

Trastorno bipolar y medicamentos: adhesión, conocimiento de los pacientes y monitorización sérica del carbonato de litio¹

Camila de Souza²

Kelly Graziani Giacchero Vedana³

Bruna Paiva do Carmo Mercedes⁴

Adriana Inocenti Miasso⁵

Objetivos: este estudio caracterizó pacientes con trastorno afectivo bipolar, tratadas con litio, atendidos en el año de 2009 en un servicio de ambulatorio del interior del estado de Sao Paulo, en Brasil; evaluó la adhesión y conocimiento de los mismos sobre medicamentos prescritos y verificó la proporción de litemias/año realizadas, en el servicio, para cada individuo. **Método:** se trata de estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo, del cual participaron 36 personas. Fueron utilizadas entrevistas estructuradas y revisión de fichas para recolección de datos y estadística descriptiva para análisis de los mismos. **Resultados:** entre los participantes, fueron identificadas dificultades en relatar la dosis de los fármacos prescritos y una alta tasa de no adhesión. En ningún participante del estudio fue alcanzada la proporción de dos litemias/año, que representa la cantidad mínima de litemias preconizada por la literatura para el tratamiento de mantenimiento con carbonato de litio. **Conclusión:** este estudio apunta factores críticos para la promoción de la seguridad del paciente en el seguimiento de la terapéutica medicamentosa con litio.

Descriptor: Trastorno Bipolar; Carbonato de Litio; Monitoreo Fisiológico; Cumplimiento de la Medicación; Negativa del Paciente al Tratamiento.

¹ Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), proceso nº 575172/2008-8, y de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), proceso nº 01284-1/2007.

² Enfermera.

³ PhD, Enfermera, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Estudiante de Maestría, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ PhD, Profesor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Kelly Graziani Giacchero Vedana
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Av. dos Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: kellygiacchero@eerp.usp.br

Introducción

El trastorno afectivo bipolar (TAB) es grave, crónico y recurrente. Está presente en cerca de 1 a 2% de la población. Para el espectro bipolar, las estimativas son más altas, alrededor de 5%, ya que son adoptados criterios menos rigurosos y conservadores⁽¹⁾. El TAB tiene un importante impacto en la vida del paciente, pudiendo ocasionar daños funcionales, dificultades para el autocuidado, comportamientos no aceptados socialmente y problemas de relaciones interpersonales⁽²⁾.

Para el control de ese trastorno, es necesario un tratamiento farmacológico continuo. De ese modo, la adhesión a los medicamentos es condición esencial para que la persona con TAB pueda responder de forma satisfactoria al tratamiento⁽³⁻⁴⁾. Diversos factores, entre tanto, contribuyen para la baja adhesión a la farmacoterapia, entre ellos se destaca el déficit de conocimiento sobre los medicamentos⁽⁵⁻⁶⁾. Por lo tanto, el nivel de conocimiento de los pacientes debe ser identificado en la planificación de acciones de enfermería para optimizar el tratamiento⁽⁷⁾.

La adhesión al tratamiento farmacológico constituye temática de interés para la literatura por ser un factor potencialmente modificable para mejorar el pronóstico de los pacientes^(3,8).

Se destaca que el tratamiento del TAB cuenta con un amplio arsenal terapéutico, pero la medicación "estándar oro" para el tratamiento de ese trastorno es el carbonato de litio^(3,5,9-10). Ese fármaco, a pesar de eficaz, demanda cuidados específicos por tener estrecho intervalo terapéutico, elevado riesgo de intoxicación⁽⁹⁻¹²⁾, inicio de acción lento, por ser sujeto a variación sérica debido a interacciones farmacológicas así como por presentar variación en la eliminación y en la relación dosis-nivel plasmático entre los individuos⁽⁷⁾. La monitorización sérica del carbonato de litio es importante para la eficacia del tratamiento y seguridad del paciente⁽⁹⁻¹²⁾. Así, es necesario investigar si ella está siendo realizada regularmente en los servicios de salud mental.

