



Universidad de Valladolid

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA
"DR. SALA DE PABLO"
SORIA

Grado en Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Factores que influyen en la adherencia terapéutica de los mayores

Estudiante: Virginia Escribano Alonso

Tutelado por: Lourdes Jiménez Navascués

Soria, 19 junio de 2014

RESUMEN

Introducción: La adherencia terapéutica se define como el grado en el que el comportamiento del paciente se corresponde con lo acordado con el profesional sanitario sobre la toma de su medicación. Se utilizan en la práctica clínica los términos de cumplimiento y adherencia de manera indistinta. La OMS asegura que el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden aportar a los pacientes. En la actualidad, existe lo que denominamos envejecimiento poblacional, los cambios inherentes al proceso de envejecimiento, hacen a las personas mayores más vulnerables de sufrir cronicidad, pluripatología y polimedicación, que se asocian a una menor adherencia terapéutica.

Objetivos: se pretende determinar los criterios de medición de la adherencia terapéutica, las causas más frecuentes de no adherencia terapéutica en los mayores, detallar las consecuencias de no adherirse al tratamiento, y especificar las estrategias de mejora de este problema que dan mayores resultados.

Material y métodos: se realiza una revisión sistemática de publicaciones científicas en las bases de datos de: Cuiden plus, pubmed, dialnet, enfispo, encuentra y google académico. Se revisan 139 publicaciones, de las cuales se analizan 25 por encontrarse dentro de los objetivos del trabajo y de los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: existen numerosos métodos que ayudan a medir la adherencia terapéutica pero no existe ninguno aceptado para realizar esta medida de forma homogénea. Las causas más frecuentes de no adherencia terapéutica en los mayores son la polimedicación, los efectos adversos de los medicamentos, la complicación de la pauta posológica, el copago y la falta de conocimientos. Las consecuencias de la no adherencia terapéutica pueden dividirse en consecuencias para la salud del paciente y en consecuencias económicas para el sistema sanitario. Las estrategias de mejora que dan mayores resultados son la combinación de dos o más intervenciones.

Conclusiones: Se requiere de un abordaje interdisciplinar para mejorar la adherencia terapéutica. La educación sanitaria, competencia del profesional enfermero, es uno

de los métodos más aceptados para la mejora de la adherencia terapéutica. Disponer de un método de diagnóstico de la adherencia terapéutica aceptado, sería interesante para poder medir los resultados de una forma homogénea.

ABSTRACT

Introduction: adherence is defined as the degree to which the patient's behavior matches agreed with the health care professional about taking his medication. They are used in clinical practice the terms compliance and adherence interchangeably. The WHO says that adherence is the main cause of all the benefits that drugs can bring to patients are not obtained. At present, there is what we call aging population, changes inherent to the aging process, make people more vulnerable to suffer chronicity, comorbidity and polypharmacy, which is associated with reduced adherence elderly.

Objectives: to determine the criteria for measuring adherence, the most common causes of non-adherence in the elderly, detailing the consequences of not adhering to treatment, and specific strategies for improvement of this problem that give better results.

Methods: Systematic reviews of scientific publications were performed in these databases: Cuiden plus, Pubmed, Dialnet, ENFISPO, Encuentra and Google scholar. 139 publications were reviewed, of which 25 are analyzed for being within the objectives of the work and the inclusion and exclusion criteria.

Results: there are numerous methods that help to measure adherence accepted but none exists for this measure evenly. The most common causes of non-adherence in the elderly are polypharmacy, adverse drug effects, complication of the treatment regimen, the copayment and lack of knowledge. The consequences of non-adherence can be divided into consequences for patient health and economic consequences for the health system. Improvement strategies that give better results are a combination of two or more interventions.

Conclusions: It takes a interdisciplinary approach to improving adherence, health education, which is carried out by the nurse practitioner, is one of the most accepted methods for improving adherence. Have a method of measuring adherence accepted, it would be interesting to measure the results of a homogeneously.

INDICE

1. Introducción	7
2. Objetivos	10
3. Marco teórico	11
3.1. Concepto de envejecimiento.....	11
3.2. Cambios inherentes al proceso de envejecimiento.....	12
3.3. Características farmacológicas en el envejecimiento	15
3.4. Reacciones adversas al medicamento	17
3.5. No adherencia terapéutica: causas y consecuencias	19
3.6. Métodos de valoración de la adherencia terapéutica.....	21
3.7. Abordaje enfermero de la no adherencia terapéutica	24
4. Material y métodos	29
5. Resultados	31
5.1. Criterios para medir la adherencia terapéutica	31
5.2. Causas más frecuentes de no adherencia terapéutica en los mayores...	32
5.3. Consecuencias de la no adherencia terapéutica	34
5.4. Estrategias de mejora de la adherencia terapéutica	35
6. Conclusiones	37
7. Bibliografía	38

INDICE DE TABLAS

Tabla nº 1: Factores relacionados con las RAM en los mayores	18
Tabla nº 2: Fármacos más utilizados en los mayores y sus probables RAM ...	18
Tabla nº 3: Criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda bibliográfica.....	30
Tabla nº 4: Estrategia de búsqueda	30

ABREVIATURAS

RAM	Reacciones Adversas al Medicamento
OMS	Organización Mundial de la Salud
NANDA	Definiciones y Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros
NOC	Clasificación de Resultados de Enfermería
NIC	Clasificación de Intervenciones de Enfermería
PE	Proceso Enfermero

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existe un incremento del número de personas mayores, es lo que denominamos envejecimiento poblacional y está causado fundamentalmente en los países desarrollados, por una disminución de la natalidad y una mayor esperanza de vida. Según la OMS¹, en 1990 España tenía una esperanza de vida de 77 años mientras que datos del 2011 demuestran que ha aumentado tal esperanza hasta los 82 años en ambos sexos. Las mismas estadísticas estiman que el 22% de la población total en España tiene más de 60 años.

Es significativo conocer estas cifras ya que nos encontramos actualmente en España ante una población envejecida. Como explicamos en el marco teórico, existen unos cambios inherentes al proceso de envejecimiento que van a hacer a los mayores más vulnerables de sufrir cronicidad, pluripatología y con ello, polimedicación, la cual se asocia a una menor adherencia terapéutica.

La adherencia terapéutica fue definida por la OMS en el año 2003 y citada por Niño Martín², como “el grado en el que el comportamiento del paciente se corresponde con lo acordado o recomendado por los profesionales de la salud, en lo que se refiere a la toma de su medicación, en el seguimiento de una alimentación adecuada o en los cambios en su estilo de vida”.

En la práctica clínica utilizamos los términos de adherencia y cumplimiento terapéutico de manera indistinta, según cita Ortego Maté³, ya en 1982, Epstein y Cluss describieron ambos términos de la misma forma, “la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido”.

El cumplimiento terapéutico se define como “el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor”⁴, en este término apreciamos un papel pasivo por parte del paciente, una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre profesional y paciente⁵.

Aunque queda reflejado en la clasificación NANDA el incumplimiento como diagnóstico propio de enfermería, define éste como “la conducta de una persona o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción

de la salud acordado entre la persona y un profesional de la salud (...)”⁶. En este trabajo hablaremos del término adherencia puesto que es lo que busca el profesional enfermero, hacer partícipe al paciente de su propio cuidado y contar con su conformidad en cuanto al tratamiento para que lo siga adecuadamente.

En la vejez se producen una serie de cambios fisiológicos que hacen que la prevalencia de enfermedades crónicas y de incapacidades aumente a medida que la edad avanza, lo que conlleva a una mayor utilización de fármacos por parte de los ancianos⁷. Además de cambios físicos, se producen importantes cambios psicosociales que se relacionan con la baja adherencia terapéutica, por ejemplo, la disminución de ingresos económicos, vivir solo o cambiar frecuentemente de domicilio, etc.

En distintos estudios, se describe una prevalencia de polimedicados mayores de 65 años de un 33,77%, y el número de medicamentos por paciente lo cifran entre un 4,2 y un 11,2 al día^{7,8}, si tenemos en cuenta la automedicación esta cifra asciende a más de 5 medicamentos por anciano y día como mínimo⁹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), citada por Martín Alfonso¹⁰, asegura que el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden aportar a los pacientes.

La no adherencia terapéutica tiene como principales consecuencias para el paciente, peores resultados en términos de salud, aumento de las demandas de los servicios sanitarios y alto nivel de morbimortalidad, así como mayores costes económicos derivados de todo ello^{5,4}. Por ello, la no adherencia terapéutica en los ancianos se convierte en una prioridad para los profesionales de la salud, sabiendo que este grupo de edad constituye el 17% de la población en España y consumen el 73% del gasto farmacéutico¹¹.

