

denervación renal percutánea debe refrendarse con un seguimiento a más largo plazo.

Olga Costero^a, Angel Sánchez-Recalde^{b,*}, Raúl Moreno^b,
Isidro Moreno^c, Rafael Selgas^a y José L. López-Sendón^b

^aServicio de Nefrología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^cServicio de Anestesia Cardíaca, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: recalde@secardiologia.es (A. Sánchez-Recalde).

On-line el 10 de noviembre de 2012

BIBLIOGRAFÍA

1. Sharabi Y, Goldstein DS, Benth O, Saleem A, Pechnik S, Geraci MF, et al. Sympathoadrenal function in patients with paroxysmal hypertension: pseudopheochromocytoma. *J Hypertens*. 2007;25:2286-95.
2. Esler MD, Krum H, Sobotka PA, Schlaich MP, Schmieder RE, et al; Symplicity HTN-2 investigators. Renal sympathetic denervation in patients with treatment-resistant hypertension (The Symplicity HTN-2 Trial): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2010;376:1903-9.
3. Costero O, De Alvaro F, Bernardino I, Selgas R. Seudofeocromocitoma como causa de hipertensión arterial grave y paroxística. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:358-9.
4. Mann SJ. Severe paroxysmal hypertension (pseudopheochromocytoma): understanding the cause and treatment. *Arch Intern Med*. 1999;159:670-4.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.07.026>

Grado de conocimiento sobre su enfermedad cardíaca entre los pacientes hospitalizados

Knowledge of Cardiac Disease Among Hospitalized Patients

Sra. Editora:

Existen múltiples recomendaciones sobre la toma de decisiones de los facultativos basadas en la evidencia existente. No obstante, el paciente es el portador último de su enfermedad y, por lo tanto, su formación será prioritaria para conseguir los adecuados autocuidados. Las guías de práctica clínica de algunas patologías recogen recomendaciones sobre la utilización de programas de educación del paciente^{1,2}; no obstante, el nivel de conocimientos es menor que lo deseado³. Nuestro objetivo es valorar el grado de conocimiento sobre su enfermedad que tienen los pacientes ingresados en nuestra unidad.

Se entrevistó a 100 pacientes seleccionados aleatoriamente entre los ingresados en el Servicio de Cardiología de nuestro centro (nivel terciario) en marzo de 2012. Dos cardiólogos realizaron las entrevistas verbales de manera independiente. Se utilizó una encuesta de respuesta cerrada diseñada a tal efecto (tabla 1). El estudio estaba cegado para los facultativos responsables y las enfermeras de los pacientes. Al ingreso, el paciente recibía

información sobre su enfermedad y el motivo de ingreso; se realizaba el programa de acogida de enfermería, el paciente recibía por escrito el destino de ingreso y datos del médico responsable asignado (que visitaba e informaba al paciente a diario), y recibía y cumplimentaba los consentimientos informados correspondientes. El posterior análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS/PC 17 (SPSS Inc.; Chicago, Illinois, Estados Unidos). Las variables continuas se expresaron como media e intervalo de confianza; las categóricas, en número absoluto y porcentaje. El análisis multivariable se realizó mediante regresión logística binaria. Se consideraron estadísticamente significativos valores de $p < 0,05$.

Las características basales de la población se recogen en la tabla 2. La entrevista se realizó de mediana en el tercer día de ingreso [intervalo intercuartílico, días 2-4]. Un 11% no conocía el motivo de su ingreso, un 19% no sabía definir en qué servicio hospitalario se encontraba ingresado y un 17% creía estar ingresado en cirugía cardíaca. El 61% desconocía el nombre de su médico responsable y el 24% no sabía decir qué tipo de cardiopatía padecía. El 32% no reprodujo las pruebas que le habían realizado y el 29% no sabía definir qué tipo de tratamiento se aplicaría en su caso. En cuanto a la gravedad, el 23% no sabía definirla y un 29% la consideraba inferior a la real. El 22% no pudo determinar si su enfermedad sería relevante en su pronóstico. Un

Tabla 1

Formulario de encuesta utilizada. Entre paréntesis se enumeran las posibles opciones de respuesta

Datos generales	Datos de filiación Fecha de ingreso y de cuestionario
Datos sociodemográficos	Nivel de estudios (sin estudios-sin graduado escolar/graduado escolar/bachiller-formación profesional/universitario) Sector profesional (primario/secundario/terciario) Entorno social (rural/urbano)
Características del ingreso	Carácter del ingreso (urgente/programado) Servicio (cardiología/cirugía cardíaca/no sabe) Motivo de ingreso (arritmia/dolor torácico/disnea/síncope/otros/no sabe) Nombre del facultativo responsable Pruebas complementarias (enumerar)
Características de la enfermedad	Tipo (coronaria/valvular/arritmica/pericardio/endocarditis infecciosa/otras) Gravedad ^a (leve/grave/muy grave/no sabe) Afectará a su pronóstico ^b (sí/no/no sabe) Tratamiento (médico/intervencionista/cirugía/implantación de dispositivo/no sabe) Cambio de hábitos tras el alta (sí/no/no sabe)
Información	Desea más información (sí/no/no sabe) Formato (papel/verbal)

^a Se consideró enfermedad grave: infarto agudo de miocardio, enfermedad coronaria extensa, arritmias ventriculares, insuficiencia cardíaca, endocarditis infecciosa, valvulopatía severa y disfunción ventricular; se consideró muy grave: inestabilidad hemodinámica, edema agudo de pulmón, endocarditis complicada o parada cardíaca reanimada.

