



## ORIGINAL

# Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedcados desde una perspectiva cualitativa

E. Crespillo-García<sup>a,\*</sup>, F. Rivas-Ruiz<sup>a,b</sup>, E. Contreras Fernández<sup>c</sup>, P. Castellano Muñoz<sup>d</sup>, G. Suárez Alemán<sup>e</sup> y E. Pérez-Trueba<sup>f</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Apoyo a la Investigación, Empresa Pública Hospital Costa del Sol, Málaga, España

<sup>b</sup> Red de Investigación en Servicios de Salud en enfermedades crónicas REDISSEC. Carlos III, Madrid, España

<sup>c</sup> Unidad de Innovación y Desarrollo de Cuidados, Distrito Sanitario Costa del Sol, Málaga, España

<sup>d</sup> Consultas Externas de Cirugía, Centro de Alta Resolución de Especialidades de Mijas, Málaga, España

<sup>e</sup> Unidad de Cuidados Intensivos, Empresa Pública Hospital Costa del Sol, Málaga, España

<sup>f</sup> Unidad de Calidad, Empresa Pública Hospital Costa del Sol, Málaga, España

Recibido el 29 de abril de 2011; aceptado el 26 de septiembre de 2012

Disponible en Internet el 11 de diciembre de 2012

### PALABRAS CLAVE

Investigación cualitativa;  
Adherencia al tratamiento;  
Ancianos polimedcados;  
Alta del paciente

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar los conocimientos, percepciones y actitudes de grupos de informantes clave sobre la adherencia al tratamiento de pacientes mayores de 65 años polimedcados que recibieron el alta hospitalaria desde el Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos:** Investigación cualitativa mediante la realización de grupos focales y entrevistas semiestructuradas. La población diana fueron pacientes con prescripción anterior al ingreso de 4 o más fármacos, sin deterioro cognitivo y con autonomía propia. Ejes temáticos valorados: ingreso hospitalario, alta domiciliaria, problemas cognitivos, creencias que disminuyen el cumplimiento y características de los medicamentos.

**Resultados:** Durante la hospitalización se detecta una falta de información sobre la enfermedad que originó el ingreso, los tratamientos suministrados durante la hospitalización y los prescritos tras el alta. En el domicilio la polimedcación, la acumulación de fármacos, la confusión con los genéricos, la complejidad de la pauta, la duplicidad terapéutica y la falta de coordinación entre hospital, primaria y farmacias junto a los problemas cognitivos, las creencias negativas y determinadas características de los medicamentos disminuyen la adherencia al tratamiento.

**Conclusiones:** A la vista de los resultados, sería oportuno aumentar los conocimientos que los pacientes tienen sobre su enfermedad de ingreso, los tratamientos suministrados durante la hospitalización y los prescritos tras el alta. En relación con las actitudes, los profesionales deben mejorar las explicaciones sobre el tratamiento y adaptar los informes del alta hospitalaria. En cuanto a las percepciones, se deben disminuir las creencias negativas y preocupaciones que

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [evacpsiquis@gmail.com](mailto:evacpsiquis@gmail.com) (E. Crespillo-García).

**KEYWORDS**

Qualitative research;  
Treatment adherence;  
Elderly patients polymedicated;  
Patient discharge

los pacientes o cuidadores tengan sobre un fármaco ya que pueden dificultar la adherencia al tratamiento.

© 2011 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

**Knowledge, perceptions and attitudes involved in adherence to treatment elderly patients polymedicated from qualitative perspective****Abstract**

*Aims:* To assess the knowledge, perceptions and attitudes of groups of key informants on adherence to treatment by polymedicated patients aged over 65 years following hospital discharge (internal medicine service).

*Material and methods:* Qualitative research study, based on focus groups and semi-structured interviews. The target population were patients prescribed 4 or more drugs prior to admission, self-sufficient and suffering no cognitive impairment. Key areas assessed: hospital admission, hospital discharge, cognitive problems, attitudes that reduce adherence to treatment, and medication characteristics.

*Results:* During their hospitalization, patients lacked information on the condition that caused the admission, the treatment provided during hospitalization, and that prescribed following hospital discharge. At home, polymedication, drug accumulation, confusion about generic drugs, the complexity of the treatment regimen, treatment duplication, and a lack of coordination between hospital, primary healthcare and pharmacies, together with cognitive problems, negative attitudes and certain characteristics of the drugs prescribed, all decrease adherence to treatment.

