



**Facultade de Enfermaría e Podoloxía
UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2014/2015

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes
psicóticos**

Ángela Castro Liñares

Junio 2015

Directora del trabajo:

Dra. Lucía Núñez Fernández

“Revisión bibliográfica sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con patología psiquiátrica, con especial atención a los pacientes con esquizofrenia”.

“Revisión da literatura sobre a adhesión ó tratamento medicamentoso en doentes con trastornos psiquiátricos, con especial atención ós pacientes con esquizofrenia”.

“A literature review on adherence to drug therapy in patients with psychiatric disorders, with an especial focus on schizophrenic patients”.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. RESUMEN ESTRUCTURADO	1
2. INTRODUCCIÓN	3
2.1. La esquizofrenia	3
2.1.1. Definición	3
2.1.2. Diagnóstico	3
2.1.3. Tipos	6
2.1.3.1. Esquizofrenia paranoide.....	6
2.1.3.2. Esquizofrenia hebefrénica	7
2.1.3.3. Esquizofrenia catatónica	7
2.1.3.4. Esquizofrenia indiferenciada	7
2.1.3.5. Esquizofrenia residual	8
2.1.3.6. Esquizofrenia simple	8
2.1.3.7. Depresión postesquizofrénica	8
2.1.4. Tratamiento farmacológico	8
2.1.4.1. Clasificación de los antipsicóticos	9
2.1.4.1.1. Los antipsicóticos clásicos o típicos y su farmacocinética.....	11
2.1.4.1.2. Los antipsicóticos atípicos y su farmacocinética.....	14
2.1.4.2. Mecanismo de acción.....	17
2.1.4.3. Reacciones adversas	20
2.1.4.4. Interacciones farmacológicas	22
2.1.5. Tratamiento no farmacológico.....	23
2.2. La adherencia al tratamiento	23
2.2.1. Concepto de adherencia	23
2.2.2. La adherencia farmacológica en la esquizofrenia.....	26
2.2.3. El papel de la enfermería en la adherencia.....	27

3. PREGUNTA DE ESTUDIO	28
4. METODOLOGÍA.....	28
4.1. Criterios de inclusión y exclusión	28
4.2. Variables de estudio.....	29
4.3. Búsqueda de artículos.....	29
5. RESULTADOS.....	38
5.1. Resumen de los artículos	38
5.2. Análisis conjunto de los artículos seleccionados.....	49
6. DISCUSIÓN	52
6.1. La enfermería y la adherencia farmacológica.....	53
6.2. Beneficios para los pacientes.....	58
7. CONCLUSIÓN.....	59
8. BIBLIOGRAFÍA.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

- **Tabla I.** Criterios diagnósticos de la esquizofrenia utilizados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) 4
- **Tabla II.** Clasificación de los antipsicóticos típicos 13
- **Tabla III.** Clasificación de los antipsicóticos atípicos 15
- **Tabla IV.** Artículos válidos encontrados en la base de datos PubMed... 30
- **Tabla V.** Artículos válidos encontrados en la base de datos Dialnet (primera búsqueda) 32
- **Tabla VI.** Artículos encontrados en la base de datos Dialnet (segunda búsqueda) 33
- **Tabla VII.** Artículos válidos encontrados en la base de datos Cuiden.... 34
- **Tabla VIII.** Artículos válidos encontrados en la base de datos Scielo 35
- **Tabla IX.** Artículos válidos encontrados en la base de datos Scopus 36
- **Tabla X.** Artículos válidos encontrados en la base de datos LILACS..... 37

LISTA DE ABREVIATURAS

- **ADHES:** Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia
- **APA:** Asociación Psiquiátrica Americana
- **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Edición
- **DM:** Diabetes mellitus
- **DSM-5:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª Edición
- **HTA:** Hipertensión Arterial
- **JCR:** *Journal Citation Report*
- **NANDA:** *North American Nursing Association*
- **NIC:** *Nursing Interventions Classification*
- **NOC:** *Nursing Outcomes Classification*
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **SNC:** Sistema Nervioso Central

1. RESUMEN ESTRUCTURADO

Introducción: La esquizofrenia constituye un grupo de enfermedades de etiología multifactorial (alteraciones genéticas y ambientales) con tendencia a la cronicidad e incapacitante que afecta al 1% de la población. Es considerada la principal causa de discapacidad en adultos jóvenes.

El tratamiento de este tipo de enfermedad se basa en las intervenciones farmacológicas y psicosociales.

Debido a la falta de adherencia al tratamiento que existe, se propone la aplicación de intervenciones de enfermería con el fin de mejorar este déficit en el cumplimiento.

Metodología: Esta revisión tiene como objetivo examinar la literatura científica para determinar cuáles son las intervenciones enfermeras para la mejora de la adherencia terapéutica en los pacientes esquizofrénicos.

Se realiza una búsqueda en siete de las principales bases de datos científicas: PubMed, Scielo, Cuiden, Dialnet, Scopus, Cochrane y LILACS.

Resultados: Tras la búsqueda y la posterior lectura de los artículos, se seleccionaron un total de 15 artículos que se ajustaron a los criterios de inclusión propuestos. Estos artículos destacan la importancia que supone la adherencia terapéutica en este tipo de pacientes y en ellos se reflejan diferentes estrategias para analizar la adherencia (entrevistas a pacientes y enfermería, registros de enfermería, etc.) y habilidades para mejorarla (programas psicoeducativos, mejora de la alianza terapéutica, etc.)

Conclusiones: La enfermería a través de terapias psicoeducativas y sesiones personales, centradas en promover, mejorar y mantener la

adherencia ayuda a los pacientes esquizofrénicos a la mejora en el cumplimiento, contribuyendo a evitar un empeoramiento de su enfermedad.

STRUCTURED SUMMARY

Introduction: Schizophrenia is a group of diseases of multifactorial etiology (genetic and environmental disturbances) prone to chronic and disabling that affects 1% of the population. It is considered the leading cause of disability in young adults.

Treatment of this type of disease is based on pharmacological and psychosocial interventions.

Due to lack of adherence to treatment, the application of nursing interventions has been proposed in order to improve the deficit in the compliance.

Methodology: The aim of this review is to examine the scientific literature to determine which nursing interventions could improve adherence in patients with schizophrenia.

A search was performed in seven major scientific databases: PubMed, Scielo, Cuiden, Dialnet, Scopus, Cochrane and LILACS.

Results: After the search and subsequent reading of the articles, a total of 15 items that were adjusted to the proposed inclusion criteria were selected. These articles highlight the importance of the adherence in these patients and they reflect different strategies to analyze adherence (interviewing patients and nursing, nursing records, etc.) and to improve skills (psychoeducational programs, improving the therapeutic alliance, etc.)

Conclusions: The nursing through psychoeducational therapies and personal sessions, focused on promoting, improving and maintaining

adherence helps schizophrenic patients to improve adherence, helping to prevent a worsening of their disease.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. La esquizofrenia

2.1.1. Definición.

La esquizofrenia constituye un grupo de enfermedades de etiología multifactorial, donde se combinan alteraciones genéticas del neurodesarrollo con factores ambientales, que se inician en la segunda o tercera década de la vida y tienen tendencia a la cronicidad (1). Es un trastorno psicótico con un curso y una evolución variables; a menudo crónico e incapacitante, dado que tiene consecuencias devastadoras sobre varios aspectos vitales, y presenta alto riesgo de mortalidad (por suicidio y por otras causas) (2). Es importante destacar que esta enfermedad es la principal causa de discapacidad entre los adultos jóvenes (3).

Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia actual en la población general es del 1%. Es igual de frecuente en varones que en mujeres, aunque en los primeros el inicio es más temprano, siendo la edad media de inicio 15-25 años en los varones y 25-35 años en las mujeres (1).

2.1.2. Diagnóstico

Clínicamente, este trastorno se caracteriza por: ideas delirantes, alucinaciones, desorganización del lenguaje y alteraciones de la conducta. En general están conservadas tanto la claridad de conciencia como las capacidades intelectuales, aunque éstas, a la larga, pueden decaer.

El enfermo llega a creer que sus pensamientos, sentimientos y conductas son conocidos, compartidos o manipulados por fuerzas

externas, naturales o sobrenaturales, rompiéndose la vivencia de la unidad del yo (1). El enfermo puede presentar ideas delirantes de perjuicio, persecución o posesión. Son muy frecuentes las alucinaciones sobre todo, las auditivas, aunque también pueden darse las visuales, cenestésicas, olfativas y gustativas.

La enfermedad se manifiesta en la adolescencia o en la juventud y cursa de manera habitual en forma de brotes psicóticos en el contexto de un deterioro afectivo y un aislamiento social que permanecen más estables a lo largo del curso de la enfermedad (1).

En la Tabla I se muestran los criterios diagnósticos utilizados en las clasificaciones internacionales:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ESQUIZOFRENIA		
	CIE-10	DSM-5
Ideas delirantes	Incluye la existencia de ideas delirantes de control, influencia o pasividad junto con las ideas delirantes no adecuadas a la cultura	No distingue entre tipos de ideas delirantes

Tabla I. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia utilizados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Fuente: Sanz Fuentenebrero J.(1)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ESQUIZOFRENIA		
	CIE-10	DSM-5
Alucinaciones	Recoge el eco, el robo y la difusión del pensamiento y los separa de las voces alucinatorias que comentan o discuten	No distingue entre tipos de fenómenos alucinatorios
Alteraciones del lenguaje	Incluye el lenguaje empobrecido	Incluye el lenguaje desorganizado
Conductas catatónicas	Incluye el término de manifestaciones catatónicas	Incluye el término de comportamiento catatónico
Sintomatología negativa	Incluye la apatía, el empobrecimiento del lenguaje y el bloqueo o la incongruencia de la respuesta emocional	Incluye expresión emotiva disminuida o abulia
Duración de los síntomas	Más de 1 mes	Más de 6 meses

Tabla I. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia utilizados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Fuente: Sanz Fuentenebrero J. (1)

Es frecuente dividir los síntomas en dos categorías: síntomas positivos y negativos.

- Síntomas positivos (expresivos) (2,3,4)
 - o Hiperactividad dopaminérgica mesolímbica.
 - o Ideas delirantes (a menudo de naturaleza paranoide).
 - o Alucinaciones (en forma de voces).
 - o Trastorno del pensamiento (incluidos hilos disparatados de pensamiento, delirios de grandeza, frases confusas y conclusiones irracionales).
 - o Conducta anómala, desorganizada (como movimientos estereotipados, desorientación y, en ocasiones, conductas agresivas).
 - o Catatonia (puede ser evidente en forma de inmovilidad o con actividad motora sin una finalidad).

- Síntomas negativos (pérdida o disminución de las funciones normales) (2,3,4)
 - o Hipoactividad dopaminérgica mesolímbica.
 - o Aislamiento social.
 - o Aplanamiento emocional.
 - o Anhedonia.
 - o Renuncia en la realización de las tareas cotidianas.

2.1.3. Tipos de esquizofrenia

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades(CIE-10) los diferentes subtipos de la esquizofrenia son: paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, residual, simple y depresión postesquizofrénica.

- 2.1.3.1. Paranoide: Son prominentes los delirios y las alucinaciones auditivas (2,3). Existe un predominio de los

síntomas positivos de tipo alucinatorio y delirante, generalmente con carácter estructurado. El enfermo presenta ideas delirantes de persecución, de celos, de referencia (ciertos hechos, objetos o personas del ambiente inmediato del sujeto adoptan una significación particular y desusada), genealógicas o referentes a una misión especial que debe cumplir (1). Se observa cierta incongruencia afectiva, ira, suspicacia y temor. No suelen existir trastornos formales del pensamiento (1). A diferencia de otros subtipos, los pacientes con esquizofrenia paranoide tienen una edad mayor al inicio, mejor actividad premórbida y mejor evolución (1,3).

