

MEDICIÓN DEL INCUMPLIMIENTO TERAPEÚTICO EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO Y  
MODELO DE ATENCIÓN CRONICIDAD AVANZADA EN DOS CENTROS DE URGENCIAS DE  
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE BARCELONA

**Autores:**

**Esther Rubio Fernández, Aurora Rosino Bosch, Rosa M<sup>a</sup> Fajas Argemi, Josep M<sup>a</sup>  
Manresa Domínguez, M<sup>a</sup> Antonia Martínez Momblan, Antonio Torres Quintana**

**Agradecimientos:**

**Pilar Sierra Arnedo, Juan Fco Mayoral Farre.** Adjuntos Servicio Anestesiología y  
Reanimación. Fundació Puigvert (Barcelona).

Esther Rubio Fernández (DUE) Bloque Quirúrgico. Fundació Puigvert (Barcelona)

Aurora Rosino Bosch (DUE) CUAP Cerdanyola/Ripollet .I.C.S. (Barcelona)

Rosa M<sup>a</sup> Fajas Argemi(DUE) CUAP San Fèlix .Sabadell. I.C.S. (Barcelona)

*Josep M<sup>a</sup> Manresa Domínguez. Tècnic de reserca Unitat de Suport a la Reserca  
Metropolitana Nord. (IDIAP, Jordi Gol Barcelona)*

M<sup>a</sup> Antonia Martínez Momblan. PhD. Profesora Escola Infermeria Bellvitge. UB

Antonio Torres Quintana. PhD. Escuela Infermeria Sant Pau. UAB

**Correspondencia:** Esther Rubio Fernández. [esther.rub.fer@gmail.com](mailto:esther.rub.fer@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La OMS prevé que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en 2020, y se doblará su incidencia en personas de más de 65 años<sup>1</sup>.

Las indicaciones de la OMS y las previsiones poblacionales que apuntan a un notable envejecimiento de la población en las próximas décadas, recomiendan revisar los actuales modelos asistenciales para hacer los cambios necesarios que den una respuesta adecuada a los retos del nuevo escenario económico, social, y demográfico <sup>2</sup>

Las políticas sanitarias de los gobiernos deben tener como orientación principal conseguir más años de vida para las personas y que éstos sean vividos con mejor calidad de salud. Entre 2011 y 2015, el Plan de Salud de Cataluña que surge del desarrollo de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), dando prioridad a tres ejes de actuación en el ámbito del modelo de atención. Una línea dentro de esto, fue dirigida a un sistema más orientado a los enfermos crónicos, ya que las patologías crónicas suponen el 80% de la mortalidad y consumen más del 50% de los recursos del sistema <sup>3</sup>.

Dentro del Pla de Salut de Catalunya (2011-2015) se explicitaba como línea de actuación un sistema más orientado a los enfermos crónicos: en el que se priorizaban programas como de uso racional del medicamento, mejorando el plan de medicación (con integración de todos los niveles asistenciales) y facilitando su acceso y utilización, para asegurar tratamientos farmacológicos adecuados a la enfermedad y la mejora en la adherencia a los tratamientos<sup>3</sup>.

Por tanto, diremos que un paciente crónico complejo (PCC), es una identificación que se incluyen en pacientes con patologías crónicas complejas, plurimedicados, con un manejo multidisciplinar, con alto uso de servicios e ingresos, asociados a una fragilidad y con probable decadencia de su estado de manera aguda y/o situaciones psicosociales adversas. Y un paciente en modelo de atención a la cronicidad avanzada (MACA) además, tiene un pronóstico de vida limitado (menos de 18 meses) y presencia de necesidades paliativas<sup>4</sup>.

La gestión de casos aplicada a los cuidados, en el paciente crónico, es un proceso dirigido a recoger información específica sobre las necesidades de los usuarios. Consiste en: identificar los problemas, diseñar un plan de intervención y coordinar las actividades con los profesionales y familiares implicados<sup>5</sup>. La enfermera procura que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial coordinándose con

diferentes profesionales y movilizando los recursos necesarios, garantizando así una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidado del paciente y su cuidador/a <sup>6,7</sup>.