*Conclusions:* In view of the results obtained, it would be appropriate to increase patient knowledge about their condition on admission to hospital, as well as the treatment provided during hospitalization, and that prescribed after discharge. Regarding attitudes, healthcare staff should better explain the treatment offered and adapt hospital discharge forms for these patients. In terms of perceptions, steps should be taken to reduce negative attitudes and concerns that patients or caregivers may have about a drug, as these views could hinder adherence to treatment.

© 2011 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

En España el envejecimiento poblacional es un fenómeno relevante ya que el porcentaje de sujetos mayores de 65 años se acerca en 2009 al 17% (7.782.904) frente al 11,2% (4.236.724) del año 1981<sup>1</sup>. El Sistema Nacional de Salud facturó en 2009 un total 934 millones de recetas con un gasto farmacéutico de 12,5 billones de euros<sup>2</sup>. El consumo de fármacos para los mayores de 65 años es superior al 65% del total de todos los grupos terapéuticos<sup>3</sup>. Se ha descrito que las personas mayores con varias enfermedades asociadas que se autoadministran el tratamiento tienen una media de 4 medicamentos prescritos<sup>4</sup>, determinando la baja adherencia que oscila entre un 26 y 56%<sup>5-10</sup>.

Las causas que se han relacionado con la no adherencia en el anciano asociadas al sistema sanitario son: el número de médicos prescriptores, la polimedición y la complejidad de la pauta posológica<sup>8,11</sup>. Relacionados con el individuo se encuentran: la depresión, la edad, los problemas de visión, falta de destreza, dificultad para tragar y el deterioro cognitivo<sup>8</sup>.

La comprensión de la enfermedad por parte del enfermo es fundamental para entender y cumplir el tratamiento. El médico informa de la importancia y los objetivos del tratamiento y los conocimientos que se tienen de la enfermedad

para que el paciente entienda su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento, facilitar la toma de decisiones compartidas y mejorar la efectividad de los tratamientos farmacológicos<sup>12</sup>. La enfermería debe realizar la enseñanza del procedimiento/tratamiento y del proceso de enfermedad para preparar al paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un tratamiento prescrito<sup>13,14</sup>.

Con frecuencia el paciente cree que no se le ha informado lo suficiente, mostrando un escaso grado de comprensión de los consejos médicos y de la información aportada sobre su enfermedad y tratamiento<sup>15,16</sup>. Sin embargo, el paciente no hace las preguntas oportunas a pesar de considerarse poco informado<sup>15</sup>.

El deterioro cognitivo y las demencias pueden comprometer la adherencia al tratamiento en los pacientes mayores. En la práctica, el deterioro cognitivo puede pasarnos inadvertido a los sanitarios. La pregunta es ¿cuándo retirar a un paciente la autogestión de su tratamiento? El uso de sistemas telemáticos recordatorios puede ser útil en demencias leves, aunque con una cuidadosa evaluación de los mecanismos y usos del paciente. Es preciso una evaluación global de los pacientes con deterioro cognitivo o demencia para proponer un plan de actuación<sup>17</sup>.

La prevalencia de las demencias en Europa es del 6% de las personas de 65 o más años. La distribución por edad es

de un 0,8% a los 65 años y del 28,5% a los 90 o más años<sup>18,19</sup>. En el envejecimiento la alteración más común en la cognición es el déficit de memoria<sup>20</sup>, particularmente cambios tanto en la memoria a corto y largo plazo<sup>21</sup>.

Los cuidadores de los pacientes polimedicados tienen la responsabilidad en todo el proceso de los cuidados del paciente y, particularmente, en la farmacia<sup>12</sup>. A través de los cuidadores los farmacéuticos tienen un gran efecto para combatir los problemas de adherencia en la población anciana mediante intervenciones como: reducir el número de medicamentos, aumentar el cumplimiento del paciente, prevenir reacciones adversas medicamentosas disminuyendo la mortalidad, mejorar la salud y el estado psicológico<sup>12,22-24</sup>.

