

Tratamiento no farmacológico

306. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL CONTROL SÉRICO DEL POTASIO REALIZADO EN LA CONSULTA ERCA (ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA)

P. Arias Barroso, B. Quílez Carrasco, A. Torres Quintana, S. Bello Álvarez y A. Matamala Gascón

Fundació Puigvert, Barcelona.

La consulta ERCA se crea en la Fundació Puigvert en septiembre de 2008, con el objetivo de abordar las necesidades de los pacientes con enfermedad renal crónica en estadio 3, 4 y 5 desde una perspectiva biopsicosocial y educacional. La intervención educativa dietética (IED) llevada a cabo en la consulta ERCA consiste en: Visita inicial (historia dietética y EpS). Visita a los 3 meses (niveles K⁺ post intervención educativa y refuerzo positivo). Visita a los 6 meses (niveles K⁺ 6 meses y refuerzo positivo). El objetivo de este estudio ha sido determinar la eficacia de la IED en el control sérico del K⁺ a los 3 meses y 6 meses post IED en pacientes visitados en la ERCA con alteración del K⁺ sérico. La hipótesis planteada ha sido “en la medida que se realiza IED y cumplimiento dietético por parte del paciente, el valor sérico del K⁺ disminuye independientemente de otras variables que pueden afectar directamente al aumento del valor sérico del K⁺”. Se realiza un estudio cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo. La muestra la forman 100 pacientes visitados en la ERCA con alteración sérica del K⁺ en el periodo de septiembre de 2008 a septiembre de 2009. En la visita inicial se detectan los pacientes con necesidad de IED, recogiendo datos descriptivos y datos de variables relevantes extrañas. Se realiza la IED y un control de K⁺ sérico (K_{pre}) previa a la IED, a los 3 meses (K_{3m}) y a los 6 meses (K_{6m}). Las variables continuas cuantitativas (K_{pre}, K_{3m} y K_{6m}) se comparan con la t de Student de muestras relacionadas para el estudio de medias y la significación estadística. Las variables continuas (K_{pre}, K_{3m} y K_{6m}) se comparan con las variables categóricas (DM, Sexo, ARAII, AINES, IECAS, tomar ResinCalcio[®]) con la t de Student de muestras independientes para el estudio de medias y significación estadística. Se realiza estadística descriptiva para las variables descriptivas. Las variables categóricas se presentan con datos de frecuencia y las variables continuas con media, rango y desviación estándar. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS 18.0. Los resultados obtenidos demuestran que: en la visita inicial casi la mitad de los pacientes están en tratamiento con IECAS y ARAII y 1/4 parte de los pacientes del estudio son diabéticos motivo por el cual pueden presentar cifras de K⁺ sérico más elevadas, aunque la comparación entre estas variables y el K⁺ sérico pre IED no es significativa. Se observa una disminución de las medias de niveles de K⁺ sérico a los tres meses de la IED con un ligero incremento a los 6 meses de la IED. La t de Student para la comparación de K_{pre}-K_{3m}-K_{6m} es significativa, por lo que podemos afirmar que la IED ha sido efectiva.

Existe una relación significativa entre los niveles de K⁺ sérico a los 3 meses con respecto al cumplimiento dietético, presentando disminución de niveles de K⁺ sérico los pacientes que cumplen los consejos dietéticos independientemente de los tratamientos farmacológicos que estén tomando. Si realizamos la comparación por sexo, el grupo de mujeres presenta cifras de K⁺ ligeramente inferior a los hombres, datos que se pueden justificar por el mayor cumplimiento dietético. Si que existe diferencia significativa entre el FG y el Kpre, presentando cifras de K⁺ sérico más elevadas los pacientes con menor FG. Sin embargo, post IED no se observa relación entre las cifras de K⁺ a los 3 y 6 meses con el FG, hecho que justifica la eficacia del cumplimiento dietético independientemente del FG del paciente. Los pacientes que en la primera visita están tomando ResinCalcio® presentan niveles de K⁺ más bajo, datos estadísticamente significativos. Sin embargo post intervención dietética el tomar ResinCalcio® no justifica la disminución del K⁺ sérico a los 3 y 6 meses, sólo justificable con el cumplimiento dietético. En modo de conclusión se puede decir que la IED por sí sola justifica la diferencia significativa entre Kpre, K3m y K6m. La disminución del K⁺ sérico está relacionada directamente con el cumplimiento dietético e incluso cuando los pacientes están con FG bajos, en tratamiento con ARAII, IECA, AINEs o son pacientes diabéticos. Se observa mayor cumplimiento dietético en mujeres que en hombres. A partir de los 6 meses post intervención dietética se confirma el leve aumento de las cifras de K⁺ sérico aunque es no significativo, pero es necesario que Enfermería además de realizar IED se cerciore de que el paciente cumple las recomendaciones dietéticas y las continúa aplicando con el paso del tiempo.

