CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA.

OPORTUNIDADES Y BARRERAS

Marta Pisano González
Directora revista EFC-FAECAP

faecap
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria

Prácticas de enfermería y evidencias en la adherencia a los tratamientos

SEFC
Enfermería Familiar y Comunitaria

Guión de exposición

- MARCO TEORICO .DEFINICIONES PRINCIPALES:
  - Conceptos de adherencia y cumplimiento
  - Factores relacionados con la adherencia
  - Instrumentos de evaluación de adherencia
- RELEVANCIA DE LA ACCIÓN Y DE LA OMISIÓN
  - Evidencia: magnitud del problema y repercusiones de la no adherencia
  - Seguridad del paciente: estudio ENEAS y APEAS en relación sólo con adherencia
- EVIDENCIAS DE LAS INTERVENCIONES
- PROPUESTAS
- CONCLUSIONES

ADHERENCIA

CUMPLIMIENTO

OBSERVANCIA

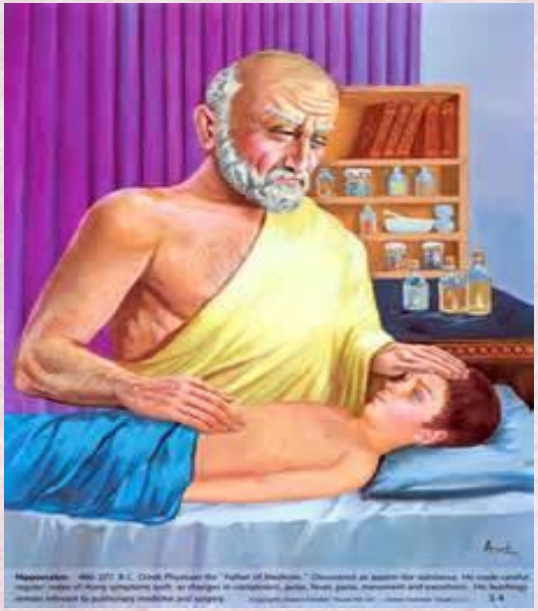
CONCORDANCIA

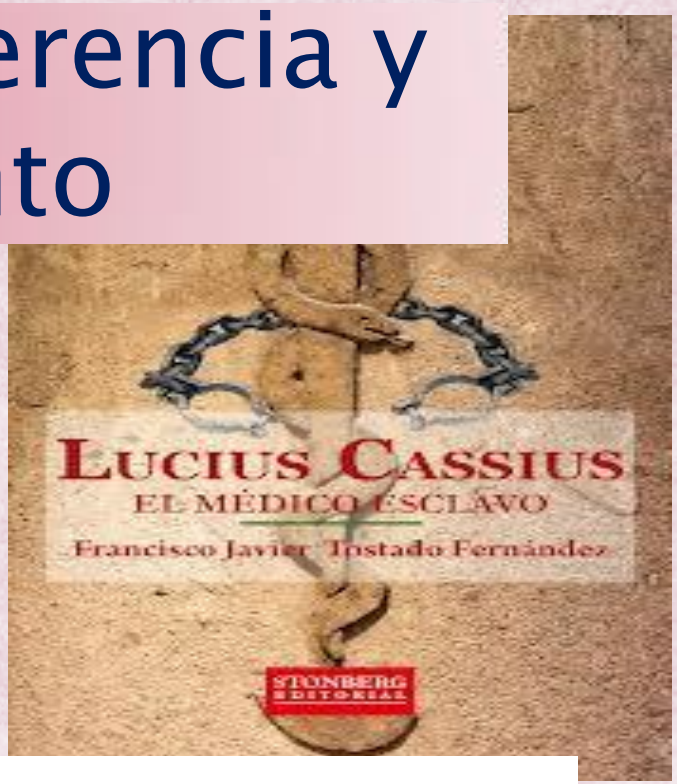
GESTION INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD

ALIANZA TERAPEUTICA

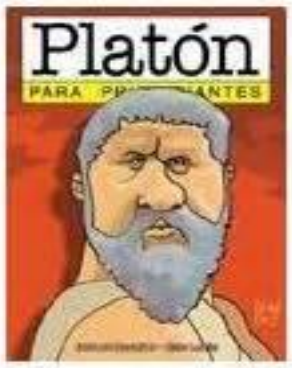
OBEDIENCIA

Concepto de Adherencia y Cumplimiento





Hipócrates (460 aC), observó cómo los pacientes mentían acerca de si habían tomado sus medicinas



Concepto de Adherencia

"Grado en el que el comportamiento de una persona (en términos de tomar la medicación, seguir una dieta o asumir cambios en el estilo de vida) coincide con los consejos médicos o sanitarios"

Haynes-Sackett. 1975

Concepto de Cumplimiento. OMS

"El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria"



La OMS amplía en concepto 2004

"Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos"

La OMS amplía en concepto 2004

"Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación ap e, vacunarse, cumpli seguimien s al, tes, el ncepción, los sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos"