Todo el contexto descrito apunta que la adhesión al tratamiento^(3-4,8), el conocimiento sobre la farmacoterapia⁽⁶⁻⁸⁾ y la monitorización sérica del litio^(9,10-12) son fundamentales para la seguridad del paciente que hace uso de ese medicamento. Tales aspectos son estrechamente ligados a la práctica de la enfermería, que tiene papel singular en la educación del paciente objetivando la promoción de la adhesión a los medicamentos y reducción de daños provenientes del uso inadecuado de los mismos. Así, el presente estudio presenta contribuciones relevantes para la asistencia de

enfermería a personas con trastorno afectivo bipolar, en especial de aquellas en litoterapia.

Objetivo

En este estudio se tuvo como objetivos: identificar y caracterizar pacientes con trastorno afectivo bipolar, tratadas con carbonato de litio, atendidos en el año de 2009 en un servicio de ambulatorio del interior del estado de Sao Paulo, en Brasil; evaluar, en los referidos pacientes, la adhesión y el conocimiento (nombre, dosis y frecuencia de uso) relacionados a todos los medicamentos prescritos y verificar la proporción de litemias/año realizadas, en el servicio, para cada individuo.

Método

Este es un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, con abordaje cuantitativo. Fue realizado en un servicio de ambulatorio, perteneciente al sistema público de salud y localizado en el interior del estado de Sao Paulo, en Brasil. El proyecto fue desarrollado después de aprobado por el Comité de Ética en Investigación (Protocolo nº0206/CEP-CSE-FMRP-USP) y una vez que todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado.

Fueron elegibles para el estudio todos los pacientes que tuvieron consulta médica programada en el local del estudio en el período de 01 de enero a 31 de diciembre de 2009 y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: tener diagnóstico de trastorno afectivo bipolar (establecido por el médico responsable por el diagnóstico de ambulatorio); tener prescripción de uso continuo de carbonato de litio; tener edad igual o superior a 18 años y ser capaz de comunicarse verbalmente en portugués. Apenas 36 personas atendidas en ese período atendían los criterios de inclusión del estudio.

Para la recolección de los datos fueron realizadas la revisión de fichas y entrevistas estructuradas con un guión elaborado por las autoras del estudio conteniendo preguntas sobre datos sociodemográficos y tratamiento de los pacientes, un prueba que evalúa la adhesión del individuo a la farmacoterapia⁽¹³⁾, incluyendo el carbonato de litio, y una escala que permite evaluar el conocimiento del entrevistado sobre la terapéutica medicamentosa prescrita⁽¹⁴⁾. Los participantes del estudio fueron entrevistados en el servicio de salud estudiado, en ambiente privado.

El grado de adhesión fue definido por la aplicación del prueba de Morisky y Green⁽¹³⁾. Esa prueba permite identificar el grado de adhesión del paciente y discriminar si la eventual no adhesión es debida a comportamiento

intencional (preguntas: "¿Cuándo usted se siente bien, alguna vez, usted dejó de tomar su remedio?" y "¿Cuándo usted se siente mal, con el remedio, a veces, deja de tomarlo?") y/o no intencional (preguntas: "¿Usted, alguna vez, se olvidó de tomar su remedio?" y "¿Usted, a veces, es descuidado en el horario de tomar su remedio?"). La prueba fue validada, traída y aplicada en Brasil⁽¹⁵⁾.

Fue atribuido, a cada respuesta, el valor de (0) cero o (1) uno, siendo el valor 1 (uno) destinado a respuestas negativas o a respuestas positivas en que la frecuencia admitida fue de una vez por mes o menos, y el valor 0 (cero) para las respuestas positivas con otras posibilidades de frecuencia. Fueron clasificados como "adherentes" los pacientes que obtuvieron cuatro puntos en la prueba de Morisky y Green⁽¹³⁾ y "no adherentes" aquellos que obtuvieron de cero a tres puntos.

Para identificar el grado de conocimiento del paciente, sobre los medicamentos prescritos, fue adoptada la escala de Stape⁽¹⁴⁾. El referido instrumento indica como traducir, para porcentajes, la cantidad (números) de informaciones que el paciente posee y dirige la categorización de ese conocimiento.

