

¿Cómo aumentar la implicación del paciente de urgencias en su tratamiento?: eficacia de unos pósters informativos

R. Vallès-Fernández^a, A. Morón-Besolí^b, A. Franzi-Siso^c, J. Real-Gatius^b y E.L. Mariño-Hernández^d

Objetivo. Determinar si unos pósters/folletos aumentan la información del médico sobre las alergias a la medicación que están tomando los pacientes y la comprensión del tratamiento por parte de éstos.

Diseño. Primera fase: descriptivo, transversal, multicéntrico. Segunda fase: de intervención, controlado, sin aleatorización.

Emplazamiento. Servicios de urgencias médicas no hospitalarios (SUM).

Participantes. Pacientes del SUM con tratamiento farmacológico prescrito.

Intervenciones. Difusión de los pósters/folletos.

Mediciones principales. La proporción de pacientes de los que el médico no conocía la alergias a medicamentos o la medicación concomitante, y la proporción de prescripciones en las que el paciente conocía la posología del fármaco recetado. Fuente: cuestionario *ad hoc* realizado a los pacientes. Análisis: test de la χ^2 (variables categóricas). En algunos casos se efectuó la prueba de Breslow-Day y Tarone.

Resultados. Se incluyó a un total de 1.233 pacientes; se analizaron 1.766 prescripciones; el 53,4% eran mujeres y la edad media era de 29 ± 18 años.

1. Desconocimiento de la medicación concomitante por parte del médico: en la segunda fase, disminución del 25,5% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 33,5-17,5) en el grupo de intervención frente al 12,5% (IC del 95%, 19,8-5,2) en el grupo control del número de pacientes en que el médico desconocía esta medicación ($p = 0,024$) 2. Conocimiento de la posología por parte del paciente: en la segunda fase, incremento del 16,8% (IC del 95%, 9,8-23,8) en el grupo de intervención frente a un decremento del 1% en el grupo control del número de prescripciones en que el paciente conocía la posología ($p < 0,001$).

Conclusiones. La difusión de pósters/folletos dirigidos a los pacientes fue eficaz para incrementar el conocimiento sobre la posología de su medicación y para que el médico conociera más la medicación concomitante a su prescripción.

Palabras clave: Servicio de urgencias. Prescripción farmacológica. Intervención.

HOW TO INCREASE THE INVOLVEMENT OF CASUALTY PATIENTS IN THEIR TREATMENTS: EFFICACY OF SOME INFORMATIVE POSTERS

Objective. To determine whether posters/leaflets increase doctors' information on the allergies and on the medication their patients are taking and patients' understanding of their treatment.

Design. First stage: multi-centre transversal descriptive study. Second stage: intervention with control and without randomisation.

Setting. Primary care medical emergency services (MES).

Participants. MES patients under prescribed drug treatment.

Interventions. Use of posters/leaflets.

Main measurements. 1) Proportion of patients for whom the doctor was ignorant of allergies to drugs or of accompanying medication. 2) Proportion of prescriptions in which patients understood the dosage of the medication prescribed. Source: *ad hoc* questionnaire to patients. Analysis: χ^2 test (category variables). In some cases, the Breslow-Day and Tarone tests were conducted.

Results. Total patients included, 1233; 1766 prescriptions analysed; 53.4% women. Mean age: 29 ± 18 years old. 1) Doctor's understanding of accompanying medication: at the second stage, drop of 25.5% (95% CI, 33.5-17.5) for intervention group versus drop of 12.5% (95% CI, 19.8-5.2) for control group, in the number of patients for whom the doctor did not know the medication ($P = .024$). 2) Patient's understanding of dosage: at the second stage, increase of 16.8% (95% CI, 9.8-23.8) for intervention group, versus a decrease of 1% in control group, in the medicines whose dosage the patient was aware of ($P < .001$).

Conclusions. The dissemination of posters/leaflets was effective in increasing patients' knowledge of their medication's dosage and doctors' understanding of questions affecting prescription.

Key words: Emergency services. Drug prescription. Intervention.

^aServicio de Atención Primaria Cerdanyola-Ripollet. Institut Català de la Salut. Ripollet. Barcelona. España.

^bCorporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

^cServicio de Atención Primaria Sabadell-Rubí-Sant Cugat-Terrassa. Institut Català de la Salut. Sabadell. Barcelona. España.

^dUnidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia. Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Correspondencia:
R. Vallès-Fernández.
CAP II Cerdanyola-Ripollet. SAP Cerdanyola-Ripollet. Institut Català de la Salut.
Ctra. Nacional 150 cruce calle Tarragona, s/n. 08291 Ripollet. Barcelona. España.
Correo electrónico: farma@cerdanyola.scs.es

Manuscrito recibido el 30 de diciembre de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 29 de junio de 2005.

El presente artículo forma parte de un trabajo de investigación más extenso que ha sido financiado a través de una beca del Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Barcelona y de una beca de ayuda para la realización del doctorado de la Fundación Jordi Gol i Gurina. Una parte del mismo fue presentado en el VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, donde recibió el primer premio como comunicación oral.

Introducción

En la atención global al paciente del actual modelo sanitario se incluye la atención farmacéutica y, concretamente, la utilización de los medicamentos. En este sentido, es muy importante seguir unos mismos criterios en la racionalización de su uso, así como dar la misma información, tanto al paciente como a los diferentes ámbitos asistenciales¹. Los principales problemas que pueden derivarse de una prescripción de medicamentos no adecuada por una deficiente información o comunicación son, entre otros, las duplicidades terapéuticas, las reacciones alérgicas o anafilácticas, las interacciones clínicamente relevantes, una posología del tratamiento inadecuada, la falta de comprensión del tratamiento y un escaso cumplimiento de la terapia farmacológica²⁻⁴. En los servicios de urgencias médicas (SUM) de nuestro entorno, tanto hospitalarios como de atención primaria (AP), es donde se hace más patente esta escasa integración de la información, ya que se visita al paciente de una manera puntual⁵ y en la mayoría de los casos no se dispone de un historial farmacoterapéutico previo. En los últimos años, la mayoría de las intervenciones que tenían como objetivo aumentar la calidad de la prescripción, tanto en urgencias como en otros ámbitos asistenciales, estaban dirigidas básicamente al médico prescriptor. A veces se ha observado que eran efectivas, pero en alguna ocasión el resultado obtenido no fue el esperado^{6,7}. Por este motivo, es necesario buscar nuevos elementos que ayuden a incrementar la calidad de la prescripción, considerando que, aparte del médico, influyen otros factores, entre los cuales está el mismo paciente. Así, partiendo de la base de que el paciente desempeña un papel activo en la prescripción de su terapia farmacológica, es importante que él sea consciente de este hecho y que esté correctamente informado para que su influencia sea beneficiosa y, de esta manera, aumente la eficiencia de su tratamiento^{8,9}. En algunos estudios realizados en el ámbito de urgencias se ha observado que la información que tiene el paciente de su terapia dista mucho de ser la adecuada para asegurar la eficiencia de ésta¹⁰⁻¹⁴. Debido a lo anteriormente expuesto, se planteó la realización de un estudio en dos fases diferenciadas con los siguientes objetivos: *a*) una primera fase en la que se valora cómo se facilita la información farmacológica en los SUM de nuestro entorno, para detectar aspectos susceptibles de mejora, y *b*) una segunda fase en la que, considerando los resultados de la fase anterior, se determine si la difusión de unos pósters y folletos dirigidos a los pacientes puede aumentar la información que tiene el médico prescriptor sobre alergias a los medicamentos y la medicación que están tomando los pacientes, y la comprensión del tratamiento prescrito por parte del paciente.

Pacientes y método

Diseño

En la primera fase se realizó un estudio descriptivo, transversal, multicéntrico. En la segunda fase se llevó a cabo un estudio casi experimental, de intervención, controlado sin aleatorización.

Ámbito

En el grupo de intervención se incluyeron 2 servicios especiales de urgencias (SEU) y 3 servicios ordinarios de urgencias (SOU) del Institut Català de la Salut (ICS): el SOU Cerdanyola-Ripoll y el SEU Sabadell. En el grupo control se incluyeron el SEU Badia del Vallès, el SOU Castellar del Vallès y el SOU Santa Perpètua.