Decidí elegir este tema debido a una experiencia que tuve en el Servicio de Urgencias durante mis prácticas clínicas; estaba atendiendo a un matrimonio de edad avanzada, éstos tenían muchas dudas sobre la medicación que tenían que tomar, siendo el medicamento que más me llamó la atención el Sintrom, el

cual se lo tomaban “cuando se acordaban”, no le daban la importancia que merece al horario de la toma de esta medicación.

2. OBJETIVOS

La situación anterior, me hizo reflexionar sobre este tema y me surgieron bastantes preguntas ¿Cómo podemos mejorar la adherencia terapéutica en este colectivo? ¿Cómo podemos abordar este problema según las aportaciones de las publicaciones científicas? ¿Cuál es la mejor forma de disminuir la prevalencia de este problema? ¿De qué forma podemos abordar este problema los profesionales de la enfermería dentro del equipo de salud? ¿De qué forma se puede medir la adherencia para mejorar los resultados de la misma?

Como futura profesional de enfermería, considero que debemos de profundizar en estas situaciones, haciendo a los mayores partícipes de su cuidado, y sobre todo, que conozcan e interioricen el por qué deben hacerlo y la importancia que tiene realizarlo bien.

En este trabajo, me planteo los siguientes objetivos:

- Determinar los criterios medición de la adherencia terapéutica.
- Describir las causas más frecuentes de no adherencia terapéutica en los mayores.
- Detallar las consecuencias de la no adherencia terapéutica.
- Especificar las estrategias de mejora de este problema que dan mejores resultados.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Concepto de envejecimiento

Existen numerosos factores, como los conceptos, valores, sentimientos y actitudes hacia las personas mayores, que influyen sobre la identidad social de la vejez. Antiguamente, las personas que llegaban a esta etapa de la vida eran muy pocas, y la esperanza de vida era mucho más corta que en la actualidad. En algunas aportaciones clásicas de la Historia se puede apreciar la vejez como una etapa poco valorada, y en otras, se distingue una visión más positiva de la misma, indicamos los siguientes ejemplos:

En Egipto se encuentra el primer texto conocido sobre la vejez, escrito por el filósofo y poeta Ptha-hotep en el 2500 a.C., éste describe la vejez como un debilitamiento y declive, como la peor de las desgracias para el hombre. En cuanto a los antiguos judíos, existen referencias incluidas en los textos bíblicos (Libro de Daniel) de desprecio hacia las personas mayores, y descripciones crueles y decrépitas de la vejez. En la cultura ateniense se pueden destacar por una parte la visión de Platón hacia la vejez como un elogio (etapa de la vida en la que el hombre alcanza la cima del comportamiento prudente, discreto, sagaz y juicioso), y por otra parte la visión de Aristóteles, como una etapa de debilidades y digna de comprensión social. Ya a partir del 129 d.C., Galeno de Pérgamo mantuvo el concepto de vejez alejado del negativismo y desmintió la asociación entre vejez y enfermedad.

Siguiendo con la historia del concepto de vejez destacamos la obra de Cicerón, *De Senectute*, considerada como el tratado más antiguo de gerontología y que incluye un análisis del proceso de envejecimiento, así mismo y dentro de la época del Renacimiento encontramos la obra *Gerocómica* de Anselmi en la que se explican las causas del envejecimiento y las principales enfermedades que aparecen en el mismo¹².

Actualmente, observamos una visión menos negativa del concepto de envejecimiento, aunque siguen estando presentes pensamientos críticos hacia los mayores.

Según Pérez Melero¹³, la vejez constituye un conjunto de cambios estructurales y graduales que se producen con el paso del tiempo, que no son debidos a enfermedades o accidentes, y que eventualmente, conducen a la muerte. De la misma forma describen esta etapa de la vida Millán Calenti, y Maseda Rodríguez¹⁴, como un proceso de cambios morfofuncionales que se producen en el ser vivo con relación al paso del tiempo. Poves Plumed¹⁵, lo describe como el último periodo de la vida de los organismos caracterizado por la progresiva pérdida de las actividades fisiológicas y de la capacidad de adaptación, y Nuin Orrio¹⁶, como un proceso continuo que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación.

Apreciamos, valorando las definiciones anteriores, que actualmente el envejecimiento se considera un proceso complejo caracterizado por una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y por una serie de cambios físicos y psicosociales que tienen relación con el paso del tiempo. Son aceptadas por los autores las siguientes características comunes al proceso de envejecimiento: universalidad, ya que afecta a todos los organismos vivos; intrínseco porque no depende de factores externos aunque pueda verse influido por ellos; progresivo, puesto que se produce en relación al paso del tiempo; deletéreo debido a que los cambios que se producen en este proceso son perjudiciales para la capacidad de adaptación funcional; y heterogéneo, ya que no todos los seres vivos envejecen igual e incluso no todos los tejidos, órganos, etc. envejecen de la misma forma en el mismo individuo.

3.2. Cambios inherentes al proceso de envejecimiento

Durante el proceso de envejecimiento se producen en el individuo múltiples cambios físicos, psíquicos y sociales que difieren en intensidad y forma de aparición en cada persona, por ello, debemos conocer las características propias de cada individuo y valorar correctamente el camino a seguir para lograr una buena adherencia terapéutica, adaptando las pautas según la situación personal.

Vamos a describir alguno de los cambios que más van a influir según la literatura científica en el tratamiento farmacológico de los mayores.

Cambios físicos:

En cuanto a la composición corporal, es importante conocer que disminuye la masa magra, la cantidad de agua corporal y la albúmina plasmática. Por el contrario, aumenta la masa grasa. Estos cambios influirán notablemente en la distribución del fármaco dentro del organismo.

En el sistema digestivo aparece una disminución de la secreción de jugos gástricos, disminuye la motilidad intestinal, se reduce el tamaño y la funcionalidad del páncreas, que da lugar a una disminución de la secreción de insulina, y del hígado, aspecto importante a tener en cuenta por las implicaciones que existen entre el hígado y la farmacocinética.

El sistema urinario es clave en la eliminación del fármaco, ya que la mayoría de ellos se excretan por vía renal. Se produce una disminución del número y la funcionalidad de las nefronas, existe un menor filtrado glomerular por lo que se aumenta la pérdida de agua pudiendo dar lugar a la deshidratación, disminuye el tono muscular de la vejiga apareciendo ésta más distendida y con gran probabilidad de incontinencia urinaria, aumentando de esta forma el riesgo de infección.

Otros cambios como los que ocurren en el sistema cardiocirculatorio, en el sistema musculoesquelético, respiratorio, hematológico, endocrino, etc. se asocian a un aumento de la probabilidad de que el mayor tenga que tomar medicación, describimos algunos ejemplos: disminuye el gasto cardiaco y aumenta la presión arterial, disminuye la fuerza que puede dar lugar a caídas y sus posibles consecuencias, se reduce el reflejo de la tos por lo que existe una mayor propensión a infecciones respiratorias, se reduce la respuesta a la inflamación y a las infecciones, existe mayor resistencia a la insulina por atrofia de las glándulas, aparece un aumento de tamaño de la próstata en los hombres, etc.

Así mismo, destacamos los cambios en los órganos de los sentidos, ya que pueden dar lugar a dificultades en la toma correcta de la medicación, entre ellos se puede observar una disminución de la sensibilidad táctil y dolorosa, presbiacusia, presbicia, alteraciones en la percepción de colores, etc.

Cambios psíquicos

Profundizamos en los cambios psíquicos que se refieren a la memoria, al procesamiento de la información, a la capacidad de aprendizaje y a la capacidad de atención del mayor, ya que en la literatura, apreciamos un mayor énfasis en ellos, considerando por tanto, que son los cambios psíquicos que más influencia tienen en la adherencia terapéutica del mayor.

En cuanto a la memoria, se destaca en la bibliografía que existe una pérdida de memoria reciente, es decir, recuerdan los hechos del pasado con todo detalle y les cuesta recordar los hechos más recientes. Este cambio puede dar lugar a confusiones con la medicación, como por ejemplo, que la tomen dos veces por no recordar si la han tomado, o por el contrario que no la tomen. Se entorpece el procesamiento de la información y también el tiempo que se requiere para el aprendizaje, es decir, necesitan más tiempo al explicarles las pautas de la medicación, horarios, etc.¹⁷.

Destacando el tema de la atención, podemos indicar que según Sanchez Ayala¹⁸, se mantiene la atención selectiva mientras que la capacidad para mantener la atención global disminuye. Debemos dedicarles el tiempo necesario para que interioricen la información, sin llegar a que pierdan la atención en lo que les decimos.

