



Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

Servicios cardiológicos dirigidos por enfermeras para adultos con enfermedades coronarias

Fuente de información

Este *Best Practice Information Sheet* es fruto de una revisión sistemática de la investigación, publicada por Blackwell Publishing Asia y realizada por el Centre for Evidence-based Nursing South Australia, uno de los centros colaboradores del Instituto Joanna Briggs.¹ Las referencias bibliográficas pueden consultarse en el informe de la revisión sistemática disponible en la página web de Blackwell Synergy www.blackwell-synergy.com y para los miembros del Instituto Joanna Briggs en la página:

www.joannabriggs.edu.au

Antecedentes

La literatura sugiere que los servicios dirigidos por enfermeras pueden distinguirse por ciertas características o rasgos relacionados con su estructura y/o función. Estos incluyen una atención más centrada en la salud que en la enfermedad, y un mayor énfasis en las necesidades de la vida diaria que en el diagnóstico y la intervención.

Los servicios dirigidos por enfermeras también proporcionan una oportunidad a los profesionales de enfermería para desarrollar en mayor medida sus competencias independientes. La literatura ha reconocido este hecho, particularmente en el ámbito de los pacientes con problemas oncológicos, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Este Best Practice Information Sheet abarca:

- Educación dirigida por enfermeras y autoayuda
- Entrevista educativa y motivacional
- Auditoría y recordatorios
- Prevención secundaria

o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), problemas de incontinencia, y problemas coronarios, así como en el cuidado de las heridas, y la elaboración o implementación de programas de deshabituación tabáquica.

De todos estos problemas, la enfermedad coronaria representa la mayor causa de enfermedad y muerte en los países occidentales, hecho que tiende a aumentar ya que la edad media de la población es cada vez mayor. Los pacientes con enfermedad coronaria establecida tienen un mayor riesgo de padecer procesos coronarios.

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación derivan de los Niveles de Efectividad establecidos por el Instituto Joanna Briggs:

Grado A: Efectividad demostrada para su aplicación.

Grado B: Grado de efectividad establecido que sugiere su aplicación.

Grado C: Grado de efectividad establecido que indica considerar la aplicación de sus resultados.

Grado D: Efectividad establecida con limitaciones.

Grado E: Efectividad no demostrada.

El estilo de vida puede contribuir de forma importante a la reducción de la mortalidad cardiovascular en enfermedades coronarias establecidas.

La optimización del manejo de las enfermedades coronarias es de vital importancia en el actual contexto económico y socio-cultural. Se ha sugerido que los servicios dirigidos por enfermeras son una forma de mejorar el manejo de los factores de riesgo coronario, ya que desvían a los pacientes de los masificados entornos hospitalarios y médicos, manteniendo unos cuidados de calidad en pacientes con enfermedades coronarias establecidas.

Definiciones

Para la realización de éste *Practice Information Sheet* se utilizaron las siguientes definiciones.

Enfermedad Coronaria

Enfermedad coronaria es cualquier enfermedad de las arterias coronarias; en particular la arteriosclerosis, que reduce el flujo sanguíneo y por lo tanto el suministro de oxígeno al miocardio.

Estado General de Salud (SF-36)

Es un cuestionario corto de salud con 36 ítems que miden los siguientes campos de la salud:

Función física, limitación de rol por problemas físicos, dolor corporal, salud general, energía y vitalidad generales, función social, salud mental y limitación de rol por problemas emocionales. Cada campo se puntúa sobre una escala de 0 a 100, siendo 0 el peor estado de salud posible y 100 el mejor.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Esta escala consiste en 14 preguntas, 7 relativas a la depresión y 7 relativas a la ansiedad, con una puntuación posible de 0 a 3 en cada pregunta. Se puede obtener una puntuación máxima de 42, con las siguientes puntuaciones se indica el nivel de ansiedad y depresión:

0-7 normal

8-10 límite

≥11 presencia de ansiedad y depresión

Índice de Masa Corporal

Calculado como peso (en kilogramos [kg]), dividido por la altura (en metros [m]) elevado al cuadrado. El IMC

se presenta como kg/m².

