

ACTUACIÓN COMUNITARIA GRUPAL PARA AUMENTAR LA EFICIENCIA DEL CONTROL EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores:

M^a Núria Puig Girbau (1)

M^a Magdalena Lladó Blanch (1)

M^a Carmen Seco Salcedo

Ana Gómez Saldaña (1)

Manolo Medina Peralta (1)

Roser Riera Torres (1)

Guillem Pera Blanco (2)

Josep-Anton de la Fuente Cadenas (3)

Grupo de Trabajo (4)

Centro de Trabajo:

(1) - CAP Llefí, Badalona-6 (Barcelona)

(2) - Unitat de Suport a la Recerca, Mataró (Barcelona)

(3) - SAP Badalona-Sant Adrià (Barcelona)

(4) – CAP: Llefí, El Gorg, Sant Roc, Sant Ardià, Centre Dalt la Vila, Bufalà-Canyet, El Masnou

Dirección para la correspondencia:

Núria Puig

ABS Llefí Badalona-6

Crrta. Antigua de Valencia s/n

08013 Badalona, Barcelona

e-mail: npuig.bnm.ics@gencat.cat

Telf: 675.78.35.61

Palabras Clave: Eficiencia, Salud Comunitaria, Riesgo Cardiovascular, Intervención Grupal

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades del aparato circulatorio tienen una gran relevancia en España, ya que producen una elevada morbilidad, discapacidad y repercusión socioeconómica (1). Según las estimaciones sobre la proyección de las enfermedades crónicas, en el año 2020 la cardiopatía isquémica continuará siendo la primera causa de muerte en los países industrializados.

En la Atención Primaria (AP), la prevención cardiovascular basada en una evaluación del riesgo global permite tomar decisiones más eficientes que mediante el abordaje de sus componentes aislados (2).

La estimación de la probabilidad de que un individuo desarrolle un evento coronario a partir de sus factores de riesgo constituye un instrumento valioso para conseguir el objetivo de prevención cardiovascular (3). El concepto de riesgo cardiovascular (RCV) incluye la probabilidad de padecer las enfermedades arterioscleróticas más importantes: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica. La clasificación de los individuos en grupos de riesgo cardiovascular puede llevarse a cabo mediante la ecuación de Framingham (3), que utiliza un método de puntuación de acuerdo con las siguientes variables: edad, sexo, c-HDL, colesterolemia total, presión arterial sistólica, tabaquismo, diabetes mellitus y presencia de criterios electrocardiográficos de hipertrofia ventricular.

La OMS en la declaración de St. Vincent (5), priorizó la mejora continua de calidad en la sanidad (6-7). En este marco, desde 1998 uno de los equipos de atención primaria (EAP) participantes en el presente estudio, de forma pionera, y en particular las enfermeras, se planteó aplicar estos procesos al seguimiento y control de los pacientes crónicos con factores de riesgo cardiovascular. La recomendación explícita de las guías europeas de prevención coronaria es que se realicen esfuerzos dirigidos a adaptar las funciones predictivas a las necesidades locales (8-9).

La tarea asistencial derivada del seguimiento, el control y el tratamiento de los factores de riesgo considerados de manera aislada, los recursos limitados y la evidencia de que estos no se dirigen a los pacientes con más riesgo cardiovascular, sino a la población más demandante, obligan a establecer prioridades de actuación para que las intervenciones tengan más impacto y sean más eficaces. Las consultas de los equipos de atención primaria suelen estar sobreutilizadas por esa población más demandante. Si tenemos en cuenta el coste-oportunidad de la atención, resta un tiempo que podría dedicarse a otros usuarios menos frecuentadores (10). Por esta razón, integrar la prevención

racionalmente, en el momento adecuado y dirigida al individuo de mayor riesgo, es un reto en la atención de calidad que exige la provisión de servicios accesibles y equitativos y los recursos se deben orientar de manera que lleguen al mayor número posible de personas (11).

Para establecer prioridades de actuación y poder llegar a un mayor número de población se ha propuesto la intervención mediante el abordaje grupal en los pacientes con RCV, en vez de la terapia individualizada que se realiza actualmente. Según la bibliografía consultada, las intervenciones grupales llevadas a término hasta ahora son intervenciones puntuales y temáticas de patologías crónicas, y se interviene a nivel informativo, y son conducidas por profesionales especializados, pero estas sesiones no eximen del control periódico en la consulta individualizada de enfermería (2). La dinámica grupal es más efectiva si está conducida por diversos profesionales, que con menos recursos pueden alcanzar mejores resultados, permite las relaciones entre personas con los mismos objetivos de salud, lo que refuerza los cambios de hábitos y la autoestima, haciendo a los pacientes más independientes y autónomos, ya que los participantes pueden expresar sus opiniones, vivencias y estado de ánimo mediante coloquio dirigido.

El objetivo del estudio es demostrar que la atención grupal es igual o mejor que la atención individual en el abordaje de la prevención primaria y secundaria de los pacientes con riesgo cardiovascular, sustituyendo los controles periódicos individuales por grupales, conducidos siempre por las enfermeras referentes del paciente, que la intervención grupal no comporta una pérdida de efectividad sino que incrementa la eficiencia en el control de estos pacientes. Esta intervención se evaluará en términos de cumplimiento terapéutico, grado de control metabólico, recursos utilizados y grado de satisfacción de los pacientes y de los profesionales.

Objetivo Principal: Evaluar si con la terapia grupal de prevención primaria y secundaria del riesgo cardiovascular no existen diferencias, o incluso mejora, el control de los pacientes crónicos con RCV medio, alto y muy alto, con y sin diabetes, comparada con la terapia individual convencional, durante un año en 7 Equipos de Atención Primaria (EAP) del Servicio de Atención Primaria de Badalona-Sant Adrià.