Cambios sociales

Se asocia el envejecimiento con la jubilación, es decir, con el cese de la actividad laboral, que generalmente coincide con una disminución de ingresos económicos. En España, entró en vigor en julio de 2012, una nueva normativa sobre la financiación de los medicamentos (RD 16/2012, de 24 de Abril), que establece unos porcentajes de copago que varían entre el 10 y el 60% del coste del medicamento, con topes de aportación en función de la renta del usuario. Consideramos que este copago, puede afectar al nivel de adherencia terapéutica en las personas mayores con ingresos económicos bajos.

Los modos de convivencia, como estancias temporales con los familiares, vivir solos, en instituciones, etc. se asocian con la no adherencia terapéutica. El grado de dependencia del mayor, ya sea dependencia física (inmovilidad,

alteraciones cognitivas, etc.), o económica, es otro de los elementos que se relacionan con un bajo nivel de adherencia terapéutica¹⁹.

Todos estos cambios, físicos y psicosociales, hacen a los mayores más vulnerables a la cronicidad y la pluripatología, y por lo tanto, con más probabilidades de polimedicación y mayor riesgo de efectos adversos e interacciones²⁰.

La pluripatología, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se define como “la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas”²¹. Según esta misma referencia, el paciente pluripatológico posee un perfil de patología crónica, con las siguientes características: varias enfermedades crónicas, alta frecuentación hospitalaria, consumo de gran cantidad de recursos sanitarios y sociales, polimedicación, frecuentes situaciones de discapacidad y dependencia, además de otros factores a tener en cuenta como edad avanzada, secuelas de patologías previas, escaso apoyo familiar y social, etc.

Consideramos paciente polimedicado al que consume cinco o más medicamentos durante un periodo mínimo de 6 meses, por cualquier vía (oral, parenteral, inhalada, etc.)⁸. Hay estudios que indican que en los ancianos existe un consumo de hasta el 40% de fármacos sin prescripción²².

3.3. Características farmacológicas en el envejecimiento

Es preciso conocer las características farmacocinéticas y farmacodinámicas en la vejez, ya que, insistiendo en la individualidad, la respuesta al tratamiento en los mayores puede variar de unos individuos a otros y con respecto a las personas jóvenes.

Farmacocinética en la vejez

La farmacocinética es la rama de la farmacología que estudia el paso de los fármacos a través del organismo en función del tiempo y la dosis. Comprende los procesos de: liberación, absorción, distribución, metabolismo y excreción²².

La liberación es el proceso que permite que la sustancia activa del medicamento quede disponible, es decir, la separación del principio activo de la forma farmacéutica que lo contiene.

En cuanto a la absorción del fármaco, destacamos que está disminuida en los mayores debido fundamentalmente a que durante el proceso de envejecimiento se produce un retraso del vaciamiento gástrico y una disminución de la motilidad intestinal, lo que a su vez, incrementa la absorción de éste por un mayor tiempo de contacto del fármaco con la mucosa digestiva. Además, existen fármacos usados comúnmente en los mayores, que retrasan todavía más el vaciamiento gástrico: antiácidos con sales de aluminio, analgésicos narcóticos, antihipertensivos, antiparkinsonianos, etc.

Al igual que en la administración oral, describimos un retraso de la absorción del fármaco administrado vía intramuscular ya que el músculo se encuentra menos irrigado, en la vía inhalada debido al menor movimiento de los cilios pulmonares, etc.

Las modificaciones en la composición corporal que hemos descrito anteriormente, afectan a la distribución de los fármacos. Los medicamentos que se unen a la albúmina como por ejemplo furosemida, ibuprofeno, ácido acetilsalicílico... dan lugar a una mayor acción y toxicidad del fármaco ya que la albúmina plasmática suele estar reducida en la vejez. Los fármacos que se distribuyen en el agua corporal como digoxina, paracetamol... alcanzan concentraciones plasmáticas más altas debido a la reducción del agua intracelular en el organismo de este colectivo, lo que puede dar lugar a intoxicaciones²³. También se destacan los medicamentos con alta liposolubilidad, como la mayoría de los psicótropos, que pueden acumularse en el organismo por el aumento de la composición grasa en el mismo.

Como habíamos destacado anteriormente, el hígado juega un papel muy importante en el metabolismo del fármaco. Durante el envejecimiento, este órgano tiene disminuida su masa y el flujo sanguíneo del mismo²⁴, lo que dará lugar a una alteración en el metabolismo de los fármacos. Esta alteración puede ir desde los efectos tóxicos a dosis terapéuticas hasta el inicio del proceso de carcinogénesis.

En cuanto a la excreción, la mayoría de los fármacos se eliminan por vía renal, la disminución de la funcionalidad de los riñones con la edad es el factor responsable de las reacciones adversas a los medicamentos que más importancia tiene y que se producen por un aumento de la concentración plasmática de los mismos²².

Farmacodinamia en la vejez

La farmacodinamia estudia la relación entre la concentración de los fármacos en su lugar de acción y los efectos que producen en los sistemas biológicos²⁴, es decir, se encarga del estudio de los efectos bioquímicos y fisiológicos de los fármacos, de su mecanismo de acción, y de la interacción de la molécula del fármaco con su receptor.

Los cambios en la sensibilidad a nivel de los receptores con la edad, van a dar lugar a efectos inesperados de los fármacos. Por ejemplo, fármacos que alteran el sistema nervioso central, la actividad simpática, la respuesta vasomotora, la función cardíaca y/o la volemia, etc. pueden agravar la hipotensión ortostática tan frecuente en los mayores (antidepresivos tricíclicos, vasodilatadores, beta bloqueantes, diuréticos, etc.). Otro ejemplo son los fármacos sedantes y estimulantes centrales (teofilina, agonistas adrenérgicos), los cuales pueden producir delirio y confusión en las personas mayores.

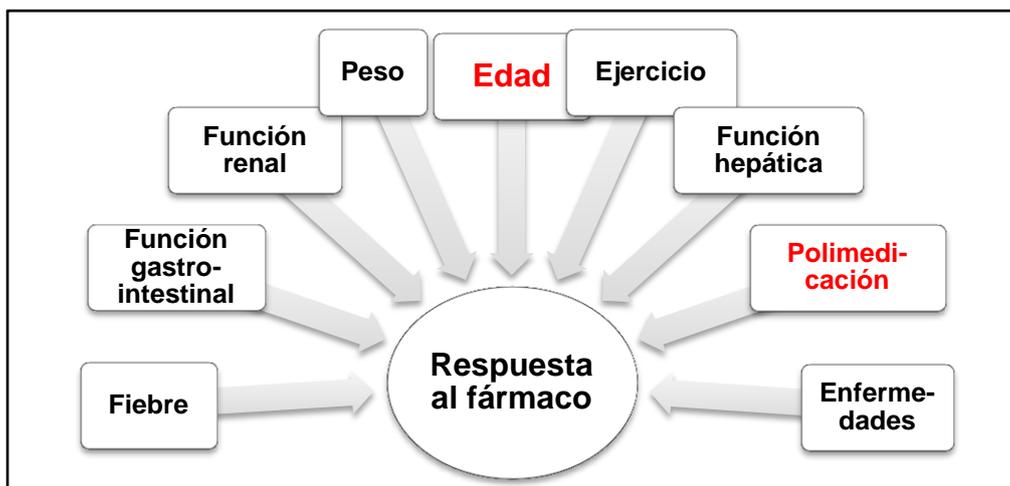
3.4. Reacciones adversas a medicamentos (RAM)

Las reacciones adversas al medicamento, se definen como “cualquier respuesta nociva no intencionada a un fármaco a dosis normalmente utilizadas para el tratamiento de una enfermedad”²⁵. A partir de aquí utilizaremos las siglas RAM para hacer referencia a estas reacciones.

Según el Programa de Atención al Mayor Polimedcado de la Comunidad de Madrid¹⁹, entre el 10 y el 20% de los pacientes mayores de 65 años presentan una RAM, afirma que la probabilidad de las mismas es casi del 100% si el paciente toma más de 10 fármacos y considera que entre un 5 y un 17% de los ingresos hospitalarios de los ancianos están relacionados con la ingesta de fármacos.

La respuesta al fármaco está condicionada por múltiples factores, entre ellos, destacamos en la tabla nº 1 la polifarmacia, elemento sobre el que estamos trabajando como uno de los factores de riesgo más importante para sufrir reacciones adversas al medicamento.