Ese instrumento presupone que el grado de conocimiento de una persona sobre cada aspecto relacionado a las medicaciones (nombre, dosis y frecuencia de utilización) puede ser puntuado de 0 a 100% y clasificado en intervalos regulares, que representan las siguientes clases: sin conocimiento (0%); muy poco conocimiento (0% - 25%); poco conocimiento (25% - 50%); conocimiento regular (50% - 75%) y buen conocimiento (75% - 100%).

Las respuestas de los pacientes fueron comparadas con los datos contenidos en la ficha. La respuesta a cada pregunta fue clasificada como cierta o equivocada, considerándose los ítems evaluados para cada uno de los medicamentos prescritos. La respuesta "no sé" fue clasificada como equivocada. Así, si fuesen prescritas 10 medicaciones para una persona que supiese informar correctamente el nombre de 5 de ellas, su grado de conocimiento sobre los nombres de los fármacos sería de 50% y estaría incluido en la categoría "poco conocimiento" que corresponde al intervalo de puntuación 25% - 50%. Se procedió de esa forma para cada variable relacionada a los medicamentos prescritos.

El número de litemias realizadas desde el inicio del tratamiento del paciente en el local del estudio fue identificado por medio de la revisión de fichas. Después de doble digitación de los datos en planilla del Excel, fue utilizada la estadística descriptiva para efectuar el análisis de los mismos.

Resultados

Caracterización de los sujetos del estudio

En el año de 2009, fueron atendidas en el local del estudio 36 personas con TAB, con tratamiento continuo de litio. Todas atendían los criterios de inclusión y aceptaron participar del estudio. La caracterización de los participantes del estudio se encuentra disponible en la Tabla 1.

Tabla 1 – Caracterización de las personas con trastorno afectivo bipolar participantes del estudio. Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2009

Variável	n	%
Gênero		
Feminino	23	63,9
Masculino	13	36,1
Total	36	100
Idade (anos)		
20 – 30	04	11,1
31 – 40	06	16,7
41 – 50	10	27,8
51 – 60	07	19,4
61 – 70	07	19,4
71 – 80	02	5,6
Total	36	100
Estado civil		
Casado	14	38,9
Solteiro	14	38,9
Divorciado	04	11,1
Amasiado	04	11,1
Total	36	100
Tempo de diagnóstico		
0 – 05 anos	02	5,6
06 – 10 anos	05	13,9
11 – 15 anos	08	22,2
16 – 20 anos	03	8,3
21 anos ou mais	09	25,0
Não sabe	09	25,0
Total	36	100
Ocupação		
Aposentado	09	25,0
Desempregado	01	2,8
Trabalhador com vínculo empregatício	06	16,7
Trabalhador autônomo	08	22,2
Do lar	07	19,4
Outros	05	13,9
Total	36	100

En la ocasión de la recolección de los datos, 3 (8,3%) personas ya habían manifestado idea suicida y 3 (8,3%) tenían historial de tentativa de suicidio. El número de internaciones varió entre 0 y 12. Se destaca que 8 (22,2%) personas nunca habían pasado por internaciones,

19 (52,8%) pacientes quedaron internados entre 1 y 4 veces, 6 (16,7%) fueron internados entre 5 y 8 veces y 3 (8,3%) sujetos pasaron por más de 8 internaciones.

De acuerdo con las entrevistas, antes del tratamiento medicamentoso, 10 (27,6%) pacientes ingerían bebida alcohólica y, en el período de la recolección de los datos, esta cantidad estaba reducida a 2 (5,6%) individuos.

Entre los participantes del estudio, 20 (55,6%) poseían renta mensual inferior a cuatro salarios mínimos. A pesar de que 35 (97,2%) pacientes compraban algún medicamento en la red pública, fue posible identificar 2 (5,56%) individuos que poseían gastos mensuales destinados a la compra de algún psicotrópico y 5 (13,9%) a la compra de no-psicotrópicos. En caso de falla en la provisión de las medicaciones por el sistema público, 24 (66,7%) personas afirmaron que compraron o comprarían el medicamento.

