

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

TRATAMIENTO EN LAS DISLIPEMIAS

Autor principal ESTEFANIA FERNANDEZ ALCANTARA

CoAutor 1 ROSARIO FERNANDEZ MARIN

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Comunitaria

Palabras clave COCO COCO COCO COCO

» Resumen

Este trabajo de investigación se basa en evaluar la efectividad de una intervención educativa diseñada para reducir la prescripción de hipocolesterolémiantes en pacientes de bajo riesgo cardiovascular, en el cual hemos utilizado :

Diseño: Estudio de intervención con asignación cuasi-aleatoria por centros. Emplazamiento: Centros públicos de atención primaria de la provincia de Valencia. Participantes: Doscientos treinta y ocho médicos de familia/generales adscritos a 23 centros de salud y consultorios de atención primaria de la provincia de Valencia.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Los datos son reales de otros centros.

Se obtuvieron en un trabajo de equipo multidisciplinar, en el que prácticamente la base del proyecto recaía en el personal de enfermería.

Nos gustaría hacer un estudio que consistiría en lo siguiente:

Se realizaría un control mediante muestra de sangre a la población seleccionada.

Por ejemplo la comprendida entre los 20-40 años.

El personal auxiliar de enfermería es el encargado de recibir las analíticas cuando llegan de los laboratorios, por lo que tiene acceso directo a los datos.

El ámbito de estudio lo constituyeron 23 centros de salud y consultorios de atención primaria de la provincia de Valencia.

La unidad de diseño fueron los centros de atención primaria, los cuales se asignaron a un grupo control o un grupo experimental, mediante un procedimiento casi-aleatorio. Para ello se obtuvo un listado de todos los facultativos incluidos en la plantilla de los centros de atención primaria de la Consellería de Sanidad en la provincia de Valencia, ordenados de forma decreciente por nivel de prescripción de hipocolesterolémiantes. El centro al que estaba adscrito el primer prescriptor se asignó aleatoriamente al grupo control o al grupo experimental. Los centros a los que estaban adscritos los siguientes prescriptores, y que no hubieran sido ya incluidos en el estudio, se asignaron de forma alternativa a cada uno de los grupos. Para asegurar un reparto equilibrado del tamaño de los centros, esta asignación se hizo de forma estratificada para centros grandes (10 o más facultativos) y pequeños (9 o menos facultativos). El procedimiento se interrumpió cuando se reclutó un mínimo de 100 facultativos por grupo.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Es bien sabido que la práctica clínica frecuentemente no se corresponde con el conocimiento científico disponible. Un posible ejemplo es la utilización de hipocolesterolémiantes, campo donde parece existir un exceso de prescripción. En efecto, hoy sabemos que, mientras que la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica es altamente efectiva, la relación riesgo-beneficio en prevención primaria en pacientes de bajo riesgo es menos favorable. Como consecuencia, diversas guías, basadas en la evidencia científica disponible, aconsejan que la decisión de tratar o no a los pacientes con cifras altas de colesterol y que no presentan cardiopatía debe reservarse para aquellos pacientes de alto riesgo cardiovascular.

Por otro lado, diversos estudios rigurosos indican que los métodos tradicionales de formación médica continuada, a los que frecuentemente se recurre para «mantenerse al día» en la literatura científica, son en gran medida inefectivos para alterar la práctica clínica o mejorar los resultados en salud. Uno de los métodos que se han demostrado más eficaces para modificar la práctica clínica son las entrevistas personales, una estrategia ampliamente utilizada por las compañías farmacéuticas, pero relativamente ignorada por los decisores políticos, preocupados por el creciente coste de las prescripciones farmacéuticas.

El objetivo de este estudio es determinar si una doble intervención educativa realizada a facultativos de atención primaria (entrevista personalizada e intervención de un líder de opinión) es efectiva para modificar sus pautas de prescripción de hipocolesterolémiantes.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

El grupo experimental estuvo formado por 11 centros (125 facultativos), frente a 12 centros (113 facultativos) en el grupo control. Veinticinco facultativos del grupo experimental no recibieron finalmente la intervención por encontrarse de baja o vacaciones (5 casos), por errores administrativos (12 casos) o por negarse a recibir la intervención (8 casos). Tres facultativos adicionales sólo recibieron la documentación, pero no pudieron ser entrevistados.

