cronograma.....	26
6.2.	Presupuesto	26
6.2.1.	<i>Recursos humanos</i>	26
6.2.2.	<i>Recursos materiales</i>	27
7.	BIBLIOGRAFÍA	28
8.	ANEXOS	33
	ANEXO 1: Dossier de recogida de datos pre intervención	33
	VISITA 1	33
	VISITA 2.....	46
	ANEXO 2: Dossier de recogida de datos post intervención.....	51

ANEXO 3: Modelo de solicitud de aceptación del proyecto de fin de grado a la gerencia y comité ético..... 55

ANEXO 4: Consentimiento informado..... 56

1. RESUMEN

Los pacientes crónicos de alta complejidad generan un gran coste sociosanitario y sobre todo farmacológico para la sociedad, ya que prácticamente un 70% de sus gastos son farmacológicos, dando lugar con ello a la polimedición. Un problema a nivel mundial, el cual favorece las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) y las interacciones farmacológicas, dificultando consigo la adherencia al tratamiento, puesto que el 50% de los pacientes polimeditados incumplen su plan terapéutico.

En España la tasa de mortalidad supera la de natalidad, lo cual favorece la estimación de que en un futuro el 31.9% de su población estará formada por personas con edad superior a los 60 años y con pluripatologías crónicas asociadas, de los cuales el 97% de ellos estarán polimeditados.

Por ello, se elaboró un estudio experimental con un grupo intervención y un grupo control, con asignación aleatoria, el cual tiene como objetivo conocer la efectividad de una intervención enfermera ante pacientes crónicos de alta complejidad con el fin de mejorar la adherencia terapéutica y la prescripción medicamentosa segura. Dicha intervención contará con un seguimiento de 8 meses de duración, a través del cual se realizará una valoración integral del paciente crónico de alta complejidad y también una valoración detallada del seguimiento y adherencia terapéutica de estos pacientes. Ya que el control y el manejo adecuado de la medicación prescrita son tareas de vital importancia para mejorar la calidad de vida del paciente y evitar futuras complicaciones.

Palabras clave: polifarmacia, paciente, enfermedad crónica, alta complejidad, cumplimiento y adherencia al tratamiento, envejecimiento, reacciones adversas, interacciones farmacológicas, prescripción inadecuada, principio activo.

2. ABSTRACT

Highly complex chronic patients generate a great socio-health care cost and above all pharmacological costs for society, since practically 70% of their expenses are pharmacological, thus giving rise to polymedication. This is a worldwide problem, which favors Adverse Drug Reactions (ADRs) and drug interactions, making adherence to treatment difficult, since 50% of polymedicated patients fail to comply with their therapeutic plan.

In Spain, the mortality rate exceeds the birth rate, which favors the estimation that in the future 31.9% of the population will be made up of people over 60 years of age and with associated chronic multi-pathologies, 97% of whom will be polymedicated.

Therefore, an experimental study was developed with an intervention group and a control group, with randomized assignment, which aims to determine the effectiveness of a nursing intervention in highly complex chronic patients in order to improve therapeutic adherence and safe drug prescription. This intervention will have an 8-month follow-up, through which a comprehensive assessment of the highly complex chronic patient will be carried out, as well as a detailed assessment of the follow-up and therapeutic adherence of these patients. Since the control and proper management of the prescribed medication are tasks of vital importance to improve the patient's quality of life and avoid future complications.

Key words: polypharmacy, patient, chronic disease, highly complex, treatment adherence and compliance, aging, adverse reactions, drug interactions, inappropriate prescribing, active substance.

3. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se considera un problema sanitario grave que genera un gran coste en la sociedad actualmente y se relaciona con el desarrollo de numerosas enfermedades crónicas que favorecen el uso de múltiples fármacos para ser tratadas. Por ello, las diferentes instituciones responsables de la salud han considerado a la población anciana una prioridad debido a su vulnerabilidad, aumentando su preocupación y considerándolas una población de riesgo. Esto ha promovido la creación de determinados documentos para ayudar a los diferentes sistemas sanitarios a establecer adecuadas estrategias y así, lograr mejorar la atención de las enfermedades crónicas en los pacientes de edad avanzada ¹. Dicha atención sociosanitaria se recomienda que se centre en un abordaje multidisciplinar e individual, focalizándose únicamente en la persona como tal y en su situación social y psicoafectiva.

Por un lado, las enfermedades crónicas generan un elevado coste debido a la complejidad de cuidados que requieren, mientras que, por otro, ayudan a que la profesión enfermera cobre mayor relevancia y desarrolle cuidados avanzados y especializados reconocidos profesionalmente ².

Según la pirámide de Kaiser, la cual es una herramienta que permite clasificar a todos los pacientes con pluripatologías crónicas en 3 niveles diferentes para que la gestión de los recursos sanitarios sea la más apropiada para cada paciente. En primer lugar, en la base de la pirámide se encuentra la población crónica estable, constituyendo el 80%. En el siguiente escalón, el 15% son pacientes crónicos de alto riesgo y, por último, en el pico de la pirámide se encuentran los pacientes crónicos de alta complejidad, dando lugar al 5% de la población. Considerando de esta manera al paciente crónico de alta complejidad una persona vulnerable con pluripatologías asociadas, alta morbilidad, elevado consumo de recursos sanitarios y mayor prioridad a la hora de abordar y gestionar ³. A su vez, presenta dificultad para controlar síntomas, facilidad para la agudización de estos y requiere cuidados diarios muy complejos, consumiendo una cantidad elevada de recursos asistenciales, además de requerir un apoyo familiar adecuado. Teniendo como problema principal la polimedicación o polifarmacia, considerándose esto un problema a nivel global ⁴. Se entiende por polimedicación el uso de más de 6 principios activos en su tratamiento con consumo diario durante un período mínimo de 6 meses ⁵.

Esta población está implicada, hasta un 70%, en el gasto farmacológico, donde se considera que el 97% de los ancianos que viven en residencias y el 61% que viven en sus casas, consumen mínimo un fármaco innecesario, el cual se ha prescrito de forma inadecuada sin

considerar correctamente las necesidades del paciente ⁶. Lo cual favorece las reacciones adversas y las interacciones medicamentosas, aumentando consigo la morbilidad, mortalidad y los ingresos hospitalarios con complicaciones asistenciales ⁷. Por tanto, la polifarmacia representa un elevado riesgo para la salud del paciente, disminuyendo notablemente su calidad de vida.

Los fármacos más consumidos y demandados en este tipo de pacientes son los fármacos cardiovasculares, diuréticos, analgésicos, antiinflamatorios (AINES), antiplaquetarios, hipoglucemiantes y psicofármacos; los cuales, muchos de ellos, son considerados inapropiados en el anciano, ya que se asocian con mayor frecuencia a RAM que favorecen o desencadenan hasta un 14% los ingresos hospitalarios ^{6,8,9}.

Las RAM se consideran resultados terapéuticos negativos, tanto por parte del paciente como por parte del médico. Muchas veces se deben a una notable falta de comunicación, lo que provoca un uso inadecuado de los fármacos prescritos y consigo una mala adherencia al tratamiento ¹⁰. Siendo los efectos más comunes en el anciano la confusión, incontinencia urinaria, depresión, caídas, hipotensión, Parkinson, etc ¹¹. Según la OMS, la polimedición se considera una de las 10 primeras causas de muerte en el anciano, esto se debe especialmente como consecuencia del “efecto cascada” donde un fármaco produce una reacción inesperada o inapropiada y a su vez este problema es tratado con otro fármaco diferente ¹². Además, existen múltiples factores de riesgo que aumentan la aparición de las RAM, destacando a pacientes con edad superior a los 85 años y que consuman más de 9 medicamentos, aquellos con un índice de masa corporal anormal, el hecho de haber padecido alguna reacción adversa a fármacos anteriormente, etc ¹³.

La polimedición, a su vez, favorece las interacciones farmacológicas, también conocidas como interacciones fármaco-fármaco. Este problema ocurre cuando uno de los medicamentos prescritos interacciona con otro inhibiendo el efecto de uno de los fármacos administrados o de ambos. Muchas de las interacciones medicamentosas son evitables, pero algunas también se relacionan con problemas visuales, auditivos o de memoria por parte del paciente ⁷. El riesgo de sufrir este tipo de inconvenientes va a aumentar dependiendo de la cantidad de fármacos prescritos, variando desde un 58% en pacientes que ingieren cinco fármacos, hasta un 82% en aquellos que consumen más de siete fármacos ¹⁰.

Algunas de las interacciones más frecuentes producidas en la población anciana de canarias son los anticoagulantes orales y los antiinflamatorios, antidiabéticos y betabloqueantes, paracetamol y anticonvulsivantes, digoxina y amiodarona combinación que produce cardiotoxicidad en el paciente, diuréticos y antiinflamatorios ¹³. Siendo esta última interacción la más relevante y prevalente ¹⁴.

