

Terapéutica medicamentosa: adhesión, conocimiento y dificultades de personas ancianas portadoras de trastorno bipolar

Ligiane Paula da Cruz¹

Patricia Monforte Miranda²

Kelly Graziani Giacchero Vedana³

Adriana Inocenti Miasso⁴

Este estudio tuvo como objetivo verificar la adhesión, el conocimiento y las dificultades de ancianos con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) en relación a la terapéutica medicamentosa prescrita para control del referido trastorno. Participaron del estudio 17 ancianos con TAB atendidos en un Núcleo de Salud Mental. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas y aplicación de escalas. Los datos fueron analizados con abordaje cualitativo-cuantitativo. Se identificó bajo grado de adhesión al tratamiento farmacológico y déficit en el conocimiento sobre los medicamentos, especialmente sobre las dosis y frecuencia de administración. Entre las dificultades inherentes a la farmacoterapia fueron relatadas la obligatoriedad de la polifarmacoterapia, el deseo de terminar el tratamiento farmacológico, las limitaciones en la auto-administración de los fármacos, los efectos colaterales y las dudas sobre la necesidad de los medicamentos. Se concluye que son necesarias inversiones en acciones educativas y de promoción de la adhesión que contemplen las dificultades experimentadas por los ancianos con TAB en el seguimiento de la farmacoterapia para garantizar la seguridad en la terapéutica medicamentosa.

Descriptores: Trastorno Bipolar; Cumplimiento de la Medicación; Anciano.

¹ Alumna del curso de graduación en Enfermería, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: ligiane_paula@hotmail.com.

² Enfermera. E-mail: patricia.miranda@usp.br.

³ Enfermera, Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: kellygiacchero@yahoo.com.br.

⁴ Enfermera, Doctora en Enfermería, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: amiasso@eerp.usp.br.

Correspondencia:

Adriana Inocenti Miasso
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Av. dos Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: amiasso@eerp.usp.br

Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar

Este estudo teve como objetivo verificar a adesão, o conhecimento e as dificuldades de idosos com transtorno afetivo bipolar (TAB), em relação à terapêutica medicamentosa, prescrita para controle do referido transtorno. Participaram do estudo 17 idosos com TAB atendidos em um núcleo de saúde mental. Foram realizadas entrevista semiestruturada e aplicação de escalas. Os dados foram analisados com abordagem quali-quantitativa. Identificou-se baixo grau de adesão ao tratamento farmacológico e déficit no conhecimento sobre os medicamentos, especialmente sobre as doses e frequência de administração. Entre as dificuldades inerentes à farmacoterapia relataram-se: a obrigatoriedade da polifarmacoterapia, o desejo de encerrar o tratamento farmacológico, limitações na autoadministração dos fármacos, efeitos colaterais e dúvidas sobre a necessidade dos medicamentos. São necessários investimentos em ações educativas e de promoção da adesão que contemplem as dificuldades vivenciadas pelos idosos com TAB, no seguimento da farmacoterapia, para garantia de segurança na terapêutica medicamentosa.

Descritores: Transtorno Bipolar; Adesão à Medicação; Idoso.

Medication therapy: adherence, knowledge and difficulties of elderly people from bipolar disorder

This study aimed to verify the adherence, knowledge and the difficulties of elderly patients with Bipolar Affective Disorder (BAD) in relation to the prescribed pharmacological therapy for the control of this disorder. The study included 17 elderly patients with BAD treated at a Mental Health Center. Semi-structured interviews were conducted and scales were applied. The data were analyzed using a quali-quantitative approach. A low level of adherence to the pharmacological treatment and a deficit in knowledge in relation to the medication were identified, especially regarding the dose and frequency of administration. Among the difficulties inherent to the pharmacotherapy, the obligation of polypharmacotherapy, the desire to quit the pharmacological treatment, limitations in the self-administration of the medication, collateral effects, and doubts about the need for the medication were related. Investment is needed in educational activities and in the promotion of adherence that address the difficulties experienced by elderly people with BAD in the following of the pharmacotherapy in order to ensure safety in the medication therapy.

Descriptors: Bipolar Disorder; Medication Adherence; Aged.

Introducción

Brasil pasa por un acelerado proceso de envejecimiento de la sociedad del país. En el año de 2006, poseía aproximadamente 19 millones de individuos con más de 60 años de edad⁽¹⁾. El envejecimiento poblacional tiene como consecuencia el aumento en la prevalencia de condiciones crónicas y alto consumo de medicamentos⁽²⁻³⁾.

El trastorno bipolar (TAB) en la tercera edad es un problema creciente de salud pública⁽⁴⁾. Sin embargo, existe una falta de estudios epidemiológicos sobre el trastorno en

este intervalo de edad⁽⁵⁾. Se sabe que en Estados Unidos, las tasas de prevalencia de TAB en ancianos varían entre 0,1% y 0,4%. Sin embargo, en el país, este trastorno afecta cerca de 10% a 25% de todos los pacientes ancianos con trastornos de humor y es responsable por 5% de las internaciones de ancianos por causas psiquiátricas⁽⁶⁾. En Brasil, no hay precisión sobre la incidencia y prevalencia de TAB en la tercera edad. Entre tanto, el diagnóstico de TAB en ancianos se destaca como causa de internaciones psiquiátricas en este grupo⁽⁵⁾.

