

# MEJORA DE LA ADHESIÓN TERAPÉUTICA EN EL PACIENTE POLIMEDICADO

Un estudio comparativo descriptivo



Giménez-Rebollo, C; Dacuña-Gómez, I; Martín-Rodríguez, L; Jiménez-Ferreres, M.

## Introducción

Causas e incidencia del incumplimiento terapéutico.

Actualmente, el consumo de fármacos en los pacientes mayores de 65 años supone más del 65% del total de todos los grupos terapéuticos según datos del Sistema Nacional de Salud [8]

El progresivo envejecimiento de la población (las personas mayores de 65 han aumentado de un 11 a un 17% en los últimos 30 años [8]) se asocia a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas que aparecen, en muchos casos, de forma simultánea (el 36% de los ancianos padece más de tres enfermedades simultáneas. [1]) [12]

Esta situación supone una polifarmacia que se asocia, en pacientes que generalmente presentan limitaciones cognitivas y funcionales, a una mayor complejidad del manejo terapéutico. Se incrementa así, el riesgo de mala adherencia terapéutica (entre un 26 y un 56% [2]) y de efectos adversos evitables. [3]

Aunque existen varias formas de definir la polifarmacia o polimedición, habitualmente se consideran en esta categoría las prescripciones a partir de 5 fármacos.[3]

Destaca, por tanto, el número de medicamentos como factor relacionado con los errores de medicación y la falta de adherencia al tratamiento.[1]

Las causas relacionadas con la falta de adherencia en el anciano han sido ampliamente estudiadas y clasificadas según distintos criterios. Algunas de ellas están recogidas en la TABLA I

Tabla I

FACTORES Y CAUSAS QUE CONDICIONAN LA FALTA DE ADHERENCIA	TIPO DE INCUMPLIMIENTO
<b>Factores relacionados con el paciente</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Edad y Entorno cultural</li><li>• Suposición de que el medicamento no es efectivo</li><li>• Desconocimiento del paciente con respecto a la necesidad del tratamiento</li><li>• Desmotivación, desinterés</li><li>• Olvidos falta de memoria</li><li>• Vacaciones</li><li>• Olvidos por trastornos cognitivos y psicológicos</li><li>• Escaso apoyo familiar y social con personas que viven solas</li><li>• Falta de formación de los ayudantes</li><li>• Falta de adherencia con el fármaco</li><li>• Efectos adversos</li><li>• Falta de beneficio a corto plazo</li><li>• Complejidad del régimen terapéutico (Vía de administración, dosis, alteración de la vida diaria)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• edad</li><li>• incumplimiento por voluntad propia</li><li>• incumplimiento por olvido</li><li>• incumplimiento asociado a psicofarmacología</li><li>• incumplimiento con ayuda en medicación</li><li>• incumplimiento por voluntad propia</li></ul>
<b>Factores relacionados con la enfermedad</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aceptación o rechazo</li><li>• Falta de adherencia a "curación"</li><li>• Gravedad</li><li>• Intercurrencia</li><li>• Crónico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• incumplimiento por voluntad propia</li></ul>
<b>Factores relacionados con el sistema sanitario y sus profesionales.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Accesibilidad</li><li>• Falta de tiempo, dificultad de comunicación, mala relación en la comunicación profesional-paciente</li><li>• Instrucciones deficientes</li><li>• Falta de seguimiento</li><li>• Formación insuficiente del profesional</li><li>• Descoordinación entre profesionales de</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• incumplimiento en mayores de 90 años</li></ul>

Dentro de estas causas, trabajos como el de Crespillo-García, E; et al. [2] y el de Mayou R; et al. [11] destacan la importancia de factores como la baja comprensión de la enfermedad por parte del paciente o el posible deterioro cognitivo en el anciano, a la hora de desarrollar medidas de mejora del cumplimiento terapéutico. [2]

Sin embargo, con frecuencia existen situaciones en las que el paciente muestra un escaso grado de comprensión, o los profesionales sanitarios no valoran el estado mental del paciente, existiendo así un desconocimiento acerca de la capacidad del sujeto para manejar su medicación. [11]

