

TRABAJO FIN DE MÁSTER

“EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA: REVISIÓN DE LOS BOTIQUINES CASEROS DE LOS ANCIANOS POLIMEDICADOS EN UNA ZONA DE SALUD.”

Alumno: DÍAZ FERNÁNDEZ, SOLEDAD

Tutor: MACIÁ SOLER, MARÍA LORETO JOSEFA

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2018-2019

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Autor: Soledad Díaz Fernández

Lugar de trabajo: Enfermera suplente en Atención Primaria en la Dirección Asistencial Sureste de la Comunidad de Madrid.

Localidad: Madrid

Código postal: 28018

TITULO:

“EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA: REVISIÓN DE LOS BOTIQUINES CASEROS DE LOS ANCIANOS POLIMEDICADOS EN UNA ZONA DE SALUD.”

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: formato PICO.

En pacientes inmovilizados en su domicilio y que cumplen criterios de polimedicación ¿la revisión de sus botiquines caseros por parte de Enfermería reduce los errores de medicación?

Desglose de la pregunta de investigación:

P: pacientes que cumplen criterios de inmovilización en su domicilio según protocolo de la Comunidad de Madrid y que a su vez, cumplen criterios de polimedicación.

I: aplicación de la intervención de Enfermería de revisión de los botiquines caseros mediante la ficha de verificación de medicación en el domicilio propuesta en la Estrategia de Seguridad del paciente en el domicilio.

C: tradicional revisión de la medicación realizada por medicina desde la consulta.

O: reduce los errores de medicación.

FIRMADO:



Soledad Díaz Fernández

INDICE

| | Página |
|---------------------------------------|---------------|
| 1. Introducción | 4 |
| Antecedentes y estado actual del tema | 6 |
| Justificación | 8 |
| 2. Hipótesis | 10 |
| 3. Objetivos | 10 |
| 4. Metodología | 11 |
| Tipo de diseño | 11 |
| Población de estudio | 11 |
| Criterios de inclusión y exclusión | 12 |
| Variables objeto de estudio | 13 |
| Instrumentos de recogida de datos | 14 |
| Programa de intervención | 14 |
| Cronograma | 15 |
| 5. Costes | 16 |
| 6. Limitaciones y sesgos | 16 |
| 7. Aspectos éticos | 17 |
| 8. Aplicabilidad | 17 |
| 9. Bibliografía | 18 |
| 10. Anexos | 22 |

INTRODUCCIÓN

Los errores en la administración de medicación son una constante más habitual de lo deseado, ya que constituyen una fuente de problemas importantes. En el ámbito hospitalario, en los últimos 30 años, se ha trabajado la declaración de los efectos adversos de la medicación de manera voluntaria como un primer paso de mejora de la seguridad clínica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define **la seguridad del paciente** como la evitación, prevención y mejora de los resultados adversos o lesiones derivados de los procesos asistenciales sanitarios. La seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad en todas las organizaciones sanitarias, a nivel mundial, nacional y autonómico y requiere un esfuerzo complejo, dirigido a una amplia variedad de actuaciones relacionadas con el desempeño, el entorno y la gestión de riesgos entre los que destacamos para este trabajo los errores en la medicación, concretamente en personas dependientes y con asistencia domiciliaria. (1) y (2).

Se entiende por **error de medicación (EM)** cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o que da lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos. Estos errores tienen relación con la práctica profesional, incluyendo: fallos en la prescripción, la comunicación, el etiquetado, el envasado, la denominación, la preparación, la dispensación, la distribución, la administración, la educación, el seguimiento y la utilización.

Por otra parte, la **polimedicación** se define en el “Programa de Atención al anciano polimedicado” como el consumo de 6 o más principios activos diferentes sobre todo en población mayor o igual a 75 años (3).

La esperanza de vida por encima de 75 años en España y el aumento de la patología crónica favorecen que cada vez sea mayor el número de pacientes que utilizan más de dos fármacos para prevenir o tratar problemas de salud. Los mayores conforman un estrato de la sociedad especialmente vulnerable por tener una mayor morbilidad lo que motiva la utilización de múltiples fármacos, esto, unido a las características

fisiológicas del envejecimiento hacen más probable la aparición de reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones, olvidos y confusiones que afectan directamente a su seguridad. (3). De igual manera, la polimedicación dificulta el cumplimiento del tratamiento, disminuyendo su efectividad, con el resultado no deseado de aumentar el número de consultas e ingresos hospitalarios por acontecimientos adversos asociados a fármacos.

La población mayor no institucionalizada, suele tener en su domicilio un **botiquín casero o familiar** a modo de mueble o “caja” donde se guardan los fármacos destinados a atender o aliviar las pequeñas molestias que no requieren consulta médica, o que ya han sido previamente prescritos así como materiales de primeros auxilios. Es útil en caso de accidentes o síntomas leves y su contenido se tiene que adaptar a cada situación.

