

ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

AUTORES: Anna Vilas Rivares, Maria Lopez Parra, Laura Picazo Lopez, María Rocabert Luque, Jordi Real Gatius, Elios Yuste Jiménez, Nuria Mañé Buxo, Esther Ponz Clemente, Montserrat Masip Torner, Gemma Martinez
Corporació Parc Taulí

INTRODUCCIÓN

A modo de introducción comentar que el incumplimiento terapéutico en las enfermedades crónicas es un problema importante y creciente y pensamos que para mejorar dicho cumplimiento es muy importante disponer de información sobre la adherencia farmacológica de nuestros pacientes. También puede ser muy útil desarrollar habilidades y métodos para identificar aquellos pacientes no cumplidores. El conocimiento del perfil cumplidor o perfil no cumplidor del paciente puede ayudar en la toma de decisiones clínicas. Los enfermos con insuficiencia renal presentan muchas patologías asociadas y son de edad avanzada por lo que precisan muchos fármacos para su tratamiento. Suelen ser pacientes con un mal cumplimiento y las causas de la falta de adhesión son multifactoriales: algunas de ellas puede ser la falta de información o comprensión sobre el tratamiento farmacológico prescrito la cronicidad y la pluripatología que favorece la desmotivación del paciente cuando se sienten controlados y creen estar mejor. (también cometen errores)

OBJEIVOS: Los objetivos de este estudio son: Analizar el grado de cumplimiento farmacológico de los pacientes en HD. Mejorar el cumplimiento farmacológico de los pacientes en HD mediante el sistema de información Infowin.

HIPÓTESIS: Planteamos/ formulamos la siguiente hipótesis: La aplicación de un programa de información sobre los medicamentos mejora el cumplimiento terapéutico de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un estudio observacional, multidisciplinar, pre-post intervención. Cuya variable principal es la mejoría del cumplimiento farmacológico a los 9 meses y como variables secundarias estudiamos: datos demográficos, clínicos, farmacológicos, analíticos y antropométricos. Para el análisis de las variables se crea una base de datos con el programa estadístico SPSS. Se realiza un estudio descriptivo, expresando los resultados de las variables cuantitativas en forma de media y desviación típica y en forma de frecuencias y porcentajes las variables cualitativas. Para determinar la existencia de cambios debidos a la intervención se utilizan pruebas no paramétricas : prueba de los signos, correlación de Spearman, Wilcoxon; y pruebas paramétricas: ANOVA. Se consideran valores significativos un p-valor <0,05

La muestra está compuesta por un total de 86 pacientes con IRC en HD, 49 hombres y 37 mujeres. La media de edad es de 66,5 años y los criterios de inclusión en el estudio son: querer participar de forma voluntaria y que sean enfermos de HD de los turnos de mañana; y los criterios de exclusión: no ser responsable de la medicación, inestabilidad clínica, menos de 6 meses en HD y defectos sensoriales.

Se recoge la información mediante el cuestionario de cumplimiento farmacológico adaptado del SMAQ y Morinsky-Green-Levine con el que pretendemos detectar los pacientes con un bajo nivel de cumplimiento en relación a la medicación ambulatoria. Para el análisis del cuestionario comparamos la información aportada por los pacientes con la información de la historia clínica, se buscan los puntos que favorecen la falta de cumplimiento (falta de comprensión/información, efectos adversos, muchas tomas al día, formas terapéuticas de difícil administración/ingesta) y se seleccionan los pacientes susceptibles del refuerzo educativo. Se consideran candidatos al refuerzo educativo los pacientes que presenten en el cuestionario un error mayor o más de dos errores menores. Entendemos por: Errores mayores: fármacos de elevada utilidad clínica (antihipertensivos, hormona tiroidea, quelantes del fosforo, antiagregantes...

Errores menores: fármacos considerados de bajo valor intrínseco (vitaminas, protectores gástricos, ansiolíticos e hipnóticos...).

Se han considerado otros errores: Por exceso: se toma un fármaco de forma continua y no está prescrito o se toma un fármaco a dosis superiores a las prescritas.

