

CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PRESCRITO EN PACIENTES CARDÍACOS

Autoras

Cruzado Álvarez C*, Flores Gordo S**, Bru Torreblanca A**, De los Ríos Pérez J**, López Rodríguez B**

* Supervisora de Enfermería. Unidad de Gestión Clínica del Corazón. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

** Enfermeras Unidad de Gestión Clínica del Corazón. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Resumen

• **Introducción:** La adscripción al tratamiento es fundamental en pacientes coronarios; posibilita el control de síntomas, previene nuevos eventos y evita la progresión de la enfermedad. Algunos estudios vienen a señalar que en torno al 25-50% de los pacientes no toman adecuadamente la medicación prescrita. Para un correcto cumplimiento del tratamiento el paciente debe conocer la medicación que se le ha prescrito, su uso y el propósito de la misma.

• **Objetivo:**

1.- Evaluar con indicadores NOC, el conocimiento del tratamiento prescrito que tienen los pacientes coronarios atendidos en consultas externas.

2.- Verificar el grado de cumplimiento en la toma de la medicación prescrita.

3.- Identificar intervenciones enfermeras para mejorar la adscripción al tratamiento.

• **Método:** Estudio descriptivo transversal. Se realizó entrevista abierta y estructurada a los pacientes en la que se recogieron datos demográficos y clínicos: Diagnóstico médico y tratamiento farmacológico. Se compararon las respuestas con la historia clínica dándoles valores según NOC Conocimiento: medicación.

El cumplimiento automedicado se valoró según metodología de Haynes y Sackett.

• **Resultado:** N = 51. Edad media 62.6 años (33-88). El 62.7% fueron mujeres. Reciben información del tratamiento por la enfermera el 2%. El 25.5 % se reconocen malos cumplidores según metodología de Haynes y Sackett. Se aprecia significación estadística ($p=0.005$) entre el porcentaje de pacientes con un buen grado de comprensión: uso de la medicación (NOC³⁴) y un óptimo conocimiento del diagnóstico.

• **Conclusiones:** Se hace necesario fomentar las intervenciones enfermeras relacionadas con el área de conocimientos para mejorar la adscripción al tratamiento.

Palabras clave: Incumplimiento terapéutico, tratamiento farmacológico, conocimiento medicación, cardiopatías.

KNOWLEDGE OF DRUG THERAPY PRESCRIBED IN CARDIAC PATIENTS

Abstract

• **Introduction:** Monitoring treatment is fundamental in coronary patients, it makes possibility the symptoms control, prevents new events and evits the disease progression. Some studies show around 25-50% of the patients don't take the medical treatment properly. The patient have to know the medical treatment, the use and the purpose.

• **Objective:**

1.- Evaluate with NOC indicators the knowledge about the medical treatment in coronary patients seen in out patients department.

2.- Check the fulfillment in medical treatment taken.

3.- Identify nursings interventions to improve on monitoring treatment.

• **Method:** Transversal descriptive studio. It carries out an open and structure interview to the patients where collect demografic and clinics information: Medical diagnosis and chemist treatment. It made a comparison on answer with the medical history given the validity according to NOC indicator. Knowledge: medical treatment. The self-medicate fulfillment was valued according Haynes and Sackett methodology.

• **Results:** N= 51. Average age: 62,6 years (33-88). The 62,7% were women. The 2% were given information about the medical treatment from the nurse. The 25,5% admit to be a bad reliable according to Haynes and Sackett methodology. It appreciates meaning statistical ($p=0.005$) between the patient percentage with a good understanding grade about the use of the medical treatment (NOC³⁴) and an ideal diagnosis knowledge.

• **Conclusions:** It is necessary encourage the nursing interventions related with the knowlege to improve on the monitoring treatment.

Keywords: therapeutic not fulfillment, chemist treatment, medical treatment knowledge, cardiopathy.

Dirección para correspondencia

Concepción Cruzado Álvarez
C/ Antígona nº1, 2N. 29010. Málaga
Tel/FAX: 653946639

Correo electrónico: ccruzadoalvarez@gmail.com

Introducción

La adscripción al tratamiento es fundamental en los pacientes coronarios: posibilita el control de síntomas, previene nuevos eventos y evita la progresión de la enfermedad.

Hay muchos estudios que vienen a señalar que entorno al 25-50% de los pacientes no toman de forma adecuada la medicación prescrita⁽¹⁻²⁾.

El control de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) por medio de cambios de hábitos de conducta e indicaciones farmacológicas adecuadas constituye el principal objetivo de la cardiología preventiva, dirigida a reducir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades cardiovasculares.