Son múltiples los modelos de comportamientos de salud que intentan explicar la conducta de adherencia. El más conocido es el modelo de creencias de la salud de Rosensstock que enfatiza la percepción acerca de la vulnerabilidad a la enfermedad y la eficacia del tratamiento que tendrán influencia sobre las decisiones del sujeto con los compromisos de salud<sup>25</sup>.

Solo el 33% de las intervenciones para favorecer la adherencia demostraron una mejoría significativa en los resultados clínicos<sup>8</sup>. Debe hacerse hincapié en la reducción de fármacos prescritos y su pauta posológica<sup>26</sup> con la ayuda de calendarios u organizadores de medicación<sup>8</sup>. Las intervenciones educativas fueron estrategias no eficaces para la mejora de la adherencia terapéutica, aunque sí en el conocimiento de la enfermedad<sup>22</sup>. El uso de pictogramas para la designación de los periodos y la asociación por colores aumenta la adherencia, aunque el 60% no se adhirió al tratamiento farmacológico<sup>27</sup>. Las intervenciones de terapia familiar son adecuadas para mejorar la adherencia en pacientes con enfermedades mentales, mientras que las intervenciones del médico de familia ofrecen mejores resultados. Además, las técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual pueden mejorar la adherencia. La combinación de intervenciones parece ser una estrategia adecuada<sup>8,28</sup>.

Por otro lado, no se han encontrado estudios que integren los diferentes actores implicados en la adherencia al tratamiento desde una perspectiva cualitativa.

Los objetivos de nuestro estudio fueron evaluar los conocimientos, percepciones y actitudes de grupos de informantes clave sobre la adherencia al tratamiento de pacientes mayores de 65 años polimedicados que recibieron el alta hospitalaria desde el Servicio de Medicina Interna.

## Material y métodos

Estudio cualitativo mediante la realización de 4 grupos focales (GF) y 25 entrevistas semiestructuradas (ES).

El periodo de organización y realización de los GF y ES abarcó de abril hasta diciembre de 2009. Las reuniones y entrevistas se realizaron en el Hospital Costa del Sol (HCS) y en el centro de salud las Albarizas de Marbella.

Los sujetos de estudio (informantes clave) fueron (tabla 1):

- Enfermeras hospitalarias de la Unidad de Medicina Interna (UMI) del HCS. Se incluyeron aquellos que tuvieran, como mínimo, un año de experiencia en la UMI.
- Profesionales de Atención Primaria (AP). Se incluyeron enfermeras gestoras de casos, enfermeras de equipos básicos de AP y médicos de familia. Se tuvieron en cuenta aspectos relacionados con la categoría profesional, las unidades (Gestión Clínica o Residencia) y los centros de AP de la zona de referencia del HCS.
- Pacientes mayores de 65 años polimedicados ingresados en la UMI. Se incluyeron aquellos con prescripción anterior al ingreso hospitalario de 4 o más fármacos y/o prescripción de medicamentos con necesidad de patrón horario estricto y a los que no tuvieran deterioro cognitivo (puntuación de referencia en el Mini Mental State Examination<sup>29</sup> de 27 o más puntos). Se excluyeron a los pacientes que al alta estuvieran a cargo de personal sanitario o de un familiar, los que necesitaran ayuda para realizar

**Tabla 1** Composición final de la muestra de informantes clave

Población	Método	N.º de participantes	Variable	Categorías de la variable
Enfermería hospitalaria	Entrevistas	12	Edad Sexo	26 a 35, 36 a 47, más de 48 Masculino y femenino
Profesionales de AP	GF	GF 1: 12 GF 2: 12	Categoría Áreas de trabajo Sexo Centro de Primaria	Médicos y enfermeras Unidades de Gestión Clínica y de Residencia Masculino y femenino Fuengirola, Marbella y Estepona
Pacientes	Entrevistas	6	Edad Población Sexo	65 a 75, 76 a 87, más de 88 Marbella, Mijas, Fuengirola, Masculino y femenino
Cuidadores	Entrevistas y GF	Entrevistas: 7 GF 1: 6 GF 2: 7	Edad Población Sexo Consanguinidad	25 a 35, 36 a 50, más de 51 Marbella, Mijas, Fuengirola, Masculino y femenino Primer y segundo grado

AP: atención primaria; GF: grupos focales.

tareas básicas de la vida cotidiana y los que no hablasen castellano.

