

INFLUENCIA DEL MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO EN LA HOSPITALIZACIÓN

Autores: M^a Ramona Jerez Rojas
Juan Manuel Laguna Parras
Catalina Lorite Garzón

Centro de Trabajo: Complejo Hospitalario de Jaén. Hospital Universitario Neurotraumatológico. Unidad de Salud Mental.

Email: jmlagunap23@enfermundi.com

INFLUENCIA DEL MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO EN LA HOSPITALIZACIÓN

RESUMEN

La adherencia ó cumplimiento terapéutico puede ser considerado como la aceptación por parte del paciente del consejo terapéutico ofrecido. La taxonomía NANDA, (North American Nursing Diagnosis Association) define el cumplimiento a través del Diagnóstico de Enfermería (DdE) “ Manejo eficaz del régimen terapéutico”, que de forma habitual se recoge en el registro de valoración al ingreso de enfermería, en una unidad de hospitalización, por lo que nos planteamos la posibilidad de identificar si la presencia de este problema en el momento del ingreso, era lo suficientemente importante para motivar el mismo, como se evidencia en la mayoría de la bibliografía consultada.

Objetivos: Identificar los pacientes que presentan “manejo ineficaz del régimen terapéutico” en el momento del ingreso, definiendo los factores socioculturales, demográficos y familiares que inciden en él y los porcentajes de resolución del problema.

Método: Se trata de un estudio descriptivo, de tipo retrospectivo. La población incluida fueron todos los pacientes ingresados en la Unidad de Salud Mental en el segundo semestre de 2002. Se excluyeron los pacientes con déficits cognitivos y/ó sensoriales, con trastornos orgánicos graves o con edad inferior a 18 años. Se incluyeron variables referidas a la estancia, sociodemográficas (edad, género, estado civil nivel de estudios, diagnóstico médico) ingreso (frecuencia, tipo) cuidador principal, hábitos tóxicos (alcohol, otras drogas o ambos), abandono del tratamiento, su resolución al alta y motivo del alta. Las variables consideradas se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes. La correlación entre variables se midió mediante el test de la χ^2 . Se consideró significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Ingresaron un total de 273 pacientes de los que se excluyeron un total de 21. De los 252 restantes el 40,1% (101) habían abandonado el tratamiento. El perfil del paciente que ha abandonado el tratamiento es un hombre soltero de entre 26 y 45 años, cuidado por sus padres, con estudios primarios, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, varios reingresos y con hábitos tóxicos. El DdE “manejo ineficaz del régimen terapéutico”, se resolvió en 51,5% de los casos existiendo alta por mejoría en los pacientes que han ingresado por abandono del tratamiento en un

95%. En cuanto al análisis de las variables se encuentra relación entre el abandono de tratamiento y el aumento de la estancia ($p < 0,002$), la esquizofrenia ($p = 0,007$), el ingreso involuntario ($p = 0,003$), el abuso de consumo de drogas ($p = 0,011$).

Conclusiones: El DdE "manejo ineficaz del régimen terapéutico" nos permite conocer la incidencia de abandono del tratamiento al ingreso, lo cual ocurre en un elevado porcentaje de pacientes, aproximadamente la mitad, lo cual está en relación con padecer esquizofrenia, consumo de tóxicos con abuso de drogas, ingresos involuntarios, lo que produce un aumento de las estancias. Generalmente tienen escaso apoyo familiar, con un bajo nivel de instrucción, varones, siendo hombres jóvenes, y el abandono se hace de forma voluntaria. Los pacientes que en el momento del alta mejoran la adherencia con la resolución del problema, son aproximadamente la mitad.

INTRODUCCION

Podemos considerar el cumplimiento como la observación del tratamiento prescrito. Para Haynes (1) es el grado en el cual la conducta de una persona (en términos de tomar una medicación o efectuar cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones médicas o higiénico-sanitarias. Sin embargo, según diversos autores, este término tiene connotaciones discordantes, ya que implica la aceptación pasiva de lo que el profesional define como bueno para el paciente, por lo que prefieren utilizar el término de "adherencia terapéutica" (2), entendiendo ésta como la aceptación por parte del paciente del consejo terapéutico ofrecido, por consiguiente, la adherencia implica la negociación del plan de tratamiento entre el profesional y el paciente, en lugar de la ejecución simple de una orden terapéutica (como sucede en la hospitalización, cuando el paciente, abandona en manos de la enfermera, la responsabilidad del cumplimiento de su tratamiento). La adherencia puede referirse a la toma de un fármaco, al cambio de un hábito de vida, a la proporción de información suficiente al profesional, respeto a la cronología de las tomas y valoración de la medicación, asistencia a citas, participación activa en tratamientos psicológicos, cumplimentación de directrices terapéuticas sobre hábitos de sueño, alimentación, ejercicio, higiene, etc. Por tanto, podemos considerar el término adherencia como un constructo más amplio que el simple "cumplimiento terapéutico" (2,3). No obstante, en el presente estudio utilizaremos el término indistintamente, debido a lo cotidiano del uso de ambos en la bibliografía consultada;

señalando que el objeto de nuestro estudio, se centra en el cumplimiento terapéutico en sentido estrictamente farmacológico.

En general, el cumplimiento terapéutico disminuye cuando el tratamiento se prolonga en el tiempo, es de carácter profiláctico, ó cuando las consecuencias de la retirada son a largo plazo (4).