Más del 90% de los pacientes con un primer infarto agudo de miocardio (IAM) tenía uno o más FRCV que podían ser modificables, según afirma el estudio INTERHEART⁽³⁾. Sin embargo, todavía hay casos de IAM o muerte súbita en los que, por desgracia, ésta es la primera manifestación de enfermedad. Está claro, pues, que no todos los pacientes de alto riesgo están correctamente clasificados, o están clasificados pero no correctamente tratados, o bien el cumplimiento terapéutico del paciente es malo⁽⁴⁾.

Paralelamente a este control estricto de los FRCV (dislipemia, tabaquismo, hipertensión arterial y diabetes) se recomienda la administración de fármacos cardioprotectores que han demostrado reducir la morbimortalidad, incluyendo, además de las estatinas y los antiagregantes, a los betabloqueantes y los IECA⁽⁵⁾.

Los tratamientos en pacientes coronarios no curan, sólo mejoran y esta mejora desaparece si se suspende la medicación. Los factores de riesgo cardiovasculares no suelen acompañarse de vivencia de enfermedad grave; esto disminuye la adhesión al tratamiento. Estudios como PREVENCAT⁽⁶⁾ o HICAP⁽⁷⁾ concluyen que el control de FRCV en población atendida en primaria es insuficiente.

Medir el grado de observancia del tratamiento prescrito es difícil y complejo, existen múltiples estudios sobre el tema, especialmente en pacientes hipertensos⁽⁸⁻⁹⁾. Algunos autores relacionan la edad o el nivel de educación con el seguimiento del tratamiento⁽¹⁰⁾, otros no encuentran diferencias de observancia en cuanto al sexo⁽¹¹⁾. También se han encontrado diferencias entre el bajo nivel de conocimiento de la enfermedad y la mala adhesión⁽¹²⁾. Un aspecto más a tener en cuenta es la influencia de las características de la indicación terapéutica; cuanto más complejas sean las pautas a seguir mayor será la probabilidad de no observancia⁽¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁾.

Para un correcto cumplimiento del tratamiento el paciente debe conocer la medicación que se le ha

prescrito, su uso y el propósito de la misma⁽¹⁶⁾. Se ha constatado que la población general tiene un bajo conocimiento de los medicamentos⁽¹⁷⁾. En un estudio realizado en pacientes cardiopatas, ninguno de ellos comprendía correctamente el concepto de efecto adverso y de interacción entre medicamentos, frecuentemente adjudicaban los efectos indeseables a molestias propias de la enfermedad⁽¹⁸⁾.

El objetivo de este estudio se centra en valorar el grado de conocimiento que tienen los pacientes atendidos en nuestra Unidad de Gestión Clínica del tratamiento farmacológico prescrito y verificar el grado de cumplimiento en la toma de la medicación prescrita.

MÉTODO**Muestra**

Se incluyeron 51 pacientes que acudieron a revisión a consultas externas o tenían cita para la realización de un ecocardiograma solicitado por el cardiólogo. Todos los pacientes tenían tratamiento prescrito por médicos de la Unidad de Gestión del Corazón del Hospital Virgen de la Victoria.

Protocolo de estudio. Variables

Se realizó entrevista abierta y estructurada a los pacientes en la que se recogieron datos demográficos y clínicos.

Demográficos: sexo, edad, peso, actividad laboral
Clínicos: diagnóstico médico, tratamiento recibido.

El cumplimiento automedicado se valora según metodología de Haynes y Sackett. Se pregunta: «la mayoría de las personas tiene dificultades en tomar sus comprimidos, ¿tiene dificultad en tomar todos los suyos?». Si la respuesta es afirmativa se les interroga sobre los comprimidos que no ha tomado en la última semana. Se considera cumplidor aquel enfermo que declara haber tomado en el último mes una cantidad de comprimidos superior al 80% de los prescritos.

El conocimiento del tratamiento se evaluó según NOC: Conocimiento: medicación.

Indicadores:

- Declaración del nombre correcto de la medicación
- Descripción de las acciones de la medicación
- Descripción de la administración correcta de la medicación

Los indicadores se valoraron de 1 a 5, siendo 1 aquellos pacientes que no conocían el nombre, acciones u horarios de su medicación; 2 los que describían el 25%, 3 el 50%, 4 el 75% y 5 los que conocían el 100% de su medicación.

Se calculó la moda del valor de los indicadores y se consideraron que tenían un buen conocimiento aquellos con valor ≥ 4 (conocían más del 50% de la medicación).

Posteriormente se comparan las respuestas de la entrevista con la historia clínica del paciente.

Se incluyó como variable por su especial interés quién le informaba del tratamiento prescrito.

Todos los pacientes a los que se les solicitó participar en el estudio dieron su aprobación por escrito.

El estudio se realiza según la legislación vigente, las normas de Buena Práctica Clínica y los requisitos del Comité Ético de nuestro centro.