El tratamiento medicamentoso es esencial para el control del TAB en todas sus fases y en todas las edades⁽⁶⁾. Entretanto, el suceso de la farmacoterapia está condicionado a la adhesión al tratamiento medicamentoso y existen diversos factores que se interponen como barreras a la adhesión, de la persona con TAB, al medicamento. Entre estas barreras, puede estar presente el déficit de conocimiento acerca de los medicamentos prescritos⁽⁷⁾.

Una investigación desarrollada en 2007, en el mismo servicio en que fue realizado el presente estudio, investigó la adhesión al tratamiento y la satisfacción en cuanto al equipo de salud y farmacoterapia en adultos con TAB. El referido estudio constató que a pesar de que la mayoría de los pacientes afirmó estar satisfecho con la efectividad del medicamento y con las informaciones recibidas en el servicio de salud, apenas 28,5% de los pacientes adhirieron al tratamiento medicamentoso⁽⁸⁾. Entre tanto, no existen estudios que evalúen la adhesión al medicamento y el conocimiento sobre la medicación, del contingente de personas ancianas con TAB.

Es un hecho que personas ancianas portadores de TAB, frecuentemente, tienen necesidades específicas relacionadas al tratamiento en comparación con individuos jóvenes. Esas necesidades son producto de factores típicos de la tercera edad: comorbilidades físicas (especialmente enfermedades crónicas) aislamiento social, alteraciones cognitivas, limitaciones en la realización de actividades de la vida diaria, polifarmacia, variaciones relacionadas a la edad en la respuesta a la terapia, entre otras^(2,6).

Se verifica, en la literatura, que las particularidades del manejo del tratamiento medicamentoso del TAB geriátrico han sido poco investigadas en comparación con el manejo en la población joven. Un avance en el desarrollo del conocimiento científico sobre el TAB geriátrico y su tratamiento podría proporcionar una mejoría en la asistencia a ese grupo^(4-6,9).

Todo el contexto descrito apunta para la importancia de realizar investigaciones sobre la adhesión a la farmacoterapia, así como sobre el conocimiento y dificultades de pacientes ancianos con TAB relacionados a los medicamentos prescritos, objetivando ofrecer subsidios para la optimización del tratamiento ofrecido a esta clientela.

Objetivos

Este estudio tuvo como objetivo verificar el grado de adhesión, el nivel de conocimiento y las dificultades de personas ancianas con TAB relacionadas al seguimiento de la terapéutica medicamentosa prescrita.

Metodología

Este es un estudio transversal, descriptivo, con abordaje cualitativo y cuantitativo. Fue realizado en el domicilio de personas ancianas con TAB, atendidas en un núcleo de salud mental (NSM) perteneciente al Sistema Único de Salud, en un municipio del interior del estado de Sao Paulo. El proyecto fue desarrollado después de su aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la institución (Protocolo n.269/CEP-CSE-FMRP-USP). Fueron seleccionados para el estudio todos los pacientes con 60 años o más, diagnosticados con TAB, en uso continuo de medicamentos para tratamiento del referido trastorno y que tuvieron consulta programada con los médicos del NSM durante el período de tres meses después del inicio de la recolección de datos. Fueron adoptados, también, como criterios de inclusión: ser capaz de comunicarse verbalmente, concordar en participar del estudio y firmar el término de consentimiento esclarecido. Fue aplicado el Mini-examen del Estado Mental (Mini-Mental)⁽¹⁰⁾, siendo criterio para exclusión del estudio, de acuerdo con el referido examen, la puntuación inferior a 24 para sujetos con escolaridad y puntuación inferior a 18 para analfabetos⁽¹¹⁾.

Para la recolección de los datos fue empleada la entrevista semiestructurada orientada por un guión elaborado por las autoras del estudio que consistió de datos referentes a la caracterización de los sujetos, preguntas relacionadas a la adhesión, al conocimiento del anciano sobre la terapéutica medicamentosa instituida y datos referentes a las dificultades de los participantes relacionadas al seguimiento del tratamiento medicamentoso. Los datos fueron analizados por abordaje cualitativo cuantitativo. El grado de adhesión fue definido por la aplicación de la Prueba de Morisky y Green⁽¹²⁾. Esa prueba permite identificar el grado de adhesión del paciente y discriminar si la eventual no adhesión es debida a comportamiento intencional (preguntas: "¿Cuándo usted se siente bien, alguna vez, usted deja de tomar su remedio?" y "¿Cuándo usted se siente mal, con el remedio, a veces, deja de tomarlo?") o no intencionalmente (preguntas: "¿Usted, alguna vez, se olvida de tomar su remedio?" y "¿Usted, a veces, es descuidado en cuanto al horario de tomar su remedio?"). La prueba fue validada por otros estudios y ya fue traducida y aplicada en Brasil⁽¹³⁻¹⁵⁾. Fue atribuido a las respuestas el valor de 0 (cero) o 1, siendo el valor 1 destinado a cada respuesta positiva en que la frecuencia admitida fue de una vez por mes o menos, y el valor 0 (cero) para las otras posibilidades de frecuencia. Fue adoptado como criterio para clasificar el grado de adhesión:

“adherentes” los pacientes que obtuvieron 4 puntos en la Prueba de Morisky y Green⁽¹²⁾ y “no adherentes” aquellos que obtuvieron de 0 a 3 puntos.

