



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2010 /2014

TRABAJO FIN DE GRADO

Caso clínico: Aplicación del proceso enfermero en el paciente anciano polimedicado en una consulta de Atención Primaria.

Autor/a: Claudia García Cardenal

Tutor/a: Natalia Becerril Ramírez

INDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. METODOLOGÍA.....	6
4. OBJETIVOS.....	9
5. DESARROLLO.....	10
- CONTEXTO DE LA ACTIVIDAD	
- VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	
- PROCESO DIAGNÓSTICO	
- PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN	
- EVALUACIÓN	
6. CONCLUSIONES.....	24
7. BIBLIOGRAFÍA.....	25
8. ANEXOS.....	29

1. RESUMEN

Introducción: Como consecuencia del envejecimiento poblacional existe un mayor número de pacientes polimedicados, con un riesgo importante de que se produzca una mala adherencia al tratamiento.

Objetivos: 1. Realizar un plan de cuidados individualizado con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento de un paciente anciano polimedicado.

2. Identificar en la literatura los principales problemas en la adherencia al tratamiento, los factores que intervienen y las posibles soluciones para mejorar la adherencia.

Metodología: Este trabajo se ha llevado a cabo mediante una valoración integral según el modelo de Virginia Henderson.

Al priorizar los problemas se han detectado como diagnósticos principales "Incumplimiento del tratamiento", "Manejo inefectivo del régimen terapéutico" y "Conocimientos deficientes del régimen terapéutico". A continuación, se han realizado intervenciones específicas dirigidas a lograr unos objetivos marcados y, por último, se ha evaluado la efectividad de nuestras actividades.

Conclusiones: Tras evaluar los resultados hemos podido observar una notable mejoría de la situación del paciente con respecto a la presentada 4 semanas atrás.

Este caso clínico refleja que, tanto la visión global de todos los factores, la revisión periódica de la medicación así como la combinación de intervenciones son imprescindibles para mejorar la adherencia al tratamiento.

Palabras clave: polimedicación, adherencia al tratamiento, intervenciones, anciano.

1. ABSTRACT

Introduction: As a result of the ageing population polypharmacy in patients has increased and, consequently, there is a significant risk of poor treatment adherence.

Objectives:

1. Carrying out an individualized health care plan in order to improve treatment adherence in polymedicated elderly patients.
2. In terms of literature, identifying the main problems of treatment adherence, the factors involved, and the possible solutions to improve the adherence.

Methodology: This work has been carried out through a holistic evaluation under Virginia Henderson's model.

By prioritizing problems, "Treatment Failure", "Ineffective management of therapeutic regimen" and "Poor knowledge of therapeutic regimen" have been identified as major diagnosis.

Below, specific interventions have been made in order to achieve the objectives set, and finally, the effectiveness of our activities has been evaluated.

Conclusions: As can be seen after evaluating the results, there have been a remarkable improvement in patient's condition with regard to the submitted four weeks ago.

This clinical case reflects that the overview of every factor, the periodic review of the medication as well as the combination of interventions are necessary to improve treatment adherence.

Keywords: polypharmacy, treatment adherence, interventions, elderly.

2. INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas el envejecimiento poblacional en los países industrializados ha aumentado considerablemente. Esto se debe al aumento de la esperanza de vida y a un mayor número de intervenciones preventivas. 1-3

Este hecho supone un gasto económico importante en la atención sanitaria.

En España la población mayor de 65 años supera el 17%, representando el 70% del gasto farmacéutico y es el segundo país tras EEUU en el consumo de medicamentos. 8-10

La falta de adherencia también incrementa el gasto económico ya que es una de las principales causas de los efectos adversos del tratamiento. Como consecuencia se realizan más pruebas diagnósticas y se recetan más fármacos para tratar los nuevos síntomas. 2, 4-6

Podemos definir adherencia como el grado en que la conducta del paciente en relación a la toma de fármacos, al seguimiento de la dieta o a la modificación del estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el médico para conseguir un resultado terapéutico, que implica una colaboración por ambas partes. 10, 11 El término cumplimiento es cada vez menos utilizado ya que hace referencia a una obediencia pasiva por parte del paciente.

La falta de adherencia puede ser primaria, que incluye no llevarse la receta de la consulta o no retirarla de la farmacia; o secundaria como tomar una dosis incorrecta, en horario incorrecto, olvidarse o aumentar la frecuencia de la dosis, o suspender el tratamiento demasiado pronto (falta de persistencia). 7, 12

La población anciana tiene mayor predisposición a no tener una buena adherencia al tratamiento ya que presentan mayores barreras, como pueden ser: deterioro cognitivo, demencia, limitaciones funcionales, depresión, disminución de la capacidad visual y motriz, o dificultades para tragar. 3, 7, 9

También dificultan la adherencia: la complejidad del régimen, aumento de médicos prescriptores, las limitaciones económicas, las creencias y miedos del paciente, la falta de coordinación entre hospital, primaria y farmacias, y la representación del paciente de su enfermedad. 10, 13

Queda reflejada la multitud de factores que intervienen en la adherencia al tratamiento, pero la barrera en la que se centrará este trabajo será la polimedicación del paciente.

La prevalencia de la polimedicación en pacientes mayores de 65 años alcanza el 50% en nuestro país. 4, 9

En los estudios de Fernández et al. y Castellano et al. 14, 15 se observa una relación significativa entre el número de medicamentos que toma el paciente y la falta de adherencia al tratamiento.

Por este motivo es importante controlar la adherencia en estos pacientes, ya que tienen un mayor riesgo de inadherencia.

Esto se puede hacer a través de métodos objetivos directos tales como la determinación del fármaco, frecuentemente en sangre u orina. También se utilizan los métodos objetivos indirectos como el recuento de comprimidos, monitores electrónicos acoplados al envase de los medicamentos (que registran las aperturas) o la receta electrónica. 2 Y por último los métodos subjetivos, como pueden ser el juicio del médico o entrevistas, o bien herramientas cuantitativas como el cuestionario de Morisky-Green, que es uno de los más utilizados para medir la adherencia en el paciente polimedicado. 12, 16

Todos estos métodos nos ayudan a valorar la adherencia y así poder realizar estrategias para mejorarla. Algunas de estas son la polipíldora (para reducir el número de medicamentos), o los dispensadores individualizados tipo blíster con los plazos específicos pre-envasados. 2

Uno de los puntos clave para mejorar la adherencia consiste en realizar una comunicación efectiva entre el enfermero y el paciente, informando acerca de la enfermedad, la necesidad de seguir la pauta, la manera de tomarse

los medicamentos, los posibles efectos adversos, o respondiendo cualquier duda que el paciente pueda tener. 17-21

Tanto el médico como el enfermero deben evaluar al paciente de forma individual y tener una visión global de los factores que intervienen, la mejor estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento consiste en la combinación de intervenciones. 3, 7, 9

La actualización y revisión de toda medicación prescrita es una estrategia de mejora que todos los médicos de familia deberían incorporar como rutina en su práctica asistencial. 4, 8 La importancia de implantar esta medida se corrobora con los estudios de Fernández et al. y Opondo et al. ya que demuestran la existencia de una importante prescripción inadecuada y su relación con los efectos adversos. 22, 23

Los criterios STOP/START (anexo I) son una buena herramienta para mejorar la prescripción de medicamentos en pacientes mayores, ya que han demostrado tener una mayor sensibilidad que los criterios de Beers (anexo II) y aportan el valor añadido de detectar no solo la prescripción inadecuada de medicamentos, sino también la falta de prescripción de medicamentos indicados. 24

La adherencia al tratamiento es una responsabilidad compartida entre los proveedores de salud, los pacientes, la persona de apoyo principal y los responsables de las políticas que determinan el cuidado que todos recibimos. 6

3. METODOLOGÍA:

Diseño del trabajo:

El trabajo ha consistido en un Proceso de Atención de Enfermería (PAE), realizado mediante una Valoración integral Gerontológica siguiendo el modelo teórico de Virginia Henderson. Este proceso se ha apoyado en escalas de Valoración validadas, organizadas según el aspecto tratado.

