



Cumplimiento de la prescripción farmacológica en un Servicio de Urgencias Pediátrico

A. Catalá Temprano, G. Claret Teruel, C. Luaces Cubells, J.J. García, J. Pou Fernández

SECCIÓN DE URGENCIAS. SERVICIO DE PEDIATRÍA. UNIDAD INTEGRADA DEL HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU - CLÍNICA. UNIVERSIDAD DE BARCELONA.

RESUMEN

Objetivo: Conocer el grado de cumplimiento terapéutico en un Servicio de Urgencias pediátrico y analizar los factores que influyen en el mismo.

Métodos: Revisión retrospectiva de una muestra aleatoria de informes de Urgencias en que se prescribió algún medicamento y encuesta telefónica realizada en las primeras 48 horas tras la visita. Se define cumplimiento terapéutico haber iniciado la medicación prescrita en las primeras 24 horas después de la visita.

Resultados: De 300 familias se logró contactar con los acompañantes de los niños a Urgencias en 124 casos. Los diagnósticos más frecuentes fueron crisis de broncoespasmo, neumonía y otitis. Los acompañantes refieren conocer el nombre del médico que les atendió en el 39%, que se especificó el diagnóstico en el 94% y que se explicó en qué consistía en el 85% y la posible evolución en el 98%. Todos ellos sabían que les recomendaron un medicamento y les explicaron su administración en el 97%. El porcentaje de cumplimiento fue del 95%. Se facilitó receta, de la Seguridad Social en 61% de los casos. En 11 casos no se extendió esta receta, ya que la familia poseía el producto. Un 91% de los familiares se muestran satisfechos con la atención prestada en Urgencias.

Conclusiones: El alto grado de cumplimiento obtenido puede explicarse por el tipo de patología atendida y de medicación prescrita, la buena información facilitada y el alto porcentaje de utilización de la receta cofinanciada.

Palabras clave: Cumplimiento. Prescripción. Urgencias. Pediatría.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por cumplimiento terapéutico el grado en que la conducta del paciente coincide con los consejos médicos en lo referente a la medicación prescrita, la dieta recomendada y los cambios en el estilo de vida, teniendo en cuenta que en

ABSTRACT

Drug compliance in a Pediatric Emergency Department

Objective: To know the degree and the factors that are associated to the drug compliance in a Pediatric Emergency Department.

Methods: Retrospective review of a random sample of the Emergency charts in which a drug was prescribed. A telephonic survey was carried out not later than 48 hours after the visit. Drug compliance was considered if the prescribed therapy was begun in the first 24 hours after the visit.

Results: From 300 families who were attended at the Emergency Department we could contact in 124 cases. The most frequent diagnoses were acute asthma, pneumonia and otitis. The parents did know the name of the attending physician in 39% of the cases. The diagnosis was specified in 94%, it was explained in 85% and the possible outcome was indicated to the families in 98%. All of them knew that a drug was prescribed and 97% said that an explanation about its administration was given. Drug compliance was 95%. A Social Security receipt was extended in 61%. In 11 cases it was not given to the parents because they told to have the medication at home. 91% of the parents were satisfied with the medical care given at the Emergency Department.

Conclusions: The high degree of drug compliance may be explained because of the type of diseases and the prescribed medications, the accurate information and the use of the subsidised prescriptions.

Key Words: Compliance. Prescription. Emergencies. Pediatrics.

Pediatría los padres o tutores son los responsables de poner en práctica estas indicaciones¹. La falta de cumplimiento en el ámbito pediátrico ha sido evaluada en algunos estudios, oscilando entre el 5 y el 20% en pacientes atendidos en Centros de Asistencia Primaria o Consultas Externas hospitalarias^{2,3}. Las principales causas de esta situación son el olvido, inte-

Correspondencia: C. Luaces
Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría
Hospital Sant Joan de Déu. Passeig Sant Joan de Déu 2.
08950 Esplugues. Barcelona.

Fecha de recepción: 22-8-2002
Fecha de aceptación: 10-3-2003

rrupción del fármaco porque desaparecieron los síntomas, comprensión equivocada de las instrucciones, resistencia del niño e ineficacia o efectos adversos del producto¹.

Sin embargo, hay poco conocimiento sobre el grado de cumplimiento de la medicación prescrita en un Servicio de urgencias pediátricas donde, además de las causas citadas anteriormente, podrían añadirse otros aspectos como la desconfianza hacia el pediatra desconocido, las dudas ante diagnósticos realizados con la premura propia de la situación o la insatisfacción con las explicaciones ofrecidas por el pediatra de urgencias o con las instrucciones recibidas. Por la propia naturaleza de la consulta y prescripción urgente, parece de indudable interés poseer información acerca del seguimiento de la pauta establecida en las primeras 24 horas.