Otro de los importantes problemas que abarca la polimedicación es la falta de adherencia terapéutica por parte de los pacientes. Entendiendo como adherencia terapéutica el cumplimiento adecuado del tratamiento prescrito. Muchas veces este objetivo es incapaz de llevarse a cabo debido a la complejidad que conlleva gestionar los numerosos fármacos indicados, además de sumarle el deterioro cognitivo que muchos pacientes sufren. De hecho, se valora que el 35 – 50% de los pacientes polimedicados incumplen su tratamiento ¹⁵.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Estado actual

Como se comentó anteriormente, a lo largo de los años el envejecimiento ha ido aumentando notablemente y a su vez, afecta a la calidad de vida de la población, la cual se ve alterada por diferentes factores de riesgo físicos, biológicos y sociales, donde influye negativamente la polimedicación. Las personas mayores de 65 años constituyen el 49,9% de la población polimedificada, mientras que el 40% de los adultos mayores de 75 años llegan a consumir 10 o más fármacos diarios ⁸. Todo ello, desencadena graves consecuencias en la salud y en la calidad de vida del paciente; aumentando consigo la morbilidad, mortalidad y los recursos sanitarios ¹⁶.

En el año 2012 se estudiaron las interacciones medicamentosas (IM) y las RAM en 14.624.492 adultos mayores de diferentes países de la Unión Europea con edad superior a 60 años, encontrándose, el 45.8% de ellos hospitalizados. Durante el estudio se observó, que tanto las IM como las RAM ocurren como desencadenante de la polimedicación, sin embargo, existen otros factores que favorecen estos problemas; como la edad avanzada, el sexo, el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias tóxicas, existencia de comorbilidades, tratamientos con Warfarina o benzodiazepinas, el deterioro cognitivo, etc. Durante este estudio, también se investigó la importancia de la adherencia terapéutica, considerando significativa la diferencia entre un país y otro, siendo positivamente con un 98.1% la adherencia terapéutica por paciente en Bélgica y negativamente con un 13.3% en Singapur. Mientras tanto, en España, se detectaron 132 interacciones, destacando con un 33% las interacciones con el omeprazol y 278 reacciones adversas, enfatizando con un 32% en las pérdidas de memoria. Y, además, mediante la investigación se comprobó que en muchos países de la Unión Europea no existía ningún documento que describiera como tal el problema de la polimedicación ⁷.

Mientras tanto, en Estados Unidos, prácticamente el 60% de la población con más de 65 años se consideran pacientes polimedificados, de los cuales un 50% consumen medicamentos sin receta médica ¹⁷. En este mismo país se realizó un estudio sobre aquellos pacientes que visitaban el servicio de urgencias debido a reacciones adversas producidas por medicamentos. Produciéndose en los años 2004 y 2005 más de 177.504 visitas por este motivo, prevaleciendo con un 13,5% las reacciones alérgicas. Además, un 3.1 % de las RAM fueron causadas por fármacos considerados inapropiados, como es el caso de la digoxina con un 47.5% de las visitas, la warfarina y la insulina, requiriendo en la mayoría de los casos hospitalización ¹⁸.

Uno de los errores principales de la polimedición es la prescripción inadecuada de fármacos, conocida como Prescripción Potencialmente Inadecuada (PIP), lo cual se considera que el riesgo/ beneficio o el coste/efectividad del tratamiento propuesto es completamente inefectivo, potenciando las posibles reacciones adversas y las intoxicaciones por fármacos administrados, agravando consigo los diferentes problemas o antecedentes patológicos ya presentados por el paciente. La prescripción inadecuada puede deberse a múltiples factores; frecuentando la prescripción de dosis excesivas o en un tiempo prolongado, la prescripción de un tratamiento sin tener la certeza de que exista una enfermedad para dicho plan terapéutico o incluso cuando no se prescribe una terapia para un problema evidente que afecta a la salud del paciente ¹⁹.

En 2007 se realizó un estudio con 338.801 personas irlandesas con edad superior a los 70 años a través del cual se observó como la prevalencia de la prescripción inapropiada de fármacos asociados a la polimedición sustentaba un problema significativo en el país, suponiendo un 36%. Este problema, ocasionó un coste de 45.631.319 €, representando un 9% del gasto total en fármacos, agravándose las consecuencias económicas en pacientes con tratamiento de Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) a largo plazo, aconsejándose una disminución de la dosis del tratamiento o incluso la interrupción del mismo si fuese posible. Al 26% de la población estudiada, se le prescribió al menos un medicamento inadecuado, siendo más frecuente en mujeres y en adultos mayores de 75 años, comprobándose así que las mujeres padecen un porcentaje de riesgo más elevado que los hombres a la hora de prescribir inadecuadamente un fármaco. Los fármacos prescritos con mayor frecuencia fueron los IBP, seguidamente fármacos antiinflamatorios y, por último, opiáceos. Verificando con ello, que las terapias con benzodiazepinas de acción prolongadas corresponden a un 41% en Irlanda, en comparación con Países Bajos que representan un 5% y Reino Unido que representan un 4% ²⁰.

Actualmente, la capacidad para detectar una prescripción inadecuada es clave para disminuir los efectos secundarios y las interacciones medicamentosas provocados a causa de la polimedición. Por ello, se han desarrollado diferentes herramientas para comprobar que la medicación prescrita se efectúe de forma adecuada, proporcionando un tratamiento seguro y completamente efectivo. Algunos de los criterios utilizados, los cuales han sido estudiados y verificados de forma amplia, son el sistema STOPP/START y los criterios Beers.

Por un lado, los criterios Beers se crearon en 1991 en Estados Unidos para valorar el uso adecuado de medicamentos y la calidad de prescripción de un tratamiento en la población anciana tanto en ámbito residencial, como en hospitalario o también en atención primaria, proporcionando información a su vez de los fármacos que deben evitarse en la población mayor de 65 años por ineficacia comprobada ante cualquier circunstancia o por efectos secundarios de determinados fármacos prescritos en altas dosis. Sin embargo, esta herramienta presenta algunos

inconvenientes, ya que, únicamente incluye los medicamentos utilizados en el país de creación, sin tener en cuenta el uso de la polifarmacia a nivel europeo. De hecho, algunos países de la Unión Europea, tales como Italia y Francia, han tenido que incorporar nuevos principios activos no presentes en la guía. Mientras que, en el caso de España, 50 de los principios activos presentes en los criterios Beers estaban comercializados en el país, pero, aun así, en el año 2012 se eliminaron 54 medicamentos no comercializados con la ayuda del Catálogo Español de Medicamentos ²¹.

Y, por otro lado, otra de las herramientas útil y eficaz desarrollada en Irlanda en el año 2008, es conocida como STOPP-START, la cual ayuda a disminuir la prescripción inadecuada de fármacos que deben evitarse, ya que, debilitan el sistema físico y psíquico del anciano y a su vez, ayudan a evitar que se contraindiquen medicamentos que se prescriben insuficientemente y que realmente si son potencialmente favorecedores para la mejora de calidad de vida del paciente. Siendo el ámbito STOPP una “Herramienta de detección de prescripción inadecuada de recetas en personas mayores” y el START una “Herramienta de detección para alertar a los médicos sobre el tratamiento adecuado” ²². Según algunos estudios, al 57,9% de pacientes ingresados por enfermedades agudas se les prescindió al menos un medicamento efectivo para su recuperación ²³.

Mientras tanto, en España, se ha estudiado el origen de los efectos adversos por los que acudía la población al servicio de salud, encontrando en primer lugar, un estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), a través del cual se observó un 37,4% de complicaciones nosocomiales, de las cuales una cuarta parte de estas eran debidas a errores frecuentados en la medicación, con mayor índice de error en médicos que en enfermeros ²⁴. Y a su vez, también existe un estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria (APEAS), observando 2.059 reacciones adversas en este servicio, donde el 63,5% de estas fueron efectuados por facultativos de familia y el 26,5% por personal de enfermería. De estos errores el 48,2% fue provocado, nuevamente, por errores en la medicación, produciendo dificultades en la evolución del paciente. Los efectos secundarios más comunes desarrollados a raíz de la medicación fueron diarrea, náuseas, vómitos, alteraciones neurológicas y prurito, asociándose un 50,2% a RAM y un 33,2% a errores de medicación, siendo evitable el 58,2% los casos ²⁵.

De hecho, el Instituto Catalán de la Salud (ICS) elaboró un instrumento de medida online, con único uso en los servicios de atención primaria, para corroborar que no se prescriba medicación erróneamente o evitar que la medicación recetada interaccione con la que ya consumen los pacientes afectados, y así conseguir un tratamiento farmacológico eficaz y seguro. Esta herramienta se conoce como PREFASEG, lo que se entiende como “Prescripción Farmacológica Segura” y se diseñó teniendo en cuenta los criterios Beers, fármacos inapropiados

para los pacientes con edad superior a los 75 años, tratamientos activos en cada paciente, posibles interacciones entre fármaco-fármaco, existencia de contraindicaciones farmacológicas desencadenadas por ciertas enfermedades del paciente y, por último, probables reacciones alérgicas ²⁶. Este programa ha generado numerosas alertas, considerándose un 25% de ellas por interacciones farmacológicas y destacando las reacciones entre fármacos antidepresivos con recaptación de serotonina (ISRS) con el tramadol y los fármacos anticoagulantes con los antiinflamatorios. Evitando con ello 34.979 interacciones entre fármaco-fármaco y un ahorro significativo de los costes sanitarios ²⁷.

