

Intervención educativa para mejorar el cumplimiento del tratamiento y prevenir reingresos en pacientes de edad avanzada con insuficiencia cardíaca



Carlos Falces^{a,b}, Carmen López-Cabezas^c, Rut Andrea^{a,b}, Anna Arnau^d, Miquel Ylla^a y Josep Sadurní^a

^aUnidad de Cardiología. Hospital General de Vic. Vic. Barcelona.

^bServicio de Cardiología. Institut Clínic del Tórax. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

Barcelona. ^cServicio de Farmacia. ^dUnidad de Epidemiología Clínica. Hospital General de Vic. Vic. Barcelona. España.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: Evaluar la eficacia de una intervención multifactorial en el alta hospitalaria de pacientes de edad avanzada con insuficiencia cardíaca para mejorar el cumplimiento del tratamiento y disminuir tanto los reingresos como los días de hospitalización, además de valorar su impacto sobre la calidad de vida.

PACIENTES Y MÉTODO: Se ha realizado un ensayo clínico aleatorizado, de carácter prospectivo, con análisis del subgrupo de pacientes mayores de 70 años, que se asignaron aleatoriamente a 2 grupos: intervención y control. Se efectuaron visitas de seguimiento a los 6 y 12 meses. La intervención incluyó información sobre la enfermedad, tratamiento, dieta y seguimiento telefónico. Se evaluaron el cumplimiento del tratamiento, los reingresos, los días de hospitalización, la mortalidad y la calidad de vida.

RESULTADOS: Se incluyó a 103 pacientes (53 en el grupo de intervención y 50 controles), con edad media de 79 años y función ventricular mayoritariamente conservada, sin diferencias en las características basales. A los 6 meses en el grupo de intervención se observó mayor cumplimiento terapéutico (un 91,2 frente al 68,0%; $p = 0,04$) y el porcentaje de pacientes que reingresaron fue menor (un 22,6 frente a un 42,0%; $p = 0,03$), con menor número de reingresos por paciente (0,3 frente a 0,8; $p = 0,02$) y menos días de hospitalización (2,6 frente a 5,9; $p = 0,01$). A los 12 meses se mantuvo la tendencia favorable al grupo de intervención, pero sin significación estadística. No se hallaron diferencias significativas en mortalidad ni calidad de vida. La curva de supervivencia para la probabilidad de no reingresar en los 12 meses mostró el beneficio de la intervención ($p = 0,02$), con una razón de riesgo de 0,51 (intervalo de confianza del 95%, 0,27-0,95).

CONCLUSIONES: En una población de edad avanzada con insuficiencia cardíaca, una intervención educativa en el alta mejora el cumplimiento terapéutico, disminuye los reingresos y los días de hospitalización, sin diferencia en la calidad de vida.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca. Cumplimiento del tratamiento. Reingresos. Intervención educativa.

An educative intervention to improve treatment compliance and to prevent readmissions of elderly patients with heart failure

BACKGROUND AND OBJECTIVE: To assess the efficacy of a multifactorial intervention at discharge in elderly patients with heart failure to improve the adherence to treatment, reduce readmissions and days of hospitalisation, and to evaluate its effect on quality of life.

PATIENTS AND METHOD: A prospective, randomized clinical trial. Subgroup analysis in elderly patients (older than 70 years) admitted for heart failure. Patients were randomized into 2 groups: intervention and control. The intervention consisted of comprehensive education about the disease, drug therapy, diet, and telephonic strengthening. Rates of readmission, treatment compliance, and quality of life were evaluated at 6 and 12 months postdischarge.