Un botiquín domiciliario no debe convertirse en una farmacia ni en un almacén, tampoco debe ser entendido cómo el lugar donde acumular la medicación habitual utilizada para el tratamiento de las enfermedades crónicas. Tomando como referencia las recomendaciones expuestas en la Guía rápida de la Comunidad de Madrid sobre botiquines caseros, (4) una observación indica, que en el caso de que haya dos personas en una misma casa con tratamientos crónicos, estos, deben colocarse en sitios separados para evitar confusiones (5) Igualmente, no debe haber medicamentos caducados o que hayan cambiado de aspecto, tampoco restos de tratamientos anteriores ni fármacos fuera del envase original o sin prospecto. Los fármacos deben estar en un lugar limpio, seco y fresco de la casa, fuera del alcance de los niños y protegido de la luz y debe estar siempre cerrado, pero ser de apertura fácil.

La revisión de botiquines caseros por parte de la enfermera comunitaria puede contribuir a la mejora de los errores en la medicación que se producen en los domicilios de personas mayores dependientes

Antecedentes y estado actual del tema.

Para conocer el estado actual del tema, se ha realizado una revisión de la literatura en las bases de datos *Pubmed* y *Cuiden* utilizando los siguientes descriptores: “errors medication home”, “nursing care”, “polypharmacy” y “elderly patients”.

Se destaca un estudio de cohortes realizado en Canadá y publicado en 2017 (6) que relacionó la capacidad de autocuidado del paciente con los eventos adversos que pueden aparecer, concluyendo que una alta capacidad de autocuidado supone un factor de protección frente a la aparición eventos adversos relacionados con el uso de la medicación.

Otro estudio realizado en la Atención Primaria de Skane (Suecia) con el objetivo de evaluar el efecto de revisar la medicación y su uso adecuado en una residencia y en los domicilios de pacientes mayores con cuidadora formal concluyó que disminuyen los errores de medicación si se revisa en ambos ámbitos (7).

En un estudio de cohortes realizado en la Comunidad de Madrid en el año 2016 (8) cuyo objetivo fue analizar la utilización de los servicios sanitarios de la población mayor en dos barrios urbanos aporta que más de la mitad de las personas de 65 años consumen más de 5 fármacos al día, con el riesgo de interacciones entre ellos y efectos secundarios. Llama la atención en el estudio que la atención domiciliaria, tanto medica como por parte de Enfermería, estuvo por debajo del 5% mensual.

En un estudio realizado en 14 centros de Atención Primaria rural de Córdoba en el año 2006 con el objetivo de conocer y analizar el consumo de medicamentos de la población anciana inmovilizada, así como el número de fármacos potencialmente inapropiados se recoge que, más de la tercera parte de los ancianos inmovilizados tomó algún fármaco inapropiado y el origen de la prescripción estaba principalmente en Atención Primaria. El consumo de fármacos inadecuados es mayor en mujeres y en pacientes polimedicados (9). Los grupos de fármacos más consumidos son los analgésicos, seguidos de los antiácidos y antagonistas del calcio. Entre los

fármacos potencialmente inapropiados en pacientes inmovilizados destacaron como los primeros las benzodiazepinas de acción prolongada, la digoxina y los hipnóticos sedantes.

Otro estudio basado en encuestas telefónicas a una muestra aleatoria de pacientes adultos pertenecientes al nivel primario de salud de la Comunidad valenciana cuyo fin fue analizar la frecuencia de errores de medicación que son cometidos e informados por el paciente publicado en el año 2012 mostró, que una parte importante de la muestra (21%) indicó haber detectado y cometido errores con la medicación en el domicilio (10).

Un estudio descriptivo transversal en el que participaron estudiantes de Enfermería de la Universidad de Barcelona entre los años 2010 y 2011 con el objetivo principal de analizar y valorar el estado y la gestión de los botiquines domésticos mostró que mayoritariamente los lugares escogidos para tener el botiquín casero fueron el baño y la cocina (11). Los fármacos que más se repetían fueron, siguiendo el orden: analgésicos, antiinflamatorios, protectores gástricos y antiácidos. Este estudio muestra que el 90,6% de las personas responsables del botiquín decían tener un conocimiento adecuado sobre la utilidad del medicamento pero un 20% de la muestra no había revisado nunca el botiquín y el 36,3% tenían medicamentos caducados (11).

Otro estudio también descriptivo que incluyó a 240 personas de 75 años o más, adscritos al área urbana de un centro de Atención Primaria de Lepanto (Sabadell) aportó que la prevalencia de automedicación fue del 31,2%, los grupos terapéuticos más utilizados fueron los analgésicos, los fármacos para el resfriado común y los gastrointestinales. En cuanto a las características del botiquín, la acumulación de más de tres cajas del mismo fármaco se halló en un 23,4%. Un 11,6% tenían fármacos caducados o en mal estado y el 35% almacenaba los fármacos en lugares inadecuados (12).

Respecto a medicamentos caducados, el estudio realizado por SIGRE (13) apunta que el 20% de los ciudadanos no comprueba la fecha de caducidad cuando vuelve a utilizar un medicamento guardado en el botiquín.