Consecuencias económicas y humanas: PRM asociados. Alrededor del 30% de los pacientes polimedificados presentan reacciones adversas a medicamentos (RAM) e interacciones medicamentosas. [3]. Algunos autores han indicado que cuando se utilizan 10 medicamentos el riesgo de sufrir una RAM llega casi al 100% [14]

Además, la polimedición es un factor que se asocia a un mayor número de hospitalizaciones (entre un 5-17% de los ingresos hospitalarios se producen en ancianos [14]), visitas de enfermería al domicilio, fracturas, problemas de movilidad, malnutrición y muerte [15] [16] Lo que supone un alto coste económico y humano para la comunidad. Podemos encontrar los problemas asociados más frecuentes en la Tabla II [19]

Tabla II

PROBLEMAS MÁS FRECUENTEMENTE OBSERVADOS	
LA FALTA DE ADHERENCIA	(26%)
NECESIDAD DE TERAPIA ADICIONAL	(22%)
UTILIZACIÓN DE FÁRMACO ERRÓNEO	(13%)
TERAPIA INNECESARIA	(11%)
REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS	(9%)
INFRA DOSIFICACIÓN	(5%).
DOSES EXCESIVAMENTE ELEVADAS	

Tabla VI

CARÁCTER MULTIDISCIPLINAR EN LA MEJORA COMUNICACIÓN	
MEDICO:	ENFERMERÍA
	ENSEÑA PROCEDIMIENTO/ TRATAMIENTO. PREPARAR AL PACIENTE PARA TRATAMIENTO QUE CONOCIMIENTOS ENFERMEDAD[9]
	COMPRENDA Y SE PREPARE MENTALMENTE [8]
	[10]

Sin embargo, hasta la fecha, no hay estudios consistentes sobre el impacto clínico, económico y humano de la aplicación de estos criterios. [4] Pero es previsible, que la mejor adecuación de los tratamientos, junto a una mayor adherencia terapéutica, redunde en tratamientos más efectivos y con un menor número de eventos adversos y complicaciones sanitarias; y por ende, una mejora en la efectividad de la utilización de los recursos sanitarios [5]

Es importante también, seguir estas recomendaciones desde un punto de vista multidisciplinar. Implicando tanto a atención primaria, como a especializada, tanto a profesionales sanitarios como a los propios pacientes. Recuperando así, el enfoque global del enfermo y optimizando los recursos sanitarios [7]

Para esto, un posible camino es la gestión de un proceso que abarque desde la primera visita al médico hasta su dispensación en la farmacia, creando puntos críticos sobre la información de la medicación. [1] Destacando entre ellos el papel del farmacéutico [3] [13].

El abordaje multidisciplinar debe realizarse según los criterios de la tabla IV.

Por último, como mencionábamos antes, uno de los problemas más habituales en cuanto al cumplimiento terapéutico es la dificultad para detectar el deterioro cognitivo del paciente y, por consiguiente la pregunta:

"¿Cuándo se debe retirar a un paciente la autogestión de su tratamiento?" [2]

En estos casos, se debe recordar que el uso de sistemas telemáticos recordatorios puede ser útil en demencias leves, pero siempre con una cuidadosa evaluación de los mecanismos y usos del paciente.

En este contexto, empiezan a ponerse en marcha en Estados Unidos (Universidad Iowa, Medicare, FDA) y en países europeos (Sistema Nacional Salud Británico) iniciativas para la "revisión de medicamentos" a través del programa de "bolsa marrón" contando con la participación del farmacéutico comunitario.