RESULTS: 103 patients were included (53 intervention and 50 control), with a mean age of 79 years and ventricular function predominantly preserved. Both study groups were comparable with regard to baseline sociodemographic and clinical variables. At 6 months, patients in intervention group had a more compliance degree (91.2% vs 68.0%; $p = 0.04$), were less readmitted (22.6% vs 42.0%; $p = 0.03$), and number of readmissions/patient (0.3 vs 0.8; $p = 0.02$) and total days of hospital stay were significantly lower (2.6 vs 5.9; $p = 0.01$). At 12 months, had a minor number of readmissions without statistical significance. No significant differences were in mortality or quality of life. Survival free from readmissions curves shows that probability of readmission was lower in the intervention group ($p = 0.02$) with hazard ratio 0.51 (95% confidence interval, 0.27-0.95).

CONCLUSIONS: An educative intervention at discharge in an elderly population with heart failure improves treatment compliance, reduces readmissions and hospitalization days, without differences in quality of life.

Key words: Heart failure. Treatment compliance. Readmissions. Educative intervention.

Estudio cofinanciado mediante una ayuda del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS): PI00/0665.

Correspondencia: Dr. C. Falces.

Servicio de Cardiología. Institut Clínic del Tórax. Hospital Clínic.

Villarroel, 170. 08036 Barcelona. España.

Correo electrónico: cfalces@clinic.ub.es

Recibido el 14-11-2007; aceptado para su publicación el 14-2-2008.

La insuficiencia cardíaca (IC) es actualmente el motivo más frecuente de ingreso hospitalario en nuestro país en pacientes mayores de 65 años, por lo que se ha convertido en un problema de salud pública y supone una importante carga económica para la sociedad. En España se producen unos 74.000 ingresos al año por esta causa y se estima que un 50% de los pacientes reingresan durante el año siguiente¹. Su prevalencia aumenta debido en gran parte al envejecimiento de la población y causa el 6% de la mortalidad total en España². Los pacientes con IC son cada vez más mayores, con más comorbilidad, polimedcados y con dificultad para el adecuado cumplimiento del tratamiento. Se estima que más del 50% de ellos siguen mal las indicaciones de los tratamientos farmacológicos y hasta un 60-70% las medidas higiénico-dietéticas³. A pesar de que se dispone de fármacos con eficacia demostrada para mejorar el pronóstico, continúa siendo una enfermedad con elevada morbimortalidad^{1,2}.

Revisiones sistemáticas^{3,4} han mostrado que el incumplimiento del tratamiento y de las recomendaciones de estilo de vida constituye una de las principales causas de descompensación e ingreso hospitalario. Queda patente, pues, la necesidad de desarrollar intervenciones para mejorar el cumplimiento terapéutico y poder evitar reingresos y mejorar la calidad de vida⁵. Una única sesión educativa a los pacientes en el momento del alta hospitalaria ha demostrado disminuir el riesgo de hospitalización y muerte tras un seguimiento de 6 meses⁶. En cambio, un ensayo reciente de intervención tras el alta efectuada por farmacéuticos de la comunidad no logró obtener reducción de los reingresos⁷. Los estudios efectuados sobre diferentes abordajes multidisciplinarios han mostrado, en su mayoría, beneficios en el cumplimiento terapéutico y en la reducción de reingresos, aunque con limitaciones, como poblaciones muy seleccionadas, con poca comorbilidad o seguimiento corto. Diversas revisiones sistemáticas demuestran el beneficio de estos programas multidisciplinarios.

rios⁸⁻¹³, pero la mayor parte de los estudios incluyen a población seleccionada con IC sistólica. En nuestro país se han realizado estudios sobre intervenciones multidisciplinares educativas en el domicilio del paciente^{14,15} que han mostrado beneficio clínico: reducción de reingresos e incluso mejoría de la supervivencia y de la calidad de vida.

No está suficientemente estudiado el efecto de estas intervenciones en pacientes de edad avanzada con elevada comorbilidad y alta prevalencia de IC con función ventricular sistólica conservada¹⁶. Nuestro estudio tiene como objetivo evaluar el beneficio de una intervención educativa realizada en el momento del alta hospitalaria en un subgrupo de pacientes mayores de 70 años, con la finalidad de disminuir los reingresos y los días de estancia hospitalaria, mejorar la observancia del tratamiento y valorar su impacto sobre la calidad de vida. A diferencia de estudios previos, el trabajo se desarrolla en un medio rural, con una muestra poco seleccionada de pacientes y un alto porcentaje de ellos con función sistólica conservada.

