

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS DOCTORAL

GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD RELACIONADA CON
LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO EN PACIENTES
POLIMEDICADOS MAYORES DE 65 AÑOS

Doctorando: Alonso Montiel Luque

Directores:

Dr. José Antonio González Correa
Dra. Esther Martín Auriolés

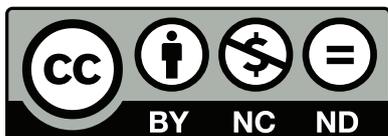
MÁLAGA 2014



**Publicaciones y
Divulgación Científica**

AUTOR: Alonso Montiel Luque

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons:

Reconocimiento - No comercial - SinObraDerivada (cc-by-nc-nd):

[Http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es)

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

ÍNDICE

0	Declaración de conflictos de intereses	13
1	Introducción	15
	El envejecimiento y sus consecuencias.....	17
	Pluripatología y polimedicación, una cuestión de complejidad....	27
	La Estrategia de Prescripción por Principio Activo.....	39
	Adherencia, Incumplimiento y Errores de Medicación.....	49
	La Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	62
	La Perspectiva Enfermera: la Autogestión y los Autocuidados.....	71
2	Justificación	79
3	Objetivos	87
4	Material y Métodos	91
	4.1.Diseño	93
	4.2.Ámbito y Población	93
	4.3.Sujetos de estudio	93
	4.4.Criterios de inclusión y exclusión	93
	4.5.Variables del estudio	94
	4.5.1.Descripción de las variables.....	95
	4.5.1.1.Variables dependientes o de resultado.....	95
	4.5.1.2.Variables independientes o predictoras.....	97
	4.6.Recogida de datos	100
	4.7.Análisis de datos	101
	4.8.Aspectos éticos	102
5	Resultados	105
	5.1.Descripción general de la muestra	107
	5.1.1.Variables sociodemográficas.....	107
	5.1.2.Variables clínicas.....	109
	5.1.3.Variables relacionadas con la medicación.....	110
	5.1.4.Análisis descriptivo por subgrupos de población.....	112
	5.2.Gestión Ineficaz de la Propia Salud (GIPS)	113
	5.2.1.Descripción de indicadores y prevalencias.....	113
	5.2.2.Relación de GIPS con las variables del estudio: análisis	

bivariante.....	115
5.2.3.Relación de GIPS con las variables del estudio: análisis multivariante.....	119
5.2.4.Relación de GIPS con los indicadores/criterios NOC utilizados en el estudio.....	121
5.3.Calidad de vida.....	122
5.3.1.Análisis descriptivo según edad y sexo.....	122
5.3.2.Relación de la Calidad de Vida con las variables del estudio: análisis bivariante.....	127
5.3.3.Relación de la Calidad de Vida con las variables del estudio: análisis multivariante.....	131
6 Discusión.....	133
7 Limitaciones del estudio.....	153
8 Conclusiones.....	157
9 Aplicabilidad y Prospectiva.....	161
10 Bibliografía.....	165
11 Anexos.....	189
Anexo 1: Cuestionario EuroQol-5D.....	191
Anexo 2: Escala de Valoración sociofamiliar de Gijón.....	193
Anexo 3: Índice de Barthel. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).....	195
Anexo 4: Escala de Lawton y Brody. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).....	197
Anexo 5: Test de Pfeiffer. Cribado de deterioro cognitivo.....	199
Anexo 6: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.....	201
Anexo 7: Test de Morisky-Green. Valoración de la Adherencia Terapéutica.....	203
Anexo 8: Informe de la comisión de ética e investigación.....	205
Anexo 9: Modelo de Consentimiento Informado.....	207
Anexo 10: Modelo de Acuerdo de Confidencialidad.....	209
Anexo 11: Resolución financiación Proyecto SAS 111222.....	213
Anexo 12: Resultados del análisis multivariante de la calidad de vida por subgrupos de variables.....	215
Anexo 13: Tablas y Figuras.....	217
Anexo 14: Producción científica relacionada con esta tesis.....	221

1.-INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento y sus consecuencias

El envejecimiento de la población es una de las tendencias más significativas en el siglo XXI. Tiene repercusiones importantes y de vastos alcances en todos los aspectos de la sociedad. Está ocurriendo en todas las regiones del mundo y en países que alcanzaron diferentes niveles de desarrollo. En 2012, había 810 millones de personas de 60 o más años de edad, que representaban un 11,5% de la población mundial. Según las proyecciones, esa cantidad llegará a 1.000 millones dentro de menos de diez años y se duplicará con creces para 2050, en que llegará a 2.000 millones de personas, lo que constituirá un 22% de la población mundial.

El envejecimiento constituye un triunfo del desarrollo y el aumento de la longevidad es uno de los mayores logros de la humanidad. Ahora, las personas tienen vidas más largas debido a las mejoras en la nutrición, el saneamiento, los adelantos médicos, la atención de la salud, la educación y el bienestar económico. La esperanza de vida al nacer es en la actualidad superior a 80 años en 33 países del mundo.

Las oportunidades que ofrece esta transición demográfica son tan amplias como las contribuciones que puede aportar a la sociedad una población de personas mayores que tenga actividad social y económica, viva en condiciones de seguridad y sea saludable. El envejecimiento de la población también ofrece desafíos económicos, sociales y culturales a las personas, las familias, las sociedades y la comunidad internacional (1).

En este sentido en Enero de 2010 las Naciones Unidas publicaron el informe *Envejecimiento de la población 2009* (2). En el contenido de este informe se destacan cuatro conclusiones principales:

1. El envejecimiento de la población **no tiene precedentes**, es un proceso sin parangón en la historia de la humanidad. La población envejece cuando aumenta la proporción de personas de la tercera edad (es decir, los mayores de 60 años o más) y se acompaña de reducciones en la proporción de niños (personas menores de 15 años) y de personas en edad de trabajar (15 a 59).

2. A nivel mundial, el número de personas de la tercera edad se espera que supere al de niños por primera vez en 2045. En las regiones más desarrolladas, donde el envejecimiento de la población está muy avanzado, el número de niños cayó por debajo de la de las personas de la tercera edad en 1998.

2. El envejecimiento de la población es **generalizado**, ya que afecta a casi todos los países del mundo. El resultado del envejecimiento de la población, principalmente por la reducción de la fecundidad, se ha convertido en prácticamente universal. La desaceleración resultante en el crecimiento del número de niños junto con el aumento constante del número de personas mayores tiene una directa influencia en la justicia, tanto intergeneracional como intrageneracional y la solidaridad, que son los cimientos de la sociedad.

3. El envejecimiento de la población es **profundo** y tiene importantes consecuencias y repercusiones para todas las facetas de la vida humana. En el ámbito económico, el envejecimiento de la población tendrá un impacto en el crecimiento económico, el ahorro, la inversión, el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, los impuestos y las transferencias intergeneracionales. En el ámbito social, el envejecimiento de la población influye en la composición familiar y vital, la demanda de vivienda, las tendencias de la migración, la epidemiología y la necesidad de servicios de salud. En lo político, el envejecimiento de la población puede alterar los patrones de voto y la representación política.

4. El envejecimiento de la población es **permanente**. Desde 1950, la proporción de personas mayores ha aumentado constantemente, pasando del 8% en 1950 al 11% en 2009, y se espera que alcance el 22% en 2050. Mientras la mortalidad en la vejez siga disminuyendo y la fertilidad siga siendo baja, la proporción de personas de la tercera edad seguirá aumentando (Figura 1).

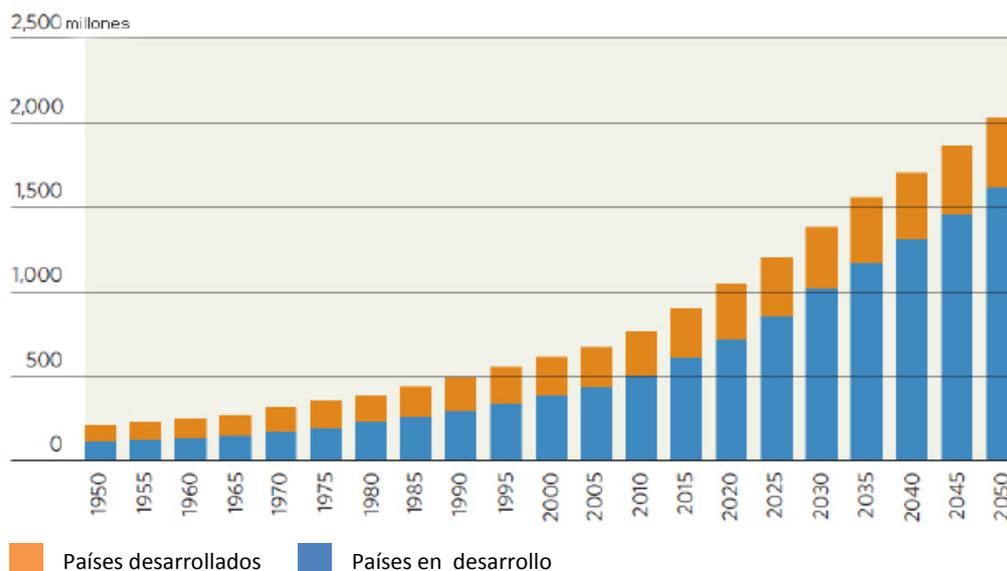


Figura 1. Evolución del nº de personas de 60 años o más en el total de la población en todo el mundo. 1950-2050. Fuente: DAES, World Population Ageing 2011.

Otras conclusiones importantes de este informe son las siguientes:

- La tendencia al envejecimiento de la población es casi irreversible, y es muy poco probable que vuelvan a darse las poblaciones jóvenes del pasado.
- El aumento de la población de edad obedece a una transición demográfica de tasas elevadas a tasas reducidas de fecundidad y mortalidad.
- A nivel mundial, la población de personas de edad aumenta a razón de 2% por año, considerablemente más rápido que la población total. Al menos en los próximos 25 años, la población de edad continuaría aumentando con más rapidez que ningún otro grupo de edad. La tasa anual de crecimiento del grupo de 60 años o más será de 2,8% entre 2025 y 2030. Este crecimiento acelerado exigirá ajustes económicos y sociales de largo alcance en la mayoría de los países.
- Existen diferencias marcadas entre regiones en el número y la proporción de personas de edad. Como el ritmo de envejecimiento de la población es mucho más rápido en los países en desarrollo que en los países desarrollados, los países en desarrollo tendrán menos tiempo para adaptarse a las consecuencias del envejecimiento de la población. Además, el envejecimiento de la población en los países en desarrollo se produce con un nivel socioeconómico muy inferior al que existía en su momento en los países desarrollados.

- Actualmente, la mediana de edad en el mundo es de 26 años. El país con la población más joven es Yemen, con una edad mediana de 15 años, y el más viejo es Japón, con una edad mediana de 41 años. Para 2050, se espera que la edad mediana mundial habrá aumentado en 10 años (a 36 años). Se prevé que el país con la población más joven en ese momento será Níger, con una edad mediana de 20 años, y el más viejo España, con una edad mediana de 55 años.
- El cociente de dependencia potencial (el número de personas entre 15 y 64 años de edad por cada persona de 65 años o más) indica la carga de dependencia que afrontan los trabajadores potenciales. Entre 1950 y 2000, el cociente de dependencia potencial disminuyó de 12 a 9 personas en edad de trabajar por cada persona de 65 años o más. A mediados de siglo, se estima que el cociente de dependencia potencial disminuirá a cuatro personas en edad de trabajar por cada persona de 65 años o más (Figura 2). Los cocientes de dependencia potencial inciden de manera importante en los regímenes de seguridad social, especialmente en los regímenes tradicionales, en los que los trabajadores en activo pagan las prestaciones de los jubilados.

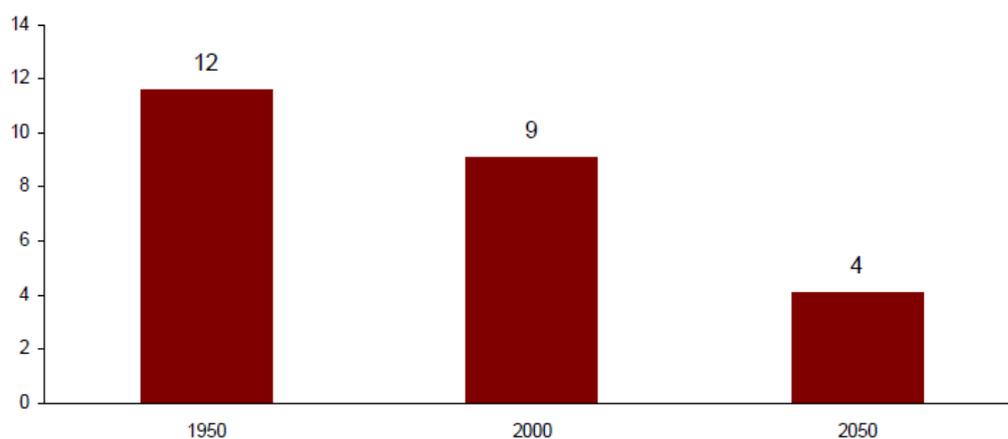


Figura 2. Tasa de dependencia potencial en todo el mundo, 1950-2050.

Fuente: World Population Ageing 2009.

- La mayoría de las personas de edad son mujeres, ya que la esperanza de vida de las mujeres supera la de los hombres y en las edades más avanzadas, hay de dos a cinco veces más mujeres que hombres (Figura 3).

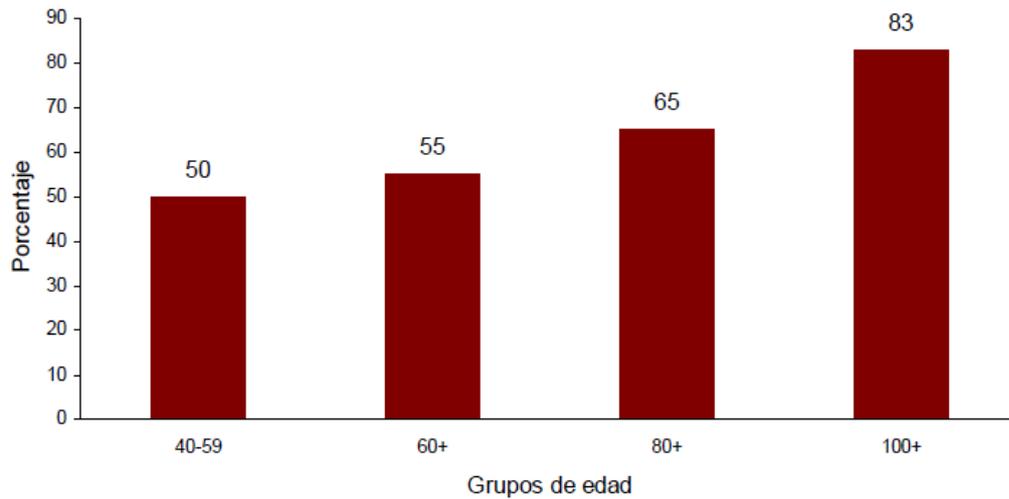


Figura 3. Proporción de mujeres entre los grupos de edad de 40 a 59 años, mayores de 60, mayores de 80 y mayores de 100 años en todo el mundo. Fuente: World Population Ageing 2009.

- La salud de las personas generalmente se deteriora con la edad, lo que se traduce en una mayor demanda de atención de largo plazo a medida que aumenta el número de los más mayores. El cociente de dependencia parental, esto es, el número de personas de 85 años o más por cada 100 personas de 50 a 64 años, da una idea del apoyo que las familias acaso tengan que brindar a sus miembros de más edad. En todo el mundo, en 1950 había menos de dos personas de 80 años o más por cada 100 personas de 50 a 64 años. En 2000, la relación había aumentado a 4 por cada 100, y se proyecta que llegará a 11 por 100 en 2050.
- Los países con ingresos per cápita elevados tienden a tener una menor tasa de participación de personas de edad en el mercado de trabajo.

En conclusión, es evidente que el mundo se encuentra en proceso de transformación a causa de unos cambios demográficos sin precedentes, que tienen sus orígenes en los siglos XIX y XX y que continúan todavía en el siglo XXI. Los descensos de la fecundidad, reforzados por una creciente longevidad, han producido, y continúan produciendo, cambios sin precedentes en las estructuras de todas las sociedades, en especial la histórica inversión que se ha producido en la proporción de jóvenes y personas de edad. Las consecuencias profundas, generales y duraderas del envejecimiento de la

población brindan enormes oportunidades a todas las sociedades, pero también imponen enormes desafíos.

De igual forma a nivel de **La Unión Europea** también se ha producido un significativo envejecimiento de la población, consecuencia inevitable de importantes logros de nuestras sociedades, que han supuesto una drástica reducción de la mortalidad y, por consiguiente, una mayor esperanza de vida.

La edad media en La Unión Europea es de 39,8 (según estadísticas del Eurostat) (3), pero en el año 2060 la edad media de los ciudadanos de la UE será de 47,2. En el año 2060, las personas de más de 65 años representarán casi el 30% de la población de la UE (frente al 16% en 2010). En tan solo unos años, la población europea en edad laboral disminuirá, mientras que la población de más de 65 años seguirá creciendo en unos 2 millones de personas al año. En el año 2060 podría haber una persona mayor por cada dos personas en edad de trabajar. Una Europa más envejecida plantea varios retos: para el mercado laboral, para los sistemas sanitarios y para el nivel de vida de las personas jubiladas (Figuras 4 y 5)

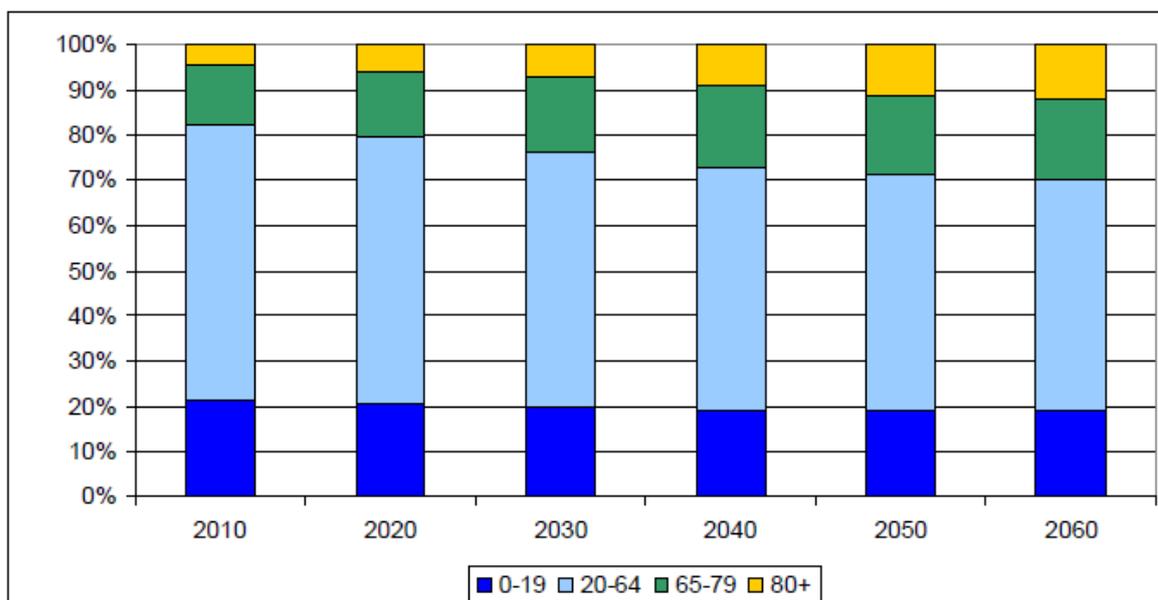


Figura 4. Proyección sobre los cambios en la estructura de los principales grupos de edad en la Europa de los 27 (en %). Fuente: Eurostat 2010.

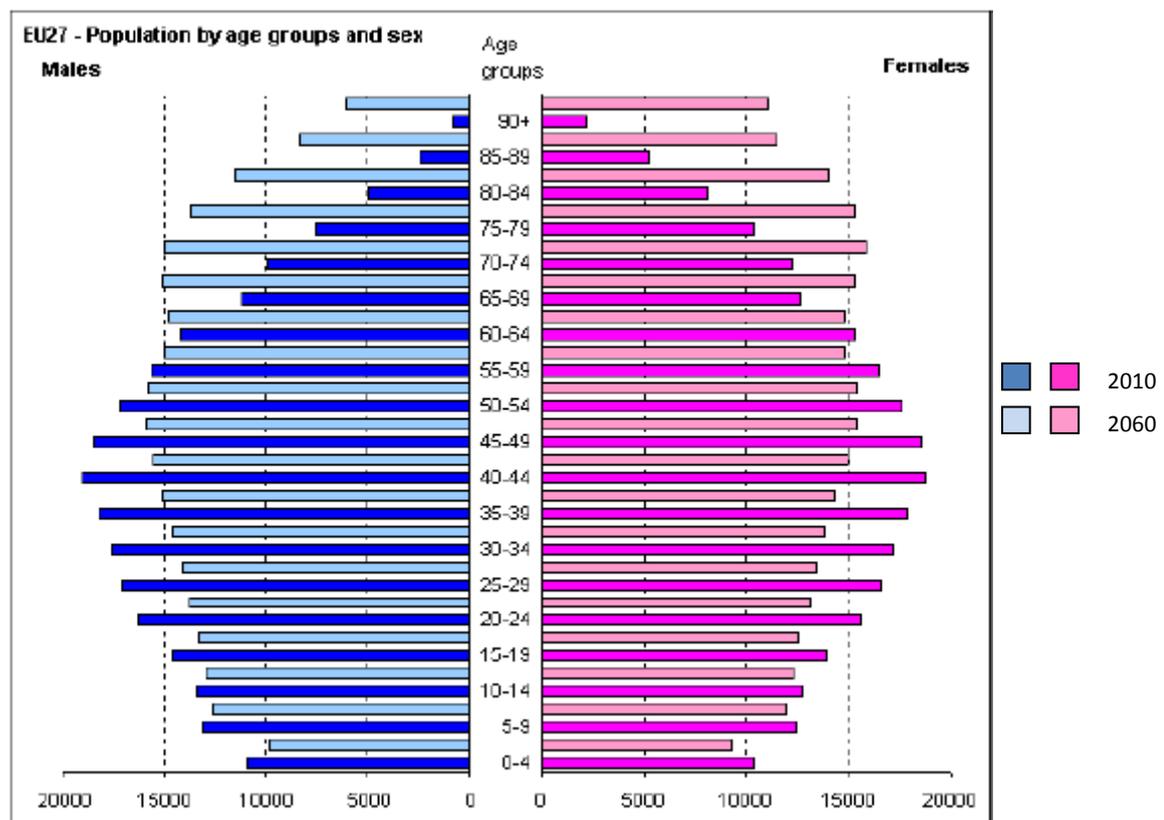


Figura 5. Evolución de la pirámide de población (en miles) de la Unión Europea (UE27) entre 2010 y 2060. Fuente: Eurostat. 2010.

Según el Centro Europeo de Investigación en Política Social (4), el envejecimiento de la población europea se debe fundamentalmente a tres causas:

1. Envejecimiento de la generación del “baby-boom” al superar la edad de 65 años en 2010 y en años siguientes.
2. Fertilidad mucho más baja desde el fenómeno “baby-boom”.
3. Aumento de la esperanza de vida en personas de edad avanzada.

El factor más fácil de comprender es el referido al envejecimiento de la generación del “baby-boom”. Las personas de esta generación nacieron en 1945 y en los 10-20 años posteriores. Y ésta es la generación que empezó a jubilarse a partir del año 2000. De esta manera, habrá un gran número de personas que se jubilarán en el próximo par de décadas. El principal problema ha sido que el fenómeno del elevado “baby-boom” no ha continuado. Al contrario se ha observado una tasa de fertilidad mucho más baja después de este periodo. Esto también puede considerarse como un logro de nuestras

sociedades: la sociedad ofrece muchas más alternativas a las mujeres y éstas tienen mayor poder de decisión a la hora de tener hijos, de decidir cuántos van a tener o incluso de no tener ninguno.

Pero el fenómeno más exitoso que normalmente asociamos al envejecimiento de la población es en realidad el aumento de la esperanza de vida (Figura 6), particularmente en edades avanzadas. Las personas que llegan a la edad de 60 ó 65 años tienen elevadas posibilidades de sobrevivir hasta mucho más tarde en la vida, lo cual implica una serie de desafíos que debemos afrontar, como son el tema de las pensiones o los cuidados de larga duración.

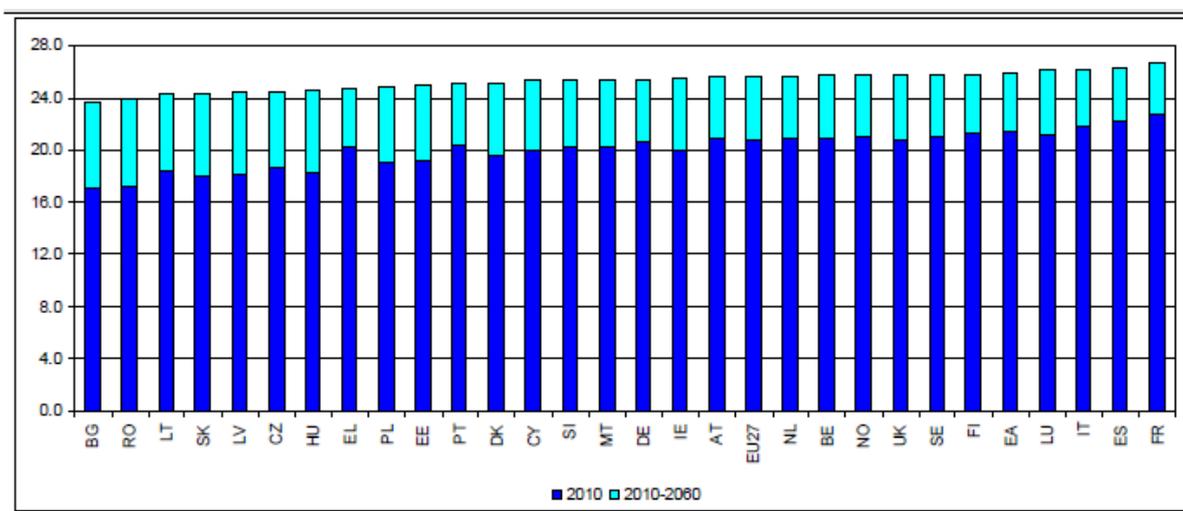


Figura 6. Evolución de la esperanza de vida a los 65 años en mujeres de la Unión Europea entre 2010 y 2060. Fuente: Eurostat. 2010.

Las políticas de cuidados de larga duración deberán asumir una serie de retos como son el fomento de la adopción de estilos de vida que supongan mejoras en la salud y estado funcional de las personas en la última etapa de su vida, así como asegurar que la provisión de cuidados informales continúe desempeñando un papel importante en el futuro, incentivando a los miembros jóvenes de las familias para que cuiden de los miembros mayores de la mismas.

En el **caso de España** (Figura 7), el fenómeno del envejecimiento se observa especialmente acelerado, como consecuencia de un importante incremento de

la longevidad, ya que en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años. Este proceso se ve acentuado por la baja tasa de natalidad que se viene registrando desde hace algunas décadas. Esta reducción se registra en España fundamentalmente desde mediados de los años 70. En 1975 la cantidad promedio de hijos era de casi 3 por mujer en edad fértil, mientras que actualmente apenas es de 1,2 (5).

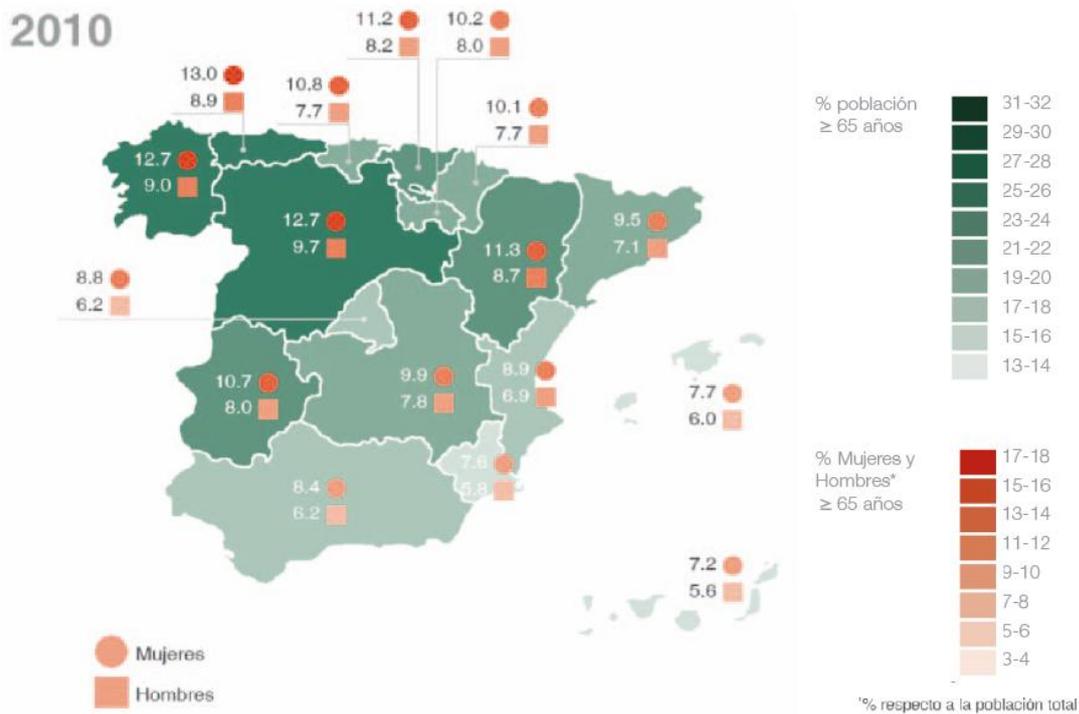


Figura 7. Mapa de estado del envejecimiento en España en 2010. Fuente INE. 2010.

Durante el siglo XX se produjeron en nuestro país dos importantes cambios desde el punto de vista de la estructura de su población y de las causas de enfermedad y muerte de la misma. Estos cambios, descritos en numerosos países, se denominan Transición Demográfica y Transición Epidemiológica, respectivamente. **La Transición Demográfica** se define como el proceso de ruptura en la continuidad del curso del movimiento de la población hasta un momento determinado que explica el paso de niveles altos de mortalidad y fecundidad a niveles bajos de estas variables. En nuestro país nos encontramos en la fase tardía de esta transición caracterizada porque la tasa bruta de mortalidad es mayor que la tasa bruta de natalidad, el crecimiento natural es negativo y el crecimiento total es cercano o inferior a cero (6).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) (7), el 1 de enero de 2011 había 8.092.853 personas mayores de 65 años, el 17,2% sobre el total de la población, de las que aproximadamente un 25% eran octogenarias. En 1900 los mayores de 65 años no alcanzaban un millón de personas, es decir, se ha producido un incremento de ocho veces más. Por otra parte, los mayores de 80 años han aumentado su proporción en la población, incrementándose casi 12 veces.

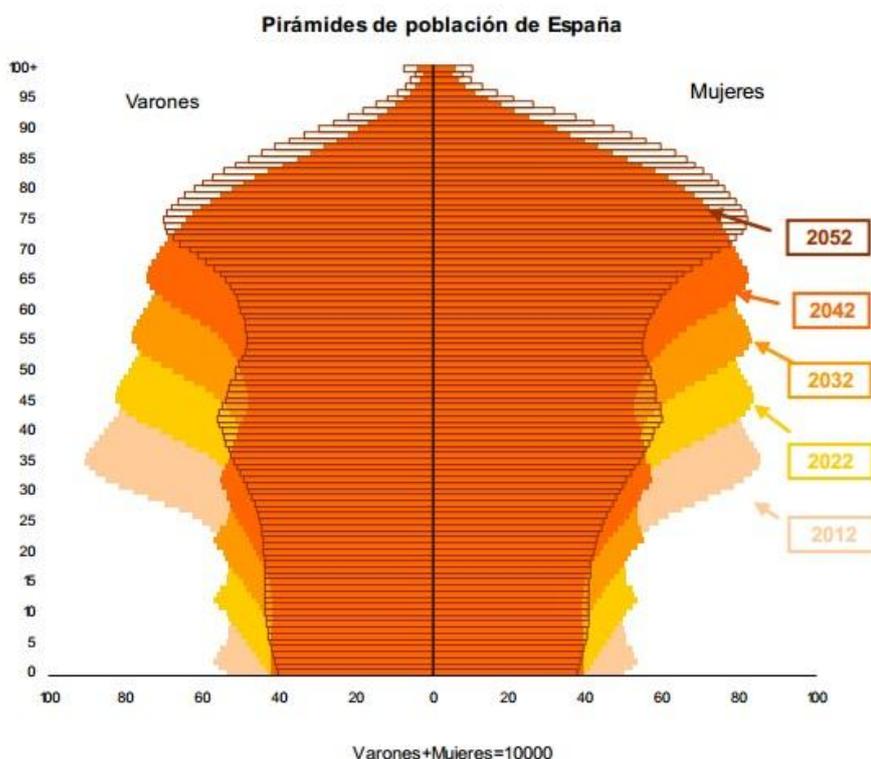


Figura 8: Proyección de población a largo plazo. Fuente: INE. 2012.

Según las proyecciones realizadas por el INE (Figura 8), en 2050 la población mayor de 65 años aumentará por encima del 30% de la población (con casi 13 millones de personas) y los octogenarios llegarán a más de 4 millones por lo que se situarán por encima del 30% del total de la población mayor.

Los estudios internacionales de prospectiva y proyecciones estimadas por la Organización de Naciones Unidas (ONU) sitúan a España en el año 2050 como el país más envejecido del mundo, aproximándose al 40% la población por encima de los 60 años (2).

Este vertiginoso envejecimiento de la población ha modificado drásticamente el escenario de la atención sanitaria y, naturalmente, también el de la atención social, originando una verdadera geriatrización de la medicina, entendida como el espectacular aumento del consumo de recursos sanitarios originado por el sector integrado por la población incluida en la eufemísticamente denominada “tercera edad”, grupo responsable de, al menos, el 40-50% del gasto sanitario en nuestro país, del 30-40% del consumo total de fármacos y del 75% del total de los tratamientos de carácter crónico (8,9).

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2006), publicada en 2008, indicaban una media de tres enfermedades por paciente anciano en el medio comunitario. Señalaban además que el 90% de las personas mayores de 75 años ha tomado algún fármaco en las dos semanas previas a la entrevista y que, de ellos, más del 50% toma 3 o más fármacos (10).

Nos encontramos por tanto ante una población con elevado uso de los recursos sanitarios y gran consumo de medicamentos, lo que unido a la alta incidencia de enfermedades crónicas, se traduce, en general, en una polifarmacia muy difícil de manejar y susceptible de numerosos errores y problemas relacionados con los medicamentos (11).

Pluripatología y polimedicación, una cuestión de complejidad

Como decíamos anteriormente, durante el siglo XX se produjeron en España importantes cambios tanto en la estructura de la población (Transición Demográfica), como en las causas de la enfermedad (**Transición Epidemiológica**). Conforme se fue modificando la estructura demográfica, también se fueron modificando las causas de enfermedad y muerte en la población, contribuyendo también a este hecho cambios más amplios de carácter socioeconómico, tecnológico, político, cultural y biológico.

Como consecuencia de todo lo anterior el patrón epidemiológico dominante en la actualidad está representado por las **patologías crónicas**, es decir, aquellas de larga duración y generalmente de progresión lenta que causan mortalidad prematura, conllevan una limitación en la calidad de vida de las personas

afectadas y provocan efectos económicos, psicológicos y sociales importantes en las familias, las comunidades y la sociedad en general (6).

En España, según la Encuesta Europea de Salud (EES) 2009 (12), el 45,6% de la población mayor de 16 años padece al menos un proceso crónico (46,5% de los hombres y el 55,8% de las mujeres) y el 22% de la población dos procesos o más, incrementándose estos porcentajes con la edad (Figura 9).

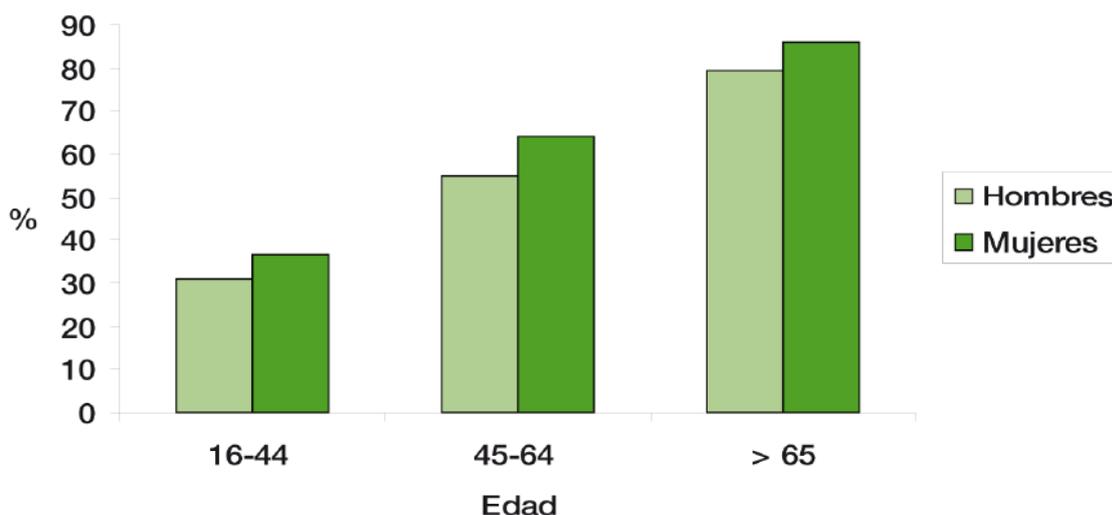


Figura 9: Prevalencia (%) de problemas crónicos por edad y sexo. Fuente EES 2009.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 la evolución de algunos de los principales trastornos crónicos y factores de riesgo muestra una tendencia ascendente. La hipertensión arterial, el colesterol elevado y la diabetes, todos ellos factores de riesgo cardiovascular, continúan su tendencia ascendente. Desde 1993, la hipertensión ha pasado del 11,2% al 18,5%, la diabetes del 4,1% al 7,0% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,4% (13).

La alta prevalencia de enfermedades crónicas está dando lugar a un nuevo fenómeno consistente en que un elevado número de población vive con múltiples enfermedades crónicas, surgiendo de esta forma el concepto de **paciente complejo**.

El término complejidad no está aún bien definido en las ciencias de la salud. Con frecuencia se asocia complejidad a la suma de patologías y se le asimila a

términos como pluripatología, comorbilidad, fragilidad, polimedicación, etc... sin embargo, algunos autores sugieren que son constructos diferentes (14).

Marengoni (15), en un estudio sobre 33 poblaciones seguidas durante 18 años, apreció que la prevalencia de pluripatología entre los mayores de 65 años oscilaba entre el 21% y el 98%. Otro estudio (16), de similares características, encontró tasas oscilantes entre el 50% y el 100%. Estas variaciones se deben no solo a las diferencias entre las distintas poblaciones estudiadas, sino también a las diferencias en la obtención de los datos, los grupos de edad investigados y las definiciones usadas. En España, un estudio realizado sobre un millón de altas hospitalarias apreció que los pacientes ingresados en Medicina Interna tenían en 2007 un promedio de 5,84 patologías médicas (17).

El concepto de **pluripatología** surge por la necesidad de un abordaje integral a una población de pacientes con dos o más enfermedades crónicas sintomáticas, en las que resulta dificultoso establecer los protagonismos, pues en general presentan un grado equivalente de complejidad, con similar potencial de desestabilización, dificultades de manejo e interrelaciones. Se trata, por tanto, de un concepto transversal en el que no puede identificarse una patología índice.

La denominación de **paciente pluripatológico (PP)** (18), por tanto, estaría determinada no solo por la presencia de dos o más enfermedades, sino por una especial susceptibilidad y fragilidad clínica, y serviría para identificar desde aquellos pacientes que, como consecuencia de su enfermedad, presentan un riesgo elevado de caer en la cascada de la dependencia y la discapacidad hacia la minusvalía, hasta aquellos que, aun sin minusvalía franca, presentan diferentes enfermedades crónicas con síntomas continuos y agudizaciones frecuentes.

El conjunto de enfermedades que definen a un paciente como PP no está bien definido. En España, una de las clasificaciones que goza de mayor aceptación es la del Servicio Andaluz de Salud (19), según la cual son considerados como pluripatológicos aquellos pacientes que sufren enfermedades crónicas incluidas en dos o más categorías clínicas (Tabla 1).

Tabla 1: Criterios definitorios de paciente pluripatológico

Categorías	Enfermedades incluidas
Categoría A	1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA ¹ 2. Cardiopatía isquémica.
Categoría B	1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas. 2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria ² , mantenidas durante 3 meses.
Categoría C	1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC ³ , o FEV1<65%, o SaO2 ≤ 90%.
Categoría D	1. Enfermedad inflamatoria intestinal. 2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular ⁴ o hipertensión portal ⁵ .
Categoría E	1. Ataque cerebrovascular. 2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60). 3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores).
Categoría F	1. Arteriopatía periférica sintomática. 2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
Categoría G	1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb <10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses. 2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
Categoría H	1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

1: Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

2: Índice albúmina/Creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3mg/dl en muestra de orina o albúmina>300 mg/día en orina de 24 horas.

3: Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.

4: INR >1,7, albúmina <3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.

5: Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

La prevalencia de PP en la población general se cifra en un 1-1,5 %, y su mortalidad al año en el 6-10%, mientras que en el entorno hospitalario se sitúa entre el 25 % y el 50 % según las áreas, con una mortalidad anual en torno al 37% (20). Y no solo son muchos, también son muy **complejos**. Diferentes estudios han caracterizado a los PP, y señalan que constituyen una población homogénea en complejidad, vulnerabilidad clínica, fragilidad, mortalidad, deterioro funcional, polifarmacia, pobre calidad de vida relacionada con la salud y frecuente situación de dependencia funcional (21-24).

La comorbilidad hace referencia a una patología que acontece en el marco del seguimiento de otra considerada índice. Feinstein la definió como “Toda entidad distinta y adicional que ha existido o puede ocurrir durante el curso clínico de un paciente que tiene la enfermedad índice en estudio” (25).

Es un concepto que comprende a las diferentes enfermedades o condiciones morbosas que acompañan a modo de satélite a una patología protagonista aguda o crónica (26, 27), como podría ser el caso de un paciente con una diabetes evolucionada de difícil control y que presenta retinopatía y una nefropatía diabética incipiente. El concepto de comorbilidad, por tanto, podemos considerarlo, a diferencia del de pluripatología, como un concepto vertical en el que sobre una entidad nosológica que es catalogada por el clínico como el principal problema del paciente, “cuelgan” las comorbilidades ejerciendo diferente “peso” en aspectos clínico-evolutivos de la enfermedad.

En las últimas décadas el término **fragilidad** se ha usado como sinónimo de vulnerabilidad clínica. Sin embargo, actualmente se está abordando desde un punto de vista biológico en el que se tienen en cuenta los cambios fisiológicos producidos con el envejecimiento, la base sobre la que se desarrolla la fragilidad (28).

Actualmente la definición más aceptada considera la fragilidad como un síndrome biológico intrínsecamente unido al proceso del envejecimiento y caracterizado por el descenso de la reserva biológica y de la resistencia al estrés, resultado del deterioro de múltiples sistemas fisiológicos, con predominio de un desbalance energético metabólico que confiere al individuo una situación de vulnerabilidad frente a pequeñas agresiones. Fried et al (29) identificaron los criterios definitorios de fragilidad como la presencia de tres de los siguientes criterios: baja resistencia al esfuerzo, debilidad, inactividad física, lentitud de movimiento y pérdida de peso.