Las etapas de este Proceso científico han sido: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación que se han llevado a cabo a lo largo de 4 semanas durante el mes de Abril.

El trabajo se ha centrado en el ámbito de Atención Primaria y en la detección de la mala adherencia al tratamiento. Se ha utilizado un lenguaje estandarizado en el ámbito de la enfermería, para integrar la identificación de problemas, intervenciones y resultados esperados en los cuidados. (NANDA, NIC Y NOC)

A lo largo del mes de Mayo se han obtenido unas conclusiones referentes a la falta de adherencia como consecuencia de la polimedicación del paciente, y se han propuesto algunas soluciones.

Antes de comenzar con el PAE se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con el fin de realizar una introducción sobre la importancia de la adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Esta primera parte del trabajo se ha realizado durante los meses de Febrero y Marzo. Queda reflejada dicha revisión bibliográfica en la siguiente tabla.

Base de datos	Palabras clave	Criterios de inclusión	Artículos revisados	Artículos seleccionados
Pubmed	Adherence, medication Polypharmacy Elderly	5 años Texto completo	10	6 (3,2,9,11,13,17)
Science Direct	Adherence medication, economic impact, chronic diseases, pharmacists, reasons non-compliance, prescription	2004-2014, Texto completo Public. revisadas por expertos	9	5 (5,10,16,21,22)
Dialnet	Adherencia al tto. al alta hospitalaria, anciano polimedicado, adecuación tto. farmacológico.	2004-2014, Artículo de revista Materia: Ciencias de la Salud	7	5 (4,7,8,14,15)

Base de datos	Palabras clave	Criterios de inclusión	Artículos revisados	Artículos seleccionados
Public Library of Science (Plos)	Elderly patients, prescription, drugs	2009-2014, Texto completo, Public. Revisadas por expertos	2	1 (23)
Biomed Central	Adherence medication, community pharmacists, education, elderly	2009-2014, Texto completo, Public. Revisadas por expertos	6	2 (19,20)
Scielo	Instrumentos de medida, adherencia al tratamiento	2007-2014, Texto completo, Public. Revisadas por expertos	1	1 (12)
Springer-Link	Non-adherence, causes, elderly, knowledge	2008-2014, Texto completo Public. revisadas por expertos	5	2 (6,18)

4. OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Desarrollar un plan de cuidados personalizado, identificando los problemas de salud, realizando intervenciones específicas dirigidas a lograr unos objetivos marcados y evaluando finalmente la efectividad de nuestras actividades.

Objetivo específico:

- Identificar en la literatura:
 - Los principales problemas en la adherencia al tratamiento.
 - Los factores que intervienen.
 - Las posibles estrategias y soluciones para mejorar la adherencia.

5. DESARROLLO:

Contexto de la actividad:

Teresa, enfermera del centro de salud La Jota (Zaragoza), recibe en su consulta a Juan Melero Saldaña, cuyo motivo de visita es el de realizarse una toma de tensión así como hacerse un TAO para controlar el INR y obtener la pauta del Sintrom[®] para otras 4 semanas. Durante la entrevista el paciente comenta que tuvo una pequeña epistaxis ayer por la mañana.

- Antecedentes familiares:
 - Madre: Cardiopatía (valvulopatía), Enfermedad neurológica: Demencia senil
 - Padre: HTA, artrosis (rodilla), gota
 - Hermana: (fallecida) HTA, ACV
- Antecedentes personales:
 - HTA
 - Arritmia: fibrilación auricular
 - Gota
 - Apendicectomía
 - Artrosis
 - Trastorno depresivo
 - Hipercolesterolemia primaria

Juan de 86 años, quedó viudo hace tres semanas y desde entonces vive solo. Tiene un hijo que solía ir a visitarlos dos veces por semana pero ahora lo visita todos los días y le lleva la comida preparada por su mujer.

En la consulta refiere que se siente muy solo y no tiene ganas de hacer nada. Ya no sale a pasear y sus amigos le llaman para ir al Hogar del Jubilado pero no se siente con fuerzas. También comenta que era su mujer la que se encargaba de los dos, le preparaba la medicación, actualizaba las tarjetas electrónicas y llevaba todo al día y ahora se siente perdido.

Ayer no recordaba si se había tomado el sintrom[®] y se lo tomo al recordarlo, por lo que puede haberse tomado una dosis doble, pero el paciente no le da importancia debido a su estado de ánimo.

- Medicación habitual:

Principio Activo	Pauta
Simvastatina Cinfa 20	0-0-1
Sintrom [®]	Según INR
Atenolol 50	1-0-1/2
Alopurinol 300	0-1-0
Omeprazol 20	1-0-0
Condrosulf 400	2-0-0
Citalopram 20	0-0-1

Reconoce que en las últimas semanas ha dejado de tomarse las pastillas de la tensión ya que las considera menos importantes puesto que no nota ningún síntoma y ha dejado de preocuparse por su salud.

VALORACIÓN: Se ha llevado a cabo una recogida básica de datos basándonos en la información que nos da el propio paciente, la familia, la historia clínica y los informes de otros profesionales.

Se ha comenzado con una entrevista cualitativa animando al paciente a expresar sus problemas, miedos y estado de ánimo.

También nos hemos servido de la observación y la exploración física para completar esta recogida de datos.

Con todo esto hemos podido realizar una valoración integral según el modelo conceptual de Virginia Henderson. Para ello nos hemos apoyado en una serie de escalas validadas adecuadas a los aspectos que hemos encontrado afectados o en riesgo.

1. RESPIRACIÓN/ CIRCULACIÓN

- *Manifestación de independencia:* Presenta la vía aérea permeable, sin secreciones. Respira sin dificultad ni fatiga. F.R: 16 resp/min. No presenta tos ni expectoración. SpO₂%= 97. T.A: 160/85 mmHg. F.C: 86 latidos /min.
- *Manifestación de dependencia:* Es fumador de unos 5 cigarrillos diarios, pero por el momento no desea dejar de fumar.
- *Datos a considerar:* El paciente tuvo una pequeña epistaxis ayer por la mañana.

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

- *Manifestación de independencia:* Es portador de una prótesis dental que le facilita la masticación y puede comer y beber solo. Bebe unos 1,5 litros diarios y no presenta problemas en la deglución. Peso: 74 kg. Talla: 1'76 m .IMC= 23,89.
- *Manifestación de dependencia:* No es capaz de encargarse de las comidas ya que no sabe cocinar.

Su nuera le lleva la comida todos los días siguiendo las dietas de HTA, colesterol y ácido úrico.

- *Instrumentos de ayuda a la valoración:*

Valoración nutricional a través de la escala de Lawton (Anexo IX). Al tener un resultado >6 es un paciente con riesgo nutricional alto.

Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria con la escala de Lawton y Brody instrumental (Anexo VII).

Nuestro paciente tiene 5 puntos, por lo que es independiente para determinadas actividades de la vida diaria pero es dependiente en aspectos importantes como: realizar la compra, la preparación de la comida y la responsabilidad sobre la medicación.

3. ELIMINACIÓN

- *Manifestación de independencia:* El paciente es continente y tiene capacidad funcional para llegar al wc sin pérdidas de orina.

Realiza 5/6 micciones diarias sin dolor y con orina clara.

Realiza una deposición diaria de consistencia y aspecto normal.

Sudoración normal.

- *Manifestación de dependencia:* Presenta nicturia.
- *Instrumentos de ayuda a la valoración:*

Valoración riesgo de dependencia con el cuestionario de Barber (Anexo V). Al obtener un resultado >1 es un paciente con riesgo de dependencia.

4. MOVERSE Y MANTENER POSTURA ADECUADA

- *Manifestación de independencia:* Situación habitual deambulante.
- *Manifestación de dependencia:* Ha reducido su ejercicio físico habitual ya que desde que falleció su mujer ya no va a pasear y apenas sale de casa.