Objetivos Secundarios: 1.- Evaluar si la terapia grupal de prevención primaria y secundaria de riesgo cardiovascular no empeora, o incluso mejora, el cumplimiento terapéutico, el grado de control metabólico, y no aumenta, o incluso disminuye, el número de visitas del medico de familia y/o enfermera

durante un año en 7 EAP del Servicio de Atención Primaria (SAP) de Badalona-Sant Adrià. 2.- Comparar los recursos utilizados para la realización de la terapia grupal vs. la terapia individual convencional. 3.- Conocer la satisfacción de los pacientes que asisten a las terapias grupales y la de los profesionales que las imparten.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseño: Estudio multicéntrico de intervención terapéutica, de asignación aleatoria en dos ramas. El grupo intervención (GI), constituido por los pacientes que reciben atención grupal, por grupos de RCV, medio, alto y muy alto, con y sin diabetes mellitus (DM). Por cada paciente del grupo estratificado se ha asignado un paciente al grupo control (GC) del mismo Centro de Atención Primaria (CAP), edad, sexo y RCV. Los pacientes del GC han seguido siendo atendidos en la consulta individual convencional.

Localización: El ensayo se ha llevado a cabo de Noviembre de 2007 a Enero de 2009, en 17 Unidades Básicas de Atención (UBA) de 7 Equipos de Atención Primaria del SAP Badalona-Sant Adrià (Badalona: 2 UBA del Centro de Atención Primaria (CAP) Llefia, 2 UBA del CAP Bufalà-Canyet, 2 UBA del CAP Centre Dalt la Vila, 2 UBA del CAP El Gorg y 2 UBA del CAP Sant Roc, 5 UBA del CAP El Masnou y 2 UBA del CAP Sant Adrià).

Sujetos de estudio: Todos los pacientes con diagnóstico de RCV: medio, alto y muy alto con y sin DM, de las UBA participantes en el estudio, que realizan seguimiento periódico en la consulta de enfermería.

Criterios de exclusión: No aceptación por parte del paciente. Menos de dos visitas al año con su enfermera referente. Complicaciones con patologías externas al RCV (cáncer, cirugía reciente,...). Diagnóstico y/o tratamiento reciente (< 3 meses). Paciente que precise de atención individualizada por limitaciones sensoriales y/o mentales.

Análisis estadístico: Todos los análisis se han estratificado por RCV y en global. Se ha realizado un control exhaustivo de la calidad de los datos. La comparación de proporciones se ha realizado mediante test de chi cuadrado y la de medianas (para variables continuas) mediante t de Student. Cuando no se han cumplido las premisas para aplicar cualquiera de las pruebas mencionadas se han utilizado pruebas no paramétricas. Las comparaciones en tanto a la evolución temporal de las variables en ambos grupos se

han hecho de forma aparejada. Todos los análisis son bilaterales y con una confianza del 95%. Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa Stata v9.

Desarrollo del estudio: Una vez identificados, a través de las bases de datos de los centros, los individuos que podían entrar en la muestra, estos se aleatorizaron en los grupos intervención (GI) y control (GC) procurando que la distribución por sexo, edad, grado de RCV y centro (CAP) fuese la misma en ambos grupos. La captación de los pacientes para el GI se realizó mediante llamada telefónica por la misma enfermera referente, o en la consulta de control individual. Se pidió el consentimiento informado a todos los participantes del GI. Los individuos del GC no fueron informados y se siguieron a través de las historias clínicas informatizadas. El periodo de seguimiento en cada CAP, empezó en el momento en que se realizó la primera sesión del taller grupal. Las variables basales, se referían a la última, antes de este momento, con un margen de 6 meses. Las variables finales, se referían a la inmediatamente posterior a la última sesión, con un margen de más/menos 3 meses. El número de visitas y consumo farmacológico se refería exclusivamente al periodo entre la fecha del primer y último taller en cada CAP, tanto para los pacientes del GI como del GC.

Se dio a conocer el estudio a todos los profesionales de los CAP, y se insistió en el registro sistemático de cualquier actividad. Los pacientes que formaban parte del estudio llevaban en la historia clínica una alerta.

Durante el desarrollo del trabajo, se realizaron diversas reuniones con todo el equipo investigador, para dar soporte, solucionar dudas, comentar incidencias y experiencias, unificar criterios y presentar resultados preliminares. También las investigadoras principales (IP) asistieron al menos en dos sesiones de cada uno de los centros, en día y horario diferente por cada equipo colaborador, a los talleres grupales como observadoras y revertían las observaciones al equipo, en las reuniones comentadas.

Intervención: Los pacientes asignados a terapia grupal (GI) recibieron 4 sesiones al año, en 4 talleres estructurados. El contenido didáctico, para llevar a cabo estos talleres, fue diseñado por las IP en formato Power-Point. Las enfermeras referentes de los pacientes eran las conductoras del grupo. Las sesiones eran de 45 minutos (‘) cada una, excepto en el grupo de RCV alto y muy alto con DM, en el que una de las sesiones era de 60’, ya que incluía además, una sesión monográfica y la revisión del pie diabético. En

cada sesión/visita se realizaban las mismas medidas y recomendaciones de seguimiento que en la consulta individual.

Cada sesión grupal se centró en un aspecto concreto de los hábitos generadores de salud: 1ª sesión: Riesgo cardiovascular y prevención. 2ª sesión: Alimentación. 3ª sesión: Ejercicio físico, tabaco y alcohol. 4ª sesión: Farmacología y cumplimiento terapéutico

Sesión monográfica: Revisión pie diabético (solo grupos con DM)

Antes de iniciar el estudio se proveyó a las 17 profesionales investigadoras con el material necesario para el desarrollo de las sesiones:

- Dossier en formato papel y CD-ROM con: Protocolo de estudio, cronograma de las sesiones, encuesta de satisfacción de los pacientes, protocolo grupos de RCV, plantilla control RCV pacientes no DM, Calcumed, Pirámide de alimentos, Semáforo dieta, Contenido Didáctico de los talleres estructurados con las 4 sesiones más la sesión del pie diabético en formato Power-Point, consentimiento informado.

