

Discrepancias entre lo que consumen los pacientes y la medicación prescrita por su médico de atención primaria.

González-García Lorena^a, Salmeron García Antonio^a, García-Lirola M^a Ángeles, Espinola-García Esther^b, Cabeza Barrera Jose^a.

Unidad de Gestión Clínica Intercentros-Interniveles de Farmacia de Granada

a) Hospital Universitario San Cecilio.

b) Distrito Sanitario de Granada.

Resumen

Objetivo: analizar las discrepancias medicamentosas (DM) entre la medicación que consume el paciente y las prescripciones del médico de atención primaria, documentada en la historia digital de salud (DIRAYA).

Metodos: Estudio observacional descriptivo. La población de estudio son pacientes ingresados más de 2 días en el servicio de traumatología del Hospital Universitario San Cecilio durante los meses de mayo-junio y octubre-diciembre del 2009. La variable resultado fue la presencia o no de DM no justificadas (diferencias entre lo prescrito en la Historia de Salud digital y lo que el paciente refería que tomaba antes del ingreso).

Resultados: De las 229 DM un 50,2% son no justificadas. El 80,39% de los pacientes tenían al menos una DM no justificada, con una media (\pm DE) de 2,8(\pm 1,8) por paciente (IC95%: 2,23-3,38). Entre las DM no justificadas destaca que el 44,3% fueran por omisión de medicamentos y el 26,1% estaban relacionadas con la toma de medicamentos no prescritos. En cuanto a los factores que predisponen al paciente a presentar una DM no justificada, tras el análisis multivariante, el nº de medicamentos que tomaba el paciente antes del ingreso presentó significación estadística, con una OR: 1,46 (IC:1,07-1,98).

Conclusiones: En nuestro estudio frecuentemente no coincide el comportamiento del paciente en cuanto a toma de medicamentos, con lo que tiene prescrito en la Historia de Salud Digital. En nº total de medicamentos prescritos está fuertemente asociado al nº de DM no justificadas.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida y la realización de un mayor número de intervenciones preventivas son algunos de los factores que influyen en el hecho de que cada vez sea mayor el número de medicamentos que utilizan los pacientes para tratar o prevenir problemas de salud, incrementándose la complejidad de los regímenes terapéuticos¹.

La efectividad del tratamiento de una enfermedad depende principalmente de dos factores: la eficacia del tratamiento prescrito y el grado de cumplimiento del paciente con dicho tratamiento. En muchos casos, el efecto deseado de un fármaco no se consigue debido a que este no se utiliza correctamente². Hay autores que prefieren el término adherencia al de cumplimiento, definiéndola como "el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente (en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida) con las recomendaciones médicas o de los profesionales de la salud que lo atienden³. Otros términos menos utilizados son concordancia o discrepancias.

La mala adherencia al tratamiento farmacológico se concreta fundamentalmente en: no tomar la dosis correcta, no respetar los intervalos de dosificación, dosis olvidadas y suspender el tratamiento antes del tiempo recomendado.

En España, la prevalencia del incumplimiento farmacológico en enfermedades crónicas oscila entre el 16-

75%, con una importante variabilidad en cuanto al método de medida⁴.

En el estudio APEAS (Estudio sobre la Seguridad de los Paciente en Atención Primaria de Salud) destaca que en el 48,2 de los casos, los factores causales de eventos adversos estaban relacionados con la medicación (falta de adherencia, medicamento erróneo, entre otros) y que el 70,2% podían ser claramente evitables⁵.

La Organización Mundial de la Salud (WHO) y la Joint Commission International como Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente proponen una serie de medidas estratégicas que mejoren la seguridad de los pacientes², entre estas medidas destacan los sistemas estandarizados para reunir y documentar información sobre todos los medicamentos que en ese momento esté tomando cada paciente y proporcionar la lista de medicamentos resultantes a los profesionales receptores en cada punto de transición asistencial. A este procedimiento sistematizado de valoración del listado completo y exacto de medicación previa del paciente con la prescripción médica realizada, es lo que se denomina Conciliación del Tratamiento⁶.

El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), conjuntamente con la National Patient Safety Agency de Inglaterra, publicó en 2007 una guía de soluciones para la conciliación de la medicación en los ingresos hospitalarios, e indica que es el farmacéutico quien debe realizar la conciliación y siempre de la forma más rápida posible⁷.

Este artículo se enmarca dentro de un proyecto de Conciliación de la medicación

tanto al ingreso como al alta hospitalaria que se está llevando a cabo en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada.