El ensayo clínico realizado en 16 centros de Atención Primaria y sobre pacientes polimedicados que comparó la eficacia de la entrevista motivacional frente al abordaje habitual en la reducción de errores de medicación mostró que el enfoque comunicativo de tipo motivacional en pacientes mayores polimedicados reduce (14) en un tercio los errores de medicación y consiguió, disminuir los medicamentos del botiquín familiar (a costa de retirar los caducados).

Justificación

De acuerdo a la literatura revisada y teniendo en cuenta que, solo en la Comunidad de Madrid, de los más de 400.000 ciudadanos mayores de 75 años, más de 75.000 utilizan de forma habitual seis o más fármacos (3) unido a otros datos como que, de entre los errores de medicación (EM) notificados entre 2016 y 2017, un 23% se produjeron en el domicilio del paciente (5) de los que el 32% ocurrieron en personas de 75 o más años.

Entre las causas, identificadas el 14% tuvo que ver con una presentación del fármaco que generó confusión y el 9% respondió a una duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios (4).

Resulta interesante mencionar un estudio que se llevó a cabo en entornos de atención domiciliaria en Japón, con 430 pacientes de 65 o más años. Aunque el objetivo del estudio era estimar el gasto sanitario, el grupo que recibió la visita por parte de enfermería frente al seguimiento farmacéutico tuvo menor gasto sanitario (15) lo que confirma que la intervención enfermera resulta beneficiosa.

Cabe hacer mención también a un estudio cualitativo en el que se identifica la necesidad de promover medidas que aumenten las actuaciones de Enfermería y la formación en seguridad a los profesionales para disminuir los errores de medicación (16).

La información que aporta la literatura (10) nos resalta la importancia que tiene para la seguridad de los pacientes intervenir de forma activa desde Atención Primaria recalcando que solo con la información que se ofrece en las consultas no parece ser suficiente para reducir errores de medicación.

Cuando ningún profesional sanitario se hace cargo de la revisión y mantenimiento de un botiquín casero, existe el riesgo de que los botiquines se conviertan en el almacén de medicamentos procedentes de prescripciones antiguas (17). A largo plazo, muchos de esos fármacos, pueden estar caducados, o sin su caja y prospecto, lo que favorece el uso incorrecto de los mismos.

La visita domiciliaria favorece la identificación de las necesidades en personas dependientes inmovilizadas. Con ella, identificamos precozmente inquietudes del paciente relacionadas con la medicación, la adherencia terapéutica y sus causas (18).

Además de todo lo expuesto hasta el momento, la existencia de la Estrategia de seguridad del paciente en la Comunidad de Madrid (5) (2015-2020) cuya misión es proporcionar unos servicios sanitarios exentos de daños innecesarios o prevenibles para nuestros pacientes respalda el planteamiento de este estudio. Este documento en su línea estratégica 7 (entornos de especial riesgo en Atención Primaria) plantea como objetivo mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el domicilio mediante la elaboración en los centros de salud de procedimientos para la gestión de avisos domiciliarios, con el fin de disminuir incidentes relacionados con retrasos y errores y difundir una lista de verificación dirigida a los profesionales para mejorar la seguridad en la gestión de los botiquines caseros.

HIPOTESIS

Los pacientes inmovilizados en su domicilio y polimedicados que reciben intervención de enfermería para el control de sus botiquines de medicamentos, tienen registrados menos errores en la toma de medicación, que los que no son revisados por las enfermeras.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

- **GENERAL**

Evaluar la efectividad de la intervención de enfermería de revisión de los botiquines caseros en el domicilio del paciente en términos de reducción de errores de medicación.

- **ESPECIFICOS**

Conocer la efectividad de esta intervención en la mejora respecto a la adherencia terapéutica.

Identificar otras variables relacionadas con la inmovilidad en el domicilio que se desprendan de los resultados del estudio

Identificar las causas o circunstancias que favorecen la aparición de errores de medicación en el domicilio del paciente.

METODOLOGIA

TIPO DE DISEÑO

Se trata de un diseño de investigación pre-post intervención que tiene 3 fases:

1. Un estudio descriptivo transversal basado en datos de registro, para conocer la tasa de botiquines domiciliarios de personas inmovilizadas en la zona básica de salud perteneciente al Centro de salud Federica Montseny... Que constituye la fase pre-intervención.
2. Diseño de la intervención que se va a realizar
3. Un estudio descriptivo post-intervención, donde se realizara el análisis comparativo con los resultados obtenidos en la primera fase que muestre la efectividad de la intervención.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio serán los pacientes inmovilizados y polimedicados que cumplan los criterios de inclusión y exclusión y residentes en la zona básica de salud perteneciente al Centro de Salud Federica Montseny situado en el barrio de Palomeras Sureste de Vallecas (Madrid).

