



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



CARTAS AL DIRECTOR

Incumplimiento terapéutico



Treatment non-compliance

Sra. Directora:

La práctica clínica diaria tiene una serie de variables que hace que nuestros actos médicos no siempre obtengan los resultados esperados con los tratamientos prescritos¹. Sin duda uno de esos factores es el cumplimiento terapéutico por parte del paciente.

La receta electrónica, la polimedición, la avanzada edad y el nivel sociocultural son algunos de los factores que pueden dificultar el cumplimiento terapéutico y con ello la calidad y seguridad, lo que puede conllevar un aumento de morbilidad² y un elevado coste asistencial³ en los pacientes.

Sabemos que existe un incumplimiento terapéutico para tratamientos crónicos del 36-49%⁴. Sin embargo, según las características de esa población es posible que estas cifras sean incluso mayores, sobre todo en población envejecida y polimedica⁵.

Existen distintos métodos de control de uso de medicación (recuento de pastillas, test de cumplimiento, recuento de recetas, etc.). Algunos estudios han objetivado que se retiran de la farmacia al menos el 80% de los fármacos prescritos para enfermedades crónicas (antihipertensivos, antidiabéticos e hipolipemiantes) solamente entre un 32,0% y 37,5%^{6,7}.

Realizamos un estudio transversal descriptivo (tabla 1), en un área de salud de Talavera de la Reina sobre poblaciones menores de 1.000 habitantes (27 poblaciones), mediante un muestreo consecutivo, sobre una muestra de 1.260 pacientes (edad media 70,2 años, 63% mujeres) que tomaran al menos un fármaco de forma continuada durante al menos 6 meses seguidos, a los que realizamos un test no estandarizado sobre características sociodemográficas y causas de incumplimiento terapéutico, y el test de Morisky Green⁸ (validado para cumplimiento terapéutico). De la muestra el 90,1% de los pacientes se definía como buenos cumplidores, aunque el estudio obtuvo resultados negativos (malos cumplidores si respondían al menos una vez «no») en el 91,5% de los pacientes.

Tabla 1 Cumplimiento terapéutico (n = 1.260)^a

Ítems	Sí	No
¿Recuerda el nombre de su medicación?	50,3%	48,2%
¿Recuerdan la indicación se su medicación?	47,6%	51,2%
¿Recuerdan la pauta de su tratamiento?	56,7%	37,8%
¿Retira la medicación si le produce molestias?	62,1%	33,9%

^a Resultados obtenidos con el Test de Morisky Green.

El olvido, fue en nuestro estudio (98%) la causa más frecuente que motivó el incumplimiento terapéutico.

La medicina actual hace que el paciente «peregrine» por distintas especialidades médicas, donde cada vez se construye una pirámide de tratamiento, paulatinamente más alta y más complicada, dependiendo de las características del paciente.

Es función del profesional simplificar el tratamiento todo lo posible teniendo una visión integral del paciente y sus características personales, sin obviar que la polimedición puede favorecer situaciones de incumplimiento terapéutico. Del mismo modo, el sistema sanitario debe establecer mecanismos de control del cumplimiento terapéutico, para conseguir una mejor eficiencia en su prescripción y control de la medicación de los pacientes.

Bibliografía

- Llisterri JL, Barrios V, de la Sierra A, Bertomeu V, Escobar C, González Segura D. Control de la presión arterial en las mujeres hipertensas de 65 o más años de edad asistidas en atención primaria. Estudio MERICAP. Rev Esp Cardiol. 2011;64:654-60.
- Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, McClure DL, Plomodon ME, Steiner JF, et al. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. Arch Intern Med. 2006;166:1836-41.

