



TÍTULO

EN GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD, ¿QUÉ INTERVENCIONES EN TERAPIA DE LA CONDUCTA SON EFICACES?

AUTORES

AUTORES: Vicente-Yubero, E¹; Rodríguez-Herrera, M²; Montero-Morales, C³; Tapia-Valero, C⁴.

¹ Complejo Hospitalario de Segovia. SACyL

² Centro de Salud de Nava de la Asunción. Segovia. SACyL

³ Gerencia de Atención Primaria de Segovia. SACyL

⁴ Centro de Salud de Carbonero el Mayor. Segovia. SACyL

RESUMEN

El objetivo de nuestro trabajo es determinar si son eficaces las intervenciones enfermeras en terapia de la conducta en pacientes que presentan “Gestión ineficaz de la propia salud”

Se realizó una revisión de la literatura por cuatro revisores independientes, siguiendo un protocolo explícito estandarizado durante el mes de abril de 2012 en bases de datos online, analizando finalmente 10 ECAs (7 de los cuales se obtuvieron a partir de una búsqueda referencial).

Los resultados obtenidos son heterogéneos en cuanto a tipo de intervención y medidas de resultado.

La adherencia al tratamiento, en pacientes infectados con HIV, mejora combinando asesoramiento y educación motivacional, centrados en el paciente, y en los ancianos polimedicados con riesgo cardiovascular que utilizan dispositivos que recuerdan cuándo tomar las pastillas.

La adopción de hábitos saludables mejora con el refuerzo telefónico y los programas de autocuidado (incluidos los llevados a cabo por personas no profesionales) en pacientes con HTA y dislipemia; también mejoran sus hábitos los pacientes recién diagnosticados de Diabetes Mellitus Tipo 2 que reciben intervenciones basadas en el afrontamiento proactivo.

La automonitorización de la TA en domicilio, asociada al refuerzo telefónico y al uso de protocolos de decisión en tratamiento farmacológico gestionado por enfermeras, es una alternativa a la monitorización en consulta en pacientes mayores de 60 años.

Los pacientes gestores de su enfermedad, son los que finalmente obtendrán mejores resultados en prácticas saludables, que redundarán en mejoras de su salud.

PALABRAS CLAVE: Gestión ineficaz de la propia salud, intervenciones enfermeras, eficacia.

ABSTRACT

The aim of our study was to determine whether behavioral therapy nursing interventions are effective for patients with "Ineffective Self-Health Management"

A literature review was conducted by four independent reviewers, following a standardized protocol for April 2012 in online databases; finally 10 RCTs were analyzed (7 of them were obtained from a reference search).

The results were diverse in kind of interventions and kind of outcomes

HIV-infected patients improve Adherence to treatment by combining education and motivational counseling, patient-centered; as well improve adherence elderly patients taking multiple chronic medications with cardiovascular risk using devices that remember when to take the pills.

Healthy habits improve with telephone reinforcement and self-management programs (including those carried out by non-professionals) among patients with hypertension and dyslipidemia; patients recently diagnosed with Type 2 diabetes also improve habits when receive interventions based on proactive coping

Self-monitoring of blood pressure at home with telephone support, and medication protocols managed by nurses, is an alternative to monitoring in consultation in patients over 60 years.

Patients managers of their disease achieve better results in healthy practices, so they will obtain health improvements.

KEYWORDS: Ineffective Self-Health Management, nursing interventions, effectiveness

SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Los pacientes con HTA mejoran el cumplimiento terapéutico si son apoyados por profesionales mediante llamadas telefónicas y correo electrónico. NE: 1+, GR: A

El apoyo telefónico en pacientes con HTA es eficaz en el control de síntomas (cefalea, mareo y cansancio), en la modificación de factores de riesgo (consumo de sal, control del estrés y adherencia al tratamiento farmacológico) NE: 1+, GR: B

El programa de educación para pacientes con enfermedad isquémica cardiaca, dirigido por personas no sanitarias formadas previamente, es eficaz en la mejora de la distribución de calorías de la dieta y la adherencia al tratamiento farmacológico, mejora el funcionamiento físico y disminuye la demanda de atención sanitaria y de ayuda doméstica. NE: 1+, GR: B

El apoyo telefónico a pacientes con dislipemias mejora su control, y es una medida eficaz para aumentar el cumplimiento del tratamiento. NE: 1+, GR: A

Un programa de automonitorización de la Presión Arterial en domicilio es efectivo en el control de la HTA. NE: 1+, GR: A

La intervención consistente en sesiones individuales educativas y de consejo basadas en la psicología motivacional, la terapia empática y centradas en el binomio cliente-terapia, mejoran la autoeficacia y las habilidades de los pacientes HIV. NE: 1+, GR: B

El uso de la auto-monitorización de la TA en domicilio asociada al apoyo telefónico y al uso de protocolos de decisión en tratamiento farmacológico gestionado por enfermeras se ha mostrado como una alternativa fiable a la monitorización en consulta. NE: 1+, GR: B

En los pacientes con depresión, no queda demostrado que la intervención (educación y participación del paciente) sea más efectiva que la atención habitual. NE: 1+, GR: B

INTRODUCCIÓN:

El diagnóstico de enfermería “*Gestión ineficaz de la propia salud*” (GIPS) (00078) está definido, por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (1), como un “patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud”.

Este diagnóstico es muy útil en muchas situaciones. Los pacientes y su entorno experimentan diversos problemas de salud, agudos o crónicos; generalmente se

enfrentan a programas de tratamiento que obligan a cambiar el funcionamiento o el estilo de vida previos. El diagnóstico refleja problemas de adaptación a los cambios de vida necesarios para realizar eficazmente los tratamientos. Podemos estar ante pacientes que requieren seguir un determinado régimen pero encuentran dificultades para ello, o pacientes que han seguido el régimen pero no han encontrado beneficios (2).

A lo largo de la historia, las enfermeras han intentado resolver este problema ayudando al paciente a adquirir conocimientos relacionados con su proceso, identificando los beneficios que se obtienen, reforzando actitudes provechosas, apoyando en la toma de decisiones, y en muchos casos, sencillamente insistiendo en la necesidad “de hacer las cosas bien”. La vigilancia del cumplimiento terapéutico, la educación para el autocuidado y el soporte emocional, son intervenciones habituales del trabajo de la enfermera.

En un estudio cualitativo, mediante grupos focales y entrevistas en profundidad a enfermeras para conocer cuáles son los factores predictores del incumplimiento farmacológico, se observó que los condicionantes de la conducta no adherente son: características sociodemográficas, aspectos psicológicos, pérdida de habilidades, comorbilidad y polimedication, falta de conocimientos y el predominio del modelo paternalista en la relación profesional-paciente (3).

Mª Teresa Luis (4) aconseja utilizar este diagnóstico cuando transcurrido un tiempo, desde el diagnóstico y la prescripción terapéutica, el paciente no lo lleve a cabo en su totalidad o sus acciones no sean efectivas; desaconseja utilizar esta etiqueta diagnóstica cuando, sabedor de su situación de salud y del tratamiento propuesto, así como de las alternativas existentes y de las consecuencias previsibles de no actuar, decide libre y responsablemente no seguir las recomendaciones terapéuticas.

En el tratamiento de la GIPS, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (5), aconseja todo un abanico de intervenciones conductuales, que son definidas como “cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida”. Las intervenciones que plantea van encaminadas a reforzar o fomentar conductas deseables o alterar las indeseables, a reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o a modificar el indeseable, a potenciar la comunicación que facilite al paciente la expresión de sus sentimientos, a ayudar al paciente a mejorar el afrontamiento que le apoye en su adaptación a la nueva situación y a facilitar el aprendizaje mediante acciones educativas. En ellas queda reflejado de manera más o menos explícita la importancia de la participación del paciente en la toma de decisiones y en la autogestión de su enfermedad, teniendo en cuenta sus preferencias y valores.

Las grandes teóricas de la profesión definen la Enfermería como una relación de ayuda que acompaña a la persona, dentro de su entorno, a vivir experiencias de salud (Marriner)

(6). A nivel práctico la relación terapéutica es escasa, agravada en el hospital por la ruptura con el entorno propio: la formación académica del personal de enfermería en materia de relación terapéutica en nuestro país emerge como asignatura pendiente (7). Ya Virginia Henderson, hace 3 décadas, hablaba de experiencias previas en hospitales de crónicos, paliativos y agudos, donde se trabajó en la creación de un “ambiente terapéutico”, mediante la práctica del consenso con los pacientes en relación a su estancia hospitalaria (horarios de descanso, comidas, entretenimiento,...) (8).

Actualmente la relación paciente-sanitario está cambiando, el lugar que ocupaban tradicionalmente la consulta y el profesional sanitario comienza a estar ocupado por el autocuidado y otros recursos de información y formación sanitaria, al alcance de los pacientes y la población. La consideración de que los pacientes pueden ser expertos en su propia enfermedad posibilita una opción de participación real en salud (9). En este contexto, el paciente participa cada vez más en la toma de las decisiones sobre su salud, aunque el paradigma biomédico imperante no siempre lo facilite.

Ruiz Moral et al entrevistaron a 237 pacientes en 9 Centros de Salud en Andalucía tras ser atendidos por la enfermera, observando que más de la mitad de los pacientes deseaban participar en las decisiones y, que en la práctica, esta participación puede ser mejorada incorporando habilidades comunicativas específicas (10).

En otro estudio con pacientes diabéticos, aquellos que fueron asignados a la intervención de participación del paciente sumada a la consulta estándar en Atención Primaria, tenían más éxito en mantener un buen control de sus factores de riesgo, lo que facilita la reducción del riesgo cardiovascular y la progresión más lenta de la enfermedad microvascular (11).

Por el contrario, en una revisión sistemática en pacientes oncológicos, su participación en la consulta no mostró ningún efecto positivo sobre los resultados medidos (12).

La creciente carga de enfermedades crónicas aumentará el papel de la Atención Primaria, y particularmente el de las enfermeras de este ámbito, en el apoyo a la autogestión y el consiguiente cambio de comportamiento de los pacientes y su entorno respecto a la salud. El entrenamiento puede mejorar las habilidades de las enfermeras de práctica general para ofrecer apoyo a la autogestión de las enfermedades crónicas, aunque existen barreras importantes del sistema que deben ser abordadas a través de modelos de financiación y cambios organizacionales (13). En este sentido, ha demostrado ser efectivo un programa de autogestión en Shanghai dirigido por enfermeras, basado en la capacitación del autocontrol cognitivo-conductual de los pacientes con hipertensión arterial (HTA) (14). En

pacientes con dolor lumbar, la preferencia y la expectativa del tratamiento funcionaron como predictores, medidos a través de la satisfacción del paciente con el tratamiento y la disminución del dolor y de la discapacidad (15).

El objetivo de nuestro trabajo es determinar si son eficaces las intervenciones enfermeras en terapia de la conducta en pacientes que presentan “Gestión ineficaz de la propia salud”.