Para el cálculo del tamaño muestral se identificaron 136 pacientes inmovilizados desde los datos del programa E-SOAP en el Centro de Salud, de los cuales se descartaron 31 por no cumplir el criterio de polimedicación: mayores de 75 años o más y 6 o más principios activos en receta electrónica. A los 105 restantes, se les aplicaran el resto de criterios de inclusión y exclusión para conformar la muestra.

Se realizará una distribución proporcional de los listados de pacientes inmovilizados adscritos a las Unidades de Atención Familiar (UAF).

La participación en este estudio será de forma voluntaria, invitándoles a formar parte de él de manera telefónica y haciéndoles cumplimentar el consentimiento informado (ver anexo 6) y posteriormente, se acordará con ellos la primera visita al domicilio para llevar a cabo la primera fase del estudio.

La búsqueda activa de la información se realizará en el domicilio del paciente, cuyo instrumento de recogida de datos se ha elaborado en base a la definición de las variables de estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes con episodio de Inmovilización registrado en la Historia Clínica en base al Servicio 501 “Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados” de la Cartera de Servicios Estandarizados de la Comunidad de Madrid (ver Anexo 1) según el cual son personas inmovilizadas aquellas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama o tienen dificultad importante para desplazarse y que reciben al menos una visita domiciliaria anual, por parte de un profesional sanitario.
 - Vivir en la zona básica objeto de estudio
 - Pacientes con episodio de polimedicación en la Historia Clínica. De 75 años o más y que usen de forma habitual seis o más principios activos diferentes (últimos 3 meses).
 - Que no tengan deterioro cognitivo
 - Que vivan con un cuidador principal
- Criterios de exclusión:
 - Pacientes inmovilizados que no tengan criterios de polimedicación.
 - Enfermos con necesidad de Cuidados Paliativos
 - Pacientes con episodio en la Historia Clínica de deterioro cognitivo.
 - “Ancianos itinerantes”, es decir aquellas personas mayores que son acogidas de forma rotatoria en los domicilios de los hijos por temporadas.
 - Pacientes institucionalizados en residencias o centros de día.

VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO

Sociodemográficas

- ~ Sexo: hombre/mujer (variable cualitativa)
- ~ Edad (variable cuantitativa discreta)
- ~ Estado civil. Se utilizará la clasificación establecida por el Instituto Nacional de Estadística (INE) contemplándose: soltero/a-casado/a-viudo/a-divorciado/a-separado/a. (variable cualitativa).
- ~ Nivel de estudios: sin estudios/ estudios primarios/ estudios secundarios/ estudios superiores (variable cualitativa).
- ~ Cuidador principal: cónyuge / hijos/ cuidador formal/ otros (variable cualitativa).

Clínicas

- ~ Convive con otro paciente: Sí/No (variable cualitativa dicotómica)
- ~ Independiente/ dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se medirá mediante el Índice de Barthel. Se trata de una variable cualitativa dicotómica. (Ver anexo 2)
- ~ Responsable de la medicación propia: Sí/No. Variable cualitativa dicotómica.
- ~ Patología o problema que lleva al episodio de inmovilización: problemas físicos de desplazamiento, encamamiento, barreras arquitectónicas... Se trata de una variable cualitativa.

Variables resultado

- ~ Adherencia terapéutica: paciente cumplidor/no cumplidor. Esta variable cualitativa se medirá mediante el *Test de Morisky-Green*. Este test consta de 4 preguntas con respuesta dicotómica (sí o no) sobre sus actitudes ante la medicación. (Ver anexo 3)
- ~ Errores de medicación (Si/No) (variable cualitativa dicotómica)
- ~ Botiquín por paciente (Si/No). (variable cualitativa dicotómica)
- ~ Caídas (Si/No). (Variable cualitativa dicotómica).

INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de datos tanto en la fase pre como en la post de la intervención se ha realizado un cuestionario de elaboración propia para registro que recoge las variables de estudio. (ver anexo 4). Contempla las variables sociodemográficas, las variables clínicas y las variables de resultado. Además para conocer el estado de los botiquines domiciliarios se han recogido los diferentes ítems en el cuestionario que están presentes en la lista de verificación propuesta por la Comunidad de Madrid para la conservación de la medicación (ver anexo 5).

Para conocer la variable clínica paciente independiente para las actividades de la vida diaria se realizará al participante el Índice de Barthel. (Ver anexo 2). Se trata de un instrumento validado por el que se asignan diferentes puntuaciones en la realización de una actividad básica según la capacidad del sujeto examinado para realizarlas. La puntuación máxima que se puede obtener es 100 e indica independencia total (90 puntos en el caso de que la persona esté en silla de ruedas). Por debajo, indica dependencia.

Para conocer la variable resultado adherencia terapéutica, es decir, si el paciente es cumplidor o no, se utilizará el Test validado de Morisky- Green (ver anexo 3).