2.1.3.2. Hebefrénica: Existe un predominio de ideas delirantes bizarras, extrañas y fragmentadas. Se observa un lenguaje incoherente con tendencia a la divagación. La afectividad es inapropiada, pueril, con risas insulsas y una grave alteración de la voluntad con pérdida marcada de los objetivos. Suele aparecer en la adolescencia con rasgos caracterizados por la timidez y el retraimiento. Cursa con un gran deterioro global de todas las áreas de la personalidad (1).

2.1.3.3. Catatónica: La característica esencial y destacada de este tipo de esquizofrenia es la presencia de trastornos psicomotores graves que pueden ir desde la agitación al estupor, o del negativismo a la flexibilidad cética y la catalepsia (1). Tienden a presentar una edad de inicio más temprana, un curso más crónico y peor actividad social y laboral (3). En la actualidad, este tipo de enfermedad es poco frecuente en los países occidentales (1).

2.1.3.4. Indiferenciada: Es una categoría inespecífica que se utiliza cuando no predomina ninguno de los rasgos de los otros subtipos (2,3). En este grupo, la CIE-10 incluye todas las formas atípicas de la enfermedad (1).

2.1.3.5. Residual: Se trata de un cuadro en estadio avanzado, al menos un año de evolución (1) en el que hay ausencia de síntomas positivos prominentes, pero con evidencia continua de alteración (se manifiestan, por ejemplo, síntomas negativos, o síntomas positivos pero de manera atenuada) (2,3).

2.1.3.6. Simple: Se trata de un tipo infrecuente que se caracteriza por el predominio de los síntomas negativos desde el inicio del cuadro, sin evidencia de síntomas positivos en la fase activa. Tiene mal pronóstico, con grave deterioro social y mal funcionamiento en todas las áreas (1).

2.1.3.7. Depresión postesquizofrénica: consiste en un trastorno depresivo que ocurre después de haber sufrido un brote esquizofrénico. Aunque pueden coexistir síntomas psicóticos, éstos no son los predominantes. Algunos autores consideran que este cuadro no es más que una reacción psicológica a la esquizofrenia, aunque otros lo han considerado como parte intrínseca de la enfermedad (1).

2.1.4. Tratamiento farmacológico

Los antipsicóticos son un grupo de fármacos utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia, principalmente, y de otros trastornos psicóticos (5).

A este grupo de fármacos se los denominó inicialmente neurolepticos o tranquilizantes mayores. El término

neuroléptico se basaba en las repercusiones clínicas del bloqueo neurológico, como la aparición de una rigidez muy acusada mientras el paciente se mostraba tranquilo y sosegado, indiferente al mundo que lo rodeaba y sin iniciativa. No obstante, el paciente presentaba la característica típica de responder o atender a un estímulo suficientemente fuerte, existiendo lo que se ha denominado desafrentización sensorial (6).

El término neuroléptico se fue abandonando progresivamente al comprobarse que el bloqueo extrapiramidal que producían no estaba relacionado con el efecto clínico, con lo que pasaron a denominarse antipsicóticos (6).

El desarrollo tanto de los antipsicóticos como de los antidepresivos y los ansiolíticos supuso un cambio cualitativo importante en la terapéutica psiquiátrica y su descubrimiento ha contribuido también a un avance en el conocimiento de la etiología de los trastornos mentales (5).

2.1.4.1. Clasificación de los antipsicóticos

Existen más de 30 principios activos con actividad antipsicótica disponibles para el uso clínico (4).

Un antipsicótico debe tener unos requisitos básicos (6):

- a) Ser eficaz sobre los síntomas fundamentales.
- b) No producir ni agravar los déficits cognitivos y los síntomas afectivos inherentes a la propia enfermedad.
- c) Ser eficaz frente a la agresividad, hostilidad y la ansiedad.
- d) Ser eficaz sobre otras enfermedades en las que hay alteraciones cognitivas o de la impulsividad o afectivas, como las demencias o el trastorno bipolar.

Los antipsicóticos pueden dividirse en dos grupos: los fármacos que fueron desarrollados en un principio, a los que a menudo se hace referencia como fármacos antipsicóticos de primera generación o típicos entre los que se encuentran, por ejemplo, la clorpromacina o el haloperidol, y los agentes desarrollados más recientemente, los antipsicóticos atípicos, como por ejemplo, la clozapina y la risperidona (4). El término atípico hace referencia a la menor tendencia de los compuestos más recientes a causar efectos secundarios motores, aunque también se utiliza para describir compuestos con un perfil farmacológico distinto del de los compuestos de primera generación. Algunos de estos compuestos más recientes mejoran los síntomas negativos además de los positivos (4).

La distinción entre los grupos típico y atípico no está claramente definida, pero depende de (4):

- El perfil de receptores sensibles.
- La incidencia de efectos secundarios extrapiramidales (menor en el grupo atípico).
- Eficacia (específicamente de la clozapina) en el grupo de pacientes “resistentes al tratamiento”.
- Eficacia sobre los síntomas negativos.

Los fármacos típicos son aquellos que potencialmente pueden producir síntomas extrapiramidales agudos, hiperprolactemia, y discinesia tardía a largo plazo, sin embargo los antipsicóticos atípicos no producirían estos efectos, de ahí a que se hayan convertido en el tratamiento de primera elección (1).

Estos fármacos reducen el número de hospitalizaciones, mejoran sustancialmente algunos de los síntomas, facilitan la

rehabilitación, permiten al enfermo pensar con más claridad y relacionarse mejor y reducen el número de recaídas (3).

La elección de tratamiento se hará sobre la base de una cuidadosa anamnesis y del examen del estado mental actual y de los factores personales, familiares y sociales que pueden influir en el seguimiento y el propio tratamiento. Siempre debe evaluarse el riesgo de heteroagresividad y de suicidio, ya que puede condicionar el lugar y el tipo de fármaco utilizado (1).

El plan terapéutico ha de tener en consideración la fase de la enfermedad (aguda, en estabilización o estabilizada), las situaciones clínicas específicas (primer episodio, comorbilidad, embarazo, entre otras) y el lugar donde llevarlo a cabo teniendo en cuenta la situación clínica del paciente (1).

Los antipsicóticos no curan, sino que permiten controlar los síntomas de la esquizofrenia de forma que el paciente puede dejar de estar internado y ser sometido a un tratamiento psicoterápico. La instauración del efecto terapéutico es larga y los tratamientos son siempre muy prolongados, produciéndose un alto porcentaje de recaídas cuando se abandona la medicación. Son fármacos de alto índice terapéutico que no producen tolerancia o dependencia (5).

2.1.4.1.1. Antipsicóticos clásicos o típicos y su farmacocinética

Aunque con importantes diferencias entre ellos, todos los antipsicóticos típicos tienen una buena absorción tanto por vía oral como por vía parenteral. Del mismo modo, la administración intramuscular, cuando está disponible, alcanza picos plasmáticos eficaces, lo que se traduce en un inicio de acción más rápido (6).

La biodisponibilidad es mejor cuando se administran por vía parenteral. La diferencia entre las vías oral y parenteral puede residir en la absorción incompleta del antipsicótico en el aparato gastrointestinal o de su metabolización durante el primer paso hepático. Además, se ha sugerido que diversos factores puedan interferir, como antiácidos, café, tabaco o determinados alimentos (6).

El metabolismo es mayoritariamente hepático. La mayor parte de estos fármacos, como el haloperidol, la perfenacina o la tioridacina son metabolizados por el citocromo P-450 isoforma 2D6 (CYP2D6), mientras que el resto por el citocromo P-450 por las isoformas 3A3/4CYP3A3/4 (6).

La semivida de eliminación suele oscilar entre 10 y 30 horas. Esta eliminación es parcial, porque, debido a su liposolubilidad, gran cantidad se acumula en tejidos como grasa, pulmón o cerebro (6).

Como uno de los antipsicóticos atípicos a destacar en la clínica psiquiátrica está el haloperidol, que constituye el antipsicótico más utilizado, figurando como prototipo en la lista de medicamentos esenciales de la OMS. Tiene una elevada potencia antipsicótica y antiemética y una escasa capacidad de producir sedación y signos de bloqueo -adrenérgico; ambos factores contribuyen a que el índice terapéutico sea muy alto y puedan administrarse, si es preciso, dosis muy altas en períodos cortos. Causa, sin embargo, abundantes reacciones extrapiramidales.

Se absorbe por vía oral mejor que la clorpromazina y tiene una semivida de 18-24 horas (7).

En la Tabla II se muestran los principales antipsicóticos típicos existentes.

ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS				
FENOTIAZINAS	Derivados alifáticos	Clorpromazina		
		Trifluopromazina		
		Tioridazina		
		Metopimazina		
		Pipotiazina		
	Derivados piperidínicos	<i>Depot</i>	Undecilenato de pipotiazina	
			Palmitato de pipotiazina	
		Derivados piperazínicos		Flufenazina
				Perfenazina
				Trifluoperazina
<i>Depot</i>	Enantato de flufenazina			
	Decanoato de flufenazina			
		Enantato de perfanazina		

Tabla II. Clasificación de los antipsicóticos típicos. Fuente: Lorenzo P *et al* (6)

ANTIPSIKÓTICOS TÍPICOS	
TIOXANTENOS	Clorprotixeno: análogo de la clorpromazina
	Tiotixeno: análogo de la tioproperazina
	Zuclopentixol: análogo de la perfenazina
BUTIROFENONAS	Haloperidol
	Droperidol
DIFENILBUTILPIPERIDINAS	Pimozida
ANÁLOGOS	Loxapina
FENOTIAZINAS	Clotiapina

Tabla II (Continuación I). Clasificación de los antipsicóticos típicos.

Fuente: Lorenzo P *et al* (6)

2.1.4.1.2. Antipsicóticos atípicos y su farmacocinética

Como ya se ha explicado existe una diferencia fundamental en relación con los antipsicóticos clásicos que es la escasa propensión a provocar reacciones extrapiramidales, incluida la discinesia tardía, la falta de incremento del nivel de la prolactina, la eficacia en pacientes en los que habían fracasado los antipsicóticos clásicos y la mayor eficacia para controlar o mejorar los síntomas negativos de la esquizofrenia (7).

En la Tabla III se reflejan los principales antipsicóticos atípicos.

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS	
BENZAMIDAS	Sulpirida
	Tiaprida
	Racloprida
DIBENZODIAZEPINAS	Clozapina
	Olanzapina
DIBENZOTIAZEPINAS	Quetiapina
	Metiapina
BENZISOXAZOL	Risperidona

Tabla III. Clasificación de los antipsicóticos atípicos. Fuente: Lorenzo P *et al* (6)

Los principales principios activos utilizados en terapéutica son:

a) Clozapina

Se absorbe rápidamente por vía oral y alcanza picos plasmáticos máximos al cabo de 1-6 horas.

Es metabolizada por el hígado y genera tres metabolitos primarios. La semivida de eliminación es de entre 9-17 horas. Las dosis habituales utilizadas son 200-900 mg/día, pero las dosis superiores a 550 mg/día se han asociado con la aparición de convulsiones (6).