Una vez el paciente está identificado en la estratificación de PCC y MACA, podemos detectar una descompensación que tenga como causa un mal cumplimiento del tratamiento terapéutico. Los motivos por los cuales podría existir este incumplimiento terapéutico son diversos. Entre ellos estaría que presentan procesos crónicos incapacitantes, una edad avanzada con deterioro funcional, manifestación de pluripatologías, consumo de polimedicación. Además son personas que pueden precisar cuidados en el domicilio tras el alta hospitalaria y /o estar en situación terminal con necesidades de cuidados paliativos en el domicilio. Y no menos importante está la figura del cuidador/a a veces también con edad avanzada que implica apoyo familiar y social <sup>10,11</sup>.

### **Justificación**

Debido al envejecimiento de la población y a la demanda continua de asistencia sanitaria, con el consiguiente aumento del gasto sanitario, la gestión de casos participa de las respuestas a estos nuevos retos constituyendo un beneficio para la sostenibilidad del sistema, facilitando un nivel óptimo de bienestar, autogestión y capacidad funcional y activando los sistemas de apoyo y prestación de asistencia sanitaria y social. Es en definitiva, una apuesta clara por la calidad en atención sanitaria <sup>8,9</sup>. Así que, consideramos el estudio de la adherencia del tratamiento farmacológico un problema de gran relevancia en pacientes identificados como PCC/MACA, por sus descompensaciones, fragilidad, e inestabilidad psicosociales. Al observar este alto nivel de adherencia al tratamiento farmacológico, y habiendo estudios publicados sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes crónicos, pero no en PCC/MACA, creemos que es necesario este estudio, debido a sus reingresos y alto gasto económico que se genera <sup>12,13</sup>.

Por lo que, nos planteamos el siguiente objetivo de investigación:

Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico a los pacientes identificados como PCC/MACA en dos centros de urgencias de atención primaria de la provincia de Barcelona durante el año 2016.

### **METODOLOGÍA**

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional de tipo exploratorio y transversal durante el año 2016. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia hasta completar un tamaño muestral representativo. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes identificados como PCC y MACA que aceptaron participar en el estudio hasta completar la muestra. Todos los participantes fueron informados y firmaron el consentimiento por escrito. El reclutamiento de participantes se realizó en una visita de urgencia en el CUAP con la enfermera. El proyecto fue autorizado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol. Finalmente la muestra estuvo formada por 379 sujetos, de los cuales un 57,8 % (219 pctes) han sido reclutados del CUAP Sabadell y un 42,2% (160 pctes) del CUAP Ripollet/Cerdanyola.

Las variables del estudio para medir el grado de incumplimiento y datos sociodemográficos de interés fueron:

- Valoración del incumplimiento farmacológico: dicha variable se midió por el Test de Morisky-Green.
- Variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel educativo, convivencia con pareja, edad de la pareja y tipo de cuidador.
- Variables clínicas: patologías principales, factores de riesgo y número ingresos anuales probables por patologías.
- Variables antropométricas: se contemplarán, peso, talla, T.A, F.C., Tª, Sat. O2 y G.M.A (Grupos de Morbilidad Ajustadas: nueva herramienta que estratifica e identifica la población de riesgo).
- Autonomía funcional en actividades de la vida diaria: dicha variable se midió a través del Índice de Barthel.
- Escala de sobrecarga del cuidador: dicha variable se midió con el Test de Zarit.

Test Morisky-Green consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuestas dicotómicas (sí/no), que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Así se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas en relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor.

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Por lo tanto, hemos medido el cumplimiento terapéutico con cada una de las 4 preguntas con las variables sociodemográficas, el Índice de Barthel, el Test de Zarit y los factores de riesgo.

Para las variables descriptivas cualitativas se realizó estadística basada en porcentajes y frecuencias. Para las variables descriptivas cuantitativas se realizó estadística de tendencia central (media, mediana y desviación estándar). Se asumió un Intervalo de Confianza del 95%.

Se realizó estudio de contraste de carácter exploratorio mediante prueba de Chi-Cuadrado de Pearson, prueba U de Mann-Whitney y prueba de t de Student asumiendo un grado de significación  $p < .005$ .

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 23.0

## **RESULTADOS**

Se reclutaron 379 pacientes, con una edad media 81,8 ( $\pm 7,8$ ) años de los cuales 200 (52,8%) eran mujeres y el resto hombres. Fueron identificados como PCC 339 (89,4%) y 40 (10,6%) como MACA. El 54,1% no tiene pareja y un 45,9% tiene pareja. No tenían estudios el 60,4%, tenían estudios primarios el 33%, estudios secundarios el 5% y universitarios el 1,6% de la muestra. El cuidador principal en la muestra es el hijo/a en un 40% de los casos, seguido de la pareja en un 26,1% y un cuidador asalariado en un 15,8%. El 82% de la muestra ha ocupado puestos de trabajo poco especializados. Tabla 1.