MÉTODO

Se realizó una revisión de la literatura por cuatro revisores independientes, siguiendo un protocolo explícito estandarizado (16) y recurriendo al consenso en grupo para resolver las discrepancias. Se estableció una estrategia de búsqueda mediante una pregunta conforme a las pistas de Sackett (17), siguiendo el formato PICO: Población, Intervenciones, Comparador y Resultados. Esta pregunta se transformó en Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH) e Intervenciones Enfermeras (NIC) (5) para población e intervenciones y resultados. La sistemática de búsqueda se llevó a cabo mediante todas las combinaciones posibles de los descriptores de paciente e intervenciones que aparecen en la Tabla 1 (PICO).

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura durante el mes de abril de 2012 en las siguientes bases de datos online: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Colección de Bases de Datos sobre Ensayos Clínicos Controlados en Ciencias de Salud (COCHRANE), Base de Datos de la Fundación Index sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica (CUIDEN), National Library of Medicine (PUBMED), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Scientific electronic library online (SCIELO). Se completó con una búsqueda referencial.

Se seleccionaron estudios pertinentes en relación al tema, según su diseño: ECA, RS y Metaanálisis y disponibles al completo, que cumplían los criterios de calidad establecidos por Critical Appraisal Skill Programme en español (CASPe) (18). Se consideraron los últimos diez años de publicación, en los idiomas español, inglés y portugués.

Los criterios de inclusión de los artículos a considerar respondieron a descriptores, búsquedas referenciales, NIC (5) y resultados sobre efectividad en intervenciones enfermeras de terapia conductual. Se excluyeron los artículos en los que los resultados estudiaban fármacos. Los artículos que respondieron a los criterios expuestos fueron revisados por los mismos revisores. La síntesis de la evidencia se realizó aplicando la clasificación por Niveles de Evidencia (NE) y Grado de Recomendación (GR) de la estructura del SING (19) Todo el proceso se organizó según la sistemática del protocolo “Pasos necesarios para buscar, evaluar y comunicar evidencias con garantías de calidad” de Fraile-Caviedes, C. et al. (16)

RESULTADOS:

Se realizó una búsqueda según el método indicado. En la Tabla 2 se muestra que se encontraron 1390 títulos, desestimándose 1244 e identificándose 146 títulos válidos, de los que 17 eran repetidos. Los 129 títulos seleccionados resultantes pasaron a lectura de resumen. Tras la lectura del resumen, desestimamos 45 trabajos, por no cumplir criterios de inclusión o no haber sido encontrados, pasando a primera lectura 84. Entre los 84 estudios se obtuvieron 4 Revisiones Sistemáticas, de las cuales sólo se seleccionó 1 para realizar búsqueda referencial, obteniéndose 25 artículos primarios más. Así, pasaron a primera lectura crítica (comprobando que los resultados de los estudios encontrados se refieren a la pregunta de nuestro trabajo) 109 artículos, de los cuales fueron estimados para 2^a lectura crítica con el instrumento CASPe 58 artículos, seleccionándose finalmente 11 estudios. Los otros 47 artículos fueron excluidos por no cumplir criterios de calidad. Las discrepancias entre revisores se resolvieron mediante consenso. Los resultados de la búsqueda se exponen en la Figura 1.

Los estudios contemplados en este trabajo presentan resultados en pacientes crónicos: 4 se refieren a pacientes con HTA, 1 con Diabetes Mellitus (DM), 1 con Hiperlipemia, 2 con Cardiopatía Isquémica, 1 con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y 1 con Depresión Mayor. Tres de estos trabajos analizan los resultados de intervenciones con Sesiones Educativas Individuales (20) (21) (22) (Lee et al, 2006; Pradier et al, 2003 y Vergouwen et al, 2005); un trabajo con Sesión Educativa Mixta, individual y grupal (23) (Thoolen BJ et al., 2009); cuatro trabajos estudian los resultados con Consultas/Asesoramiento Telefónicos (24) (25) (26) (27) (Contreras et al, 2005; Stewart et al, 2003; Márquez-Contreras et al, 2004 y Rudd et al, 2004); un estudio sobre Auto-monitorización (28) (Márquez-Contreras et al, 2006) y un trabajo referido a resultados sobre la Formación de Líderes para creación de Grupos de Educación y Apoyo (29) (Coull et al, 2004). En este sentido, los resultados obtenidos en los estudios analizados, y que hemos utilizado para este trabajo, son heterogéneos en cuanto al tipo de intervenciones estudiadas, por lo que no es posible agrupar los datos para ofrecer resultados; todos ellos aparecen en la Tabla 3 (evidencia según la clasificación de SIGN (19)). Se obtuvieron los siguientes resultados, analizados por intervención:

1. SESIONES EDUCATIVAS INDIVIDUALES:

A. El estudio de Lee et al de 2006 (20), presenta una intervención por farmacéuticos en un grupo de pacientes militares retirados voluntarios, mayores de 65 años, con riesgo de no adherencia al tratamiento, factores de riesgo cardiovascular y con 4 o más medicamentos para problemas crónicos. Se realiza una intervención sobre la adherencia al tratamiento mediante educación en visitas regulares bimestrales de 30 minutos de duración y mediante el recuento de comprimidos tomados con el sistema "blister packs" durante 8 meses. En una segunda fase (6 meses) los pacientes que habían sido adherentes se aleatorizan en dos nuevos grupos: intervención (que continúa

con las sesiones educativas) y control (en el que se deja de realizar la intervención). Se observó que:

- la media en la adherencia a la medicación disminuyó en el grupo de atención habitual frente al grupo Intervención (69.1 % [media sostenida: 16,4] vs. 95.5% [media sostenida: 7.7] P<0.001);
 - Con un IC del 95%, la disminución de la Presión Arterial Sistólica, en mm de Hg, en el grupo intervención fue de -6.9 (-10.7 a -3.1), mientras que en el grupo Control fue de -1.0 (-5.9 a 3.9); p=0.04.
 - no hubo diferencias significativas entre los dos grupos en los valores de la Presión Arterial Diastólica ni en LDL-Colesterol.
- B. En el estudio de Pradier et al de 2003 (21), en pacientes ambulatorios mayores de 18 años infectados de HIV en tratamiento con Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (HAART), la intervención consistente en 3 sesiones realizadas por enfermeras entrenadas, combinaba actividades educativas con asesoramiento específico, basado en los principios de la psicología motivacional y la terapia centrada en el paciente. El contenido de la intervención se fundamenta en hallazgos previos sobre la efectividad en la adherencia de los factores cognitivos, emocionales, sociales y conductuales. Se observó:
- En los pacientes que logran < 40 copias/ml en plasma HIV-1 RNA, medido en porcentaje, no se encontraron diferencias entre ambos grupos en el número de síntomas referidos por los propios pacientes [mediana (IQR)=3.5 (1.0-6.0) en el GI vs 3.5 (2.0-6.0) en el GC; p = 0,98].
 - no hubo diferencia significativa en la proporción de efectos adversos tóxicos entre los dos grupos (23.6 % frente a 18.2 %; p=0.38), incluyendo dos pacientes con un evento grave en el GI y uno en el GC.
 - La proporción de pacientes adherentes fue significativamente más alta para el GI (75% vs. 61%; p=0.04).
- C. El estudio de Vergouwen et al de 2005 (22), se realizó en pacientes diagnosticados de Depresión Mayor según los criterios de DSM-IV en Atención Primaria y analizó un programa de cuidados en depresión que contempla sesiones educativas (adherencia al tratamiento, especificación de patología, síntomas y factores de riesgo, plan de actividad, mejora del soporte social) durante 26 semanas, para conseguir resultados en depresión y en adherencia al tratamiento por parte de estos pacientes. Se observó tras la intervención, que:
- No hay diferencias significativas entre el GI y el GC. Cuando se consideran las pérdidas como no adherencia se muestra un 61% de adherencia en el GI y un 54% en el GC [OR: 0.7 (95% CI: 0.4-1.3)]
 - No hubo diferencias significativas en resultados en depresión.

2. SESIONES EDUCATIVAS MIXTAS (INDIVIDUAL-GRUPAL)

D. El estudio de Thoelen BJ et al de 2009 (23) realizó una intervención de educación en autocuidado, dirigida por enfermeras, en pacientes diabéticos entre 50 y 70 años con diagnóstico reciente. La intervención consistió en dos sesiones individuales y cuatro grupales (2h), repartidas en 12 semanas, en las que los pacientes hablan de sus experiencias con la DM y se trabaja en metas personales (ejercicio físico, dieta y medicación). Se observó que:

- El tamaño del efecto de los cambios a los 12 meses en la intencionalidad de la dieta, ejercicio, toma de medicación, la autoeficacia, la intención proactiva y el comportamiento proactivo se sitúa entre pequeño y moderado ($\eta p^2=0,02$ a $0,10$); todos los resultados estaban en $0,06$, excepto la dieta en $0,02$ y el logro del objetivo que se situaba en $0,10$.
- El tamaño del efecto para el autocuidado medido con la Escala de Actividades de Autocuidado en Diabetes (DSCA) fue de $\eta p^2=0,08$; en la subescala DSCA del ejercicio $\eta p^2=0,09$; en la subescala DSCA de la dieta $\eta p^2=0,07$ y la toma de medicación mediante la subescala DSCA y la Escala de Información de Adherencia a la Medicación es de $\eta p^2=0,00$. Los hábitos dietéticos medidos mediante el Cuestionario de Hábitos Alimenticios (FHQ) es $\eta p^2=0,13$. En la Escala de Actividad Física para Mayores (PASE) es $\eta p^2=0,06$; el consumo de grasa según el Cuestionario de Consumo de Grasa (FCQ) es $\eta p^2=0,03$; el tamaño del efecto para el IMC es $\eta p^2= 0,15$.
- El afrontamiento proactivo se asoció a la autoeficacia ($r=0,41-0,56$), mostrando pequeñas y no significativas asociaciones con el sexo, la educación, el IMC y la intencionalidad.