Farmacoterapia prescrita

En relación a los tipos de medicamentos prescritos, fue posible aprender que 11 (30,6%) pacientes estaban en monoterapia con litio. Entre los demás, 12 (33,3%), utilizaban 2 tipos de medicamentos, 8 (22,2%) personas usaban 3 tipos de medicaciones y 5 (13,9%) individuos poseían prescripción de 4 fármacos diferentes.

En la prescripción de los entrevistados, la cantidad de píldoras a ser ingeridas diariamente varió de 1 a 13,

siendo que 17 (47,2%) utilizaban más de 4 píldoras al día. Se destaca que 21 (58,3%) participantes del estudio ingerían medicamentos 3 veces al día.

Fue posible identificar que 21 (58,3%) pacientes refirieron convivir con algún efecto colateral ocasionado por el(los) fármaco(s) prescrito(s). Los efectos colaterales más citados fueron: aumento de peso, cefalea, somnolencia, letargo, tremores, mareo, incomodidad gastrointestinal y boca seca.

Adhesión al tratamiento medicamentoso

La adhesión en relación a todos los medicamentos prescritos, incluyendo el litio, fue evaluada por la prueba de Morisky y Green⁽¹³⁾.

Del total de entrevistados, apenas 8 (22,2%) adherían al tratamiento medicamentoso prescrito, 15 (41,7%) no adherían por comportamiento no intencional, en cuanto 13 (36,1%) fueron considerados no adherentes por comportamiento intencional y no intencional. Se destaca que entre los 11 pacientes en monoterapia con carbonato de litio, 6 (54,5%) fueron considerados no adherentes.

Conocimiento de los sujetos del estudio relacionado a la terapéutica medicamentosa

El grado de conocimiento de los pacientes referente al nombre, dosis y frecuencia de las medicaciones prescritas, se presenta en la Figura 1.

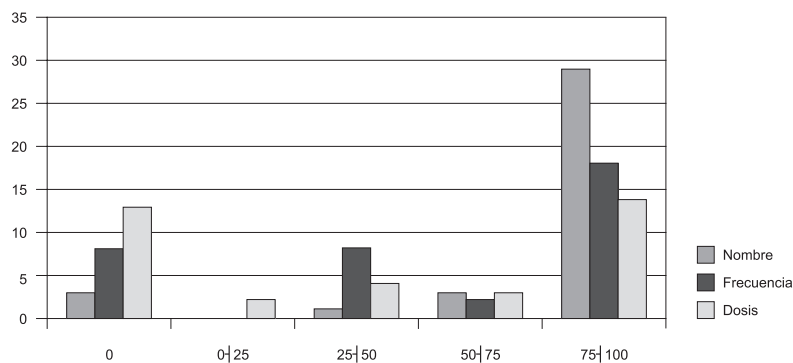


Figura 1 - Distribución de los sujetos del estudio de acuerdo con el grado de conocimiento sobre el nombre, frecuencia y dosis de los medicamentos prescritos

Se verificó, a partir de la Figura 1, que el nombre de los fármacos prescritos fue el ítem más conocido entre los entrevistados, ya que 29 (80,6%) de ellos presentaron "buen conocimiento" a ese respecto, o sea, estaban en el intervalo de 75% a 100% de la escala que evalúa el grado de conocimiento. Para evaluación del conocimiento sobre los nombres de los medicamentos se aceptó como correcta la respuesta que identificase la

medicación prescrita, tanto por el nombre genérico como por cualquier nombre comercial.

En lo que se refiere a la frecuencia de administración de los medicamentos, se identificó que la mitad de los individuos poseía "buen conocimiento" sobre el asunto.

Se verificó que 19 (52,8%) pacientes tuvieron conocimiento poco satisfactorio en relación a la dosis diaria de los medicamentos utilizados, por tener el conocimiento

categorizado entre las clases "sin conocimiento" (0%), "muy poco conocimiento" (0%-25%) o "poco conocimiento" (25%-50%).

En la evaluación de las informaciones referidas sobre la dosis de los fármacos, fueron consideradas correctas las respuestas que identificaban la cantidad, en unidades de medida (gramo, miligramo y mililitro), a ser administrada en cada horario o en el período de 24 horas, de acuerdo con la prescripción médica.