En nuestro medio, el Servicio Andaluz de Salud (30), establecía la definición de anciano frágil o en riesgo como la presencia de tres o más de los siguientes criterios:

- Patología/s crónica/s que condiciona/n incapacidad funcional.
- Polimedicados.

- Deterioro mental: cognitivo y/o depresión.
- Incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) y/o incapacidad para salir a la calle.
- Edad superior a 80 años.
- Aislamiento social y/o carencia de familia que lo atienda aunque cuente con otros apoyos.

Íntimamente ligado a los conceptos anteriores nos encontramos con el concepto de **polimedicación**, también denominado polifarmacia por traducción del término anglosajón “Polypharmacy”. La polimedicación puede ser abordada desde dos puntos de vista, según atendamos a criterios cuantitativos o cualitativos (31).

Algunos autores definen la polimedicación como la presencia de un uso inadecuado o no indicado de la medicación (32). Por otro lado, Rollason y Vogt, en una revisión sistemática de 2003, distinguen tres posibles situaciones (33):

- Polimedicación adecuada**, cuando el paciente toma muchos fármacos, pero todos ellos tienen indicación clínica. El objetivo en este caso no es reducir la polimedicación, sino mejorar la adecuación terapéutica.
- Polimedicación inadecuada**, cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios. El objetivo en este caso es reducir al máximo posible el número de fármacos inapropiados.
- Pseudopolimedicación**, que sería el caso del paciente en cuyo historial están registrados más fármacos de los que realmente está tomando. El objetivo es entonces actualizar los registros y coordinar adecuadamente la atención clínica entre los distintos profesionales y niveles asistenciales involucrados.

Desde un punto de vista cuantitativo no existe consenso sobre dónde establecer el límite a partir del cual hablaríamos de polimedicación. Para algunos autores tomar tan sólo dos medicamentos ya sería polimedicación (34). Bjerrum et al (35) consideran tres niveles: polimedicación menor, si se toman 2 ó 3 fármacos, moderada, de 4 a 5 medicamentos y mayor si se toman más de 5 fármacos. En lo que parece sí haber acuerdo es en considerar que superar el límite de cinco medicamentos supone mayor riesgo de efectos adversos y consecuencias negativas para la salud (33), por lo que ésta es la

definición cuantitativa más aceptada por los diferentes autores (36, 37) teniendo en cuenta que el consumo continuado de dichos medicamentos debe haberse producido como mínimo en los seis meses previos.

Con la edad, no solo aumenta la polimedición, sino además la morbilidad asociada a la misma. En un estudio realizado en 1976, el 34% de los ancianos consumían un máximo de 3 fármacos/día (38) y, frente a esto, los estudios más recientes estiman que la media diaria es de 4,2-8 fármacos por persona, con un consumo máximo de 18 fármacos distintos al día (39, 40). Es más, se ha calculado que el incremento con la edad en el consumo de fármacos es de 0,4 por cada 10 años de vida (33).

En nuestro medio, en población ambulatoria por encima de los 65 años, la **prevalencia** de polimedición se situaría en un rango que oscila entre el 30 y el 50%, según la metodología empleada con un consumo medio de medicamentos entre 8 y 10 (36, 37, 41).

Existen numerosos **factores asociados** a la polimedición que pueden resumirse en la figura 10.

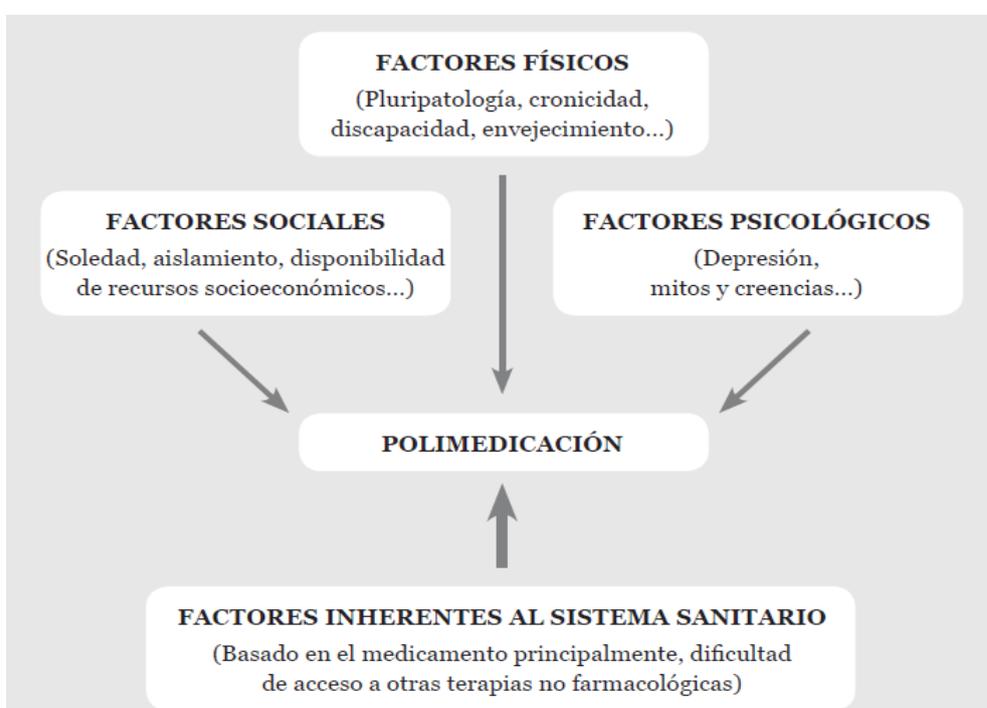


Figura 10: Factores asociados a la polimedición. Fuente: Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A Polimedición y salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. Barcelona: FundeSalud; 2011.

En un estudio transversal retrospectivo representativo de distintas áreas urbanas de 8 países europeos, cuatro variables fueron identificadas como predictoras significativas en el análisis multivariante de uso inadecuado de la medicación (42):

- Situación económica baja (odds ratio: OR= 2,48).
- Polifarmacia (6 o más medicamentos) (OR = 2,19).
- Uso de ansiolíticos (OR = 2,19).
- Depresión (OR = 1,37).

En un estudio transversal de base poblacional realizado sobre una población anciana en nuestro país (43), los factores estadísticamente relacionados, a través de un análisis de regresión logística, con un mayor consumo de fármacos fueron:

- Mayor contacto con los servicios sanitarios en los últimos 3 meses (OR=2,73).
- Haber tenido ingresos hospitalarios previos (OR = 2,67).
- Tener tres o más enfermedades crónicas (OR = 2,24).
- Padecer trastornos depresivos (OR = 1,68).
- Ser mayor de 75 años (OR = 1,63).
- Dependencia física (OR = 1,59).
- Pobre autopercepción de la salud (OR = 1,45).

Se ha relacionado la polimedicación y el uso de medicamentos inadecuados a diversos factores sociales, como vivir solo, tener un nivel educativo y socioeconómico bajo y vivir en zonas rurales (44). Probablemente, además, estos pacientes no sólo estén expuestos a más medicamentos inadecuados, sino a un manejo inapropiado de los mismos (confusiones en las tomas, duplicidades, falta de adherencia, etc.), lo cual supone un riesgo extra.

El hecho de que haya varios médicos y oficinas de farmacias involucradas en la prescripción y dispensación de los fármacos de una misma persona favorece la descoordinación y, por ende, un escaso control y revisión de la medicación que deriva en duplicidades e interacciones evitables (11). Influye también el hecho de que el sistema sanitario parece estar orientado a ligar socialmente la consulta médica a la receta lo cual pone de manifiesto la necesidad de un cambio sociocultural que supere la actual corriente medicalizadora (45).

Son múltiples los **efectos y consecuencias** de la polimedición tal y como puede observarse en la figura 11.



Figura 11: Efectos y consecuencias de la polimedición. Fuente: Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A, Jiménez de Gracia L. Polimedición en personas mayores. AMF 2012; 8(8):426-33.

La polimedición se ha asociado a multitud de efectos indeseables (36,37,46) como son: disminución del cumplimiento o adherencia terapéutica, mayor riesgo de efectos secundarios e interacciones medicamentosas, mayor riesgo de caídas, mayor morbilidad crónica, peor funcionalidad física, peor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) e incluso mayor riesgo de mortalidad. Todos estos efectos sobre la salud del paciente se traducen en un incremento considerable de los costes sanitarios al aumentar los ingresos hospitalarios y el gasto farmacéutico.

En nuestro país, el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) desveló que la primera causa de efectos adversos relacionados con la hospitalización era de origen medicamentoso (el 37,4% del total de efectos adversos), un tercio de ellos evitables y con predominio más acusado en los servicios médicos frente a los quirúrgicos (47).

En Atención Primaria la estimación en el estudio APEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud) es que el 48,2% de los efectos adversos están causados por la medicación y que el 59,1% eran efectos prevenibles (48).

La conjunción de los diferentes factores anteriormente descritos en un mismo paciente nos llevaría a un nuevo concepto que en los últimos años han introducido diferentes autores y organizaciones y que viene determinado fundamentalmente por una aproximación a estos pacientes desde la óptica de la gestión sanitaria. Este nuevo concepto de «**paciente crónico complejo** o en situación de complejidad» viene determinado por un determinado perfil de presentación de la cronicidad entre cuyas características diferenciales más prevalentes estarían la presencia de varias enfermedades crónicas de manera concurrente, la gran utilización de servicios de hospitalización urgente con diferentes episodios de ingreso durante un mismo año, la presencia de determinadas enfermedades como insuficiencia cardiaca o EPOC, la disminución de la autonomía personal temporal o permanente y la situación de polimedicación (49). Además, puede haber factores adicionales como la edad avanzada, vivir solo o con poco apoyo familiar y episodios de caídas, entre otros.

El Instituto Catalán de Salud define al paciente complejo como aquel que cumple 4 ó más de los siguientes criterios (50):

- Personas mayores de 65 años.
- Presencia de 4 o más patologías crónicas.
- Tratamiento con 5 o más fármacos o algún psicofármaco de forma continuada.
- Atención al final de la vida.
- Dependencia funcional (Barthel <55).
- Demencia y deterioro cognitivo (Pfeiffer ≥ 5).
- Dos o más ingresos no planificados en el hospital por exacerbación de enfermedad crónica durante el último año.
- Tres o más visitas a urgencias hospitalarias durante el último año.
- Vivir solo o con personas cuidadoras con capacidad limitada para el autocuidado (cuidador >75 años, o Lawton/Brody ≤ 5 ♀, ≤ 3 ♂).

- Haber presentado durante el último año una o más caídas que han tenido como consecuencia una fractura o bien han requerido la activación de los servicios de urgencias.

Con ello se reconoce que la carga de morbilidad no es la única característica con influencia en la salud sino que también influyen las características socio-económicas, culturales, ambientales y conductuales del paciente (51).

De un modo u otro, los profesionales sanitarios tienen la percepción de enfrentarse cada vez más a pacientes más complejos. Algunos estudios realizados en Atención Primaria (52) relacionan este aumento de la necesidad de atención a pacientes complejos con el alto coste de la atención especializada que está conduciendo a la necesidad de reducir las estancias y el número de camas necesarias tanto en Europa como en EEUU. La tendencia es ingresar en los hospitales sólo a los pacientes más complejos y reducir en lo posible el tiempo necesario para su tratamiento con lo que la atención primaria debe dar respuesta a una mayor complejidad.

Diferentes países y organizaciones están abordando la atención a este tipo de pacientes en un entorno de atención integrada, como son por ejemplo la Kaiser Permanente y la Veterans Health Administration, entre otras. También el National Health Service (NHS) británico está destinando muchos y crecientes esfuerzos para su identificación a través del análisis de los sistemas de información ya existentes y la introducción de modelos de atención proactiva de gestión de casos. En Suecia, Holanda y Dinamarca también existen diferentes proyectos de atención integrada donde la atención al paciente crónico tiene un papel muy relevante (53).

El Modelo Kaiser se basa en la estratificación de la población de un territorio, según un criterio de riesgo, en tres o cuatro grupos. En la base de la pirámide estaría la población general, candidata a la promoción y prevención de la salud (Figura 12).

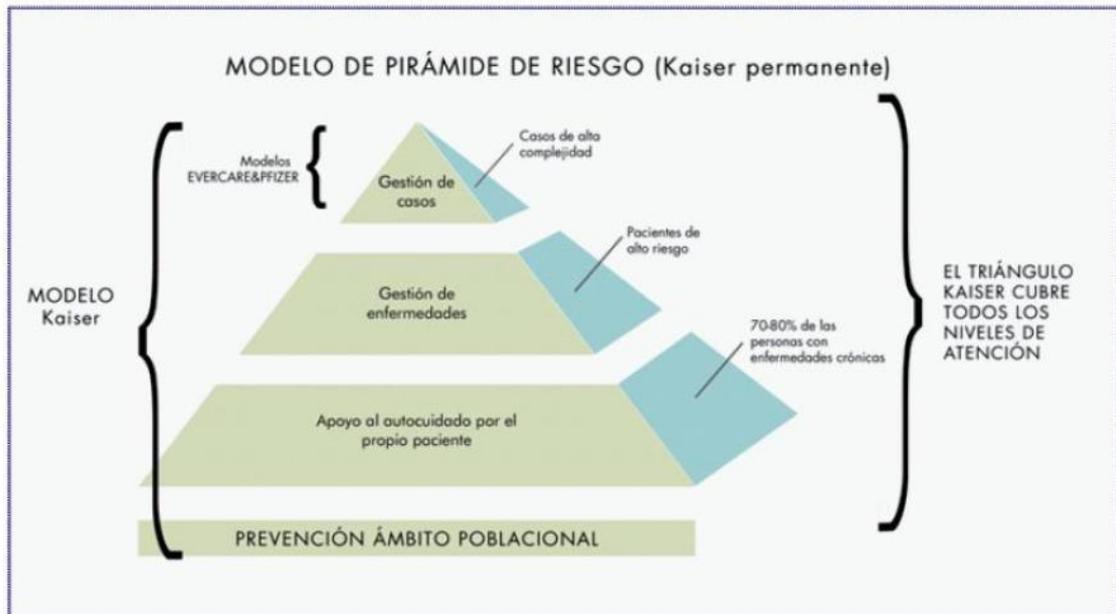


Figura 12: Pirámide de Estratificación de Riesgos. Fuente: Sing, D. 2005

En el primer nivel se encuentra la mayoría de los pacientes crónicos, es decir, con menos riesgo, para los que sería suficiente una intervención desde la atención primaria basada en la mejora de la autogestión de la enfermedad. En el nivel 2 hay una población sobre la que se debería hacer un abordaje compartido del proceso, y en la parte superior (nivel 3), hay un pequeño conjunto de pacientes que consumen una muy alta proporción de recursos, especialmente ingresos en hospitales y centros socio-sanitarios.

El Modelo Evercare prácticamente se centra en la población del segmento superior de la pirámide. El tratamiento de estas personas debería ser coordinado por las enfermeras gestoras de casos, ya que requieren un abordaje muy proactivo e intenso con el objetivo de mejorar resultados clínicos de calidad de vida y de coste.

En nuestro país, esta corriente de reorganización del modelo asistencial está calando profundamente en las Administraciones de salud, tanto a nivel estatal como autonómico. Fruto de ello son la Estrategia de Cronicidad y la Guía de Unidades de Pluripatología editadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad o las estrategias de cronicidad existentes en varios servicios de salud autonómicos.

La reciente Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, publicada en 2012 (6), plantea líneas estratégicas para el abordaje de este tipo de pacientes a nivel de diferentes aspectos de la atención sanitaria como son:

- Promoción de la salud.
- Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- Continuidad asistencial.
- Reorientación de la atención sanitaria.
- Equidad en salud e igualdad de trato.
- Investigación e innovación.

Dentro de la estrategia para la reorientación de la atención sanitaria, en su objetivo nº 13 establece la necesidad de “Optimizar la terapia farmacológica en los pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a los pacientes polimedicados”.

Como hemos visto anteriormente una de las principales consecuencias del envejecimiento y la polimedicación es un gran incremento de los gastos sanitarios, estimándose que los mayores de 65 años son los responsables de aproximadamente el 70% del gasto farmacéutico (8, 9).

Según datos del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, en 2008 España dedicó a medicamentos el 21 % del gasto sanitario total, uno de los más elevados de los países integrados en la OCDE. De ahí que uno de los principales objetivos tanto del Sistema Nacional de Salud como de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, sea la reducción del gasto farmacéutico y es en este contexto donde cobran sentido las nuevas estrategias de prescripción por principio activo.

La Estrategia de Prescripción por Principio Activo

El Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud (54), impuso la prescripción por principio activo (PPA) en las recetas médicas oficiales y órdenes de

dispensación del sistema público, y modificó parcialmente el Sistema de Precios de Referencia, al que está sometida la financiación pública de medicamentos.

A partir de la entrada en vigor del citado Real Decreto (1 de Noviembre de 2011) se generalizó la prescripción por principio activo, aunque hasta llegar a este punto el camino fue largo y no exento de controversias.

La PPA es una modalidad de prescripción en virtud de la cual el profesional sanitario no indica en la receta u orden de dispensación el medicamento concreto que debe ser dispensado o administrado al paciente, sino que consigna únicamente el principio activo del mismo, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación.

La identificación del fármaco se produce, por tanto, en lugar de por el nombre comercial o de fantasía, mediante la Denominación Común Internacional (DCI) o, en su caso, a través de la Denominación Oficial Española (DOE) (55).

El Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente define al **principio activo** como: *“toda materia, cualquiera que sea su origen -humano, animal, vegetal, químico o de otro tipo- a la que se atribuye una actividad apropiada para constituir un medicamento”* (56).

Sería, por tanto, toda aquella sustancia con actividad farmacológica, extraída de un organismo vivo que una vez purificada y/o modificada químicamente, se le denomina fármaco o medicamento (55).

La Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios (57) define en su artículo 8 como **especialidad farmacéutica genérica** (EFG) a aquella que tiene la misma composición cualitativa y cuantitativa en principio activo y la misma forma farmacéutica que una especialidad de referencia, se comercializa con la Denominación Común Internacional cuando ha finalizado el período de patente de aquella y precisa demostrar su bioequivalencia con el original mediante estudios de

biodisponibilidad para ser comercializado. Esta comercialización abreviada ahorra los costosos estudios de eficacia y toxicidad por lo que se obtienen medicamentos considerablemente más baratos pero de igual calidad que los originales.

Diferentes organizaciones y colectivos han destacado las **ventajas e inconvenientes de la prescripción por principio activo** (55, 58, 59) atendiendo a sus particulares intereses y puntos de vista.

Entre las ventajas aludidas cabría señalar:

- La DCI constituye un término claro, reconocible para el profesional sanitario, que no se presta a confusión con otros nombres y que facilita la identificación del medicamento en las fuentes de información de estos últimos y su lugar en la terapéutica. También, al constituir un lenguaje común, facilita la comunicación entre sanitarios y cuidadores.
- La PPA ayuda a evitar errores en la prescripción y en la dispensación. En la medida en que los profesionales de la salud utilizan las denominaciones DCI se familiarizan mejor con los principios activos y pueden evitar con más facilidad combinaciones de fármacos inadecuadas.
- La PPA favorece una mayor independencia del profesional sanitario frente a la actividad promocional de la industria farmacéutica.
- La PPA contribuye al conocimiento técnico de la denominación de los medicamentos por los pacientes. Podría reducir, por ejemplo, sobredosificaciones por tomar inadvertidamente (al conocer sólo el nombre de las marcas) más de un medicamento con el mismo principio activo.
- La PPA homogeniza la gestión de compras y de stocks de los servicios de farmacia de los hospitales, de atención primaria y de las oficinas de farmacia, pues permite unificar el arsenal farmacológico.
- La PPA promueve el uso de especialidades farmacéuticas genéricas con el objetivo de rebajar la factura farmacéutica a cargo del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, se destacan los siguientes **inconvenientes o limitaciones**:

- El nombre comercial del medicamento es más fácil de recordar que el nombre científico que se utiliza en la PPA, y ello porque ese nombre comercial o de fantasía está pensado y diseñado expresamente para facilitar su recuerdo e identificación.
- La asignación y aprobación de una marca requiere de un proceso de patentes y marcas que evita la existencia de nombres similares (redundancia escrita y fonética) minimizando cualquier posible confusión. No es así en el caso de la PPA donde puede existir mucha similitud entre familias de productos con indicaciones diferentes.
- Los cambios de medicamento que origina la PPA en función de la fluctuación de los precios, pueden suponer confusión para los pacientes con el posible incremento de efectos adversos y pérdida de la confianza en la relación médico-paciente y farmacéutico-paciente. La situación es especialmente delicada en los **pacientes mayores y polimedicados**, en la medida en que los medicamentos de un mismo principio activo se comercializan en embalajes distintos, con las cápsulas o comprimidos de diferente color y forma.
- La falta de bioapariencia de los medicamentos con el mismo principio activo es un factor que puede incidir en la **ausencia de adherencia** a los tratamientos, ya que con las variaciones es más fácil cometer **errores en la medicación**.
- Con el cambio de medicación que provoca la PPA puede frustrarse el efecto terapéutico de algunos tratamientos, pues aunque aquél depende fundamentalmente del efecto farmacológico del principio activo, también es reconocida la influencia del efecto placebo.
- El medicamento no es sólo el principio activo, sino que la eficacia y seguridad dependen también de los excipientes que forman parte de su composición. Aunque los excipientes son, por norma general, inertes, algunos pueden tener un riesgo para determinados pacientes con problemas de alergia e intolerancia. La eficacia del producto guarda igualmente relación con el perfil de absorción, de los procesos cinéticos posteriores (distribución tisular, metabolismo y excreción) y de los

perfiles de liberación. En la PPA no es posible tener en cuenta debidamente estos factores.

- La PPA no favorece la farmacovigilancia, al no producirse una identificación tan precisa del producto en concreto como la que se deriva de la marca comercial.

En cuanto a la **situación regulatoria** de la prescripción por principio activo hay que señalar que esta modalidad de prescripción no es nueva. La propia Organización Mundial de la Salud (**OMS**) ha dedicado importantes esfuerzos a analizar tanto las políticas y estrategias más efectivas para impulsar el uso racional de los medicamentos, como a diseñar indicadores que permitan evaluar los posibles avances en este objetivo (60). Así en su “Guía de la Buena Prescripción” (61) ya recomendaba la prescripción de genéricos, o por nombre genérico, de los medicamentos esenciales, entendiendo como “medicamentos esenciales” aquellos que “satisfacen las necesidades de atención sanitaria prioritaria de la población” (62).

En España la PPA aparece recogida por primera vez en la normativa en el año 1984, en concreto en el artículo 7.3.b) del **Real Decreto 1910/1984**, de 26 de septiembre (63), por el que se regula la receta médica al referirse a la posibilidad de identificación del medicamento bajo su denominación genérica o DCI de la OMS.

Por su parte, en la ya derogada **Ley 25/1990**, de 20 de diciembre, del medicamento (64), se incluía un precepto, bajo el título de prescripción DOE, en el que se decía que en los casos en que el prescriptor indicara en la receta simplemente una denominación oficial española, el farmacéutico dispensaría, si la hubiere, una especialidad farmacéutica de las autorizadas bajo tal denominación. Y si no la hubiere, una bajo denominación convencional a su criterio profesional (art. 89).

Es con motivo de la promulgación de la **Ley 29/2006**, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (57), cuando se incluye un artículo específico sobre PPA, en el que, se determinaba que las administraciones sanitarias habrían de fomentar la prescripción de los

medicamentos identificados por su principio activo en la receta médica. En los casos en que el prescriptor indicara en la receta simplemente un principio activo, el farmacéutico dispensaría el medicamento que tuviera menor precio y, en caso de igualdad de precio, el genérico, si lo hubiere (art. 85). Es decir, en la ley de garantías se favorecía la PPA pero no se imponía. Sí se establecía una discriminación positiva a favor de la dispensación de genérico en igualdad de precio.

El **Real Decreto-ley 9/2011** (54), convalidado por el Congreso de los Diputados el 23 de agosto de 2011, modificó diversos aspectos de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, y, entre ellos, el precepto relativo a la PPA (art. 85), estableciendo que la prescripción, indicación o autorización de dispensación de los medicamentos se realizará por principio activo, en la receta médica oficial u orden de dispensación, del Sistema Nacional de Salud. La misma regla se establece para los productos sanitarios, respecto de los que habrá que consignar su denominación genérica, por tipo de producto.

Continúa la norma diciendo que en estos casos el farmacéutico dispensará la presentación del medicamento o producto sanitario que tenga menor precio, de acuerdo con las agrupaciones homogéneas que determine la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad. Si, a pesar de la obligación anterior, el facultativo hubiera realizado la prescripción identificando el medicamento o producto por su denominación comercial, el farmacéutico lo dispensará si es el de menor precio de la correspondiente agrupación.

Así, a raíz de este Real Decreto-ley, se pasa de un régimen en el que se debía favorecer la PPA a otro en el que se impone, si bien sólo en el ámbito de la prestación pública farmacéutica.

En Andalucía, la implantación de la PPA se regló en septiembre de 2001. Dicho establecimiento se hizo posible mediante un acuerdo suscrito entre el Servicio Andaluz de Salud (SAS) y el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, por el que establecían los denominados “precios máximos” o cantidades que satisfaría el SAS por la prescripción de cada principio activo

correspondiente, dotando de libertad de dispensación al farmacéutico dentro de determinados supuestos (65).

Se puso en marcha una estrategia compleja que requería la participación de los distintos agentes implicados: los profesionales del servicio de salud, en especial los facultativos médicos, las oficinas de farmacia y los pacientes:

- Acuerdo con oficinas de farmacia. Mediante dicho acuerdo con el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, se consensuó que en todas las prescripciones que se hicieran por principio activo el farmacéutico se comprometía a dispensar cualquier presentación que se ajustara a los parámetros indicados en la receta.
- Información a los profesionales. Se estructuró en una información inicial corporativa dirigida de forma personalizada a cada médico de la organización en la que se explicaba la estrategia.
- Información a pacientes. En colaboración con el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía se diseñó y realizó una campaña informativa dirigida a los ciudadanos.
- Herramientas de ayuda a la prescripción. El módulo de prescripción de la Historia Digital (DIRAYA) se dotó de sistemas de recordatorios y ayudas para facilitar la prescripción por DCI.
- Incentivos a profesionales. A partir de 2002 en los contratos-programa se incluyeron objetivos sobre prescripción por principio activo, ligados a incentivos.
- Sistemas de información de farmacia. Se incluyó en el sistema de información de farmacia un indicador de seguimiento de la prescripción pro principio activo (59).

Con estas medidas los resultados de la prescripción por DCI pasó de un 0,35% en septiembre de 2001 a un 73% en abril de 2007, con un ahorro estimado en gasto farmacéutico de 184,4 millones de euros en los primeros 6 años de implantación (59).

Posteriormente esta iniciativa de Andalucía fue recogida por la Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional del Medicamento.

La entrada en vigor del Real Decreto Ley 9/2011 (54) estableció la obligatoriedad de la prescripción por principio activo a partir del 1 de noviembre de 2011 en Andalucía al igual que en el resto del territorio nacional.

En virtud de dicho decreto los medicamentos y productos sanitarios se integraban en “**Agrupaciones homogéneas**” de igual principio activo, dosificación y presentación, estableciéndose para cada una de dichas agrupaciones un “**precio menor**”, pudiéndose dispensar cualquier medicamento (genérico o de marca) de su agrupación que tuviera un precio de venta al público igual al precio menor.

Por otra parte la nueva redacción del artículo 85 de la Ley 29/2006, de 26 de Julio, estableció la obligación por parte del farmacéutico de sustituir la prescripción de un medicamento o producto sanitario realizada por denominación comercial cuando su precio supere el “precio menor” establecido de su agrupación. La única excepción contemplada para este supuesto era que las “**Necesidades Terapéuticas**” lo justificaran, de tal forma que siempre que el médico apreciara razones médicas para la prescripción de un medicamento de marca (alergia a excipientes, reacciones adversas detectadas previamente, etc.), podría hacerlo así, cualquiera que fuese su precio. En estos casos el prescriptor debería dejar constancia detallada de ellas en la historia clínica del paciente y anotar en la receta u orden de dispensación el epígrafe “Necesidad Terapéutica” en el apartado de advertencias al farmacéutico.

El **Decreto-Ley 3/2011**, de 13 de diciembre (66), por el que se aprueban medidas urgentes sobre prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, fue emitido por la Junta de Andalucía con un doble objetivo:

1.-Disminuir el gasto en medicamentos y productos sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, aprovechando los mecanismos legítimos de competencia que establece el mercado.

2.-Contribuir a la mejora de la calidad de la dispensación, al disminuir los inconvenientes que supone para los pacientes el cambio de presentación en las sucesivas dispensaciones.

Para conseguir estos objetivos se introducen modificaciones en la ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía, para incluir los productos sanitarios e introducir un sistema de **convocatorias públicas**, respetando los principios de libre competencia y transparencia, en las que podrán participar todos los laboratorios farmacéuticos interesados o todas las empresas proveedoras de productos sanitarios, para seleccionar los medicamentos o los productos sanitarios a dispensar por las oficinas de farmacia, en el marco de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, cuando se les presente una receta médica oficial u orden de dispensación, en las que el medicamento correspondiente, se identifica exclusivamente por la denominación oficial de sus principios activos, o en las que el producto sanitario correspondiente se identifica por su denominación genérica.

La Resolución de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud de 25 de Enero de 2012 inició el proceso de aplicación y desarrollo de dicho Decreto-Ley y fue destinada a los tres subgrupos terapéuticos más consumidos de los 400 existentes: los protectores gástricos, las estatinas y los inhibidores de la agregación plaquetaria, con un ahorro estimado de unos 200 millones de euros. La última convocatoria se ha producido en junio del presente año mediante Resolución de 20 de junio de 2013, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud (BOJA nº 124 de 27/06/2013), contemplando 740 agrupaciones homogéneas definidas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, de las que existen 5.325 preparados comerciales.

Como resultado de todas estas medidas y normativas relacionadas con la prescripción por principio activo en Andalucía, se han producido tres consecuencias fundamentales:

1ª.-El porcentaje de prescripción por principio activo ha pasado de 0,35% en septiembre de 2001 al 93,12% en febrero de 2013, según datos del Servicio Andaluz de Salud (Figura 13).

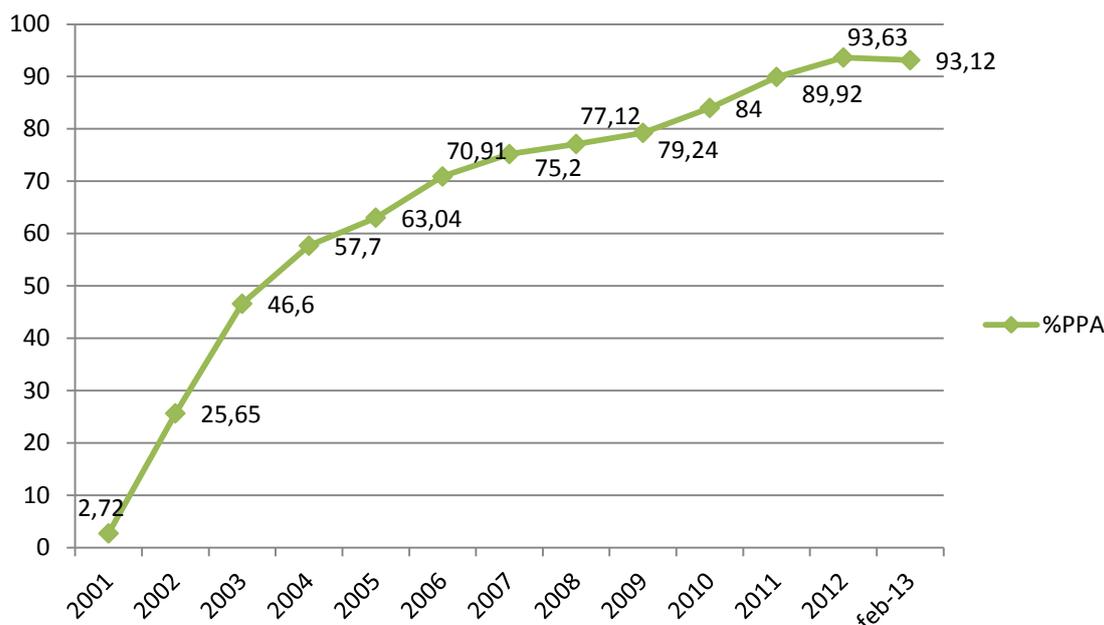


Figura 13: Evolución de la prescripción por principio activo. Andalucía 2001-2013.

Fuente: Servicio Andaluz de Salud.

2ª.-Se ha producido un importante ahorro económico para el sistema sanitario público andaluz con un descenso estimado en gasto farmacéutico de 184,4 millones de euros en los primeros 6 años de implantación (59) (Figura 14). Calzón S. et al observaron que en un distrito de atención primaria compuesto por ocho centros de salud y un consultorio local pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud, por cada incremento en un punto de prescripción por principio activo se relacionó con una reducción media del gasto farmacéutico de 2.079 €/año (67).

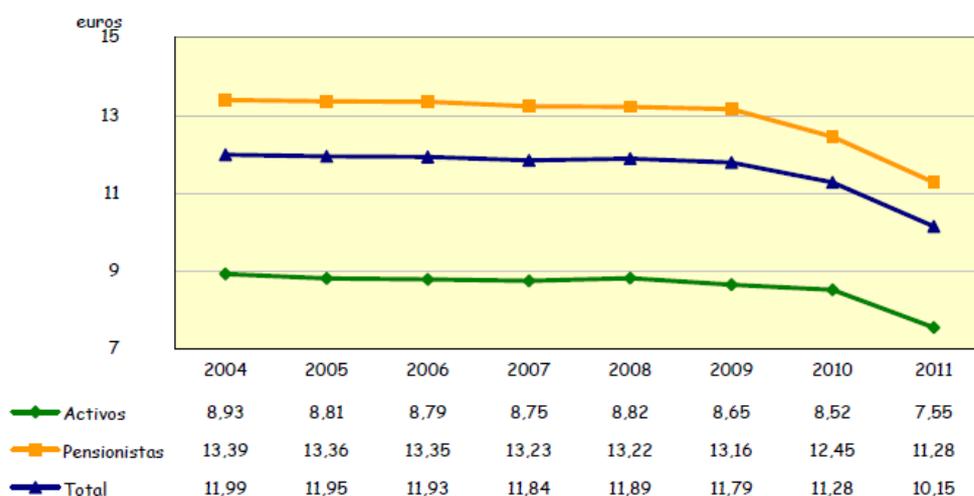


Figura 14: Evolución del gasto por receta. Año 2004-2011. Fuente: Servicio Andaluz de Salud

3º.-Durante el periodo de implantación de esta estrategia los pacientes se han visto sometidos a continuos cambios en las presentaciones dispensadas, y por tanto, de morfología de los envases y apariencia organoléptica de los medicamentos, en sus respectivos tratamientos, incluso dentro de los mismos principios activos, lo que en el contexto de pacientes crónicos, mayores y polimedicados podría constituir una fuente de confusión y de **dificultades para el manejo de sus regímenes terapéuticos** que diera lugar a un **incremento de los errores** en la toma de medicación y a una **disminución en la adherencia** a sus tratamientos (65).

Adherencia, Incumplimiento y Errores de Medicación.

En noviembre de 2005, tres años y medio después de haberse iniciado la implantación de la estrategia de prescripción por principio activo en Andalucía, se publicó una **encuesta de Farmaindustria sobre la prescripción por principio activo** (68). La base del estudio fue una encuesta telefónica con un cuestionario estructurado a 1.100 pacientes crónicos andaluces, que tomaban dos o más medicamentos diarios, y que en un 70% de los casos superaban los 65 años de edad. Los trabajos de campo se realizaron entre febrero y marzo de 2005, cuando el sistema de prescripción por principio activo llevaba ya dos años y medio implantado, y alcanzaba tasas del 57% sobre el total de recetas del SAS.

Entre las conclusiones a que llegaron con dicha encuesta cabe destacar las siguientes:

- El 55% de los menores de 65 años recordaban el nombre de todos los medicamentos que tomaban, pero sólo el 37% de los que superaban esa edad; también los recordaban el 51% de los que consumían menos de 4 medicamentos, pero sólo el 35% de los que consumían 4 ó más. El 25% no recordaba el nombre de ninguno.
- El 55% de los encuestados desconocía si los medicamentos que consumían se correspondían con una marca o con un principio activo.
- Un 26% de los encuestados afirmó que les habían introducido cambios en la oficina de farmacia del medicamento que tomaban habitualmente

por otro que era “igual”, pero con envase o nombre diferentes. El 31% de los pacientes valoró negativamente dichos cambios principalmente porque el nuevo medicamento le podía producir confusión.

- Los riesgos para la **adherencia a los tratamientos de pacientes crónicos y polimedicados** pueden ser el aspecto más negativo de los programas de fomento de la PPA que se vienen desarrollando en Andalucía.

Fernández Lisón L.C. et al, en un estudio realizado en 2006 en la provincia de Huelva con mayores de 65 años polimedicados (11) encontraron errores en el 43% de los pacientes estudiados con una media de 1.8 errores por paciente, siendo los errores más frecuentes los de frecuencia de administración incorrecta y la duplicidad terapéutica sobre todo por el acúmulo de **diferentes marcas y genéricos de un mismo principio activo**, sin que esto fuera identificado por la persona que administra los medicamentos. Estos errores se relacionaron directamente con el número de medicamentos que tomaba el paciente, aunque también se observó una mayor incidencia de los mismos en personas con más de 5 puntos sobre la escala de valoración sociofamiliar de Gijón, con dependencia funcional moderada-débil y con deterioro cognitivo leve-moderado.

Afirmaban, además, los autores que la intervención de múltiples prescriptores provoca la duplicidad de algunos tratamientos, sobre todo medicamentos de la misma clase terapéutica. Aunque en este caso, el mayor porcentaje es debido a medicamentos iguales, sobre todo por la **confusión entre los nombres de los principios activos**, las diferentes marcas genéricas y sus nombres de fantasía. Es importante tener en cuenta el potencial de este error en la población formada principalmente por pacientes de mucha edad, con problemas de visión, con pluripatología y cuyo cuidador principal sea su pareja con similares limitaciones, donde se receta un elevado porcentaje de la medicación por principio activo. En cuanto a la adherencia se detectó un 44% de incumplidores, relacionándose ésta con los mismos factores que los errores de medicación y muy especialmente con el número de medicamentos que tomaba el paciente.

La adherencia del paciente a los medicamentos es cada vez más reconocida como requisito esencial para un tratamiento médico eficaz. Estudios recientes han demostrado que la baja adherencia se asocia con menores tasas de éxito del tratamiento y aumento de eventos adversos. La mala adherencia también se asocia con una mayor utilización de recursos sanitarios y la prolongación del tratamiento médico (69).

La palabra “adherencia” es un anglicismo. No existe en el diccionario de la Real Academia Española ninguna acepción de la palabra que pueda aplicarse al cumplimiento terapéutico. La definición más cercana de la palabra adherir es “convenir en un dictamen o partido y abrazarlo”, y en la palabra adhesión “declaración pública de apoyo a alguien o algo”. Los autores que utilizan este término como sinónimo de cumplimiento consideran que refleja un mayor sentido de autonomía del paciente en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico (70).

En 2001, la OMS definió el cumplimiento o adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” (71). Posteriormente en 2003, la redefinió como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria” (72). Esta definición hace referencia a la adherencia al tratamiento prolongado y fusiona la ya clásica definición de Haynes y Sackett: “grado en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico” (73), siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones.

Además de estas diversas perspectivas debemos contemplar las diferencias entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico, consistente en tomar la medicación recetada tal como ha indicado el profesional sanitario, y el cumplimiento de recomendaciones de salud no relacionadas específicamente con el tratamiento farmacológico, en el que incluiríamos las medidas conductuales destinadas a prevenir una enfermedad, a paliar sus síntomas, a mitigar la discapacidad asociada a la enfermedad o mejorar la calidad de vida

del paciente. Aquí debe considerarse una amplia serie de recomendaciones sobre hábitos de salud, como dietas, ejercicios u otros cambios en el estilo de vida del paciente. De hecho, el cumplimiento farmacológico y el cumplimiento de recomendaciones de salud constituyen dos modalidades del cumplimiento terapéutico.

Al hablar de adherencia terapéutica, nos referimos, por tanto, al cumplimiento del plan de autocuidados así como al correcto manejo de los fármacos prescritos. Los problemas de adherencia pueden ser de dos tipos. En el primero, los pacientes tienen dificultades para incorporar o mantener dentro de su vida cotidiana el régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad, mostrando dificultad para su cumplimiento, de manera que llevan a cabo el plan de forma parcial o inadecuada. Este problema se define como “**Gestión Ineficaz de la Propia Salud**” (74). En el segundo, el paciente muestra una conducta que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de salud acordado. En este caso, hablamos de **Incumplimiento** (75). Es necesario establecer el diagnóstico diferencial entre ambos. En el primer caso, el paciente manifiesta su deseo de manejar la situación y las dificultades que encuentra; en el segundo caso, es la evolución de la enfermedad la que nos muestra indicios de incumplimiento ya que en muchos casos el paciente no verbaliza dificultad ni falta de adherencia (28).

Algunos autores consideran que el incumplimiento es el principal problema sanitario de hoy en día (76), y de hecho, mejorar el cumplimiento del paciente es quizás el mayor reto con el que actualmente nos enfrentamos los sanitarios.

Aunque algunos aspectos del incumplimiento se describieron en la década de los años cincuenta, el estudio multidisciplinar del cumplimiento se inicia a principios de los años setenta tras el hallazgo de que el 50% de los pacientes hipertensos no tomaban la medicación necesaria para estabilizar su presión (77). Desde entonces se han sucedido los estudios que ponen de manifiesto altas tasas de incumplimiento en casi todas las enfermedades, especialmente en enfermos crónicos. En éstos se estima que la falta de seguimiento estricto de las recomendaciones se situaría alrededor del 50% (78-80).

Según las patologías la variabilidad de los datos encontrados es significativa: 75% de incumplimiento en enfermedad psiquiátrica, 70% en asmáticos, 50% en hipertensos, diabéticos y dislipémicos, 30-40% en patología aguda (81,82).

Existen varios **métodos para calcular la adherencia** que pueden ser clasificados en directos e indirectos (83, 84). Los **métodos directos** se basan en la determinación del fármaco en sangre, orina u otro fluido, por lo que no son de utilidad en la práctica clínica cotidiana. Los **métodos indirectos** presentan ventajas e inconvenientes (Tabla 2), siendo la entrevista personalizada, probablemente el más práctico desde la perspectiva de un profesional sanitario.

Tabla 2: Características generales de los métodos indirectos para evaluar la adherencia.
Fuente: Alonso MA et al.

METODOS	VENTAJAS	INCONVENIENTES	OBSERVACIONES
Entrevista personalizada o autocuestionario	Sencillo y el más útil en la práctica médica diaria	Diferentes resultados según los cuestionarios usados Alterable por el paciente	Test de Batalla Test de Morisky-Green Test de Haynes-Sackett
Recuento de la medicación sobrante	Objetivo, cuantificable, fácil de aplicar	Requiere tiempo No detecta pautas incorrectas Alterable por el paciente	Utilizado en ensayos clínicos
Control de la dispensación	Método sencillo y fácil de aplicar	No detecta si el paciente toma la pauta correctamente	Complementa otros métodos
Monitorización electrónica	Objetivo, preciso, cuantificable	Requiere tecnología cara Se asume que apertura de envase = toma de medicación	Utilizado en ensayos clínicos. Adaptados al envase de los medicamentos.
Evaluación del resultado terapéutico	Sencillo y fácil de aplicar	Requiere tiempo Interferencia con otros factores	

Según los resultados obtenidos en los distintos estudios de validación, el conocimiento de la enfermedad (Test de Batalla) es un método sensible y el mejor en la detección de pacientes con falta de adherencia, mientras que el cumplimiento autocomunicado (Test de Haynes-Sackett) presenta mayor especificidad, siendo más útil en pacientes con buena adherencia. El más utilizado de los tres en nuestro entorno es el Test de Morisky-Green, sencillo en su utilización y disponible en el sistema informático de historia clínica al que tienen habitualmente acceso médicos y enfermeras.