Por defecto: el paciente no se toma un fármaco prescrito por el médico o se toma un fármaco a dosis inferiores a las prescritas. Administración errónea cuando el cambio en la forma o la hora de administración suponga una disminución de la eficacia o aumento de la toxicidad del fármaco.

A continuación se aplica el refuerzo educativo. Este refuerzo se realiza de forma oral y escrita. La documentación escrita se proporciona mediante el programa informático Infowin que permite dar una información individualizada, clara y precisa sobre los medicamentos para cada paciente. Se acompaña, también de un calendario donde se presente de forma gráfica la posología de cada uno de los medicamentos prescritos.

Para valorar la eficacia de esta herramienta de información se repiten los cuestionarios, se recogen los datos de la sesión de hemodiálisis y las analíticas registrando los valores de Ca, P y K; a los 9 meses.

RESULTADOS

Los resultados indican que:

De los 86 pacientes elegibles se excluyen una parte por causas clínicas (7) y otra por no ser responsables del tratamiento (23), Quedando 56 pacientes a los que se les aplica el cuestionario. Del análisis del cuestionario obtenemos 28 p cumplidores y 28 no cumplidores a los que se les ayuda con el refuerzo educativo Infowin. A los 9 meses 20 pacientes realizan el cuestionario final, 8 pacientes se pierden por trasplante, éxitus e ingreso hospitalario.

- Los pacientes de más edad tienen un nivel cultural inferior y cometen más errores.

- No hay diferencias significativas entre el número de principios activos y el número de unidades totales tomados entre la pre y la post-intervención.

- Las mujeres toman mayor número de principios activos.

Se observan variedad de errores y después de la intervención disminuyen el número de errores por Exceso. (p: 0,023), Defecto, En la forma de administración (p:0,04)- Mayores (p: 0,007)

- Menores. Se observa una disminución significativa de la suma de todos los errores. (p: 0,001). - Los hombres cometen menos errores que las mujeres.

-La frecuencia de olvidos en la toma de la medicación ha disminuido de forma significativa entre una fase y la otra de la intervención.(p: 0,007). Pasa de un 77% a un 35%.

-Antes de la intervención educativa, un 53,6% de los pacientes al olvidar la medicación decide tomársela al día siguiente mientras que después de la intervención un 50% dice no hacer nada porque no se olvida. La actuación frente a los olvidos se modifica después de la intervención.

-Los pacientes suelen automedicarse cuando lo necesitan. Se observa un ligero descenso entre los que se automedican al inicio, un 85%, y los que se automedican después del refuerzo educativo, 65%.

- Un 65% de los enfermos utilizan el Infowin regularmente.

DISCUSIÓN I

Nos planteamos las siguientes reflexiones:

Se observa:-Dificultad de comunicación en el equipo multidisciplinario.-Es muy importante hacer un seguimiento constante de la toma de medicación para poder evitar el mayor número de errores. -Los programas educativos llevados a cabo de forma continua y sin grandes intervalos de tiempo pueden beneficiar a aquellos pacientes susceptibles de este tipo de intervención.

- Mejorar el cumplimiento farmacológico implica mejorar la calidad de vida de los pacientes. Existe la posibilidad de que algunos pacientes no sean sinceros puesto que no hay relación entre determinadas preguntas del cuestionario (medicación que les han prescrito con la medicación tomada en las últimas 24 horas y se detectan respuestas contradictorias referentes a los olvidos). Los hombres cometen menos errores pero toman menos principios activos que las mujeres.

(Añadiría aquí y sin ánimo de crear polémica que las mujeres suelen supervisar a menudo la medicación de sus maridos. Esta es una realidad que no se observa en caso contrario)

CONCLUSIONES

- Los pacientes en HD cometen errores en la toma de la medicación, no son buenos cumplidores. Se observa que la mayoría de errores es debida a la falta de información/comprensión.
- Los profesionales también cometemos errores: diversidad de registros, falta de comunicación (unificación de criterios).
- Muchos pacientes se automedican.
- Los programas educativos permiten evaluar y mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico.
- Para mejorar los resultados probablemente se requiere insistir en un refuerzo informativo-educativo más sistemático, utilizando sistemas como el Infowin.
- Los pacientes se sienten motivados y satisfechos cuando existe un interés por parte de los profesionales.