



Evidence based information sheets for health professionals

Clínicas cardiológicas dirigidas por enfermeras para reducir factores de riesgo cardiovascular modificables en adultos

Recomendaciones

- Las clínicas dirigidas por enfermeras ofrecen cierto apoyo para pacientes adultos con diagnóstico reciente o ya existente de enfermedad coronaria, para conseguir algunos objetivos de tratamiento, como los niveles de colesterol total y tensión arterial, pero parecen ser menos efectivas para mejorar los valores absolutos de los factores de riesgo a corto y largo plazo, a excepción del colesterol LDL y los triglicéridos. **(Grado B)**
- Las clínicas dirigidas por enfermeras ofrecen cierto apoyo para pacientes adultos con diagnóstico reciente o ya existente de enfermedad coronaria para mantener los cambios en su estilo de vida e influir en la disposición de los pacientes a colaborar en la prevención de la enfermedad coronaria en el primer año después de acudir a la clínica. **(Grado B)**
- Las clínicas dirigidas por enfermeras pueden influir positivamente en la calidad de vida percibida y el estado de salud general, especialmente en la función física en adultos con diagnóstico reciente o ya existente de enfermedad coronaria. **(Grado B)**

Fuente de información

Este *Best Practice information sheet* actualiza y sustituye al *Best Practice information sheet* publicado por el Instituto Joanna Briggs (JBI) en 2009², y se basa en una revisión sistemática publicada en 2010 en la Biblioteca de Revisiones Sistemáticas del JBI. El informe completo³ de la revisión sistemática está disponible en la página web del Instituto Joanna Briggs www.joannabriggs.edu.au

Objetivos

El objetivo de este *Best Practice information sheet* es presentar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las clínicas dirigidas por enfermeras en la reducción de factores de riesgo cardíaco en adultos (> 18 años) con diagnóstico reciente o ya existente de enfermedad coronaria.

Antecedentes

Las clínicas dirigidas por enfermeras se establecieron por primera vez en el Reino Unido y Estados Unidos en la década de los '80 en atención primaria para mejorar la continuidad de los cuidados tras el alta del paciente y reducir costes. La diferencia entre una clínica dirigida por enfermeras y otros tipos de clínicas como las clínicas médicas o las consultas externas de un hospital reside en el hecho de que las clínicas dirigidas por enfermeras están gestionadas independientemente por enfermeras y que su enfoque es más integral, preventivo y educativo que terapéutico o farmacológico. Las intervenciones principales en

estas clínicas son la valoración, la evaluación y el seguimiento del estado de salud de los pacientes, así como el asesoramiento sobre salud y la educación antes de la administración del tratamiento, el diagnóstico y el manejo del caso. Al proporcionar apoyo psicosocial, promoción de estrategias de prevención secundaria y un enfoque integral a las necesidades de los pacientes, las clínicas dirigidas por enfermeras pueden representar una forma de abordar el problema del creciente número de pacientes mayores y enfermos crónicos y abordar los problemas de satisfacción del usuario con el cuidado que recibe. La enfermedad coronaria (EC) es la principal causa de enfermedad y muerte en los países occidentales, un efecto que probablemente aumente con el envejecimiento de la población. Los individuos con enfermedad coronaria establecida tienen alto riesgo de sufrir nuevos episodios coronarios. Establecer y mantener un estilo de vida saludable puede contribuir significativamente a reducir la mortalidad cardiovascular en estos individuos. Se han sugerido los servicios dirigidos por enfermeras para desviar a los pacientes de hospitales y consultas generales saturadas como forma de mantener la calidad de la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, como la enfermedad coronaria. Las enfermeras tienen la capacidad de contribuir a reducir factores de riesgo debido a su familiaridad con el paciente, la disponibilidad para la continuidad en las consultas y el potencial para aplicar las intervenciones cuando los pacientes están preparados para iniciar el cambio, en lugar de durante un periodo de crisis aguda.

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles de evidencia establecidos por el Instituto Joanna Briggs en 2006 (<http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>)

Grado A Recomendación demostrada para su aplicación

Grado B Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación

Grado C Recomendación no demostrada

Definiciones

En este *Best Practice information sheet* se utilizan las siguientes definiciones:

Clinicas dirigidas por enfermeras: Clinicas que ofrecen un servicio para el paciente y que están gestionadas y constituidas exclusivamente por enfermeras, con la capacidad de evaluar, tratar y consultar o derivar al paciente a otros profesionales de la salud, según sea necesario.

Factor de riesgo cardíaco: Influencia de la salud o el estilo de vida que aumenta las posibilidades de enfermedad coronaria. Los factores de riesgo modificables incluyen el sobrepeso, el tabaquismo, los niveles elevados de colesterol, la tensión arterial alta, la depresión, el estilo de vida sedentario y el consumo elevado de alcohol.

Cumplimiento: Voluntad de seguir el tratamiento.

Calidad de la investigación

En la revisión sistemática se incluyeron 13 artículos que describen 7 estudios diferentes realizados durante el periodo comprendido entre 1998 y 2007, tres de ellos realizados en Inglaterra y los restantes en Escocia, Australia, China y Canadá, respectivamente. Los estudios son todos ensayos controlados aleatorios (ECA), dos de ellos con un diseño por cluster. Las clínicas dirigidas por enfermeras en los ECA incluidos trabajaban sobre todo en un entorno de práctica general. Una de ellas estaba situada en el hospital y realizaba seguimiento domiciliario. La duración del seguimiento varió entre tres meses y diez años, la mayoría finalizó al cabo de 1 año. La calidad metodológica de los estudios era muy buena, aparte de la asignación aleatoria que sólo estaba descrita de forma precisa y era verdaderamente aleatoria en un estudio realizado en China.

Medidas de Resultados

Seis de los siete estudios incluidos evaluaron los lípidos en sangre, cinco estudios se centraron en la tensión arterial, el índice de masa corporal y el tratamiento con medicamentos, y cuatro estudios evaluaron la actividad física, el estado de salud, la calidad de vida y el tabaquismo. Otros factores fueron el cumplimiento de la dieta y los síntomas de ansiedad, depresión y angina de pecho. Los resultados medidos con menos frecuencia fueron la asistencia a la clínica, la satisfacción del paciente, las tasas de reingreso y la mortalidad total.

Lípidos en sangre

Fue posible realizar el metanálisis para los valores del colesterol total (CT) y las lipoproteínas de alta densidad (HDL). Seis estudios valoraban el CT como resultado. Los datos de dos estudios revelan un resultado positivo, aunque no estadísticamente significativo, a los seis y ocho meses de seguimiento, respectivamente. Sin embargo, el metanálisis de efectos aleatorios de los valores de CT a largo plazo de dos estudios, encontró que a los 12 y 18 meses los efectos de las clínicas dirigidas por enfermeras disminuían. No obstante, los pacientes todavía se benefician significativamente de las clínicas dirigidas por enfermeras en lo que respecta al manejo de los factores de riesgo. Esto se valoró calculando el número de pacientes que alcanzaron el objetivo de un nivel de colesterol total inferior a 5 mmol/l. El metanálisis encontró que, al año, hubo un número significativamente mayor de pacientes en el grupo intervención que consiguió alcanzar este nivel. Los resultados del metanálisis no revelaron diferencias significativas entre los grupos en los niveles de HDL, ni a largo ni a corto plazo. En resumen, el metanálisis de CT y HDL no reveló ventajas relacionadas con las clínicas dirigidas por enfermeras, pero los resultados individuales de LDL y triglicéridos mostraron que las clínicas dirigidas por enfermeras mejoraron los niveles de estos lípidos en sangre a corto plazo. No se consiguió ningún efecto a largo plazo en cuanto a los lípidos en sangre en las clínicas dirigidas por enfermeras, a excepción del manejo para lograr los niveles recomendados de lípidos en sangre.

Resultados de la revisión sistemática

Tensión arterial

Cinco estudios incluyeron la tensión arterial como resultado. El metanálisis de efectos aleatorios de dos estudios no encontró beneficios estadísticamente significativos para las clínicas dirigidas por enfermeras en la reducción de la tensión arterial en el periodo de tiempo de 6 a 8 meses. Cuando se mide el manejo de la tensión arterial calculando los pacientes que alcanzaron un determinado nivel de tensión arterial, se observó una mejoría significativa entre el grupo intervención y el grupo control, con una tensión arterial inferior a 140/85 mmHg al cabo de un año. En un estudio se observó una mejora significativa del manejo de la tensión arterial al cabo de un año en una clínica dirigida por enfermeras, pero estos beneficios no se mantuvieron en el seguimiento realizado a los cuatro años. Es probable que pequeñas mejoras de la tensión arterial a largo plazo sean un aspecto a favor del tratamiento en una clínica dirigida por enfermeras. No se muestra ningún efecto a largo plazo de más de un año, aunque solamente se incluyan dos estudios.

Tabaquismo

Los estudios incluidos en la revisión sistemática encontraron que las clínicas dirigidas por enfermeras no influyen en las tasas de abandono del tabaquismo en los pacientes, ya sea a corto o a largo plazo. El número de pacientes no fumadores no se redujo después de asistir durante un año a una clínica dirigida por enfermeras.

Peso corporal

Los estudios encontraron que las clínicas dirigidas por enfermeras no tuvieron ningún efecto estadísticamente significativo sobre el comportamiento de los pacientes relacionado con la reducción del peso corporal, ya sea a corto o a largo plazo.

Cumplimiento

El cumplimiento es una parte importante de la conducta saludable, ya que se relaciona con el grado en que los pacientes son capaces de cambiar su estilo de vida. Un estudio canadiense evaluó el cumplimiento de la toma de medicación mediante un índice de cumplimiento de la medicación. El índice mide la proporción de días en que la medicación se toma de acuerdo con el plan y se expresa en porcentajes. Los autores observaron que no se detectan diferencias significativas entre los grupos.

Un estudio escocés evaluó el cumplimiento de la toma de aspirina. En un seguimiento anual, el cumplimiento de la ingesta correcta de aspirina fue significativamente mayor en el grupo intervención. Del mismo modo, hubo importantes beneficios en el ejercicio físico continuo y la dieta al cabo de un año, pero ninguno de estos efectos se mantuvo en el seguimiento realizado a los cuatro años. Los resultados permiten hacer una recomendación fuerte de una clínica dirigida por enfermeras para apoyar a los pacientes en el mantenimiento de los cambios en su estilo de vida y para influir en su disposición a cumplir con la prevención de la enfermedad coronaria en el primer año tras la asistencia a la clínica. Sin embargo, los estudios incluidos en esta revisión midieron el cumplimiento únicamente con respecto a la ingesta de medicamentos, por lo que se desconoce el cumplimiento de otras estrategias de promoción de la salud.

Calidad de vida y estado de salud general

Los resultados sobre el estado de salud y la calidad de vida percibida se miden en la mayoría de los estudios mediante el cuestionario Short Form 36 (SF36), cuyas puntuaciones van desde 0 a 100. Las puntuaciones más altas indican un mejor resultado. Los resultados de tres estudios en un seguimiento al cabo de un año se combinaron en un metanálisis. Lamentablemente ninguno de los artículos presentó la puntuación global para las ocho dimensiones del SF-36 y no se pudieron calcular, por lo que cada dimensiones del SF-36 se ha evaluado e interpretado por separado.

Función física

Los resultados son significativos a favor de las clínicas dirigidas por enfermeras a la hora de mejorar la capacidad y función física en pacientes con enfermedad coronaria.

Función social

Las clínicas dirigidas por enfermeras tienen un impacto sobre el funcionamiento social de los pacientes con EC similar al de otras clínicas. No se encontraron diferencias entre los grupos a los 12 y 18 meses de seguimiento ni a los 4 años.

Limitaciones físicas y emocionales

Los resultados muestran que el efecto global sobre la capacidad del paciente para cumplir sus roles físicos y emocionales mejora en las clínicas dirigidas por enfermeras.

Dolor corporal

No hubo ningún efecto en el alivio del dolor al año de seguimiento.

Energía y vitalidad

La percepción de los pacientes sobre su energía y vitalidad no mejoró significativamente en los grupos intervención que asistían a una clínica dirigida por enfermeras al año de seguimiento. En un estudio, un ensayo con diseño por cluster, se detectaron beneficios sobre la vitalidad percibida al cabo de un año. Sin embargo, en estudios con períodos de seguimiento más prolongados, no se observó este efecto.

Salud mental

Los resultados sobre la salud mental no mostraron una mejoría significativa después de asistir durante un año a las clínicas dirigidas por enfermeras.

Aparte de un estudio (diseño por cluster), el efecto de las clínicas no fue beneficioso a largo plazo en la evaluación realizada a los 18 meses y en el seguimiento realizado a los 4 años.

Percepción general de la salud

La percepción de salud general fue significativamente mejor en el grupo intervención en el seguimiento realizado al año. Este resultado no se confirmó en los seguimientos realizados a los 18 meses y a los 4 años.

Resumiendo los resultados del SF-36, únicamente se logró una mejoría estadísticamente significativa en el seguimiento realizado al cabo de 1 año en cuanto al funcionamiento físico, las limitaciones físicas y emocionales y en cuanto a la percepción de salud general. Para todas las demás dimensiones, los resultados de las clínicas dirigidas por enfermeras eran iguales a los de otras clínicas.

Depresión y ansiedad

La depresión y la ansiedad solamente se incluyeron en un estudio escocés. Estos resultados no mostraron diferencias entre los grupos al año y a los 4 años de seguimiento.

Síntomas de angina

Un estudio se centró en los síntomas de la angina de pecho, y utilizó el Cuestionario de Angina de Seattle (Seattle Angina Questionnaire). Al año de seguimiento, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a la capacidad de esfuerzo y la frecuencia de angina de pecho. El grupo intervención obtuvo calificaciones más altas y por lo tanto, tenían menos síntomas de angina. El cuestionario The Angina TyPe®, utilizado en un estudio escocés para evaluar el dolor anginoso, no identificó diferencias significativas entre los grupos al año y los 4 años de seguimiento, excepto que el empeoramiento del dolor precordial era significativamente menos frecuente en el grupo intervención después de asistir durante un año a una clínica dirigida por enfermeras.

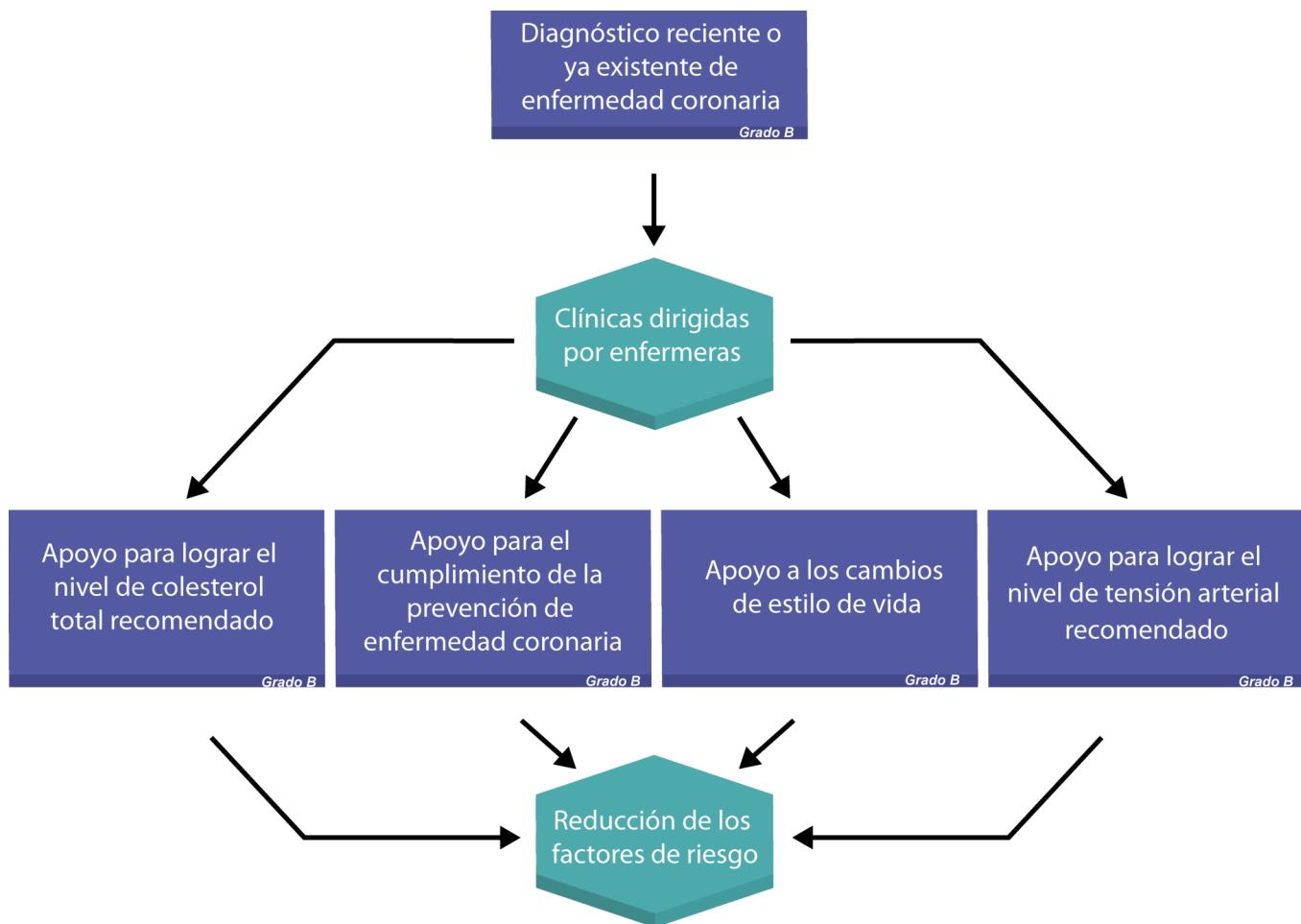
Ingresos hospitalarios

Un estudio escocés evaluó los ingresos hospitalarios. En el seguimiento realizado a los 10 años, no hubo diferencias entre los grupos para este resultado. Los datos no son suficientes para recoger observaciones de los seguimientos a corto y medio plazo.

Eventos coronarios, mortalidad coronaria y mortalidad total

En un estudio escocés, la mortalidad total en el grupo de intervención se redujo significativamente a los cuatro años de seguimiento y la diferencia en la aparición de trastornos coronarios se situó en el límite. No hubo diferencias significativas entre los grupos en relación con todas las causas de mortalidad, eventos coronarios o muerte por eventos coronarios a los 10 años de seguimiento.

Clínicas cardiológicas dirigidas por enfermeras para reducir factores de riesgo cardiovascular modificables en adultos



Agradecimientos

Este *Best Practice information sheet* ha sido elaborado por el Instituto Joanna Briggs.

Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. Levels of Evidence and Grades of Recommendations. <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
2. The Joanna Briggs Institute. Nurse-led interventions to reduce cardiac risk factors in adults. Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals 2009; 13(5):1-4.
3. Schadewaldt V, Schultz T. A systematic review on the effectiveness of nurse-led cardiac clinics for adult patients with coronary heart disease. JBI Library of Systematic Reviews 2010;8(2):53-89.
4. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. Int J of Evid Based Healthc 2005; 3(8):207-215.

Traducido y difundido por:



Del Instituto Joanna Briggs
para los cuidados de salud basados en la evidencia

Versión original traducida al castellano por: Paula García Manchón.

Traducción revisada por: Esther González María.

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

- The Joanna Briggs Institute
Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital,
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.au
- ph: +61 8 8303 4880
fax: +61 8 8303 4881
email: jbi@adelaide.edu.au
- Published by
Blackwell Publishing



WILEY-
BLACKWELL

"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".

Práctica basada en la evidencia

Este *Best Practice Information Sheet* presenta la mejor evidencia disponible sobre este tema. Se incluyen implicaciones para la práctica con la confianza de que los profesionales utilizarán esta evidencia teniendo en cuenta el contexto, las preferencias del paciente y su juicio clínico.⁴