Los factores que afectan al cumplimiento son de diversa índole. Según Haynes (1) podemos distinguir entre:

- a) factores del paciente: edad, sexo, raza, grupo social, situación laboral, nivel de educación, factores económicos.
- b) factores de la enfermedad: gravedad, sintomatología, grado de incapacitación, duración de la enfermedad, antecedentes personales de la enfermedad, antecedentes familiares, hospitalización previa.
- c) factores del régimen terapéutico: complejidad de las pautas terapéuticas, efectos secundarios, costes, duración del tratamiento.
- d) factores de la estructura sanitaria: accesibilidad de los pacientes, infraestructura de recepción de visitas, tiempos de espera, concertación de visitas, frecuencia de visitas.
- e) factores de la comunidad: implicación de la familia, conocimientos generales de salud, conflicto entre las normas sociales y la conducta a seguir.

Cirici (2), distingue entre las variables que influyen en la adherencia al tratamiento, los siguientes motivos como más habituales para su abandono:

1. mala relación profesional-paciente.
2. falta de información sobre la enfermedad o el tratamiento. Por ejemplo: no entender las pautas de administración, confundir la indicación terapéutica, confundir los efectos secundarios por síntomas de la enfermedad, pensar que la medicación es adictiva, pensar que sólo debe tomarse en la fase aguda de la enfermedad.
3. efectos secundarios molestos: acatisia, disfunciones sexuales, rigidez muscular, etc.
4. dificultades de memoria.
5. pautas complejas de administración.
6. presiones sociales para el abandono.
7. vergüenza por el estigma social. Considerar que tomar medicación equivale a ser enfermo mental y rechaza otras ideas.

8. abuso del alcohol y drogas.
9. cansancio/aburrimiento después de tratamientos prolongados.
10. miedo a ser percibido con impregnación de fármacos ("neuroleptizado").
11. embarazo.
12. aumento de peso.
13. confiar en medicinas alternativas.
14. negación de la enfermedad.

En este sentido, nos permitimos incluir la asistencia, a "entidades no cualificadas" como curanderos, "santones", brujos o magos, algo frecuente en zonas rurales y primitivas, y relacionadas con sus propias creencias y valores sociales y culturales, y por tanto, su actitud hacia la enfermedad (3, 5).

Sin embargo, no todos los pacientes abandonan completamente el tratamiento, puede ser que lo cumplan de forma inadecuada. Este fenómeno, se denomina "cumplimiento intermitente" (3). Los pacientes que cumplen de forma intermitente, se permiten períodos variables, en ocasiones prolongados en los que no toman medicación, o bien lo hacen de forma parcial y selectiva. Algunos de ellos incluso aprenden a disfrazar su incumplimiento tomando dosis más altas de medicación días antes de las revisiones plasmáticas. Este tipo de pacientes son realmente incumplidores.

En general, una pobre adherencia al tratamiento se relaciona con bajo estatus laboral, abuso de alcohol y otros tóxicos, pacientes jóvenes y varones, (2,4,6), sin embargo otros autores afirman que existe una escasa relación entre factores sociodemográficos y tratamiento y que ésta es mucho mayor entre la falta de cumplimiento y las características del trastorno (5). Así los pacientes con trastorno de personalidad pueden tener más problemas para cumplir las prescripciones médicas debido a su resistencia para aceptar el diagnóstico y reconocer los síntomas. Los pacientes bipolares disminuyen el cumplimiento en las fases maníacas agudas, mientras que los depresivos tienen mayor dificultad para tomar de forma constante la medicación. Con relación a la esquizofrenia el cumplimiento disminuye ante la presencia de síntomas positivos y desorganización conductual (3,5).

Se calcula que alrededor del 50% de los pacientes no siguen correctamente las indicaciones terapéuticas. Como regla general, un tercio de los pacientes siempre parece tomar la medicación como se le prescribe, otro tercio lo hace a

veces, y el tercio restante casi nunca lo hace de la manera prescrita (7). El no seguir las prescripciones y pautas indicadas aumenta en gran medida el riesgo en las patologías crónicas y/o graves, siendo un factor de gran influencia en la evolución de trastornos como la esquizofrenia, los trastornos bipolares, la depresión o los trastornos de ansiedad.

El incumplimiento o la falta de adhesión terapéutica afecta hasta el 80% de las personas con psicosis (8). También se observan tasas altas de incumplimiento terapéutico en pacientes con trastornos bipolares (hasta el 64%) (3, 9 y 10).

La falta de adherencia terapéutica es una de las variables más importantes que inciden en las recaídas del paciente psiquiátrico y contribuye en gran medida al "síndrome de puerta giratoria" de los pacientes con trastornos esquizofrénicos (11). En este sentido, aproximadamente el 16% de los pacientes esquizofrénicos que reciben medicación neuroléptica recaen en el primer año, mientras que este porcentaje se eleva al 74% en aquellos que no toman medicación (12). Así mismo el no cumplimiento se relaciona con un mayor "deterioro esquizofrénico", considerando éste como la presencia destacada y continua de los llamados síntomas negativos de la enfermedad (inhibición psicomotriz, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad y contenido del lenguaje, así como la comunicación no verbal, deterioro del aseo y aspecto personal y del comportamiento social) (13). El mal cumplimiento, es por tanto, uno de los principales determinantes del resultado final de la esquizofrenia, ya que no sólo aumenta las posibilidades de recaída, y rehospitalización, sino la duración de los reingresos.