Análisis estadístico

Programa informático SPSS 15 para Windows. Las variables cualitativas se expresaran en porcentajes y se analizaran los contrastes de asociación (riesgo relativo) mediante el test de la chi cuadrado. Los contrastes se realizaran de forma bilateral y el grado de significación exigido será $p < 0.05$.

Resultados

Las características basales de los pacientes incluidos se encuentran en la **tabla 1**.

N = 51. Edad media $62.6 \pm 12,5$ años (33-88). El 62.7% fueron mujeres.

Tabla 1. Características basales de los 51 pacientes.

Edad	32/51(62,7%)
Sexo (Hombre / Mujer)	32/51(62,7%)
Años en tratamiento	5,5±5,7(0-21)
Jubilados	27/51(52,9%)

El 72,5 % de los pacientes tenía un correcto conocimiento de su diagnóstico médico (Tabla 2) y el 60,8% de su tratamiento (**Tabla 3**).

Tabla 2. Conocimiento diagnóstico médico.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos No conocen	14	27,5
Sí conocen	37	72,5
Total	51	100,00

Tabla 3. Conocimiento: medicación.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos NOC <4	20	39,2
NOC ≥4	31	60,8
Total	51	100,00

El 25.5 % se reconocen malos cumplidores según metodología de Haynes y Sackett. **Tabla 4**

Tabla 4. Cumplimiento automedicado de Haynes y Sackett.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Mal	13	25,5
Buen	38	74,5
Total	51	100,00

Sólo el 2% de los pacientes reciben información del tratamiento por la enfermera. (**Tabla 5**)

Se aprecia significación estadística (**Tabla 6**) al relacionar las variables porcentaje de pacientes con un buen grado de comprensión uso de la medicación (NOC³4) y un óptimo conocimiento del diagnóstico ($p=0.005$).

Tabla 5. Informa del tratamiento.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Cardiólogo	36	70,6
Enfermera	1	2,0
Médico de Familia	13	25,5
Nadie	1	2,0
Total	51	100,00

Tabla 6. Relación conocimiento del diagnóstico y conocimiento: medicación.

		NOC	
		NOC<4	NOC ≥4
CONOCIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO	MAL Recuento % Conoc. Dg.	10 71,4%	4 28,6%
	BUEN Recuento % conoc. Dg.	10 27,0%	27 73,0%

El 83,9% de los pacientes que refieren un buen cumplimiento en el seguimiento del tratamiento tienen un buen conocimiento de la medicación. (**Tabla 7**)

Tabla 7. Relación cumplimiento automedicado y conocimiento: medicación.

		NOC	
		NOC<4	NOC ≥4
CUMPLIMIENTO AUTOMEDICADO	MAL Recuento % NOC	8 40,0%	5 16,1%
	BUEN Recuento % NOC	12 60,0%	26 83,9%

Discusión

El principal hallazgo de nuestro estudio es que los pacientes que tiene un mayor conocimiento del tratamiento, tienen también un mayor conocimiento del diagnóstico. Se observa una tendencia clara y una repercusión clínica manifiesta cuando relacionamos pacientes que refieren un buen cumplimiento automedicado con conocimiento: medicación. No se aprecia significancia estadística probablemente por el rigor en la valoración de los indicadores NOC. A pesar del pequeño tamaño de la muestra los resultados de nuestra serie son similares a los de otras publicaciones⁽⁸⁻¹²⁾.

Cuando hablamos de incumplimiento, es fácil atribuir toda la responsabilidad al paciente¹⁹, no debemos olvidar que parte del problema en el poco grado de cumplimiento del tratamiento recae en los profesionales sanitarios. "La información al paciente sobre los medicamentos es un elemento básico que debe considerarse como un eslabón más, dentro del proceso farmacoterapéutico"⁽²⁰⁾.

La inadecuada comunicación sobre los medicamentos prescritos ha sido considerada como una de las causas principales de que los pacientes no cumplan correctamente sus tratamientos⁽²¹⁾. Se ha demostrado que el tiempo invertido en la educación de los pacientes es rentable en términos de disminución de errores de medicación⁽²²⁾.

Cuando se consulta bibliografía encontramos métodos para mejorar el cumplimiento⁽²³⁻²⁴⁻²⁵⁾, fundamentalmente consisten en programas de educación y en una mejor relación del paciente con el medio asistencial.

Resulta significativo el bajo porcentaje de pacientes que refieren haber recibido información del tratamiento por la enfermera(2%), quizás porque se considera que informar del tratamiento es responsabilidad de quién prescribe: el médico. La responsabilidad de mejorar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad, tratamiento prescrito, educación sanitaria, es parte del proceso que compete a las enfermeras.

El diagnóstico de enfermería NANDA que encontramos con mayor porcentaje en nuestros pacientes es Disposición para mejorar el conocimiento sobre el control de su enfermedad y establecemos entre otras intervenciones enfermeras: Enseñanza; medicamentos prescritos.