- Cuidadores principales. Se tuvo en cuenta que fueran familiares de pacientes polimedicados ingresados en la UMI del HCS, que con anterioridad al ingreso estos se encargasen de la medicación del anciano y que residiesen en la zona de referencia del HCS. Se excluyeron a cuidadores de pacientes cuyo destino fuese una residencia o cuidadores que tuvieran contratado un servicio de cuidadora externa. Se segmentaron por lugar de residencia, edad y consanguinidad.

Se realizaron 2 GF con profesionales de AP y 2 GF con cuidadores principales. Se diseñaron los grupos de manera que fueran representativos de la población de estudio, promoviendo que fueran homogéneos internamente. El número de participantes por grupo osciló de 6 a 12 con un total de 37. Se llevaron a cabo 12 entrevistas con enfermeras de la UMI, 6 con pacientes ingresados y 7 con cuidadores. Los GF duraron una hora y media y las ES 45 min.

El lugar escogido para llevar a cabo los GF y las entrevistas fue un lugar tranquilo donde se pudo oír bien todas las respuestas de los participantes. Para los GF los asientos se dispusieron en forma de U (de manera que se rodeó al moderador) para una correcta visión y audición de todos los participantes. Los GF y las entrevistas fueron grabados únicamente en audio para preservar el anonimato de los asistentes, previo consentimiento informado de los mismos.

Para el análisis de la información cualitativa se capturó, transcribió y ordenó la información, codificándola en 5 ejes temáticos establecidos para la investigación con sus respectivas líneas subtemáticas o categorías (tablas 2 y 3). Ello permitió asignar unidades de significado a la información obtenida. Mediante un análisis de contenido se integró la información para relacionar las categorías obtenidas entre sí con los fundamentos teóricos de la investigación. Se llegó a la finalización de los GF y las entrevistas cuando los datos se saturaron y no aportaron más información. Los GF y las entrevistas fueron analizados mediante la triangulación de los datos con el fin de aumentar la validez y consistencia de los hallazgos<sup>30,31</sup>.

## Resultados

Durante el mes de mayo del año 2009 fueron evaluados 146 pacientes ingresados, de los cuales 135 fueron excluidos al no cumplir los criterios de inclusión o porque se negaron a participar en la investigación. Tres de los pacientes evaluados cognitivamente dieron resultado de sospecha patológica y 2 de deterioro cognitivo. Los ejes temáticos son (tabla 2):

### Ingreso hospitalario

Se han obtenido 4 subcategorías: intervención de la enfermería hospitalaria, intervención del especialista, informe de alta hospitalaria (IAH) e informe de continuidad de cuidados.

Existe una falta de información durante la hospitalización que llega a originar una escasa participación y concienciación del paciente en su proceso de salud-enfermedad. En el caso de la enfermería las explicaciones se realizan

**Tabla 2** Ejes temáticos y subcategorías de análisis según los grupos de informantes clave

#### Ingreso hospitalario

##### *Intervención de Enfermería Hospitalaria*

- Falta de información al paciente del tratamiento que toma durante la hospitalización y al alta
- Tiempo dedicado a explicar el tratamiento: escaso (de 5 a 10 min). Varía en función del tratamiento, del informe médico, etc
- No se evalúan síndromes de deterioro cognoscitivo en el anciano

##### *Intervención del especialista*

- Utilización de un lenguaje técnico, no adaptado a los cuidadores y pacientes
- Falta de información sobre la enfermedad por la que han sido ingresados y duración del tratamiento

##### *Informe del alta hospitalaria*

- Falta de información de tratamientos suspendidos, medicación habitual, etc. Falta de visibilidad y comprensión del apartado de tratamiento prescrito

##### *Informe de continuidad de cuidados*

- Descoordinación entre hospital y Atención Primaria

#### Alta domiciliaria

##### *Dispensación en la farmacia*

- Ayuda en la posología. Escritura en la caja de los medicamentos de la pauta
- Los sujetos no conocen/afirman la categoría profesional del dependiente
- El profesional puede producir un aumento o disminución de la adherencia al tratamiento
- Falta de comunicación del hospital a la farmacia

