



Prevención de complicaciones en enfermos coronarios

POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

PREGUNTA

¿Es efectiva la atención de enfermería para la prevención de complicaciones en pacientes coronarios en Atención Primaria?

SELECCIÓN Y COMENTARIO

Isabel M^a López Medina*

ARTÍCULO SELECCIONADO

Moher M, Yudkin P, Wright L, Turner R, Fuller A, Schofield T, Mant D. Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care. *BMJ* 2001; 322: 1-7.

DISEÑO: Ensayo clínico controlado randomizado cluster no enmascarado pragmático.

LUGAR: Warwickshire (Inglaterra).

PACIENTES Y PARTICIPANTES: Se invitó para participar en el estudio a los 79 centros de Atención Primaria de Warwickshire y de los 41 que expresaron interés, 20 abandonaron, quedando finalmente 21 centros para el estudio. Los pacientes incluidos en el estudio fueron aquellos de edades comprendidas entre 55 y 75 años con enfermedad coronaria establecida, entendiéndose como tal un diagnóstico previo de infarto de miocardio, angina estable o revascularización por angioplastia coronaria transluminal percutánea o injerto de bypass arterial coronario. Quedaron excluidos los pacientes que tuvieron episodios únicos de dolor torácico diagnosticado como posible angina pero que no continuaron tomando ningún fármaco antianginoso. Se identificaron un total de 2142 enfermos coronarios, cifra que se redujo a 1906 al inicio del estudio (los 236 pacientes restantes murieron, se trasladaron de centro o se comprobó que habían sido mal diagnosticados).

* Dip. Enfermería. Profesora Asociada. Dpto. Ciencias de la Salud. EUE Universidad de Jaén, España. Grupo de Enfermería CTS 464.

CORRESPONDENCIA: Isabel M^a López Medina. Universidad de Jaén. Dpto. Ciencias de la Salud. Dep.7022. Campus "Las Lagunillas" s/n. 23.071. Jaén. E-mail: imlopez@ujaen.es

Manuscrito aceptado el 26.10.01

Index Enferm (Gran) 2002; 36-37:60-63

EVIDENCIA CIENTÍFICA

INTERVENCIÓN: Se pretendió comparar la efectividad de tres métodos de prevención secundaria de enfermos coronarios en Atención Primaria mediante la asignación de los pacientes a cada uno de estos tres grupos: grupo auditoría, grupo de médicos generales y grupo de enfermería. El Grupo Auditoría Consultiva Médica de Warwickshire, a través de 6 auditores externos, identificó a los pacientes con diagnóstico establecido de enfermedad coronaria y se informó de los cuidados que habitualmente se proporcionan a estos pacientes, en los centros que les correspondió estudiar. Los grupos de médicos generales y de enfermería determinaron los pacientes coronarios en sus centros correspondientes; además, elaboraron una guía de actuación para la prevención secundaria de la enfermedad coronaria y crearon un sistema de registro y citación para la revisión periódica de los pacientes. A cada uno de estos grupos se asignó aleatoriamente 7 centros para su estudio.

De los 1906 pacientes totales, 559 identificó el grupo auditoría como enfermos coronarios de sus 7 centros, midiendo en ellos los resultados de los cuidados que habitualmente proporciona el personal de esos centros. El grupo de médicos generales hizo un seguimiento de los 682 pacientes coronarios identificados en sus 7 centros, utilizando para ello la guía de actuación y los sistemas de registro y citación creados. El grupo de enfermería procedió del mismo modo que el grupo de médicos, con los 665 pacientes coronarios correspondientes a sus 7 centros asignados.

A los 18 meses del inicio del estudio se invitó a los pacientes (ya quedaban 1824 de los 1906 por haber muerto 9, haber abandonado 30 y estar demasiado enfermos para acudir a las revisiones 43 de ellos) a asistir a sus centros para un examen clínico que realizó una enfermera

ajena al ensayo. La carta de invitación incluía un cuestionario con dos instrumentos para medir la calidad de vida de los pacientes.

MEDIDAS DE RESULTADOS: Los resultados fueron medidos a través de: "buen estado" del paciente, prescripción de tratamiento farmacológico, examen clínico y calidad de vida. El "buen estado" fue definido como el control adecuado de tres factores de riesgo coronario: presión arterial, colesterol y hábito tabáquico del paciente. El examen clínico incluyó la medición de la presión arterial (2 mediciones, transcurriendo 5 minutos entre ambas), el nivel sérico de colesterol y los niveles de nicoti-

los grupos de enfermería y de médicos generales obtuvieron un mayor porcentaje de pacientes "en buen estado" (85% y 76% respectivamente) que el grupo auditoría (52%). La diferencia entre el grupo de enfermería y el grupo auditoría fue del 33% y entre el grupo de médicos y el de auditoría de un 23%. La diferencia entre el grupo de enfermería y el de médicos fue de un 9%. Con los tres elementos que componen "el buen estado" ocurrió algo similar.

En cuanto al tratamiento farmacológico prescrito a los 18 meses, esas mínimas diferencias observadas anteriormente entre los 3 grupos, se repiten en la prescripción de antihipertensivos y agentes hipolipemiantes, mostrando todos los grupos un aumento similar en la prescripción de estos fármacos. Sin embargo, la prescripción de fármacos antiplaquetarios a los 18 meses fue mayor en el grupo de enfermería (85%) que en los grupos de médicos (80%) y de auditoría (74%). La diferencia entre la prescripción de antiplaquetarios en el grupo de enfermería y la realizada en el grupo auditoría fue de 11%,

entre el grupo de médicos y el grupo auditoría de 6% y entre el grupo de enfermería y de médicos de 5%.

Las diferencias encontradas en el "buen estado" de los pacientes no se reflejaron en los resultados del examen clínico, ya que tanto la media de presión arterial (148/80, 147/81, 148/81 mmHg), como el colesterol total (5'4, 5'5, 5'5 mmol/l), como los niveles de nicotina (17%, 16%, 19% de fumadores) variaron mínimamente entre el grupo de enfermeras, el grupo de médicos y el grupo auditoría respectivamente.

De los 1824 pacientes a los que se envió los cuestionarios de calidad de vida, 1368 lo devolvieron (75%). No se encontraron diferencias clínicamente importantes entre los grupos para ninguna de las

Tabla de resultados		Grupo Auditoría (n=7)	Grupo de Médicos (n=7)	Grupo de Enfermería (n=7)
		(% de pacientes)	(% de pacientes)	(% de pacientes)
Buen estado (BE)	Al inicio	29	31	29
	A los 18 meses	52	76	85
BE de la presión arterial	Al inicio	82	84	85
	A los 18 meses	86	97	96
BE del nivel de colesterol sérico	Al inicio	42	48	44
	A los 18 meses	67	83	88
BE del hábito tabáquico	Al inicio	73	71	71
	A los 18 meses	78	92	95
Prescripción de antihipertensivos	Al inicio	67	71	65
	A los 18 meses	70	73	66
Prescripción de hipolipemiantes	Al inicio	25	24	23
	A los 18 meses	37	41	40
Prescripción de antiplaquetarios	Al inicio	62	73	66
	A los 18 meses	74	80	85

na en plasma. En la prescripción farmacológica, los fármacos considerados fueron: agentes antihipertensivos, fármacos hipolipemiantes y antiplaquetarios.

La calidad de vida de los pacientes se evaluó mediante un cuestionario que incluye dos instrumentos de calidad de vida (el Dartmouth COOP Charts y el cuestionario EuroQol sin la escala analógico-visual). El "buen estado" y el tratamiento farmacológico se midieron al inicio del estudio y transcurridos 18 meses; el examen clínico y la evaluación de la calidad de vida se llevó a cabo exclusivamente a los 18 meses.

En la primera valoración de los 3 factores de riesgo por parte de los 3 grupos se obtuvo aproximadamente un 30% de pacientes en "buen estado". A los 18 meses,

EVIDENCIA CIENTÍFICA

dimensiones de los cuestionarios de calidad de vida Dartmouth COOP y EuroQol.

CONCLUSIONES: El cuidado y seguimiento de los pacientes con enfermedad coronaria por parte de enfermería en tan efectivo, y posiblemente más efectivo, que el desarrollado por médicos. La creación de un sistema de registro de pacientes favorece una mejoría en el estado de los pacientes y una continuidad en los cuidados. No existen diferencias en los resultados clínicos entre el grupo de enfermería y el médico a pesar de mostrarse un mayor porcentaje de pacientes en buen estado en el grupo de enfermería que en el médico.

COMENTARIO

El estudio de Moher y cols. se trata de un ensayo clínico controlado randomizado no enmascarado. Como experimento controlado, garantiza fiabilidad hasta el punto de que muchos autores consideran que constituye “el ideal de ciencia”¹. La asignación de los centros y, por tanto, de los pacientes a cada grupo de intervención fue aleatoria. Sin embargo, es un estudio no enmascarado, pues tanto los profesionales como los pacientes habían sido informados del estudio en cuestión; esto podía haber dado lugar a un sesgo de evaluación, sin embargo, el examen clínico fue realizado por una enfermera ajena al estudio. El ser no enmascarado afecta a la validez interna, pues es uno de los aspectos considerados de mayor relevancia para garantizar la validez interna de un estudio.

En relación al tamaño de la muestra el estudio se considera ensayo clínico grande por contar inicialmente con 2.142 sujetos. Al ser un ensayo clínico grande la validez interna es mayor, aunque incluye problemas como elevado coste en recursos humanos y económicos, mayor lentitud y complejidad². La muestra fue disminuyendo a lo largo del estudio, pero, no obstante, se describe perfectamente el número y motivo de retirados y abandonos, por lo que el seguimiento de los pacientes es adecuado.

Otro de los aspectos importantes de la validez interna es el grado de comparación de los grupos de sujetos al inicio del ensayo. En este estudio se parte de tres grupos de pacientes perfectamente comparables, con características similares en cuanto a las variables medidas. A lo largo del ensayo

se procedió del mismo modo con los tres grupos.

En este ensayo se demuestra que *la prevención secundaria de enfermos coronarios mediante valoración, seguimiento y prescripción farmacológica llevada a cabo por enfermeras de forma independiente es tan efectiva o más que la realizada por médicos*. Existen mejores resultados en el grupo de enfermería en cuanto al “buen estado” de los pacientes en relación al grupo de médicos y de auditoría; no existen diferencias entre los tres grupos en los resultados del examen clínico. Indica además que el seguimiento de guías de actuación y la creación de sistemas de registro favorece la mejoría en el estado de los pacientes y una mayor continuidad en sus cuidados.

Los resultados obtenidos se pueden considerar precisos y con un elevado grado de credibilidad.

La validez externa, entendiendo como tal la posibilidad de generalizar los resultados de un ensayo a un entorno distinto^{1,2}, es cuestionable. ¿Son los resultados del ensayo aplicables a mi práctica?. Para aplicarlos se requiere, por un lado, seguir las guías de actuación y los sistemas de registro utilizados en el ensayo, pero aquí llega un gran problema: ¿en qué consisten esas guías de actuación y cómo son esos sistemas de registro?. Debemos conocerlos para poderlos utilizar en nuestra práctica y, por tanto, poder aplicar los resultados del ensayo. Desgraciadamente nos encontramos con este problema muy a menudo en los ensayos clínicos, donde tras comparar distintas formas de actuación para concluir cuáles permiten mejores resultados no describen en qué consisten concretamente esas actuaciones “recomendadas” por lo que difícilmente podremos adoptarlas en nuestro entorno.

Por otra parte, la aplicación de los resultados en nuestro medio es difícil, pues supondría cambios organizativos y de funciones del personal de enfermería. Sin embargo, es cierto que conllevaría una buena relación entre el coste y los beneficios.

Para ello es necesario que el personal de enfermería asuma aún mayor responsabilidad. Las enfermeras en España se han limitado durante años a trabajar fundamentalmente en el campo de los cuidados dependientes, después se desarrolló el área de los cuidados interdependientes y, por

último, se ha iniciado el campo de acción independiente, quedando aún por completar el desarrollo de este campo. Es cierto que la enfermería de Atención Primaria en España ha mejorado mucho con la Ley General de Sanidad 14/86 de 25 de abril de 1986, comenzando a desarrollar actividades con carácter personalizado y a tener asignado un grupo de población de forma que los pacientes identifican a su enfermera igual que a su médico. Según González³ los profesionales de enfermería deben tener su grupo de población que demande unos cuidados y que con ellos se satisfaga las necesidades que realmente no tienen cubiertas. Además, como dice Buitrago⁴, debe abordarse abiertamente y en profundidad el debate soterrado que existe en muchos equipos sobre las funciones y contenidos de la consulta de enfermería en Atención Primaria para garantizar que los profesionales de enfermería sigan aportando prestaciones de calidad cada vez mayor y que de ese modo no existan argumentos para que los sectores conservadores de la Administración disminuyan la dotación de enfermeros en los centros de salud. Es hora ya, por tanto, de culminar el desarrollo de esta área propia del cuidado que se dirige a resolver los problemas de salud cuya solución viene dada a través del propio cuerpo de conocimientos de la profesión. Este objetivo es algo difícil de conseguir debido principalmente a que en la actualidad todavía se tiende a mantener el modelo tradicional (biomédico) de atención a la enfermedad y se mantiene de forma muy arraigada la visión idealizada de la figura del médico. Las enfermeras han sido vistas por la población durante muchos años como meras ayudantes del médico, que sólo poseen capacidad para desarrollar funciones o tareas dependientes o, como mucho, interdependientes. En un estudio realizado en 1993 por Lozano y cols.⁵ en un centro de salud de Zaragoza se comprobó que la enfermera en la consulta de enfermería era identificada mayoritariamente por actividades que “clásicamente” ha realizado, como la toma de tensión arterial y peso y que sólo un 50% de la población conocía la consulta de enfermería. Sin embargo, en un estudio posterior, realizado por Serrano⁶ en un centro de salud de Madrid en 1996, alrededor del 75% de la población conocía la consulta de enfermería, la consideraba imprescindible para el control de su salud. En cuan-

EVIDENCIA CIENTÍFICA

to a la consideración de la enfermera como profesional independiente se dieron también mejores resultados que en años anteriores, ya que lo opinaba aproximadamente el 60% de la población. Sin embargo, sólo un 42% de la población consideró a la enfermera totalmente capacitada para resolver alguno de sus problemas de salud.

Ensayos clínicos muy similares al analizado se están desarrollando últimamente debido a que los Sistemas Nacionales de Salud de diferentes países, como el Reino Unido y EE.UU., están centrando sus líneas de trabajo en comprobar si se puede garantizar una asistencia sanitaria más eficiente, fundamentalmente en el área de la Atención Primaria. En estos ensayos se compara la calidad de la asistencia prestada por enfermeros y médicos con las mismas responsabilidades y funciones, sobre todo en el seguimiento y control de pacientes con patologías crónicas para la prevención secundaria de complicaciones y en la atención a pacientes con enfermedades leves. Ejemplos de este fenómeno son el ensayo clínico realizado por Mun-

ding y cols.⁷ entre 1995 y 1997 en Nueva York y el realizado por Shum y cols.⁸ entre 1998 y 1999 en Inglaterra. Todos estos artículos están demostrando que las enfermeras son igual de eficaces o más que los médicos, evidenciándose así que pueden proporcionar mayores beneficios al sistema sanitario si se les amplían sus funciones y se les otorga mayor autonomía e independencia. Se deben aprovechar estas conclusiones al encontrarnos en una época en la que están aumentando considerablemente las enfermedades crónicas por el aumento de la esperanza de vida sin que se vean iniciativas por parte del sistema nacional de salud de aumentar las plantillas en los centros de Atención Primaria. Por ello parece el momento para que, apoyados en los resultados de estas investigaciones, se saque el mayor beneficio a los recursos de que dispone el modelo sanitario español; si las enfermeras son tan efectivas o más que el personal médico, quizá cabría plantearse nuevas estrategias sanitarias que garanticen la máxima eficiencia y eficacia.

Bibliografía

1. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en Ciencias de la Salud. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2000.
2. Gálvez Toro A. Enfermería basada en la evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. 1ª ed. Granada: Fundación Index; 2001.
3. González López E. Enfermería en Atención Primaria, retos para el milenio. Revista de Administración Sanitaria 2001; 18: 73-86.
4. Buitrago Ramírez F. Consultas de enfermería en atención primaria de salud. Atención Primaria 1993; (11) 5: 209-210.
5. Lozano ML, Arenaz C, Bueno A, Martínez MJ. Conocimiento de la consulta de enfermería en atención primaria de salud. Atención Primaria 1995; (15) 6: 357-360.
6. Serrano Gallardo P. Características profesionales de la enfermera comunitaria. ¿Qué opina la población?. Metas Enferm 1999; 16: 30-38.
7. Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WT, Cleary PD et al. Primary Care outcomes in patients treated by Nurse Practitioners or Physicians. A randomised trial. JAMA 2000; 283 (1): 59-68.
8. Shum C, Hunphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. British Medical Journal 2000; 320: 1038-1043.



PROXIMAMENTE - IV REUNION SOBRE INVESTIGACION CUALITATIVA EN SALUD- II CONFERENCIA INTERNACIONAL DE REVISTAS DE ENFERMERIA EDITADAS EN ESPAÑOL - I REUNION SOBRE ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA - I CURSOS INTERNACIONALES DE LA FUNDACION INDEX - CURSOS PRESENCIALES EN LA NUEVA SEDE DOCENTE - PERMANECE CONECTADO A TU SITIO FAVORITO

www.index-f.com

VAS A TENER QUE VENIR A GRANADA