Estas iniciativas darán lugar a implantación de programas como la Estrategia SERGAS[6], en Galicia, o el Programa de Atención al Mayor Polimedificado de la Comunidad de Madrid, que utilizan los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD®), que han resultado de gran utilidad en la mejora del cumplimiento terapéutico. (Ver tabla V)

Gracias a estos sistemas, en países como Canadá o Reino Unido se llega a conseguir una mejora de la adherencia del 80% frente al 30% conseguido con la dispensación tradicional, y en España hay trabajos que recogen cumplimientos del 99% [17] con un alto grado de satisfacción por el usuario. [17] [18]

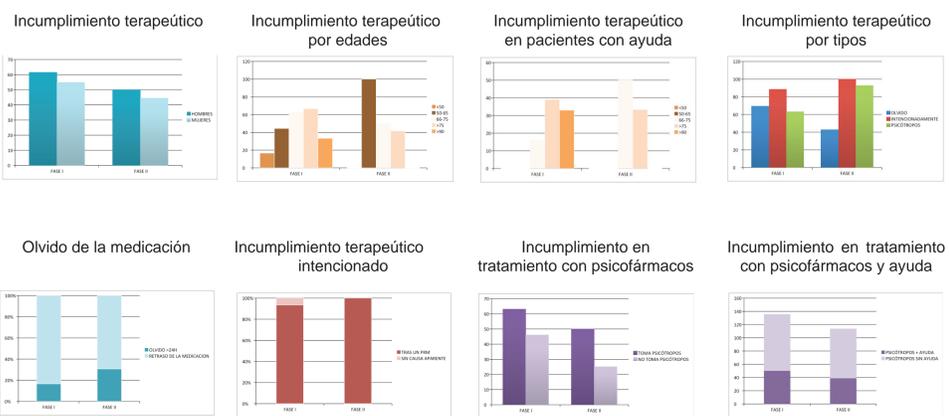
Tabla V

Programa de Atención al Mayor polimedificado	Programa de Atención al Mayor polimedificado
<b>Objetivo</b> Evitar contusiones y facilitar tratamiento, en pacientes que toman más de cuatro fármacos, utilizar de dosis decrecientes, alternadas o irregulares, o en pacientes invidentes. Medir enemas específicos (líquidos), que permiten acceder a la medicación que necesita el paciente en cada toma y día de la semana. Toma de seis o más principios activos diferentes.	<b>Objetivo</b> Evitar contusiones y facilitar tratamiento, en pacientes que toman más de cuatro fármacos, utilizar de dosis decrecientes, alternadas o irregulares, o en pacientes invidentes. Medir enemas específicos (líquidos), que permiten acceder a la medicación que necesita el paciente en cada toma y día de la semana. Toma de seis o más principios activos diferentes.
<b>Descripción del programa</b> No pacientes con niveles de demencia relativamente avanzados (dificultad para recordar nombres, sumas, trayectorias, direcciones o direcciones) (deber asegurarse la estabilidad) Captación activa (dentro de salud) y la oficina de farmacia Captación pasiva (dentro de comunicación)	<b>Descripción del programa</b> No pacientes con niveles de demencia relativamente avanzados (dificultad para recordar nombres, sumas, trayectorias, direcciones o direcciones) (deber asegurarse la estabilidad) Captación activa (dentro de salud) y la oficina de farmacia Captación pasiva (dentro de comunicación)
<b>Valoración del tratamiento</b> MEDICO: - Revisión de tratamientos, hora de medicación ENFERMERA: - Controlar medicamentos, valorar grado conocimiento y registrar posibles problemas. - valoración cognitiva y social - valoración de deficiencias auditivas o visuales - test de selección del SPD más adecuado.	<b>Valoración del tratamiento</b> MEDICO: - Revisión de tratamientos, hora de medicación ENFERMERA: - Controlar medicamentos, valorar grado conocimiento y registrar posibles problemas. - valoración cognitiva y social - valoración de deficiencias auditivas o visuales - test de selección del SPD más adecuado.

## Objetivos

Se busca analizar la necesidad y eficacia de los sistemas de dispensación personalizada (SPD®) en el contexto actual, mediante un estudio comparativo de la mejora de la adherencia en los pacientes susceptibles de seguir este programa (mayores polimedificados). Además, este estudio supone una aproximación a las perspectivas a largo plazo, mejoras y deficiencias de dicho sistema.

