



ORIGINAL / Sección Clínica

Perfil de prescripción farmacológica en pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en fase avanzada



Nieves Ramírez-Duque^{a,*}, Carlota Rivas-Cobas^a, Máximo Bernabeu-Wittel^a, Alberto Ruiz-Cantero^b, José Murcia-Zaragoza^c, Miguel Oliver^d y Jesús Díez-Manglano^e, en representación de los investigadores del proyecto PALIAR

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Serranía, Ronda, Málaga, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Vega Baja, Orihuela, Alicante, España

^d Servicio de Medicina Interna, Hospital de Sanlúcar de Barrameda, Sanlúcar de Barrameda, Cádiz, España

^e Servicio de Medicina Interna, Hospital Royo Vilanova, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de octubre de 2013

Aceptado el 22 de enero de 2014

On-line el 13 de marzo de 2014

Palabras clave:

Enfermedades crónicas avanzadas

Polimedición

Adherencia

R E S U M E N

Objetivos: Analizar el perfil de prescripción farmacológica y los factores asociados a polifarmacia en pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en fase avanzada.

Material y métodos: Estudio observacional transversal, multicéntrico, realizado en 41 hospitales españoles (proyecto PALIAR). Se definió polifarmacia como el consumo habitual de 5 o más fármacos en los últimos 3 meses y polifarmacia excesiva cuando dicho número era de 10 o más. El grado de adherencia fue evaluado mediante una encuesta rellenada por el paciente o su cuidador. Se analizaron los factores relacionados con la polifarmacia y la no adherencia al tratamiento.

Resultados: De 1.847 pacientes, completaron la encuesta 1.778 (96,2%). La edad media fue 78,74 ± 10 años. Los fármacos más prescritos fueron: antihipertensivos (82,6%), gastroprotectores (73,8%), antiagregantes/anticoagulantes (70,3%) y psicotrópicos (51,8%). La prevalencia de polifarmacia/polifarmacia-severa fue de 86,2-31,3% (consumo medio: 8 ± 3,5 fármacos). El 48,2% reconocía cometer errores en la toma: el 38,5% ocasionalmente y el 9,6% casi diariamente o siempre. La no-adherencia se relacionó con: cumplir criterios de paciente pluripatológico, > 3 ingresos en los últimos 3 meses, deterioro cognitivo y la toma de > 5 fármacos. La polifarmacia se asoció con cumplir criterios de paciente pluripatológico, puntuación ECOG < 3, edad < 85 años y > 3 ingresos en los últimos 3 meses. La polifarmacia severa se relacionó con cumplir criterios de paciente pluripatológico y > 3 ingresos en los últimos 3 meses.

Conclusiones: La prevalencia de polifarmacia y errores en administración de fármacos en pacientes con enfermedades médicas avanzadas es elevada, por lo que es necesario desarrollar estrategias para mejorar la adherencia en esta población.

© 2013 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Drug prescription profile in patients with advanced chronic diseases

A B S T R A C T

Keywords:

Advanced chronic diseases

Polypharmacy

Treatment adherence

Objectives: To analyze the prescription profile and the factors associated with multiple medications (polypharmacy) and non-adherence in patients with advanced chronic diseases.

Material and methods: Longitudinal cross-sectional study including 41 Spanish hospitals (PALIAR project). Polypharmacy was defined as a prescribed treatment with five or more drugs, and excessive polypharmacy when the number was ten or more. The adherence was evaluated using a questionnaire completed by the patients or their caregivers. Description of drug prescription profile and analysis was performed on the risk factors associated with multiple medications and non-adherence.

Results: The study included 1847 patients, and 1778 (96.2%) completed the questionnaire. Mean age was 78.74±10 years. Antihypertensives (82.6%), gastroprotectives (73.8%), anti-platelets/anticoagulants (70.3%), and psychotropic drugs (51.8%) were the most frequently prescribed drugs. Prevalence of polypharmacy/excessive polypharmacy was 86.2%/31.3%, with a mean of 8±3.5 drugs per patient. Errors in

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nievesramirezduque@yahoo.es (N. Ramírez-Duque).

treatment compliance were detected in 48.2% of patients, but 38.5% and 9.6% referred to an occasional or almost daily failure, respectively. Factors associated with non-adherence were: to be a patient with multiple diseases, cognitive impairment, three or more 3 hospital admissions in the last three months, and having polypharmacy. Factors associated with polypharmacy were: to be a patient with multiple diseases, an ECOG score <3, age <85 years, and 3 or more hospital admissions. Factors associated with excessive polypharmacy were: to be a patient with multiple diseases and previous frequent hospital admissions. *Conclusions:* The prevalence of polypharmacy in patients with advanced chronic diseases is high, and mistakes in treatment compliance are frequent. Further studies with better defined objectives and more specific therapeutic limits are needed.