Por todo ello, nos planteamos conocer cuál es el grado de cumplimiento terapéutico en las primeras 24 horas de los pacientes visitados en nuestro servicio de urgencias pediátrico y averiguar las características (tipo de fármacos, diagnósticos más frecuentes que requieren tratamiento...) de dicha prescripción y los factores que pudieran influir en el grado de seguimiento a la misma en ese período de tiempo.

OBJETIVOS

1. Conocer, en las primeras 24 horas, el grado de cumplimiento de las prescripciones farmacológicas en un servicio de

urgencias pediátricas y analizar las razones de la falta de adherencia, si existe, al tratamiento prescrito en los casos de incumplimiento.

2. Conocer la opinión del usuario sobre diversos aspectos del proceso asistencial descritos como directamente relacionados con el grado de adherencia a la prescripción.

MÉTODOS

El Hospital Sant Joan de Déu es un hospital monográfico materno-infantil de tercer nivel con una media anual de 92.000 visitas pediátricas situado en el área metropolitana de Barcelona y que atiende a pacientes entre 0 y 18 años.

Definimos el cumplimiento terapéutico como aquellos casos en los que la familia refiere iniciar la prescripción el mismo día o en las primeras 24 horas siguientes a la visita.

Durante los días laborables de noviembre de 2001 a enero de 2002 se han recuperado diariamente los informes de alta de los pacientes atendidos el día anterior en las urgencias de pediatría y se han seleccionado aquellos en los que se prescribió tratamiento farmacológico, excluyendo los anti-piréticos y los que se pueden adquirir sin receta médica, y entre ellos se han elegido de modo aleatorio entre 5 y 10 informes con el objeto de responder a los objetivos planteados.

De cada informe se ha recogido la fecha, hora de la visita, edad y sexo del paciente, si el paciente sufre alguna patología de base o está tomando algún tratamiento, el diagnóstico que recibió, el tratamiento prescrito y la duración del mismo. Los diagnósticos de alta son los recomendados por el Grupo de Codificación diagnóstica de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas⁴.

Durante el período del estudio, su realización era desconocida por el personal asistencial del Servicio de urgencias.

Posteriormente y para conocer el resto de información, se ha efectuado un contacto telefónico con la familia. Se han realizado un mínimo de dos intentos y un máximo de cuatro por paciente en un plazo no superior a las 48 horas de la visita y sólo se han recogido datos si el interlocutor acompañó al niño en la visita. Los datos solicitados vía telefónica se muestran en la tabla 1.

Únicamente se incluyen en el estudio los datos de los informes de aquellos pacientes en los que se consiguió el contacto telefónico.

Se realiza un estudio descriptivo de los datos obtenidos.

TABLA 1. Cuestionario telefónico

¿Parentesco con el paciente?
¿Recuerda Ud. el nombre del pediatra que le atendió?
En relación al diagnóstico:
- ¿se especificó?
- ¿se explicó?
- ¿se comentó la probable evolución?
En relación al tratamiento:
- ¿se explicó el tipo de fármaco?
- ¿se comentó claramente su forma de administración?
- ¿qué tipo de receta se extendió?
- ¿ha adquirido y/o iniciado el tratamiento?
¿Ha acudido ya a su pediatra habitual?
¿Cuál es su nivel de satisfacción del servicio de urgencias?
¿Quiere Ud. realizar alguna sugerencia?



RESULTADOS

Se intentó contactar con un total de 300 familias. En 136 casos no se obtuvo respuesta y en 40 se contactó pero no se localizó a la persona que acompañó al paciente en la consulta. En consecuencia el número de casos incluidos es de 124.

En un 25% de los casos fue la madre quien acompañó al paciente en la visita, en un 12% fue el padre, ambos en un 60% y otros familiares en el 3% (abuelo, hermana, prima o tía).

En nuestra muestra encontramos 69 niños y 55 niñas con una media de edad de 5 años. De ellos, el 26% (32) tiene patología de base. Entre ésta destaca las crisis de broncoespasmo (20 casos) y la otitis media recurrente (3 casos). Reciben un tratamiento de fondo el 10% (12 casos) de los pacientes, siendo los corticoides inhalados el más frecuente (4 casos).

El diagnóstico que predomina es el de crisis de broncoespasmo (28), seguido por la neumonía (27), otitis media aguda (26), infección de vías respiratorias altas (13), faringoamigdalitis (13) y urticaria (7). El tratamiento en más casos recomendado es la amoxicilina (43), seguida por el salbutamol inhalado (20), amoxicilina-clavulánico (18), hidroxicina (8) y prednisolona (6).