Selección de pacientes

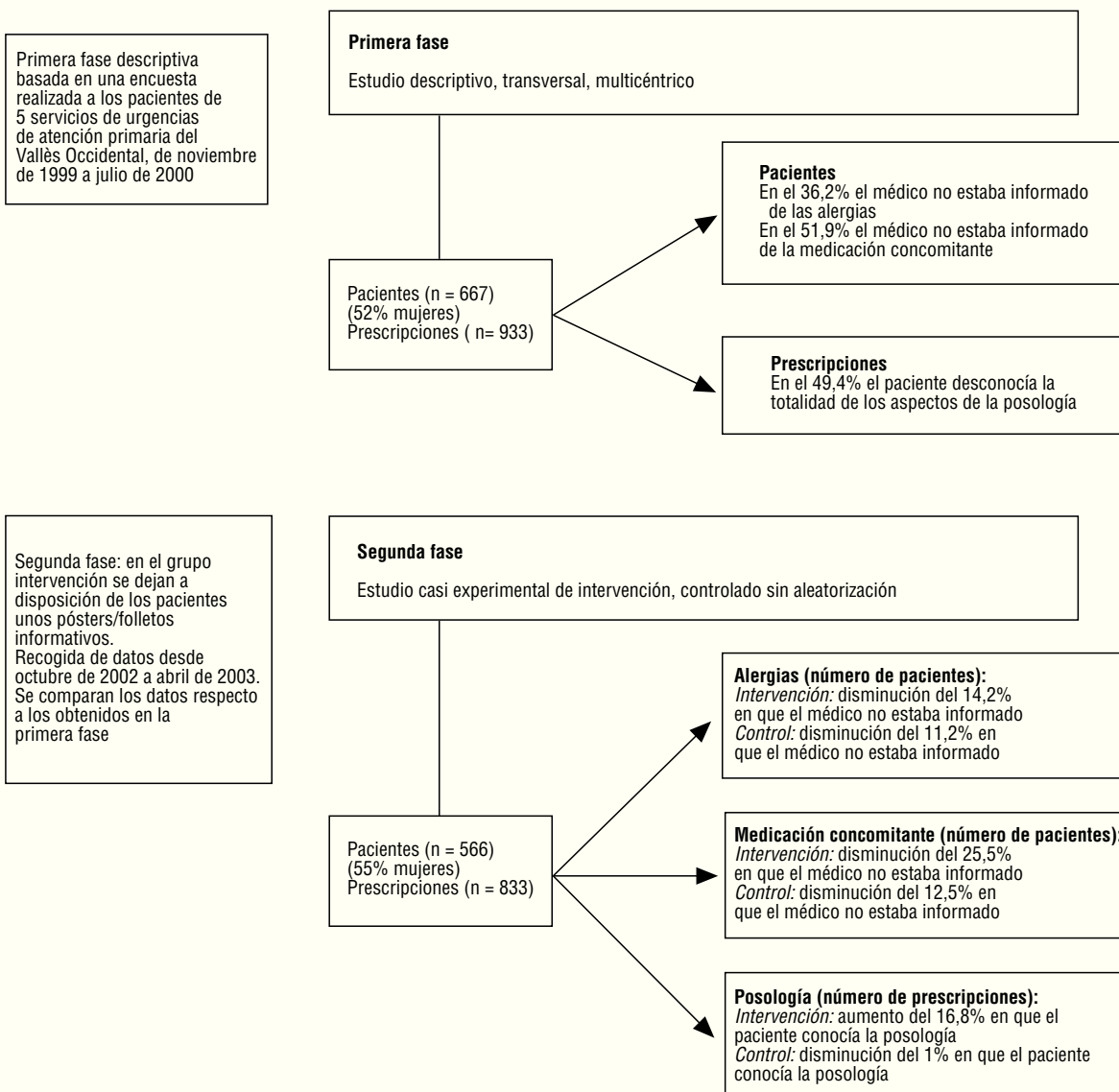
Se incluyó a todos los pacientes que eran dados de alta del SUM durante el tiempo en que estaba el encuestador en el centro, que daban su consentimiento y cumplían con los siguientes criterios: que les había prescrito uno o más medicamentos en el SUM y tenían la capacidad suficiente (o en su defecto, su acompañante) para responder una encuesta. No se incluyó a los pacientes que solamente acudían al SUM en busca de recetas de tratamientos prescritos por otros médicos ajenos al SUM, ni tampoco aquellos a los que no se les prescribió tratamiento farmacológico.

Intervenciones y seguimiento

En la segunda fase, en las salas de espera de los centros del grupo intervención se dejaron a la vista de los pacientes unos pósters y folletos informativos (anexo 1) que invitaban al paciente a informar al médico de sus alergias y la medicación concomitante, y a preguntar si tenían alguna duda sobre su tratamiento. Tanto en la primera fase como en la segunda, la información se obtuvo mediante una encuesta realizada a los pacientes que salían de la consulta médica y de la información escrita en la receta. El período de recogida de datos de la primera fase fue de noviembre de 1999 hasta julio de 2000; el de la segunda fase fue desde octubre de 2002 hasta abril de 2003. El número de días en que se realizó la encuesta fue el mismo para cada centro. Se escogió al azar el día de la semana de forma que no fuera siempre el mismo para cada SUM.