Tabla nº 1: Factores relacionados con las RAM en los mayores



Fuente: Manual Merck, edad y salud²⁶

Las manifestaciones más frecuentes de las RAM son las de repercusión cardiovascular, renal y neuropsicológica (alteraciones del ritmo cardiaco, del sueño, deshidratación, etc.). Describimos algunos de los fármacos más utilizados en este colectivo y las RAM más frecuentes de los mismos en la tabla nº 2.

Tabla nº 2: Fármacos más utilizados en los mayores y sus probables RAM.

Grupo farmacológico	Fármaco	RAM
Diuréticos	Furosemida	Sordera, pancreatitis, hipopotasemia, etc.
Antiarrítmicos	Digoxina	Disminución de la conducción cardiaca, vómitos, diarrea, etc.
IECA	Captopril	Urticaria, hiperpotasemia, etc.
Beta-bloqueantes	Atenolol	Hipotensión ortostática, bradicardia, broncoespasmo, trastornos visuales, etc.
Antidepresivos tricíclicos	Amitriptilina	Arritmias, hipertensión, estreñimiento, xerostomía, convulsiones, etc.
AINE	Ibuprofeno	Hipertensión, diarrea, elevación de bilirrubina, etc. alteraciones de la memoria, insuficiencia renal aguda, etc.
Penicilinas	Amoxicilina	Náuseas, vómitos, diarrea y gastritis.

Fuente: Manual Merck, Edad y Salud²⁵

Las RAM, se pueden clasificar dependiendo de la dosis del fármaco en: RAM dosis-dependientes, que producen efectos aumentados a dosis habituales y se pueden tratar mediante un reajuste de la dosis, y RAM dosis-independientes, que provocan reacciones anómalas que no son de esperar a partir de las propiedades farmacológicas del medicamento administrado. Esta misma clasificación, además diferencia entre, RAM Primarias, debidas generalmente a un rango terapéutico estrecho; RAM Secundarias, producidas por una interacción entre medicamentos; y RAM Terciarias, que aparecen como probables tras realizar un estudio epidemiológico²⁵.

3.5. No adherencia terapéutica: causas y consecuencias

Hemos definido anteriormente, el concepto de adherencia terapéutica, pero los resultados de los trabajos hablan sobre no adherencia, término sobre el que vamos a profundizar. Podemos comprobar este aspecto en el análisis realizado por la Organización Mundial de la Salud²⁷, en el que se afirma que la no adherencia terapéutica en personas con enfermedades crónicas en los países desarrollados es del 50%.

Definimos la no adherencia como la conducta del paciente que no se corresponde con lo acordado con el profesional de la salud sobre el seguimiento de un tratamiento, una dieta, hábitos de vida, etc.

Causas de la no adherencia terapéutica

La no adherencia en las personas mayores puede verse influida por factores derivados de la enfermedad, derivados del paciente, de la relación sanitario-paciente y del tratamiento farmacológico²⁸.

En cuanto a los factores derivados de la enfermedad, encontramos aquellas enfermedades que cursan sin sintomatología, en las que existe un tratamiento crónico, enfermedades que conllevan deterioro cognitivo y la pluripatología, que hacen que se reduzca la adherencia terapéutica.

Los factores derivados del paciente que van a influir en la adherencia terapéutica son, entre otros, las percepciones que éstos tengan sobre la gravedad de su enfermedad, la motivación para seguir el tratamiento, la

vulnerabilidad que perciban, dificultades visuales y/o auditivas, factores de tipo económico, olvidos involuntarios, etc.

Respecto a los factores derivados de la relación sanitario-paciente, destacamos la falta de confianza y de comunicación, que influyen negativamente sobre la adherencia terapéutica, y por último, describimos según las publicaciones, los factores derivados del tratamiento farmacológico que se relacionan con una baja adherencia terapéutica, como un gran número de fármacos, la dosificación multidosis, los efectos indeseables de la medicación, la complejidad del régimen terapéutico, un alto precio del fármaco y una gran distancia a la farmacia.

Consecuencias de la no adherencia terapéutica

Las consecuencias que puede tener una baja adherencia terapéutica las describimos, según la literatura^{9,10}, divididas en consecuencias físicas, económicas y psicosociales.

Las consecuencias físicas que se describen son, peores niveles de salud como consecuencia de episodios agudos de las patologías que siguen su curso, mayor número de reacciones adversas por la necesidad de una mayor dosis de medicamentos para controlar la sintomatología, aumento del riesgo de dependencia, pruebas diagnósticas más invasivas o más específicas, dando todo ello, niveles más altos de morbilidad y mortalidad.

En lo que se refiere a las consecuencias económicas, se describen principalmente las derivadas de un mayor número de hospitalizaciones y demandas de servicios sanitarios, se incrementa el número de pruebas diagnósticas, hay que reajustar las dosis de los medicamentos que se elevan para resolver las nuevas situaciones de salud que se producen. Es decir, el aumento del gasto económico asociado a una inadecuada adherencia terapéutica, es motivado por las intervenciones sanitarias que precisan los mayores cuando sus enfermedades no se controlan adecuadamente o surgen reacciones adversas por el incorrecto cumplimiento del tratamiento.

En cuanto a las consecuencias psicosociales, se indica en la bibliografía, que la no adherencia terapéutica prolonga la recuperación o el control de la

enfermedad y sus síntomas, aparece el estrés ante una situación de enfermedad mantenida en el tiempo, además de complicaciones, secuelas y limitaciones irreversibles y progresivas que afectan a la calidad de vida del paciente.

3.6. Métodos de valoración de la adherencia terapéutica

Los métodos de valoración de la adherencia terapéutica nos ayudan a medir el grado en el que un paciente está siguiendo las recomendaciones que previamente había acordado con el profesional de la salud^{10,20,28,29}. Existen según indica la bibliografía, dos tipos de métodos: los métodos objetivos que se diferencian entre directos e indirectos, y los métodos subjetivos.

Los métodos objetivos consisten en determinar el nivel de adherencia terapéutica del usuario de forma objetiva, es decir, con datos que lo demuestren. Estos métodos, como hemos dicho anteriormente, engloban a los métodos objetivos directos, que consisten en la determinación del fármaco o sus metabolitos en sangre u orina y se encuentran en desuso por el coste económico que conlleva y porque no existen determinaciones para todos los fármacos. Los métodos objetivos indirectos son los que valoran la no adherencia a partir del grado de control de la enfermedad y los controles relacionados con el fármaco, se destacan dentro de los métodos objetivos indirectos los siguientes.

El recuento de comprimidos, es un método que da buenos resultados en la medición de la adherencia, pero debemos de tener en cuenta para evitar errores, que tiene la limitación de que no se conoce con certeza si todos los comprimidos que faltan en el envase han sido consumidos, o por el contrario han sido desechados. Encontramos también descrita en la literatura la valoración de la asistencia a citas programadas con enfermería, el hecho que los usuarios asistan a las citas acordadas es un factor que se asocia a una buena adherencia terapéutica.

Otro método objetivo indirecto, es comprobar la recogida de recetas, generalmente, se asocia la adquisición de los medicamentos con un alto nivel de adherencia terapéutica, aunque tenemos en cuenta que no implica la toma

del medicamento aunque lo adquiriera en la farmacia. La evaluación de la eficacia terapéutica es otro método de valoración, y por último, dentro de los métodos objetivos indirectos, encontramos la valoración de los efectos secundarios esperados de los fármacos, en el que destacamos que, la mayoría de los medicamentos usados en ancianos, no dan efectos adversos no perjudiciales que puedan utilizarse como indicadores.

En cuanto a los métodos subjetivos, éstos valoran los conocimientos y las conductas sobre la enfermedad y el tratamiento. Dentro de los métodos subjetivos hay una gran variedad de test que nos ayudan a medir la adherencia terapéutica, son los siguientes.

- Test de Morisky-Green: valora si se adoptan actitudes correctas sobre la medicación, se realizan las siguientes cuatro preguntas que se mezclan en la conversación: ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos?, ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?, cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?, si alguna vez le sienta mal la medicación ¿deja de tomarla? Las respuestas que nos indican que el paciente es adherente al tratamiento son: no/si/no/no.
- Cuestionario de comunicación del autocumplimiento: fue propuesto por Haynes y Sackett, se trata de pedir al paciente que informe sobre el cumplimiento de su tratamiento. Tras haberle afirmado que muchos pacientes tienen dificultades para seguirlo, se le pregunta si es su caso, si la respuesta es positiva se le considera no adherente y si es negativa hay que preguntarle cómo toma su medicación y si lo hace todos los días, o muchos o ninguno. Estas respuestas nos confirman su adherencia o no adherencia terapéutica.
- Cuestionario de Batalla: analiza el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad, se utiliza en la terapéutica de la hipertensión y ha sido modificado para aplicarlo también a otras enfermedades crónicas. Se considera que un mayor conocimiento de la enfermedad se corresponde con un mayor grado de adherencia, y por el contrario, se considera al paciente no adherente cuando responde de forma incorrecta a las siguientes preguntas: ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?, ¿se puede controlar con dieta y

ejercicio?, ¿puede citar dos órganos que pueden dañarse por tener la tensión arterial elevada?