## Resultados



## Discusión

En la primera fase del estudio, al valorar la adherencia al tratamiento a partir del test Morisky-Green, observamos que el incumplimiento terapéutico es mayor al 55%, siendo éste menor en hombres que en mujeres. Cuando comparamos este porcentaje con el obtenido en segunda fase del estudio (población usuaria de SPD) observamos que el incumplimiento general es 46,66% siendo también en este caso menor en hombre que en mujeres. En ambas fases se clasificó la población en distintos intervalos de edad y se valoró la adherencia al tratamiento de los distintos grupos. Pacientes menores de 65 años

En general el cumplimiento de estos pacientes es bastante bueno, por lo que la mayoría de estudios de esta línea no incluyen a este grupo de pacientes. No obstante, sería interesante reconsiderar la aplicación de SPD en determinados casos específicos, como serían, por ejemplo, personas invidentes.

Pacientes mayores de 65 y menores de 75 años

Son estos pacientes los que presentan un incumplimiento terapéutico mayor al resto de los grupos (superior al 60%). Con el uso de SPD se observa una mejora de la adherencia del 10%. No obstante, la población estudiada en la segunda fase fue significativamente menor que en la primera, por tanto cabe esperar que la mejora de la adherencia fuese mayor si las muestras de estudio de ambas fases fuera similares.

Pacientes mayores de 75 y menores de 90 años

La mayor parte de los sujetos entrevistados en ambas fases pertenecen a este grupo. El mayor incumplimiento del tratamiento se presenta en esta franja de edad y la presencia de SPD supone la mejora más significativa en la adherencia.

Pacientes mayores de 90 años

La mayoría de los estudios no recogen pacientes con edades superiores a 90 años, ya que por lo general, estos pacientes tienen una persona que les ayuda a gestionar su tratamiento (cuidadores, familiares...) y como consecuencia, el incumplimiento disminuye. A pesar de esto, en pacientes mayores de 90 años sigue habiendo un 33% que incumple; mucho más de lo que cabría esperar según lo anterior. Esto se ha atribuido, normalmente, a que los pacientes reciben una forma de administración errónea o a que presentan alteraciones neurológicas que dificultan el trabajo del cuidador. Sin embargo, debemos señalar que, en estos casos, el médico suele estar al corriente de estas limitaciones así como de cualquier incidente que haya ocurrido a lo largo del tratamiento.

En base a estos datos, se debería reconsiderar una implantación más firme de los SPD en este grupo de edad.

La falta de adherencia en pacientes polimedificados se produce fundamentalmente por: Olvidos en la toma de medicación (69,23%), bien por no tomarla habitualmente a la hora, o por no hacerlo de forma puntual. Abandono de la misma por voluntad propia (42,85%), que a su vez puede deberse a un PRM que no ha sido consultado con el médico, o al abandono de la medicación por parte del paciente sin causa aparente. Llama la atención en este grupo, el elevado número de pacientes (93,47%) que consideran que deben dejar la medicación, ante un PRM, sin consultar previamente al médico.

Prescripción de medicamentos psicótopos. Fomenta pérdidas de memoria, confusión y alteración en la rutina diaria del paciente, y por tanto un mayor incumplimiento. (63,15%).

En pacientes con SPD se observó que: Olvidos en la toma de medicación (57,14%). No se manifiesta una mejora significativa en este aspecto. Esto puede deberse a la presencia de déficits cognitivos leves no detectados o a que el paciente no ha recibido y/o comprendido la información relacionada con el uso del SPD adecuadamente. Abandono de la misma por voluntad propia (42,85%). En este caso si se observa una disminución significativa del abandono, que se asocia a una mejor información acerca de su tratamiento. A diferencia de lo recogido en la fase I, ningún paciente deja el tratamiento sin causa aparente. El 100% lo hace como consecuencia de un PRM.