307. ABORDAJE BIOPSICOSOCIAL DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO CARDIOVASCULAR. ¿ES POSIBLE IR MÁS ALLÁ DE LA DIETA?

M. Coma Gassó, J. Altamirano Vera, M. Corrales Gomà, F. Cregenan Ortiz, D. de la Rica Escuin, P. Estany Almirall, P. Pont Aldomà, F.J. Romaní del Castillo y P. Serra Solans

ABS Artesa de Segre, Lleida.

Objetivos: En las Recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión sobre el inicio del tratamiento (2007 ESH-ESC) se contempla en el primer punto el fomentar a todos los pacientes hábitos de vida saludables. Cuidar y curar son las principales tareas que tenemos los profesionales sanitarios, pero no podemos olvidar que otra función muy importante en nuestro día a día es la educación para la salud y la prevención. Es en este contexto que entendemos la alimentación, junto con el ejercicio, como un pilar fundamental en la promoción de la salud, prevención de las enfermedades crónicas más prevalentes y como base de su tratamiento. Nuestro planteamiento parte de las diferentes dificultades (tiempo, formación...) que tenemos los sanitarios a la hora de implicar a nuestros pacientes en el proceso del autocuidado. ¿Podemos hacer algo más, en un entorno rural para que el paciente cardiovascular se adhiera al tratamiento no farmacológico? De ahí surge la necesidad de actuar sobre la alimentación. Queremos aprovechar la cultura alimentaria tradicional de la zona, en lugar de la comida rápida, y enseñar que los platos sanos no tienen por qué ser aburridos. Las intervenciones integradas que incorporan acciones no sólo individuales sino también colectivas y que se mantienen durante tiempo son más eficaces. Buscamos la implicación de diferentes actores sociales para que nos sirvan de punto de conexión para un abordaje social de educación sanitaria de manera continuada.

Métodos: Recopilamos recetas de cocina tradicional. Para estimular la participación popular, en el marco de la feria anual se organiza un concurso de platos culinarios, agrupados en primeros, segundos y postres. Participan en el jurado un cocinero experto en readaptación de recetas tradicionales, un medico epidemiólogo,

un pastelero, una dietista, dos miembros de asociaciones locales. Participan en la organización del evento entidades y comerciantes de la zona. Posteriormente y durante un período de 3 meses se recogen más recetas en el centro de asistencia primaria (ámbito rural de 4.223 usuarios).

Resultados: En el concurso se presentan 23 recetas y en el centro se recogen 105. Se recopilan un total de 128 platos. Analizamos y realizamos una selección final de 98 recetas. En colaboración con diversas entidades publicamos el libro de cocina: "Cuina del Montsec. Receptes tradicionals i saludables". El contenido del libro se distribuye en: sopas, verduras, arroces, legumbres, pastas, pescados, carnes, huevos, frutas, dulces y especiales. Cada plato incluye un comentario dietético.

Conclusiones: El resultado final en formato libro ha permitido una implicación personal de los participantes y una proyección social de gran magnitud, que nos da respuesta a la pregunta inicial de ir más allá de la dieta. Contribuimos en la revalorización de la dieta mediterránea, en la implicación del usuario para decidir una alimentación más saludable y intervenimos en la concienciación de la sociedad en la importancia de las bases de la prevención: la alimentación y el ejercicio.