ENFERMERIA

Teoría del autocuidado
Dorotea Orem
1973

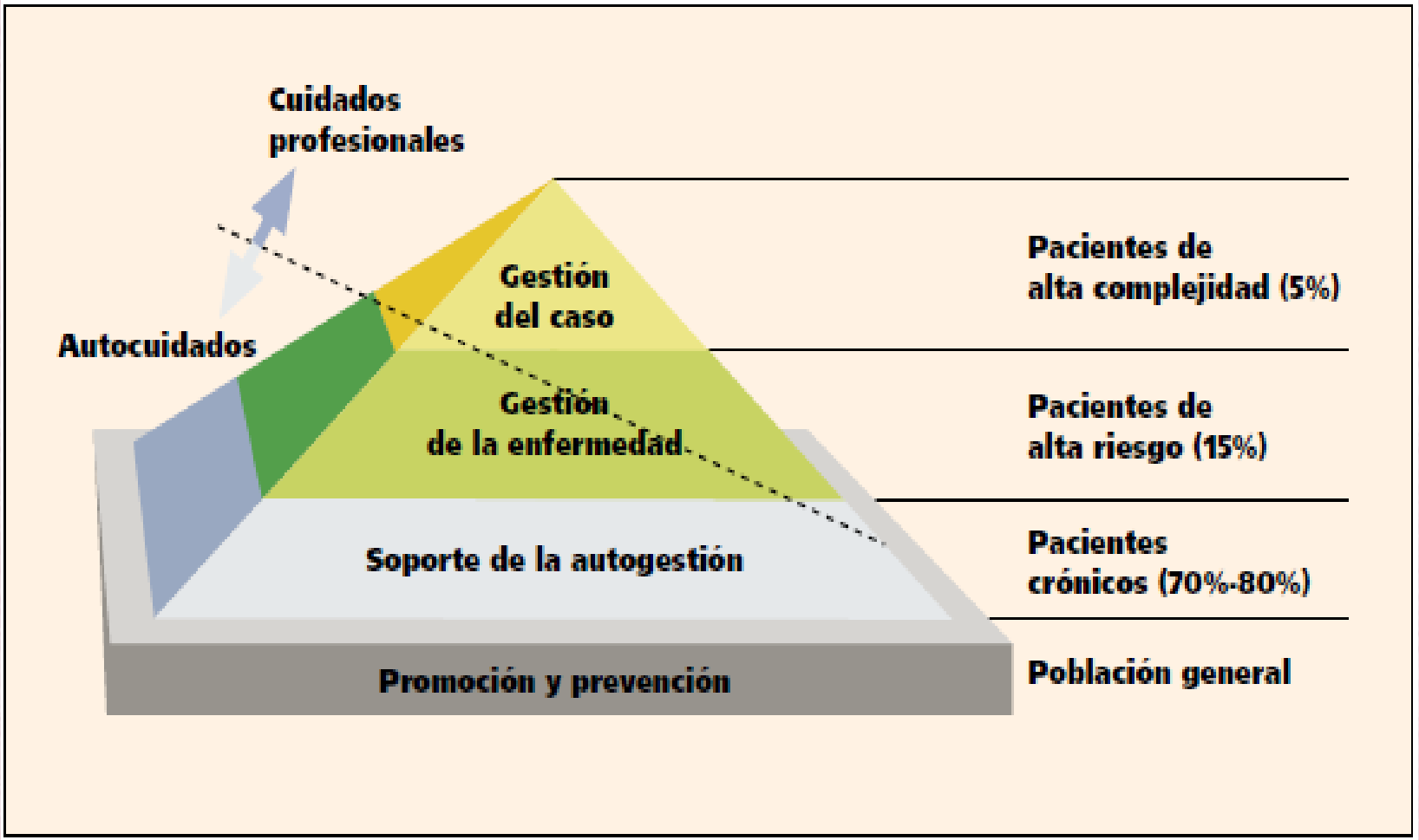


- Enfermería: La profesional del cuidado
- Conocimientos enfermeros “frontera”, entre el sistema, y la necesidad individual
- Conocimiento del cuidado: estrategia de cambio
- Supervisar a las personas con problemas para que estén empoderados

Autonomía: “Capacidad de autogobernarse, de hacer elecciones libres de coacciones, y asumir los riesgos de esas elecciones”

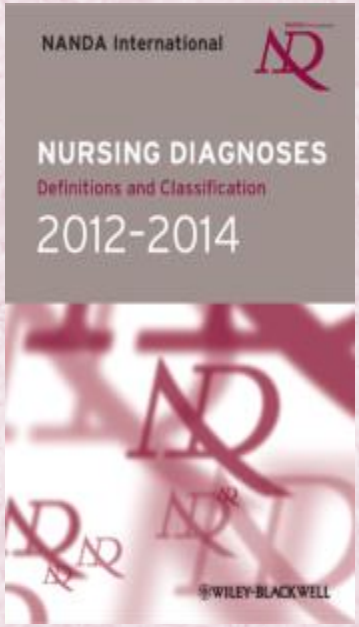
Especificidad en el proceso

Teoría del autocuidado
Dorotea Orem



Pirámide de Kaiser amoliada.

Gestión Ineficaz de la propia salud (NANDA)



"Patrón de regulación e integración en la vida diaria de la persona de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas es satisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud".

- Participación activa
- Integración en la vida diaria

Multicausalidad

Modelos creencias de Salud (MCS)

Teoría de la Acción Razonada (TAR)

200 variables relacionadas (Haynes 1979)

Características de personalidad

Variables sociodemográficas

Fenómeno múltiple: medicación, citas, riesgos… (Dimatteo)



OMS
Factores relacionados con adherencia



¿Cómo medimos la adherencia?

OBJETIVOS	SUBJETIVOS
DIRECTOS Niveles del fármaco en el organismo (sangre, orina, saliva…) Observación directa	Entrevista al paciente y la familia Informes subjetivos de pacientes Cuestionarios estandarizados autoadministrados Juicio clínico
INDIRECTOS Recuento de comprimidos Monitoreo MEMS Asistencia a citas programadas Presencia de efectos adversos Resultados terapéuticos Bases de datos de farmacias	Cuestionarios que evalúan comportamientos específicos (ej: cuestionario alimentario) Cuestionarios de personalidad

La OMS , recomienda como la medida del comportamiento más avanzado a un enfoque multimétodo que combine medidas objetivas razonables y de autonotificación factibles.
Por ello ninguna estrategia de medición única se considera como óptima.

¿Cómo medimos la adherencia?

Abstinencia a tabaco
Ejercicio físico
Alimentación
Relaciones sociales…



¿ Estamos obviando cuestiones tan relevantes como la medición de estilos de vida, cambios en la alimentación, ejercicio físico, relaciones sociales?

Objetivo de la medición: NO es supervisar a los pacientes, es indagar si necesitan más información y apoyo para promover una buena adherencia



La medida de la adherencia ha de ser el primer paso en consulta ante la falta de los resultados terapéuticos esperados.