Para categorizar el grado de conocimiento del paciente en relación a los medicamentos prescritos, fue adoptada una escala ya empleada en estudios anteriores⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. En esta escala, el grado de conocimiento puede ser categorizado de 0 a 100% en 5 intervalos que representan las siguientes clases: “sin conocimiento” (0%); “muy poco conocimiento” (0% | 25%); “poco conocimiento” (25% | 50%); “conocimiento regular” (50%|75%); y “buen conocimiento” (75% |100%). Esa escala fue utilizada para categorizar el grado de conocimiento del paciente en relación a los siguientes aspectos del medicamento: nombre, dosis y frecuencia de utilización. La respuesta a cada pregunta fue clasificada como cierta o equivocada, considerándose cada medicamento prescrito para el paciente. La respuesta “no sé” fue clasificada como equivocada. De ese modo, al ser prescritos 10 medicamentos para un paciente, si éste supiese informar correctamente el nombre de 4 medicamentos, el grado de conocimiento del paciente sería de 40% en relación a los nombres de los medicamentos siendo incluido en la categoría “poco conocimiento” en relación al nombre de las medicaciones. Se procedió de esa forma para las demás variables relacionadas a los medicamentos.

Los datos relacionados a la caracterización de los participantes del estudio y al conocimiento de los mismos sobre la terapéutica medicamentosa fueron digitados en una base de datos estructurada en el formato de planilla, en el programa Excel y posteriormente transportados para el programa *Statistical Package for the Social Science* (SPS, versión 11.5). Para análisis de los datos sobre las dificultades de los pacientes referentes al seguimiento de la terapia medicamentosa, fue utilizado el abordaje cualitativo, basado en los pasos propuestos Minayo⁽¹⁸⁾: ordenación de los datos recolectados, clasificación de los datos (desarrollo de las categorías empíricas centrales) y análisis final (articulación de los datos empíricos con la literatura).

Resultados

Categorización de los sujetos del estudio

En el período de tres meses después del inicio de la investigación, tuvieron consulta médica programada en el núcleo de salud mental, 17 personas ancianas portadoras de TAB que atendían a los criterios de inclusión del estudio. De esos 17 pacientes entrevistados, se verificó que la mayoría era del sexo femenino (76,47%), casada (52,94%), jubilado debido al trastorno (70,58%) y tenían

enseñanza fundamental incompleta (58,82%). En cuanto a los medicamentos utilizados por los sujetos del estudio para el control de síntomas psiquiátricos, se encontró que 15 (88,24%) ancianos estaban utilizando estabilizadores del humor. Los antipsicóticos fueron prescritos para siete (41,18%) entrevistados. Se destaca, también, que cinco (29,41%) estaban tomando benzodiazepínicos y tres (17,65%) individuos usaban antidepresivos.

Comportamiento relacionado a la adhesión al tratamiento medicamentoso

La adhesión al tratamiento medicamentoso fue evaluada por la Prueba de Morisky y Green⁽¹²⁾ la cual permite evaluar si la eventual no-adhesión del paciente se debe a comportamiento intencional (dejar de tomar la medicación por sentirse bien o por sentirse mal) o no intencional (olvido y descuido en cuanto al horario de la medicación). Se identificó, entre los investigados, que apenas dos (11,76%) adhirieron al tratamiento medicamentoso prescrito. Del total de sujetos entrevistados, 11(64,72%) son no adherentes por comportamiento no intencional, en cuanto dos (11,76%) son no adherentes por comportamiento intencional. Se verificó que dos (11,76%) participantes del estudio no adhirieron al medicamento prescrito sea por comportamiento intencional o por comportamiento no intencional.

El grado de conocimiento del medicamento

Esta investigación evaluó el grado de conocimiento del paciente en relación a los medicamentos prescritos por el psiquiatra, comparando la última prescripción médica disponible en la ficha del paciente, con los medicamentos referidos por el mismo. Fue analizado el grado de conocimiento referente al nombre, dosis y frecuencia de los medicamentos, conforme demuestra la Figura 1.