El objetivo principal es analizar las discrepancias medicamentosas (DM) entre la medicación que consume el paciente y las prescripciones del médico de atención primaria, documentada en la historia digital de salud (DIRAYA).

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo. La población de estudio fueron pacientes mayores de 18 años ingresados más de 2 días en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario San Cecilio (Granada) durante los meses de mayo-junio y octubre-diciembre del 2009. Se excluyeron aquellos pacientes que no se podían entrevistar por problemas de idioma o inexistencia de familiar o cuidador. La información sobre los medicamentos que tomaban los pacientes antes de su ingreso (incluyendo los medicamentos sin recetas y productos de herboristería), se obtuvo mediante entrevista por un farmacéutico al paciente, familiar y/o cuidador durante el ingreso hospitalario a través de un cuestionario validado⁸; el listado de medicamentos activos prescritos por su médico de familia se obtuvo a través de la Historia Única de Salud Digital.

La variable resultado fue la presencia o no de DM no justificadas, es decir, aquellas diferencias entre lo prescrito en la Historia de Salud Digital y lo que el paciente refería que tomaba antes del ingreso sin justificación médica.

Se midieron además, aquellas variables relacionadas con el paciente que pudieran influir en la aparición de discrepancias:

sexo, edad, nivel de estudios, alergias, consumo tabaco y alcohol, persona que contesta a la entrevista, tipo de ingreso y el número de medicamentos que tomaba antes del ingreso. Se utilizó la Clasificación Anatómico Terapéutica (ATC) para identificar los medicamentos.

Análisis estadístico. Se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de frecuencia absolutas y relativas (n,%) para las variables cualitativas y medias y desviación típica para las variables cuantitativas. Para estudiar la relación entre la presencia de discrepancias no justificadas y el resto de variables, se utilizó chi-cuadrado o Fisher para cualitativas, y t-Student para las continuas. El análisis multivariante se realizó utilizando el modelo de regresión logística multivariante. El estudio estadístico se ha realizado con el programa R en su versión 2.9.1⁹.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de los pacientes se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes.

N=51	
Edad,media (±DE)	68'5(±14'6)
Nºmedicamentos previos al ingreso,media (±DE)	6'47(±3'7)
Sexo	
Hombre, n(%)	23(45'1)
Mujer, n(%)	28(54'9)
Nivel de estudios	
Sin estudios, n(%)	19(37'3)
Primarios, n(%)	22(43'1)
Secundarios, n(%)	4(7'8)
Superiores, n(%)	6(11'8)
Tipo de ingreso	

Urgente, n(%)	29(56'9)
Programado, n(%)	22(43'1)
Alergia	
Sin alergia, n(%)	44(86'3)
Alimentos, n(%)	1(2)
Medicamentos, n(%)	6(11'8)
Consumo tabaco	
Sí, n(%)	10(19'6)
No, n(%)	41(80'4)
Consumo alcohol	
Sí, n(%)	4(7'8)
No, n(%)	40(78'4)
Esporádico, n(%)	7(13'7)
Persona que contesta a la entrevista	
Paciente, n(%)	35(68'6)
Familiar/cuidador, n(%)	9(17'6)
Paciente y familiar/cuidador, n(%)	7(13'7)

Se encontraron un total de 229 DM, de las cuales un 50'2% eran discrepancias no justificadas.

De los 51 pacientes incluidos, el 80.39% tenían al menos una DM no justificada con una media (\pm DE) de 2'8 (\pm 1'8) por paciente (IC 95% [2'23-3'38]). De las 115 DM no justificadas, un 44'3% fue por omisión de medicamento (lo tiene prescrito y no se lo toma), un 26'1% tomaba un medicamento que no estaba prescrito en la historia, un 25'2% lo tomaba a diferente vía, dosis o pauta de la prescrita y en un 4'3% el paciente no conocía la dosis o pauta correcta.

En la tabla 2 se muestra la distribución de las discrepancias por grupo terapéutico, siendo el Sistema Nervioso el grupo terapéutico más frecuente implicado en las DM no justificadas (22,6%), seguido del sistema Digestivo y Metabolismo (20%).

Tabla 2. Distribución de las discrepancias por grupos terapéuticos.

