FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Intervención en tiempo critico por medio de trabajadores comunitarios en salud, su efecto en la adherencia a tratamientos, en pacientes cardiovasculares del CESFAM Barros Luco

Viviana Ulloa Pino

Contenidos

Introducción

Bases teóricas

Hipótesis, objetivos

Marco metodológico

Descripción de la población de estudio

- Características sociodemográficas
- Características de los pacientes

Resultados

Consideraciones

DEFINICIÓN DE ADHERENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, reconociendo que existen múltiples factores que pueden influir en ello

Fuente: De Geest S, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Eur J Cardiovasc Nurs. 2003;2(4):323.

Incluye capacidad del paciente para:

a) asistir a consultas programadas,

b) tomar medicamentos como se prescribieron,

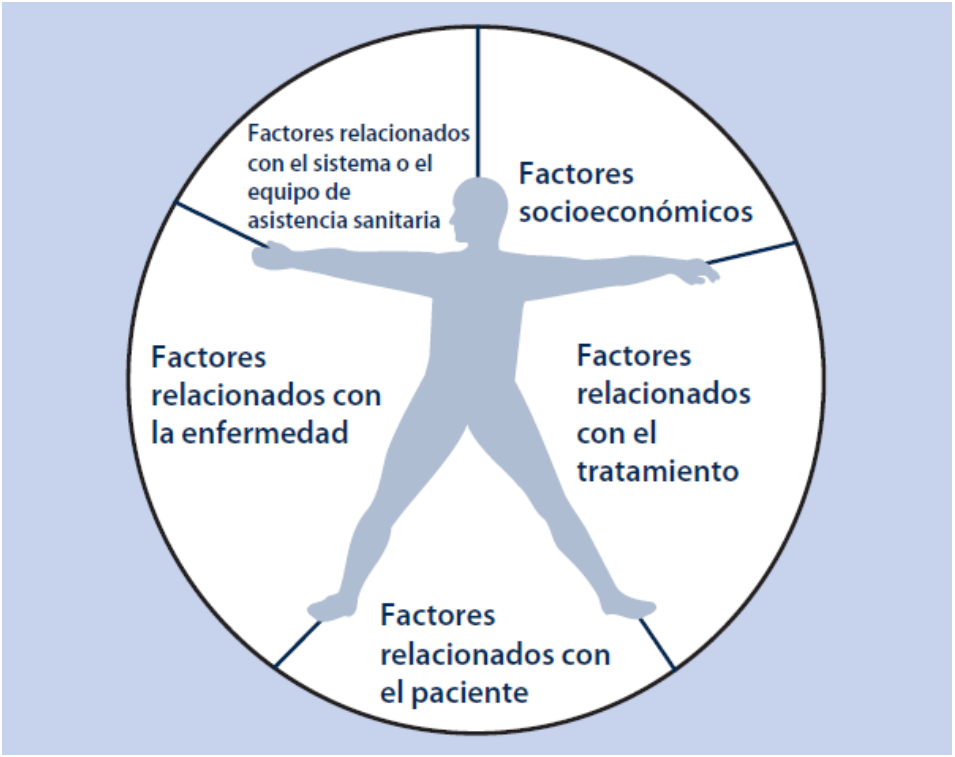
c) realizar los cambios de estilo de vida recomendados y

d) completar los análisis o pruebas solicitadas

Jáuregui jt, De Ta torre a G g. Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: Impacto de un programa multidisciplinario. Rev Médica del IMSS. 2002;40(4):307–18.
Libertad Martín. A. Repercusiones para la Salud Pública, de una adherencia terapéutica deficiente. Rev Cuba Salud Pública. 2006;32.
Libertad Martín. A. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cuba Salud Pública. 2004;30.
Ortiz M OE. Psicología de la salud: una clave para comprender la adherencia terapéutica. Rev Med Chil. 2007;135:647–52.
Silva G, Galeano E CJ. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no adherencia. Acta Med Colomb. 2005;34(4):268–73.