Magnitud del problema



- **Problema mundial.**

- **Media del 50% de incumplimiento**. A muchos pacientes les cuesta seguir las recomendaciones del tratamiento. (Munger,2007). (Ingersoll, 2008)

- Los costos de la no-adherencia, que mejorar el cumplimiento de los tratamientos salvaría más vidas que aumentar esfuerzos en terapias innovadoras.(Lemstra, 2010)

"Aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos" (Haynes, 2001)

Magnitud del problema

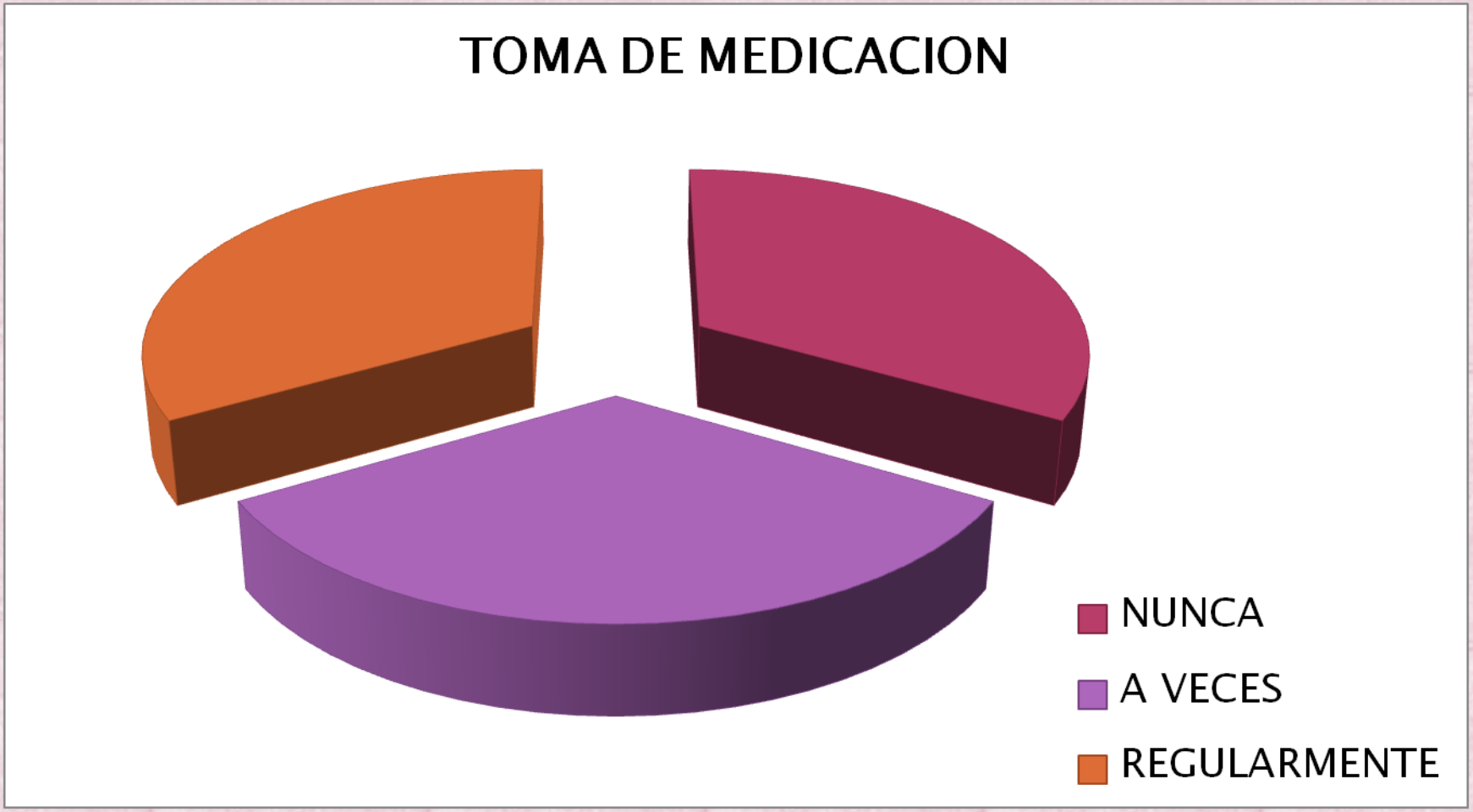


“Se puede afirmar que no existe enfermedad, tipo de paciente o grupo demográfico que **no se vea afectado**, si bien los datos ofrecidos por los diferentes autores son muy dispares debido a la definición sobre lo que consideran incumplimiento y a los métodos de evaluación empleados.” (Rodríguez MJ 2013)

Un 40% de los pacientes abandonan el tratamiento (OADT) y de ellos los mayores de 75 años el 100%.

