

Polimedicación en pacientes adultos con dolencias crónicas en un centro de salud

Norberto Proupín Vázquez

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Saude de Conxo. Santiago de Compostela.

María Aparicio Ruiz

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Saude de Conxo. Santiago de Compostela.

Paula Garea Sarandeses

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Saude de Conxo. Santiago de Compostela.

Xosé Segade Buceta

Técnico de Saude. Xerencia de Atención Primaria de Santiago

Ana Arceo Tuñez

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Saude de Conxo. Santiago de Compostela.

Luis López Rodríguez

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Saude de Conxo. Santiago de Compostela.

Cad Aten Primaria
Año 2008
Volume 15
Páx. 275-279

RESUMEN:

OBJETIVOS: Conocer la cuantía de la polimedicación (toma de 5 o más medicaciones diferentes diariamente) en nuestra población y cómo identifican los fármacos, recuerdan su posología, a qué patología están destinados y quién inició la prescripción.

DISEÑO: Transversal descriptivo

PARTICIPANTES: El criterio de inclusión era ser adulto y seguir medicación de forma crónica (>1mes), excluidos pacientes con medicaciones para procesos agudos, inyectables y si los cuidadores eran profesionales sanitarios. Encuestas realizadas en el primer semestre 2007.

MEDICIONES PRINCIPALES: Edad, sexo, nivel de estudios, auto-administración, prevalencia de polimedicación, ¿qué medicamentos tomaba?, ¿cómo los identificaba?, ¿sabía para que enfermedad eran?, ¿cómo recordaban su posología?, y ¿quién se lo había prescrito?

RESULTADOS: Edad media de 58,9 +/-14,9 años y mediana 70 años. Se auto-administraba la medicación el 83,9%. La polimedicación era del 38,8%, siendo del 49,5% en ≥65años y del 20,5% en el resto ($p<0,001$). La identificación de fármaco con la enfermedad destinada era 86,4%; 94,1% en <65 años y 81,5% en ≥65 ($p=0,041$). La posología la recordaban de memoria el 79%. El 52,6% de las prescripciones fueron iniciadas en atención especializada.

CONCLUSIONES: La polimedicación en nuestra población es alta. Los ≥65 años y los pacientes de bajo nivel instructivo son los que

más usan medidas de apoyo para el control del uso de la medicación. Deberíamos reforzar su educación sanitaria, aprovechando para ésta la labor de otros profesionales sanitarios.

PALABRAS CLAVE: Polimedicación, adultos, crónicos

INTRODUCCIÓN

"Ni una, ni dos, ni tres, ni cuatro. Leonor, de 65 años, se tomaba cinco pastillas antes de cada comida. ¿Cómo sabe cada píldora dónde tiene que ir?, preguntaba admirada su amiga ante tal despliegue de formas y colores". Este comentario publicado en un artículo de prensa sobre los riesgos de la polimedicación en nuestros mayores, pone de relieve un problema muy frecuente¹. Más del 25% de las medicaciones están prescritas en población geriátrica, y de ésta toman cinco o más medicamentos al día alrededor del 20%. La prevalencia de enfermedades crónicas en los ancianos es del 80%, que con frecuencia no son únicas, de hecho el 36% padece más de 3 enfermedades, problema agravado por las peculiaridades propias de la edad: mayores dificultades de comprensión, a veces aislamiento, falta de apoyo familiar y social, y mayor riesgo de interacciones medicamentosas. Polimedicado se considera al paciente que toma 5 o más fármacos diferentes, y hay estudios que han demostrado una relación directa entre el número de fármacos consumidos y el mayor riesgo de tener una caída, algunos consideran una cifra peligrosa a partir de 4 fármacos²⁻⁴.

La relevancia del papel del médico de familia es evidente para tratar de evitar la cada vez más creciente fragmentación del paciente en enfermedades (diagnósticos) y los consiguientes tratamientos pautados para cada una de ellas, que nadie es capaz de sumar y que conlleva el peligro de considerar como la simple suma de las partes, lo que resulta absurdo siempre, pero más con el predominio de la comorbilidad⁵.