Grupo ATC (n,%)	DM justificada (N=114)	DM no justificada (N=115)
Sistema Digestivo y Metabolismo	30(26'3%)	23(20%)
Sangre y órganos Hematopoyéticos	16(14%)	2(1'7%)
Sistema Cardiovascular	5(4'3%)	22(19'1%)
Medicamentos dermatológicos	0	2(1'7%)
Aparato Genitourinario y Hormonas sexuales	0	5(4'3%)
Preparados hormonales sistémicos	1(0'8%)	8(6'9%)
Antiinfecciosos	7(6'1%)	8(6'9%)
Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	0	0
Sistema Musculoesquelético	18(15'8%)	11(9'5%)
Sistema Nervioso	34(29'8%)	26(22'6%)
Sistema Respiratorio	1(0'8%)	5(4'3%)
Organos de los sentidos	2(1'7%)	3(2'6%)

Para detectar posibles factores que predispongan al paciente a presentar una DM no justificada, se realizó un análisis bivariante entre la presencia de DM y el resto de variables estudiadas.

La tabla 3 muestra las características de los pacientes con (n=41) y sin (n=10) DM. La única variable que presentó significación estadística ($p < 0.05$) fue el número de medicamentos que tomaba el paciente antes del ingreso, con una OR de 1'46 IC[1'07-1'98].

Tabla 3. Características de los pacientes y factores asociados según si presentan o no DM y si esta es justificada o no.

	No DM o DM justificada, n=10	DM no justificada, n=41	p
Edad, media (±DE)	62'4(±19'6)	70(±13)	0.145
Nº medicamentos previos al ingreso, media (±DE)	3'7(±2'5)	7'1(±3'7)	0.0158*
Sexo			0.316
Hombre, n(%)	6(60%)	17(41'5%)	
Mujer, n(%)	4(40%)	24(58'5%)	
Nivel de estudios			1
Sin estudios, n(%)	4(40%)	15(36'6%)	
Primarios, n(%)	4(40%)	18(43'9%)	
Secundarios, n(%)	0	4(9'8%)	
Superiores, n(%)	2(20%)	4(9'8%)	
Tipo de ingreso			0.625
Urgente, n(%)	5(50%)	24(58'5%)	
Programado, n(%)	5(50%)	17(41'5%)	
Alergia			0.32
Sin alergia, n(%)	10(100%)	34(82'9%)	
Alimentos, n(%)	0	1(2'4%)	
Medicamentos, n(%)	0	6(14'6%)	
Consumo tabaco			0.09
Sí, n(%)	4(40%)	6(14'6%)	
No, n(%)	6(60%)	35(85'4%)	
Consumo alcohol			0.192
Sí, n(%)	2(20%)	2(4'9%)	
No, n(%)	6(60%)	34(82'9%)	
Esporádico, n(%)	2(20%)	5(12'2%)	
Persona que contesta a la entrevista			1
Paciente, n(%)	7(70%)	28(68'3%)	
Familiar/cuidador, n(%)	2(20%)	7(17'1%)	
Paciente y familiar/cuidador, n(%)	1(10%)	6(14'6%)	

Aunque en el análisis bivalente sólo mostró significación estadística el número de medicamentos previo al ingreso, se realizó un análisis multivariante con las variables que más se acercaban a la significación ($p < 0.05$), confirmando que el nº de medicamentos es un factor predictivo de DM no justificadas.

DISCUSIÓN

El primer resultado que se puede destacar de este trabajo es el elevado número medio de medicamentos por paciente, lo que confirma la polimedicación presente en los pacientes de la muestra estudiada. La polimedicación incrementa el riesgo de efectos adversos y disminuye la posibilidad de un cumplimiento terapéutico adecuado. Estudios con todos los grupos de edad ponen de manifiesto que más de dos dosis diarias ó más de tres fármacos distintos, reducen de forma significativa el cumplimiento¹⁰.

Un porcentaje muy alto de los pacientes (80,39%) tiene al menos una DM no justificada, estos datos coinciden con otros estudios¹¹⁻¹³, demostrando que frecuentemente no coincide el comportamiento del paciente con las recomendaciones recogidas en su historia de salud.

Un estudio¹³ encuentra que el número de medicamentos y la edad del paciente están fuertemente asociados con la presencia de discrepancias en la medicación. Nuestro estudio solo encuentra asociación con el nº de medicamentos prescritos. Pensamos que el número limitado de pacientes y que la variabilidad en cuanto a la edad es pequeña, justifica la no asociación con la edad.

Las estrategias educativas, como una buena comunicación verbal y una información escrita complementaria en un lenguaje fácil, pueden disminuir errores de medicación y potenciar la adherencia al tratamiento. En este sentido la información que pueda recibir el paciente en el contexto de la conciliación al alta, después de un ingreso hospitalario, en los Servicios de Farmacia de Hospital, utilizando calendarios con un resumen

del plan terapéutico, pueden facilitar el cumplimiento terapéutico.