Tiene capacidad de mejorar los síntomas más negativos, los cuadros rebeldes a otros antiesquizofrénicos (mejora el 60% de los

pacientes que no responden a los típicos) y aspectos importantes de la vida ordinaria. Mejora ciertos aspectos cognitivos (fluidez verbal, recuerdo inmediato y diferido) y otras funciones del lóbulo frontal, pero esta mejoría tarda a veces algunos meses en consolidarse (7).

b) Risperidona

Se absorbe bien por vía oral y se metaboliza en el hígado por el CYP2D6. La dosis media oscila entre 0,5 y 8 mg/día y las dosis superiores a 6 mg/día pueden provocar reacciones extrapiramidales en pacientes sensibles. Después de su administración pueden alcanzarse picos plasmáticos máximos en una hora y la semivida de la risperidona y su metabolito es de 20 horas (6).

Puede producir astenia, sedación, problemas de acomodación, mareo ortostático, palpitations, taquicardia, aumento de peso y disfunción sexual en el varón (7).

c) Olanzapina

Es un fármaco que se absorbe bien por vía oral y alcanza el pico plasmático a las 5 horas. La olanzapina tiene una semivida de eliminación de 27 horas. Puede administrarse una vez al día, con dosis iniciales de 5-10 mg/día, que pueden incrementarse hasta 20 mg/día (6).

Supera al haloperidol en el control de síntomas negativos, con muy escasa actividad extrapiramidal.

Puede provocar aumento de peso y no produce agranulocitosis (7).

d) Quetiapina

Tiene una absorción oral óptima, alcanza picos plasmáticos al cabo de 1,2-1,8 horas y la semivida oscila entre 2,2 y 3,2 horas, por lo que es necesario administrarla en dosis repetidas. Las dosis medias óptimas son de 400-800 mg/día (6).

e) Antipsicóticos de acción prolongada

Los pacientes esquizofrénicos son malos cumplidores de la medicación (aproximadamente el 50%) y dado que éste es el motivo principal de las recaídas, se buscaron formulaciones galénicas especiales para estos pacientes. Estas formulaciones son los antipsicóticos de acción prolongada (*depot*) que, generalmente, son esterificaciones de ácidos grasos con el antipsicótico (6).

2.1.4.2. Mecanismo de acción de los neurolépticos

Los neurolépticos antagonizan de manera selectiva y específica todo el espectro de acciones de la dopamina y de los agonistas dopaminérgicos directos o indirectos (apomorfina, anfetamina, bromocriptina, etc.), tanto en su expresión conductual como motora (7). No existe ningún antipsicótico, ya sea clásico o atípico, que carezca de la propiedad de fijarse con cierta afinidad, sobre receptores D2 (8).

El mecanismo más íntimamente relacionado con la actividad antipsicótica de los neurolépticos clásicos es su

capacidad para bloquear los receptores D2; existe una buena relación entre la magnitud de este bloqueo y su potencia clínica, con los efectos extrapiramidales y endocrinológicos, en dependencia de las vías dopaminérgicas bloqueadas en el sistema nervioso central (SNC). Sin embargo, en la esquizofrenia, la función dopaminérgica no es homogénea en todas las zonas cerebrales y mientras que en la zona mesolímbica existe una hiperfunción dopaminérgica, en la vía mesocortical parece existir un déficit funcional, responsable de la sintomatología de la esquizofrenia (8).

Estudios de neuroimagen realizados en humanos, indican que para que se produzca el efecto antipsicótico es necesario que más del 65% de los receptores D2 se hallen bloqueados (8).

Los distintos mecanismos de acción implicados en el proceso son:

-Bloqueo dopaminérgico. Los neurolépticos bloquean todos los subtipos de receptores dopaminérgicos, pero su máxima afinidad se expresa, en general, por el grupo formado por los subtipos D2/D3/D4, y especialmente por D2 (7). Existe una óptima correlación entre la afinidad de los neurolépticos por este subtipo y las concentraciones clínicamente eficaces en el paciente esquizofrénico; la única excepción es la clozapina, que se desvía de la línea de correlación, pero retorna a ella si se considera su afinidad por el receptor D4 (7).

Existe también una buena correlación entre la ocupación de receptores D2 y algunos de los efectos secundarios de los neurolépticos, particularmente la aparición de efectos extrapiramidales y aumento de la prolactina (7).

El bloqueo de los receptores D2 aparece unas pocas horas después de la administración del fármaco, así como la aparición de algunos de sus efectos farmacológicos; los efectos auténticamente antipsicóticos tardan días y semanas en conseguirse. Ello obliga a pensar que, o bien el bloqueo dopaminérgico es sólo el comienzo de una serie de reacciones en cadena dentro de los sistemas cerebrales que necesitan tiempo para establecer un nuevo equilibrio neuroquímico, o bien los neurolépticos actúan también sobre los receptores de otros sistemas neuroquímicos, y sólo cuando se estabilizan las interacciones entre unos y otros aparece la actividad antipsicótica (7).

-Selectividad en las acciones. El patrón de acciones responde a la actividad de los antipsicóticos típicos. Los atípicos muestran diferencias: menor capacidad de producir catalepsia a dosis que bloquean bien los signos de hiperactividad dopaminérgica provocada, hecho que se corresponde con una menor tendencia a producir reacciones extrapiramidales agudas y crónicas, y la menor capacidad de producir elevación de prolactina (7).

-Fenómenos de hipersensibilidad. La administración mantenida de neurolépticos provoca un fenómeno de hipersensibilidad ocasionada por un aumento en el número de receptores D2 postsinápticos. Este efecto se aprecia claramente sobre el estriado y es menos claro sobre la corteza. Para muchos autores, la hipersensibilidad dopaminérgica es la base de una reacción adversa que aparece en ocasiones tras tratamientos prolongados: la discinesia tardía (7).

2.1.4.3. Reacciones adversas

Las principales reacciones adversas producidas por los antipsicóticos las podemos clasificar en:

2.1.4.3.1. Sedación y bloqueo vegetativo.

La sedación es completamente independiente de la acción neuroléptica y no contribuye a la acción antipsicótica. Suele desarrollarse tolerancia a la acción sedante durante los primeros días.

El bloqueo vegetativo es consecuencia de la acción antagonista sobre los receptores -adrenérgicos y colinérgicos (7).

2.1.4.3.2. Reacciones extrapiramidales

Entre las principales reacciones extrapiramidales hay que destacar que unas son agudas, por sobredosificación: parkinsonismo, movimientos discinéticos y acatisia; mientras que otras aparecen en el curso del tratamiento crónico como la discinesia tardía.

Las reacciones agudas aparecen como consecuencia del bloqueo de receptores dopaminérgicos en la vía nigroestriada. Esto explica el síndrome parkinsoniano: temblor, marcha festinante, salivación, rigidez, facies inexpresiva. Algunos de estos síntomas pueden ser propios de la misma enfermedad psicótica. El parkinsonismo responde bien a la terapéutica anticolinérgica; la levodopa y los agonistas dopaminérgicos están contraindicados porque, al activar receptores dopaminérgicos, agravan la enfermedad psicótica (7).

En cuanto a los movimientos discinéticos y la acatisia, puede coexistir una mezcla de bloqueo dopaminérgico de receptores postsinápticos y de hiperactividad neuronal

dopaminérgica por bloqueo de autorreceptores; existe un desequilibrio en el delicado equilibrio de mecanismos dopaminérgicos del estriado. Ceden al reducir la dosis; si la discinesia es muy intensa, se puede administrar diazepam o un anticolinérgico por vía parenteral (7).

La discinesia tardía aparece en general tras varios meses o años de tratamiento y empeora al reducir o tratar de suspender la medicación o al añadir fármacos anticolinérgicos, mientras que mejora temporalmente al incrementar la dosis de neuroléptico. Se manifiesta de manera muy variada: movimientos bucolinguofaciales, movimientos coreicos de cuello, tronco o extremidades, de intensidad y combinaciones muy variables (7). Únicamente el 20% de los enfermos desarrolla el cuadro. En el 40% de los enfermos el síndrome continúa meses después de retirar la medicación, aun cuando la hipersensibilidad desaparece.

El tratamiento de la discinesia tardía es muy difícil. No es recomendable incrementar la dosis de neuroléptico, pero está indicada su sustitución por clozapina. El mejor método es prevenir su aparición, limitando la dosificación de neurolépticos a los mínimos requeridos (7).

2.1.4.3.3. Reacciones cardiovasculares

Aparte la hipotensión postural secundaria al bloqueo - adrenérgico, pueden aparecer alteraciones electrocardiográficas inespecíficas descritas, sobre todo, en el tratamiento con algunas fenotiazinas, en particular la tioridazina: prolongación de la repolarización ventricular con alargamiento del espacio QT, ensanchamiento, aplanamiento o inversión de la onda T, T bicúspide y onda

U. En general, estas alteraciones son reversibles con potasio (7).

2.1.4.3.4. Reacciones alérgicas, dérmicas y pigmentarias

Las fenotiazinas, en particular la clorpromazina, pueden desarrollar ictericia colestásica de carácter alérgico, con una frecuencia inferior al 0.5%. En ocasiones puede haber agranulocitosis, más frecuente con la clozapina, la tioridazina y la clorpromazina. También se observan reacciones alérgicas de la piel en forma de fotosensibilidad o retinografía pigmentaria propia de la tioridazina (7).

2.1.4.3.5. Alteraciones endocrinas

Las principales alteraciones endocrinas son: aumento de peso, impotencia, reducción de la libido, pérdida de eyaculación, ginecomastia con galactorrea o sin ella, amenorrea e irregularidades menstruales son las alteraciones endocrinas descritas en el tratamiento con antipsicóticos (7).

2.1.4.4. Interacciones farmacológicas

Las interacciones farmacológicas se pueden clasificar en:

- a) De carácter farmacodinámico. Potencian la acción de otros depresores centrales: opioides, ansiolíticos, hipnóticos, anestésicos y alcohol. Antagonizan la acción de los fármacos que actúan como agonistas de los receptores colinérgicos y adrenérgicos, y aumentan la acción de los respectivos antagonistas (7).
- b) De carácter farmacocinético. Por su actividad anticolinérgica pueden retrasar el vaciamiento gástrico y la absorción de otros fármacos. Inversamente, los

antiácidos pueden alterar la absorción de los neurolépticos (7).

2.1.5. Tratamiento no farmacológico

El tratamiento que los pacientes con esquizofrenia reciben con mayor frecuencia puede ser la combinación de medicación antipsicótica con alguna forma de terapia psicosocial (3).

El objetivo de estos abordajes es el de mejorar diferentes aspectos de la enfermedad (adaptación a los síntomas, prevención de recaídas) y maximizar el funcionamiento personal, familiar, laboral y social. Además, estos tratamientos pueden mejorar determinados síntomas negativos y la disfunción cognitiva (3,5).

Los tipos de abordaje que se han demostrado eficaces en la esquizofrenia son (3,5,9): tratamiento asertivo comunitario, psicoeducación familiar, empleo protegido, entrenamiento en habilidades sociales, aprendizaje de habilidades de manejo de la enfermedad, terapia cognitivo-conductual para los síntomas psicóticos.

El tipo de abordaje psicosocial estará en función del estado clínico y el grado de cronicidad de los pacientes, siendo a veces necesaria la realización de más de un abordaje ya sea de forma voluntaria o consecutiva (3,5).