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

La intervención de este estudio consistirá en una visita programada al domicilio que se acordará previamente con el cuidador principal y con el paciente y en la que se llevará a cabo una intervención breve sobre la conservación de un botiquín domiciliario. La enfermera durante la visita explicará y aportará información al respecto en base a la Guía rápida disponible de la Comunidad de Madrid sobre botiquines caseros (19). La enfermera facilitará tiempo suficiente en la visita para las dudas y para repetir la información.

CRONOGRAMA

El procedimiento para llevar a cabo el estudio seguirá las siguientes etapas:

Reunión de Equipo de Atención Primaria. Día 1.

1. Presentación al conjunto del Equipo de Atención Primaria del proyecto de investigación.
2. Adiestramiento de las enfermeras colaboradoras en la recogida de datos y en el procedimiento para la captación de pacientes (información sobre el estudio, consentimiento informado, resolución de dudas) así como en el registro de la información en la base de datos elaborada.

2 semanas siguientes a la reunión:

3. Identificación de los pacientes inmovilizados asignados por cupo que son susceptibles de formar parte del estudio.
4. Captación telefónica de los pacientes a través del cuidador principal y consentimiento informado. El consentimiento informado se firmará en la primera visita al domicilio.
5. Concertación de visita programada al domicilio en agenda de Enfermería

Fase pre del estudio:

Duración de 1 mes aproximadamente. Tiempo de duración de la visita al domicilio 15 min. No más de dos visitas a domicilio por día.

1. Visita al domicilio del paciente y recogida de datos a través de cuestionario de elaboración propia. A su vez, en esta primera visita se pasará el Test de Barthel para medir la independencia del paciente en las actividades de la vida diaria y el Test de Morisky-Green para conocer si es cumplidor o no.
2. Registro de los datos en la base de datos elaborada.

Fase de intervención.

Se programa una duración orientativa de 2 meses. La visita al domicilio tendrá una duración de 15 minutos, no siendo posible realizar más de una visita por día.

Fase post del estudio:

Comenzará pasado un mes tras realizar la última visita domiciliaria de la fase de intervención. Y tendrá una duración de un mes.

1. Programación por vía telefónica de nueva visita al domicilio del paciente en agenda de Enfermería.
2. Visita al domicilio del paciente para completar nuevamente el cuestionario de registro.
3. Registro de los datos en la base de datos.

Se realizará el análisis de los datos obtenidos y elaboración de los resultados.

COSTES

Los recursos materiales que se necesiten serán previstos por el Centro de Salud Federica Montseny. Será necesario disponer de la Sala de Reuniones del Centro de Salud, con proyector y ordenador y elaborar una presentación con el diseño y objetivo del estudio para informar al equipo

Ya que el estudio se realizará en horario de jornada laboral no supondrá un gasto extra tanto en recursos humanos como materiales.

Los gastos de papelería e imprenta (fotocopias de cuestionarios, consentimiento informados, Guía rápida sobre botiquines caseros...) se estima en torno a unos 150€.

LIMITACIONES Y SESGOS

Se encuentra como limitación las diferencias en cuanto a habilidades sociales a la hora de realizar la fase de intervención breve por parte de cada enfermera a pesar de que la información que se va a ofrecer sea la misma.

Otra limitación pudiera ser el tiempo estipulado para realización de la recogida de los datos. Son las propias enfermeras las que tienen que organizar las visitas y estas se pueden ver retrasadas por las complicaciones e imprevistos que puedan surgir en las agendas.

ASPECTOS ÉTICOS

La participación de los sujetos en este estudio será voluntaria. A las personas candidatas a participar se les facilitará información de forma clara y veraz sobre el estudio y sus objetivos así como de la total libertad para abandonarlo en cualquier momento. Se les entregará el consentimiento informado (ver anexo 6) en la primera visita al domicilio para su cumplimentación y firma.

Debido al carácter personal de los datos, se garantizará, también con la firma del consentimiento informado la confidencialidad y el anonimato de estos. Los datos recabados en el estudio estarán protegidos, restringiendo el acceso a los mismos a cualquier persona ajena a la investigación, según se contempla en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.

APLICABILIDAD

La visita domiciliaria favorece la identificación de las necesidades en personas dependientes inmovilizadas. Con ella, el personal de Enfermería puede identificar precozmente inquietudes del paciente relacionadas con la medicación, la adherencia terapéutica y sus causas.

Los resultados que se extraigan con la puesta en marcha de este protocolo de investigación pueden arrojar información relevante relacionada con la conservación de la medicación en el domicilio del paciente y aportar que solo la cumplimentación del Protocolo del Anciano Polimedocado no es suficiente pero la aplicabilidad fundamental está en que desde Enfermería se incorpore la revisión de los botiquines caseros con la correspondiente eps como parte imprescindible de la visita al domicilio.