Son múltiples los modelos de comportamientos de salud que intentan explicar la conducta de adherencia. El más conocido es el modelo de creencias de la salud de Rosenstock que enfatiza la percepción acerca de la vulnerabilidad a la

enfermedad y la eficacia del tratamiento que tendrán influencia sobre las decisiones del sujeto con los compromisos de salud (85).

Tuesca-Molina et al en un estudio poblacional en España con 4.009 sujetos mayores de 60 años concluyeron que el cumplimiento terapéutico se relaciona con diferencias de género, regionales, educacionales y de calidad de vida (86).

Crespillo-García et al en un estudio con pacientes polimedcados mayores de 65 años desde una perspectiva cualitativa observaron que se relaciona con una disminución de la adherencia al tratamiento la polimedcación, la acumulación de fármacos, la confusión con los genéricos, la complejidad de la pauta, la duplicidad terapéutica y la falta de coordinación entre hospital, primaria y farmacias junto a los problemas cognitivos, las creencias negativas y determinadas características de los medicamentos (87).

La bibliografía describe una gran cantidad de características potencialmente vinculadas a una baja adherencia a los medicamentos que se pueden agrupar en cuatro grandes dimensiones (88):

- Relacionados con el paciente: se han estudiado la relación con la adherencia de la edad, sexo o nivel de instrucción del paciente, no pareciendo que sean elementos muy relevantes.
- Relacionados con la patología: la bibliografía es coincidente en que las patologías crónicas generan mayores problemas de adherencia que las agudas, así como que la ausencia de síntomas percibidos por el paciente conducen a peores tasas de cumplimiento.
- Relacionados con el tratamiento: en este sentido cabría destacar factores como complejidad del tratamiento farmacológico (en nº de fármacos, tomas diarias o duración), el temor a las reacciones adversas, la falta de confianza en la efectividad o la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida.
- Relacionados con el equipo asistencial: han mostrado relación con la adherencia factores tales como la confianza recíproca profesional sanitario-paciente, la continuidad asistencial y una adecuada accesibilidad al centro dispensador. La implicación activa del personal de enfermería en la detección de problemas de adherencia y el refuerzo

hacia el paciente del plan terapéutico prescrito por el médico es también un elemento clave a tener en cuenta.

La falta de cumplimiento del tratamiento puede ser muy perjudicial para el paciente y su familia (89). Produce efectos negativos importantes en la calidad de la asistencia haciendo ineficaz el tratamiento prescrito, al no cumplirse éste adecuadamente y da lugar a un aumento de la mortalidad y de la morbilidad. Además, posee efectos indirectos importantes como el deterioro de la relación profesional-paciente (90) y la utilización ineficiente de los recursos sanitarios con repetición de citas médicas, hospitalizaciones innecesarias para investigar terapias inefectivas, fallo de intervenciones profilácticas para prevenir enfermedades, uso inadecuado de fármacos, etc., con el consiguiente aumento de los costes sanitarios. En EE.UU. LaFleur et al (91) estimaron los costes del incumplimiento entre 396 y 792 millones de dólares al año.

De igual forma, en este grupo de pacientes mayores y polimedcados, también tienen una importante repercusión, tanto para su salud individual como para los costes del sistema sanitario, **los errores** en la toma de la medicación, que junto con la falta de adherencia o incumplimiento terapéutico suponen los dos grandes caballos de batalla a los que nos enfrentamos los sanitarios para que los tratamientos sean efectivos en este tipo de pacientes.

Según la definición del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) (92) un error de medicación es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada del medicamento, cuando se encuentra bajo control del personal sanitario o del mismo paciente.

Los errores de medicación en pacientes de edad avanzada constituyen un importante problema de salud, debido fundamentalmente al aumento de efectos adversos, hospitalizaciones y costes sanitarios. Las afecciones iatrogénicas por medicamentos causan en nuestro país entre el 0.86 y el 3.9% de las visitas a los servicios de urgencias (93) y aproximadamente el 5% de los ingresos hospitalarios con un coste medio por estancia de unos 3.000 euros (94).

Se estima que el coste de los errores de medicación prevenibles en EE.UU. se sitúa entre 17 y 29 billones de dólares por año (95). En Australia, el costo ha sido estimado en más de 350 millones de dólares anuales (96).

Los errores de medicación pueden ocurrir en todos los niveles del proceso de medicación, desde la prescripción por los médicos hasta la administración de medicamentos por las enfermeras, y en cualquier ámbito del sistema sanitario. La casuística de errores es amplia y variopinta. Los más frecuentes en pacientes hospitalizados, según el Sistema Australiano de Monitorización de Incidentes, son omisiones (> 25%), sobredosis (20%), medicamento erróneo (10%), etiquetado incorrecto (< 5%) o reacción adversa al fármaco (< 5%) (97). Un estudio en EE.UU. de 11 unidades médicas y quirúrgicas seguidas por un periodo de seis meses encontró que los tipos más comunes de errores fueron dosis incorrecta (28%), la prescripción de una medicación inadecuada (9%), la administración de medicamentos equivocados (9%), la omisión de dosis (7%) y errores en el horario (6%) o la frecuencia (6%) (98).

Una revisión sistemática que analizó 29 estudios también reveló que los fármacos más comúnmente relacionados con eventos adversos fueron los fármacos cardiovasculares, analgésicos y hipoglucemiantes (99).

En cuanto a las causas o factores que contribuyen al error se citan la inadecuada continuidad de cuidados entre el hospital y la comunidad después del alta, la existencia de múltiples prescriptores de medicamentos, el mantenimiento de medicamentos innecesarios, la polimedicación, la presencia de diferentes genéricos o la mala interpretación de las instrucciones de uso, entre otras (100).

En un estudio en EE.UU. (101), la causa más común de error de medicación por parte de los profesionales sanitarios fue la falta de conocimiento sobre el medicamento (interacciones, dosis, mezclas) (22%), mientras que la segunda causa más frecuente fue la falta de información sobre el paciente (p.ej. prescripción inadecuada) (14%).

En nuestro país, como se dijo anteriormente, el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) desveló que

la primera causa de efectos adversos relacionados con la hospitalización era de origen medicamentoso (el 37,4% del total de efectos adversos), un tercio de ellos evitables y con predominio más acusado en los servicios médicos frente a los quirúrgicos (47).

En Atención Primaria la estimación en el estudio APEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud) es que el 48,2% de los efectos adversos (EA) están causados por la medicación (48). Dicho estudio fue realizado en 48 Centros de Atención Primaria pertenecientes a 16 Comunidades Autónomas de España con la participación de 96.047 pacientes. Entre las conclusiones principales de dicho estudio cabe destacar las siguientes:

- La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad.
- La etiología (causa/s) de los EA es múltiple. En su origen están comprometidos factores relacionados con el uso de fármacos, con la comunicación, con la gestión y con los cuidados.
- La consecuencia más común es un peor curso evolutivo de la enfermedad de base del paciente.
- Una cuarta parte de los EA no precisó cuidados añadidos, otra cuarta parte tuvo que ser derivado a asistencia especializada y la mitad fue resuelta directamente en Atención Primaria.

El estudio científico de los errores es relativamente reciente y se ha abordado desde disciplinas muy dispares, como son la psicología cognitiva, la sociología de equipos y organizaciones, la ingeniería de factores humanos y el análisis de sistemas. En el ámbito sanitario estas técnicas comenzaron a introducirse en los servicios de anestesia con muy buenos resultados en la década de los ochenta, y en los últimos años están constituyendo la base de todos los programas e iniciativas de prevención de riesgos (102). En este sentido, hay varios conceptos fundamentales sobre cómo enfocar la mejora de la seguridad que interesa conocer y se resumen a continuación:

- **Errar es humano.** El primer concepto es considerar que el error es un fenómeno inherente a la naturaleza humana y que ocurre incluso en los sistemas más perfectos, incluyendo el complejo sistema sanitario. Teniendo en cuenta que no es posible modificar la condición humana, para mejorar la seguridad de la asistencia es necesario crear sistemas sanitarios seguros que sean resistentes a los errores humanos (103).
- **La seguridad no reside en los individuos, sino que es una característica de un sistema en su conjunto.** Los errores deben analizarse desde la perspectiva de que se producen porque existen fallos en los componentes del sistema (*system approach*) y no por incompetencia o fallos de los individuos (*person approach*), como ha sido el enfoque tradicional hasta ahora (104).
- **Para mejorar la seguridad de los sistemas es preciso aprender de los propios errores** que se producen. Sólo así es posible identificar las causas que los originan y desarrollar estrategias para evitar que se repitan. Para ello es preciso crear una cultura profesional no punitiva que deseche la idea de culpabilidad y favorezca la comunicación y el análisis de los errores (105).
- **La cultura general, el flujo de decisiones y los procedimientos de una organización desempeñan un papel decisivo en su seguridad.** El estudio de las denominadas organizaciones de «alta fiabilidad», que son aquellas que trabajan en condiciones de alto riesgo y que sin embargo presentan una baja frecuencia de accidentes, ha permitido conocer que poseen unas características específicas que explican su escasa siniestralidad. Estas características son las que se tratan de introducir en sectores como el sanitario (106).

La asistencia sanitaria, en especial la práctica médica, es una actividad de riesgo y con riesgo. Debido a que el enfoque tradicional de «asegurar» estos riesgos se revelaba insuficiente, en la década de los setenta, como consecuencia de la crisis del aseguramiento de la mala praxis, en los centros sanitarios de Estados Unidos se comenzó a introducir una metodología

procedente del mundo de las grandes empresas denominada gestión de riesgos. Con el desarrollo de estos programas se persigue el triple objetivo de incrementar la seguridad de los pacientes y de los profesionales, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y, con todo ello, reducir o contener los costes de los siniestros (107).

La gestión de riesgos tiene una metodología bien establecida, existiendo distintos modelos que se pueden aplicar a cualquier sector de actividad. El *Australian-New Zealand Standard* estableció un modelo conceptual para un programa de gestión de riesgos (figura 15), que fue propuesto para la gestión de riesgos clínicos por la *Australian Patient Safety Foundation* (108) y que consta de los siguientes pasos:

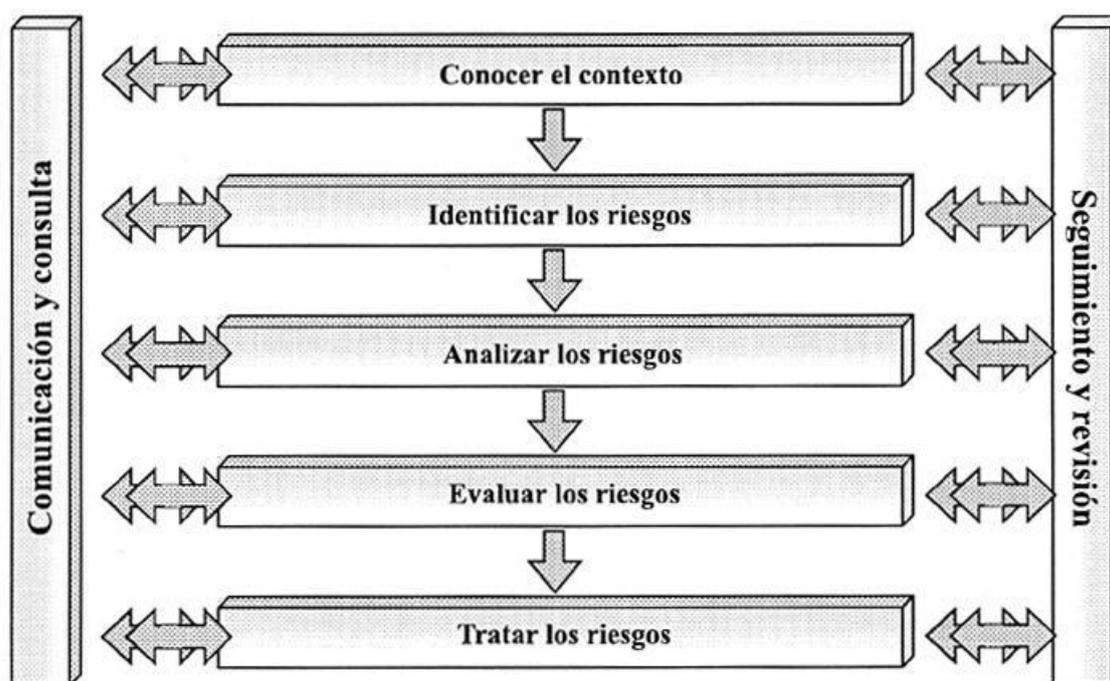


Figura 15: Modelo propuesto para la gestión de riesgos clínicos por la *Australian Patient Safety Foundation*.

1. Analizar y conocer el contexto

En primer lugar, es necesario conocer el contexto en el que se va a desarrollar el programa: institución sanitaria, autonomía o país. En el caso concreto de un

programa de prevención de errores de medicación (EM) en un centro sanitario supone fundamentalmente conocer las características del sistema de utilización de medicamentos del centro, asegurar el compromiso del equipo directivo de la institución y establecer la infraestructura necesaria para llevar a cabo las actividades de la gestión de riesgos.

2. Identificar los errores de medicación

Conocer donde están los riesgos es la clave para minimizarlos, por lo que es fundamental detectar donde se producen los errores. Existen distintos métodos para detectarlos entre los que se encuentran:

- Notificación voluntaria de incidentes.
- Revisión de historias clínicas.
- Monitorización automatizada de señales de alerta.
- Registro de intervenciones farmacéuticas.
- Técnicas de observación.

3. Analizar y evaluar los errores de medicación

Una vez detectado un EM, debe realizarse un análisis del mismo desde la perspectiva del sistema, es decir, como fallo del sistema y no de los individuos implicados. Este análisis debe efectuarse por un grupo evaluador que recabará más información si es preciso y la analizará, con el fin de determinar las causas y factores contribuyentes del error. El análisis de los EM incluye fundamentalmente los siguientes aspectos:

- Gravedad de sus posibles consecuencias para el paciente.
- Medicamentos implicados.
- Proceso de la cadena terapéutica donde se originan.
- Tipos de problemas que han sucedido.
- Causas y factores que han contribuido a su aparición. Este es el aspecto más útil del análisis.

En España se dispone de una «*Taxonomía de errores de medicación*» que proporciona un lenguaje estandarizado y una clasificación estructurada de los mismos para su análisis y registro, y que incluye todos los aspectos indicados anteriormente. Este documento se elaboró, bajo la coordinación del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España), por un grupo de

trabajo constituido por facultativos de varios centros hospitalarios del país (Grupo Ruíz-Jarabo 2000) (109). En concreto, se adaptó la taxonomía del NCCMERP (92) a las características de los sistemas de utilización de medicamentos en España.

4.-Tratamiento de los errores de medicación.

El tratamiento de los EM se basa en el establecimiento de medidas de prevención dirigidas a: a) reducir la posibilidad de que los errores ocurran, b) detectar los errores que ocurren antes de que lleguen al paciente, o c) minimizar la gravedad de las consecuencias de los posibles errores que se produzcan.

Como se dijo anteriormente, con esta metodología se pretenden conseguir el triple objetivo de incrementar la seguridad de los pacientes y de los profesionales, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y reducir o contener los costes que para el sistema sanitario suponen los errores de medicación.

Sin embargo, la trascendencia de los errores de medicación no radica sólo en el incremento que supone para los costes de la asistencia sanitaria, sino también en los posibles efectos adversos que pueden producir en la salud y en **la calidad de vida** de los pacientes y sus consecuencias en cuanto al deterioro o empeoramiento de la adherencia a sus tratamientos, potenciando de esta forma uno de los principales problemas con los que nos enfrentamos al tratar a este tipo de pacientes mayores y polimedicados y cerrando un círculo que estaría formado por la falta de adherencia, el incumplimiento y los errores de medicación.

Estos problemas de adherencia o incumplimiento enlazan directamente con la temática principal de esta tesis doctoral ya que, desde la terminología enfermera, la presencia de un incumplimiento terapéutico que se acompaña de la verbalización por parte del paciente del deseo de manejar adecuadamente el plan y de la existencia de dificultades para su seguimiento que hacen que lo lleve a cabo de una manera parcial o inadecuada, se denomina Gestión Ineficaz de la Propia Salud (**GIPS**) (74), siendo éste un factor que al igual que los anteriores también pudiera influir en **la calidad de vida** de estas personas.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud

El aumento de la esperanza de vida en nuestra sociedad y, en consecuencia, el progresivo envejecimiento de la misma, obliga a planificar estrategias de valoración e intervención geriátrica acordes con las nuevas necesidades sanitarias de la población anciana, para conseguir un mejor abordaje terapéutico y social de la misma. Es por ello que la valoración geriátrica integral se convierte en una herramienta básica para la toma de decisiones en la población anciana. Dentro de los elementos que una valoración geriátrica debe contener destaca el estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), siendo de especial relevancia cuando la diana terapéutica es la mejora de los años por vivir de estas personas mayores (110).

El uso de medidas de CVRS ha aumentado de forma significativa en las últimas décadas. La importancia de la evaluación de la CVRS radica en la necesidad de obtener, mediante otro tipo de resultados que no sean los resultados clínicos tradicionales, el impacto de la patología en la vida diaria del paciente. La evaluación de la CVRS también es importante para analizar las posibles diferencias entre tratamientos. La perspectiva del paciente como un enfoque válido en la evaluación de los resultados de una determinada intervención, ha impulsado definitivamente que el conocimiento de la CVRS de los pacientes sea cada vez más importante en la evaluación de la efectividad de las intervenciones terapéuticas. El objetivo fundamental de los instrumentos para evaluar la CVRS es conocer aquellos aspectos relacionados con las dimensiones mental, física, social y percepción general de salud autodeclarada que impactan de forma especial en la vida del paciente (111).

Sin embargo, el estudio de la calidad de vida no es algo nuevo. El término Calidad de Vida (CV) se remonta al siglo pasado, cuando la idea del estado de bienestar, que deriva de los desajustes socioeconómicos procedentes de la Gran Depresión de los años treinta, evoluciona y se difunde sólidamente en la posguerra (1945-1960), en parte, como producto de las teorías del desarrollismo económico y social, que reclamaban el reordenamiento geopolítico y la reinstauración del orden internacional, una vez consumada la Segunda Guerra Mundial. Su uso en el lenguaje culto de los países

occidentales se inició a partir de los años cincuenta y adquirió una connotación semántica precisa a partir de los setenta cuando se empieza a relacionar con los cuidados sanitarios (112).

La calidad de vida es un concepto multidimensional, algunos lo consideran un macroconcepto, ya que integra diferentes vertientes desde la satisfacción, el bienestar subjetivo, la felicidad o el estado de salud (físico, psíquico y social). En general, todas las definiciones relacionadas con calidad de vida tienen dos elementos comunes: el enfoque multidimensional y hacer hincapié en la valoración que el individuo hace de su propia vida (113).

La CV presenta diferentes significados para cada uno de nosotros, reflejando los diversos conocimientos, la experiencia y los valores individuales. Depende, en gran medida, de la escala de valores por la que cada individuo ha optado más o menos libremente y de sus recursos personales y emocionales. Además, está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales, y se modifica, con el paso de los años, para un mismo individuo (114).

Diversos autores han definido el concepto de calidad de vida, siendo la subjetividad siempre un componente esencial de esas definiciones y generando dudas, confusiones e interpretaciones equívocas entre sanitarios, políticos, investigadores y los propios pacientes, al no existir una base conceptual para medir este término (115).

Por este motivo, en 1993, la OMS propuso una definición de consenso de calidad de vida como “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” (116). Éste es un concepto amplio, del que forman parte elementos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea.

Del impacto de la salud sobre la calidad de vida, surge el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Más utilizada en ciencias de la salud, la CVRS, evalúa la repercusión de la enfermedad o estado de salud, sus

tratamientos y otros cuidados sanitarios en la dimensión social y personal del paciente (117).

Patrick y Erickson (118) definieron la CVRS como “la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de una enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud”.

Para Shumaker y Naughton (119), es “la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende, en gran parte, de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Durante la última década, la CVRS se ha ido transformando en una importante medida de impacto de los cuidados en salud. La opinión cada vez más extendida y aceptada entre los profesionales sanitarios de que las variables clínicas tradicionales de resultado se manifestaban insuficientes para mostrar una visión apropiada del impacto de la atención e intervención sanitarias ha propiciado el interés por el concepto y la medida de la CV en el área de la salud. En este contexto, la incorporación de la evaluación de la CVRS como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones (120).

Lo nuevo que aporta a las ciencias de la salud el concepto de CVRS es, esencialmente, la incorporación de la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo, para ello, desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y fiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en la salud (121). Se debería, además, analizar el proceso de atención a la salud tanto en lo que respecta a la evaluación de la excelencia técnica (decisiones terapéuticas, utilización de tecnologías de diagnóstico y tratamiento con fundamento sólido) como en lo concerniente a la evaluación de la excelencia interpersonal, basada en un manejo científico, ético y humano de

la relación sanitario-paciente. Uno de los aspectos en que existe consenso es que las medidas de CVRS deben reflejar la percepción de las personas legas en la materia, incluidos los pacientes.

Como se dijo, la evaluación de la CVRS se ha convertido en un complemento fundamental para la realización de una valoración integral del anciano. Dicha evaluación es un aspecto sumamente importante, pero de difícil cuantificación objetiva, ya que supone la necesidad de obtener un valor numérico que represente la preferencia del paciente por un determinado estado de salud. Además, en el anciano, se observan otras dificultades añadidas entre las que los investigadores destacan (122):

- La frecuencia de alteraciones sensoriales (trastornos de la audición, del lenguaje o visuales) que se deben tener en cuenta a la hora de establecer el tiempo para realizar la evaluación.
- No es un grupo homogéneo, ya que existen diferencias, no sólo a nivel socioeconómico, sino también a nivel de formación, lugar de residencia y de la edad.
- La existencia de deterioro cognitivo que, en ocasiones, incapacitan a la persona para responder a las entrevistas.

Para medir la calidad de vida se han elaborado diferentes instrumentos de medida, tratándose habitualmente de cuestionarios que generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman la salud. Se clasifican estos instrumentos en genéricos y específicos (123,124):

- Los genéricos (perfiles de salud y medidas de utilidad) son adecuados para comparar diferentes poblaciones y detectar un amplio rango de problemas relacionados con la salud. Son aplicables a cualquier tipo de paciente o de población.
- Los instrumentos específicos examinan los aspectos relacionados con la calidad de vida centrándose en una enfermedad o grupo de enfermedades concretas (Tabla 3).

Tabla 3: Características principales y aplicaciones de los instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud.

Tipo de instrumento	Características de la medida		Aplicaciones
	Ventajas	Inconvenientes	
<i>Genéricos</i>			
Perfiles de salud	Multidimensionales Exhaustivos Valoran bien la comorbilidad y los efectos no esperados de las intervenciones	Pueden ser poco sensibles al cambio	Estudios descriptivos de poblaciones o de grupos de pacientes Comparación entre enfermedades y entre intervenciones en enfermedades diferentes
Medidas de utilidad	Cuantitativa global Permiten combinar cantidad y calidad de vida	No informan de qué aspectos de la CVRS están afectados	Estudios de coste-utilidad
<i>Específicos</i>	Centrados en un problema específico Sensibles al cambio	Pueden dar una valoración incompleta de la CVRS	Estudios descriptivos Ensayos clínicos

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud.

Fuente: Sanjuás C. Instrumentos de medida de la calidad de vida: ¿son preferibles los genéricos o los específicos? FMC. 2011; 18:452-4.

Tanto los instrumentos genéricos como los específicos, deben reunir una serie de requisitos mínimos (122, 125):

- Deben ser simples, fáciles de entender, recordar, administrar y registrar.
- Deben incluir todo el intervalo de dimensiones de la calidad de vida.
- Su contenido debe ser compatible con la perspectiva de la comunidad, y las dimensiones deben surgir de las opiniones de los pacientes, de la población sana y de los profesionales de la salud.
- Deben ser cuantitativos.
- Deben ser aplicables a la mayoría de situaciones y poco influenciados por factores tales como edad, sexo, ocupación o tipo de enfermedad.
- Deben ser aceptados tanto por los evaluadores como por los evaluados.
- Deben ser válidos y fiables: se deben obtener los mismos resultados cuando se administra en diferentes ocasiones a los mismos sujetos (fiabilidad) y debe medir aquello para lo que se ha creado (validez). La importancia de otras características psicométricas dependerá del contexto; así la sensibilidad y la especificidad serán muy importantes en los estudios de detección y cribado, mientras que la sensibilidad al cambio será muy importante en los ensayos clínicos.
- Deben ser validados antes de recomendar su uso amplio y general en una determinada población.

Entre los principales cuestionarios genéricos para la medición de la CVRS podemos destacar los siguientes:

Perfil de salud de Nottingham (Nottingham Health Profile; Hunt, 1980)

El *Nottingham Health Profile* (NHP) (126) fue desarrollado originariamente en Gran Bretaña a finales de los 70 (el proyecto se inició en 1975 y fue completado en 1981) para medir la percepción subjetiva del impacto de los problemas de salud. Es un instrumento genérico para la medida del sufrimiento (*distress*) físico, psicológico y social asociado a problemas médicos, sociales y emocionales y del grado en que dicho *distress* incide en la vida de los individuos. La adaptación del NHP al castellano se inició en 1985 (127).

Cuestionario de salud SF-36 (Health Survey SF-36; Ware, 1992)

El cuestionario de salud SF-36 (128) fue desarrollado para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (*Medical Outcomes Study*). Proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos. El cuestionario es aplicable tanto a la población general como a pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Aunque el cuestionario SF-36 puede ser cumplimentado en un período de tiempo que oscila entre 5 y 10 minutos, en determinados contextos, puede resultar ser demasiado tiempo para las personas que deben responderlo. Este hecho llevó al desarrollo de una versión reducida del SF-36: el cuestionario de salud **SF-12**. El SF-12 está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36 y ha mostrado ser una práctica alternativa al SF-36 en ocasiones en que se pretende medir la salud física y mental en general, y el tamaño de muestra es elevado. La traducción al español del cuestionario (129) siguió un protocolo común a todos los países que participaron en un proyecto internacional de adaptación del cuestionario original (*International Quality of Life Assessment* o IQOLA).

Cuestionario COOP/WONCA. (Darmouth COOP Functional Health Assessment Charts/Wonca; Wonca, 1988)

Las láminas COOP/WONCA (130) son un instrumento de CVRS utilizado internacionalmente por su brevedad, su facilidad de comprensión y por presentar unas buenas propiedades psicométricas. Cada una de las láminas mide una dimensión de la CVRS (forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividad social, dolor, apoyo social y CV), y presentan un título en el que se plantea una cuestión acerca del estado funcional del paciente durante las últimas dos semanas. Todas las respuestas están ilustradas gráficamente con dibujos, ayudando a su comprensión y facilitando su cumplimentación. La validación de este cuestionario en la población española fue llevada a cabo por Lizán L (131).

EuroQol-5D (EuroQol Group, 1990)

El cuestionario EuroQol (132) se diseñó con el objetivo de que fuera un instrumento genérico de medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que pudiera ser utilizado en la investigación clínica y de servicios sanitarios, y permitiera realizar comparaciones entre distintos países. El instrumento se pensó para proporcionar tres tipos de información: un perfil descriptivo de la calidad de vida del individuo en dimensiones, un valor de la calidad de vida global del individuo y un valor que representa la preferencia del individuo por estar en un determinado estado de salud. Su validación para la población española fue llevada a cabo por Badía X et al (133).

Perfil de las consecuencias de la enfermedad, PCE (Sickness Impact Profile; Bergner et al, 1976; revisado en 1981)

El *Sickness Impact Profile* (SIP) fue desarrollado por Bergner et al (134) en 1976, con objeto de disponer de una medida de salud que pudiera utilizarse en la asignación de servicios sanitarios, la planificación y la formulación de políticas de salud, así como servir de valoración de resultados sanitarios en la evaluación. El instrumento mide la disfunción y se basa en los cambios de conducta relacionados con la enfermedad. Se encuentra validado en nuestro país por Badía X et al (135).

Analizando los cuestionarios, y aún siendo similares en sus características, se aprecian algunas diferencias para la práctica del uso de uno u otro (Tabla 4)

Tabla 4: Comparación de cinco instrumentos genéricos de medición de la CVRS.

	COOP/WONCA	SIP	NHP	SF-36	EUROQOL
Constructo					
Físico:					
Movilidad/deambulaci3n	+	+	+	+	+
Autocuidados	+	+	+	+	+
Mental:					
Síntomas emocionales	+	+	+	+	+
Autoestima	-	-	-	+	-
Cognici3n	-	+	-	-	-
Actividades sociales/apoyo	+	+	+	+	+
Estado de salud general	+	-	-	+	+
Cambio de salud	+	-	-	+	+
Discapacidad/alteraci3n del rol	+	+	-	+	-
Dolor	(+)	-	+	+	+
Características					
Nº de ítems	6	136	38	36	15
Tiempo (en minutos)	<5	20-30	<10	<10	<5
Aceptabilidad	+	+	+	+	+
Validez	+	+	+	+	+
Fiabilidad	+	+	+	+	+
Sensibilidad al cambio	+	+	+ / -		+
Simplicidad	+	+	+	+	+

Fuente: Lizán L. La calidad de vida relacionada con la salud. Aten Primaria. 2009; 41:411-6.

La medici3n de la CVRS permite evaluar la influencia del estado de salud y otros factores en el bienestar general del individuo. La valoraci3n del funcionamiento del paciente y su bienestar en las dimensiones física, psicol3gica y social de salud, puede ser útil para mejorar la comunicaci3n entre

el paciente y los profesionales sanitarios, facilitar la toma de decisiones compartidas, identificar y priorizar problemas, monitorizar el impacto de la enfermedad y el tratamiento y, en definitiva, para mejorar la calidad de la atención sanitaria (136).

Uno de los aspectos más interesantes de la valoración de la CVRS es la posibilidad de determinar aquellos factores relacionados con la misma desde diferentes perspectivas como pudieran ser los grupos de edad, el sexo o el nivel socioeconómico. Sin embargo, los estudios publicados en mayores de 65 años referidos a factores relacionados con la calidad de vida describen resultados discrepantes y controvertidos (137). Así, algunos autores han encontrado peor calidad de vida asociada a la edad o al sexo, a la presencia de deterioro funcional, a la ansiedad y/o depresión, al padecimiento de enfermedades crónicas o a la polimedicación, entre otros factores.

Casado JM et al (115) en un estudio realizado en atención primaria con pacientes mayores de 65 años, utilizando el NPH como instrumento de medida de la CVRS, encontraron como factores relacionados con una peor calidad de vida el sexo femenino, la mayor edad, el hecho de vivir solos, la pluripatología y la polimedicación.

Azpiazu M. et al (138) en otro estudio realizado con mayores de 65 años no institucionalizados, utilizando el NPH y el Euroqol-5D describieron como factores asociados a un mal estado de salud y mala calidad de vida los trastornos de ansiedad y depresivos y la dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En cuanto al sexo las mujeres mostraron una peor percepción de su calidad de vida que los hombres, mientras que los mayores de 80 años a pesar de presentar peores puntuaciones en ambos cuestionarios no percibieron su estado de salud como peor.

Badía X et al (111) estudiaron la CVRS, mediante el instrumento Euroqol-5D en pacientes frágiles con frecuentes ingresos hospitalarios, observando una relación estadísticamente significativa entre peor calidad de vida y el estado de malnutrición, la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria

(índice de Barthel), el riesgo social (Escala de Gijón) y la depresión (Escala de Yesavage abreviada).

Garrido-Abejar M. et al (139) estudiaron personas mayores institucionalizadas en residencias y mediante el uso del cuestionario SF-12 relacionaron una peor CVRS con el sexo femenino, la sintomatología depresiva y la baja percepción de apoyo social. Sin embargo, no observaron relación entre peor CVRS y la mayor edad.

Se observa, por tanto, que son muchos los factores asociados a la CVRS, algunos de los cuales se reiteran en los diferentes estudios publicados. Sin embargo, no se han localizado en la literatura estudios que relacionen dicha CVRS con la Prescripción por Principio Activo o con la Gestión Ineficaz de la Propia Salud que son dos de las principales variables del presente trabajo y que podrían ser factores que influyeran en la misma.

La Perspectiva Enfermera: la Autogestión y los Autocuidados.

Existe evidencia de que los pacientes toman las decisiones sobre sus tratamientos basándose en su conocimiento sobre su situación (proceso crónico), en su percepción sobre la necesidad de usar medicación, en sus preocupaciones sobre la misma y en su capacidad de afrontamiento. La decisión de iniciar un tratamiento y continuar haciéndolo debe considerarse un comportamiento complejo, que incluye no sólo el correcto manejo de los fármacos prescritos sino también el cumplimiento del plan de autocuidados y los cambios de hábitos (140).

Con frecuencia las recomendaciones que los profesionales de la salud hacemos a los pacientes suponen abandonar los viejos hábitos (dejar de fumar, cambiar patrones de conducta...) o desarrollar algunos nuevos (hacer ejercicio, hacer dietas...). Los hábitos de salud tienen características particulares que requieren estrategias distintas, a menudo individualizadas. Tomando como ejemplo el tratamiento de la obesidad o el de la diabetes, debe prestarse especial atención al contexto social de los pacientes, y a la pérdida de gratificaciones sociales que conlleva la restricción en la dieta. Las consecuencias del cumplimiento adecuado en la diabetes son muchas veces

más punitivas que las del incumplimiento y, de hecho, las mayores tasas de incumplimiento se observan en las recomendaciones sobre la dieta y el ejercicio físico (141).

La constatación de que las soluciones ofertadas por los sistemas sanitarios para mejorar el cumplimiento estaban obsoletas obligó a un replanteamiento del problema desde la raíz. Aunque, hasta ahora, la mayor parte de la investigación se había centrado en el seguimiento del tratamiento farmacológico, la adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de seguir las prescripciones. Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS (WHO, 2003) (72), llegaron a la conclusión de que la definición clásica de adherencia como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” era un punto de partida ya superado. Se reconoció durante la reunión que buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento, el autocuidado del asma o la diabetes, y el régimen alimentario adecuado son ejemplos de comportamientos terapéuticos (72, 142).

Esta visión ampliada cristalizó en una nueva definición del concepto de adherencia orientada a los tratamientos crónicos, como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir el régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas con su profesional de salud referente (72).

La riqueza que aporta esta definición pone el acento en el seguimiento, por encima de la actuación puntual. Además, con frecuencia el proceso morboso coincide con una realidad compleja, no tenemos ciudadanos enfermos, sino modos de vida poco saludables que culminan con la enfermedad, el ingreso o la dependencia. Más allá de la patología tenemos la sociedad, las costumbres, las conductas o los recursos económicos, sociales y personales. Diversos autores hablan del Síndrome Sociosanitario (143), una realidad de salud o enfermedad que se presenta en un paciente con demandas de atención y cuidados múltiples, tanto médicos como sociales, en diferentes niveles asistenciales de etiología plural (biológica, familiar, psicológica, personal), ante

la cual el conjunto de servicios sanitarios y sociales es incapaz de dar una respuesta global y coordinada, lo que provoca una progresiva pérdida de autonomía del paciente (144).

Los modelos de atención que se proyectan hacia la capacitación de la persona, hacia la búsqueda de la mayor independencia y autoeficiencia posible se revelan día a día como herramientas muy valiosas. Los tratamientos más allá de ser prescritos, han de ser cumplidos, y esto pasa ineludiblemente por modificar los patrones de vida de la población afecta. **La Gestión del Tratamiento** es un concepto más inclusivo que el de cumplimiento y está más relacionado con los valores y objetivos que subyacen en las motivaciones del paciente, que con la obediencia. Desde la óptica del fomento del autocuidado, aporta el valor añadido de su vocación sostenible al centrar su objetivo en hacer a la persona con proceso crónico y a su entorno más eficientes.

Los pacientes con enfermedades crónicas toman decisiones cada día sobre la autogestión de sus enfermedades. La autogestión se implementa en individuos que aceptan la responsabilidad de su propia salud y bienestar. Para las personas que viven con una enfermedad crónica la autogestión puede convertirse en una parte fundamental de su vida cotidiana, para garantizar su independencia, su autoestima y su capacidad para llevar una vida tan activa como sea posible. Para los pacientes con enfermedades de alto riesgo, la autogestión es esencial para prevenir complicaciones (145). Esta realidad representa un nuevo paradigma en el abordaje de las enfermedades crónicas: la interrelación entre profesional y paciente, colaborando y educando para el autocuidado. La educación para el autocuidado complementa la educación tradicional con el apoyo a los pacientes para lograr vivir con la mejor calidad de vida posible a pesar de su enfermedad crónica. La educación tradicional ofrece información y conocimiento técnico sobre la condición crónica, la educación en autocuidado enseña habilidad para resolver problemas.

Orem (146), con su enfoque teórico ha posibilitado posteriores desarrollos de investigación y de estructuración del conocimiento en cuidados por todo el mundo (147). Hay casi 30.000 referencias en PubMed que responden al descriptos Mesh "Self-care", casi 7.000 al Subject Heading "Self Care" en

CINAHL, 715 artículos en CUIDENPlus bajo el descripto “autocuidado” ó 964 en LILACS. Es palpable que el autocuidado “importa” en las Ciencias de la Salud. Esta autora no vino sino a traer al territorio conceptual de las Ciencias de la Salud un elemento que define toda una línea de políticas de salud y que hoy en día se vislumbran como unas de las más efectivas, sobre todo en procesos crónicos.

Orem define el **autocuidado** como “el conjunto de acciones aprendidas e intencionadas que los individuos realizan para sí mismos con el objeto de regular aquellos factores que afectan a su desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, su salud y su bienestar”.

Este concepto de autocuidado lleva implícito el aprendizaje, la participación activa de la persona en el mantenimiento de su salud, el sistema de preferencias del sujeto y la autorresponsabilidad en salud.

La suma de acciones de autocuidado necesarias, si bien son apropiadas para cada una de las condiciones de salud que presentan estas personas, en conjunto representan una pesada carga para el paciente, su familia y el sistema sanitario, y constituyen en sí mismas un problema para alcanzar y mantener un grado de cumplimiento terapéutico deseable y eficiente.

Montori (148) propone entender este fenómeno desde la visión del propio sujeto, considerando que la persona y su entorno familiar tienen una capacidad finita para entender, organizar, evaluar y satisfacer la demanda de autocuidado. Cuando esa capacidad es excedida por la carga de trabajo, porque aquella se ha visto disminuida (por enfermedad, problemas económicos, aislamiento social, etc.) o porque la carga ha aumentado muy rápido o a niveles insostenibles, entonces la persona reduce su adherencia al plan terapéutico y la gestión de su enfermedad y autocuidados se vuelven ineficientes.

Por tanto, es necesario diagnosticar la capacidad y la carga de cuidado que tiene el paciente crónico y priorizar las intervenciones más eficientes para lograr estos objetivos e implementarlas de manera que causen la mínima distorsión en la vida de los pacientes. Esto tiene especial relevancia en pacientes con múltiples patologías, ya que la simple suma de recomendaciones

de autocuidado puede hacer que éstas sean muy numerosas, imposibles de cumplir e, incluso, contradictorias. Por este motivo, las actuales estrategias de atención a pacientes crónicos proponen la reorientación de los modelos de asistencia y destacan la necesidad de garantizar la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales (6).

Tomando como referencia la clasificación de Kaiser (149), la capacidad de la persona y su entorno familiar para el cuidado será mayor en los escalones inferiores, e irá disminuyendo a medida que aumente la complejidad y el grado de fragilidad y dependencia. En el mismo sentido, irá aumentando la demanda terapéutica, de modo que los pacientes más complejos tienen menos capacidad de cuidarse por sí mismos, mayor riesgo de déficit de autocuidado y mayor necesidad de apoyo informal y cuidados profesionales.

Cuando la enfermedad progresa y aparece la dependencia, se presentan principalmente dos alternativas de cuidado, el formal y el informal. El cuidado informal es aquel procedente del círculo familiar o de la red social de la persona dependiente. Se estima que en la familia recae hasta el 88% del tiempo total de cuidado que consumen estos pacientes (150). Denominamos *persona cuidadora* a la persona que asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios de la persona dependiente (151).

Un concepto central en la autogestión de la enfermedad es la **auto-eficacia** (152) entendida ésta como la confianza para llevar a cabo un comportamiento necesario para alcanzar una meta deseada. Los mayores niveles de auto-eficacia se asocian con un mayor cuidado de sí mismo y un comportamiento más óptimo (153), existiendo evidencia de que algunas intervenciones pueden fortalecer la auto-eficacia de los pacientes y el resultado en términos de cambios positivos en comportamientos de salud (154).

La auto-eficacia de un individuo se deriva de cuatro fuentes: el rendimiento de logros anteriores, las experiencias vicarias (como por ejemplo ver a otros tener éxito), la persuasión verbal y el estado de ánimo (152). Las intervenciones para reforzar la auto-eficacia suelen contener metas de cada una de estas fuentes.

La educación en autocuidado para la enfermedad crónica puede convertirse pronto en una parte integral de la atención primaria de alta calidad (155), puesto que existe evidencia de que:

- Los programas de enseñanza de habilidades para la auto-gestión son más eficientes que la educación tradicional del paciente para mejorar los resultados clínicos.
- En algunas circunstancias, la educación en auto-cuidados mejora los resultados y puede reducir los costos para la artritis y probablemente para los pacientes adultos con asma.
- Los programas de educación para el autocuidado dirigidos a pacientes con variedad de condiciones crónicas pueden mejorar los resultados en salud y reducir los costes de la asistencia.

Lo relevante del modelo de autogestión radica en el ensalzamiento del **cuidado colaborativo** (156) para el que es necesario entender que el conocimiento de los pacientes sobre su vida es tan relevante y experto como el conocimiento del profesional. El profesional debe agregar sus conocimientos a los del paciente para procurar un plan que ayude a alcanzar las metas. A veces llamado *empoderamiento de los pacientes*, este concepto sostiene que los pacientes aceptan la responsabilidad de gestionar sus procesos de salud y se les anima a resolver sus propios problemas con información, pero no con órdenes, de los profesionales. Este paradigma sitúa la motivación interna como más eficaz para el cambio del estilo de vida que la motivación externa que pueda proporcionar el profesional sanitario.

En definitiva se trataría de conseguir que la persona afecta de patologías crónicas llegue a convertirse en lo que últimamente se denomina **paciente experto** que sería aquél capaz de responsabilizarse de la propia enfermedad y autocuidarse, sabiendo identificar los síntomas, respondiendo a ellos y adquiriendo herramientas que lo ayuden a gestionar el impacto físico, emocional y social de la patología, mejorando así su calidad de vida (157).

Se están implementando en nuestro medio diferentes experiencias y programas de paciente activo y paciente experto (paciente experto 2.0 del SERGAS, paciente activo de Osakidetza, escuela de pacientes de la Escuela

Andaluza de Salud Pública, entre otras) con interesantes resultados en cuanto a implementación y aceptabilidad se refiere, aunque no se dispone aún de suficiente evidencia en relación con su impacto en resultados en salud (158).

Una de las intervenciones más conocidas en ese sentido es la del Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) desarrollado en la Universidad de Stanford (159) y que ha demostrado mejorar la auto-eficacia, la auto-gestión de conductas de salud, y el estado de salud, al tiempo que reduce las hospitalizaciones y las visitas a urgencias.