- Mamparas, impresoras, pantallas de ordenador, básculas, monofilamentos, diapositivas, ...

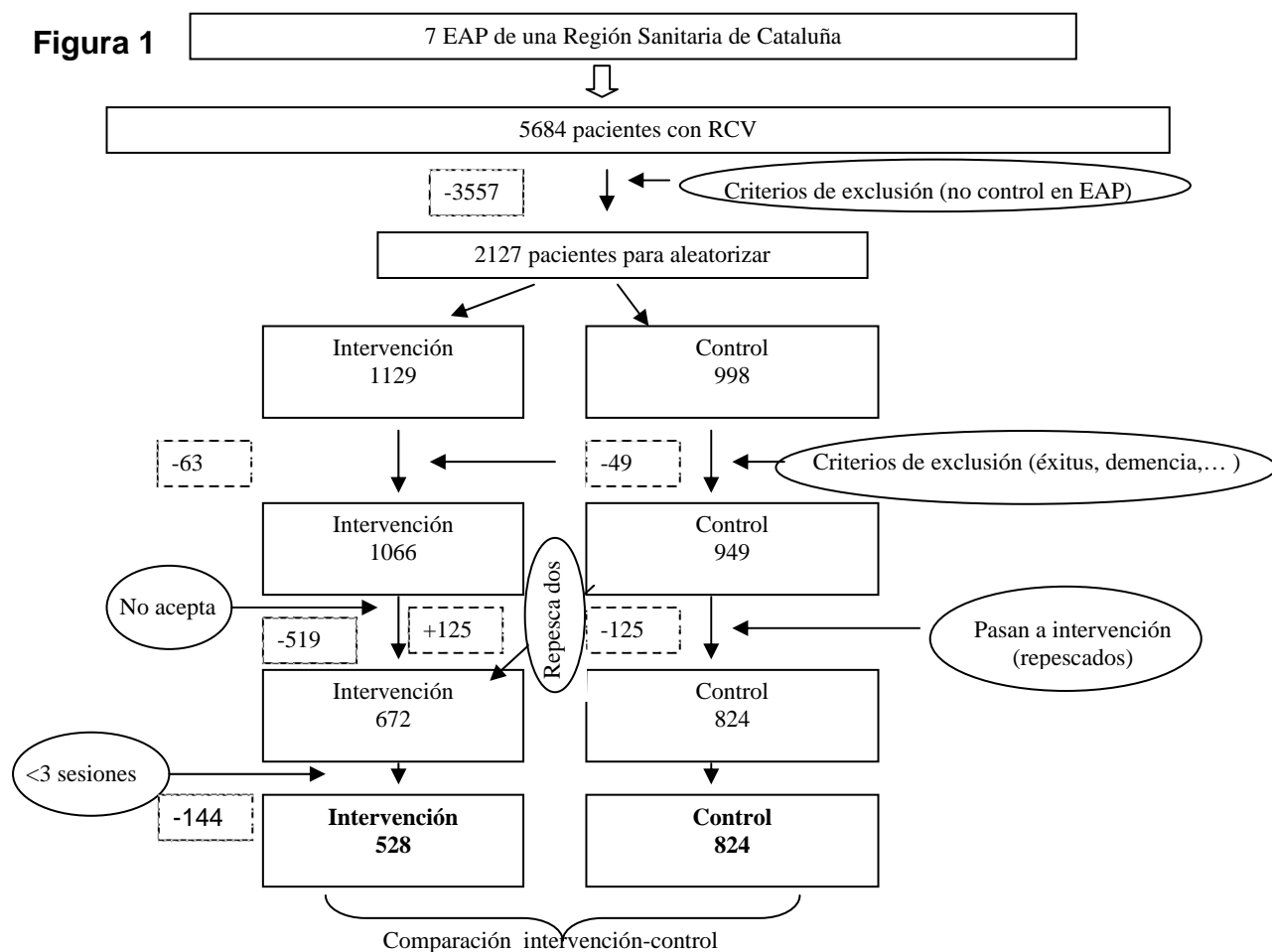
Al finalizar cada sesión se pasaba la encuesta de satisfacción de los pacientes autocumplimentada y anónima a todos los asistentes al grupo.

Al final del estudio las enfermeras participantes evaluaron su satisfacción sobre los talleres y la educación grupal vs. la educación individualizada, mediante una encuesta autocumplimentada y anónima.

Registro de las sesiones: En cada una de las sesiones se cumplimentó una hoja de registro, con el día y hora, grupo de riesgo, número de invitados y asistentes, tiempo duración de la sesión y incidentes/observaciones, enfermeras referentes y el vaciado de las encuestas de satisfacción de los pacientes.

Para las segundas y siguientes sesiones se elaboró una hoja de registro de pacientes, con el grupo de riesgo, fecha y hora de la sesión y teléfono; se realizaba un recordatorio telefónico a cada uno de los pacientes participantes, unos 2-3 días antes de la sesión, por parte de la auxiliar de enfermería que se incorporó al estudio con esta función y las de colaboración y soporte administrativo. Durante las llamadas y previo guión del contenido de la comunicación, se registraba el tiempo de duración de la llamada, número de llamadas que hacían falta por paciente, incidencias y observaciones.

RESULTADOS: Inicialmente 5684 pacientes tenían un RCV medio, alto o muy alto según las bases de datos de los centros, de estos sólo 2127 seguían control de su patología a través de las enfermeras de los EAP participantes (Figura 1). Estos, se asignaron aleatoriamente, estratificando por sexo, edad, centro y RCV, en dos grupos: 1129 al GI y 998 al GC (Figura 1). Posteriormente a la aleatorización aún se tuvieron que excluir 112 pacientes (63 GI y 49 GC) por no cumplir con los criterios de inclusión (Figura 1).