- *Datos a considerar:* Su nivel funcional para la movilidad consiste en la ayuda de un bastón.
- *Instrumentos de ayuda a la valoración:*

Índice de Barthel (Anexo VI). Obtiene un resultado de 95 puntos por lo que tiene una dependencia leve.

5. DESCANSO/SUEÑO

- *Manifestación de dependencia:* Duerme unas 5 horas diarias sumando las nocturnas y las diurnas. Se siente agotado y desfallecido. El paciente refiere que no tiene el sueño reparador desde que falleció su mujer. Suele acostarse en la cama a las 12 p.m. pero tarda horas en conciliar el sueño y se despierta a las 7 a.m. Algún día se queda dormido en el sillón después de comer pero por lo general solo duerme por la noche. Se encuentra somnoliento a lo largo del día.
- *Datos a considerar:* Comentarle al médico la situación y la posibilidad de recetarle algún medicamento que le ayude a conciliar el sueño si la intervención enfermera no resulta.

6. USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- *Manifestación de independencia:* No presenta dificultad a la hora de vestirse. Lleva ropa limpia, cómoda y acorde con la estación del año.

7. TERMORREGULACIÓN

- *Manifestación de independencia:* Usa prendas adecuadas a la temperatura ambiente y no presenta ninguna dificultad cognitiva ni visual para manejar el termómetro.

8. HIGIENE E INTEGRIDAD DE LA PIEL

- *Manifestación de independencia:* Presenta la piel y las mucosas normohidratadas. Él mismo se encarga de su higiene corporal. Realiza una correcta limpieza de la boca, el pelo y las uñas.

Muestra un buen color de piel sin presencia de úlceras ni edemas en los pies.

- *Datos a considerar:* Tiene la ducha adaptada para prevenir las caídas.

9. EVITAR PELIGROS

- *Manifestación de dependencia:* El paciente presenta un bajo estado de ánimo y se siente desbordado por la nueva situación sintiéndose incapaz de asumir las nuevas responsabilidades. Presenta un grado de conocimientos deficiente acerca de su estado de salud y las conductas saludables que debería tomar. Este escaso conocimiento es uno de los motivos de su incumplimiento terapéutico. (especialmente en la HTA).
- *Datos a considerar:* Domicilio adaptado para la prevención de caídas (Ducha en lugar de bañera, alfombra antideslizante, barandilla, muebles adecuadamente colocados, lámpara y teléfono cerca de la cama etc.)
- *Instrumentos de ayuda a la valoración:*

Valoración de la medicación:

Al ser un paciente polimedicado (>5 fármacos) se le abre el protocolo de "Revisión estructurada de la medicación", que está disponible de forma compartida para enfermería y medicina en el programa OMI dentro del Protocolo del anciano. 25

Las dos primeras pestañas valoran la adherencia al tratamiento (Test de Morisky-Green) (anexo X) y la concordancia de la revisión terapéutica (anexo XI), por lo que puede realizarse tanto por el personal de enfermería como por el de medicina.

Dado que se ha olvidado alguna vez de tomarse el sintrom y ha dejado de tomarse la medicación para la tensión cuando se encontraba bien, el resultado del test de Morisky-Green es una mala adherencia al tratamiento.

La tercera pestaña sirve para realizar una revisión clínica de la situación, más acorde con una actuación médica. (Anexo XII)

10. COMUNICARSE

- *Manifestación de independencia:* No tiene problemas de audición y es capaz de llevar una conversación fluida.
- *Manifestación de dependencia:* En las últimas semanas se ha retraído mucho y apenas habla con su hijo. Rechaza cualquier relación con la gente que le rodea.
- *Datos a considerar:* Su hijo muestra una actitud de preocupación ante la situación de su padre.

11. VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

- *Manifestación de dependencia:* No tiene planes de futuro y su jerarquía de valores donde primaba la familia se está viendo afectada debido a su estado de ánimo y su actual crisis existencial. Su percepción actual de su salud es errónea y no le confiere la importancia necesaria. Expresa su actitud ante la muerte con pensamientos derrotistas.
- *Instrumentos de ayuda a la valoración:*

Valoración de la ansiedad y depresión con la subescala de Goldberg (Anexo IV), cuyo resultado es positivo en ambos aspectos.

12. OCUPARSE Y REALIZARSE

- *Manifestación de dependencia:* Hipotímico. Dice no tener fuerzas para continuar con su vida cotidiana. No muestra ningún deseo de realización ni superación.

Desde que su mujer falleció ha dejado de acudir al hogar del jubilado donde se reunía con sus amigos. También ha dejado de salir a pasear ya que lo hacía siempre con su mujer, por lo que prácticamente no sale de casa.

- *Instrumentos de ayuda a la valoración:*

Valoración de la autoestima con la escala de Rosenberg. (Anexo III)

Al obtener una puntuación <25 el paciente presenta un bajo nivel de autoestima.

13. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- *Manifestación de dependencia:* En verano solía participar en el concurso de petanca que se realiza en el Estadio Miralbueno El Olivar, pero ahora dice no encontrarse con ganas.

14. APRENDIZAJE

- *Manifestación de independencia:* Tiene los conocimientos adecuados acerca de la dieta básica que debe llevar para la HTA, el colesterol y el ácido úrico.

Comprende la importancia de tomarse bien el sintrom[®].

- *Manifestación de dependencia:* Tiene conocimientos erróneos sobre la importancia de tomarse siempre la pastilla para la tensión. Dice haber dejado de tomársela porque no la considera imprescindible ya que él "se encontraba bien".

Debe aprender a prepararse él mismo su pastillero semanal (esto lo hacía siempre su mujer), ya que esta semana ya ha tenido un problema con el sintrom[®].

- *Datos a considerar:* Sigue tomando 3 vasos de café al día y 5 cigarrillos diarios a pesar de saber el efecto nocivo para su hipertensión.

No mencionamos la idea de dejar de fumar ya que consideramos que no es el mejor momento para realizar una intervención sobre este tema.

- *Instrumentos de ayuda a la valoración:*

Valoración de la esfera cognitiva con el cuestionario de Pfeiffer. (Anexo VIII)

Al tener sólo un deterioro leve normal para su edad, no se le realiza el Mini-Mental.

Una vez finalizada la recogida de datos es necesaria la validación de estos para comprobar que esta información es correcta y completa. Seguidamente, se organizan y se registran todos estos datos en el programa OMI.

PROCESO DIAGNÓSTICO: Hemos analizado la información obtenida y hemos diferenciado los datos relevantes teniendo en cuenta las posibles conexiones que nos han facilitado la detección de problemas. Al no tener el paciente problemas de autonomía, todos los diagnósticos han sido de independencia.

Problemas de Colaboración:

Problema real: (2000101) hemorragia secundaria a (20001) Terapia anticoagulante.

C.P. potencial: Accidente cerebrovascular secundario a (3000102) arritmia cardíaca.

1. Diagnósticos reales:

* 02/04/2014

D.E: (00079) **Incumplimiento del tratamiento** r/c (1153) fuerzas motivacionales m/p (1011) conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento.

PLANIFICACIÓN:

- NOC:

(1209) Motivación

- (120905) Indicador: Autoinicia conductas dirigidas hacia objetivos

- NIC:(4480) Facilitar la autorresponsabilidad

ACTIVIDADES:

- (448001) Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta.

Animaremos al paciente a encargarse poco a poco de nuevas responsabilidades y le mostraremos nuestra confianza en él para conseguirlo.

- (448017) Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.

Formaremos una relación de confianza con el paciente para que se sienta agusto para contarnos sus opiniones y sus dudas acerca de la nueva situación.

- NIC: (5606) Enseñanza individual

ACTIVIDADES:

- (560603) Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede. Le explicaremos el proceso de la HTA y la importancia de no abandonar la medicación.

EVALUACIÓN 30/04/2014 hemos conseguido:

Hemos conseguido formar al paciente, consiguiendo así un cambio de opinión acerca de la importancia de una buena adherencia al tratamiento. También hemos motivado al paciente para cuidar su salud, y hemos propuesto abordar cada problema por separado con el fin de disminuir la sensación de impotencia.