Servicios dirigidos por Enfermeras

En este *Best Practice Information Sheet* los servicios dirigidos por enfermeras se definen como servicios o unidades que proporcionan un servicio al paciente, gestionado y realizado únicamente por enfermeras, con la capacidad de evaluar o tratar y aconsejar o derivar al paciente a otras disciplinas sanitarias según lo requiera cada caso.

Cuestionario de Angina de Seattle (SAQ)

Este instrumento de 19 puntos es una medida de la calidad de vida con respecto a enfermedades cardíacas o coronarias. Cuantifica la limitación física debida a enfermedad de las arterias coronarias, estabilidad de la angina durante el mes precedente, frecuencia de los síntomas de la angina, satisfacción con el tratamiento de la enfermedad coronaria, y percepciones de los pacientes sobre cómo la enfermedad coronaria limita la calidad de sus vidas. La puntuación es de 0 a 100 y las puntuaciones más altas indican un mejor nivel de funcionamiento. Se ha demostrado previamente que un cambio en la puntuación de SAQ entre 5 y 8 puntos indica un cambio clínico importante.

Intervenciones

Las intervenciones de interés fueron las relacionadas con la cartera de servicios que ofrecen las unidades cardiológicas dirigidas por enfermeras: educación, evaluación, consulta, derivación, estructuras o modelos administrativos. Los resultados primarios de interés incluyeron: sucesos adversos como exacerbación de los síntomas de enfermedad coronaria, reingresos, índices de ingreso, efectividad clínica, efectividad económica, satisfacción y conformidad del paciente.

Educación y autoayuda

Un ensayo clínico aleatorio sobre las intervenciones sanitarias en el norte del Reino Unido comparó una sesión educativa enfermera con un programa de autoayuda enfermero (Plan de Angina). Los 142 participantes incluidos habían sido diagnosticados de angina y se les habían recetado nitratos por primera vez en los 12 meses previos. La ansiedad y la depresión se evaluaron utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la calidad de vida utilizando el Cuestionario de Angina de Seattle (SAQ). Se llevó un diario de angina durante una semana, registrando los episodios de angina (incluyendo duración y gravedad) y los tratamientos necesarios con gliceril trinitrato (GTN).

Los resultados se evaluaron al principio del estudio y a los seis meses.

Ansiedad y depresión – Se produjo una reducción estadísticamente significativa de la depresión en los pacientes del grupo de autoayuda comparado con el grupo de la sesión educativa (P= 0,013).

Angina – El registro de angina demostró una reducción estadísticamente significativa de los episodios de angina que tuvieron lugar durante la semana en el grupo de autoayuda comparado con el grupo de la sesión educativa (P=0,016), con una reducción importante en la cantidad requerida de gliceril trinitrato (P= 0,018). No se produjeron diferencias estadísticamente significativas en los resultados de la estabilidad de la angina, la frecuencia, la satisfacción del tratamiento y la percepción de la enfermedad. Sin embargo, se demostró una reducción estadísticamente significativa de las limitaciones físicas en el grupo de autoayuda comparado con el grupo de la sesión educativa (P<0,001).

Estilo de vida – El estudio demostró que un número importante de pacientes del grupo de autoayuda hicieron cambios en su dieta y aumentaron su actividad diaria en comparación con el grupo de la sesión educativa (P<0,001).

Entrevista educativa y motivacional

Un ensayo clínico aleatorio realizado en clínicas de práctica comunitaria y en casa de los pacientes en Glasgow comparó las intervenciones habituales (no descritas) con el "cuidado compartido" (entrevistas educativas y motivacionales dirigidas por enfermeras conforme a las necesidades individuales) en 98 pacientes a la espera de ser operados de by-pass coronario (CABG). La ansiedad y la depresión se evaluaron utilizando la HADS, y el estado de salud general utilizando la SF-36. Otros resultados evaluados fueron:

Presión sanguínea, colesterol en el plasma, condición de fumador, obesidad, y actividad física. La satisfacción del paciente también se evaluó con un cuestionario autocompletado. Los resultados se evaluaron antes del comienzo del estudio (línea de base) y al ingreso en el hospital para la operación (final).