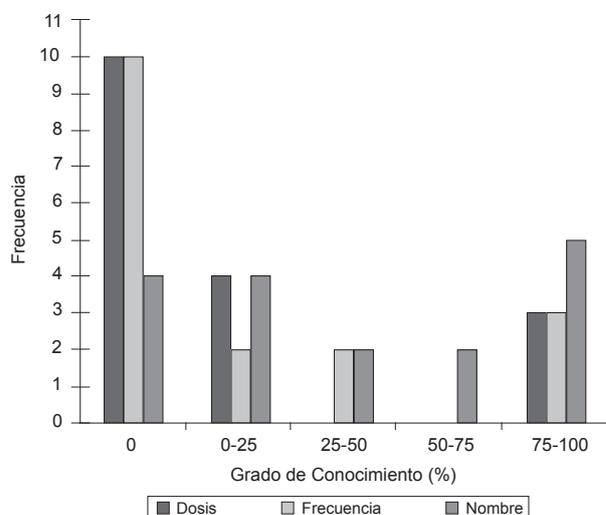


Figura 1 - Distribución de los sujetos del estudio de acuerdo con el grado de conocimiento de la dosis, frecuencia y nombre del medicamento

Se observa que el menor grado de conocimiento fue en relación a la dosis y frecuencia de administración de los medicamentos. En ambas variables, la mayoría de los entrevistados (58,82%) presentó 0% de conocimiento. En relación a la dosis, fueron consideradas correctas las respuestas que identificaban la cantidad, en unidades de medida (gramo, miligramo y mililitro), a ser administrada en cada horario o en el período de 24 horas, de acuerdo con la prescripción médica. Se constata, en la Figura 1, que apenas 5 (29,41%) pacientes sabían informar más de 75% de los nombres de los medicamentos en uso. Para evaluación del conocimiento sobre los nombres de los medicamentos se aceptó como correcta la respuesta que identificaba el medicamento prescrito, tanto por el nombre genérico como por cualquier nombre comercial.

Las dificultades de personas ancianas con TAB relacionadas a la terapéutica medicamentosa

A partir del análisis de contenido de las entrevistas emergieron algunas categorías que describen las dificultades de las personas ancianas con TAB para seguir el tratamiento farmacológico prescrito, conforme descrito en la secuencia.

Necesidad de tolerar la Polifarmacoterapia

Esta categoría describe el paciente en el proceso de utilización de varios tipos de medicamentos tratando de estabilizar el humor y controlar las comorbilidades. Además de los medicamentos psicotrópicos prescritos para control del TAB, los ancianos frecuentemente precisan utilizar continuamente medicamentos para el control de comorbilidades como hipertensión, diabetes, entre otras. En ese contexto, el individuo desprecia el hecho de tomar "demasiados remedios", como apuntan los relatos a seguir.

Para presión es captopril, hay uno que es para colesterol que yo no recuerdo el nombre, es un rojito..., pero yo tomo metformina que yo tengo diabetes, tomo arzocon, también para diabetes, tomo AS... yo tomo los remedios de la salud mental... Carbolítio, tomo el clorpromazina y el akineton... y el clorana yo tomo de mañana. (S1)

Yo uso fluoxetina, acetato de cortisona... Tomo vitamina B3, Carbonato de calcio, Meprozol... es tanto remedio. Tomo aquel para presión, carbonato de sodio, Sinvastatina uno en la noche... el omeprazol... Hidrocotiazida... pienso que es demasiado remedio, yo pienso conmigo que es mucho remedio, entonces yo no estoy ni viendo. (S8)

Es mucho remedio... Entonces yo hago confusión... (S6)

Es válido resaltar que la necesidad de utilizar muchos medicamentos simultáneamente es considerada un factor de "confusión" para el paciente, dificultando su

independencia para auto-administrar los medicamentos prescritos.

Limitaciones para la auto-administración del medicamento prescrito

Se identificó que la dificultad de ingerir medicamento en el horario y la dosis correcta se torna acentuada en el anciano. Tal aspecto es claramente identificado en las declaraciones de los entrevistados, donde el olvido es citado como un acontecimiento banal y relativamente frecuente.

Yo diría que yo olvido unas cuatro veces por mes... (S7)

Olvido, estoy olvidando mucho... Unas tres veces (por semana)... ah, directo. (S16)

Se percibió que frente a las dificultades encontradas para la administración de los medicamentos, los ancianos con TAB adoptan varias estrategias para no olvidar el horario de los mismos, como revelan los relatos a seguir.

Cuando yo voy a almorzar yo ya pongo aquí (apunta la mesa)... Para no olvidar... Y el de las dos horas que yo tomo, si yo voy a acostarme un poco yo lo llevo el despertador para levantarme y tomar. (S3)

Tengo el saquito del remedio. Entonces pongo todo seguido así, ahí tomo el primero, pongo en el saquito, el segundo, pongo en el saquito, si no yo hago confusión yo no sé si yo tomé si yo no tomé, ¿entendió? (S4)

Mi medicamento, viene todo escrito, los sobres de mis medicamentos, fueron hechos así: la luna, el sol, para no cambiar, hacer confusión con el remedio. La joven de aquí que los pasó, la que hace los sobres. (S16)

Al necesitar de ayuda para la administración de sus medicamentos, hay ancianos con TAB que cuentan con el apoyo familiar para que la terapéutica sea seguida correctamente.

