TÍTULO:

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA FACTIBILIDAD DE LAS INTERVENCIONES COMPLEJAS MULTIRIESGO DE PROMOCIÓN DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Montserrat Pulido-Fuentes, Sara Guerra Cano, Beatriz Rodríguez- Martín.

Resumen:
En la actualidad debido al envejecimiento poblacional la atención a la multimorbilidad es uno de los mayores retos para el sistema sanitario en las próximas décadas. Sabemos que la coexistencia de varias enfermedades genera dependencia, pérdida de calidad de vida, aumento del consumo de recursos sanitarios y mayor mortalidad. Así mismo, estudios previos muestran que el abordaje simultáneo de múltiples factores de riesgo es especialmente efectivo, por lo que si se pretende reducir la aparición de un factor de riesgo o de una enfermedad, es más efectivo intervenir sobre diferentes estilos de vida al mismo tiempo o de manera escalonada. El objetivo de este estudio es identificar y describir la factibilidad, la aceptabilidad y la efectividad potencial de las intervenciones complejas multiriesgo sobre los siguientes factores de riesgo: depresión, dieta, tabaco, ejercicio físico y cardiovascular, en personas de 45 a 75 años adscritas al Centro de Salud Río Tajo de Talavera de la Reina, encaminadas a desarrollar conductas promotoras de salud que mejoren su calidad de vida y eviten las enfermedades crónicas más frecuentes.

Palabras Clave: factor de riesgo, intervención multicomponente, ejercicio físico, tabaco, dieta mediterránea, riesgo cardiovascular, depresión.

• INTRODUCCIÓN

Es conocido que entre los condicionantes y problemas de salud más prevalentes, y que mayor carga de atención generan a la Atención Primaria (APS), están los estilos de vida poco saludables (sedentarismo, consumo de tabaco, dieta inadecuada), las enfermedades cardiovasculares y los problemas de salud mental.

Aunque en España las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares son más bajas que en los países anglosajones y que en países del norte y del centro de Europa, constituyen un problema de Salud Pública prioritario (1). En este sentido, estudios previos realizados en APS muestran que las intervenciones para reducir el riesgo cardiovascular basadas en la modificación de los estilos de vida no son eficaces para la reducción de la morbimortalidad en la población general, aunque si han mostrado ser eficaces en población de alto riesgo, o cuando estas intervenciones se combinan con estrategias farmacológicas (2).

Por otra parte, las cifras de prevalencia de los trastornos de ansiedad y de los trastornos depresivos en nuestro país, con un 18,5% y un del 13,4% respectivamente, también son elevadas (3), lo que ha impulsado la

realización de numerosos estudios encaminados a evaluar la eficacia y la efectividad de las diferentes intervenciones que tratan de reducir la carga de dichas enfermedades.
Sabemos que APS por sus características esenciales, tales como la accesibilidad, la longitudinalidad y la continuidad de la atención, es el escenario ideal para desarrollar nuevas intervenciones que permitan reducir o eliminar los factores de riesgo de enfermedad. No en vano, es conocido que en APS, el 5% de los pacientes (que coincide con aquellos situados en el más alto nivel de riesgo), provocan el 48% de las consultas de APS y el 33% del gasto sanitario (4). En este sentido los ensayos clínicos pragmáticos con intervenciones complejas ofrecen una alternativa clave y novedosa para solucionar estas limitaciones y dificultades siendo su implementación cada vez es más frecuente (5).
A pesar de la evidencia disponible sobre la eficacia de las intervenciones de promoción de la salud, esta no suele traducirse en efectividad real al adoptarlas sistemáticamente en Atención Primaria. Debido a lo anterior, esta investigación pretende diseñar una intervención compleja flexible, adaptada al contexto, viable, efectiva y sostenible a lo largo del tiempo, ya que consideramos que si se demuestra la efectividad de este tipo de intervención adaptada a las necesidades de los usuarios y a las características organizativas de los centros de Atención Primaria, como resultado debería producirse una mejora sustancial de la salud, de los estilos de vida y del control de la morbilidad de la población.

• OBJETIVOS

Identificar y describir la factibilidad, aceptabilidad y efectividad potencial de las intervenciones complejas multiriesgo sobre los factores de riesgo: depresión, dieta, tabaco, ejercicio físico y cardiovascular, en personas de 45 a 75 años atendidas en el Centro de Salud Río Tajo de Talavera de la Reina con el objetivo de desarrollar conductas promotoras de salud que mejoren su calidad de vida y eviten las enfermedades crónicas más frecuentes.