Un 49% de los pacientes invitados a participar al GI rehusaron participar en el estudio, sobre todo hombres jóvenes y pacientes con mayor riesgo, se encontraron diferencias significativas por CAP. Los que aceptaron participar en el GI eran más frecuentadores y tenían un mayor gasto farmacéutico previo al estudio (Tabla 1). No había diferencias en el resto de variables. Al cabo de un año, los pacientes que no aceptaron participar presentaban valores de las variables similares a los que si aceptaron participar. 125 controles fueron reasignados al GI antes de iniciar el seguimiento, en substitución de los individuos que habían rehusado participar, con las mismas características (Figura 1).

Tabla 1. Comparación entre los pacientes asignados al grupo intervención que aceptaron y que rehusaron participar en el estudio.

	Aceptan		Rehúsan		p*
	n	%	n	%	
Invitados a participar GI	547	51,3%	519	48,7%	
Sexo					0,013
Hombre	305	48,2%	328	51,8%	
Mujer	242	55,9%	191	44,1%	
Centro					<0,001
Bufalà-Canyet	62	79,5%	16	20,5%	
Centre Dalt la Vila	81	60,4%	53	39,6%	
El Gorg	68	46,9%	77	53,1%	
Llefià	114	53,5%	99	46,5%	
El Masnou	98	35,0%	182	65,0%	
Sant Adrià	53	54,1%	45	45,9%	
Sant Roc	71	60,2%	47	39,8%	
Riesgo cardiovascular					0,027
Medio	188	57,8%	137	42,2%	
Alto sin DM	53	50,5%	52	49,5%	
Alto con DM	177	50,7%	172	49,3%	
Muy alto sin DM	73	42,9%	97	57,1%	
Muy alto con DM	56	47,9%	61	52,1%	
Edad (Media, (DE))	68,58 (8,5)		66,63 (9,6)		0,001
Visitas anuales pre-intervención	Media (DE)	P50	Media (DE)	P50	
Médico de familia	6,73 (5,1)	6	5,40 (4,7)	5	<0,001
Enfermería	5,91 (8,1)	5	4,56 (4,2)	4	<0,001
Total (incluye las anteriores y otras)	16,50 (12,2)	14	13,35 (9,2)	12	<0,001
Coste anual farmacia (€)	1002 (1023)	716	839 (863)	571	0,001

* Estas asociaciones se mantienen en un modelo multivariante de regresión logística ajustando mutuamente las variables entre si. Comparaciones efectuadas mediante test de chi cuadrado (variables categóricas) y de t-test o Mann-Whitney (variables continuas). DE: desviación estándar; P50: mediana.

Finalmente tras aplicar los criterios de exclusión y la no aceptación, se empezó el GI con 672 pacientes. De estos un 79% realizó 3-4 visitas taller (528 pacientes). Los 144 que realizaron 2 o menos talleres fueron excluidos de la comparativa entre grupo GI y GC. Estos pacientes no cumplidores no diferían de forma significativa respecto a los que si acudieron al taller, excepto que eran más frequentadores (sólo en lo que respecta a las visitas médicas) y tenían un mayor consumo farmacológico. Si que se observaron diferencias importantes por centro (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación entre los pacientes asignados al grupo intervención que aceptaron y que realizaron 3-4 sesiones al taller y los que hicieron menos.

	Sesiones taller				p*
	3-4		<3		
	n	%	n	%	
Aceptan participar GI	528	78.6	144	21.4%	
Número de visitas al taller					
Mediana (DE)	3.68	(0.5)	0.72	(0.9)	<0.001
0	0		78		<0.001
1	0		28		
2	0		38		
3	168		0		
4	360		0		
Sexo					0.27
Hombre	313	80.1%	78	19.9%	
Mujer	215	76.5%	66	23.5%	
Centro					<0.001
Bufalà-Canyet	35	46.1%	41	53.9%	
Centre Dalt la Vila	95	83.3%	19	16.7%	
El Gorg	65	87.8%	9	12.2%	
Llefià	102	89.5%	12	10.5%	
El Masnou	113	84.3%	21	15.7%	
Sant Adrià	65	78.3%	18	21.7%	
Sant Roc	53	68.8%	24	31.2%	
Riesgo cardiovascular					0.462

Medio	185	80.8%	44	19.2%	
Alto sin DM	56	84.8%	10	15.2%	
Alto con DM	162	76.1%	51	23.9%	
Muy alto sin DM	73	76.8%	22	23.2%	
Muy alto con DM	52	75.4%	17	24.6%	
Edad (Mediana (DE))	68.94	(8.5)	67.86	(9.5)	0.185
Visitas anuales pre-intervención	<u>Media (DE)</u>	<u>P50</u>	<u>Media (DE)</u>	<u>P50</u>	
Medico de familia	6.29 (5.2)	6	7.69 (5.0)	7	0.001
Enfermería	6.12 (8.3)	5	5.67 (4.7)	5	0.615
Total (incluye las anteriores y otras)	16.46 (12.5)	14	18.20 (10.8)	16	0.016
Coste anual farmacia (€)	987 (1055)	695	1156 (958)	1015	0.014

* Comparaciones efectuadas mediante test de Chi cuadrado (variable categóricas) y de t-test o Mann-Whitney (variables continuas). Excepto por centro, las asociaciones significativas no se mantienen en un modelo multivariante de regresión logística ajustando mutuamente las variables entre si.

La comparación se hizo entre 528 pacientes “intervención” y 824 “control” (Tabla 3). El 43% de los participantes eran mujeres, con una edad media de 68 años (rango 19-94). La renuncia a participar al GI introdujo algunas pequeñas diferencias basales. La tasa de participación en el GI varió significativamente según el centro, pero no según el estrato de riesgo. Los pacientes asignados al GI ya hacían más visitas antes de empezar el estudio y estaban más vacunados de la gripe. Del resto de variables no se encontraron diferencias clínica y/o estadísticamente significativas.