Sólo, yo no tomo. Mi mujer me lo da (medicamentos). Hay uno que no recuerdo. (S2)

Ellos (familiares) estaban bastante encima de mí... a toda hora preguntando si yo estaba sintiéndome mejor, tomando los remedios ciertos... colocaban los remedios cerca de la TV para yo no olvidar de tomar. (S13)

Entretanto, no todos los ancianos encuentran el apoyo que necesitan para que el tratamiento medicamentoso sea seguido adecuadamente. Las declaraciones a seguir apuntan esta cuestión.

Nunca pusieron pastilla aquí en mi mano, puedo llegar del hospital débil, nunca, nunca, nunca. (S3)

Ellos no me ayudan - no mi hija. Hay cosas de las que no me gusta hablar. Entonces, tenemos que ser muy tolerantes. (S8)

Ellas no ayudan mucho no... No acostumbran recordar mucho ni de las cosas de ellas, entonces soy yo que tomo cuenta de mi mismo. (S11)

Necesidad de adherir, pero no a la farmacoterapia

Al convivir con una enfermedad crónica, que exige la utilización prolongada de un medicamento, se identificó entre los sujetos de la investigación el deseo y la esperanza de un día poder terminar el tratamiento farmacológico.

El otro (médico) dice que yo voy a tener que tomar el carbolfítio la vida entera, yo dije ah si Dios quiere yo voy dejarlo un día..., yo voy..., pero por ahora no puedo. (S5)

Yo digo así 'pienso que no precisa más'. Porque es mucho remedio que yo tomo... yo tengo voluntad de parar con el Haldol... Yo tengo ganas de parar. (S6)

El deseo de terminar la utilización de medicamentos para el control del trastorno puede estar relacionado a la no-adhesión. Hay relatos que apuntan que algunos pacientes tratan de interrumpir el uso de los medicamentos.

Yo pensé que estaba bien, ahí yo paré de tomar el Carbolítio... traté de parar pensando que estaba curada... yo pienso que yo paré unas tres veces porque yo pensaba que yo estaba bien y fui sacándolos por mi cuenta. (S4)

Ahí paraba de tomar el remedio porque yo pensaba que no estaba sirviendo de nada... yo ya traté. Hubo una vez que yo traté... así, ver si yo me quedaba sin tomar el remedio, pero no conseguí. (S9)

Las declaraciones revelan que cuando sucede el intento de interrumpir el medicamento suceden crisis, los pacientes temen iniciar un nuevo intento de discontinuar el uso del mismo.

Yo quedé medio furiosa porque yo tenía que tomar remedios, yo decía que yo no estaba loca, y entonces yo decía que yo no precisaba de ninguna forma tomar... Los días que yo paré de tomar el remedio, yo me quedaba gritando, quedaba desesperada... Ahí yo misma fui viendo que yo no podía estar sin el remedio. (S14)

Yo sé que va dar problema si no lo tomo... queda mucho peor si no toma... Peor sin ellos, si los largas ahí que yo quedo loco por causa de la enfermedad. (S7)

Yo sabía que yo no iba mejorar si yo no lo tomase. Ahí yo dije: "No... no puedo hacer eso conmigo misma...ahí pasé a tomar de nuevo. (S12)

Efectos colaterales

El uso prolongado de los medicamentos trae como consecuencia el surgimiento de los efectos colaterales. Los relatos de los pacientes evidencian la presencia de esos efectos, ocasionando incomodidad y restringiendo sus actividades cotidianas. Se observó queja de somnolencia, mareo, incomodidad estomacal, dermatitis, temblores, aumento de peso y disminución de la libido.

Yo siento una somnolencia muy grande, yo duermo cerca de 13, 14 horas por día, es.. y la parte sexual también, ¿se da cuenta? Yo fui disminuyendo paulatinamente y ahora está mal -

irealmente! Eso me preocupa más. (S7)

Incomoda... el temblor en las manos, porque a veces que yo voy leer un papel así alguna cosa... incomoda. (S5)

Engorda... Engordar no es bueno no, porque ya tenemos el problema, que es crónico. (S1)

Me dio una alergia en la piel, manchó toda mi piel, la Carbmazepina.. (S8)

Yo tenía dificultades por causa del dolor en la boca del estómago... y yo reclamo toda la vida sabe. (S10)

Se verificó, por medio de los relatos, que a pesar de que los ancianos reconocen la necesidad del medicamento para el control del TAB, el miedo de sus efectos colaterales es una constante. La declaración, a seguir, expresa el deseo del anciano de utilizar otra forma de tratamiento (remedio) alternativo al psicofármaco.