Centrando el foco un poco más en la población española y en el envejecimiento, España destaca por su visible crecimiento a lo largo de los últimos años. El 17% de la población española tiene una edad superior 65 años y consumen prácticamente el 50% de los fármacos prescritos en la población, lo cual conlleva a un gasto farmacológico de un 70%. De hecho, a través de este estudio se identificó una prevalencia existente de un 45,3% de errores en la prescripción de medicamentos en pacientes ancianos en la comunidad de Madrid en el año 2014 ²⁸.

El sistema sanitario español se consideró uno de los mejores a nivel mundial, debido a su calidad y seguridad, pero a su vez también es considerado el país con mayor gasto farmacológico, siendo de gran eficacia para el 73,1% de la población y destacando a un 21,9% que aconsejan la realización de cambios para su mejoría completa. Mejoría que hace principal hincapié en la incorporación de medidas que prosperen hacia la evolución de las enfermedades crónicas y hacia una mejor calidad de vida para este tipo de pacientes ²⁹. Ya que, tal y como se comentó anteriormente, los pacientes crónicos de alta complejidad (PCAC) constituyen, prácticamente, el 5% de la población. A la hora de considerar un paciente como PCAC se deben cumplir una serie de criterios, destacando el consumo excesivo de los servicios de urgencias hospitalarias y/o extrahospitalarias, presencia de multimorbilidad, comorbilidades y consigo morbilidades, la polimedicación, elevado número de hospitalizaciones anuales, falta o pérdida de independencia para las actividades básicas de la vida diaria, presencia de insuficiencia cardíaca y EPOC, etc ³⁰. Por ello, para intentar disminuir esta incidencia se creó un modelo denominado Chronic Care Model, debido a que algunos estudios afirman que, en muchos pacientes con pluripatologías y comorbilidades asociadas, la asistencia que se les presta no concuerda con las necesidades que el paciente de alta complejidad requiere. Este modelo consta de un equipo integrado, cualificado y capacitado para desarrollar una comunicación eficiente, además de personalizar el trato del paciente crónico pluripatológico. Teniendo como objetivo proporcionar apoyo y confianza al paciente para que sea capaz de autogestionar sus enfermedades y de esta manera generar un plan de actuación adecuado, evitando consigo posibles agravantes en la salud y en la calidad de vida del paciente, mejorar los sistemas de seguimiento e informar de los

resultado negativos y positivos del avance del plan terapéutico y la enfermedad, y, por último, reducir el elevado coste que provocan las enfermedades crónicas en la sociedad ³¹.

Mientras tanto, en la demografía española, la tasa de mortalidad supera la de natalidad, en enero de 2011 había 8.092.853 personas ancianas, representando el 5,1% las personas mayores de 80 años. Algunos estudios, afirman que a lo largo de los años la población con edad superior a los 60 años acabaría formando el 31,9% de toda la población española, lo cual provocaría que la causa principal de las consultas de atención primaria sean los pacientes pluripatológicos con enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento y estando el 97% de ellos polimedicados. Sin embargo, no solo las personas mayores padecen patologías crónicas, ya que se realizó una Encuesta Europea de Salud y se informó que el 45,6% de la población mayor de 16 años ya padecía, al menos, una enfermedad de origen crónico, destacando, en estas edades, un 11,86% las alergias crónicas. Enfatizando a su vez, que en España la mayoría de los costes hospitalarios por enfermedad en el anciano están relacionados con enfermedades cardiovasculares. Por ello, en España se publicó la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad (EAC) en el Sistema Nacional en el año 2012, ya que es un país donde la esperanza de vida viene arraigada de las enfermedades crónicas. Esta estrategia describe la importancia de tratar el envejecimiento, ya que prevé que el 50% de la población española con más de 65 años será, probablemente, dependiente en 2050. Además, tiene como objetivo adecuar la calidad de atención y las estrategias de actuación en la población crónica compleja, prosperando unos cuidados continuados y la participación familiar, para así disminuir el nivel de mortalidad de la población y asegurar una calidad de vida eficiente. Centrándose en planificar sus intervenciones en el paciente y dejando en segundo plano la enfermedad ²⁹.

También, se han desarrollado otros modelos dirigidos a abordar los diferentes problemas que generan las pluripatologías crónicas en pacientes de edad avanzada y con riesgo de fragilidad. Algunos de ellos son el Programa de Investigación para el Mantenimiento de la Autonomía (PRISMA) y el Modelo de Atención Crónica (MCC). Y con ello, ha surgido una herramienta para ajustar los grados de morbilidad del paciente crónico complejo (ACG), estableciendo consigo cuatro niveles diferentes para valorar de manera orientativa el riesgo de cada paciente, por un lado, la población sin condiciones crónicas y la población crónica de bajo riesgo (Percentil < 80) y, por otro lado, la población crónica de moderado riesgo (Percentil 80-95), seguida de una población crónica de alto riesgo (Percentil > 95) ³².

Según la EAC, el trabajo del enfermero de enlace es de vital importancia para dirigir adecuadamente al paciente crónico de alta complejidad y conseguir un desarrollo óptimo. Para ello, todo responsable enfermero debe centrarse en realizar una vigorosa recogida de datos basándose en los 11 patrones de Marjory Gordon, para así volcar la información obtenida en la

historia clínica (HCE) del paciente y conseguir una valoración integral del paciente crónico de alta complejidad, donde se deberá priorizar la atención en los campos más vulnerables del paciente. A la hora de la recogida de datos, se debe tener en cuenta el lenguaje oficial de enfermería, basándose primordialmente en un diagnóstico adecuado (NANDA), seguidamente fijar una serie de objetivos que se adapten al diagnóstico (NIC) y, por último, priorizar las actividades más favorecedoras para mejorar la calidad de vida de cada paciente (NOC). Considerándose el diagnóstico [00231] “Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano” como uno de los cuatro diagnósticos más comunes en el PCAC, ya que el 9% de estos presentan un elevado riesgo de caídas, comorbilidad y morbilidad, lo que se conoce como anciano frágil ³³.

4.2. Justificación

Las enfermedades crónicas están ligadas, en mayor medida, al envejecimiento y esto ocasiona un problema significativo en la sociedad, ya que actualmente, los pacientes crónicos de alta complejidad constituyen el 5% de la población total. Este tipo de pacientes es considerado el sector poblacional que mayor gastos y recursos sanitarios consume, sobre todo farmacológico, ya que está implicado en el 70% de este gasto, y a su vez, es una población vulnerable, debido al elevado riesgo de comorbilidad que padecen, al que se le debe sumar la polimedicación, que como se dijo anteriormente es considerado un problema a nivel global. Este problema aumenta la posibilidad de interacciones farmacológicas y de reacciones adversas atribuidas a los medicamentos consumidos, provocando generalmente un elevado número de ingresos hospitalarios al año debido a estos motivos.

De manera que, aprender a manejar y controlar adecuadamente la medicación que se prescribe a la población es una tarea muy complicada e importante a la vez, sobre todo, para la población de crónicos complejos polimedicados, los cuales deben de ser tratados como una prioridad. Por ello, se ha diseñado un proyecto innovador, eficaz y de vital importancia para este tipo de población, ya que aporta un enfoque único hacia el paciente crónico de alta complejidad basándose en numerosas escalas para conseguir de esta manera una valoración completa e integral de estos pacientes, permitiendo que la intervención propuesta sea lo más eficaz y favorecedora posible a la hora de mejorar la prescripción farmacológica y consigo mejorar la adherencia terapéutica en el PCAC. Además, se creará un contacto telemático para que el paciente no pierda los resultados obtenidos durante la intervención.

4.3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la eficacia de una intervención enfermera para mejorar la adherencia terapéutica y la prescripción medicamentosa segura en el paciente crónico de alta complejidad polimedicado?

4.4. Objetivos de la investigación

4.4.1. Objetivo general

Conocer la eficacia de una intervención enfermera de atención primaria en pacientes crónicos de alta complejidad para mejorar la adherencia terapéutica y la prescripción medicamentosa segura en este tipo de pacientes.