##### *Manejo del tratamiento*

- Dificultades en las tomas por la polimedicación.
- Confusión con los genéricos. Acumulación de fármacos en los domicilios (Receta 21)

##### *Revisión del especialista*

- Falta de comunicación entre los distintos especialistas.
- Falta de revisión del tratamiento. Duplicidad terapéutica

##### *Visita a la consulta de Atención Primaria*

- Poco tiempo dedicado al paciente polimedicado. Falta de coordinación entre los especialistas y Atención Primaria. Elevada presencia de sujetos extranjeros residiendo en la zona

#### Problemas cognitivos

##### *Procesamiento y orientación cognitiva*

- Olvido de la pauta posológica, nombres de los medicamentos y conducta realizada. Déficit en la comprensión escrita y oral. Presencia de desorientación temporal, espacial y analfabetismo

#### Creencias que disminuyen el cumplimiento

- Las creencias negativas afectan a la conducta de cumplimiento. Las creencias de los familiares o vecinos influyen en la adherencia al tratamiento de los pacientes

#### Características de los medicamentos

- La lectura de los prospectos de los medicamentos ocasiona cambios en las creencias sobre el medicamento. Preocupación por los efectos secundarios de los medicamentos. Confusión por el parecido entre los envases y las cápsulas de los fármacos

**Tabla 3** Ejemplos de las transcripciones y subcategorías**Ingreso hospitalario***Intervención de Enfermería Hospitalaria*

«A mi me vienen y me dicen tómatela, ¡pues me la tomo!» (Entrevista 1. Pacientes)

«A la hora de darle a un paciente el alta no se tienen en cuenta este tipo de circunstancias de soledad, deterioro cognitivo leve, etc.» (GF 2. Atención Primaria)

*Intervención del especialista*

«El médico me dijo el nombre de la enfermedad con el nombre técnico, yo no me enteré de nada, yo me asusté, etc.» (GF 1. Cuidadores)

*Informe del alta hospitalaria*

«Yo creo que las personas mayores tienen dificultad para entender el informe.» (Entrevista 3. Cuidadores)

*Informe de continuidad de cuidados*

«Tenemos un librito que se llama cuadernos de continuidad de cuidados que no usamos ninguno ni en Atención Primaria ni en el hospital.» (GF1. Atención Primaria)

**Alta domiciliaria***Dispensación en la farmacia*

«Le mandaron 3 pastillas y me dijo la señora de la farmacia: mira, tú puedes hacer lo que tu quieras, pero esto es una bomba, en vez de darle 3 ¿porqué no le das 2?, y 2 le estoy dando» (Entrevista 1. Cuidadores)

*Manejo del tratamiento*

«Con la receta 21 se escapa un poco el control del seguimiento correcto del tratamiento» (GF 2. Atención Primaria)

«Yo cuando voy a comprar en la farmacia y me dan el genérico no quiero porque mi padre piensa que le han cambiado el tratamiento y se confunde, no entiende que es el mismo pero con otro nombre» (GF 2. Cuidadores)

*Revisión del especialista*

«Pero hasta los médicos tiene sus contraindicaciones, te mandan medicamentos que son contraproducentes con otros que te han mandado» (Entrevista 3. Pacientes)

*Visita a la consulta de Atención Primaria*

«El médico de cabecera muchas veces no da tiempo ni a decir buenos días, mucha gente y mucha espera» (GF 2. Cuidadores)

**Problemas cognitivos**

«Porque la memoria empieza a fallar como yo digo, a mi me está fallando» (Entrevista 4. Pacientes)

**Creencias que disminuyen el cumplimiento**

«Yo creo que son las creencias, que uno no cree realmente que tomándote 10 pastillas te vas a curar» (Entrevista 5. Enfermería)

**Características de los medicamentos**

«Él lee los prospectos, cada vez que le parece y se encuentra mal, lo lee una y otra vez y eso le da miedo» (GF 1. Cuidadores)

junto a otras tareas, lo que dificulta el mantenimiento de la atención y la comprensión de la información por parte del paciente. Los participantes en consenso resaltan la escasa información que aporta el IAH sobre los tratamientos prescritos por otros especialistas.

**Alta domiciliaria**

Se han obtenido 4 subcategorías: dispensación en la farmacia, manejo del tratamiento, revisión del especialista y visita a la consulta de AP.