308. PROGRAMA ASISTENCIAL DE APOYO AL PACIENTE HIPERTENSO EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO E HIGIÉNICO-DIETÉTICO AUTOCOMUNICADO. ESTUDIO ALCANZA

E. Márquez Contreras¹, B. Font Ramos² y G. Muñoz Ortí²

¹CS La Orden, Huelva. ²Novartis Farmacéutica S.A., Barcelona.

Objetivos: Determinar la eficacia de un programa asistencial de apoyo al paciente hipertenso en el cumplimiento autocomunicado farmacológico y cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas.

Métodos: Estudio epidemiológico, prospectivo (seguimiento: 7 meses), multicéntrico realizado en pacientes adultos con hipertensión arterial esencial (evolución ≥ 3 meses) según criterios ESH-ESC (2007). Los pacientes fueron aleatorizados en dos grupos: Grupo Intervención (GI), pacientes que participaron en el programa, y Grupo de control (GC), pacientes que no participaron. El programa consistió en 3 intervenciones de apoyo al paciente (consistente en llamadas de soporte y envío de materiales sobre la patología, dieta y ejercicio) a lo largo de los 6 meses de estudio. El cumplimiento terapéutico autocomunicado se valoró mediante el cuestionario de Haynes-Sackett y se consideró paciente incumplidor al que habiendo afirmado presentar dificultades para la toma de los comprimidos, había dejado de tomar al menos dos comprimidos semanales. Se evaluó el cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas mediante un cuestionario en el que se estimó el plan de comidas, ejercicio, reducción del hábito tabáquico y reducción del consumo de alcohol. Asimismo, se valoró el conocimiento y percepción de la HTA mediante un cuestionario en el que se consideró los conocimientos y percepción: de la HTA, factores de riesgo asociados, riesgos de HTA, pautas de corrección, dieta y medicación.

Resultados: Se evaluaron 1.184 pacientes (585 del GI y 599 del GC) con una edad media de 62,8 (DE 11) ($p < 0,05$ por sexos). Fueron 584 varones (49,3%). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos para las diferentes variables analizadas, excepto en la edad. El tiempo desde el diagnóstico de la HTA fue de 8,7 (DE 7,1) años en el GI y 9,3 (DE 7,1) años en el GC ($p = NS$). El cumplimiento terapéutico basal fue del 40,6% en el GI y del 36,5% en el GC ($p = NS$). A los 7 meses (visita 2), el cumplimiento fue del 54,4% vs 32,1%, $p = 0,0140$, para el GI y GC respectivamente. El cumplimiento higiénico-dietético en la visita basal fue del 81,9% en el GI y 76,8% en el GC, y en la visita 2 fue del 90,1% en el grupo GI

y 83,1% en el GC ($p = NS$). En visita 2 el GI vs GC presentó un mayor porcentaje de pacientes que se tomaba con regularidad la PA ($p < 0,0001$), tenía un mayor conocimiento de otros factores favorecedores del desarrollo de enfermedades del corazón además de la HTA ($p < 0,0001$), así como de los factores de riesgo de la HTA: tabaquismo ($p = 0,0290$), diabetes y colesterol ($p = 0,0016$). Se observó un mayor conocimiento y percepción del daño que puede ocasionar la HTA en el cerebro ($p = 0,001$) y en el riñón ($p = 0,0124$) y su control a través de la dieta ($p = 0,0114$).

Conclusiones: El programa asistencial de apoyo al paciente hipertenso conlleva una mejora en el cumplimiento terapéutico y cumplimiento higiénico-dietético autocomunicado, así como un mayor conocimiento y percepción de la enfermedad.

309. CONOCIMIENTO Y UTILIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA POR LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA

E.J. Ortín Ortín, J. Abellán Alemán, M. Leal Hernández, M.P. Sainz de Baranda Andújar, E. Ortega Toro y P. López Jara

CS Ceutí, Murcia. CS San Andrés, Murcia. Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo. Universidad de Murcia, San Javier. CS Murcia Centro, Murcia.