Estas consideraciones nos llevaron a la realización de este estudio cuyos objetivos són:

Correspondencia:

Norberto Proupín Vázquez
Rua Dr. Ramón Baltar, s/n • 15706. Santiago
email: norberto.proupin.vazquez@sergas.es

1. Conocer la cuantía de la polimedición en nuestra población
2. Averiguar como identifican los fármacos, recuerdan su posología, a que patología están destinados y quién inició la prescripción.

PACIENTES Y MÉTODO

PACIENTES

La población a estudio fue 317 adultos del Centro de Saude de Conxo (Santiago de Compostela), que seguían una medicación de forma crónica (más de un mes), y que acudieron a la consulta por cualquier motivo durante el primer semestre del 2007, y se prestaron voluntariamente a realizar la encuesta.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Transversal descriptivo.

MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

Mediante encuesta recogimos los datos de edad, sexo, y nivel de estudios (iletrados: no sabían leer ni escribir; estudios básicos o primarios: sabe leer y escribir o graduado escolar; estudios medios: bachillerato; y estudios superiores: universitarios) tanto de los sujetos, como en su caso de los cuidadores.

Cuando no era posible realizar la encuesta en el mismo acto por problemas de tiempo, se le citaba para una nueva consulta (en la misma o próxima semana) y que acudiese con todos los medicamentos que en ese momento tomaba por vía oral, rectal o tópica.

Tomábamos nota del número total de medicamentos usados y realizábamos cuatro preguntas de las que tres constaban de varios ítems. y una era dicotómica:

1. ¿Cómo identifica cada medicamento?: Por su nombre, caja, color, forma.
2. ¿Sabe para que enfermedad está tomando este medicamento? Si/no
3. ¿Cómo recuerda como toma cada medicamento? De memoria, anotación caja, pastillero organizador, tarjeta de posología.
4. ¿Recuerda quién se lo prescribió? Médico Atención primaria/ Atención Especializada, no recuerda, automedicación.

Al realizar la entrevista se contrastaban las respuestas con los datos que aparecían recogidos en la historia clínica y también se hacía refuerzo de educación sanitaria en los casos en que se detectaban errores, o falta de información.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Medicaciones para procesos agudos, y las intramusculares.

Los casos donde los cuidadores que dispensaban la medicación eran profesionales sanitarios (de pisos de acogida, etc.).

VALORACIÓN DE POLIMEDICACIÓN

Consideramos individuos polimeditados aquellos que tomaban 5 o más medicaciones diferentes.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El estudio estadístico de los datos se realizó con el paquete estadístico para PC SPSS. En el análisis univariante se emplearon índices estadísticos descriptivos para las variables cualitativas. Para la edad usamos la mediana y la media con +/- DE. En la comparación de las distintas variables efectuamos análisis bivariante con tablas de contingencia y la aplicación de la prueba del chi-cuadrado. Consideramos estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 317 encuestas válidas 116 a hombres y 201 a mujeres, con una mediana de edad de 70 años y una edad media de 58,9 años +/-14,9. Agrupados en mayores y menores de 65 años representan el 63,1% los mayores y el 36,9% los menores. Su nivel educacional era: iletrados 10,4%, estudios básicos 71,3%, medios 13,6% y estudios superiores 4,7%. Ninguno de los pacientes consultados rechazó la realización de la encuesta.

En el 83,9% de los casos la medicación era autoadministrada por el propio paciente y en un 16,1% por un cuidador, que en nuestro medio sigue siendo mayoritariamente femenino con un 78%. El nivel educacional de los cuidadores era: iletrados 6%, estudios básicos 72%, estudios medios 10% y estudios superiores 12%.

Los pacientes que tomaban 4 medicamentos eran 12,6%; los polimeditados (5 o más) el 38,8%, de los cuales el 3,8% ingerían 10 o más y, el máximo lo alcanzaban individuos que tomaban 14 (tabla 1). La prevalencia de polimedición era muy significativa ($p < 0,001$) en los individuos mayores de 65 años (tabla 2).