2.2. La adherencia al tratamiento

2.2.1. Concepto de adherencia

El informe sobre salud en el mundo para el año 2001 destaca que: *“el manejo eficaz de los trastornos mentales incluye un seguimiento atento a la adherencia al tratamiento... según se ha comprobado, la existencia de un trastorno mental o*

conductual se suele acompañar de un grado deficiente de cumplimiento de los regímenes terapéuticos” (10).

Este señalamiento ratifica y da constancia de la imperiosa necesidad de realizar y evaluar las acciones válidas que promueven la adherencia a los tratamientos, dadas las diversas consecuencias que la carencia de ésta puede generar, no sólo en los pronósticos de los pacientes, sino incluso pudiendo empeorar su situación patológica, disminuir su calidad de vida y la de su familia, e incrementando los costes sanitarios (10).

El asunto de la adherencia ha sido abordado por múltiples investigaciones, sin embargo en la observación juiciosa de éstas, se encuentran serias dificultades para hallar un concepto unificado o por lo menos una diferenciación clara a nivel conceptual y el cumplimiento terapéutico (10).

La adherencia es definida por la mayoría de los estudios, como la medida del grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y la prescripción del profesional de la salud, que incluye medidas farmacológicas o no (9). Esto indica un compromiso que parte de la evaluación coste-beneficio, así como una apreciación sobre la enfermedad y su tratamiento además pone en claro las intenciones particulares de cambio, que se introducen activamente en la relación entre el consultante y el profesional de la salud, constituyendo las bases para el trabajo en equipo del proceso terapéutico (10).

El cumplimiento implica conseguir que el paciente siga las instrucciones del médico (9). Se entiende esto, de manera opuesta, como una conducta más cercana a la obediencia, dado que no se precisa tener en cuenta los factores decisionales del lado del paciente sino únicamente la conducta

coincidente a la orden médica, siendo susceptible de analizarse por su ausencia o presencia (10).

No obstante, la diferenciación entre cumplimiento y adherencia, resulta ser insuficiente para describir y comprender los elementos que componen esta última; hecho que se halla en varias investigaciones que inicialmente confunden el término adherencia con cumplimiento (10). Por ello en la mayoría de ocasiones se utiliza de manera indistinta cumplimiento y adhesión.

Un informe de la OMS del 2003 aclara que la diferencia principal es que la adherencia requiere el consentimiento del paciente en cuanto a las recomendaciones, por lo que es necesario que los pacientes colaboren activamente con los profesionales de la salud en sus propios cuidados (9).

Al hablar de adherencia estamos haciendo referencia a un fenómeno múltiple, porque son muchas las conductas que en ella se incluyen, y complejo, porque se pueden dar en unas circunstancias pero no en otras y a una parte del tratamiento pero no en otras (11).

Hay una serie de factores relacionados con la adherencia, que diversos autores clasifican en 4 bloques (9,12):

- Relacionados con el paciente: negación de la enfermedad, desconfianza en el tratamiento y en los profesionales, creencias, características personales...
- Relacionados con la enfermedad: la evaluación, las patologías comórbidas, el subtipo de trastorno...
- Relacionados con el tratamiento: efectos secundarios, tipo de tratamiento, la dosis...

- Relacionados con el entorno: la actitud de los familiares y personas significativas ante la enfermedad y el tratamiento y la relación paciente-profesional.

2.2.2. La adherencia farmacológica en la esquizofrenia

El incumplimiento del tratamiento sigue siendo un problema de primera orden en la esquizofrenia (13).

No es raro que los pacientes esquizofrénicos dejen de tomar su medicación, no acudan a las consultas y/o oculten información esencial para el tratamiento. Incluso, si un paciente deja de tomar medicación durante la fase estable o de mantenimiento, puede sentirse mejor al no experimentar efectos adversos y llegar a conclusión errónea de que la medicación no lo ayudaba (2).

Las tasas de adherencia en los pacientes tratados por enfermedades crónicas de cualquier especialidad oscilan entre el 43% y el 78%, y aunque las tasas de adherencia en la esquizofrenia son muy variables se estima una media de 41% (13).

Al revisar distintos estudios sobre el tema se vio que los factores más constantemente asociados con falta de adhesión a la medicación fueron la falta de conciencia de enfermedad, la actitud negativa hacia la medicación, el abuso de sustancias actual o pasado, una débil alianza terapéutica, entre otros (2).

El impacto del incumplimiento terapéutico en la evolución de los pacientes con esquizofrenia es muy importante ya que, como ya se ha comentado con anterioridad, aumenta el riesgo de recaídas con ingresos hospitalarios más frecuentes, aumenta el riesgo de suicidio, incrementa los

costes sanitarios, disminuye la calidad de vida y repercute claramente en las familias y los cuidadores (12,13).

2.2.3. El papel de la Enfermería en la adherencia

La observación por parte de Enfermería acerca del abandono del tratamiento farmacológico de los pacientes esquizofrénicos hace que nos replanteemos cuestiones como cuál es el motivo de este abandono/incumplimiento y cómo son nuestras relaciones con los pacientes no adheridos a los tratamientos (9).

Como ya se ha dicho anteriormente, el cumplimiento mejora en relación con la confianza que podamos transmitir, y en relación a nuestras capacidades y conocimientos. La relación paciente/enfermera compone un sistema interpersonal muy importante en el tratamiento de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento.

Está implicada en esta relación la comunicación no verbal, el contacto ocular, la sonrisa...estos factores según la bibliografía consultada influyen significativamente en que el paciente mantenga la relación terapéutica e, indirectamente, sobre el cumplimiento de las prescripciones (9).

Es muy importante que cada integrante del grupo multidisciplinar aporte una serie de contribuciones individuales que desde cada ámbito profesional se pueden realizar en el abordaje global. La enfermería, por su proximidad en la atención del paciente, entendida desde la frecuencia de contactos como desde la percepción que el paciente tiene sobre el propio personal. En la práctica son diversas las ocasiones en las cuales el paciente acude a la enfermera para consultar dudas, comentar sensaciones, expresar preocupaciones o problemas, etc. (12)

3. PREGUNTA DE ESTUDIO

Como ya se ha visto en la introducción de este trabajo el tratamiento farmacológico es fundamental en la enfermedad de los pacientes psicóticos. Sin embargo, los pacientes psicóticos presentan una baja adherencia al tratamiento farmacológico con el empeoramiento en el control de la enfermedad que este hecho supone.

El colectivo enfermero y en particular las enfermeras de salud mental están en una posición clave para ayudar a una mejora en la adherencia en la terapia con antipsicóticos.

Por lo tanto, la pregunta de estudio que nos planteamos en este trabajo de final de grado es: ¿Qué estrategias se pueden llevar a cabo desde el campo de la enfermería para la mejora del tratamiento farmacológico en pacientes esquizofrénicos?

4. METODOLOGÍA

Para responder a la pregunta planteada en este trabajo de final de grado vamos a realizar una revisión bibliográfica en 7 de las principales bases de datos científicas: Pubmed, Dialnet, Scielo, Cuiden, Scopus, Cochrane y LILACS.

4.1. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión utilizados en esta búsqueda bibliográfica son los siguientes:

- Criterios de inclusión.

Se incluyeron estudios en los que los integrantes de los mismos fuesen pacientes con esquizofrenia participantes en ensayos clínicos en servicios de salud mental. Fueron incluidos también estudios tanto cualitativos como cuantitativos y revisiones bibliográficas.

En cuanto al idioma, fueron seleccionados aquellos que estaban escritos en español, inglés o portugués. En cuanto a la cobertura cronológica los artículos aceptados fueron publicados del 01/01/1999 al 31/12/2014.

- Criterios de exclusión.

Se llevó a cabo tras la primera lectura del resumen de todos los artículos obtenidos en la búsqueda bibliográfica, desechando una gran mayoría por no responder a la pregunta objeto de estudio o por no encontrarse en texto completo. Fueron excluidos también los artículos publicados anteriores al año 1999.

4.2. Variables de estudio

Las principales variables del estudio son:

- Adherencia al tratamiento.
- Calidad de vida y satisfacción del paciente.
- Efectos secundarios.

4.3. Búsqueda artículos

4.3.1. PUBMED

PubMed es un motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica. Ofrecido por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos como parte de Entrez. MEDLINE tiene alrededor de 4800 revistas publicadas en Estados Unidos y en más de 70 países de todo el mundo desde 1996 hasta la actualidad.

La búsqueda fue realizada el 24 de febrero, y los términos utilizados en la búsqueda de esta base de datos ha sido: adherence AND treatment OR therapeutic AND psychotics.

Además se acotó la búsqueda utilizando los siguientes criterios: Clinical Trial, Review, Free Full Text. En cuanto al período temporal se restringió a las publicaciones desde 01/01/1999 hasta el 31/12/2014. Otra de las limitaciones que se han establecido en esta búsqueda es la publicación de artículos en Español, Inglés o Portugués.

Con esta búsqueda se han encontrado 45 artículos, y una vez analizado el resumen de los artículos y ver los que disponen de texto completo se han elegido 4 artículos.

En la Tabla IV se muestran los artículos válidos encontrados en la base de datos PubMed.

Autor	Título	Año	Revista	Factor de impacto
Farooq S et al (17)	<i>Takling nonadherence in psychiatric disorders: current opinion</i>	2014	<i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i>	-
Valenstein M et al (19)	<i>Using a pharmacy-based intervention to improve antipsychotic adherence among patients with serious mental illness</i>	2009	<i>Schizophrenia bulletin</i>	8.607

Tabla IV. Artículos válidos encontrados en la base de datos PubMed.

- (no indexada en Journal Citation Report, JCR).

Autor	Título	Año	Revista	Factor de impacto
Morken G et al (16)	<i>Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia</i>	2008	<i>BMC Psychiatry</i>	2.237
Laan W et al (18)	<i>Low treatment adherence with antipsychotics is associated with relapse in psychotic disorders within six months after discharge</i>	2010	<i>Pharmacopsychiatry</i>	2.168

Tabla IV (Continuación I). Artículos válidos encontrados en la base de datos PubMed.

- (no indexada en JCR).

4.3. 2. DIALNET

Dialnet es un portal de difusión de la producción científica hispana que inició su funcionamiento en el año 2001 especializado en ciencias humanas y sociales. Su base de datos, de acceso libre, fue creada por la Universidad de La Rioja y constituye una hemeroteca virtual que contiene los índices de las revistas científicas y humanísticas de España, Portugal y Latinoamérica, incluyendo también monografías, tesis doctorales y otro tipo de documentos.

En esta base de datos se han realizado diferentes búsquedas al utilizar distintos términos.

4.3.2.1. Primera búsqueda en Dialnet (búsqueda realizada 11/02/2015)

En la primera búsqueda de esta base de datos se han utilizado como palabras clave: adherencia, tratamiento, psicóticos.

Con dicha búsqueda se han encontrado 17 artículos, y una vez analizado el resumen de los artículos y determinar los que tienen texto completo se ha elegido uno.

En la Tabla V. se muestran los artículos válidos encontrados en la base de datos Dialnet, en la primera búsqueda.

Autor	Título	Año	Revista	Factor de impacto
González J <i>et al</i> (9)	La baja adherencia al tratamiento psicótico: actuación de enfermería	2005	Enfermería Global	-

Tabla V. Artículos válidos encontrados en la base de datos Dialnet (primera búsqueda).

- (no indexada en JCR)

4.3.2.2. Segunda búsqueda en Dialnet (búsqueda realizada 24/03/2015)

Los términos utilizados en la segunda búsqueda han sido: adherencia, tratamiento, enfermería.

Con esta búsqueda se han encontrado 57 artículos, y una vez analizado el resumen y determinar los que tienen texto completo se ha elegido uno.

