

Evidencia de la intervención enfermera “Manejo de la medicación” en el paciente crónico pluripatológico



Complejo Asistencial de
Soria 2015

Autores:

Olga Buergo García. Enfermera responsable del programa GACELA del Complejo Asistencial de Soria. Enfermera Gestora de Casos. Miembro del Grupo de Trabajo Colaborativo de Sacyl. Miembro del Grupo EBE de Sacyl.

Ana María Herrero Gómez. Enfermera responsable del programa GACELA del Complejo Asistencial de Soria. Miembro del Grupo de Trabajo Colaborativo de Sacyl. Miembro del Grupo EBE de Sacyl.

Dirección de contacto:

Hospital Virgen del Mirón. Carretera de Logroño, nº 8. 42005 Soria

e-mail: obuergog@saludcastillayleon.es

INDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	10
MATERIAL Y MÉTODO.....	13
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	15
CONCLUSIONES.....	19
TABLAS.....	20
FIGURAS.....	64
ANEXOS.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	71

RESUMEN

Introducción.

La identificación de un paciente como pluripatológico es fundamental para el desarrollo de una estrategia sistemática para su atención. Para prestar una atención segura y de calidad a estos pacientes es necesario incorporar a la práctica diaria estrategias que faciliten la adherencia y disminuyan los riesgos asociados al uso de medicación. Los medicamentos constituyen la intervención sanitaria más frecuente, siendo una de las principales causas de efectos adversos en la asistencia sanitaria, tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario. El objetivo de este estudio es identificar la mejor evidencia disponible para las actividades de la intervención “Manejo de la medicación”, en el paciente crónico pluripatológico.

Material y Método.

Se realizó un procedimiento sistemático de revisión de la literatura sobre las actividades de enfermería de la intervención “Manejo de la medicación”. La estrategia de búsqueda fue diseñada mediante el formato PICO y su conversión a los Descriptores de Ciencias de la Salud DeCS y MeSH. Se llevó a cabo una búsqueda en bases de datos: BVS, MEDLINE, COCHRANE, CUIDEN, INAHTA, CINAHL, NICE, Guíasalud, SIGN, RNAO, NGC y búsquedas referenciales. Se consideraron los últimos diez años de publicación, en español, inglés y francés. Se seleccionaron aquellos estudios que aportaron un mayor nivel de evidencia y que cumplieran criterios de calidad y homogeneidad metodológica establecidos por CASPe y AGREE. La clasificación por niveles de evidencia y el desarrollo del grado de recomendación se realizó siguiendo la clasificación del JBI 2013. Las variables que se consideraron en los estudios incluidos fueron: pacientes, enfermedad crónica, anciano frágil, pluripatología, comorbilidad, atención primaria de salud, hospitalización, atención de salud a domicilio, atención de enfermería, administración de terapia de medicación, conocimiento de la medicación por el paciente, cumplimiento de la medicación, seguridad del paciente, calidad de vida, calidad de la atención de salud, satisfacción del paciente. El análisis de datos se realizó mediante desarrollo narrativo.

Resultados.

Se hallaron 1721 estudios, identificándose 35 para la lectura crítica. De éstos se seleccionaron 20, (6 revisiones sistemáticas, 3 ensayos clínicos, 9 guías de práctica clínica, 1 informe de investigación y 1 metanálisis). Se ha demostrado un grado de

recomendación fuerte para la mayoría de las actividades de la intervención “Manejo de la medicación”.

Conclusión.

Los estudios encontrados ponen de manifiesto que la mayoría de las actividades que se incluyen en la intervención tienen un grado fuerte de recomendación para el paciente crónico pluripatológico. Como implicación para la investigación, sería necesario realizar estudios primarios que avalaran con evidencia científica las actividades incluidas en dicha intervención, de las que no se ha encontrado ningún nivel de evidencia. La principal implicación para la práctica, en base a la mejor evidencia disponible, conlleva la inclusión de alguna de las actividades de las que se ha demostrado que existe una recomendación fuerte, en la intervención “Manejo de la medicación”.

ABSTRACT

Introduction Identifying a patient as multimorbidity is essential to develop a systematic strategy for its attention to providing safe and quality care for these patients is necessary to incorporate into daily practice strategies to facilitate adherence and reduce the risks associated with the use of medication. Medications are the most common health intervention, one of the main causes of adverse events in healthcare, both as a hospital outpatient setting. The aim of this study is to identify the best available evidence for intervention activities "Medication Management" in chronic patients with multimorbidity.

Material and Methods

A systematic procedure to review the literature on nursing activities Intervention "Medication Management The search strategy was designed by the PICO format and conversion to Descriptors Health Sciences DeCS and MeSH was performed. A search was performed in databases: BVS, MEDLINE, COCHRANE, CUIDEN, INAHTA, CINAHL, NICE, Guiasalud, SIGN, RNAO, NGC and reference searches. We considered the last ten years of publication, in Spanish, English and French. Those studies that provided a higher level of evidence that met quality criteria and methodology established by CASPe and homogeneity AGREE selected. By level of evidence and grade of recommendation development it was made following classification JBI2013. The variables considered in the included studies were: patients,



chronically ill, frail elderly, multiple disorders, comorbidity, primary health care, hospitalization, home health care, nursing care, medication therapy management, medication knowledge by the patient, medication compliance, patient safety, quality of life, quality of health care, patient satisfaction. Data analysis was performed using narrative development.

Results

1721 studies were found, identified 35 for critical reading. Of these 20 were selected, (6 systematic reviews, 3 clinical trials, 9 clinical practice guidelines, 1 research report, 1 meta-analysis). It has demonstrated a strong degree of recommendation for most activities of the intervention "medication management".

Conclusion

The studies found show that most of the activities included in the intervention have a strong degree of recommendation for chronic patients with multimorbidity. As implication for research, primary studies would be required to be endorsed by scientific evidence the activities included in this intervention, from which not found any level of evidence. The main implication for practice, based on the best available evidence, involves the inclusion of some of the activities that has shown a strong recommendation, intervention "Medication management".



INTRODUCCION

El progresivo envejecimiento de la población española, resultado de una esperanza de vida más larga y de la disminución de la natalidad, se acompaña de una elevada prevalencia de personas, algunas de ellas frágiles, con dos o más enfermedades crónicas. Estos pacientes demandan una elevada utilización de recursos sanitarios y, para mejorar la calidad de su atención y la eficiencia en el manejo de los recursos sanitarios y sociales puestos a su disposición, requieren una gestión sistemática de su asistencia¹.

En la actualidad, los pacientes crónicos generan la mayoría de las consultas de atención primaria y más de la mitad de los ingresos hospitalarios, además la prevalencia de las patologías crónicas está experimentando un incremento en España y se estima que generan, al menos, el 70% del gasto sanitario. En atención primaria hasta el 40 % de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% están polimedicados², el 34% presentan un índice de Barthel menor de 60 y el 37% tiene deterioro cognitivo³. La prevalencia en atención primaria se puede estimar en un 1,38 % de la población general lo que representa un 5% en mayores de 65 años de edad⁴.

La identificación de un paciente como pluripatológico es un aspecto fundamental para el desarrollo de una estrategia sistemática para su atención. La pluripatología se define por la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, atención especializada, servicios sociales)⁵. La fragilidad es un concepto fisiopatológico y clínico que intenta explicar la diferencia entre envejecimiento satisfactorio y patológico, definiéndose como un declinar generalizado de múltiples sistemas (principalmente osteomuscular, cardiovascular, metabólico e inmunológico) cuya repercusión final lleva a un agotamiento en la reserva funcional del individuo y a una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de múltiples resultados adversos, como discapacidad, dependencia, hospitalización institucionalización y muerte. Patologías como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca (ICC) o accidente cerebrovascular agudo (ACVA) resultan buenas predictoras de fragilidad⁶.



Este paciente viene determinado por un perfil de patología crónica con las siguientes características⁷:

- Presencia de varias enfermedades crónicas de manera concurrente.
- Alta frecuentación hospitalaria, tanto de urgencias como de consultas externas y hospitalización, con ingresos de estancia media prolongada.
- Tratamiento farmacológico con polimedicación.
- Disminución de la autonomía personal de forma temporal o permanente, con frecuentes situaciones de discapacidad y dependencia.
- Consumo de gran cantidad de recursos sanitarios y sociales.
- Y que presenta otros factores adicionales a tener en cuenta tales como edad avanzada, vivir solo, escaso apoyo familiar y social, presencia de secuelas de patología previa, etc.

Los medicamentos constituyen la intervención sanitaria más frecuente, por lo que no es de extrañar que sean una de las principales causas de efectos adversos en la asistencia sanitaria, tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito ambulatorio. En nuestro país, los estudios ENEAS⁸ y APEAS⁹, revelaron que los medicamentos eran la causa del 37,4% de los efectos adversos detectados en pacientes hospitalizados y del 47,8% en pacientes ambulatorios, respectivamente. El proceso de envejecimiento conlleva una serie de cambios, principalmente en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos, que hace que los ancianos sean más vulnerables a los efectos de la medicación y que presenten una mayor incidencia de acontecimientos adversos por medicamentos que otros grupos de edad. El tratamiento con varios medicamentos, muy frecuente en la situación de pluripatología, incrementa el riesgo de que se produzcan acontecimientos adversos por la medicación. Si bien algunos de estos acontecimientos adversos son inevitables, muchos de ellos son prevenibles ya que se producen como consecuencia de errores de medicación. Los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos afectan entre un 4,4 y un 43% de los pacientes mayores de 65 años, en función del método empleado y el ámbito del estudio (pacientes hospitalizados, ambulatorios o en residencias de ancianos)^{10,11}. Los tipos de errores asociados más frecuentemente con los incidentes prevenibles detectados en ancianos son la prescripción incorrecta (principalmente de dosis elevadas o de medicamentos inapropiados para la edad o patología subyacente), el seguimiento insuficiente de los tratamientos y la falta de adherencia al tratamiento¹².

Una parte de los errores de medicación se producen en los procesos de transición asistencial, fundamentalmente por problemas en la comunicación de la información

sobre la medicación entre los profesionales responsables o entre éstos y los pacientes. El Instituto of Medication Practice¹³ estima que el 50% de los errores de medicación y el 20% de los efectos adversos a medicamentos podrían eliminarse con una correcta y adecuada conciliación de la medicación, contribuyendo a mejorar la seguridad de los pacientes. Distintas organizaciones internacionales como la Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations, The Institute for Health care Improvement, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el National Institute for Health and Clinical Excellence, han puesto de manifiesto la importancia de la conciliación de los medicamentos para reducir errores de medicación alrededor de la hospitalización y de todas las transiciones, desarrollando guías de actuación sobre el proceso de conciliación^{14,15}.

En España el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2007 del Ministerio de Sanidad¹⁶, incluyó entre sus objetivos, implantar prácticas seguras para prevenir los errores debidos a la medicación y los efectos adversos relacionados con la atención a pacientes crónicos, así como mejorar la coordinación entre atención primaria y atención especializada.

Para prestar una atención de calidad y segura a estos pacientes es necesario incorporar a la práctica diaria estrategias que faciliten la adherencia y disminuyan los riesgos asociados al uso de medicación. Existe evidencia creciente de que aumentar la efectividad de las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia, pueden tener un impacto en la salud de la población mayor que cualquier mejoría en un tratamiento médico específico. Es una realidad que la baja adherencia al tratamiento, principalmente en las enfermedades crónicas y de modo particular en el paciente mayor, representa un problema de gran magnitud a nivel mundial, con importantes repercusiones en el paciente y en el sistema sanitario, ya que puede tener importantes consecuencias en la seguridad del paciente y llegar a comprometer la efectividad de los tratamientos.

El concepto de adherencia terapéutica en tratamientos prolongados, ha adoptado una versión que fusiona las definiciones de Haynes y Rand: “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 de un prestador de asistencia sanitaria”¹⁷

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y la OMS coinciden en muchos de los factores relacionados con el manejo del tratamiento y la no adhesión.



La OMS los clasifica en cinco grupos dentro de los cuales también entran los propuestos por NANDA: factores sociales y económicos, factores relacionados con el equipo sanitario, con la enfermedad, con la terapia y con el paciente¹⁸.

Entre los factores independientes asociados al paciente tenemos: la edad, el número de medicamentos utilizados, el sexo y una pobre percepción de la salud, la situación económica, los ingresos hospitalarios, pluripatología crónica, uso de ansiolíticos y la depresión. Por otro lado los factores sociales que se han identificado que influyen en la adherencia son: vivir solo, tener un nivel educativo y socioeconómico bajo y vivir en zonas rurales. Hay que tener en cuenta también los factores inherentes al sistema sanitario como son: diferentes médicos, oficinas de farmacia involucradas en la prescripción y dispensación de la medicación de una misma persona, lo que favorece la descoordinación y un peor control. Otros factores a tener presentes son la comunicación, el acceso a la información clínica, la visión sociocultural de consulta médica igual a receta o a su identificación con ella, el uso no generalizado de las terapias no farmacológicas, probablemente estas últimas por no haber sido evaluadas en términos de eficacia y eficiencia¹⁹. Una parte importante de los factores relacionados con la terapia, como causantes del no correcto manejo del tratamiento, la ocupan los referidos a la terapia farmacológica: complejidad, duración, cambios, falta de información adecuada, desconocimiento sobre aspectos básicos relacionados con la farmacocinética y forma de actuación del fármaco, ausencia de estrategias que favorezcan el adecuado consumo de los medicamentos (pictogramas de sencilla interpretación, individualización del tratamiento utilizando sistemas compartimentados para evitar la confusión de la ingesta), favoreciendo que los medicamentos se consuman en su momento y con la adecuada separación para fármacos con capacidad interactuante con otros fármacos o con la comida¹⁹.

En esta línea el objetivo general de este estudio es identificar la mejor evidencia disponible para las actividades de la intervención NIC: 2380 "Manejo de la medicación"²⁰. (ANEXO 1), en el paciente crónico pluripatológico, definida como: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Objetivos específicos:

- Demostrar la efectividad de las actividades incluidas en la intervención NIC: 2380 "Manejo de la medicación" en el paciente crónico pluripatológico:

- Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo.
- Comentar las preocupaciones económicas respecto al régimen de la medicación.
- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, según corresponda.
- Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Vigilar los niveles de séricos (electrolitos, protrombina, medicamentos), si procede.
- Observar si se producen interacciones farmacológicas no terapéuticas.
- Revisar periódicamente con el paciente y/o familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.
- Desechar medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas, según corresponda.
- Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede.
- Observar si hay respuesta a los cambios en el régimen de medicación, según corresponda.
- Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.
- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.
- Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito.
- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.
- Consultar con otros profesionales sanitarios para minimizar el número y la frecuencia de administración de medicación necesarios para conseguir el efecto terapéutico.
- Enseñar al paciente y/o a los familiares el método de administración de los fármacos, según corresponda.
- Explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.



- Proporcionar al paciente y a los familiares información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos, según sea necesario.
- Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos.
- Obtener la orden médica para la automedicación del paciente, si procede.
- Establecer un protocolo para el almacenamiento, adquisición y control de los medicamentos dejados a la cabecera del paciente con propósitos de automedicación.
- Evaluar los posibles recursos económicos para la adquisición de los fármacos prescritos, según corresponda.
- Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente.
- Proporcionar alternativas para la pauta temporal y modalidad de autoadministración de medicamentos con el propósito de minimizar los efectos en el estilo de vida del paciente.
- Ayudar al paciente y a los familiares a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a ciertos medicamentos, según corresponda.
- Enseñar al paciente cuándo debe solicitar atención médica.
- Identificar los tipos y las cantidades de fármacos de venta libre utilizados.
- Proporcionar información acerca del uso de medicamentos de venta libre y la influencia que pueden tener en la afección existente.
- Determinar si el paciente está utilizando remedios caseros basados en su cultura y los posibles efectos que puedan tener sobre el uso de medicamentos de venta libre y medicamentos prescritos.
- Revisar con el paciente las estrategias para controlar el régimen de medicación.
- Proporcionar al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación.
- Ponerse en contacto con el paciente y la familia después del alta, si procede, para responder a preguntas y comentar inquietudes asociadas al régimen de medicación. Animar al paciente a realizarse análisis para determinar los efectos de la medicación.