3. CONSULTA TELEFÓNICA:

- A. En el estudio de Contreras et al de 2005 (24) en pacientes ambulatorios mayores de 18 años con Hipertensión Arterial de reciente diagnóstico o mal controlados, se aleatorizó a los participantes en tres grupos: Gestión Clínica, MIG (reforzamiento de cumplimiento mediante correo electrónico) y TIG (reforzamiento mediante llamada telefónica). Resultó que:
- La medida del cumplimiento del tratamiento fue de $89.6\% \pm 15$ en el Grupo de Gestión Clínica, $99.1\% \pm 26.8$ en TIG y $96.6\% \pm 12$ en MIG; $p<0.0001$ por grupos. Entre los grupos TIG y MIG se observa un mayor cumplimiento en todas las visitas ($p<0.05$). El porcentaje de cumplidores por grupos con $p<0.0001$ e IC del 95% fue de: 69.2% en el Gestión Clínica (62.5-75.9%), 96.2% en TIG (93.5-98.9%) y de 91.3% (87.1-95.5%) en MIG, observándose un mayor porcentaje de cumplidores en TIG y MIG, y una tendencia inversa en Gestión Clínica.
 - El número de sujetos que requieren tratamiento para prevenir un caso de incumplimiento terapéutico (NNT) en TIG fue de 4.2 y en MIG de 4.5.
 - Con un IC del 95%, la medida de control de la presión arterial fue de: 63,3% en TIG (56.4-70.2%), 61.3% en MIG (54.1-68.5%) y 47.2% en Gestión Clínica (40.0-54.4%); $p=0.04$ entre TIG y Gestión Clínica.
- B. El estudio de Stewart et al de 2003 (25), en pacientes con HTA asignados aleatoriamente en GC (programa de educación de la enfermera) y GI (programa de educación de la enfermera, además de apoyo telefónico al paciente y cuidador). Se observó que:
- el apoyo telefónico en pacientes con HTA parece ser eficaz en el control de algunos síntomas entre el inicio y el final de la intervención, aunque los autores no proporcionan los intervalos de confianza. Según los autores los resultados fueron estadísticamente significativos cuando p es igual o menor 0.05. Los resultados fueron: sin cefalea GC: 45.2% frente a 65.8%; $p=0.08$ y GI: 43,9% frente a 65.8%; $p=0.05$. Sin mareo en GC: 59.5% frente a 68.4%; $p=0.34$ y GI: 51.2% frente a 82.5%; $p=0.001$. Sin cansancio GC: 45.29% frente a 44.8%; $p=1$ y GI: 34.1% frente a 65.0%; $p=0.008$.
 - Se observó mejoría en la modificación de algunos factores de riesgo. Disminución de la ingesta de sal (GC: 60.5% frente GI: 35%; $p=0.02$), reducción del estrés (GC: 52.6% frente a GI: 32.5%; $p=0.05$), adherencia al tratamiento farmacológico (GC: 55.3% frente a GI: 35%; $p=0.005$). No siendo significativas la disminución del consumo de alcohol y tabaco, conocimiento de la enfermedad, capacidad de ejercicio y disminución de la presión arterial.
 - La disminución de peso de 1 Kg en el GI fue significativamente diferente del GC, en el cual no hubo variación; $p=0.03$.
- C. El estudio de Márquez-Contreras et al de 2004 (26), en pacientes mayores de 18 años diagnosticados de Hipercolesterolemia y en tratamiento con

hipolipemiantes, estudió el efecto de una “llamada telefónica” a los 15 días, 2 y 4 meses (además de la intervención médica habitual) en comparación con el grupo que sólo recibió la atención médica habitual:

- con un IC del 95%, el porcentaje de pacientes controlados en todos los parámetros lipídicos, siguiendo los objetivos terapéuticos del Consenso Español, fue de 43.9% en el GI (34.9-52.9%) frente al 23.1% en GC (15.4-30.8%); $p<0.005$.
- Con un IC del 95%, el LDL controlado según el riesgo cardiovascular fue del 53,7% (44,6-62,8%) de los individuos del GI y del 25,9% (17,9-33,9%) del GC; $p<0,001$. Sin diferencias en el grado de control de los valores de HDL y triglicéridos entre ambos grupos.
- Cumplimiento del tratamiento con un IC del 95%: GC 64.4% (55.3-73,5), GI 93.5% (88.8-98); $p<0.001$.
- El número de pacientes que requieren la intervención para prevenir un caso de incumplimiento terapéutico (NNT) es de 3.4 pacientes.

D. En el estudio de Rudd et al de 2004 (27), en pacientes hipertensos con tratamiento antihipertensivo, se analizó una intervención enfermera consistente en contactos telefónicos (a la semana y a los 1, 2 y 4 meses), preguntando sobre dosis del medicamento, resolución de problemas planteados por los pacientes, cambio de dosis o de fármaco según protocolo autorizado por el médico prescriptor durante el seguimiento, en comparación con la atención habitual. Se observó que:

- ANOVA confirmó en GI descenso significativo entre PAS ($F= 17.3$; $p< 0.01$) y PAD ($F=6.22$; $p<0.01$), pero no cambio significativo entre GC.
- El promedio de adherencia diaria a la medicación, medida entre los percentiles 25 al 75, fue superior entre los pacientes del GI: $80.5\% \pm 23.0\%$ (media \pm DE), que entre el GC: $69.2\% \pm 31.1\%$; $p=0.03$.

4. AUTOMINITORIZACIÓN:

El estudio multicéntrico de Márquez-Contreras et al de 2006 (28), analiza una intervención de auto-monitorización de la tensión arterial en domicilio siguiendo el programa AMPA (que indica la frecuencia de la medición) en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico reciente HTA leve o moderada o no controlada. Se observó que:

- Midieron el Porcentaje de Cumplimiento (nº de comprimidos tomados/nº de comprimidos prescritos *100). Este Porcentaje de Cumplimiento, con un IC del 95%, fue en el GC de 87.6% (81.2-94.0) y de 93.5% (88.7-98.3) en el GI; $p=0.0001$.
- Con un IC del 95%, se observó un cumplimiento entre los pacientes del GC del 74% (63.9-84.1) y del 92% (86.7-97.3) en el GI; $p=0.0007$.
- El número de pacientes que requieren la intervención MEMS para prevenir un caso de incumplimiento terapéutico (NNT) es de 5.6 pacientes.

- Con un IC del 95%, el porcentaje de pacientes que consiguió controlar su TA al final del estudio fue del 56% en el GC (46.3-65.7%) y 67% en el GI (57.8-76.2); p=NS.

5. FORMACIÓN DE LÍDERES DE GRUPOS DE EDUCACIÓN:

El estudio de Coull et al de 2004 (29), estudia la intervención de tutores formados durante 30 horas por un grupo multiprofesional sanitario, con la participación de una enfermera especialista en rehabilitación cardíaca. Los pacientes fueron estratificados en grupos de 10 por sexo, tipo de enfermedad (infarto de miocardio o angina de pecho) y la ubicación (cinco áreas identificadas) y asignados de forma aleatoria. La intervención consistía en un programa sobre factores de riesgo del estilo de vida, el tabaco, la dieta, el colesterol, la presión arterial, el ejercicio y la comprensión y habilidad para el afrontamiento ante la enfermedad. Se observó que:

- Los pacientes del grupo intervención, al cabo de un año, realizan una hora de paseo más por semana que el grupo control; con un IC del 95%, diferencia en minutos: 73 (1-137); p<0.05.
- El porcentaje de la distribución de calorías totales de la dieta fue más adecuado en el GI que en el GC con p< 0.05 para la ingesta de grasa total, de grasa saturada y carbohidratos. Los pacientes del grupo intervención prefirieron el uso de grasas poliinsaturadas (p<0.001) y monoinsaturadas (p<0.05).
- El grupo intervención obtuvo mayor adherencia al tratamiento farmacológico que el grupo control; p<0.01.
- El grupo intervención redujo significativamente la necesidad de atención sanitaria, con una diferencia de -0.25 (-0.61 a -0.08); p< 0.01.
- El funcionamiento físico del cuestionario de salud (SF-36) mostró mejoría en el grupo intervención, con una diferencia de 6.1 (2.4-9.5); p<0.05.
- El GI precisó un 13% menos de ayuda doméstica de su familia que el GC, con un IC del 95%, (3-23); p<0.01.

DISCUSIÓN:

Desde la óptica metodológica las limitaciones que presenta nuestro estudio derivan de la restricción del idioma de búsqueda a inglés, español y portugués, de la escasez y heterogeneidad de los estudios primarios realizados que respondan a nuestra pregunta, y del hecho de que en la mayoría de los trabajos encontrados su objetivo es conseguir que los pacientes crónicos mejoren su adherencia al tratamiento farmacológico. No hemos encontrado estudios que hablen del diagnóstico que nos ocupa en pacientes agudos, y los resultados hallados, encuentran su permanencia en el tiempo

bastante limitada (máximo 12-24 meses). El número de estudios que utilicen el diagnóstico GIPS es muy escaso. Como ocurre con muchos diagnósticos enfermeros, no se conoce la prevalencia real de este diagnóstico, en gran medida como consecuencia de la no utilización de un lenguaje común entre las enfermeras tanto a la hora de emitir juicios diagnósticos como para definir las intervenciones que se realizan, con la consecuente dificultad para realizar estudios. La tendencia actual a ir utilizando ese lenguaje común facilitará la comunicación entre profesionales, y finalmente la publicación de estudios de calidad. En este sentido un estudio en 3 provincias de Andalucía obtuvo una prevalencia de GIPS del 36% (IC 95%: 34 a 40). (30) La participación del paciente en la autogestión de los cuidados se hace imprescindible para lograr los objetivos de salud. Para ello, es necesario que el paciente adopte una serie de medidas encaminadas a prevenir o reducir factores de riesgo, o a realizar el seguimiento del tratamiento marcado por los profesionales. No siempre es fácil, numerosas son las causas, dificultad del régimen terapéutico, aspectos sociales que dificultan su seguimiento, dificultades del paciente para percibir el riesgo o beneficios del tratamiento, etc. El diagnóstico NANDA "Gestión ineficaz de la salud" (1) recoge todos estos aspectos teniendo como objetivo final, según NOC (31) adoptar conductas de cumplimiento, la adquisición de conocimientos (Dieta, régimen terapéutico, etc.), el control de síntomas o la participación en las decisiones sobre la asistencia sanitaria por parte del paciente, entre otros.

Damos por supuesto que las indicaciones de los sanitarios mejoran la salud de los pacientes. Centrándonos en nuestra pregunta, una limitación en la práctica habitual de las enfermeras es no contemplar suficientemente el punto de vista del paciente, que cada vez con más fuerza exige ser el protagonista de su propia salud y de su enfermedad, determinando qué elementos desea cambiar y cuáles no, o simplemente lo que está dispuesto a esforzarse por modificar algunos aspectos. Esta forma de entender la práctica diaria contradice la esencia del diagnóstico "Gestión ineficaz de la salud" en el que es necesaria la participación activa del paciente.

Desde la óptica biomédica se entiende que es necesario cumplir con el tratamiento farmacológico; sin embargo, como ya se ha dicho anteriormente, el concepto de gestión eficaz de la salud es mucho más amplio; no solo se trata de cumplir con el tratamiento medicamentoso prescrito, sino de cumplir con otro tipo de prescripciones que significan, en la mayoría de los casos, cambios en los hábitos de vida. Extremo éste mucho más difícil de evaluar, aunque también lo contemplan algunos estudios que centran sus investigaciones en otro tipo de intervenciones conductuales que van más allá de la adherencia al tratamiento farmacológico. En cualquier caso, el cumplimiento del tratamiento prescrito no siempre consigue obtener resultados en salud (Márquez Contreras et al, 2006) (28)

Por otra parte es relevante, a la hora de evaluar la eficacia de una intervención, tener en cuenta los resultados en salud, como la disminución del índice de masa corporal, de la Presión Arterial o del Ldl Colesterol, ya que significan ganancias en salud, y por tanto estudiar estos aspectos significa trabajar sobre la mejoría de la gestión de la salud. Y es desde este punto de vista desde el que hemos desarrollado nuestro trabajo.