3. Conthe P, Visús E. Importancia del cumplimiento terapéutico en la insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:302–7.
 4. Cramer JA, Benedict A, Muszbek N, Keskinastan A, Khan ZM. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidemia: A review. *Int J Clin Pract*. 2008;62:76–87.
 5. Morales MJ. Estudio sobre la utilidad del pastillero para mejorar el cumplimiento terapéutico. *Aten Primaria*. 2009;41:185–92.
 6. López-Simarro F, Brotons C, Moral I, Cols-Sagarra C, Selva A, Aguado-Jodar A, et al. Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:377–84.
 7. Marquez E, de la Figuera M, Roig L, Naval J. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. *Aten Primaria*. 2006;38:325–32.
 8. Rodríguez MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40:413–7.
- J. González González^{a,b,*}, J. Perez Escobar^a, L.J. Maria García García^{a,b,c}, J. Sanchez Holgado^a y J.J. Criado-Alvarez^{b,c}
- ^a Centro Salud Santa Olalla, Toledo, España
^b Profesor Asociado Doctor Departamento Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Castilla la Mancha, España
^c Centro Salud La Pueblanueva, Toledo, España
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: jaimeg@sescam.jccm.es (J. González González).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.12.007>

Monitorización de la calidad en un servicio de medicina intensiva



Monitoring quality in an intensive medicine department

Sra. Directora:

La monitorización de la calidad de la asistencia prestada en un servicio, determinando tanto la seguridad del paciente como la eficacia, puede llevarse a cabo evaluando periódicamente su sistema de calidad certificado, según una norma, como la *Internacional Organization for Standardization 9001 (ISO 9001)*. La versión de la norma 9001:2008, actualmente en vigor, hace especial énfasis en el control del cumplimiento de los requisitos legales aplicables al servicio que ofrece la organización certificada¹. Dicha monitorización se realiza mediante la evaluación periódica de indicadores. En el caso de los pacientes críticos, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Fundación Avedis Donabedian (FAD) publicaron un conjunto, actualizado en 2011, de los que 20 son considerados relevantes².

El objetivo de nuestro estudio fue monitorizar los indicadores de calidad relevantes en la atención al enfermo crítico, comparando los resultados obtenidos con los estándares recomendados, y estableciendo las correspondientes acciones de mejora. Para ello llevamos a cabo un estudio descriptivo, observacional entre los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria. Se monitorizaron 11 indicadores, de los catalogados como relevantes, durante los años 2011 a 2013. De los índices de calidad elegidos en 9 (reingreso a las 72 h del alta, estancia media, posición semiincorporada en

pacientes con ventilación mecánica invasiva, la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica, demora en el ingreso, monitorización de la sedación, extubación no programada, límite de presión inspiratoria máxima en ventilación mecánica invasiva y la aplicación de hipotermia terapéutica en pacientes que sufrieron una parada cardíaca) se observó que cumplían los estándares recomendados; a diferencia de 2 de ellos (administración de nutrición enteral precoz y transfusión inadecuada de concentrado de hemáties) donde se observó un diferencia con los estándares (tabla 1).

La nutrición enteral precoz es un problema que seguimos detectando a pesar de haber ido aplicando diversas acciones de mejora (instauración del catálogo de nutriciones enterales, charlas divulgativas y que aparezca por defecto en el protocolo de tratamiento de inicio al ingreso). El uso de la nutrición enteral precoz es una decisión clínica que debe tomarse de forma individualizada en cada paciente, teniendo en cuenta el coste-beneficio de esta, y su empleo debe formar parte de una estrategia terapéutica que minimice la incidencia de infecciones nosocomiales^{3,4}.

En cuanto a la transfusión inadecuada de concentrado de hemáties, que se produce cuando no se ha seguido una política transfusional restrictiva (aceptable si Hb < 7 g/dl), y que se ha demostrado que disminuye la morbimortalidad⁵. En relación con este indicador, aunque la muestra no es significativa, se llevaron a cabo charlas formativas y la utilización de nuevos tubos para la extracción, que requieren menor cantidad de sangre. Con estas medidas ha disminuido el porcentaje de este indicador, aunque aún estemos alejados del estándar. Actualmente se han implantado otras medidas como la de no pautar analíticas periódicas y establecer la periodicidad con la que nos tenemos que plantear si el paciente precisa de ellas, estando pendientes los resultados de la efectividad añadida de esta nueva medida correctora.