El manejo adecuado del tratamiento en el domicilio es complicado, originándose confusiones y errores en la toma de la medicación. Las visitas de los pacientes a la farmacia con el fin de resolver dudas sobre el tratamiento son muy frecuentes. El personal de farmacia ayuda al anciano explicando el contenido del informe y escribiendo en los envases de los medicamentos la pauta posológica. Cuando los pacientes acuden a la consulta del especialista para una revisión un aspecto que dificulta la adherencia es que el médico no sea el mismo que le atendió durante la hospitalización y pregunte los motivos del ingreso, enfermedades del paciente y tratamientos prescritos. En cuanto a la consulta de AP, existe falta de revisión de los fármacos prescritos por otros especialistas y ausencia de educación sanitaria al paciente sobre su enfermedad y tratamiento.

**Problemas cognitivos**

Se ha obtenido una subcategoría: procesamiento y orientación cognitiva.

Son múltiples los problemas cognitivos en el anciano polimedcado que afectan activamente al cumplimiento del tratamiento. Los problemas de olvido y recuperación de la información son los más mencionados. Existen dificultades en la comprensión de los informes y del tratamiento que dificultan el entendimiento de las explicaciones de los profesionales y el diálogo para resolver dudas con respecto al tratamiento. El reconocimiento de los nombres de los medicamentos es complicado, siendo más sencillo fijar la atención sobre los dibujos, colores y formas. La desorientación es frecuente cuando el anciano tiene que tomar una medicación a una hora o buscar un fármaco.

**Creencias que disminuyen el cumplimiento**

Las creencias negativas se relacionan con la elevada cantidad de fármacos prescritos y por la idea de que pueden tener más contraindicaciones que beneficios a largo plazo. El consumo de medicamentos, junto con las interacciones y los efectos secundarios, preocupa a los pacientes. Establecen creencias erróneas sobre las repercusiones que ocasionará dejar un tratamiento.

**Características de los medicamentos**

Los pacientes y cuidadores leen con asiduidad los prospectos de los medicamentos y suelen hacerlo cuando tienen dudas sobre la pauta posológica o sobre los efectos secundarios, activándose distintos mecanismos cognitivos como el miedo,

la incertidumbre y las dudas. En cuanto a la presentación de la medicación vía oral, se encuentran pocas diferencias en cuanto al color, forma y tamaño de las cápsulas. Las cajas de los medicamentos también guardan semejanzas entre sí como el tipo y color de la letra, el formato del envase y el tamaño.

## Discusión

Entre los resultados más relevantes destacan que durante el ingreso hospitalario hay una falta de información sobre la enfermedad y el tratamiento al alta que impide al anciano manejar adecuadamente su tratamiento en el domicilio. Además, el uso de los especialistas de una terminología médica dificulta la comprensión del proceso hospitalario, de la enfermedad y del tratamiento prescrito. Los IAH que son entregados a los pacientes no facilitan la comprensión del tratamiento ya que no se aplican diseños estandarizados que tengan en cuenta el tratamiento prescrito por otros especialistas.

Son múltiples las publicaciones sobre las causas que se han relacionado con la no adherencia en el anciano que también coinciden con nuestros resultados. Relacionadas con el médico destacan: la polimedicación, la complejidad de la pauta posológica, la duplicidad terapéutica y la falta de explicaciones sobre el tratamiento<sup>8,10,14,15,32</sup>. Relacionadas con el paciente se recogen: los problemas de visión, la falta de destreza, la confusión con los genéricos, el deterioro cognitivo, las creencias negativas y la falta de comprensión<sup>7,8,15,33,34</sup>.

Otro de los datos hallados que han sorprendido a los investigadores es que durante la hospitalización del paciente los profesionales no valoren el estado mental y el deterioro cognitivo del anciano, por lo que existe un desconocimiento de si ese sujeto es apto para manejar su tratamiento. Según los profesionales de AP, la falta de adaptación de los IAH a las necesidades de los ancianos polimedificados, la acumulación de fármacos en los domicilios y su relación con la receta 21 dificulta el seguimiento adecuado del tratamiento.