TABLA 1

Número de fármacos tomados por los pacientes

Nº de fármacos	Nº de pacientes	% pacientes
1	29	9,1 %
2-4	165	52,1 %
5-7	85	26,8 %
≥ 8	38	12 %

TABLA 2

Polimedición en individuos menores y mayores de 65 años

Nº de fármacos	</= 64 años	>/= 65 años	Totales
1-4	79,5 %	50,5 %	61,2 %
Más de 5	20,5 %	49,5 %	38,8 %

Los fármacos usados con más frecuencia eran los aplicados para enfermedades del aparato cardiovascular. La suma de los fármacos para el sistema cardiovascular, trastornos del sistema nervioso y metabólico acumulaba el 71,1% (tabla 3).

TABLA 3

Consumo de medicamentos asociado por grupos y sistemas

Grupo	%
Cardiovascular	34,3 %
Nervioso	21,8 %
Metabolismo	15,4 %
Antiagregantes/Anticoagulantes	7,6 %
Musculoesquelético	7,5 %
Respiratorio	6,2 %
Genitourinario	2,9 %
Hormonas	1,8 %
Org. de los sentidos	1,4 %
Dermatología	0,6 %
Antineoplásicos	0,3 %
Varios	0,1 %

Se encontraron diferencias significativas ($p=0,003$) entre los menores y mayores de 65 años en cuanto a la identificación de medicamentos, alcanzándose un nivel de significación aun mayor ($p=0,001$) cuando comparábamos el nivel de instrucción (tabla 4).

TABLA 4

Forma de identificar la medicación de los pacientes

Identificación fármacos	% totales	<65 años	>65 años	iletrados	Est. básicos	Est. Medios	Est. Superiores
Por su nombre	53,4%	70,1%	52,5%	39,4%	56,2%	76,7%	93,3%
Caja/forma/color	38,4%	29,9%	47,5%	60,6%	53,8%	23,6%	6,7%

La identificación del medicamento y la dolencia para la que era utilizado era alta del 86,4%, ($p=0,041$) (tabla 3). Los menores de 65 años conocían la relación del medicamento con la enfermedad en el 94,1% y los mayores de 65 años en el 81,5% hecho significativo ($p=0,001$), pero ésta no lo era para el sexo o el nivel de instrucción. La posología la recordaban de memoria el 79% y mediante otros sistemas de refuerzo (apunte en la caja, cajas dispensadoras con horario, etc.) el 21% (tabla 5).

TABLA 5

Como recuerdan los pacientes la posología

Nº de fármacos	Nº de pacientes	% pacientes
1	29	9,1 %
2-4	165	52,1 %
5-7	85	26,8 %
≥ 8	38	12 %

No existían diferencias significativas en la forma de recordar la posología en cuanto al sexo, edad, o nivel de formación, aunque los mayores de 65 años usaban más los sistemas de refuerzo (21%).

El 52,6% de las medicaciones fueron prescritas en atención especializada y el 45,1% en atención primaria (tabla 6).

DISCUSIÓN

Hemos escogido la mediana de edad porque refleja mejor el grupo estudiado que la edad media, ya que la mayoría (63,1%) de los

pacientes entrevistados eran mayores de 65 años. El nivel de polimedición del 49,5% en los mayores de 65 años, es más alto que el considerado por otros autores como habitual². Lo que refleja una alta tasa de dolencias crónicas.

TABLA 6

Realizador de la primera prescripción

Atención Especializada	52,6 %
Atención Primaria	45,1 %
Medicina Privada	0,2 %
Automedicación	0,1 %
No recuerda	1,9 %

En nuestra población el 63% consumen 4 o más fármacos distintos, hecho que algunos estudios han relacionado con un mayor riesgo de caídas, en especial cuando se trata de antihipertensivos, antidepressivos y ansiolíticos, problema que causa aumento de la morbi-mortalidad e incapacidades frecuentes en la población mayor³⁻⁵.

Más del 50% de los enfermos crónicos abandona el tratamiento en el primer año, por tanto marcar como objetivo buscar tratamientos más simples cuando sea posible y reducir su número a los imprescindibles, es importante para reducir su abandono o mal cumplimiento.

