

Mejora del cumplimiento terapéutico en el anciano

José Manuel Ribera Casado

Servicio de Geriátrica. Hospital Clínico San Carlos. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

Puntos de partida

Para entender la importancia del tema que da título a estos comentarios tiene interés recordar algunos puntos de partida. Destacamos los siguientes:

Sociodemografía sanitaria y edad

El cambio sociodemográfico producido a lo largo del siglo xx –el más importante en la historia de la humanidad– ha dado lugar a un aumento espectacular de la población anciana, tanto en números absolutos como relativos. En España más de 7.500.000 personas superan los 65 años (un 17% del total), cuando hace apenas 25 años, en el censo de 1981, no llegaban a 4.500.000 (un 11% del total) y a principios del siglo xx eran menos de un millón (4%). Este incremento se produce en cualquier punto de corte que establezcamos, incluidos los centenarios. La tendencia es a que este proceso de envejecimiento poblacional se acentúe durante las próximas décadas.

Esta población es la que presenta mayores problemas de salud y, por tanto, la que consume un mayor número de recursos sanitarios: visitas a centros de salud (un 60% del tiempo del médico de atención primaria), frecuentación de los servicios de urgencia, ingresos y reingresos hospitalarios con estancias más prolongadas, tratamientos más complejos y mayor gasto farmacéutico¹.

Fármacos

En estos comentarios nos limitaremos a hablar del cumplimiento farmacológico. Sin embargo, quiero dejar constancia de que el panorama terapéutico que es necesario abordar con estos pacientes es mucho más amplio. Incluye estilos de vida (recomendaciones dietéticas o sobre actividad física, lucha contra los hábitos tóxicos, etc.) y, en ocasiones, incluso orientaciones sobre formas de vida (relaciones sociales, cambio de domicilio, apoyos domésticos, etc.).

Se sabe que el anciano que vive en el medio comunitario consume por término medio 3-4 fármacos al día, el que vive en una residencia entre 6 y 8, y el que está ingresado en un hospital cifras más altas que pueden alcanzar hasta los 12-15 fármacos según el tipo de enfermedad. Son cifras muy elevadas que contribuyen a dificultar un cumplimiento terapéutico adecuado.

Además, el 100% de esta población practica en algún momento la autoprescripción. Los cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos derivados del proceso de envejecer condicionan el comportamiento de los fármacos en el organismo del anciano y facilitan que las reacciones adversas sean muy comunes en este grupo etario. Figuran entre las causas más frecuentes por las que el anciano acude a los servicios de urgencia hospitalarios. En todo caso, aunque la edad es un factor de riesgo para éstas, se sabe que el número de fármacos consumidos desempeña un papel más importante^{2,3}.

Cumplimiento terapéutico

La bibliografía geriátrica está plagada de trabajos que demuestran un mal cumplimiento de las pautas farmacológicas establecidas, en proporciones tanto más elevadas cuanto mayor sea la edad de la población que se analiza. Ello se añade a otro fenómeno que no vamos a comentar aquí y que tiene que ver con la discriminación por edad (ageísmo) que practica el colectivo médico a la hora de asumir determinadas recomendaciones terapéuticas, cuya indicación nunca se discute en sujetos más jóvenes.

A este mal cumplimiento terapéutico contribuyen muchos factores, buena parte de ellos vinculados a las pérdidas de todo tipo que tienen lugar durante el proceso de envejecer. El no cumplimiento puede ser por defecto (olvidos, descuido, abandonos voluntarios, etc.), pero, en ocasiones, lo es por exceso (automedicación, indicaciones mal establecidas, ausencia de controles, dudas sobre si se ha tomado o no el fármaco, etc.). Las situaciones clínicas en las que podemos encontrar este

problema son infinitas y cubren cualquier tipo de enfermedad. Quizás las más frecuentes sean las vinculadas a procesos crónicos que requieren un buen control periódico.

Si tomamos como referencia el área cardiovascular, los estudios Euroaspire I y II nos ponen de manifiesto, con un nivel de representatividad elevado tanto en cuanto a número de países como en lo que respecta al tamaño muestral, que la población de más edad no solamente es discriminada a la hora de la prescripción, sino también en el rigor con el que se lleva a cabo su seguimiento^{4,5}.

A conclusiones análogas llega un estudio específicamente diseñado para población de más edad, el Cardiovascular Health Study realizado en Estados Unidos con pacientes mayores de 65 años (78 años de media), en el que se demuestra el mal control metabólico de ciertos problemas, como la dislipemia o la diabetes. Por ejemplo, la decisión de administrar estatinas se reduce con la edad, y lo mismo ocurre con el seguimiento y el logro de los objetivos terapéuticos⁶.

También en nuestro país se detecta este mismo fenómeno, como ocurre con la insuficiencia cardíaca⁷, y también con la enfermedad coronaria, según se desprende del estudio PRESENTE, llevado a cabo en 4.174 pacientes con infarto agudo de miocardio seleccionados entre 110 hospitales. Este estudio puso de manifiesto que, además de ser dados de alta con tratamientos no siempre óptimos, el grado de control a los 6 meses era tanto peor cuanto más elevada era la edad analizada⁸.