Variables

Las variables principales fueron: *a*) proporción de pacientes cuyo médico no estaba informado de si tenían o no alergias conocidas a medicamentos o de la medicación concomitante que estaban tomando en el momento de la visita; *b*) proporción de prescripciones en las que el paciente conocía la totalidad de los aspectos que se debía evaluar de su medicación (dosis, frecuencia, duración del tratamiento e instrucciones especiales de administración de cada receta). En el caso de los fármacos tópicos, no se evaluó el número de unidades administradas. Respecto a las instrucciones sobre la forma de administrarlo, sólo se consideró en los fármacos por vía oral cuando su ingesta con o sin alimentos o a una franja horaria determinada era relevante para la eficacia del tratamiento. En las variables secundarias se describió la proporción de pacientes que presentaron los siguientes problemas relacionados con los medicamentos (PRM): peligro real de alergia, si cumplían la prescripción, y el porcentaje de pacientes que presentaban duplicidad, incongruencia o interacción clínicamen-



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico en la primera fase y una segunda de intervención, controlada sin aleatorización.

te relevante entre los fármacos prescritos y la medicación que tomaban de forma concomitante.

Cálculo de la muestra

En la primera fase se realizó un estudio piloto de 145 encuestas que permitió estimar que en el 40% de los pacientes el médico no

estaba informado sobre la medicación concomitante. Tomando como guía esta proporción y aceptando una variabilidad del 10% y un error alfa de 0,05, se obtuvo que, como mínimo, se debía realizar 93 encuestas en cada centro. La información recogida en el estudio piloto se incorporó al estudio definitivo. En la segunda fase, partiendo de los resultados de la primera fase, donde apro-

TABLA 1 Datos demográficos de la población estudiada clasificada por grupo intervención y por grupo control según el sexo y la edad, separados por fases de estudio

Sexo																				
	Varones				Mujeres				Total											
	Primera fase		Segunda fase		Primera fase		Segunda fase		Primera fase		Segunda fase									
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%								
Grupo intervención	136	44,6	102	42,0	169	55,4	141	58,0	305	45,7	243	42,9								
Grupo control	184	50,8	153	47,4	178	49,2	170	52,6	362	54,3	323	57,1								
Total	320	48,0	255	45,0	347	52,0	311	55,0	667	100	566	100								
Edad																				
	0-15 años						16-64 años						> 64 años						Total	
	Primera fase			Segunda fase			Primera fase			Segunda fase			Primera fase			Segunda fase			Primera fase	Segunda fase
	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%	n	n
Grupo intervención	49	16,1	11,9-20,2	44	18,1	13,3-22,9	240	78,7	74,1-83,3	186	76,5	71,2-81,9	16	5,2	2,7-7,7	13	5,4	2,5-8,2	305	243
Grupo control	92	25,4	20,9-29,9	75	23,2	18,6-27,8	261	72,1	67,5-76,7	235	72,8	67,9-77,6	9	2,5	0,9-4,1	13	4,0	1,9-6,2	362	323
Total	141	21,1	18,0-24,2	119	21,0	17,7-24,4	501	75,1	71,8-78,4	421	74,4	70,8-78,0	25	3,8	2,3-5,2	26	4,6	2,9-6,3	667	566
p entre grupos	0,003		NS				0,05		NS				NS		NS					
p entre fases	NS				NS				NS				NS							

n: número de pacientes entrevistados. La clasificación por edades en los diferentes grupos divide la población atendida en los tres grupos de edad expresados; %: porcentaje de pacientes respecto al total de pacientes entrevistados; IC: intervalo de confianza; NS: no significativo. En el apartado sexo no se han observado diferencias estadísticamente significativas.

ximadamente en un 50% de los pacientes el médico desconocía la medicación concomitante y considerando como relevante una disminución del 15% de esta variable (asumiendo un error beta de 0,1 y un error alfa de 0,05 en distribución bilateral), se calculó una muestra de al menos 227 encuestas de cada uno de los grupos, control e intervención (programa EPIDAT, 1998).