• MATERIAL Y MÉTODO:

Descripción
Se realizó un ensayo clínico exploratorio desde noviembre de 2014 a mayo de 2015. Durante noviembre y diciembre de 2014 se comenzó con la captación y cribado de los pacientes e iniciando la intervención en enero de 2015, para finalizar en los meses de mayo y junio con la evaluación.
Este estudio forma parte de un Proyecto multicentico financiado por el Instituto de Salud Carlos III. Se siguieron las recomendaciones del Medical Research Council (MRC) el cual establece una metodología de desarrollo en este tipo de intervenciones que comprende diversas fases y en las que se utiliza tanto la metodología cuantitativa como la cualitativa (6): una fase preclínica (fase 0) para establecer las bases teóricas y la identificación de los componentes de la intervención, una fase de modelado (fase I) para la definición de los componentes y la identificación de los obstáculos al cambio, para ello se realizaron distintos estudios cualitativos con los distintos actores involucrados identificando las barreras y los elementos facilitadores de cara a construir una intervención flexible y dinámica que permita una implementación adecuada a la atención primaria, se continua con una fase de prueba piloto o ensayo exploratorio (fase II) para evaluar la viabilidad y la optimización de la intervención y su evaluación, una fase definitiva de ensayo aleatorio controlado (fase III) para la evaluación experimental de la intervención y por último, una fase de implementación a largo plazo bajo condiciones reales (fase IV). Las tres primeras fases se relacionan directamente con el diseño y el éxito de la futura implementación del programa.

Este estudio se ubica en la fase II de un proyecto de investigación, fase definitiva de ensayo aleatorio controlado para la evaluación experimental de la intervención y que tiene como objetivo diseñar un ensayo clínico multicéntrico exploratorio controlado para evaluar la efectividad de una intervención compleja multiriesgo dirigida a personas de 45 a 75 años atendidas en APS con el objetivo de desarrollar conductas promotoras de salud que mejoren su calidad de vida y eviten las enfermedades crónicas más frecuentes. Esta fase consiste en una prueba piloto/ensayo exploratorio en el que participan 7 comunidades autónomas con centro intervención y centro control: Andalucía (Málaga), Aragón (Zaragoza), Castilla y León (Salamanca), Cataluña (Barcelona), Euskadi (Bilbao) y Castilla La Mancha, siendo seleccionado el CS Cuenca II como centro control y el CS Río Tajo como centro de intervención, en los cuales se implementará la intervención final diseñada y se evaluará la factibilidad, la aceptabilidad y la efectividad potencial de la intervención.

Los criterios de inclusión de los centros fueron buen grado de cumplimiento con los objetivos del contrato programa, centros con 8 o más UBAs/cupos, y que más del 70 % de los profesionales aceptaran participar en el estudio, armonizando las diferentes competencias y experiencias profesionales para trabajar de forma efectiva y operativa.

Este estudio ha seguido las normas nacionales e internacionales de investigación clínica (Declaración de Helsinki y Tokio), siendo además aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del IDIAP Jordi Gol. Asimismo, todos los datos recogidos han sido tratados de forma anónima y garantizando la confidencialidad de las personas incluidas en el estudio conforme lo dispuesto la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999 del 13 de Diciembre, LOPD).

La característica clave del equipo de investigación de este proyecto es la multidisciplinariedad, y aunque a priori cooperan diferentes tipos de sanitarios (médicos y enfermeras de atención primaria, investigadores, psicólogas, médicos preventivistas, farmacéuticos, etc.), en el caso del CS Río Tajo solo han colaborado los Profesionales de Enfermería lo que sin duda ha supuesto un gran esfuerzo y limitaciones en el desarrollo de dicho trabajo. En relación a los profesionales que participaron en este proyecto, las únicas condiciones para la participación en el mismo fueron pertenecer al Centro de Salud Rio Tajo (Talavera de la Reina) y no tener previsto moverse de su plaza. Finalmente, además de 4 de los enfermeros de dicho centro, también participa en el proyecto una Residente de Enfermería Comunitaria de dicho centro, lo que ha constituido junto con el resto de Profesionales de Enfermería la unidad que se he encargado de realizar la captación de los pacientes y la visita de cribado. Cada profesional debía captar 25 usuarios, tratando de conseguir 125 usuarios por centro.

Participantes

Para la captación de los posibles pacientes participantes el protocolo establecía realizarlo en 3 minutos, para lo cual era necesario que los participantes aceptaran voluntariamente participar en el proyecto tras recibir una información adecuada sobre el mismo y la firma de su consentimiento informado. Además los participantes debían cumplir los criterios de edad establecidos en el proyecto (tener entre 45 y 75 años de edad) y pertenecer al Centro de Salud Río Tajo de Talavera de la Reina.

Además se establecieron los **criterios de exclusión** a la hora de captar a los participantes: personas con incapacidad para entender y hablar español, pacientes delegados, personas con deterioro cognitivo, personas con enfermedad grave, pacientes que tengan planeado estar fuera de la ciudad más de 4 meses

durante los 6 meses del seguimiento, personas con trastorno bipolar, trastorno de personalidad y drogadicción, esquizofrenia y otros trastornes psicóticos, pacientes con problemas de salud crónicos que requirieran atención (Paciente Crónico Complejo), pacientes incluidos en un programa de atención domiciliaria, pacientes con dependencia o no autónomos y pacientes con cáncer en tratamiento activo.