El programa, basado en la teoría de la auto-eficacia, incluye actividades que abordan cada uno de los cuatro factores que influyen en la misma y evaluó la eficacia de un programa de auto-gestión de enfermedades crónicas diseñado para utilizarse con un grupo heterogéneo de pacientes con enfermedad crónica, comparándola con la eficacia de intervenciones dirigidas a sujetos con enfermedades específicas. Sus resultados indican que es posible educar con éxito a los pacientes con diferentes enfermedades crónicas con la misma intervención al mismo tiempo. Dado que las personas mayores de 60 años de edad, tienen, como promedio, dos o más enfermedades crónicas, parece que un programa centrado en los problemas comunes a las diferentes comorbilidades sería un sustituto o complemento razonable de los programas tradicionales dedicados a una única entidad nosológica (160).

Basándose en este enfoque y en el éxito de la iniciativa, el **Programa de Paciente Experto (EPP)** fue introducido en Inglaterra en 2001 (161). El EPP es un programa de autogestión de patologías crónicas que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida mediante el desarrollo de la confianza y la motivación de las personas en utilizar sus propias habilidades y conocimientos para tomar el control efectivo de sus patologías crónicas (145). El programa se basa en los supuestos de que las personas con patologías crónicas tienen que:

- Saber reconocer y actuar sobre los síntomas.
- Hacer un uso eficaz de los medicamentos y tratamientos disponibles.
- Comprender las implicaciones del consejo profesional.
- Acceder a los servicios sociales y de otro tipo.

-Acceder a actividades de ocio.

-Desarrollar estrategias para hacer frente a los efectos psicológicos de la enfermedad.

Los participantes en dicho programa han informado de una mejora en su estado de salud, mayor capacidad para hacer frente a la fatiga, menos limitaciones en sus actividades de la vida diaria y una menor dependencia de la atención hospitalaria (162).

Los programas de autogestión para personas con enfermedades crónicas no sólo ofrecen beneficios para el paciente y el servicio de salud, sino también para los propios profesionales sanitarios. Los médicos de familia, las enfermeras y otros profesionales de la atención primaria y comunitaria tendrán mayores oportunidades e incentivos para asesorar a las personas sobre las medidas que pueden tomar para mejorar su salud.

2.-JUSTIFICACIÓN

Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la prestación de asesoramiento, orientación, educación y apoyo a las personas que viven con patologías crónicas. El autocontrol es una característica importante, que no solo beneficia al paciente, sino que también proporciona mayores oportunidades a las enfermeras comunitarias para usar y desarrollar sus habilidades clínicas e interpersonales (145).

Desde la disciplina enfermera, la aparición de los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELE) generó hace casi medio siglo un marco idóneo para explicar la complejidad de la prestación de cuidados, los cuales, han tenido un desarrollo espectacular en los dos últimos decenios, con una amplia difusión a nivel internacional (163). Los SELE han sido incluidos en diversos estándares de clasificación y sistemas de información, como el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Sistema Nacional de Salud (164).

La *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (74) nace en 1982 con el propósito de estandarizar los diagnósticos de enfermería, los cuales permiten describir las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad en distintas situaciones. Esta taxonomía diagnóstica es la más difundida en la actualidad y ha sido asumida por la comunidad científica y por los diferentes sistemas de información y clasificación a nivel internacional (165).

Posteriormente se desarrollaron otros sistemas de clasificación y así en 1987, el centro para la clasificación de enfermería en la Universidad de Iowa introdujo la NIC (Nursing Interventions Classification) (166) y en 1991 la NOC (Nursing Outcomes Classification) (167). Estas dos clasificaciones adicionales fueron desarrolladas para el uso con la NANDA y otros sistemas de diagnósticos. Se esperaba que la eficacia de los términos de diagnóstico fueran mejoradas con la disponibilidad de intervenciones y de resultados estandarizados.

La NOC consiste en una clasificación de resultados en pacientes sensibles a la práctica enfermera. Estos resultados están organizados en indicadores mensurables mediante escalas tipo Likert de 5 valores, que deben cuantificarse antes y después de las intervenciones enfermeras a fin de constatar la evolución de los pacientes. Además la NOC permite un uso extensivo al de su

propósito inicial; en tanto que cada criterio de resultado refleja, a través de sus indicadores, estados o percepciones de los individuos, familias y comunidades. Así mismo, pueden convertirse en auténticos descriptores de las manifestaciones y factores relacionados de muchos diagnósticos de enfermería con la ventaja añadida de pertenecer a un sistema lógico y estructurado conceptualmente, con un componente numérico que permite ampliar el estudio y tratamiento analítico de esta información, superando así algunas de las limitaciones actuales de la NANDA en cuanto a especificidad de sus componentes (163).

En 1992, la NANDA propuso el concepto diagnóstico de Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (**MIRT**) definido como “patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud” y que ha sido actualizado recientemente a la denominación de **Gestión Ineficaz de la Propia Salud (GIPS)** (74). Se trata de un concepto integrador que aborda la problemática del cumplimiento desde la perspectiva del autocuidado, la autoeficacia y la autogestión y que se corresponde con las últimas recomendaciones realizadas por la OMS en este sentido (72), aportando además la riqueza de poner el acento en el seguimiento y disponer de indicadores de resultados que nos permiten identificar desviaciones en el manejo con gran sensibilidad.

La taxonomía NANDA permite un abordaje del fenómeno del cumplimiento y la adherencia desde una doble vertiente: la de la Gestión Ineficaz de la Propia Salud que implica la aceptabilidad del problema por parte del paciente que lo valora, argumenta y busca ayuda, y la del Incumplimiento del tratamiento que perfila un matiz diferencial en el que el individuo anula sus capacidades de afrontamiento y tiende a la negación. La diferencia entre ambos conceptos estriba en que en el primer caso (GIPS) la persona integra en su vida diaria el tratamiento o los cambios en su régimen de vida necesarios para adaptarse a la nueva situación, pero no lo consigue con la eficacia debida, mientras que en el caso del incumplimiento la persona no integra en su vida el nuevo plan o lo hace de una forma intencionadamente inadecuada.

Autores como Roel H. Bakker et al (168), desaconsejan usar el término “incumplimiento” como diagnóstico de enfermería, porque consideran que hace hincapié en una posición subordinada por parte del paciente con respecto a la relación con el experto en salud. Históricamente la esencia de la relación enfermera-paciente, se basa en el apoyo y la promoción de la independencia de la persona para su propio cuidado. Cuando los pacientes son etiquetados de no cumplidores son calificados como difíciles y problemáticos (169).

El incumplimiento es unidireccional y se basa exclusivamente en la recomendación del experto dependiendo del paciente decidir si sigue o no las recomendaciones. El incumplimiento es descrito como una falta del reconocimiento al profesional sanitario y del significado que la terapia tiene para el paciente. Las intervenciones serán de más éxito cuando el trato con el paciente sea más estrecho y éste participe en la elaboración del planteamiento del tratamiento. No reconocer al paciente como un igual, y no escuchar su opinión puede resultar cuando menos paternalista (168).

En este sentido el diagnóstico GIPS es un concepto más amplio que se basa en el manejo del autocuidado y los valores y objetivos del paciente más que en el cumplimiento de las indicaciones de otros. Sería más bien equiparable al concepto de “no adhesión” al régimen terapéutico, porque igualmente prioriza la interrelación personal sanitario-paciente, aunque centrándose fundamentalmente en la autonomía del sujeto.

Cuando no se sigue el tratamiento prescrito, se suele culpar de ello a los pacientes, a pesar de que existen evidencias de que los profesionales sanitarios y los sistemas de salud pueden tener una gran influencia sobre el comportamiento de los pacientes al respecto.

Wilkinson (170) dice que el MIRT no es sólo el fracaso del paciente, sino que en alguna medida implica a la enfermera, que no ha establecido una buena comunicación con el paciente, o que no ha sido capaz de concretar lo que el paciente quería conseguir en el manejo de su autocuidado.

Otros autores como Cánovas et al (171) también indican que la causa más importante de la baja adhesión al tratamiento es la baja interrelación entre profesional sanitario y el paciente.

En un estudio reciente (172) se ha puesto de manifiesto que la adherencia a los fármacos no guarda relación con el cumplimiento de los cambios en el estilo de vida y que la falta de ésta tiene que ver con la escasa y defectuosa comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes. Según estos datos la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente, es una de las principales variables que condicionan la adherencia al tratamiento, por lo que mejorando la comunicación se pueden obtener resultados positivos.

En este complejo entramado conductual existen muchos factores a tener en cuenta: personales, profesionales y estructurales (socioeconómicos y culturales). Existen en la bibliografía modelos sobre los determinantes de la conducta como el Attitude, Social Influence and Efficacy (ASE) descrito por De Vries y Kok (173), profesores de la Universidad de Maastricht. Trabajando la actitud, la influencia social y la autoeficacia adecuadamente es posible que logremos que el paciente tenga intención de realizar la actividad propuesta. Que la intención de hacer se transforme en conducta dependerá de que existan habilidades suficientes y que no haya demasiadas barreras que dificulten tal conducta.

Las enfermeras, mediante la emisión de un juicio clínico o un diagnóstico de enfermería, identificamos las respuestas o comportamientos de las personas ante una enfermedad. Como los comportamientos están influenciados por diversos factores tales como la actitud, la autoeficacia, la susceptibilidad percibida, las barreras, etc., actuando sobre estas variables podremos resolver o paliar esa respuesta humana o comportamiento anómalo.

La NANDA y la OMS coinciden en muchos de los factores relacionados con la GIPS y la “no-adhesión” (72,74).

La OMS los clasifica en cinco grupos dentro de los cuales también podemos introducir los propuestos por NANDA:

- Factores sociales y económicos: recursos, coste de la medicación, apoyo social, raza, creencias culturales... NANDA menciona además,

demandas excesivas sobre el individuo o familia, conflicto familiar, patrones familiares de cuidados de la salud, déficit de soporte social y dificultades económicas.

- Relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria: comunicación e interrelación, disponibilidad del personal sanitario, accesibilidad, sobrecarga... NANDA hace referencia a la complejidad del sistema de cuidados de la salud, así como a la percepción de barreras.
- Relacionados con la enfermedad: gravedad de los síntomas, percepción del riesgo, importancia que dan a seguir el tratamiento, expectativas de evolución, comorbilidad... Según NANDA también: percepción de gravedad y de susceptibilidad.
- Relacionados con el paciente: estado mental, creencias, expectativas, confianza en sí mismo, motivación. NANDA añade: conflicto de decisiones, inadecuación del número de claves para la acción, percepción de beneficios e impotencia.
- Relacionados con la terapia: complejidad, duración, cambios, inmediatez de los beneficios, efectos secundarios. NANDA propone déficit de conocimientos, tipo de régimen o terapia y complejidad del régimen terapéutico.

Dentro de los factores relacionados con la terapia, como posibles causantes de GIPS, y en el contexto del presente estudio es necesario hacer mención especial a los referidos a la terapia farmacológica como podrían ser: complejidad del tratamiento, duración, cambios, falta de información adecuada, desconocimiento sobre aspectos básicos relacionados con la farmacocinética y forma de actuación del fármaco (con especial interés en las recomendaciones de cómo debe de tomar el medicamento), inadecuada adherencia al tratamiento o la ausencia de estrategias que favorezcan el adecuado consumo de los medicamentos (uso de pictogramas, individualización de tratamientos...).

Muchos de estos factores, anteriormente descritos, se pueden encontrar en los pacientes que son sujetos del presente trabajo, en los que la polifarmacia a la que están sometidos se traduce en regímenes terapéuticos complejos con un

aumento progresivo de la incidencia de errores de medicación, ya que no cabe duda de que la complejidad es enemiga de la seguridad (102).

En los últimos años, la implantación en nuestro medio de la estrategia de prescripción por principio activo, ha traído como consecuencia la proliferación de genéricos de un mismo medicamento. Según datos de Farmaindustria los cinco principios activos con mayor movimiento ofrecen una media de 257 presentaciones comerciales cada uno y existen hasta 16 principios activos con más de 100 formatos diferentes (65). Podría sostenerse por tanto, que esta proliferación de presentaciones comerciales diferentes no estaría exenta de riesgos para los ciudadanos, y concretamente, para la adherencia a sus tratamientos dentro de los colectivos de pacientes crónicos, mayores y polimedicados, que podrían verse expuestos a continuos cambios en las presentaciones dispensadas y por tanto, de morfología de los envases y apariencia organoléptica de los medicamentos, incluso dentro de los mismos principios activos, pudiendo constituir tal circunstancia una fuente de confusión, de insatisfacción y de dificultades para el manejo de sus tratamientos, susceptible de poner en riesgo la efectividad de los mismos y como consecuencia su propia salud.

Por todo lo anteriormente expuesto, junto con el hecho de no hallarse en la literatura investigaciones que relacionen la prescripción por principio activo con el desarrollo, en este tipo de pacientes, de una Gestión Ineficaz de la Propia Salud es por lo que se propuso la realización del presente estudio, con el objeto de cuantificar y conocer las dimensiones del problema y así poder desarrollar estrategias e intervenciones desde los distintos colectivos implicados que permitan conciliar la prescripción por principio activo con una gestión eficaz de los tratamientos, mejorando la calidad asistencial y, lo que es más importante, la seguridad del paciente.

3.- OBJETIVOS

3.1.-Objetivo general: Evaluar si la prescripción por principio activo en pacientes polimedicados mayores de 65 años se relaciona con una Gestión Ineficaz de la Propia Salud (GIPS).

3.2.-Objetivos específicos:

1.-Describir las características sociodemográficas, clínicas, funcionales y cognitivas de esta población.

2.-Establecer la prevalencia de GIPS e identificar sus factores relacionados en este tipo de pacientes.

3.-Valorar el comportamiento de indicadores/criterios de la Nursing Outcomes Classification (NOC) relacionados con el manejo de la medicación en pacientes con diagnóstico GIPS según criterios de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

4.-Conocer la calidad de vida relacionada con la salud, sus factores asociados y el impacto que sobre la misma produce la presencia de GIPS y la prescripción por principio activo.

4.-MATERIAL Y MÉTODOS

4.1.-Diseño

Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico.

4.2.-Ámbito y Población

Personas polimedicadas y mayores de 65 años adscritas a los centros de atención primaria pertenecientes al Distrito Sanitario Costa del Sol y al Área Sanitaria Norte de Málaga, que son dos demarcaciones geográficas representativas de la población costera y de interior respectivamente de la provincia de Málaga, comprendiendo un total de 19 unidades de gestión clínica.

4.3.-Sujetos de estudio

Muestra aleatoria de dicha población, calculada mediante programa informático EPIDAT 3.1 teniendo en cuenta los siguientes datos:

-Población total: 622.824.

-Población de 65 o más años: 89.211.

-Población de 65 o más años y polimedicada: 12.366.

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó como referencia la proporción de personas polimedicadas mayores de 65 años y con prescripción por principio activo que en nuestro medio se situaba en torno al 75%. Para conseguir una precisión del 5% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal al 95% bilateral, para una población de 12.366 pacientes y teniendo en cuenta un 15% de pérdidas (presencia de criterios de exclusión o por la negativa del paciente a participar en el estudio) fue necesario incluir en la muestra a 425 individuos.

Para la selección de los individuos se realizó un muestreo aleatorio simple a partir de los listados de pacientes polimedicados mayores de 65 años que proporcionó el servicio de farmacia de cada distrito para cada una de las 19 unidades de gestión clínica.

4.4.-Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1.-Criterios de inclusión

- Polimedicados (consumo de 5 o más medicamentos durante un periodo igual o superior a 6 meses) de 65 o más años de edad.

- Cuidadoras/es de 65 o más años de edad que sean los responsables de administrar la medicación a pacientes de este tipo que no pueden hacerlo por sí mismos por limitaciones funcionales y/o cognitivas.
- Estar incluido en el programa de prescripción electrónica.

4.4.2.-Criterios de exclusión

- Pacientes con deterioro funcional y/o cognitivo que impida el manejo de la medicación de forma independiente (Barthel menor o igual de 60 ó Lawton y Brody menor de 3 en mujeres y menor o igual de 1 en hombres ó más de 4 errores en el test de Pfeiffer).
- Pacientes institucionalizados en entidades públicas o privadas.
- Pacientes con patología psiquiátrica.
- Negativa a otorgar el consentimiento por escrito
- Pacientes con problemas de comprensión y/o expresión idiomática que impidan una comunicación fluida con los mismos.

4.5.-Variables del estudio

Las variables que se estudiaron en el presente trabajo fueron:

1.-**Variables dependientes o de resultado:** Gestión Ineficaz de la Propia Salud (GIPS) y Calidad de Vida (CV).

2.-**Variables independientes o predictoras.** Éstas se dividieron en 3 grupos:

- **V. Sociodemográficas:** sujeto de estudio, edad, sexo, lugar de residencia, convivencia, estado civil, nivel educativo, profesión, nivel socioeconómico y valoración riesgo social (Escala de Gijón).
- **V. Clínicas:** valoración funcional (Test de Barthel y Lawton y Brody), valoración cognitiva (Test de Pfeiffer), valoración estado emocional: ansiedad-depresión (escala de Goldberg), patologías y visitas previas a urgencias.
- **V. Relacionadas con la Medicación:** nº. de medicamentos, % de prescripción por principio activo, adherencia al tratamiento (Test de Morisky-Green), nº de prescriptores, presencia de genéricos de distintas marcas y capacidad para identificarlos como iguales y con la patología

asociada, errores en la toma de medicación y reacciones adversas medicamentosas.

4.5.1.-Descripción de las variables

4.5.1.1.-Variables dependientes o de resultado

1. **Gestión Ineficaz de la Propia Salud (GIPS):** variable cualitativa dicotómica (Sí/No).

La variable GIPS quedó definida por los siguientes criterios:

- Presencia de al menos dos características definitorias del diagnóstico según NANDA, siendo éstas: “verbalización de la dificultad para el seguimiento del tratamiento prescrito” y “verbalización del deseo de manejar adecuadamente el tratamiento prescrito” y
- Tener una puntuación menor o igual a tres en alguna de las etiquetas NOC: Conocimiento del régimen terapéutico (1813), Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609) y Conducta de cumplimiento (1601).

Para puntuar cada criterio NOC se utilizó la media de sus indicadores, de tal forma que si dicha media era menor o igual a tres se consideraba que el sujeto no cumplía el criterio y si ésta era mayor de tres se consideraba que sí lo cumplía. A tal fin y mediante consenso de expertos, se escogió para cada criterio aquellos indicadores NOC que se consideró se relacionaban más directamente con el manejo de la medicación prescrita (tabla 5)

Tabla 5: Criterios e indicadores NOC

CRITERIOS	INDICADORES
1813 Conocimiento: régimen terapéutico	181301 Descripción de la justificación del régimen terapéutico 181304 Descripción de los efectos esperados del tratamiento 181306 Descripción de la medicación prescrita
1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	160905 Cumple el régimen de medicación 160908 Supervisa los efectos terapéuticos 160909 Supervisa los efectos secundarios
1601 Conducta de cumplimiento	160103 Comunica seguir la pauta prescrita

La puntuación de los indicadores se realizó utilizando las escalas NOC, que son unas escalas tipo likert constituidas por un intervalo discreto de 5 valores desde el 1 al 5 en orden ascendente de cumplimiento. Al igual que para los criterios se consideró que el sujeto de estudio cumplía el indicador cuando la puntuación obtenida era superior a 3.

2. Calidad de vida: variable cuantitativa continua.

Para la medición de la variable dependiente, **calidad de vida**, el instrumento utilizado fue el **EuroQol-5D (EQ-5D)** (Anexo 1), que es un cuestionario genérico de CVRS traducido y validado al castellano (133). El EQ-5D es un instrumento útil para su aplicación en atención primaria. Su administración rápida y sencilla (2-3 min.) es uno de sus puntos fuertes. Además, existe variedad de posibilidades de uso e interpretación de los resultados, desde la descripción del estado de salud general o por dimensiones, hasta la evaluación económica de servicios sanitarios. Sus propiedades han sido valoradas tanto en población general (174) como en grupos con patologías (175) y se cuenta con un índice de valores de preferencias para los estados de salud, obtenido en población española (176). Como punto débil podríamos destacar el hecho de que el EQ-5D al ser un instrumento genérico de CVRS, su capacidad discriminativa y su sensibilidad, en relación a un instrumento específico de CVRS, será inferior. En cualquier caso, al tratarse de un estudio emplazado en la práctica clínica habitual, el EuroQol, resulta un instrumento idóneo (124).

En nuestro estudio el modelo utilizado consta de tres partes:

- **Primera: (Índice EuroQol: Índice-EQ ó I-EQ):** descripción del estado de salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión). El entrevistado debe elegir para cada una de ellas entre tres niveles de gravedad (“sin problemas”, “algunos/moderados problemas” y “muchos problemas”) que describan su estado de salud “en el día de hoy”. Cada respuesta se codifica como 1, 2 ó 3 respectivamente. Con estos datos se establece el estado de salud del individuo mediante un número de 5 dígitos (uno por cada dimensión estudiada). Cada uno de los componentes de este

número puede adoptar, por tanto, los valores 1, 2 ó 3. Con este sistema se pueden codificar 243 (3^5) estados teóricos de salud distintos denominados “**perfiles de salud**”.

A cada uno de estos perfiles de salud se les asigna un valor individual que puede oscilar entre 1 y -1, asignando a los estados de “salud perfecta” (11111) el valor de 1 y al de “muerte” el de 0. Aunque existen valores negativos para el índice, éstos hacen referencia a aquellos estados de salud que son valorados como peores que la muerte (p.ej. inconsciencia). De esta forma se obtiene una valoración “social” de cada estado de salud y se construye una “tarifa” para cada uno de ellos denominadas “**tarifas sociales**”. Para nuestro estudio hemos utilizado los valores de referencia validados para la población española (176).

- **Segunda: (EQ-EVA):** es una escala visual analógica (EVA), vertical de 20 cm de longitud, graduada de 0 a 100 y con los rótulos “peor estado de salud imaginable” y “mejor estado de salud imaginable” en las puntuaciones 0 y 100 respectivamente. Se debe marcar una línea desde el 0 hasta el nivel que mejor indique su estado de salud “en el día de hoy”.
- **Tercera:** esta tercera parte del cuestionario permite al entrevistado evaluar su estado de salud en el día de hoy con respecto a los últimos 12 meses como: mejor, igual o peor.

4.5.1.2.-Variables independientes o predictoras

1. Variables Sociodemográficas

1.1. Sujeto de estudio. Variable cualitativa dicotómica: paciente/cuidador.

1.2. Edad. V. cuantitativa continua: años.

1.3. Sexo. V. cualitativa dicotómica: hombre/mujer.

1.4. Lugar de Residencia. V. cualitativa dicotómica: Distrito Sanitario Costa del Sol/Área Norte de Málaga.

1.5. Convivencia. V. cualitativa policotómica: solo, con cónyuge o pareja, con otro familiar, con cuidador retribuido, otros.

1.6. Estado civil. V. cualitativa policotómica: soltero, casado, separado/divorciado, viudo, pareja de hecho, otros.

1.7. Nivel educativo. V. cualitativa policotómica: analfabeto, sabe leer y escribir, estudios primarios, secundarios, universitarios.

1.8. Profesión. V. cualitativa policotómica: ama de casa, obrero, funcionario, profesión liberal.

1.9. Nivel socioeconómico. V. cualitativa policotómica: bajo (ingresos inferiores al salario mínimo interprofesional (SMI)), medio (hasta 1.5 veces el SMI), alto (>1.5 veces el SMI). En 2011 el SMI era de 641,40 €/mes.

1.10. Riesgo social. V. cualitativa policotómica. Medido mediante la **Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón** (Anexo 2): <10 normal o riesgo social bajo, [10-16] riesgo social intermedio, >16 riesgo social elevado (problema social).

2. Variables Clínicas

2.1. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). V. cualitativa policotómica. Para su valoración se utilizó el **Índice de Barthel** (Anexo 3): [61-90] dependencia moderada, [91-99] dependencia leve, 100 independencia. Valores inferiores a 60 serían un criterio de exclusión.

2.2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). V. cualitativa policotómica. Para su valoración se utilizó la **Escala de Lawton y Brody** (Anexo 4). Su interpretación respecto a la dependencia sería la siguiente:

	Total	Grave	Moderada	Leve	Autónomo
Mujeres	0-1	2	3-5	6-7	8
Hombres	0	1	2-3	4	5

Con un rango de 0-8 en mujeres y de 0-5 en hombres, ya que en éstos, dada su edad y costumbres sociales, no se valoraron las tareas relacionadas con el mantenimiento del hogar. La presencia de dependencia total o grave sería criterio de exclusión.

2.3. Estado cognitivo. V. cualitativa policotómica. Su valoración se hizo mediante el **Test de Pfeiffer** (Anexo 5) para el cribado de deterioro cognitivo: [0-2] normal, [3-4] deterioro leve, [5-7] deterioro moderado, [8-10] deterioro severo. La presencia de un deterioro cognitivo moderado o severo sería criterio de exclusión.

- 2.4. Estado emocional: ansiedad-depresión.** V. cualitativa dicotómica: Sí/No. Para su valoración se empleó la **Escala de ansiedad y depresión de Goldberg** (Anexo 6) que marca la probable existencia de alguno de estos problemas, o de ambos, teniendo en cuenta que los síntomas debieron presentarse durante al menos las dos semanas anteriores a su evaluación.
- 2.5. Patologías.** V. cualitativa dicotómica: Sí/No. Se recogió la presencia de las siguientes patologías: HTA, Diabetes Mellitus, Dislipemia, EPOC, Cardiopatías y ACV.
- 2.6. Visitas a urgencias.** V. cualitativa policotómica: No, 1-3 veces, >3 veces. Solamente se tuvieron en cuenta las visitas realizadas a cualquier servicio de urgencias en el año anterior a la entrevista.

3. Variables relacionadas con la medicación

- 3.1. Número de medicamentos.** V. cuantitativa discreta. Se establecieron 3 intervalos: [5-7], [8-10] y >10. Las asociaciones se contaron como un solo medicamento. El tener menos de 5 medicamentos sería un criterio de exclusión.
- 3.2. Porcentaje de prescripción por principio activo.** V. cuantitativa continua. Se establecieron 4 intervalos: [0-25], [26-50], [51-75] y [76-100].
- 3.3. Adherencia al tratamiento.** V. cualitativa dicotómica: adherencia / no adherencia o incumplimiento. Se valoró mediante el **Test de Morisky-Green** (Anexo 7) que es un método indirecto de valoración del cumplimiento terapéutico, validado para la población española y empleado con frecuencia en patologías crónicas. Consta de 4 preguntas con respuesta dicotómica que pretende valorar si el paciente adopta actitudes correctas en relación con el tratamiento (Se considera cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas). Es un test que subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento en un 7,9%. Es un método sencillo que permite realizar las preguntas entremezcladas con la conversación y de forma cordial, permitiendo obtener información sobre las causas del incumplimiento en función de las respuestas.

- 3.4. Número de prescriptores.** V. cuantitativa discreta.
- 3.5. Presencia en el botiquín de genéricos de distintas marcas.** V. cualitativa dicotómica: Sí/No.
- 3.6. Capacidad para identificar genéricos iguales.** V. cualitativa dicotómica: Sí/No. Se valoró la capacidad del paciente o cuidador/a para identificar genéricos de distintas marcas aunque con el mismo principio activo como iguales.
- 3.7. Capacidad para identificar genéricos con patologías.** V. cualitativa dicotómica: Sí/No. Se valoró la capacidad del paciente o cuidador/a para identificar genéricos con la patología para la que habían sido prescritos.
- 3.8. Errores.** V. cualitativa dicotómica: Sí/No. Se exploró la existencia de algunos de los siguientes errores relacionados con la toma de la medicación: olvido, duplicidad (consumo simultáneo de dos medicamentos con mismo principio activo creyendo que son diferentes), error de dosis y error de frecuencia.
- 3.9. Reacciones adversas medicamentosas.** V. cualitativa dicotómica: Sí/No. Se clasificaron en dos grupos: Tipo A ó reacciones adversas “augmented” (están relacionadas con la dosis y el principal mecanismo de acción del fármaco) y Tipo B ó reacciones adversas “bizarres” (no relacionadas con la dosis).

4.6.-Recogida de datos

Para la recogida de datos se nombró un responsable del estudio por cada Distrito o Área Sanitaria, así como por cada centro colaborador.

Una vez realizada la selección de la muestra de forma aleatoria la captación de los sujetos del estudio la llevaron a cabo los responsables de los centros colaboradores, bien de manera directa en la consulta, en visita al domicilio o mediante llamada telefónica. Para ello se utilizaron los listados de pacientes polimedicados mayores de 65 años proporcionados por el servicio de farmacia de ambos distritos para cada una de las 19 unidades de gestión clínica participantes en el estudio.

Seleccionados los sujetos y comprobado que cumplían los criterios de inclusión/exclusión se les proponía participar en el estudio. Para reponer las pérdidas, bien por no cumplir con los criterios de inclusión/exclusión o por negarse a participar en el estudio, se obtenían nuevas muestras aleatorias a partir de los listados originales hasta completar el número de pacientes que era necesario captar en cada centro.

El responsable de recogida de datos fue la misma persona para los dos Distritos, con perfil de enfermera y con conocimientos en farmacología y en metodología de enfermería. Se le formó en el procedimiento a seguir y se entrevistó con el paciente antes de haber transcurrido un mes desde su captación para el estudio. El encuestador no tenía más conocimiento que el nombre, dirección, teléfono y tratamiento del sujeto con objeto de cegar sobre otra información. La entrevista se realizó en el domicilio del paciente con el objeto de poder valorar in situ el botiquín así como su gestión por parte del paciente.

Previa a la visita, se revisó el histórico de medicación prescrita así como su retirada de la oficina de farmacia en los últimos 6 meses, a través de la aplicación de receta XXI, identificando la presencia de diferentes presentaciones de una misma sustancia, así como alteraciones en la frecuencia de retirada.

En el primer contacto con el paciente, el responsable de la recogida de datos le volvía a informar del estudio y le proponía la firma del consentimiento informado. Una vez obtenido éste se procedía a la entrevista mediante un cuaderno de recogida de datos elaborado a tal fin que contenía todas las variables y test a recoger.

4.7.-Análisis de datos

La información recogida fue analizada mediante el programa informático SPSS v.20.0 (Licenciado para el Servicio Central de Informática de la Universidad de Málaga).

Se realizó un análisis descriptivo inicial de las variables, utilizando medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación típica) para las

variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Los datos se representaron mediante tablas y figuras.

Todas las variables fueron sometidas a la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar su normalidad, separando medidas paramétricas de no paramétricas.

En el análisis bivalente, se usaron, en función del tipo y distribución de las variables, t de Student, chi cuadrado, U de Mann Whitney o test de Wilcoxon.

Con el objetivo de analizar la relación de la prescripción por principio activo (PPA) con la presencia de GIPS, se comenzó analizando si la variable % PPA cumplía la condición de normalidad en cada uno de los grupos definidos por la variable presencia de GIPS. En caso afirmativo, se aplicó el test de la t de Student en grupos independientes, en caso contrario se recurrió a los tests no paramétricos (U Mann Whitney o test de Wilcoxon).

De igual forma para analizar las diferencias de los valores del índice EuroQol y EQ-EVA con relación a las distintas variables, se utilizó el test de la t de Student si cumplían los criterios de normalidad de la distribución y homogeneidad de las varianzas, χ^2 para variables cualitativas; en caso contrario, se calculó la prueba equivalente no paramétrica U de Mann-Whitney. Análisis de la varianza con utilización del test de Bonferroni.

Se realizó análisis multivariante mediante regresión logística binaria y lineal múltiple, en función de la variable analizada, con la intención de identificar aquellos factores relacionadas con las variables dependientes, así como para controlar variables potencialmente confusoras.

Los resultados se consideraron estadísticamente significativos en caso de presentar un valor p menor a 0,05.

4.8.-Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por las Comisiones de Ética e Investigación del Área Sanitaria Norte de Málaga y del Distrito Sanitario Costa del Sol (Anexo 8) y se llevó a cabo de acuerdo con los requerimientos expresados en los principios de

la Bioética y la Declaración de Helsinki (revisión de Edimburgo, octubre de 2000).

Para garantizar la voluntariedad de participar en el estudio se les solicitó a todos los sujetos del mismo el consentimiento informado mediante modelo normalizado (Anexo 9). Además se les facilitó a los participantes un teléfono de consulta para contrastar la información en todo momento y solicitar cuanta información adicional precisasen. La negativa a la firma condicionaba de manera inmediata la exclusión del estudio. De igual manera este consentimiento se podía revocar en cualquier momento.

Todos los datos recogidos en este proyecto fueron registrados de forma anónima, tal y como marca la Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Con el fin de proteger la confidencialidad de la información se tomaron las siguientes medidas:

- Los datos identificativos se mantuvieron separados del resto de la información recogida en los diferentes cuestionarios del estudio con el fin de proteger la identidad de los participantes (método de anonimización). Cada caso se identificó con un número identificativo con el que se incluía en la base de datos.
- El análisis de la información se hizo siempre de forma agregada y nunca individual.
- Todos los investigadores implicados en el proyecto se comprometieron a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información facilitada por los participantes para lo cual firmaron un documento de confidencialidad (Anexo 10).
- Las bases de datos informáticas del proyecto solamente eran accesibles para los investigadores del proyecto, de acuerdo con la legislación vigente sobre protección de datos de carácter individual.

5.-RESULTADOS

5.1.-Descripción general de la muestra

Durante el periodo de recogida de datos, que se extendió entre junio de 2011 y junio de 2012, se entrevistaron a los 425 sujetos (375 pacientes y 50 cuidadoras/es) que componían la muestra del estudio y que cumplían con los criterios de inclusión/exclusión.

5.1.1.-Variables Sociodemográficas

La edad media de las personas entrevistadas fue de $74,68 \pm 5,62$ años (Figura 16). La distribución por sexos fue de 64,2% de mujeres y 35,8% de hombres (Figura 17). En cuanto a su procedencia, el 76.9% residían en el Distrito Sanitario Costa del Sol y el 23.1% en el Área Sanitaria Norte de Málaga.

Figura 16: Histograma de distribución de la población según edad.

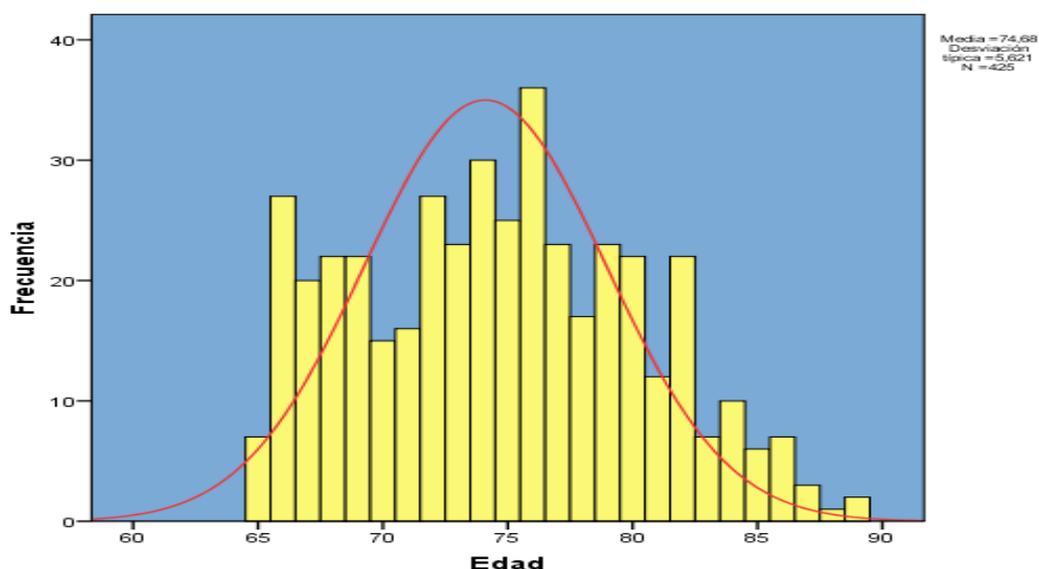
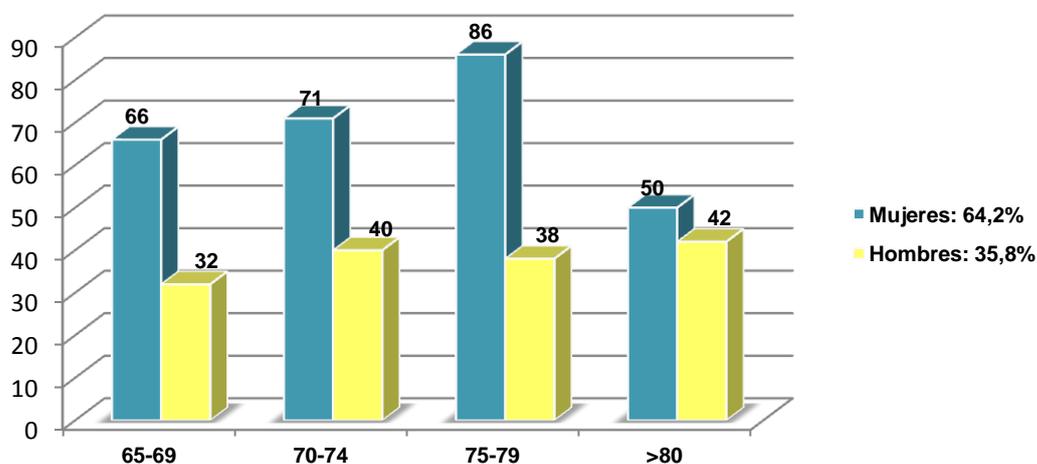


Figura 17: Distribución de la población según grupos de edad y sexo



En la Tabla 6 se muestran los resultados relativos a las **variables sociodemográficas**, donde cabe destacar que el 20,2% de los pacientes vivían solos, el 89,9% de los casos tenían un nivel socioeconómico medio tomando como referencia el salario mínimo interprofesional, siendo los obreros (45,6%) y las amas de casa (36,7%) las profesiones más frecuentes. En cuanto al nivel educativo el 58,4% solamente sabía leer y escribir, con un porcentaje de analfabetos del 19,5% y de tan sólo el 4,2% para estudios universitarios. Según la **escala de Gijón** solamente el 15,8% de los casos presentaban un riesgo social intermedio, no habiéndose detectado ningún caso de riesgo social elevado o problema social.

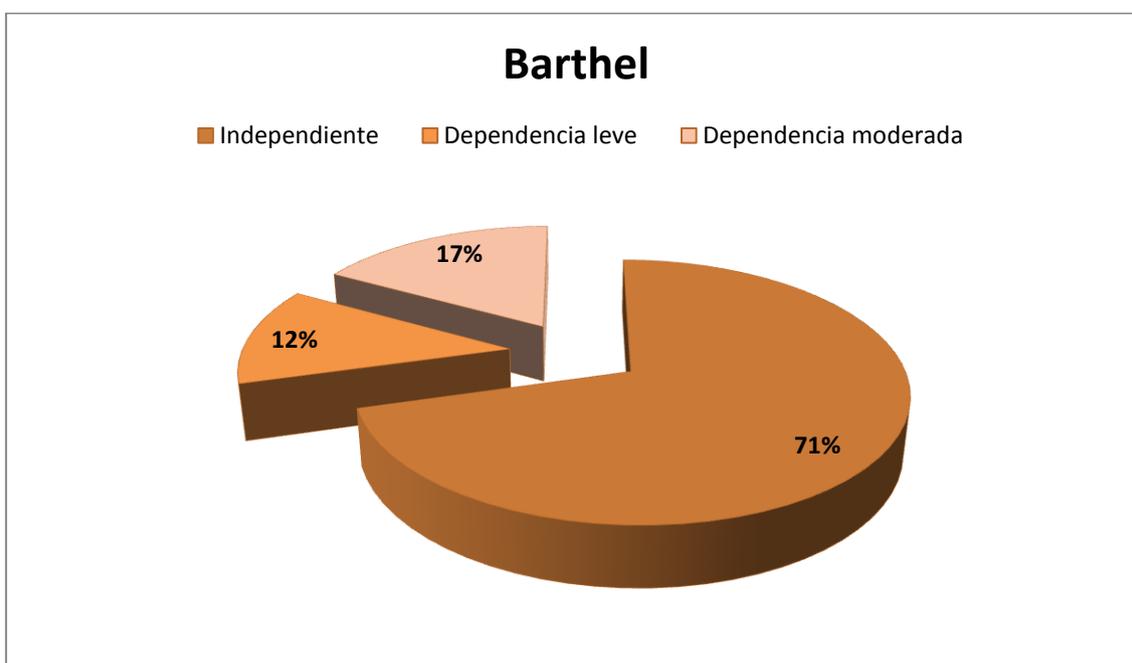
Tabla 6: Variables Sociodemográficas

Variables (N=425)	Categorías	n	%
Sujeto de estudio	<i>Cuidador</i>	50	11,8
	<i>Paciente</i>	375	88,2
Edad	<i>65-69</i>	98	23,1
	<i>70-74</i>	111	26,1
	<i>75-79</i>	124	29,2
	<i>≥80</i>	92	21,6
Sexo	<i>Hombre</i>	152	35,8
	<i>Mujer</i>	273	64,2
Residencia	<i>Costa del Sol</i>	327	76,9
	<i>A. Norte Málaga</i>	98	23,1
Convivencia	<i>Solo</i>	86	20,2
	<i>Acompañado</i>	337	79,3
Estado civil	<i>Soltero</i>	22	5,2
	<i>Casado</i>	264	62,1
	<i>Separado/divorciado</i>	13	3,1
	<i>Viudo</i>	122	28,7
	<i>Pareja de hecho</i>	4	0,9
Nivel educativo	<i>Analfabeto</i>	83	19,5
	<i>Sabe leer y escribir</i>	248	58,4
	<i>Primarios</i>	43	10,1
	<i>Secundarios</i>	33	7,8
	<i>Universitarios</i>	18	4,2
Profesión	<i>Ama de casa</i>	156	36,7
	<i>Obrero</i>	194	45,6
	<i>Funcionario</i>	12	2,8
	<i>Profesión liberal</i>	63	14,8
N.socioeconómico	<i>Bajo</i>	23	5,4
	<i>Medio</i>	382	89,9
	<i>Alto</i>	20	4,7
Riesgo Social (E. Gijón)	<i>Bajo o normal</i>	358	84,2
	<i>Intermedio</i>	67	15,8

5.1.2.-Variables Clínicas

En cuanto a la **valoración funcional y cognitiva**, en la **escala de Barthel** (Figura 18), para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria, se obtuvo una media de $96,91 \pm 5,92$ con un porcentaje de independientes del 70,6%. En el **test de Lawton y Brody** para la valoración de las actividades instrumentales predominó la autonomía (61,7% de las mujeres y 85,4% de los hombres) con una puntuación media de $7,16 \pm 1,36$ en mujeres (Rango 0-8) y de $4,77 \pm 0,60$ en hombres (Rango 0-5). Desde el punto de vista cognitivo solamente 9 casos (2,1%) presentaron un deterioro leve según el **test de Pfeiffer**.

Figura 18: Estado funcional de la población según Escala de Barthel



Las patologías más prevalentes fueron la HTA (84,9%), la dislipemia (63,1%) y las cardiopatías (53,4%). Según la **escala de Goldberg** el 60% de los casos presentaron riesgo de ansiedad y un 32,2% de depresión. El 49,2% de los entrevistados habían acudido entre 1 y 3 veces a urgencias en el último año mientras que el 6,1% lo había hecho en más de 3 ocasiones (Tabla 7).