Desde mediados de los años 70 del siglo pasado, el paradigma enfermero sufrió un giro encaminado a la atención al paciente de forma holística; esto supuso una nueva forma de acercamiento al paciente en el que su participación activa es imprescindible, si queremos cuidarlo de acuerdo al arte enfermero. Se pasa de un *actuar con* el paciente a un *estar con* el paciente en su proceso de salud-enfermedad. Esto hace que las

habilidades necesarias de las enfermeras se hayan modificado y se necesita que el propio sistema sanitario las potencie. Tradicionalmente, se ha considerado que dar conocimientos era suficiente para que los pacientes de forma autónoma gestionaran sus enfermedades de acuerdo a los criterios marcados. Esto, se ha visto que no es bastante, y que es necesario potenciar juntos los aspectos cognitivos y conductuales. En este sentido observamos un viraje en la atención de los pacientes por parte de los sanitarios, y en particular de las enfermeras, acomodándose a los nuevos tiempos, apoyándose en herramientas nuevas como las telemáticas, y potenciando otras ya conocidas como la empatía, la participación del paciente en la toma de decisiones, etc. con las que aportan una nueva forma de ayudar y acompañar al paciente en su proceso de adaptación al problema de salud con el que se enfrenta. Las intervenciones conductuales -propuestas por la NIC- (5) que hemos encontrado en los estudios revisados, se centran en solucionar los problemas de adaptación a los que se enfrentan los pacientes para cumplir el tratamiento prescrito, que en ocasiones, es difícil de armonizar con sus estilos de vida previos. Estos artículos se centran en intervenciones que facilitan la adherencia al tratamiento farmacológico y la potenciación de la autogestión de los pacientes, mediante el aporte de herramientas de tipo educativo individual o grupal (centradas en la relación terapéutica fomentando la capacitación del paciente y el afrontamiento proactivo en la adquisición y mantenimiento de habilidades) o de refuerzo (contaje de comprimidos, llamadas telefónicas o por correo electrónico) y de auto-monitorización.

El sistema sanitario debería potenciar la formación de enfermeras en estas habilidades, ya que por su perfil parecen los profesionales más idóneos en el desempeño de estas competencias relacionadas con la gestión ineficaz de la propia salud del paciente. En este sentido, la revisión sistemática de Gutiérrez-De Montes et al (2011) (32) concluye que para los tratamientos a largo plazo, simplificar el régimen de dosis y algunas estrategias complejas que incluyen combinaciones de instrucciones y asesoramientos más detallados dirigidos al paciente, recordatorios, seguimiento cuidadoso, automonitorización supervisada, recompensas para el éxito, terapia familiar, terapia psicológica, intervención en crisis y seguimiento telefónico manual, pueden mejorar la adherencia y los resultados del tratamiento.

La mayoría de los estudios revisados sobre educación a pacientes están en la línea de otros en los que se ha demostrado que las intervenciones educativas individuales y las grupales mejoran el conocimiento sobre la enfermedad y sobre los fármacos, (33) lo que posibilita que el paciente se sienta más inclinado a cumplir con los tratamientos farmacológicos. Es el caso de una intervención enfermera consistente en sesiones donde se combinan asesoramiento y educación motivacional y centrada en el paciente (21) (Pradier et al, 2003) que demuestra mejoría en la adherencia al tratamiento en pacientes infectados con VIH, aunque dicha adherencia no parece traducirse en la mejoría de los síntomas, eventos adversos tóxicos medicamentosos, ni en indicadores analíticos de mejoría de la enfermedad. Por otra parte, el estudio de Vergouwen et al. (2005) (22) en

pacientes con Depresión Mayor no ha demostrado ser eficaz en adherencia al tratamiento, ni en resultados positivos para la Depresión Mayor.

Los dispositivos que ayudan a recordar cuándo tomar la pastilla, influyen muy positivamente sobre el aumento de la adherencia (los pacientes no cumplidores por culpa de los olvidos involuntarios se convierten en adherentes). Según los resultados obtenidos en nuestro trabajo, las sesiones educativas individuales se asocian a una mejoría en la adherencia al tratamiento farmacológico cuando incluyen un procedimiento de conteo de comprimidos (sistema “blister packs”) en ancianos polimedicados y con factores de riesgo cardiovascular (Lee JK, et al, 2006) (20). Si bien esta intervención se realizó a partir de un grupo de pacientes voluntarios, por lo que no podemos aseverar que sea extrapolable a población general en mayores de 65 años con factores de riesgo cardiovascular. Y en pacientes recién diagnosticados de Diabetes Mellitus Tipo 2 es efectiva una intervención basada en el afrontamiento proactivo para lograr que los pacientes cambien sus conductas de autocuidado y las mantengan en un periodo de tiempo de al menos 12 meses, implementando las nuevas habilidades aprendidas dentro del contexto de la autogestión del paciente. También demuestra una pérdida de peso sustancial en el grupo de intervención como medida objetiva de la efectividad de esta intervención (Thoelen et al, 2009) (23).

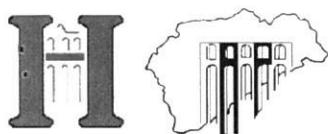
Estos resultados no contradicen los obtenidos por otros autores, que puntualizan que la educación sola a pacientes hipertensos “no parece asociarse con grandes reducciones netas de la presión arterial” (34), conclusión probablemente extrapolable a otros resultados de enfermedades crónicas.

El uso de la automonitorización de la TA en domicilio asociada al refuerzo telefónico y al uso de protocolos de decisión en tratamiento farmacológico gestionado por enfermeras se ha mostrado como una alternativa fiable a la monitorización en consulta en pacientes hipertensos (Rudd et al, 2004) (27). Así mismo, el uso de la automonitorización en domicilio en pacientes hipertensos no controlados inscritos en el programa AMPA es efectiva en el control de la HTA (Márquez-Contreras et al, 2006) (28). Estas conclusiones de Rudd et al (2004) (27) y Márquez-Contreras et al (2006) (28) apoyan el discurso que Walters et al (2012) (13) y Xue et al, (2008) (14) concluyen en sus respectivos estudios sobre el apoyo que las enfermeras pueden ofrecer a los pacientes a través de programas que promuevan la autogestión de los pacientes crónicos. Sin embargo, debemos tener en cuenta la controversia que se suscita en cuanto a la automonitorización y el autocontrol, que no obtiene los mismos resultados en todas las enfermedades. Parece demostrado que consigue reducir la mortalidad global y los eventos tromboembólicos mayores sin aumentar los episodios hemorrágicos en adultos con alto grado de motivación en el caso del manejo de la anticoagulación oral (35); sin

embargo, no hay evidencia científica de que la automonitorización de la glucemia (AMG) sea eficaz para mejorar el control glucémico en los pacientes con diabetes tipo 2 que no usan insulina (35), y no existen pruebas de que la AMG afecte la satisfacción del paciente, el bienestar general ni la calidad de vida relacionada con la salud general (36).

En algunas consultas de enfermería de atención primaria es frecuente, de forma protocolizada o no, apoyar a pacientes con consultas telefónicas de la enfermera para la mejora de la adherencia terapéutica. En este sentido, Contreras et al (2005) (24) realiza una intervención reforzando el cumplimiento terapéutico mediante llamada telefónica o correo electrónico concluyendo que mejora significativamente la adherencia al tratamiento y disminuye la presión arterial en un periodo de 4 meses. En Stewart et al (2003) (25) el refuerzo telefónico por parte de la enfermera en pacientes hipertensos es eficaz en la adherencia al tratamiento farmacológico y parece asociarse a una mejoría de síntomas como la cefalea, el mareo o el cansancio. También se asocia a una reducción de factores de riesgo como el consumo de sal y la disminución del estrés. Sin embargo, no ha demostrado ser efectivo en aumentar los conocimientos sobre la enfermedad, la capacidad de ejercicio, la disminución del consumo de alcohol y tabaco o la disminución de la presión arterial. En el caso del cumplimiento del tratamiento y el grado de control de las dislipemias (Márquez Contreras et al, 2004) (26) la intervención telefónica es una medida efectiva en la mejora de ambos parámetros. Estos tres estudios están en sintonía con las recomendaciones dadas en la revisión sistemática de Tapia-Valero et al (2009) (33), donde se dice que la aplicación de Tecnologías de la Información y la Comunicación aumenta el nivel de educación, apoyo social y la gestión de algunos procesos crónicos, aportando un valor añadido a otras intervenciones y que el uso de programas de comunicación sanitaria interactiva mediante programas informáticos ejerce un efecto positivo sobre el conocimiento y los cambios conductuales.

En otro orden de cosas, los programas de educación en autocuidado a cargo de personas no profesionales aportan una mejor percepción de la salud y de la autoeficacia (33). Así, los líderes de grupos de pacientes con cardiopatía isquémica formados por equipos multiprofesionales especializados (Coull et al, 2004) (29) resultan efectivos en la adopción de hábitos saludables como el aumento del ejercicio semanal, mejora del funcionamiento físico y adecuación de la ingesta dietética. También demostró que el programa era efectivo en la reducción de la ayuda doméstica por parte de la familia de los pacientes y redujo la necesidad de atención sanitaria por problemas cardiovasculares. Sin embargo, Foster et al (37)(2007), en sus conclusiones dice que en relación con los programas de educación de autocuidado a cargo de personas no profesionales no existen pruebas de un efecto sobre el uso de la asistencia sanitaria.