Factores involucrados en adherencia

Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica



Fuente: Adherencia a los tratamientos de largo plazo. Pruebas para la acción OMS 2004

Adherencia terapéutica

COMPLEJA

MULTIDIMENSIONAL

MULTIFACTORIAL

Características de las intervenciones con mejores resultados

Sistemáticas , duraderas, centradas en el paciente :reconocer al otro, su realidad y potencialidades, potenciar su autoconfianza

Éstas se pueden agrupar en cuatro categorías:

1. Cambios en la dosificación,
2. Programas educativos,
3. Programas de consejería conductual e
4. Intervenciones complejas que mezclan las categorías anteriores

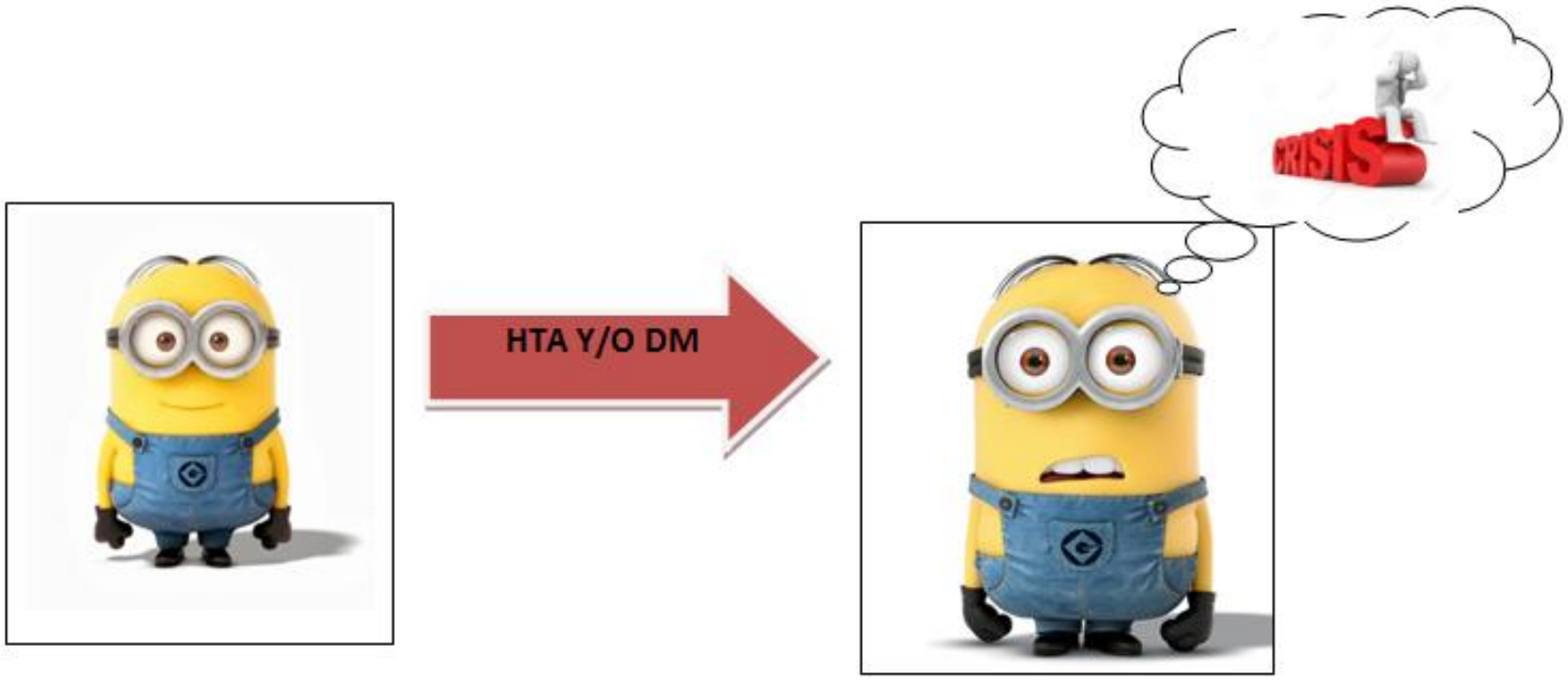
Cooper L a, Roter DL, Carson K a, Bone LR, Larson SM, Miller ER, et al. A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. J Gen Intern Med [Internet]. 2011;26(11):1297–304. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3208476&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

Haynes RB MH. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. J Am Med Assoc [Internet]. 2002;288(2):2880–3. Available from: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195606#Box1.MeasuresofAdherence*

Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centredness in chronic illness: What is it and does it matter? Patient Educ Couns. 2003;51(3):197–206

Senteio C, Veinot T. Trying to make things right: adherence work in high-poverty, african american neighborhoods. Qual Health Res [Internet]. 2014;24(12):1745–56. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25212857

Intervención en tiempo critico (ITC)



De Vet R, van Luijtelaar MJ a., Brilleslijper-Kater SN, Vanderplasschen W, Beijersbergen MD, Wolf JRLM. Effectiveness of Case Management for Homeless Persons: A Systematic Review. Am J Public Health [Internet]. 2013;103(10):e13–26. Available from: http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2013.301491

Susser E, Valencia E, Conover S, Felix a, Tsai WY, Wyatt RJ. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a "critical time" intervention after discharge from a shelter. Am J Public Health [Internet]. 1997;87(2):256–62. Available from: http://europepmc.org/abstract/med/9103106

Tomita. A, Herman DB. The Impact of Critical Time Intervention in Reducing Psychiatric Re-Hospitalization Following Hospital Discharge. psychiatr rehabil. 2012;63(9):935–7.

Trabajadores Comunitarios en salud (TCS)

Lebron CN, Reyes-Arrechea E, Castillo A, Carrasquillo O, Kenya S. Tales from the Miami Healthy Heart Initiative: The Experiences of Two Community Health Workers. J Health Care Poor Underserved [Internet]. 2015;26(2):453–62. Available from: https://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/journal_of_health_care_for_the_poor_and_underserved/v026/26.2.lebron.html

Kim MT, Kim KB, Huh B, Nguyen T, Han H-R, Bone LR, et al. The Effect of a Community-Based Self-Help Intervention. Am J Prev Med [Internet]. Elsevier; 2015;1–12. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379715002172

Kim MT, Kim KB, Huh B, Nguyen T, Han H-R, Bone LR, et al. The Effect of a Community-Based Self-Help Intervention: Korean Americans With Type 2 Diabetes. Am J Prev Med [Internet]. 2015 Jul 13 [cited 2015 Jul 24]; Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379715002172

ITC Y TCS

Enfermedades cardiovasculares

Adherencia

Intervenciones

ITC +TCS

Hipótesis

"Una intervención comunitaria en tiempo crítico, por medio de trabajadores comunitarios tiene un mayor efecto en la adherencia a indicaciones, en relación a la intervención habitual del programa de salud cardiovascular del CESFAM Barros Luco"

Objetivo general

Comparar el efecto de una intervención comunitaria en tiempo crítico realizada por trabajadores comunitarios en salud con la intervención habitual en la adherencia a indicaciones farmacológicas y no farmacológicas en pacientes portadores de Diabetes Mellitus 2 y/o Hipertensión Arterial