- Comprobación fingida: se basa en proponer al paciente recoger una muestra de orina para comprobar la presencia de fármacos y preguntarle qué cree que darán los resultados, si opone resistencia para realizarlo o manifiesta que no toma la medicación se le considera no adherente.
- Test de Prochaska-Diclemente: se basa en las etapas de cambio en las que un paciente puede encontrarse: etapa de precontemplación (negación de problemas y no intención de cambio), etapa de contemplación (admite el problema y comenta sus dificultades), etapa de preparación (es consciente del problema y quiere resolverlo), etapa de acción (se toman medidas para resolver el problema), etapa de mantenimiento (el cambio es mantenido durante al menos seis meses). Durante las tres primeras etapas se considera al paciente incumplidor del tratamiento, mientras que en las dos últimas etapas se considera que tiene una buena adherencia terapéutica.
- Test de Herrera Carranza: consta de cuatro preguntas sobre la medicación prescrita que van a ser realizadas por el farmacéutico.
- Test de Hermes: cuestionario integrado por ocho preguntas sobre la medicación que está tomando el paciente, son valorables cuatro de ellas que son las siguientes: ¿puede decirme el medicamento que toma para la hipertensión arterial (o para alguna otra enfermedad que tenga)?, ¿ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos?, en las últimas semanas ¿cuántos comprimidos no ha tomado?, cuando se encuentra mal ¿se olvida de tomar la medicación?
- Otros test: existen otros test más específicos para enfermedades como el sida, esquizofrenia, etc. que no voy a describir porque no entran dentro de los objetivos del trabajo.

3.7. Abordaje enfermero de la adherencia terapéutica

Para mejorar la adherencia terapéutica en los mayores, debemos determinar qué grado de adherencia terapéutica poseen. Describimos cómo los profesionales de enfermería podemos contribuir a conocer el grado de adherencia terapéutica de los mayores, así como los factores que influyen en él.

Incluimos los métodos anteriores para medir la adherencia terapéutica a través del proceso enfermero, que se define según Kozier³¹, como el proceso que tiene como propósito identificar el estado de salud de un paciente y las necesidades o problemas de salud reales o potenciales, así como proporcionar intervenciones de enfermería específicas para hacerles frente, todo ello mediante cinco fases, que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Utilizaremos a partir de aquí las siglas PE para hacer referencia al mismo.

Valoración de enfermería

Para realizar una buena valoración de enfermería, debemos seguir un modelo. Según Benavent Garcés³⁰, un modelo es un esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja, que se elabora para facilitar su comprensión. El modelo que vamos a describir es el modelo conceptual según necesidades básicas de Virginia Henderson, ya que es con el que hemos trabajado durante la formación académica y durante las prácticas clínicas.

Un modelo conceptual, es aquel que articula un amplio espectro de relaciones significativas entre los conceptos de una disciplina³¹. El modelo conceptual de V. Henderson define catorce necesidades básicas, dentro de las cuales, enfermería mide la adherencia al tratamiento en la Necesidad de evitar peligros y lesionar a otras personas, pero siempre, teniendo en cuenta las demás necesidades, ya que el abordaje enfermero, lo realizamos desde una perspectiva global e integral de la persona, y de forma individualizada.

A través de una entrevista al paciente, familiar y/o cuidador principal, previamente preparada, de la observación y aplicando los instrumentos de

medición de la adherencia al fármaco previamente definidos, valoramos aspectos relacionados con la adherencia terapéutica, como el nivel de autonomía y dependencia, el grado de visión, de audición, destrezas manuales, movilidad, patologías que tiene, ya sean agudas o crónicas, evolución de las mismas, conocimiento de las enfermedades que tiene, medicación que toma, ya sea prescrita o automedicación, otras terapias, profundizamos en las dificultades que tiene a la hora de tomar la medicación, la motivación para seguir con el plan terapéutico, los conocimientos sobre las indicaciones del tratamiento, sobre su enfermedad, etc.

Una vez realizada la valoración de enfermería, tendremos los datos suficientes para realizar un juicio diagnóstico.

Diagnóstico enfermero

Tras realizar la valoración enfermera, es preciso realizar un juicio diagnóstico y aplicar una taxonomía para tener un lenguaje estandarizado. Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud, reales o potenciales, y deben estar fundamentados en datos válidos, objetivos y fiables. Utilizaremos la taxonomía enfermera NANDA⁶ que fue creada en 1973 y abarca las definiciones y la clasificación de los diagnósticos enfermeros³².

El diagnóstico enfermero disponible que hace referencia a la adherencia terapéutica es el incumplimiento, el cual está definido en la NANDA como “la conducta de una persona o cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona y un profesional de la salud. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador lo incumple total o parcialmente y puede conducir a resultados clínicos parcial o totalmente ineficaces”⁶.

La taxonomía NANDA nos orienta sobre los factores que pueden estar relacionados con cada diagnóstico enfermero, en el diagnóstico de incumplimiento aparecen entre otros: la relación entre paciente y proveedor de los cuidados, habilidades de comunicación del proveedor de cuidados,

complejidad del régimen terapéutico, coste y duración del mismo, influencias culturales, etc.

Las manifestaciones del diagnóstico, vienen dadas por las características definitorias del mismo y entre otras son: pruebas objetivas de que no se está siguiendo el tratamiento, conducta indicativa de no adherencia, no asistencia a las citas concertadas, etc.

Otro de los diagnósticos disponibles en la clasificación NANDA que hacen referencia a la adherencia terapéutica es la gestión ineficaz de la propia salud, el cual es definido por la misma como “el patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud”⁶.

Los factores que se relacionan con este diagnóstico son entre otros: déficit de conocimientos, complejidad del régimen terapéutico, percepción de barreras, etc. Las características definitorias que manifiestan el diagnóstico son: verbalizaciones de dificultad con el tratamiento, fracaso al incluir en la vida diaria el tratamiento, etc.⁶.

Planificación

La planificación es la tercera fase del proceso enfermero, en la que el profesional de enfermería y el paciente elaboran los objetivos/resultados deseados y las intervenciones enfermeras para evitar, reducir o aliviar los problemas de salud del paciente. En esta fase, debemos animar al paciente para que participe activamente hasta donde sea posible, de este modo, el plan para abordar el diagnóstico será más eficaz³¹.

Para medir de una forma común mediante indicadores, los resultados esperados de las etiquetas diagnósticas que hemos planteado con anterioridad, utilizaremos la taxonomía NOC, que es una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente. Un resultado se define como “un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera”³³.

Priorizamos algunos de los 90 resultados disponibles propuestos³⁴, así como los indicadores que ayudan a medir los resultados establecidos para los diagnósticos definidos anteriormente. Exponemos los resultados más próximos al tema que estamos desarrollando.

- Conocimiento del régimen terapéutico, se define como “el grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico”³³. Son 12 indicadores los que encontramos para medir este resultado, de los que priorizamos los siguientes: descripción de la medicación prescrita, descripción de los efectos esperados del tratamiento, etc.
- Conducta de cumplimiento, es definido como “acciones personales recomendadas por un profesional sanitario para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación”³³. Establecen 13 indicadores de los cuales priorizamos la confianza en el profesional sanitario acerca de la información obtenida, si comunica seguir la pauta prescrita, si conserva las citas con el profesional sanitario, etc.

Según los datos obtenidos a través de la valoración de cada paciente, estableceremos unos resultados y unos indicadores u otros, ya que estamos hablando de un proceso individual y personalizado.

En esta fase, elaboramos también, las intervenciones enfermeras junto con el paciente/cliente, una intervención se define como “cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente/cliente”³⁵. Para ello, utilizaremos la taxonomía NIC, una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que se recomiendan desde enfermería, y sobre las cuales se podrá actuar mediante actividades, describimos algunas de ellas:

- Enseñanza del proceso de la enfermedad, “ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico”³⁵, entre las 26 actividades que se proponen³⁴, destacamos: evaluar el nivel de conocimientos sobre su enfermedad, proporcionar información sobre su enfermedad, comentar cambios en su estilo de vida que pueden resultar beneficiosos, etc.