Tabla 7: Variables Clínicas

Variables (N=425)	Categorías	n	%
ABVD ¹ (Barthel)	<i>Independiente</i>	300	70,6
	<i>D. Leve</i>	53	12,5
	<i>D. Moderada</i>	72	16,9
AIVD ² (Lawton y Brody)	<i>Autónomo</i>	298	70,12
	<i>D. Leve</i>	82	19,29
	<i>D. Moderada</i>	45	10,59
Estado cognitivo (Pfeiffer)	<i>Normal</i>	416	97,9
	<i>Deterioro leve</i>	9	2,1
Estado emocional (Goldberg)	<i>Ansiedad</i>	255	60
	<i>Depresión</i>	137	32,2
Patologías + frecuentes	<i>HTA</i>	361	84,9
	<i>Dislipemia</i>	268	63,1
	<i>Cardiopatía</i>	227	53,4
	<i>Diabetes</i>	224	52,7
	<i>EPOC</i>	64	15,1
	<i>ACV</i>	32	7,5
Visitas urgencias (último año)	<i>No</i>	190	44,7
	<i>1-3</i>	209	49,2
	<i>>3</i>	26	6,1

¹(Actividades Básicas de la Vida Diaria) ²(Actividades Instrumentales de la Vida Diaria)

5.1.3.-Variables Relacionadas con la Medicación

El porcentaje de principio activo se situó por encima del 75% en el 89,6% de los casos (Figura 19), consumiendo más de 10 medicamentos el 48,5% de los pacientes estudiados (Figura 20).

Figura 19: Distribución de la población según % PPA

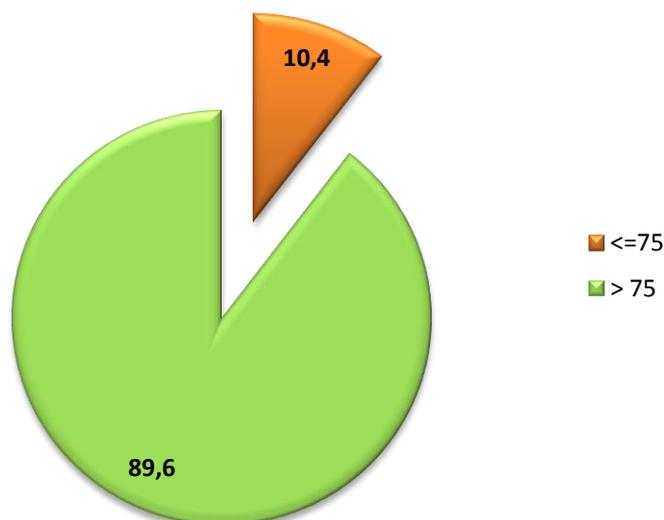
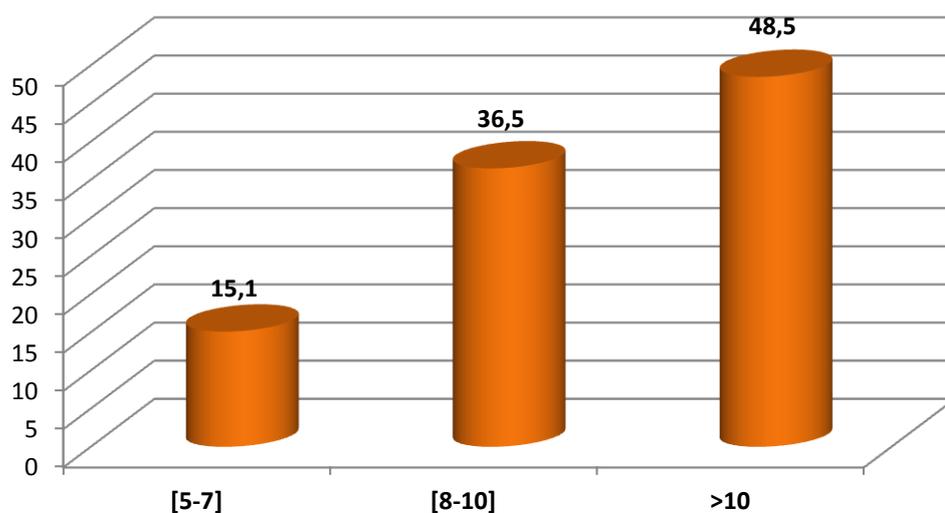


Figura 20: Distribución de la población (%) según nº de medicamentos consumidos



Según el **test de Morisky-Green** el 45,2% de los sujetos presentaron incumplimiento terapéutico, observándose en el botiquín genéricos de distintas marcas en el 83,3% de los casos (Tabla 8).

Tabla 8: Variables Relacionadas con la Medicación

Variables (N=425)	Categorías	n	%
Nº Medicamentos	5-7	64	15,1
	8-10	155	36,5
	>10	206	48,5
%Principio Activo	≤75	44	10,4
	>75	381	89,6
Morisky-Green	<i>Adherencia</i>	233	54,8
	<i>Incumplimiento</i>	192	45,2
Nº de prescriptores	1 ó 2	260	61,2
	>2	165	38,8
Genéricos de distintas marcas	<i>Sí</i>	354	83,3
	<i>No</i>	71	16,7
Identifica genéricos iguales	<i>Sí</i>	149	35,1
	<i>No</i>	276	64,9
Identifica genéricos con patología	<i>Sí</i>	333	78,4
	<i>No</i>	92	21,6
Errores	<i>Olvido</i>	173	40,7
	<i>Duplicidad</i>	12	2,8
	<i>De dosis</i>	217	51,1
	<i>De frecuencia</i>	259	60,9
Reacciones adversas medicamentosas	<i>Tipo A¹</i>	42	9,9
	<i>Tipo B²</i>	98	23,1

1: Tipo A: reacciones adversas "augmented" (están relacionadas con la dosis y el principal mecanismo de acción del fármaco); 2: Tipo B: reacciones adversas "bizarres" (no relacionadas con la dosis).

5.1.4.-Análisis descriptivo por subgrupos de población.

Al realizar el análisis descriptivo de la población por subgrupos de la misma (género, sujeto de estudio y lugar de residencia) (Tabla 9), se encontraron diferencias fundamentalmente a nivel de género, de tal forma que en los hombres se observó un mayor nivel educativo y socioeconómico, así como una mayor prevalencia de diabetes mellitus, EPOC y cardiopatías. Por su parte las mujeres mostraron una mayor prevalencia de riesgo social, de alteraciones del estado emocional (ansiedad y depresión) y de errores de medicación (olvido y error de dosis), a pesar de que mostraron una mayor capacidad que los hombres para identificar los genéricos que tenían en el botiquín con la patología para la que estaban indicados.

Del análisis por sujeto de estudio cabe destacar diferencias a nivel de convivencia (mayor porcentaje de soledad entre los pacientes), capacidad funcional (mayor independencia entre los cuidadores) y mayor prevalencia de depresión entre los pacientes, no observándose diferencias a nivel de edad ni de sexo.

Con respecto al lugar de residencia únicamente se halló un mayor nivel educativo en los pacientes del Distrito Costa del Sol y una mayor prevalencia de EPOC en los pacientes del Área Norte de Málaga.

Tabla 9: Diferencias* encontradas en el análisis de la población por subgrupos

	GÉNERO		SUJETO ESTUDIO		RESIDENCIA	
	Hombre	Mujer	Cuidador	Paciente	Costa Sol	N Málaga
Variables Sociodemográficas	-Nivel socioeconómico alto -Mayor nivel educativo -Convivencia en pareja	-Riesgo social -Convivencia: solo	-Convivencia: en pareja	-Estado civil: viudo -Convivencia: solo	-Mayor nivel educativo	
Variables Clínicas	-Diabetes -EPOC -Cardiopatías	-Ansiedad -Depresión	-Independencia ABVD	-Depresión		-EPOC
Variables r/c Medicación		-Olvido -Error de frecuencia -Identifica genéricos con patología		-Identifica genéricos iguales		

* Diferencias estadísticamente significativas (> frecuencia) a favor del grupo al que se le imputa

5.2.-Gestión Ineficaz de la Propia Salud (GIPS)

5.2.1.-Descripción de indicadores y prevalencias

El 50,4% de los sujetos entrevistados reconoció tener dificultades con el manejo del tratamiento prescrito (Tabla 10).

Tabla 10: Distribución de las características definitorias de GIPS

Características (N=425)	Categorías	n	%
Verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos	Sí	214	50,4
	No	211	49,6
Verbaliza deseos de manejar adecuadamente el tratamiento	Sí	400	94,1
	No	25	5,9

Ateniéndonos a los criterios NANDA seleccionados la prevalencia del diagnóstico GIPS en nuestra muestra fue del 47,8% (Tabla 11).

Tabla 11: Prevalencia de GIPS-NANDA

Diagnóstico (N=425)	n	%
GIPS	203	47,8
No GIPS	222	52,2

La distribución de las puntuaciones de los indicadores NOC se detalla en la Tabla 12.

Tabla 12: Puntuación de los indicadores NOC

Indicadores (N=425)	Media	SD	Mediana
Descripción de la justificación del régimen terapéutico	3,96	0,90	4,00
Descripción de los efectos esperados del tratamiento	2,78	1,14	3,00
Descripción de la medicación prescrita	3,46	0,85	4,00
Cumple el régimen de medicación	4,11	0,77	4,00
Supervisa los efectos terapéuticos	3,62	0,75	4,00
Supervisa los efectos secundarios	1,15	0,43	1,00
Comunica seguir la pauta prescrita	4,37	0,67	4,00

SD= desviación típica

Al tomar como valor de los criterios NOC la media de sus indicadores y considerando que el criterio se cumplía si su media era superior a 3 se obtuvo que el criterio que mayor nivel de cumplimiento presentaba era el referido a la conducta de cumplimiento (91,3%) y el que menos el referido a la conducta terapéutica (36,7%) (Tabla 13).

Tabla 13: Distribución de los criterios NOC según punto de corte en 3

Criterios NOC (N=425)	Media	n	%
1813 Conocimiento: régimen terapéutico	≤3	154	36,2
	>3	271	63,8
1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	≤3	269	63,3
	>3	156	36,7
1601 Conducta de cumplimiento	≤3	37	8,7
	>3	388	91,3

Dado los resultados anteriormente expuestos y al aplicar los criterios diagnósticos de GIPS establecidos para el presente estudio la prevalencia de dicho diagnóstico entre los sujetos de la muestra fue del 37,4% (Tabla 14).

Tabla 14: Prevalencia de GIPS

Diagnóstico (N=425)	n	%
GIPS	159	37,4
No GIPS	266	62,6

5.2.2.-Relación de GIPS con las variables del estudio: análisis bivariante

5.2.2.1.-Variables Sociodemográficas

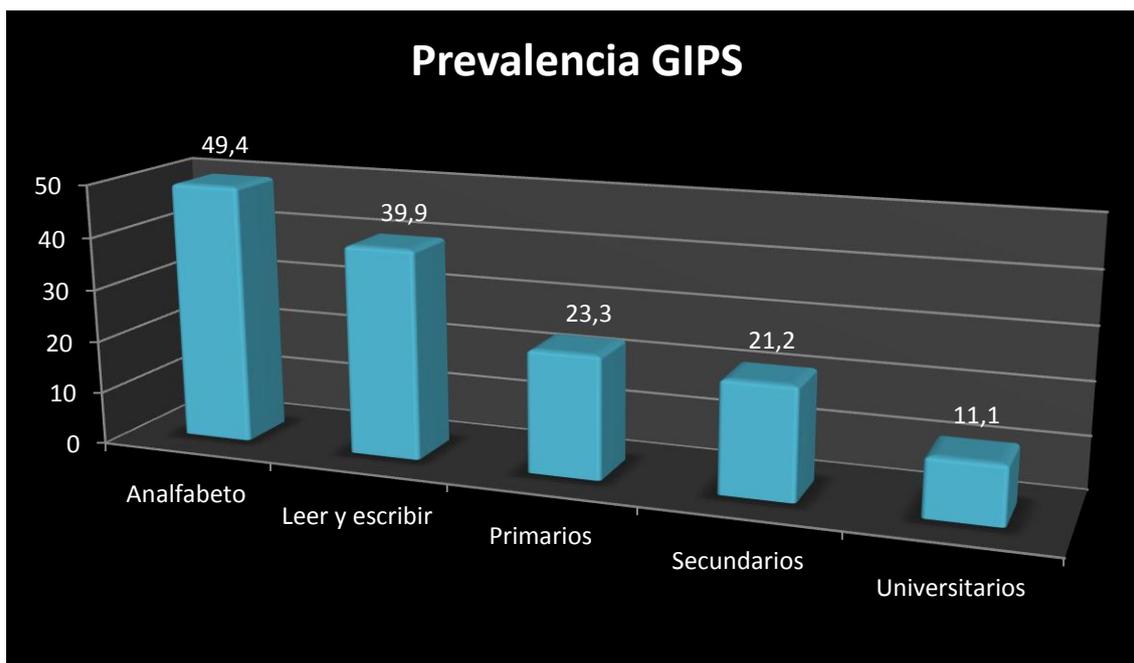
Al tomar GIPS como variable dependiente y compararla con las variables sociodemográficas del estudio (Tabla 15) observamos la existencia de una relación estadísticamente significativa entre GIPS y el hecho de tener 80 o más años, vivir solo, ser analfabeto, tener un nivel socioeconómico bajo y presentar un riesgo social intermedio. No se observaron diferencias significativas con respecto al sujeto de estudio, el sexo, el lugar de residencia, el estado civil, ni la profesión.

Tabla 15: Prevalencia de GIPS en función de las Variables Sociodemográficas

Variables (N=425)	Categorías	n	%
Sujeto de estudio	<i>Cuidador</i>	19	38,0
	<i>Paciente</i>	140	37,3
Edad	<i>65-69</i>	28	28,6
	<i>70-74</i>	45	40,5
	<i>75-79</i>	47	37,9
	<i>≥80</i>	39	42,4¹
Sexo	<i>Hombre</i>	48	31,6
	<i>Mujer</i>	111	40,7
Residencia	<i>Costa del Sol</i>	118	36,1
	<i>A. Norte Málaga</i>	41	41,8
Convivencia	<i>Solo</i>	40	46,5*
	<i>Acompañado</i>	118	35,0
Estado civil	<i>Soltero</i>	10	45,5
	<i>Casado</i>	90	34,1
	<i>Separado/divorciado</i>	4	30,8
	<i>Viudo</i>	53	43,4
	<i>Pareja de hecho</i>	2	50,0
Nivel educativo	<i>Analfabeto</i>	41	49,4²
	<i>Sabe leer y escribir</i>	99	39,9
	<i>Primarios</i>	10	23,3
	<i>Secundarios</i>	7	21,2
	<i>Universitarios</i>	2	11,1
Profesión	<i>Ama de casa</i>	61	39,1
	<i>Obrero</i>	79	40,7
	<i>Funcionario</i>	1	8,3
	<i>Profesión liberal</i>	28,6	28,6
N.socioeconómico	<i>Bajo</i>	13	56,5³
	<i>Medio</i>	143	37,4
	<i>Alto</i>	3	15,0
Riesgo Social (E. Gijón)	<i>Bajo o normal</i>	125	34,9
	<i>Intermedio</i>	34	50,7*

* p<0,05 respecto a las demás categorías; ¹p<0,05: ≥80 vs.65-69; ²p<0,05 analfabeto vs.tres últimas categorías
³p<0,05 n.socioeconómico bajo vs.alto

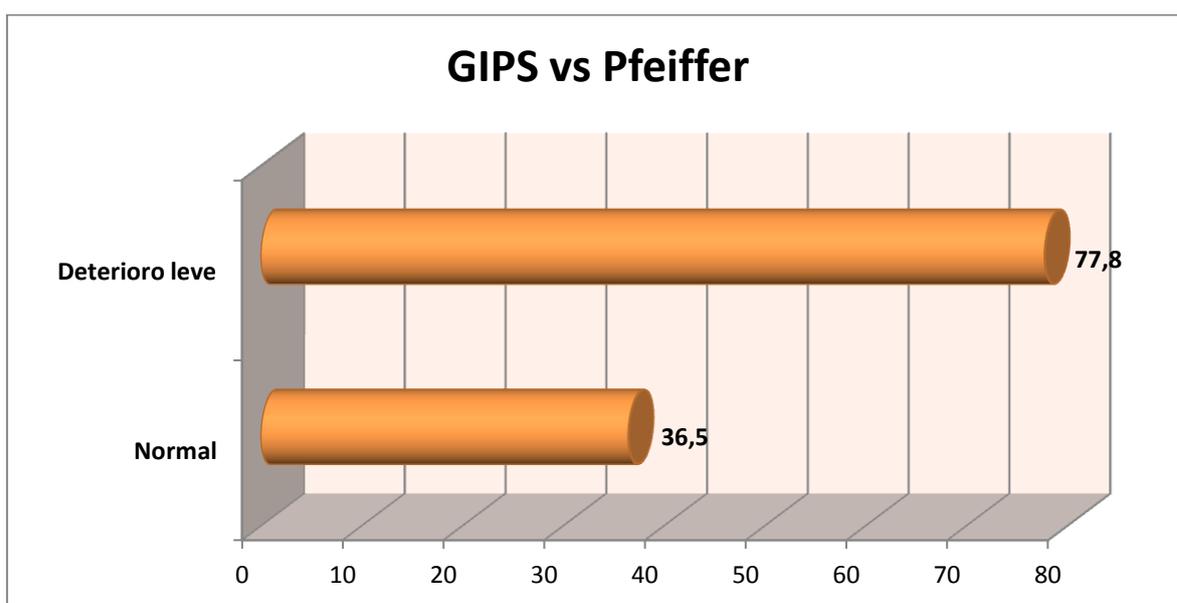
Figura 21: Prevalencia de GIPS en función del nivel educativo



5.2.2.2.-Variables Clínicas

Con respecto a las variables clínicas (Tabla 16) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a presentar una dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria, el deterioro cognitivo (Figura 22) y la depresión.

Figura 22: Prevalencia de GIPS en función del estado cognitivo



No se observaron diferencias respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria, las patologías, ni a las visitas a urgencias en el último año.

Tabla 16: Prevalencia de GIPS en función de las Variables Clínicas

Variables (N=425)	Categorías	n	%
ABVD ¹ (Barthel)	<i>Independiente</i>	103	34,3
	<i>D. Leve</i>	18	34,0
	<i>D. Moderada</i>	38	52,8*
AIVD ² (Lawton y Brody)	<i>Autónomo</i>	97	32,55
	<i>D. Leve</i>	39	47,56
	<i>D. Moderada</i>	23	51,11
Estado cognitivo (Pfeiffer)	<i>Normal</i>	152	36,5
	<i>Deterioro leve</i>	7	77,8*
Estado emocional (Goldberg)	<i>Ansiedad</i>	101	39,6
	<i>Depresión</i>	66	48,2*
Patologías + frecuentes	<i>HTA</i>	142	39,3
	<i>Dislipemia</i>	100	37,3
	<i>Cardiopatía</i>	94	41,4
	<i>Diabetes</i>	92	41,1
	<i>EPOC</i>	27	42,2
	<i>ACV</i>	12	37,5
Visitas urgencias (último año)	<i>No</i>	63	33,2
	<i>1-3</i>	85	40,7
	<i>>3</i>	11	42,3

¹(Actividades Básicas de la Vida Diaria) ²(Actividades Instrumentales de la Vida Diaria)

*p<0,05 respecto a las demás categorías

5.2.2.3.-Variables relacionadas con la medicación.

Al comparar GIPS con las variables relacionadas con la medicación (Tabla 17) se observó que de manera estadísticamente significativa presentaban mayor prevalencia de dicho diagnóstico los pacientes que consumían más de 10 medicamentos, los no adherentes según el test de Morisky-Green, los que en su botiquín tenían genéricos de distintas marcas, los que no identificaban genéricos iguales o con la patología para los que estaban indicados y con todos los errores relacionados con la toma de medicación.

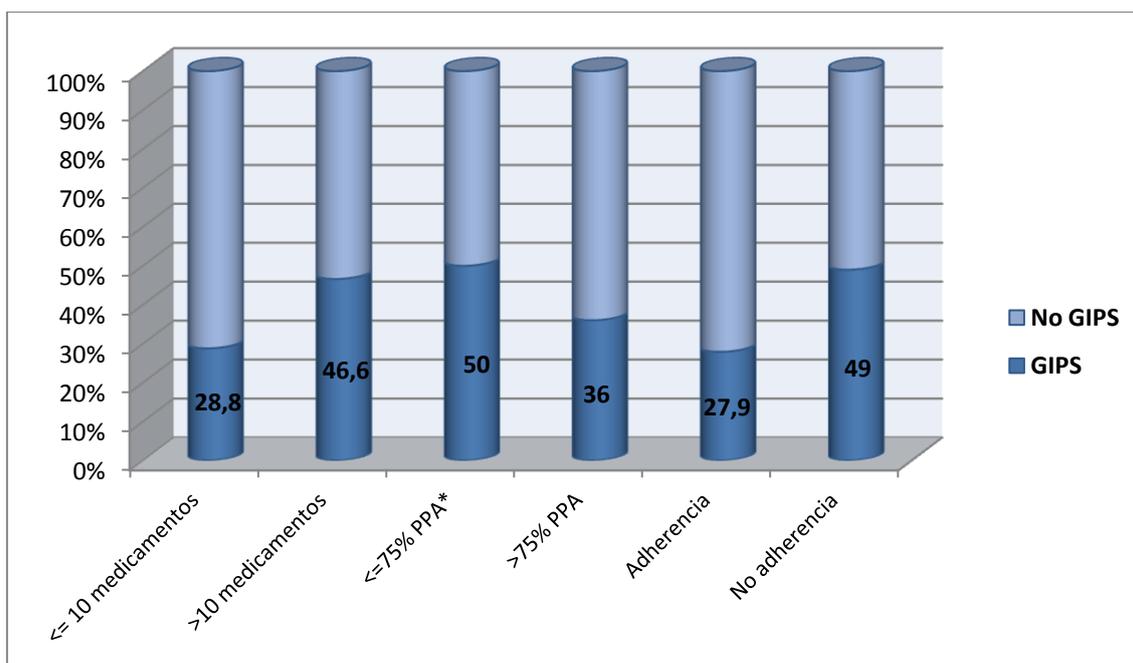
Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas con respecto al porcentaje de prescripción por principio activo, al nº de prescriptores, ni con la presencias de alergias o intolerancias.

Tabla 17: Prevalencia de GIPS en función de las Variables relacionadas con la medicación

VARIABLES (N=425)	Categorías	n	%
Nº Medicamentos	≤10	63	28,8
	>10	96	46,6*
%Principio Activo	≤75	22	50,0
	>75	137	36,0
Adherencia (Morisky-Green)	Adherencia	65	27,9
	Incumplimiento	94	49,0*
Nº de prescriptores	1 ó 2	98	37,7
	>2	61	37,0
Genéricos de distintas marcas	Sí	151	42,7*
	No	8	11,3
Identifica genéricos iguales	Sí	29	19,5
	No	130	47,1*
Identifica genérico con patología	Sí	105	31,5
	No	54	58,7*
Errores	Olvido	84	48,6*
	Duplicidad	11	91,7*
	De dosis	101	46,5*
	De frecuencia	114	44,0*
Reacciones adversas medicamentosas	Tipo A ¹	14	35,9
	Tipo B ²	39	39,8

* p<0,05; 1: Tipo A: reacciones adversas "augmented" (están relacionadas con la dosis y el principal mecanismo de acción del fármaco); 2: Tipo B: reacciones adversas "bizarres" (no relacionadas con la dosis).

Figura 23: Prevalencia de GIPS en función de variables r/c medicación



*%PPA: Porcentaje de prescripción por principio activo

5.2.3.-Relación de GIPS con las variables del estudio: análisis multivariante

5.2.3.1.-Variables sociodemográficas

Al realizar el análisis multivariante tomando como variable dependiente GIPS y como variables independientes las variables sociodemográficas obtuvimos que las que se seguían relacionando de una manera estadísticamente significativa con la presencia de dicho diagnóstico fueron el nivel educativo y el riesgo social, de tal forma que un mayor nivel educativo constituía un factor protector frente a GIPS, mientras que la presencia de riesgo social actuaba como factor favorecedor del mismo (Tabla 18).

Tabla 18: V. sociodemográficas relacionadas con GIPS (regresión logística binaria)

GIPS			
Variables	β^*	IC (95%)	p
Riesgo social ¹	1,917	1,114/3,298	0,019
N. Educativo(2) ²	0,296	0,128/0,684	0,004
N. Educativo(3) ³	0,298	0,116/0,766	0,012
N. Educativo(4) ⁴	0,141	0,030/0,658	0,013

* Coeficiente de regresión beta; 1:Riesgo social intermedio (Escala Gijón); 2:estudios primarios; 3:estudios secundarios; 4:estudios universitarios.

5.2.3.2.-Variables clínicas

Como resultado del análisis multivariante de las variables clínicas obtuvimos que se relacionaban de manera significativa con GIPS la dependencia funcional y la depresión (Tabla 19).

Tabla 19: Variables clínicas relacionadas con GIPS (regresión logística binaria)

GIPS			
Variables	β^*	IC (95%)	p
Depresión ¹	1,951	1,280/2,973	0,002
Barthel(1) ²	0,442	0,210/0,929	0,031
Barthel(2) ³	0,472	0,279/0,800	0,005

* Coeficiente de regresión beta; 1:Riesgo de depresión (Escala Goldberg); 2:Dependencia leve; 3:Independencia.

5.2.3.3.-Variables relacionadas con la medicación

Del análisis multivariante de estas variables se obtuvo que aumentaban el riesgo de GIPS el hecho de tener más de 10 medicamentos prescritos, la no adherencia según el test de Morisky-Green y el hecho de no ser capaz de

identificar genéricos como iguales o con la patología para la que estaban indicados. Por el contrario se mostraron como factores protectores frente a dicho diagnóstico el presentar un porcentaje de prescripción por principio activo superior al 75% y el no tener en el botiquín genéricos de distintas marcas (Tabla 20).

Tabla 20: Variables sobre medicación relacionadas con GIPS (regresión logística binaria)

GIPS			
VARIABLES	β^*	IC (95%)	p
Nº Medicamentos ¹	1,611	1,014/2,559	0,044
Morisky-Green ²	2,506	1,574/3,992	0,0001
%Principio Activo ³	0,287	0,128/0,647	0,003
Genéricos iguales ⁴	3,911	2,318/6,597	0,0001
Genéricos/patologías ⁵	2,935	1,685/5,113	0,0001
Genéricos/marcas ⁶	0,096	0,039/0,235	0,0001

* Coeficiente de regresión beta; 1:>10 medicamentos; 2:No adherencia; 3:>75%PPA; 4:No identifica genéricos iguales; 5:No identifica genéricos con patología; 6:No presenta genéricos de distintas marcas en el botiquín.

5.2.3.4.-Todas las variables

En el análisis definitivo al introducir todas las variables del estudio se manifestaron como factores de riesgo para GIPS, el riesgo social intermedio, la depresión, la no adherencia según Morisky-Green y el hecho de no ser capaz de identificar genéricos iguales o con la patología para la que están indicados. Por el contrario se mantuvieron como factores protectores frente a GIPS el presentar un porcentaje de prescripción por principio activo superior al 75% y el no tener en el botiquín genéricos de distintas marcas (Tabla 21).

Tabla 21: Variables del estudio relacionadas con GIPS (regresión logística binaria)

GIPS			
VARIABLES	β^*	IC (95%)	p
Riesgo social ¹	1,931	1,032/3,614	0,040
Depresión ²	1,806	1,112/2,934	0,017
Morisky-Green ³	2,532	1,594/4,023	0,0001
%Principio Activo ⁴	0,333	0,46/0,759	0,009
Genéricos iguales ⁵	4,748	2,811/8,019	0,0001
Genéricos/patologías ⁶	2,745	1,603/4,700	0,0001
Genéricos/marcas ⁷	0,088	0,036/0,215	0,0001

* Coeficiente de regresión beta; 1:Riesgo social intermedio; 2:Riesgo de depresión (Goldberg); 3:No adherencia; 4:>75%PPA; 5:No identifica genéricos iguales; 6:No identifica genéricos con patología; 7:No presenta genéricos de distintas marcas en el botiquín.

5.2.4.-Relación de GIPS con los indicadores/criterios NOC utilizados en el estudio

Para valorar el comportamiento de los indicadores y criterios NOC, que hemos utilizado en el presente estudio, en aquellos pacientes con diagnóstico GIPS según NANDA, realizamos un análisis bivariante tomando como variable dependiente el diagnóstico GIPS-NANDA y como variables independientes cada uno de estos indicadores/criterios NOC.

De los indicadores NOC seleccionados los que presentaron una relación estadísticamente significativa con GIPS-NANDA fueron los referidos a la descripción y supervisión de los efectos terapéuticos del tratamiento (Tabla 22).

Tabla 22: Relación de GIPS-NANDA con los indicadores NOC

Indicadores	Categorías	n=425	% GIPS
Descripción de la justificación del régimen terapéutico	<i>Cumple</i>	327	43,1
	<i>No cumple</i>	98	63,3*
Descripción de los efectos esperados del tratamiento	<i>Cumple</i>	147	29,9
	<i>No cumple</i>	278	57,2*
Descripción de la medicación prescrita	<i>Cumple</i>	254	37,0
	<i>No cumple</i>	171	63,7*
Cumple el régimen de medicación	<i>Cumple</i>	352	48,9
	<i>No cumple</i>	73	42,5
Supervisa los efectos terapéuticos	<i>Cumple</i>	273	43,2
	<i>No cumple</i>	152	55,9*
Supervisa los efectos secundarios	<i>Cumple</i>	2	50,0
	<i>No cumple</i>	423	47,8
Comunica seguir la pauta prescrita	<i>Cumple</i>	388	49,0
	<i>No cumple</i>	37	35,1

* p<0,05

Además se observó que un bajo nivel de cumplimiento de los criterios NOC 1813 y 1609, se relacionaba de manera significativa con la presencia del diagnóstico GIPS-NANDA (Tabla 23).

Tabla 23: Relación de GIPS-NANDA con los criterios NOC

Indicadores	Categorías	n	% GIPS
1813 Conocimiento: régimen terapéutico	<i>Cumple</i>	271	37,6
	<i>No cumple</i>	154	65,6*
1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	<i>Cumple</i>	156	41,0
	<i>No cumple</i>	269	51,7*
1601 Conducta de cumplimiento	<i>Cumple</i>	388	49,0
	<i>No cumple</i>	37	35,1

* p<0,05

5.3.-Calidad de Vida

5.3.1.-Análisis descriptivo según edad y sexo

En la Tabla 24 se muestran los resultados globales del **EuroQol-5D**, así como ajustados por edad y sexo. La **percepción global** de calidad de vida mediante **EQ-EVA** (0-100) fue de $59,67 \pm 21,08$, obteniendo mejor puntuación los hombres que las mujeres. El cálculo del **Índice-EQ** (0-1) ofreció una puntuación media de $0,66 \pm 0,19$, siendo igualmente más elevada en los hombres.

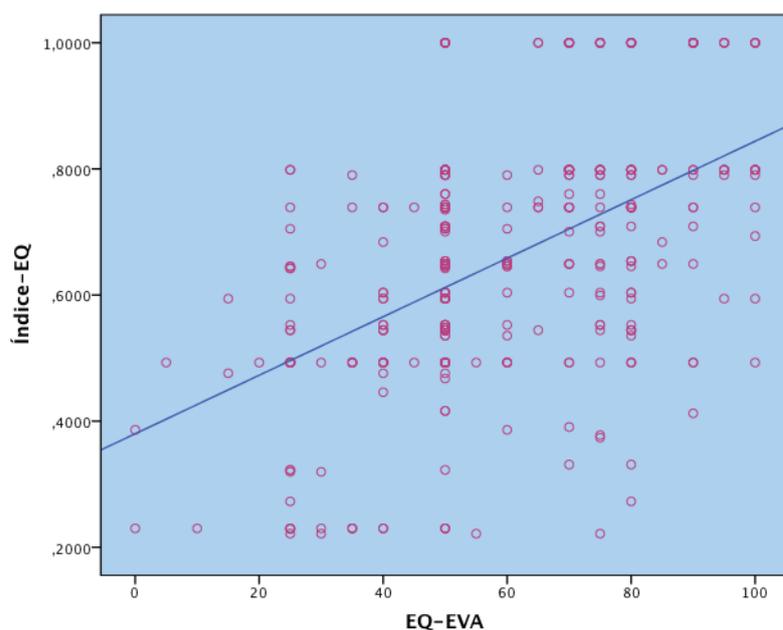
Tabla 24: Resultados (medias) EuroQol-5D ajustados por edad y sexo

Variable	Total	Hombres	Mujeres	≤ 75	>75
EQ-EVA(0-100)	$59,67 \pm 21,08$	$64,64 \pm 18,91^*$	$56,92 \pm 21,74$	$59,48 \pm 21,48$	$59,90 \pm 20,62$
Índice-EQ(0-1)	$0,66 \pm 0,19$	$0,72 \pm 0,18^*$	$0,63 \pm 0,19$	$0,68 \pm 0,18$	$0,64 \pm 0,18^*$

* $p < 0,05$

La Figura 24 muestra la relación existente entre Índice-EQ y EQ-EVA, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0,499 ($p = 0,0001$ bilateral).

Figura 24: Relación entre Índice-EQ y EQ-EVA



De las **dimensiones claves** del EuroQol-5D (Tabla 25) los problemas de ansiedad-depresión fueron los más prevalentes presentándose en el 68,2% de los casos, seguido del dolor (58,4%) y de los problemas de movilidad (52,7%).

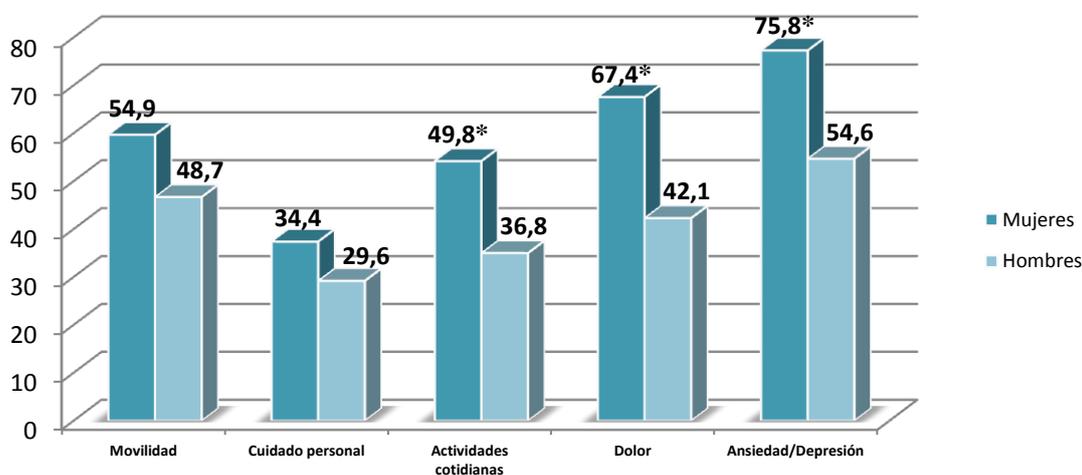
El perfil 11111 (ningún problema en ninguna dimensión) se dio en 52 casos (12,2%), mientras que el 49% presentó problemas en 3 o más dimensiones.

Tabla 25: Porcentaje de la muestra según presenten o no problemas en las dimensiones del Índice-EQ

Dimensiones I-EQ (N=425)	Categorías	n	%
Movilidad	Sin problemas	201	47,3
	Con problemas	224	52,7
Cuidado personal	Sin problemas	286	67,3
	Con problemas	139	32,7
Actividades cotidianas	Sin problemas	233	54,8
	Con problemas	192	45,2
Dolor	Sin problemas	177	41,6
	Con problemas	248	58,4
Ansiedad-depresión	Sin problemas	135	31,8
	Con problemas	290	68,2

Con respecto al **sexo** (Figura 25) se observaron diferencias significativas en las dimensiones: actividades cotidianas, dolor y ansiedad/depresión, con una mayor prevalencia de problemas entre las mujeres.

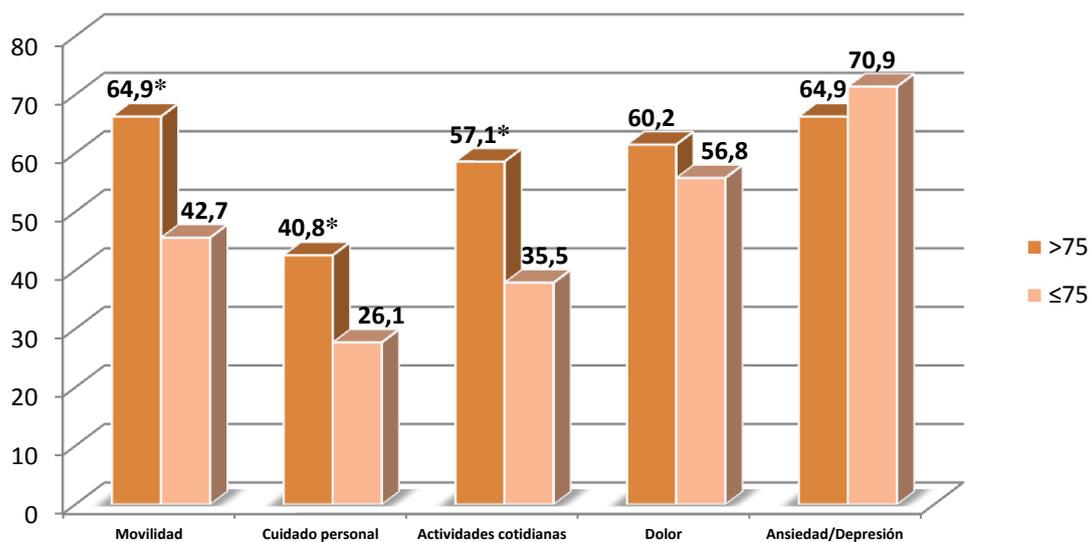
Figura 25: Porcentaje de dimensiones con problemas según sexo



*p<0,05

En relación con la **edad** (Figura 26) al comparar los mayores de 75 con el resto se observó, en los mayores de 75, un empeoramiento estadísticamente significativo en las dimensiones: movilidad, cuidado personal y autonomía para las actividades cotidianas, mientras que disminuyeron los problemas de ansiedad/depresión.

Figura 26: Porcentaje de dimensiones con problemas según edad



*p<0,05

En cuanto a la influencia que la afectación de las distintas dimensiones del EuroQol-5D produce sobre la percepción de la calidad de vida medida mediante EQ-EVA (figuras 27 a 31), cabe destacar que la presencia de problemas en cualquier dimensión influye de manera estadísticamente significativa en dicha percepción en comparación con el hecho de no presentarlos. Las personas que obtienen una mejor puntuación global de calidad de vida son aquellas que no presentan problemas de dolor (EQ-EVA: $67,78 \pm 19,25$), mientras que las que obtienen una peor puntuación son las que refieren problemas para el cuidado personal (EQ-EVA: $48,56 \pm 18,78$) (Tabla 26).