Pacientes y método

Diseño del estudio

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, prospectivo, abierto y de ámbito hospitalario, realizado en pacientes ingresados por IC. Se les asignó aleatoriamente en el momento del alta hospitalaria a 2 grupos: intervención y control. El período de seguimiento fue de un año. El presente estudio analiza el subgrupo de pacientes de edad avanzada (mayores de 70 años) ingresados en el Hospital General de Vic, dentro del ensayo más amplio diseñado para evaluar el impacto de una intervención farmacéutica en pacientes con IC de todas las edades¹⁷.

Sujetos de estudio

La muestra está formada por pacientes mayores de 70 años ingresados por IC en la Unidad de Cardiología del Hospital General de Vic, en la comarca de Osona (Barcelona). Se trata de una comarca de 1.191 km² localizada en la zona central de Cataluña, que cuenta con 144.000 habitantes repartidos en 51 municipios.

Para establecer el diagnóstico de IC se aplicaron los criterios de Framingham¹⁸, debiendo estar presentes 2 criterios mayores o uno mayor y 2 menores. Los criterios de exclusión fueron: domicilio habitual fuera del área de influencia del hospital, domicilio en residencia geriátrica, traslado a centro sociosanitario, traslado a otro centro de agudos o programación de tratamiento quirúrgico, presentar demencia o trastorno psiquiátrico incapacitante o rechazo a participar en el estudio. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica y todos los pacientes incluidos firmaron un consentimiento informado.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se asumió una disminución en la media de ingresos igual o superior a 0,5 unidades para el grupo de intervención. Asumiendo una desviación estándar común de 1,0, con 60 sujetos en cada grupo se disponía de un poder estadístico del 80% para obtener un resultado estadísticamente significativo, con un error alfa del 5% bilateral.

Aleatorización

Se realizó mediante un programa informático de asignación aleatoria, que generó listas en bloques

de 4 para garantizar una distribución homogénea de los pacientes. La generación de la secuencia de aleatorización fue responsabilidad de la Unidad de Epidemiología Clínica, el control de la asignación lo efectuó el Servicio de Admisiones y la inclusión de los pacientes corrió a cargo de la Unidad de Cardiología. Ni el médico ni la enfermera responsable del paciente conocían la asignación hasta el momento de la intervención, el día del alta. El período de inclusión fue de septiembre de 2000 a agosto de 2002.

Descripción de la intervención

Los pacientes del grupo de intervención se incorporaron al programa de información activa, llevado a cabo por un farmacéutico del equipo investigador, que consistió en una entrevista personal en el momento del alta y un refuerzo telefónico posterior. La intervención incluyó información sobre la enfermedad, educación dietética e información sobre el tratamiento farmacológico. Se utilizó un lenguaje sencillo, adaptado al nivel cultural de los pacientes, con apoyo de material didáctico audiovisual y escrito. Durante los primeros 6 meses de seguimiento, y posteriormente cada 2 meses, se realizó una llamada telefónica al paciente como refuerzo de la intervención y para solventar dudas o problemas que hubieran podido surgir. Se facilitó al paciente un teléfono de contacto para que pudiera consultar cualquier duda que se presentase sobre el tratamiento o su enfermedad.