- Presentar las actividades enfermeras con mayor evidencia disponible y que no estén incluidas en la taxonomía NIC para la intervención “Manejo de la medicación”

MATERIAL Y METODO

Diseño:

Procedimiento sistemático de revisión de la literatura sobre las actividades de enfermería de la Intervención “Manejo de la medicación” (NIC 2380). (Anexo 1).

Estrategia de búsqueda:

El diseño de la estrategia de búsqueda de estudios, siguió la elaboración de la frase de búsqueda en base a las cuatro pistas de Sackett²¹ mediante el formato PICO (paciente-intervención-comparador-resultado), en este caso modificado al eliminar el comparador, y su conversión a los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Heading (MeSH). (Tablas 1 y 2). La investigación se basó en la pregunta de búsqueda: ¿Qué efectividad tienen las actividades incluidas en la intervención “Manejo de la medicación” en el paciente crónico pluripatológico?

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura de Junio a Septiembre de 2015 en bases de datos online: Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), National Library of Medicine (MEDLINE), Colección de Bases de Datos sobre Ensayos Clínicos Controlados en Ciencias de Salud (COCHRANE), Base de Datos de la Fundación Index sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica (CUIDEN), Internacional Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), Cumulative Index to Nursing&Allied Health Literature. (CINAHL), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Guíasalud, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), National Guideline Clearinghouse (NGC). Se complementó con búsquedas referenciales. Se consideraron los últimos diez años de publicación, en los idiomas español, inglés y francés.

Criterios de inclusión

Población:

La población considerada en los estudios son pacientes crónicos pluripatológicos adultos en los que coexisten dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas, que condicionan una especial fragilidad clínica que gravan a los pacientes con un deterioro progresivo, y

una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales. Por acuerdo de los investigadores se incluyeron estudios representativos de pacientes ancianos con patología crónica múltiple o subgrupos con patologías que incluyen EPOC, ICC, ACVA, en cualquier ámbito de atención a excepción de los hogares de ancianos y en cualquier país.

Tipos de estudios:

Se seleccionaron aquellos estudios que aportaron un mayor nivel de evidencia; revisiones sistemáticas (RS), metanálisis, ensayos clínicos aleatorios (ECA), guías de práctica clínica basadas en evidencias (GPC) y evaluación de tecnologías sanitarias (ETS), que cumplieran los criterios de calidad y homogeneidad metodológica establecidos por CASPe²² (Critical Appraisal Skill Programme en español) y AGREE²³, (Evaluación de Guías de Práctica Clínica).

Criterios de exclusión:

Fueron excluidos los estudios no disponibles a texto completo y aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión, publicados en diferentes idiomas al español, inglés y francés, estudios de más de diez años, y aquellos cuya población incluye pacientes con cáncer y VIH.

Variables:

Se han utilizado los términos; pacientes, enfermedad crónica, anciano frágil, pluripatología, comorbilidad, atención primaria de salud, hospitalización, atención de salud a domicilio, patients, chronic disease, frail elderly, multiple disorders, multimorbidity, comorbidity, primary health care, hospitalization, home nursing, truncados mediante el operador booleano AND, con las intervenciones: atención de enfermería, administración de terapia de medicación, nursing care, medication therapy management y con las variables de resultado: conocimiento de la medicación por el paciente, cumplimiento de la medicación, seguridad del paciente, calidad de vida, calidad de la atención de salud, satisfacción del paciente, patient medication Knowledge, medication adherence, patient safety, quality of life, quality of healthcare, patient satisfaction.

Criterios de validez

Los criterios de valoración de la validez de los estudios y procesos utilizados para la extracción de datos fueron los establecidos por CASPe en los ECA, RS y Metanálisis y para las GPC por AGREE. Se seleccionaron aquellos estudios con una puntuación

igual o mayor de 6 puntos de la escala CASPe y que superaron el 60% en el AGREE. La clasificación por niveles de evidencia y el desarrollo del grado de recomendación se realizó siguiendo la clasificación del JBI del año 2013²⁴ (Anexo 2). En estudios con varias publicaciones, los datos se recogieron de la más reciente y, cuando fue necesario, las publicaciones anteriores se utilizaron para complementar los datos que faltaban.

Los criterios de homogeneidad clínica incluyeron, además de los CASPe/AGREE, que las características de las poblaciones e intervenciones fueran extrapolables a nuestro entorno y práctica profesional.

Los artículos que respondieron a los criterios anteriormente expuestos fueron revisados por pares y los desacuerdos se resolvieron mediante discusión.

Extracción de datos:

Se realiza una selección de los estudios relevantes por la revisión de los resúmenes de los artículos resultantes de la búsqueda, eliminando por acuerdo entre los dos revisores aquellos no pertinentes por no adaptarse a nuestro objetivo o sin diseño explícito. De los artículos resultantes se realiza la lectura crítica eliminando los que no cumplen criterios de validez metodológica.

Análisis:

Los resultados considerados relevantes se recopilaron en una tabla de síntesis y su análisis se realizó mediante desarrollo narrativo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se identificaron 1721 estudios, procedentes de la búsqueda en bases de datos (BVS 37, PUBMED 970, COCHRANE 3, INAHTA 2, CINAHL 2, NICE 692, CUIDEN 1, GUIASALUD 5, SIGN 2, NGC 2, RNAO 2, búsqueda referencial 3). Después de eliminar los duplicados, se seleccionaron 81 artículos para la lectura del resumen, tras su lectura se retiraron 47 que no cumplían con los criterios de inclusión establecidos, quedando 35 artículos para la lectura crítica. (Tabla 3).

De los 35 estudios elegidos para la lectura crítica (8 ECA, 9 RS, 1 Metanálisis, 16 GPC, 1 Informe de investigación) se eliminaron 2 RS y 1 ECA por no estar disponibles a texto completo y 12 artículos (4 ECA y 8 GPC) por distintos motivos expuestos en la tabla 4.



De esta lectura crítica se seleccionaron 20 estudios siendo: 6 RS, 3 ECA, 9 GPC, 1 Informe de evidencia y 1 Metanálisis. (Tabla 3), (Figura 1).

El análisis de la información se realizó mediante listas de chequeo CASPe estableciendo un 6/11 para ensayos clínicos y un 6/10 para revisiones sistemáticas. Las guías de práctica clínica se valoraron a través de AGREE 2013, dando por válidas aquellas con una valoración superior a un 60% en los apartados de Alcance y objetivo, Rigor en la elaboración y Claridad en la presentación.

Para la recopilación de datos se elaboraron, una tabla de síntesis de los resultados considerados relevantes, donde se presentan datos relativos al autor, título, año y tipo de estudio, comentarios, resultados, niveles de evidencia (NE) y grados de recomendación (GR) (Tabla 5), y otra donde quedan reflejadas las actividades de la intervención con el grado de evidencia, nivel de recomendación encontrado y los estudios que avalan dicha evidencia (Tabla 6).

Las principales limitaciones de este estudio fueron las restricciones del idioma y la escasez de estudios relevantes a cerca de los cuidados de enfermería en el Manejo de la medicación.

Los resultados obtenidos a partir de estos estudios, indican el nivel de evidencia y el grado de recomendación demostrado para las siguientes actividades: (Tabla 6)

- Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo. NE 1.a. GR A^{39, 57}.
- Comentar las preocupaciones económicas respecto al régimen de la medicación. NE 1.b. GR A⁵⁴.
- Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. NE 1.a. GR A⁵⁰.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. NE 1.a. GR A^{39, 50}. NE 1.b. GR A⁵⁶. NE 1.c. GR A⁴⁹. NE 5.b. GR A⁵⁵. NE 5.a. GR B⁵⁷.
- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación. NE 1.b. GR A⁵⁶.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. NE 1.a. GR A^{39, 50}. NE 1.b. GR A^{40, 54, 56}. NE 1.c. GR A⁴⁹. NE 5.b. GR A⁵⁵. NE 5.a. GR B⁵⁷.
- Vigilar los niveles séricos (electrolitos, protrombina, medicamentos), si procede. NE 1.b. GR A⁵⁶.



- Observar si se producen interacciones farmacológicas no terapéuticas. NE 1.a. GR A³⁹.
- Revisar periódicamente con el paciente y/o familia los tipos y dosis de medicamentos tomados. NE 1.a. GR A^{39, 50}. NE 1.b. GR A^{1, 54, 56}.
- Observar si hay respuesta a los cambios en el régimen de medicación, según corresponda. NE 1.a. GR A³⁹. NE 5.b. GR A⁵⁵.
- Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación. NE 1.a. GR A^{39, 50}. NE 1.b. GR A^{40, 48, 54}. NE 5.b. GR A⁵⁵. NE 5.a. GR B⁵⁷.
- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación. NE 1.a. GR A⁵⁰. NE 1.b. GR A^{1, 40, 43, 46, 54, 56}. NE 1.c. GR A^{41, 49}. NE 5.b. GR A⁵⁵. NE 1.a. GR B⁴². NE 5.a. GR B⁵⁷.
- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito. NE 1.c. GR A⁴¹. NE 1.b. GR A^{1, 46, 54}.
- Consultar con otros profesionales sanitarios para minimizar el número y la frecuencia de administración de medicación necesarios para conseguir el efecto terapéutico. NE 1.c. GR A^{41, 52}. NE 1.b. GR A^{45, 48, 54}.
- Enseñar al paciente y/o a los familiares el método de administración de los fármacos, según corresponda. NE 1.a. GR A^{39, 47, 50, 51}. NE 1.b. GR A^{40, 48, 57}. NE 1.c. GR A^{41, 44, 49, 52}. NE 5.b. GR A⁵⁵.
- Explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación. NE 1.a. GR A^{39, 47, 50, 51, 57}. NE 1.b. GR A^{40, 54}. NE 1.c. GR A^{41, 44, 49, 52}. NE 5.b. GR A⁵⁵.
- Proporcionar al paciente y a los familiares información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos, según sea necesario. NE 1.a. GR A^{39, 50, 51, 57}. NE 1.b. GR A^{1, 40, 48}. NE 1.c. GR A^{41, 44, 52}. NE 5.b. GR A⁵⁵. NE 2.c. GR A⁵³.
- Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos. NE 1.a. GR A^{39, 57}. NE 1.b. GR A^{40, 54}. NE 5.b. GR A⁵⁵.
- Establecer un protocolo para el almacenamiento, adquisición y control de los medicamentos dejados a la cabecera del paciente con propósitos de automedicación. NE 1.c. GR A⁴⁴.
- Evaluar los posibles recursos económicos para la adquisición de los fármacos prescritos, según corresponda. NE 1.b. GR A^{48, 54}.
- Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente. NE 1.b. GR A^{1, 40, 48}. NE 1.c. GR A⁴⁹. NE 5.a. GR B⁵⁷.



- Proporcionar alternativas para la pauta temporal y modalidad de autoadministración de medicamentos con el propósito de minimizar los efectos en el estilo de vida del paciente. NE 1.c. GR A⁴⁴.
- Identificar los tipos y las cantidades de fármacos de venta libre utilizados. NE 1.b. GR A⁴⁵
- Revisar con el paciente las estrategias para controlar el régimen de medicación. NE 1.b. GR A^{1, 43, 46, 54, 56, 57}. NE 1.c. GR A^{41, 44, 49}. NE 5.b. GR A⁵⁵. NE 1.a. GR B^{42, 50}.
- Proporcionar al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación. NE 1.b. GR A^{1, 54}. NE 5.a. GR B⁵⁷.
- Ponerse en contacto con el paciente y la familia después del alta, si procede, para responder a preguntas y comentar inquietudes asociadas al régimen de medicación. NE 1.b. GR A⁴⁰
- Animar al paciente a realizarse análisis para determinar los efectos de la medicación. NE 1.b. GR A⁵⁶

Existen actividades de las que no se ha encontrado ningún grado de evidencia como son:

- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, según corresponda.
- Desechar medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas, según corresponda.
- Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede.
- Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito.
- Obtener la orden médica para la automedicación del paciente, si procede.
- Ayudar al paciente y a los familiares a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a ciertos medicamentos, según corresponda.
- Enseñar al paciente cuándo debe solicitar atención médica.
- Proporcionar información acerca del uso de medicamentos de venta libre y la influencia que pueden tener en la afección existente.
- Determinar si el paciente está utilizando remedios caseros basados en su cultura y los posibles efectos que puedan tener sobre el uso de medicamentos de venta libre y medicamentos prescritos.



Se ha encontrado evidencias con una “fuerte” recomendación para actividades no incluidas en esta intervención:

Nivel 1.a. Grado A

- Llevar a cabo la reconciliación de medicamentos, en atención primaria, para todas las personas que han sido alta del hospital u otro establecimiento de atención. Esto debería ocurrir tan pronto como sea posible en la práctica, antes de emitir una prescripción nueva de medicamentos.
- La reconciliación de medicamentos debe llevarse a cabo por un profesional de la salud capacitado y competente, idealmente un farmacéutico, técnico en farmacia, enfermera o médico con los conocimientos necesarios, habilidades y experiencia incluyendo: habilidades de comunicación efectiva, conocimiento técnico de los procesos para la gestión de los medicamentos, y conocimiento terapéutico de medicamentos.
- Involucrar a los pacientes y sus familiares o cuidadores, en su caso, en el proceso de reconciliación medicamentos.
- Al llevar a cabo la reconciliación de medicamentos, registrar la información relevante en una forma electrónica o en papel.
- Las organizaciones deben considerar un enfoque de equipo multidisciplinario para mejorar resultados para las personas que tienen medicaciones a largo plazo y tienen múltiples medicamentos (polifarmacia).

Nivel 1.c. Grado A

- Es esencial que el profesional evalúe la adherencia en cada visita, incluso cuando los pacientes parecen haber sido adherentes en el pasado.

CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos a partir de estos estudios, ponen de manifiesto que gran parte de las actividades recogidas en la intervención “Manejo de la medicación” tienen una recomendación “fuerte” para el paciente crónico pluripatológico, donde es evidente que efectos deseables son mayores que los efectos indeseables de la estrategia, que hay pruebas de calidad adecuada que apoyan su uso, hay un beneficio o ningún impacto en la aplicación de las actividades, y los valores, preferencias y la experiencia de los pacientes se han tenido en cuenta.



Como implicación para la investigación, derivada de los resultados de este trabajo, sería necesario realizar estudios primarios que avalaran con evidencia científica las actividades incluidas en la intervención “Manejo de la medicación” para las que no se ha encontrado ningún nivel de evidencia.

La principal implicación para la práctica, en base a la mejor evidencia disponible, conlleva la inclusión de nuevas actividades para las que se ha demostrado una recomendación “fuerte” en la intervención “Manejo de la medicación”.

TABLAS

Tabla 1. Frase de búsqueda

Frase	Palabra “Natural”
Paciente	Pacientes pluripatológicos, enfermedad crónica, anciano frágil, en cualquier ámbito de atención (hospitalización, atención primaria o domiciliaria).
Intervención	Cuidados de enfermería. Manejo de la medicación.
Comparador	
Variable Resultados	Conocimiento de la medicación por el paciente. Adherencia terapéutica. Seguridad Calidad de vida. Calidad de la atención sanitaria. Satisfacción.