Tabla 26: Percepción de calidad de vida (EQ-EVA) en función de la dimensión afectada

	Movilidad	Cuidado personal	Actividades cotidianas	Dolor	Ansiedad-Depresión
Sin problemas	$67,63 \pm 20,50$	$65,09 \pm 20,01$	$66,90 \pm 19,55$	$67,78 \pm 19,25$	$66,67 \pm 19,82$
Con problemas	$52,57 \pm 18,98^*$	$48,56 \pm 18,78^*$	$50,94 \pm 19,54^*$	$53,91 \pm 20,45^*$	$56,40 \pm 20,88^*$

*p<0,05

Figura 27: Percepción de la calidad de vida (EQ-EVA) en función de la movilidad

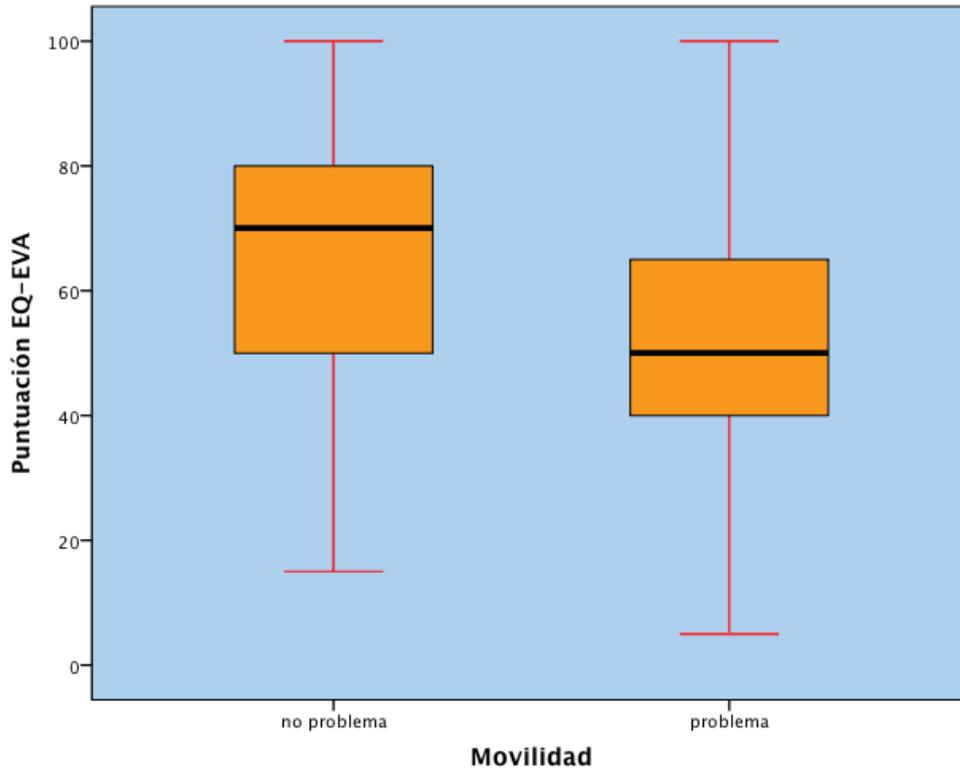


Figura 28: Percepción de la calidad de vida (EQ-EVA) en función del cuidado personal

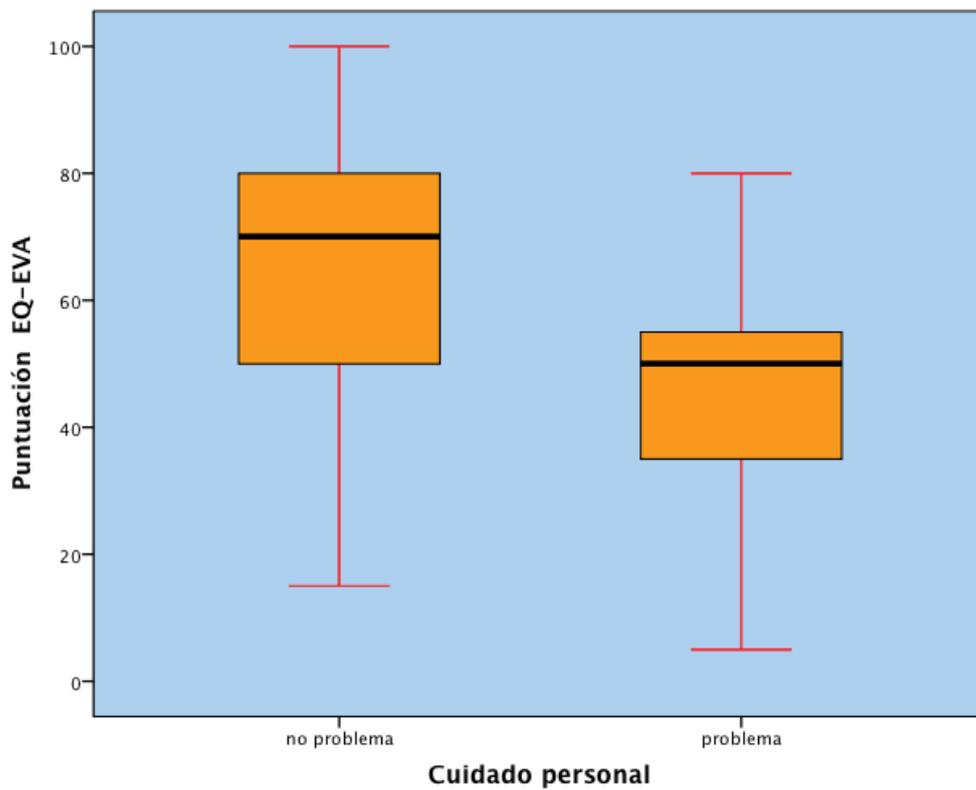


Figura 29: Percepción de la calidad de vida (EQ-EVA) en función de las actividades cotidianas

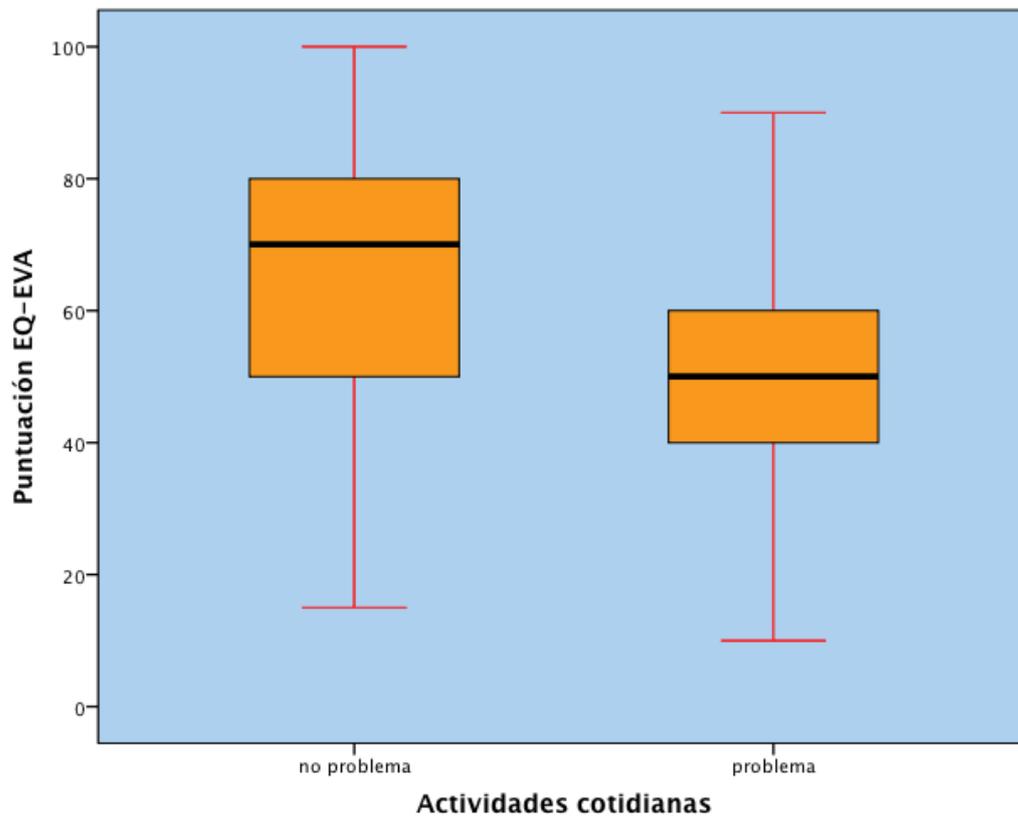


Figura 30: Percepción de la calidad de vida (EQ-EVA) en función del dolor

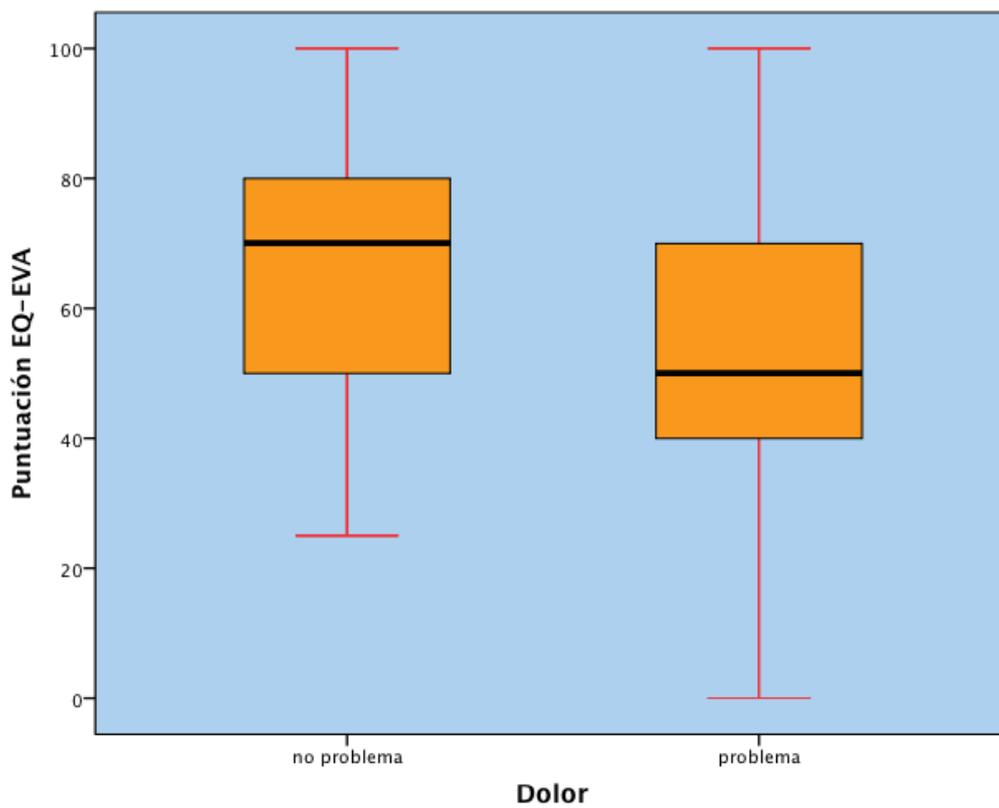
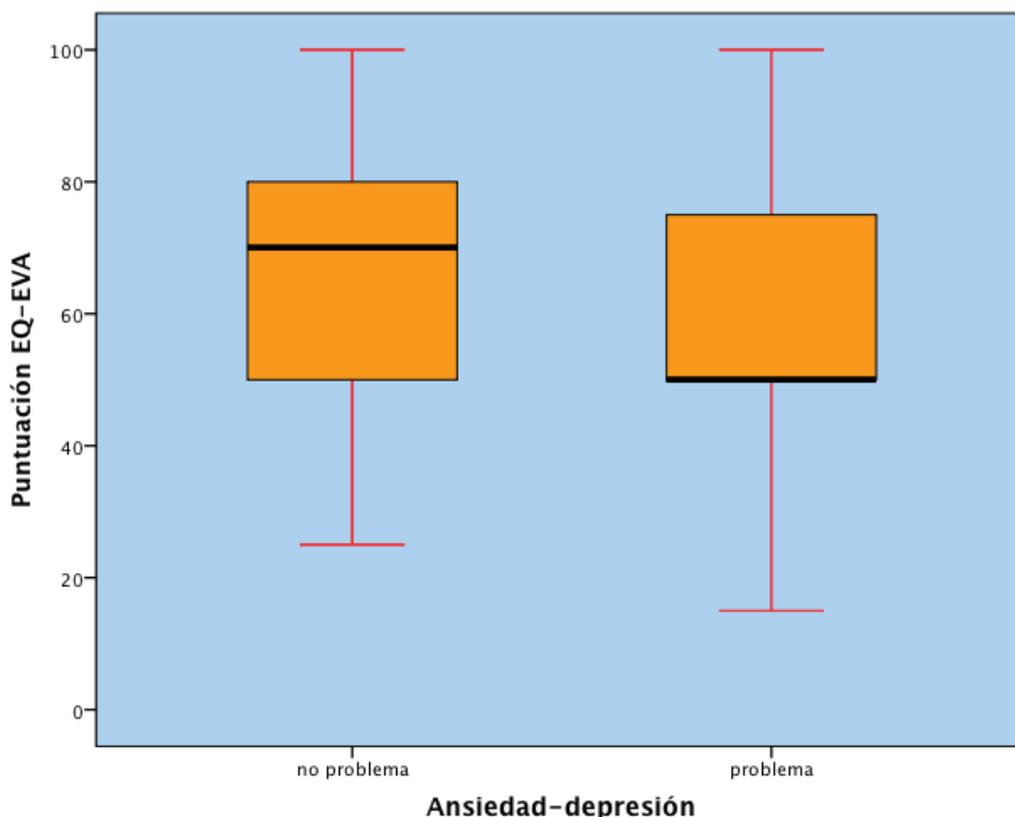


Figura 31: Percepción de la calidad de vida (EQ-EVA) en función de ansiedad-depresión



En lo referente a la percepción del estado de salud respecto al año anterior (Tabla 27), el 46,4% de los casos refirió peor estado de salud que hacía un año.

Tabla 27: Percepción del estado de salud respecto al año anterior

Variable (N=425)	Categorías	n	%
Percepción salud hoy	Mejor	69	16,2
	Igual	159	37,4
	Peor	197	46,4

5.3.2.-Relación de la Calidad de Vida con las variables del estudio: análisis bivalente

5.3.2.1.-Variables sociodemográficas

Se observó en ambas escalas la existencia de una relación estadísticamente significativa entre **peor calidad de vida** y vivir solo, ser analfabeto, ama de casa y tener riesgo social. Por el contrario, se relacionó con una **mejor calidad de vida** tener un nivel socioeconómico elevado (Tabla 28).

Tabla 28: Resultados EQ-EVA(0-100) e Índice-EQ(0-1) en función de las variables sociodemográficas

Variables	Categorías	EQ-EVA(59,67±21,08)¹	Índice-EQ(0,66±0,19)²
Sujeto de estudio	<i>Paciente</i>	59,25±20,93	0,65±0,19*
	<i>Cuidador</i>	62,80±22,16	0,71±0,19
Lugar residencia	<i>Costa Sol</i>	55,36±18,78*	0,64±0,19
	<i>Norte Málaga</i>	60,97±21,58	0,67±0,19
Convivencia	<i>Solo</i>	55,58±21,16*	0,62±0,19*
	<i>Acompañado</i>	60,74±21,01	0,67±0,19
Estado civil	<i>Soltero</i>	62,73±17,51	0,68±0,16
	<i>Casado</i>	60,21±21,35	0,69±0,19 [†]
	<i>Separado/Divorciado</i>	61,92±25,45	0,64±0,23
	<i>Viudo</i>	57,01±20,23	0,60±0,19
	<i>Pareja de hecho</i>	81,25±23,94 [#]	0,75±0,39
Nivel socioeconómico	<i>Bajo</i>	49,57±21,04*	0,61±0,19
	<i>Medio</i>	59,58±20,99*	0,66±0,19
	<i>Alto</i>	73,68±15,17*	0,79±0,16*
Nivel educativo	<i>Analfabeto</i>	50,84±20,15*	0,59±0,19*
	<i>Sabe leer y escribir</i>	59,07±20,82	0,66±0,18
	<i>E.Primarios</i>	65,58±18,96	0,69±0,20
	<i>E.Secundarios</i>	67,66±19,13	0,78±0,20 [‡]
	<i>E.Universitarios</i>	80,28±14,08*	0,73±0,18
Profesión	<i>Ama de casa</i>	54,46±21,23*	0,61±0,18*
	<i>Obrero</i>	62,65±20,59	0,69±0,19
	<i>Funcionario</i>	70,00±17,96	0,74±0,19
	<i>Profesión liberal</i>	61,45±20,33	0,69±0,20
Riesgo Social (E. Gijón)	<i>Normal/bajo</i>	61,78±20,70*	0,68±0,19*
	<i>Intermedio</i>	48,43±19,58	0,55±0,17

1,2: puntuación media±Sd del I-EQ y EQ-EVA; * p<0,05 respecto al resto de categorías; [#]pareja de hecho vs viudo o casado; [†]casado vs viudo; [‡]estudios secundarios vs tres primeras categorías

5.3.2.2.-Variables clínicas

En cuanto a las variables clínicas, se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre peor calidad de vida y el deterioro cognitivo, la ansiedad y la depresión.

Por el contrario, una mejor calidad de vida se relacionó con la independencia funcional y con el hecho de no haber realizado visitas a los servicios de urgencias en el último año (Tabla 29).

No se observaron diferencias significativas con respecto a las patologías.

Tabla 29: Resultados EQ-EVA(0-100) e Índice-EQ(0-1) en función de las variables clínicas

Variables	Categorías	EQ-EVA(59,67±21,08) ¹	Índice-EQ(0,66±0,19) ²
ABVD ³ (Barthel)	<i>D.moderada</i>	46,46±18,45	0,48±0,12
	<i>D.leve</i>	49,34±18,63	0,53±0,14
	<i>Independencia</i>	64,68±20,06*	0,73±0,17*
Estado cognitivo (Pfeiffer)	<i>Normal</i>	60,19±20,88	0,67±0,19
	<i>Deterioro leve</i>	35,56±15,89*	0,50±0,17*
Ansiedad (Goldberg)	<i>Sí</i>	55,81±20,89*	0,60±0,18*
	<i>No</i>	65,44±20,07	0,75±0,18
Depresión (Goldberg)	<i>Sí</i>	49,56±21,30*	0,57±0,19*
	<i>No</i>	64,49±19,21	0,71±0,18
Visitas a urgencias (último año)	<i>No</i>	63,49±19,99*	0,70±0,19*
	<i>1-3 veces</i>	57,49±21,04	0,64±0,19*
	<i>>3 veces</i>	49,42±23,85	0,55±0,18*

1,2: puntuación media±Sd del I-EQ y EQ-EVA; * p<0,05 respecto al resto de categorías

5.3.2.3.-Variables relacionadas con la medicación

En ambas escalas se relacionó con una peor calidad de vida el consumo de más de 10 medicamentos, la falta de adherencia o incumplimiento, la incapacidad para identificar genéricos iguales y el presentar más de un error en la toma de medicación. Además según EQ-EVA se relacionó con mejor calidad de vida el tener un porcentaje superior al 75% de prescripción por principio activo y no tener más de 2 prescriptores (Tabla 30).

Tabla 30: Resultados EQ-EVA(0-100) e Índice-EQ(0-1) en función de las variables relacionadas con la medicación

Variables	Categorías	EQ-EVA(59,67±21,08) ¹	Índice-EQ(0,66±0,19) ²
Nº Medicamentos	≤10	63,46±21,12	0,70±0,19
	>10	55,66±20,32*	0,62±0,19*
%Principio Activo	≤75	52,73±24,43	0,65±0,21
	>75	60,47±20,54*	0,66±0,19
Adherencia (Morisky-Green)	<i>Adherencia</i>	61,52±21,26	0,68±0,20
	<i>Incumplimiento</i>	57,41±20,69*	0,64±0,19*
Nº de prescriptores	1 ó 2	61,33±21,49	0,66±0,19
	>2	57,04±20,20*	0,66±0,20
Identifica genéricos iguales	<i>Sí</i>	64,83±19,05	0,69±0,19
	<i>No</i>	56,90±22,08*	0,65±0,19*
Identifica genérico con patología	<i>Sí</i>	60,95±20,93	0,67±0,19
	<i>No</i>	55,05±21,08*	0,65±0,20
Errores	≤ 1	61,79±20,91	0,69±0,19
	> 1	57,59±21,09*	0,63±0,20*

1,2: puntuación media±Sd del I-EQ y EQ-EVA; * p<0,05

5.3.2.4.-Relación de GIPS con la Calidad de Vida

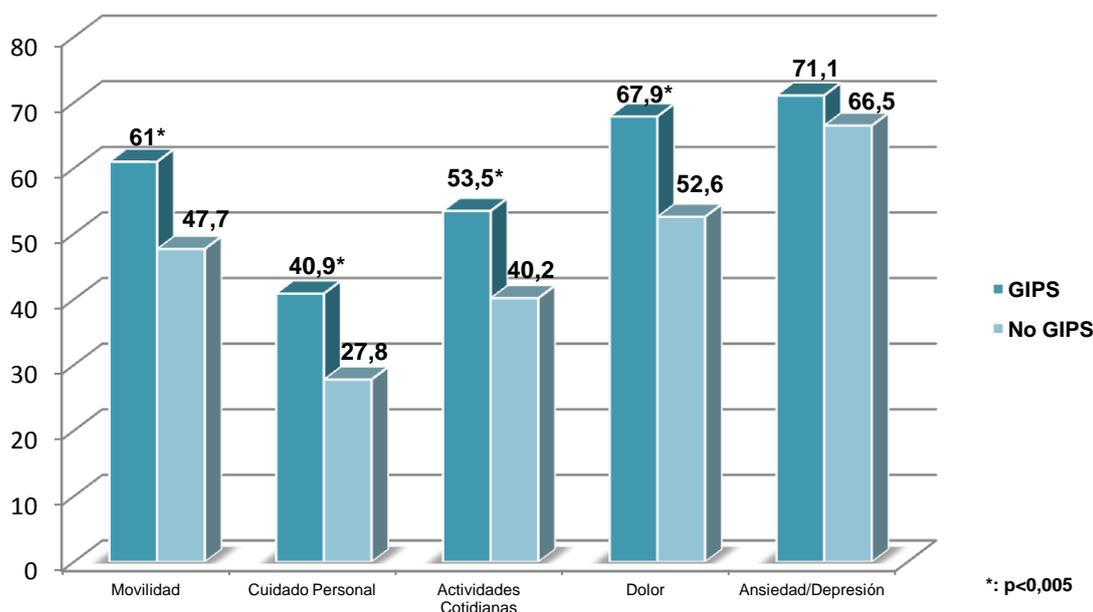
Al analizar el impacto que sobre la calidad de vida produce la presencia del diagnóstico Gestión Ineficaz de la Propia Salud se encontró una relación estadísticamente significativa entre peor calidad de vida y la confirmación de dicho diagnóstico tanto en la EQ-EVA como en el Índice-EQ (Tabla 31).

Tabla 31: Resultados medios EQ-EVA e Índice-EQ en función de GIPS

	GIPS	N	Media	Desviación Típica	Error típico de la media	t Student
EQ-EVA	No GIPS	265	63,57	20,095	1,234	0,0001
	GIPS	159	53,18	21,142	1,677	
Índice-EQ	No GIPS	266	0,688	0,191	0,012	0,0001
	GIPS	159	0,619	0,194	0,015	

Por otra parte, también se observó una mayor prevalencia de problemas en todas las dimensiones del Índice-EQ en aquellos pacientes con diagnóstico GIPS en comparación con los que no lo presentan (Figura 32).

Figura 32: Porcentaje de dimensiones con problemas en función de GIPS



5.3.3.-Relación de la Calidad de Vida con las variables del estudio: análisis multivariante

5.3.3.1.-Análisis por subgrupos de variables

En la Tabla 32 se exponen las variables del estudio que se relacionaron de manera positiva o negativa con la calidad de vida en función de la variable dependiente (EQ-EVA ó Índice-EQ) y del grupo de variables que se utilizaron como variables independiente (sociodemográficas, clínicas ó relacionadas con la medicación) (Anexo 12).

Tabla 32: Resultado análisis multivariante CV por subgrupos de variables

	EQ-EVA		Índice-EQ	
	Mejor CV	Peor CV	Mejor CV	Peor CV
Variables Sociodemográficas	-Universitario -Sexo masculino	-Riesgo social(Gijón) -Analfabeto	-Vivir acompañado -Estudios secundarios	-Riesgo social(Gijón) -Analfabeto -Viudo/a -Ama de casa
Variables Clínicas	-Independencia ABVD (Barthel)	-Ansiedad -Depresión -Deterioro cognitivo (Pfeiffer)	-Independencia ABVD (Barthel)	-Ansiedad -Depresión -Visitas a urgencias
Variables r/c Medicación		-GIPS -Tener más de 10 medicamentos -No identificar genéricos iguales		-GIPS - Tener más de 10 medicamentos

5.3.3.2.-Análisis con todas las variables.

En las tablas 33 y 34 se exponen los resultados del análisis multivariante al introducir todas las variables que resultaron significativas en el análisis por subgrupos de variables.

Tabla 33: Variables del estudio relacionadas con CV (Índice-EQ) (regresión lineal múltiple)

Variables	Índice-EQ		
	β^*	IC (95%)	p
ABVD [#] (Barthel) ¹	0,196	0,163/0,229	0,0001
Ansiedad ²	-0,100	-0,131/-0,070	0,0001
Depresión ³	-0,085	-0,117/-0,053	0,0001
Riesgo social (Gijón) ⁴	-0,058	-0,103/-0,014	0,010
Profesión ⁵	-0,040	-0,071/-0,010	0,010
Estado civil ⁶	-0,037	-0,070/-0,005	0,070

* Coeficiente de regresión beta; [#] Actividades Básicas de la Vida Diaria; 1:Independiente; 2:Riesgo de ansiedad (Goldberg); 3:Riesgo de depresión (Goldberg); 4:Riesgo social intermedio; 5:Ama de casa; 6:Viudo/a.

Tabla 34: Variables del estudio relacionadas con CV (EQ-EVA) (regresión lineal múltiple)

EQ-EVA			
Variables	β^*	IC (95%)	p
ABVD [#] (Barthel) ¹	15,499	11,640/19,359	0,0001
Nivel educativo ⁴ ²	13,556	5,097/22,015	0,002
Depresión ³	-11,266	-14,917/-7,615	0,0001
Riesgo social (Gijón) ⁴	-7,567	-12,262/-2,871	0,002
Nivel educativo ¹ ⁵	-5,552	-9,899/-1,205	0,012
GIPS ⁶	-4,639	-8,288/-0,990	0,013
Genéricos iguales ⁷	-4,403	-8,183/-0,623	0,023
Edad ⁸	0,428	0,116/0,740	0,007

* Coeficiente de regresión beta; [#] Actividades Básicas de la Vida Diaria; 1:Independiente; 2:Universitario; 3:Riesgo depresión (Goldberg); 4:Riesgo social intermedio; 5:Analfabeto; 6:Presencia del diagnóstico Gestión Ineficaz de la Propia Salud; 7:No identificar genéricos iguales; 8:Mayor edad

En **ambas escalas** se relacionó con **mejor calidad de vida** la independencia para las actividades básicas de la vida diaria, mientras que con **peor calidad de vida** se relacionó la depresión y el riesgo social.

Además, según el **Índice-EQ**, se relacionó con una peor calidad de vida la ansiedad, el ser ama de casa y el estar viudo/a.

Por su parte, la **escala EQ-EVA**, nos añadió como factores asociados a mejor calidad de vida el tener estudios universitarios y la edad y a peor calidad de vida el ser analfabeto, presentar diagnóstico de GIPS y no ser capaz de identificar genéricos iguales.

6.-DISCUSIÓN

Con los resultados expuestos se ha pretendido dar respuesta a los objetivos planteados en el presente estudio. La discusión de dichos resultados la realizaremos en función de los objetivos planteados, iniciándola por los objetivos específicos y concluyendo con el general.

Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas, clínicas, funcionales y cognitivas de esta población.

Se ha estudiado una muestra representativa y de tamaño considerable (n=425) de personas (375 pacientes y 50 cuidadoras/es) residentes en dos demarcaciones geográficas de la provincia de Málaga, una costera y otra de interior que abarca todo el espectro de características sociodemográficas, aunque con predominio de las clases sociales medias.

De las **características sociodemográficas** de la muestra cabe destacar el alto porcentaje de personas que vivían solas, el bajo nivel educativo y el predominio del nivel socioeconómico medio.

En una población con una edad media aproximada de 75 años y con un porcentaje de viudos/as del 27,8%, se observan niveles elevados de soledad (un 20,2% de estas personas viven solas). Esto es una constante en estudios realizados con poblaciones similares (115, 138, 177).

La mayoría de los sujetos del presente estudio nacieron entre 1935 y 1940, y por tanto, su infancia se desarrolló a lo largo de la Guerra Civil Española y la Postguerra, con tasas muy bajas de escolarización que concuerdan con el bajo nivel educativo observado en otros estudios (177,178).

Si a estas características sociodemográficas le sumamos una edad media elevada (74,68 años), así como el predominio del sexo femenino (64,2%), nos encontramos con una estructura demográfica muy similar a la observada para la población española con 65 y más años por Rojo Pérez et al (179) o por Abellán García et al (180).

En cuanto a las **características clínicas** podría llamar la atención el elevado porcentaje de personas independientes tanto para las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria, además de la baja prevalencia de

deterioro cognitivo. En este sentido es necesario aclarar que en nuestro trabajo hemos excluido a las personas que presentaban un deterioro cognitivo moderado o severo con el objeto de dar validez a sus respuestas a los distintos test cumplimentados, así como aquellos que presentaban una incapacidad funcional severa ya que pretendíamos estudiar pacientes polimedicados que fueran capaces de manejar de manera independiente sus tratamientos (87,117,163).

En el caso de aquellos pacientes que no eran independientes para el manejo de los mismos por limitaciones funcionales y/o cognitivas se escogieron como sujetos de estudios a sus respectivos cuidadores/as siempre y cuando presentaran características similares, es decir, fueran mayores de 65 años y cumplieran con los criterios de inclusión/exclusión del estudio y además se encargaran de administrar los tratamientos a sus personas cuidadas.

Se observa una alta prevalencia de problemas de ansiedad (60%) y depresión (32,2%), siendo necesario advertir que para su cribado se utilizó como herramienta la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg que nos indica la probable existencia de un problema de ansiedad/depresión si los síntomas se presentaron durante al menos las dos semanas anteriores a la entrevista, por lo que dichas cifras podrían estar sobredimensionadas teniendo en cuenta que se trata un marcador de riesgo.

Aún cuando la ansiedad y la depresión son los trastornos emocionales más habitualmente encontrados en las personas mayores de 65 años no resulta fácil dar cifras reales sobre la magnitud del problema.

Usando criterios tipo DSM-IV, la prevalencia de depresión en personas mayores se establece entre un 1-2 % para depresión mayor y un 10-12% para distimias, pero se calcula que hasta un 30% de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad pueden padecer, alguna vez, sintomatología depresiva (181).

Como grupo, los trastornos de ansiedad son las enfermedades mentales más comunes, con una prevalencia mensual del 7,5% en adultos de todas las edades. En el grupo de adultos mayores de 65 años esta prevalencia mensual baja al 5,5%, pero es de casi el 20% en un período de 6 meses y del 35% a lo largo del ciclo vital (182).

Rodríguez Fernández et al, en un estudio con personas mayores de 65 años no institucionalizadas en una zona rural encontraron una prevalencia del 16,5% para los trastornos de ansiedad y del 17,6% para los de depresión (183), lo que pone de manifiesto la gran variabilidad de cifras que podemos encontrar al respecto en la literatura.

En cuanto a las **características** que esta población presenta con respecto a las variables **relacionadas con la medicación**, destaca especialmente el elevado consumo de medicamentos, el alto porcentaje de prescripción por principio activo y la presencia de incumplimiento terapéutico en el 45,2% de los casos según el test de Morisky-Green.

Si bien partíamos de una población ya de por sí polimedicada, pues un criterio de inclusión era el consumo de al menos 5 medicamentos, destaca el hecho de que el 48,5% de los sujetos de estudio consuman de forma habitual más de 10 fármacos distintos.

No obstante, la polimedicación es una característica propia del tipo de población con la que hemos trabajado de tal forma que en nuestro medio, en población ambulatoria por encima de los 65 años, la prevalencia de polimedicación se situaría en un rango que oscila entre el 30 y el 50%, según la metodología empleada con un consumo medio de medicamentos entre 8 y 10 (36, 37, 41).

El 89,6% de los entrevistados presentaron un porcentaje de prescripción por principio activo superior al 75%, datos que concuerdan con los del Servicio Andaluz de Salud según el cual en nuestra comunidad este tipo de prescripción pasó del 0,35% en septiembre de 2001 al 93,12% en febrero de 2013 (184).

Los niveles de incumplimiento terapéutico encontrados (45,2%), aunque parezcan muy elevados, concuerdan con los de la bibliografía consultada, ya que en pacientes crónicos se estima que la falta de seguimiento estricto de las recomendaciones se situaría alrededor del 50% (78-80). Dependiendo de las patologías la variabilidad de los datos encontrados es significativa: 75% de incumplimiento en enfermedad psiquiátrica, 70% en asmáticos, 50% en hipertensos, diabéticos y dislipémicos ó 30-40% en patología aguda (81,82).

Para despejar posibles dudas sobre sesgos que se pudieran haber cometido al utilizar población de dos zonas geográficas distintas así como incluir como sujetos de estudio a pacientes y cuidadoras, se realizó un análisis de la población por subgrupos de la misma (género, sujeto de estudio y lugar de residencia) con el objetivo de encontrar diferencias significativas dentro de cada uno de dichos subgrupos.

Tras dicho análisis se comprobó que las características de los individuos en función del lugar de residencia o de su rol como cuidador/a o paciente eran muy similares observándose las mayores diferencias cuando los sujetos de estudio eran analizados en función del género. En este sentido en los hombres se observó un mayor nivel educativo y socioeconómico, así como una mayor prevalencia de diabetes mellitus, EPOC y cardiopatías. Por su parte las mujeres mostraron una mayor prevalencia de riesgo social, de alteraciones del estado emocional (ansiedad y depresión) y de errores de medicación.

Estos resultados son congruentes con los de otros estudios (36,139,177) y despejan la duda sobre la pertinencia de haber mezclado en el presente trabajo, como sujetos de estudio, a pacientes y cuidadoras/es o a personas de diferentes áreas geográficas.

Todo lo anteriormente expuesto, nos dibuja un **perfil tipo de paciente** que se correspondería con el de una mujer de unos 75 años de edad, de nivel socioeconómico medio, con bajo nivel educativo, con elevada prevalencia de problemas de ansiedad y depresión, gran consumo de fármacos y alto grado de incumplimiento terapéutico, características que deberían tenerse muy en cuenta a la hora de abordar a este tipo de población. Este perfil coincide con el de otros estudios (179, 180).

Objetivo 2: Establecer la prevalencia de GIPS e identificar sus factores relacionados en este tipo de pacientes.

Puesto que el objetivo general del presente estudio buscaba encontrar relaciones entre GIPS y una modalidad específica de prescripción de medicamentos (prescripción por principio activo), a la hora de plantearnos cuándo íbamos a considerar que un paciente presentaba una gestión ineficaz de su tratamiento medicamentoso decidimos por consenso de expertos escoger aquellos indicadores que nos iban a marcar un diagnóstico dirigido a tal circunstancia.

En ese sentido escogimos aquellos criterios NANDA que mejor definían el diagnóstico GIPS, entendiendo éste como aquella situación en la que los pacientes tienen dificultades para incorporar o mantener dentro de su vida cotidiana el régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad manifestando su deseo de manejar la situación, así como las dificultades que encuentran para ello, diferenciándolo de esta forma del concepto de incumplimiento en el que el paciente muestra una conducta que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de salud acordado.

De igual forma seleccionamos aquellos indicadores NOC que más directamente se relacionaban con el manejo del tratamiento medicamentoso y que iban a contribuir a dirigir el foco de nuestro diagnóstico de una manera más específica a ese aspecto del tratamiento.

En base a ello, obtuvimos una prevalencia de GIPS siguiendo los criterios NANDA del 47,8%. Al añadir como criterios diagnósticos los indicadores NOC seleccionados dicha prevalencia se situó en el 37,4% que nos marcaba un diagnóstico de GIPS relacionado directamente con el manejo del tratamiento farmacológico. Por su parte el test de Morisky-Green nos mostró una prevalencia de incumplidores del 45,2%.

Todo ello pone en evidencia la importancia de este problema en pacientes mayores, crónicos y polimedicados que frecuentan las consultas de Atención Primaria, enriqueciendo y aportando una visión diferente al amplio espectro de estudios que sobre adherencia terapéutica se han realizado en este ámbito, y

que en contadas ocasiones abordan este fenómeno desde la perspectiva enfermera.

Morilla-Herrera et al, en un estudio realizado en el ámbito de la atención primaria con pacientes crónicos con una edad media de 67 años, encontraron una prevalencia de GIPS del 36%, con un 35% de incumplidores según Morisky-Green (163).

Torres-Pérez et al (185), obtuvieron una prevalencia de GIPS del 55,29% al estudiar pacientes crónicos que acudían a un servicio de urgencias, siendo la adherencia terapéutica del 29,3% según el test de Batalla y del 53,9% según Morisky-Green.

En general, en pacientes crónicos se estima que la falta de seguimiento estricto de las recomendaciones se situaría alrededor del 50%, en función de la patología estudiada y del instrumento utilizado para medir el cumplimiento terapéutico.

Así Márquez-Contreras et al, en un análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005 que incluía 26 estudios con un total de 3.553 pacientes encontraron un porcentaje de incumplidores del 32,53% (82).

Tuesca-Molina et al, en un estudio poblacional en España con 4.009 sujetos hipertensos mayores de 60 años, utilizando el test de Morisky-Green obtuvieron un porcentaje de incumplidores del 47% (86).

Por su parte Fernández-Lisón et al (11), en su estudio con ancianos polimedcados utilizando el cuestionario de comunicación del autocumplimiento propuesto por Haynes y Sackett encontraron un 44% de pacientes no cumplidores siendo este incumplimiento esporádico en un 69% de los casos y secuencial en un 31% de los mismos.

Escamilla-Fresnadillo et al, mediante un enfoque cualitativo con grupos focales obtuvieron un porcentaje de incumplidores del 47,6% en mayores polimedcados (79).

Del mismo modo que son muchos los enfoques e instrumentos que se pueden utilizar para acercarse al problema del incumplimiento, también son muchos los factores y circunstancias que se relacionan con éste o con su versión desde la perspectiva enfermera que sería la Gestión Ineficaz de la Propia Salud.

La bibliografía describe una gran cantidad de características potencialmente vinculadas a una baja adherencia a los medicamentos y las agrupa en factores relacionados con el paciente, con la patología, con el tratamiento o con el equipo asistencial (88).

La NANDA (74) distingue 16 posibles factores relacionados con GIPS que van desde factores relacionados con el déficit de conocimientos, con la complejidad del régimen terapéutico o con dificultades económicas...

Los resultados del presente trabajo nos señalan como, tras el análisis multivariante por grupos de variables (sociodemográficas, clínicas y relacionadas con la medicación), mostraron una relación estadísticamente significativa con GIPS, es decir, se comportaron como factores de riesgo para este diagnóstico, el riesgo social, la depresión, el consumo de más de 10 medicamentos, la falta de adherencia terapéutica y el hecho de no ser capaz de identificar genéricos como iguales o con la patología para la que estaban indicados.

Por el contrario se comportaron como factores protectores frente al mismo, un mayor nivel educativo, la independencia funcional, el presentar un porcentaje de prescripción por principio activo superior al 75% y el no tener en el botiquín genéricos de distintas marcas.

Estos resultados muestran la importancia que para un adecuado manejo del régimen terapéutico tienen tanto las capacidades físicas, como cognitivas y emocionales, así como la complejidad del tratamiento y la actitud con la que el paciente aborda el mismo. Sin embargo otros factores como pudieran ser la edad o el sexo no parecen tener un papel determinante (79, 88, 186).

Crespillo-García et al (87), en un estudio con pacientes polimedicados mayores de 65 años, desde una perspectiva cualitativa, observaron que se relaciona con una disminución de la adherencia al tratamiento la polimedicación, la

acumulación de fármacos, la confusión con los genéricos, la complejidad de la pauta, la duplicidad terapéutica y la falta de coordinación entre hospital, primaria y farmacias junto a los problemas cognitivos, las creencias negativas y determinadas características de los medicamentos.

En su estudio con ancianos polimedcados (11), se observó un mayor número de errores y falta de adherencia en aquellos pacientes que consumían un mayor número de fármacos, presentaban riesgo social, dependencia funcional y deterioro cognitivo.

La complejidad del tratamiento es uno de los motivos más estudiados como causa de incumplimiento. El consumo de gran número de medicamentos, la presencia de genéricos de distintas marcas o la duplicidad terapéutica aparecen en la literatura como factores que dificultan el manejo de los tratamientos por parte de los pacientes y los conducen a una disminución de la adherencia (8,11,87).

Palop-Larrea en su informe sobre adherencia en el paciente anciano, afirma que los factores que más directamente se relacionan en este tipo de pacientes con los problemas de adherencia y gestión de sus tratamientos son el número de médicos prescriptores, la polimedcación, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro funcional y cognitivo (187).

En base a estos factores, que coinciden en parte con los resultados del presente estudio, se proponen una serie de medidas tendentes a facilitar la adherencia y el manejo que de sus tratamientos realizan los pacientes, como podrían ser reducir la complejidad de los mismos (en número de fármacos y pauta posológica), facilitar la toma mediante el uso de organizadores de medicación, aportar información/educación sanitaria tanto oral como escrita en relación a su enfermedad y tratamiento y buscar el apoyo familiar o el soporte social o de las instituciones, sobre todo, en aquellos casos de pacientes que viven solos o presentan limitaciones funcionales o cognitivas (83, 84, 187).

Objetivo 3: Valorar el comportamiento de indicadores/criterios de la Nursing Outcomes Classification (NOC) relacionados con el manejo de la medicación en pacientes con diagnóstico GIPS según criterios de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Aunque el propósito inicial de la NOC, como sistema de clasificación de resultados, no era otro más que la monitorización de la evolución de los pacientes antes y después de las intervenciones enfermeras, al estar estos resultados organizados en indicadores mensurables mediante escalas tipo Likert, hubo autores que pensaron en un uso extensivo de la NOC a su propósito inicial utilizando sus indicadores como descriptores de las manifestaciones y factores relacionados de muchos diagnósticos de la NANDA, de tal forma que actuaran como instrumentos de ayuda al diagnóstico enfermero.

De esta forma, diferentes autores han usado con éxito conjuntos de estos indicadores para construir herramientas clinimétricas en distintos campos.

Keenan et al (188) seleccionaron, mediante técnica de consenso, criterios de resultados de la NOC apropiados para uso domiciliario con muy buenos resultados en cuanto a coeficientes de correlación.

Morilla-Herrera et al, desarrollaron un instrumento basado en indicadores NOC para la ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos con GIPS en atención primaria con una adecuada fiabilidad interobservador y una buena consistencia interna (163).

De la misma manera, Torres-Pérez et al (185) utilizaron un instrumento basado en criterios NOC para valorar la adherencia y la presencia del diagnóstico manejo inefectivo del régimen terapéutico (MIRT) en personas con patologías crónicas que acudían a un servicio de urgencias hospitalarios.

En el presente estudio, y por limitaciones de su diseño, no se pretendió el desarrollo de una herramienta diagnóstica, sino conseguir un diagnóstico de GIPS centrado en el manejo que el paciente realizaba de su tratamiento farmacológico, introduciendo criterios NOC relacionados con dicho tratamiento como apoyo diagnóstico a los criterios NANDA.

Esta fórmula de utilizar criterios NOC como complemento al diagnóstico con criterios NANDA ya fue empleada por Rojas-Sánchez et al (189) en un ensayo clínico, cuyo objetivo era evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería efectuadas en el domicilio del paciente para el diagnóstico “manejo inefectivo del régimen terapéutico” en adultos con enfermedades crónicas.

Los resultados del presente estudio establecen que un bajo nivel de cumplimiento de los criterios NOC 1813 (Conocimiento: régimen terapéutico) y 1609 (Conducta terapéutica: enfermedad o lesión), se relaciona de manera estadísticamente significativa con la presencia del diagnóstico GIPS según criterios NANDA. Esta relación es especialmente significativa en todos aquellos indicadores en los que su incumplimiento denota un déficit de conocimientos por parte del paciente.

Muchos autores han establecido la relación entre el déficit de conocimientos y los problemas de cumplimiento. Así Piñeiro et al (190), estudiaron el nivel de conocimientos acerca de la enfermedad como método indirecto para la valoración del cumplimiento, o el propio test de Batalla para la valoración de la adherencia terapéutica que se basa en tres preguntas sobre el conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad (81).

Sánchez-Gavira et al, llevaron a cabo la valoración del criterio NOC 1813: Conocimiento del régimen terapéutico, como método para la identificación de pacientes crónicos con problemas de adaptación a sus programas de tratamiento (191).

Por su parte Padilla-Zárate et al (192), en un estudio que exploraba factores relacionados con MIRT en paciente con diabetes tipo 2, encontraron que el factor que con mayor frecuencia se repetía era el de déficit de conocimientos.

Todo lo anteriormente expuesto denota la importancia del papel que el conocimiento, tanto de su enfermedad como de su tratamiento, juega en el buen seguimiento de sus regímenes terapéuticos por parte de personas mayores con patologías crónicas y en los que el personal de enfermería representa un papel fundamental como proveedor de cuidados y de educación sanitaria a dicha población.

Objetivo 4: Conocer la calidad de vida relacionada con la salud, sus factores asociados y el impacto que sobre la misma produce la presencia de GIPS y la prescripción por principio activo.

Para dar respuesta a este objetivo del estudio el instrumento utilizado ha sido el EuroQol-5D que, según se describió en el apartado de material y métodos, se trata de un cuestionario genérico de medición de la CVRS que nos permite la descripción del estado de salud general o por dimensiones y que presenta evidentes ventajas sobre otros tal y como concluyeron en su estudio, sobre calidad de vida en mayores de 65 años, Azpiazu et al (138).

La puntuación media de la muestra en EQ-EVA: 59,67, se encuentra entre los valores obtenidos por otros estudios nacionales, siendo muy parecida a la puntuación de los mayores de 65 años de la población general de Cataluña (174) o a los mayores de 65 años con riesgo vascular de Sevilla (37). También son similares a los obtenidos por König et al (193) en un estudio realizado con mayores de 75 años en 6 países europeos, donde obtuvieron una media de 61,9, con valores que iban de 60,0 para Italia a 72,9 para Holanda. Sin embargo, es inferior a los resultados obtenidos por Kind et al (194) con mayores de 60 años en el Reino Unido o a la obtenida por los mayores de 65 años de 2 áreas sanitarias de Madrid (117).

De igual forma, la puntuación global obtenida en el Índice Euroqol: 0,66, también se sitúa entre los resultados obtenidos en otros estudios realizados a nivel nacional, siendo comparables a los de la población residencial de Soria (195) y superior a los de otros estudios consultados (111,137).

Se encuentran importantes diferencias en la percepción de la calidad de vida relacionada con el sexo, percibiendo las mujeres su estado de salud y su calidad de vida de forma menos favorable que los hombres. Esta tendencia se observa tanto en los resultados globales del EQ-EVA (56,92 vs. 64,64), en los del Índice-EQ (0,63 vs. 0,72) y en todas las dimensiones de éste y concuerda con los resultados obtenidos en la mayoría de los estudios consultados (111,115,117,196). Esto nos debería hacer pensar en la existencia de factores intrínsecos o extrínsecos que afecten a esta percepción como pudieran ser la soledad, la incapacidad funcional o los trastornos afectivos, problemas que son

más prevalentes en las mujeres a estas edades (117). Aunque menos varones que mujeres llegan a las etapas más avanzadas de la vida, parece que los que llegan lo hacen en mejores condiciones.