En la Tabla VI se muestran los artículos válidos en la base de datos Dialnet, en la segunda búsqueda.

Autor	Título	Año	Revista	Factor de impacto
Giner Jet <i>al</i> (13)	Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: consenso de enfermería en salud mental	2010	Actas Españolas de Psiquiatría	0.759

Tabla VI. Artículos válidos encontrados en la base de datos de Dialnet (segunda búsqueda).

4.3.3. CUIDEN (búsqueda realizada el 05/04/2015)

Cuiden es una Base de Datos Bibliográficos de la Fundación Index que incluye producción científica sobre Cuidados de la Salud en el espacio científico Iberoamericano tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades y de promoción de la salud, como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y otros documentos, incluso materiales no publicados, cuyos contenidos han sido evaluados previamente por un comité de expertos.

Se han utilizado adherencia, tratamiento, psicóticos como términos principales de la búsqueda.

Con esta búsqueda se han encontrado 14 artículos, de los cuales una vez analizado el resumen y determinar los que tienen texto completo se han escogido tres artículos.

En la Tabla VII se muestran los artículos válidos encontrados en la base de datos Cuiden.

Autor	Título	Año	Revista	Factor de impacto
Laparra Garrido J <i>et al</i> (15)	Risperidona inyectable: efectos secundarios y adherencia al tratamiento	2009	Pulso	-
García Pardos AM <i>et al</i> (20)	Evaluación del programa de enfermería. Administración de neurolépticos <i>depot</i>	2006	Enfermería Científica Altoaragonesa	-
Lluch Canut M <i>et al</i> (12)	La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería	2006	Revista Presencia	-

Tabla VII. Artículos válidos encontrados en la base de datos Cuiden.

- (no indexada en JCR).

4.3.4. Scielo (búsqueda realizada el 13/02/2015)

Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) es un modelo para la publicación electrónica cooperativa de revistas científicas en Internet, iniciativa de la Fundación para el Apoyo de la Investigación del Estado de São Paulo, Brasil y del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), que permite que la publicación electrónica de ediciones completas de las revistas científicas mediante una plataforma de software que posibilita el acceso a través de distintos mecanismos, incluyendo listas de títulos por materia, índices de autores y materias y un motor de búsqueda.

Los criterios de búsqueda en Scielo han sido los siguientes: adherencia, tratamiento, esquizofrenia.

Adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos

Los resultados de la búsqueda han sido 6 y tras la lectura del resumen y determinar cuales tienen texto completo se han escogido dos artículos.

En la Tabla VIII se muestran los artículos válidos encontrados en la base de datos Scielo.

Autor	Título	Año	Revista	Factor de impacto
Rodríguez García MJ <i>et al</i> (14)	Enfermeras de Atención Primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica	2012	Enfermería Global	-
Bechelli LP (21)	Antipsicóticos de acción prolongada en el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia. Parte I. Fundamentos de su desarrollo, beneficios y nivel de aceptación en diferentes países y culturas.	2003	Revista Latino-Americana. Enfermagem	-

Tabla VIII. Artículos válidos encontrados en la base de datos Scielo.

- (no indexada en JCR).

4.3.5. SCOPUS (búsqueda realizada el 24/04/2015)

Es una base de datos bibliográfica de resúmenes y citas de artículos de revistas científicas. Cubre aproximadamente 18000 títulos de más de 5000 editores internacionales, incluyendo la cobertura de más de 16500 revistas revisadas por pares de las áreas de ciencias, tecnología, medicina y ciencias sociales, incluyendo artes y humanidades. Está editada por Elsevier.

En esta base de datos las términos de búsqueda fueron: schizophrenia AND nurse AND compliance OR adherence AND drugs.

Con esta búsqueda se han obtenido 12 resultados, y una vez analizados el resumen y determinar los que tienen texto completo se han escogido 2 artículos.

En la Tabla IX se muestran los artículos válidos encontrados en la base de datos Scopus.

Autor	Título	Año	Revista	Factor de impacto
Morton K et al (24)	<i>Adherence challenges and long-acting injectable antipsychotic treatment in patients with schizophrenia</i>	2013	<i>Journal of Psychosocial and Mental Health Services</i>	-
Mangan B et al (25)	<i>Adherence to risperidone long-acting injection dosing recommendations</i>	2009	<i>Progress in Neurology and Psychiatry</i>	-

Tabla IX. Artículos válidos encontrados en la base de datos Scopus.

- (no indexada en JCR).

4.3.6. COCHRANE

Cochrane es una colección de bases de datos sobre ensayos clínicos controlados en medicina y otras áreas de la salud relacionadas con la información que alberga la Colaboración Cochrane.

Se han utilizado los siguientes términos para realizar la búsqueda en esta base de datos: “Medication Adherence” AND “Psychotic Adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos

Disorders”. Con esta búsqueda el número de resultados obtenido ha sido 36, pero ninguno se adecúa al tema que vamos a tratar en este trabajo.

4.3.7. LILACS (búsqueda realizada el 20/03/2015)

LILACS es el acrónimo de Literatura Latinoamericana de Información de Ciencias de la Salud. Es una de las bases de datos más importantes de Bireme (Biblioteca Regional de Medicina). Ésta coordina, mantiene e indexa literatura relativa a Ciencias de la Salud, publicada en los países de la Región desde el año 1980.

Se han utilizado los siguientes criterios de búsqueda para esta base de datos: drugs AND nurse AND adherence OR compliance AND schizophrenia.

Con esta búsqueda se han obtenido 16 resultados, y una vez analizados el resumen y determinar los que tienen texto completo se han escogido 2 artículos. En la tabla X se muestran los artículos válidos encontrados en la base de datos LILACS.

Autor	Título	Año	Revista	Factor de impacto
Marland GR et al (22)	<i>Depot neuroleptics, schizophrenia and the role of the nurse: is practice evidence based? A review of the literature</i>	1999	<i>Journal of advanced nursing</i>	1.685

Tabla X. Artículos válidos encontrados en la base de datos LILACS.

Autor	Título	Año	Revista	Factor de impacto
Jones A. (23)	<i>What are the nursing implications when the paliperidone prolonged release for people with schizophrenia</i>	2008	<i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>	0.978

Tabla X (Continuación I). Artículos válidos encontrados en la base de datos LILACS.

5. RESULTADOS

Después de la realización de la búsqueda bibliográfica para el trabajo de final de grado se han seleccionado un total de 15 artículos. 6 de ellos están indexados en el JCR con un factor de impacto medio de 2,739.

5.1. Resumen de los artículos

5.1.1 Resumen del artículo González *et al* (9)

Este artículo se trata de una revisión bibliográfica donde se exponen algunas de las diferentes mejoras existentes por parte de la enfermería, para que un paciente con patología mental sea adherente al tratamiento (9). Entre estas intervenciones se recalca la puesta en marcha de programas psicoeducativos haciendo partícipes a los pacientes en su terapia farmacológica y en la evolución de su enfermedad. Esta psicoeducación requiere una serie de actividades entre las que se encuentran la evaluación de conocimientos que poseen los pacientes e indagar sobre su estilo de vida, proporcionar información tanto oral como escrita de la medicación y realizar una evaluación de la información acerca de la medicación y la enfermedad.

5.1.2 Resumen del artículo de Lluch Canut *et al* (12)

Revisión bibliográfica (12) en la que se reflejan algunas de las actividades realizadas por la enfermería para la mejora de la adherencia.

Se fomenta el abordaje multidisciplinar y el trabajo en equipo, dándole importancia a las contribuciones individuales que desde cada ámbito profesional se pueden realizar para el abordaje global en este tipo de patología. La enfermería también se caracteriza por la proximidad en la atención, desde la frecuencia de contactos como la percepción por parte del parte del paciente acerca del colectivo enfermero.

Se presentan una serie de consideraciones generales en cuanto al cumplimiento, desarrollándose el tema con la taxonomía NANDA (*North American Nursing Association*), incluyendo como diagnósticos principales el incumplimiento del tratamiento y el manejo inefectivo de régimen terapéutico, y se plantean una serie de reflexiones para desarrollar intervenciones NIC (*Nursing Interventions Classification*) de enfermería como pueden ser la escucha activa, asesoramiento, apoyo emocional, facilitar la autorresponsabilidad, entre otros, y conseguir los resultados NOC (*Nursing Outcomes Classification*) esperados.

Se exponen también las ventajas a la hora de utilizar antipsicóticos inyectables, disminuyendo las recaídas y los reingresos.

5.1.3 Resumen del artículo Giner *et al* (13)

En este estudio (13) se expone la necesidad de conocer la opinión del colectivo enfermero como pieza clave para el éxito de las estrategias a diseñar en la mejora de la adherencia farmacológica en la esquizofrenia a nivel nacional, formando parte del grupo ADHES (Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia). Para ello se diseñó un cuestionario con un total de 43 preguntas enviado a 215 enfermeros del ámbito de la salud mental. En estas cuestiones se preguntaba sobre distintos aspectos de la adherencia terapéutica: definición y valoración general, factores implicados, estrategias de intervención

para la mejora de la adherencia en pacientes ambulatorios y en la unidad de agudos y, finalmente, un bloque de preguntas relacionadas con el incumplimiento terapéutico y el manejo de los antipsicóticos inyectables de larga duración.

A partir de los resultados obtenidos se proponen una serie de intervenciones, como pueden ser mostrar interés por los problemas y necesidades del paciente, identificar con el paciente las consecuencias de no tomar medicación, proporcionarle apoyo emocional, entre otros.

A día de hoy no existe ningún planteamiento de intervención consensuado.

5.1.4 Resumen del artículo Rodríguez García MJ *et al* (14)

Estudio cualitativo (14) en que por medio de grupos focales y entrevistas en profundidad a 27 enfermeros de Atención Primaria de un Área Sanitaria de Asturias se da a conocer cómo se percibe y cómo se aborda la adherencia farmacológica desde el punto de vista de la enfermería en el ámbito de la Atención Primaria, identificando áreas de mejora para la misma. Estas entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas para el análisis del contenido.

Se considera que la preocupación por el cumplimiento es mayor en otras patologías, donde debería existir una responsabilidad compartida entre el médico y las enfermeras para una mejora en el cumplimiento.

Las enfermeras efectúan una valoración de la adherencia mediante la formulación de preguntas a los pacientes, realizándose posteriormente intervenciones centradas en la educación (proporcionar información tanto oral como escrita y mejorar conocimientos sobre la enfermedad, el tratamiento y la importancia de la adherencia), conductuales (asociar, por ejemplo, la toma de un fármaco con una actividad diaria) y de apoyo social y familiar.

Se ponen en manifiesto también una serie de dificultades que encuentran las profesionales en el manejo de la adherencia como pueden ser una discontinuidad entre Atención Primaria y Especializada, información parcial y confusa de los fármacos o insuficientes conocimientos en farmacología.

5.1.5 Resumen del artículo Laparra Garrido *et al* (15)

Estudio cualitativo en el que se valoran, por medio de una entrevista, los efectos secundarios provocados por la administración de risperidona inyectable en 31 pacientes ambulatorios de un centro de salud mental, y valorar si éstos producen algún tipo de interferencia en su vida diaria (15). Los resultados determinaron que en un 70% de los casos se produce un aumento de peso e una interferencia de 1 de cada 5 pacientes, mientras que un 40% refieren una leve disminución del deseo sexual. Se compara también la percepción que tienen los pacientes en cuanto a la interferencia de los antipsicóticos con la vida diaria la cual no resulta significativa y la visión de los profesionales no difiere mucho de la de los pacientes.