Tabla 2. Estrategia de búsqueda: palabras clave.

Frase	Palabra "Natural"	DECS	MeSH
Paciente	Paciente	Pacientes	Patients
	Enfermedad crónica	Enfermedad crónica	Chronic Disease
	Anciano frágil	Anciano frágil	Frail Elderly
	Pluripatología/Multimorbilidad	Pluripatología	Multiple disorders, Multimorbidity
	Comorbilidad	Comorbilidad	Comorbidity
	Atención primaria	Atención primaria de salud	Primary health care
	Hospitalización	Hospitalización	Hospitalization
Atención a domicilio	Atención de salud a domicilio	Home nursing	
Intervención	Cuidados de enfermería	Atención de enfermería	Nursing care
	Manejo de la medicación	Administración de terapia de medicación	Medication therapy management
Resultado	Conocimiento de la medicación por el paciente	Conocimiento de la medicación por el paciente	Patient medication Knowledge
	Adherencia terapéutica	Cumplimiento de la medicación	Medication adherence
	Seguridad	Seguridad del paciente	Patient safety
	Calidad de vida	Calidad de vida	Quality of life
	Calidad de la atención sanitaria	Calidad de la atención de salud	Quality of Health Care
	Satisfacción	Satisfacción del paciente	Patients satisfaction

Tabla 3. Búsqueda en bases de datos

Bases de datos	Artículos	Total
BVS	ECA 18 RS 13 Metanálisis 6	37
CINAHL	RS 2	2
COCHRANE	ECA 2 Metanálisis 1	3
PUBMED	ECA 415 RS 534 Metanálisis 3 GPC 18	970
CUIDEN	ECA 1	1
CINAHL	RS 2	2
INAHTA	RS 1 ETS 1	2
NICE	GPC 692	692
RNAO	GPC 2	2
GUIASALUD	GPC 5	5
SIGN	GPC 2	2
NGC	GPC 2	2
Búsqueda referencial	RS 1 GPC 1 Informe investigación 1	3
Total		1721
Seleccionados para lectura del resumen		81
Lectura crítica		35
Selección definitiva		20

Tabla 4. Artículos revisados y excluidos como fuente de evidencia.

Autor, título, año, tipo de estudio.	Motivo de exclusión
Struthers A, Blue L, Bridges A, Calvert J, Choy AM, Church J, Denvir M, Fraser S, Halliday K, Hogg K, Jhund P, Mair F, Nicholls J, Sharp J, Shearer F, Smith L, Smith A, Stein A, Wilson L. Management of chronic heart failure A national clinical guideline. 2015. GPC ²⁵ .	No se adapta a nuestro objetivo.
Hohmann C, Neumann-Haefelin T, Klotz JM, Freidank A, Radziwill R. Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. 2014. ECA ²⁶ .	No responde a las preguntas de eliminación.
Mant J, Al-Mohammad A, Bolton P, Butler J, Cowie M, Hardman S, Ioannou N, Jones C, Kendall J, Masters J, McMurray J, Raza T. Acute heart failure diagnosing and managing acute heart failure in adults. 2014. GPC ²⁷ .	No se adapta a nuestro objetivo.
Kosloski K, Steber S, Charles M, Simenson S. Implementation of a marketing strategy to increase patient participation in medication therapy management in a community setting. 2014. ECA ²⁸ .	No disponible a texto completo.
Bussey A, Calam J, England M, Gough K, Hughes A, Mason J, Raine SM, Nathan I, Newell J, Riley S, Ryan A, Stubbs H, Swan J. Patient Group Directions Medicines practice guideline. 2013. GPC ²⁹ .	No se adapta a nuestro objetivo.
Grupo de Trabajo de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Aguda y Crónica 2012 de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Elaborada en colaboración con la Asociación de Insuficiencia Cardíaca (ICA) de la ESC. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. 2012. GPC ³⁰ .	No se adapta a nuestro objetivo.
Grupo de Trabajo de GesEPOC. Task Force of GesEPOC. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). 2012. GPC ³¹ .	No se adapta a nuestro objetivo.
Mith SM, Soubhi H, M Fortin, Hudon C, O'Dowd T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. 2012. RS ³² .	No disponible a texto completo.
Russell CL, Ruppar TM, Matteson M. Improving medication adherence: moving from intention and motivation to a personal systems approach. 2011. RS ³³ .	No disponible a texto completo.

<p>Pascual CR, Galán EP, Guerrero JL, Colino RM, Soler PA, Calvo MH, Jaurieta JJ, Arambarri JM, Casado JM, Rodríguez-Artalejo F. Rationale and methods of the multicenter randomised trial of a heart failure management programme among geriatric patients (HF-Geriatrics). 2011. ECA³⁴.</p>	<p>Se trata de un proyecto de realización.</p>
<p>Ajenjo Navarro A, Bonet Plá A, Botija Yagüe MP, Fluixá Carrascosa C, Fornos Garrigós A, Franch Taix M, Gosalbes Soler V, Maiques Galán A, Sanchez Vañó R, Sanchís Doménech C, Sanmiguel Cervera D, Valderrama Zurrian FJ, Vicente Cañizares M. Grupo de trabajo de patología cardiovascular de la sociedad valenciana de medicina familiar y comunitaria. Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en atención primaria. 2010. GPC³⁵.</p>	<p>No se adapta a nuestro objetivo.</p>
<p>Chavannes NH, Grijzen M, van den Akker M, Schepers H, Nijdam M, Tjep B, Muris J. Integrated disease management improves one-year quality of life in primary care COPD patients: a controlled clinical trial. 2009. ECA³⁶.</p>	<p>No pasa las preguntas de eliminación.</p>
<p>Grupo de trabajo de la Guía de prevención del ictus. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica sobre la prevención primaria y secundaria del ictus. 2008. GPC³⁷.</p>	<p>No se adapta a nuestro objetivo.</p>
<p>Registered Nurses' Association of Ontario. Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 2005. GPC³⁸.</p>	<p>No se adapta a nuestro objetivo.</p>



Tabla 5. Artículos revisados e incluidos como fuente de evidencia.

Autor, título, año, tipo de estudio.	Población	Intervención / Variables de resultado	Comentario	Resultados	Calidad Nivel Evidencia / Grado Recomendación. según JBI 2013
<p>Chong W, Dean S, Erskine D, Galloway L , Hawkins B, Holden, LewisT, Lewis H, Ogden M, Packham B, Seal R, Terry D, Vout K, Weatherstone M, Westwood N.</p> <p>Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes³⁹.</p> <p>GPC 2015</p>	<p>Dirigida a todas las personas que están tomando medicamentos.</p>	<p>Esta guía ofrece mejor consejo prácticas en el cuidado de todas las personas que están usando medicinas y también aquellos que están recibiendo el beneficio óptimo de los medicamentos.</p>	<p>Esta guía sugiere 4 principios rectores para la optimización de los medicamentos, con el objetivo de conducir a mejores resultados en los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratar de entender la experiencia del paciente. - Elección basada en la evidencia de los medicamentos. - Asegurar el uso de medicamentos de forma tan segura como sea posible. - Hacer de la optimización medicamentos la práctica habitual. <p>AGREE 65/60/73</p>	<p>Involucrar a los pacientes en las decisiones acerca de los medicamentos recetados.</p> <p>La información relevante acerca de los medicamentos debe ser compartida con los pacientes y sus familiares o cuidadores, en su caso, y entre los profesionales de la salud y de atención social cuando una persona se mueve de un escenario de cuidados a otro, para apoyar la atención de alta calidad</p> <p>Deben dar a la persona y los miembros de la familia o cuidadores en su caso, una lista completa y precisa de sus medicamentos en un formato que sea adecuado para ellos. Esto debe incluir todos medicamentos actuales y cualquier cambio en los medicamentos realizados</p>	<p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p>



				<p>durante su estancia.</p> <p>Las organizaciones deben considerar la necesidad de apoyo adicional de algunos grupos de personas cuando los pacientes han sido dados de alta del hospital, tales como asesoramiento farmacéutico, seguimiento telefónico, y seguimiento de visitas domiciliarias por parte médico de cabecera o enfermera.</p>	Nivel 1.a. Grado A
				<p>En atención primaria, se debe llevar a cabo la reconciliación de medicamentos para todas las personas que han sido dados de alta del hospital u otro establecimiento de atención. Esto debería ocurrir tan pronto como sea posible en la práctica, antes de emitir una prescripción nueva de medicamentos.</p>	Nivel 1.a. Grado A
				<p>Las organizaciones deben asegurarse de que la reconciliación de los medicamentos se lleva a cabo por un profesional de la salud capacitado y competente - idealmente un farmacéutico, un técnico en farmacia, una</p>	Nivel 1.a. Grado A



				<p>enfermera o médico con los conocimientos necesarios, habilidades y experiencia incluyendo: habilidades de comunicación efectiva, conocimiento técnico de los procesos para la gestión de los medicamentos, y conocimiento terapéutico de medicamentos.</p> <p>Involucrar a los pacientes y sus familiares o cuidadores, en su caso, en el proceso de reconciliación medicamentos.</p> <p>Al llevar a cabo la reconciliación de medicamentos, registrar la información relevante en una forma electrónica o en papel.</p> <p>Realizar un examen estructurado, crítico de un medicamento con el objetivo de llegar a un acuerdo con la persona acerca del tratamiento, optimizar el impacto de los medicamentos, minimizando el número de problemas relacionados con la medicación y la reducción de residuos.</p> <p>Durante una revisión de la</p>	<p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p>
--	--	--	--	---	---



EMBAJADORES DE LA
EXCELENCIA
EUROPEA



Atención Especializada. -Paseo de Santa Bárbara, s/n.- 42005 Soria. Tel. 975 23 43 00.- Fax: 975 23 43 05
Atención Primaria.- C/ Nicolás Rabal, 19 - 42003 Soria. Tel.: 975 22 14 98 - Fax: 975 22 92 44



				<p>medicación estructurada, tendrá en cuenta: al paciente y sus familiares o cuidadores en su caso, puntos de vista y la comprensión acerca de sus medicamentos del paciente y sus familiares "o cuidadores" en su caso, las preocupaciones, preguntas o problemas con los medicamentos.</p> <p>Las organizaciones deben considerar un enfoque de equipo multidisciplinario para mejorar resultados para las personas que toman medicamentos a largo plazo y tienen múltiples medicamentos (polifarmacia).</p>	Nivel 1.a. Grado A
<p>Chapman B, Bogle V.</p> <p>Adherence to medication and self-management in stroke patients⁴⁰.</p> <p>RS 2014</p>	<p>Cuatro ECA y dos estudios cuasi-experimentales</p>	<p>Revisar el impacto que las intervenciones de autogestión tienen en la adhesión a la medicación.</p>	<p>Los estudios en esta revisión se llevaron a cabo en diferentes países, incluyendo el Reino Unido, Alemania, EE.UU. y Hong Kong. La generalización de los resultados, por tanto, puede ser limitada. Algunos de los estudios no tenían suficiente de muestra tamaños y algunos tenían altas tasas de deserción</p>	<p>La aplicación de las intervenciones de autogestión comprende varios componentes, tales como la prestación de la información, la medicación, la resolución de problemas y soporte al paciente, mejoran la adherencia a la medicación en los pacientes con ictus a corto plazo. Sin embargo, un mayor desarrollo de este tipo de intervenciones y la</p>	Nivel 1.b. Grado A



			también. CASPe 7/10	investigación se recomienda, para períodos de seguimiento más largos.	
<p>Leiva-Fernández J, Leiva-Fernández F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Barnestein-Fonseca P.</p> <p>Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial⁴¹.</p> <p>ECA 2014</p>	146 pacientes diagnosticados de EPOC en un entorno de atención primaria.	La intervención consistió en dos actividades, un grupo al inicio del estudio y otras intervenciones durante las visitas de seguimiento donde se valoran aspectos como: aspectos motivacionales relacionadas con la adhesión (creencias y comportamientos), los aspectos cognitivos en la forma de información acerca de la enfermedad y las habilidades en la forma de capacitación en técnicas de inhalación.	<p>La adherencia al tratamiento en la EPOC es compleja. Los pacientes con EPOC requieren de una educación adecuada sobre el proceso de la enfermedad, las comorbilidades y el uso de diferentes medicamentos y dispositivos. No existe ninguna intervención estándar para mejorar la adherencia, posiblemente por la complejidad de este aspecto.</p> <p>La intervención diseñada en este estudio muestra una significativa mejora en la adherencia lo que confirma que las intervenciones multifactoriales son apropiadas para los pacientes con EPOC</p> <p>CASPe 8/11</p>	La aplicación en los pacientes de EPOC de una intervención multifactorial, información sobre; dosis, recordatorios, material audiovisual, aspectos motivacionales y de capacitación en técnicas de inhalación, mejora la adherencia terapéutica en pacientes con EPOC.	Nivel 1.c. Grado A
Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, Agoritsas T,	Cualquier tipo de pacientes (incluidos psiquiátricos sin	El objetivo principal de esta revisión es evaluar los efectos de	Los efectos no fueron consistentes entre los estudios, y sólo una minoría	Los métodos eficaces para mejorar adherencia deben mantenerse durante el tiempo	Nivel 1.a. Grado B



<p>Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB.</p> <p>Interventions for enhancing medication adherence⁴².</p> <p>RS 2014</p>	<p>adiciones) a los que el médico les haya prescrito una medicación.</p> <p>182 ECA (46.962 participantes), entre los que se incluyen estudios de pacientes con EPOC, de enfermos cardiovasculares o con riesgo cardiovascular y de enfermos crónicos complejos.</p>	<p>las intervenciones para mejorar la adherencia del paciente a la medicación prescrita y los resultados clínicos de esta adherencia.</p>	<p>de ECA con menor riesgo de sesgo constató la mejora de la adherencia y los resultados clínicos. Los métodos actuales de mejora de adherencia a la medicación para los problemas de salud crónicos son principalmente complejos y no muy eficaces, de manera que todos los beneficios del tratamiento no pueden ser realizados.</p> <p>De 182 ECA, solo 17 ECA tenían un bajo riesgo de sesgo para la asignación al azar, ocultación de la asignación, y evaluación de resultado clínico, Este número bajo es probablemente debido en parte al hecho de que había insuficientes datos para determinar el riesgo de sesgo. Sólo en cinco estudios mejoró tanto la adherencia como el resultado clínico.</p> <p>La investigación en este campo necesita avances,</p>	<p>que se necesita el tratamiento, las intervenciones que requieren se pueden integrar en el sistema de atención de una manera rentable. No hay evidencia de que la baja adherencia se pueda “curar”. Estrategias complejas para mejorar el cumplimiento del régimen de medicación a largo plazo no son muy eficaces, a pesar de la cantidad de esfuerzo y otros recursos que pueden consumir.</p> <p>No hay pruebas suficientes en la actualidad de que los tipos de intervención más recientes, como la mensajería de texto móvil y la atención basada en Internet, puede ayudar a mejorar la adherencia.</p>	
--	--	---	--	---	--