4.4.2. Objetivos específicos

- Conocer las características del paciente crónico de alta complejidad polimedicado
- Evaluar la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados en el paciente crónico de alta complejidad siguiendo el sistema STOPP/START
- Evaluar la prescripción medicamentosa segura mediante la herramienta PREFASEG
- Valorar si existe relación entre el riesgo social del paciente y la adherencia terapéutica del mismo.
- Reducir la automedicación.
- Detectar y evitar reacciones adversas y posibles interacciones medicamentosas
- Valorar el conocimiento del paciente crónico de alta complejidad polimedicado

4.5. Hipótesis

La intervención enfermera realizada en este proyecto de investigación se encargará de conocer un poco más al paciente crónico de alta complejidad polimedicado, de manera que las expectativas puestas en dicha intervención tendrán un impacto positivo a la hora de mejorar la prescripción medicamentosa segura, lo cual permitirá detectar posibles interacciones medicamentosas, evitando de esta manera posibles reacciones adversas a medicamentos y favoreciendo consigo la adherencia terapéutica en este tipo de pacientes.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1. Tipo de estudio

Se realizará un estudio experimental para la medida de la efectividad de una intervención enfermera comunitaria en pacientes crónicos de alta complejidad polimedicados para una mejora de la adherencia terapéutica y una prescripción medicamentosa segura, con medición pre y post intervención, de tipo prospectivo, con grupo control. Para ello, se realizará una asignación aleatoria, contando de esta manera con un grupo intervención (grupo A) y un grupo control (grupo B).

5.2. Población

Según los datos de estratificación del Proyecto del Paciente Crónico de Alta Complejidad, en el Área de Salud de La Palma hay 4.708 pacientes crónicos de alta complejidad. Por tanto, para calcular el número de pacientes crónicos de alta complejidad polimedicados, se toma como referencia los identificados en la Zona Básica de Salud de Santa Cruz de La Palma. De manera que según la explotación de datos de Drago-AP, realizada en abril de 2023, facilitada por el enfermero de enlace de dicha zona, en Santa Cruz de La Palma el 82% de los pacientes crónicos de alta complejidad son polimedicados, siendo 1.217 pacientes crónicos de alta complejidad polimedicados y 1095 pacientes crónicos de alta complejidad con más de 6 fármacos activos en su receta. Finalmente, se estima que la población a estudio será de 3.861 de los pacientes crónicos de alta complejidad polimedicados de la isla de La Palma.

5.3. Muestra representativa y selección muestral

Teniendo en cuenta que la población es finita, se estima una muestra representativa de 350 participantes, basándose en un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. La cual se ampliará un 20% para así cubrir posibles pérdidas de participantes, obteniendo finalmente una muestra de 420 participantes. En cuanto a la selección muestral se efectuará un muestreo aleatorio simple utilizando una tabla de números aleatorios, dividiendo la población a estudiar en un grupo control y un grupo intervención, incluyendo en la investigación a todo aquel que cumpla con todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión.

5.4. Criterios de inclusión y exclusión

Para que un paciente sea candidato a la realización de este estudio se deben cumplir los cuatro criterios de inclusión expuestos a continuación, de tal manera que para su abstinencia en dicha investigación basta con la presencia de un único criterio de exclusión.

5.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes que dispongan de teléfono móvil o fijo.
- Pacientes con más de 6 fármacos activos en su receta de tratamiento.
- Pacientes con capacidad colaborativa en el plan de actuación.

5.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes ingresados en centros sociosanitarios.
- Pacientes con deterioro cognitivo moderado/severo.
- Pacientes con patologías cancerígenas en estado terminal.

5.5. Variables e instrumentos de medida

En esta investigación se estudiaron diferentes variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con el paciente crónico de alta complejidad polimedocado, destacando también sus correspondientes instrumentos de medida.

5.5.1. Variables estudiadas

- **Variables sociodemográficas:** edad (años), sexo (hombre/mujer), lugar de nacimiento, zonas básicas de salud de la Isla de La Palma¹, nivel de estudios (educación primaria/educación secundaria/bachillerato/ formación profesional/ grado universitario) y estado civil (soltero/a, casado/a, viudo/a).
- **Variables relacionadas con el paciente crónico de alta complejidad (PCAC):** comorbilidad (ausencia de comorbilidad/comorbilidad alta) medido con el Índice de comorbilidad de Charlson (ICC), dependencia para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (independiente, riesgo de dependencia, dependiente) medido con el Índice de Barthel, proporción de pacientes con 2 o más enfermedades crónicas (sí/no), función cognitiva (normal, deterioro leve, deterioro moderado, deterioro severo) medida con la Escala Pfeiffer, riesgo social (buena

¹ **ZONAS BÁSICAS DE SALUD DE LA ISLA DE LA PALMA:** Centro de Salud (CS) de Santa Cruz de La Palma (consultorio local de Puntallana), Las Breñas (CS de Breña Alta y consultorio local de Breña Baja), CS de Mazo (consultorio local de Fuencaliente), CS del Paso, CS de Los Llanos de Aridane (consultorio local de Todoque), CS de Tazacorte, CS de Tijarafe (consultorio local de Puntagorda), CS de Garafía (consultorio local de Franceses), CS de San Andrés y Sauces (consultorio local de Barlovento y de Gallegos).

situación social, riesgo social, problema social) medida con la Escala de valoración sociofamiliar de Gijón, número de hospitalizaciones anuales.

- **VARIABLES RELACIONADAS CON LA PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOSA Y LA POLIMEDICACIÓN:** prescripción farmacológica segura (sí/no) medido con la herramienta PREFASEG, prescripción medicamentosa potencialmente inapropiada (sí/no) medido con el sistema STOPP/START, capacidad de adherencia terapéutica medido con el Test de Morisky-Green, conocimiento sobre el régimen terapéutico (ningún conocimiento/conocimiento escaso/ conocimiento moderado/ conocimiento sustancial/conocimiento extenso) medido con la Escala Likert, automedicación, reacciones adversas a medicamentos (RAM) e interacciones medicamentosas (sí/no).
- **Necesidad de cuidado del paciente:** diagnósticos enfermeros medidos con la herramienta Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST).

5.5.2. Instrumentos de medida

Se entiende como instrumentos de medida todos los cuestionarios y herramientas necesarios que serán utilizados para la realización de una valoración amplia y estructurada del paciente pre y post intervención.

- **Índice de comorbilidad de Charlson (ICC):** este instrumento consta de 19 ítems o 8 ítems en la versión abreviada, para valorar la comorbilidad del paciente. Considerándose *Ausencia de Comorbilidad* aquellos pacientes que consigan una puntuación de 0 y *Comorbilidad Alta* aquellos que obtengan una puntuación superior a 3 puntos.
- **Índice de Barthel:** valora la capacidad de independencia que tiene el paciente, valorando consigo la capacidad de este para la realización de las diez actividades básicas de la vida diaria. Cada actividad se valora en 0, 5, 10 o 15 puntos, agrupándose en *Persona Mayor Independiente* aquella que obtenga una puntuación de 100, *Persona Mayor en Riesgo de Dependencia* con una puntuación de 60-90 y, por último, *Persona Mayor Dependiente* aquella que no consiga puntuación alguna o menor de 60 puntos.
- **Escala Pfeiffer:** valora la función cognitiva del paciente a través de un cuestionario con 10 preguntas donde se comprueba la memoria a corto y largo plazo del paciente, su capacidad de atención y a su vez de orientación. Se considera una *Valoración Cognitiva Normal* con una puntuación de 0-2 puntos, *Deterioro Leve* con 3-4 puntos, *Deterioro Moderado* 5-7 puntos y *Deterioro Severo* de 8-10 puntos.
- **Escala de valoración sociofamiliar de Gijón:** este instrumento permite valorar situaciones de riesgo o posibles problemas sociales. Se valoran cinco ítems (situación

familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo social). Interpretándose una *Buena Situación Social* con una puntuación de 5-9 puntos, *Existencia de Riesgo Social* de 10-14 puntos y *Problema Social* una puntuación superior a 15.

- **Test de Morisky-Green:** se trata de un cuestionario con 10 preguntas para medir y valorar los comportamientos y la capacidad del paciente para la adherencia al tratamiento pautado. La puntuación va de 0 a 10 puntos, interpretándose la puntuación más baja problemas para el cumplimiento del régimen terapéutico y la más alta una adecuada adherencia al tratamiento.
- **PREFASEG:** herramienta informática, concretamente un software, que permite detectar posibles errores de medicación durante su prescripción y evitar futuras incidencias. Valora 5 ítems (interacciones medicamentosas, tratamientos activos, contraindicaciones de determinados fármacos con enfermedades, alergias y fármacos potencialmente inapropiado en adultos mayores de 75 años).
- **Sistema STOPP/START:** herramienta versionada en español que permite potenciar la prescripción adecuada de fármacos y evitar las RAM.
- **Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST):** herramienta que consta de 57 ítems y también permite conocer la calidad de las intervenciones enfermeras efectuadas a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon. Actualmente, en España se ha versionado esta herramienta conociéndose como Instrumento de Valoración y Cribado por Patrones Funcionales de Salud (IVyC-PFS), ya que hasta el momento no se encontraba validada en el contexto sanitario español ³⁴.
- **Escala Liker:** este instrumento es un criterio del NOC [1813] “Conocimiento sobre el régimen terapéutico” y se utiliza para medir el comportamiento de una persona, en este caso se utilizará para valorar la capacidad de conocimiento que tiene cada paciente acerca de la medicación que está tomando. Valora 4 ítems (beneficios del tratamiento, responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso, régimen de medicación prescrita y beneficios del control de la enfermedad). Para ello se centrará en valorar del 1 al 5, desde ningún conocimiento hasta conocimiento extenso.