Al cabo de un año de seguimiento los pacientes de GI tenían más medidas de sus variables que en el GC. Sólo un 82% de los pacientes del GC tenían medidas de tensión arterial en el último año, vs. el 96% en el GI. No había diferencias importantes entre los GC y GI, excepto por el incremento de gasto farmacéutico total (un incremento de unos 66€ más al año por paciente-intervención que por paciente control) (Tabla 3). Las pocas diferencias observadas se mantenían en un modelo multivariante ajustado por edad, sexo, grupo de riesgo y centro, y tenían poca relevancia clínica. No se detectó ninguna interacción con el grupo de RCV, de manera que no podemos establecer un comportamiento diferente de las variables estudiadas respecto a la intervención según a que grupo de riesgo pertenezca el paciente. En cualquier caso se debe tener en cuenta que la muestra disponible no aseguraba la potencia estadística necesaria para llevar a cabo este tipo de análisis.

Tabla 3. Comparación de los valores basales y el incremento al final del año de estudio entre los individuos del grupo control y del grupo intervención.

	Control		Intervención		p basal* [p incremento]
	n	%	n	%	
Total	824	60.9%	528	39.1%	
VALORES BASALES					
Sexo					
Hombre	461	59.6%	313	40.4%	0.227
Mujer	363	62.8%	215	37.2%	
Centro					
Bufalà-Canet	46	56.8%	35	43.2%	<0.001
Centre Dat la Vila	96	50.3%	95	49.7%	
El Gorg	126	66.0%	65	34.0%	

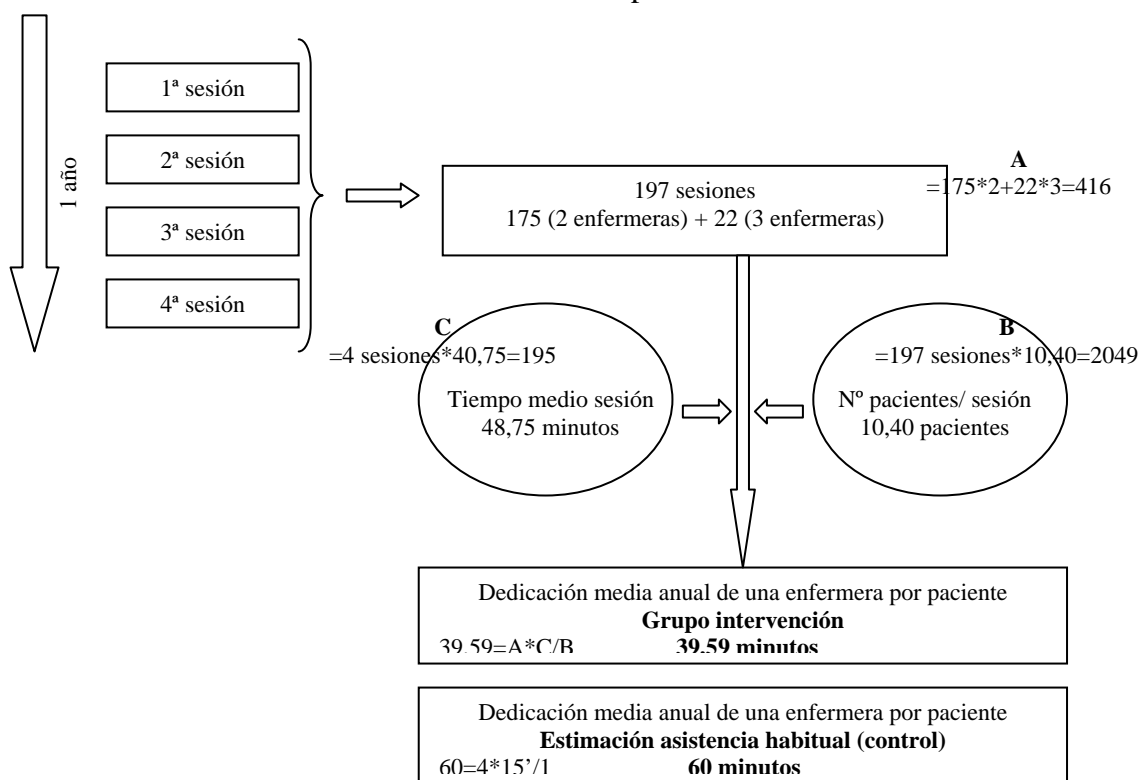
Llefià	165	61.8%	102	38.2%	
El Masnou	244	68.3%	113	31.7%	
Sant Adrià	50	43.5%	65	56.5%	
Sant Roc	97	64.7%	53	35.3%	
Riesgo cardiovascular					
Medio	278	60.0%	185	40.0%	0.594
Alto sin DM	74	56.9%	56	43.1%	
Alto con DM	279	63.3%	162	36.7%	
Muy alto sin DM	122	62.6%	73	37.4%	
Muy alto con DM	71	57.7%	52	42.3%	
Edad					
n, % con información	824	100.0%	528	100.0%	
Basal (media (DE))	67.5	(10.0)	68.9	(8.5)	0.005
VALORES BASALES E INCREMENTO EN UN AÑO					
Índice de Masa Corporal					
n, % con información	535	64.9%	467	88.4%	
Basal (media (DE))	30.2	(4.7)	29.7	(4.4)	0.108
Incremento (media (DE))	-0.16	(1.4)	0.07	(1.6)	[0.013]
Tensión arterial sistólica					
n, % con información	676	82.0%	507	96.0%	
Basal (media (DE))	140	(17.1)	139	(17.8)	0.172
Incremento (media (DE))	-0.18	(18.2)	2.29	19.8	[0.027]
Tensión arterial diastólica					
n, % con información	676	82.0%	506	95.8%	
Basal (media (DE))	76.5	(10.9)	76.4	(10.4)	0.878
Incremento (media (DE))	0.16	(11.6)	0.59	(10.9)	[0.518]
Colesterol total					
n, % con información	643	78.0%	460	87.1%	
Basal (media (DE))	206	(39.3)	204	(41.8)	0.325
Incremento (media (DE))	-2.06	(34.4)	-3.64	(36.2)	[0.460]
HDL colesterol					
n, % con información	450	54.6%	334	63.3%	
Basal (media (DE))	52.2	(11.2)	53.9	(12.5)	0.043
Incremento (media (DE))	0.05	(7.1)	-0.81	(7.5)	[0.099]
LDL colesterol					
n, % con información	530	64.3%	406	76.9%	
Basal (media (DE))	126	(34.8)	125	(38.2)	0.745
Incremento (media (DE))	-3.71	(31.0)	-5.70	(33.4)	[0.345]
Visitas anuales médico de familia					
n, % con información	824	100.0%	528	100.0%	
Basal (media (DE))	5.91	(4.8)	6.29	(5.2)	0.167
Incremento (media (DE))	0.36	(5.0)	0.78	(4.7)	[0.121]
Visitas anuales enfermería					
n, % con información	824	100.0%	528	100.0%	
Basal (media (DE))	4.66	(5.2)	6.12	(8.3)	<0.001
Incremento (media (DE))	-0.64	(4.4)	-0.36	(9.0)	[0.439]
Total anual visitas					
n, % con información	824	100.0%	528	100.0%	
Basal (media (DE))	14.0	(10.2)	16.5	(12.5)	<0.001
Incremento (media (DE))	-0.23	(8.8)	2.52	(10.9)	[<0.001]
Coste anual farmacia (€)**					
n, % con información	824	100.0%	528	100.0%	
Basal (media (DE))	894	(969)	987	(1055)	0.098
Incremento (media (DE))	33.0	(566)	98.9	(548)	[0.035]
Tabaco					
Nunca fumador (basal)	280	64.2%	197	60.8%	0.245
Ex-fumador (basal)	87	20.0%	81	25.0%	
Fumador (basal)	69	15.8%	46	14.2%	
Dejan de fumar	6	8.7%	9	19.6%	[0.272]
Vuelven a fumar	26	7.1%	24	8.6%	
Vacuna antigripal					
Si (basal)	464	56.3%	384	72.7%	<0.001
Dejan de ponérsela	65	14.0%	43	11.2%	[0.477]
Se la ponen y al basal no	73	20.3%	37	25.7%	
Fondo de ojo					
Registrado	73	8.9%	64	12.1%	
Afectado (basal)	5	6.8%	2	3.1%	0.447
Mejora	1	20.0%	0	0.0%	[0.245]
Empeora	1	1.5%	3	4.8%	