			<p>entre ellos la mejora del diseño de las intervenciones viables a largo plazo, las medidas de adherencia objetiva y suficiente potencia para detectar mejoras estudio en los resultados clínicos importantes para el paciente.</p> <p>La gran variedad de configuraciones, de participantes, de tipos de intervención, de medicamentos, de medidas de adherencia, y de resultados clínicos, impidieron resumir las conclusiones para llegar conclusiones generales fiables.</p> <p>CASPe 8,5/10</p>		
<p>Bryant J, McDonald VM, Boyes A, Sanson-Fisher R, Paul C, Melville J.</p> <p>Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review⁴³.</p>	<p>Ocho estudios de intervención en los que la medida de resultado primaria o secundaria es la adherencia a la medicación en pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar</p>	<p>Examinar la efectividad de las intervenciones diseñadas para mejorar la adhesión a la medicación de las personas con EPOC.</p>	<p>De los ocho estudios de intervención identificadas, cinco encontraron mejoras en la adhesión a cualquiera de los períodos de seguimiento a corto o largo plazo.</p>	<p>Mejorar la adherencia a la medicación entre los individuos con EPOC es fundamental para optimizar los resultados del paciente.</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p>



RS 2013	obstructiva crónica (EPOC).		<p>Los ocho estudios incluidos (cuatro ensayos clínicos aleatorizados y cuatro controlados) utilizaron diversas medidas de cumplimiento, lo que hacía difícil la comparación de precios y efecto de intervenciones entre los estudios, no siendo posible la agregación de resultados en un metanálisis.</p> <p>Los autores sugieren que se necesita más investigación para identificar estrategias eficaces para aumentar la adherencia a la medicación.</p> <p>CASPe 7,5/10</p>		
<p>Marek KD, Stetzer F, Ryan PA, Bub LD, Adams SJ, Schlidt A, Lancaster R, O'Brien AM.</p> <p>Nurse care coordination and technology effects on health status of frail older adults via enhanced self-management of medication: randomized clinical trial to test efficacy⁴⁴.</p>	Enfermos crónicos mayores de 60 años en el ámbito de atención primaria con problemas para la autogestión del régimen de medicación.	Evaluar los resultados del estado de salud de adultos mayores que reciben un programa de apoyo en el hogar para la auto-gestión de los medicamentos utilizando tanto la coordinación y la tecnología de cuidado.	Este estudio fue diseñado para identificar el impacto tanto de coordinación de la atención enfermera y la tecnología. La tecnología está a menudo diseñada para reemplazar las actividades de proveedores de atención, tales como enfermeras. Dada la fragilidad de los participantes en este	Programas diseñados para mejorar la autogestión, como la administración de medicamentos en los adultos mayores, son eficaces para mejorar la adherencia a la medicación. Invertir en métodos para ayudar a los adultos mayores con los medicamentos y manejo de enfermedades crónicas tiene potencial para mejorar su	Nivel 1.c. Grado A



ECA 2013			<p>estudio, es importante separar la contribución de la tecnología de la contribución de las actividades de la enfermera como coordinadora de la atención.</p> <p>El resultado primario de la autogestión y los resultados secundarios como el estado de salud, la calidad de la vida, y el costo de la atención son de interés.</p> <p>CASPe 7/11</p>	calidad de vida.	
<p>Pinkerman C, Sander P, Breeding JE, Brink D, Curtis R, Hayes R, Ojha A, Pandita D, Raikar S, Setterlund L, Sule O, Turner A.</p> <p>Heart Failure in Adults⁴⁵.</p> <p>GPC 2013</p>	<p>Pacientes mayores de 18 años previamente hospitalizados por insuficiencia cardíaca o con sospecha de insuficiencia cardíaca.</p>	<p>Desarrollar un proceso para proporcionar educación al paciente y / o cuidador sobre medicamentos (entre otros).</p> <p>Hacer hincapié en las estrategias de autocuidado de los pacientes. Estas pueden incluir la educación insuficiencia cardíaca y otras acciones destinadas a mantener el compromiso de los</p>	<p>Los estudios que se incluyen son ensayos aleatorios controlados, metanálisis y revisiones sistemáticas.</p> <p>AGREE 100/87/100</p>	<p>Simplificar tanto como sea posible los regímenes de medicación. Todos los medicamentos, incluyendo los de venta libre, deben ser revisados en cada visita. Debido a la avanzada edad de esta población y la complejidad de los regímenes de medicación, se debe hacer todo lo posible por simplificar y clarificar los medicamentos de un paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir el consumo de la frecuencia de cada medicación tomada por día (es decir, dos veces al día frente a tres veces 	Nivel 1.b. Grado A



		pacientes con la atención insuficiencia cardíaca.		al día si es bioequivalente). <ul style="list-style-type: none"> • Hacer hincapié en tomar los medicamentos en el momento adecuado para maximizar el control de los síntomas. • Todas las instrucciones de medicamentos, incluyendo los medicamentos de venta libre, deben ser revisados en cada interacción, escrito con claridad y reforzado verbalmente. Las indicaciones y posibles efectos secundarios de cada medicamento se debe explicar, y los pacientes se les debe recordar no para detener o cambiar sus medicamentos sin consultar a su médico o enfermera. 	
<p>van Dalem J, Krass I, Aslani P.</p> <p>Interventions promoting adherence to cardiovascular medicines⁴⁶.</p> <p>RS 2012</p>	<p>Pacientes diagnosticados de enfermedades cardiovasculares, específicamente hipertensión, dislipemia, insuficiencia cardíaca crónica y cardiopatía isquémica.</p>	<p>Mejorar la adherencia a los medicamentos cardiovasculares en pacientes con hipertensión, dislipidemia, insuficiencia cardíaca congestiva o isquémica enfermedad del corazón.</p>	<p>Se incluyen 36 estudios, 8 de ellos de pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca crónica (ICC).</p> <p>La siguiente investigación diseños se incluyeron: ensayos aleatorios y no aleatorios, controlados y no controlados, prospectivo y retrospectivo, estudios cualitativos y cuantitativos y observacionales.</p>	<p>Las intervenciones conductuales son las más eficaces en la mejora de la adherencia en el área de las enfermedades cardiovasculares en el entorno de la comunidad.</p> <p>El consejo motivacional y el sistema experto basado en la TTM (transtheoretical model-based expertSystem) también son intervenciones prometedoras.</p> <p>Paquetes de adherencia</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p>



			<p>Aproximadamente la mitad de los estudios (n = 17) demostró una mejora significativa en la adherencia y / o persistencia. Veintiún estudios también demostraron mejoras en los resultados clínicos. Sin embargo, no había coherencia en los resultados.</p> <p>Como las poblaciones de pacientes y métodos de inclusión estudios difieren, (por ejemplo, el cuidado de que los grupos de comparación recibido y métodos de medición), era inapropiado poner en común los resultados o llevar a cabo un metanálisis de los ensayos aleatorios identificados.</p> <p>Curiosamente la adición de la información / educación del paciente a una intervención de la conducta no dio lugar a mejores resultados. Esto implica que</p>	<p>hicieron que sea sencillo para los pacientes para ver si la dosis para un día en particular ya se han tomado y con ello ayudó a los pacientes con una de los factores relacionados con la falta de adherencia, el olvido</p>	
--	--	--	---	---	--



			<p>la adhesión puede estar más relacionada con la eficacia y las habilidades de autogestión del paciente que en el nivel de sus conocimientos.</p> <p>CASPe 8/10</p>		
<p>Tan JY, Chen JX, Liu XL, Zhang Q, Zhang M, Mei LJ, Lin R.</p> <p>A meta-analysis on the impact of disease-specific education programs on health outcomes for patients with chronic obstructive pulmonary disease⁴⁷.</p> <p>Metanálisis 2012</p>	<p>12 ECA con 2103 pacientes diagnosticados de EPOC.</p>	<p>Evaluar el beneficio de programas de educación específicos de la enfermedad para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.</p>	<p>Todos los ensayos comparaban la atención habitual, con programas de educación (individuales o colectivos) específicos para pacientes diagnosticados de EPOC.</p> <p>CASPe 9,5/10</p>	<p>Los programas de educación específicos de la enfermedad pueden influir positivamente en la calidad de vida, el conocimiento de la EPOC, habilidades de gestión de la enfermedad, la adhesión al inhalador, visitas a urgencias relacionadas, y las tasas de ingreso hospitalario.</p>	<p>Nivel 1.a. Grado A</p>
<p>Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, Coker-Schwimmer EJ, Rosen DL, Sista P, Lohr KN.</p> <p>Interventions to improve adherence to self-administered medications in the United States: a systematic review⁴⁸.</p> <p>RS 2012</p>	<p>73 artículos incluidos (que comprende 67 estudios de bajo o medio riesgo de sesgo), 69 informó sobre ECA y 4 informaron sobre estudios observacionales.</p>	<p>Evaluar la eficacia comparativa de los pacientes, intervenciones proveedor, sistemas y políticas que tienen como objetivo mejorar la adherencia a la medicación para condiciones crónicas de salud en los Estados Unidos.</p>	<p>Los estudios se limitan a los adultos con enfermedades crónicas (excluyendo el VIH-SIDA, enfermedades mentales graves y abuso de sustancias) en los Estados Unidos. La heterogeneidad clínica y metodológica obstaculizó la puesta en común de datos cuantitativos.</p> <p>CASPe 7/10</p>	<p>Intervenciones multidimensionales (conductual, educacional, y afectiva) son más eficaces que enfoques unidimensionales.</p> <p>La reducción de los costes del medicamento demuestra mayor adherencia a la medicación.</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b Grado A</p>



<p>Wu JR, Corley DJ, Lennie TA, Moser DK.</p> <p>Effect of a medication-taking behavior feedback theory-based intervention on outcomes in patients with heart failure⁴⁹.</p> <p>ECA 2012</p>	<p>82 pacientes con ICC.</p>	<p>La intervención se basa en la teoría del comportamiento planificado (TPB) e incluyó votaciones de la toma de la medicación comportamiento mediante el Sistema de Monitoreo de eventos medicación (MEMS). Los pacientes fueron asignados a uno de tres grupos: 1) la educación, más MEMS retroalimentación basado en la teoría; 2) Sólo la educación basada en la teoría; o 3) la atención habitual (control).</p>	<p>El uso de los MEMS para medir adherencia a la medicación es probablemente demasiado caro y no es práctico en los entornos clínicos.</p> <p>Aunque se han de mostrado diferencias significativas (mejor adherencia a la medicación y menos eventos cardíacos) entre los grupos de intervención y control, sería necesario un tamaño de muestra más grande de pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) no adherentes para poder generalizar estos resultados. Por último, hubo más pacientes en el grupo de intervención que en el grupo de control.</p> <p>CASPe 7/11</p>	<p>El uso de una intervención basada en la TPB mejora la adherencia a la medicación y los resultados en pacientes con ICC y por lo tanto ofrece una promesa como una intervención clínicamente aplicable a ayudar a los pacientes con ICC que se adhieran a su régimen prescrito.</p> <p>La adhesión de la medicación disminuye con el tiempo, independientemente de si los pacientes están adheridos en la primera evaluación o no. Por lo tanto, es esencial que los médicos evalúen la adherencia en cada visita, incluso cuando los pacientes parecen haber sido adherentes en el pasado.</p>	<p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 1.c. Grado A</p>
<p>Kucukarslan SN, Hagan AM, Shimp LA, Gaither CA, Lewis NJW</p> <p>Integrating medication therapy management in the primary care medical home: A review of randomized controlled trials⁵⁰.</p>	<p>8 ensayos clínicos aleatorios con pacientes de atención primaria que reúnen condiciones médicas específicas o pacientes con múltiples medicamentos sin</p>	<p>Evaluar el efecto de la gestión de la terapia de medicamentos (MTM) en pacientes en atención primaria. Las intervenciones incluyen: revisión de la terapia de medicación,</p>	<p>Este artículo revisa ensayos controlados aleatorios (ECA) con alta validez interna para proporcionar evidencia del impacto de los servicios de MTM resultados de los pacientes con el fin de ayudar a</p>	<p>La gestión de la terapia de medicamentos (MTM) implica la comunicación oportuna con los proveedores de atención primaria para discutir problemas terapéuticos, junto con la rutina seguimiento de los pacientes para apoyar la</p>	<p>Nivel 1.a. Grado A</p>



RS 2011	especificar una condición médica.	educación a los pacientes sobre la terapia con medicamentos, la identificación de posibles obstáculos a adherencia medicamentos y ayudar a los pacientes a manejar sus enfermedades.	profesionales de la salud mejorando los servicios para sus pacientes. CASPe 7/10	medicación mejora la adherencia a los medicamentos.	
<p>Hyslop J, Paul A, Hopper J, Smeeth L, Gosling P.</p> <p>Chronic obstructive pulmonary disease Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care⁵¹.</p> <p>GPC 2010</p>	Dirigida al personal sanitario al cuidado de pacientes con EPOC.	Ofrecer mejor consejo prácticas en el cuidado de las personas con EPOC.	<p>Esta guía es una actualización parcial de guía clínica de NICE 12 (publicado en febrero de 2004) y lo reemplaza.</p> <p>La guía cubre los criterios de diagnóstico y la identificación de la enfermedad temprana. Hace recomendaciones sobre tratamientos farmacológicos, la gestión de las personas con EPOC estable, exacerbaciones y prevención de la progresión de la enfermedad.</p> <p>Se indican solo las recomendaciones referidas al Manejo de la medicación.</p>	<p>Los pacientes deben tener capacidad de utilizar un dispositivo inhalador evaluado regularmente por un profesional y, si es necesario enseñar la técnica correcta.</p> <p>Las familias y los cuidadores también deben tener la información y el apoyo que necesitan.</p>	<p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p>



			AGRE 73/65/60		
<p>Mant J, Al-Mohammad A, Davis M, Dawda P, Foley P, Fuat A, Gilmour J, Hardman S, Kirwin G, Laramée P, Leyva F, McIntyre H, Mindham R, Newberry N, Price A, Richards A, Ritchie G, n Swain S, Turner C.</p> <p>Chronic heart failure Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care⁵².</p> <p>GPC 2010</p>	<p>Pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca crónica en el ámbito de la atención primaria y secundaria.</p>	<p>Esta guía tiene como objetivo ofrecer los mejores consejos prácticos para el cuidado de los adultos con insuficiencia cardíaca crónica.</p>	<p>Centrada sobre todo en el diagnóstico, tratamiento farmacológico, rehabilitación, vigilancia y planificación al alta de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca. Incluye todo tipo de estudios, ECA, RS y otros mas adecuados a la búsqueda de respuestas sobre diagnóstico y pronóstico de esta patología.</p> <p>AGREE 94/73/100</p>	<p>Los regímenes de dosificación deben ser lo más simples posible, y el cuidador de la salud profesional debe asegurarse de que el paciente y el cuidador estén plenamente informados acerca de su medicación.</p>	<p>Nivel 1.c Grado A</p>
<p>Registered Nurses Association of Ontario.</p> <p>Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients⁵³.</p> <p>GPC 2010</p>	<p>Dirigido a enfermeras que trabajan en una variedad de entornos de práctica a través de la continuidad de la atención a pacientes crónicos.</p>	<p>Ofrecer recomendaciones basadas en la evidencia para las prácticas de apoyo al autocuidado. Estas recomendaciones identifican las estrategias e intervenciones que mejoran la capacidad de un individuo para manejar su enfermedad crónica.</p>	<p>La evidencia proviene de guías de buenas prácticas, revisiones sistemáticas, estudios primarios de investigación pertinentes.</p> <p>Los miembros del equipo discutieron los resúmenes de evidencia y artículos clave, y llegaron a un consenso sobre la mejor evidencia disponible sobre la cual basar las recomendaciones.</p> <p>AGREE 100/92/95</p>	<p>Las enfermeras establecen una agenda por escrito en la reunión, en colaboración con el cliente y su familia, que puede incluir (entre otras) la administración de medicamentos.</p>	<p>Nivel 2.c. Grado A</p>