BIBLIOGRAFÍA

- (1). Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- (2). Estudio ENEAS. Estudio Nacional sobre los Efectos adversos ligados a la hospitalización, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
- (3). Programa de Atención al Mayor Polimedocado [Internet]. 2006. Madrid. SERMAS. Disponible en: [\[http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/farm/mayor_polimedocado.pdf\]](http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/farm/mayor_polimedocado.pdf)
- (4). Dirección Técnica de Procesos y Calidad: Recomendación de seguridad generalizable: “Revisión de las condiciones de conservación de medicación en los domicilios. Madrid. SERMAS. Junio 2018.
- (5). Estrategia de Seguridad del Paciente. Madrid.[Internet]. 2015.Madrid. SERMAS. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017852.pdf> .
- (6) Sun W, Doran DM, Wodchis W P, Peter E. Examining the relationship between therapeutic self-care and adverse events for home care clients in Ontario, Canada: a retrospective cohort study. BMC Health Service Research [Internet]. 2017[citado 2019 Abr 16].Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2103-9>
- (7). Lenander C, Bondesson A, Viberg N, Beckman A, Midlov P. Effects of medication reviews on use of potentially inappropriate medications in elderly patients; a cross-sectional study in Swedish primary care. BMC Health Service Research [Internet]. 2018 [citado 2019 Abr 16]. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-018-3425-y>.
- (8). Cano Pérez MD, Castell Alcalá MV, Queipo Matas R, Martín Martín S, Mateo Pascual C, Otero Puime Á. Utilización de servicios de atención primaria, atención especializada y consumo de medicamentos por la

población de 65 años y más en la Comunidad de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 2019 Abr 15]; 90:e40012. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272016000100412&lng=es. Epub 26-Mayo-2016

(9).Gavilán Moral E, Morales Suarez-Varela MT, Hoyos Esteban JA, Pérez Suanes AM. Polimedición y prescripción de fármacos inadecuados en pacientes ancianos inmovilizados que viven en la comunidad. Rev. Aten Primaria [Internet]. 2006 [citado Abr 15]; 38. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-polimedizacion-prescripcion-farmacos-inadecuados-pacientes-13095047>

(10). Mira JJ, Navarro IM, Guilabert M, Aranaz J. Frecuencia de errores de los pacientes con su medicación. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2012 [citado 2019 Abr 15]; 31. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v31n2/a01v31n2.pdf

(11). Solá Pola M, Garrido Aguilar EM, Ubeda Bonet I, Morin Fraile V, Sancho Agredano R, Fabrellas i Padres, N. Análisis de los botiquines domésticos: una experiencia de aprendizaje significativa para los estudiantes de enfermería. [Internet]. 2016 [citado 2019 Abr 15]; 25(1): e2190014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072016000100319&lng=en. Epub Apr 01, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160002190014>.

(12). Vacas Rodilla E, Castellá Dagá I, Sánchez Giralt M, Pujol Algué A, Pallares Comalada MC, Balagué Corbera M. Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero. Rev Aten Primaria [Internet], 2009 [citado 2019 Abr 15]; 41. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-automedicacion-ancianos-la-realidad-un-S0212656708000565>

(13). Memoria de sostenibilidad de SIGRE. [Internet]. 2017. Madrid. Disponible en: <https://www.memoriasigre.com/2017/dist/pdf/memoria-sostenibilidad-sigre-2017.pdf>

(14). Perula de Torres LA, Pulido Ortega L, Perula de Torres C, Gonzalez Lama J, Olaya Caro I et al. Eficacia de la entrevista motivacional para reducir errores de medicación en pacientes crónicos polimedcados mayores de 65 años: resultados de un ensayo clínico aleatorizado por cluster. Rev Med Clinica [Internet]. 2014 [citado 2019 Abr 16]; 143. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4812925>

(15). Humano J, Sachiko O, Yasuharu T. A comparison of estimated drug costs of potentially inappropriate medications between older patients receiving nurse home visit services and patients receiving pharmacist home visit services: a cross-sectional and propensity score analysis. BMC Health Service Research [Internet]. 2015 [citado 2019 Abr 15]; 15. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4338623/pdf/12913_2015_Article_732.pdf

(16) Motta A P, Gobbo, Guerreiro JM, Gobbo A F, Fogaça, Kusumota L, Atila E, Shasanmi R O. et al . Case study: using participatory photographic methods for the prevention of medication errors. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [citado 2019 Abr 16]; 71(5):2483-2488. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000502483&lng=en&tlng=en

(17) Galán Retamal C, Garrido Fernández R, Fernández Espinola S, Padilla Martín V. Seguimiento del paciente anciano polimedcado en un área de salud. Rev. Farmacia hospitalaria [Internet]. 2010 [citado 2019 Abr 15]; 34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-pdf-S1130634310001467>

(18) López Castañón L. Gestión ineficaz de la propia salud en anticoagulación oral. Cuidados enfermeros domiciliarios en atención primaria de salud. Rev. Enfermería clínica [Internet]. 2012 [citado 2019 Abr

15]; 22. Disponible en: <https://www.elsevier.es/pt-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-comprar-gestion-ineficaz-propia-salud-S1130862111002233>