* Comparaciones efectuadas mediante test de chi cuadrado (variables categóricas) y t-test o de Mann-Whitney (variables continuas). Las p basales y incremento comparan el valor basal y el incremento en un año respectivamente entre los individuos del grupo control y del grupo intervención.

** Los valores de la mediana son de 571€i 695€por el coste anual basal (p=0.016) y un incremento del coste anual en un año de 20€i 46€ (p=0.056) para los grupos control e intervención respectivamente. Calculo de p mediante Mann-Whitney.

Se realizaron 197 talleres grupales, repartidos en 4 sesiones, 175 de ellos dirigidos por 2 enfermeras y 22 por 3 enfermeras. Los talleres tuvieron una duración media de 48,75 minutos y una asistencia media de 10,40 pacientes (rango 2-33) (Figura 2). De esta forma la dedicación media de una enfermera por paciente y año para controlar su RCV fue de 39,59 minutos. Teniendo en cuenta que el control establecido actualmente del RCV mediante las visitas individuales ocupa a una enfermera 15 minutos de media por paciente 4 veces al año, el ahorro de tiempo por enfermera/paciente/año es de 20,41 minutos, lo que determina que la intervención grupal es eficiente respecto al control individual ya que ya hemos visto que el grado de control de los pacientes no varía.

Figura 2. Calculo de la eficiencia de la intervención respecto al control del RCV habitual.



La participación en las sesiones ha oscilado entre el 20% y el 100% siendo la media del 75.4%.

Según el RCV la participación ha variado entre el 64% (riesgo alto sin diabetes) al 79% (riesgo medio).

La satisfacción de los pacientes que asistieron a los talleres de control de su RCV fue muy alta. Sobre 5 valoraron el contenido (4,7), sesiones agradables (4,6), duración de las sesiones (4,4) y horario (4,4).

Las 17 enfermeras que dirigieron las sesiones respondieron un cuestionario anónimo sobre su opinión respecto a los talleres (Tabla 4). Creen que mejora la atención y la participación activa de los pacientes, aunque se debe mantener a su enfermera referente como la conductora del taller. Establecen el número ideal de pacientes por sesión en 11 (rango 7-15) y un 82% considera correcta la duración. Un 53% cree que hace falta tener más flexibilidad horaria al programar las sesiones. El perfil ideal de paciente citado por las enfermeras serían, mujeres de más de 65 años con RCV medio-alto.

Tabla 4. Opinión de las 17 enfermeras participantes en el estudio sobre los talleres de los pacientes del grupo intervención.