© 2013 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El uso de múltiples fármacos (polifarmacia) ha sido estudiado en poblaciones especialmente vulnerables, como los pacientes pluripatológicos¹ o la población de edad avanzada², y se ha asociado con frecuencia a resultados negativos en salud tales como las reacciones adversas, las caídas, el deterioro cognitivo, y los episodios de *delirium*, entre otros. No obstante, cuando nos planteamos estrategias de uso racional del medicamento en estos pacientes, resulta enormemente complicado evitarla. Por ello, son necesarios estudios que validen el beneficio real de una determinada prescripción en pacientes con varias enfermedades crónicas. En el año 2009, la Sociedad Española de Medicina Interna puso en marcha el proyecto PALIAR³, con el objetivo de analizar la validez de los diversos criterios existentes sobre la terminalidad de los pacientes con enfermedades médicas no oncológicas en fase avanzada⁴. En el marco de este estudio, el objetivo del presente trabajo fue analizar el perfil de la prescripción farmacológica, los factores asociados a la polifarmacia y el grado de adherencia en esta población.

Método

Hospitales participantes

Estudio longitudinal de corte transversal, multicéntrico en el que se incluyeron 41 hospitales españoles, pertenecientes a 11 comunidades autónomas (proyecto PALIAR).

Criterios de inclusión, exclusión y periodo de reclutamiento

Los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes se muestran en la [tabla 1](#). El periodo de inclusión abarcó desde febrero de 2009 hasta septiembre de 2010, siendo incluidos los pacientes durante su hospitalización o al acudir a consultas externas de medicina interna o bien en los servicios de hospitalización domiciliaria.

Definiciones

Se definió «polifarmacia» cuando existía una prescripción continuada (más de 3 meses) de 5 o más fármacos, aunque pertenecieran al mismo grupo farmacoterapéutico⁵. El uso de HBPM se registró como fármaco integrante de polifarmacia cuando sustituía de manera transitoria a los anticoagulantes orales. Las transfusiones de hemoderivados y el consumo de antimicrobianos se registraron también durante el mismo periodo, aunque no se administraran de manera continuada y no se consideraron por tanto como polifarmacia.

Definimos «polifarmacia severa» como la prescripción continuada (más de 3 meses) de 10 o más fármacos⁶.

Los pacientes se definieron como «pluripatológicos» cuando presentaban 2 o más enfermedades crónicas de las categorías definitorias de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía del año 2007⁷.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión del proyecto PALIAR

A. Criterios de inclusión. Debe cumplir los 4 criterios:

1. Ser mayor de 18 años
2. Presentar alguna(s) de la(s) siguientes insuficiencias crónicas no reversibles de órgano, independientemente de la causa primigenia que las originó, en estadio evolucionado:
 - Insuficiencia cardíaca con disnea basal \geq III de la NYHA
 - Insuficiencia respiratoria crónica con disnea basal \geq III de la MRC y/o $\text{satO}_2 < 90\%$ y/o oxigenoterapia domiciliaria
 - Insuficiencia renal crónica en estadio 4 o 5 (tasa de filtrado glomerular < 30 ml/min según la fórmula de Cockcroft-Gault), o bien creatininemias basales ≥ 3 mg/dl)
 - Hepatopatía crónica con datos clínicos \pm analíticos \pm endoscópicos \pm ecográficos de hipertensión portal y/o insuficiencia hepatocelular (puntuación escala Child-Pugh > 7)
 - Enfermedad neurológica crónica con deterioro cognitivo establecido (Escala de Pfeiffer con 7 o más errores y/o MEC con ≤ 18 puntos) y/o deterioro funcional para las ABVD establecido (índice de Barthel < 60 puntos)
3. Precisa alguna de las siguientes necesidades asistenciales:
 - Hospital*
 - Hospitalización domiciliaria o equipos de cuidados paliativos
 - Consulta ambulatoria especializada
4. Firma de consentimiento informado

B. Criterios de exclusión: la presencia de cualquiera de ellos excluiría al paciente:

1. Menor de edad (menores de 18 años)
2. Presencia de enfermedad neoplásica maligna ACTIVA salvo adenocarcinoma de próstata localizado en tratamiento hormonal y carcinoma basocelular-epinocelular cutáneo
3. Inclusión en lista activa de trasplante cardíaco, hepático, pulmonar y/o renal
4. Previsión de entrada en programa crónico de depuración extrarrenal
5. Situación clínica de agonía al ingreso hospitalario (se prevé el fallecimiento en las próximas 24 h)
6. No firma del consentimiento informado

ABVD: actividades básicas de la vida diaria; MEC: minexamen cognoscitivo de Lobo; MRC: Medical Research Council; NYHA: New York Heart Association.

* Se incluirá al paciente al ingreso hospitalario o a su detección salvo que se encuentre en situación de agonía.

Medición de la adherencia

Se calculó el «grado de adherencia» al tratamiento en los últimos 3 meses mediante encuesta realizada al paciente (o a su cuidador en caso de déficit cognitivo) cuando acudía por primera vez a la consulta, o en las 24 h siguientes a su ingreso en el hospital. La valoración se realizó mediante una escala de Likert, que comprendía los siguientes ítems: nunca, ocasionalmente (1-2 errores en semana), casi siempre (3 a 6 veces por semana) y siempre (todos los días). Se definió la «no adherencia» cuando existían errores en la toma de la medicación de manera ocasional, casi siempre o siempre.

Análisis estadístico

Se analizó el consumo de fármacos (número y grupos prescritos) y la adherencia al tratamiento con relación a los siguientes factores: el sexo, la edad, la persona cuidadora, los criterios de paciente

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/938606>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/938606>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)