Proporción de litemias realizadas por año en el servicio de salud mental

Para identificar la proporción de litemias por año realizadas en el servicio de salud mental, el número de litemias realizadas en cada paciente fue dividido por el número de años de tratamiento con litio del mismo paciente en el servicio de salud investigado.

En ninguno de los participantes de la investigación fue alcanzada la proporción de dos litemias por año, realizadas en el servicio de salud mental estudiado. Apenas en 7 (19,4%) pacientes fue alcanzada la proporción de una litemia por año.

De todos los entrevistados, 14 (38,9%) iniciaron el tratamiento con litio en período anterior a la época en que comenzaron a hacer acompañamiento en el servicio de salud mental.

Discusión

En lo que se refiere a la caracterización de los sujetos del estudio, se identificó que la mayoría era del género femenino. La literatura apunta que hombres y mujeres son igualmente propensos a desarrollar el trastorno. El hecho de ser encontrada mayor cantidad de mujeres en tratamiento para control del TAB puede ser ocasionado por la mayor búsqueda de atención en salud y mayor adhesión al tratamiento en el género femenino⁽⁸⁾.

El presente estudio identificó igual proporción entre individuos casados y solteros con diagnóstico de TAB. La literatura indica que hay menos personas casadas en la población con TAB de que en la población en general, lo que puede ser consecuencia de la sintomatología del trastorno⁽¹⁶⁾.

Se observó que apenas 6 (16,7%) sujetos declararon poseer vínculo de empleo. Un estudio sugiere que personas con TAB pueden tener menor productividad en el trabajo, menor desempeño cognitivo y situación económica menos favorable que personas depresivas o sin trastornos psiquiátricos⁽¹⁶⁾. Sin embargo, si comparadas a individuos con otros trastornos, las personas con TAB demuestran elevado desempeño académico y deseo de trabajar, a

pesar de encontrarse con el problema del desempleo⁽¹⁷⁾.

En el período de la recolección de datos, fue identificado consumo de bebida alcohólica en 2 (5,6%) pacientes. La literatura afirma que el uso de bebida alcohólica es mayor en pacientes con TAB que en la población general⁽¹⁸⁾, y resalta que este comportamiento está ligado a peor pronóstico y baja adhesión a los medicamentos^(3,19).

El suicidio es una de las consecuencias más perjudiciales del TAB^(9,20). En este estudio, fueron identificados 3 (8,3%) pacientes que ya trataron de suicidarse en algún momento de la vida, en cuanto otros 3 (8,3%) presentaron ideas suicidas. Se destaca que el porcentaje identificado en la presente investigación es inferior al mencionada en la literatura, la cual apunta que entre la mitad y un cuarto de los pacientes con TAB tratan de suicidarse^(9,20). El hecho de que todos los participantes estuviesen en uso de litio puede ser una posible explicación para ese resultado, ya que el referido medicamento actúa como importante reductor del riesgo de suicidio en pacientes con TAB^(3,9).

La mayor parte de los entrevistados adquiría medicamentos en la red pública y 24 (66,7%) entrevistados afirmaron que comprarían los medicamentos se hubiese falla en la provisión. La garantía de acceso a los fármacos en la red pública es de suma importancia para favorecer la adhesión al tratamiento⁽³⁾ y es motivo de preocupación para pacientes y familiares, especialmente cuando existen limitaciones financieras que imposibilitan la compra del fármaco prescrito⁽²¹⁾.

En lo que se refiere al esquema terapéutico, 25 (69,4%) individuos utilizaban otro(os) fármaco(os) además del litio. La mayoría de los pacientes utilizaba sus medicamentos tres veces al día e ingería tres o más píldoras diariamente.

La literatura revela que pacientes bipolares utilizan en promedio tres psicofármacos y ese aspecto aumenta las chances de interacciones farmacológicas⁽⁷⁾. El uso simultáneo de fármacos puede ser un problema en el seguimiento del tratamiento medicamentoso, ya que eleva la probabilidad de efectos colaterales, las dificultades para la auto administración de medicamentos prescritos, y, consecuentemente, aumenta la posibilidad de no adhesión⁽²²⁾.

