

Caracterización y adherencia psicofarmacológica en usuarios de hospital de día de salud mental de adultos.

Hospital de Día Adultos (HDA), Reus y Tarragona. HU Institut Pere Mata

Reyes J. Montaña E.
*reyesj@peremata.com

El hospital de día de adultos (HDA) interviene de forma intensiva e interdisciplinar en un momento de crisis psicopatológica, relacional y multifactorial, con un modelo de atención integral en la comunidad (1). Este modelo, centrado en la persona y desde la construcción de objetivos, propone una dialogo activo y participativo, desde el acompañamiento asistencial.

Los datos presentados forman parte del proyecto *REG-HDA* diseñado con el objetivo de describir las personas atendidas por los HDA de Reus (HDAR) y de Tarragona (HDAT), con el fin de mejorar o adecuar las intervenciones realizadas, parte de estas incluye el tratamiento farmacológico y la adherencia al mismo.

La adherencia al tratamiento según la OMS se define por el grado de seguimiento en las recomendaciones sanitarias como el tratamiento, régimen alimentario o cambios en los estilos de vida (2). La falta de adherencia constituye una barrera terapéutica significativa, relacionada con un mayor riesgo de recaídas y de recurrencias, así como aumento de costes sanitarios (3), es una variable multifactorial y de difícil valoración (4). Por polifarmacia se considera al uso simultáneo de dos o más medicaciones antipsicóticas, a combinaciones farmacológicas o el uso regular de al menos 5 medicaciones (5,6,7).

Objetivo. Caracterización del tratamiento psicofarmacológico y la adherencia del mismo en usuarios atendidos en HDAR y HDAT durante el periodo 1/02/2019 al 31/01/2021.

Método. Estudio descriptivo valorando variables sociodemográficas, de funcionalidad (GAF), de adherencia con la escala de Morisky-Green (8) y psicofarmacológicas; al ingreso y al alta. Se realizó un análisis de la muestra con el programa estadístico SPSS v. 15.0.

Resultados. 160 sujetos (90 Reus, 70 Tarragona), no se encontraron diferencias significativas respecto a los dos HDA, siendo las muestras homogéneas en las variables estudiadas, con un 59% de mujeres, la edad media 39.5 años (SD 13) y un rango de 18 a 78 años.

La patología afectiva es la de mayor frecuencia, seguida de trastornos psicóticos y de personalidad (Tabla 1). La valoración global de la funcionalidad con la escala GAF muestra una mejora significativa en su puntuación, GAF inicial 41.3 (DE7.3) y GAF al alta 49.2 (DE 8.3).

El 100% seguía algún psicofármaco al ingreso con un 64% de no adherencia, al alta se observó un 33% de no adherencia (Tabla 2), una disminución en el porcentaje de prescripción de antipsicóticos, ansiolíticos y en polifarmacia (Tabla 3,4), una reducción significativa en la dosis equivalente de *clorpromazina* de aquellos con pauta de antipsicóticos, con una dosis media de 443.7mg/día al ingreso y 356.3mg/día al alta.

Adherencia	Ingreso HDA (n/%)		Alta HDA (n/%)	
	n	%	n	%
Adherente	58	36,3%	107	66.9%
No adherente	102	63.7%	53	33.1%
Total	160	100%	160	100%

Tabla 2. Adherencia psicofarmacológica, escala Morisky-Green.

Psicofármacos (PSF)	Ingreso HDA		Alta HDA	
	No toma PSF	>=1 PSF	No toma PSF	>=1 PSF
Antipsicótico (ATP)	43 (26.9%)	117 (73.1%)	48 (30%)	112 (70%)
Antidepresivo (ATD)	44 (27.5%)	116 (72.5%)	37 (23.1%)	123 (76.9%)
Ansiolítico (ANS)	30 (18.8%)	130 (81.2%)	45 (28.1%)	115 (71.9%)
Eutimizante (EUT)	86 (53.8%)	74 (46.2%)	59 (36.9%)	101 (63.1%)
Otro psicofármaco	135 (83.4%)	25 (16.6%)	141 (88.1%)	19 (11.9%)

Tabla 3. Psicofármacos pautados al ingreso y al alta.