5.6. Recogida de datos y procedimiento

La intervención constará de siete visitas de seguimiento individual durante 8 meses aproximadamente, según disponibilidad y evolución del paciente. La primera y la segunda visita se realizarán en el primer mes de seguimiento, una visita por semana, mientras que a partir de la cuarta visita se llevará a cabo 1 visita cada dos meses. Estas visitas serán en su mayoría presenciales, exceptuando algunas que serán planificadas por vía telefónica o telemática. Como

se comentó anteriormente, se tendrá en cuenta para la intervención dos grupos, un grupo A que será el grupo intervención, al cual se le realizará el seguimiento a lo largo de las siete visitas y, por otro lado, un grupo B que será el grupo control y únicamente será evaluado en la primera y en la última visita. Para así poder comprobar la eficacia del estudio y su intervención. Durante la intervención enfermera se revisará exhaustivamente todos aquellos medicamentos consumidos diariamente por cada paciente estudiado, teniendo como objetivo principal suprimir aquellos que se consideran inapropiados en el anciano y provocan mayor efectos adversos e interacciones medicamentosas en este grupo poblacional, para así favorecer una prescripción adecuada y segura de fármacos. Finalmente, toda la información necesaria y requerida en cada visita será expuesta de forma anónima en un dossier de recogida de datos pre intervención (**ANEXO 1**) y post intervención (**ANEXO 2**).

Cabe destacar, que previo a dar comienzo al proyecto, se realizará una reunión con el personal de Atención Primaria, directores y supervisores, para unificar conceptos y familiarizarse con el proyecto, además de valorar la cantidad de pacientes y su dispersión para que sea viable solicitar colaboración a las enfermeras de enlace del Área de Salud de La Palma.

ENERO	FEBRERO	ABRIL	JUNIO	AGOSTO
Visita 1, 2 y 3	Visita 4	Visita 5	Visita 6	Visita 7

VISITA 0 – PREPARACIÓN

Se contactará por vía telefónica con el paciente para recordarle su inicio en el estudio y en el seguimiento a realizar. Además de informarle que debe traer a las visitas todos los fármacos que consume a diario.

VISITA 1 – VALORACIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO DE ALTA COMPLEJIDAD

En esta visita, citaremos a ambos grupos estudiados en la investigación para poder comprobar al final del proyecto si la intervención que se llevará a cabo realmente es eficaz o no.

Durante la primera visita se realizará una valoración pre intervención del paciente, recogiendo todos los datos necesarios para realizar un plan de cuidados individualizado de cada paciente con ayuda de la herramienta FHPAST, comentada anteriormente, y así poder conocer la calidad de vida y de salud que presenta nuestro paciente, además de la capacidad de retención y comprensión de este para poder elaborar un proceso terapéutico individualizado y eficaz, que es lo que realmente nos interesa. Para conseguir una valoración amplia y efectiva nos apoyaremos en diferentes escalas y herramientas, desde comprobar la comorbilidad del paciente a través del

ICC, el grado de dependencia con el Índice de Barthel y la capacidad cognitiva con la Escala de Pfeiffer, hasta comprobar la situación sociofamiliar del paciente con la Escala de Gijón. Finalmente se proporcionará una breve educación sanitaria en base a los problemas captados durante la visita, los cuales deberán de ser registrados para valorar y trabajar en las próximas visitas.

VISITA 2 – VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO

A lo largo de esta visita el foco de importancia se centrará en el ámbito terapéutico del paciente, valorando su capacidad de conocimiento, la adherencia terapéutica y el control medicamentoso que es capaz de llevar. En esta visita se le requiere al paciente que traiga toda la medicación consumida diariamente y la orden de tratamiento prescrita. Por ello, la importancia de la preparación por vía telefónica del paciente en la visita 0.

En primer lugar, se valorará el grado de conocimiento que presenta el paciente con ayuda de la Escala Likert y seguidamente se hará uso del Test de Morisky-Green para valorar la adherencia al tratamiento que presenta cada paciente. Finalmente, una vez valorado el grado de conocimiento y la adherencia terapéutica se comprobará que todos los fármacos presentados por el paciente estén activos en la orden de tratamiento prescrita y detectando posibles errores para prescindir de toda aquella medicación innecesaria que se tome como forma de automedicación, medicación caducada o duplicada, haciendo uso, para ello, del sistema STOPP/START y la herramienta PREFASEG.

VISITA 3 – PLANIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Tras el primer mes de seguimiento, es decir tras finalizar las dos primeras visitas y recoger todos los datos necesarios para la planificación de cuidados del paciente se planifica una interconsulta con el médico de familia, el cual deberá tener en cuenta todos los aspectos y problemas detectados en las visitas anteriores, y en caso de ser necesario se pedirá opinión al servicio de farmacia para obtener propuestas de mejora y optimizar el tratamiento. En esta visita no será necesario que el paciente asista a consulta, exceptuando algunos casos donde el médico de familia requiera su asistencia. Finalmente, se generará una nueva hoja de prescripción favoreciendo la eficacia y la seguridad del paciente, la cual deberá ser explicada al paciente en su próxima visita.

VISITA 4 – EDUCACIÓN SANITARIA

Una vez que se haya generado la nueva orden de tratamiento, con sus cambios correspondientes para una prescripción segura y eficaz se citará al paciente para proporcionar una educación sanitaria individualizada y basada en los cambios de mejora propuestos. Esta visita

será realizada únicamente por la enfermera, pero en caso de ser necesario o por petición médica la visita se realizará de manera conjunta con ambos profesionales.

Por tanto, durante esta visita se le proporcionará al paciente una hoja donde se expondrán todas las modificaciones realizadas, desde la medicación que debe tomarse, junto con la dosis específica, hasta la forma adecuada de administración. Finalmente, se le facilitará una caja de plástico con diferentes compartimentos donde el paciente deberá añadir todos los medicamentos pautados y deberá traer adecuadamente organizada en la última visita para su reevaluación final.

Cabe destacar que a partir de esta visita se instaurará un canal colaborativo online, a través de e-mail, donde el paciente podrá estar en contacto con el personal de manera constante y también podrá exponer todas sus dudas e inquietudes, las cuales serán resueltas con la mayor antelación posible.

VISITA 5 Y VISITA 6 – SEGUIMIENTO TELEFÓNICO

Una vez que ya esté en mano del paciente la nueva hoja de tratamiento y las nuevas pautas a seguir para la eficacia completa de la intervención, se llevará a cabo un seguimiento telefónico tanto en la visita 5, como en la 6 para conocer posibles incertidumbres que puedan surgir en el paciente, valorar su experiencia durante el proceso y proporcionar, en caso de ser necesario, nuevas propuestas de mejora.

VISITA 7 - VALORACIÓN FINAL

En esta última visita, citaremos a ambos grupos estudiados en la investigación para comprobar si la intervención realmente es eficaz o no.

De manera que los pacientes del grupo A serán citados nuevamente en la consulta, los cuales deberán traer su hoja de tratamiento actualizada y su caja proporcionada en la cuarta visita para realizar una nueva valoración post intervención. En esta nueva valoración se comprobará si la adherencia terapéutica ha mejorado o empeorado, si la polimedicación ha disminuido y consigo las RAM y, por último, si los errores de prescripción son inexistentes o aún siguen presentes en el nuevo tratamiento. Para ello se deberá de realizar nuevamente la Escala Likert, el Test de Morisky-Green, el sistema STOPP/START y la herramienta PREFASEG.

Mientras que los pacientes del grupo B serán citados también en la consulta, pero únicamente se les realizará las escalas y test correspondientes.

5.7. Análisis estadístico

Una vez recogidos todos los datos necesarios para la realización de la investigación, se procederá al análisis descriptivo de dichos datos obtenidos. Para ello, si la distribución de la muestra es normal, la distribución de esta se llevará a cabo haciendo uso de porcentajes de frecuencias para variables categóricas y para las escalas se emplearán media y desviación estándar. Sin embargo, si la distribución de la muestra no es normal se haría uso de mediana y percentiles 5 y 95.

Se trata de un estudio experimental y comparativo entre dos grupos, un grupo control y otro grupo intervención para comprobar la eficacia de la intervención diseñada en este proyecto. De esta manera, se realizará una comparación dependiente para conocer los cambios que se producen en las variables estudiadas previamente a la intervención y posteriormente a los 8 meses, de esta manera para la determinación de la relación entre dichas variables se empleará la prueba T de Student. Las variables pre intervención a estudiar serán las variables sociodemográficas, aquellas relacionadas con el paciente crónico de alta complejidad, con las necesidades de cuidados del paciente y, por último, las variables relacionadas con la prescripción medicamentosa segura y la polimedicación. Mientras que, por otro lado, las variables post intervención estudiadas serán únicamente aquellas relacionadas con la prescripción medicamentosa segura y la polimedicación.