Se concluye la existencia de una buena adherencia, pero con la necesidad de realizar más estudios comparativos.

5.1.6 Resumen del artículo Morken G *et al* (16)

Este artículo describe un estudio controlado en el que participan 50 pacientes a los cuales se les administran antipsicóticos tanto oral como inyecciones de depósito en un seguimiento de 2 años (16).

El objetivo del estudio fue la valoración de la adherencia al tratamiento en estos pacientes.

A unos pacientes se les administraron antipsicóticos de primera generación, a otros clozapina y otros antipsicóticos de segunda generación que no fuese la clozapina.

De manera adicional, un grupo de pacientes asignados al azar recibieron programas de psicoeducación.

Para verificar la adherencia de al tratamiento de los pacientes se utilizaron muestras de sangre, pudiendo así optimizar el nivel de dosis si fuese necesario.

La adherencia fue calificada en una escala de 4 puntos. Y la medición de la misma se basó en entrevistas a los pacientes.

19 de 29 pacientes a los cuales les administraron los antipsicóticos de primera generación obtuvieron una buena adherencia, al igual que los que recibieron clozapina (12 de 16) y los que recibieron los de segunda generación (10 de 12 pacientes).

Se determina que los usuarios de medicación de depósito sufrieron mayores recaídas a lo largo de 2 años.

5.1.7 Resumen del artículo Farooq S *et al* (17)

Revisión bibliográfica (17) en la que se examina la naturaleza de las intervenciones que pueden ser llevadas a cabo para la mejora de la adherencia y cómo pueden ser utilizadas en la práctica clínica.

Se sabe que existe un problema con la adherencia farmacológica demostrada con diferentes estudios y ésta puede darse de manera continua o intermitente dependiendo de la evolución de la enfermedad.

Los pacientes incluidos en ensayos clínicos reciben mayor atención por parte de los profesionales bien sea mediante recordatorios para asistir a las citas, sesiones de evaluación o medidas de adherencia.

No existen herramientas para evaluar la adherencia farmacológica de manera fiable para los trastornos psiquiátricos. Se plantean métodos como la observación del paciente mientras toman la medicación, el recuento de pastillas, o la formulación de preguntas al paciente como pueden ser: *¿Cómo está tomando su medicación?, ¿alguna vez ha*

olvidado tomar la medicación?, ¿cómo se siente desde que empezó a tomar la medicación?

Los procedimientos utilizados para la mejora de la adherencia se centran en intervenciones psicosociales (modifican el comportamiento del paciente y fomentan el cumplimiento) y farmacológicos (conseguir una buena relación terapéutica, donde se requiere que todos los aspectos del tratamiento farmacológico se equilibren para adaptarse a cada paciente, ajustando las dosis si fuese necesario y tratando los efectos secundarios).

El fomento de la educación y una toma de decisiones compartida entre el paciente y la enfermera son algunas propuestas de mejora.

5.1.8 Resumen del artículo Laan W *et al* (18)

Estudio de una cohorte cuyo objetivo es evaluar la asociación entre la adherencia al tratamiento con antipsicóticos, ya sean orales o de inyección, y las recaídas que se pueden ocasionar (18).

Fue realizado a 477 pacientes diagnosticados de esquizofrenia, de los cuales 160 recayeron a los seis meses del alta.

La adherencia es evaluada a partir del ratio de posesión de medicamentos.

En cuanto al consumo real del medicamento puede que no sea muy realista, ya que los pacientes pueden no tomar la medicación que recogen.

Se concluyó que el riesgo de recaída se redujo de forma considerable cuando un paciente está adecuadamente adherido al tratamiento.

Se pone en manifiesto la necesidad de programas de apoyo tras el alta para evitar reingresos.

5.1.9 Resumen del artículo Valenstein M *et al* (19)

Se evalúa por medio de este estudio la intervención basada en la farmacia para la mejora de la adherencia a los antipsicóticos (19).

Como objetivos secundarios se examinan los efectos que producen las intervenciones sobre los pacientes, calidad de vida y la satisfacción con los servicios sanitarios. No solo fueron aceptados los pacientes diagnosticados de esquizofrenia también con trastorno esquizoafectivo o bipolar. 118 pacientes fueron incluidos en el estudio (67% de los participantes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, y 33% con trastorno bipolar).

Se evaluó la adherencia por medio el ratio de posesión de medicamentos. La medicación más prescrita fue la olanzapina y la risperidona. Se calcula que aproximadamente el 74% de los participantes completaron el estudio.

La adherencia ha sido buena en este estudio.

5.1.10 Resumen del artículo García Pardos AM *et al* (20)

Este artículo (20) es un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal acerca de la cumplimentación del Programa de Enfermería de la Administración de Neurolépticos Depot.

El estudio fue realizado en 44 pacientes, de los cuales 9 abandonaron la asistencia a la consulta. 14 de estos pacientes iniciaron el tratamiento con flufenazina decanoato, 17 con risperidona y 8 con zuclopentixol, produciéndose variaciones entre los diferentes fármacos en 11 pacientes y finalizando el estudio 13 pacientes con flufenazina decanoato, 13 con risperidona, 4 con zuclopentixol y se desconoce el tratamiento en los 9 pacientes que abandonaron el estudio. Debido al reducido número de abandonos (9 en total) no se puede realizar una relación significativa entre el fármaco y el abandono.

La adherencia es evaluada mediante la revisión de las observaciones por parte de la enfermería, los registros específicos y el carnet de tratamiento.

En “El Programa de Administración de Neurolépticos Depot” se realizan las siguientes actividades de enfermería: administración del inyectable, anotar la cita de la próxima visita, asegurar la realización de la receta para la próxima inyección, registro de la fecha, medicación, dosis y frecuencia, valoración de los efectos secundarios e instaurar medidas correctoras si fuese preciso, toma de tensión y peso, confirmar la asistencia a la cita con su psiquiatra de referencia y recaptar a aquellos pacientes que no acuden a su cita.

Con todo esto, se observó una adherencia de 95% pero con un índice de recaptación de 41% a lo largo del estudio.

En cuanto a los efectos secundarios, se produce algún tipo de reacción en 35 pacientes (89,7%), siendo los más comunes extrapiramidales (26 pacientes, representando el 66,7% de los pacientes, presentaron temblor, a excepción de uno con acatisia), endocrinos (presentes en 10 pacientes, se evidencian disfunciones sexuales, aumento del apetito), anticolinérgicos (sequedad en la boca, estreñimiento, entre otros, y están presentes en 29 pacientes).

5.1.11 Resumen del artículo Bechelli LP (21)

Update acerca de la utilización de los antipsicóticos incluyendo la risperidona inyectable como novedad en el tratamiento de la esquizofrenia y propuestas de mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes con esta enfermedad (21).

La falta de adherencia al tratamiento abarca una serie de factores entre los que aparece la negativa a la toma de medicación por parte del paciente, la administración insuficiente de medicación y la propia interrupción del tratamiento, entre otras.

Los antipsicóticos permiten al paciente llevar una vida más normal sin tener que estar ingresado, aunque cuando ven que mejoran dejan de tomar el tratamiento debida a la escasa conciencia de la enfermedad que la mayoría poseen, o a que no reconocen el beneficio que les puede proporcionar el antipsicótico.

Se deben tener en cuenta los factores intrínsecos propios de la patología (delirios, déficit cognitivo, desorganización, etc.) y la gravedad de la misma.

Subraya la importancia fundamental que tiene la alianza terapéutica, como un punto clave para la mejora de la adherencia. Se aconseja también hacer partícipe a la familia en los programas psicoeducativos.

5.1.12 Resumen del artículo Marland GR *et al* (22)

Revisión bibliográfica acerca de la adherencia farmacológica y los antipsicóticos de depósito con las consiguientes intervenciones de enfermería (22).

No existe una clara evidencia de que los pacientes fuesen menos adherentes a la medicación oral que a los inyectables y se debe tener en cuenta que es posible que existan recaídas aunque exista adherencia. Sugieren que los antipsicóticos tienen la función de otorgar confortabilidad la paciente.

En cuanto al papel de la enfermera, se fomenta la alianza terapéutica, implicar al paciente en el paciente fomentando una participación activa del mismo. La enfermera debe tener conocimientos acerca de los múltiples efectos secundarios e involucrar al paciente en su reconocimiento y mejora.

5.1.13 Resumen del artículo Jones A (23)

Revisión bibliográfica de estudios que han investigado la eficacia y la tolerabilidad de la paliperidona de acción prolongada en pacientes esquizofrénicos (23).

Adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos

Las enfermeras que prescriben medicamentos, como es en el caso del Reino Unido, deben hacerlo mediante un examen de evidencia, basándose en la experiencia clínica y respondiendo a la selección realizada por el paciente.

En el caso de la paliperidona, es necesario conocer cómo funciona el medicamento en el organismo. Existe poca evidencia científica de este medicamento.

Existen una serie de consideraciones de este fármaco que la enfermería a la hora de la práctica clínica debe tener en cuenta como son los efectos secundarios que esta produce (discinesia, movimientos parkinsonianos, aumento de peso, hiperprolactemia, entre otros) y saber identificar porque un tipo de fármaco puede ser más adecuado que otro dependiendo de la respuesta obtenida del paciente.

Se realizó un estudio en el que participaban 628 pacientes con la prescripción de 9 mg de paliperidona, y se pudo concluir que la adherencia a este fármaco fue satisfactoria. En total el 21% de los pacientes incluidos en un estudio interrumpieron por voluntad propia el estudio y el 7% debido a la presencia de efectos adversos

5.1.14 Resumen del artículo Morton K *et al* (24)

Este artículo es una revisión bibliográfica (24) en el que se compara el tratamiento oral con los inyectables de acción prolongada en pacientes esquizofrénicos para valorar la adherencia al tratamiento en este tipo de patología.

Los antipsicóticos de acción prolongada fueron desarrollados con la intención de mejorar el tratamiento a largo plazo.

Se hace una valoración acerca de la eficacia de los antipsicóticos tanto orales como los inyectables. Los fármacos atípicos se muestran eficaces frente a los síntomas positivos y alguno sobre los negativos,

menor propensión a causar efectos secundarios extrapiramidales o discinesia tardía entre otros.

No existe un paciente ideal para los antipsicóticos de acción prolongada.

La enfermería se encuentra en una posición clave para ayudar a estos pacientes mediante asesoramiento y educación de la salud. Ayudar a los pacientes a comprender la importancia de estar bien adherido al tratamiento utilizando estrategias clave como son información acerca de la medicación y el método de administración que se va a utilizar, proporcionar seguimiento en cuanto a la inyección del antipsicótico, revisar el por qué se utiliza esa medicación y hacer hincapié en las posibles consecuencias de la falta de tratamiento como algunas de las medidas importantes para apoyar a los pacientes.

5.1.15 Resumen del artículo Mangan B *et al* (25)

Estudio en el que se evalúa cómo afecta a la adherencia farmacológica una serie de recomendaciones propuestas por un grupo de enfermeras de salud mental en relación al tratamiento con risperidona de acción prolongada (24).

Se llevó a cabo un estudio a 1647 pacientes en 32 centros de Reino Unido y se tuvieron en cuenta las propuestas que los fabricantes aconsejaron en base a la dosis, el ajuste de la misma y la suplementación del antipsicótico.

La auditoría mostró que la mayor parte de los pacientes (entre el 67 y el 92%) se iniciaron con la risperidona de acción prolongada según al menos una de las cuatro normas propuestas.