Polifarmacia	Ingreso HDA (n/%)		Alta HDA (n/%)	
	n	%	n	%
>= 5PSF	51	31.9%	48	30%
>= 3ATP	11	6.9%	6	3.8%
Total	160	100%	160	100%

Tabla 4. Polifarmacia durante ingreso/alta HDA. Mayor o igual a 5 psicofármacos (>=5PSF), mayor o igual a 3 antipsicóticos (>=3ATP).

No se encontraron correlaciones entre la mejora de la adherencia y otras variables de interés (sociodemográficas, GAF, diagnóstico, Zarit, polifarmacia y reducción de esta). Este hallazgo puede sugerir otro tipo de variable implicada no estudiada, de igual forma no se encontraron variaciones en los periodos pre y post-covid.

Conclusiones. El abordaje intensivo e integral desde HDA incluye el manejo farmacológico ajustado a cada persona, la reducción en el número de psicofármacos, el favorecer la adherencia desde la experiencia y la comunicación tanto del usuario como del profesional, permitiendo encontrar la alternativa más eficaz y menos perjudicial que permita integrar el acompañamiento multidisciplinar con los objetivos de las personas.

Algunas variables no objetivadas, como el posible impacto de la relación y la experiencia terapéutica durante el ingreso HDA, puede facilitar una mejor adherencia al tratamiento y a los resultados funcionales significativos para las personas.

Bibliografía

- Heekeren K, Antoniadis S, Habermeyer B, Obermann C, Kirschner M, Seifritz E, Rössler W, Kawohl W. Psychiatric Acute Day Hospital as an Alternative to Inpatient Treatment. *Front. Psychiatry* (2020);11:471
- Rodríguez M, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez A, Fauste M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40(8):413-7.
- De las Cuevas C; Peñate W. Propiedades psicométricas de la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-items) en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2015;15(2):121-129.
- De las Cuevas C, Sanz E. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2016;7:25-30.
- Halli-Tierney AD, Scarbrough C, Carroll D. Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. *Am Fam Physician*, 2019; 100(1):32-38.
- Lähteenvuo M, Tiihonen J. Antipsychotic Polypharmacy for the Management of Schizophrenia: Evidence and Recommendations. *Drugs*. 2021;81(11):1273-1284.
- Lin SK. Antipsychotic Polypharmacy: A Dirty Little Secret or a Fashion? *Int J Neuropsychopharmacol*. 2020;23(2):125-131.
- Nogués Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna*, 2007; 24:138-141.

Diagnóstico principal	Ingreso N	Alta N	Agrupación diagnóstica Alta %
Esquizofrenia Paranoide	11	11	Psicosis 23.75%
Trastorno delirante	3	2	
Trastorno esquizoafectivo	11	14	
Psicosis no especificada	12	11	Afectiva 45%
Trastorno bipolar	29	28	
Trastorno depresivo mayor	20	13	
Trastorno depresivo recurrente	24	27	
Distimia	3	4	Ansiedad 3.75%
Agorafobia con trastorno de pánico	1	1	
Trastorno de ansiedad inespecificado	2	2	
Trastorno obsesivo compulsivo	4	2	Personalidad 20%
Trastorno de estrés postraumático	1	1	
Trastorno límite de personalidad	20	21	
Trastorno de personalidad inespecificado	10	10	Otros 7.5%
Trastorno de personalidad evitativo	0	1	
Trastorno de conducta alimentaria	4	4	
Trastorno del espectro autista	4	7	Otros 7.5%
Trastorno déficit atención hiperactividad	1	1	
Total	160	160	100%

Tabla 1. Diagnósticos ingreso, alta y agrupación diagnóstica al alta. Criterios diagnósticos DSM IV TR.