Por lo tanto tenemos las herramientas, siendo necesario fomentar las intervenciones relacionadas con el área del conocimiento para mejorar la adscripción al tratamiento.

Bibliografía

1. Fuentes J, Alonso S. El cumplimiento terapéutico. Formación médica continuada 2000; 7:386-387
2. Turabian JL, Brezner JA, Blázquez P, De Lorenzo A, Mateo S. Cumplimiento y control de la HTA: Un estudio aleatorio en una zona rural. Atenc. Prim 1986; 3:15-18
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al, and INTERHEART Study Investigators.. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study, Lancet. 2004;364:937-52
4. De Pablo-Zarzosa C, Grima-Serrano A, Luengo-Pérez E, Mazón-Ramos P. Prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. Rev Esp Cardiol 2007; 60: 68 – 78
5. Velasco JA, Cosin J, Maroto JM, Muñoz J, Casasnovas JA, Plaza I, Abadal L T. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 1095 - 1120
6. Álvarez-Sala LA, Suarez C, Mantilla T, Franch J, Ruijlope LM, Banegas JR, Barrios V. Estudio Prevencat: control del riesgo cardiovascular en Atención Primaria. Med. Clin (Barc). 2005: 124:406-10
7. Marquez E, de Rivas B, División JA, Sobreviela E, Luque M. Are hypertensive patients managed in primary care well evaluated and controlled? HICAP Study]
8. Puigventós F, Llodrà V, Vilanova M, Delgado O, Lázaro M, Forteza-Rey J y Serra J. Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión: 10 años de publicaciones en España. DevecchiaMed Clin (Barc) 1997; 109: 702-706
9. V. Gil, C. Muñoz, J.L. Martínez, J. Belda, J.E. Soriano y J. Merino. Estudio de los factores implicados en la no observancia terapéutica de pacientes Hipertensos. Med Clin (Barc) 1994 102: 50-53
10. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Med Care 1975; 1: 10-24.
11. Turabian JL, Brezner JA, Blázquez P, De Lorenzo A, Mateo S. Cumplimiento y control de la HTA: Un estudio aleatorio en una zona rural. Atenc Prim 1986; 3: 15-18
12. Batalla C, Blanquer A, Ciurana R, García M, Cases J, Pérez A et al. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. Aten Primaria 1984; 1: 185-191.
13. Durán J, Figuerola J. Cumplimiento de la medicación, características que lo determinan y recomendaciones para mejorarlo. Med Clin (Barc) 1988; 90: 224-234.
14. Mora J. Adherencia del paciente hipertenso al tratamiento. En: Ruilópez LM, editor. Hipertensión Arterial. Madrid: Idepsa, 1989; 192-193.
15. Sackett DL, Snow JC. The magnitude of compliance and noncompliance. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, editores. Compliance in Health Care. Baltimore: Johns Hopkins, 1979.
16. Sáez S, Domingo E, Martí A, Moreno C, Muñoz A, Ortells R. Impacto de la información recibida en el conocimiento del tratamiento farmacológico prescrito a pacientes en diálisis. Disponible en: http://www.seden.org/publicaciones_revistadet.asp?idioma=&id=129&Datapageid=1&intlnicio=
17. McCormack PM, Lawlor R, Donegan C, et al. Knowledge and attitudes to prescribed drugs in young and elderly patients. Irish Med J 1997; 90: 29-30.
18. Prieto R, Zúñiga C, Vargas M, y cols. Análisis del impacto de un programa educativo en pacientes cardiopatas. Rev OFIL, 1994; 4: 24-29.
19. Haynes RB, Montague P, Oliver T, et al. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. The Cochrane Library Reviews 2000; issue3:1-26
20. Pardell H. ¿Cómo mejorar el control de la HTA? Rev Clin Esp 1989; 185:223-224
21. Kessler DA. Communicating with patients about their medications. N Engl J Med 1991; 325: 1650-1652.
22. Friedman RH. Automated telephone conversations to assess health behavior and deliver behavioral interventions. J Med Syst 1998; 22: 95-102.
23. Durán JA, Figuerola J. Cumplimiento de la medicación: características, factores que lo determinan y recomendaciones para mejorarlo. Med Clin (Barc) 1988; 90: 338-343.
24. Ayudar a que los pacientes hagan mejor uso de los medicamentos. Traducción del Drug and Therapeutics Bulletin 1991; 29: 1. Inform Terap Sistema Nac Salud 1991; 15: 92-95
25. Prados JA. Importancia de la relación médico-enfermo y la entrevista clínica en el cumplimiento del tratamiento. Inform Terap Sistema Nac Salud 1992; 16: 209-216.