Regla de los tercios

Haynes 1979



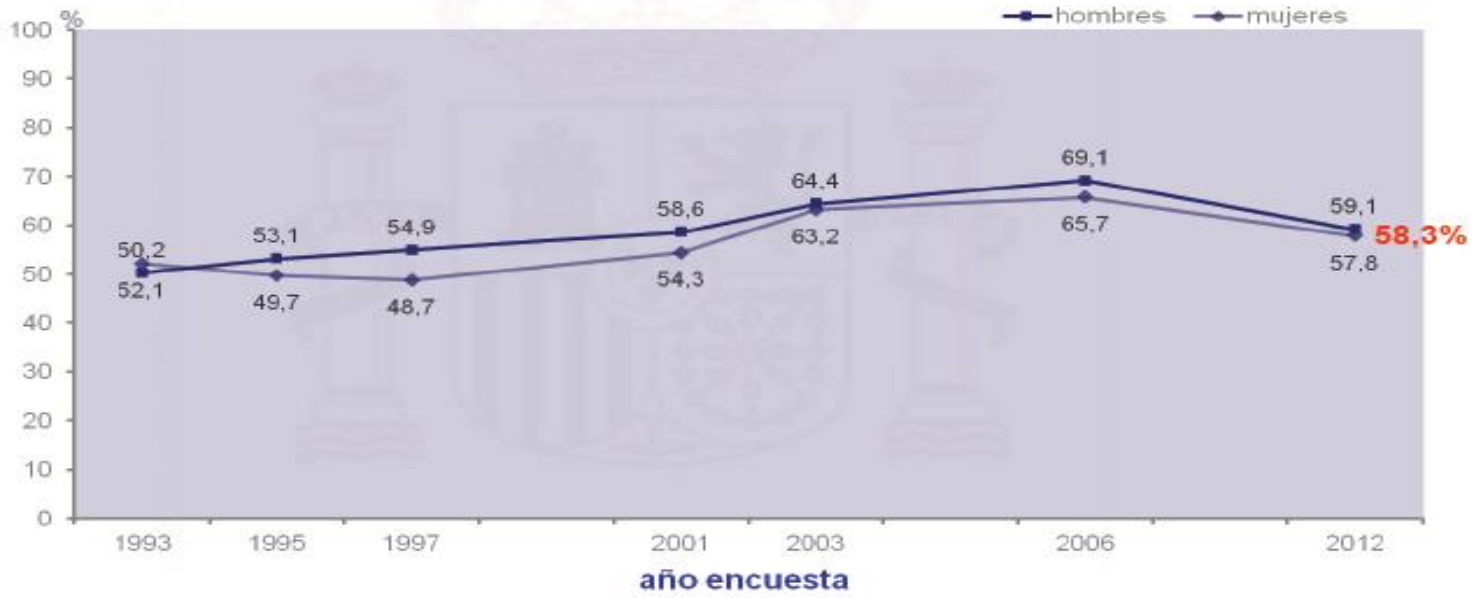
Magnitud del problema

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Instituto Nacional de Estadística

Vacunación antigripal - evolución

población de 65 y + años



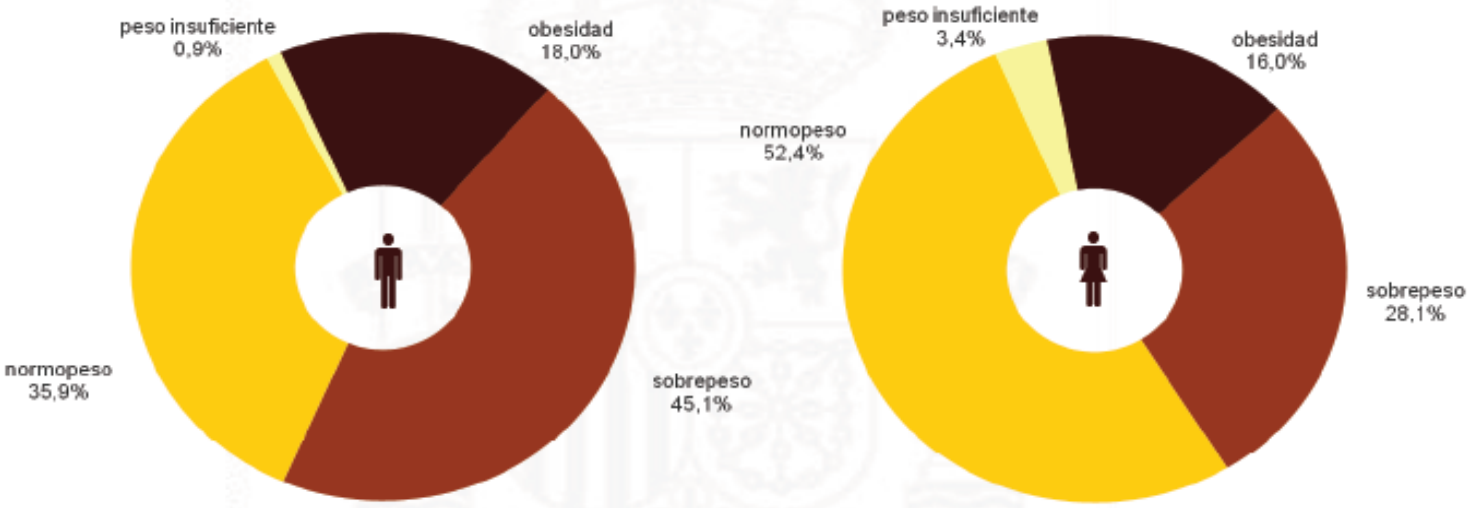
PRESENTACION ENSE 2011-2012

Magnitud del problema

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Instituto Nacional de Estadística

Índice de masa corporal (IMC) adultos población 18 y + años



el **53,7%** de la población de 18+ años padece obesidad o sobrepeso (63,15% en hombres y 44,18% en mujeres)

PRESENTACION ENSE 2011-2012

Magnitud del problema

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Instituto Nacional de Estadística

Sedentarismo

el **41,33%** de la población de 18+ años se declara sedentaria

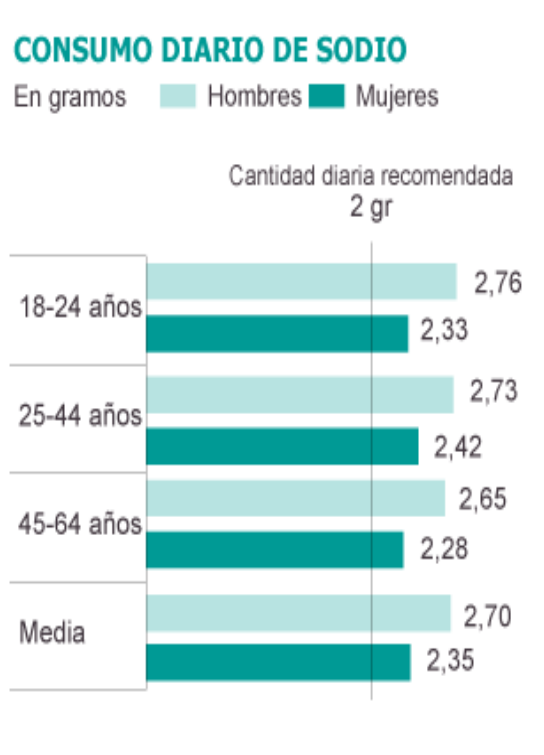


PRESENTACION ENSE 2011-2012

Graves consecuencias del incumplimiento

- Incremento de los **riesgos**, la morbilidad y la mortalidad
- Aumento de la probabilidad de **cometer errores** en el diagnóstico y en el tratamiento (inseguridad clínica del paciente)
- Crecimiento del **coste sanitario**: utilización ineficiente de los recursos, aumento de la polimedicación, aumento de ingresos hospitalarios…
- Desarrollo de sentimientos de **insatisfacción** y problemas en la relación que se establece entre el profesional y el paciente