Prescripción de medicamentos psicótopos. (92,85%). Los pacientes que siguen un tratamiento con fármacos psicótopos, a pesar de tener SPD, siguen manteniendo los efectos secundarios asociados a este tipo de medicación (pérdidas de memoria, confusión, alteración en la rutina diaria del paciente, etc). Este problema solo se puede mejorar con la presencia de una ayuda externa que se haga cargo de su medicación o SPD. Por lo tanto es de esperar que el incumplimiento no varíe (o incluso aumente) con respecto a la fase I

## Conclusión

Con todo, los resultados obtenidos en este estudio refuerzan la hipótesis de que la adherencia al tratamiento es mucho menor en pacientes polimedificados y que los sistemas SPD suponen una mejora en este sentido. Además, el desarrollo de futuros estudios de cohortes, podría reafirmar dicha hipótesis todavía con más certeza. En vista de los datos discutidos en este apartado se hace patente que la presencia de SPD mejora los resultados de adherencia pero no todo lo que cabría esperar. Este hecho se puede justificar en base a los siguientes puntos:

En ninguno de los dos estudios, pero especialmente en el realizado en la fase II, se contó con muestras de población lo suficientemente representativas. Esto se atribuye a que los sujetos que participaron se captaron en un número reducido de farmacias comunitarias. Teniendo esto en cuenta, no se pueden esperar datos reales a cerca de la ventaja o desventaja que puede suponer el uso de SPD en la mejora de adherencia al tratamiento.

Cabe la posibilidad de que algunos de los pacientes entrevistados como usuarios de SPD tuvieran algún trastorno cognitivo no detectado aún por los profesionales sanitarios. Esto quiere decir que, probablemente, no hagan un uso del todo correcto del sistema de dosificación y además nadie lo supervise. Para paliar este aspecto existen cuestionarios que ayudan a dar noticia del grado de dependencia y nivel cognitivo del paciente. Para el primero se usa el test de Barber que engloba preguntas para saber si el paciente vive solo, si tiene a alguien que le preste ayuda cuando precisa de ella, si es como caliente, si sus sentidos le funcionan... Para conocer el segundo se puede realizar el test de Pfeiffer, que consiste en realizar preguntas aparentemente sencillas como su nombre, edad o día de la semana

El proceso debe estar acompañado de la colaboración de todos los profesionales sanitarios a la hora de la captación del paciente como del seguimiento posterior del tratamiento. Deben realizarse entrevistas sistematizadas con el fin de detectar las necesidades del paciente así como de problemas con el uso de medicamentos. De vital importancia es también ofrecer una adecuada educación sanitaria a los usuarios y realizar el seguimiento de la adherencia al tratamiento post-SPD.

Considerar ayuda personalizada y cualificada para aquellas personas usuarias de SPD que toman fármacos psicótopos. Se puede sugerir a sus familiares o al propio paciente desde la oficina de farmacia o centro de salud que considere la posibilidad de que alguien gestione su tratamiento en lugar de hacerlo él mismo. Con esto se eliminaría un factor de riesgo de incumplimiento como es el hecho de que las propias RAM incrementen la falta de adherencia al tratamiento.

Optimizar la formación del personal. Todos los profesionales sanitarios que participen en el programa deberán tener los conocimientos suficientes para realizar las actividades recogidas en el mismo. Fuera del ámbito profesional, es importante analizar la capacidad del paciente o su cuidador para hacer uso del SPD.

Seguimiento. Existe un enorme potencial de mejora en la calidad de estos sistemas si se interponen medidas que permitan un adecuado seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes polimedificados. Realizar una revisión a los 3-4 meses de comenzar en el programa SPD ayuda a analizar si han mejorado los conocimientos del paciente acerca de su medicación y la adherencia terapéutica.

Por lo tanto, se debería seguir investigando en esta línea en orden de valorar y optimizar la eficacia de este tipo de sistemas; así como de convertirlos en una realidad accesible para los ciudadanos, mediante el esfuerzo conjunto de los distintos profesionales sanitarios.