El problema no se circunscribe a la enfermedad cardiovascular. En la osteoporosis podemos encontrar situaciones análogas⁹. En general, los ejemplos se reproducen con respecto a otros muchos problemas crónicos de todo tipo con una alta prevalencia. También ante situaciones agudas, como las infecciones, o el control de síntomas, como el dolor. En el caso de las infecciones no es excepcional encontrar ancianos que llevan meses tomando un antibiótico porque no se enteraron bien de la duración del tratamiento que se les había indicado.

Algunas recomendaciones básicas para un buen cumplimiento farmacológico por parte del anciano

Recordaremos de manera muy esquemática algunas de las recomendaciones o consejos que pueden ser más útiles en este campo:

Interrogatorio farmacológico detallado

Es la base a partir de la cual podemos decidir sobre el nuevo plan terapéutico propuesto. Cada vez que nos visite un paciente de edad avanzada, resulta básico conocer cuántos fármacos consume y cómo lo hace. Hay que insistir en el interrogatorio de forma expresa sobre los aspectos que más fá-

cilmente se olvidan o que el anciano puede considerar ajenos a nuestra pregunta. Entre ellos, la lista de fármacos autoprescritos, los que pueden adquirirse sin receta, los suplementos vitamínicos o minerales (los llamados reconstituyentes), y también los productos que el anciano puede no considerar fármacos, como las pomadas, los colirios, los aerosoles y similares. Sólo a partir de una información detallada de la situación previa podremos establecer una indicación óptima de cara al futuro.

Establecer las prescripciones adecuadas

Dicho de otra forma, hay que evitar todo aquello que pueda considerarse una prescripción inadecuada (PI). Las PI son un fenómeno frecuente en geriatría, constituyen un problema significativo, facilitan la presencia de reacciones adversas y desmotivan a la hora de exigir un cumplimiento farmacológico correcto. Hay guías al respecto que deben tenerse en cuenta^{10,11}. A este respecto hace ya muchos años que se establecieron determinados principios generales de prescripción para los pacientes de edad avanzada. Algunos de ellos pueden encontrarse en la tabla 1.

Las guías y protocolos de actuación elaboradas por las sociedades científicas, cada vez más frecuentes ante numerosas situaciones clínicas, pueden ser un referente importante a este respecto. Un estudio europeo multicéntrico (el estudio MAHLER), al que se sumaron 150 cardiólogos de 6 países y participaron 1.410 pacientes con una edad media de 70 años, mostraba que la adhesión del médico a las guías terapéuticas de las sociedades científicas reducía el número de ingresos y reingresos en la población de más edad¹².

Establecer una relación médico-paciente fluida y basada en la confianza

Se trata de un principio aplicable a la medicina en general, pero tal vez alcanza su máxima expresión cuando hablamos de pacientes añosos. Hay que comentar, explicar y discutir las ventajas e inconvenientes de las distintas opciones ofrecidas, con el objetivo de conseguir el máximo grado de aceptación y colaboración. Ello nos lleva de la mano al punto siguiente.

TABLA 1. Principios generales de prescripción en el anciano

Considerar alternativas no farmacológicas
Establecer si la indicación del fármaco es absolutamente necesaria
Asegurarse de que el fármaco elegido es el más adecuado
Comprobar cuáles y cuántos fármacos toma el anciano y si hay incompatibilidad con el que se receta
Elegir la forma de presentación más cómoda y segura
Ajustar las dosis a las características individuales del paciente, prestando especial atención a su función renal y a su estado nutricional

Dedicar tiempo y claridad de exposición a la información

La persona mayor se entera mal de las cosas. Hay muchas razones para ello. Una proporción no despreciable, en torno al 8-10%, tiene algún grado de deterioro cognitivo. Muchos, la mayoría, oyen y ven mal. La distracción y el desinterés son mucho más frecuentes entre los mayores. Son “más pasotas”. Presentan pérdidas de memoria que dificultan la asimilación y la retención de los mensajes. Además, reciben indicaciones farmacológicas y terapéuticas, en general, desde muy distintas fuentes, no siempre médicas, lo que favorece la polimedición. Los amigos y conocidos, así como en los últimos tiempos los llamados “Dres. Google y Yahoo”, pueden ser muy malos consejeros y dificultar un cumplimiento correcto.

La resultante de todo ello es que el profesional tiene que asumir como norma que va a tener que dedicar mayor esfuerzo y mayor tiempo a dar explicaciones en este sentido. El tiempo del médico, especialmente en atención primaria, es un bien escaso. Sin embargo, es algo exigible para este colectivo. El médico debe ser minucioso y asegurarse a través del procedimiento que estime más adecuado (p. ej., reinterrogando) de que su paciente anciano ha entendido bien lo que se le está diciendo y la manera en que tiene que cumplir con su compromiso terapéutico. En este contexto, es imprescindible asegurarse también de que el acompañante (familiar y/o cuidador) ha entendido perfectamente las recomendaciones terapéuticas y la forma de aplicarlas.