Marco metodológico

Modalidad de la investigación: estudio analítico, experimental

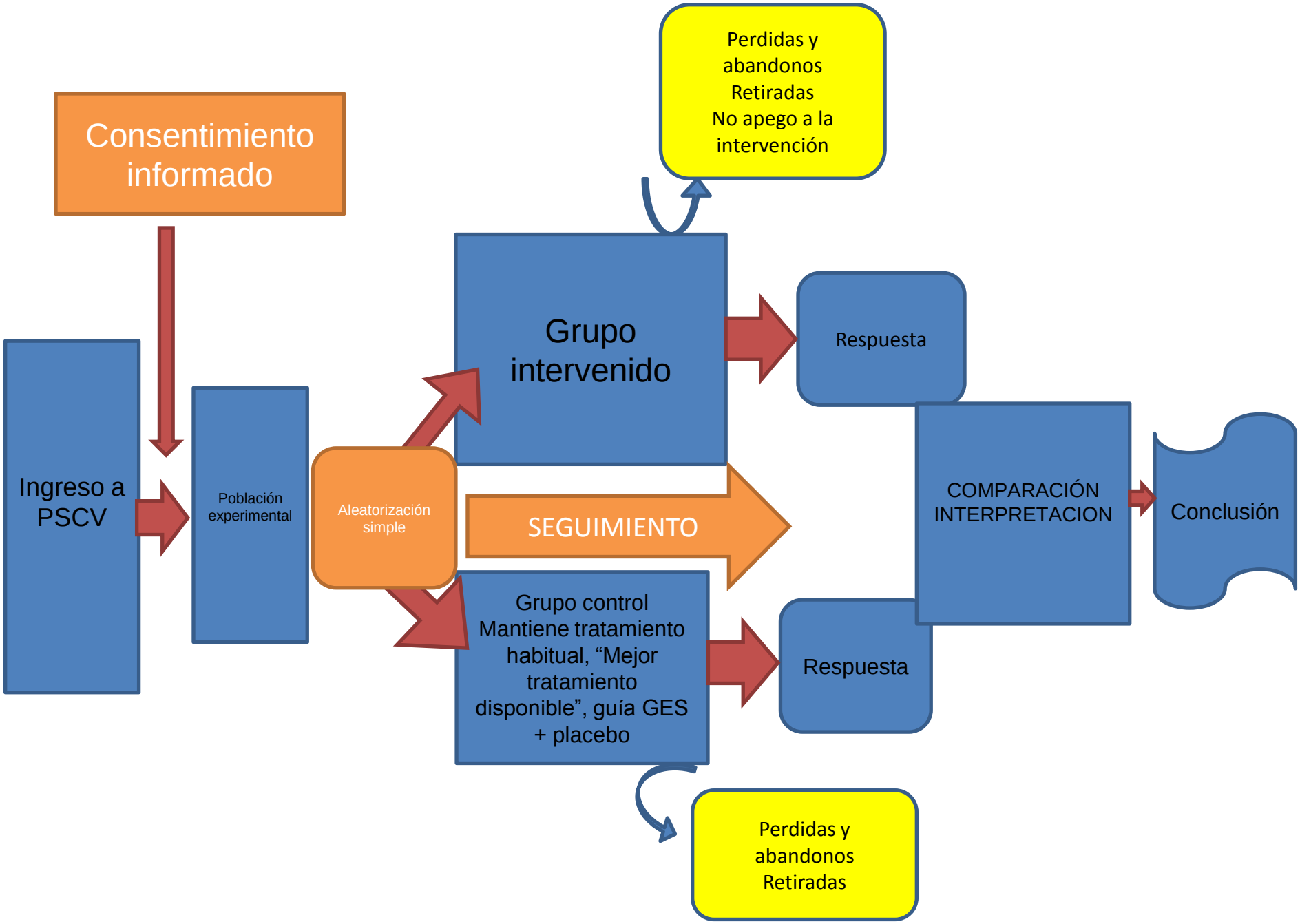
Diseño de la investigación : Ensayo clínico de intervención comunitaria