Una vez solucionado el problema de base sobre sus conocimientos erróneos acerca de la medicación, hemos conseguido, fijando pequeñas metas a corto plazo, una evolución satisfactoria pasando el paciente de una sensación de impotencia a una aceptación de la responsabilidad.

Esta intervención era necesaria abordarla al inicio del programa ya que se necesita la voluntad del paciente para mejorar los problemas detectados.

* 02/04/2014

D.E: (00078) Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c (1144)
déficit de conocimientos m/p (1010) verbalizaciones de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.

PLANIFICACIÓN:

- NOC: (0307) Autocuidados: medicación no parenteral

Indicadores:

- (030701) Identifica la medicación
- (030702) Administra la dosis correcta
- (030711) Administra la medicación de forma correcta

- NIC: (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos

ACTIVIDADES:

- (561603) Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito. Con la ayuda de su hijo, prepararán un horario de la medicación semanal.
- (561621) Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento. Se le explicará dichos efectos y se le aclarará en que situaciones debe acudir al médico.
- (561622) Instruir al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. El paciente debe saber cómo actúa en líneas generales cada medicamento para que comprenda por qué lo está tomando y la importancia de ello.
- (561623) Instruir al paciente sobre cómo conseguir las prescripciones. Como se encargaba su mujer le explicamos cómo funciona la tarjeta electrónica.

- NIC: (2380) Manejo de la medicación

ACTIVIDADES:

- (238006) Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito. Con la ayuda de su hijo y del horario anteriormente mencionado, aprenderá a prepararse el pastillero semanal.

- (238003) Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse. Nos pondremos en contacto con su hijo para saber si el paciente es capaz de aprender a prepararse el pastillero y una vez acabado el periodo de aprendizaje lo comprobaremos en la consulta.
- (238026) Revisar periódicamente con el paciente los tipos y dosis de medicamentos tomados. Una vez al mes repasaremos con el paciente los medicamentos que está tomando y cómo los toma.

EVALUACIÓN 30/04/2014:

El paciente ha comprendido los posibles efectos adversos de la medicación y ha aprendido a distinguir las situaciones en las que debería acudir al médico. También ha aprendido la función de cada fármaco.

Le hemos explicado las facilidades que presenta la tarjeta electrónica y se ha comprometido a controlar la fecha de renovación para pedir cita con su médico de cabecera.

Durante tres semanas, el paciente ha preparado con su hijo el pastillero semanal, guiándose por el horario que han preparado. La última semana viendo los progresos del paciente, se le ha dejado responsable de esta tarea y se ha comprobado en la consulta que la realiza satisfactoriamente.

Aunque tiene menos riesgo de olvido desde que utiliza el pastillero semanal, el paciente tacha con una cruz cada día que toma el sintrom[®] para comprobarlo en la consulta. También utiliza un pastillero semanal con alarma sonora que le programa su hijo previamente.

* 02/04/2014

D.E: (00126) **Conocimientos deficientes del régimen terapéutico** r/c (1657) mala interpretación de la información m/p (1533) seguimiento inexacto de las instrucciones.

PLANIFICACIÓN:

- NOC: (1808) Conocimiento: medicación

Indicador:

- (180803) Descripción del aspecto de la medicación

- NIC: (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos

ACTIVIDADES:

- (561608) Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos. Durante estas 4 semanas el paciente deberá memorizar el aspecto de cada pastilla a la hora de prepararse el pastillero semanal y deberá ser capaz de nombrarlas correctamente bien por el nombre genérico o por el comercial.

- (561633) Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados. Se le dará una hoja informativa sobre lo que es la HTA, el colesterol y el ácido úrico. También comprobaremos sus conocimientos acerca de la dieta que debe llevar.

EVALUACIÓN 30/04/2014:

El paciente ha aprendido a reconocer cada pastilla, no sólo por su aspecto sino también por el nombre comercial. También ha aumentado sus conocimientos acerca del proceso de la HTA, el colesterol y el ácido úrico.

2. Diagnóstico de Riesgo:

* 02/ 04/ 2014

D.E: (00054) **Riesgo de soledad** r/c falta de contacto con personas percibidas como importantes o significativas.

PLANIFICACIÓN:

- NOC:(1503) Implicación social.
 - Indicadores:
 1. (150303) Interacción con miembros de la familia
 2. (150311) Participación en actividades de ocio
- NIC:(5100) Potenciación de la socialización

ACTIVIDADES:

- (510003) Animar al paciente a desarrollar relaciones
- (510007) Fomentar compartir problemas comunes con los demás

- NIC: (5440) Aumentar los sistemas de apoyo

ACTIVIDADES:

- (544001) Animar al paciente a participar en actividades sociales y comunitarias
- (544011) Implicar a la familia/ seres queridos / amigos en los cuidados y la planificación

EVALUACIÓN 30/04/2014:

Tras estas 4 semanas el paciente ha recuperado las relaciones sociales. Aunque no con la misma frecuencia, vuelve a quedar alguna tarde con sus amigos para ir al hogar del jubilado.

Muestra interés por mantener las relaciones personales. También ha aceptado progresivamente la ayuda familiar comprendiendo sus limitaciones, su hijo le trae la comida y se siente afortunado por contar con su compañía.

Gracias al tiempo que han dedicado a la preparación del pastillero semanal, el paciente ha superado el rechazo que le generaban las relaciones personales desde que falleció su mujer.

Tal y como le aconsejamos, el paciente cuenta con su hijo para expresarle sus sentimientos y compartir los problemas que le surgen en su nueva situación.

6. CONCLUSIONES:

Según la bibliografía revisada, la población mayor de 65 años presenta una peor adherencia al tratamiento y esto está relacionado estrechamente con la polimedicación.

Esto queda reflejado en nuestro caso clínico, en el que tras realizar una exhaustiva valoración del paciente (consumidor de 7 fármacos diarios), detectamos como problema principal la mala adherencia al tratamiento ligada a una baja autoestima situacional.

Con la ejecución de un plan de cuidados organizado y personalizado hemos podido ofrecer unos cuidados adaptados a la situación del paciente consiguiendo unos buenos resultados.

Hemos notado algunas limitaciones a la hora de realizar una revisión bibliográfica sobre un tema tan amplio ya que la mayoría de los estudios se centran en una enfermedad concreta y pocos se centran en las rutinas del entorno de la persona. También hemos encontrado gran heterogeneidad en la literatura debido a: los múltiples factores que intervienen en cada paciente, los diseños limitados de estudio y los pequeños tamaños de la muestras.

Sin embargo este caso puede ser un buen ejemplo para demostrar que la visión global de todos los factores, la revisión periódica de la medicación, así como la combinación de intervenciones son imprescindibles para mejorar la adherencia al tratamiento.

Por último concluimos que la adherencia al tratamiento es una responsabilidad compartida entre el paciente, el médico, el enfermero, los familiares y los farmacéuticos, teniendo como base a los responsables de las políticas que determinan nuestro sistema de salud.

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedcado. Servicio Aragonés de Salud. Dirección de área de Atención Primaria. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia.2012. [Citado el 12 de Febrero de 2014]. Disponible en:
http://books.google.es/books/about/Programa_de_mejora_de_la_seguridad_de_la.html?id=NqZmmAEACAAJ&redir_esc=y. /Intranet.
2. Laufs U, Rettig-Ewen V, Bohm M. Strategies to improve drug adherence. European Heart Journal. 2011 Feb; 32(3): 264-268.
3. Marcum Z, Gellad W. Medication Adherence to Multidrug Regimens. Clinics In Geriatric Medicine. 2012 May; 28(2): 287
4. Buitrago Ramírez F. Métodos de medida de la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos, ancianos o polimedcados. Atencion Primaria. 2013 Jan 1; 45(1): 19-20.
5. Fernández Liz E. Multi-medication and unsuitable prescription of drugs for elderly patients: are we doing what we can?. Atencion Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria. 2006 Nov 30; 38(9): 480-482.
6. Sunanda K, Fadia S. Medication Non-adherence is Associated with Increased Medical Health Care Costs. Digestive Diseases & Sciences. 2008 Apr; 53(4): 1020.
7. F. Martínez Mir, V. Palop Larrea. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud, ISSN 1130-8427,2004; 28(5):113-120.
8. Galán-Retamal C, Garrido-Fernández R, Fernández-Espínola S, Padilla-Marín V. Original: Seguimiento del paciente anciano polimedcado en un área de salud. Farmacia Hospitalaria. 2010 Jan 1; 34:265-270.