Otro factor que afecta a la adherencia terapéutica es el grado de seguimiento del paciente por parte de los profesionales sanitarios. Actualmente la prescripción electrónica permite prescribir medicamentos por un periodo largo de tiempo, máximo un año, disminuyendo la frecuentación en las consultas médicas. En este sentido es necesario futuros estudios que analicen como influye la prescripción electrónica y la adherencia al tratamiento.

Entre las limitaciones de nuestro estudio podemos destacar el no considerar otros factores predisponentes como puede ser el nº de médicos implicados en el tratamiento del paciente. Otra es el no haber relacionado la aparición de DM no justificadas con la aparición de posibles eventos adversos. Igualmente otros estudios contemplan el tipo de medicamento¹¹, llegando a niveles 4º o 5º de la clasificación ATC. En cambio en nuestro estudio nos hemos limitado al nivel 1.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio es muy frecuente las DM no justificadas, ocurren en el 80,39% de los pacientes, con una media de 2,8 DM no justificada por paciente.

Estas discrepancias afectan a medicamentos de diferentes grupos terapéuticos.

El número de medicamentos prescritos está fuertemente asociado al número de DM no justificadas.

Son necesarios futuros estudios para evaluar el impacto de la prescripción

electrónica en la adherencia al tratamiento, así como diseñar estrategias que favorezcan el cumplimiento terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Programa de Atención al Mayor Polimedocado para la mejora en la utilización de medicamentos. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

(2) Mejorar el cumplimiento terapéutico: ¿Es siempre mejor con una única dosis diaria?. INFAC 2000; 8: 19-21.

(3) Bonafont X, Costa J. Adherencia al tratamiento farmacológico. Butlletí d'informació terapéutica 2004; 16:9-14.

(4) Sicras A, Fernández de Bobadilla J, Rejas J, García Vargas M. Patrón de cumplimiento terapéutico de antihipertensivos y/o hipolipemiantes en pacientes hipertensos y/o dislipémicos en Atención Primaria. An. Med. Interna (Madrid) [online]. 2006, vol.23, n.8, pp. 361-368. ISSN 0212-7199. doi: 10.4321/S0212-71992006000800003.

(5) Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2008.

(6) Joint commission International estándares de acreditación para hospitales. [consultado 3/2010] Disponible en:

<http://www.proyectojci.com/Publicaciones/Standards-sp.pdf>.

(7) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), National Patient Safety Agency. Technical patient safety solutions for medicines

reconciliation on admission of adults to hospital [actualizado 12/2007; consultado 3/2010]. Disponible en:

<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byId&o=11897>.

(8) Baena MI, Calleja MA, Romero JM, Vargas J, Zarzuelo A, Jiménez Martín J, Faus MJ. Validación de un cuestionario para la identificación de problemas relacionados con medicamentos en usuarios de un servicio de urgencias hospitalario / The validation of a questionnaire for the identification of problems arising from the use of medicines by patients at a hospital emergency ward. *Ars Pharmaceutica* 2001; 42(2-3). 147-171.

(9) Ihaka, R. and Gentleman, R. R: A language for data analysis and graphics. *Journal of Computational and Graphical Statistics*. 1996; 5: 299-314.

(10) Steinman MA, Landefeld C, Rosenthal G, Berthenthal D, Saunak Sen, Kaboli P. *J Am Geriatr Soc* 2006;54: 1516-1523.

(11) Linda R, Tulner MD, Ingeborg MJA, Kuper MD, Suzanne V et al. Discrepancies in reported drug use in geriatric outpatients: Relevance to adverse events and drug-drug interactions. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2009;7:93-104.

(12) Webb JR, Feinglass J, Makoul G, Wilkes CH L, et al. *Am J Manag Care*. 2010 ; 16(12):919-922.

(13) Bedell SE, Jabbour S, Goldberg R, Glaser H et al. *Arch Intern Med* 2000;160:2119-2134.



Revista Médica Digital es editada por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Málaga. La revista publica artículos científicos relacionados con las diferentes especialidades que comprende la profesión médica, así como aquellos artículos que estén relacionados con dicha práctica y procedan de otras ciencias. Se adhiere a los "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas" elaborados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://icmie.org>) por lo que los manuscritos deben elaborarse siguiendo sus recomendaciones.



Los textos publicados en esta revista, a menos que se indique lo contrario, están sujetos a una licencia de Reconocimiento_NoComercial_SinObraDerivada 2.5 de Creative Commons. Pueden copiarse, distribuirse y comunicarse públicamente, siempre que se citen el autor y la revista digital donde se publican, RevistaMédicaDigital. No se permite su uso comercial ni la generación de obras derivadas. Puede consultarse la licencia completa en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/deed.es>