Población: pacientes CV, ingresos o reingresos luego de 1 año

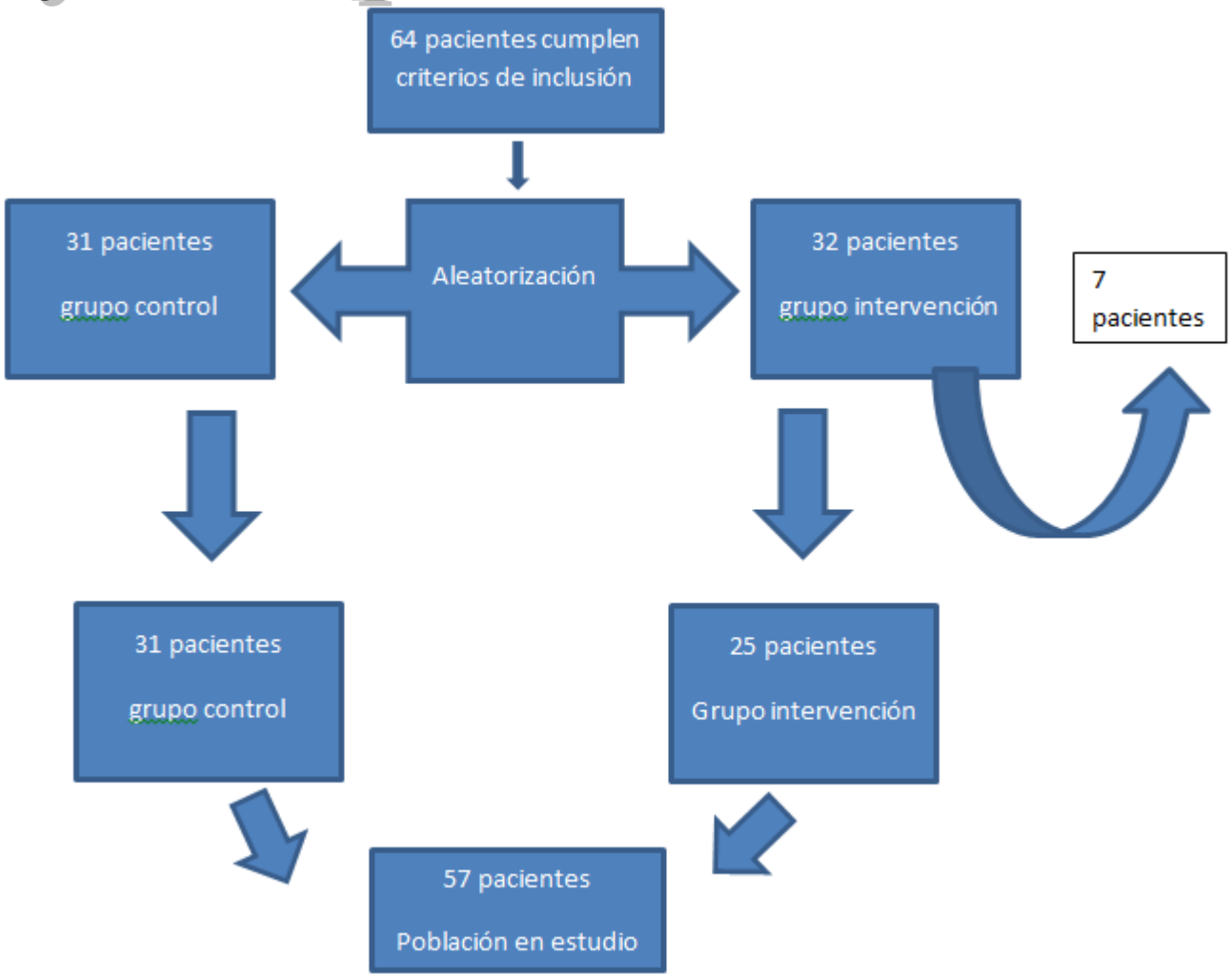
Muestra: pacientes que cumplen criterios de inclusión, dentro de plazos

Técnica e instrumento de recolección: cuestionario de 6 secciones

Análisis estadístico : stata 11.1, modelo de regresión logística, valor p=0.01, IC 95%. Correlación Phi (chi2). Identificación de variables confusoras según criterio estadístico y de variables modificadoras de efecto


Perdidas y abandonos Retiradas No apego a la intervención
Consentimiento informado
Grupo intervenido
Respuesta
Ingreso a PSCV
Población experimental
Aleatorización simple
SEGUIMIENTO
COMPARACIÓN INTERPRETACION
Conclusión
Grupo control Mantiene tratamiento habitual, “Mejor tratamiento disponible”, guía GES + placebo
Respuesta
Perdidas y abandonos Retiradas

Flujo de pacientes del estudio



CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla N° 1 Antecedentes sociodemográficos, población en estudio

		n	%
Sexo	Femenino	35	62,5
	Masculino	21	37,5
Grupo etario	Adulto (20 a 64 años)	35	62,5
	Adulto mayor (65 y más)	21	37,5
Estado Civil	Soltero(a)	8	14,3
	Casado(a)	32	57,1
	Separado(a)	6	10,7
	Divorciado(a)	3	5,4
	Viudo	5	8,9
	Conviviente	2	3,6

Fuente : Elaboración propia, basada en instrumento aplicado en estudio

Tabla N°2 Actividad laboral y nivel educacional, de la población en estudio

		n	%
Actividad laboral	Trabaja	28	50,0
	Dueña de casa	19	33,9
	Cesante	2	3,6
	Jubilado o pensionado	6	10,7
	Otra	1	1,8
Nivel Escolaridad	Básica incompleta	4	7,1
	Básica Completa	5	8,9
	Media Incompleta	12	21,4
	Media Completa	15	26,8
	Técnica Superior Incompleta	2	3,6
	Técnica Superior Completa	9	16,1
	Universitaria Incompleta	1	1,8
	Universitaria Completa	7	12,5
	Post grado	1	1,8