Por otra parte visita la de cribado se realizó a partir de la agenda diaria utilizando un muestreo aleatorio sistemático a partir de las personas del cupo que estuvieran citadas (en nuestro caso con su enfermera y no por urgencias). Durante la visita de cribado se pasó a los posibles participantes un cuestionario donde se recogieron, además de los datos demográficos, los posibles riesgos del paciente. Finalmente se incluyó en el estudio a aquellos pacientes que presentaran 2 o más de los siguientes factores de riesgo: fumador, sedentario, no adherencia a la dieta mediterránea, riesgo cardiovascular y/o riesgo de depresión.

Intervención

En el centro intervención, el trabajo de campo se realiza de forma compartida entre los profesionales de enfermería de referencia de las personas participantes que hacen la visita de cribado y las visitas relacionadas con las intervenciones y una Unidad Externa que realiza la visita inicial y las de evaluación a 6 meses. Los centros control son de características similares a los centros de intervención para poder comparar los resultados obtenidos, en estos centros no se realiza intervención alguna.

Para la valoración de cada factor de riesgo se utilizó un cuestionario adecuado y validado. Así, en el caso de depresión se utilizó el instrumento PHQ-9 para descartar un episodio actual de depresión, más dos preguntas adicionales en el caso de los participantes que no tuvieran depresión activa. Para el riesgo del tabaco, se utilizaron 3 preguntas con el objetivo de evaluar el consumo de tabaco. En el caso del riesgo relacionado con el ejercicio físico se realizó el algoritmo de identificación de actividad física utilizado en el PEPAF. Por otra parte, para analizar el riesgo relacionado con la dieta se utilizó la escala de adherencia a la dieta mediterránea del estudio PREDIMED. Y finalmente, para evaluar el riesgo cardiovascular se utilizaron las escalas: REGICOR, SCORE, REASON.

En el protocolo del estudio se estimó que la visita de cribado podía durar unos treinta minutos por paciente.

A partir de esta visita inicial con los profesionales, los pacientes incluidos en el estudio fueron derivados a la unidad externa para completar el cribado y características basales. Posteriormente a esta visita de cribado, la unidad externa (enfermera contratada por el proyecto) debía recoger las siguientes variables en cada paciente: 1) variables sociodemográficas: estado civil, clase social, ocupación; 2) Variables clínicas: Peso, talla, perímetro cintura y presión arterial (PA). 3) Comorbilidades: índice de comorbilidad de Charlson, con la historia clínica o preguntando al paciente y 4) tratamiento farmacológico. Además, era necesario tener un análisis de sangre y orina de los últimos 6 meses para evaluar el riesgo cardiovascular. Por otra parte, se determinó la adherencia terapéutica a las estatinas y a otros fármacos. Otras variables recogidas fueron la calidad de vida analizada a través del cuestionario SF-12 el apoyo social (DUKE-UNC-11), disfunción familiar (APGAR familiar) y los eventos estresantes (LTE-12). Una vez recogidos estos cuestionarios, la unidad externa podía conocer los riesgos de cada paciente concreto y tener la información necesaria para realizar los procedimientos de los riesgos que fueran positivos.

De este modo, en el caso de que el riesgo cardiovascular fuera positivo se llevaría a cabo la medición del ITB y del CAVI (Cardio-Ankle Vascular Index), indicador de la rigidez arterial.

La valoración vascular se ha realizado con el sistema "VaSera". Para el riesgo del ejercicio se ha utilizado el 7-day PAR, mientras que en el caso del tabaco se añadía una coximetría. Finalmente, en el caso de que el paciente presentara riesgo de depresión había que pasar la entrevista "Diagnóstica Internacional Compuesta" (CIDI) de unos 55 minutos de duración.

Durante la realización de este estudio los profesionales contaron con el apoyo de nuevos algoritmos como apoyo que facilitaron a los profesionales la detección y priorización de los distintos factores de riesgo coexistentes y la toma de decisiones. Además, es importante destacar que los profesionales negociaron con cada paciente las intervenciones a realizar y su prioridad. El Anexo 1 recoge los algoritmos utilizados por los profesionales.

En relación a las intervenciones, el proyecto consta de unas intervenciones comunes, como son el cuestionario de motivación de Prochaska, que incluye tres preguntas para evaluar la motivación de cada uno de los tres estilos de vida (dieta, ejercicio y tabaco), y el correspondiente algoritmo de priorización para cada riesgo. Además de intervenciones comunes, se realizaron intervenciones especificas según riesgo, incluyendo el consejo personalizado, la entrega de folletos informativos o material educativo, las intervenciones motivacionales mediante consejos breves, las entrevistas individuales, las entrevistas motivacionales, las recomendaciones personales individuales, las medidas higiénico-dietéticas. Además, se realizaron analíticas de perfil lipídico para recalcular el riesgo cardiovascular.

En relación al seguimiento de las intervenciones, se realizaron visitas de seguimiento a los 15 días en el caso del riesgo del tabaco y de la dieta, a los 30 días solo para la intervención del tabaco y a los 3 meses y 6 meses para el resto, no teniendo seguimiento el riesgo de la depresión.

Como complemento a este tipo de intervenciones se contempla el acceso a la plataforma web donde el paciente puede registrarse y puede encontrar más información, folletos de auto-ayuda, direcciones útiles, etc. Del mismo modo hay una APP "Evident" para el riesgo cardiovascular y un programa multimedia de auto-ayuda "Sonreír es divertido" para la intervención de depresión aplicado a través de internet.