Como conclusión se determina que los pacientes sometidos a tratamiento con este antipsicótico están asociados a una baja tasa de hospitalización y que este proporciona un buen control de los síntomas. Esto junto con las mejoras que les ofrecen a los pacientes

en cuanto a la calidad de vida, podría animarlos a permanecer adherentes.

5.2. Análisis conjunto de los artículos seleccionados en la revisión bibliográfica

Tras haber realizado la lectura y el posterior análisis de los artículos se van a exponer los distintos puntos en común obtenidos en los mismos.

5.2.1 Concepto de falta de cumplimiento en los pacientes psiquiátricos en los artículos revisados

Existe conciencia por parte de los profesionales sanitarios de la problemática que la falta de adherencia supone en la práctica clínica (13) y el impacto que esto implica en la evolución de los pacientes con esquizofrenia. Esta falta de adherencia supone un aumento en el riesgo de recaídas con ingresos hospitalarios más frecuentes (13,16, 18, 20,21), un aumento también del riesgo de suicidio (13,21), incrementa los costes sanitarios (12, 13), disminuye la calidad de vida (12,13) y repercute claramente en las familias y en los cuidadores (13).

Según el estudio realizado por Lieberman et al (17), el tratamiento de la esquizofrenia no es satisfactorio teniendo en cuenta que el 75% de los pacientes lo interrumpen dentro de los primeros 18 meses. Se estima que dos de cada tres pacientes no cumplen con su tratamiento y que el 74% de los abandonos se producen antes de los 18 meses, mientras que el 40% lo hace por voluntad propia (15).

Por otro lado, si se consigue que el paciente tenga una situación estable, desde el punto de vista sintomatológico, se puede trabajar el abordaje de los componentes psicosociales (12).

5.2.2 Tipo de estrategia utilizada para controlar la adherencia al tratamiento en los artículos revisados

Los métodos para la valoración de la adherencia encontrados en los artículos se pueden dividir en diversos apartados:

a) Entrevistas al colectivo enfermero

La adherencia fue valorada desde la perspectiva de la enfermería por medio de la formación de grupos focales y la realización de entrevistas en dos artículos (14,15).

b) Cuestionarios realizados por personal enfermero

En uno de los estudios, por medio de un cuestionario dirigido a personal de enfermería se puso en consenso la opinión que éstos aportaban acerca del cumplimiento terapéutico en los pacientes con esquizofrenia, pudiendo así confeccionar intervenciones para la mejora de la adherencia (13).

c) Entrevistas a los pacientes y llamadas telefónicas

En dos de los artículos (15,16) se llevaron a cabo entrevistas a los pacientes para valorar los efectos adversos que les suponía la administración del tratamiento y cómo este afectaba a su vida diaria (15).

La formulación directa de preguntas al paciente por parte de la enfermera en cuanto al tratamiento, como pueden ser: *¿ha tomado usted la medicación?, ¿Cómo se siente desde que empezó a tomar la medicación?* (14).

Otra estrategia utilizada ha sido la consulta por teléfono, donde es posible ofrecer apoyo, información o enseñanza sobre dificultades al paciente (16).

d) Registros de enfermería

Por medio de la cumplimentación de registros específicos de enfermería (16, 20) adecuado para el control de los pacientes (tanto en tratamiento, constantes, aparición de efectos secundarios y disminución de recaídas) o el carnet de tratamiento de los pacientes tras la administración de la medicación (20) donde se pueden supervisar las próximas citas es posible valorar la adherencia al tratamiento.

e) Cuantificación de la medicación

Se sugiere el conteo de pastillas (17) como método para valorar la adherencia, aunque no resulte una técnica muy fiable.

El ratio de posesión de medicamentos fue otra de las técnicas utilizadas (19).

f) Análisis de sangre

El análisis sanguíneo es una técnica utilizada no sólo para valorar la adherencia al tratamiento sino también sirve para la optimización de la dosis (16).

En el resto de los artículos sometidos a revisión no se especifica el tipo de intervención utilizado.

5.2.3. Tipos de estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento en los artículos revisados

A pesar de las propuestas realizadas por parte del personal de enfermería para la mejora de la adherencia al tratamiento, no existe ningún planteamiento de intervención consensuado (13).

Los métodos utilizados para la mejora de la adherencia se centran en intervenciones psicosociales y farmacológicas (14,17).

En un estudio realizado por Laan W *et al* (18) se indica que un aumento de la adhesión a los antipsicóticos parece estar asociada a una disminución en el riesgo de recaída.

Como ya se ha dicho, entre las intervenciones que obtuvieron una mayor aprobación fue la necesidad de que los pacientes reciban psicoeducación (9, 12, 13, 24). Varios estudios refieren que los pacientes que reciben psicoeducación, independientemente de la patología, aumentaban las probabilidades de mantener el tratamiento frente a aquellos que no la recibían, reforzando la idea general que un adecuado soporte psicoeducativo ayuda a aumentar el cumplimiento (9,17). El objetivo de estos programas educativos es que el paciente decida participar en su terapia, que se interese por su salud (9) y así que se produzca una mejora en el cumplimiento. Se apoya la idea también de hacer partícipes del proceso tanto a las familias como a los cuidadores de los pacientes(13, 14,17).

El fomento de una buena relación terapéutica ha sido otra de las intervenciones con mayor apoyo por parte de los sanitarios (14). Convencer a los pacientes de la necesidad de tratamiento, de los beneficios que le puede proporcionar cumplirlo, explicarles los objetivos del tratamiento e implicarles en el cuidado de su salud (14,24) son algunas de las intervenciones utilizadas por el personal de Enfermería.

6. DISCUSIÓN

Esta revisión se planteó como objetivo conocer cuáles son las estrategias llevadas a cabo por la Enfermería para la mejora de la adherencia farmacológica en pacientes con patología psicótica. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas con lo que se consiguió identificar 15 artículos de interés para responder a la pregunta planteada en este trabajo.

Como puntos principales encontrados en cuanto a los resultados de los artículos se encontraban:

Adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos

1. La importancia del concepto de adherencia

Los profesionales sanitarios son conscientes de los problemas que la falta de adherencia supone para el paciente aumentando el riesgo de recaídas y reingresos, aumentando el riesgo de suicidio (13,21), disminuye su calidad de vida (13) y supone un incremento en los costes sanitarios (13). Existe también un problema para determinar cuando un paciente es cumplidor o no (14).

2. Estrategias para controlar la adherencia

Algunas de las estrategias para el control de la adherencia más utilizadas fueron las entrevistas tanto a los pacientes (15,16) como al personal de enfermería (14,15), la utilización de registros de enfermería (16,20) entre las más utilizadas.

3. Estrategias para mejorar la adherencia

A pesar de que no existe en la actualidad ningún plan de intervención consensuado con respecto al tratamiento en la esquizofrenia (13), se han podido recopilar una serie de intervenciones que suponen una mejora en la adherencia terapéutica como son la necesidad de que los pacientes participen en programas de psicoeducación (9) además de las intervenciones de tipo farmacológico, el fomento de una buena alianza terapéutica entre el paciente y el personal de enfermería (14).

Tras valorar los principales puntos obtenidos tras el análisis de los artículos se evaluarán las intervenciones a realizar por la enfermería y los beneficios que éstas supondrían en los pacientes.

6.1. La enfermería y la adherencia farmacológica

Como ya se ha dicho anteriormente, la falta de adherencia farmacológica es un fenómeno multifactorial, donde tanto los profesionales sanitarios como los sistemas de atención sanitaria juegan un papel muy importante. Es decir, debe ser un grupo interdisciplinar, en el que se incluyen médicos, farmacéuticos, psicoterapeutas, y por supuesto enfermeras, el

que debe trabajar para mejorar la adherencia al tratamiento en este grupo de pacientes con enfermedad psicótica.

La observación por parte de la enfermería de la realidad que supone la falta de adherencia al tratamiento hace que nos replanteemos cuestiones como cuál es el motivo para el abandono/incumplimiento del tratamiento y cómo son nuestras relaciones con los pacientes no adherentes a los tratamientos (9).

Las enfermeras en la práctica clínica prestan una mayor atención a la hora de cumplir el tratamiento en enfermedades crónicas más comunes como son la hipertensión arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus (DM), particularmente en personas mayores y sobre todo en relación a los fármacos prescritos para el tratamiento de esas dos enfermedades (14). El problema radica en que la prevención, detección y seguimiento de la adherencia farmacológica no están integradas en la práctica clínica diaria para otras patologías crónicas y otro perfil de pacientes, como es el caso de los pacientes psiquiátricos.

Este déficit de atención a los pacientes psiquiátricos puede deberse a la falta de conocimiento por parte del colectivo asistencial acerca de la enfermedad y su tratamiento (9).

Se realizó un estudio (14) en el 2009, donde a partir de una serie de entrevistas a enfermeros comunitarios se propusieron una serie de consideraciones en relación a la adherencia.

Según el consenso de enfermería integrante en el proyecto ADHES (13) surgen una serie conclusiones que suponen una herramienta de consulta, útil en la práctica clínica diaria, sin constituir en ningún caso pautas rígidas de actuación a la hora de abordar pacientes de esta índole. En este sentido, el cumplimiento no garantiza un resultado satisfactorio en todos los pacientes, por lo que los profesionales que las consulten deben tener presentes siempre su propio juicio a la hora de tratar a los pacientes (13).

Adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos

Se puede resumir el resultado final de este cuestionario en una serie de apartados que debería seguir la enfermería cuando tienen contacto con pacientes esquizofrénicos:

- a) Métodos de evaluación del incumplimiento: entre los métodos de evaluación de cumplimiento, el registro de la administración de fármacos inyectables fue el sistema más valorado y el más utilizado. El recuento de pastillas y la información proporcionada por el paciente fueron evaluados como los menos fiables. Este resultado contrasta con el hecho de que la valoración de la información proporcionada por el paciente fue evaluado como uno de los métodos más utilizados.
- b) Evaluación de los factores condicionantes de una baja adherencia: la intensidad del tratamiento (número de dosis y fármacos) y su complejidad fueron evaluados como los factores del plan de cuidados con más condicionantes frente a la falta de conciencia de la enfermedad y el consumo de tóxicos como factores individuales más relacionados con la falta de adherencia. Los factores del sistema de salud más destacados fueron la falta de continuidad entre los distintos dispositivos y recursos de la red y la falta de confianza en el personal sanitario.
- c) Necesidad de intervención: los enfermeros consideraron que la mayoría de las situaciones planteadas requieren intervención, pero se subraya la necesidad de intervención cuando el paciente ha sufrido recaídas por falta de conciencia de la enfermedad o cuando existe un problema de cumplimiento. En relación con el tratamiento farmacológico, se consideró particularmente importante la intervención en pacientes que dejan de tomar el tratamiento prescrito o cuando no lo toman en más del 80%.

d) Estrategias e intervenciones generales para facilitar la adherencia terapéutica: En pacientes incumplidores o cumplidores parciales (entre un 42% y un 71% del tratamiento prescrito, según la valoración de los enfermeros), las intervenciones que recabaron más consenso fueron las dirigidas a conseguir una administración adecuada de la medicación, así como lograr un acuerdo con el paciente. En los pacientes con cumplimiento adecuado (realizan más del 82% del tratamiento prescrito) la información sobre la medicación prescrita fue la estrategia considerada más adecuada.