9. Crespillo-García E, Rivas-Ruiz F, Contreras Fernández E, Castellano Muñoz P, Suárez Alemán G, Pérez-Trueba E. Knowledge, perceptions and attitudes involved in adherence to treatment elderly patients polymedicated from qualitative perspective. *Revista De Calidad Asistencial: Órgano De La Sociedad Española De Calidad Asistencial*. 2013 Jan; 28(1): 56-62.
10. Jackson D. A Myriad of Multiples: Many Problematic Factors Contribute to Medication Non-Adherence in Elders. *Generations*. 2011; 35(4): 31-36.
11. Godoy Daniel A, Velludo Veiga E. Factors that interfere the medication compliance in hypertensive patients. *Einstein* (16794508). 2013 July; 11(3): 331-337.
12. X. Nogués S, M. L. Sorli R, J. Villar G. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento Tools to measure treatment adherence. *Anales De Medicina Interna*. 2007; (3): 138.
13. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2011 Feb; 9(1):11-23.
14. Fernández Lisón L, Vázquez Domínguez B, Urendes Haro J, Barón Franco B, Martínez García T, Pujol De La Llave E. Medication errors and non-compliance in polymedicated elderly patients. *Farmacia Hospitalaria*. 2006 Sep 1; 30(5): 280-283.
15. Castellano-Muñoz P, Miranda-Ruiz A, Sojo-González G, Perea-Milla E, García-Alegría J, Santos-Rubio M. Pharmacological treatment adherence by older patients after hospital discharge. *Enfermeria Clinica*. 2008 May 1; 18(3): 120-126.
16. Farmer K. Medication adherence in health care: are we utilizing what we have learned?. *Clinical Therapeutics*. 2011 Aug; 33(8): 1081-1083.
17. Carter S, Moles R, Chen T, White L. Medication information seeking behavior of patients who use multiple medicines: How does it affect adherence?. *Patient Education And Counseling*. 2013 July 1; 92(1): 74-80.

18. Modig S, Kristensson J, Ekwall A, Hallberg I, Midlöv P. Frail elderly patients in primary care--their medication knowledge and beliefs about prescribed medicines. *European Journal Of Clinical Pharmacology*. 2009 Feb; 65(2): 151-155.
19. Chan F, Wong F, So W, Kung K, Wong C. How much do elders with chronic conditions know about their medications? *BMC Geriatrics*. 2013 June 13; 1359.
20. Modig S, Kristensson J, Troein M, Brorsson A, Midlöv P. Frail elderly patients' experiences of information on medication. A qualitative study. *BMC Geriatrics*. 2012 Aug 22; 1246.
21. Escamilla Fresnadillo J, Castañer Niño O, Benito López S, Ruiz Gil E, Burrull Gimeno M, Sáenz Moya N. Reasons for therapy non-compliance in older patients taking multiple medication. *Atencion Primaria*. 2008 Feb 1; 40(2): 81-85.
22. Fernández-Regueiro R, Fonseca-Aizpuru E, López-Colina G, Álvarez-Uría A, Rodríguez-Ávila E, Morís-De-La-Tassa J. Inappropriate drug prescription and adverse drug effects in elderly patients. *Revista Clinica Española*. 2011 Sep 1; 211(8): 400-406.
23. Opondo D, Eslami S, Visscher S, De Rooij S, Verheij R, Simpson C, et al. Inappropriateness of Medication Prescriptions to Elderly Patients in the Primary Care Setting: A Systematic Review. *Plos ONE*. 2012 Aug; 7(8): 1-9.
24. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher P, Cruz-Jentoft A. ARTÍCULO ESPECIAL: Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Revista Española De Geriatria Y Gerontologia*. 2009 Jan 1; 44273-279.

25. Arto Serrano A, Beltrán Larena A, Bielsa Rodrigo F, Ryo Serrano M. Manual de uso de los Planes Personales Centrales. Servicio Aragonés de Salud. Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón. 2010 Sep 13;82-85. [Citado el 25 de Marzo de 2014]. Disponible en:

<http://www.ics->

[aragon.com/cursos/iacs/105/0/manual_planes_personales.pdf/](http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/105/0/manual_planes_personales.pdf) Intranet.

8. ANEXOS:

ANEXO I: CRITERIOS STOP/START

Criterios START^a

Herramienta para llamar la atención del médico sobre tratamientos indicados y apropiados. Estos medicamentos deben ser considerados en personas de 65 o más años que tengan las siguientes enfermedades, cuando no exista contraindicación para su uso.

A. Sistema Cardiovascular

1. Warfarina en presencia de fibrilación auricular crónica.
2. AAS en presencia de una fibrilación auricular crónica, cuando la warfarina esté contraindicada, pero no lo esté el AAS.
3. AAS o clopidogrel con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica en pacientes en ritmo sinusal.
4. Tratamiento antihipertensivo cuando la presión arterial sistólica sea normalmente superior a 160 mmHg de forma habitual.
5. Estatinas con antecedentes bien documentados de enfermedad vascular arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica, cuando la situación funcional sea de independencia para las actividades básicas de la vida diaria y la esperanza de vida superior a 5 años.
6. IECA en insuficiencia cardíaca crónica.
7. IECA tras un infarto de miocardio.
8. Beta-bloqueantes en angina crónica estable.

B. Sistema Respiratorio

1. Agonista Beta-2 adrenérgico o anticolinérgico inhalado pautado en el asma o la EPOC leve a moderada.
2. Corticoides inhalados pautado en el asma o la EPOC moderada a grave, cuando la FEV1 es inferior al 50%.
3. Oxígeno terapia domiciliaria continua en la insuficiencia respiratoria tipo I ($pO_2 < 60$ mmHg, $pCO_2 < 49$ mmHg) o tipo II ($pO_2 < 60$ mmHg, $pCO_2 > 49$ mmHg) bien documentada.

C. Sistema Nervioso Central

1. Levodopa en la enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro funcional evidente y consecuente discapacidad.
2. Antidepresivos en presencia de síntomas depresivos moderados a graves durante al menos tres meses.

D. Sistema Gastrointestinal

1. Inhibidores de la bomba de protones en la enfermedad por reflujo gastroesofágico grave o la estenosis péptica que precise dilatación.
2. Suplementos de fibra en la diverticulosis sintomática crónica con estreñimiento.

E. Sistema Músculo-Esquelético

1. Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en la artritis reumatoide moderada a grave de más de 12 semanas de duración.
2. Bifosfonatos en pacientes que reciben corticoides orales a dosis de mantenimiento
3. Suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida (evidencia radiológica o fractura por fragilidad previa o cifosis dorsal adquirida).

F. Sistema Endocrino

1. Metformina en la diabetes mellitus tipo 2 \pm síndrome metabólico (en ausencia de insuficiencia renal)^b.
2. IECA (o ARA II) en la diabetes con nefropatía (proteinuria franca en el sistemático de orina o microalbuminuria ($>30\text{mg}/24\text{h}$) \pm insuficiencia renal en la bioquímica
3. Antiagregantes plaquetarios en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores mayores de riesgo cardiovascular (hipertensión, hipercolesterolemia, consumo de tabaco).
4. Estatinas en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores mayores de riesgo cardiovascular.

^a START: Screening Tool to Alert doctors to Right (appropriate, indicated) Treatments.

^b Filtrado glomerular $<50\text{ml}/\text{min}$.

Criterios STOPP^a

Herramienta para la detección de prescripciones potencialmente inapropiadas en personas mayores. Las siguientes prescripciones de medicamentos son potencialmente inapropiadas en personas de 65 o más años.