Desde el punto de vista de enfermería, la NANDA recoge la adherencia al tratamiento a través del DdE "manejo efectivo/inefectivo del régimen terapéutico", al cual define como el patrón de regulación e integración en la vida diaria de la persona de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas es satisfactorio/insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud (14).

Sorprende observar que un problema tan importante, no haya recibido atención hasta hace pocos años, teniendo en cuenta sus consecuencias, tanto en el incremento del gasto farmacéutico (los antidepresivos, ansiolíticos y tranquilizantes, aparecen entre los grupos farmacológicos más prescritos con una clara tendencia al alza), como en el aumento de costes por consumo de recursos, sin olvidar su conexión con la aparición de problemas legales, suicidio y agresiones a otros (5,15,

16). Los primeros estudios sobre cumplimiento terapéutico se han empezado a desarrollar 30 años después de la introducción de los neurolépticos. La 1ª reunión internacional para tratar el tema tuvo lugar en Brujas en el año 1.989, con el fin de diseñar unas directrices para la prevención de recaídas. En ella, ya se señaló el factor de adherencia como elemento clave del tratamiento psiquiátrico (12).

De todo lo anteriormente expuesto, se deduce claramente, que el abordaje del cumplimiento y el desarrollo de un marco para su entendimiento, así como el diseño y la evaluación de actividades terapéuticas apropiadas es muy importante para el tratamiento de larga duración y el pronóstico de la enfermedad.

Por este motivo, y cómo primer paso, nos propusimos la realización de un estudio, que nos permitiera conocer la realidad de la situación, en un espacio concreto, nuestra unidad, y ante unos sujetos determinados, nuestros pacientes, con el fin de identificar la influencia que el abandono del tratamiento tiene en el ingreso (a través del registro de valoración al ingreso de enfermería, donde se recoge el DdE “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”), los factores asociados a éste (según datos de historia clínica), y los porcentajes de resolución del problema (por medio del informe de valoración al alta de enfermería).

OBJETIVOS

1. Conocer los pacientes que en el momento del ingreso, presentaban el Diagnóstico de Enfermería “manejo ineficaz del régimen terapéutico”.
2. Definir los factores socioculturales, demográficos, y familiares, que inciden en el ingreso.
3. Identificar los porcentajes de resolución del problema.

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo con carácter retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas realizado en una unidad de hospitalización de salud mental, de referencia provincial con 30 camas.

La población incluida fueron todos los pacientes ingresados en la Unidad de Salud Mental en el segundo semestre de 2002.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con déficits cognitivos y/o sensoriales, ó con trastornos orgánicos graves, que dificulten la voluntariedad ó capacidad para asumir la responsabilidad del tratamiento, pacientes con edad

inferior a 18 años, ya que su abordaje corresponde a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, y su estancia en nuestra unidad es circunstancial, pacientes procedentes de la prisión provincial ó en privación de libertad, ya que si bien están a cargo de la unidad de salud mental, el módulo de detenidos se encuentra en una unidad de enfermería distinta, y transeúntes, ya que la fiabilidad de los datos aportados es escasa, y no suele existir soporte familiar que los corrobore.

La principal variable considerada en el estudio fue la presencia en el momento del ingreso el DdE “manejo ineficaz del régimen terapéutico”, según taxonomía NANDA 2001-2002, registrado en la Hoja de valoración al ingreso de enfermería del Hospital (Anexo 1).

También se consideraron las siguientes variables (Anexo 2):

- días de estancia: días de ingreso en la unidad de salud mental, durante el periodo estudiado.
- edad: considerando la edad al ingreso.
- género
- estado civil
- estudios: nivel de estudios según se refleja en la historia clínica, considerando estudios primarios cuando se está en posesión del certificado de escolaridad, graduado escolar o antiguos estudios primarios, estudios secundarios cuando se ha realizado el BUP, COU, FP 1º, FP 2º o el antiguo Bachiller y estudios medios o superiores cuando se ha realizado la FP 3º, Diplomados Universitarios o Licenciados Universitarios.
- diagnóstico médico: considerando el diagnóstico principal y según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (CIE 10).
- ingreso-reingreso: identificando si es la primera vez que ingresa en la unidad de salud mental o no.
- número de ingresos: considerando el número de veces que el paciente ha ingresado en la unidad de salud mental incluyendo en el que se obtienen los datos.
- tipo de ingreso: considerando si ha sido voluntario o involuntario.
- cuidador principal: considerando a aquella persona que en el domicilio de residencia se encarga del cuidado del paciente.
- hábitos tóxicos: considerando si el paciente consume alcohol, otras drogas o ambos.

- frecuencia de consumo de tóxicos: distinguiendo entre consumidor ocasional como aquel que lo toma una vez a la semana, consumidor habitual que lo toma hasta tres veces a la semana y abuso cuando lo consume más de tres veces a la semana.
- causa de abandono del tratamiento: distinguiendo si es por no seguimiento del tratamiento, dificultad para realizarlo u otros motivos (cumplidor parcial,...).
- resolución al alta: distinguiendo si el problema ha sido resuelto o no, o si existe riesgo, entendiendo éste como la vulnerabilidad resultado de la exposición a factores que incrementan la posibilidad de pérdida (NANDA). La información sobre resolución ó no del problema se obtiene del Informe de valoración al alta de enfermería (Anexo 3).
- motivo del alta: considerando si ha sido por mejoría, voluntaria u otros (exitus, traslado, etc.).