Es verdad... si hace mal para otra cosa, pero. Pero por lo menos la cabeza funciona.... Él (medicamento) es muy químico ahí yo le dije al Dr., yo tenía voluntad de tomar otro remedio que fuese menos químico. (S4)

Cuestionando la necesidad del medicamento

Hubo pacientes que por no tener muchas informaciones sobre el trastorno, cuestionaron la necesidad del tratamiento medicamentoso prescrito. Sus declaraciones revelan, también, el deseo de obtener informaciones sobre el trastorno y medicamentos en uso.

No sabía porque yo tenía que estar tomando eso (medicamento)... Yo no quería aceptar de ninguna forma que yo tenía que estar tomando aquello... tener que salir de una vida que era normal. (S12)

Yo sé que yo tengo que tomar el remedio, pero a veces ni sé para que... yo tomo el remedio para tratar de quedar bien. Pero no sé no sé si voy a quedar bien con ese remedio. (S15)

Hasta hoy yo no sé lo que es esa enfermedad. Sin embargo yo sufro más... Ah, me gustaría que la persona me dijese, que significa esa enfermedad. (S16)

Se verificó entre los sujetos de la investigación que, al percibirse utilizando muchos medicamentos, presentando efectos colaterales de los mismos y no teniendo resultados inmediatos, pasan a cuestionar la eficacia del tratamiento medicamentoso. Sus declaraciones revelan, también, que a pesar de no percibir mejoría en la sintomatología, "tiene que aceptar" el medicamento porque "el médico lo está diciendo", expresando su creencia total en la verdad médica, tornándose pasivo a la voluntad del médico.

Si yo tomo remedio para dolor de cabeza, me siento mejor... el Carbolítio yo no siento nada, si él mejora si no mejora, tengo que aceptar si el médico lo está diciendo. Pero que yo siento mejora en el cuerpo, no siento nada. (S5)

Hay día que yo digo 'estoy tomando ese remedio en vano, sólo me llenando de remedio', no está solucionando nada. (S6)

Discusión

Este estudio identificó el grado de adhesión al tratamiento medicamentoso, el nivel de conocimiento y las dificultades de 17 ancianos con TAB en relación a la farmacoterapia prescrita. Se encontró que la mayoría (76,47%) de los participantes era del sexo femenino. A pesar de que no exista en la literatura diferencia significativa en la prevalencia de TAB entre los géneros, el mayor número de mujeres atendidas en el NSM puede ser proveniente de la tendencia menor que tienen los hombres con TAB de buscar atención médica, cuando comparados a las mujeres⁽¹⁹⁾.

Los medicamentos más utilizados por los sujetos del estudio para el control de síntomas psiquiátricos fueron estabilizadores del humor, seguidos por los antipsicóticos, benzodiazepínicos y antidepresivos. Estos hallazgos son corroborados por la literatura que evidencia que actualmente, el tratamiento del TAB en el anciano incluye estabilizadores del humor (litio, anticonvulsivos) los cuales, en algunos casos, pueden ser asociados a los antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos y a electroconvulso-terapia^(6,20).

Este estudio identificó alta tasa de no-adhesión al tratamiento farmacológico entre los ancianos con TAB. A ese respecto, la literatura internacional evidencia que aproximadamente 50% de los pacientes bipolares interrumpen el tratamiento por lo menos una vez, en cuanto 30% de ellos lo hacen al menos dos veces⁽²¹⁾. Se resalta que la no-adhesión al medicamento compromete significativamente la eficacia del mismo y está asociada a peor pronóstico, riesgo aumentado de recaídas y suicidio, y mayor consumo de recursos en el sistema de salud⁽²²⁾.

Se identificó bajo nivel de conocimiento del paciente en relación a los medicamentos prescritos, siendo que el déficit de conocimiento fue mayor en relación a la dosis y frecuencia de administración de los medicamentos. El desconocimiento a ese respecto puede ocasionar tanto omisiones de dosis como extra-dosis. Así, estos ancianos pueden estar expuestos a la ineficacia del tratamiento por la utilización de los fármacos por abajo de los niveles terapéuticos y al riesgo de toxicidad por la manutención del medicamento por encima de las dosis terapéuticas, siendo que ese riesgo puede ser agravado por las particularidades del anciano en la metabolización de los medicamentos⁽⁶⁾.

Este estudio constató que apenas cinco pacientes sabían informar más de 75% de los nombres de los medicamentos en uso. El conocimiento del nombre de la medicación es esencial para que el paciente sepa diferenciarla en el momento de la compra y utilización, así como informar sobre las mismas por ocasión de

internaciones, exámenes, reacciones adversas, alergias, entre otros.

Se resalta que el conocimiento sobre el nombre, dosis y frecuencia de administración de los medicamentos es de suma importancia para que el paciente esté apto a evitar errores en la utilización de los mismos. El déficit de conocimiento a ese respecto puede señalar, entre otros aspectos, una falla o carencia en el proceso de educación del paciente por los profesionales de salud.

La utilización simultánea de múltiples fármacos fue uno de los problemas experimentados en el seguimiento de la terapéutica medicamentosa. Según los participantes de la investigación, la polifarmacoterapia puede aumentar las dificultades para la auto-administración de los medicamentos prescritos, elevando la posibilidad de no-adhesión. El uso de muchas medicaciones puede, también, aumentar la probabilidad de ocurrencia de efectos colaterales.