Por otra parte, se enviaron mensajes SMS de forma periódica a los pacientes participantes a través del aplicativo de SMS Trendoo, tras crear los mensajes que se querían enviar para cada uno de los riesgos y seleccionar a los posibles destinatarios a través de su número móvil. Los envíos de SMS fueron programados con los intervalos establecidos para cada riesgo.

Evaluación del proyecto

Las tareas relacionadas con la evaluación del estudio fueron realizadas por la unidad externa a los 6 meses de haber iniciado el estudio, utilizando los mismos criterios de cribado utilizados en la visita inicial más una valoración de las aplicaciones SMS y la web de los participantes, la APP Evident y el programa "Sonreír es divertido". Considerando además la siguiente excepción en el caso de riesgo de depresión: en este caso el cuestionario CIDI y el algoritmo PREDICT se administraría únicamente en aquellos participantes a los que se les detectó riesgo de depresión, independientemente de si hubieran o no recibido la intervención.

Por otra parte, los profesionales de enfermería participantes debían completar un cuestionario, cuyo propósito era conocer sus opiniones y expectativas acerca de la intervención antes de que se iniciara el estudio. La aceptabilidad y la adecuación de la intervención percibidas por los profesionales y los participantes se medirá además al final de la

intervención mediante otros dos cuestionarios.
Para la recogida de los datos se ha diseñado una plataforma en la REDIAPP con acceso para los investigadores por medio de claves personales. Los diferentes recursos estructurales y materiales se reflejan en el Anexo II.

• RESULTADOS:

De un total de 147 pacientes captados, 51 han sido incluidos en el estudio y 97 han sido excluidos por no tener más de dos riesgos. De los 51 participantes que cumplieron los criterios establecidos 15 participantes rechazaron participar en el mismo bien por falta de tiempo o por decidir no querer continuar en el estudio al considerar que el estudio es parte de un programa específico de enfermería. De los 51 participantes, el 58,82 % fueron varones, siendo la edad media de 60.022 (DE=8,43). Las principales características de los participantes incluidos se recogen en el Anexo III.
De los pacientes incluidos, 40 presentaron riesgo relacionado con de la dieta, 14 con el tabaco, 40 con el ejercicio físico, 3 riego cardiovascular y 20 riego de depresión (Anexo IV).
Finalmente se inició la intervención a 32 pacientes (17 son hombres y 15 mujeres), a los cuales se les ha mandado mensajes SMS a todos menos a 3 por no tener teléfono móvil. Además, a 22 de los participantes se les ha realizado la intervención de dieta, a 19 la de ejercicio físico, 4 la de depresión, a 7 la intervención del tabaco y a ninguno el de riesgo cardiovascular.
El tiempo destinado a la captación de los pacientes ha sido muy superior al considerado inicialmente (3 minutos), esta actuación se ha subestimado y el tiempo siempre ha sido muy superior. Mientras que para el resto de visitas de cribado, intervenciones y visita inicial y de evaluación de la unidad externa se ha conseguido reducir significativamente. Se ha pasado de 30 minutos establecidos en el protocolo para la visita de cribado a 18-20 minutos, para las intervenciones se establecían 20 minutos teniendo en cuenta procedimientos comunes a todos los riesgos y específicos de cada riesgo reduciendo los tiempos más sutilmente para todas las intervenciones, para la visita inicial y de evaluación realizados se ha pasado de 51 minutos estimados teniendo en cuenta todos los riesgos a 38-40 minutos según los riesgos a cumplimentar.
En relación a la plataforma web, así como de la APP y del programa multimedia, este tipo de recursos no ha sido utilizado por parte de los pacientes participantes, ya que la mayoría de los participantes apenas utilizan este tipo de técnicas informáticas.
Por otro lado, la dificultad de trasladar la eficacia de las intervenciones a la efectividad de la práctica clínica real se acentúa en un contexto de sobrecarga de trabajo, de escasez de tiempo y de entrenamiento y falta de conocimiento, esto no impide que los profesionales de enfermería mantengan una buena disposición que se refleja en opiniones del proyecto tales como "vimos que podía ser ventajoso para nuestro centro y para nosotros, nos pareció una cosa interesante", "podríamos sacar conclusiones que nos ayudaran a nuestra práctica diaria". A pesar de esto observamos que la motivación decae con el desarrollo del proyecto, ya que la participación de los profesionales en el proyecto supone una inversión de tiempo de la que no disponen, considerando además que a la hora de planificar el proyecto no se ha valorado bien el tiempo que hay que invertir. En la consulta donde colabora la EIR el reclutamiento ha sido bueno.