Para la recogida de la información se confeccionó una hoja de registro específica (Anexo 4).

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables consideradas expresándose como frecuencias absolutas y porcentajes. La correlación entre variables se midió mediante el test de la Chi cuadrado (χ^2), considerándose con significación estadística un valor de $p < 0,05$. El análisis de los datos una vez obtenidos fueron realizados con el programa estadístico SPSS 11.0.

La búsqueda bibliográfica se realizó en: Medline, Lilacs y Cuiden, utilizando como palabras clave: adherencia, incumplimiento terapéutico, medicación antipsicótica, enfermería, salud mental, psiquiatría.

RESULTADOS

El número de ingresos en el año 2002 fue de 638, con un índice de ocupación de la misma del 95,99%. El total de pacientes ingresados en el periodo de estudio ha sido de 273. De estos se han excluido 21 pacientes: 8 pacientes por ser menores de edad, 3 por padecer trastornos orgánicos (cuadros confusionales), 2 por déficits sensoriales importantes (en ambos casos se aúnan ceguera y sordera, además de retraso mental moderado), 5 pacientes procedentes de la prisión provincial, 3 pacientes sin domicilio fijo (transeúntes), dos de ellos procedentes de centroeuropa, con desconocimiento del idioma.

Por tanto el total de pacientes que han sido incluidos en el estudio es de 252, de los cuales el 40,1% (101) habían abandonado el tratamiento.

El perfil del paciente ingresado es hombre (56%), mujer (44%), de 26-45 años (56%) con una estancia de 2-10 días (46,8%), con estudios primarios (50,4%) que ingresan por esquizofrenia (22,5%), otros trastornos psicóticos (20,6%) y trastornos de la personalidad (21%). El 31,6% es la primera vez que ingresa, y el mismo porcentaje ha ingresado entre 2-5 veces. El 61,6% ingresa de forma voluntaria y en un 52,8% está soltero, a cargo de los padres en un 38% o del cónyuge en un 23,4% y un 60,3% no tiene ningún hábito tóxico.

El perfil del paciente que ha abandonado el tratamiento es hombre (60,4%) entre 26 y 45 años (60,4 %). El 33,7% está en la unidad 2-10 días y otro 31% de 11-20 días e ingresa por esquizofrenia (33,7 %), seguido de otros trastornos psicóticos (21,8%). Un 52,5% tiene estudios primarios con un 73,3% de los casos como reingresos, de tipo involuntario el 49,5%, cuyo cuidador principal son los padres en el 39% de los casos, seguido del cónyuge en el 28% y del propio paciente en el 22%. En relación al consumo de tóxicos el 47% consume alcohol u otras drogas, siendo el 34% los que consumen ambos, predominando el abuso tanto del alcohol (73,9%) como de otras drogas (77,1%).

En cuanto a la resolución al alta del diagnóstico de enfermería “manejo ineficaz del régimen terapéutico”, encontramos un alto porcentaje de resolución (51,5%), así como también un elevado número de casos en los que no se ha podido identificar (33,7%).

También encontramos un predominio del alta por mejoría en los pacientes que han ingresado por abandono del tratamiento (95%) frente a los que no lo han abandonado (82,8%).

Por lo que respecta al análisis de las variables encontramos relación entre el abandono de tratamiento y el aumento de la estancia ($p < 0,002$), la esquizofrenia ($p = 0,007$), el ingreso involuntario ($p = 0,003$), el abuso de consumo de drogas ($p = 0,011$).

DISCUSION

El abandono del tratamiento, expresado por enfermería como “manejo ineficaz del régimen terapéutico”, es un factor con gran presencia en el ingreso del paciente. Sería interesante poder estudiar con mayor profundidad el origen del problema, sin embargo debido a que este proyecto se realizó con carácter retrospectivo, es imposible conocer con total fiabilidad cuales son las causas que realmente produjeron el abandono, y por tanto, el ingreso, aunque sí nos permite identificar los factores que, basándonos en la evidencia de la bibliografía consultada, inciden en éste, así como en sus consecuencias.

Con relación a las variables sociodemográficas valoradas, coincidimos con otros estudios realizados, en que en general las mujeres son mejores cumplidoras que los hombres (13), que a mayor edad mejora el cumplimiento (quizás con relación a un aumento de la conciencia de enfermedad (3,17)), y que el apoyo familiar se perfila también cómo importante para aumentar la adherencia al tratamiento (aproximadamente el 75% de los pacientes que lo abandonan, son solteros, separados ó viudos).

Goldham (6) afirma que existe una relación positiva entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento. Esto puede explicarse, por el hecho de que a menudo los pacientes abandonan el hospital ó son dados de alta antes de que sus síntomas estén controlados (a causa de la escasez de camas hospitalarias y a la saturación de las unidades de hospitalización); así pues, están demasiado enfermos como para tomar por sí solos la medicación. La propia naturaleza de la enfermedad afecta al

juicio, la estabilidad y la comprensión del paciente. La concentración y la capacidad cognitiva necesarias para un seguimiento fiable de la medicación pueden ser deficientes (18). Si a esto unimos, una baja instrucción (la mayoría sólo tiene estudios primarios), y un diagnóstico prevalente de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (con alto número de reingresos y consecuentemente, aumento del deterioro), la situación se dificulta aún más (17).