Graves consecuencias del incumplimiento



- Incremento de los riesgos, la morbilidad y la mortalidad,

Ej: Incumplimiento en el consumo de sodio. España duplica el consumo de sal diario (8,9 gr) al recomendado por la OMS (5 gr de sal o 2 gr de sodio)

Consecuencia: **La reducción del consumo de sal podría disminuir en 200.00 accidentes cardiovasculares y en 30.000 eventos cardiacos** (AESAN, Ortega y col, 2011)

Graves consecuencias del incumplimiento

- Crecimiento del coste sanitario: utilización ineficiente de los recursos, aumento de la polimedicación, aumento de ingresos hospitalarios…

" El 6,5% de las hospitalizaciones se dan por reacciones adversas al incumplir tratamientos" (OADT, Ribera, 2012)

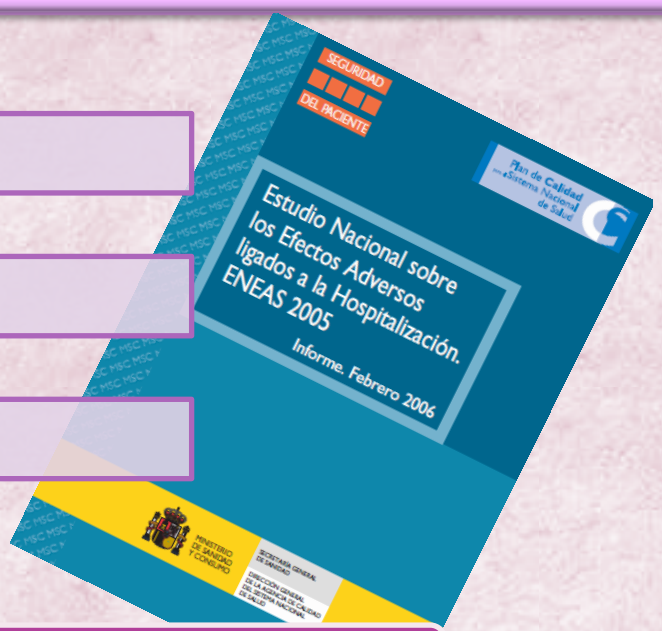
Graves consecuencias del incumplimiento

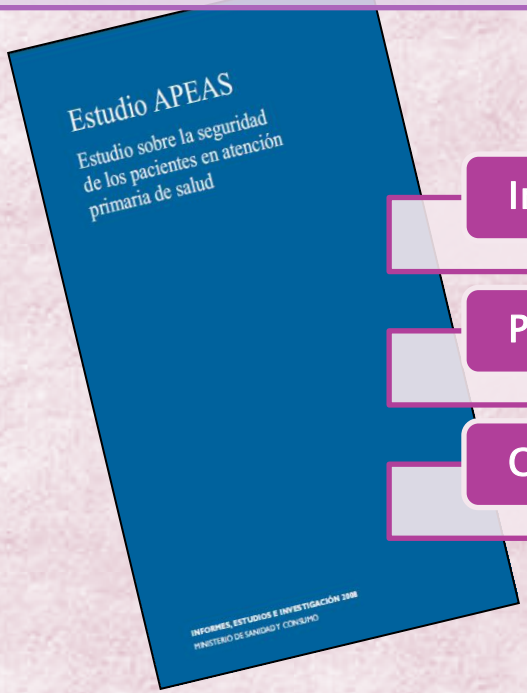
España 2011: 3.200 toneladas de fármacos recogidos



La seguridad del paciente en el estudio APEAS y ENEAS

- Prevalencia de Sucesos Adversos 18,63‰
- Incidentes (IN): 7,45‰
- Efectos adversos (EA): 10,11‰





- Inevitables el 6,7% (n=74)
- Posiblemente evitables el 23,1% (n=256)
- Claramente evitables el 70,2% (n=778) de los casos.


EVIDENCIAS

Agrupación de los resultados de la evidencia según Factores relacionados con adherencia



Evidencias
Información- Educación al paciente

Se han realizado esfuerzos educativos :

- Educación para aumentar el autocontrol (Ogedegbe, 2012)
- Alfabetización de la salud para pacientes (Coulter, 2007),

Educación sanitaria individual, grupal, con ayudas audiovisuales, por escrito…de forma sistemática en la consulta de enfermería, para aumentar adherencia y autocuidado



Se describe la necesidad de asociar la intervención educativa con otras estrategias para aumentar el efecto que tiene en la adherencia, y conseguir aumentar su efecto beneficioso en el tiempo (Jonhson, 2006).

Evidencias
Comunicación paciente-profesional

• La calidad de la comunicación con el paciente es un factor descrito en la bibliografía como clave, para la mejora de la adherencia
• Cuando los pacientes toman decisiones compartidas con un profesional, son más propensos a continuar con esas opciones porque son personal significativo (Daley, 2011)

Factores relacionados con el sistema o con el equipo de asistencia sanitaria



El personal sanitario debería de ser consciente de éste hecho, y abordar de forma sistemática los factores asociados a la no adhesión. (Daley, Myint, Gray, & Deane, 2012).

Evidencias
Comunicación paciente-profesional

Crear **clima en la consulta** para establecer una relación terapéutica de calidad. (Gutiérrez-De Montes, 2010)

Realizar **escucha activa,** considerar los miedos y los mitos existentes, y potenciar la participación activa del paciente

La **comunicación terapéutica** se entiende en este contexto como una ayuda al cambio, basándose en la educación para la salud y partiendo de la teoría de la motivación (Valverde, 1997).