Los factores de riesgo predominantes fueron la hipertensión arterial, seguida de la obesidad, diabetes y dislipemia. Gráfica 1.

El 98,4% de los pacientes presentó pluripatología tal y como puede observarse en la Gráfica 2 y muy relacionadas con los factores de riesgo.

Se obtuvieron unas medianas de Índice de Barthel de 85 [65-100], del Test de Zarit 54 [40-65], de la probabilidad de ingresos anuales 18,2% [12,3-26,7] y de consumo diario de fármacos 11 [8-14].

### **Cumplimiento terapéutico (Test de Morisky):**

El cumplimiento terapéutico se observó en 274 (72,3%) pacientes, presentando un porcentaje mayor (marginamente significativo) en los MACA versus los PCC, 85,0% y 70,8% respectivamente,  $p = 0,058$ . Tabla 2.

Resultaron más cumplidoras las mujeres que los hombres, pero la diferencia no resultó significativa 75,5% vs 68,7%,  $p=0,141$ . Se observó una tendencia a un mayor cumplimiento a mayor nivel educativo, pero no resultó significativa, 69,4% sin estudios, 75,2% en estudios primarios y 84% en secundarios/universitarios,  $p=0,078$ .

El cumplimiento resultó mayor cuando el cuidador era un familiar 72,3% o un asalariado 83,3%, mientras que fue menor cuando era institucional 50,0% o no tenía cuidador 55,0%,  $p=0,008$ . En el caso de tener pareja, ésta estaba principalmente en el rango de 71-85 años (81,9%) versus menores de 70 años (65,5%) y mayores de 85 años (63,6%),  $p=0,050$ .

La dependencia total o severa (Barthel) presentó mayor cumplimiento que en la dependencia moderada/leve o en pacientes independientes, pero la diferencia no resultó significativa 78,8% vs 71,7% vs 72,9%,  $p=0,490$ .

En el Test de Zarit los pacientes sin sobrecarga presentaron el mayor cumplimiento 92,1%, seguidos de los de sobrecarga intensa 74,5% y la leve 65,2%, aunque las diferencias resultaron marginalmente significativas,  $p=0,061$ .

Ninguno de los factores de riesgo mostraron asociación con el cumplimiento terapéutico.

En la pregunta 1 del Test Morisky-Green mostró que se olvidaban más frecuentemente los diabéticos ( $p=0,010$ ) y los obesos ( $p=0,013$ ), que el resto de pacientes.

En la pregunta 2, la toma de toda la medicación se asocia a un mayor nivel de estudios 90,4% en los pacientes sin estudios, 95,2% en estudios primarios y 100,0% en secundarios/universitarios con una  $p=0,028$  y es mayor en las parejas entre 71-85 años 98,9% versus un 86,2% en menores de 70 años y 24,8 en mayores de 85 con una  $p=0,001$ .

En la pregunta 3, dejaban principalmente de tomar si se encontraban mejor aquellos pacientes sin pareja 5,9% vs los con pareja 1,7%,  $p=0,040$  y en los que no tenían cuidador 15,0% o éste era institucional 9,1%, vs 3,7% si era un familiar;  $p=0,016$ .

En la pregunta 4 (dejar de tomar si se encontraban mal) no se observaron diferencias entre los diferentes grupos.

Las medias del índice de probabilidad de un ingreso en todos los pacientes (0,7%, el número de fármacos diarios consumidos por paciente 11,2 ( $\pm 4,0$ ) y la mediana del G.M.A 4,0, no se asociaron al grado de cumplimiento (tabla 3)

## **DISCUSIÓN**

Teniendo en cuenta las previsiones para el año 2025 que calcula que el 27% de la población española estará catalogada como crónica compleja <sup>1</sup>, es preciso potenciar

todas aquellas estrategias que mejoren la calidad de vida de los pacientes y disminuyan la morbi mortalidad.

El perfil del paciente PCC -MACA del estudio coincide con los parámetros de otros estudios como el de Román P. <sup>2</sup>, que han estudiado el mismo tipo de pacientes (mayor de 80 a, heterogéneo y pluripatológico), por lo tanto se trata de un paciente frágil por sus características.