La mayoría de los participantes del estudio relató convivir con efectos colaterales provenientes de (los) fármaco(s) prescrito(s). De hecho el litio provoca efectos colaterales, tales como sedación, fatiga, letargo, problemas cognitivos, aumento de peso, disturbios gastrointestinales, temblor leve, caída de cabello, poliuria y polidipsia, entre otros⁽¹⁰⁾. Esos efectos pueden

comprometer la calidad de vida de los pacientes y ser un importante obstáculo para la adhesión al tratamiento farmacológico^(3,23).

La mayor parte de los pacientes con TAB no adhería a la prescripción medicamentosa, como ya identificado en estudios previos^(3,22,24). La mayoría de los no adherentes adoptaba ese comportamiento de forma no intencional, lo que también es corroborado por la literatura⁽²⁴⁾.

La adhesión al tratamiento está íntimamente ligada al modo como el individuo sigue las recomendaciones de los profesionales de la salud⁽²⁵⁾. La baja adhesión a los medicamentos está asociada a peor pronóstico, elevadas tasas de recaídas⁽⁹⁾, hospitalizaciones y suicidio⁽⁴⁾, además de propiciar la ineficacia del tratamiento y perjuicios socioeconómicos⁽⁷⁾. En el caso del litio, la no adhesión no intencional puede favorecer la administración de los medicamentos en horarios aleatorios, lo que eleva el riesgo de intoxicación por sobre posición de dosis.

El conocimiento del paciente sobre el esquema terapéutico es condición básica para la conducción del tratamiento, si el paciente es responsable por la auto administración de los medicamentos⁽²²⁾. En el presente estudio fue posible aprender que los pacientes manifestaron dificultades en mencionar adecuadamente la dosis de los fármacos prescritos, pudiendo comprometer su seguridad en la utilización de los mismos.

Tal aspecto es agravado por el hecho de familiares de personas con TAB también poseer déficit de conocimiento sobre los medicamentos prescritos para el paciente, lo que limita su posibilidad de intervención para auxiliarlo a mantener el fármaco en niveles terapéuticos⁽²¹⁾.

La falta de conocimiento sobre la dosis de los fármacos puede facilitar la ineficacia del tratamiento por la utilización de los medicamentos por debajo de los niveles terapéuticos y puede elevar el riesgo de toxicidad, especialmente cuando se trata del litio que es un fármaco con estrecho intervalo terapéutico y efectos tóxicos graves. De ese modo, el nivel de conocimiento sobre el esquema terapéutico y sobre el litio está relacionado a la mayor adhesión y menor riesgo de toxicidad⁽⁵⁾.

El nivel sérico del litio considerado terapéutico varía de 0,6 mEq/l a 1,2mEq/l, representando un estrecho intervalo terapéutico. En niveles sobre ese intervalo comienzan a aparecer las señales y síntomas de toxicidad, como náusea, vómito, diarrea, temblor intenso, visión nebulosa, contracciones musculares, letargo y confusión⁽¹⁰⁾. El paciente precisa ser informado por el equipo de salud para distinguir esos efectos tóxicos de los efectos colaterales, ya que la toxicidad causada por el litio provoca serias complicaciones y puede ser fatal^(5,10,12).

En ese contexto, el enfermero puede intervenir de manera efectiva por medio de estrategias psicoeducativas. La psicoeducación, además de elevar la comprensión sobre el tratamiento, puede promover mejor manejo del trastorno, la adhesión al tratamiento, aumento del *insight*, reconocimiento precoz de síntomas, promoción de hábitos de vida saludables, manejo de situaciones estresantes y cohibición de drogas de abuso. Ese abordaje terapéutico también favorece la reducción de recaídas y de internaciones y mejor funcionamiento social⁽²⁶⁾.

En el servicio de salud investigado, la evaluación de la proporción de litemias realizadas por año en cada entrevistado reveló que ninguno de los participantes del estudio alcanzó una proporción de dos litemias por año, siendo que en la mayoría de los individuos, no fue alcanzada la proporción de una litemia por año. La litemia de pacientes en tratamiento con litio debe ser realizada, mínimamente, de seis en seis meses, si el paciente presenta cuadro estable⁽¹⁰⁾. De ese modo, en ningún participante del estudio la frecuencia de litemias fue adecuada, de acuerdo con la cantidad mínima preconizada en la literatura.