En el análisis bivalente las variables estudiadas son variables cualitativas tanto dicotómicas como politómicas y a su vez, nominales y ordinales, agrupando todos los datos en tablas de contingencia. En cuanto a la muestra, esta es independiente, ya que no existe relación alguna entre los grupos estudiados y su presentación es normal, por ello, la prueba estadística más adecuada para este estudio es la prueba Chi-cuadrada.

5.8. Consideraciones éticas

Una vez recibida la aceptación de los aspectos éticos y legales de la gerencia y el comité ético para la realización de este proyecto a través de una solicitud de aceptación (**ANEXO 3**), se solicitará de manera formal todos los datos necesarios de los pacientes que cumplan con todos los criterios de inclusión para la realización de este estudio. De tal forma que, para su realización se proporcionó a todos los participantes elegidos un consentimiento informado por escrito que deben de leer, aceptar y posteriormente firmar de manera voluntaria para poder ser estudiados en la investigación (**ANEXO 4**).

Este proyecto cumple con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, destacando que toda información recogida durante la investigación será utilizada únicamente con fines para este estudio y se tratará de forma confidencial.

Finalmente, cabe destacar que durante el estudio no surgió conflicto de intereses, ni tampoco éticos entre los investigadores.

6. LOGÍSTICA

6.1. Cronograma

<i>MESES</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	●											
REDACCIÓN DEL PROYECTO	●											
ELABORACIÓN DE ANEXOS, PERMISO Y CONSENTIMIENTOS	●											
ELECCIÓN DE PACIENTES	●	●										
RECOGIDA DE DATOS			●	●	●	●	●	●				
ANÁLISIS DE DATOS									●	●		
DISCUSIÓN											●	
PRESENTACIÓN												●

6.2. Presupuesto

6.2.1. Recursos humanos

<i>Tipo de recurso material</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Gasto</i>
Investigador/enfermera	1	2500€

6.2.2. Recursos materiales

<i>Tipo de recurso material</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Gasto</i>
Folios	2 pack (1 pack 5€)	10€
Bolígrafos	1 pack 10 bolígrafos	10€
Ordenador	1	650€
Impresora	1	190€
Teléfono fijo	1	30€
Tinta de impresora	2 pack (1 pack 15€)	30€
Cajas de plástico	100	100€
<i>GASTO TOTAL</i>	3.520€	

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. *Enferm Clin* [Internet]. 2014;24(1):79–89. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001964>
2. Rico-Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enferm Clin* [Internet]. 2014;24(1):44–50. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001691>
3. Román Sánchez P. La atención al paciente crónico complejo. *Galicia Clin* [Internet]. 2012 [citado el 24 de abril de 2023];73(Supl 1):5. Disponible en: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:YTrZ8QNC_qOJ:scholar.google.com/+pir%C3%A1mide+de+kaiser&hl=es&as_sdt=0,5
4. Prat Martínez M, Bleda Garcia S, Edo Gual M, Pineda-Herrero P. Resultados de aprendizaje de las competencias enfermeras relacionadas con la toma de decisiones en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas. *Educ médica* [Internet]. 2021;22:466–72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181319301962>
5. Fajreldines AV, Barberis E, Beldarraín MB, Valerio MA, Rodríguez V, Pellizzari M. Polimedicación, prescripción inapropiada y eventos adversos a fármacos en ancianos hospitalizados: un problema de seguridad del paciente. *Rev Colomb Cienc Quím Farm* [Internet]. 2021 [citado el 24 de abril de 2023];50(2):522–32. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74182021000200522&lang=es
6. Blasco PF, de Letona J ML. El paciente anciano polimedicado: [Internet]. Gob.es. [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_6AncianoPolimedica do.pdf
7. Rodrigues MCS, Oliveira C de. Drug-drug interactions and adverse drug reactions in polypharmacy among older adults: an integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016;24(0). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FtSs4nsL4HMBbX8yqgqkS/?format=pdf&lang=es>
8. Mendoza L, Reyna N, Bermúdez V, Nuñez J, Linares S, Nucette L, et al. Impacto de la polimedicación en la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados en un centro

- geriátrico del estado Zulia. Arch Venez Farmacol Ter [Internet]. 2016 [citado el 24 de abril de 2023];35(2):47–52. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642016000200003
9. Campo JMA, Hacón JAR, Ómez JFE, Urcio CLU, Ocup T, Amayo FJA. Reacciones y eventos adversos por medicamentos en ancianos que consultan un servicio de urgencias [Internet]. Org.co. 2008 [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39n2/v39n2a2.pdf>
 10. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado el 24 de abril de 2023];63(1):136–40. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/49Hwsx38f79S8LzjfYtqYFR/?lang=pt>
 11. Oropesa Pupo D, González Morales M, Calero González LM. Reacciones medicamentosas adversas frecuentes en el anciano [Internet]. Sld.cu. [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no82/n82rev1.htm>
 12. Cala Calviño L, Casas Gross S, Dunán Cruz LK. Efecto cascada en el anciano como consecuencia de la polifarmacia. Medisan [Internet]. 2017 [citado el 6 de mayo de 2023];21(3):279–86. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000300006
 13. Gobiernodecanarias.org. RECOMENDACIONES FARMACOTERAPÉUTICAS EN LAS PERSONAS MAYORES [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/0816803f-ad3d-11e4-9053-9d1690bb437a/Formato_electronico_Guia_Farmacogeriatría
 14. Álpizar Cortes JE, Angeles Lozano KL, Ávila Ballesteros D, Luna Calva LL, Torres Cano WD, Olvera Hernández EG, et al. Identificación de interacciones medicamentosas potenciales en pacientes geriátricos. J Negat No Posit Results [Internet]. 2020 [citado el 24 de abril de 2023];5(9):998–1009. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000900998
 15. Fernández Lisón LC, Barón Franco B, Vázquez Domínguez B, Martínez García T, Urendes Haro JJ, Pujol de la Llave E. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. Farm Hosp [Internet]. 2006 [citado el 24 de abril de 2023];30(5):280–3. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1130634306739915?token=49E2F721FC1CEE333E95F65D095778DACD99793C9ABD1D995977B2F297C1CA2407BA0F11447AB2B6B41A4D041C2D9AC8&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230119192336>
 16. Budnitz DS, Pollock DA, Weidenbach KN, Mendelsohn AB, Schroeder TJ, Annett JL. National surveillance of emergency department visits for outpatient adverse drug events.

- JAMA [Internet]. 2006;296(15):1858–66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.296.15.1858>
17. Cope DG. Polypharmacy in older adults: the role of the advanced practitioner in oncology. *J Adv Pract Oncol* [Internet]. 2013;4(2):107–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6004/jadpro.2013.4.2.5>
 18. Budnitz DS, Shehab N, Kegler SR, Richards CL. Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults. *Ann Intern Med* [Internet]. 2007;147(11):755–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-147-11-200712040-00006>
 19. Hill-Taylor B, Sketris I, Hayden J, Byrne S, O’Sullivan D, Christie R. Application of the STOPP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. *J Clin Pharm Ther* [Internet]. 2013;38(5):360–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpt.12059>
 20. Cahir C, Fahey T, Teeling M, Teljeur C, Feely J, Bennett K. Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: a national population study: Potentially inappropriate prescribing in older populations. *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 2010;69(5):543–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2125.2010.03628.x>
 21. Pastor Cano J, Aranda García A, Gascón Cánovas JJ, Rausell Rausell VJ, Tobaruela Soto M. Spanish adaptation of Beers criteria. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2015 [citado el 24 de abril de 2023];38(3):375–85. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v38n3/original1.pdf>
 22. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O’Mahony D. STOPP (Screening Tool of older person’s prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* [Internet]. 2008;46(2):72–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5414/cpp46072>
 23. Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O’mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment)--an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age Ageing* [Internet]. 2007;36(6):632–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afm118>
 24. Terol E, Agra Y. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2008 [citado el 6 de mayo de 2023];131:1–3. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documento_s/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf
 25. Gob.es. Estudio APEAS [Internet] 2008 [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf

26. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts: Results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med* [Internet]. 2003;163(22):2716–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.163.22.2716>
27. Catalán A, Borrell F, Pons A, Amado E, Baena JM, Morales V. Seguridad del paciente en atención primaria: proyecto PREFASEG (PREscripción FARMacológica SEGura). *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2014;143 Suppl 1:32–5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775314005533>
28. Galán Retamal C, Garrido Fernández R, Fernández Espínola S, Ruiz Serrato A, García Ordóñez MA, Padilla Marín V. Prevalence of potentially inappropriate medication in hospitalized elderly patients by using explicit criteria. *Farm Hosp* [Internet]. 2014 [citado el 24 de abril de 2023];38(4):305–16. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432014000400007&lang=es
29. La asistencia de MQ. de la Cronicidad [Internet]. Gob.es. [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABO_RDAJE_CRONICIDAD.pdf
30. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria* [Internet]. 2012;44(2):107–13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711002204>
31. Pohl F. Portico. Ediciones B; [Internet]. 2010 [citado el 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://access.portico.org/Portico/auView?auId=ark:%2F27927%2Fpwwtrq3nv>
32. Rodríguez-Álvaro M, Fernández-Gutiérrez DÁ, Cabeza-Mora A, Barrios-Torres R, Nursing Methodology Group General Directorate Of Health Care Programs Of The Canary Islands Health Service Primary Care, Brito-Brito PR. Care needs of highly complex chronic patients in the canary islands: An observational study. *Nurs Rep* [Internet]. 2022 [citado el 24 de abril de 2023];13(1):1–16. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2039-4403/13/1/1>
33. Brito-Brito P-R, Rodríguez-Álvaro M, Fernández-Gutiérrez D-Á, Martínez-Alberto C-E, Cabeza-Mora A, García-Hernández A-M. Nursing diagnoses, planned outcomes and associated interventions with highly complex chronic patients in primary care settings: An observational study. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2022 [citado el 24 de abril de 2023];10(12):2512. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/12/2512>

34. Validación española del Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST) [Internet]. Eldiagnosticoenfermero.es. [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2015/05/validacion-espanola-del-functional.html?m=1>

8. ANEXOS

ANEXO 1: Dossier de recogida de datos pre intervención

VISITA 1

ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON (ICC)

PESO	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA
1	Infarto de miocardio <input type="checkbox"/>
	Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/>
	Enfermedad vascular periférica <input type="checkbox"/>
	Enfermedad cerebrovascular <input type="checkbox"/>
	Demencia <input type="checkbox"/>
	Enfermedad pulmonar crónica <input type="checkbox"/>
	Enfermedad reumatológica <input type="checkbox"/>
	Enfermedad ulcerosa péptica <input type="checkbox"/>
	Enfermedad hepática leve <input type="checkbox"/>
	Diabetes leve o moderada <input type="checkbox"/>
Diabetes con complicaciones crónicas <input type="checkbox"/>	
2	Hemiplejia o paraplejia <input type="checkbox"/>
	Enfermedad renal <input type="checkbox"/>

	Neoplasias malignas + linfomas y leucemias	<input type="checkbox"/>
3	Enfermedad hepática moderada o severa	<input type="checkbox"/>
6	Metástasis	<input type="checkbox"/>
	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	<input type="checkbox"/>
AUSENCIA DE COMORBILIDAD: <input type="checkbox"/> 0 puntos COMORBILIDAD ALTA: >3 puntos <input type="checkbox"/>		

ÍNDICE DE BARTHEL

ACTIVIDAD	PUNTUACIÓN
Comer	0 = incapaz <input type="checkbox"/>
	5 = necesita ayuda <input type="checkbox"/>
	10 = independiente <input type="checkbox"/>
Trasladarse de la silla a la cama	0 = incapaz <input type="checkbox"/>
	5 = necesita ayuda <input type="checkbox"/>
	10 = necesita algo de ayuda <input type="checkbox"/>
	15 = independiente <input type="checkbox"/>

Aseo personal	0 = necesita ayuda	<input type="checkbox"/>
	5 = independiente	<input type="checkbox"/>
Uso del retrete	0 = dependiente	<input type="checkbox"/>
	5 = necesita ayuda	<input type="checkbox"/>
	10 = independiente	<input type="checkbox"/>
Bañarse/ducharse	0 = dependiente	<input type="checkbox"/>
	5 = independiente	<input type="checkbox"/>
Desplazarse	0 = inmóvil	<input type="checkbox"/>
	5 = independiente	<input type="checkbox"/>
	10 = anda con un poco de ayuda	<input type="checkbox"/>
	15 = independiente	<input type="checkbox"/>
Subir y bajar escaleras	0 = incapaz	<input type="checkbox"/>
	5 = necesita ayuda	<input type="checkbox"/>
	10 = independiente	<input type="checkbox"/>
Vestirse y desvestirse	0 = dependiente	<input type="checkbox"/>
	5 = necesita ayuda	<input type="checkbox"/>
	10 = independiente	<input type="checkbox"/>
Control de heces	0 = incontinente o requiere enema	<input type="checkbox"/>
	5 = accidente excepcional	<input type="checkbox"/>
	10 = continente	<input type="checkbox"/>
Control de orina	0 = incontinente o sondado	<input type="checkbox"/>
	5 = accidente excepcional	<input type="checkbox"/>

	10 = continente <input type="checkbox"/>
DEPENDIENTE: < 60 puntos <input type="checkbox"/>	
RIESGO DE DEPENDENCIA: 60-90 puntos <input type="checkbox"/>	
INDEPENDIENTE: 100 puntos <input type="checkbox"/>	

ESCALA DE PFEIFFER

PREGUNTA	ERRORES
¿Qué fecha es hoy?	
¿Qué día de la semana es?	
Número de teléfono o dirección	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació?	
¿Quién es el presidente del gobierno?	
¿Quién era el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuál era el primer apellido de su madre?	
Reste de 3 en 3 desde 20	
NORMAL: 0-2 puntos <input type="checkbox"/>	

DETERIORO COGNITIVO LEVE: 3-4
 puntos

DETERIORO COGNITIVO MODERADO: 5-7 puntos

DETERIORO COGNITIVO SEVERO: >8
 puntos

ESCALA SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN

SITUACIÓN FAMILIAR

PUNTUACIÓN	CARACTERÍSTICA
0	Vive con hijos
1	Vive con la pareja de similar edad
2	Vive con otros familiares o amigos
3	Vive solo pero tiene hijos próximos
4	Vive solo, carece de hijos o viven alejados

ESCALA SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN

VIVIENDA

PUNTUACIÓN	CARACTERÍSTICA
0	Adecuadamente equipada (luz agua, calefacción, aseo, teléfono...)
1	Equipamiento inadecuado
2	Barreras arquitectónicas
3	Vivienda inadecuada
4	Carece de vivienda

ESCALA SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN

RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES

PUNTUACIÓN	CARACTERÍSTICA
0	Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio
1	Solo se relaciona con vecinos y familia, sale de casa
2	Solo se relaciona con familia, sale de casa

3	No sale del domicilio, solo recibe familia o visitas
4	No sale del domicilio, ni recibe visitas

ESCALA SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN

APOYOS DE LA RED SOCIAL

PUNTUACIÓN	CARACTERÍSTICA
0	No necesita ningún apoyo
1	Recibe apoyo de la familia y/o vecinos
2	Recibe ayuda a domicilio formal o voluntaria
3	Pendiente de ingreso en residencia de ancianos
4	Necesita cuidados permanentes que no son dados

ESCALA SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN

SITUACIÓN ECONÓMICA

PUNTUACIÓN	CARACTERÍSTICA
0	Más de 1,5 veces el salario mínimo

1	Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivo
2	Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva
3	Pensión no contributiva
4	Sin ingresos o inferiores a los anteriores
<p>BUENA SITUACIÓN SOCIAL: 5-9 puntos <input type="checkbox"/></p> <p>EXISTENCIA DE RIESGO SOCIAL: 10-14 puntos <input type="checkbox"/></p> <p>PROBLEMA SOCIAL: >15 puntos <input type="checkbox"/></p>	

FUNCTIONAL HEALTH PATTERN ASESMENT SCREENING TOOL (FHPAST)

INSTRUMENTO A VALORAR	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
Tengo suficiente energía para mis actividades de la vida diaria				
Hago ejercicio al menos 0 minutos >3 veces al día				
Me siento descansado				

cuando me despierto				
Me siento bien conmigo mismo				
Puedo hacer frente al estrés en mi vida				
Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo				
Las prácticas religiosas o espirituales dan significado a mi vida				
Me siento agusto con mi orientación y/o práctica sexual				
Mi salud es importante para mí				
Soy capaz de hacer cambios en mis hábitos de vida para mejorar mi salud				
Limito mi consumo diario de grasas				

Me siento a gusto con mi peso				
Cuando estoy enfermo me recupero o mejoro con facilidad				
Me duermo fácilmente				
Tengo esperanza en el futuro				
Siento que tengo el control de mi vida				
Me gusta mi aspecto				
Me siento bien con las decisiones que tomo				
Estoy satisfecho con mi capacidad para resolver problemas				
Busco atención inmediata cuando hay cambios en mi salud				
Soy capaz de adaptarme a los cambios en mi vida				

Me hago un examen anual de salud				
Soy capaz de seguir las recomendaciones de mi médico o enfermera				
Uso el cinturón de seguridad				
Evito el sol o uso protección solar				
Tengo una salud excelente				
Esto feliz con mi vida				
Puedo oír con claridad				
Puedo concentrarme por un largo período de tiempo				
Puedo aprender nueva información con facilidad				
Las elecciones que tomo acerca de mi vida concuerdan con mis principios o valores				