ANEXOS

ANEXO 1

Servicio 501: Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados

| | |
|---|--|
|  Servicio Madrileño de Salud Dirección General de Atención Primaria Comunidad de Madrid |  CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014 |
| EDICIÓN: 4ª EN VIGOR: 6 de agosto de 2014 | Fecha: julio 2014 Código: Página: 97 de 186 SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013 |

Servicio 501: ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS

INDICADOR de COBERTURA

Nº de personas que cumplen el criterio de inclusión

Nº de personas \geq 75 años

Criterio de Inclusión

Personas inmovilizadas que cumplen los siguientes criterios:

- pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (sólo pueden abandonarla con la ayuda de otras personas) o
- tienen dificultad importante para desplazarse (les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales) independientemente de la causa, y
- reciben al menos una visita domiciliaria anual, por parte de un profesional sanitario.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

CBA 1

Identificación del diagnóstico concreto que motivó el problema de inmovilización.

En la primera visita:

CBA 2

Una anamnesis o valoración funcional que incluya al menos:

- o Problemas de salud actuales.
- o Valoración del riesgo de caídas (anexo 4)
- o Eliminación: estreñimiento, incontinencias.
- o Actividad - ejercicio: existencia de barreras arquitectónicas, uso de ayudas a la movilidad, actividad física que realiza.
- o Sueño - descanso: insomnio.
- o Identificación del cuidador principal.



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de
Atención Primaria

Comunidad de Madrid



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 98 de 186

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

CBA 3

Una valoración mediante escalas validadas de los siguientes aspectos:

- Un cuestionario de valoración funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria, Lawton-Brody (Anexo 5).
- Si Lawton-Brody afectado (≤ 7 para mujeres, y ≤ 4 para hombres) un cuestionario de actividades básicas de la vida diaria, Índice de Barthel (Anexo 6), haciendo constar la puntuación total y las actividades afectadas.
- Valoración del riesgo de úlceras por presión mediante escala de Norton (Anexo 11).
- Existencia o ausencia de Indicadores de Riesgo Social (Anexo 3).

Excepción:

Paciente encamado para el test de Lawton-Brody.

CBA 4

Un plan de actuación que incluya:

- Plan terapéutico de acuerdo con las necesidades detectadas y los problemas identificados en el paciente.
- Plan de cuidados de acuerdo con las necesidades detectadas y los problemas identificados en el paciente y familia.
- Atención al cuidador principal:
 - Identificación de signos de sobrecarga en el cuidador principal mediante el Índice de Esfuerzo del Cuidador (Anexo 12).
 - Facilitar la expresión de sus emociones.
 - Consejo/información sobre cuidados.

CBA 5

Una visita a domicilio en el último año a los pacientes incluidos en el servicio. Si Barthel <35 ó Norton <14 la periodicidad de la visita será mensual.

La visita incluirá al menos:

- Evolución o cambios respecto a la visita anterior.
- Revisión del plan terapéutico.
- Revisión del plan de cuidados.
- Atención al cuidador principal.

ANEXO 2

Índice de Barthel

| ITEM | ACTIVIDAD BÁSICA DE LA VIDA DIARIA | PTOS |
|-----------------------------|---|------|
| Comer | . Independiente | 10 |
| | . Necesita ayuda para cortar carne o pan, extender mantequilla, etc. | 5 |
| | . Dependiente | 0 |
| Lavarse | . Independiente: es capaz de lavarse entero usando la ducha o el baño | 5 |
| | . Dependiente | 0 |
| | . Independiente: es capaz de ponerse y quitarse toda la ropa sin ayuda. | 10 |
| Vestirse | . Necesita ayuda, pero realiza solo al menos la mitad de la tarea en un tiempo razonable. | 5 |
| | . Dependiente | 0 |
| | . Independiente: incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse, etc. | 5 |
| Arreglarse | . Dependiente | 0 |
| | . Continente: ningún episodio de incontinencia. | 10 |
| | . Ocasional: un episodio de incontinencia, necesita ayuda para administrarse enemas o supositorios. | 5 |
| Deposiciones* | . Incontinente | 0 |
| | . Continente: ningún episodio de incontinencia. | 10 |
| | . Ocasional: como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas; necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector. | 5 |
| Micción* | . Incontinente | 0 |
| | . Independiente: usa el retrete, bacinilla o cuña sin ayuda y sin manchar o mancharse. | 10 |
| | . Necesita una pequeña ayuda para quitarse y ponerse la ropa, pero se limpia solo. | 5 |
| Usar el retrete | . Dependiente | 0 |
| | . Independiente. | 15 |
| | . Mínima ayuda física o supervisión verbal. | 10 |
| Trasladarse (sillón / cama) | . Necesita gran ayuda (persona entrenada), pero se sienta sin ayuda | 5 |
| | . Dependiente: necesita grúa o ayuda de dos personas; no puede permanecer sentado. | 0 |
| | . Independiente: camina solo 50 metros, puede ayudarse de bastón, muletas o andador sin ruedas; si utiliza prótesis es capaz de quitársela y ponérsela. | 15 |
| Deambular | . Necesita ayuda física o supervisión para andar 50 metros. | 10 |
| | . Independiente en silla de ruedas sin ayuda ni supervisión. | 5 |
| | . Dependiente | 0 |
| | . Independiente para subir y bajar un piso sin supervisión ni ayuda de otra persona. | 10 |
| Subir escaleras | . Necesita ayuda física de otra persona o supervisión. | 5 |
| | . Dependiente | 0 |
| | Puntuación Total | |