El paciente PCC-MACA precisa de cuidador, siendo el principal un hijo/a seguido de la pareja y un asistente asalariado, coincidiendo también con otros estudios como el de Taylor A. *et al*<sup>3</sup>.

La pluripatología que alcanza al 95% de los pacientes es normal en pacientes crónicos añosos que se potencia con el mismo envejecimiento y el grado de dependencia. La cronicidad asociada al envejecimiento y al grado de dependencia es un valor pronóstico de deterioro de la calidad de vida, tal y como podemos observar en los resultados del estudio, coincidiendo con autores como Montes J. *et al*, que también concluyen con idénticas observaciones <sup>1</sup>. Es precisamente la patología cardiovascular la más dominante en este tipo de pacientes (75%) conjuntamente con las traumatológicas, psiquiátricas, respiratorias y renales. Las patologías predominantes están en concordancia con las principales causas de mortalidad en la población general a partir de los 75 años de edad, según diferentes estudios geográficos de salud, entre ellos destacar el publicado en 2009 por la Dra. Robles <sup>4</sup>.

De estudios con resultados similares al nuestro, se han derivado Planes de Atención al Paciente Crónico Complejo que se están aplicando desde Atención Primaria y ahora se realiza un especial seguimiento también en la atención hospitalaria y constituyen un pilar básico en la mayoría de los planes estratégicos de salud, entre ellos el Plan Estratégico de salud de Catalunya (Ruta de la cronicidad desde Junio 2016).

Los factores de riesgo predominantes en la muestra (HTA 70%, Obesidad 51%, DM 45% y DLP 27%) son muy similares a los publicados por la Asociación Española de Cardiología y justifican que la patología cardiovascular sea la predominante en la muestra.

En cuanto al incumplimiento del tratamiento terapéutico, el 30% de la muestra estudiada es incumplidora, siendo las principales causas el olvido y el cansancio. Este porcentaje de incumplimiento es algo inferior al incumplimiento que podemos encontrar en la población general que se sitúa entre el 40 y el 50% según estudios como el realizado por el Sistema Nacional de Salud en el 2004 <sup>5</sup>. Suponemos que esta disminución del

incumplimiento puede estar relacionada con el hecho de que el paciente PCC-MACA tiene personas de soporte que ayudan al cumplimiento y a los programas que se han puesto en marcha desde los diferentes servicios de salud como apoyo al paciente PCC-MACA.

Destacar los resultados del estudio que aunque no hay diferencia estadísticamente significativa, sí observamos más incumplimiento en hombres que en mujeres a diferencia de otros estudios que afirman mayor incumplimiento en mujeres que en hombres como el estudio publicado en 2013 por Bertoldo P. *et al.*<sup>6</sup>. Estos datos nos hace pensar que las mujeres tienen menos apoyo de sus parejas que los hombres.

En nuestro estudio hemos observado mayor incumplimiento en paciente con un bajo nivel de estudio, resultados similares a otros estudios, que relacionan la escasa formación con la dificultad de comprender la importancia de un buen cumplimiento.

Igualmente se observa mayor incumplimiento en pacientes diabéticos que en el resto de grupos de pacientes, resultados similares al publicado en el 2012 por Marquez E. y que puede estar relacionado directamente por el propio cansancio del paciente.

## **CONCLUSIÓN**

El incumplimiento terapéutico es causa de descompensación del paciente PCC-MACA, siendo primordial potenciar conductas y programas de cumplimiento dirigidos a las causas principales de incumplimiento como son el olvido y el cansancio.

El incumplimiento por olvido es menor en pacientes que tienen el apoyo directo de los hijos, por lo tanto los programas deben potenciar la implicación siempre que sea posible de los hijos en los cuidados de sus mayores. Cuidadores como la pareja o cuidador asalariado no disminuye el incumplimiento, tal vez por el propio cansancio del cuidador, por lo que sería necesario políticas sanitarias que apoyen a los cuidadores y los descarguen del trabajo.

Se ha detectado que en la población de diabéticos es mayor el incumplimiento que en el resto de la población, siendo necesario realizar un seguimiento más preciso de estos pacientes.

Por otro lado, las mujeres son más incumplidoras que los hombres y no es por falta de responsabilidad, sino por falta de apoyo. Las mujeres cuidan más de los hombres que viceversa, por lo tanto, necesitarán también más apoyo si queremos reducir las tasas de incumplimiento.