No son tan claros los resultados obtenidos con respecto a la edad. El hecho de que a mayor edad se hayan encontrado puntuaciones ligeramente más elevadas en EQ-EVA (59,90 vs. 59,48) pese a tener peor puntuación en el Índice-EQ (0,64 vs. 0,68), también aparece en otros estudios (117,197). Asimismo llama la atención el hecho de que se observe una menor prevalencia de problemas en la dimensión ansiedad/depresión del índice-EQ en las personas de mayor edad, aunque estos hayan aumentado en las demás dimensiones, resultados que también coinciden con los obtenidos por otros autores (117,195,197) y que seguramente estén relacionados con la adaptación a la nueva realidad, a pesar de la aparición de nuevas enfermedades y discapacidades, que explicarían el empeoramiento en otras áreas.

Los problemas principalmente declarados en relación a las dimensiones claves del Euroqol-5D han sido, por orden de frecuencia, los referidos a la ansiedad/depresión, el dolor y la movilidad. Estos resultados difieren de los obtenidos por Azpiazu et al (117) en su trabajo con mayores de 65 años en el que el problema más prevalente fue el dolor, seguido de la ansiedad/depresión y movilidad. Por su parte, Savioa et al, en un estudio realizado en Italia con mayores de 75 años, observaron que los problemas más prevalentes fueron los referidos al dolor, ansiedad/depresión y movilidad (198)

Ruiz et al (199), en su estudio sobre pacientes sometidos a profilaxis antitrombótica observaron que en una situación de patología médica aguda la dimensión más afectada fue la relacionada con las actividades cotidianas y la que menos la referida a la ansiedad/depresión. Esto podría estar relacionado con el impacto inicial que la enfermedad produce sobre las actividades de la vida diaria, problemas que en la patología crónica van siendo paliados mediante mecanismos de adaptación y sustituidos por otros que se van implantando con el paso del tiempo.

Al evaluar el impacto que producen estos problemas sobre la percepción de la calidad de vida se observó que lo que más influye son las dificultades para el cuidado personal, de tal manera que estas personas son las que puntúan peor su calidad de vida, mientras que lo mejor valorado es el hecho de no presentar problemas de dolor, lo cual se refleja mediante las mejores puntuaciones en dicha escala. Estos resultados coinciden en parte con los obtenidos por Zamora-Sánchez et al (197), donde lo que peor puntuaba era la presencia de ansiedad/depresión y lo que mejor la ausencia de dolor.

El 12,2% de los sujetos del estudio declararon no presentar ningún problema en ninguna dimensión, es decir, presentan un perfil de salud óptimo (11111), resultado que mejora el obtenido por los pacientes complejos de Barcelona (7.5%) (197) y claramente inferior al encontrado en la población general de Navarra (70%) (200). En este sentido cabría comentar que si bien una de las desventajas que se le achaca al instrumento Euroqol-5D pudiera ser la existencia de un efecto techo (ceiling effect) (176) relacionado con la tendencia de las personas a aplicar la mejor puntuación, en nuestro caso no se ha producido dicha circunstancia que se observa más bien cuando el estudio se realiza en muestras de la población general.

Del resto de las variables del estudio, las que más claramente se relacionaron en el análisis bivariado con la calidad de vida van, en general, en la misma dirección que las descritas en la bibliografía: bajo nivel de estudios (115,138), riesgo social (111,201), nivel socioeconómico (138), nº de medicamentos (115), visitas a urgencias (197), incumplimiento terapéutico (86), ansiedad y depresión (36,111,138) y dependencia funcional (111,137,138). Respecto a la convivencia, se observaron diferencias significativas, según Índice-EQ, que relacionaban mejor calidad de vida con el hecho de vivir en pareja, mientras que en otros estudios la relación se establecía entre vivir solo y tener peor calidad de vida (111,197).

Dos variables a las que se les quiso prestar especial atención en cuanto a su impacto sobre la calidad de vida, en estos pacientes, fueron la prescripción por principio activo y la presencia del diagnóstico de Gestión Ineficaz de la Propia Salud.

Con respecto a la **prescripción por principio activo** los pacientes con un porcentaje superior al 75% obtuvieron mejores resultados en calidad de vida en ambas escalas, si bien las diferencias solamente resultaron significativas para EQ-EVA (60,47 vs 52,73) y no se mantuvieron tras el análisis multivariante. Estos resultados no se han podido contrastar al no encontrar otros estudios que relacionen dichas variables.

Al analizar el impacto que sobre la calidad de vida produce la presencia del diagnóstico **Gestión Ineficaz de la Propia Salud**, se observó una mayor prevalencia de problemas en todas las dimensiones del Índice-EQ en aquellos pacientes con diagnóstico GIPS en comparación con los que no lo presentaban. Además se encontró, en el análisis bivariante, una relación estadísticamente significativa entre peor calidad de vida y la confirmación de dicho diagnóstico tanto en la EQ-EVA como en el Índice-EQ, diferencias que se mantuvieron tras el análisis multivariante para la EQ-EVA.

Estos resultados coinciden con los de Torres-Pérez et al, que encontraron una reducción significativa de la calidad de vida superior a 5 puntos en aquellos paciente crónicos con diagnóstico de MIRT/GIPS (185).

Por su parte, Tuesca-Molina et al (86), en su estudio sobre determinantes del cumplimiento terapéutico en mayores de 60 años, encontraron una mejor calidad de vida en aquellos pacientes que presentaban una mayor adherencia y un mejor seguimiento de sus tratamientos.

Tras el análisis multivariante final con todas las variables, se constató, que en concordancia con los resultados de otros autores, la capacidad funcional (137,138) y la salud mental (111,138), son factores que influyen de manera determinante en la calidad de vida, factores a los según los resultados de este estudio habría que sumar otros como son el nivel educativo, el riesgo social o el presentar diagnóstico de GIPS.

Podemos afirmar, por tanto, que el nivel de calidad de vida de los pacientes del presente estudio es comparable al de otras poblaciones con características sociodemográficas similares, no constituyendo la prescripción por principio activo un factor que influya negativamente. Son la incapacidad funcional y los

problemas sociales y psicológicos, los principales condicionantes de la misma en este tipo de población. Sería por tanto recomendable el desarrollo de estrategias sanitarias y sociales que potencien al máximo posible la capacidad funcional y la salud mental de nuestros ancianos, corrijan situaciones de riesgo social y eviten el uso de la polimedicación como principal recurso a la hora de dar respuesta a sus problemas, facilitando de esa forma la gestión que estos pacientes hacen de sus tratamientos.

Objetivo general: Evaluar si la prescripción por principio activo en pacientes polimedcados mayores de 65 años se relaciona con una Gestión Ineficaz de la Propia Salud (GIPS).

Según todo lo anteriormente comentado, la respuesta a nuestro objetivo principal sería negativa, en el sentido de que los resultados obtenidos contradicen la hipótesis planteada en la justificación del presente estudio.

Tras el análisis multivariante con todas las posibles variables relacionadas con GIPS, y en contra de lo que en un principio pudiera pensarse, la prescripción por principio activo se mostró como un factor protector frente a este diagnóstico.

Aunque el 83,3% de los entrevistados presentó en su botiquín genéricos de distintas marcas para un mismo principio activo, se encontraron muy pocos casos de errores de duplicidad (2,8%), entendida ésta como el consumo simultáneo de dos medicamentos creyendo que son distintos. Tampoco se observó un deterioro de la adherencia ni de la calidad de vida en los pacientes sometidos a este tipo de prescripción.

Cabe pensar que los posibles problemas derivados de la prescripción por principio activo hayan sido paliados mediante advertencias y explicaciones más exhaustivas dadas a los pacientes por los diferentes profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, farmacéuticos...) que los atendieron, realización de campañas informativas a los usuarios o mediante la introducción de programas informáticos para el apoyo y seguimiento de dicha prescripción (37).

No obstante, sería importante que tanto las administraciones sanitarias como las oficinas de farmacia hicieran un esfuerzo en evitar suministrar al paciente diferentes presentaciones de un mismo principio activo ya que, según los resultados obtenidos, el hecho de no tener en el botiquín genéricos de distintas marcas, actúa como un factor protector frente a GIPS, siendo esta circunstancia la que influye de manera decisiva en la gestión que dichos pacientes hacen de sus tratamientos y no en sí misma la estrategia de prescripción por principio activo.

Además, y en virtud de otros resultados comentados en esta discusión, a estas medidas habría que sumarles otras a implementar por los demás colectivos participantes en este proceso, principalmente personal médico y de enfermería, y que irían encaminadas fundamentalmente hacia un uso racional de los medicamentos, reducir la complejidad de los tratamientos y potenciar las capacidades y conocimientos necesarios para el correcto manejo de los mismos por parte de los pacientes.

Asistimos actualmente a la paradoja de que a pesar de que nuestra sociedad ha alcanzado un mayor bienestar material, cada vez es mayor el número de personas que son atendidas por problemas que quizás tengan más que ver con “estar mal” que con auténticas enfermedades.

En este sentido Cerecedo-Pérez et al (202) analizan el problema de la medicalización exponiendo determinadas actitudes, que favorecen su extensión y ofreciendo claves que deberían tenerse presentes para frenar este problema, recomendando trabajar por devolver a los pacientes la autonomía, tanto en la prevención y promoción de la salud como en la curación de enfermedades, pero sobre todo en el afrontamiento de los problemas del devenir de la propia vida, fomentando los autocuidados y la autogestión de su salud.

Por su parte, Zullig et al (203) en una reciente revisión sobre cuáles deben ser los ingredientes para que las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia sean exitosas, establecen que como elementos esenciales dichas intervenciones deberían incluir la formación, información y comprensión por parte del paciente de su patología y tratamiento, el seguimiento de la

prescripción, la monitorización o automonitorización de sus resultados en salud y el facilitar, de una forma más asequible, el acceso a los medicamentos.

Añaden, además, que la individualización y el conocimiento de la realidad del propio paciente y su entorno, son claves para tener éxito a la hora de afrontar este problema, que debe ser abordado desde una perspectiva multidisciplinar, aunque motivando al paciente para que sea el principal protagonista de su propia salud.

7.-LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como principales **limitaciones** del estudio cabría destacar las siguientes:

En primer lugar habría que mencionar las inherentes al propio diseño del estudio ya que los diseños transversales no permiten identificar las causas determinantes del fenómeno estudiado, lo cual no fue el objetivo del presente trabajo, que se centró fundamentalmente en determinar qué factores se relacionaban de una manera más directa con GIPS y con la calidad de vida en este segmento de población.

El hecho de que en el periodo de recogida de datos los porcentajes de prescripción por principio activo se situaran en nuestro medio alrededor del 75%, hizo que las poblaciones a comparar estuvieran un tanto descompensadas, aunque aún quedara margen suficiente para ello, comparación que actualmente sería muy difícil de realizar ya que en estos momentos dicha proporción se situaría alrededor del 95%.

El partir de una población de personas mayores de 65 años, ya de por sí polimedicada, hace que si bien los resultados de este estudio no sean extrapolables a todos los integrantes de este grupo etario, sí lo sean a una parte importante del mismo, dada la alta prevalencia de polimedicación entre ellos y pone sobre aviso de las consecuencias de un uso abusivo de los medicamentos.

Si bien la tasa de rechazos fue relativamente elevada, situándose alrededor del 17,5%, esto no condicionó la introducción de ningún sesgo de selección, ya que la reposición se realizó eligiendo de manera aleatoria a nuevos pacientes de las listas iniciales por lo que sus características eran similares. Además se comprobó que estas pérdidas no presentaban características diferentes a las de los sujetos del estudio.

La escasez de estudios publicados sobre prevalencia y factores relacionados con GIPS en la población analizada, hizo que con frecuencia tuviéramos que tomar como referencia los estudios existentes en la literatura sobre adherencia terapéutica, más numerosos, aunque se hiciera una exhaustiva búsqueda bibliográfica y se intentara introducir todos aquellos trabajos realizados sobre el tema desde la perspectiva enfermera.

Por último señalar que el hecho de que como sujetos de estudio se incluyeran a pacientes y cuidadoras, así como a personas de diferentes demarcaciones geográficas, que en un principio se podría haber interpretado como una limitación, se convirtió finalmente en una fortaleza del estudio, al constatar que entre los diversos grupos no se observaron diferencias importantes más allá de las inherentes al género, lo que añadió riqueza y validez externa a los resultados.

También podrían ser señaladas como **fortalezas** del presente trabajo la amplia muestra estudiada (n=425) y el gran número de centros implicados (19 unidades de gestión clínica). El hecho de que todas las entrevistas fueran realizadas por la misma persona, disminuyó la variabilidad interobservador y la exhaustiva valoración que se hizo de cada sujeto de estudio, en su domicilio y con revisión in situ de sus botiquines, disminuyó la subjetividad y dio mayor fiabilidad a las observaciones.

8.-CONCLUSIONES

En relación a los diferentes objetivos planteados se han obtenido las siguientes conclusiones:

Objetivo general: Evaluar si la prescripción por principio activo en pacientes polimedicados mayores de 65 años se relaciona con una Gestión Ineficaz de la Propia Salud (GIPS).

Conclusión: La prescripción por principio activo no se relacionó con el diagnóstico enfermero Gestión Ineficaz de la Propia Salud, en el sentido de suponer un factor de riesgo para la presencia de dicho diagnóstico, constituyendo, por contra, un factor protector ante el mismo.

Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas, clínicas, funcionales y cognitivas de esta población.

Conclusión 1: El **perfil tipo** de los pacientes estudiados se correspondió con el de una mujer de unos 75 años de edad, de nivel socioeconómico medio, con bajo nivel educativo, independiente para las actividades de la vida diaria, sin deterioro cognitivo, con elevada prevalencia de problemas de soledad, ansiedad y depresión, gran consumo de fármacos y alto grado de incumplimiento terapéutico.

Objetivo 2: Establecer la prevalencia de GIPS e identificar sus factores relacionados en este tipo de pacientes.

Conclusiones:

2. La prevalencia de GIPS en la población estudiada ha sido del 37,4%.
3. Los factores que han mostrado una relación estadísticamente significativa con GIPS, es decir, se comportan como factores de riesgo para este diagnóstico, han sido: el riesgo social, la depresión, el consumo de más de 10 medicamentos, la falta de adherencia terapéutica y el hecho de no ser capaz de identificar genéricos como iguales o con la patología para la que estaban prescritos.
4. Por el contrario, se han comportado como factores protectores frente al mismo, un mayor nivel educativo, la independencia funcional, el presentar un porcentaje de prescripción por principio activo superior al 75% y el no tener en el botiquín genéricos de distintas marcas.

Objetivo 3: Valorar el comportamiento de indicadores/criterios de la Nursing Outcomes Classification (NOC) relacionados con el manejo de la medicación en pacientes con diagnóstico GIPS según criterios de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Conclusión 5: Un bajo nivel de cumplimiento de los criterios NOC 1813 (Conocimiento: régimen terapéutico) y 1609 (Conducta terapéutica: enfermedad o lesión), se relacionó con la presencia del diagnóstico GIPS según criterios NANDA, especialmente en todos aquellos indicadores en los que su incumplimiento denota un déficit de conocimientos por parte del paciente.

Objetivo 4: Conocer la calidad de vida relacionada con la salud, sus factores asociados y el impacto que sobre la misma produce la presencia de GIPS y la prescripción por principio activo.

Conclusiones:

6. El nivel de calidad de vida de los pacientes del presente estudio fue comparable al de otras poblaciones con características sociodemográficas similares.
7. Los factores que se han relacionado con una mejor calidad de vida han sido: la independencia para las actividades de la vida diaria y tener un nivel educativo elevado. Por el contrario, los que se han relacionado con una peor calidad de vida han sido: la depresión, el riesgo social, la ansiedad y el analfabetismo.
8. La prescripción por principio activo no es un factor que influya negativamente en la calidad de vida.
9. La presencia del diagnóstico Gestión Ineficaz de la Propia Salud condiciona una reducción significativa de la calidad de vida cercana a 5 puntos según la escala EQ-EVA del EuroQol-5D.

9.-APLICABILIDAD Y PROSPECTIVA

Las conclusiones del presente estudio nos dibujan un perfil de paciente que atendemos a diario en las consultas de atención primaria y nos señala una serie de características que se deberían tener en cuenta a la hora de abordar a este segmento de población desde las diferentes perspectivas de la asistencia sanitaria.

Por otro lado nos marca una serie de factores hacia los que habría que orientar las estrategias de intervención tendentes a mejorar la adherencia, la gestión que de sus tratamientos realizan estos pacientes y en definitiva la seguridad y la calidad de vida de los mismos.

Los resultados obtenidos también despejan dudas acerca de los posibles efectos negativos que la prescripción por principio activo pudiera tener sobre los aspectos anteriormente mencionados dirigiendo el foco de atención no hacia la estrategia en sí, sino más bien a la conveniencia de evitar, siempre que sea posible, los continuos cambios en las presentaciones del mismo principio activo proporcionadas al paciente en las oficinas de farmacia.

Además, estos resultados, vuelven a confirmar la utilidad de los indicadores NOC como instrumentos de ayuda al diagnóstico enfermero, permitiéndonos hacer un diagnóstico más específico y orientado a la circunstancias concretas que estamos estudiando en un momento determinado, dentro del amplio abanico de respuestas humanas en el que nos movemos.

Partiendo de estas bases y como **prospectiva** de este trabajo se podrían recomendar las siguientes líneas de investigación:

Línea 1: estudios que con una metodología analítica permitan el desarrollo de un instrumento diagnóstico, basado en criterios NOC, que nos permita diagnosticar la presencia de GIPS en relación con el tratamiento farmacológico.

Línea 2: estudios encaminados a aumentar y contrastar los datos existentes en la literatura en cuanto a prevalencia de GIPS en distintas poblaciones y sus factores relacionados.

Línea 3: estudios que evalúen la eficacia de intervenciones orientadas a mejorar la adherencia y la gestión de tratamientos en grupos específicos.

Línea 4: estudios que permitan comparar poblaciones con distintos niveles de prescripción por principio activo o que investiguen cambios en los resultados según se vaya aumentando la proporción de dicha prescripción.

Línea 5: estudios que, en concordancia con la línea planteada por Ridgeway et al (204), integren en una misma evaluación factores relacionados con la **gestión de la salud** y la **calidad de vida**, que son las dos variables principales analizadas en el presente estudio. Mediante el uso de un instrumento específico (PROQOL) se recogen aquellas preocupaciones del paciente en relación a factores que pueden afectar a la gestión de su salud y que en muchas ocasiones no se tienen en cuenta, como pueden ser factores sociales, económicos o de relación personal. Se obtiene de esta forma un informe sobre los resultados percibidos por el paciente (PROs), que se incorpora a su historia clínica y se proponen una serie de acciones para la mejora de la gestión de la salud y la calidad de vida desde la perspectiva del propio paciente.

Esto podría mejorar la comunicación y la participación de los pacientes, aumentar su satisfacción y la adherencia a sus tratamiento y obtener mejores resultados en salud, especialmente en personas con múltiples enfermedades crónicas, tratamientos complejos y diversos proveedores de cuidados.

10.-BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y HelpAge International. Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío. Nueva York. 2012.
- 2.-United Nations. World Population Ageing 2009. New York. 2009. Disponible en:[http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_Working Paper.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_Working_Paper.pdf).
- 3.-The European Commission (DG ECFIN) and The Economic Policy Committee (AWG). The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060). Brussels. 2012.
- 4.- Asghar Zaidi. Características y retos del envejecimiento de la población: La perspectiva europea. Centro Europeo de Investigación en Política Social. 2008. Disponible en <http://www.euro.centre.org>.
- 5.- Fundación General CSIC. Informe sobre envejecimiento. Madrid. 2010. Disponible en: [http://www.fgcsic.es/envejecimiento/upload/recursos/documentos.11.ccgDescarga. Informe sobreenvjecimiento.pdf](http://www.fgcsic.es/envejecimiento/upload/recursos/documentos.11.ccgDescarga.Informe_sobreenvjecimiento.pdf).
- 6.-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2012.
- 7.-Instituto Nacional de Estadística. Censo de población y viviendas 2011. Madrid. 2012.
- 8.-Guillén Llera, Francisco. Problemática específica de los mayores en la prescripción por principio activo. Informe INESME: Prescripción por principio activo: problemática y desafíos. Instituto de Estudios Médico Científicos. Madrid. 2006.
- 9.-Aguado A, Rodríguez D, Flor F, Sicras A, Ruiz A, Prados-Torres A. Distribución del gasto sanitario en atención primaria según edad y sexo: un análisis retrospectivo. Aten Primaria. 2012; 44(3):145-152.

10.-Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006. Madrid. 2008.

11.-Fernández Lisón LC, Barón Franco B, Vázquez Domínguez B, Martínez García T, Prendes Haro JJ, Pujol de la Llave E. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. Farm Hosp. 2006; 30(5): 280-283.

12.-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud 2009. Madrid. 2010.

13.-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Madrid. 2013.

14.-Valderas JM., Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining Comorbidity: Implications for understanding health and health services. Annals of Family Medicine. 2009; 7(4): 357-363.

15.-Marengoni A. Prevalence and impact of chronic diseases and multimorbidity in the aging population: a clinical and epidemiological approach. Stockholm Karolinska Institutet; 2008.

16.-Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. Health and Quality of Life Outcomes. 2004; 2:51.

17.-Zapatero A, Barba R. Estudio de un millón de altas hospitalarias en Medicina Interna. Disponible en <http://www.fesemi.org/documentos/1335540348/grupos/gestion/publicaciones/millon-altas.pdf>.

18.-Shippee ND, Shah ND, May CR, Mair FS, Montori VM. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. Journal of Clinical Epidemiology. 2012; 65(10):1041-1051.

19.-Ollero Baturone M, Álvarez M, Baron-Franco B, Bernabeu-Wittel M, Codina A, Fernández-Moyano A. Atención al paciente pluripatológico. Proceso asistencial integrado. Segunda edición. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2007. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/pluri.pdf.

20.-Bernabeu-Wittel M, Jadad A, Moreno-Gavino L. Peeking through the cracks: an assessment of the prevalence, clinical characteristics and health related quality of life (HRQoL) of people with polyopathy in a hospital setting. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010; 51(2):185-191.

21.-Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Ruiz-Cantero A, Moreno-Gavino L, Baron-Franco B, Fuertes A et al. Functional decline over 1-year follow-up in a multicenter cohort of polyopathological patients: a new approach to functional prognostication. *International Journal of Gerontology*. 2012; 6(2):68-74.

22.-Bernabeu-Wittel M, Formiga F, Ollero-Baturone M. A new prognostic index centered on polyopathological patients. The PROFUND index. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 2011; 66(12):1393-1394.

23.-Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gavino L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, et al. Development of a new predictive model for polyopathological patients. The PROFUND index. *European Journal of Internal Medicine*. 2011; 22(3):311-317.

24.-Moreno-Gavino L, Bernabeu-Wittel M, Álvarez-Tello M. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2008; 40(4):193-198.

25.-Feinstein AR. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis*. 1970; 23(7):455-468.

26.-Westert GP, Satariano WA, Schellevis FG, van den Bos GA. Patterns of comorbidity and the use of health services in the Dutch population. *European Journal of Public Health*. 2001; 11(4):365-372.

27.-Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GA. Causes and consequences of comorbidity: a review. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2001; 54(7):661-674.

28.- Alonso-Coello P, Bernabeu-Wittel M, Casariego-Vales E, Rico-Blázquez M, Rotaeche del Campo R, Sánchez-Gómez S. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). 2013.

29.-Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001; 56(3):146-156.

30.-Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2006. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla. 2006.

31.-Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A. Polimedicación y salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. Barcelona: FundeSalud; 2011.

32.-Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Pract*. 2005; 17:123-31.

33.-Rollason V, Vot N. Reduction of polypharmacy in the elderly. A systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging*. 2003; 20:817-32.

34.-Veehof LJG, Stewart RE, Haaijer-Ruskamp FM, Meyboom-de Jong B. The development of polypharmacy. A longitudinal study. *Fam Pract*. 2000; 17:261-7.

35.-Bjerrum L, Rosholm JU, Hallas J, Kragstrup. Methods for estimating the occurrence of polypharmacy by means of a prescription database. *Eur J Clin Pharmacol*. 1997; 53:7-11.

36.-Garrido-Garrido EM, García-Garrido I, García-López-Durán JC, García-Jiménez F, Ortega-López I, Bueno-Cavanillas A. Estudio de pacientes polimedcados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria urbano. *Rev Calid Asist*. 2011; 26(2):90-96.

37.-Molina López T, Dominguez Camacho JC, Palma Morgado D, Caraballo Camacho MO, Morales Serna JC, López Rubio S. Revisión de la medicación en ancianos polimedcados en riesgo vascular: ensayo aleatorizado y controlado. *Aten Primaria*. 2012; 44(8):453-462.

38.-Law R, Chalmers C. Medicines and elderly people: a general practice survey. *BMJ*. 1976; 1:565-8.

39.-Blasco F, Martínez López de Letona J, Pérez Maestu R, Villares P, Ponce J. Estudio piloto sobre el consumo de fármacos en ancianos que ingresan en un hospital. *An Med Intern*. 2004; 21:69-71.

40.-Villafaina Barroso A, García García S. Grado de conocimiento y cumplimiento terapéutico, y prevalencia de los problemas relacionados con los medicamentos en mayores de 70 años en una zona básica de salud. *Pharm Care Esp*. 2009; 11:157-70.

41.-Proupín Vázquez N, Aparicio Ruiz M, Garea Sarandeses P, Segade Buceta X, Arceo Túniz A, López Rodríguez L. Polimedicación en pacientes adultos con dolencias crónicas en un centro de salud. *Cuad Aten Primaria*. 2008; 15:275-9.

42.-Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al. Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. *JAMA*. 2005; 293:1348-58.

43.-López-Torres Hidalgo JL, Cerdá Díaz R, Fernández Olano C, Requena Gallego M, Fernández Casalderrey C, Otero Puime A. Factores asociados el consumo de medicación crónica en personas ancianas. *Med Clin (Barc)*. 1997; 108:572-576.

44.-Villafaina Barroso A, García García S. Grado de conocimiento y cumplimiento terapéutico, y prevalencia de los problemas relacionados con los medicamentos en mayores de 70 años en una zona básica de salud. *Pharm Care Esp*. 2009; 11:157-70.

- 45.-Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003; 5:47-53.
- 46.-Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A, Jiménez de Gracia L. Polimedición en personas mayores. *AMF*. 2012; 8(8):426-33.
- 47.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio ENEAS. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. Madrid. 2006.
- 48.-Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid. 2008.
- 49.-Anderson G. Chronic care: making the case for ongoing care. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation; 2010.
- 50.-Contel JC, Esgueva N, Espelt MP, Fabrellas N, López RM, Marichal M, et al. Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut. En: *Aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de salut*. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2010.
- 51.-Bayliss EA, Ellis JL, Steiner JF. Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. *Ann Fam Med*. 2007; 5(5):395-402.
- 52.-Katerndahl, David, Michael Parchman y Robert Wood. Trends in the perceived complexity of primary health care: a secondary analysis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010; 16(5):1002-1008.
- 53.-Contel JC, Muntané Blanca y Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria*. 2012; 44(2):107-113.
- 54.-Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. *BOE*. 20/08/2011; (200):93143-68.

55.-Rodríguez Moreno C, Durán Parrondo C. Genéricos y prescripción por principio activo. Cad Aten Primaria. 2008; 15:285-93.

56.-Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. BOE. 07/11/2007; (267): 45652-98.

57.-Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE. 27/07/2006; (178):28122-28165.

58.-Fundación Salud 2000. Situación regulatoria de la prescripción por principio activo. Informe del experto nº 2. 2011. Disponible en: http://www.fundacionsalud2000.com/system/document_es/29/original/2_ppa.pdf?2012-07-19%2011:56:50%20+0200.

59.-Montero MJ. El modelo andaluz de prescripción por principio activo. Jano 2007; 1.661:40-43.

60.-Organización Mundial de la Salud. Promoción del Uso Racional del Medicamento. Perspectivas políticas sobre medicamentos. Ginebra: OMS; 2002.

61.-Organización Mundial de la salud. Guía de la Buena Prescripción. Ginebra: OMS; 1994.

62.-Organización Mundial de la Salud. Boletín de Medicamentos Esenciales. Ginebra: OMS; 1997.

63.-Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, de recetas médicas. BOE. 29/10/84; (259): 31339-41.

64.-Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. BOE. 22/12/90; (306): 38228-46.

65.-Arenas Vargas M. La dispensación de medicamentos. La elección del medicamento ante la prescripción por principio activo. Informe INESME: Prescripción por principio activo: problemática y desafíos. Instituto de Estudios Médico Científicos. Madrid. 2006.

66.-Decreto-Ley 3/2011, de 13 de diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes sobre prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA. 16/12/11; (245): 5-9.

67.-Calzón S, Mercader JJ, Montero JC, Sánchez-Cantalejo C, Valencia R. Incorporación de la prescripción electrónica en un distrito de atención primaria implicaciones en el gasto farmacéutico y factores determinantes de su utilización. Aten Primaria. 2013; 45(3):133-140.

68.-Percepción e impacto social de la prescripción por principio activo en Andalucía. Farmaindustria. 2005; 7:50-60.

69.-Sherman BW, Frazee SG, Fabius RJ, Broome RA, Manfred JR, Davis JC. Impact of workplace health services on adherence to chronic medications. Am J Manag Care. 2009; 15(7):53-9.

70.-Ickovics JR, Meisler AW. Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care. Journal of Clinical Epidemiology. 1997; 50(4):385-91.

71.-Sabate E. Adherence Meeting Report. Geneva: World Health Organization; 2001.

72.-Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>.

73.-Haynes R B, Taylor D W, Sackett D L. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.

74.-Herdman T, Edición NI. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.

75.-Delgado Sánchez O, Anoz Jiménez L, Serrano Fabia A, Nicolás Pico J. Conciliación de la medicación. Med Clin (Barc). 2007; 129(9):343-348.

76.-Williams A y Friedland G. Adherence, compliance, and HAART. AIDS Clinical Care. 1997; 9(7): 51-54.

77.-Haynes R B, Taylor D W, Sackett D L. Compliance in Health Care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979.

78.-Dunbar-Jacob J, Erlen JA, Schlenk EA, Ryan CM, Sereika SM, Doswell WM. Adherence in chronic disease. Annual Review of Nursing Research. 2000; 18:48-90.

79.-Escamilla Fresnadillo JA, Castañer Niño O, Benito López S, Ruiz Gil E, Burrull Gimeno M, Sáenz Moya N. Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados, un estudio mediante grupos focales. Aten Primaria. 2008; 40: 81-5.

80.-Pérez Bermejo JM, Pérez Valverde AI, Ureña Ramírez I, Hervás Mohino MD, García Muñoz C, Arcediano García-Sacedón P. Adherencia al tratamiento en personas mayores. Rev ROL Enf. 2010; 33(4):256-60.

81.-Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? Aten Primaria. 2001; 27(8):559-68.

82.-Marquez E, Gil V, Casado JJ, Martel N, de la Figuera M, Martín JL, et al. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. Aten Primaria. 2006; 38(6):325-32.

83.-Alonso MA. Adherencia terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacoterapéuticas. 2006; 13(8):31-38.

84.-Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Inf Ter Sist Nac Salud. 2005; 29(2):40-8.

85.-Moreno San Pedro E, Gil Roales-Nieto J. El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. Revista internacional de psicología y terapia psicológica. 2003; 3:91-109.

86.-Tuesca-Molina R, Guallar-Castillón P, Banegas-Banegas JR, Graciani-Pérez Regadera A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. Gac Sanit. 2006; 20:220-7.

87.-Crespillo-García, E.; Rivas-Ruiz, F.; Contreras Fernández, E.; Castellano Muñoz, P.; Suárez Alemán, G.; Pérez-Trueba, E. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. Rev Calid Asist. 2013; 28:56-62.

88.-Bonafont X, Costa J. Adherencia al tratamiento farmacológico. Butlletí d'informació terapèutica. 2004; 16(3):9-14.

89.-Laederach-Hofman K, Bunzel B. Noncompliance in organ transplant recipients: a literature review. General Hospital psychiatry. 2000; 22(6):412-24.

90.-Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care. 1975; 13(1):10-24.

91.-LaFleur J, Oderda GM. Methods to measure patient compliance with medication regimens. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2004; 18:81-87.

92.-National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCCMERP. Taxonomy of medication errors, 1998.

Disponibile en: www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm.

93.-Montesinos Ortí S., Soler Company E., Rocher Milla A., Fernando Piqueres R., Ruiz del Castillo J., Ortiz Tarín I. Resultados de un proyecto de control y adecuación del tratamiento médico habitual tras el alta quirúrgica. Cir Esp. 2007; 82(6):333-7.

94.-Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Ceruelo Bermejo J, Domínguez-Gil A, Sánchez Rodríguez A. Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan el ingreso hospitalario. *Farm Hosp.* 2006; 30:161-70.

95.-Strohecker S. Medication management. Polished automation tools allow patient safety to shine. *Nursing Management.* 2003; 34(34):6-8.

96.-Roughead EE, Gilbert AL, Primrose JG, Sansom LN. Drugrelated hospital admissions: a review of Australian studies published 1988-1996. *Medical Journal of Australia.* 1998; 168:405-8.

97.-Hodgkinson B, Koch S, Nay R. Strategies to reduce medication errors with reference to older adults. *Int J Evid Based Healthc.* 2006; (4):2-41.

98.-The Joanna Briggs Institute. Strategies to reduce medication errors with reference to older adults. Best Practice: evidence-based practice information sheets for the health professionals. 2005; 2(1):1-6.

99.-Thomsen LA, Winterstein AG, Sondergaard B, Haugbolle LS, Melander A. Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care. *Annals of Pharmacotherapy.* 2007; 41(9):1411-1426.

100.-The Joanna Briggs Institute. Strategies to reduce medication errors with reference to older adults. Best Practice: evidence-based practice information sheets for the health professionals. 2009; 13(2):1-4.

101.-Hodgkinson B, Koch S, Nay R. Strategies to reduce medication errors with reference to older adults. *Int J Evid Based Healthc.* 2006; (4):2-41.

102.-Otero López MJ. Errores de medicación y gestión de riesgos. *Rev Esp Salud Pública.* 2003; 77:527-540.

103.-Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington (DC): National Academy Press; 1999.

104.-Reason J. Human error: models and management. Br Med J. 2000; 320: 768-770.

105.-Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS. An organization with a memory. London: Stationery Office; 2000.

106.-Wears RL. The science of safety. En: Zipperer L, Cushman S, editores. Lessons in patient safety. Chicago (IL): National Patient Safety Foundation; 2001.

107.-Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM. Concepto y metodología de la gestión de riesgos sanitarios. En: Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM, editores. Manual de gestión de riesgos sanitarios. Madrid: Díaz de Santos, 2001.

108.-Runciman WB, Moller J. Iatrogenic injury in Australia. A report prepared by the Australian Patient Safety Foundation. Canberra: The Australian Patient Safety Foundation; 2001.

109.-Otero López MJ, Castaño Rodríguez B, Pérez Encinas M, Codina Jané C, Tamés Alonso MJ y Sánchez Muñoz T, en representación del Grupo de Trabajo Ruiz Jarabo 2000. Actualización de la clasificación de errores de medicación del grupo Ruiz-Jarabo 2000. Farm Hosp. 2008; 32(1):38-52.

110.-Fernandez-Mayoralas Fernandez G, Rojo Pérez F, Abellán García A, Rodríguez Rodríguez V. Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC. Rev Mult Gerontol. 2003; 13:43-6.

111.- Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudios sobre la calidad de vida de pacientes afectados por determinadas patologías. Madrid. 2009.

112.-Cardona D, Byron Adudelo H. Cultural construction of the concept of quality of life. Rev Fac Nac Salud Pública. 2005; 23(1):103-116.

113.-Hunt SM. The problem of quality of life. Qual Life Res.1997; 26:205-12.

114.-Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. Med Clin (Barc). 1997; 108:458-459.

- 115.-Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28:167-73.
- 116.-WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality of life assessment instrument. *Qual Life Res*.1993; 2:153-9.
- 117.-Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Álvarez C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria*. 2003; 31:285-94.
- 118.-Patrick D, Erickson P. Health Policy, Quality of life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. New York: Oxford University Press; 1993.
- 119.-Schumaker SA, Naughton MJ. The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. En: Shumaker SA, Berzon R, editores. *Quality of life: theory, translation, measurement and analysis*. Oxford: Rapid Communications of Oxford Ltd; 1995.
- 120.-Guyatt GH, Feeny DH, Patrick D. Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*. 1993; 118(8):622-629.
- 121.-Testa M. Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *N Engl J Med*. 1996; 334(13):835-840.
- 122.-Martínez Vizcaíno V; Lozano Muñoz A. *Calidad de vida en Ancianos*. Cuenca: Ediciones Universidad Castilla-La Mancha; 1998.
- 123.-Badía X, Alonso J. *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. 4ª ed. Barcelona: Edittec; 2007.
- 124.-Sanjuás C. Instrumentos de medida de la calidad de vida: ¿son preferibles los genéricos o los específicos? *FMC*. 2011; 18:452-4.
- 125.-Martínez Vizcaíno V, Lozano Muñoz A. Validez y Fiabilidad de un cuestionario para valorar la capacidad funcional de las personas mayores. *Aten Primaria*. 1999; 24(5): 267-273.

126.-Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. J Epidemiol Community Health. 1980; 34(4):281-286.

127.-Alonso J, Antó JM, Moreno C: Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. Am J Public Health. 1990; 80:704-708.

128.-Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-ítem short form health survey (SF-36). Medical Care.1992; 30:473-483.

129.-Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, et al. International quality of life assessment (IQOLA) project. Quality of Life Research.1992; 1:349-351.

130.-Scholten JHG, Van Weel C. Functional status assessment in family practice. The Darmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA. Lelystad: Meditekst, 1992.

131.-Lizan L, Reig A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. Aten Primaria. 2002; 29(6):378-384.

132.-EuroQol Group. EuroQol – A new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. 1990; 16: 199-208.

133.-Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. Med Clin (Barc). 1999; 112 (Supl 1): 79-86.

134.-Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: Development and final revision of health status measure. Med Care. 1981; 19:787-805.

135.-Badia X, Alonso J. Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: La version española del Sckiness Impact Profile. Med Clin. 1994; 102:90-95.

136.-Lizán L. La calidad de vida relacionada con la salud. Aten Primaria. 2009; 41:411-6.

137.-Ferrer A, Formiga F, Almeda J, Alonso J, Brotons C, Pujol R. Calidad de vida en nonagenarios: género, funcionalidad y riesgo nutricional como factores asociados. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134:303-6.

138.-Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76:683-99.

139.-Garrido-Abejar M, Serrano-Parra MD, Bartolomé-Gutiérrez R, Martínez-Vizcaino V. Factores asociados con calidad de vida relacionada con la salud en mayores institucionalizados: diferencias entre hombres y mujeres. *Enferm Clin*. 2012; 22(1):27-34.

140.-Bosch-Capblanch X, Abba K, Pictor M, Garner P. Contratos entre pacientes y profesionales de la salud para mejorar la adherencia al tratamiento y a las actividades de prevención y promoción de la salud por parte de los pacientes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

141.-Kravitz RL, Hays RD, Sherbourne CD, DiMatteo MR, Rogers WH, Ordway L. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Arch Intern Med* 1993; 153(16): 1869-78.

142.-Garay-Sevilla ME. Coping strategies and adherence to treatment in patients with type 2 diabetes mellitus. *Rev Invest Clin*. 2011; 63(2): 155-61.

143.-Castaño Barrotea C, Cossent Aguinaco L, Martínez Alonso C. El Síndrome Sociosanitario. Estrategias de intervención ante un problema nuevo en salud pública. *Rev San Hig Pub*. 1994; 68:261-66.

144.-Kullig M, Schulte E, Willich S. Comparing methodological quality and consistency of international guidelines for the management of patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Failure*. 2003; 5:327-35.

145.-Davies Nicola J. Improving self-management for patients with long-term conditions. *Nursing Standard*. 2010; 24(25): 49-56.

146.-Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson; 2003.

147.-Allison Sarah E. Self-care requirements for activity and rest: an Orem nursing focus. *Nursing Science Quarterly*. 2007; 20(1): 68-76.

148.-May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ*. 2009; 339:b2803.

149.-Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002; 324(7330):135-141.

150.-Bermejo C, Martínez M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure Investigación*. 2005;(11):1-7.

151.-Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp de Salud Pública*. 2009; 83(3):393-405.

152.-Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman; 1997.

153.-Roelands M, Van Oost P, Depoorter AM, Buysse A. A social-cognitive model to predict the use of assistive devices for mobility and self-care in elderly people. *The Gerontologist*. 2002; 42(1):39-50.

154.-Dallow CB, Anderson J. Using self-efficacy and a transtheoretical model to develop a physical activity intervention for obese women. *American Journal of Health Promotion: AJHP*. 2003; 17(6): 373-81.

155.-Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Brumbach K. Patient selfmanagement of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002; 288(19): 2469-2475.

156.-Vlasveld MC, Van der Feltz-Cornelis CM, Adèr HJ et al. Collaborative care for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. *Br J Psychiatry*. 2012; 200(6):510-511.

157.-González Mestre A, Fabrellas Padrés N, Agramunt Perelló M, Rodríguez Pérez E, Grifell Martín E. De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada. 2008; 1(1): Article 3. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/3>.

158.-Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews (Online). 2007(4):CD005108.

159.-Stanford S, Lorig KR. Self-care and the doctor-patient relationship. Medical Care. 2002; 40(4 suppl): II40-44.

160.-Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW JR, Bandura A. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. Medical Care. 1999; 37(1):5-14.

161.-Department of Health. The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century. The Stationery Office, London. 2001.

162.-Richardson G, Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Middleton E, Gardner C, Gately C, Rogers A. Cost effectiveness of the Expert Patients Programme (EPP) for patients with chronic conditions. J Epidemiol Community Health. 2008; 62(4): 361-367.

163.-Morilla-Herrera JC, Morales-Asencio JM, Fernández-Gallego MC, Berrobianco Cobos E, Delgado Romero A. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. An Sist Sanit Navar. 2011; 34 (1): 51-61.

164.-Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE 225 de 16 de septiembre de 2010.

165.-Coenen A, McNeil B, Bakken S, Bickford C et al. Toward comparable nursing data: American Nurses Association criteria for data sets classification systems and nomenclatures. *Computer in Nursing*. 2001; 19(6): 240-246.

166.-Bulechek GM, McCloskey Dochterman JC, Butcher HK. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Madrid: Elsevier; 2009.

167.-Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Madrid: Elsevier; 2009.

168.-Bakker RH, Katermans Mc, Dassen TW. An analysis of the nursing diagnosis ineffective management of therapeutic regimen compared to noncompliance and Orem's self-care deficit theory of nursing. *Nurs Diagn*. 1995; 6(4):161-6.

169.-Hueso Navarro, Fabiola. *El Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico en los pacientes que acuden a consulta de enfermería de crónicos en Navarra*. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index.f.com/lascasas/documentos/lc0013.php>

170.-Wilkinson J. Non Compliance by patients: a response to professor Diamond. *Nurs Ethics*. 1998; 5(2):167-72.

171.-Gascón Cánovas JJ, Saturno Hernández PJ y Llor Esteban B y Grupo de Investigación del Proyecto EMCA sobre Evaluación y Mejora de la Adhesión Terapéutica en la Hipertensión. *Evaluación y mejora de la adhesión terapéutica en los pacientes hipertensos*. *Aten Primaria*. 2001; 28 (9):615-619.

172.-Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65:10-16.

173.-de Vries H, Kok GJ. From determinants of smoking behavior to the implications for a prevention programme. *Health Ed Res*. 1986; 1:85-94.

174.-Badia X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the Euro-Qol 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. Qual Life Res. 1998; 7:311-322.

175.-Chico-Barba G, Carlos F, Hazan E, Cisneros F, Ríos A, Clark P. Calidad de vida de pacientes con fracturas por osteoporosis en México. Rev Metab Óseo y Min. 2011; 9(5):145-148.

176.-Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en Atención Primaria. Aten Primaria. 2001; 28:425-429.

177.-Fernández-Mayoralas G, Rojo F, Prieto ME, León B, Martínez P, Forjaz J et al. El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. Portal Mayores (CSIC), Informes Portal Mayores, nº 74. Madrid. 2007. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf>.