Fuente : Elaboración propia, basada en instrumento aplicado en estudio

Tabla N° 3 Nivel socioeconómico, de la población en estudio

		n	%
Ingresos familiares(mínimo)	No pobre	23	41,1
	Pobre	12	21,4
	Pobreza extrema	19	33,9
Ingresos familiares (máximos)	No pobre	46	82,1
	Pobre	7	12,5
	Pobreza extrema	1	1,8

Fuente : Elaboración propia, basada en instrumento aplicado en estudio
Se utiliza criterio aplicado en CASEN: pobreza (129.964 a > 86.643) pesos por persona equivalente; pobreza extrema <= 86.643 persona equivalente

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DEL ESTUDIO

Tabla N°4 Distribución de condiciones de salud, de la población en estudio

		n	%
Condición	Hipertensión	32	57,1
	Diabetes	8	14,3
	Ambas	16	28,6

Fuente : Elaboración propia, basada en instrumento aplicado en estudio

Tabla N° 5 Declaración de indicaciones recibas, según paciente, de acuerdo a grupo intervenido y grupo control

		n	%
Declaración de prescripciones	Medicamento	54	96,4
	Dieta	34	60,7
	Actividad fisica	16	28,6
	Abandono de tabaco	20	35,7
	Solo Farmacológicas	6	10,7
	Solo no farmacologicas	1	1,8
	Farmacológicas y no farmacológicas	48	85,7

Fuente : Elaboración propia, basada en instrumento aplicado en estudio

Tabla N° 6 Declaración de condición de fumador, y en estos nivel de dependencia, de la población en estudio

		N	%
Fumador	si	19	33,9
	no	37	66,1
Nivel de dependencia a nicotina	baja (0-3 pts)	17	89,5
	moderada (4-7 pts)	2	10,5

Fuente : Elaboración propia, basada en instrumento aplicado en estudio. Test de dependencia a la nicotina de Fagerström

Tabla N° 7 Nivel de actividad física, de la población en estudio

		N	%
Nivel de actividad física	baja	12	21,4
	moderada	19	33,9
	alta	15	26,8

Fuente : Elaboración propia, basada en instrumento aplicado en estudio, IPAQ corto

Tabla N° 8 Características de la alimentación, de la población en estudio

		n	%
Consumo alim. Saludable	si	28	50,0
	no	27	48,2
Colacion sana	si	35	62,5
	no	19	33,9
Consumo de agua	si	51	91,1
	no	3	5,4
Consumo de azúcar	si	15	27,8
	no	39	72,2
Consumo de sal	si	24	44,4
	no	30	55,6
Consumo frituras	Si	19	35,2
	no	36	66,7
Numero de comidas al día	1	1	1,9
	3	44	84,6
	4	5	9,6
	5	1	1,9
	6	1	1,9

Fuente : Elaboración propia, basada en instrumento aplicado en estudio.

ADHERENCIA
PRE Y POST INTERVENCIÓN

Tabla N°9 Porcentaje de variación, y significancia de las variables dependientes

	BASAL (T0)		POST (T1)				
Variables	n	%	n	%	variación	p. value Cambio	Seguirdad
Adherencia a fármacos	32	57,1	48	85,7	28,6	0,0000	99,99
Conocimiento de la enfermedad	35	62,5	40	71,4	8,9	0,0838	91,6
Conocimiento de fármacos	46	82,1	50	89,3	7,1	0,0814	91,9
Conoc. De todos los fármacos	19	33,9	18	32,1	-1,8	0,6111	38,9
Consumo de alim. Saludable	28	50,0	29	51,8	1,8	0,3946	60,5
Colación saludable	35	62,5	37	66,1	3,6	0,2905	71,0
No consume azúcar	39	69,6	50	89,3	19,6	0,0007	99,9
No agrega sal	30	53,6	54	96,4	42,9	0,0000	100,0
Consumo de legumbres	48	85,7	51	91,1	5,4	0,1260	87,4
Consumo de verduras	55	98,2	56	100	1,8	0,1565	84,4
Consumo de pescado	43	76,8	48	85,7	8,9	0,0568	94,3
No consumo de frituras	36	64,3	40	71,4	7,1	0,1323	86,8
Colación de semillas	32	57,1	37	66,1	8,9	0,0885	91,2
Colación de frutas	50	89,3	55	98,2	8,9	0,0154	98,5
No consumo de azucares en colación	39	69,6	38	67,9	-1,8	0,6143	38,6
Consumo de agua	51	91,1	49	87,5	-3,6	0,8257	17,4
Actividad física moderada-alta	34	60,7	44	78,6	17,9	0,0031	99,7
No fumador	37	66,1	39	69,6	3,6	0,2862	71,4
No consumo de alcohol	29	51,8	41	73,2	21,4	0,0007	99,9