En cuanto a los informes de continuidad de cuidados, los profesionales de AP opinan que es una herramienta insuficientemente explotada ya que no incluye la información sobre los tratamientos del paciente, la educación sanitaria durante la hospitalización o la evaluación de la capacidad cognitiva; en definitiva, existe una descoordinación entre primaria y especializada que no permite abordar la problemática en su conjunto. Desde primaria no se aporta información al hospital sobre la evolución del paciente, la adherencia al tratamiento, la educación sanitaria y las revisiones del tratamiento.

Otro de los hallazgos comentados por diversos estudios<sup>35-37</sup> es la ayuda del farmacéutico como experto que confirma la prescripción y de intervenciones destinadas a la mejora del cumplimiento en pacientes polimedificados<sup>38</sup>. Sin embargo, nuestros resultados recogen experiencias de pacientes y cuidadores que no confirman que el profesional que les atiende sea el farmacéutico y se dejan orientar modificando el tratamiento. Estas recomendaciones pueden producir un cambio conductual, aumentando o disminuyendo la adherencia al tratamiento del paciente.

Una limitación del estudio fue la decisión de realizar ES a las enfermeras dado que por necesidades del servicio no era viable reunirlos a todas para realizar un GF. En el caso de los pacientes ingresados no se pudo entrevistar a un mayor número de participantes por las siguientes limitaciones: el reducido tiempo de estudio, la exahustividad de los criterios de inclusión y por la variabilidad de las enfermedades asociadas.

A la vista de los resultados, creemos que sería muy oportuno diseñar intervenciones específicas destinadas a aumentar los conocimientos que los pacientes tienen sobre su enfermedad de ingreso, el tratamiento que toman durante la hospitalización y tras el alta hospitalaria. En relación con las actitudes, los profesionales de los servicios de Medicina Interna que reciben la mayor parte de los pacientes ancianos pluripatológicos deben mejorar las explicaciones sobre el tratamiento y adaptar los informes de alta hospitalaria a las necesidades de estos pacientes. En cuanto a las percepciones, se deben disminuir las creencias negativas y preocupaciones que los pacientes o cuidadores tengan sobre un determinado fármaco ya que pueden dificultar la adherencia al tratamiento.

## Financiación

Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Fondos para Políticas de Cohesión 2007. Seguridad de Pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Los autores quieren hacer un especial agradecimiento al Dr. Emilio Perea Milla, epidemiólogo y amigo, recientemente fallecido, cuya colaboración y asesoría nos hizo más fácil este camino.

## Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población y censos demográficos. INEBASE. Madrid. 2010. [Citado 1 Sept 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebmenu/mnu.cifraspob.htm>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Información al profesional. Farmacia. Datos provisionales de facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud. Enero 2010. [Citado 1 Jul 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/datos/enero2009.htm>
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información Sanitaria. Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo. Porcentajes. Octubre 2004. [Citado 1 Jul 2010]. Disponible en: [http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Consumo\\_farmaceutico\\_por\\_tramos\\_edad\\_y\\_sexo.I.pdf](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Consumo_farmaceutico_por_tramos_edad_y_sexo.I.pdf)
4. 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;18:120-6.
5. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de test de medición