Un agravante para esos hallazgos es que, en 22 (61,1%) entrevistados, el litio fue introducido cuando los pacientes ya eran acompañados en el local del estudio. A pesar de que, en algunos casos, el medicamento pueda haber sido introducido en internaciones hospitalarias, es posible que algunos pacientes hubiesen iniciado el uso de litio en el servicio estudiado.

Para personas en inicio de tratamiento, el número de litemias preconizado es todavía mayor, para posibilitar el ajuste de dosis con seguridad^(7,10). Además de eso, dependiendo del cuadro del paciente, el tratamiento con litio puede ser iniciado con dosis elevadas, requiriendo monitorización rigurosa para no ultrapasar el límite terapéutico⁽⁷⁾.

La monitorización sérica del litio posibilita verificar la adhesión al tratamiento, facilita el ajuste de dosis y la detección de variaciones en las concentraciones séricas de ese medicamento. La provisión de las litemias en los servicios de salud es conducta importante para garantizar la seguridad de los pacientes que utilizan el litio.

Consideraciones Finales

Este estudio caracterizó 36 pacientes con trastorno afectivo bipolar, usuarios de litio, acompañados en un servicio de ambulatorio de salud mental. En esta investigación, la muestra contempla apenas personas con TAB pertenecientes a un único servicio público de un municipio del interior del estado de Sao Paulo, en Brasil,

pero es posible que los problemas aquí identificados sean comunes a pacientes de otros contextos.

En este estudio muchos pacientes eran sometidos a regímenes terapéuticos complejos, tenían conocimiento restringido sobre los fármacos prescritos, especialmente en lo que se refiere a la dosis y presentaban baja adhesión al tratamiento farmacológico. En ninguno de los participantes del estudio, fue alcanzada la proporción mínima de litemias por año preconizada por la literatura para el tratamiento de mantenimiento con litio.

Esas limitaciones señalan riesgos en el seguimiento de la terapéutica medicamentosa, especialmente tratándose de medicamentos con estrecho intervalo terapéutico como el litio, pudiendo comprometer considerablemente el pronóstico de los individuos.

El enfermero como integrante del equipo multidisciplinar debe emplear estrategias en los servicios de salud para minimizar esas limitaciones. Entre las posibles estrategias, se destaca el abordaje psicoeducativo individual o en grupo, para pacientes y familiares. Ese abordaje puede contribuir para la ampliación del conocimiento del paciente sobre el tratamiento farmacológico, para la promoción de la adhesión y para la participación activa del mismo en el tratamiento. Con mayor conocimiento y corresponsabilidad, el paciente puede colaborar en la administración correcta de las medicaciones, mantenimiento de la regularidad de las litemias, manejo de efectos colaterales del litio y reconocimiento precoz de intoxicaciones.

De ese modo, el presente estudio presenta contribuciones para la práctica e investigación en el área de la enfermería y salud mental al apuntar factores que pueden comprometer la seguridad de la persona con TAB en el seguimiento de la terapéutica medicamentosa. Se recomienda realizar otros estudios que implementen y evalúen estrategias de gestores y equipos de salud orientadas para la educación, supervisión, motivación para la adhesión y garantía de las litemias para la clientela que hace uso del litio.

Referencias

1. Ferrari AJ, Baxter AJ, Whiteford HA. A systematic review of the global distribution and availability of prevalence data for bipolar disorder. *J Affective Disorders*. 2011;134(1-3):1-13.
2. Miasso, AI, Cassiani SHDB, Pedrão LJ. Affective bipolar disorder and ambivalence in relation to the drug treatment: analyzing the causal conditions. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):433-41.
3. Busby KK, Sajatovic M. Review: Patient, treatment, and systems-level factors in bipolar disorder nonadherence:

A summary of the literature. *CNS neuroscience & therapeutics*. 2010;16(5):308-15.