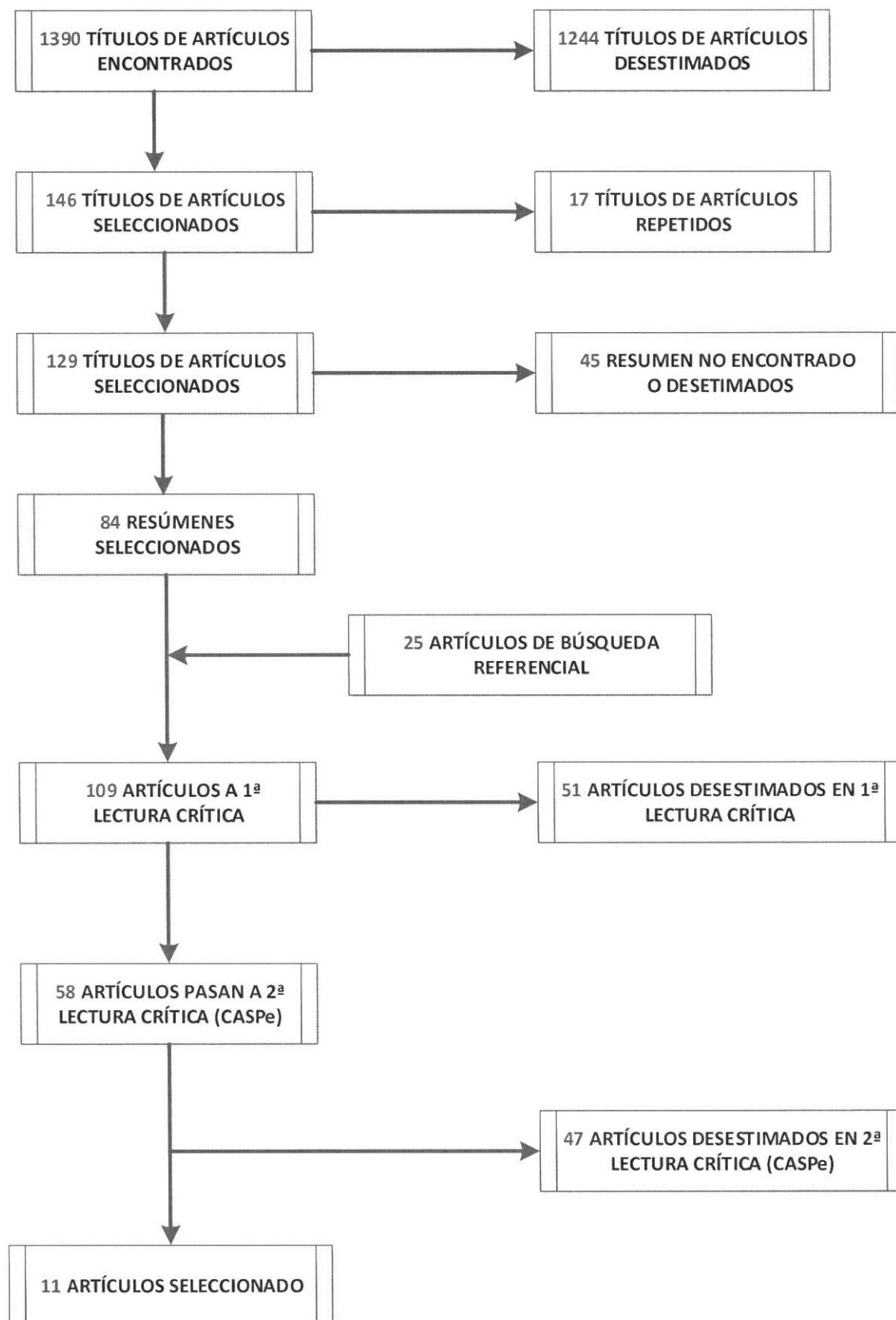
Nuestro trabajo concluye que los pacientes que deciden ser los gestores de su salud, ayudados también en algunos casos por dispositivos de automonitorización, son los que finalmente obtendrán mejores resultados en cuanto a prácticas saludables (farmacológicas o no), y finalmente esas prácticas saludables redundarán en mejoras de la salud. Los refuerzos telefónicos o de cualquier otro tipo sobre pacientes motivados mejoran la salud, porque ayudan al paciente a perseverar en sus prácticas saludables, y mantenerlas en el tiempo.

Siguiendo con la idea de que debemos abordar al paciente desde distintos puntos de vista debemos individualizar las intervenciones, considerando todos los aspectos que hemos visto en nuestro estudio, y combinándolos, tal y como lo indica la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (38) en relación a las estrategias concretas de elementos de organización, diseño asistencial y autocontrol.

Sería necesario realizar más trabajos que aporten evidencia a las intervenciones que sean más eficaces para llevar a buen fin la atención de pacientes con GIPS.

TABLA 1 (PICO)

Frase	Palabra “Natural”	DECS	MeSH
PACIENTE	Adulto: no pediátrico >18 años	Paciente	patient
INTERVENCIÓN	Intervenciones enfermeras en terapia conductual (fomento de conductas deseables o alteración de conductas indeseables)	Relaciones enfermero-paciente	Nurse-Patient Relations
		Planificación de Atención al Paciente	Patient Care Planning
		Participación del Paciente	Patient Participation
		Manejo de Atención al Paciente	Patient Care Management
		Cooperación del Paciente	Patient Compliance
		Prioridad del Paciente	Patient Preference
		Conductas Saludables	Health Behavior
		Conducta de Elección	Choice Behavior
COMPARADOR		Eficacia	Efficacy
VARIABLE	Eficacia	Resultado del Tratamiento	Treatment Outcome
		Efectividad	Effectiveness
	Efectividad	Efectividad	Effectiveness
Tipo de Estudio	ECA, METAANÁLISIS, RS, GPC.		
Límites de Búsqueda	PERÍODO: 10 años (automático (01/01/2003 a 2013, o manual por cada revisor en bases q no permiten límite de tiempo); IDIOMA: inglés, español, portugués;		



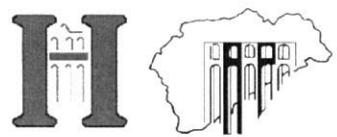


TABLA 2

	Base de Datos	Resultados
Artículos encontrados	PUBMED	325
	COCHRANE	563
	CINHAL	94
	CUIDEN	117
	IBECS	116
	SCIELO	175
	TOTAL	1390
Preselección	PUBMED	36
	COCHRANE	57
	CINHAL	10
	CUIDEN	17
	IBECS	16
	SCIELO	10
	TOTAL	146
Selección definitiva	COCHRANE	3
	CINHAL	1
	TOTAL	4
Búsqueda referencial	Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008	7
	TOTAL	11

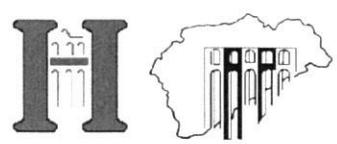




TABLA 3 (RESULTADOS)

AUTOR O NOMBRE DEL ESTUDIO, AÑO, TIPO DE ESTUDIO (CARACTERÍSTICAS)	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN / VARIABLES DE RESULTADO	RESULTADOS	COMENTARIO	CALIDAD: N. EVIDENCIA / G. RECOMENDACIÓN
Thoelen BJ, de Ridder D, Bensing J, Gorter K, Rutten G. Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the context of diabetes management. <i>Psychol Health.</i> 2009 Mar; 24(3):237-54. doi: 10.1080/08870440701864504.	227 Pacientes entre 50 y 70 años recientemente diagnosticados de Diabetes Mellitus (119 en GI Y 108 en GC).	INTERVENCIÓN: - Dirigido por enfermera. - Dos sesiones individuales y cuatro grupales (2h), repartidas en 12 semanas, en las que los pacientes hablan de sus experiencias con DM, se trabaja en metas personales (ejercicio físico, dieta y medicación)	Los resultados se informan como tamaño del efecto (0.01 = pequeño, 0.06 = moderado y 0.14=grande) Los tamaños del efecto de los cambios en la efectividad de la intervención a los 12 meses (T2) en la intencionalidad de la dieta, ejercicio, toma de medicación, la autoeficacia, la intención proactiva y el comportamiento proactivo están entre pequeño a moderado ($\eta^2=0.02$ a 0.10) (todas estaban en 0.06, excepto la dieta que estaba en 0.02 y el logro del objetivo que estaba en 0.10)	El afrontamiento proactivo en pacientes con DM es eficaz en el cambio de conductas en su autocuidado.	NE: 1- ; GR: No aplicable por alto riesgo de sesgo
La asignación al azar se produjo dentro de cada consulta de medicina general, sobre la base de una asignación generada por ordenador.	6 en GC (2 no participaron, 1 Éxitus y 2 no fueron capaces de rellenar los cuestionarios).	ANÁLISIS: - Intenciones: Fishbein & Ajzen, 1975 (1) - Autoeficacia: Self-efficacy for Managing Chronic Disease 6-item Scale (Lorig et al., 1996) (2) - Afrontamiento proactivo: Proactive Diabetes Management Inventory (Greenglass, 1999 validada por Bode et al., 2006-) (3) - Conducta de autocuidado: Diabetes Self-Care Activities (DSCA): Toobert, Hampson, & Glasgow, 2000 (4) - Ejercicio físico: Physical Activity Scale (ECA)	 - Los tamaños del efecto en la efectividad de la intervención sobre los cambios a los 12 meses (T2) en el autocuidado (DSCA) ($\eta^2=0.08$), ejercicio (DSCA) ($\eta^2=0.09$) (PASE) ($\eta^2=0.06$), dieta (subescala DSCA) ($\eta^2=0.07$), hábitos dietéticos (FHQ) ($\eta^2=0.13$), consumo de grasa (FCQ) ($\eta^2=0.03$), toma de medicación (Mars) ($\eta^2=0.00$) y (DSCA) ($\eta^2=0.00$), IMC ($\eta^2=0.15$)	Se demuestra una pérdida de peso sustancial en el grupo de intervención como medida objetiva de la efectividad de esta intervención.	Este estudio muestra que una intervención basada en el afrontamiento proactivo es eficaz para lograr que los pacientes recién diagnosticados de DMT2 cambien sus conductas de autocuidado y las conductas de autocuidado y las mantengan en un periodo de tiempo de al menos 12 meses, implementando las nuevas habilidades adquiridas dentro del contexto de la autogestión del paciente.
Analisis por intención de tratar				Esta intervención podría probarse en pacientes con otras enfermedades crónicas	LIMITACIONES Sin cegamiento de pacientes ni

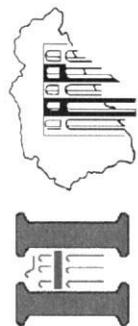


COCHRANE	for the Elderly -PASE- (Schuit, Schouten, Westertorp, & Saris, 1997) - Dieta: Kristal food habits questionnaire (Kristal, Shattuck, & Henry, 1990) (6) y the Dutch Fat Consumption Questionnaire (FCQ; Assema, Brug, Kok, & Brants, 1992) (7) - Adherencia al tratamiento farmacológico: Medication Adherence Report Scale (Horne & Weinman, 1999) (8) - Índice de masa corporal (IMC) y Peso en T0 y T2.	no significativas asociaciones con el sexo, la educación, el IMC y la intencionalidad. (5)	investigadores Son medidas sobre la percepción de los propios pacientes en cuanto a los propios autocuidados. Se utilizaron diferentes tipos de medida para cada dominio del autocuidado, con diferencia entre los tamaños del efecto obtenidos en cada una de las medidas. Sólo podemos hablar de eficacia hasta los 12 meses y desconocemos qué pasa después en el seguimiento de estos pacientes.	NE: 1+ ; GR: A
Contreras EM, Garcia OV, Claros NM, Guillen VG, de la Figuera von Wichmann M, Martinez JJ, Fernandez R	Pacientes ambulatorios de ambos sexos, entre 18 y 80 años de edad, con Hipertensión de diagnóstico reciente o mal controlados. Efficacy of telephone and mail intervention in patient compliance with antihypertensive drugs in hypertension. ETECUM-HTA study. Blood Press. 2005; 14(3):151-8.	INTERVENCIÓN: Los pacientes fueron distribuidos en tres grupos de tratamiento mediante aleatorización estratificada por edad y sexo: 1. GC (182 pacientes): gestión clínica de rutina; 2. MIG (172 pacientes): mediante mensaje de correo reforzando el cumplimiento y recordando las fechas de visita a los 15 días, 2 y 4 meses; 3. TIG (184 pacientes): mediante llamada telefónica a los 15 días y a las 7 y 15 semanas.	Medida de cumplimiento: El porcentaje medio de cumplimiento fue de $89.6\% \pm 15$ en CG, 99.1 ± 26.8 en TIG y $96.6\% \pm 12$ en MIG; $p < 0.0001$ por grupos. Entre los grupos TIG y MIG se observa un mayor cumplimiento en todas las visitas; $p < 0.05$. El porcentaje de cumplidores por grupos con $p < 0.0001$ fue de: - 69.2% en el GC (IC 95%: 62.5-75.9%), - 96.2% en TIG (IC 95%: 93.5- 98.9%) - 91.3% (IC 95%: 87.1-95.5%) en MIG se observa un mayor porcentaje de cumplidores en TIG y MIG, y una tendencia inversa en GC. El número de sujetos que requieren tratamiento para prevenir un caso de incumplimiento terapéutico (NNT) en TIG es de 4.2 y en MIG de 4.5.	La eficacia de las llamadas telefónicas y del uso del correo electrónico son intervenciones efectivas para el cumplimiento terapéutico en pacientes con HTA. Existe mejoría significativa en el cumplimiento del tratamiento y en la disminución de la presión arterial. Tendencia inversa en el grupo control. El NNT es para las dos intervenciones (TIG y MIG) un indicador que favorece la adopción de estas intervenciones. LIMITACIONES Parece que no hubo cegamiento en pacientes, clínicos e investigadores.