Para esto es conveniente, mejorar la calidad asistencial y la efectividad en las enfermedades crónicas adoptando una visión sistémica, adecuando los sistemas de información, reorganizando los procesos asistenciales y reforzando la capacidad de autocuidado de los pacientes: para evitar la limitación de la calidad de vida y del estado funcional de las personas que las presentan y también porque la atención a las enfermedades crónicas representa más del 80% del gasto farmacéutico y de las visitas médicas⁶.

Un importante porcentaje (40%) identifican la medicación por la caja, forma o color. En los pacientes mayores de 65 años y en el nivel educativo bajo es donde esto se hace más patente. Establecer una buena comunicación entre médico y paciente con explicaciones sencillas y acordes a su nivel educacional son necesarias para iniciar una estrategia efectiva.

Es alto el conocimiento de la relación medicamento y enfermedad sobre la que actúa. La conciencia de enfermedad es un elemento que favorece el cumplimiento terapéutico. Estudios han demostrado que nuestra percepción tiende a considerar a nuestros pacientes mejores cumplidores de lo que son en realidad. Por ejemplo, en la patología crónica atendida con mayor frecuencia en nuestras consultas (hipertensión arterial), la prevalencia del incumplimiento es del 32,5%. El 32,7% de los hipertensos españoles incluidos en los diferentes estudios deja de tomarse al menos 6 comprimidos mensuales⁷⁻¹⁰.

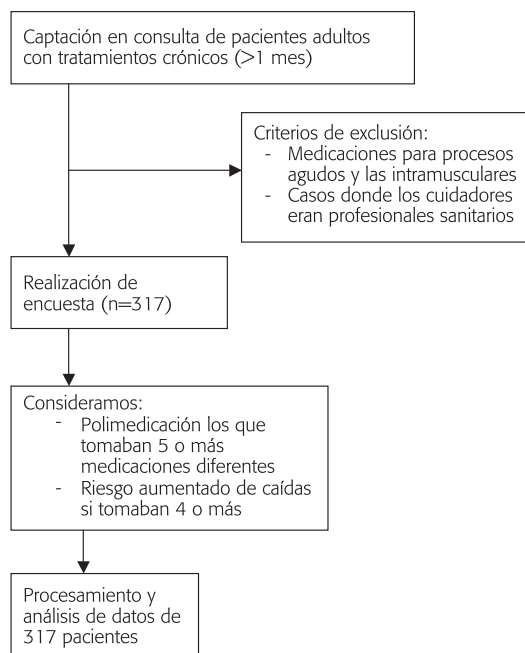
La entrevista no es un método perfecto para valorar la posología, sí puede detectar entre un 20-50% de los incumplidores y de las actitudes erróneas. Uno de los problemas de salud prioritarios prevenibles desde la atención primaria según los profesionales es la utilización incorrecta de fármacos¹¹. Es bueno recordar de tanto en tanto a los pacientes, como deben tomar su medicación crónica y corregir los errores que se puedan ir creando con el uso y la falta de adherencia a los tratamientos.

Los mecanismos de refuerzo para recordar la posología son más usados por las personas mayores (21%), hecho por otra parte comprensible pues son los que más medicaciones toman, lo que facilita la confusión. Los métodos de ayuda y control (pastilleros organizadores, símbolos en los envases, etc) deben ser valorados y tenidos en cuenta al tratar a esta población, así como la labor de otros profesionales sanitarios como los farmacéuticos cuya ayuda en este aspecto tiene un alto valor.

Hay estudios que estiman que el 40 % de las prescripciones de los médicos de familia son inducidas, en nuestro grupo es del 52,6%¹². Sería conveniente la elaboración conjunta entre los médicos de atención primaria y hospitalaria, farmacéuticos y farmacólogos clínicos de protocolos consensuados, guías de práctica clínica, formularios y potenciación de actividades de formación continuada, intentando mejorar la deficiente comunicación con los médicos hospitalarios, tratando de evitar las discrepancias en la selección de medicamentos y cambios de tratamiento innecesarios, que crean dificultades para asumir responsabilidades clínicas a los médicos de atención primaria.