Factores relacionados con el sistema o con el equipo de asistencia sanitaria

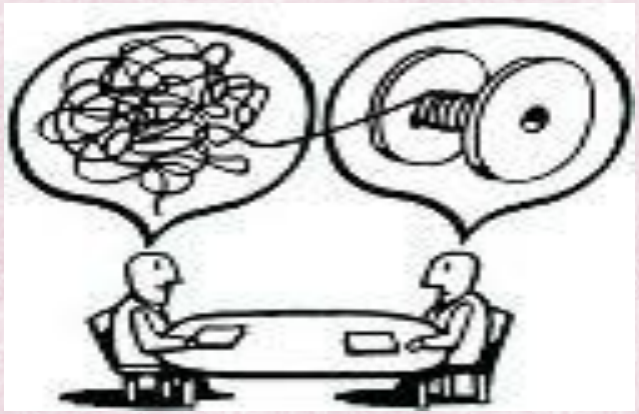




Una buena comunicación y la transmisión de información parece necesaria, aunque no suficiente, para modificar el comportamiento en la adherencia y por lo tanto la información se debería de realizar, preferiblemente, en términos de los **BENEFICIOS DEL SEGUIMIENTO** del tratamiento más que en términos de riesgo del mismo (Orueta, 2005)



Dedicar **tiempo** en las entrevistas para valorar de forma **ESPECIFICA** la adherencia, y sus componentes cognitivos y emocionales, recursos adaptativos y capacidades y carencias conductuales, de forma no crítica.



El tiempo dedicado en las entrevistas al cumplimiento terapéutico, puede repercutir favorablemente en el establecimiento de la alianza terapéutica y la adhesión al tratamiento (Rodríguez MJ, 2012)

Evidencias
Intervenciones conductuales y motivacionales

El **«estilo de vida»** se basa normalmente en modelos de comportamiento largamente establecidos. Estos modelos se forjan durante la infancia y la adolescencia por la interacción de factores ambientales y genéticos, y se mantienen o se promueven por el entorno social del individuo en la edad adulta (Perk, 2012)

Las intervenciones se encaminan a:

1. Modificar o reforzar **comportamientos** favorecedores del cumplimiento .

2. **Mejorar la capacidad** del paciente en el manejo de su proceso.

Se realizan a través de técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual.

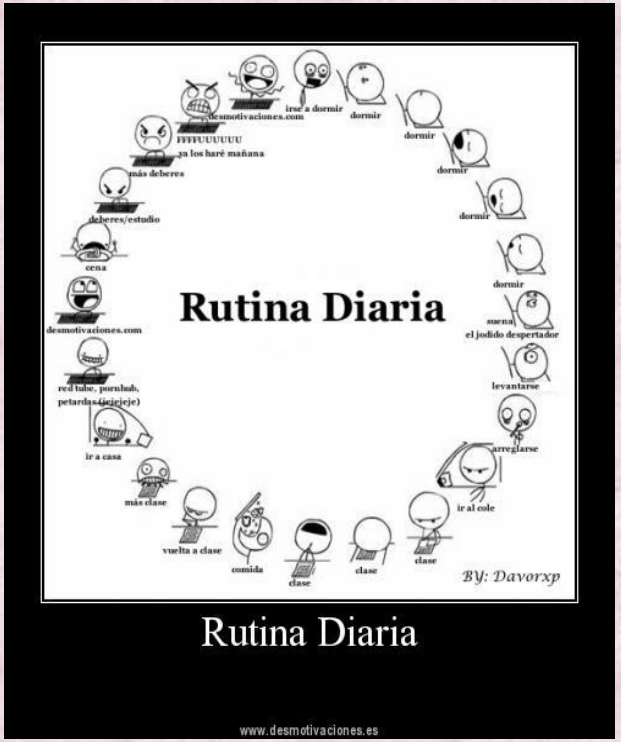


Evidencias
Intervenciones conductuales y motivacionales

INTERVENCIONES INDIRECTAS: entrevista motivacional

INTERVENCIONES DIRECTAS: vincular la toma del medicamento a actividades cotidianas, los refuerzos positivos y recompensas o los recordatorios como llamadas telefónicas, por carta y alarmas horarias

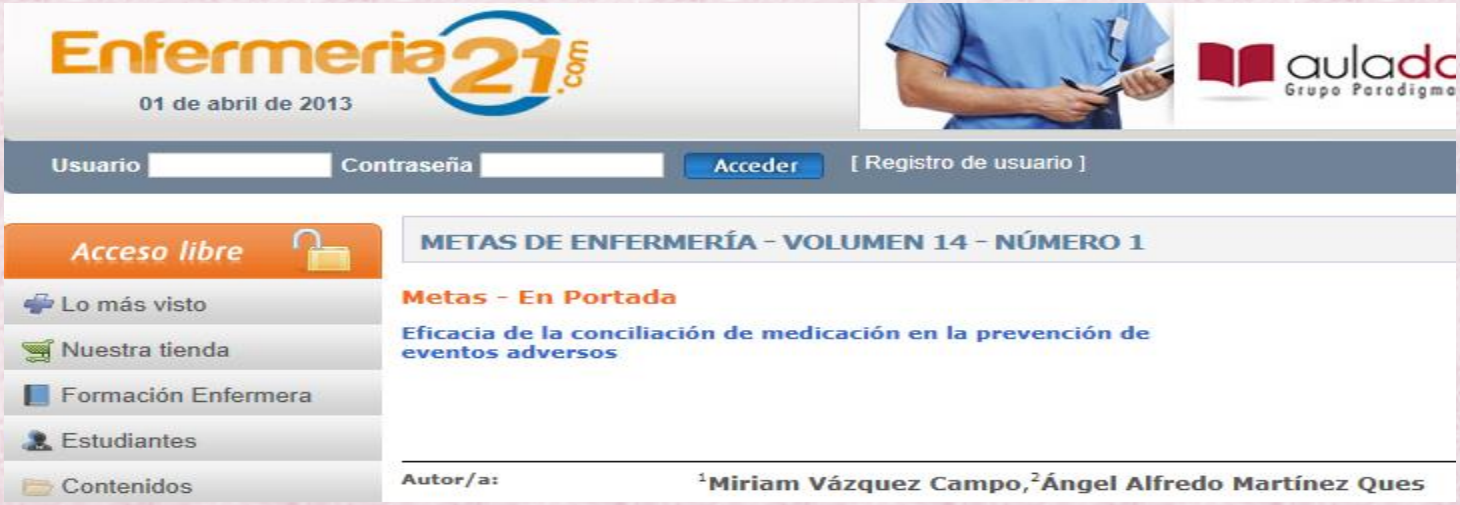
Un estudio realizado a 8.692 personas no adherentes, destacó que la adherencia parece ser un comportamiento establecido a través del establecimiento de una rutina y un sistema recordatorio para tomar la medicación. Los eventos que interfieren con la rutina diaria tenido un impacto significativo en la adherencia. (Nair, 2011)