	<p>mujeres (51.5%). 98 individuos fueron excluidos por no existir recuento de comprimidos (30 en el Grupo Control (GC), 32 en el Grupo de Intervención Telefónica (TIG) y 40 en el Grupo de Intervención por correo electrónico (MIG).</p>	<p>1. La Medición de la Presión Arterial 2. Recuento de comprimidos.</p> <p>Medida de control de la presión arterial: El porcentaje de pacientes controlados al final del estudio fue: - 63.3% en TIG (IC 95% 56.4-70.2%), - 61.3% en MIG (IC 95%: 54.1-68.5%) - 47.2% en el GC (IC 95%: 40-54.4%) Observándose un control de la presión arterial significativamente superior en TIG vs CG; $p=0.04$.</p>	<p>Estas intervenciones no se han probado a largo plazo, por lo que sólo podemos decir que son válidas para un periodo de cuatro meses.</p>	
Stewart AV; Eales CJ; Davis KA; South African Effect of a telephonic intervention on the adherence of patients with hypertension. Journal of Physiotherapy, 2003 Mar; 59 (1): 29-36. (journal article - clinical trial, research, tables/charts) ISSN: 0379-6175	<p>Pacientes con HTA (Gi: 41; GC: 42), sin criterios de exclusión. A las 38 semanas (Gi: 40; GC: 38)</p> <p>Fueron ciegos los investigadores. CINHAL</p>	<p>INTERVENCIÓN: Consiste apoyo telefónico por parte de la enfermera. Los pacientes se distribuyeron en: - Grupo Control (GC): Programa de Educación por la enfermera. - Grupo Intervención (Gi): Programa de Educación por la enfermera, además de apoyo telefónico por parte de la enfermera, tanto al paciente como al cuidador.</p> <p>MEDIDAS DE RESULTADO: Se mide la efectividad de la intervención mediante: 1. Conocimiento y Síntomas de la enfermedad por parte de paciente,</p>	<p>RESULTADOS: - el apoyo telefónico en pacientes con HTA parece ser eficaz en el control de síntomas (cefalea, mareo y cansancio), en la modificación de factores de riesgo (consumo de sal, control del estrés) y adherencia al tratamiento farmacológico</p> <p>Este tipo de intervención, aunque no de forma protocolizada es frecuente en las consultas de enfermería de AP en el Área de Segovia.</p> <p>No queda claro cómo se realiza la aleatorización de los grupos.</p> <p>- Se observó mejoría en la modificación de</p>	<p>NE: 1+ ; GR: B</p>



	2. Medida de la Presión Arterial, 3. Medida de Peso 4. Capacidad de ejercicio (test de la marcha de seis minutos)	algunos factores de riesgo. Disminución de la ingesta de sal (GC: 60.5% frente GI: 35%; p=0.02), reducción del estrés (GC: 52.6% frente a GI: 32.5%; p=0.05), adherencia al tratamiento farmacológico (GC: 55.3% frente a GI: 35%; p=0.005). - No siendo significativas la disminución del consumo de alcohol y tabaco, conocimiento de la enfermedad, capacidad de ejercicio y disminución de la presión arterial. - La disminución de peso de 1 Kg en el GI fue significativamente diferente del GC, en el cual no hubo variación (p=0.03).	efecto de la intervención ya que no nos aporta los intervalos de Confianza.
Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X.	Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3.	MÉTODOS DE ADHERENCIA AL TTO FARMACOLÓGICO COCHRANE	INTERVENCIÓN: Realizada por instructores no sanitarios entrenados por un farmacéutico, una enfermera especialista en rehabilitación cardíaca, un dietista, un asesor de prestaciones sociales y Servicios de Recreación.
BUSQUEDA REFERENCIAL DE HAYNES Coul AJ, Taylor VH, Elton R, Murdoch PS, Hargreaves AD. A randomised controlled trial of senior Lay Health Mentoring in	Pacientes de 60 años o más con diagnóstico de angina de pecho o infarto agudo de miocardio, hospitalizados y	- Los pacientes del grupo intervención, al cabo de un año, realizan una hora de paseo más por semana que el grupo control; con un IC del 95%, diferencia en minutos: 73 (1-137); p<0.05. - El porcentaje de la distribución de calorías totales de la dieta fue más	NE: 1+ ; GR: B El Programa de educación, dirigido por instructores no sanitarios (formados previamente) a grupos de pacientes con enfermedad isquémica cardíaca, es eficaz en la mejora de la distribución de calorías de la dieta y la adherencia al tratamiento





<p>older people with ischaemic heart disease: The Braveheart Project. Age and Ageing 2004;33:348-54. [MEDLINE: 15136288]</p> <p>ambulatorios en atención secundaria</p> <p>De una muestra de 319 completaron el estudio 289 (GI: 165; GC: 154).</p> <p>Consistió en la formación de grupos de 10 personas lideradas por un instructor con una duración de 2h semanales durante un año.</p> <p>Los instructores fueron previamente capacitados por los profesionales sanitarios durante 30 horas.</p> <p>El énfasis principal para la capacitación se basó en un enfoque centrado en la persona del psicólogo Carl Rogers, que refuerza los principios de auto-ayuda y facilitación de grupos.</p> <p>Las actividades de formación que se realizaron con los grupos se centraron en la capacitación sobre factores de riesgo del estilo de vida, el consumo de tabaco, la dieta y el ejercicio; la presión arterial y el colesterol; la comprensión y la capacidad para hacer frente a la Cardiopatía Isquémica.</p> <p>adecuado en el GI que en el GC con $p < 0.05$ para la ingesta de grasa total, de grasa saturada y carbohidratos. Los pacientes del grupo intervención prefirieron el uso de grasas poliinsaturadas ($p < 0.001$) y monoinsaturadas ($p < 0.05$).</p> <ul style="list-style-type: none">- El grupo intervención obtuvo mayor adherencia al tratamiento farmacológico que el grupo control; $p < 0.01$.- El grupo intervención redujo significativamente la necesidad de atención sanitaria, con una diferencia de -0.25 (-0.61 a -0.08); $p < 0.01$.- El funcionamiento físico del cuestionario de salud (SF-36) mostró mejoría en el grupo intervención, con una diferencia de 6.1 (2.4-9.5); $p < 0.05$.- El GI precisó un 13% menos de ayuda doméstica de su familia que el GC, con un IC del 95%, (3-23); $p < 0.01$.	<p>farmacológico, mejora el funcionamiento físico y disminuye la demanda de atención sanitaria y de ayuda doméstica.</p>
--	--

MEDIDAS DE RESULTADO:

La dieta se evaluó mediante cuestionario, por entrevistas y por un diario de alimentos de 3 días.

El ejercicio se evaluó mediante preguntas sobre la actividad física de la semana anterior.

El cambio percibido en la toma de la medicación, utilizando una escala Likert de cinco puntos en el cuestionario final.

El estado de salud se midió utilizando





	<p>el cuestionario de salud SF-36 (9). El estado mental se midió utilizando La escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (10).</p> <p>Medidas de Resultado Primarias:</p> <ul style="list-style-type: none">- el cambio en los factores de riesgo coronario,- el uso de fármacos- el uso de los servicios de salud de atención secundaria. <p>Medidas de Resultado Secundarias:</p> <ul style="list-style-type: none">- eventos cardiovasculares totales- cambios en el cumplimiento de la medicación,- requerimiento de apoyo no-médico,- el estado de salud,- el funcionamiento psicológico- la inclusión social.	<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>En la Fase 1 del estudio entran 174 pacientes voluntarios > 65 años, con riesgo de no adherencia, con factores de riesgo CV, con 4 o más medicamentos para problemas crónicos, seleccionados de una comunidad de militares retirados, llegando a fase 2, 159 pacientes.</p>	<p>Al término de la segunda fase se observó:</p> <ul style="list-style-type: none">- la adherencia a la medicación disminuyó en el grupo de atención habitual frente al Grupo Intervención: 69.1 % (Media Sostenida: 16.4) vs 95.5% (Media Sostenida: 7.7); $p<0.001$.- Con un IC del 95%: la disminución de la Presión Arterial Sistólica, en mm de Hg, en el Grupo Intervención fue de -6.9 (-10.7 a -3.1), mientras que en el grupo Control fue de -1.0 (-5.9 a 3.9) $p=0.04$. <p>La disminución de la Presión Arterial Diastólica en el Grupo de Intervención fue -2.5 (-4.9 a -0.2) Y en el Grupo Control -1.2 (-3.7 a 1.2) $p=0.39$</p>	<p>El programa integral de farmacia consistente en la educación del paciente y la ayuda mediante los blister compuestos de todos los medicamentos a tomar se asocia a una mejoría en la adherencia a la medicación en ancianos polimedicados.</p> <p>Las pérdidas se utilizaron en los análisis estadísticos hasta el punto de desaparición del estudio. Análisis por Intención de Tratar</p> <p>Los pacientes que no completaron las fases 1 y 2 fueron comparables con los</p>	<p>NE: 1- ; GR: No aplicable por alto riesgo de sesgo</p>
--	--	---	---	--	---