## Bibliografía

- Fernández-Lisón, L; C; Barón-Franco, B; et al. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedificados. Farm Hosp 2006; 30(5): 280-283.
- Blasco Patiño F, Martínez López de Letona J, Pérez Maestu R, Villares P, Carro MC, Román F. Estudio piloto sobre el consumo de fármacos en ancianos que ingresan en un hospital. An Med Interna 2004; 21(2): 69-71.
- Crespillo-García, E.; Rivas-Ruiz, F.; et al. Conocimientos y percepciones que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedificados desde una perspectiva cualitativa. Rev Calid Asist. 2013; 28(1):56-62
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información Sanitaria. Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo. Porcentajes. Octubre 2004. [Citado 1 Jul 2010]. Disponible en: HYPERLINK "http://www.msp.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Consumofarmacéuticoportramosadadesexol.pdf" http://www.msp.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Consumofarmacéuticoportramosadadesexol.pdf
- Pateo Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Naz Salud. 2004; 28:113-20.
- Andalucía. Comisión para el desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud; 2004.
- Mayou R; Williamson B; Foster A. Attitudes and advice after myocardial infarction. Br Med J. 1976; 26:1577-9.
- Gabriel Coll de Tuero. Revisión de la medicación en pacientes polimedificados. Comentario editorial. CAP Anglès, Girona, España. Unidad de Investigación, Instituto de Asistencia Sanitaria, Girona, España. Facultad de Medicina, Universidad de Girona, Girona, España.
- Frazier SC. Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review. J Gerontol Nurs. 2005; 31:4-11.
- Molina López T, Juan Camacho JC, Palma Morgado D, Caraballo Camacho M, Morales Serra JC, López Rubio S. Revisión de la medicación en ancianos polimedificados en riesgo vascular: ensayo aleatorizado y controlado. Aten Primaria. 2012.
- Hill-Taylor B, Skerits, I; et al. Review article: Application of STOP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2013, 38:360-372
- Bueno-Dorado, T, Carazo García, M; et al. Programa de atención al mayor polimedificado para la mejora en la utilización de los medicamentos. Dirección general de farmacia y productos Sanitarios, Comunidad de Madrid, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. Disponible en: HYPERLINK "https://saluda.salud.madrid.org/tematica/areafarmacia/Paciente%20mayor%20polimedificado/Programa%20Polimedificado.pdf" https://saluda.salud.madrid.org/tematica/areafarmacia/Paciente%20mayor%20polimedificado/Programa%20Polimedificado.pdf
- Baena Diez JM, Martínez Adell MA, Peregrina T. Selección de medicamentos en el anciano (I). Características diferenciales y criterios genéricos de selección. FMC 2003;10(7):501-507
- Medicines and older people: an accident waiting to happen?. National Prescribing Service Newsletter. Disponible en: HYPERLINK "http://www.nps.org.au/resources/NPS\_News/news34/news34.pdf" http://www.nps.org.au/resources/NPS\_News/news34/news34.pdf
- Frazier SC. Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review. J Gerontol Nurs. 2005;31(9):4-11
- Avalluola de l'efectivitat d'un sistema personalitzat de dispensació en la millora de l'adherència al tractament i el control de les malalties de base en pacients polimedocats mes grans de 65 anys. Resumen disponible en HYPERLINK "http://www.farmacautonline.com/cgi-bin/farmacpublic/prensa/consultar.pl?id\_com=64" http://www.farmacautonline.com/cgi-bin/farmacpublic/prensa/consultar.pl?id\_com=64
- Atzouji J, Diez Noguera A. Determinación del grado de satisfacción en el uso de un sistema personalizado de dosificación. Pharm Care Esp 2004; 6:91-94
- Retoredo-García, S; González-Criado, C; Casali-Llorente, M y C. Implantación de un programa de polimedificados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad. Aten Primaria. 2014; 46(3):33-40
- Doucette, W R; McDonough, RP; Klepser, D; McCarthy, R. Comprehensive Medication Therapy Management: Identifying and resolving Drug-related Issues in a Community Pharmacy. Clin Therap. 2005; 27(7):1104-1111.