Objetivos: La prescripción de medidas higiénicos dietéticas y concretamente el ejercicio físico (EF), constituye la primera línea del tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Sin embargo la adherencia de los pacientes a estas recomendaciones resulta con frecuencia insuficiente. Una de las causas posibles puede radicar en una prescripción deficiente debido a la falta de formación de los profesionales. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) pueden ser una importante fuente para mejorar el conocimiento sobre la prescripción de EF y son imprescindibles para homogeneizar la actividad clínica de los profesionales. La información sobre prescripción de EF en las GPC sobre FRCV, suele ser escueta al estar incluida en temas amplios, como son las pautas de tratamiento. Se diseñó un estudio para valorar el grado de conocimientos y utilización de las GPC sobre prescripción ejercicio físico (EF) por los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Murcia.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal, mediante cuestionario validado, sobre valoración de conocimientos y uso de recursos formativos sobre EF, de una muestra de 342 profesionales: médicos y enfermeros de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Murcia. Se solicitaba a los encuestados mediante una pregunta abierta que nombraran alguna GPC o documentos sobre prescripción de EF, que conocieran y hubieran consultado para su formación continuada en esta área.

Resultados: La mayoría de los 342 profesionales encuestados desconocen alguna GPC sobre EF y tan sólo 9 (2,63%), refirieron algún documento que reunía los requisitos de una GPC. Agrupados en: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Cardiología y American College of Sport Medicine. Otros 5 profesionales habían revisado documentación sobre EF no valorable como GPC y 1 profesional accedió a información vía informática mediante el acceso a la página de fisterra.com. Así, solo el 6,14% de los encuestados expusieron algún documento sobre EF de los cuales solo 2 eran enfermeros.

Conclusiones: El nivel de conocimientos y utilización de las GPC sobre EF, es bajo y su uso resulta muy aislado entre los profesionales, favoreciendo la variabilidad e inexactitud en la prescripción. La escueta información en muchas GPC de FRCV sobre la prescripción de EF, puede relegar la importancia de la misma y ser una de las causas de formación deficiente y baja calidad en la prescripción realizada por los profesionales.

310. SENSIBILIDAD A LA SAL. ¿RESTRICCIÓN O NO?

G. Ribas Miquel, E. Boix Roqueta, M. Ferré Munté, J. Gifré Hipòlit y M. Beltran Vilella

ABS Cassà de la Selva, Girona.

Objetivos: Analizar los pacientes susceptibles de beneficiarse de la reducción de la sal de forma estricta en un Centro de Salud que da cobertura a una población de 30.742 habitantes, y con 3.933 pacientes diagnosticados de HTA según el estudio de Castiglione et al. (Hypertension. 2011;57:180-5).

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de todas las MAPA solicitadas durante el año en curso. Para la recogida de datos se utilizó la plantilla del estudio CARDIORISC.

Resultados: De los 78 MAPA realizados durante el periodo de enero a noviembre, 45 fueron hombres (57,69%) y 33 mujeres (42,31%). La edad media entre hombres fue de 56,36 años y entre las mujeres de 62,57 años. El motivo de solicitud principal fue el diagnóstico de bata blanca (34,61%), seguido de la valoración de la eficacia del tratamiento (24,35%) y de patrón circadiano (20,51%). El 41,02% de los pacientes no recibía tratamiento farmacológico antihipertensivo en el momento de realizar la MAPA. El riesgo cardiovascular añadido al diagnóstico según la tabla Framingham fue: 5,12% normal, 16,60% ligero, 43,58% moderado, 15,38% elevado, 15,38% muy elevado, 3,84% no válido. Según los resultados obtenidos con la MAPA, los pacientes obtuvieron los siguientes diagnósticos: 39 Dipper de los cuales 16 tenían una frecuencia cardíaca 24 horas inferior a 70 pulsaciones por minuto, y 23 inferiores a 70 pulsaciones por minuto, 29 Non Dipper de los que 18 tenían una FC superior a 70 x', y 11 inferior a 70 x'.

Conclusiones: De los 78 pacientes analizados sólo se beneficiaron de una reducción de la sal en su dieta de forma más estricta 18 pacientes. Hay 34 pacientes que sólo se beneficiarán de la reducción de forma muy escasa. 16 pacientes no se beneficiarán de una reducción estricta de la sal.