A. Sistema Cardiovascular

1. Digoxina a largo plazo a dosis $>125\text{ }\mu\text{g}/\text{día}$ con deterioro de la función renal^b (aumento del riesgo de toxicidad).
2. Diuréticos de asa para edemas maleolares solos sin signos clínicos de insuficiencia cardíaca (no hay evidencia de eficacia, las medias de compresión son normalmente más apropiadas).
3. Diuréticos de asa como monoterapia de primera línea en la hipertensión (existen alternativas más seguras y efectivas).
4. Diuréticos tiazídicos con antecedentes de gota (pueden exacerbar la gota).
5. Beta bloqueantes no cardiosselectivos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (riesgo de broncoespasmo).
6. Beta bloqueantes en combinación con verapamilo (riesgo de bloqueo cardíaco).
7. Uso de diltiazem o verapamilo en la insuficiencia cardíaca grado III o IV de la NYHA (pueden empeorar la insuficiencia cardíaca).

8. Antagonistas del calcio en el estreñimiento crónico (pueden aumentar el estreñimiento).
9. Uso de la combinación de AAS y warfarina sin antagonistas de los receptores H₂ (excepto cimetidina porque interacciona con warfarina) o inhibidores de la bomba de protones (alto riesgo de sangrado gastrointestinal).
10. Dipiridamol como monoterapia para prevención cardiovascular secundaria (no evidencia de eficacia).
11. AAS en pacientes con antecedentes de úlcera péptica sin antagonistas de H₂ o inhibidores de la bomba de protones (riesgo de hemorragia).
12. AAS a dosis >150mg/día (aumento del riesgo de sangrado, sin evidencia de mayor eficacia).
13. AAS sin antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica o un antecedente oclusivo arterial (no indicado).
14. AAS para tratar un mareo no claramente atribuible a enfermedad cerebrovascular (no indicado).
15. Warfarina para un primer episodio de trombosis venosa profunda no complicado durante más de 6 meses (no se ha demostrado un beneficio adicional).
16. Warfarina para un primer episodio de tromboembolismo pulmonar no complicado durante más de 12 meses (no se ha demostrado beneficio).
17. AAS, clopidogrel, dipiridamol o warfarina con una enfermedad hemorrágica concurrente (alto riesgo de sangrado).

B. Sistema Nervioso Central y Fármacos Psicotrópicos

1. Antidepresivos tricíclicos en pacientes con demencia (riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo).
2. Antidepresivos tricíclicos en pacientes con glaucoma (posible exacerbación del glaucoma).
3. Antidepresivos tricíclicos en pacientes con trastornos de la conducción cardíaca (efectos proarrítmicos).
4. Antidepresivos tricíclicos con estreñimiento (probable empeoramiento del estreñimiento).
5. Antidepresivos tricíclicos con un opiáceo o antagonista del calcio (riesgo de estreñimiento grave).
6. Antidepresivos tricíclicos con prostatismo o antecedentes de retención urinaria (riesgo de retención urinaria).
7. Uso prolongado (p.ej > 1 mes) de benzodiacepinas de vida media larga (clordiazepoxido, flurazepam, nitrazepam, clorazepato) o benzodiacepinas con metabolitos de larga acción (diazepam) (riesgo de sedación prolongada, confusión, alteración del equilibrio, caídas).
8. Uso prolongado (p.ej > 1 mes) de neurolépticos como hipnóticos a largo plazo (riesgo de confusión, hipotensión, efectos extrapiramidales, caídas).
9. Uso prolongado (p.ej > 1 mes) de neurolépticos en el parkinsonismo (pueden empeorar los síntomas extrapiramidales).
10. Fenotiazinas en pacientes con epilepsia (pueden disminuir el umbral de convulsión).

11. Anticolinérgicos para tratar los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolépticos (riesgo de toxicidad anticolinérgica).
12. ISRS con antecedentes de hiponatremia clínicamente significativa (hiponatremia no iatrogénica <130mmol/l en los dos meses previos).
13. Uso prolongado (> 1 semana) de antihistamínicos de primera generación p.ej. difenhidramina, clorfeniramina, prometazina (riesgo de sedación y efectos secundarios anticolinérgicos).

C. Sistema Gastrointestinal

1. Difenoxilato, loperamida o fosfato de codeína para el tratamiento de la diarrea de causa desconocida (riesgo de retraso diagnóstico, pueden agravar un estreñimiento con diarrea por rebosamiento, pueden precipitar megacolon tóxico en enfermedad inflamatoria intestinal, pueden retrasar la curación en la gastroenteritis no diagnosticada).
2. Difenoxilato, loperamida o fosfato de codeína para el tratamiento de la gastroenteritis infecciosa grave, p. ej. diarrea sanguinolenta, fiebre alta o afectación sistémica grave (riesgo de exacerbación o prolongación de la infección).
3. Proclorperacina o metoclopramida con parkinsonismo (riesgo de agravamiento del parkinsonismo).
4. Inhibidores de la bomba de protones para la úlcera péptica a dosis terapéuticas plenas durante más de 8 semanas (está indicada la suspensión o descenso a dosis más precoz para el tratamiento de mantenimiento/profiláctico de la enfermedad ulcerosa péptica, la esofagitis o la enfermedad por reflujo gastroesofágico).
5. Espasmolíticos anticolinérgicos en el estreñimiento crónico (riesgo de exacerbación del estreñimiento).

D. Sistema Respiratorio

1. Teofilina como monoterapia en la EPOC (existen alternativas más seguras y efectivas, riesgo de efectos adversos por el estrecho margen terapéutico).
2. Corticoides sistémicos en lugar de corticoides inhalados para el tratamiento de mantenimiento en la EPOC moderada-grave (exposición innecesaria a los efectos secundarios a largo plazo de los corticoides sistémicos).
3. Ipratropio inhalado en el glaucoma (puede agravar el glaucoma).

E. Sistema Musculoesquelético

1. Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) con antecedentes de úlcera péptica o hemorragia digestiva, salvo con uso simultáneo de antagonista H₂, IBP o misoprostol (riesgo de recidiva de úlcera péptica).
2. AINE con hipertensión moderada-grave (moderada: 160/100 mmHg – 179/109 mmHg, grave: ≥ 180/110 mmHg) (riesgo de empeoramiento de la hipertensión).
3. AINE con insuficiencia cardíaca (riesgo de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca).
4. Uso prolongado de AINE (> 3 meses) para el alivio del dolor articular leve en la artrosis (los analgésicos simples son preferibles y normalmente son igual de eficaces para aliviar el dolor).

5. Warfarina y AINE conjuntamente (riesgo de hemorragia digestiva).
6. AINE con insuficiencia renal crónica^c(riesgo de deterioro de la función renal).
7. Corticoides a largo plazo (> 3 meses) como monoterapia de la artritis reumatoide o la artrosis (riesgo de efectos secundarios sistémicos mayores de los corticoides).
8. AINE o colchicina a largo plazo para el tratamiento crónico de la gota cuando no existe contraindicación para el alopurinol (alopurinol es de primera elección como fármaco profiláctico en la gota).

F. Sistema Urogenital

1. Fármacos antimuscarínicos vesicales con demencia (riesgo de mayor confusión y agitación).
2. Fármacos antimuscarínicos vesicales con glaucoma crónico (riesgo de exacerbación aguda del glaucoma).
3. Fármacos antimuscarínicos vesicales con estreñimiento crónico (riesgo de agravamiento del estreñimiento).
4. Fármacos antimuscarínicos vesicales con prostatismo crónico (riesgo de retención urinaria).
5. Alfa-bloqueantes en varones con incontinencia frecuente, p.ej. uno o más episodios de incontinencia al día (riesgo de polaquiuria y de agravamiento de la incontinencia).
6. Alfa-bloqueantes con sonda vesical permanente, p. ej. sonda durante más de 2 meses (fármaco no indicado).