Análisis

Las variables son cualitativas y se han expresado como frecuencias absolutas y como porcentajes con su intervalo de confianza (IC) del 95% mediante la aproximación normal. Para comparar los resultados entre la primera y la segunda fase del estudio, así como entre el grupo intervención y el grupo control, se realizó la prueba de la χ^2 . Para determinar si las diferencias observadas

entre los dos períodos y/o entre el grupo intervención y el grupo control eran debidas a la intervención realizada, se aplicó la prueba de homogeneidad de la razón de ventajas de Breslow-Day y Tarone. Se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados

El número total de pacientes incluidos fue de 1.233 (667 en la primera fase y 566 en la segunda fase), con un 53,4% de mujeres y una edad media 29 ± 18 años (tabla 1). Se analizaron 1.766 prescripciones correspondientes a estos

TABLA 2 Distribución de las frecuencias del número de pacientes atendidos en los diferentes centros a los cuales el médico no preguntó si tenían alguna alergia a medicamentos y ellos tampoco le refirieron esta información (médico no informado). También se expresan las frecuencias de pacientes que eran alérgicos a algún fármaco. Los datos están clasificados por grupo intervención y por grupo control y separados por fase de estudio

Información sobre alergias conocidas														
	Médico no informado						Paciente alérgico						Total pacientes	
	Primera fase			Segunda fase			Primera fase			Segunda fase			Primera fase	Segunda fase
	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%	n	n
Grupo intervención	100	41,0	34,8-47,2	65	26,8	21,2-32,3	34	13,9	9,6-18,3	27	11,1	7,2-15,1	244	243
Grupo control	97	32,3	27,0-37,6	68	21,1	16,6-25,5	42	14,0	10,1-17,9	28	8,7	5,6-11,7	300	323
Total	197	36,2	32,2-40,3	133	23,5	20,0-27,0	76	14,0	11,1-16,9	55	9,7	7,3-12,2	544*	566
p entre grupos	0,037			NS			NS			NS				
p entre fases	< 0,001						0,028							

n: número de pacientes entrevistados; %: porcentaje respecto al total de pacientes entrevistados; IC: intervalo de confianza; NS: no significativo.

*Menor número de pacientes que en el caso de la medicación concomitante, ya que la información sobre las alergias se incluyó *a posteriori*, tras haber iniciado el estudio piloto.

TABLA 3

Distribución de las frecuencias del número de pacientes atendidos en los diferentes centros a los cuales el médico no preguntó si estaban tomando alguna medicación y ellos tampoco le refirieron esta información (médico no informado). También se expresan las frecuencias de pacientes que estaban tomando realmente algún medicamento en aquellos momentos. Los datos están clasificados por grupo intervención y por grupo control y separados por fase de estudio

Información sobre medicación concomitante

	Médico no informado						Paciente que toma otros medicamentos						Total pacientes	
	Primera fase			Segunda fase			Primera fase			Segunda fase			Primera fase	Segunda fase
	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%	n	n
Grupo intervención	172	56,4	50,8-62,0	75	30,9	25,1-36,7	149	48,9	43,2-54,5	105	43,2	37,0-49,9	305	243
Grupo control	174	48,1	42,9-53,2	115	35,6	30,4-40,8	169	46,7	41,6-51,8	154	47,7	42,2-53,1	362	323
Total	346	51,9	48,1-55,7	190	33,6	29,7-37,5	318	47,7	43,9-51,5	259	45,8	41,7-49,9	667	566
p entre grupos	0,032			NS			NS			NS				
p entre fases				< 0,001						NS				

n: número de pacientes entrevistados; %: porcentaje respecto al total de pacientes entrevistados; IC: intervalo de confianza; NS: no significativo.

pacientes (933 en la primera fase y 833 en la segunda). En la segunda fase, el 64% de los pacientes del grupo intervención leyó los pósters/folletos (de ellos, el 61,3% sólo leyó el póster). Únicamente una persona no entendió el mensaje.

Información que tenía el médico sobre el historial farmacológico del paciente

En la primera fase se observó que en el 36,2% de los pacientes el médico no estaba informado de sus alergias, ya que no lo había preguntado al paciente y éste no lo había referido, y tampoco disponía del historial del paciente. En el caso de la medicación concomitante, el médico la desconocía en el 51,9% de los pacientes (tablas 2 y 3). El número total de pacientes de la tabla 2 es inferior al de la tabla 3 porque, a raíz del análisis y la evolución del estudio piloto, se incluyó la pregunta sobre las alergias en el cuestionario original.

En la segunda fase, en el análisis antes-después se observó una disminución del 12,7% (IC del 95%, 18-7,4) y del 18,3% (IC del 95%, 23,7-12,9) en el número de pacientes cuyo médico desconocía las alergias y la medicación concomitante, respectivamente ($p < 0,001$). En cuanto al análisis entre grupos, en el segundo período no se observaron diferencias entre los grupos de intervención y control cuando se realizó la prueba de la χ^2 . No obstante, cuando se aplicó la prueba de Breslow-Day y Tarone en el conocimiento de la medicación concomitante, la mejora de resultados fue mayor para el grupo intervención, con una disminución del 25,5% (IC del 95%, 33,5-17,5), frente a una reducción del 12,5% (IC del 95%, 19,8-5,2) en el grupo control ($p = 0,024$) (tablas 2 y 3).