La literatura apunta que la polifarmacia es un problema significativo en la tercera edad que requiere especial atención por parte de los profesionales de salud⁽³⁾. Un estudio⁽²³⁾ revela que la mayoría de los ancianos consume por lo menos un medicamento y cerca de un tercio de ellos consume cinco o más simultáneamente, corroborando los hallazgos del presente estudio.

La limitación de ingerir medicamento en el horario y la dosis correcta se torna acentuada en el anciano, especialmente por olvido del horario de administración. Esta dificultad para recordar el horario de administración de los medicamentos, constituye un riesgo para la no adhesión por comportamiento no intencional, que fue identificado en 64,72% de los participantes de este estudio. Ese aspecto puede estar relacionado, entre otros, a la polifarmacoterapia, al trastorno y al intervalo de edad estudiado, ya que ancianos con TAB tienden a presentar daños cognitivos dificultando el reconocimiento y memorización de los horarios de administración de los medicamentos⁽²³⁻²⁴⁾. Para los ancianos con TAB que tienen limitaciones para la auto-administración de medicamentos, es crucial el involucramiento de la familia para prestar auxilio. Familiares de ancianos con TAB en tratamiento en ambulatorio poseen una posición privilegiada para identificar problemas e intervenir colaborando en el tratamiento. Para esto, es necesario que sean aconsejados, preparados y apoyados por los profesionales de salud⁽²⁵⁾.

Se encontró que los ancianos con TAB tienen deseo de interrumpir la farmacoterapia, siendo que algunos tratan de discontinuar el uso de medicamentos comprobando la real necesidad de los mismos. A ese respecto, hay autores que mencionan que esa especie de prueba que algunos pacientes más activos, principalmente pacientes

crónicos, desarrollan con su tratamiento se justifica por la intención de superar el estigma de enfermo crónico así como para amenizar ciertas interferencias en su cotidiano, ocasionadas por el seguimiento rígido de las prescripciones de medicamentos y sus efectos colaterales^(21,26).

Se percibe que, cuando el intento de interrumpir el tratamiento medicamentoso provoca crisis, los pacientes comprenden la necesidad del medicamento. En ese momento se nota que la adhesión es vista como el único camino disponible para el alcance de la estabilidad emocional y, de esta forma, el paciente se siente obligado a tomar el medicamento.

Las limitaciones y la incomodidad ocasionados por los efectos colaterales de las medicaciones son una constante en lo cotidiano de los ancianos con TAB. La literatura revela que los efectos colaterales de los medicamentos comprometen significativamente la calidad de vida de los pacientes y pueden ser el principal obstáculo para la adhesión al tratamiento farmacológico⁽²⁷⁾.

La carencia de información sobre el trastorno y la falta de resultados inmediatos en el tratamiento farmacológico estuvieron relacionadas a las dudas sobre la necesidad y eficacia del tratamiento medicamentoso prescrito. Estos hallazgos apuntan para la necesidad de realizar mayores inversiones en la educación de los pacientes y familiares en relación al trastorno y tratamiento.

En el seguimiento de la terapéutica medicamentosa, los participantes de este estudio enfrentan una variedad de dificultades que están estrechamente relacionadas entre sí y se refuerzan mutuamente. Las categorías construidas en este estudio sobre las dificultades presentadas por los ancianos con TAB pueden señalar problemas que merecen ser investigados por los profesionales que actúan en la salud mental.

Consideraciones finales

Este estudio verificó el grado de adhesión, el nivel de conocimiento y las dificultades relacionadas al tratamiento medicamentoso en 17 ancianos con TAB. Se identificó un bajo nivel de adhesión a la terapéutica medicamentosa en estos ancianos, lo que favorece un peor pronóstico del trastorno en esta clientela.

Se verificó la existencia de un déficit de conocimiento, especialmente sobre las dosis y frecuencia de los medicamentos. Esta limitación señala que estos ancianos pueden estar expuestos a riesgos importantes en el seguimiento de la terapéutica medicamentosa, especialmente al utilizar medicamentos con estrecha acción terapéutica. Este hallazgo indica, también, la necesidad de la supervisión de los ancianos con TAB en

la auto-administración de los medicamentos prescritos, siendo relevante la presencia de un familiar/cuidador. En ese contexto, una importante estrategia para introducir al familiar/cuidador en el cuidado al anciano en terapia medicamentosa consiste en la organización, en las instituciones de salud, de grupos de familiares para la educación en salud, coordinados por los profesionales.

También, son de suma importancia las acciones educativas junto a los ancianos con TAB, ya que la promoción de la adhesión al tratamiento y un mejor conocimiento de los mismos son aspectos considerados esenciales para la seguridad en la terapéutica medicamentosa.