G. Sistema Endocrino

1. Glibenclamida o clorpropamida con diabetes mellitus tipo 2 (riesgo de hipoglucemia prolongada).
2. Beta-bloqueantes en diabetes mellitus con frecuentes episodios de hipoglucemia, p.ej ≥ 1 episodio por mes (riesgo de enmascaramiento de los síntomas de hipoglucemia).
3. Estrógenos con antecedentes de cáncer de mama o tromboembolismo venoso (aumento del riesgo de recurrencia).
4. Estrógenos sin progestágenos en pacientes con útero intacto (riesgo de cáncer de endometrio).

H. Fármacos que afectan negativamente a los propensos a caerse (1 caídas en los últimos 3 meses)

1. Benzodiacepinas (sedantes, pueden reducir el sensorio, deterioran el equilibrio).
2. Neurolépticos (pueden causar alteraciones de la marcha, dispraxia, parkinsonismo).
3. Antihistamínicos de primera generación (sedantes, pueden reducir el sensorio).
4. Vasodilatadores que pueden causar hipotensión en pacientes con hipotensión postural persistente, p.ej. descenso recurrente de >20 mmHg de la presión sistólica (riesgo de síncope, caídas).
5. Opiáceos a largo plazo en pacientes con caídas recurrentes (riesgo de somnolencia, hipotensión postural, vértigo).

I. Analgésicos

1. Uso a largo plazo de opiáceos potentes, p. ej morfina o fentanilo, como tratamiento de primera línea en el dolor leve a moderado (no contemplados en la escalera analgésica de la OMS).
2. Opiáceos de forma regular durante más de dos semanas en pacientes con estreñimiento crónico sin uso simultáneo de laxantes (riesgo de estreñimiento grave).
3. Opiáceos a largo plazo en pacientes con demencia, salvo cuando estén indicados en cuidados paliativos o para el manejo de un síndrome doloroso moderado-grave (riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo).

J. Duplicidad de tratamientos

Cualquier prescripción regular de dos fármacos de la misma clase terapéutica, p.ej. dos opiáceos, AINE, ISRS, diuréticos de asa, IECA simultáneos (debe optimizarse la monoterapia dentro de una sola clase antes de considerar el cambio a otra clase de fármaco). Se excluyen las prescripciones duplicadas de fármacos que pueden precisarse a demanda, p.ej. agonistas beta 2 inhalados (de larga y corta duración) para el EPOC o el asma, u opiáceos para el manejo del dolor irruptivo.

a STOPP: Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions.

b Filtrado glomerular <50ml/min.

c Filtrado glomerular 20-50ml/min.

AAS: ácido acetilsalicílico (aspirina); AINE: antiinflamatorios no esteroideos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IBP: inhibidor de la bomba de protones; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; NYHA: New York Heart Association; OMS: Organización Mundial de la Salud.

ANEXO II: CRITERIOS DE BEERS

Categoría	Razón	Recomendación	Evidencia
Anticolinérgicos			
Antihistamínicos 1ª Generación (Clorfenamina, Hidroxicina)	Altamente anticolinérgicos. Aclaramiento reducido con la edad.	Evitar	Alta
Antiparkinsonianos (Trihexifenidilo)	Anticolinérgico. Existencia de agentes más efectivos.	Evitar	Moderada
Antiespasmódicos (Alcaloides Belladona, Clordiazepóxido-Clidinium, Escopolamina)	Altamente anticolinérgico. Efectividad incierta.	Evitar, excepto en cuidados paliativos para manejo de secreciones.	Moderada
Sistema Cardiovascular			
Bloqueadores Alfa-1 (Doxazosina)	Alto riesgo de hipotensión ortostática.	Evitar como antihipertensivo	Moderada
Alfa-Agonistas Centrales (Clonidina, Metildopa)	Alto riesgo de efectos en SNC, bradicardia, hipotensión ortostática.	Evitar como primera línea antihipertensiva.	Baja
Nifedipino Liberación Rápida	Riesgo de hipotensión ortostática e isquemia miocárdica.	Evitar	Alta
Espironolactona > 25 mg/día	En IC el riesgo de hiperkalemia es mayor en adultos mayores.	Evitar en pacientes con IC o ClCr < 30 mL/min	Moderada
Antiarrítmicos Clase Ia, Ic, III (Amiodarona, Procainamida)	Control de FC tiene mejores beneficios que control del ritmo.	Evitar como primera línea en tratamiento de FA.	Alta
Digoxina > 0.125 mg/día	Dosis más elevadas en IC no se asocian a mayor beneficio pero sí a mayor toxicidad.	Evitar	Moderada
Sistema Nervioso Central			
Antidepresivos Tricíclicos (Amitriptilina, Clordiazepóxido, Clomipramina)	Anticolinérgicos, sedantes, hipotensión ortostática.	Evitar	Alta
Antipsicótico	Aumento de riesgo de ACV y mortalidad en pacientes con demencia.	Evitar uso en demencia, a excepción de fallar medidas no farmacológicas.	Moderada
Tioridazina, Mesoridazina	Altamente anticolinérgicos, prolongación intervalo QT.	Evitar	Moderada
Barbitúricos (Fenobarbital)	Alta tasa de dependencia física, tolerancia al sueño, riesgo de sobredosis.	Evitar	Alta
Benzodiazepinas (Alprazolam, Lorazepam, Diazepam, Clonazepam).	Sensibilidad aumentada a BZD y metabolismo más lento de agentes de larga acción.	Evitar para tratamiento de insomnio, agitación o delirium. Apropriadadas para crisis epilépticas, trastorno de sueño no REM, Sd. Deprivación OH/BZD, TAG severo, cuidados paliativos.	Alta
Hipnóticos No-BZD (Eszopiclona, Zolpidem, Zaleplon)	Efectos similares a BZD. Poca mejoría en latencia del sueño y duración.	Evitar uso crónico (> 90 días)	Moderada

Manejo del Dolor			
Meperidina	No es efectivo vía oral. Neurotoxicidad.	Evitar	Alta
AINEs No-COX Selectivos (AAS > 325 mg, Diclofenaco, Ibuprofeno, Ketoprofeno, Meloxicam, Naproxeno)	Aumento de riesgo de sangrado intestinal y úlcera péptica. IBPs reducen riesgo pero no lo eliminan	Evitar uso crónico, excepto si no hay otra alternativa y se puede combinar con gastroprotector.	Moderada
Indometacina, Ketorolaco	Mayor riesgo de sangrado intestinal, especialmente Indometacina.	Evitar (preferir otros AINEs)	Alta
Relajantes Musculares (Ciclobenzaprina, Cloroxazona, Cloromezanona)	Anticolinérgicos, efectividad cuestionable a dosis tolerables.	Evitar	Alta
Otros			
Sulfonilureas de Larga Duración (Clorpropamida, Glibenclamida)	Alto riesgo de hipoglicemia severa y prolongada. Riesgo de SIADH con Clorpropamida.	Evitar	Alta
Metoclopramida	Mayor riesgo de efectos extrapiramidales.	Evitar	Moderada
Antiinfecciosos (Nitrofurantoína)	Toxicidad Pulmonar Ineficaz en pacientes con ClCr < 60 ml/min	Evitar uso prolongado y en pacientes con función renal alterada.	Moderada

AINEs Antiinflamatorios No Esteroidales CrCr

BZD Benzodiazepinas

ACr Aclaramiento de Creatinina

FC Frecuencia Cardíaca

IBP Inhibidor Bomba de Protones

TAG Trastorno de Ansiedad Generalizada.

ANEXO III: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.			X	
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				X
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.		X		
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.			X	
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.			X	
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.			X	
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.			X	
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.	X			
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.		X		
10. A veces creo que no soy buena persona.			X	

***Interpretación:**

De 30 a 40 puntos= buena autoestima. Considerada autoestima normal.

De 26 a 29 puntos= autoestima media. No presenta problemas graves de autoestima pero conviene mejorarla.

Menos de 25 puntos= autoestima baja. Problemas significativos de autoestima.

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1.