Tabla N°10 Significancia de la intervención

Variables	% Variación controles	% Variación intervenidos.	p.value intervención
Adherencia a fármacos	22,6	36,0	0,0083
No consume azúcar	29	8,0	0,9997
No agrega sal	41,9	44,0	0,3751
Actividad física moderada-alta	19,4	16,0	0,7400
No consumo de alcohol	22,6	20,0	0,6791

Fuente : Elaboración propia, basada en instrumento aplicado en estudio.

RESULTADO

- De acuerdo a los datos presentados existe una mejora en la adherencia a fármacos según el Test Morisky Green Levine en un 28,6 % de la población en estudio (n=56 pacientes).
- Al diferenciar por grupo (controles e intervenidos), se aprecia que es mayor la variación porcentual en el grupo de intervención en un 13,4%, en relación al grupo control. Dicha diferencia es estadísticamente significativa, (p. 0,0083), lo que permite establecer con una seguridad del 99,2%, que la variación del cambio en la adherencia a fármacos según el Test de Morisky Green Levine, se debe a la intervención.

Variables a considerar

Logistic regression

Log pseudolikelihood = -49,35203

Number of obs	109
Wald chi2(4)	21,87
Prob > chi2	0,0002
Pseudo R2	0,2184

ad_far	Odds Ratio	Robust Std. Err.	z	P>|z|	[95% Conf.	Interval]
did	12,78675	12,00883	2,71	0,007	2,02929	80,57054
sex	4,239703	2,080999	2,94	0,003	1,620075	11,09522
diag_pac	,5074256	,1304948	-2,64	0,008	,306527	,8399939
ingpcmin_c~3	,4771273	,1375949	-2,57	0,010	,2711209	,8396639

Luego de aplicar método estadístico para evaluar confusión y análisis de variables modificadoras de efecto, se concluye que no hay variables de confusión y la variable modificadora de efecto que es edad, no fue posible estratificar dado el tamaño de la muestra, por lo que se definió el modelo según revisión bibliográfica.

Este modelo explica el 21,84% de la variabilidad a causa de la intervención. Tiene una alta significancia (Prob >Chi2 = 0,0002).

Interpretación OR: "la razón entre adherencia a fármacos versus no adherencia a fármacos es 12,7 veces mayor en los intervenidos en comparación a los controles. Esta asociación es estadísticamente significativa“

DISCUSIÓN

-Mejorar la adherencia es un proceso complejo, dado por la interacción de múltiples factores a nivel del paciente, médico y del sistema.

- El presente estudio prueba efecto del modelo CTI aplicado por TCS en la adherencia a fármacos de los pacientes cardiovasculares de esta investigación

- Contar con TCS entrenados y con tareas especificas, son un aporte a la continuidad de cuidados de los pacientes cardiovasculares de este estudio y tiene efecto sobre la adherencia

- Se requiere realizar un seguimiento de los pacientes de este estudio, luego de 1 año de finalización de la intervención CTI, para evaluar si el efecto se mantiene y/o mejora, incluyendo mejorías en otras variables

-De manera de probar el efecto de CTI por medio de TCS en otras poblaciones, es necesario aumentar el tamaño de la muestra

Este estudio es un componente del proyecto MECESUP de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile , por lo que recibió financiamiento.

Objetivo General del proyecto MECESUP "Desarrollar un modelo innovador en los ámbitos de gestión, de atención clínico-comunitaria y de docencia de pre y postgrado, en el contexto de un Centro de Salud Familiar".

MUCHAS GRACIAS

magistervivi@gmail.com