• CONCLUSIONES:

El éxito de la puesta en marcha de una intervención compleja multiriesgo de promoción de la salud precisa de la colaboración del equipo multidisciplinar del centro de salud donde se quiera implementar. Así como de la divulgación de la información sobre el mismo y de la

familiarización de los posibles participantes y profesionales en el mismo. También se considera necesario el entrenamiento y la formación de los profesionales que participan en el proyecto en el manejo de la plataforma habilitada, para no solo reducir el nivel de ansiedad que genera enfrentarse a ella sino también para reducir los tiempos de registro que como se ha señalado mejoran con el desarrollo del proyecto. Por otra parte, para mejorar el seguimiento de los participantes en el proyecto y evitar posibles rechazos para continuar con las intervenciones se debe tratar de concentrar las visitas o realizar en la misma visita varias intervenciones.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los profesionales de enfermería del centro de salud Río Tajo, Luis Miguel Manzano Herrero, Magdalena Fernández Martin, Mª Ángeles Cosme Madroño y Concepción de Pedraza Hernández y a la EIR Verónica Jiménez Márquez por el interés mostrado en el proyecto de investigación y por el esfuerzo realizado para llevar a cabo el trabajo de campo.

• DISCUSIÓN:

Los resultados de este estudio indican que el éxito de este programa requiere de la participación interdisciplinar del personal médico y de enfermería, con la participación prioritaria del personal médico en la fase de reclutamiento y captación de los pacientes, como inicialmente se plantea en el proyecto. Ya que muchos participantes abandonaron el estudio por "considerar que es parte del programa de enfermería".

El reclutamiento de este estudio ha coincidido con una época de mucho trabajo en los Centros de Salud (campaña de vacunación contra la gripe, fiestas navideñas...). Además, durante la captación una de las limitaciones encontradas ha sido que el rango de edad establecido en el proyecto incluye a población activa, que no pueden "perder tiempo de trabajo", lo que dificultaba su participación en las intervenciones establecidas.

Por otra parte, las intervenciones se han visto limitadas por la introducción de modificaciones en el programa Turriano y por la dificultad de continuidad del paciente en este tipo de intervenciones. Se apunta que la falta de tiempo por parte de los profesionales y la pérdida de motivación han sido unas de las principales barreras en el desarrollo de este proyecto, esto puede contrastarse en el equipo que participaba la EIR, personal que por la situación en la que se encuentran muestran dosis elevadas de alicientes para realizar este tipo de actividades, en este sentido parece que la viabilidad de este tipo de ensayos pasa por revisar las cargas de trabajo y potenciar entre los profesionales de enfermería la realización de trabajos de investigación para su enriquecimiento y crecimiento personal y profesional.

Asimismo, a pesar que se recomienda que las personas que forman la Unidad Externa sean del propio centro o tengan acceso a la historia clínica de los pacientes y conozcan bien el funcionamiento del centro, en este caso no ha sido así, ya que se ha utilizado a personal externo al centro de salud lo que ha ocasionado tener que pasar un trámite añadido por el comité de ética de investigación clínica CEIC de la Gerencia del Área integrada de Talavera de la Reina para poder tener licencia de acceso a internet en el centro de salud, admitiendo que los investigadores externos podrán tener acceso a la historia clínica informatizada a través de los investigadores del centro de salud.

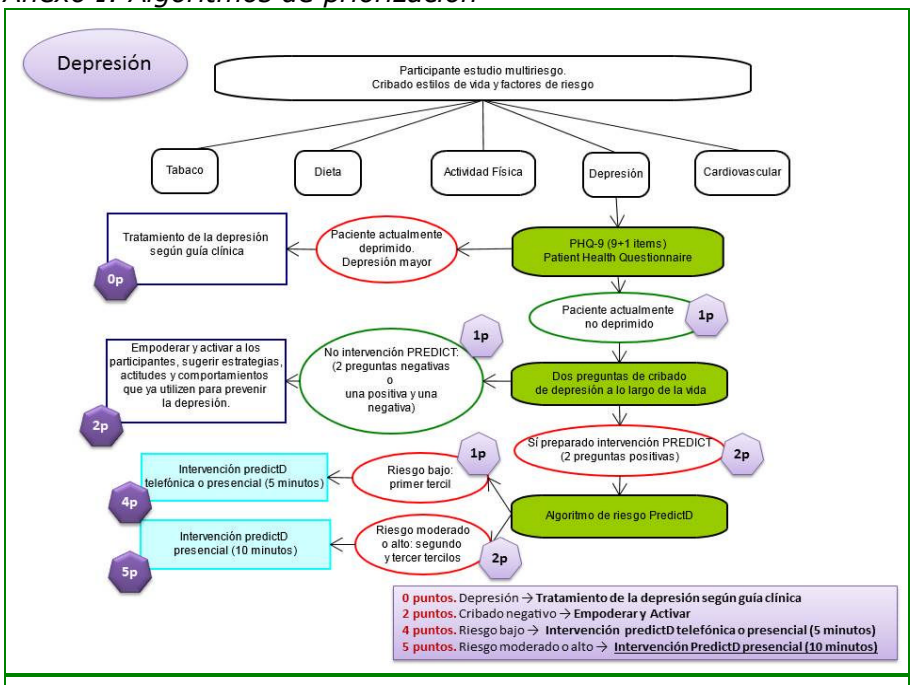
• BIBLIOGRAFÍA:

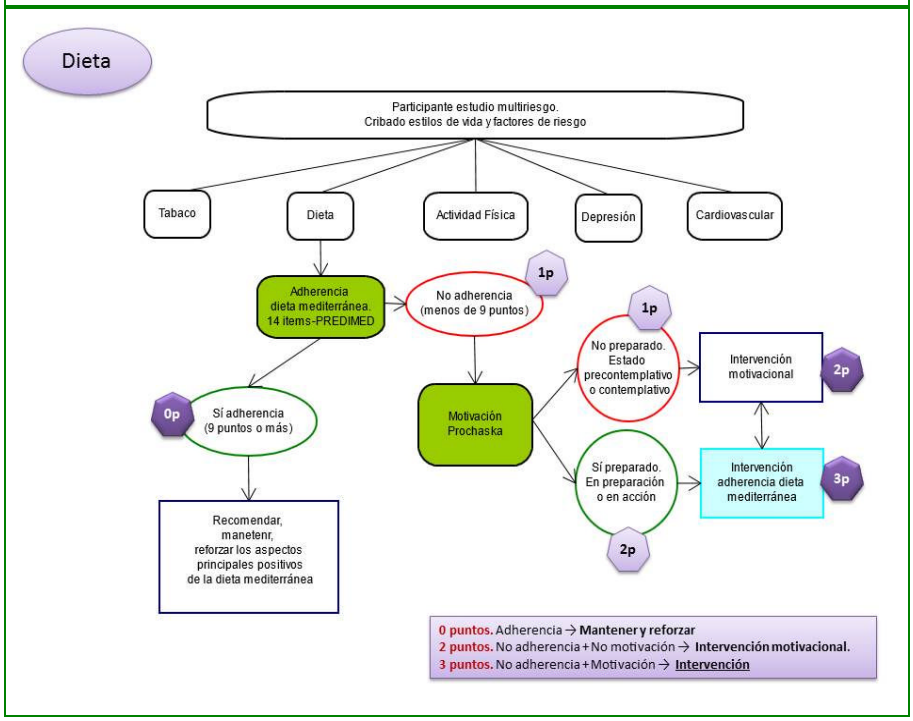
1. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2009. Disponible

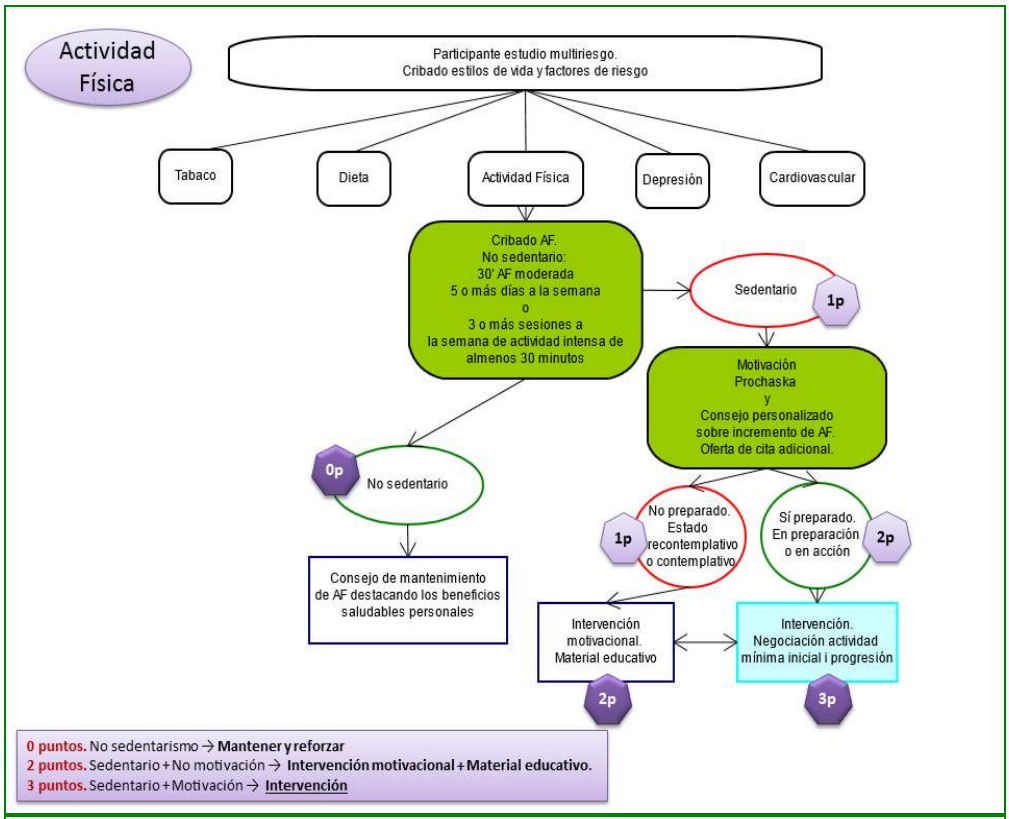
en:http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cardiopatia_isquemica/Estrategia_Cardiopatia_Isquemica.pdf.
2. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey SG. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(1):CD001561.
3. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Lujan L, Fernandez A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010 Feb;45 (2):201-10.
4. Documento de Consenso Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas [Internet]]. Sevilla: MERGABLUM, SL; 2011 [citado el 20 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.semfyc.es/componentes/ficheros/descarga.php?MTA3MDQ%3D
5. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 2008; 337:a1655.
6. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F, et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. BMJ. 2007 Mar 3;334(7591):455-9.