- Enseñanza de los medicamentos prescritos, es definida como “la preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos”³⁵. Entre las 35 actividades que se proponen en la clasificación³⁴, destacamos las siguientes: enseñarle a reconocer las características distintivas de los medicamentos, comunicar al paciente el nombre genérico y el comercial de cada medicamento, instruir al paciente acerca de la dosis, la vía de administración y los efectos esperados, etc.
- Acuerdo con el paciente, definido como “negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico”³⁵, podemos destacar las siguientes actividades de las 40 que se proponen³⁴: determinar con el paciente los objetivos de los cuidados, establecer con el paciente los métodos de evaluación de los objetivos pactados, etc.

Ejecución

La ejecución es la fase de acción del proceso enfermero, en la que el profesional de enfermería realiza y registra las intervenciones y las actividades enfermeras.

Evaluación

Es la última fase del proceso enfermero, en la que el profesional de enfermería determina el progreso del paciente, evaluando los resultados obtenidos, hacia la consecución de los objetivos y la eficacia del plan enfermero, el cual puede continuarse, modificarse, o terminarse.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos este trabajo basado en una revisión sistemática de publicaciones científicas, siguiendo las estrategias de búsqueda que describimos a continuación.

Realizamos la búsqueda bibliográfica en el periodo comprendido entre diciembre de 2013 hasta marzo de 2014 en las siguientes bases bibliográficas.

- Dialnet³⁶: Portal bibliográfico de acceso libre y gratuito que cuenta con una base de datos, de contenidos científicos hispanos, exhaustiva, interdisciplinar y actualizada, y que permite el depósito de contenidos a texto completo.
- Cuiden Plus³⁷: Base de datos que incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana, tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y materiales no publicados.
- ENFISPO³⁸: Base de datos de enfermería de la Universidad Complutense de Madrid. Permite la consulta de artículos de una selección de revistas en español de Enfermería, Fisioterapia y Podología de forma gratuita.
- Pubmed³⁹: motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de citaciones y resúmenes de artículos de investigación biomédica.
- Encuentra⁴⁰: buscador de contenidos científicos actualizados específicos de enfermería.
- Google Académico⁴¹: buscador bibliográfico que permite realizar tales búsquedas en un gran número de fuentes y disciplinas.

Identificamos los aspectos clave que vamos a estudiar y los traducimos en las siguientes palabras: adherencia, cumplimiento, seguimiento, tratamiento, ancianos, vejez, mayor, geriátrico, fármacos, farmacología, terapéutica, older patient, patient compliance, adherence, treatment, elderly, aged, drugs therapy.

Las combinaciones booleanas de las que obtenemos resultados son: adherencia & tratamiento & ancianos, seguimiento & tratamiento & ancianos,

adherencia & terapéutica & ancianos, older patient & compliance adherence, drugs treatment & elderly patients.

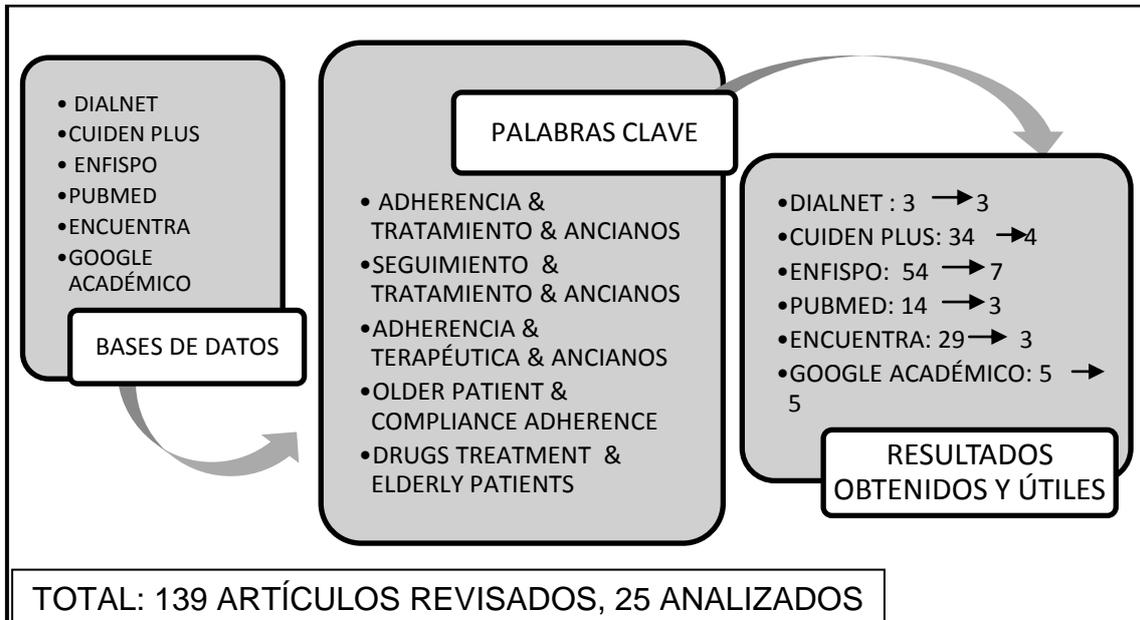
Los criterios de inclusión y exclusión están descritos en la tabla nº 3.

Tabla nº 3: Criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda bibliográfica

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> -Artículos desde el año 2004 al 2014. -Publicaciones con alta evidencia científica. -Acceso libre a texto completo. -Idioma en español o inglés. -Revisiones. -Originales que aborden el tema en relación con los objetivos del presente trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Artículos anteriores al año 2004. -Publicaciones de baja evidencia científica. -Divulgaciones no visibles a texto completo de forma gratuita. -Idioma distinto del español o el inglés. -Editoriales.

Volcamos las palabras clave descritas anteriormente en el campo de título de las bases bibliográficas y aplicando los criterios de inclusión y exclusión, obtenemos 139 publicaciones, de las cuales analizamos 25 para la realización de este trabajo. Resumimos en la tabla nº 4 la estrategia de búsqueda.

Tabla nº 4: Estrategia de búsqueda



5. RESULTADOS

5.1. Criterios para medir la adherencia terapéutica

Valoramos las formas que existen, según las publicaciones científicas analizadas, de medir la adherencia terapéutica, recordemos que se trata del grado en el que el comportamiento del paciente se corresponde con lo acordado por los profesionales de la salud en lo que se refiere a la toma de su medicación. Poder medir el nivel de adherencia terapéutica existente en la población, es un aspecto que consideramos fundamental para poder mejorarla, en este caso, en las personas mayores. Cinco de los artículos científicos analizados hablan sobre la medición de la adherencia terapéutica.

Según el estudio realizado por Dilla T, et al⁵, no existe ningún método estándar para medir la adherencia terapéutica, esto dificulta el análisis de las publicaciones, encontrando porcentajes no similares en las mismas, por ejemplo, en el estudio realizado por Morales Suárez-Varela MT⁵¹, encontramos que para el test de Morisky-Green el 76,8% de los pacientes fueron cumplidores, mientras que según el recuento de comprimidos, fueron el 34,6%.

Tanto en el trabajo de Palop Larrea, Martínez Mir⁹, como en el de Rodríguez Chamorro, et al²⁹, se definen los métodos disponibles para medir la adherencia terapéutica. Los métodos más referenciados son el Test de Morisky-Green y el de Batalla^{9,42,4,29}. El test de Morisky-Green presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas de la no adherencia, y el test de Batalla tiene la ventaja de que puede utilizarse en varias enfermedades crónicas modificando las preguntas según la enfermedad. Ya en la clasificación propuesta por Rodríguez Chamorro, et al²⁹, se planteaba que es más beneficioso y se acerca más a la realidad, utilizar la combinación de estos dos métodos (Morisky-Green y Batalla), por la alta especificidad y alto valor predictivo del primero y por la alta sensibilidad del segundo⁴².

Según Martín Marín, et al⁴², la entrevista clínica en la que se pregunta de forma directa al paciente si está tomando la medicación, es un método fiable si éste es objetivo o sincero con las respuestas. Para ello, es necesario que exista

confianza entre profesional y paciente, que, como veremos más adelante, es una de las principales estrategias de mejora de la adherencia terapéutica.

Tras este análisis, podemos afirmar que aunque existen múltiples métodos de medición de la adherencia terapéutica, no existe ningún método homogéneo que favorezca el estudio de la misma. Estamos de acuerdo con Rodríguez Chamorro, et al., en cuanto a la utilización de una combinación de métodos para poder medir la adherencia terapéutica con los mínimos errores, puesto que no existe ningún método que haya demostrado su eficacia, si utilizamos más de uno, podemos comparar los resultados obtenidos y valorar de una forma más eficaz.