Evidencias
Intervenciones sobre el tratamiento

- Simplificación del tratamiento en nº, vías de administración y pautas
- Evaluación y control de los efectos adversos (explorarlos)
- Información adecuada sobre el tratamiento (por el profesional y en los prospectos) y la enfermedad

Papel de enfermería en la Conciliación de fármacos



Evidencias
Intervenciones sobre el tratamiento
Conciliación de fármacos

La conciliación de la medicación es un proceso formal consistente en valorar el listado completo y exacto de la medicación previa del paciente conjuntamente con la prescripción farmacoterapéutica después de una **transición asistencial** (ingreso o alta hospitalaria o de un cambio unidad o de profesional sanitario, etc.)



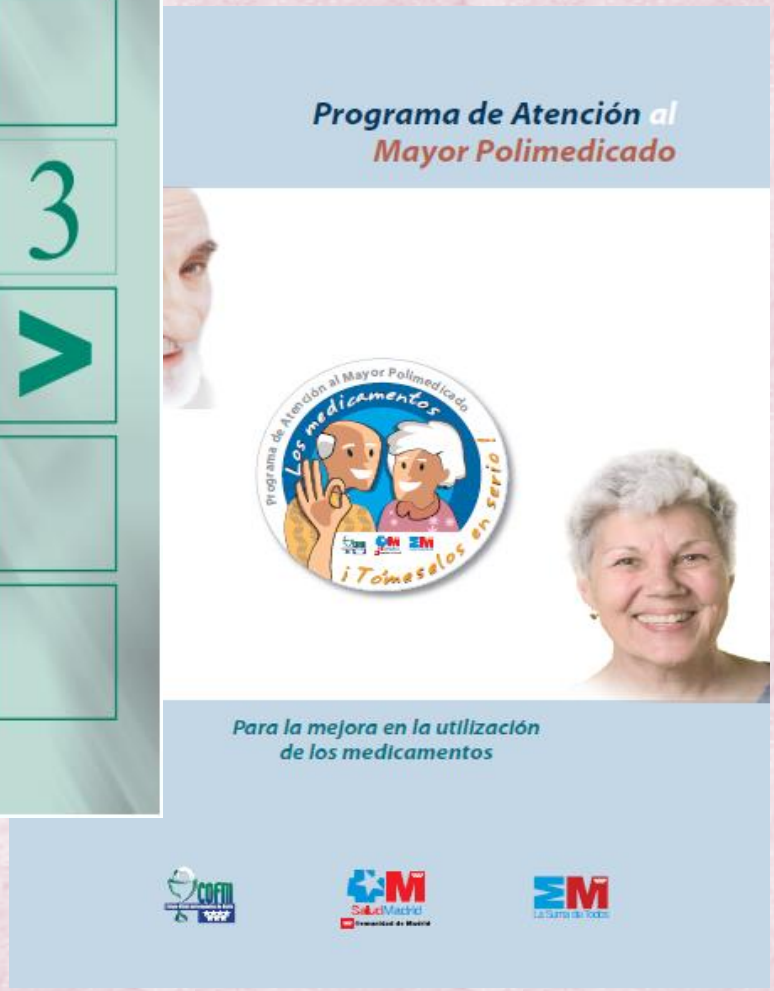
Conciliación de fármacos & Polimedicación











Reto del cuidado enfermero: La autonomía



Intervenciones comunitarias









Propuesta

Los métodos actualmente disponibles para mejorar el cumplimiento en problemas crónicos de salud, son en su mayoría complejos y no son muy efectivos.

Se necesitan **abordajes innovadores** para ayudar a que los pacientes sigan las prescripciones de los medicamentos y los tratamientos adecuados a cada proceso de enfermedad (Haynes, McDonald y Montague, 2005).

"Los cambios en la **auto-eficacia** conducen directamente a los cambios en el estado de salud y en la calidad de vida, lo que a su vez influye en la utilización de asistencia sanitaria, disminuye la demanda y se garantiza una asistencia sanitaria más asequible". (Kennedy, 2007).

Propuesta

Los métodos actualmente disponibles para mejorar el cumplimiento en problemas crónicos de salud, son en su mayoría complejos y no son muy efectivos.

Se necesitan **abordajes innovadores** [illegible] tes sigan las prescripciones de los [illegible] ados a cada proceso de [illegible]

autocuidado

[illegible] mbios [illegible] influye en la [illegible] demanda y se garantiza una [illegible] (Kennedy, 2007).