Con relación a la opinión del familiar sobre la información dada por el médico, los datos obtenidos son: conocen el nombre del médico que les atendió o recuerdan que se presentó en un 39% (48), el diagnóstico fue especificado en un 94% (117), se explicó a las familias en qué consistía dicho diagnóstico en un 85% (106) y su posible evolución en un 79% (98). Saben que les recomendaron un tratamiento un 100% (124) y les explicaron su administración en un 97% (120).

El porcentaje de cumplimiento referido es del 95% (118). Entre los 8 pacientes que no han utilizado el fármaco, las razones argumentadas son las siguientes: tienen otro fármaco similar (3), creen que no es necesario (2), no han tenido tiempo para ir a comprarlo (2) y por los efectos secundarios del fármaco (1). Los medicamentos no adquiridos son del grupo de antibióticos y antiinflamatorios no esteroideos.

Se facilitó la receta del Institut Catalá de Salut (Seguridad Social) a un 61% (76) de los pacientes y en once casos ésta no se extendió debido a que la familia ya disponía del fármaco en su domicilio según explicó en el contacto telefónico.

En 36 ocasiones, el interlocutor admitió que el paciente no había sido atendido por su pediatra habitual con posterioridad a la visita, a pesar de las recomendaciones emitidas en el Servicio de Urgencias.

Un 91% (113) de los acompañantes están satisfechos en términos generales con la atención prestada en el servicio de urgencias. En el apartado de sugerencias, 45 familiares refirieron

intentar disminuir el tiempo de espera. Otros aspectos comentados se refieren al hecho de tener que esperar para ser atendidos también una vez dentro del box de urgencias (4), el poco tiempo dedicado a la visita (4), la inexperiencia del médico (2) y opinión discrepante en relación al diagnóstico o tratamiento con la del médico en dos casos.

DISCUSIÓN

El incumplimiento terapéutico es un problema del que existe abundante información en adultos, sin embargo, hay menos información disponible en el ámbito pediátrico. Algunos estudios efectuados en consultas no urgentes apuntan que el incumplimiento de la farmacoterapia es frecuente en niños. En caso de regímenes breves, los índices de cumplimiento van del 7 a 89% y en el caso de tratamientos a largo plazo, del 11 al 83%⁵. El hecho de padecer enfermedades crónicas, incluso con enorme riesgo vital como el cáncer, tampoco es garantía de cumplimiento del tratamiento prescrito⁶.

En un estudio realizado en adultos atendidos en servicios de urgencias, se objetivó que un 22% de pacientes no siguieron la prescripción⁷ y en otro similar⁸, la proporción fue del 12%. En un reciente trabajo pediátrico⁹, el grado de cumplimiento tras la visita urgente ha llegado al 92,7%.

Las causas referidas en la literatura como responsables de la falta de seguimiento son la edad, con mayor presencia del problema entre los pacientes adolescentes, el tipo y duración de la enfermedad, ya que tomar medicación por trastornos asintomáticos o con fin profiláctico suele ser más difícil, el régimen terapéutico, ya que si se recetan varios fármacos, a intervalos frecuentes y con sabor desagradable el incumplimiento es mayor¹. También, la calidad percibida en la relación con el médico y el grado de satisfacción del paciente y su familia en referencia a la correcta explicación del diagnóstico, tipo de tratamiento recomendado e instrucciones y la forma de administrarlo se ha demostrado como un aspecto importante a la hora del cumplimiento⁸.

En el presente trabajo hemos obtenido un grado de cumplimiento del 95%, cifra muy similar a la obtenida por Matsui⁹. Thomas⁸ comunica que un 12% de sus pacientes admiten no haber adquirido la medicación prescrita en una entrevista telefónica efectuada a los diez días de la visita en urgencias.

La edad de nuestros pacientes y el tipo de patología es la propia de cualquier servicio de urgencias pediátrico en la época en que se realizó el estudio. En nuestra opinión, este elevado porcentaje puede obedecer a varias circunstancias. Así, por ejemplo, los fármacos prescritos, en su mayoría antibióticos y

broncodilatadores, creemos que predisponen, como mínimo, al inicio del tratamiento, ya que para las familias es evidente la necesidad de tratar la infección que produce la fiebre que tanta angustia les genera o una dificultad respiratoria.