Afirmación	Media*
Los talleres mejoran la atención de los pacientes	4,41
Los talleres hacen más activos a los pacientes en la consulta	4,00
La enfermera de los talleres debe ser la referente de los pacientes	4,18
Me siento preparada para hacer educación grupal	3,59
Los talleres aumentan los conocimientos de los pacientes	3,47
Los talleres aumentan el dialogo entre los pacientes y profesionales	3,47
Los talleres fomentan las redes sociales entre los pacientes	3,29
Los talleres hacen más autónomos a los pacientes	3,18
Los talleres son una buena herramienta de futuro	3,18
Los talleres refuerzan la autoestima	3,06
Estamos de acuerdo en que nuestros pacientes continúen con los talleres	3,00
<u>El taller rompe la confianza paciente-enfermera</u>	<u>2,53</u>

* Valoración mediante una escala de Likert (0 muy en desacuerdo, 5 totalmente de acuerdo).

A qué pacientes invitarías a los talleres?	%
<55 años	11,8%
55-65 años	47,1%
>65 años	58,8%
Mujeres	88,2%
Hombres	76,5%
RCV medio-alto	64,7%
RCV alto-muy alto	52,9%
<u>RCV alto-muy alto + DM</u>	<u>52,9%</u>

DISCUSIÓN: Al inicio del estudio, en la captación de los pacientes que tenían de formar parte de la muestra, nos sorprendió el elevado número de pacientes con diagnóstico de RCV que no siguen controles con enfermería, a pesar de estar incluidos en el protocolo de seguimiento del paciente crónico. No cumplían el criterio de inclusión de tener al menos dos visitas de seguimiento/año con enfermería, sobretodo en las zonas de salud de nivel socioeconómico más alto.

La captación de los pacientes para el GI fue más costosa de lo esperado ya que requirió más recursos de los previstos. Hubo que realizar varias llamadas por paciente y en muchos casos los datos personales y teléfonos no estaban actualizados, eran erróneos o inexistentes en las historias clínicas.

La principal objeción de los pacientes para formar parte del GI fue asumir el compromiso de participar durante un año en el estudio, sobretodo en el caso de pacientes más jóvenes en situación laboral activa/autónomos, abuelos “canguro” y los pacientes que pasan temporadas fuera (“en el pueblo”).

A posteriori las pérdidas en el GI fueron por falta de adherencia a la enfermera referente (cambios de enfermera) -dicha vinculación también se reflejó en las diferencias por CAP, de los pacientes que rehusaron participar en el grupo intervención-, falta de adherencia al grupo, aparición de enfermedades intercurrentes y por imprevistos, ya que al ser grupos constituidos con un horario determinado no había la flexibilidad en el cambio de día y de hora, que existe en la visita individual.

Se observaron diferencias según el centro, en los pacientes que no completaron la totalidad de las sesiones grupales, suponemos que tiene que ver, como decíamos, con la vinculación a la profesional que atiende al paciente y que no pudo garantizarse su continuidad en algunos casos por circunstancias inherentes al sistema laboral.

También hemos visto que en los pacientes del GI hay más frecuentación, más gasto farmacéutico y un mayor porcentaje de medidas de sus variables cardiovasculares, que también podría tener relación con la adherencia a la enfermera referente, pero que no hemos investigado.

Sin embargo muchos expertos coinciden en que cuanto más estrecha es la colaboración entre la enfermera, el médico, el paciente y otros profesionales sanitarios, más probable es que el paciente alcance cambios duraderos en sus estilos de vida (13). Es imprescindible integrar al paciente como un participante activo y esencial para el proceso de cambio y debe hacerse responsable de su salud.

Las intervenciones exitosas y más efectivas a largo plazo requieren de un enfoque terapéutico que haga hincapié en la adherencia al mismo y en el autocuidado (14,15, 16, 17, 18, 19).

EuroAction ha mostrado que un equipo multidisciplinar conducido por personal de enfermería y dirigido al paciente y su familia, centrado en cambios saludables en los estilos de vida, consigue objetivos terapéuticos sobre los factores de RCV, resultados mucho mejores que con los cuidados usuales (20).

Por otro lado en nuestro trabajo, se intentó homogenizar al máximo las sesiones grupales, dando una sesión formativa a las profesionales, previa al trabajo de campo, del contenido de todo el material didáctico suministrado, así como de los talleres estructurados; no se realizó una formación específica en

conducción grupal como en otros estudios, ya que muchas de ellas ya tenían formación y experiencia previa en ello. Sería una cuestión a considerar en el caso que este proyecto se aplicara de manera habitual en las consultas de Atención Primaria.

Respecto de la eficiencia, teniendo en cuenta el ahorro de tiempo que supone la intervención grupal para reducir la carga asistencial del personal de enfermería y viendo las diferencias en la vinculación a la profesional y al grupo de los pacientes, sería recomendable reconocer el perfil de paciente idóneo para recibir educación grupal y dirigirlo al seguimiento en sesiones grupales. Así se podría compensar el esfuerzo que supone la actuación grupal optimizándola en los pacientes adecuados (21).

Respecto a los resultados de control, coinciden con otros estudios en cuanto a la heterogeneidad (22), si bien es cierto, que las intervenciones grupales se han añadido a las consultas de control habitual y se han realizado sobre un problema de salud y/o factor de riesgo concreto.

Sin embargo, en nuestro caso la actuación ha sustituido la consulta individual, interviniendo sobre el riesgo cardiovascular total, como se recomienda en las Guías de Salud Cardiovascular (8,9), lo que redundará en un aumento de la eficiencia.

La satisfacción de los pacientes según las encuestas es alta, aunque algunos de ellos han manifestado a posteriori su preferencia por la atención individual, por lo que todavía sería más importante la selección de los candidatos a la intervención grupal.

En el caso de la satisfacción de los profesionales destacaríamos que consideran un proyecto para continuar dentro de su práctica asistencial ya que es una alternativa imaginativa y novedosa, y el hecho de mejorar la eficiencia permitirá el desarrollo de la actividad enfermera en otros campos para los que está preparada y que su dedicación a la patología cardiovascular limita en muchas ocasiones.