Muchos pacientes, no comprenden totalmente, ni parcialmente a veces, la naturaleza y la seriedad de su enfermedad, ni tampoco entienden la necesidad de seguir indefinidamente una medicación, por tanto, tampoco reconocen ni mucho menos, la necesidad de una hospitalización (18), lo que justifica la voluntariedad ó no ante el ingreso. Tomar una medicación le recuerda a una persona que está enferma, lo cual provoca una baja autoestima. Algunos pacientes abandonan la medicación, como forma de negar que tienen problemas. Debido a la estigmatización social de la enfermedad mental, rechazan tomar su medicación, y más aún en presencia de otros.

Podemos plantear el problema de la conciencia de enfermedad en cuatro factores (17):

1. Hasta que punto el paciente parece estar al tanto de los fenómenos anormales que otros perciben en él.
2. Que capacidad tiene el paciente para reconocer que éstos fenómenos son realmente anormales.
3. Que capacidad tiene para considerar que tales fenómenos anormales son resultado de una enfermedad mental.
4. En el caso de que el paciente acepte que está enfermo, hasta que punto es capaz de considerar que necesita tratamiento.

La mayoría de los enfermos crónicos poseen una escasa conciencia de estar enfermos, lo que les lleva a rechazar el tratamiento farmacológico ó a seguir las prescripciones de forma irregular, lo que justifica que en los reingresos, sea mayor abandono del tratamiento. Sin embargo, el hecho de que apenas haya diferencias entre la voluntariedad ó no en el ingreso, en los pacientes que habían abandonado el tratamiento, puede guardar relación con que muchos enfermos aceptan que necesitan ayuda más fácilmente que reconocen estar enfermos (17).

Un bajo nivel de conciencia de enfermedad se asocia de forma muy significativa con un ingreso involuntario con lo que esto supone de ejercicio coactivo,

y de deterioro de la relación con el paciente.. Por esto nos parece importante abordar todo aquello que pueda favorecer el desarrollo de la cooperación entre el profesional y paciente (17). En este sentido, es necesaria la conformidad entre el paciente y el terapeuta, respecto a la enfermedad y necesidad de tratamiento. Ni uno ni otro tienen razón por sí solos, sino que se deben buscar metas consensuadas(19).

En cuanto al abuso de tóxicos, los pacientes que tras el alta vuelven a consumir, tienen más probabilidades de sufrir recaídas, desde la errónea creencia de que tales drogas pueden ayudar a mejorar su sintomatología (18). El abuso de sustancias junto a una pobre relación social, y poca introspección ó conciencia de enfermedad, pueden contribuir al fracaso del ajuste del tratamiento (6).

El manejo ineficaz del tratamiento pueden producirse por no seguimiento voluntario, dificultad para realizarlo, y otros casos en los que podemos incluir a los cumplidores parciales (con tomas desorganizadas, selectivas, abuso...). No hemos evaluado, por la naturaleza del estudio, hasta que punto el abandono guarda relación con la presencia de efectos secundarios. Muchos pacientes experimentan efectos adversos incómodos y a menudo incapacitantes, siendo los más perturbadores difíciles de ver por otras personas (acatisia, acinesia...). Estos efectos secundarios conllevan sentimientos de incomodidad general, lo cual junto a la percepción de no eficacia del tratamiento, motivan que el paciente abandone la medicación por su cuenta (18, 20). No obstante, no todos los estudios han encontrado relación entre efectos adversos y abandono (21).

De lo que sí existe evidencia empírica es de que los psicofármacos, y en especial la medicación antipsicótica, amortiguan la vulnerabilidad del paciente ante la recaída. Algunos pacientes nunca comprenden la conexión aplazada entre el abandono de la terapia farmacológica y la recaída, ya que a menudo pasan semanas ó meses hasta que el organismo utiliza y metaboliza toda la medicación almacenada. Un paciente se encontrará muy bien, durante un tiempo, sin tomar el tratamiento puesto que el fármaco continúa desarrollando su labor y los efectos secundarios son algo menores. Pueden pasar 3, 4 ó incluso más recaídas antes de que el paciente se percate de que ésta ocurre semanas ó meses tras el abandono.

Está demostrado además que la medicación disminuye las estancias, reduciendo por tanto las cifras de población hospitalizada, así como las tasas de reingresos de los pacientes, permitiendo su reintegración a la comunidad y el tratamiento ambulatorio. Estos fármacos permiten el desarrollo de otras terapias

(cognitivas, cognitivo-conductuales...), que permiten abordar los factores de vulnerabilidad personal que hacen que el trastorno se mantenga a lo largo del tiempo, mejorando la eficacia terapéutica, y evitando la cronicidad (13,22).

En cuanto a la resolución del problema, el no haber identificado previamente y unificado criterios sobre las variables puede restar fiabilidad al resultado, pero la elevada proporción de casos en los que se resuelve puede guardar relación con la sumisión del paciente, más que con una motivación real para continuar el tratamiento (en el entorno hospitalario se observa un mejor cumplimiento que en el ambulatorio (21)), y con la disminución de síntomas positivos, que se relaciona con la elevada cantidad de altas por mejoría.

Por desgracia, con elevada frecuencia, en el hospital nos limitamos a centrar nuestro interés en controlar la sintomatología y retornar al paciente a la comunidad lo más pronto posible, sin entretenernos en llevar a cabo explicaciones ó instrucciones que puedan mejorar la adherencia al tratamiento. Es necesario aumentar el número de actividades en este sentido, y nos parece que nuestra contribución aunque modesta, es una vía de aproximación a este objetivo.