Entre las intervenciones dirigidas a lograr un acuerdo con el paciente, es importante resaltar la identificación con el paciente de las consecuencias de no tomar medicación, mostrar interés por sus problemas o necesidades, animar al paciente a que explique sus dificultades para tomar la medicación y desarrollar psicoeducación específica para el paciente. En los programas de psicoeducación se evalúan los conocimientos del paciente en todas las visitas y se evalúa su estilo de vida, se dará información acerca de la medicación que se está utilizando y se evalúa la información percibida por el paciente acerca del proceso (14).

La intervención que obtuvo mayor consenso para conseguir la administración adecuada de la medicación fue el indicar al paciente las consecuencias, en su vida y en su entorno, de un mal cumplimiento. Sin embargo, no se consideró apropiado obligar al enfermo a que tome la medicación.

Se consideró importante toda la información relacionada con la medicación, especialmente aquella relacionada con los beneficios proporcionados por el cumplimiento.

En el caso de pacientes ambulatorios con efectos secundarios, bajo soporte familiar o aquellos con falta de conciencia de la

enfermedad o con abuso de drogas y/o alcohol, reforzar sus actitudes positivas y llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia de tomar el tratamiento fueron las intervenciones mejor valoradas. Si se trata de pacientes con inicio recurrente, se decidió incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico y reforzar las conductas y actitudes positivas.

- e) Actitud ante las recaídas: se ve necesario reforzar las conductas y actitudes positivas del paciente hacia el tratamiento siempre apoyándolos emocionalmente, llegando a un acuerdo con el mismo sobre la importancia del tratamiento. Explicar los efectos, tanto positivos como los adversos de los medicamentos prescritos y enseñar el proceso de su enfermedad.
- f) Estrategias relacionadas con la utilización de los antipsicóticos inyectables de larga duración: llegar a un acuerdo con el paciente sobre la manera de identificar los beneficios que suponen, establecer citas, recuerdo de éstas y control de sus ausencias fueron las estrategias más valoradas por la enfermería.

Dentro del manejo de este tipo de medicación, se resaltó la importancia del control de los efectos secundarios y del control de cumplimiento de las citas para la administración del fármaco.

El papel de la enfermería es dar información, para ayudar a negociar e individualizar los planes de tratamiento, para trabajar en las recaídas, y abogar para ajustar la medicación en consecuencia, cediendo a la experiencia del paciente. Esta área de trabajo de la enfermería es muy importante y requiere énfasis y prioridad. (22)

Como ya se comentó, por su proximidad durante la práctica clínica al paciente, la enfermería juega un papel importante a la hora de tomar contacto con el mismo. Una buena relación

terapéutica entre la enfermera y el paciente, evaluado por diversos estudios (14), aseguran que los pacientes adoptan una actitud diferente ante los tratamientos. En esta relación toman un papel importante la comunicación no verbal, el contacto ocular, la sonrisa...influyendo de manera positiva en el mantenimiento de la misma. Los pacientes que participan en el tratamiento son más propensos a desarrollar una buena relación terapéutica, respaldan los objetivos del tratamiento, y permaneces adheridos por periodos más largos (17).

6.2. Beneficios para los pacientes

Una buena adherencia en el tratamiento supone un gran beneficio para los pacientes, reduciendo el número de recaídas y mejorando su patología entre otras cosas.

Torem en su estudio (17) hace hincapié en explorar las opiniones del paciente sobre el tratamiento y haciéndolos partícipes a los pacientes de su propio tratamiento y de la evolución que supone la buena adherencia en su enfermedad, puede conducir a un enfoque de colaboración en la elección del tratamiento, y como ya se ha dicho también participando en programas de psicoeducación y una buena alianza terapéutica.

En el estudio de Laparra Garrido *et al* (15) se determina que tras la administración de risperidona inyectable y pese a la aparición de numerosos efectos secundarios, la valoración que hacen los pacientes de la interferencia que supone en su vida diaria no es significativa. El 64% de los pacientes incluidos en el estudio no reduciría ni cambiaría el fármaco.

En cuanto a la utilización de antipsicóticos se han observado algunas de las ventajas en la utilización de inyectables de larga duración: se produce un contacto periódico con el paciente, contribuyen a la estabilización de la enfermedad, se puede

valorar de manera inmediata cuándo el paciente abandona el tratamiento y aseguran la administración de la medicación. Suponen también tranquilidad para el cuidador principal y para el entorno más próximo al paciente, aumento de la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico.

Se observó en la mayor parte de los artículos revisados que los pacientes a los cuales se les administraron antipsicóticos de larga duración se consiguió un alivio en los síntomas y una mejora en la adherencia.

En mi opinión los pacientes se deberían de sentir siempre respaldados. Utilizar algo tan simple como una llamada de teléfono y valorar o enseñar sobre las dificultades que pueda encontrar el paciente con algún apartado de su tratamiento puede mejorar la adherencia y también la alianza terapéutica entre el paciente y la enfermera. Es necesario también determinar el impacto que supone el tratamiento en la vida diaria del paciente.

7. CONCLUSIÓN

Las conclusiones obtenidas tras la realización de este trabajo de final de grado son:

1. El análisis de los documentos publicados en la literatura científica permite conocer las intervenciones proporcionadas por el personal de enfermería a los pacientes esquizofrénicos. Sin embargo, existen pocas investigaciones acerca de este tema. Es cierto que poco a poco va existiendo mayor conciencia de la problemática que esto supone aunque no siempre se realicen las intervenciones necesarias por parte de los profesionales sanitarios para la mejora del pronóstico de los pacientes con esquizofrenia.

2. La enfermera desempeña un rol fundamental en la educación tanto de los pacientes como de los familiares, pudiendo incidir así en la importancia del cumplimiento y en evitar recaídas o empeoramiento de la patología.
3. El proceso de sensibilización de estos pacientes debe ser un proceso constante, y como ya hemos visto, la enfermería juega un papel muy importante, con la necesidad de establecer una buena relación de confianza entre la enfermería y el paciente.
4. Existe conciencia del dilema que supone la falta de adherencia por parte del personal sanitario, pero es importante también dotar a la enfermería de los conocimientos y habilidades básicas que permitan una intervención más eficaz tanto en el control de la sintomatología, y así poder proporcionar una atención y unos cuidados con la máxima calidad posible.
5. Deberían ponerse en marcha programas de salud por parte de Atención Primaria, donde a partir de llamadas de teléfono o visitas a domicilio se pueda promover la educación del paciente y conseguir una mejor relación terapéutica entre la enfermera y el propio paciente, ayudándolo a fomentar la adherencia al tratamiento.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz Fuentenebrero J. Trastornos psicóticos. En: Rubio Valladolid G, director. Fundamentos de psiquiatría: bases científicas para el manejo clínico. España: Panamericana; 2015. P. 103-126.
2. Jufe G. Tratamiento farmacológico de la esquizofrenia. En: Wikinski, Jufe. El tratamiento farmacológico en psiquiatría: indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. Argentina: Panamericana; 2005. P.113-139.

3. Ho B, Black D, Andreasen N. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: Hales RE, Yudofsky SC. Fundamentos de la psiquiatría clínica. 2º Ed. Barcelona: Masson; 2006. P. 201-257.
4. Rang, Dale. Antipsicóticos. En: Rang, Dale. Farmacología. 7ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2012. P.553-563.
5. Del Rio J. Antipsicóticos. En: Del Rio J. Farmacología Básica. Madrid: Síntesis S.A.; 1996. P.235-243.
6. Lorenzo P, Moreno A, Leza JC, Lizasoain I, Moro MA. Fármacos antipsicóticos. En: Velázquez. Farmacología básica y clínica. 17ª Ed. Madrid: Panamericana; 2009. P.297-311.
7. Flórez J. Fármacos antipsicóticos neurolépticos. En: Farmacología Humana. 5ª Ed. Barcelona: Masson; 2008.
8. Yáñez Sáez R. La importancia del cumplimiento terapéutico en la esquizofrenia. En: Chinchilla Moreno A. Las esquizofrenias. Sus hechos reales y valores clínicos y terapéuticos. España: Masson; 2007. P. 533-537.
9. Armengol J, Carbonell M, Manteca M, Cuixart I, González J, Azcon MA. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: Actuación de enfermería. *Enferm Glob Rev Electrónica Semest Enferm* [Internet]. 2005 [citado el 17 de junio de 2015]; (7):21-9. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2004642>
10. Betancurt LN, Pedraza RP. Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud. *Rev Páginas* [Internet]. 2009 [citado el 18 de junio de 2015]; 0(85). Disponible en: <http://biblioteca.ucp.edu.co/OJS/index.php/paginas/article/view/1510>
11. Ortego Maté MC, López González S, Álvarez Trigueros ML. Tema 14 La adherencia al tratamiento. *Ciencias Psicosociales I*. Universidad de Cantabria. Open course ware. 2010 [citado el 18 de junio de 2015]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema->

[14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento](#)

12. Lluch Canut, Maria Teresa; Biel Tres, Anna. La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería. Rev Presencia. 2006 ene-jun. 2(3). <http://www.index-f.com/presencia/n3/48articulo.php>
13. Giner J, García I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Lluch MT, et al. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2010 [citado el 17 de junio de 2015]; (1):1-45. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3294349>
14. Rodríguez García MJ, Del Castillo Arevalo F. Enfermeras de Atención Primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica. Enferm Glob [Internet]. 2012 Jan [citado el 17 de junio de 2015]; 11 (25):207-18. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412012000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Laparra Garrido, Javier; García Cariñena, Mikel G. Risperidona inyectable: efectos secundarios y adherencia al tratamiento. Pulso. 2009 oct. 59:28-29.
16. Morken G, Widen JH, Grawe RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. BMC Psychiatry. 2008;8:32.
17. Farooq S, Naeem F. Tackling nonadherence in psychiatric disorders: current opinion. Neuropsychiatr Dis Treat. 2014;10:1069-77.
18. Laan W, van der Does Y, Sezgi B, Smeets HM, Stolker JJ, WitNJ de, et al. Low treatment adherence with antipsychotics is associated with relapse in psychotic disorders within six months after discharge. Pharmacopsychiatry. 2010 Aug;43(6):221-4.
19. Valenstein M, Kavanagh J, Lee T, Reilly P, Dalack GW, Grabowski J, et al. Using a pharmacy-based intervention to improve

- antipsychotic adherence among patients with serious mental illness. *Schizophr Bull.* 2011 Jul;37(4):727-36.
20. García Pardos, Ana María; Morales Rozas, Ana Belén. Evaluación del programa de enfermería. Administración de neurolépticos depot. *Enfermería Científica Altoaragonesa.* 2006 abr. 1:4-10.
21. Bechelli LP de C. Long-acting antipsychotics in the maintenance treatment of schizophrenia: Part I. Foundations of its development, benefits and acceptance level in different countries and cultures. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2003 Jun [citado el 17 de junio de 2015]; 11(3):341-9. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692003000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
22. Marland GR, Sharkey V. Depot neuroleptics, schizophrenia and the role of the nurse: is practice evidence based? A review of the literature. *J Adv Nurs.* 1999 Dec;30(6):1255-62.
23. Jones A. What are the nursing implications when using paliperidone prolonged release for people with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2008 Dec;15(10):792-9.
24. Kirk Morton N, Zubek D. Adherence challenges and long-acting injectable antipsychotic treatment in patients with schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2013;51(3):13-8.
25. Mangan B, Rogers C, Wilton K. Adherence to risperidone long-acting injection dosing recommendations. *Prog Neurol Psychiatry.* 2009;13(5):32-9.