Grupo de Trabajo:

IP: Núria Puig Girbau (CAP Llefià), M^a Magdalena Lladó Blanch (CAP Llefià)

Asociados: M^a Carmen Seco Salcedo, Ana Gómez Saldaña (CAP Llefià), Guillem Pera Blanco (Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord), Manuel Medina Peralta (CAP Llefià), Roser Riera Torres (CAP Llefià)

Colaboradores:

Josep-Anton de la Fuente (Tècnic de Salut SAP Badalona-Sant Adrià)

Rosa Ballesta Martin (CAP Sant Adrià)

Carmen Cabaco Reverte (CAP Sant Roc)

Cristina Duran Ollero (CAP El Masnou)

Ruth Griñó Sala (CAP El Masnou)

Núria Hernández Holgado (CAP Bufalà-Canyet)

Mercé Juan-Torres (CAP Sant Adrià)

Assumpta Llibre Salo (CAP El Gorg)

Yolanda Maltas Hidalgo (CAP El Masnou)

Milagros Martínez Cueto (CAP El Gorg)

Silvia Martínez González (CAP Llefià)

Elena Merino Domínguez (CAP Sant Roc)

Maite Monleón Duran (CAP El Masnou)

Maira Montero Morcillo (CAP Bufalà-Canyet)

Irene Oliva Sola (CAP Sant Roc)

Encarna Oña Sánchez (CAP Centre Dalt la Vila)

Concepción Picó Castellanos (CAP Centre Dalt la Vila)

Laura Silles Vizuite (CAP El Masnou)

Isabel Villar Garrido (CAP Llefià)

BIBLIOGRAFÍA:

1. Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, Lorenzo A, Vilaseca J et al. Prevención cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 28. Supl. 2: 13-26.
2. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on coronary prevention. *Eur Heart J*. 1998; 19:1434-1503.
3. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cordón F et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev. Esp. Cardiol*. 2003; 56: 253-261.
4. Pyörälä K, Wood DA. Risk prediction in Europe-SCORE final report. Symposium at the European Society of Cardiology-XXIII Congress. Stockholm, 1-5th September 2001.
5. Krns HMJ, Porta M, Staehr-Johansen K. Diabetes care and research in Europe: The St. Vincent Declaration Programme. Implementation document. 2ⁿ edition. WHO Europe/IDF. 1995.
6. Seco MC, Puig MN, Toran C, Castaño M. Mejora de la eficiencia asistencial mediante análisis de métodos y tiempos. Experiencia en una consulta de enfermería. *Enfermería Clínica*. 1998; 8(1):13-23.
7. Seco MC, Puig MN, Fariña FJ. Implicación de los profesionales en la gestión de recursos. *Enfermería Clínica*. 2000; 10(1): 14-18.
8. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J et al. Tercer Grupo de Trabajo de las sociedades europeas y otras sociedades sobre prevención cardiovascular en la práctica clínica (constituido por representantes de 8 sociedades y expertos invitados). Resumen Ejecutivo. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. *Clin. Invest. Arterioscl*. 2005; 17(1):19-33.

9. Brotons C, Royo-Bordonada MA, Álvarez-Sala L, Armario P, Artigao R, Conthe P et al, como Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica. 2004; páginas 1-45.
10. Mata M, Mundet X, Méndez A. Grupo de estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS). Conceptos básicos de Mejora Continua de la Calidad aplicados a la atención a la diabetes. Educación Diabetológica Profesional. 1996; VI (3): 14-17.
11. Inglada M. El paper de la infermeria a l'atenció primària. AQD Infermeria. 1997; març: 4-5.
12. Peterman B. Te role of the specialist nurse in the management of hypertension. Ruilope LM (Ed). High blood pressure in practice. A companion guide to high blood pressure and health policy. Oxford: Oxford Pharma Genesis, 2007.
13. Banegas JR, Jovell A, Abarca B, Aguilar D, Aguilera L, Aranda P, Bertoméu V, Capilla P, Conthe P, De Álvaro F, Fernández-Pro A, Hormiguera X, Frías J, Guerrero L, Llisterri JL, Macías JF, Martín de Francisco AL, Millán J, Morales JC, Palomo V, Roca-Cusachs A, Román J, Sanchos C, Sarriá A, Segura J, De la Sierra A, Verde L, Zarco J, Ruilope LM. Hipertensión arterial y política de salud en España. Documento de consenso. Medicina Clínica (Bar). 2009 Feb 21; 132 (6): 222-9, Epub 2009 Feb 12
14. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2007; 25:1105-87.
15. Kanavos P, Östergren J, Weber MA (ED). High blood pressure and health policy. Where we are and where we need to go next. A global assessment of current efforts to control high blood pressure and an analysis of future options to prevent a silent epidemic affecting hundreds of millions worldwide. New York: Ruder Finn, Inc., 2007.
16. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA. 2003; 289:2560-72.
17. Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B y Grupo Colaborativo de la SEEDO. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc). 2007; 128:184-96.
18. Facchini M. Cambio de conductas en tratamientos de larga duración. Relación médico-paciente. Medicina (B. Aires). 2004; 64:550-4.
19. De la Calle H, Costa A, Díez-Espino J, Franch J, Godoy A. Evaluación del cumplimiento de los objetivos de control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. Estudio TranSTAR. Med Clin (Barc). 2003; 120:446-50.
20. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al. Nursecoordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, clusterrandomised controlled trial. Lancet. 2008; 371: 1999-2012.
21. Carmela Rodríguez Martín, Carmen Castaño Sánchez, Luís García Ortiz, José Ignacio Recio Rodríguez, Yolanda Castaño Sánchez y Manuel Ángel Gómez Marcos. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en Atención Primaria: un ensayo clínico aleatorio. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 441-452.
22. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Interventions Used to Improve Control of Blood Pressure in Patients with Hypertension. Cochrane Database Syst Rev. 2006(4): CD005182.