<p>Grupo Control: 76 Grupo Intervención: 83 Pérdidas: 6 GI y 7 GC</p> <p>duración de 8 meses. Estudio Descriptivo Prospectivo - 2^a fase, con los pacientes que continúan en el estudio a los 8 meses se aleatorizan en dos grupos: Intervención: continuar igual y Control: no continuar con la intervención. Con una duración desde el mes 9 al 14 (6 meses) ECA</p> <p>MEDIDAS DE RESULTADO: Medidas de Resultado Primarias: Cambio en la adherencia al tratamiento mediante el conteo de medicamento de los blister pack. Medidas de Resultado Secundarias: Cambios asociados a la Presión Sanguínea, y niveles de LDL-colesterol.</p>	<p>La disminución de Ldl-Colesterol en el Grupo Intervención fue -2.8 (-8.1 a 2.5) y en el Grupo Control -5.8 (-11.0 a -0.6); p=0.85.</p> <p>que consiguieron acabarlas excepto que hubo más abandonos de hombres.</p> <p>La aleatorización de los pacientes se realizó a través de una secuencia creada por ordenador.</p> <p>Debido a la naturaleza del estudio no fue posible cegar a pacientes e investigadores.</p>	<p>NE: 1+ ; GR: A</p>
<p>BÚSQUEDA REFERENCIAL DE HAYNES Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Corchado Albalat Y, Chaves González R, Grandio A, Losada Velasco C, et al. Efficacy of an intervention to improve treatment compliance in hyperlipidemias [Spanish]. Atencion Primaria 2004;33:443-50. [MEDLINE: 15151791]</p>	<p>Selección de 126 pacientes ambulatorios con hipercolesterolemia diagnosticados según criterios del Consenso Español, de ambos性, entre 18 y 75 años, en tratamiento farmacológico hipolipemiante, en función de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que presenten y en prevención</p> <p>INTERVENCION: Se formaron dos grupos: - Grupo Control: 63 pacientes que recibieron la intervención habitual del médico. - Grupo de Intervención: 63 pacientes que recibieron, además, una «llamada telefónica» a los 15 días y a los 2 y 4 meses.</p> <p>MEDIDAS DE RESULTADO: - Recuento de comprimidos - Determinación de colesterol, triglicéridos, HDL-colesterol y LDL-colesterol, al inicio, a los 3 y 6 meses.</p>	<p>Cumplimiento del tratamiento (IC 95%: Grupo Control: 64.4% (55.3-73.5) Grupo Intervención: 93.5% (88.8-98), Con diferencias significativas entre los dos grupos: p<0.001.</p> <p>El porcentaje de pacientes controlados en todos los parámetros lipídicos siguiendo los objetivos terapéuticos del Consenso Español fue de 43.9% en el GI (IC del 95%, 34.9-52.9%) y del 23.1% en GC (IC del 95%, 15.4-30.8%); p<0.005).</p> <p>ELDL controlado según el riesgo cardiovascular se obtuvo en el 53.7% (IC del 95%, 44.6-62.8%) de los individuos del GI y en el 25.9% del GC (IC del 95%, 17.9-33.9%; p<0.001), sin diferencias en el</p>





	primaria, según la pauta recomendada por el Consenso español para el control de la colesterolemia.	grado de control de los valores de HDL y triglicéridos entre ambos grupos. El número de pacientes que requieren la intervención para prevenir un caso de incumplimiento terapéutico (NNT) es de 3.4 pacientes.	El uso de la automonitorización en domicilio en pacientes hipertensos no controlados inscritos en el programa AMPA es efectiva en el control de la HTA.
BÚSQUEDA REFERENCIAL DE HAYNES	Muestra de 250 pacientes con leve o moderada hipertensión arterial, de acuerdo a los criterios JNC-VI, de diagnóstico reciente o no controlada, entre 18 y 80 años. Estudio multicéntrico (70 consultorios) con la captación de 6 pacientes por consultorio. Los pacientes fueron asignados al azar a uno de los dos grupos, estratificados por edad y sexo.	INTERVENCIÓN: Consiste en la Auto-monitorización de la TA en domicilio. Los pacientes fueron seleccionados al azar y distribuidos en dos grupos: - Grupo Control (GC) que recibió la intervención de salud estándar; - Grupo Intervención (GI): además de una intervención de salud estándar, también recibieron un monitor automático OMRON para AMPA (que indica la frecuencia de la medición). Los pacientes recibieron un kit en su casa que contiene el monitor, un manual de instrucciones, un resumen de las funciones, y una tarjeta para anotar las mediciones. Se les aconsejó seguir el programa de AMPA. Los pacientes recibieron una llamada telefónica para explicar cómo utilizar el monitor y seguir el programa. A los pacientes se les realizó 4 visitas incluida la de inclusión al inicio, 1 mes, 12 meses y 24 meses.	NE: 1+ ; GR: A - Midieron el Porcentaje de Cumplimiento (nº de comprimidos tomados/nº de comprimidos prescritos *100). Este Porcentaje de Cumplimiento, con un IC del 95%, fue en el GC de 87.6% (81.2-94.0) y de 93.5% (88.7-98.3) en el GI; p=0.0001. - Con un IC del 95%, se observó un cumplimiento entre los pacientes del GC del 74% (63.9-84.1) y del 92% (86.7-97.3) en el GI; p=0.0007. - El número de pacientes que requieren la intervención MEMS para prevenir un caso de incumplimiento terapéutico (NNT) es de 5.6 pacientes. - Con un IC del 95%, el porcentaje de pacientes que consiguieron controlar su TA al final del estudio fue del 56% en el GC (46.3-65.7%) y 67% en el GI (57.8-76.2); p=NS.



	<p>26 se retiraron del estudio 13 del grupo control y 13 del grupo intervención p=NS. Se analizaron los datos de cumplimiento de 200 pacientes 88.49% de la muestra, 102 hombres y 98 mujeres</p> <p>BÚSQUEDA REFERENCIAL DE HAYNES Pradier C, et al. Efficacy of an educational and counseling intervention on adherence to highly active antiretroviral therapy: French prospective controlled study. <i>HIV Clinical Trials</i> 2003;4 (2):121-131. [MEDLINE: 12671780]</p>	<p>- Tensión Arterial: utilizando un monitor validado automático OMRON M4, realizando media entre dos cifras de TA.</p> <p>- Peso y Altura, descalzo y con ropa ligera.</p> <p>- El uso de MEMS (sistema de monitorización de eventos en la toma de la medicación) se utilizó para evaluar la adherencia al tratamiento.</p> <p>De 310 pacientes mayores de 18 años elegibles, en tratamiento por VIH, 246 firmaron el consentimiento. Se asignaron aleatoriamente 124 en Grupo Intervención y 122 en Grupo Control.</p> <p>Pérdidas: 1 en cada grupo por fallecimiento.</p>	<p>- La intervención consistente en sesiones individuales educativas y de consejo basadas en la psicología motivacional, la terapia empática y centradas en el binomio cliente-terapia, mejoran la autoeficacia y las habilidades de los pacientes HIV.</p> <p>En M6, no se encontraron diferencias entre ambos grupos en el número de síntomas autoreferenciados (mediana [IQR] = 3.5 [1.0-6.0] en el GI vs 3.5 [2.0-6.0] en el GC; p=0.98).</p> <p>La proporción de pacientes con eventos adversos tóxicos médica mente informados también fue similar en M6 (23.6 % frente a 18.2 %; p=0.38).</p> <p>Cuando se consideraron a los pacientes no respondientes en M6 como no adherentes en un análisis por intención de tratar, el único predictor significativo de 100 % de adhesión en M6 fue el Grupo de Intervención (OR [95 % CI] = 1.7 [1.0-2.8]; p =0.05) tras ajustar por cumplimiento al inicio (OR [IC 95 %] = 2.5 [1.4 a 4.2]; p=0.001).</p> <p>MEDIDAS DE RESULTADO: Mediante un cuestionario auto-administrado entregado a ambos grupos en M0 y M6 se mide: - Pacientes adherentes, entendiendo como tal los que alcanzaron un nivel</p>



	<p>de adherencia del 100% en M6 (los que tomaron correctamente su medicación prescrita al menos en los 4 últimos días).</p> <ul style="list-style-type: none">- Síntomas percibidos- Efectos adversos de los fármacos- Cambio de la carga viral (Porcentaje de pacientes que logra < 40 copias/ml en plasma HIV-1 RNA) entre M0 y M6.	<p>adherentes en M6 fue mayor entre los 59 pacientes que habían recibido las tres sesiones en comparación con aquellos que sólo habían recibido una o dos sesiones (83% vs 63%; $p=0.05$).</p> <p>La proporción de pacientes adherentes fue significativamente más alta para el GI en M6 (75% vs. 61%; $p=0.04$)</p>		<p>Medida del cambio en la PA:</p> <ul style="list-style-type: none">- ANOVA confirmó en GI descenso significativo entre PAS ($F= 17.3$; $p < 0.01$) y PAD ($F=6.22$; $p<0.01$), pero no cambio significativo entre pacientes de GC. <p>Medida de la adherencia:</p> <ul style="list-style-type: none">- El promedio de adherencia diaria a la medicación de los pacientes del GI fue de $80.5\% \pm 23.0\%$ (media \pm DE) entre los percentiles 25 y 75 cambiaron del 77% al 95%; mientras que la tasa de pacientes en el GC fue del $69.2\% \pm 31.1\%$ entre los percentiles 25 y 75 del 50% a 93%; con un $t=2.199$; $p=0.03$.- En ambos grupos, las pautas de una toma al día produjeron las mayores tasas de adherencia que cuando la pauta de toma de medicación era más 2 veces al día. GI de $82\% \pm 28\%$ y GC de $75\% \pm 27\%$ para la dosificación una vez al día. GI el $69\% \pm 34\%$ y GC el $49\% \pm 41\%$ para la dosificación de dos veces al día o más. Ninguna de estas diferencias alcanza significación estadística.
<p>BÚSQUEDA REFERENCIAL DE HAYNES Rudd P, et al. Nurse management for hypertension: a systems approach. American Journal of Hypertension 2004; 17(10):921-927.</p>	<p>Pacientes adultos hipertensos (>150 mm Hg sistólica o > 95 mm Hg diastólica o ambos) con al menos 1 registro en los últimos 6 meses o historia clínica de tratamiento antihipertensivo según los criterios y con factores de riesgo de la JNC VI.</p> <p>La muestra se constituyó con 150 (10% de los pacientes atendidos que cumplían con los criterios para ser incluidos en el estudio) pacientes.</p>	<p>INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none">- Grupo Control: Atención habitual sola (UC)- Grupo Intervención: Atención habitual complementada con la gestión de enfermería para la hipertensión (INT). Consistente en contactos telefónicos (10 minutos de promedio) de la enfermera durante el seguimiento (a la semana y a los 1, 2 y 4 meses).La enfermera preguntó sobre cada dosis del medicamento y cualquier problema experimentado desde el contacto anterior.La enfermera también animó a los pacientes a telefonear con preguntas o preocupaciones.La enfermera cambió dosis según las cifras de PA e inicializó medicamentos con el permiso del médico prescriptor según protocolo. <p>MEDIDAS DE RESULTADO:</p>		<p>NE: 1+ ; GR: B</p> <p>El uso de la auto-monitorización de la TA en domicilio asociada al apoyo telefónico y al uso de protocolos de decisión en tratamiento farmacológico gestionado por enfermeras se ha mostrado como una alternativa fiable a la monitorización en consulta.</p> <p>El proceso de asignación aleatoria se hizo mediante ordenador.</p> <p>No se muestran pérdidas de muestra.</p> <p>El uso de la auto-monitorización de la TA en domicilio asociada al apoyo telefónico y al uso de protocolos de decisión en tratamiento farmacológico gestionado por enfermeras se ha mostrado como una alternativa fiable a la monitorización en consulta.</p> <p>El uso de la auto-monitorización de la TA en domicilio asociada al apoyo telefónico y al uso de protocolos de decisión en tratamiento farmacológico gestionado por enfermeras se ha mostrado como una alternativa fiable a la monitorización en consulta.</p>