Recogida de datos y seguimiento

Se registraron las variables sociodemográficas y clínicas durante el ingreso. Se realizó un ecocardiograma para la valoración de la función ventricular. Se efectuaron visitas de seguimiento a los 6 y 12 meses tanto en el grupo de intervención como en el control. En dichas visitas, el cardiólogo realizaba una valoración clínica convencional según la práctica habitual y, posteriormente, un farmacéutico evaluaba el cumplimiento del tratamiento mediante el método de recuento de comprimidos, tras lo cual se clasificaba a los pacientes en 3 categorías: a) cumplidor, cuando habían tomado el 95-100% de las dosis prescritas; b)

parcialmente cumplidor (el 85-95% de las dosis prescritas), y c) no cumplidor (< 85%). También se consideró no cumplidor al paciente que no acudía a las visitas de seguimiento. Se evaluó la calidad de vida mediante la escala EuroQol, validada en castellano y catalán^{19,20}.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Las principales variables dependientes evaluadas fueron: tiempo transcurrido hasta el primer reingreso, porcentaje de pacientes que reingresaron, número total de reingresos y días totales de hospitalización durante el período de estudio. Como variables dependientes secundarias se evaluaron el cumplimiento del tratamiento, la calidad de vida y la mortalidad en el seguimiento.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el programa SPSS versión 12.0. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la de la χ^2 para las variables categóricas y la de la t de Student para las variables cuantitativas; en el caso de no cumplirse las asunciones pertinentes para cada test, se utilizaron pruebas no paramétricas. Para determinar si la variable independiente «grupo de asignación» era una variable predictora de reingreso, se realizó un análisis multivariable mediante un modelo de riesgos proporcionales de Cox, donde la variable dependiente fue el tiempo transcurrido hasta el primer reingreso hospitalario. Las muertes ocurridas sin hospitalización se consideraron datos censurados. Se ajustó el modelo con las covariables significativas en el análisis univariado o clínicamente relevantes. Se obtuvieron las correspondientes razones de riesgo (*hazard ratios*) junto con sus intervalos de confianza del 95%. El nivel de significación estadístico utilizado fue del 5% bilateral.

Resultados

Se aleatorizó a 103 pacientes mayores de 70 años, de los que 53 fueron asignados al grupo de intervención y 50 al grupo

TABLA 1

Características basales (variables sociodemográficas y clínicas) de los grupos control e intervención

	Control (n = 50)	Intervención (n = 53)
Edad media (años)	80,1 (5,5)	79,0 (4,9)
Sexo		
Varones	22 (44,0%)	21 (39,6%)
Mujeres	28 (56,0%)	32 (60,4%)
Estudios		
Analfabetos	7 (15,2%)	10 (19,2%)
Primarios	37 (80,4%)	37 (71,2%)
Secundarios/universitarios	2 (4,3%)	5 (9,6%)
Cuidadores		
Cónyuge	19 (40,4%)	20 (37,7%)
Hijos	17 (36,2%)	18 (34,0%)
Vive solo	6 (12,8%)	11 (20,8%)
Otros	5 (10,6%)	4 (7,5%)
Comorbilidad		
Hipertensión	34 (68,0%)	39 (73,6%)
Diabetes	19 (38,0%)	16 (30,2%)
Dislipemia	12 (24,0%)	8 (15,1%)
Arritmias	24 (48,0%)	26 (49,1%)
Insuficiencia renal	5 (10,0%)	2 (3,8%)
Infarto de miocardio previo	11 (22,0%)	12 (22,6%)
Anemia	8 (16,0%)	8 (15,1%)
Neumopatía crónica	15 (30%)	19 (35,8%)
Valvulopatía moderada o grave	12 (24,0%)	19 (35,8%)
Miocardiopatía dilatada	8 (16,0%)	8 (15,1%)
Fracción de eyección media	48,9 (17,3)	54,3 (13,4)
Clase funcional NYHA		
II	43 (89,6%)	44 (83,0%)
III-IV	5 (10,4%)	9 (17,0%)
Estancia hospitalaria media (días)	8,2 (4,8)	8,7 (4,6)
Promedio de fármacos prescritos al alta	7,0 (2,1)	7,5 (3,1)

Valores expresados como media (desviación estándar) o número de pacientes (porcentaje). NYHA: New York Heart Association.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3801617>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3801617>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)