CONCLUSIONES

El registro de valoración al ingreso de enfermería se muestra como un documento válido para identificar los pacientes que no cumplen adecuadamente el tratamiento, a través del DdE “ Manejo ineficaz del régimen terapéutico”, y nos permita conocer la incidencia de éste en el ingreso.

Un elevado porcentaje de pacientes, aproximadamente la mitad, son malos cumplidores, y entre las características más importantes se encuentra padecer esquizofrenia, consumo de tóxicos con abuso de drogas, ingresos mayoritariamente involuntarios, y aumento de las estancias. El apoyo familiar es escaso, con un bajo nivel de instrucción, varones, adultos jóvenes, y el abandono se hace de forma voluntaria.

Los pacientes que en el momento del alta mejoran la adherencia con la resolución del problema, son aproximadamente la mitad, no obstante, existe un elevado porcentaje de casos en los que no ha sido identificado el resultado, por lo que no podemos establecer datos fidedignos.

AGRADECIMIENTOS

A Remedios Fernández, por proporcionarnos toda la bibliografía que tenía en su casa, a Paco Pedro García, por el gasto de teléfono, calentamiento de cabeza y robo de horas libres, y a todos los enfermeros de la unidad, en especial M^a Mar Muñoz, que se han ocupado de la labor asistencial mientras nosotros investigábamos, sin ellos no habríamos podido hacerlo.

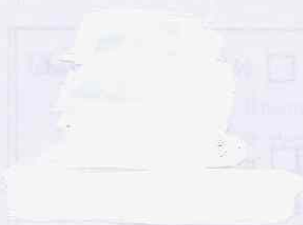
BIBLIOGRAFÍA

1. Haynes RB. Compliance in health care. Introduction. In: Haynes, R.B.; Taylor, D.W. & Sackett, D.L. (Eds): Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1979.
2. Cirici R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna, 2002;29(4):637-51.
3. Colom F y Vieta E. Aspectos clave en el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Intersiquis, 2002;
http://www.psiquiatria.com/articulos/trastorno_bipolar/3706. 28/01/2003.
4. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. Schizophrenia Bulletin, 1997;23(4):637-51.
5. Bebbington PE. The content and context of compliance. International Clinical Psychopharmacology, 1995 jan;9(suppl 5):41-50.
6. Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. Acta Psychiatr Scand, 2002;106:286-290.
7. Meichenbaum D, Turk D. Facilitating treatment adherence. Plenum Press, New York, 1987.
8. Corrigan PW, Liberman RP, Engel JD. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. Hospital Community Psychiatry, 1990 nov; 41(11):1203-11.
9. Jamison KR, Gerner RH, Goodwin FK. Patient and physician attitudes toward lithium: relationship to compliance. Arch Gen Psychiatry, 1979 jul 20;36(8 Spec No):866-9.
10. Keck PE jr., McElroy S, Strakowsky SM et al. Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. J Clin Psychiatry, 1996;57(7):292-7.

11. Delaney C. Reducing recidivism: medication versus psychosocial rehabilitation. *J. Psychosoc. Nurs Ment Health Serv*, 1998 nov;36(11):28-34.
12. Kissling W. Ideal and reality of neuroleptic relapse prevention. *British Journal of Psychiatry*, 1992 oct;161(suppl 18):133-9.
13. De las cuevas C, González JL. Cumplimiento con la medicación neuroléptica y curso de la esquizofrenia. *Psiquis*, 1994;15(3):95-104.
14. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Ed. Hacourt, S.A. Barcelona, 2.001.
15. Healey A, Knapp M, Astin J, Beecham J, Kemp R, Kiron G, David A. Cost-effectiveness evaluation of compliance therapy for people with psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 1998 sept.;173:271-2.
16. Calabuig J, Fernández MJ, González RA y Serrano RM. Atención de enfermería a las familias con enfermos mentales. *Enfermería Integral*, 2000;54:XXXI-XXXIV.
17. Vaz FJ, Casado M, Salcedo MS, Béjar A. Psicopatología y conciencia de enfermedad durante la fase aguda de la esquizofrenia. *Rev. Psiquiatría Fac Med Barna*, 1994;21(4):66-74.
18. Liberman RP. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1993.
19. Rusch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002;26(1):23-32.
20. Adherencia al tratamiento con fármacos antidepresivos. <http://www.infodoctor.org/bandolera/b84s-3.html>. 13/12/2002.
21. Fleischhacker W. Importancia del cumplimiento del tratamiento en la esquizofrenia. Libro de ponencias del Simposio Lundbeck. Copenhague, 12-13 de noviembre, 1993.
22. Imbernón JJ, Ruiz JJ, Barbudo F. Psicofármacos y psicoterapia cognitiva. <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Articulos/psicofarmacos.htm>. 13/12/2002
23. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G and cols. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 1998 aug;155(8):1807-91.
24. Liberman RP. Habilidades sociales para vivir de forma independiente. Módulo de la medicación y su control. Manual del monitor. Janssen-Cilag, 1986.