Asegurarse la colaboración del acompañante

Este punto es básico. Incluye la necesidad de saber si la persona que acompaña al paciente vive o no con él y es o no el responsable directo de la administración de sus fármacos. En todo caso, esta persona al salir de la consulta debe estar plenamente informada del programa propuesto. La educación sanitaria dirigida al entorno del paciente y, de forma específica, a su cuidador, constituye un principio básico para asegurar un buen cumplimiento.

Sensibilizar a la sociedad

En este mismo contexto, habría que insistir en la educación sanitaria de la sociedad en general. Una educación sanitaria que incluya entre sus temas el respeto al anciano, la toma en consideración de que la edad no supone por sí misma una enfermedad y que, a cualquier edad, cuando las cosas están bien hechas, pueden obtenerse respuestas farmacológicas adecuadas para la inmensa mayoría de las situaciones clínicas, incluso para las más complejas.

Cuidar los “aspectos cosméticos”

Bajo este epígrafe incluimos las cuestiones relacionadas con las formas de presentación del fármaco, el número de tomas,

los horarios, la adecuación de la forma galénica a los eventuales problemas del paciente (dificultad para tragar, etc.). La norma debe ser esforzarse por simplificar al máximo. Hay que prestar especial atención a las fechas de inicio y fin del tratamiento. El anciano está muy acostumbrado a que determinado tipo de prescripciones lo sean de por vida y, por extensión, puede aplicar esta norma al conjunto de los distintos fármacos que recibe. En este sentido, es absolutamente fundamental aportar las recomendaciones de forma escrita y fácilmente comprensible para el interesado y su entorno (tipo de letra grande, esquema, etc.). Incluso hay que sugerir el empleo de alguno de los modelos de “pastilleros” disponibles en el mercado.

Evitar o limitar la multiplicidad de prescriptores

Entre la población de más edad es muy habitual la pluripatología y, con ella, las visitas periódicas por parte de especialistas varios. Idealmente, debería haber un profesional que coordinase y controlase el conjunto de medicamentos prescritos. El médico de atención primaria va a asumir en la mayoría de los casos este papel. También, en ocasiones, el geriatra y, en menor medida, el internista, sobre todo entre los ancianos que viven en residencias o en los que están hospitalizados. El papel fundamental de esta coordinación será evitar repeticiones de fármacos de una misma familia o con alto grado de afinidad. También hay que obviar los fármacos de los que cabe esperar una acción antagónica o una potenciación del riesgo de reacciones adversas. Vigilar la eventual aparición de alguna de estas reacciones puede ser otra de las funciones asumidas por el coordinador. Una recomendación básica para los pacientes ancianos con diversos prescriptores puede ser someter a la consideración de su médico de cabecera cualquier tipo de modificación o añadido que surja con el tiempo.

Establecer controles frecuentes

Quizás sea la principal de las recomendaciones en este campo. Estos controles, cuya periodicidad habrá que precisar en cada caso, deberán cumplir, al menos, las siguientes funciones: a) asegurarse de que el anciano se ajusta a las indicaciones que se le hicieron; b) comprobar la eficacia o no del fármaco prescrito, y c) reevaluar su adecuación actual al programa terapéutico preestablecido para, en su caso, suprimirlo o sustituirlo por otras alternativas farmacológicas o no.

Bibliografía

1. Ribera Casado JM. Asistencia geriátrica en atención primaria. En: Ribera JM, Cruz AJ, editores. Geriátrica en atención primaria. 3.ª ed. Madrid: Aula Médica; 2003. p. 3-10.
2. Beijer HJ, Blaey CJ. Hospitalizations caused by adverse drug reactions: a metanalysis of observational studies. Pharm World Sci. 2002;24:46-54.
3. Terleira A, Vargas E. Principios generales de utilización de medicamentos. En: Ribera JM, Cruz AJ, editores. Geriátrica en atención primaria. 3.ª ed. Madrid: Aula Médica; 2003. p. 61-70.

4. EUROASPIRE Study Group: European Action on Secondary Prevention by intervention to Reduce Events. EUROASPIRE. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: principal results. *Eur Heart J*. 1997;18:1569-82.
5. EUROASPIRE I and II Group: European Action on Secondary Prevention by intervention to Reduce Events. Clinical reality of coronary prevention programmes: a comparison of EUROASPIRE I & II in 9 countries. *Lancet*. 2001;357:995-1001.
6. Smith NL, Savage PJ, Heckbert SR, et al. Glucosa, blood pressure, and lipid control in older people with and without diabetes mellitus: the Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:416-23.
7. García Reyes M, López-Torres J, Ramos E, Alcarria A, Fernández C, López MA. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:371-5.
8. Velasco JA, Cosín J, Oya M, De Teresa E. Programa de intervención para mejorar la prevención secundaria en el infarto de miocardio. Resultados del estudio PRESENTE. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:146-54.
9. Osterberg L, Blaschke T. Drugtherapy: adherente to medication. *N Engl J Med*. 2005;353:487-97.
10. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Arch Intern Med*. 1997;157:1531-6.
11. O'Mahony D, Gallagher PF. Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria. *Age Ageing*. 2008;37:183-41.
12. Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, et al. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. *Eur Heart J*. 2005;26:1653-9.