^b Se consideró que afectaban al pronóstico las enfermedades graves y muy graves.

Tabla 2

Características basales de la población

Edad (años), media (intervalo)	66 (50-81)
Varones	68
Nivel de estudios	
Sin estudios/sin graduado escolar	22
Graduado escolar	52
Bachiller/formación profesional	15
Universitarios	11
Sector profesional	
Primario	35
Secundario	15
Terciario	50
Entorno social	
Rural	55
Urbano	45
Tipo de ingreso	
Programado	19
Urgente	81
Cardiopatía	
Isquémica	54
Valvular	21
Arrítmica	12
Pericardio	6
Endocarditis infecciosa	3
Otras	4

Salvo otra indicación, los datos expresan porcentajes.

9% desconocía si debería cambiar sus hábitos de vida tras el alta hospitalaria y el 29,7% consideraba que no los cambiaría, contra lo indicado para su enfermedad.

El mayor grado de desconocimiento sobre la enfermedad se asoció en el análisis multivariable con el grupo de bajo nivel de estudios (sin estudios-sin graduado escolar, *odds ratio* = 5,78; intervalo de confianza del 95%, 1,14-29,87). El sexo femenino, la mayor edad, pertenecer a los sectores primario y secundario, vivir en entorno rural y haber ingresado con carácter urgente mostraron tendencia a mayor grado de desconocimiento, sin alcanzar la significación estadística.

El 64% de los encuestados deseaba más información sobre su enfermedad; el 61% del total prefería el formato escrito. Quienes no deseaban información (el 36% de los encuestados; el 100% varones; media de edad, 59 años; nivel de estudios medio-alto; trabajadores del sector terciario y de medio urbano) presentaban un alto grado de conocimiento, excepto en la modificación de hábitos (el 37,5% no las cambiaría, contra lo indicado).

Es difícil obtener conclusiones de estos datos, ya que no conocemos cuáles serían los datos óptimos y tampoco hay literatura que lo avale. Sin embargo, impresiona que en esta serie

los pacientes tengan insuficiente conocimiento de su enfermedad. Se ha comunicado que como bajo nivel de autocuidados se asocia a peor control de la hipertensión arterial⁴; mientras que con la utilización de programas de educación se evidencian mejoras en el grado de conocimientos en cardiopatía isquémica⁵, calidad de vida y número de reingresos por insuficiencia cardíaca² y en calidad de vida y morbilidad en la diabetes mellitus¹. Por otro lado, analizando la información a la que podría acceder el paciente, existen estudios que evalúan la falta de calidad de la información disponible en internet sobre afecciones como el aneurisma de aorta⁶.

Las limitaciones de nuestro trabajo provienen de ser una serie corta y unicéntrica. Queda por validar que los hallazgos sean extrapolables a otros centros. Por lo menos en el ámbito local hemos observado áreas de mejora y hemos localizado subgrupos, como los pacientes con menor nivel de estudios, que podrían obtener mayor beneficio, dado que su grado de conocimiento es el más bajo. Probablemente, como ocurre en la diabetes mellitus, el mayor beneficio se obtendría de programas ajustados a la edad y el nivel sociocultural del paciente¹.

Creemos que investigar estos aspectos debería formar parte de los programas de calidad hospitalarios para poder corregir posibles deficiencias de información en la relación médico-paciente.

Manuel Barreiro*, Elena Velasco, Alfredo Renilla, Francisco Torres, María Martín y Jesús M. de la Hera

Área del Corazón, Hospital Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

* Autor para correspondencia: Fernández Ladreda 34, 5.º E, 33011 Oviedo, Asturias, España.

Correo electrónico: manuelbarreirperez@gmail.com (M. Barreiro).

On-line el 3 de noviembre de 2012

BIBLIOGRAFÍA

1. Funnell M, Brown TL, Childs BP, Haals LB, Hosey GM, Jensen B, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care*. 2012; 35:101-8.
2. McMurray JV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Eur Heart J*. 2012;33:1787-847.
3. Antolín A, Sánchez M, Llorens P, Martín FJ, González-Armengol JJ, Ituño JP, et al. Conocimiento de la enfermedad y del testamento vital en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63:1410-8.
4. Cordero A, Bertomeu-Martínez V, Mazón P, Fácila L, Bertomeu-González V, Cosín J, et al. Factores asociados a la falta de control de la hipertensión arterial en pacientes con y sin enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64:587-93.
5. Abbaszadeh A, Borhani F, Asadi N. Effects of health belief model-based video training about risk factors on knowledge and attitude of myocardial infarction patients after discharge. *J Res Med Sci*. 2011;16:195-9.
6. San Norberto EM, Taylor J, Salvador R, Revilla A, Merino B, Vaquero C. Calidad de la información disponible en Internet sobre el aneurisma de aorta y su tratamiento endovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:869-75.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.07.022>