5.2.Causas más frecuentes de la no adherencia terapéutica en los mayores

Según los resultados descritos en los artículos analizados, exponemos las posibles causas de no adherencia terapéutica en las personas mayores. Es un tema que consideramos de importancia, ya que no se puede resolver un problema sin incidir en las causas.

Una de las principales causas de la no adherencia terapéutica en mayores que aparece descrita en los trabajos analizados es la polimedicación. Según Castellano Muñoz, et al⁴³, existe una relación clara de no adherencia terapéutica cuando los fármacos prescritos son más de cinco. Esta misma postura acoge Gutiérrez-Angulo, et al⁴, que describe una asociación entre mayor número de fármacos y no adherencia terapéutica. Según datos del estudio realizado por Pastor Climente, et al⁴⁷, la media de medicamentos por anciano se encuentra en 6,75^{+/-} 3,17 al día, cifras similares existen en el estudio de Garrido Garrido, et al⁸, en el que la media de medicamentos por paciente asciende a 10.

En los estudios que hablan sobre patologías concretas, encontramos un estudio realizado en pacientes con insuficiencia cardíaca, en el que se confirma la hipótesis de que la polimedicación es causa de no adherencia terapéutica con un 12,5%⁴⁴.

Nos llama la atención, el hallazgo encontrado en un estudio sobre Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial, en el que se aprecia que existe una mayor adherencia terapéutica cuanto mayor medicación, tomando los pacientes una media de 7 medicamentos al día⁴⁵.

Así mismo, en el estudio realizado por Iñiesta Navalón, et al⁴⁶, se apunta que la polimedicación es un factor que aumenta la incidencia de los problemas relacionados con la medicación, no especifican a qué se refieren con problemas relacionados. Según el contexto, entendemos que hablan de los efectos adversos, que, como Pastor Climente, et al⁴⁷ y otros autores citan, son el motivo más común para que existan problemas en la toma de la medicación. Indican que, al aparecer los efectos adversos, existe una mayor probabilidad de que dejen de tomar el fármaco^{2,4}.

Otra de las causas de no adherencia terapéutica que está muy referenciada en los trabajos analizados es la complejidad de la pauta posológica^{4,5,9,42,47,48}. Aunque los autores de estos artículos no refieren datos sobre la misma, si que indican que a mayor complejidad del tratamiento menor adherencia terapéutica. Los cambios psíquicos inherentes al proceso de envejecimiento que hemos descrito en el marco teórico, como por ejemplo, la pérdida de memoria reciente, son factores favorecedores de que existan mayores dificultades en la consecución de una buena adherencia terapéutica, más aun cuando existe polimedicación y complejidad en el tratamiento.

Según una revisión sistemática anglosajona sobre el efecto del copago en la adherencia terapéutica, se afirma que el copago puede ser una de las causas de la misma⁴⁹, aspecto a tener en cuenta en los momentos actuales, en los que los mayores desde julio del 2012, como hemos explicado en el marco teórico más detenidamente, tienen que financiarse parte de su medicación. Otros autores como Ramírez Moyano⁵⁰, también comentan este aspecto como una probable causa de no adherencia.

En cuanto a la percepción que los propios pacientes tienen sobre la falta de adherencia a la medicación, es destacable la falta de conocimientos^{4,43,45}, no especifican si son conocimientos sobre la enfermedad, la medicación, la dosis, etc. Hemos interpretado tras analizar varias publicaciones que hablaban de

este aspecto, que los pacientes consideran que necesitan más información para tomar su medicación con seguridad, por ello, valoramos que es muy importante la comunicación profesional-paciente. A través de una adecuada comunicación, conseguiremos la confianza suficiente para poder comprobar si realmente los pacientes han interpretado lo que se pretendía y que no tienen dudas sobre la medicación que deben tomar.

5.3. Consecuencias de la no adherencia terapéutica

Exponemos según los resultados de los artículos analizados, las consecuencias de la no adherencia terapéutica, que influyen tanto en la salud del paciente como en el sistema sanitario.

Según Palop Larrea, Martínez Mir⁹, la no adherencia terapéutica contribuye a un empeoramiento sustancial de la enfermedad, dando lugar a un aumento de complicaciones agudas o a largo plazo para el propio paciente, y repercusiones a terceros como por ejemplo, propagación de infecciones. Al igual que estos autores, Martín Alfonso¹⁰, considera que existen mayores complicaciones y secuelas de la propia enfermedad para el paciente que no sigue el tratamiento acordado e indica que la no adherencia terapéutica favorece la aparición de limitaciones irreversibles y progresivas derivadas de la propia enfermedad, que afectan a la calidad de vida del paciente.

Una de las consecuencias que más describen los autores analizados es el gasto sanitario, se especifica, que este gasto sanitario está generado por el aumento de la demanda de recursos sanitarios como por ejemplo, el aumento de hospitalizaciones y visitas a los centros ambulatorios y de urgencias^{5,10}. El no haber tomado correctamente la medicación conlleva el incremento de dosis o cambios en la prescripción innecesarios, a la realización de pruebas diagnósticas más invasivas, etc., por la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento³.

Además de estas consecuencias, Palop Larrea V, Martínez Mir I⁹, describen que la ausencia de control de la enfermedad derivada de la no adherencia terapéutica, puede dar lugar a la frustración del paciente y repercutir en la confianza hacia el profesional. Este aspecto es importante ya que, como

exponemos en las estrategias de mejora, la confianza es clave en la mejora de la adherencia terapéutica.

Tras este análisis, podemos concluir que la no adherencia terapéutica conlleva a peores resultados en términos de salud para el paciente y a su vez, derivan en un aumento del gasto sanitario.

5.4. Estrategias de mejora de la adherencia terapéutica

Como hemos visto anteriormente, diferentes publicaciones describen que la mejora de la comunicación entre profesional y paciente y la información que se le da al mismo, es clave para conseguir confianza y motivación, estas características son necesarias para mejorar la adherencia terapéutica y vienen destacadas en diversos trabajos^{41,46,49}.

Según el estudio realizado por Araujo, Hernández Falcón⁴⁴, un 96,4% de los pacientes han recibido información sobre su patología, tratamiento, dieta, hábitos saludables, etc. ya sea de parte del médico, del profesional enfermero o de ambos. Consideramos que el paciente es informado sobre los aspectos descritos pero, lo que no se indica, es si ha existido retroalimentación para comprobar con qué información de la recibida se ha quedado el paciente. Estamos de acuerdo con Martín Marín, et al⁴², en que es necesario un enfoque múltiple (de varios profesionales sanitarios) e individualizado en cada paciente a la hora de informar. La continuidad de la información desde varios profesionales sanitarios hará que el paciente valore de forma más positiva la información que se le proporciona.

Otra estrategia de mejora descrita en las publicaciones analizadas, es el uso de dispositivos de ayuda en la organización de la medicación, más comúnmente conocidos como pastilleros^{3,7}, en contraposición se encuentra el estudio de Morales Suárez-Varela⁵¹, en el cual se afirma que el uso de los mismos no dio resultados estadísticamente significativos de mejora de la adherencia terapéutica, pero sí implicó una tendencia positiva, ya que el número de cumplidores en el grupo intervención pasó de un 6 a un 12% (el 100% de incremento), mientras que en el grupo control pasó de un 11 a un 13% (el 18% de incremento).

En lo que si están de acuerdo los autores de las publicaciones analizadas, es que existe una mejora de la adherencia terapéutica cuando se combinan dos o más de las intervenciones disponibles^{5,51}.

Según hemos podido observar en los resultados de los estudios analizados, la educación sanitaria al paciente acerca de su enfermedad y su tratamiento, junto con el uso de los dispositivos de ayuda a la organización de la medicación, y una buena comunicación entre profesional y paciente, hará más eficaz la medición del nivel de adherencia terapéutica y de las causas de no adherencia terapéutica, de esta forma, y a través del abordaje enfermero, consideramos que podrá ser mejorada.

6. CONCLUSIONES

A medida que la edad avanza, existe una mayor probabilidad de sufrir enfermedades crónicas, lo que conlleva a una mayor utilización de fármacos por parte de las personas mayores, son los pacientes polimedicados.

La adherencia terapéutica de los mayores, se define como un problema de salud pública en el que los profesionales sanitarios deben implicarse.

Existe una asociación entre mayor número de medicamentos y menor grado de adherencia terapéutica, si bien no hay unanimidad de criterios para definir la adherencia terapéutica de los mayores.