Ansiedad y depresión – Los niveles de ansiedad en la línea de base estuvieron presentes en el 39% del grupo de intervenciones habituales y el 45% del grupo dirigido por enfermeras; en la evaluación final aumentaron hasta el 89% en el grupo de intervenciones habituales y mejoraron de forma estadísticamente significativa hasta alcanzar un 4% en el grupo dirigido por enfermeras ($P<0,000$).

Los niveles de depresión fueron mayores en el grupo dirigido por enfermeras en la línea de base con un 51% comparado al 28% en el grupo de intervenciones habituales. El grupo de intervenciones habituales tuvo un aumento del 85% en la depresión mientras que el grupo dirigido por enfermeras tuvo una reducción estadísticamente significativa del 64% ($P<0,000$).

Presión sanguínea – Las presiones sanguíneas sistólica y diastólica medias disminuyeron significativamente en el grupo dirigido por enfermeras ($P=0,000$ y $P=0,048$ respectivamente). El grupo dirigido por enfermeras mostró una mejora de casi un 10% en el porcentaje de pacientes que dejaron de ser hipertensos en la evaluación final; mientras que el número de

participantes del grupo de intervenciones habituales que sobrepasaron el nivel deseado de hipertensión aumentaron a casi el 38%, de nuevo una diferencia estadísticamente significativa ($P=0,000$).

Colesterol– Las concentraciones medias totales de colesterol mejoraron significativamente en el grupo dirigido por enfermeras comparado con el grupo de intervenciones habituales ($P=0,003$).

Estado General de Salud – De los 8 campos que se valoran en el cuestionario, la limitación del rol físico fue el ítem más significativo durante el tiempo de espera prequirúrgico, siendo el ítem menos significativo el deterioro de la salud mental. En la evaluación final las puntuaciones del grupo de intervenciones habituales se habían deteriorado en todos los campos; mientras que las puntuaciones del grupo dirigido por enfermeras habían aumentado de forma estadísticamente significativa en todos los campos.

Estilo de vida – Se alcanzó un índice estadísticamente más alto de personas que dejaron de fumar, reduciéndose el número de fumadores en un 25% en el grupo dirigido por enfermeras, comparado con un 2% en el grupo de intervenciones habituales ($P=0,001$).

Hubo un aumento en el índice de masa corporal del grupo de intervenciones habituales de 0,2 kg/m² en comparación con una reducción en el grupo dirigido por enfermeras de 1,0 kg/m², ($P=0,000$). El grupo dirigido por enfermeras aumentó los niveles de actividad física en un 33% en comparación con el grupo de intervenciones habituales que redujo su actividad en un 16% ($P=0,000$).

Satisfacción – Los pacientes estaban satisfechos con los cuidados dirigidos por enfermeras y afirmaron que el programa era un apoyo para introducir cambios en el estilo de vida, como dejar de fumar o cambiar la dieta. También redujo su ansiedad y la de su familia al mismo tiempo que aumentó su conocimiento sobre los factores de riesgo de enfermedad coronaria y el estilo de vida.

Auditoría y recordatorios

Un ensayo clínico aleatorio cluster de 1906 pacientes en Warwickshire comparó intervenciones para mejorar los cuidados preventivos secundarios a pacientes con edades comprendidas entre 55 y 75 años con enfermedad coronaria establecida.

Veintiuna prácticas generales se dividieron en 3 grupos (auditoría, recordatorios médicos y recordatorios enfermeros) y se midieron los datos de la línea de base. El grupo de auditoría recibió respuesta sobre la adecuación de la evaluación general incluyendo presión sanguínea, estado del colesterol y la condición de fumador, que se reevaluaron a los 18 meses.

Los grupos de recordatorios médicos y enfermeros fueron informados sobre a qué pacientes hacer los recordatorios.

Presión sanguínea – Hubo diferencias estadísticamente significativas ($P<0,001$) en la evaluación de la presión sanguínea a favor de los grupos de recordatorios enfermeros y médicos comparados con el grupo de auditoría.

Colesterol – Hubo diferencias estadísticamente significativas ($P<0,001$) en la evaluación de los niveles de colesterol a favor del grupo de recordatorios enfermeros y médicos comparados con el grupo de auditoría.

Estilo de vida – Hubo diferencias estadísticamente significativas ($P<0,001$) en la evaluación de la condición de fumador a favor del grupo de recordatorios enfermeros y médicos comparados con el grupo de auditoría.

Adecuación de la evaluación – En la línea de base aproximadamente el 30% de los pacientes fueron evaluados de forma adecuada, en el seguimiento esta cifra aumentó significativamente ($P<0,001$) hasta el 52% en el grupo de auditoría, 76% en el de los recordatorios médicos y 85% en el de los recordatorios enfermeros. Las diferencias estadísticamente significativas favorecieron a los grupos de recordatorios médicos y enfermeros en comparación con el grupo de auditoría ($P<0,001$).



Implicaciones para la práctica

El mejor modelo de cuidados es contratar personal enfermero especializado en enfermedades coronarias.

Recomendaciones para la investigación

Necesita realizarse más investigación sobre los modelos económicos de clínicas cardiológicas dirigidas por enfermeras para identificar su efectividad económica.

Prevención secundaria

Enfermeras especialistas en cardiología

En un ensayo clínico aleatorio en Southampton, 597 pacientes de 67 prácticas generales estratificadas, se distribuyeron indistintamente en un grupo de atención médica o en un programa de cuidados preventivos secundarios dirigido por 3 enfermeras especialistas en cardiología. Las principales medidas de resultados fueron el alcance del seguimiento; atención para rehabilitación cardíaca; prescripción de medicamentos al alta; fumar, dieta y ejercicio auto-informados; y síntomas de dolor precordial y falta de aliento. Los resultados fueron evaluados a los 1, 4 y 12 meses.

Ansiedad y depresión – No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de ansiedad y depresión.

Angina – La incidencia de dolor precordial al hacer ejercicio demostró un descenso estadísticamente significativo en la evaluación a 4 meses, favoreciendo al grupo de enfermeras especialistas en cardiología ($P=0,05$).

Presión sanguínea – Se produjo una mejora estadísticamente significativa de ambos grupos desde la línea de base a la evaluación un año después ($P=0,05$). En un mes, más del 80% de los participantes afirmó que comía comida sana. A los doce meses esta ingesta autoinformada de comida sana fue más alta en el grupo de enfermeras especialistas en cardiología, pero no existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Seguimiento – En la evaluación del cuarto mes, había más pacientes en el grupo de enfermeras especialistas en cardiología que habían asistido al menos a una sesión de rehabilitación, comparado con el grupo de médicos ($P<0,001$). Un año después,

esta diferencia continuó siendo estadísticamente significativa a favor del grupo de enfermeras ($P<0,001$). En el seguimiento de 1 año el número de consultas con la enfermera era dos veces mayor que el del grupo de médicos ($P<0,001$).

Servicios dirigidos por enfermeras

Un ensayo clínico aleatorio cluster en Escocia distribuyó aleatoriamente a 1173 participantes con enfermedad coronaria establecida de 19 prácticas generales a cuidados médicos o atención en una unidad de prevención secundaria dirigida por enfermeras. Los resultados evaluados en la línea de base y a un año, fueron de salud general utilizando la SF-36, ansiedad y depresión usando la HADS, atención clínica, ingresos en el hospital y especificación del tipo de angina.

Ansiedad y depresión – No hubo diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones medias de HADS entre los grupos.

Angina – El número de participantes con empeoramiento del dolor precordial descendió en el grupo de la unidad dirigida por enfermeras y aumentó en el grupo de intervenciones médicas habituales ($P=0,025$).

Estado general de salud – Todos los campos excepto la energía/vitalidad y la salud mental sufrieron cambios estadísticamente significativos desde la línea de base hasta la evaluación final a favor de la unidad dirigida por enfermeras.

Seguimiento – El número de ingresos en el hospital disminuyó en el grupo de servicios dirigidos por enfermeras mientras que aumentó en el grupo de intervenciones médicas habituales ($P=0,003$).

Resumen

Ansiedad y depresión – Las puntuaciones de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) no mostraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los beneficios de los cuidados dirigidos por enfermeras frente al cuidado médico. Sin embargo, la falta de significación estadística sugiere que los cuidados dirigidos por enfermeras son tan beneficiosos como los cuidados médicos.

Angina – Los cuatro estudios mostraron efectos beneficiosos en los servicios dirigidos por enfermeras con respecto al programa, evaluación de la medicación o asistencia en una clínica.

Presión sanguínea – No se encontraron diferencias significativas, sin embargo los resultados fueron favorables para las unidades dirigidas por enfermeras.

Colesterol – Durante la espera para la realización de un by-pass coronario (CABG) se demostró una reducción significativa en los niveles de colesterol a favor de las unidades dirigidas por enfermeras, en comparación con un servicio médico.

Estado general de salud – El metaanálisis de las puntuaciones de la SF-36 en dos artículos demostró diferencias estadísticamente significativas a favor de los cuidados dirigidos por enfermeras frente a los cuidados rutinarios médicos.

Estilo de vida – En dos estudios se demostraron mejoras significativas en la cantidad de actividad que podía ser llevada a cabo. Con respecto a la condición de fumador, se obtuvieron resultados contradictorios: en 3 estudios que compararon los servicios médicos y los dirigidos por enfermeras, dos mostraron mejoras importantes y uno no mostró cambios significativos.

Satisfacción – Un estudio mostró altos niveles de satisfacción en los servicios de enfermería, sin embargo no se hicieron comparaciones con los cuidados de los médicos.

Seguimiento – Ambos grupos, de médicos y enfermeras, mostraron un aumento en el seguimiento, así como mejoras significativas en la evaluación general. Se obtuvieron resultados contradictorios con respecto a los índices de ingreso.

Discusión

Los seis estudios incluidos investigaron intervenciones relacionadas con la educación, evaluación y consultas o seguimiento. Ninguno de los artículos trataba la derivación de pacientes ni mostró métodos rigurosos de análisis del coste. Las intervenciones medidas en todos los estudios estaban primariamente relacionadas al suministro de consejo, derivación, educación y modelos de suministro de cuidados primarios de salud.

El impacto de estas intervenciones sobre los resultados de los pacientes varió, igual que las medidas de resultados utilizadas en los estudios. Se produjeron mejoras en los resultados de ansiedad y depresión, calidad de vida, salud general y estilo de vida. También se identificaron efectos beneficiosos atribuibles a los servicios de enfermería en la reducción de la gravedad de la angina, presión sanguínea, niveles de colesterol, adherencia a los calendarios de medicación y cambios en el estilo de vida para reducir la gravedad de los factores de riesgo. De éstos, sólo la presión sanguínea y el colesterol se midieron objetivamente. Los resultados subjetivos deben ser considerados con precaución debido a las limitaciones asociadas a los resultados autoinformados. Otros resultados tratados

por artículos individuales pero con carencia de datos completos para el análisis o informe fueron la adecuación del seguimiento, los índices de ingreso y la satisfacción o conformidad de los pacientes.

Muchos de los datos de los estudios no se presentaron en formato bruto. Se pudo contactar con los autores en algunos casos y enviaron sus datos en bruto para que se pudiese realizar el metaanálisis, ampliando el alcance de la revisión sistemática.

Muchos de los estudios se realizaron en el Reino Unido, donde existe una alta incidencia de enfermedad coronaria; sin embargo, los procesos de cuidados no son diferentes en otros países occidentalizados y los resultados se consideraron comparables.

El número de visitas a enfermeras y médicos aumentó, sin embargo las cifras de los índices de ingreso disminuyeron en algunos casos. El coste de los cuidados puede haber aumentado, aunque la reducción de los ingresos debería reducir el coste de los cuidados a largo plazo. No pueden darse resultados concluyentes, ya que no hubo artículos que trataran sobre la eficacia del coste o sucesos adversos.

Recomendaciones

- Se recomiendan los servicios dirigidos por enfermeras para pacientes con enfermedad coronaria (Grado B)
- Los servicios de enfermería pueden aumentar los índices de asistencia y seguimiento de los servicios (Grado B)
- Se recomiendan los servicios de enfermería para pacientes que requieren cambios en el estilo de vida para disminuir su riesgo de resultados adversos asociados a la enfermedad coronaria (Grado A).

Conclusión

Pudieron realizarse muy pocos metaanálisis debido a diferentes intervenciones y medidas de resultados dentro de cada estudio; sin embargo, se presentó un breve resumen de cada resultado evaluado por los estudios individuales.

No hubo resultados negativos para los servicios de enfermería en ninguno de los estudios. Muchos de los estudios demostraron mejores resultados clínicos, aunque no todos los resultados fueron estadísticamente significativos.

El objetivo de la revisión sistemática fue determinar si los servicios de enfermería serían o no un

complemento efectivo para completar los consejos y cuidados médicos en pacientes con enfermedad coronaria. Con esto en mente los servicios de enfermería fueron favorables en algunos resultados y tan efectivos como los servicios médicos en otros resultados. Esto demuestra que puede ser beneficioso que las enfermeras dirijan servicios de enfermedades coronarias asegurándose que están adecuadamente formadas y que las expectativas adecuadas del servicio están claras.

Versión original traducida al castellano por: Lucía García Grande

Traducción revisada por: Lara Martínez Gimeno y Mercedes Vicente Hernández

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

Referencia:

1. Page, T., Lockwood, C., Conroy-Hiller, T. 2005. Effectiveness of nurse-led cardiac clinics in adult patients with a diagnosis of coronary heart disease. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 3 (1); 2-26.

Agradecimientos

Este Best Practice information sheet fue realizado por el Centre for Evidence-based Nursing South Australia (CENSA), uno de los Centros colaboradores del Instituto Joanna Briggs, con un panel de expertos revisores dirigido por D^a Tamara Page, Responsable de Investigación – Revisiones, CENSA con la ayuda de D. Craig Lockwood, Coordinador de Revisiones, CENSA, D^a Kylie Guest, Responsable de Proyectos, Instituto Joanna Briggs Institute, South Australia y D^a Tiffany Conroy-Hiller, Coordinadora de Educación e Implementación, CENSA.

A CENSA le gustaría dar las gracias al Instituto Joanna Briggs y a los miembros del panel de revisores, cuyo apoyo, maestría y compromiso con la revisión demostraron ser de un valor incalculable durante esta actividad.

Los miembros del panel de revisores fueron:

- Dr Tina Jones, Senior Lecturer – Department of Clinical Nursing, Adelaide University, South Australia
- Ms Rosemary Barry, Unit Manager – Community Nursing, Mount Barker Health Service, South Australia
- Ms Kathy Rutledge, Clinical Nurse – Nursing Clinic, Leg Club, Community Nursing, Mount Barker Health Service, South Australia
- Ms Jo Hourihan, Clinical Nurse – Coronary Care Unit and Chest Pain Centre, Flinders Private Hospital, South Australia

Además este Best Practice Information Sheet ha sido revisado por pares de expertos nombrados por los centros colaboradores del Instituto Joanna Briggs.



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital, North Terrace,
Adelaide, South Australia 5000

<http://www.joannabriggs.edu.au>

ph: (+61 8) 8303 4880 fax: (+61 8) 8303 4881

- Published by Blackwell Publishing Asia

Traducido y difundido por:



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA

“The procedures described in Best Practice must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded”.

This sheet should be cited as:

JBI, 2005 Nurse-led cardiac clinics for adults with Coronary Heart disease, Best Practice 9(1) Blackwell Publishing Asia, Australia.