De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

Su puntuación en la escala de Rosenberg es de 22, lo que su pone un bajo nivel de autoestima en el paciente.

ANEXO IV: SUBESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

*** SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG:**

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? Sí.
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? Sí
3. ¿Se ha sentido muy irritable? Sí.
4. ¿Ha tenido alguna dificultad para relajarse? Sí
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? Sí.
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? No.
7. ¿Ha tenido algunos de los siguiente síntomas: temblores, mareos, hormigueos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos). No.
8. ¿Ha estado preocupado por su salud? Sí.
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? Sí.

TOTAL ANSIEDAD: > 4 Por lo tanto tiene ansiedad.

*** SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG:**

1. ¿Se ha sentido con poca energía? Sí.
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas? Sí.
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? Sí.
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? Sí.
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? Sí.
6. ¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)? Sí.
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? Sí.
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido? No.
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? No.

TOTAL DEPRESIÓN: > 2 Por lo tanto tiene depresión.

ANEXO V: VALORACIÓN RIESGO DE DEPENDENCIA

Cuestionario de Barber (Escala de valoración entre 0 y 1):

¿Vive sólo?

1

¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?

0

¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?

0

¿Necesita a alguien que la ayude a menudo?

1

¿Le impide su salud salir a la calle?

0

¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo?

0

¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?

0

¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?

0

¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

0

RESULTADO: >1 por lo que tiene riesgo de dependencia.

ANEXO VI: INDICE DE BARTHEL

Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel.

Comer.
0 = incapaz.
5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.
10 = independiente (la comida está al alcance de la mano).
Trasladarse entre la silla y la cama.
0 = incapaz, no se mantiene sentado.
5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado.
10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal).
15 = independiente.
Aseo personal.
0 = necesita ayuda con el aseo personal.
5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.
Uso del retrete.
0 = dependiente.
5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.
10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse).
Bañarse/Ducharse.
0 = dependiente.
5 = independiente para bañarse o ducharse.

Desplazarse.
0 = inmóvil.
5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.
10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).
15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.
Subir y bajar escaleras.
0 = incapaz.
5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.
10 = independiente para subir y bajar.
Vestirse y desvestirse.
0 = dependiente.
5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.
10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.
Control de heces.
0 = incontinente (o necesita que le suministren enema).
5 = accidente excepcional (uno/semana).
10 = continente.
Control de orina.
0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.
5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).
10 = continente, durante al menos 7 días.

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas).

TOTAL=95 PUNTOS TIENE EL PACIENTE

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

ANEXO VII: Escala de Lawton y Brody Instrumental

1- CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	Puntos
Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
Marca unos cuantos números bien conocidos	1
Contesta el teléfono pero no marca	1
No usa el teléfono	0
2- IR DE COMPRAS	
Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
Compra con independencia pequeñas cosas	0
Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
Completamente incapaz de ir de compras	0
3- PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
4- CUIDAR LA CASA	
Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama	1
Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
No participa en ninguna tarea doméstica	0
5- LAVADO DE ROPA	

Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
Lava ropa pequeña	1
Necesita que otro se ocupe del lavado	0
6- MEDIO DE TRANSPORTE	
Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
7- RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
8- CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
Incapaz de manejar el dinero	0
TOTAL:	

Puntuación total de nuestro paciente: 5 puntos

Máxima dependencia= 0 puntos

Independencia total= 8 puntos

ANEXO VIII: VALORACIÓN DE LA ESFERA COGNITIVA: PFEIFFER

- ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, y año)

15/04/2014

- ¿Qué día de la semana es hoy?

Martes

- ¿Cuál es el nombre de este sitio? (vale cualquier descripción correcta del lugar)

Centro de Salud

- ¿Cuál es su número de teléfono? (Si no tiene teléfono, ¿cuál es su dirección

completa?)

No lo sabe

- ¿Qué edad tiene?

86

- Dígame su fecha de nacimiento

No sabe el año exacto

- ¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?

Mariano Rajoy

- ¿Cómo se llama el anterior Presidente del Gobierno?

Zapatero

- Dígame el primer apellido de su madre

Saldaña

- **Reste de tres en tres desde 20.** (Cualquier error hace errónea la respuesta)

En la segunda resta se equivoca

Valoración:

0-2 errores: normal

3-4 errores: deterioro leve

5-7 errores: deterioro moderado

8-10 errores: deterioro grave

Cada error suma un punto. Total de puntos: 3

Su estado cognitivo es deterioro leve.

ANEXO IX: VALORACIÓN NUTRICIONAL: ESCALA LAWTON

Cuestionario "Conozca su salud nutricional".	
Afirmación	
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como.	2 SI
Tomo menos de dos comidas al día.	0 NO
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos.	2 SI
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario.	0 NO
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer.	0 NO
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.	0 NO
Como sólo la mayoría de las veces.	1 SI
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta.	1 SI
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos seis meses.	2 SI
No siempre puede comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos.	0 NO
TOTAL= 8 RIESGO NUTRICIONAL ALTO	

Si la puntuación total es:

- 0 a 2 Bueno. Reevaluar la puntuación nutricional en seis meses.
- 3 a 5 Riesgo nutricional moderado. Tomar medidas para mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida. Reevaluar en tres meses
- 6 o más Riesgo nutricional alto. Lleve el cuestionario a su médico.

ANEXO X: TEST DE MORISKY-GREEN

VAL. ADHERENCIA	VAL. CONCORDANCIA	REVISIÓN CLÍNICA	COMENTARIOS	SALUD - Cartera de Servicios
<u>TEST de MORISKY-GREEN-LEVINE</u>				
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	(Adec.=No)	
2. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	(Adec.=Sí)	
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	(Adec.=No)	
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	(Adec.=No)	
<u>VALORACIÓN</u>				
Para considerar un buen cumplimiento, la respuesta de TODAS las preguntas debe ser ADECUADA.				
- Valoración global de la adherencia al tratamiento (Test de Morisky-Green-Levine)		<input type="text"/>		
- Causa principal de mala adherencia al tratamiento		<input type="text"/>		
- Nivel de ayuda que se recomienda para mejorar la adherencia		<input type="checkbox"/> Información individualizada <input type="checkbox"/> Sistema Personalizado Dosificación (SPD)		

ANEXO XI: CONCORDANCIA REVISIÓN TERAPÉUTICA

VAL. ADHERENCIA	VAL. CONCORDANCIA	REVISIÓN CLÍNICA	COMENTARIOS	SALUD - Cartera de Servicios
<u>VALORACIÓN GLOBAL</u>				
- ¿El paciente aporta medicamentos no recogidos en la historia clínica?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
- ¿El paciente tiene medicamentos recogidos en la historia clínica que no esté tomando?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
- Adecuación de los fármacos a la historia clínica		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
- Problemas en la revisión del uso de los medicamentos		<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
<input type="checkbox"/> Duplicidad terapéutica <input type="checkbox"/> Nº elevado envases mismo fármaco <input type="checkbox"/> Sospecha de R.A.M.		<input type="checkbox"/> Fármacos caducados <input type="checkbox"/> Fármacos innecesarios <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>		
- Derivación a consulta médica		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	

ANEXO XII: REVISIÓN CLÍNICA

VAL. ADHERENCIA	VAL. CONCORDANCIA	REVISIÓN CLÍNICA	COMENTARIOS	SALUD - Cartera de Servicios	
REVISIÓN DE LA INDICACIÓN					
¿Se retira algún medicamento no indicado?		<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuáles?	<input type="text"/>	
¿Se inicia algún tratamiento para indicaciones no tratadas?		<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuáles?	<input type="text"/>	
REVISIÓN EFICACIA Y SEGURIDAD					
¿Se detecta algún problema de eficacia/seguridad relacionado con los medicamentos? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
ACCIONES DERIVADAS	¿CUÁLES?		EFICACIA	SEGURIDAD	
Se retiran medicamentos:	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se sustituyen medicamentos:	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se añade un medicamento:	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se modifica la pauta de tratamiento:	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se establecen nuevas medidas de seguimiento:	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se inicia tratamiento para paliar el efecto:	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	