25. Liberman RP. Habilidades sociales para vivir de forma independiente. Módulo de la medicación y su control. Cuaderno de trabajo del participante. Janssen-Cilag, 1986.
26. Kemp R, Kirow G, Everett B, Hayward P, David, A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 1998 sept;173:271-2.
27. Pérez Basallo B y cols. Intervención psicoeducativa con pacientes psicóticos en una unidad de agudos. *Rev. Forum*, 2002 diciembre;473.
28. López de Heredia N, López Rodríguez JJ. Una experiencia viva como educador con pacientes esquizofrénicos. *Metas de Enfermería*, 2000 nov;(III)30:30-33.
29. Macian V, Pacual LM. ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad?. *Rol de Enfermería*, 1996 diciembre;220:18-20.
30. Conley, Wichowski H, Kubsch S. Como mejorar el cumplimiento por parte de los pacientes. *Nursing*, 1995 ago-sep;13(7):34-36.
31. Lamela CA. Which collateral effects influence in the adherence with antipsychotic medication? *Vertex*, 2002;13 suppl 1:31-9.
32. Motlova L. Psychoeducation as an indispensable complement to pharmacotherapy in schizophrenia. *Farmacopsychiatry*, 2000 sept;33suppl1:47-8.
33. Favrod J, Huguelet P, Chambon O. Patient education about neuroleptic treatment, can it reduce costs? A pilot study. *Encephale*, 1996 sep;22(5):331-6.
34. Perkins DO. Adherence to antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry*, 1999;60 suppl 21:25-30.
35. Marder SR. Facilitating compliance with antipsychotic medication. *J Clin Psychiatry*, 1998;59 suppl 3:21-5.

ANEXO 1

	<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Nombre</td></tr><tr><td style="border: none; padding: 2px;">.....</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Habitación Edad</td></tr></table> <p style="text-align: center; font-size: small;">espacio reservado para etiqueta identificativa</p>	Nombre	Habitación Edad								
Nombre												
.....												
Habitación Edad												
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO												
DATOS RELATIVOS AL INGRESO												
Procedencia / tipo ingreso												
Información proporcionada por												
Causa de ingreso												
ANTECEDENTES												
Alergias:	<table style="border: none;"><tr><td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td><td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> Sí</td><td rowspan="2" style="padding: 0 10px;">Especificar</td></tr><tr><td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> No conocidas</td></tr></table>	{	<input type="checkbox"/> Sí	Especificar	<input type="checkbox"/> No conocidas							
{	<input type="checkbox"/> Sí	Especificar										
<input type="checkbox"/> No conocidas												
Antecedentes	<table style="border: none;"><tr><td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td><td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> Diabetes</td><td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> HTA</td><td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> EPOC</td><td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/></td><td style="padding: 0 10px;"><input type="checkbox"/></td></tr></table>	{	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
{	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Dieta habitual:	Medicación habitual:											
Prótesis:											
Hábitos nocivos:											
Otros:											
.....											
I. ADMISIÓN, TRASLADO Y ALTA <input type="checkbox"/> Necesidad no alterada												
<input type="checkbox"/> Ansiedad											
<input type="checkbox"/> Temor											
<input type="checkbox"/> Síndrome de estrés del traslado											
<input type="checkbox"/> Mantenimiento inefectivo de la salud											
<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>											
II. HIGIENE Y CONFORT <input type="checkbox"/> Necesidad no alterada												
<input type="checkbox"/> Déficit de autocuidado:	<table style="border: none;"><tr><td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td><td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> baño/higiene</td><td rowspan="3" style="padding: 0 10px;">Necesidad no alterada</td></tr><tr><td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> vestido/arreglo personal</td></tr><tr><td style="padding: 0 5px;"><input type="checkbox"/> uso WC</td></tr></table>	{	<input type="checkbox"/> baño/higiene	Necesidad no alterada	<input type="checkbox"/> vestido/arreglo personal	<input type="checkbox"/> uso WC						
{	<input type="checkbox"/> baño/higiene	Necesidad no alterada										
<input type="checkbox"/> vestido/arreglo personal												
<input type="checkbox"/> uso WC												
<input type="checkbox"/> Dolor agudo: intensidad (1-10)	Localización											
<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>											

III. NUTRICIÓN Necesidad no alterada

- Déficit de autocuidado: alimentación
- Deterioro de la deglución S. N. G. Ostomías
- Desequilibrio de la nutrición: real potencial { exceso
 defecto
-
-

IV. OXIGENACIÓN Necesidad no alterada

- Deterioro de intercambio gaseoso
- Patrón respiratorio ineficaz: real potencial
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas: real potencial
- Perfusión tisular inefectiva:
- cardiopulmonar cerebral periférica gastrointestinal renal
-
-

V. ELIMINACIÓN Necesidad no alterada

- Deterioro de la eliminación:
- real potencial urinaria: { incontinencia
 retención
 sonda intestinal: { incontinencia
 estreñimiento
 diarrea
 ostomías:
- colector
-
-

VI. MANTENIMIENTO DE LA HOMEOSTASIS Necesidad no alterada

- Hipertermia Hipotermia real potencial
- Desequilibrio del volumen de líquidos: real potencial
- exceso defecto { vómitos
 drenajes
 otros
-

VII. ACTIVIDAD-EJERCICIO Necesidad no alterada

- Intolerancia a la actividad: real potencial
- deambula solo silla bastón andador otro
- Déficit de actividades recreativas
-
-

VIII. MOVILIZACIÓN-INMOVILIZACIÓN Necesidad no alterada

- Deterioro de la movilidad física: total parcial
- Riesgo de síndrome de desuso
-
-

IX. SEGURIDAD Necesidad no alterada

Riesgo de lesión R. de caídas R. de traumatismo

R. de infección R. de aspiración R. intoxicación

Violencia dirigida a otros/autodirigida real potencial

Deterioro de la integridad cutánea

U.P.P. potencial escala ICS: puntos

real n.º: localización/estado /

Otras lesiones: real potencial tipo:

.....