Enfoque estructurado: Couching entre pares

- Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) de la Universidad de Stanford
- Reino Unido: Expert Patient Programme (Programa Paciente Experto)
- Australia: Partners in Health (Socios en la Salud)
- Canada: Canada´s Chronic Disease Self-Management Program
- Cataluña: Programa Paciente Experto del ICSS
- País Vasco: Programa Paciente Bizia



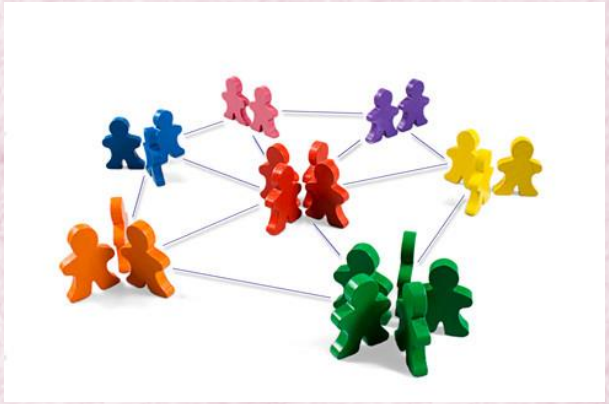
ESCUELAS DE SALUD

ESCOLA GALEGA DE SAÚDE PARA CIDADÁNS

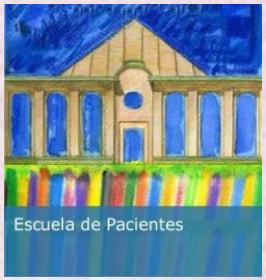
PAZIENTE BIZIA
PACIENTE ACTIVO

PROGRAMA PACIENTE EXPERTO CATALUÑA®

Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente



UNIVERSIDAD DE LOS PACIENTES



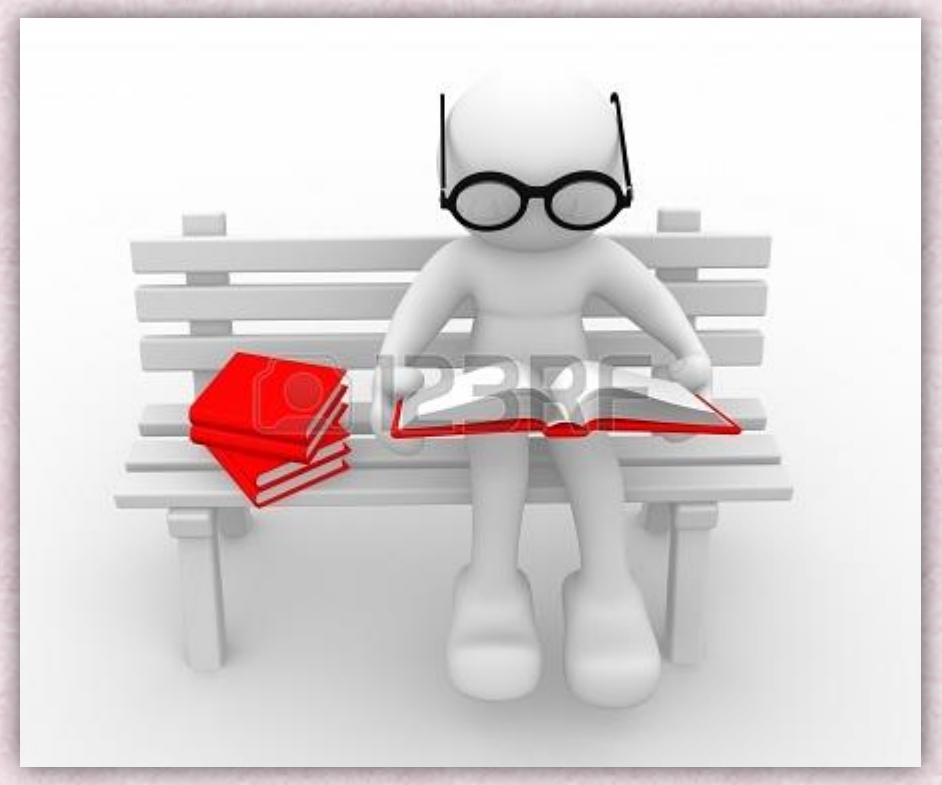
Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia

PUNTOS CLAVE



PUNTOS CLAVE

ESCUELAS DE AUTOCUIDADO



Enfoque estructurado: AUTOCUIDADO

- Se basa en la teoría de **autoeficacia** de Bandura
- Es una teoría cognitiva social que establece que las variables predictivas clave del cambio exitoso en la conducta son la **confianza** (autoeficacia) en la **capacidad de realizar una acción** y la expectativa de que se logrará una meta en particular (expectativa de resultado)
- La autoeficacia se considera un primer paso en las vías causales del **cambio en la conducta** en los programas de autocuidado

El aumento de la autoeficacia es un requisito previo para el cambio de conducta que, que a través de una mejoría en el tratamiento, puede influir en el uso de la salud y de la asistencia sanitaria. (Foster, 2007)

Participación del paciente



"Debemos fomentar la participación activa de los pacientes en su cuidado, con información veraz y comprensible que les permita tomar decisiones.."

Carmen Ferrer

PROACTIVIDAD

Para mejorar la adherencia

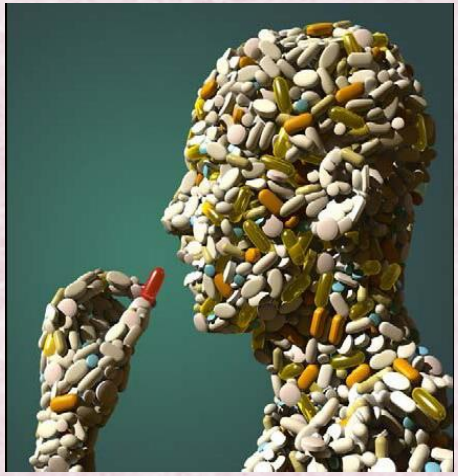
- Experiencias anteriores
- Aprendizaje por modelo o imitación
- Persuasión verbal
- Estado emocional y físico



Conclusiones

- No culpabilizar
- Personalizar la intervención
- Integrar en la práctica diaria
- Reforzar la relación con el paciente
- Implicar a distintos profesionales
- **Modelo de atención centrada en el paciente**
- Coordinación entre niveles
- Combinación de varias estrategias
- Abordaje multiprofesional

Reflexión final






Muchas
Gracias!