La educación sanitaria, es uno de los métodos mejor valorados para aumentar la adherencia terapéutica en la persona mayor, aunque se recomienda la combinación de dos o más estrategias de mejora para conseguir mejores resultados.

Es necesario un abordaje interdisciplinar para optimizar los resultados en cuanto a la adherencia terapéutica de la persona mayor.

7. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013 [Internet]. OMS. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/es/
- ² Niño Martín V. Cronicidad. Aspectos generales. En: Niño Martín V. Cuidados enfermeros al paciente crónico. Vol I. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2011. p. 21-53.
- ³ Ortego Maté MC. La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. Educare21 [Internet]. 2004; 8. Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare08/ensenando/ensenando2.htm>
- ⁴ Gutiérrez-Angulo ML, Lopetegi-Uranga P, Sánchez-Martín I, Garaigordobil-Landazabal M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. Rev Calid Asist. 2011. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2011.09.008>
- ⁵ Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. At Primaria. 2009; 41(6): 342-348.
- ⁶ Herdman TH, editora. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
- ⁷ García Loma A. Análisis farmacológico relacionado con ancianos polimedcados institucionalizados. Metas Enferm. 2014; 17(3): 50-56.
- ⁸ Garrido Garrido EM, García-Garrido I, García-López-Durán JC, García-Jiménez F, Ortega-López I, Bueno-Cavanillas A. Estudio de pacientes polimedcados mayores de 65 años en un centro de asistencia sanitaria urbano. Rev Calidad Asistencial. 2011; 26(2): 90-96.
- ⁹ Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Nac Salud. 2004; 28 (5): 113-120.
- ¹⁰ Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana de Salud Pública. 2006; 32 (3) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420864013>
- ¹¹ Mera, F. et al. Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿Somos conscientes de ello?. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011; 46 (3): 125-130.
- ¹² Toronjo Gómez AM, Rojas Ocaña MJ. El envejecimiento desde una perspectiva cronológica. En: García López MV, Rodríguez Ponce C, Tonronjo Gómez AM. Enfermería del anciano. 2ª ed. DAE; 2009.p. 25-35.
- ¹³ Pérez Melero A. Enfermería geriátrica. Madrid: Síntesis; 1997.
- ¹⁴ Millán Calenti JC, Maseda Rodríguez A. Envejecimiento. En: Gerontología y Geriátrica, Valoración e Intervención. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.p.1-19
- ¹⁵ Poves Plumed AB. La vejez, aceptando una nueva realidad. En: Plumed Moreno C. Psicología general. Coleccion Enfermería S21. Madrid: Difusion Avances de Enfermería (DAE); 2012. p. 411-441.
- ¹⁶ Nuin Orrio C. Enfermería de la persona mayor. Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011.
- ¹⁷ Valle Vicente M. Enfermería geriátrica. En: Grupo CTO. Manual CTO de Enfermería Tomo I. 6ª ed. Madrid: CTO Editorial; 2014. p. 211- 264.
- ¹⁸ Sánchez Ayala MI. Psicología del envejecimiento. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J, Petidier Torregrossa R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. p. 47-51.
- ¹⁹ Liaño Cuesta E. Sociología del envejecimiento. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J, Petidier Torregrossa R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. p. 53-59.
- ²⁰ Cárdenas Valladolid J, Mena Mateo JM, Cañada Dorado MA, Rodríguez Morales D, Sánchez Perruca L. Implantación y mejora de un programa de atención al mayor polimedcado en un área de atención primaria. Rev Calidad Asistencial. 2009; 24(1): 24-3.
- ²¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Pacientes Pluripatológicos: Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2009.
- ²² Freire-Garrabal Núñez M, Núñez Iglesias MJ, Novío Mallón S. Farmacología e iatrogenia. En: Millán Calenti JC. Gerontología y Geriátrica Valoración e intervención. Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 484-505.
- ²³ Dueñas Laita A, García Rodicio S. Manejo de fármacos en ancianos y pacientes con enfermedad hepática, renal y de otro tipo. En: Velasco Martín A, et al. Farmacología clínica y terapéutica médica. McGraw-Hill interamericana; 2004. p. 71-88.

- ²⁴ Somoza Hernández B. Conceptos generales de farmacocinética. En: Castells Molina S, Hernández Pérez M. Farmacología en enfermería. Elsevier; 2012. p. 3-15.
- ²⁵ Toronjo Gómez AM, Rojas Ocaña MJ. Las personas mayores y los fármacos. En: García López MV, Rodríguez Ponce C, Toronjo Gómez AM. Enfermería del anciano. DAE; 2009. p. 257-281.
- ²⁶ Mark H. Beers MD. Manual Merck Edad y Salud. Editorial Océano; 2004.
- ²⁷ Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004.
- ²⁸ Castells Molina S, Hernández Pérez M, Daroqui Agustí MP. Adherencia al tratamiento farmacológico. En: Castells Molina S, Hernández Pérez M. Farmacología en enfermería. Elsevier; 2012. p. 693-705.
- ²⁹ Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008; 40(8):413-7.
- ³⁰ Benavent Garcés A, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de Enfermería. DAE; 2001.
- ³¹ Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder SJ. Fundamentos de enfermería: Conceptos, proceso y prácticas Vol I. 8ª ed. Madrid: Pearson; 2008.
- ³² Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, et al, editores. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007.
- ³³ Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
- ³⁴ Nanda Nic Noc consult. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/nanda/view/79>
- ³⁵ Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2010.
- ³⁶ Fundación Dialnet. Dialnet [Internet]. La Rioja: Universidad de la Rioja; 2001. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/>
- ³⁷ Fundación Index. Cuiden Plus [Base de datos en internet].Granada: fundación index;c1994 [Actualización diaria] Disponible en: <http://www.index-f.com/new/cuiden/>
- ³⁸ Escuela universitaria de enfermería, fisioterapia y podología de la UCM. Enfispso [Internet].Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2009. [última actualización 05/06/2014] Disponible en: <http://alfama.sim.ucm.es/isishtm/enfispso/>
- ³⁹ Pubmed [Base de datos en internet]. USA: Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU; c1996. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- ⁴⁰ Grupo paradigma. Encuentra@ [Sede web]. Valencia: Grupo paradigma. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/encuentra/>
- ⁴¹ Google académico [Sede web] Disponible en: <http://scholar.google.es/>
- ⁴² Martín Marin C, et al. Adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes mayores polimedicados. Metas de Enferm. 2011; 14(8): 24-30.
- ⁴³ Castellano-Muñoz P, Miranda-Ruiz A, Sojo-González G, Perea-Milla E, García-Alegría JJ, Santos-Rubio MD. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria. Enferm Clin. 2008; 18 (3):120-6.
- ⁴⁴ Araujo PJ, Hernández Falcón JC. La adhesión al tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Educare; 2012 Disponible en: www.ensenando.es
- ⁴⁵ Natajaran N, Putnam W, Van Aarsen K, Lawson B, Burge F. Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. Can Fam Physician. 2013; 59: 93-100.
- ⁴⁶ Iniesta-Navalón C, Urbieta-Sanz E, Gascón-Cánovas JJ, Rentero-Redondo L, Cabello Muriel A, García-Molina C. Prescripciones de riesgo asociadas al tratamiento domiciliario del paciente anciano al ingreso hospitalario. Farm Hosp. 2013; 37 (2):156-160.
- ⁴⁷ Pastor Climente IP, Ortiz de Urbina Sandomingo V, Pérez Escoto I, Quintana Vargas I, Moreno Miralles A, Martínez Martínez M. Implantación de un programa de mejora de la adherencia al tratamiento en personas mayores institucionalizadas. Farm Hosp. 2007; 31: 106-111.
- ⁴⁸ Crespillo-García E, Rivas-Ruiz F, Contreras Fernández E, Castellano Muñoz P, Suárez Alemán G, Pérez-Trueba E. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. Rev Calidad Asistencial. 2013; 28: 56-62.

⁴⁹ Sinnott S, Buckley C, O’Riordan D, Bradley C, Whelton H. The Effect of Copayments for Prescriptions on Adherence to Prescription Medicines in Publicly Insured Populations; A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos One*. 2013; 8(5).

⁵⁰ Ramírez Moyano T. Prescripción por principio activo y adherencia al tratamiento en ancianos con insuficiencia renal crónica. *Enfermería Docente*. 2013; 99: 35-38.

⁵¹ Morales Suárez-Varela MT. Estudio sobre la utilidad del pastillero para mejorar el cumplimiento terapéutico. *Aten Primaria*. 2009; 41(4):185–192.