En la figura 1 se muestra el diagrama de cajas de la evolución del total de DDD según el grupo de intervención. La media de DDD de

hipocolesterolemiantes por facultativo en cada grupo se resume en la tabla 1. Las diferencias en la media de DDD entre los 2 grupos no alcanzaron significación estadística en ninguno de los meses analizados. Tampoco se observaron diferencias entre grupos cuando se tuvo en cuenta la variabilidad intrasujetos mediante un análisis de la variancia de medidas repetidas. El ANOVA de medidas repetidas detectó, sin embargo, un aumento significativo ($p < 0,001$) de las DDD a lo largo del período de estudio. Este mismo patrón observado para las DDD (ausencia de efecto de grupo y aumento significativo en los 2 grupos a lo largo del período de estudio) se repitió cuando la prescripción se midió a partir del número de envases o el coste de la prescripción.

Los resultados tampoco cambiaron cuando en lugar de un análisis por intención de tratar se hizo un análisis por protocolo, que excluía del grupo experimental aquellos facultativos que no fueron finalmente entrevistados en el centro de trabajo

Figura 1. Diagrama de cajas de la evolución del número total de dosis diarias definidas según el grupo de intervención.

El ajuste de un modelo de efectos mixtos, con efectos aleatorios para el nivel inicial de cada colegiado y para el tiempo desde la intervención (tabla 2), mostró la ausencia de un efecto de la intervención, si bien, al igual que mostraba el ANOVA, se observó un incremento de la prescripción a lo largo del tiempo tras controlar la variación individual de la evolución. El modelo con autocorrelación residual no mejoró el ajuste.

Al objeto de detectar posibles subgrupos que pudieran beneficiarse de la intervención, se realizaron 3 análisis secundarios, no previstos inicialmente en el protocolo de estudio. Primero, los facultativos se dividieron en terciles a partir de la antigüedad del número de colegiado, y se repitió el ANOVA de medidas repetidas para cada uno de los estratos. El resultado en cada uno de los estratos fue superponible al global. Segundo, los facultativos se clasificaron en 3 niveles de prescripción (alto, medio o bajo) a partir de los terciles del número de DDD prescritas en el primer mes del período de estudio. El ANOVA de medidas repetidas encontró indicios de efecto de grupo en el nivel de prescriptores medios ($p = 0,087$), pero no en el nivel de prescripción alto o bajo. Tercero, se realizó un ANOVA de medidas repetidas por separado para las prescripciones de estatinas y las de otros principios terapéuticos. Los resultados en los 2 estratos fueron superponibles.

Discusión

De acuerdo con los resultados del presente estudio, la doble intervención educativa no produjo cambios en el patrón de prescripción de los facultativos, que siguieron una curva superponible a la de los facultativos no intervenidos. Estos resultados contrastan con los obtenidos en la mayoría de los ensayos clínicos enfocados a la modificación de la conducta de los clínicos mediante la entrevista personalizada o en grupos, tanto fuera como dentro de España.

En primer lugar, el instrumento de medida utilizado en nuestro estudio mide prescripción global, sin distinguir entre prevención primaria o secundaria. En teoría, es posible que la intervención haya producido realmente una disminución de los hipocolesterolemiantes en prevención primaria, compensada por un aumento de la prescripción secundaria. Esta hipótesis nos parece improbable por dos razones: en primer lugar, la evolución de las prescripciones es idéntica mes a mes entre los 2 grupos; por otro lado, un aumento «compensador» de la prevención secundaria debería haberse reflejado en un incremento relativamente mayor de la prescripción de estatinas en el grupo experimental, algo que no se produjo en nuestro estudio.