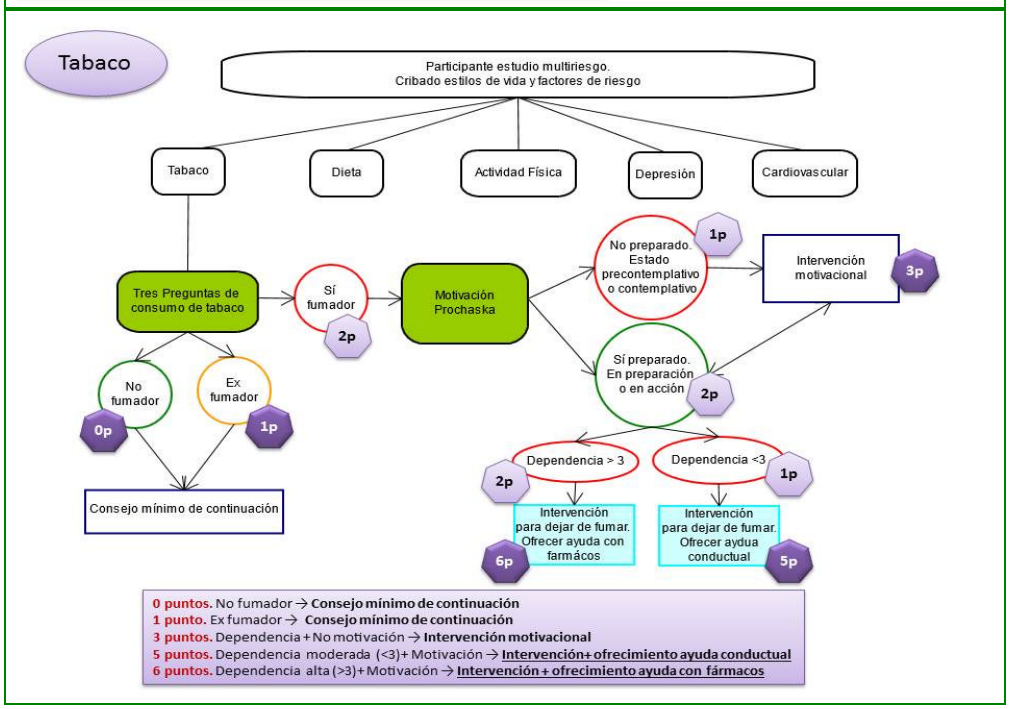
ANEXOS

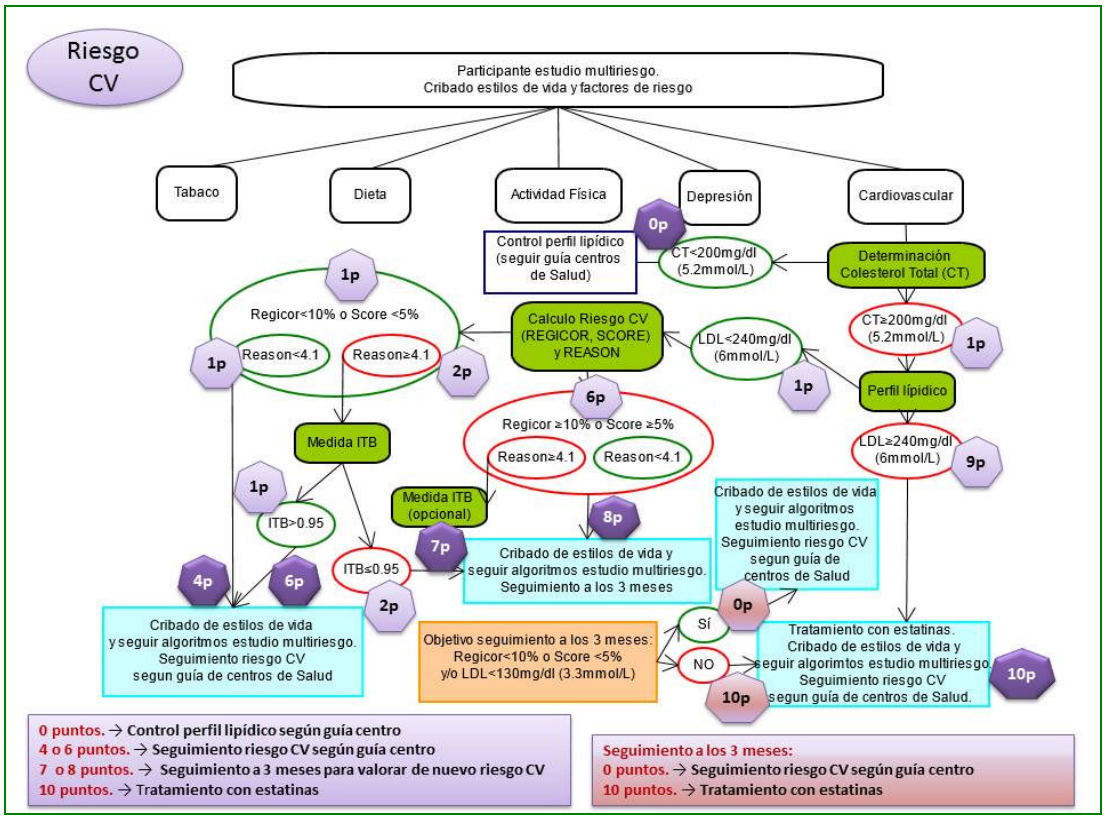
Anexo I: Algoritmos de priorización






Actividad Física
Participante estudio multiriesgo.
Cribado estilos de vida y factores de riesgo
Tabaco
Dieta
Actividad Física
Depresión
Cardiovascular
Cribado AF.
No sedentario:
30' AF moderada
5 o más días a la semana
o
3 o más sesiones a
la semana de actividad intensa de
almenos 30 minutos
Sedentario
1p
Motivación
Prochaska
y
Consejo personalizado
sobre incremento de AF.
Oferta de cita adicional.
0p
No sedentario
Consejo de mantenimiento
de AF destacando los beneficios
saludables personales
1p
No preparado.
Estado
recontemplativo
o contemplativo
Sí preparado.
En preparación
o en acción
2p
Intervención
motivacional.
Material educativo
2p
Intervención.
Negociación actividad
mínima inicial i progresión
3p
0 puntos. No sedentarismo → Mantener y reforzar
2 puntos. Sedentario + No motivación → Intervención motivacional + Material educativo.
3 puntos. Sedentario + Motivación → Intervención


Tabaco
Participante estudio multiriesgo.
Cribado estilos de vida y factores de riesgo
Tabaco
Dieta
Actividad Física
Depresión
Cardiovascular
Tres Preguntas de
consumo de tabaco
Sí
fumador
2p
Motivación
Prochaska
No preparado.
Estado
precontemplativo
o contemplativo
1p
Intervención
motivacional
3p
Sí preparado.