.....

X. REPOSO-SUEÑO Necesidad no alterada

Deterioro del patrón de sueño: real potencial

insomnio somnolencia diurna

.....

XI. RELACIÓN-COMUNICACIÓN Necesidad no alterada

Nivel de conciencia: Escala de Glasgow: puntos

Trastorno de la percepción sensorial:

auditivas visuales gustativas táctiles olfatorias cinestésicas

Deterioro de la comunicación verbal: especificar:

Trastorno de los procesos de pensamiento

Deterioro de la interacción social

.....

.....

XII. PREP., ADMINISTRAC. DE MEDICAMENTOS Y REQUERIM. DIAGNÓSTICOS

Manejo inefectivo del régimen terapéutico: Necesidad no alterada

no seguimiento del tratamiento voluntariamente

dificultad para realizarlo

otros.....

.....

OTROS DATOS A VALORAR

.....

.....

.....

.....

Enfermera que realiza la valoración Firma

.....

Fecha / / Hora

ANEXO 2

LISTADO DE VARIABLES

1. **DIAS ESTANCIA:**
 - 1-10 días
 - 11-20 días
 - 21-30 días
 - + 30 días
2. **EDAD:**
 - 18-25 años
 - 26-35 años
 - 36-45 años
 - 46-55 años
 - + 56 años
3. **GENERO:**
 - Hombre
 - Mujer
4. **ESTADO CIVIL:**
 - Soltero
 - Casado
 - Separado/Divorciado
 - Viudo
5. **ESTUDIOS:**
 - Sin estudios
 - E. primarios
 - E. secundarios
 - E. medios/superiores
 - No reflejado
6. **DIAGNOSTICO MEDICO:**
 - Esquizofrenia
 - Otros t. Psicóticos
 - T. personalidad
 - T. depresivos
 - T. bipolar
7. **INGRESOS/REINGRESOS:**
 - Ingreso
 - Reingreso
8. **Nº INGRESOS:**
 - 1
 - 2-5
 - 6-10
 - 11-20
 - + 20
9. **TIPO DE INGRESO:**
 - Voluntario
 - Involuntario
10. **CUIDADOR PRINCIPAL:**
 - Propio paciente
 - Padres
 - Cónyuge
 - Hermanos
 - Hijos
 - Otros (pisos, residencias,...)
11. **HABITOS TOXICOS:**
 - Alcohol
 - Otras drogas
 - Alcohol y drogas
12. **FRECUENCIA CONSUMO ALCOHOL:**
 - Ocasional
 - Habitual
 - Abuso
13. **FRECUENCIA CONSUMO OTRAS DROGAS:**
 - Ocasional
 - Habitual
 - Abuso
14. **CAUSA ABANDONO:**
 - No seguimiento
 - Dificultad para realizarlo
 - Otros
15. **DdE RESUELTO AL ALTA:**
 - No identificado
 - Resuelto
 - No resuelto
 - Potencial
16. **MOTIVO ALTA:**
 - Mejoría
 - Voluntaria
 - Exitus

ANEXO 3

ETIQUETA IDENTIFICATIVA
PACIENTE

INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA

APELLIDOS:	C. SALUD:	N.º H.ª:
NOMBRE:	EDAD:	DOMICILIO:
UNIDAD DE ENCAMAMIENTO:	POBLACION:	
N.º HISTORIA CLINICA:	TELEFONO:	
N.º SEGURIDAD SOCIAL:	ANTECEDENTES:	
F. INGRESO:	F. ALTA:	CAUSA DE INGRESO:

PROBLEMAS QUE PRESENTA AL INGRESO:

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA:

SONDA VESICAL: SI NO

SONDA NASOGASTRICA: SI NO

CATETER VENOSO: SI NO

ULCERA POR PRESION (*): SI NO

HERIDA QUIRURGICA (*): SI NO

(*): LOCALIZACION, TIPO, GRADO Y ASPECTO:

TIPO:..... FECHA:.....

TIPO:..... FECHA:.....

TIPO:..... FECHA:.....

EVALUACION AL ALTA Y RECOMENDACIONES:

ORIGINAL: Historia.
AMARILLO: Enfermero/a de zona.
ROSA: Para la Unidad de Enfermería.

Informe realizado por:

Para continuar los cuidados que precise, NO OLVIDE ENTREGAR ESTE DOCUMENTO A SU ENFERMERA/O DEL CENTRO DE SALUD.

ANEXO 4

REGISTRO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Nº orden..... Nº Historia.....
Fecha de Ingreso.....
Días de Estancia.....
Nombre y Apellidos.....
Domicilio.....
Edad..... Sexo.....
Diagnóstico Médico.....
Nivel de Estudios.....
Ingreso/Reingreso..... Nº Ingresos.....
Tipo de Ingreso (Vol./Invol.).....
Estado Civil..... Cuidador Principal.....
Hábitos Tóxicos:
Alcohol (Si/No)..... Drogas (Si/No).....
a) ocasional a) ocasional
b) habitual b) habitual
c) abuso c) abuso
Causa de Abandono del Tratamiento:
1. No seguimiento voluntariamente
2. Dificultad para realizarlo
3. Otros.....
Tipo de Alta:
1. Mejoría
2. Voluntaria
3. Otros.....