En la primera fase, a 3 pacientes se les prescribió un medicamento al cual eran alérgicos. La proporción de incongruencias o duplicidades y de interacciones fue inferior en la segunda fase (3,1%) respecto a la primera (4,9%).

Comprensión del paciente del tratamiento que se le había prescrito

En la primera fase, en el 49,4% de las prescripciones el paciente conocía todos los aspectos de la posología del medicamento prescrito, mientras que la forma de administrarlo y la duración del tratamiento eran los aspectos que más desconocían (tabla 4).

En la segunda fase, en el análisis antes-después se observó un incremento del 6,7% (IC del 95%, 1,9-11,5) en el número de recetas de las que el paciente conocía todos los aspectos evaluados ($p = 0,006$). En el análisis entre grupos, el porcentaje de prescripciones en las que había un conocimiento total de la posología fue del 9,2% (IC del 95%, 2,4-16), y esta cifra fue superior en el grupo intervención respecto al grupo control ($p = 0,009$). En cuanto a la prueba de Breslow-Day y Tarone, la mejora de conocimiento de la posología fue mayor para el grupo intervención que para el grupo control (incremento del 16,8%; IC del 95%, 9,8-23,8; frente un decremento del 1%) ($p < 0,001$) (tabla 4).

Discusión

Los resultados de la primera fase del presente trabajo indican un elevado grado de desconocimiento de la historia farmacológica del paciente por parte del médico, así como una comprensión deficiente de la pauta terapéutica por parte del enfermo en los SUM del estudio. En la segunda fase, estos resultados mejoraron con una disminución de la proporción de pacientes cuyo médico desconocía sus alergias y la medicación concomitante y un aumento de la proporción de prescripciones en las que el paciente conocía todos los aspectos de la posología. Parece ser que la intervención realizada influyó en esta mejora de resultados, aunque deben considerarse las limitaciones del estudio.

TABLA 4

Grado de conocimiento de la información farmacológica por parte del paciente en función del conocimiento de la totalidad de los siguientes aspectos: frecuencia de administración, cantidad administrada, duración del tratamiento y forma de administración cuando es relevante. Los datos están clasificados por grupo intervención y por grupo control y separados por fase de estudio

	Conoce toda la posología						Total prescripciones	
	Primera fase			Segunda fase			Primera fase	Segunda fase
	n	%	IC del 95%	n	%	IC del 95%	n	n
Grupo intervención	194	44,8	40,1-49,5	205	61,6	56,3-66,8	433	333
Grupo control	267	53,4	49,0-57,8	262	52,4	48,0-56,8	500	500
Total	461	49,4	46,2-52,6	467	56,1	52,7-59,4	933	833
p entre grupos		0,008			0,009			
p entre fases			0,006					

n: número de prescripciones; %: porcentaje respecto al total de prescripciones; IC: intervalo de confianza.

Así, en la primera fase del estudio se observó que el grupo intervención y el grupo control no eran homogéneos, es decir, había diferencias en los resultados de las variables analizadas (tablas 2 a 4). Esto se podría haber minimizado aleatorizando a los pacientes, pero no fue posible ya que el tipo de intervención no permitía que el grupo control y el grupo intervención estuvieran en un mismo centro. Por este motivo, en el análisis de los resultados se realizó la prueba de razón de ventajas de Breslow-Day y Tarone, ya que tiene en cuenta el punto de partida de cada grupo para el análisis de los datos. También hay que considerar que es posible que se produjera el efecto Hawthorne, ya que el médico conocía la presencia del encuestador pero, al analizar diferencias entre el grupo control y el grupo intervención, resta importancia al problema porque, si se produjo, lo hizo en los 2 grupos. Otra limitación que cabe considerar es que el investigador era también el encuestador y que la fuente principal de información fue el paciente (no se contrastó con ninguna otra). Para minimizar este problema se intentó que la encuesta fuera muy estructurada y con preguntas concretas y cerradas, que no reflejaran valoraciones subjetivas.

Información que tenía el médico sobre el historial farmacológico del paciente

Del resultado de esta variable cabe destacar el elevado porcentaje de pacientes cuyo médico de urgencias desconoce información relevante sobre su historial farmacológico (en alrededor del 35% de los pacientes desconoce la información sobre las alergias y en el 50% la referente a la medicación concomitante). Este resultado es similar al de otros estudios realizados en los servicios de urgencias, tanto en nuestro ámbito, con un estudio en el que se observó que en un 38,2% de las historias del servicio de urgencias faltaba registrar las alergias del paciente¹⁵, como del extranjero, donde se observó que había falta de información relevante para el clínico en el 32% de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias¹⁶. El hecho de indicar a los pacientes de los SUM que informen al médico sobre su historial

farmacológico ha propiciado que los médicos estén más informados sobre este tema. En el caso de las alergias, esto no se ha podido observar debido probablemente a la más baja proporción de pacientes alérgicos incluidos en el estudio respecto a los que toman medicación concomitante (los pacientes que tienen algún tipo de alergia son los más motivados para informar sobre ella). También es importante observar que esta mejora de la información probablemente influyó en una disminución del porcentaje de PRM evaluados. A pesar de todo, se cree conveniente no confiar únicamente en la memoria de los pacientes y optar por una solución más eficiente a esta falta de información del médico del SUM, como sería la instauración de un sistema de información integrado e informatizado en todos los ámbitos asistenciales, tal como indican otros autores⁴. Faltaría investigar si este sistema contribuye a una mayor calidad de la prescripción.

Comprensión del paciente del tratamiento que se le había prescrito

Los resultados del presente estudio coinciden con los de otros trabajos publicados al indicar un bajo grado de comprensión del tratamiento prescrito por parte del paciente nada más salir de la consulta médica del SUM¹⁰⁻¹³. De todas maneras, se debe tener en cuenta que el paciente podrá tener otras fuentes de información, fuera del SUM, como son su médico de cabecera o la oficina de farmacia¹. La colocación de unos pósters en las salas de espera en los que se anime al paciente a interesarse más por su terapia farmacológica ha mostrado ser eficaz para aumentar esta comprensión de su tratamiento, sea porque el mismo paciente se ha interesado más o porque el póster también ha servido de recordatorio al médico para que facilite más información. Este aumento de la comprensión se ha producido sin que se incidiera en la mejora de la información escrita suministrada al paciente. Sería interesante investigar si la implantación de un sistema informatizado de la prescripción que permitiera la obtención de unas recetas correctamente cumplimentadas puede ayudar también a

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- En los servicios de urgencia, tanto hospitalarios como de atención primaria, hay poca coordinación e integración de la información con otros ámbitos asistenciales.
- Una deficiente comunicación entre médico-paciente o entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales puede originar problemas relacionados con los medicamentos e influir en un escaso cumplimiento del tratamiento.
- Los pacientes de urgencias no disponen de la suficiente información o tienen dificultad para recordar las instrucciones recibidas para garantizar una correcta adhesión a la terapia prescrita.

Qué aporta este estudio

- Hay un escaso conocimiento por parte del médico de los servicios de urgencias de las alergias y de la medicación concomitante de los pacientes (aproximadamente en la mitad de los pacientes del estudio, el médico no fue informado sobre la medicación concomitante).
- Asimismo, inmediatamente después de salir de la consulta médica, el paciente no conocía todos los aspectos de la posología para garantizar un uso correcto del fármaco en alrededor del 50% de las prescripciones.
- La difusión de unos pósters informativos en las salas de espera en los que se indique al paciente que tiene que informar al médico de sus alergias y de la medicación que está tomando, y que pregunte en caso de duda, ha contribuido a disminuir el desconocimiento del médico de la medicación concomitante y a aumentar la comprensión total de la posología por parte del paciente.

obtener una mayor comprensión del tratamiento prescrito.

En un principio se podría considerar que la angustia o el estado de salud del paciente de un SUM¹⁴ no permitirían la lectura y la comprensión de unos pósters y folletos informativos; esto no ha sido así, sobre todo en el caso de los pósters (el 61,3% de los pacientes que leyeron estos ele-

mentos comunicativos solo leyó los pósters). Seguramente el hecho de que los pósters estuvieran más a la vista que los folletos (se colgaron justo al lado de la puerta del consultorio médico y los folletos se dejaron en las mesillas de las salas de espera) ha influido en que tuvieran mejor resultado. Esto sugiere que, en el momento de utilizar estos elementos de comunicación, también es importante considerar dónde se ubicarán, aparte de garantizar que tengan un diseño atractivo y que contengan un mensaje comprensible para la mayoría de la población. Así, se puede afirmar que pueden ser una buena medida (no tienen un elevado coste y no suponen un sobre-esfuerzo para los profesionales sanitarios) para implicar más al paciente del SUM en su terapia y potenciar la comunicación entre médico y paciente. Debemos pensar que, en la relación médico-paciente, el médico no es el único agente que actúa, sino que el paciente tiene su parte de responsabilidad. Por este motivo, es fundamental realizar intervenciones dirigidas a los pacientes que ayuden a mejorar esta relación.

También es necesario considerar que los resultados positivos de esta intervención en el aumento de la comprensión que tiene el paciente de su tratamiento podrían ser extrapolables a otro tipo de consultas médicas, tanto del ámbito de la atención primaria como del hospitalario.

En definitiva, es importante haber conseguido aumentar la comprensión que tiene el paciente de su tratamiento y potenciar la comunicación médico-paciente porque, para mejorar el cumplimiento terapéutico, hay un amplio consenso en considerar que, aparte de seleccionar correctamente el tratamiento, es fundamental establecer una buena relación médico-paciente y dedicar tiempo a suministrar información, instrucciones y recomendaciones^{3,17}.

Agradecimientos

A l'Àmbit Centre de l'Institut Català de la Salut y al personal sanitario de los SUM del estudio por su colaboración y ayuda. A la empresa Boldú Comunicació por el diseño de los pósters y folletos informativos.

Bibliografía

1. Bassons MT. La atención farmacéutica: ejemplo de colaboración interprofesional. Mesa redonda en el II Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. Barcelona, 2001. Pharm Care Esp. 2001;3:2.
2. Nightingale SL. Written patient information on prescription drugs. Int J Technol Assess Health Care. 1995;11:399-409.
3. Rogers PG, Bullman R. Prescription medicine compliance: a review of the baseline of knowledge - A report of the national council on patient information and education. J Pharmacoepidemiol. 1995;3:3-36.
4. Van der Kam WJ, Meyboom de Jong B, Tromp ThFJ, Moorman PW, Van der Lei J. Effects of electronic communication between the GP and the pharmacist. The quality of medication data on admission and after discharge. Fam Pract. 2001;18:605-9.

5. García-Castrillo L, Del Busto F. Modelo de atención integral a las urgencias [editorial]. *Emergencias*. 2001;13:153-4.
6. Figueiras A, Sastre I, Tato F, Rodríguez C, Lado E, Caamano F, et al. One-to-one versus group sessions to improve prescription in primary care. *Med Care*. 2001;39:158-67.
7. Amado E, Madridejos R, Pérez MT, Catalán A. Análisis de la prescripción en atención primaria: evaluación de un sistema de indicadores. *Aten Primaria*. 1997;20:381-4.
8. Madridejos R, Catalán A, Font M, Huguet M. Programa audiovisual de información sobre medicamentos dirigido a los usuarios de áreas básicas de salud. *Farm Clin*. 1991;8:594-600.
9. Mintzes B, Barer ML, Kravitz RL, Kazanjian A, Bassett K, Lexchin J, et al. Influence of direct to consumer pharmaceutical advertising and patients' request on prescribing decisions: two site cross sectional survey. *BMJ*. 2002;324:278-9.
10. Domínguez D, Cervera E, Disdier MT, Hernández M, Martín MC, Rodríguez J. ¿Cómo se informa a los pacientes en un servicio de urgencias hospitalario? *Aten Primaria*. 1996;17:280-3.
11. Logan DP, Schwab RA, Salomone III JA, Watson WA. Patient understanding of emergency department discharge instructions. *South Med J*. 1996;89:770-4.
12. Chung MK, Bartfield JM. Knowledge of prescription medications among elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med*. 2002;39:605-8.
13. Crane JA. Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *J Emerg Med*. 1997;15:1-7.
14. Wei HG, Camargo CA. Patient education in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2000;7:710-7.
15. Carpintero JM, Ochoa FJ, Acitores JM, Ferrús JA, Fernández JA. Grado de cumplimentación de la historia clínica de urgencias como indicadores de la calidad asistencial. *Emergencias*. 1997;9:26-30.
16. Stiell A, Forster AJ, Stiell IG, Van Walraven C. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. *CMAJ*. 2003;169:1023-8.
17. Bonafont X, Costa J. Adherència al tractament farmacològic. *Butlletí d'Informació Terapèutica*. 2004;16:9-14.

ANEXO 1

Atención. No te vayas de aquí sin:

Avisar al médico si tienes alguna alergia

Informarle en el caso de que estés siguiendo algún tratamiento médico

Asegurarte de que entiendes bien el tratamiento

En una receta, tu papel es vital.