BÚSQUEDA REFERENCIAL DE HAYNES Vergouwen AC, Bakker A, Burger H, Verheij TJ, Koerselman F. A cluster-randomized trial comparing two interventions to improve treatment of major depression in primary care. Psychological Medicine 2005; 35: 25-33.	<ul style="list-style-type: none">- Diferencia en los valores de PA entre el comienzo del estudio y a los 6 meses, mediante esfigmomanómetro portátil semiautomático validado. El seguimiento de los cambios en la PA se realizaron 2 veces al día por el propio paciente en su domicilio.- Adherencia a la medicación: promedio de número de días en que los pacientes tomaron el número correcto de dosis prescritas.	INTERVENCIONES: Se compararon dos intervenciones: <ul style="list-style-type: none">- Grupo Control: programa de seguimiento habitual- Grupo Intervención (programa de cuidados en depresión): educación (mediante sesiones y escritos motivacionales con especificación de la patología, sus síntomas y factores de riesgo, así como la importancia de la toma de antidepresivos, sus efectos y efectos colaterales), participación del paciente (percepción de coste-beneficio en medicación, plan de actividad, discusión sobre cómo mejorar el soporte social con sus problemas de salud) y un seguimiento más sistemático. Pérdidas: 22 GI y 16 en GC	Resultados en Adherencia: No hay diferencias significativas en la semana 10, ni en la 26 entre el GI y el GC. Sin embargo, cuando se consideran las pérdidas como no adherencia se muestra un 61% de adherencia en el GI y un 54% en el GC [OR: 0.7 (95% CI: 0.4-1.3)] Resultados en Depresión: No hubo diferencias significativas en resultados en depresión entre los grupos.



		<p>- Medida Primaria: adherencia por conteaje de comprimidos en las 7 visitas.</p> <p>-Medidas Secundarias: Adherencia en la visita 10. Resultados en depresión en la semana 10 y 26: MINI, Clinical Global Impression (CGI; Guy, 1976), Beck Depression Inventory (BDI; Beck, 1961), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1974)</p>	
--	--	--	--

1. La teoría de la acción razonada (del inglés: theory of reasoned action (TRA) es un modelo general de las relaciones entre actitudes, convicciones, presión social, intenciones y conducta. Desarrollado por Martin Fishbein e Icek Ajzen (1975, 1980). Las acciones se basan en las actitudes individuales, una teoría de la acción consiste esencialmente en una descripción de las actitudes. La información es de tipo cognitivo, afectivo y conductual (WIKIPEDIA).
2. Self-efficacy for Managing Chronic Disease 6-item Scale (Lorig et al., 1996): Escala de eficacia en los problemas en enfermedades crónicas
3. Escala de Actitud Proactiva basada en la Teoría de Afrontamiento Activo. Consiste en siete escalas a nivel cognitivo y del comportamiento. Mide el afrontamiento basado en la inventiva, la responsabilidad y la visión.
4. Test de actividades de autocuidado en DM en los últimos 7 días (dieta, ejercicio, control de glucemia, cuidados de los pies, hábito tabáquico)
5. Escala de Actividad Física para personas mayores valorando los últimos 7 días (tiempo libre, hogar, actividades en el trabajo, actividad de voluntariado)
6. Kristal Food
7. Escala de los hábitos de consumo de grasa (5 ítems) y del consumo de fibra (3 ítems)
8. Escala que predice la adherencia de los pacientes al tratamiento dependiendo de sus creencias el tratamiento.
9. Cuestionario de salud SF-36
10. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)
11. JNC VI: Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure



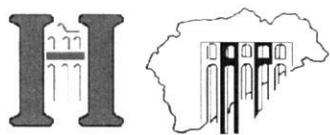
Junta de
Castilla y León
Consejería de Sanidad

BIBLIOGRAFÍA

1. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA International. Definiciones y Calsificaciones, 2012-2014 Barcelona: Elsevier; 2013.
2. LJ C. Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9th ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2003.
3. Rodríguez-García MJaCAFd. Enfermeras y adherencia farmacológica: discurso y conducta. Index Enferm. 2011 Sept; 20(3): p. 160-164.
4. MT LR. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y práctica. 9th ed. Barcelona: Elsevier-Manson; 2013.
5. Bulechek GM. NIC, clasificación de intervenciones de enfermería España. 5th ed. Madrid: Elsevier; 2009.
6. Martha Raile Alligood AMT. Modelos y teorías en enfermería. 7th ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
7. García Marco Mª Isabel LIMNVEMJ. Reflexiones entorno a la relación terapéutica ¿Falta tiempo? Index Enfer-digital edition. 2004; XIII((47):44-48).
8. Virginia H. ¿Podemos adjudicar un papel estelar a los pacientes?. Nursing -Ed esp-. 1988 jun-jul ; 6(6)(10-11).
9. Azarola A, Perestelo-Pérez LFGs(,Ei), 2012. 21m. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida.Informe SESPAS. Barc:; 2012.
10. Ruiz Moral R, Antonia AD, Dios Guerra C, Gimenez García C, Gonzalez Neubauer V, Perula de Torres LA, et al. Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud. Enferm Clínica. 2011; 21(3)(136-142).
11. Rachmani R SIBMFSRRM. Teaching and motivating patients to control their risk factors retards progression of cardiovascular as well as microvascular sequelae of Type 2 diabetes mellitus- a randomized prospective 8 years follow-up study. Diabet Med. 2005 Apr; 22 (4)(410-4).
12. Henselmans I dHHSE., 14 :d113E2M. Enhancing patient participation in oncology consultations: a best evidence synthesis of patient-targeted interventions. Psychooncology. 2013 May; 22(5)(961-77).

13. Walters JA1 CPHCTHNMRAJTPWEWBR. Engaging general practice nurses in chronic disease self-management support in Australia: insights from a controlled trial in chronic obstructive pulmonary disease. *Aust J Prim Health.* 2012; 18(1)(74-9).
14. Xue F YWLR. A randomised trial of a 5 week, manual based, self-management programme for hypertension delivered in a cardiac patient club in Shanghai. *BMC Cardiovasc Disord.* 2008 May; 6(8:10).
15. George SZ RM. Preference, expectation, and satisfaction in a clinical trial of behavioral interventions for acute and sub-acute low back pain. *J Pain.* 2010 Nov; 11(11)(1074-82).
16. Fraile-Caviedes C DStdJEZMMRMFAGEGdHA. Pasos necesarios para buscar, evaluar y comunicar evidencias con garantías de calidad. 2011 Junio 9 y 10..
17. Sackett D SSRWRWHR. Medicina basada en la evidencia: cómo practicar y enseñar la EMB. 2nd ed. Madrid: Harcourt Ediciones; 2001.
18. Programa de habilidades en lectura crítica Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. CASPe. <http://www.redcaspe.org/herramientas/lectura/10revision.pdf>. [Online].; 2005. Available from: <http://www.redcaspe.org/herramientas/lectura/10revision.pdf>.
19. Network SIG. SIGN grading system 1999 – 2012. [Online].; Last modified 16/05/14 [cited 2015 junio 29. Available from: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html>.
20. Lee JK, Grace KA. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein CholesterolA Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 2006; 296(21): p. 2563-2571.
21. Pradier C1 BLSBTTCMMSMRMFJPADPMJ. Efficacy of an educational and counseling intervention on adherence to highly active antiretroviral therapy: French prospective controlled study. *HIV Clin Trials.* 2003 Mar-Apr; 4(2): p. 121-31.
22. ANTON C. VERGOUWEN ABHBTJVaFK. A cluster randomized trial comparing two interventions to improve treatment of major depression in primary care. *Psychological Medicine.* 2005;; p. 25-33.
23. Thoelen BJ dRDBJGKRG. Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the context of diabetes management. *Psychol Health..* 2009 Mar; 24(3): p. 237-54.

24. Márquez Contreras E VGOMCNGGVdIFvWMCMJFR. Efficacy of telephone and mail intervention in patient compliance with. *Blood Press.* 2005; 14(3): p. 151-8.
25. STEWART AV M, CJ E, DAVIS KA B. Effect of a telephonic intervention on the adherence of patients. *South African Journal of Physiotherapy.* 2003; Vol 59(1): p. 29-35.
26. E. Márquez Contreras JJCMYCARCGAG. Eficacia de una intervención para mejorar el cumplimiento terapéutico en las dislipemias. *Aten Primaria.* 2004; 33(8): p. 443-50.
27. Peter Rudd NHMJKHCK. Nurse Management for Hypertension. *the American Journal of Hypertension.* 2004 October ; 17(10).
28. Márquez-Contreras E1 MCNGGVdIFVWMCMJMdPJFMGJSA. Efficacy of a home blood pressure monitoring programme on therapeutic compliance in hypertension: the EAPACUM-HTA study. *J Hypertens.* 2006 Jan; 24(1): p. 169-75.
29. Coull AJ1 TVERMPHA. A randomised controlled trial of senior Lay Health Mentoring in older people with ischaemic heart disease: The Braveheart Project. *Age Ageing.* 2004 Jul; 33(4): p. 348-54.
30. Morilla-Herrera JCea. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. *Anales Sis San Navarra.* 2011 Abr; 34(1): p. 51-61.
31. S. Moorhead MJMMES. *Nursing Outcomes Classification (NOC).* 4th ed. Madrid: Elsevier; 2007.
32. Gutiérrez-De Montes Susana1 GBMBFRM. *INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EFICACES EN LA ADHERENCIA.* SACyL, Banco de Evidencias en cuidados; 2011.
33. Carmen TV, Carmen NG, Hernández-PedrazaRaquel , Begoña SGM, Gonzalo DC. Las enfermeras mejoran la salud de los pacientes crónicos. Banco de evidencias en cuidados:; 2008.
34. Fahey T SKES. Intervenciones para mejorar el control de la presión arterial en pacientes hipertensos. 2005. Revisión Cochrane traducida.
35. Llanos Méndez A. Efectividad de la automonitorización y autocontrol del tratamiento con anticoagulantes orales. Sevilla: AETS, INFORMES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS; 2013.



36. Malanda UL1 WLRIDJNGBS. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jan; 18(1).
37. Foster G TSESRJGC. Programas de educación de autocuidado a cargo de personas no profesionales para pacientes con afecciones crónicas. 2008. Revisión Cochrane traducida. Biblioteca Cochrane plus, 2008 nº 4.
38. Santamera AS. Revisión de intervenciones en Atención Primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Aegencia de Evaluación de tecnologías sanitarias; 2003. Report No.: 84-95463-23-7.