Tomo cinco o seis porciones de frutas y verduras al día				
Tomo de seis a ocho vasos de agua al día				
Estoy satisfecho con mi vida social				
Me siento cómodo con expresando mis sentimientos y emociones				
Siento que puedo comunicarme fácilmente con los demás				
Habitualmente hago cosas para relajarme				
Considero que estoy sano				
Es una carga para mí participar en las actividades de cuidado de los miembros de mi familia				
Teno dolores que me impiden				

realizar mis actividades diarias				
Siento estrés, tensión o presión				
Tengo dificultades para orinar				
Tengo problemas para defecar				
Cuando tomo alcohol, vino o cerveza me siento culpable				
Consumo drogas				
Fumo cigarrillos				
Tengo dificultades con mi visión				
Mi capacidad física limita mis actividades diarias				
Tengo dificultad para controlar mi ira o rabia				
Tengo molestias físicas al caminar				
Me preocupo mucho				

Me siento en riesgo de sufrir algún daño físico				
Experimento malestar físico cuando estoy bajo estrés				
Tengo problemas familiares que me resultan difíciles de manejar				
Temo por mi seguridad				

ANEXO 1: Dossier de recogida de datos pre intervención

VISITA 2

ESCALA LIKERT

INDICADORES A EVALUAR	CAPACIDAD DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE
Beneficios del tratamiento	1. Ningún conocimiento <input type="checkbox"/>
	2. Conocimiento escaso <input type="checkbox"/>
	3. Conocimiento moderado <input type="checkbox"/>
	4. Conocimiento sustancial <input type="checkbox"/>

	5. Conocimiento extenso	<input type="checkbox"/>
Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso	1. Ningún conocimiento	<input type="checkbox"/>
	2. Conocimiento escaso	<input type="checkbox"/>
	3. Conocimiento moderado	<input type="checkbox"/>
	4. Conocimiento sustancial	<input type="checkbox"/>
	5. Conocimiento extenso	<input type="checkbox"/>
Régimen de medicación prescrita	1. Ningún conocimiento	<input type="checkbox"/>
	2. Conocimiento escaso	<input type="checkbox"/>
	3. Conocimiento moderado	<input type="checkbox"/>
	4. Conocimiento sustancial	<input type="checkbox"/>
	5. Conocimiento extenso	<input type="checkbox"/>
Beneficios del control de la enfermedad	1. Ningún conocimiento	<input type="checkbox"/>
	2. Conocimiento escaso	<input type="checkbox"/>
	3. Conocimiento moderado	<input type="checkbox"/>
	4. Conocimiento sustancial	<input type="checkbox"/>
	5. Conocimiento extenso	<input type="checkbox"/>
PUNTUACIÓN:		

TEST DE MORISKY-GREEN

¿Olvida alguna vez tomar la medicación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Toma la medicación a las horas indicadas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cuando se encuentra mal, ¿deja de tomar la medicación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja de tomarla?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tomo la medicación solo cuando me encuentro mal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
No es natural para mi mente y cuerpo estar controlado por la medicación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mi pensamiento está más claro si tomo la medicación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tomando la medicación provengo ponerme enfermo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Me noto raro, como un zombi, con la medicación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
La medicación hace que me note cansado y lento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PROBLEMAS CON EL RÉGIMEN TERAPÉUTICO: <10 puntos <input type="checkbox"/>		
BUENA ADHERENCIA TERAPÉUTICA: 10 puntos <input type="checkbox"/>		

PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA SEGURA (PREFASEG)

DIMENSIONES A EVALUAR	ALERTA RECONOCIDA
Interacciones medicamentosas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tratamientos activos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Alergias conocidas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Contraindicaciones de fármacos con enfermedades descritas en la historia clínica del paciente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fármacos desaconsejados en mayores de 75 años	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SISTEMA STOPP/START

CIRTERIOS STOPP (medicamentos que suspender de la prescripción establecida)

--

SISTEMA STOPP/START

CIRTERIOS START (medicamentos que se recomiendan comenzar en la prescripción establecida)



Para el correcto uso de esta herramienta se debe visitar la página <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prescripcion-inapropiada-medicamentos-los-pacientes-S0211139X09001310> donde se encuentran presentes todos los criterios STOPP/START a tener en cuenta para un correcto y eficaz tratamiento.

ANEXO 2: Dossier de recogida de datos post intervención

ESCALA LIKERT

INDICADORES A EVALUAR	CAPACIDAD DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE
Beneficios del tratamiento	1. Ningún conocimiento <input type="checkbox"/> 2. Conocimiento escaso <input type="checkbox"/> 3. Conocimiento moderado <input type="checkbox"/> 4. Conocimiento sustancial <input type="checkbox"/> 5. Conocimiento extenso <input type="checkbox"/>
Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso	1. Ningún conocimiento <input type="checkbox"/> 2. Conocimiento escaso <input type="checkbox"/> 3. Conocimiento moderado <input type="checkbox"/> 4. Conocimiento sustancial <input type="checkbox"/> 5. Conocimiento extenso <input type="checkbox"/>
Régimen de medicación prescrita	1. Ningún conocimiento <input type="checkbox"/> 2. Conocimiento escaso <input type="checkbox"/> 3. Conocimiento moderado <input type="checkbox"/> 4. Conocimiento sustancial <input type="checkbox"/> 5. Conocimiento extenso <input type="checkbox"/>
	1. Ningún conocimiento <input type="checkbox"/>

Beneficios del control de la enfermedad	2. Conocimiento escaso <input type="checkbox"/>
	3. Conocimiento moderado <input type="checkbox"/>
	4. Conocimiento sustancial <input type="checkbox"/>
	5. Conocimiento extenso <input type="checkbox"/>
PUNTUACIÓN:	

TEST DE MORISKY-GREEN

¿Olvida alguna vez tomar la medicación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Toma la medicación a las horas indicadas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cuando se encuentra mal, ¿deja de tomar la medicación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja de tomarla?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tomo la medicación solo cuando me encuentro mal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
No es natural para mi mente y cuerpo estar controlado por la medicación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mi pensamiento está más claro si tomo la medicación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tomando la medicación provengo ponerme enfermo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Me noto raro, como un zombi, con la medicación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
La medicación hace que me note cansado y lento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PROBLEMAS CON EL RÉGIMEN TERAPÉUTICO: <10 puntos <input type="checkbox"/> BUENA ADHERENCIA TERAPÉUTICA: 10 puntos <input type="checkbox"/>		

PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA SEGURA (PREFASEG)

DIMENSIONES A EVALUAR	ALERTA RECONOCIDA
Interacciones medicamentosas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tratamientos activos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Alergias conocidas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Contraindicaciones de fármacos con enfermedades descritas en la historia clínica del paciente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fármacos desaconsejados en mayores de 75 años	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SISTEMA STOPP/START

CIRTERIOS STOPP (medicamentos que suspender de la prescripción establecida)

--

SISTEMA STOPP/START

CIRTERIOS START (medicamentos que se recomiendan comenzar en la prescripción establecida)
--

--

Para el correcto uso de esta herramienta se debe visitar la página <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prescripcion-inapropiada-medicamentos-los-pacientes-S0211139X09001310> donde se encuentran presentes todos los criterios STOPP/START a tener en cuenta para un correcto y eficaz tratamiento.

ANEXO 3: Modelo de solicitud de aceptación del proyecto de fin de grado a la gerencia y comité ético.

Estimado/a Sr. / Sra. Gerente y Comité Ético de los Servicios Sanitarios del Área de Salud de la isla de La Palma:

Me llamo Romina Astraldi Tomeo, soy estudiante de cuarto año del Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna, realizando dichos estudios en la Sede de La Palma. Me encuentro desarrollando un proyecto de investigación, acerca de los pacientes crónicos de alta complejidad y la polimedicación, como trabajo de fin de grado.

Me dirijo a usted con el objetivo de solicitar permiso para la realización y recopilación de datos requeridos para este proyecto. Se realizarán diferentes intervenciones enfermeras en el ámbito de Atención Primaria durante 8 meses para mejorar la adherencia terapéutica en aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión que requiere el proyecto.

Finalmente, es un estudio con participación voluntaria y tratando con confidencialidad todos los datos recogidos basándose en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, Protección de Datos de Carácter Personal.

En _____ a _____ de _____ 2023

Firma _____

Gracias de antemano. Un cordial saludo.

Atentamente Romina Astraldi Tomeo.

ANEXO 4: Consentimiento informado

Estimado/a:

Tengo el placer de dirigirme a su persona para informar de la realización de un proyecto de investigación el cual tiene como objetivo conocer la eficacia de la actuación de enfermera en pacientes crónicos de alta complejidad polimedicados para mejorar la adherencia terapéutica en este tipo de pacientes.

El estudio consta de un seguimiento de 8 meses aproximadamente en los servicios de Atención primaria, donde se realizarán siete visitas tanto presenciales en la consulta como telefónicas para valorar la adherencia terapéutica del paciente y para evitar posibles errores de medicación que puedan ocasionar futuras Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM).

Toda participación será voluntaria y los datos recogidos en la investigación serán utilizados excepcionalmente para este estudio, asegurando su confidencialidad por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Acepto participar en el estudio

SÍ NO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del participante _____