En preparación
o en acción
2p
No
fumador
0p
Ex
fumador
1p
Consejo mínimo de continuación
Dependencia > 3
2p
Dependencia <3
1p
Intervención
para dejar de fumar.
Ofrecer ayuda con
farmácos
6p
Intervención
para dejar de fumar.
Ofrecer aydua
conductual
5p
0 puntos. No fumador → Consejo mínimo de continuación
1 punto. Ex fumador → Consejo mínimo de continuación
3 puntos. Dependencia + No motivación → Intervención motivacional
5 puntos. Dependencia moderada (<3) + Motivación → Intervención + ofrecimiento ayuda conductual
6 puntos. Dependencia alta (>3) + Motivación → Intervención + ofrecimiento ayuda con fármacos



Anexo II:

Inventario de Recursos estructurales y materiales de la Unidad Externa
PC con conexión a internet
Acceso a la Historia Clínica electrónica del paciente
Báscula y medidor de estatura
Contra métrica
Cooxímetro
Camilla
Posibilidad de Solicitar analítica por vía electrónica o mediante impreso
Espacio físico para ubicar el dispositivo Vasera
Consulta donde realizar las visitas
Teléfono

Anexo III:

Figura 1: Características de los participantes.

	Participantes (n=51)
Relación hombre/mujer	30/21

Edad Media	60,022 (DE=8,43)
Talla Media en cm (rango)	171,2(153-180)
Peso medio en Kg	81.5 (54-118)
IMC medio	32.54

Anexo IV

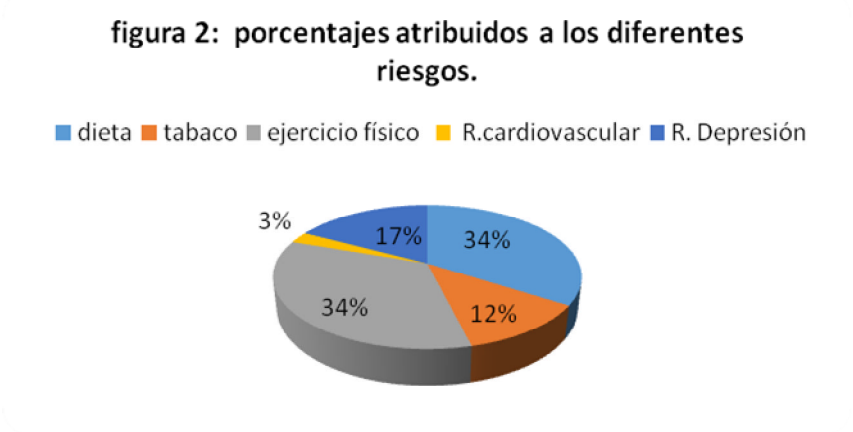



Figura 2: Distribución de los riesgos.