<p>Smithson H, Horne R, Benson J, Johnson S, Bowser A, Patel M, Hemingway S, Packham B, Blair J, Crome P, Haddad P, Steel J, Kelly S, Clyne W</p> <p>Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence⁵⁴.</p> <p>GPC 2009</p>	<p>Dirigida a profesionales de la salud involucrados en la prescripción, dispensación y la revisión de los medicamentos.</p>	<p>Ofrecer el mejor consejo práctico sobre la manera de implicar a los pacientes en las decisiones sobre medicamentos prescritos y cómo apoyar la adherencia.</p>	<p>Recomendar a los profesionales sobre cómo pueden ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas, facilitando la participación de los pacientes en la decisión de prescribir, y cómo pueden ayudar a los pacientes a que se adhieran a los medicamentos recetados</p> <p>Se seleccionan aquellas recomendaciones relacionadas con el Manejo de la medicación.</p> <p>AGRE 80/60/70</p>	<p>Los profesionales sanitarios deben adaptar su estilo de consulta a las necesidades de individuales de los pacientes, de manera que todos los pacientes tienen la oportunidad de estar involucrado en decisiones acerca de sus medicamentos en el nivel que deseen.</p> <p>Establecer la forma más eficaz de comunicarse con cada paciente y, si es necesario, tener en cuenta la manera de hacer la información accesible y comprensible (por ejemplo, el uso de imágenes, símbolos, letras grandes, diferentes idiomas, un intérprete o un defensor del paciente).</p> <p>Animar a los pacientes a preguntar acerca de su enfermedad y tratamiento.</p> <p>Explicar los objetivos médicos del tratamiento a los pacientes y discutir abiertamente los pros y los contras de los medicamentos propuestos.</p> <p>Preguntar a los pacientes lo que saben, creen y entienden</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p>
---	--	---	--	---	---



				<p>acerca de los medicamentos antes la prescripción de nuevos tratamientos y en la revisión de los medicamentos.</p> <p>Sugerir donde los pacientes pueden encontrar información fiable y apoyo después de la consulta: por ejemplo, mediante el suministro de información escrita o dirigiéndolos a otros recursos.</p> <p>Los efectos secundarios pueden ser un problema para algunos pacientes. Si este es el caso, usted debe: discutir cómo el paciente debe hacer frente a los efectos secundarios, hablar sobre los beneficios, efectos secundarios y efectos a largo plazo con el paciente para que puedan hacer una elección informada, considerar el ajuste de la dosis, considerar cambiar a otro medicamento con un riesgo diferente de efectos secundarios, considerar qué otras estrategias pueden ser utilizados (por ejemplo, la sincronización de los medicamentos).</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p>
--	--	--	--	---	---



				<p>Preguntar a los pacientes si los cargos de las recetas son un problema para ellos. Si es así, considerar las posibles opciones para reducir los costos.</p> <p>Los profesionales sanitarios implicados en la prescripción, dispensación o revisión de medicamentos deben asegurarse de que existen procesos establecidos para la comunicación con otros profesionales de la salud involucrados en la atención del paciente.</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p>
<p>MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL.</p> <p>Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN¹.</p> <p>Informe de investigación 2009</p>	<p>Dirigida a personal de las administraciones públicas sanitarias, gestores, públicos y privados, y profesionales.</p>	<p>Poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores, públicos y privados, y profesionales, todos aquellos elementos que contribuyen a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de la atención de los pacientes pluripatológicos.</p>	<p>Recoge recomendaciones sobre derechos y seguridad del paciente, criterios organizativos y de gestión de unidad de pluripatológicos elaboradas desde la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud con el apoyo de expertos vinculados con asociaciones científicas y al Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Se seleccionan aquellas recomendaciones relacionadas con el manejo</p>	<p>Se debe programar con el paciente y/o cuidador los horarios de administración teniendo en cuenta su estilo de vida y minimizando el número de tomas, siempre que sea posible.</p> <p>Se recomienda coordinar con atención primaria el establecimiento de reevaluación periódica de toda la medicación de los pacientes.</p> <p>Se proporcionará a los pacientes o cuidadores información oral y escrita sobre</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p>



			de la medicación	<p>los medicamentos que se prescriban y se les instruirá para que puedan consultar cualquier duda con la medicación.</p> <p>Establecer estrategias individuales para mejorar la adherencia al tratamiento.</p>	Nivel 1.b. Grado A
<p>Kenneth Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJV, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, Strömberg A, van Veldhuisen DJ, Atar D, Hoes AW, Keren A, Mebazaa A, Nieminen M, Priori SG, Swedberg K. Grupo de Trabajo de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008).</p> <p>Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica⁵⁵.</p> <p>GPC 2008</p>	<p>Dirigida médicos y profesionales de la salud para el manejo de pacientes con insuficiencia cardiaca. Las guías de las ESC están dirigidas a profesionales de 51 países miembros de la sociedad.</p>	<p>Proporcionar una guía práctica para el diagnóstico, la valoración y el tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica.</p>	<p>Esta nueva edición es el resultado del desarrollo y la revisión de las ediciones publicadas en 1995,1997, 2001 y 2005. Se basa fundamentalmente en evidencia documentada y publicada sobre diagnóstico, eficacia y seguridad de las intervenciones terapéuticas.</p> <p>En los casos en que no hay suficiente evidencia o ésta no es concluyente sobre una cuestión clínica concreta, se presenta la opinión consensuada de expertos. Las recomendaciones expuestas en esta guía deben ser consideradas a la luz de las políticas nacionales y de los</p>	<p>Se ha demostrado que una relación cercana entre el paciente y el personal médico y el apoyo activo de los servicios sociales mejoran la adherencia al tratamiento.</p> <p>Se recomienda invitar a los miembros de la familia del paciente a participar en los programas de educación, y en las decisiones relativas al tratamiento y los cuidados.</p> <p>Los pacientes deben tener un conocimiento adecuado del tratamiento que se ha prescrito, especialmente en lo que se refiere a sus efectos, efectos secundarios, administración de la medicación y regulación de la dosis.</p>	<p>Nivel 5.b. Grado A</p> <p>Nivel 5.b. Grado A</p> <p>Nivel 5.b. Grado A</p>



			<p>requisitos locales para la administración de procedimientos diagnósticos, tratamientos y dispositivos médicos. En los resultados se reflejan las recomendaciones relacionadas con la intervención Manejo de la medicación.</p> <p>AGRE 94/70/98</p>	<p>Los pacientes o sus cuidadores deben aprender a reconocer los síntomas de deterioro para tomar las medidas oportunas como aumentar la dosis de diuréticos e informar a su medico.</p>	<p>Nivel 5.b. Grado A</p>
<p>Pharmacy Benefits Management Strategic Healthcare Group and Medical Advisory Panel.</p> <p>Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Management of Chronic Heart Failure in Primary Care Practice⁵⁶.</p> <p>GPC 2007</p>	<p>Pacientes diagnosticados de ICC.</p>	<p>Analizar las diferentes opciones de tratamiento farmacológico de los pacientes con ICC y la importancia de la adherencia a la medicación en estos pacientes.</p>	<p>Centrada sobre todo en las pautas de tratamiento farmacológico de la ICC, hace referencia también a la importancia de la adherencia a la medicación en estos pacientes, su implicación y la de familiares y/o cuidadores. La adhesión al régimen de medicación a menudo no es óptima y puede conducir a un deterioro clínico en pacientes con ICC.</p> <p>La evidencia procede preferentemente de ensayos aleatorios controlados, metanálisis y revisiones sistemáticas.</p>	<p>Los pacientes y sus familias o cuidadores deben recibir educación sobre la ICC, incluyendo entre otros el tratamiento farmacológico adecuado y la importancia de la adherencia al régimen de medicación, los síntomas asociados con el empeoramiento de la ICC y qué hacer si se producen, y pronóstico.</p> <p>Los pacientes deben recibir un seguimiento regular con el fin de proporcionar la atención más eficaz. En cada encuentro, se debe investigar sobre la adherencia del paciente al régimen de medicación, las medidas no farmacológicas, y</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p>



			AGREE: 100/87/95	<p>los efectos adversos a la terapia.</p> <p>Los pacientes deben ser programados para el monitoreo de rutina de laboratorio.</p> <p>Los pacientes deben ser educados sobre la importancia de la adhesión al régimen de medicación a fin de obtener los beneficios de la disminución de la morbilidad y la mortalidad. La razón para no tomar un medicamento según lo prescrito debe ser investigada. Si es un resultado de un efecto adverso, la dosis de la medicación se puede ajustar, o considerar otra clase de medicamento.</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p>
<p>Bailey PH, Bartlett A, Beeatty G, Bissonnette J, Dabrowski B, Manji M, McMillan C, Pollock R, Santos J.</p> <p>Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)⁵⁷.</p>	<p>Dirigida a enfermeras al cuidado de personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.</p>	<p>Ayudar tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes en la toma de decisiones oportunas en relación a la atención sanitaria.</p>	<p>La guía centra sus recomendaciones en cuatro áreas, recomendaciones para la práctica destinadas a enfermeras, recomendaciones para la formación, destinadas a las competencias necesarias para la práctica, recomendaciones para la</p>	<p>Las enfermeras valoraran el funcionamiento del dispositivo inhalador del paciente para garantizar su uso correcto.</p> <p>Estás orientaran a los pacientes que empleen técnicas poco óptimas sobre cómo usar adecuadamente su inhalador.</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p>



GPC 2005			<p>organización y directrices, destinadas al lugar de trabajo y al ambiente idóneo para facilitar la práctica de la enfermería y indicadores de evaluación y seguimiento.</p> <p>AGRE 100/97/97</p>	<p>Las enfermeras podrán debatir las principales categorías de medicaciones con sus pacientes, incluidos los siguientes aspectos: Nombres genéricos y comerciales, indicaciones, dosis, efectos secundarios, modo de administración, farmacocinética, otras consideraciones de enfermería.</p> <p>Las enfermeras que trabajan con personas que presentan disnea asociada a la EPOC ostentarán el conocimiento y las capacidades adecuadas con vistas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer la importancia de la información que el paciente facilite sobre la disnea. - Facilitar información sobre estrategias para dejar de fumar, rehabilitación respiratoria y ejercicio, eliminación de secreciones, reeducación respiratoria, justificación de la medicación y papel que desempeña, autogestión de la enfermedad y planes de acción, justificación de la oxigenoterapia, técnicas 	Nivel 5.a. Grado B
----------	--	--	---	---	--------------------



				de relajación, estrategias nutricionales. - Derivar de manera adecuada a otros profesionales sanitarios y a los recursos de la comunidad.	
--	--	--	--	--	--

Tabla 6. Actividades con niveles de evidencia.

Actividades de la Intervención NIC 2380 Manejo de la medicación	Autor o nombre del estudio fecha publicación	Nivel de evidencia y Grado de recomendación según JBI
Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo.	Chong W, Dean S, Erskine D, Galloway L , Hawkins B, Holden, LewisT, Lewis H, Ogden M, Packham B, Seal R, Terry D, Vout K, Weatherstone M, Westwood N. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. 2015 ³⁹ .	Nivel 1.a. Grado A
	Bailey PH, Bartlett A, Beeatty G, Bissonnette J, Dabrowski B, Manji M, McMillan C, Pollock R, Santos J. Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 2005 ⁵⁷ .	Nivel 1.a. Grado A
Comentar las preocupaciones económicas respecto al régimen de la medicación.	Smithson H, Horne R, Benson J, Johnson S, Bowser A, Patel M, Hemingway S, Packham B, Blair J, Crome P, Haddad P, Steel J, Kelly S, Clyne W. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence 2009 ⁵⁴ .	Nivel 1.b. Grado A
Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.	Kucukarslan SN, Hagan AM, Shimp LA, Gaither CA, Lewis NJW. Integrating medication therapy management in the primary care medical home: A review of randomized controlled trials. 2011 ⁵⁰ .	Nivel 1.a. Grado A



<p>Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.</p>	<p>Chong W, Dean S, Erskine D, Galloway L , Hawkins B, Holden, LewisT, Lewis H, Ogden M, Packham B, Seal R, Terry D, Vout K, Weatherstone M, Westwood N. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. 2015³⁹.</p> <p>Wu JR, Corley DJ, Lennie TA, Moser DK. Effect of a medication-taking behavior feedback theory-based intervention on outcomes in patients with heart failure. 2012⁴⁹.</p> <p>Kucukarslan SN, Hagan AM, Shimp LA, Gaither CA, Lewis NJW. Integrating medication therapy management in the primary care medical home: A review of randomized controlled trials. 2011⁵⁰.</p> <p>Grupo de Trabajo de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). Desarrollada en colaboración con la Heart Failure Association (HFA) de la ESC y aprobada por la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. 2008⁵⁵.</p> <p>Pharmacy Benefits Management Strategic Healthcare Group and Medical Advisory Panel. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Management of Chronic Heart Failure in Primary Care Practice. 2007⁵⁶.</p> <p>Bailey PH, Bartlett A, Beeatty G, Bissonnette J, Dabrowski B, Manji M, McMillan C, Pollock R, Santos J. Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. 2005⁵⁷.</p>	<p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 5.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 5.a. Grado B</p>
<p>Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.</p>	<p>Pharmacy Benefits Management Strategic Healthcare Group and Medical Advisory Panel. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Management of Chronic Heart Failure in Primary Care Practice. 2007⁵⁶.</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p>
<p>Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.</p>	<p>Chong W, Dean S, Erskine D, Galloway L , Hawkins B, Holden, LewisT, Lewis H, Ogden M, Packham B, Seal R, Terry D, Vout K, Weatherstone M, Westwood N. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. 2015³⁹.</p>	<p>Nivel 1.a. Grado A</p>



	<p>Chapman B, Bogle V. Adherence to medication and self-management in stroke patients. 2014⁴⁰.</p> <p>Wu JR, Corley DJ, Lennie TA, Moser DK. Effect of a medication-taking behavior feedback theory-based intervention on outcomes in patients with heart failure. 2012⁴⁹.</p> <p>Kucukarslan SN, Hagan AM, Shimp LA, Gaither CA, Lewis NJW. Integrating medication therapy management in the primary care medical home: A review of randomized controlled trials. 2011⁵⁰.</p> <p>Smithson H, Horne R, Benson J, Johnson S, Bowser A, Patel M, Hemingway S, Packham B, Blair J, Crome P, Haddad P, Steel J, Kelly S, Clyne W. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. 2009⁵⁴.</p> <p>Grupo de Trabajo de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). Desarrollada en colaboración con la Heart Failure Association (HFA) de la ESC y aprobada por la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. 2008⁵⁵.</p> <p>Pharmacy Benefits Management Strategic Healthcare Group and Medical Advisory Panel. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Management of Chronic Heart Failure in Primary Care Practice. 2007⁵⁶.</p> <p>Bailey PH, Bartlett A, Beatty G, Bissonnette J, Dabrowski B, Manji M, McMillan C, Pollock R, Santos J. Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 2005⁵⁷.</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 5.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 5.a. Grado B</p>
Vigilar los niveles de séricos (electrolitos, protrombina, medicamentos), si procede.	Pharmacy Benefits Management Strategic Healthcare Group and Medical Advisory Panel. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Management of Chronic Heart Failure in Primary Care Practice. 2007 ⁵⁶ .	Nivel 1.b. Grado A
Observar si se producen interacciones farmacológicas no terapéuticas.	Chong W, Dean S, Erskine D, Galloway L, Hawkins B, Holden, Lewis T, Lewis H, Ogden M, Packham B, Seal R, Terry D, Vout K, Weatherstone M, Westwood N. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable	Nivel 1.a. Grado A