Fueron levantadas muchas dificultades en el seguimiento de la terapia medicamentosa que pueden contribuir para la falta de adhesión al medicamento en la clientela en estudio: la polifarmacoterapia, los efectos colaterales, las limitaciones para la auto-administración de los medicamentos prescritos, la falta de informaciones sobre trastorno y tratamiento, la creencia de que el medicamento es ineficaz y el deseo de terminar el tratamiento farmacológico. Estos problemas merecen ser investigados por los profesionales en la práctica clínica para que sean establecidas intervenciones que puedan minimizar sus consecuencias.

Al cuidar de ancianos con TAB, es fundamental conocer las limitaciones, motivaciones y barreras que los mismos puedan enfrentar para el seguimiento de la terapéutica medicamentosa. Solamente poseyendo este conocimiento el profesional de salud podrá proponer acciones que tengan impacto sobre la realidad del cliente.

Los resultados de este estudio apuntan, también, para la necesidad de implementación de estrategias que motiven al paciente a adherir a la terapéutica medicamentosa asumiendo mayor responsabilidad y participación activa en el tratamiento instituido.

Referencias

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. Tabulação avançada. [acesso 19 junho 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf
2. Fialová D, Onder G. Medication errors in elderly people: contributing factors and future perspectives. *Br J Clin Pharmacol.* 2009; 67(6):641-5.
3. Rossi MI, Young A, Rodriguez KL, Appelt CJ, Perera S, Hajjar ER, et al. Polypharmacy and health beliefs in older outpatients. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2007; 5(4):317-23.
4. Depp CA, Jeste DV. Bipolar disorder in older adults: a

- critical review. *Bipolar Disord.* 2004; 6(5):343-67.
5. Zung SP. Estudio comparativo com ressonância magnética em idosos com transtorno afetivo bipolar usuários ou não de lítio [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007. 175 p.
6. Aziz R, Lorberg B, Tampi RP. Treatments for late-life bipolar disorder. *Am J Geriatr Pharmacoter.* 2006; 4(4):347-64.
7. Miaso AI, Cassiani SHB, Pedrão LJ. Transtorno afetivo bipolar e terapêutica medicamentosa: identificando barreiras. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008; 16(4):739-45.
8. Miaso AI, Monsteschi M, Giacchero KG. Transtorno afetivo bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009; 17(4):548-56.
9. Sajatovic M, Madhusoodanan S, Coconcea N. Managing bipolar disorder in the elderly: defining the role of the newer agents. *Drugs Aging.* 2005; 22(1):39-54.
10. Folstein F, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975; 12:189-98.
11. Lourenco RA; Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(4):712-9.
12. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986; 24:67-74.
13. Teixeira ACA. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório [dissertação de mestrado]. Fortaleza (CE): Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará; 1998. 102 p.
14. Garcia RAC. Os fatores de aderência ao tratamento farmacológico de hiperlipidemias em pacientes atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP; 2003.104p.
15. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influencia do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2003; 81:349-54.
16. Stape DDB. O conhecimento do paciente com alta hospitalar sobre a continuidade do seu tratamento [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1979. 118 p.
17. Miaso AI. Terapêutica medicamentosa: orientação e conhecimento do paciente na alta e pós-alta hospitalar [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2002. 118 p.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6a ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.
19. Dias RS, Kerr-Corrêa F, Torresan RC, Santos CHR. Transtorno bipolar do humor e gênero. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006; 33(2):80-91.
20. Diana R, Sanderson MD. Practical Geriatrics: Use of Mood Stabilizers by Hospitalized Geriatric Patients With Bipolar Disorder. *Psychiatr Serv.* 1998; 49:1145-7.
21. Lingam R, Scott J. Treatment Non-adherence in Affective Disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2002; 105:164-72.
22. Pompili M, Serafini G, Del Casale A, Rigucci S, Innamorati M, Girardi P, et al. Improving adherence in mood disorders: the struggle against relapse, recurrence and suicide risk. *Expert Rev Neurother.* 2009; 9(7):985-1004.
23. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(3):717-24.
24. Schouws SN, Comijs HC, Stek ML, Dekker J, Oostervink F, Naarding P, et al. Cognitive impairment in early and late bipolar disorder. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009; 17(6):508-15.
25. Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev Psiquiatr Clín.* 2007; 34(6):270-7.
26. Sajatovic M, Bauer MS, Kilbourne AM, Vertress JE, Williford W. Self-reported medication treatment adherence among veterans with bipolar disorder. *Psychiatr Serv.* 2006; 57:56-62.
27. Sachs GS. Unmet clinical needs in bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2003; 3 Suppl 1:2-8.

Recibido: 22.12.2009

Aceptado: 22.11.2010

Como citar este artículo:

Cruz LP, Miranda PM, Vedana KGG, Miaso AI. Terapêutica medicamentosa: adhesión, conocimiento y dificultades de personas ancianas portadoras de trastorno bipolar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jul.-ago. 2011 [acceso:];19(4):[09 pantallas]. Disponible en: _____

día

 mes abreviado con punto

 año

URL