ESQUEMA GENERAL DEL ESTUDIO

Estudio transversal descriptivo, para conocer la cuantía de la polimedición en nuestra población, y sus características.



Las conclusiones del estudio son las siguientes:

1. El nivel de polimedición en nuestra población es más alta que la publicada en otros estudios.
2. El 63% de nuestros pacientes crónicos mayores de 65 años están expuestos a un mayor riesgo de caídas a causa de su múltiple medicación.
3. En los pacientes mayores de 65 años y en los de bajos niveles instructivos es donde más se usan las medidas de ayuda para distinguir la medicación y controlar la posología. Debemos dedicarles especial atención con explicaciones adaptadas y simples sobre el correcto uso de los fármacos, aprovechando las medidas de refuerzo y el apoyo de los farmacéuticos.
4. La prescripción inducida es más alta que en otros sistemas, hay que potenciar la creación de comités farmacoterapéuticos mixtos (primaria-hospitalaria) para evitar discrepancias, cambios de medicación innecesarios y aumento de costes, tratando de mejorar la comunicación entre los dos ámbitos asistenciales.

LO QUE SABEMOS DEL TEMA:

La polimedición en los pacientes crónicos es un problema muy frecuente.

- El 20% de la población geriátrica toma 5 o más medicamentos diferentes al día
- La prevalencia de enfermedades crónicas en los ancianos es del 80% y el 36% padece más de 3 enfermedades.
- La toma de cuatro o más fármacos diferentes implica un mayor riesgo de caídas.

Que aporta este estudio:

- La polimedición en nuestros pacientes crónicos geriátricos es del 49,5%.
- El 63% de nuestros pacientes crónicos mayores de 65 años está expuesta a un mayor riesgo de caídas a causa de su múltiple medicación.
- Los pacientes mayores y los de más bajo nivel instructivo son los que tienen mayores dificultades para conocer y controlar la posología de los fármacos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mavi Corell. Los riesgos de la polimedición [en línea]. Madrid: ELPAÍS.com; 2008 [accedido 6 Marzo 2008]. Disponible en: <http://www.elpais.com/articulo/sociedad/riesgos/polimedicion/>
2. Victoria Eugenia Arango Lopera. Polifarmacia en el anciano[en línea].Bogota [accedido20 Junio 2006] Disponible en: med.javeriana.edu.co/publi/universitas/serial/v43n1/0025%20polifarmacia.PDF
3. M. Leal Hernandez, J. Abellán Alemán, M.T. Casa Pina, J. Martínez Crespo. Paciente polimedcado: ¿conoce la posología de la medicación?, ¿afirma tomarla correctamente?Aten Primaria 2004; 33(9):451-6
4. Francisco Varas-Fabra et al. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. Atención Primaria 2006;38(8):450-5
5. Juan Gervas, Bárbara Starfield, Sergio Minué, Concepción Violan y Seminario de la Innovación en Atención Primaria 2007. Atención Primaria 2007; 39(11): 615-8

6. D.Yáñez-Cadena, A. Sarriá-Santamera, F. García-Lizana. ¿Podemos mejorar, el tratamiento y el control de las enfermedades crónicas? *Aten Primaria* 2006;37(4):221-30
7. Nebot et al. Prioridades en promoción de la salud según los profesionales de atención primaria: un estudio Delphi. *Aten Primaria* 2007;39(6):285-90
8. Emilio Marquez Contreras, Mariano de la Figuera von Wichmann, Laura Roig Ponsa, Jordi Naval Chamosa. El cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial en España, según la opinión de los médicos de familia. Proyecto Cumples. *Aten Primaria* 2007;39(8):417-23
9. Emilio Márquez Contreras et al. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. *Aten Primaria* 2006;38(6):325-32
10. Scot H Simpson et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality[en línea] *BMJ* 2006;333:15(1 July), doi:10.1136/bmj.38875.675486.55(published 21 June 2006) Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/333/7557/15>
11. Lars Osterberg, Terence Blaschke. Adherent to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97
12. Eladio Fernandez Liz, Francisco José Luque Mellado. Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada. *Aten Primaria* 2007; 39(1):15-21.