	<p>the best possible outcomes. 2015³⁹.</p>	
<p>Revisar periódicamente con el paciente y/o familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.</p>	<p>Chong W, Dean S, Erskine D, Galloway L , Hawkins B, Holden, LewisT, Lewis H, Ogden M, Packham B, Seal R, Terry D, Vout K, Weatherstone M, Westwood N. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. 2015³⁹.</p> <p>Kucukarslan SN, Hagan AM, Shimp LA, Gaither CA, Lewis NJW. Integrating medication therapy management in the primary care medical home: A review of randomized controlled trials. 2011⁵⁰.</p> <p>Smithson H, Horne R, Benson J, Johnson S, Bowser A, Patel M, Hemingway S, Packham B, Blair J, Crome P, Haddad P, Steel J, Kelly S, Clyne W. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. 2009⁵⁴.</p> <p>MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN. 2009¹.</p> <p>Pharmacy Benefits Management Strategic Healthcare Group and Medical Advisory Panel. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Management of Chronic Heart Failure in Primary Care Practice. 2007⁵⁶.</p>	<p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p>
<p>Observar si hay respuesta a los cambios en el régimen de medicación, según corresponda.</p>	<p>Chong W, Dean S, Erskine D, Galloway L , Hawkins B, Holden, LewisT, Lewis H, Ogden M, Packham B, Seal R, Terry D, Vout K, Weatherstone M, Westwood N. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. 2015³⁹.</p> <p>Grupo de Trabajo de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). Desarrollada en colaboración con la Heart Failure Association (HFA) de la ESC y aprobada por la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. 2008⁵⁵.</p>	<p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 5.b. Grado A</p>
<p>Determinar el conocimiento del paciente sobre la</p>	<p>Chong W, Dean S, Erskine D, Galloway L , Hawkins B, Holden, LewisT, Lewis H,</p>	<p>Nivel 1.a. Grado A</p>



<p>medicación.</p>	<p>Ogden M, Packham B, Seal R, Terry D, Vout K, Weatherstone M, Westwood N. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. 2015³⁹.</p> <p>Chapman B, Bogle V. Adherence to medication and self-management in stroke patients. 2014⁴⁰.</p> <p>Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, Coker-Schwimmer EJ, Rosen DL, Sista P, Lohr KN. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. 2012⁴⁸.</p> <p>Kucukarslan SN, Hagan AM, Shimp LA, Gaither CA, Lewis NJW. Integrating medication therapy management in the primary care medical home: A review of randomized controlled trials. 2011⁵⁰.</p> <p>Smithson H, Horne R, Benson J, Johnson S, Bowser A, Patel M, Hemingway S, Packham B, Blair J, Crome P, Haddad P, Steel J, Kelly S, Clyne W. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. 2009⁵⁴.</p> <p>Grupo de Trabajo de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). Desarrollada en colaboración con la Heart Failure Association (HFA) de la ESC y aprobada por la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. 2008⁵⁵.</p> <p>Bailey PH, Bartlett A, Beatty G, Bissonnette J, Dabrowski B, Manji M, McMillan C, Pollock R, Santos J. Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 2005⁵⁷.</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 5.b. Grado A</p> <p>Nivel 5.a. Grado B</p>
<p>Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.</p>	<p>Leiva-Fernández J, Leiva-Fernández F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Barnestein-Fonseca P. Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. 2014⁴¹.</p> <p>Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A,</p>	<p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado B</p>



	<p>Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. 2014⁴².</p> <p>Bryant J, McDonald VM, Boyes A, Sanson-Fisher R, Paul C, Melville J. Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. 2013⁴³.</p> <p>Marek KD, Stetzer F, Ryan PA, Bub LD, Adams SJ, Schlidt A, Lancaster R, O'Brien AM. Nurse care coordination and technology effects on health status of frail older adults via enhanced self-management of medication: randomized clinical trial to test efficacy. 2013⁴⁴.</p> <p>Chapman B, Bogle V. Adherence to medication and self-management in stroke patients. 2014⁴⁰.</p> <p>Wu JR, Corley DJ, Lennie TA, Moser DK. Effect of a medication-taking behavior feedback theory-based intervention on outcomes in patients with heart failure. 2012⁴⁹.</p> <p>van Dalem J, Krass I, Aslani P. Interventions promoting adherence to cardiovascular medicines. 2012⁴⁶.</p> <p>Kucukarslan SN, Hagan AM, Shimp LA, Gaither CA, Lewis NJW. Integrating medication therapy management in the primary care medical home: A review of randomized controlled trials. 2011⁵⁰.</p> <p>Smithson H, Horne R, Benson J, Johnson S, Bowser A, Patel M, Hemingway S, Packham B, Blair J, Crome P, Haddad P, Steel J, Kelly S, Clyne W. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence 2009⁵⁴.</p> <p>MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN. 2009¹.</p> <p>Grupo de Trabajo de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). Desarrollada en colaboración con la Heart</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 5.b. Grado A</p>
--	--	---



	<p>Failure Association (HFA) de la ESC y aprobada por la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. 2008⁵⁵.</p> <p>Pharmacy Benefits Management Strategic Healthcare Group and Medical Advisory Panel. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Management of Chronic Heart Failure in Primary Care Practice. 2007⁵⁶.</p> <p>Bailey PH, Bartlett A, Beeatty G, Bissonnette J, Dabrowski B, Manji M, McMillan C, Pollock R, Santos J. Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 2005⁵⁷.</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 5.a. Grado B</p>
<p>Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.</p>	<p>Leiva-Fernández J, Leiva-Fernández F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Barnestein-Fonseca P. Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. 2014⁴¹.</p> <p>van Dalem J, Krass I, Aslani P. Interventions promoting adherence to cardiovascular medicines. 2012⁴⁶.</p> <p>Smithson H, Horne R, Benson J, Johnson S, Bowser A, Patel M, Hemingway S, Packham B, Blair J, Crome P, Haddad P, Steel J, Kelly S, ClyneW. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence 2009⁵⁴.</p> <p>MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN. 2009¹.</p>	<p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p>
<p>Consultar con otros profesionales sanitarios para minimizar el número y la frecuencia de administración de medicación necesarios para conseguir el efecto terapéutico.</p>	<p>Leiva-Fernández J, Leiva-Fernández F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Barnestein-Fonseca P. Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. 2014⁴¹.</p> <p>Pinkerman C, Sander P, Breeding JE, Brink D, Curtis R, Hayes R, Ojha A, Pandita D, Raikar S, Setterlund L, Sule O, Turner A. Heart Failure in Adults. 2013⁴⁵.</p>	<p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p>



	<p>Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, Coker-Schwimmer EJ, Rosen DL, Sista P, Lohr KN. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. 2012⁴⁸.</p> <p>Mant J , Al-Mohammad A , Davis M, Dawda P, Foley P , Fuat A, Gilmour J, Hardman S , Kirwin G , Laramée P, Leyva F, McIntyre H, Mindham R, Newberry N, Price A, Richards A, Ritchie G, n Swain S, Turner C. Chronic heart failure Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care. 2010⁵².</p> <p>Smithson H, Horne R, Benson J, Johnson S, Bowser A, Patel M, Hemingway S, Packham B, Blair J, Crome P, Haddad P, Steel J, Kelly S, Clyne W. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. 2009⁵⁴.</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p>
<p>Enseñar al paciente y/o a los familiares el método de administración de los fármacos, según corresponda.</p>	<p>Chong W, Dean S, Erskine D, Galloway L , Hawkins B, Holden, LewisT, Lewis H, Ogden M, Packham B, Seal R, Terry D, Vout K, Weatherstone M, Westwood N. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. 2015³⁹.</p> <p>Leiva-Fernández J, Leiva-Fernández F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Barnestein-Fonseca P. Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. 2014⁴¹.</p> <p>Chapman B, Bogle V. Adherence to medication and self-management in stroke patients. 2014⁴⁰.</p> <p>Marek KD, Stetzer F, Ryan PA, Bub LD, Adams SJ, Schlidt A, Lancaster R, O'Brien AM. Nurse care coordination and technology effects on health status of frail older adults via enhanced self-management of medication: randomized clinical trial to test efficacy. 2013⁴⁴.</p> <p>Tan JY, Chen JX, Liu XL, Zhang Q, Zhang M, Mei LJ, Lin R. A meta-analysis on the impact of disease-specific education programs on health outcomes for patients with chronic obstructive pulmonary disease. METANALISIS 2012⁴⁷.</p>	<p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p>



	<p>Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, Coker-Schwimmer EJ, Rosen DL, Sista P, Lohr KN. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. 2012⁴⁸.</p> <p>Wu JR, Corley DJ, Lennie TA, Moser DK. Effect of a medication-taking behavior feedback theory-based intervention on outcomes in patients with heart failure. 2012⁴⁹.</p> <p>Kucukarslan SN, Hagan AM, Shimp LA, Gaither CA, Lewis NJW. Integrating medication therapy management in the primary care medical home: A review of randomized controlled trials. 2011⁵⁰.</p> <p>Hyslop J, Paul A, Hopper J, Smeet L, Gosling P. Chronic obstructive pulmonary disease Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. 2010⁵¹.</p> <p>Mant J , Al-Mohammad A , Davis M, Dawda P, Foley P , Fuat A, Gilmour J, Hardman S , Kirwin G , Laramée P, Leyva F, McIntyre H, Mindham R, Newberry N, Price A, Richards A, Ritchie G, n Swain S, Turner C. Chronic heart failure Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care. 2010⁵².</p> <p>Grupo de Trabajo de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). Desarrollada en colaboración con la Heart Failure Association (HFA) de la ESC y aprobada por la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. 2008⁵⁵.</p> <p>Bailey PH, Bartlett A, Beeatty G, Bissonnette J, Dabrowski B, Manji M, McMillan C, Pollock R, Santos J. Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 2005⁵⁷.</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 5.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p>
--	---	---



Explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.	Chong W, Dean S, Erskine D, Galloway L , Hawkins B, Holden, Lewis T, Lewis H, Ogden M, Packham B, Seal R, Terry D, Vout K, Weatherstone M, Westwood N. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. 2015 ³⁹ .	Nivel 1.a. Grado A
	Chapman B, Bogle V. Adherence to medication and self-management in stroke patients. 2014 ⁴⁰ .	Nivel 1.b. Grado A
	Leiva-Fernández J, Leiva-Fernández F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Barnestein-Fonseca P. Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. 2014 ⁴¹ .	Nivel 1.c. Grado A
	Marek KD, Stetzer F, Ryan PA, Bub LD, Adams SJ, Schlidt A, Lancaster R, O'Brien AM. Nurse care coordination and technology effects on health status of frail older adults via enhanced self-management of medication: randomized clinical trial to test efficacy. 2013 ⁴⁴ .	Nivel 1.c. Grado A
	Tan JY, Chen JX, Liu XL, Zhang Q, Zhang M, Mei LJ, Lin R. A meta-analysis on the impact of disease-specific education programs on health outcomes for patients with chronic obstructive pulmonary disease. 2012 ⁴⁷ .	Nivel 1.a. Grado A
	Wu JR, Corley DJ, Lennie TA, Moser DK. Effect of a medication-taking behavior feedback theory-based intervention on outcomes in patients with heart failure. 2012 ⁴⁹ .	Nivel 1.c. Grado A
	Kucukarslan SN, Hagan AM, Shimp LA, Gaither CA, Lewis NJW. Integrating medication therapy management in the primary care medical home: A review of randomized controlled trials. 2011 ⁵⁰ .	Nivel 1.a. Grado A
	Hyslop J, Paul A, Hopper J, Smeet L, Gosling P. Chronic obstructive pulmonary disease Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. 2010 ⁵¹ .	Nivel 1.a. Grado A
Mant J , Al-Mohammad A , Davis M, Dawda P, Foley P , Fuat A, Gilmour J, Hardman S , Kirwin G , Laramee P, Leyva F, McIntyre H, Mindham R, Newberry N, Price A, Richards A, Ritchie G, n Swain S, Turner C. Chronic heart failure Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary	Nivel 1.c. Grado A	



	<p>care. 2010⁵².</p> <p>Smithson H, Horne R, Benson J, Johnson S, Bowser A, Patel M, Hemingway S, Packham B, Blair J, Crome P, Haddad P, Steel J, Kelly S, ClyneW. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. 2009⁵⁴</p> <p>Grupo de Trabajo de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). Desarrollada en colaboración con la Heart Failure Association (HFA) de la ESC y aprobada por la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. 2008⁵⁵.</p> <p>Bailey PH, Bartlett A, Beeatty G, Bissonnette J, Dabrowski B, Manji M, McMillan C, Pollock R, Santos J. Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 2005⁵⁷.</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 5.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p>
<p>Proporcionar al paciente y a los familiares información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos, según sea necesario.</p>	<p>Chong W, Dean S, Erskine D, Galloway L, Hawkins B, Holden, LewisT, Lewis H, Ogden M, Packham B, Seal R, Terry D, Vout K, Weatherstone M, Westwood N. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. 2015³⁹.</p> <p>Chapman B, Bogle V. Adherence to medication and self-management in stroke patients. 2014⁴⁰.</p> <p>Leiva-Fernández J, Leiva-Fernández F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Barnestein-Fonseca P. Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. 2014⁴¹.</p> <p>Marek KD, Stetzer F, Ryan PA, Bub LD, Adams SJ, Schlidt A, Lancaster R, O'Brien AM. Nurse care coordination and technology effects on health status of frail older adults via enhanced self-management of medication: randomized clinical trial to test efficacy. 2013⁴⁴.</p> <p>Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, Coker-</p>	<p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p>



	<p>Schwimmer EJ, Rosen DL, Sista P, Lohr KN. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. 2012⁴⁸.</p> <p>Kucukarslan SN, Hagan AM, Shimp LA, Gaither CA, Lewis NJW. Integrating medication therapy management in the primary care medical home: A review of randomized controlled trials. 2011⁵⁰.</p> <p>Hyslop J, Paul A, Hopper J, Smeet L, Gosling P. Chronic obstructive pulmonary disease Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. 2010⁵¹.</p> <p>Mant J , Al-Mohammad A , Davis M, Dawda P, Foley P , Fuat A, Gilmour J, Hardman S , Kirwin G , Laramée P, Leyva F, McIntyre H, Mindham R, Newberry N, Price A, Richards A, Ritchie G, n Swain S, Turner C. Chronic heart failure Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care. 2010⁵².</p> <p>Registered Nurses Association of Ontario. Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients. 2010⁵³.</p> <p>MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN. 2009¹.</p> <p>Grupo de Trabajo de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). Desarrollada en colaboración con la Heart Failure Association (HFA) de la ESC y aprobada por la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. 2008⁵⁵.</p> <p>Bailey PH, Bartlett A, Beeatty G, Bissonnette J, Dabrowski B, Manji M, McMillan C, Pollock R, Santos J. Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 200⁵⁷.</p>	<p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p> <p>Nivel 1.c. Grado A</p> <p>Nivel 2.c. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 5.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p>
Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos.	Chong W, Dean S, Erskine D, Galloway L , Hawkins B, Holden, LewisT, Lewis H, Ogden M, Packham B, Seal R, Terry D, Vout K, Weatherstone M, Westwood N.	Nivel 1.a. Grado A