- del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40:413-7.
6. Park KA, Kim JG, Kim BW, Kam S, Kim KY, Ha SW, et al. Factors that Affect Medication Adherence in Elderly Patients with Diabetes Mellitus. *Korean Diabetes J*. 2010;34:55-65.
  7. Escamilla Fresnadillo JA, Castañer Niño O, Benito López S, Ruiz Gil E, Burrull Gimeno M, Sáenz Moya N. Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados, un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*. 2008;40:81-5.
  8. Servicio Madrileño de Salud. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. *Notas Farmacoterapéuticas*. 2006;13:31-8.
  9. García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? *Medicina de Familia (And)*. 2000;1:13-9.
  10. Tuesca-Molina R, Guallar-Castillón P, Banegas-Banegas JR, Graciani-Pérez Regadera A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gac Sanit*. 2006;20:220-7.
  11. Fernández Lisón LC, Barón Franco B, Vázquez Domínguez B, Martínez García T, Urendes Haro JJ, Pujol de la Llave E. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. *Farm Hosp*. 2006;30:280-3.
  12. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2004;28:113-20.
  13. McCloskey J. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2004.
  14. Estrategias de mejora de la atención domiciliar en Andalucía. Comisión para el desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2004.
  15. Mayou R, Williamson B, Foster A. Attitudes and advice after myocardial infarction. *Br Med J*. 1976;26:1577-9.
  16. Larrión JL, Martí C, Mareque M, Daimiel R, Luengo C. Incumplimiento terapéutico en los ancianos. *Med Clin (Barc)*. 1993;100:736-40.
  17. Arlt S, Lindner R, Rösler A, von Renteln-Kruse W. Adherence to medication in patients with dementia: predictors and strategies for improvement. *Drugs Aging*. 2008;25:1033-47.
  18. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de-la-Cámara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population. The Zaragoza study. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:497-506.
  19. Fratiglioni L, Launer LJ, Andersen K, Breteler MM, Copeland JR, Dartigues JF, et al. Incidence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology*. 2000;54:S10-5.
  20. Pascale AM. Predictores neuropsicológicos del deterioro cognitivo mínimo en ancianos. Conferencia. II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet. Celebra en mayo de 2003 [consultado 15 Jun 2009]. Disponible en: <http://www.serviciodc.com/congreso/congress/pass/conferences/DePascale-Predic.pdf>
  21. Meléndez Moral JC, Blasco Bataller S. Cambios en la memoria asociados al envejecimiento. *Geriátrika: Revista iberoamericana de geriatría y gerontología*. 2006;22:179-85.
  22. Chumney EC, Robinson LC. Efectos de las intervenciones del farmacéutico en pacientes polimedicados. *Pharmacy Practice*. 2006;4:103-9.
  23. Wu JY, Leung WY, Chang S, Lee B, Zee B, Tong PC, et al. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial. *BMJ*. 2006;333:522.
  24. Domínguez Camacho JC, Berenguer Fröhner B, Molina López T, Martín Calero MJ, Machuca González M, García-Delgado A, et al. Modificación de la calidad de vida de pacientes polimedicados mediante atención farmacéutica. *Farm Aten Primaria*. 2005;3:11-5.
  25. Moreno San Pedro E, Gil Roales-Nieto J. El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista internacional de psicología y terapia psicológica*. 2003;3:91-109.
  26. Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2005;29:40-8.
  27. Teixeira J, Pacheco GS, Toreti IR. Evaluación del uso de pictogramas como ayuda a la adherencia al tratamiento farmacológico. *Seguim Farmacoter*. 2003;1:127-35.
  28. Williams A, Manias E, Walker R. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2008;63:132-43.
  29. Lobo A, Escobar V, Ezquerro J, Seva Díaz A. El Mini-Examen Cognoscitivo: Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Psicol Med*. 1980;14:39-57.
  30. De Andrés Pizarro J. El análisis de estudios cualitativos. *Aten Primaria*. 2000;5:42-5.
  31. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria*. 2000;25:183-6.
  32. Fernández Miera MF. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. *Gac Sanit*. 2008;22:137-41.
  33. Cárdenas Valladolid J, Mena Mateo J, Cañada Dorado MM, Rodríguez Morales D, Sánchez Perruca L. Implantación y mejora de un programa de atención al mayor polimedicado en un área de atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2009;24:24-31.
  34. Unni EJ, Farris KB. Unintentional non-adherence and belief in medicines in older adults. *Patient Educ Couns*. 2011;83:265-8.
  35. Schmader KE, Hanlon JT, Pieper CF, Sloane R, Ruby CM, Twersky J, et al. Effects of geriatric evaluation and management on adverse drug reactions and suboptimal prescribing in the frail elderly. *Am J Med*. 2004;116:394-401.
  36. Hanlon JT, Schmader KE, Ruby CM, Weinberger M. Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:200-9.
  37. Cowper PA, Weinberger M, Hanlon JT, Landsman PB, Samsa GP, Uttech KM, et al. The cost-effectiveness of a clinical pharmacist intervention among elderly outpatients. *Pharmacotherapy*. 1998;18:327-32.
  38. Sánchez Ulayar A, Gallardo López S, Pons Llobet N, Murgadella Sancho A, Campins Bernadàs L, Merino Mendez R. Intervención farmacéutica al alta hospitalaria para reforzar la comprensión y cumplimiento del tratamiento farmacológico. *Farm Hosp*. 2012;36:118-23.