En segundo lugar, es posible que una parte importante de la prescripción de hipocolesterolemiantes en atención primaria se trate de «prescripción delegada» (prescrita originariamente por el especialista, limitándose el médico general a reproducir las recetas) o de prescripción «de complacencia» (a petición del paciente)¹⁷⁻¹⁹. En tal caso, la intervención educativa se habría dirigido, al menos en parte, hacia una diana equivocada.

En tercer lugar, es posible que las circunstancias singulares del estudio hayan influido en los resultados. De hecho, el estudio coincidió con la publicación de artículos como el 4S²⁰ o el WOSCOP²¹ y con una fuerte campaña de la industria farmacéutica para introducir en el mercado las nuevas estatinas (lo que explicaría la curva ascendente de prescripciones en los meses previos a la intervención). Esto último pone de manifiesto las diferencias sustanciales que existen entre los informadores científicos que intervinieron en nuestro estudio y los visitantes médicos de la industria farmacéutica¹⁹, y que podrían explicar en gran medida el fracaso de la intervención. A diferencia de aquéllos, los visitantes médicos practican con regularidad la información reiterada, y acaban estableciendo una relación personal amistosa y de mecenazgo que pueden acabar generando un sentido de deuda del clínico respecto al laboratorio.

En definitiva, concluimos que la intervención educativa, en las condiciones en que fue planteada, no fue efectiva para cambiar la prescripción global de hipocolesterolemiantes en atención primaria. En consecuencia, no estaría justificada dicha intervención en nuestro medio como método de control del gasto farmacéutico.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

El grupo experimental estuvo formado por 11 centros (125 facultativos), frente a 12 centros (113 facultativos) en el grupo control. Veinticinco facultativos del grupo experimental no recibieron finalmente la intervención por encontrarse de baja o vacaciones (5 casos), por errores administrativos (12 casos) o por negarse a recibir la intervención (8 casos). Tres facultativos adicionales sólo recibieron la documentación, pero no pudieron ser entrevistados.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Como hemos visto, el colesterol plasmático es uno de los principales factores de riesgo modificables de la cardiopatía isquémica. Sabemos que la alimentación está íntimamente relacionada con la hipercolesterolemia y, en consecuencia, con la aterosclerosis y el aumento del RCV.

La sociedad española de Cardiología y la Sociedad Española de Arteriosclerosis recomiendan la necesidad de realizar un serio intento para reducir las concentraciones plasmáticas de colesterol en toda la población, planteando la posibilidad de realizar estrategias a nivel nacional en materia alimentaria. Se trata de un objetivo a largo plazo en el que es fundamental la coordinación entre las distintas instituciones y desde los niveles más básicos como son las escuelas.

Todo ello debe acompañarse de campañas y actividades de educación dirigidas a la población en general y/o grupos específicos.

La Educación Sanitaria se convierte así en el artífice principal, no sólo para promover la voluntad de cambio en el paciente dislipémico/a hacia un estilo de vida cardiosaludable, sino también en la mejor manera de que, desde los colegios, los niños / as (que serán la población adulta del futuro) adopten hábitos de vida saludable.

» Propuestas de líneas de investigación.

RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD.

Existen grupos o colectividades en los que sería muy eficaz conseguir resultados, concentrando los recursos en ellos y los esfuerzos de educación para la salud. Podemos contar con la colaboración de organismos municipales, empresas y diferentes asociaciones ciudadanas, sin olvidarnos de la utilización de los distintos medios locales y provinciales que cuentan con una aceptación general de la población.

Pero, es en la escuela (en todos sus niveles) el lugar donde la educación para la salud puede obtener sus mayores logros. Es más fácil que los niños / as adopten hábitos de vida saludables que intentar que los adultos / as cambien costumbres adquiridas durante años. Además, los niños / as pueden actuar de catalizadores / as transmitiendo a sus padres el mensaje de la importancia de los estilos de vida saludables e insistiéndoles en la necesidad de abandonar costumbres nocivas.

El proceso de educación para la salud en la escuela debe integrar a maestros/ as, asociaciones de padres y madres y profesionales de la sanidad. Como complemento a la educación, sería conveniente que en los comedores escolares se sirviesen dietas cardiosaludables.