Por otro lado, consideramos que los buenos porcentajes obtenidos en cuanto a los aspectos relacionados con la información sobre el diagnóstico, la prescripción y la forma de administración tienen clara influencia en el resultado obtenido. En la misma línea, Boudreaux¹⁰ incluye como factores determinantes, a la hora de evaluar el nivel de satisfacción del usuario de un servicio de urgencias, el grado en el que el médico ha tratado al paciente desde su vertiente como ser humano, el nivel de seguridad percibido en urgencias y las instrucciones y tratamiento en el momento del alta. Este último punto también aparece en la revisión efectuada por Sun¹¹ sobre motivos de satisfacción e intención de volver, en caso necesario, al servicio de urgencias.

Consideramos, sin embargo, que sería conveniente mejorar en el conocimiento sobre el nombre del facultativo que les atendió aunque el informe asistencial entregado a la familia está informatizado. Además del diagnóstico escrito y codificado contiene el nombre completo del pediatra, su número de colegiado de forma totalmente legible y su firma.

Otro aspecto que probablemente favorece el elevado cumplimiento es el hecho de extender la receta del Institut Català de Salut (Seguridad Social) y que evita a la familia tener que esperar al horario de su pediatra habitual para obtener este documento para adquirir el fármaco con la bonificación correspondiente. Esta circunstancia también aparece como un factor decisivo en otras series⁸.

Las razones argumentadas entre las familias de los ocho pacientes que no han adquirido o utilizado el fármaco son las descritas también en otros trabajos¹. Sólo en tres de los ocho casos (dos en que la familia cree que el fármaco no es necesario y otro en el que teme los efectos secundarios) podría intuirse un defecto en la información ofrecida.

Entre las limitaciones a nuestro estudio, podemos incluir que la veracidad de los resultados depende del seguimiento telefónico y el número de pacientes que no han podido ser localizados. En relación al primer punto, creemos que en el ámbito de las urgencias es difícil utilizar otros métodos de seguimiento como el recuento de comprimidos o la cantidad de suspensión que restan en un momento determinado o los resultados clínicos al cabo de 7 ó 10 días. Además, el seguimiento telefónico es un método utilizado en otros estudios con objetivos similares a los nuestros¹². Respecto al número de pacientes ilocalizables, parece razonable asumir que es poco probable que entre éstos, el porcentaje de falta de cumplimiento fuera muy superior a los incluidos. Por último, es evidente que ante un porcentaje tan elevado de cumplimiento, es poco factible establecer comparaciones de interés entre cumplidores y no cumplidores.

En resumen, en nuestra opinión, el alto porcentaje de cumplimiento obtenido puede obedecer al tipo de patología y prescripción, a la buena información facilitada y la utilización generalizada de la receta que facilita la adquisición más barata del fármaco. Por ello, creemos que estos dos últimos aspectos deben tenerse muy en cuenta y aplicarse, en la medida de lo posible, en los Servicios de urgencias pediátricos para conseguir un alto grado de adherencia a las pautas terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Matsui D. Drug Compliance in pediatrics: clinical and research issues. *Pediatr Clin North Am* 1997;44:1-14.
- 2- Beardon PH, McGilchrist MM, McKendrick AD, McDevitt DG, MacDonald TM. Primary non compliance with prescribed medication in primary care. *Br Med J* 1993;307:846-8.
- 3- Rashid A. Do patient cash prescriptions? *Br Med J* 1982;284:24-6.
- 4- Grupo de Codificación Diagnóstica de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Codificación diagnóstica en urgencias de pediatría. *An Esp Pediatr* 2000;53:261-72.
- 5- Shope ST. Medication Compliance. *Pediatr Clin North Am* 1981; 28: 5-21.
- 6- Festa RS, Tamaroff MH, Chasalow F, Lanzkowsky P. Therapeutic adherence to oral medication regimens by adolescents with cancer I. Laboratory assesment. *J Pediatr* 1992;120:807-11.
- 7- Sauders CE. Patient compliance in filling prescriptions after discharge from the emergency department. *Am J Emerg Med* 1987;5:283-6.
- 8- Thomas EJ, Burstin HR, O'Neil AC, Orav EJ, Brennan TA. Patient noncompliance with medical advice after the emergency department visit. *Ann Emerg Med* 1996;27:49-55.
- 9- Matsui D, Joubert GI, Dykxhoorn S, Rieder MJ. Compliance with prescription filling in the Pediatric Emergency Department. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:195-8.
- 10- Boudreaux ED, Ary RD, Mandry CV, McCabe B. Determinants of patient satisfaction in a large municipal ED: The role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. *Am J Emerg Med* 2000;18:394-400.
- 11- Sun BC, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR. Determinants of patient satisfaction and willingness to return of emergency care. *Ann Emerg Med* 2000;35:499-501.
- 12- Home A, Ros SP. Telephone follow-up of patients discharged from the emergency department: how reliable? *Pediatr Emerg Care* 1995;11:173-5.