	<p>Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. 2015³⁹.</p> <p>Chapman B, Bogle V. Adherence to medication and self-management in stroke patients. 2014⁴⁰.</p> <p>Smithson H, Horne R, Benson J, Johnson S, Bowser A, Patel M, Hemingway S, Packham B, Blair J, Crome P, Haddad P, Steel J, Kelly S, Clyne W. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. 2009⁵⁴.</p> <p>Grupo de Trabajo de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). Desarrollada en colaboración con la Heart Failure Association (HFA) de la ESC y aprobada por la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. 2008⁵⁵.</p> <p>Bailey PH, Bartlett A, Beeatty G, Bissonnette J, Dabrowski B, Manji M, McMillan C, Pollock R, Santos J. Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 2005⁵⁷.</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 5.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.a. Grado A</p>
<p>Establecer un protocolo para el almacenamiento, adquisición y control de los medicamentos dejados a la cabecera del paciente con propósitos de automedicación.</p>	<p>Marek KD, Stetzer F, Ryan PA, Bub LD, Adams SJ, Schlidt A, Lancaster R, O'Brien AM. Nurse care coordination and technology effects on health status of frail older adults via enhanced self-management of medication: randomized clinical trial to test efficacy. 2013⁴⁴.</p>	<p>Nivel 1.c. Grado A</p>
<p>Evaluar los posibles recursos económicos para la adquisición de los fármacos prescritos, según corresponda.</p>	<p>Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, Coker-Schwimmer EJ, Rosen DL, Sista P, Lohr KN. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. 2012⁴⁸.</p> <p>Smithson H, Horne R, Benson J, Johnson S, Bowser A, Patel M, Hemingway S, Packham B, Blair J, Crome P, Haddad P, Steel J, Kelly S, Clyne W. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. 2009⁵⁴.</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p>



Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente.	Chapman B, Bogle V. Adherence to medication and self-management in stroke patients. 2014 ⁴⁰ .	Nivel 1.b. Grado A
	Wu JR, Corley DJ, Lennie TA, Moser DK. Effect of a medication-taking behavior feedback theory-based intervention on outcomes in patients with heart failure. 2012 ⁴⁹ .	Nivel 1.c. Grado A
	Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, Coker-Schwimmer EJ, Rosen DL, Sista P, Lohr KN. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. 2012 ⁴⁸ .	Nivel 1.b. Grado A
	MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN. 2009 ¹ .	Nivel 1.b. Grado A
	Bailey PH, Bartlett A, Beatty G, Bissonnette J, Dabrowski B, Manji M, McMillan C, Pollock R, Santos J. Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 2005 ⁵⁷ .	Nivel 5.a. Grado B
Proporcionar alternativas para la pauta temporal y modalidad de autoadministración de medicamentos con el propósito de minimizar los efectos en el estilo de vida del paciente.	Marek KD, Stetzer F, Ryan PA, Bub LD, Adams SJ, Schlidt A, Lancaster R, O'Brien AM. Nurse care coordination and technology effects on health status of frail older adults via enhanced self-management of medication: randomized clinical trial to test efficacy. 2013 ⁴⁴ .	Nivel 1.c. Grado A
Identificar los tipos y las cantidades de fármacos de venta libre utilizados.	Pinkerman C, Sander P, Breeding JE, Brink D, Curtis R, Hayes R, Ojha A, Pandita D, Raikar S, Setterlund L, Sule O, Turner A. Heart Failure in Adults. 2013 ⁴⁵ .	Nivel 1.b. Grado A
Revisar con el paciente las estrategias para controlar el régimen de medicación.	Leiva-Fernández J, Leiva-Fernández F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Barnestein-Fonseca P. Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. 2014 ⁴¹ .	Nivel 1.c. Grado A
	Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. 2014 ⁴² .	Nivel 1.a. Grado B



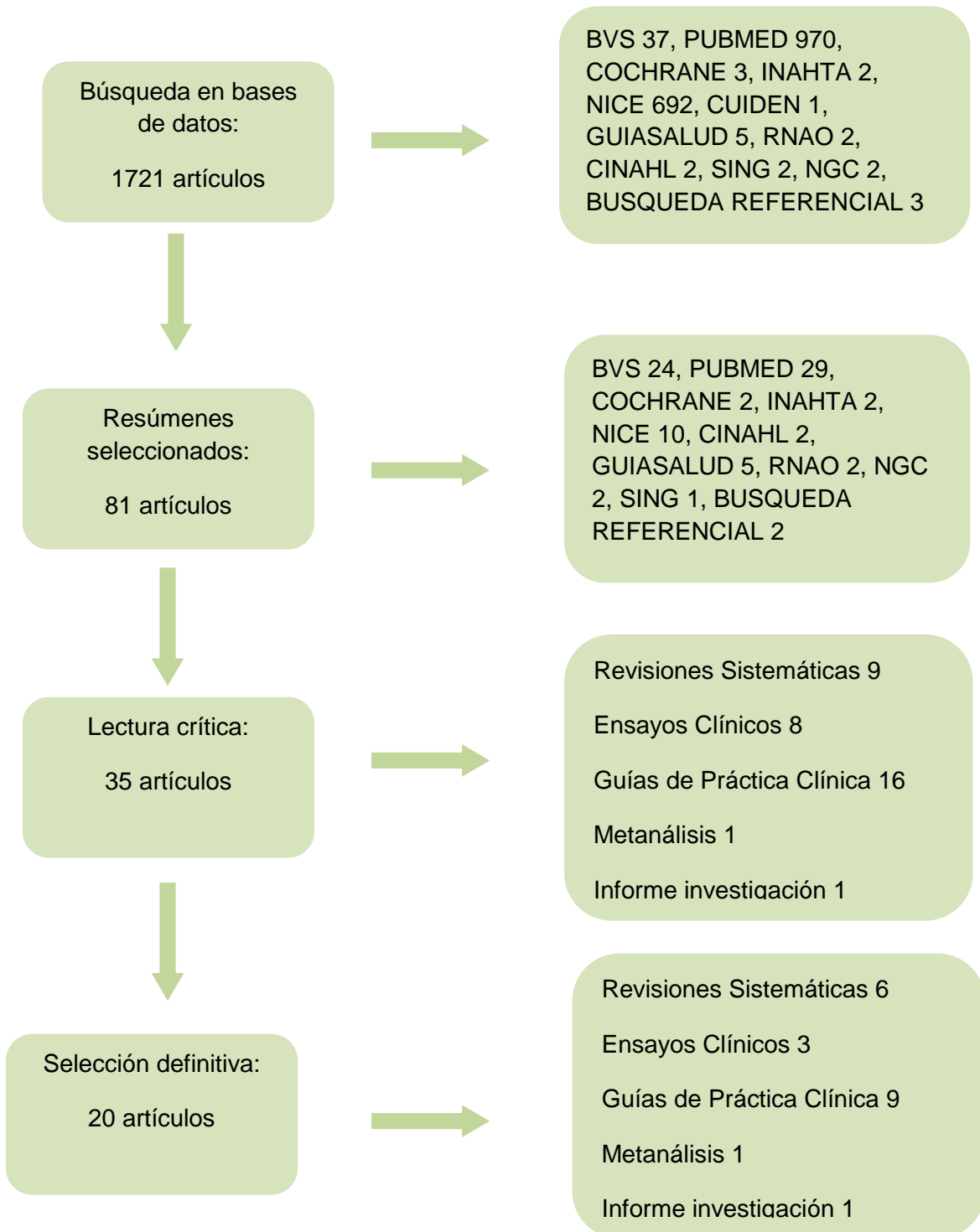
	<p>Bryant J, McDonald VM, Boyes A; Sanson-Fisher R, Paul C, Melville J. Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. 2013⁴³.</p>	Nivel 1.b. Grado A
	<p>Marek KD, Stetzer F, Ryan PA, Bub LD, Adams SJ, Schlidt A, Lancaster R, O'Brien AM. Nurse care coordination and technology effects on health status of frail older adults via enhanced self-management of medication: randomized clinical trial to test efficacy. 2013⁴⁴.</p>	Nivel 1.c. Grado A
	<p>van Dalem J, Krass I, Aslani P. Interventions promoting adherence to cardiovascular medicines. 2012⁴⁶.</p>	Nivel 1.b. Grado A
	<p>Wu JR, Corley DJ, Lennie TA, Moser DK. Effect of a medication-taking behavior feedback theory-based intervention on outcomes in patients with heart failure. 2012⁴⁹.</p>	Nivel 1.c. Grado A
	<p>Kucukarslan SN, Hagan AM, Shimp LA, Gaither CA, Lewis NJW. Integrating medication therapy management in the primary care medical home: A review of randomized controlled trials. 2011⁵⁰.</p>	Nivel 1.a. Grado A
	<p>Smithson H, Horne R, Benson J, Johnson S, Bowser A, Patel M, Hemingway S, Packham B, Blair J, Crome P, Haddad P, Steel J, Kelly S, Clyne W. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. 2009⁵⁴.</p>	Nivel 1.b. Grado A
	<p>MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN. 2009¹.</p>	Nivel 1.b. Grado A
	<p>Grupo de Trabajo de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). Desarrollada en colaboración con la Heart Failure Association (HFA) de la ESC y aprobada por la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. 2008⁵⁵.</p>	Nivel 5.b. Grado A
	<p>Pharmacy Benefits Management Strategic Healthcare Group and Medical</p>	Nivel 1.b. Grado A



	<p>Advisory Panel. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Management of Chronic Heart Failure in Primary Care Practice. 2007⁵⁶.</p> <p>Bailey PH, Bartlett A, Beeatty G, Bissonnette J, Dabrowski B, Manji M, McMillan C, Pollock R, Santos J. Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 2005⁵⁷.</p>	Nivel 1.b. Grado A
Proporcionar al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación.	<p>Smithson H, Horne R, Benson J, Johnson S, Bowser A, Patel M, Hemingway S, Packham B, Blair J, Crome P, Haddad P, Steel J, Kelly S, Clyne W. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. 2009⁵⁴.</p> <p>MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN. 2009¹.</p> <p>Bailey PH, Bartlett A, Beeatty G, Bissonnette J, Dabrowski B, Manji M, McMillan C, Pollock R, Santos J. Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 2005⁵⁷.</p>	<p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 1.b. Grado A</p> <p>Nivel 5.a. Grado B</p>
Ponerse en contacto con el paciente y la familia después del alta, si procede, para responder a preguntas y comentar inquietudes asociadas al régimen de medicación.	Chapman B, Bogle V. Adherence to medication and self-management in stroke patients. 2014 ⁴⁰ .	Nivel 1.b. Grado A
Animar al paciente a realizarse análisis para determinar los efectos de la medicación.	Pharmacy Benefits Management Strategic Healthcare Group and Medical Advisory Panel. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Management of Chronic Heart Failure in Primary Care Practice. 2007 ⁵⁶ .	Nivel 1.b. Grado A



Figura 1. Algoritmo de búsqueda. Elaboración propia



ANEXOS

Anexo 1. Intervención NIC 2380 Manejo de la medicación

INTERVENCIÓN: Manejo de la medicación

DEFINICIÓN: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

- Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo.
- Comentar las preocupaciones económicas respecto al régimen de la medicación.
- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, según corresponda.
- Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Vigilar los niveles de séricos (electrolitos, protrombina, medicamentos), si procede.
- Observar si se producen interacciones farmacológicas no terapéuticas.
- Revisar periódicamente con el paciente y/o familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.
- Desechar medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas, según corresponda.
- Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede.
- Observar si hay respuesta a los cambios en el régimen de medicación, según corresponda.
- Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.
- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.
- Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito.
- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.
- Consultar con otros profesionales sanitarios para minimizar el número y la frecuencia de administración de medicación necesarios para conseguir el efecto terapéutico.
- Enseñar al paciente y/o a los familiares el método de administración de los fármacos, según corresponda.
- Explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.
- Proporcionar al paciente y a los familiares información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos, según sea necesario.
- Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos.
- Obtener la orden médica para la automedicación del paciente, si procede.
- Establecer un protocolo para el almacenamiento, adquisición y control de los medicamentos dejados a la cabecera del paciente con propósitos de automedicación.
- Evaluar los posibles recursos económicos para la adquisición de los fármacos prescritos, según corresponda.



- Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente.
- Proporcionar alternativas para la pauta temporal y modalidad de autoadministración de medicamentos con el propósito de minimizar los efectos en el estilo de vida del paciente.
- Ayudar al paciente y a los familiares a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a ciertos medicamentos, según corresponda.
- Enseñar al paciente cuándo debe solicitar atención médica.
- Identificar los tipos y las cantidades de fármacos de venta libre utilizados.
- Proporcionar información acerca del uso de medicamentos de venta libre y la influencia que pueden tener en la afección existente.
- Determinar si el paciente está utilizando remedios caseros basados en su cultura y los posibles efectos que puedan tener sobre el uso de medicamentos de venta libre y medicamentos prescritos.
- Revisar con el paciente las estrategias para controlar el régimen de medicación.
- Proporcionar al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación.
- Ponerse en contacto con el paciente y la familia después del alta, si procede, para responder a preguntas y comentar inquietudes asociadas al régimen de medicación.
- Animar al paciente a realizarse análisis para determinar los efectos de la medicación.

Anexo 2. Niveles de evidencia de Joanna Briggs

Nuevos Niveles de Evidencia del JBI

Desarrollado por el Instituto Joanna Briggs Niveles de evidencia y grados de Recomendación del Grupo de Trabajo Octubre 2013.

NIVELES DE EVIDENCIA DE EFICACIA

Nivel 1 - Diseños experimentales

Nivel 1.a - Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios (ECA)

Nivel 1.b - Revisión sistemática de ECA y otros diseños de estudio

Nivel 1.c – ECA

Nivel 1.d - Pseudo-ECA

Nivel 2 - Diseños cuasi-experimentales

Nivel 2.a - Revisión sistemática de estudios cuasi-experimentales

Nivel 2.b - Revisión sistemática de otros diseños de estudios inferiores cuasi-



experimentales

Nivel 2.c - Cuasi-experimental estudio prospectivo controlado

Nivel 2.d - Pre-test - post-test o grupo de estudio histórico / control a posteriori

Nivel 3 - Diseños observacionales analíticos

Nivel 3.a - Revisión sistemática de estudios de cohortes comparables

Nivel 3.b - Revisión sistemática de cohortes comparables y otros diseños de estudios inferiores

Nivel 3.c - Estudio de cohorte con el grupo de control

Nivel 3.d - Estudio controlado de casos

Nivel 3.e - Estudio observacional sin grupo control

Nivel 4 - Estudios observacionales descriptivos

Nivel 4.a - Revisión sistemática de estudios descriptivos

Nivel 4.b - Estudio transversal

Nivel 4.c - Series de casos

Nivel 4.d - Estudio de caso

Nivel 5 - Opiniones de expertos y banco de Investigación

Nivel 5.a - Revisión sistemática de la opinión de expertos

Nivel 5.b - Consenso de expertos

Nivel 5.c - investigación Bench / solo la opinión de expertos

NIVELES DE EVIDENCIA PARA DIAGNÓSTICO

Nivel 1 - Los estudios de precisión de pruebas entre los pacientes consecutivos

Nivel 1.a - Revisión sistemática de estudios de la exactitud de la prueba entre los pacientes consecutivos

Nivel 1.b - Estudio de la exactitud de la prueba entre los pacientes consecutivos

Nivel 2 - Los estudios de prueba de precisión entre los pacientes no consecutivos

Nivel 2.a - Revisión sistemática de estudios sobre la exactitud de la prueba en los pacientes no consecutivos

Nivel 2.b - Estudio de la exactitud de la prueba en los pacientes no consecutivos

Nivel 3 - Estudios de casos y controles de diagnóstico

Nivel 3.a - Revisión sistemática de estudios de control de casos de diagnóstico

Nivel 3.b - estudio de casos y controles de diagnóstico

Nivel 4 - estudios de rendimiento diagnóstico

Nivel 4.a - Revisión sistemática de estudios de rendimiento diagnóstico

Nivel 4.b - Estudio individual rendimiento diagnóstico

Nivel 5 - La Opinión del Experto y banco de Investigación

Nivel 5.a - Revisión sistemática de la opinión de expertos

Nivel 5.b - Consenso de expertos

Nivel 5.c - investigación Bench / solo la opinión de expertos

NIVELES DE EVIDENCIA DE PRONÓSTICO

Nivel 1 - Inicio estudios de cohortes

Nivel 1.a - Revisión sistemática de estudios de cohortes inicio

1.b Nivel - estudio de cohorte inicio

Nivel 2 - Los estudios de todos o ninguno

Nivel 2.a - Revisión sistemática de todos los estudios o ninguno

Nivel 2.b - Todos o ninguno de estudios

Nivel 3 - Los estudios de cohortes

Nivel 3.a - Revisión sistemática de estudios de cohortes (o el control del brazo del ECA)

Nivel 3.b - Estudio de cohortes (o brazo de control de la ECA)

Nivel 4 - Series de casos / Caso Controlado / estudios Históricamente

Controladas

Nivel 4.a - Revisión sistemática de Caso serie / Case / estudios Históricamente Controladas

Nivel 4.b - Caso Individual serie / Caso Controlado / estudio Históricamente Controlado

Nivel 5 - La Opinión del Experto y banco de Investigación

Nivel 5.a - Revisión sistemática de la opinión de expertos

Nivel 5.b - Consenso de expertos

Nivel 5.c - investigación Bench / solo la opinión de expertos

NIVELES DE EVIDENCIA DE EVALUACIONES ECONÓMICAS

Niveles

1. Decisión modelo con los supuestos y variables informado por revisión sistemática y adaptada para encajar el contexto toma de decisiones.