178.-De Gabriel N. Alfabetización y escolarización en España (1897-1950). Revista de Educación. 1997; 314:217-243.

179.-Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G, Rodríguez-Rodríguez V, Prieto-Flores ME, Rojo-Abuín JM. Entorno residencial de los mayores en España. Hacia una clasificación municipal. Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles. 2007; 43: 51-72.

180.-Abellán García, Antonio; Pujol Rodríguez, Rogelio. Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red nº 1. Madrid. 2013. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos13.pdf>.

181.-Agüera Ortiz L, Francés Román N, Gayoso Orol MJ, Gil Gregorio P, Martín Carrasco M, Sánchez Péres M. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Depresión y ansiedad. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid. 2004.

182.-Toquero de la Torre F, Zarco Rodríguez J, Bernardo Arroyo M, Gonçalves Estella F, González Rodríguez VM, Vázquez Castro J. Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad. Ministerio de Sanidad y Consumo, Organización Médica Colegial. Madrid. 2003.

183.-Rodríguez Fernández E, Gómez Moraga A. Estudio descriptivo de los trastornos de ánimo en la población mayor de 65 años que acude a consulta en un medio rural. SEMERGEN. 2004; 30(7):320-325.

184.-Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_farmacia_1&url=gestioncalidad/gasistencial/farmacia/principioActivo.htm.

185.-Torres Pérez LF, Morales Asencio JM, Jiménez Garrido M, Copé Luengo G, Sánchez Gavira S, Gómez Rodríguez JM. Impacto del autocuidado y manejo terapéutico en la utilización de los recursos sanitarios urgentes por pacientes crónicos. Emergencias. 2013; 25: 353-360.

186.-Dios Guerra C, Pérula de Torres LA. Factores relacionados con el manejo inefectivo del régimen terapéutico en pacientes crónicos de consulta de enfermería. Index Enferm. 2012; 21:14-17.

187.-Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud. 2004; 28(5):113-20.

188.-Keenan G, Stocker J, Barkauskas V, Johnson M, Maas M, Moorhead S, Reed D. Assessing the reliability, validity, and sensitivity of nursing outcomes classification in home care settings. J Nurs Meas. 2003; 11:135-155.

189.-Rojas-Sánchez OA, Rueda Díaz LJ, Vesga Gualdrón LM, Orozco Vargas LC, Forero Bulla CM, Camargo Figuero FA . Eficacia de las intervenciones de enfermería para el diagnóstico "Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico". Enferm Clin. 2009; 19(6):299-305.

190.-Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Torres MT, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Aten Primaria*. 1997; 19:372-375.

191.-Sánchez Gavira S, Copé Luengo G, Gómez Rodríguez J, de la Rubia Montero C, Cabello Domínguez J, Fernández González M, et al. Validación del NOC: Conocimiento del Régimen Terapéutico, en la Identificación de Pacientes Crónicos con Problemas de Adaptación a sus Programas de Tratamiento. *Enf Doc*. 2007; 87:10-2.

192.-Padilla Zárata MP, Padilla Aguirre AM. Factores Relacionados con el Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico en Personas con Diabetes tipo 2. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2009; 17(9):380-385.

193.-König HH, Heider D, Lehnert T, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC, Matschinger H, et al. Health status of the advanced elderly in six european countries: results from a representative survey using EQ-5D and SF-12. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010; 8:143-154.

194.-Kind P, Dolan P, Gudex C, Williams A. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *BMJ*. 1998; 316:736-741.

195.-De la Fuente MM, Fernández FJ, Navas FJ. Descripción de la calidad de vida en una población anciana institucionalizada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011; 46:111-114.

196.-Badia X, Roset M, Herdman M, Kind P. A comparison of United Kingdom and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states. *Med Decis Making*. 2001; 21:7-16.

197.-Zamora-Sánchez JJ, Pérez-Tortajada G, Mendoza-García de Paredes MD, Guerrero-Gancedo MM. Calidad de vida percibida de los pacientes complejos en un programa de gestión de casos en atención primaria de salud. *Enferm Clin*. 2012; 22(5):239-246.

198.-Savioa E, Fantini MP, Pandolfi PP, Dallolio L, Collina N: Assessing the construct validity of the Italian version of EQ-5D: preliminary results of a cross-sectional study in North Italy. *Health Qual Life Outcomes*. 2006; 4:47-56.

199.-Ruiz A, Arranz E, Gordillo FJ, Hermosa JC, Lorca MT, Gárriz A. Valoración de la calidad de vida mediante EuroQol-5D durante la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa con HBPM. *Anales de Patología Vascul*. 2009; 3(4):233-238.

200.-Encuesta de salud de Navarra del año 2000. Disponible en:http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/encuesta_salud/marco_encuesta.htm.

201.-Ferrando J, Nebot M, Borrell C, Egea L. Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años. *Gac Sanit*. 1996; 10:174-182.

202.-Cerecedo M.J, Tovar M, Rozadilla A. Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos? *Aten Primaria*. 2013; 45(10):536-540.

203.-Zullig LL, Peterson ED, Bosworth HB. Ingredients of Successful Interventions to Improve Medication Adherence. *JAMA*. 2013; 310(24):2611-2.

204.-Ridgeway JL, Beebe TJ, Chute CG, Eton DT, Hart LA. A Brief Patient-Reported Outcomes Quality of Life (PROQOL) Instrument to Improve Patient Care. *PLoS Med*. 2013; 10(11):1-5.

11.-ANEXOS

ANEXO 1: Cuestionario EuroQol-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud *en el día de hoy*.

Movilidad		
No tengo problemas para caminar	<input type="checkbox"/>	
Tengo algunos problemas para caminar	<input type="checkbox"/>	
Tengo que estar en la cama	<input type="checkbox"/>	
Cuidado personal		
No tengo problemas con el cuidado personal	<input type="checkbox"/>	
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>	
Soy incapaz de lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>	
Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o durante el tiempo libre)		
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	
Dolor/malestar		
No tengo dolor ni malestar	<input type="checkbox"/>	
Tengo moderado dolor o malestar	<input type="checkbox"/>	
Tengo mucho dolor o malestar	<input type="checkbox"/>	
Ansiedad/depresión		
No estoy ansioso ni deprimido	<input type="checkbox"/>	
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>	
Estoy muy ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>	
Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es: (POR FAVOR, PONGA UNA CRUZ EN EL CUADRO)		
Mejor	<input type="checkbox"/>	
Igual	<input type="checkbox"/>	
Peor	<input type="checkbox"/>	

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que se pueda imaginar y con un 0 el peor estado de salud que se pueda imaginar.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.
Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

El mejor estado de salud imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

El peor estado de salud imaginable

SU ESTADO DE SALUD HOY

ANEXO 2: Escala de Valoración sociofamiliar de Gijón



Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

RIESGO SOCIAL - ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR -

Población diana: Población mayor de 65 años. Se trata de una escala **heteroadministrada** de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems. El punto de corte para la detección de riesgo social es igual o mayor a 16. El punto de corte para la detección de riesgo social es 16. La probabilidad de riesgo es 78, la sensibilidad es 15.50, y la especificidad es 99.80.

A. Situación familiar	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
B. Situación económica	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
C. Vivienda	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
D. Relaciones sociales	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
E. Apoyo de la red social	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
PUNTUACIÓN TOTAL	

Bibliografía

- Cabrera D, Menéndez A Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, Salamea A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23(7): 434-440.

ANEXO 3: Índice de Barthel: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro



Micción - valorar la situación en la semana previa –

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha					
Puntuación Total					

ANEXO 4: Escala de Lawton y Brody. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES - LAWTON		Varón	Mujer
Capacidad para usar el teléfono	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	1
	- No utiliza el teléfono	0	0
Compras	- Realiza independientemente las compras necesarias	1	1
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
	- Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
	- Totalmente incapaz de comprar	0	0
Preparación de la comida	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente		1
	- Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes		0
	- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada		0
	- Necesita que le preparen y sirvan las comidas		0
Cuidado de la casa	- Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados		1
	- Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer las camas		1
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza		1
	- Necesita ayuda en todas las labores de la casa		1
	- No participa en ninguna labor de la casa		0
Lavado de ropa	- Lava por sí solo toda su ropa		1
	- Lava por sí solo prendas pequeñas		1
	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona		0
Uso de medios de transporte	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
	- Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
	- Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	1	1
	- Utiliza el taxi o el automóvil, pero solo con ayuda de otros	0	0
	- No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación	- Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1	1
	- Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	0	0
	- No es capaz de administrarse su medicación	0	0
Manejo de asuntos económicos	- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1
	- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos	1	1
	- Incapaz de manejar dinero	0	0
TOTAL			

Interpretación:

	Total	Grave	Moderada	Leve	Autónomo
Mujeres	0-1	2	3-5	6-7	8
Hombres	0	1	2-3	4	5

ANEXO 5: Test de Pfeiffer. Cribado de deterioro cognitivo



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Bibliografía

- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975 Oct;23(10):433-41
- Erkinjuntti T, Sulkava R, Wikstrom J, Autio L. Short Portable Mental Status Questionnaire as a screening test for dementia and delirium among the elderly. J Am Geriatr Soc 1987 May;35(5):412-6.
- Sano M, Mackell JA, Ponton M, Ferreira P, Wilson J, Pawluczyk S, Pfeiffer E, Thomas RG, Jin S, Schafer K, Schittini M, Grundman M, Ferris SH, Thal LJ. The Spanish Instrument Protocol: design and implementation of a study to evaluate treatment efficacy Instruments for Spanish-speaking patients with Alzheimer's disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. Alzheimer Dis Assoc Disord 1997;11 Suppl 2:S57-64.
- Martínez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001 Jun 30;117(4):129-34.

ANEXO 6: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CRIBADO ANSIEDAD DEPRESION – ESCALA DE GOLDBERG -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

Instrucciones para el profesional:

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas". No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
Puntuación Total		
(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		



SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)	
--	--

Bibliografía

- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J 1988; 97: 897-899.
- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. Br Med J (ed. esp.) 1989; 4(2): 49-53.
- Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria 1993; 12: 345-349.
- Lobo A, Montón A, Campos R, et al. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica: el nuevo instrumento E.A.D.G. Zaragoza: Ed Luzán, 1993.
- Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. Aten Primaria 1999; 24 (Supl 1): 184-190.

ANEXO 7: Test de Morisky-Green. Valoración de la Adherencia Terapéutica

TEST DE MORISKY-GREEN:

Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

ANEXO 8: Informes de la comisión de ética e investigación



Distrito Sanitario Costa del Sol
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN SANITARIA

D. Gregorio Ortega Tudela, Presidente de la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Distrito Costa del Sol,

CERTIFICA

Que esta Comisión ha evaluado la propuesta del promotor para que se realice el estudio:

"Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado Con la prescripción por principio activo en polimedicados Mayores de 65 años". (POLIPRESACT).

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por tanto, este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en los Centros:

Del Distrito Sanitario Costa del Sol, por D. **Alonso Montiel Luque** como investigador principal.

Lo que firmo en Mijas, a 7 de julio de 2010

Firmado:

Gregorio Ortega Tudela.





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

**GUILLERMO GARCIA-HERRERA TAILLEFER, SECRETARIO DE LA
COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL ÁREA
SANITARIA NORTE DE MÁLAGA**

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación titulado, "**MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO RELACIONADO CON LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO EN POLIMEDICADOS MAYORES DE 65 AÑOS (POLICRESAC)**", fue aprobado por la Comisión de Ética e Investigación Asistencial del Área Sanitaria Norte de Málaga el día 02 de julio de 2010.

Para que conste a los efectos oportunos se Certifica en Antequera a 05 de julio de 2010

**Fdo: Guillermo García-Herrera Taillefer
Secretario de la Comisión**

Área Sanitaria Norte de Málaga
Avda. Poeta Muñoz Rojas, s/n
29200 Antequera
Teléf. 951 061 600. Fax 952 843 444

ANEXO 9: Modelo de Consentimiento Informado

TITULO DEL ESTUDIO: MANEJO INFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO RELACIONADO CON LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO EN POLIMEDICADOS MAYORES DE 65 AÑOS.

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita, y realice las preguntas que considere oportunas.

Quisiéramos solicitar su colaboración para participar en un estudio de investigación cuyo objetivo es estudiar los problemas relacionados con la toma de la medicación en personas mayores de 65 años que toman 5 o más medicamentos.

Si acepta participar, y firma este consentimiento informado, se le entrevistará para rellenar una serie de cuestionarios que recogerán datos personales básicos, datos clínicos, así como otros relacionados con su medicación y el manejo de la misma. Asimismo, se le pedirá que nos permita acceder a su historia clínica.

Con el fin de proteger la confidencialidad de la información personal de los participantes sus datos no se manejarán de forma individual, ni se conocerán públicamente, ni se utilizarán con ningún otro fin que el plenamente investigador y de forma agregada (grupo de pacientes).

Este estudio de investigación clínica se realizará siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente en nuestro país en materia de investigación clínica, especialmente la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, así como la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Este proyecto cuenta además con la conformidad de los Comités de Ética del Distrito Sanitario Costa del Sol y del Área Sanitaria Norte de Málaga.

Yo: _____

DNI/Pasaporte: _____

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con el Investigador: _____

Entiendo que la participación es voluntaria y que soy libre de participar o no en el estudio.

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación:

- Que estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos (Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal), por la que debe garantizarse la confidencialidad de los mismos.

- Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.

- Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.

Entiendo que puedo abandonar el estudio y retirar mi consentimiento:

- Cuando lo desee.
- Sin que tenga que dar explicaciones.
- Sin que ello afecte a mis cuidados sanitarios

Por ello presto libremente mi conformidad para participar en este proyecto de INVESTIGACIÓN sobre el manejo infectivo del régimen terapéutico relacionado con la prescripción por principio activo en polimedicados mayores de 65 años, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre del paciente o sujeto colaborador:

Firma:

Fecha:

Nombre del investigador: _____

DNI: _____

Institución/Servicio en el que se realiza el estudio: _____

Dirección de contacto: _____

Firma:

Nombre y apellidos del investigador principal: Alonso Montiel Luque

Institución: Distrito Sanitario Costa del Sol.

Teléfono de contacto: 951924100

Dirección electrónica: alonso.montiel.sspa@juntadeandalucia.es

ANEXO 10: Modelo de Acuerdo de Confidencialidad

TITULO DEL ESTUDIO: MANEJO INFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO RELACIONADO CON LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO EN POLIMEDICADOS MAYORES DE 65 AÑOS.

Málaga, a....de.....de 2011.

COMPARECEN:

De una parte D. Alonso Montiel Luque con N.I.F. 25.099.524-S Enfermero de Familia adscrito al Distrito Sanitario Costa del Sol y con domicilio en C/ La Unión s/n, Las Lagunas Mijas-Costa perteneciente al Servicio Andaluz de Salud.

De otra parte D. (coinvestigador) con N.I.F....., perteneciente al (distrito..... y centro de salud.....) con sede en....., calle..... nº..... C.Py en carácter de investigador colaborador.

Reconociéndose mutuamente capacidad jurídica suficiente, suscriben el presente documento y al efecto

EXPONEN

Que Alonso Montiel Luque como responsable del proyecto SAS 111222 (Estudio POLIPRESACT) y el profesional D. están interesados en realizar una investigación científica sobre pacientes polimedcados y la prescripción por principio activo, entendiéndose que hasta su finalización tendrán que intercambiar información que puede tener carácter confidencial y/o estar sujeta a derechos de propiedad industrial o intelectual.

En virtud de este intercambio de información, ambas partes pueden tener acceso a información confidencial de la otra parte y sus productos. El mantenimiento de esta información como confidencial y secreta es del máximo interés para ambas partes.

Y en consecuencia acuerdan las siguientes **CLÁUSULAS**

PRIMERA.- FINALIDAD

El objeto de este acuerdo es fijar los términos y condiciones bajo las cuales las partes mantendrán la confidencialidad de la información intercambiada entre ellas.

Este acuerdo no constituye ningún acuerdo de licencia, contrato de desarrollo o similar.

Las obligaciones de las partes en este acuerdo se circunscriben a las expresamente fijadas en el mismo.

SEGUNDA.- CONFIDENCIALIDAD

A efectos de este acuerdo se entiende por Información Confidencial toda aquella que sea suministrada como tal por cualquiera de las partes y procedente del proyecto que nos ocupa.

Ambas partes se comprometen, en su nombre y en el de todo el personal que trabaje a su cargo, a mantener en la más estricta confidencialidad y no revelar a ninguna persona física o jurídica cualquier Información Confidencial, en cualquier formato, a la que pudieran tener acceso en virtud del intercambio de información que van a llevar a cabo.

A tal fin, las personas que formen parte o colaboren con el Grupo o Equipo de Investigación, con o sin vinculación laboral o funcional con el Servicio Andaluz de Salud y vayan a participar en el proyecto firmarán un **Compromiso de Confidencialidad**, según el modelo anexo.

Cada una de las partes sólo dará acceso a la Información Confidencial a aquellos trabajadores a su cargo, subcontratistas o colaboradores autorizados que requieran dicha información para poder establecer las características de una futura relación, y que, previamente advertidos, habrán aceptado tratar la información de acuerdo con lo aquí establecido.

Las obligaciones estipuladas en el presente acuerdo no serán de aplicación respecto de cualquier información que cumpla alguna de las siguientes condiciones:

- Que sea de dominio público a la fecha de la recepción de la información o que posteriormente a la recepción se convierta en información de dominio público por medios ajenos a la intervención de las partes.
- Que la información recibida proceda de un tercero que no exige secreto.
- Que la parte receptora tenga evidencia de que conoce previamente la información recibida.
- Que sea requerida por imperativo legal.

El intercambio de información, se llevará a cabo de manera documentada. Una vez se le haya entregado, será responsabilidad de la parte receptora el correcto tratamiento de la información recibida para preservar su carácter confidencial.

TERCERA.- DURACION

Este acuerdo regirá durante el período en que ambas partes intercambien información que no esté sujeta a cualquier otra relación contractual. En caso de que no exista tal relación contractual, la confidencialidad referida se mantendrá durante cinco años desde la recepción de la información.

Cualquier parte podrá requerir de la otra la devolución de la Información Confidencial suministrada, que la otra parte habrá de remitirle inmediatamente, comprometiéndose a la destrucción inmediata de cualquier copia tangible de la misma.

CUARTA.- DERECHOS DE PROPIEDAD

Toda información intercambiada será propiedad exclusiva de la parte de los responsables, y no será necesaria la concesión de licencia para dicho intercambio. Ninguna de las partes utilizará la información suministrada por la otra parte para su propio beneficio o con finalidad distinta de la de establecer las características de una investigación científica y sin la correspondiente licencia de los responsables por escrito.

QUINTA. - COMPROMISOS DE LAS PARTES

Cualquiera de las partes se comprometen a no fabricar, desarrollar, aplicar, comercializar, vender y distribuir en su propio beneficio, las aplicaciones concretas que conjuntamente sean desarrolladas y propuestas por los Investigadores sin el consentimiento por escrito de los responsables del proyecto.

SEXTA.- MODIFICACIÓN

Este acuerdo cancela y reemplaza cualquier otra propuesta, acuerdo y/o negociación previos ya sea oral o por escrito, entre las partes sobre la materia objeto del mismo y se constituye en el acuerdo completo entre ambas partes.

El presente acuerdo de confidencialidad o cualquier cláusula del mismo podrá ser modificado o corregido por acuerdo mutuo entre las partes. Las nuevas modificaciones y/o correcciones deberán ser autorizadas y presentarse por escrito y firmadas por ambas partes.

SÉPTIMA.- JURISDICCIÓN

Los investigadores y los responsables del proyecto se comprometen a resolver de manera amistosa cualquier desacuerdo que pueda surgir en el desarrollo del presente acuerdo.

Los investigadores declaran conocer el carácter de Entidad de Derecho Público que ostenta el Servicio Andaluz de Salud y, en consecuencia, será competencia de la Jurisdicción Contencioso Administrativa la resolución de las cuestiones litigiosas que se susciten sobre la interpretación y aplicación del presente acuerdo.

Y en prueba de conformidad de cuanto antecede, firman por duplicado el presente documento en el lugar y fecha indicados en el encabezamiento.

El responsable

El investigador colaborador

Fdo.: Alonso Montiel Luque

Fdo.: _____

ANEXO 11: Resolución financiación Proyecto SAS 111222

Sevilla, 12 de mayo 2011

BOJA núm. 92

Página núm. 31

ACUERDA

Primero. La formulación del Plan Especial para la implantación de Escuela Pública de Golf en suelo urbanizable no sectorizado (SUNP TOYO II), en el término municipal de Almería.

Segundo. En la tramitación se estará a lo dispuesto a continuación.

a) Analizado el documento técnico, el Delegado Provincial, en virtud de lo dispuesto en el artículo 32.1.1.ª y 2.ª, acordará la Aprobación Inicial del Plan Especial abriendo un periodo de información pública por plazo no inferior a un mes, así como de audiencia al municipio afectado, requiriéndose todos aquellos pronunciamientos de los órganos y entidades administrativas gestoras de intereses públicos afectados, previstos legalmente como preceptivos.

b) Transcurrido el periodo de información pública y audiencia municipal, y a la vista de los trámites realizados de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32.1.3.ª, procederá la Aprobación Provisional por el Delegado Provincial o, en su caso, la Aprobación Definitiva, que corresponderá a la Comisión Provincial de Ordenación del Territorio y Urbanismo, en virtud de la competencia atribuida por el artículo 13.2.c) del Decreto 525/2008, de 16 de diciembre, en desarrollo del artículo 42.3 de la Ley 7/2002, una vez haya finalizado la tramitación anteriormente descrita, y el expediente se encuentre completo.

Tercero. Esta Resolución será notificada a los interesados en los términos previstos en el artículo 58 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Almería, 26 de abril de 2011.- El Delegado, José Manuel Ortiz Bono.

CONSEJERÍA DE SALUD

RESOLUCIÓN de 15 de abril de 2011, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se conceden subvenciones excepcionales, para el desarrollo de proyectos considerados de interés para el SAS.

Andalucía está realizando una apuesta decidida por la investigación, convirtiéndola en un eje estratégico del Plan de Modernización e Innovación de la Comunidad Autónoma. Esta apuesta se traduce en un importante esfuerzo en dotación de infraestructuras y recursos materiales y humanos, así como en el impulso de líneas de investigación innovadoras a través del desarrollo de un marco legislativo adecuado y de ayudas a Proyectos. De acuerdo con los objetivos de gestión del conocimiento para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), y en el nuevo marco de planificación científico-tecnológica, se ha hecho necesario un nuevo abordaje de las estrategias de investigación en salud que permita articular actividades de carácter sectorial, orientadas a cerrar el círculo de la generación y captación de conocimiento y su conversión en innovación.

El Servicio Andaluz de Salud, en virtud de su orientación a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud que afectan a la ciudadanía, debe estar activamente involucrado en que la generación y gestión del conocimiento en este área se oriente al mejor cumplimiento de sus objetivos, a través de su transformación en nuevos productos, servicios y procesos que aumenten la calidad asistencial, la accesibilidad y personalización del sistema para la ciudadanía, y ofrezca mejores oportunidades de desarrollo profesional para sus trabajadores y trabajadoras.

La traslación del conocimiento generado a la ciudadanía en términos de mejora asistencial, y por tanto de salud, se complementa con los beneficios adicionales que la propia investigación genera en los sectores de ciencia y empresa.

Por ello, la investigación médica ha de considerarse en nuestro entorno una actividad inseparable de la atención sanitaria a las personas enfermas y de la prevención de la enfermedad.

Coherentemente con lo anterior, el Sistema Sanitario Público de Andalucía, entiende la actividad investigadora como inseparable de las facetas asistencial y en su caso docente de los profesionales a su servicio, hecho que se contempla en los diferentes mapas establecidos para su acreditación de competencias.

En el entorno de Gestión Clínica, la Gestión por competencias representa el eje vertebrador de una política de estímulo y desarrollo profesionales a la que no puede ser ajena la actividad investigadora desde su plano estratégico.

En consonancia con las líneas de desarrollo establecidas por la Consejería de Salud, los Contratos Programa que el SAS establece anualmente con los centros sanitarios, incorporan objetivos específicos y mensurables de investigación, que se trasladan a los Acuerdos de Gestión con las Unidades de Gestión Clínica. Entre estos objetivos, destacan el establecimiento de líneas de investigación estables sobre los Problemas de Salud más prevalentes, y la obtención de resultados medidos por los manuscritos científicos y las patentes y las innovaciones tecnológicas. Además, como instrumento para los fines anteriores, se hace imprescindible la obtención de recursos a través de la financiación de proyectos de investigación y otras infraestructuras científicas.

Para alcanzar los objetivos de investigación mencionados, es necesario financiar Proyectos de Investigación específicos en centros sanitarios seleccionados en base a criterios de calidad científica y priorizados de manera que aseguren la obtención de resultados transferibles a la atención sanitaria y a la sociedad del conocimiento, y se orienten a mejorar la atención de los Problemas de Salud más importantes y frecuentes de la sociedad andaluza.

Cada una de las correspondientes fundaciones ha presentado toda la documentación exigida para la concesión de subvenciones de acuerdo con la normativa vigente.

Según lo dispuesto en la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, así como en el Título VII del Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, y demás normativa vigente, en su virtud, y en uso de las atribuciones legalmente conferidas,

HE RESUELTO

Primero. Conceder a las Fundaciones que se indican subvenciones por un total de 1.666.546,42 € y cuyos importes, de acuerdo a lo solicitado por las mismas para financiar un total de 45 Proyectos de Investigación que se relacionan a continuación:

Expediente: SAS 111201.
Título del proyecto: Evaluación del Impacto de la Acreditación de Centros Sanitarios en la Calidad Asistencial.
Entidad beneficiaria: FACSA.
Presupuesto total: 37.008,52 €.
Subvención solicitada: 37.008,52 €.
Porcentaje: 100%.

Expediente: SAS 111202.
Título del proyecto: Repercusión del Tratamiento Ocular Crónico sobre la Integridad de la Superficie Ocular y Diseño de Biomarcadores y Nuevas Terapias para Preservar la Transparencia Corneal y la Función Visual.

Entidad beneficiaria: FFIBAO.
Presupuesto total: 40.848,36 €.
Subvención solicitada: 40.848,36 €.
Porcentaje: 100%.

Expediente: SAS 111218.
Título del proyecto: Terapia Génica del Síndrome de Hiper Igm Ligado al Cromosoma X (Higm1) con Vectores Lentivirales Regulados.
Entidad beneficiaria: FFIBAO.
Presupuesto total: 52.500,00 €.
Subvención solicitada: 52.500,00 €.
Porcentaje: 100%.

Expediente: SAS 111219.
Título del proyecto: Prevención de Riesgos Laborales en el Laboratorio de Anatomía Patológica: Utilización de Epis para Eliminar Riesgos de Exposición al Formaldehído. Proyecto Rfid-Prilap.
Entidad beneficiaria: FFIBAO.
Presupuesto total: 47.945,03 €.
Subvención solicitada: 47.945,03 €.
Porcentaje: 100%.

Expediente: SAS 111220.
Título del proyecto: Afrontamiento, Sobrecarga Subjetiva y Ansiedad y Síntomas Depresivos en Personas Cuidadoras de Familiares Mayores Dependientes.
Entidad beneficiaria: FFIBAO.
Presupuesto total: 15.504,08 €.
Subvención solicitada: 15.504,08 €.
Porcentaje: 100%.

Expediente: SAS 111221.
Título del proyecto: Efecto del Fósforo sobre las Modificaciones Epigenéticas y las Vías Wnt/b-Catenina y Tgf/bmp en Células Madre Mesenquimales Diferenciadas a Células de Músculo Liso Vasculár.
Entidad beneficiaria: FFIBICO.
Presupuesto total: 52.500,00 €.
Subvención solicitada: 52.500,00 €.
Porcentaje: 100%.

Expediente: SAS 111222.
Título del proyecto: Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico Relacionado con la Prescripción por Principio Activo en Polimedicados Mayores de 65 Años.
Entidad beneficiaria: FIMABIS.
Presupuesto total: 19.949,20 €.
Subvención solicitada: 19.949,20 €.
Porcentaje: 100%.

Expediente: SAS 111223.
Título del proyecto: Análisis de la Efectividad de un Programa de Seguimiento de Pacientes Polimedicados Basados en los Criterios Stopp-Start.
Entidad beneficiaria: FIMABIS.
Presupuesto total: 27.082,76 €.
Subvención solicitada: 27.082,76 €.
Porcentaje: 100%.

Expediente: SAS 111224.
Título del proyecto: Papel Neurogénico de Los Receptores Cannabinoides Cb1 y Cb2 en el Cerebro Adicto a Cocaína.
Entidad beneficiaria: FIMABIS.
Presupuesto total: 52.078,92 €.
Subvención solicitada: 52.078,92 €.
Porcentaje: 100%.

Expediente: SAS 111225.
Título del proyecto: Nueva Indicación de Inmunoterapia con Alérgenos: Inducción de Tolerancia a Gramíneas en Rinitis Alérgica Local.
Entidad beneficiaria: FIMABIS.
Presupuesto total: 51.468,05 €.
Subvención solicitada: 51.468,05 €.
Porcentaje: 100%.

Expediente: SAS 111226.
Título del proyecto: Análisis de la Relación del Estrés Oxidativo y el Estado Proinflamatorio Crónico en el Desarrollo de Síndrome Metabólico y Lipodistrofia en Pacientes con Infección VIH.
Entidad beneficiaria: FIMABIS.
Presupuesto total: 33.259,60 €.
Subvención solicitada: 33.259,60 €.
Porcentaje: 100%.

Expediente: SAS 111227.
Título del proyecto: Papel de la Fracción Soluble de Ifn α 2 (Sifnar2) sobre la Actividad Biológica del Ifn Beta y su Posible Uso como Marcador de Respuesta al Tratamiento con Ifn Beta en Pacientes con Esclerosis Múltiple.
Entidad beneficiaria: FIMABIS.
Presupuesto total: 28.817,79 €.
Subvención solicitada: 28.817,79 €.
Porcentaje: 100%.

Expediente: SAS 111228.
Título del proyecto: Estado de Metilación Global y de Promotores de Genes Relacionados con la Apoptosis en Pacientes con Esclerosis Múltiple. Correlación con la Respuesta al Tratamiento.
Entidad beneficiaria: FIMABIS.
Presupuesto total: 47.295,33 €.
Subvención solicitada: 47.295,33 €.
Porcentaje: 100%.

Expediente: SAS 111229.
Título del proyecto: Implicación de Determinados Polimorfismos Genéticos de las Apolipoproteínas, Citoquinas Proinflamatorias y Receptor Adrenérgico en el Desarrollo de Dislipemia y Lipodistrofia en los Pacientes con Infección VIH Sometidos a Terapia Antirretroviral.
Entidad beneficiaria: FIMABIS.
Presupuesto total: 43.401,27 €.
Subvención solicitada: 43.401,27 €.
Porcentaje: 100%.

Expediente: SAS 111230.
Título del proyecto: Modelo Predictivo, Factores Modificadores y Duración Óptima de la Incapacidad Temporal por Diagnóstico en Andalucía.
Entidad beneficiaria: FISEVI.
Presupuesto total: 28.195,79 €.
Subvención solicitada: 28.195,79 €.
Porcentaje: 100%.

Expediente: SAS 111231.
Título del proyecto: Prevalencia de Retinopatía Diabética y Factores Asociados en Pacientes con Diabetes Tipo 2 de la Ciudad de Sevilla.
Entidad beneficiaria: FISEVI.
Presupuesto total: 16.084,68 €.
Subvención solicitada: 16.084,68 €.
Porcentaje: 100%.

ANEXO 12: Resultados del análisis multivariante de la calidad de vida por subgrupos de variables

I.-Variables sociodemográficas

Tabla 35: V. sociodemográficas relacionadas con CV (EQ-EVA) (regresión lineal múltiple)

EQ-EVA			
Variabes	β^*	IC (95%)	p
Riesgo social (Gijón) ¹	-13,147	-18,928/-7,367	0,0001
Nivel educativo ¹ ²	-7,841	-12,796/-2,886	0,002
Nivel educativo ⁴ ³	16,811	5,766/27,856	0,003
Sexo ⁴	5,019	0,752/9,286	0,021

* Coeficiente de regresión beta; 1: Riesgo social intermedio; 2: Analfabeto; 3: Universitario; 4: Sexo masculino.

Tabla 36: V.sociodemográficas relacionadas con CV (Índice-EQ(regresión lineal múltiple)

Índice-EQ			
Variabes	β^*	IC (95%)	p
Riesgo social (Gijón) ¹	-0,147	-0,208/-0,087	0,0001
Profesión ²	-0,052	-0,091/-0,013	0,009
Nivel educativo ¹ ³	-0,057	-0,102/-0,011	0,014
Estado civil ⁴	-0,107	-0,159/-0,054	0,0001
Convivencia ⁵	0,105	0,036/0,175	0,003
Nivel educativo ³ ⁶	0,079	0,009/0,149	0,027

* Coeficiente de regresión beta; 1: Riesgo social intermedio; 2: Ama de casa; 3: Analfabeto; 4: Viudo/a.; 5: Acompañado; 6: Estudios secundarios.

II.-Variables clínicas

Tabla 37: V. clínicas relacionadas con CV (EQ-EVA) (regresión lineal múltiple)

EQ-EVA			
Variabes	β^*	IC (95%)	p
ABVD [#] (Barthel) ¹	15,115	11,204/19,026	0,0001
Depresión ²	-12,695	-16,583/-8,808	0,0001
Ansiedad ³	-4,273	-8,008/-0,537	0,025
Pfeiffer ⁴	-12,899	-25,231/-0,567	0,040

* Coeficiente de regresión beta; [#]Actividades Básicas de la Vida Diaria; 1: Independiente; 2: Riesgo depresión (Goldberg); 3: Riesgo ansiedad (Goldberg); 4: Deterioro cognitivo leve.

Tabla 38: V. clínicas relacionadas con CV (Índice-EQ) (regresión lineal múltiple)

Índice-EQ			
VARIABLES	β^*	IC (95%)	p
ABVD [#] (Barthel) ¹	0,206	0,568/0,644	0,0001
Ansiedad ²	-0,092	-0,122/-0,063	0,0001
Depresión ³	-0,085	-0,117/-0,053	0,0001
Visitas a urgencias ⁴	-0,035	-0,064/-0,007	0,015

* Coeficiente de regresión beta; [#]Actividades Básicas de la Vida Diaria; 1: Independiente; 2: Riesgo de ansiedad (Goldberg); 3: Riesgo de depresión (Goldberg); 4: Antecedentes de visitas a urgencias en el último año.

III.-Variables relacionadas con la medicación

Tabla 39: V. sobre medicación relacionadas con CV (EQ-EVA) (regresión lineal múltiple)

EQ-EVA			
VARIABLES	β^*	IC (95%)	p
GIPS ¹	-7,542	-11,692/-3,392	0,0001
Nº de medicamentos ²	-5,715	-9,609/-1,822	0,004
Genéricos iguales ³	-4,533	-8,710/-0,355	0,034

* Coeficiente de regresión beta; 1: Presencia del diagnóstico Gestión Ineficaz de la Propia Salud; 2: Consumir más de 10 medicamentos; 3: No identificar genéricos iguales.

Tabla 40: V. sobre medicación relacionadas con CV (Índice-EQ) (regresión lineal múltiple)

Índice-EQ			
VARIABLES	β^*	IC (95%)	p
Nº de medicamentos ¹	-0,069	-0,105/-0,034	0,0001
GIPS ²	-0,043	-0,080/-0,006	0,023

* Coeficiente de regresión beta; 1: Consumir más de 10 medicamentos; 2: Presencia del diagnóstico Gestión Ineficaz de la Propia Salud;

ANEXO 13: Tablas y Figuras

I.-TABLAS

Nº tabla	Título	Pág.
Tabla 1	Criterios definitorios de paciente pluripatológico	30
Tabla 2	Características generales de los métodos indirectos para evaluar la adherencia	53
Tabla 3	Características principales y aplicaciones de los instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud	65
Tabla 4	Comparación de cinco instrumentos genéricos de medición de la CVRS	69
Tabla 5	Criterios e indicadores NOC	95
Tabla 6	Variables Sociodemográficas	108
Tabla 7	Variables Clínicas	110
Tabla 8	Variables relacionadas con la medicación	111
Tabla 9	Diferencias encontradas en el análisis de la población por subgrupos	112
Tabla 10	Distribución de las características definitorias de GIPS	113
Tabla 11	Prevalencia de GIPS-NANDA	113
Tabla 12	Puntuación de los indicadores NOC	113
Tabla 13	Distribución de los criterios NOC según punto de corte en 3	114
Tabla 14	Prevalencia de GIPS	114
Tabla 15	Prevalencia de GIPS en función de las Variables Sociodemográficas	115
Tabla 16	Prevalencia de GIPS en función de las Variables Clínicas	117
Tabla 17	Prevalencia de GIPS en función de las Variables relacionadas con la medicación	118
Tabla 18	Variables sociodemográficas relacionadas con GIPS (regresión logística binaria)	119
Tabla 19	Variables clínicas relacionadas con GIPS (regresión logística binaria)	119
Tabla 20	Variables sobre medicación relacionadas con GIPS (regresión logística binaria)	120
Tabla 21	Variables del estudio relacionadas con GIPS (regresión logística binaria)	120
Tabla 22	Relación de GIPS-NANDA con los indicadores NOC	121
Tabla 23	Relación de GIPS-NANDA con los criterios NOC	121
Tabla 24	Resultados (medias) EuroQol-5D ajustados por edad y sexo	122
Tabla 25	Porcentaje de la muestra según presenten o no problemas en las dimensiones del Índice-EQ	123
Tabla 26	Percepción de calidad de vida (EQ-EVA) en función de la dimensión afectada	124
Tabla 27	Percepción del estado de salud respecto al año anterior	127
Tabla 28	Resultados EQ-EVA(0-100) e Índice-EQ(0-1) en función de las variables sociodemográficas	128

Tabla 29	Resultados EQ-EVA(0-100) e Índice-EQ(0-1) en función de las variables clínicas	129
Tabla 30	Resultados EQ-EVA(0-100) e Índice-EQ(0-1) en función de las variables relacionadas con la medicación	129
Tabla 31	Resultados medios EQ-EVA e Índice-EQ en función de GIPS	130
Tabla 32	Resultado análisis multivariante CV por subgrupos de variables	131
Tabla 33	Variables del estudio relacionadas con CV (Índice-EQ) (regresión lineal múltiple)	131
Tabla 34	Variables del estudio relacionadas con CV (EQ-EVA) (regresión lineal múltiple)	132
Tabla 35	Variables sociodemográficas relacionadas con CV (EQ-EVA) (regresión lineal múltiple)	215
Tabla 36	Variables sociodemográficas relacionadas con CV (Índice-EQ) (regresión lineal múltiple)	215
Tabla 37	Variables clínicas relacionadas con CV (EQ-EVA) (regresión lineal múltiple)	215
Tabla 38	Variables clínicas relacionadas con CV (Índice-EQ) (regresión lineal múltiple)	216
Tabla 39	Variables sobre medicación relacionadas con CV (EQ-EVA) (regresión lineal múltiple)	216
Tabla 40	Variables sobre medicación relacionadas con CV (Índice-EQ) (regresión lineal múltiple)	216

II.-FIGURAS

Nº Figura	Título	Pág.
Figura 1	Evolución del nº de personas de 60 años o más en el total de la población en todo el mundo. 1950-2050	19
Figura 2	Tasa de dependencia potencial en todo el mundo, 1950-2050	20
Figura 3	Proporción de mujeres entre los grupos de edad de 40-59 años, >60, >80 y >100 años en todo el mundo	21
Figura 4	Proyección sobre los cambios en la estructura de los principales grupos de edad en la Europa de los 27 (en %)	22
Figura 5	Evolución de la pirámide de población (en miles) de la Unión Europea (UE27) entre 2010 y 2060	23
Figura 6	Evolución de la esperanza de vida a los 65 años en mujeres de la Unión Europea entre 2010 y 2060	24
Figura 7	Mapa de estado del envejecimiento en España en 2010	25
Figura 8	Proyección de población española a largo plazo	26
Figura 9	Prevalencia (%) de problemas crónicos por edad y sexo	28
Figura 10	Factores asociados a la polimedición	33
Figura 11	Efectos y consecuencias de la polimedición	35
Figura 12	Pirámide de Estratificación de Riesgos	38

Figura 13	Evolución de la prescripción por principio activo. Andalucía 2001-2013	48
Figura 14	Evolución del gasto por receta. Año 2004-2011	48
Figura 15	Modelo propuesto para la gestión de riesgos clínicos por la Australian Patient Safety Foundation	59
Figura 16	Histograma de distribución de la población según edad	107
Figura 17	Distribución de la población según grupos de edad y sexo	107
Figura 18	Estado funcional de la población según Escala de Barthel	109
Figura 19	Distribución de la población según % PPA	110
Figura 20	Distribución de la población (%) según nº de medicamentos consumidos	111
Figura 21	Prevalencia de GIPS en función del nivel educativo	116
Figura 22	Prevalencia de GIPS en función del estado cognitivo	116
Figura 23	Prevalencia de GIPS en función de variables r/c medicación	118
Figura 24	Relación entre Índice-EQ y EQ-EVA	122
Figura 25	Porcentaje de dimensiones con problemas según sexo	123
Figura 26	Porcentaje de dimensiones con problemas según edad	124
Figura 27	Percepción de la calidad de vida (EQ-EVA) en función de la movilidad	125
Figura 28	Percepción de la calidad de vida (EQ-EVA) en función del cuidado personal	125
Figura 29	Percepción de la calidad de vida (EQ-EVA) en función de las actividades cotidianas	126
Figura 30	Percepción de la calidad de vida (EQ-EVA) en función del dolor	126
Figura 31	Percepción de la calidad de vida (EQ-EVA) en función de ansiedad-depresión	127
Figura 32	Porcentaje de dimensiones con problemas en función de GIPS	130

ANEXO 14: Producción científica relacionada con esta tesis

1.-Comunicación oral: “Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico relacionado con la prescripción por principio activo en polimedicados mayores de 65 años”. II Jornadas Universitarias de Postgrado en Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga. Málaga, 22 Junio 2010. Publicada en libro de actas (ISBN: 978-84-95062-49-9).

2.-Publicación del proyecto de investigación: Núñez Montenegro, Antonio; Montiel Luque, Alonso; Valdés Solís, Ángeles; Plaza Jiménez, Carmen; Gámez Gutiérrez, Dolores et al. Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico relacionado con la prescripción por principio activo en polimedicados mayores de 65 años. POLIPRESACT. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0653.php>.

3.-Artículo en revista: Esther Martín Auriolés, Antonio Núñez Montenegro, Alonso Montiel Luque, José P. De la Cruz Cortés, José A. González Correa. Medicamentos potencialmente inapropiados en nuestros mayores. Actualidad en Farmacología y Terapéutica 2012; 10 (1):38-42.

4.-Comunicación en congreso: “Calidad de vida percibida en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo”. 2º Congreso Internacional de Enfermería Familiar y Comunitaria. Sevilla 11-25 octubre 2013.

5.-Comunicación en congreso: “Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo”. XVIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Granada 22 noviembre 2013.

6.-Artículo en revista: Núñez Montenegro AJ, Montiel Luque A, Martín Auriolés E, Torres Verdú B, Lara Moreno C, González Correa JA. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. Aten Primaria. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.10.003>.

7.-Artículo en revisión por la revista The International Journal for Quality in Health Care (IJQHC): Montiel Luque A, Núñez Montenegro AJ, Martín Aurióles E, Villagrà-Barrio A, Gámez-Gutiérrez D, González Correa JA. Self-rated quality of life in polymedicated patients older than 65 years with prescription by active substance.