4. Pompili M, Serafini G, Del Casale A, Rigucci s, Innamorati M, Girardi P, et al. Improving adherence in mood disorders: the struggle against relapse, recurrence and suicide risk. *Expert Rev Neurotherapeutics*. 2009;9(7):985-1004.
5. Rosa AR, Kapczinski F, Oliva R, Stein A, Barros HMT. Monitoramento da adesão ao tratamento com lítio. *Rev Psiquiatria Clín*. 2006;33(5):249-61.
6. Vega P, Barbeito S, Azúa SR, Martínez-Cengotitabengoa M, González-Ortega I, Saenz M et al, González-Pinto A. Bipolar disorder differences between genders: special considerations for women. *Women's Health*. 2011;7(6):663-76.
7. Rosa AR, Marco M, Fachel JMG, Kapczinski F, Stein A, Barros HMT. Correlation between drug treatment adherence and lithium treatment attitudes and knowledge by bipolar patients. *Progress in Neuropsychopharmacol Biol*. 2007;31:217-24.
8. Miasso AI, Cassiani SHB, Pedrão LJ. Bipolar affective disorder and medication therapy: identifying barriers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(4):739-45.
9. Mc-Allister-Williams RH, Ferrier IN. Pharmacological management of bipolar affective disorder. *Psychiatry*. 2009;8(4):120-4.
10. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder*. 2.ed. Washington: APA; 2010.
11. Severus WE, Kleindienst N, Seemuller F, Frangou S, Moller HJ, Greil W. What is the optimal serum lithium level in the long-term treatment of bipolar disorder - a review. *Bipolar Disorders*. 2008;10:231-7.
12. Nicholson J, Fitzmaurice B. Monitoring patients on lithium - a good practice guideline. *Psychiatric Bull*. 2002;26:348-51.
13. Morisky DE, Levine DM, Green LW, SMITH CR. Health education program effects on the management of hypertension in the elderly. *Arch Internal Med*. 1982;142(10):1835-8.
14. Stape DDB. O conhecimento do paciente com alta hospitalar sobre a continuidade do seu tratamento [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1979. 118 p.
15. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion D Júnior. A influencia do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81:349-54.
16. Shippee ND, Shah N, Williams MD, Moriarty JP, Frye MA, Ziegenfuss JY. Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder:

results from a nationally representative sample. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9(90).

17. Jones MM. The experience of bipolar Disorder at work. *Int J Psychosoc Rehabilitation*. 2005;10(1):60-70.

18. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. Impact of Substance Abuse on the Diagnosis, Course, and Treatment of Mood Disorders. *Biol Psychiatry*. 2004;56(10):738-48.

19. Vega P, Alonso M, Alberich S, Barbeito S, Ruiz de Azúa S, Ugarte A et al. Why do bipolar men not comply with treatment? The Spanish Cibersam data. *Eur J Psychiatry*. 2009;23:63-9.

20. Müller-Oerlinghauser B, Berghöfer A, Bauer M. Bipolar disorder. *Lancet*. 2002;359:241-27.

21. Monteschi M, Vedana KGG, Miasso AI. Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(4):709-18.

22. Cruz LP, Miranda PM, Vedana KGG, Miasso AI. Medication therapy: adherence, knowledge and difficulties of elderly people from bipolar disorder. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(4):944-52.

23. Sachs GS. Unmet clinical needs in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2003;3(1):2-8.

24. Miasso AI, Monteschi M, Giacchero KG. Bipolar affective disorder: medication adherence and satisfaction with treatment and guidance by the health team in a mental health service. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(4):548-56.

25. Santin A, Cereser K, Rosa A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Rev Psiquiatria Clín*. 2005; 32 Suppl 2:105-9.

26. Figueiredo AL, Souza L, Dell'Áclio JC, Argimon, IIL. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Rev Bras Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2009;11(1):15-24.

Recibido: 1.3.2012

Aceptado: 25.1.2013

Como citar este artículo:

Souza C, Vedana KGG, Mercedes BPC, Miasso AI. Trastorno bipolar y medicamentos: adhesión, conocimiento de los pacientes y monitorización sérica del carbonato de litio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. mar.-abr. 2013 [acceso: / /];21(2):[08 pantallas]. Disponible en: _____

día
mes abreviado con punto
año

URL