(* Micción y deposición: valorar la semana previa)

| Interpretación | |
|----------------------|---|
| Independencia | 100 puntos (máxima puntuación, 90 si silla de ruedas) |
| Dependencia escasa | 91 - 99 |
| Dependencia moderada | 61 - 90 |
| Dependencia grave | 21 - 60 |
| Dependencia total | < 21 |

ANEXO 3

Test de Morisky-Green de adherencia al tratamiento farmacológico, adaptación española.

| | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? | Sí | No |
| 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? | Sí | No |
| 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? | Sí | No |
| 4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? | Sí | No |



ANEXO 4

Cuestionario para el registro de variables en las fases pre-post del estudio.

| | |
|---|--|
| Nombre del paciente: | DNI: |
| Sexo: hombre/ mujer | Edad: |
| Estado civil: soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a | Cuidador principal: cónyuge Hijos Cuidador formal Otros: _____ |
| Nivel de estudio: Sin estudios Primarios Secundarios Superiores | |
| Independiente/ dependiente ABVD | Responsable medicación: Si/ No |
| Patología | Convive con otro paciente: Si/No |
| Adherencia terapéutica: Cumplidor No cumplidor | |
| Caídas: Si/No | |
| Lugar del botiquín casero: cocina: Baño: Salón: Otro lugar: | Botiquín por paciente: Si/ No |
| | Medicamentos repetidos: Si/No |
| | Medicamentos caducados: Si/No |
| | Tratamientos ya finalizados: Si/No |
| Corresponde el medicamento con el envase: Si/No | |
| Medicación fuera del envase: Si/No | |
| Medicación fuera de su blíster: Si/No | Envases multidosis con fecha de apertura: Si/No |

ANEXO 5

Lista de verificación de seguimiento de la conservación de la medicación en el domicilio.



I SEGUIMIENTO DE LA CONSERVACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN DOMICILIO

Esta hoja recoge los aspectos a tener en cuenta a la hora de revisar las condiciones de conservación de la medicación en el domicilio del paciente. Su intención es únicamente facilitar el seguimiento, en caso de que el profesional que realiza la visita domiciliaria lo estime oportuno.

| Nombre del paciente: | | Fecha: | |
|---|----|--------|---------------|
| Conservación de medicación en domicilio | | | Observaciones |
| ¿Los medicamentos están en un lugar limpio, seco, fresco y protegidos de la luz? | SI | NO | |
| ¿Los medicamentos están fuera del alcance de los niños? | SI | NO | |
| ¿Los medicamentos se encuentran en el baño o en la cocina? | SI | NO | |
| Si hay más de un paciente en el mismo domicilio, ¿hay una separación clara de botiquines? | SI | NO | |
| ¿Hay principios activos iguales con distinto nombre comercial? (Incluidas combinaciones de medicamentos). | SI | NO | |
| ¿Hay una separación clara de medicamentos que se puedan confundir por la similitud del envase o del nombre? | SI | NO | |
| ¿Se corresponden los envases con su contenido y está el prospecto? | SI | NO | |
| ¿Hay medicación fuera de su envase? | SI | NO | |
| ¿Hay medicamentos fuera de su blíster? | SI | NO | |
| ¿Hay medicamentos caducados? | SI | NO | |
| ¿Hay restos de tratamientos ya finalizados? | SI | NO | |
| Si hay medicamentos con dispositivos específicos de administración, ¿se encuentran en su envase correspondiente? | SI | NO | |
| ¿Hay medicamentos fraccionados o triturados cuando en la ficha técnica/prospecto está establecido que no deben manipularse? | SI | NO | |
| Si hay envases multidosis (colinos, jarabes, etc.), ¿tienen la fecha de apertura anotada? | SI | NO | |

Bombreado en verde la opción adecuada para la conservación.

ANEXO 6

Consentimiento informado

Participación en el estudio: *EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA: REVISIÓN DE LOS BOTIQUINES CASEROS DE LOS ANCIANOS POLIMEDICADOS EN UNA ZONA DE SALUD*

D/Dña _____ con DNI _____

1. *Declaro que he recibido la información de forma clara y veraz sobre el estudio en el que se me propone participar.*
2. *Se me ha entregado una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.*
3. *Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.*
4. *Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.*
5. *El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.*

Doy

No doy

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.

En Madrid, a ____ de _____ de 20____

Firma del participante:

Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio a la persona cuyo nombre aparece escrito más arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento

En Madrid, a ____ de _____ de 20__

Firma del Investigador o la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento: