

2. USP DI. Drug information for the health professionals. Massachusetts: Micromedex, 1999; 79-85.
3. Roth RF, Itabashi H, Louie J, Anderson T, Narahara KA. Amiodarone toxicity: myopathy and neuropathy. *Am Heart J* 1990; 1223-1225.
4. Martínez-Arizala A, Sobol SM, McCarty GE, Nichols BR, Rakita L. Amiodarone neuropathy. *Neurology* 1983; 33: 643-645.
5. Tamargo J, Valenzuela C. Fármacos antiarrítmicos. En: Florez J, editor. *Farmacología humana*. Barcelona: Masson, 1997; 649-669.
6. Stockley IH. *Drug interactions*. Oxford: Blackwell Scientific Pub., 1994.

Sobre la morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio

Cuidadores domiciliarios; Cumplimiento; Encuesta; Insulina; Morbilidad; Tratamiento.

Sr. Director: Recientemente se ha publicado en su revista un trabajo original de Santiago Navarro P et al sobre la morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio¹. A propósito de esta publicación, queremos comunicarles los resultados de un estudio similar llevado a cabo en la Regió Sanitària de Tortosa (Tarragona) sobre 100 cuidadores principales de ancianos con demencia que viven en su domicilio². Uno de los objetivos planteados fue identificar el perfil del cuidador/a principal en todos los casos en que haya una persona diagnosticada de demencia en el domicilio.

Nuestro estudio fue realizado durante el período comprendido entre marzo de 1998 y marzo de 1999. Mediante llamadas telefónicas en las cuales explicábamos el motivo y los objetivos del estudio, concertábamos una visita domiciliaria con el cuidador/a principal. En estas visitas les entrevistábamos mediante los instrumentos de recogida de datos diseñados para tal fin. El proyecto del estudio fue becado por la Fundación Dr. Ferran para la investigación biomédica. Queremos destacar la gran similitud en cuanto a los resultados obtenidos sobre el perfil de los cuidadores principales. En nuestro estudio, un 86% de los cuidadores son mujeres, con una media de edad de 57,6 años; de ellas, el 56% son hijas y el 30% cónyuges. En relación a los estudios, un 89% tiene estudios primarios.

Al igual que en el estudio publicado, la media del tiempo que llevan cuidando es de 6,1 años.

Respecto a la ayuda, el 86% no cuenta con ningún tipo de ayuda ni tampoco disponen de tiempo libre para descansar de su rol.

Han recurrido a la institucionalización del anciano con demencia para descarga del cuidador/a un 4% de los casos. El 5% acude con regularidad al centro de día y al hospital de día el 2%.

El 77% de los cuidadores manifiesta tener problemas de salud, musculoesqueléticos el 37% de los casos, y están diagnosticados y tratados de ansiedad y depresión el 10%, aunque el 76% de los cuidadores entrevistados manifestaba tener sensación de depresión. Un 83% declara tener sensación de estrés o nerviosismo respecto a la persona cuidada, pero este hecho no ha sido consultado con ningún profesional sanitario.

En la realización del estudio hemos detectado la soledad del cuidador principal, que tiene que enfrentarse a situaciones nuevas y desconocidas recayendo toda la responsabilidad del cuidado en él/ella, y en muchas ocasiones sin poder compartir sus sentimientos y emociones con otras personas³.

Estudios de este tipo sirven para poner de manifiesto situaciones encubiertas que afectan directamente a la salud de los cuidadores principales y a la calidad de vida de las personas que necesitan ser cuidadas. Situaciones que todavía no son suficientemente reconocidas y apoyadas por parte de las administraciones sanitarias.

M.L. Mateu Gil^a, M.LI. Panisello Chavarria^a, A. Lasaga Heriz^a y N. Sardà Jansà^b

^aEnfermeras. Profesoras de la EUE. Verge de la Cinta. Tortosa. Adscrita a la Universidad Rovira i Virgili.

^bMédico. Región Sanitaria Tortosa. Servei Català de la Salut.

1. Santiago Navarro P, López Mederos O, Lorenzo Riera A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria* 1999; 24: 404-410.
2. Mateu Gil ML, Panisello Chavarria MLI, Lasaga Heriz A, Sardà Jansà N. Perfil del cuidador principal de ancianos con demencia. Comunicación al VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátri-

ca y Gerontológica. Bilbao, 22-24 abril de 1999.

3. Pérez Trullén JM, Abanto Alda J, Labarta Mancho J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Aten Primaria* 1996; 18: 194-202.

Un curioso caso de mal cumplimiento terapéutico

Cuidadores domiciliarios; Cumplimiento; Encuesta; Insulina; Morbilidad; Tratamiento.

Sr. Director: Es sabida la importancia (por su frecuencia) que tiene el incumplimiento terapéutico en atención primaria¹. Se han llevado a cabo estudios en nuestro medio que constatan esta idea². Los estudios de cumplimiento terapéutico pueden ser útiles para medir indirectamente la relación médico-paciente³. En ocasiones, los incumplimientos de nuestros pacientes pueden adoptar formas verdaderamente insospechadas por el profesional. A continuación presentamos un caso sorprendente.

Mujer de 71 años de edad con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina desde hace un año, utilizando en este tiempo, consecutivamente, dos tipos de presentación de insulina intermedia: primero la «clásica» de envase con vial de 10 ml (40 U/ml) y posteriormente (actual) presentación de jerin-ga precargada (sistema NOVOLET®); la dosificación de insulina siempre fue antes del desayuno y antes de la cena. También presentaba otros antecedentes como: amputación de quinto dedo en pie derecho (problema ortopédico), incontinencia urinaria de esfuerzo y cataratas bilaterales operadas hacia 12 años. No obstante, la paciente, en general goza de una salud aceptable, es capaz de desarrollar con normalidad las tareas del hogar y su estado mental es bueno.

En sucesivos controles de renovación de recetas que se realizan habitualmente en consulta, observamos que se anticipaban mucho las peticiones de medicamentos respecto al tiempo de duración de los envases recetados, según dosis de insulina acordada. Interrogada la paciente en varias ocasiones, no daba una respuesta convincente, sino que se limitaba a decir que «se ponía la dosis que se le había dicho» y que «venía a por medicamentos cuando se le acababan». Dada la persistencia del problema a lo

largo de varios meses, y siendo ostensible el acortamiento en el tiempo de petición de nuevas y sucesivas recetas de insulina, en una relajada y empática conversación con la paciente, nos confesó que tenía un problema desde que empezó a administrarse la insulina con el mecanismo de «jeringa precargada». Comentó que no se «apañaba» con el sistema y lo que hacía era romper el «bolígrafo» burdamente y pinchar el receptáculo interior de insulina con una jeringa de insulina «clásica» para luego administrársela con ella. Debido a la realización de esta maniobra por parte de la paciente, se perdía mucha insulina y acudía antes a la consulta a renovar recetas.

Mucha «miga» tiene este caso en el que se ven implicados conceptos como relación médico-paciente (una comprensión de los posibles problemas de la paciente por parte del médico quizá le hubiera hecho imaginarse que, al menos, esta situación pudiera ocurrir), las diferencias en el

punto de vista entre el paciente y el médico en la calidad de la asistencia⁴ (a veces ocurre que lo que para nosotros es importante para el paciente no lo es tanto, y viceversa), habilidades de comunicación del profesional. Otra pregunta que nos podemos plantear, es: ¿por qué la paciente no tuvo la suficiente *confianza* para exponer su problema al médico? ¿Constituyó este caso una desconfianza en el médico por parte de la paciente o simplemente una insuficiente comunicación entre paciente y profesional? En este caso nos consta que no había una mala relación médico-paciente y que la capacidad intelectual de la paciente era superior a la media, en su entorno.

El caso clínico que exponemos nos orienta sobre la importancia de proporcionar una información de calidad a nuestros pacientes, de la importancia que tiene el seguimiento de los tratamientos y de la importancia de una buena relación médico-paciente. Hace pensar sobre la *necesidad* de ponerse, por parte del profe-

sional, en el «lugar» del paciente (orientación de la asistencia al usuario) para llegar, si cabe, a prevenir posibles errores o confusiones que en ocasiones, no como en este caso, pueden llegar a ser graves.

Antonio Retamal González

Centro de Salud de Cardenete (Cuenca).

1. Litchman HM. Medication noncompliance: a significant problem and possible strategies. *R I Med* 1993; 76 (12): 608-610.
2. Mateos Campos R, Camacho Álvarez M. Incumplimiento de la prescripción médica en atención primaria en el medio rural. *Aten Primaria* 1997; 19 (1): 41-46.
3. Laporte JR, Tognoni G. Principios de epidemiología del medicamento (2.^a ed). Barcelona: Salvat, 1993.
4. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for further research. *J Marketing* 1985; 49: 41-50.