2. Revisión sistemática de evaluaciones económicas realizadas en un entorno similar

a la los tomadores de decisiones.

3. Síntesis / revisión de las evaluaciones económicas realizadas en un entorno similar a la de que la decisión se debe hacer y que son de alta calidad (integral y medición creíble de los costos y los resultados de salud, período de tiempo suficiente cubierto, descuentos, y las pruebas de sensibilidad).

4. Evaluación económica de alta calidad (medición completa y creíble de los costos y los resultados de salud, tiempo suficiente período cubierto, el descuento y la sensibilidad pruebas) y llevado a cabo en el establecimiento de similar al contexto toma de decisiones.

5. Síntesis / revisión de las evaluaciones económicas de calidad moderada y / o pobre (Insuficiente cobertura de los costos y efectos sobre la salud, sin descuento, sin pruebas de sensibilidad, período de tiempo cubierto insuficiente).

6. evaluación económica individual de calidad moderada o pobre (ver directamente sobre el nivel 5

Descripción de los estudios).

7. opinión de expertos sobre los efectivos de costos incrementales de intervención y de comparación.

NIVELES DE EVIDENCIA PARA SIGNIFICATIVIDAD

1. cualitativos o mixtos métodos de revisión sistemática

2. síntesis cualitativa o de métodos mixtos

3. Estudio cualitativo Individual

4. Revisión sistemática de la opinión de expertos

5. La opinión del experto



Nuevos Grados de Recomendación del JBI

Desarrollado por el Instituto Joanna Briggs Niveles de evidencia y grados de Recomendación del Grupo de Trabajo Octubre 2013.

Grados de Recomendación del JBI	
Grado A	Una recomendación "fuerte" para una estrategia determinada gestión de la salud, donde (1) es evidente que efectos deseables son mayores que los efectos indeseables de la estrategia; (2) cuando hay pruebas de calidad adecuada que apoya su uso; (3) hay un beneficio o ningún impacto en el uso de recursos, y (4) Los valores, preferencias y la experiencia de los pacientes se han tenido en cuenta.
Grado B	Una recomendación "débil" para una estrategia de gestión de la salud, donde (1) los efectos deseables parecen compensar los efectos indeseables de la estrategia, aunque esto no es tan clara; (2) cuando exista evidencia que apoya su uso, aunque esto puede no ser de alta calidad; (3) hay un beneficio, sin impacto o un impacto mínimo en el uso de recursos, y (4) los valores, las preferencias y la experiencia del paciente puede o no se han tenido en cuenta

El FAME (viabilidad, adecuación, significación y efectividad) escala pueden ayudar a informar a la redacción y la fuerza de una recomendación.

F - Factibilidad; específicamente:

- ¿Cuál es la rentabilidad de la práctica?
- ¿Es el recurso / prácticas disponibles?
- ¿Hay suficiente experiencia / niveles de competencia disponibles?



A - Adecuación; específicamente:

- ¿Es culturalmente aceptable?
- ¿Es transferible / aplicable a la mayoría de la población?
- ¿Es fácilmente adaptable a una variedad de circunstancias?

M - Significación; específicamente:

- ¿Se asocia con experiencias positivas?
- ¿No está asociado con experiencias negativas?

E - Eficacia; específicamente:

- ¿Hubo un efecto beneficioso?
- ¿Es seguro? ¿Es decir, hay una falta de daños asociados con la práctica?

BIBLIOGRAFIA

1. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Unidad de pacientes pluripatológicos Estándares y recomendaciones. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN. 2009.
2. Ramírez Duque N, García Morillo S, Nieto Guindo M y cols. Mapa de interacciones medicamentosas con relevancia clínica tras entrevista domiciliaria, en una cohorte de pluripatológicos y polimedcados del área de Sevilla. XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev. Clin. Esp. 2006.
3. Ortiz Camúñez MA, Bohórquez Colombo P, Garrido Porras E, Codina Lanaspá A, Yerro Páez V, Bernabeu Wittel M. Deterioro funcional, cognitivo y vulnerabilidad clínica en pacientes pluripatológicos. XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; Aten. Primaria. 2006; 38.
4. Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, Ortiz-Camuñez MA, García-Morillo S. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. RevClin Esp. 2008; 208(1):4-11.
5. Anderson G. Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care. Robert Wood Johnson Foundation: Princeton (NJ). 2010. [Consultado 7 Oct 2015]. Disponible en:<http://www.rwjf.org/files/research/50968chronic.care.chartbook.pdf>.
6. Carlos Gil AM, Martínez Pecino F, Molina Linde JM, Villegas Portero R, Aguilar García J, García Alegría J, Formiga Pérez F. Desarrollo de criterios, indicadores



- de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. 2009.
7. JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León.
 8. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Febrero 2006. [Consultado 25 Oct 2015]. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
 9. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. [Consultado 25 Oct 2015]. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
 10. Aspden P, Wolcott JA, Lyle Bootman J et al. Preventing medication errors. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press. 2007.
 11. Expert Group on Safe Medication Practices. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. Strasbourg: Council of Europe. 2007. Disponible en:
http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/public_health/pharma_and_medicine/Specific_projects.asp#TopOfPage
 12. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA. 2003; 289:107-16.
 13. ISMP Medication Safety Alert!, 2006; July 13. Disponible en:
<http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20060713.asp>
 14. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. National patient safety goals for 2007 ISMP.
 15. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), National Patient Safety Agency. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital. 2013. Disponible en:
<https://www.nice.org.uk/guidance/psg001/documents/clinical-and->



- costeffectiveness-of-interventions-in-medicines-reconciliation-at-the-point-of-admission-consultation
16. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo. 2010. Disponible en [:http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf)
 17. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud. 2004.
 18. Hueso Navarro F. El Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico en los pacientes que acuden a consulta de enfermería de crónicos de Navarra. Biblioteca Lascasas. 2005; 1.
 19. Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A. Polimedicación y Salud: estrategias para la adecuación terapéutica. Barcelona: Reprodisseny S.L; 2011.
 20. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6 Edición. Elsevier; 2014. p. 284.
 21. Sackett DL, Richarson VVs, Rosemberg W, Haynes RB .Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE, York: Curchill Livingston;1997.
 22. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. CASPe 2005. Disponible en <http://www.redcaspe.org/herramientas/lectura/10revision.pdf>
 23. AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica: <http://www.agreetrust.org>; Versión en español: <http://www.guiasalud.es>
 24. The Joanna Briggs Institute. Level of evidence. Disponible en: http://es.jbiconnect.org/connect/info/about/jbi_ebhc_approach.php
 25. Struthers A, Blue L, Bridges A, Calvert J, Choy AM, Church J, Denvir M, Fraser S, Halliday K, Hogg K, Jhund P, Mair F, Nicholls J, Sharp J, Shearer F, Smith L, Smith A, Stein A, Wilson L. Management of chronic heart failure A national clinical guideline. 2015 June.
 26. Hohmann C, Neumann-Haefelin T, Klotz JM, Freidank A, Radziwill R. Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. J Clin Pharm Ther. 2014 Jun; 39(3):286-91.
 27. Mant J, Al-Mohammad A, Bolton P, Butler J, Cowie M, Hardman S, Ioannou N, Jones C, Kendall J, Masters J, McMurray J, Raza T. Acute heart failure



- diagnosing and managing acute heart failure in adults Issued: October 2014
NICE clinical guideline 187 guidance.nice.org.uk/cg187.
28. Kosloski K, Steber S, Charles M, Simenson S. Implementation of a marketing strategy to increase patient participation in medication therapy management in a community setting. *Journal of the American Pharmacists Association* 2014; 54 (2).
29. Bussey A, Calam J, England M, Gough K, Hughes A, Mason J, Raine SM, Nathan I, Newell J, Riley S, Ryan A, Stubbs H, Swan J. Patient Group Directions Medicines practice guideline Published: 2 August 2013 nice.org.uk/guidance/mpg2
30. Grupo de Trabajo de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca Aguda y Crónica 2012 de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Elaborada en colaboración con la Asociación de Insuficiencia Cardiaca (ICA) de la ESC. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica 2012.
31. Grupo de Trabajo de GesEPOC. Task Force of GesEPOC. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Arch Bronconeumol.* 2012; 48(Supl 1):2-58.
32. Mith SM, Soubhi H, M Fortin, Hudon C, O'Dowd T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Base de Datos Cochrane Syst Rev.* 2012 Apr; 18: 4.
33. Russell CL, Ruppert TM, Matteson M. Improving medication adherence: moving from intention and motivation to a personal systems approach. *Nurs Clin Norte Am.* 2011 Sep; 46: 3.
34. Pascual CR, Galán EP, Guerrero JL, Colino RM, Soler PA, Calvo MH, Jaurieta JJ, Arambarri JM, Casado JM, Rodríguez-Artalejo F. Rationale and methods of the multicenter randomised trial of a heart failure management programme among geriatric patients (HF-Geriatrics). *BMC Public Health.* 2011 Aug; 5 (11):627.
35. Ajenjo Navarro A, Bonet Plá A, Botija Yagüe MP, Fluixá Carrascosa C, Fornos Garrigós A, Franch Taix M, Gosalbes Soler V, Maiques Galán A, Sanchez Vañó R, Sanchís Doménech C, Sanmiguel Cervera D, Valderrama Zurrian FJ, Vicente Cañizares M. Grupo de trabajo de patología cardiovascular de la



- sociedad valenciana de medicina familiar y comunitaria. Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en atención primaria. Guíasalud. 2010.
36. Chavannes NH, Grijzen M, van den Akker M, Schepers H, Nijdam M, Tiep B, Muris J. Integrated disease management improves one-year quality of life in primary care COPD patients: a controlled clinical trial. *Atención Prim Respir J* 2009 Sep; 18 (3): 171-6.
 37. Grupo de trabajo de la Guía de prevención del ictus. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínicas sobre la prevención primaria y secundaria del ictus. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2008. Guía de práctica clínica: AATRM N.º 2006/15.
 38. Registered Nurses' Association of Ontario. Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. 2005.
 39. Chong W, Dean S, Erskine D, Galloway L, Hawkins B, Holden, Lewis T, Lewis H, Ogden M, Packham B, Seal R, Terry D, Vout K, Weatherstone M, Westwood N. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. NICE guideline Published: 4 March 2015.
 40. Chapman B, Bogle V. Adherence to medication and self-management in stroke patients. *Br J Nurs*. 2014 Feb 13-26; 23(3):158-66.
 41. Leiva-Fernández J, Leiva-Fernández F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Barnestein-Fonseca P. Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. *BMC Pulm Med*. 2014 Apr 25; 14:70.
 42. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing education adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 20; 11.
 43. Bryant J, McDonald VM, Boyes A, Sanson-Fisher R, Paul C, Melville J. Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Res Respir*, 2013 Oct 20; 14:109.
 44. Marek KD, Stetzer F, Ryan PA, Bub LD, Adams SJ, Schlidt A, Lancaster R, O'Brien AM. Nurse care coordination and technology effects on health status of



- frail older adults via enhanced self-management of medication: randomized clinical trial to test efficacy. *Nurs Res.* 2013 Jul-Aug;62(4):269-78.
45. Pinkerman C, Sander P, Breeding JE, Brink D, Curtis R, Hayes R, Ojha A, Pandita D, Raikar S, Setterlund L, Sule O, Turner A. Heart Failure in Adults. Institute for Clinical Systems Improvement. July 2013.
46. van Dalem J, Krass I, Aslani P. Interventions promoting adherence to cardiovascular medicines. *Int J Clin Pharm.* 2012 Apr;34(2):295-311.
47. Tan JY, Chen JX, Liu XL, Zhang Q, Zhang M, Mei LJ, Lin R. A meta-analysis on the impact of disease-specific education programs on health outcomes for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Geriatr Nurs.* 2012 Jul-Aug; 33 (4): 280-9.
48. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, Coker-Schwimmer EJ, Rosen DL, Sista P, Lohr KN. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2012 Dec 4; 157(11):785-95.
49. Wu JR, Corley DJ, Lennie TA, Moser DK. Effect of a medication-taking behavior feedback theory-based intervention on outcomes in patients with heart failure. *J Card Fail.* 2012 Jan; 18(1):1-9.
50. Kucukarslan SN, Hagan AM, Shimp LA, Gaither CA, Lewis NJW. Integrating medication therapy management in the primary care medical home: A review of randomized controlled trials. *American Journal of Health-System Pharmacy.* 2011 Feb 15; 68 (4):335-45
51. Hyslop J, Paul A, Hopper J, Smeet L, Gosling P. Chronic obstructive pulmonary disease Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care (partial update) Issued: June 2010 NICE clinical guideline 101 guidance.nice.org.uk/cg101.
52. Mant J , Al-Mohammad A , Davis M, Dawda P, Foley P , Fuat A, Gilmour J, Hardman S , Kirwin G , Laramée P, Leyva F, McIntyre H, Mindham R, Newberry N, Price A, Richards A, Ritchie G, n Swain S, Turner C. Chronic heart failure Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care Issued: August 2010 NICE clinical guideline 108 guidance.nice.org.uk/cg108
53. Registered Nurses Association of Ontario. Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients. GPC 2010.
54. Smithson H, Horne R, Benson J, Johnson S, Bowser A, Patel M, Hemingway S, Packham B, Blair J, Crome P, Haddad P, Steel J, Kelly S, Clyne W. Medicines



adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence Issued: January 2009 NICE clinical guideline 76 guidance.nice.org.uk/cg76 GPC 5.

55. Grupo de Trabajo de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). Desarrollada en colaboración con la Heart Failure Association (HFA) de la ESC y aprobada por la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. 2008.
56. Pharmacy Benefits Management Strategic Healthcare Group and Medical Advisory Panel. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Management of Chronic Heart Failure in Primary Care Practice. GPC 2007.
57. Bailey PH, Bartlett A, Beeatty G, Bissonnette J, Dabrowski B, Manji M, McMillan C, Pollock R, Santos J. Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. 2005.

