

Gestión de pacientes con hipertensión en consultas dirigidas por enfermeras

Valerie M. Brown, MSN, RN, PHN

LA HIPERTENSIÓN es una causa de enfermedades y muerte fundamental y prevenible¹. El modelo actual de tratamiento de la hipertensión en muchos centros sanitarios está dirigido por médicos y respaldado por enfermeras especializadas, auxiliares médicos y más personal auxiliar. Aunque el flujo de trabajo de atención primaria actual es complejo e ineficaz, muchos centros sanitarios dudan a la hora de aprovechar todo el potencial de las enfermeras según lo define su ámbito de práctica. Optimizar la función de las enfermeras en contextos de atención primaria puede mejorar los resultados rentables en los pacientes.

El objetivo de este artículo es abordar la literatura especializada actual sobre la viabilidad y eficacia de las consultas dirigidas por enfermeras en el tratamiento de la hipertensión en atención primaria y la aplicación de pruebas para implementar la gestión de la atención de pacientes con hipertensión por una enfermera.

Con el foco en la hipertensión

La hipertensión afecta cada año a más de 80 millones de adultos (el 34% de la población) en los Estados Unidos, y se espera que para el 2030 este número aumente en un 8%². La hipertensión es uno de los motivos de visita al médico de cabecera más frecuentes¹. De los más de 80 millones de adultos hipertensos, solo un 54% tiene la presión arterial bajo control². El tratamiento de la hipertensión en el contexto de la atención primaria es exigente, pues requiere interacciones frecuentes con el paciente para alcanzar un control óptimo de la presión arterial^{3,4}. El buen tratamiento de la hipertensión puede reducir significativamente el riesgo de muchos trastornos, entre ellos la enfermedad cardiovascular (ECV) y el ictus cerebral^{1,5}.

El control eficaz de la hipertensión también puede reducir significativamente los costes sanitarios. Los costes directos e indirectos estimados de la ECV y del ictus

son 300 000 millones de dólares al año en los Estados Unidos, incluyendo la productividad perdida². Incluso disminuyendo ligeramente las presiones arteriales sistólica y diastólica se pueden reducir notablemente los costes médicos indirectos⁶.

Falta de médicos de cabecera

Hacia el 2025, se prevé que la demanda de médicos de cabecera en los Estados Unidos supere a la oferta^{7,8}. En esas fechas se prevé que faltarán de 12 000 a 31 000 médicos en la atención primaria⁹. Como consecuencia de esta escasez, la capacidad está disminuyendo en atención primaria, y el número de pacientes con comorbilidades y enfermedades crónicas sigue aumentando.

Las disparidades en la solicitud de cita para atención primaria se han atribuido a las crecientes demandas de servicios como consecuencia de la ley de Asistencia Médica Asequible y al envejecimiento de la población⁷. Las enfermeras tal vez tengan la oportunidad de ofrecer servicios que eviten que los pacientes vulnerables se pierdan en el sistema sanitario y de ejercer sus capacidades al máximo¹⁰. La idea de trabajar al máximo de las capacidades aprendidas significa implementar todos los conocimientos adquiridos durante la formación en lugar de dedicarse a hacer cosas que podría hacer también otro profesional¹¹.

Métodos de revisión de la literatura

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica con las bases de datos CINAHL, EBSCO Information Services, Ovid, PubMed, PsycINFO, SAGE Publications, Wiley InterScience y The Cochrane Library. Se revisaron artículos evaluados por expertos, escritos en inglés y publicados entre 2000 y 2015 para utilizarlos en el proyecto. Los términos de búsqueda utilizados en diferentes secuencias fueron “consultas dirigidas por enfermeras”, “consultas conducidas por

enfermeras”, “tratamiento de enfermería de pacientes hipertensos”, “consultas dirigidas por enfermeras en atención primaria”, “consultas dirigidas por enfermeras en atención ambulatoria” y “consultas de hipertensión dirigidas o conducidas por enfermeras”.

También se revisaron las listas de referencia de artículos para recuperar artículos relevantes que estudiaran pacientes en un contexto de atención ambulatoria en tratamiento de la hipertensión.

¿Qué muestra la revisión de la literatura?

Al compararlas con el método habitual de los métodos de cabecera para tratar la hipertensión, las consultas dirigidas por enfermeras han demostrado mejoras significativas en los resultados de los pacientes, reduciendo efectivamente la presión arterial y los niveles de colesterol séricos¹⁰.

Un modelo sugerido por Laurant et al.⁴ y Taylor, Van der Merwe y Van der Merwe¹² pasa la atención del médico de cabecera a la enfermera para tratar enfermedades crónicas como la hipertensión y para prescribir medicamentos en una consulta de hipertensión. Este cambio de paradigma en la atención sanitaria compensa eficazmente el aumento de los costes médicos y mejora los resultados de los pacientes reduciendo la presión arterial en pacientes con hipertensión. Laurant et al. y Taylor et al. sugieren que las enfermeras pueden ser tan eficaces como los médicos de cabecera a la hora de lograr atención de calidad y mejores resultados en los pacientes. Scordo and Pickett¹³ abordaron la implementación de un algoritmo basado en la evidencia como herramienta de tratamiento para enfermeras con el fin de controlar la hipertensión en adultos como alternativa viable al procedimiento estandarizado. Un procedimiento estandarizado es un protocolo, política o procedimiento desarrollado por un centro sanitario a través de la colaboración entre gestores y profesionales sanitarios. En intervenciones dirigidas por enfermeras,

como las que inciden en el comportamiento o en la formación, se han observado resultados significativamente mejorados en pacientes con enfermedades como diabetes y arteriopatía coronaria^{10,14}. Las enfermeras, que pueden ayudar al paciente a cambiar el estilo de vida y alentarle a lograr objetivos asequibles, pueden conseguir reducir la presión arterial del paciente¹⁵.

Según Martínez-González et al.¹⁰, los médicos son reacios a integrar un enfoque agresivo en el tratamiento antihipertensivo por miedo a las frecuentes visitas de seguimiento que puedan ser necesarias para alcanzar los objetivos de presión arterial debido a las directrices establecidas por el Comité Nacional Mixto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Alta¹. Este comité estableció directrices generales para determinar los grados de presión arterial para uso de todos los profesionales sanitarios del país. A veces los médicos son reacios a añadir y prescribir medicamentos antihipertensivos por su potencial de hipotensión inducida por fármacos. Otra de las trabas es la implementación de monitorización temprana para el régimen de medicamentos para la hipertensión. El sistema actual dirigido por médicos de cabecera presenta muchos defectos que impiden lograr el control óptimo de la presión arterial de muchos pacientes. “Mediante herramientas, algoritmos, estrategias y programas aprobados”, las enfermeras pueden ayudar a reconocer y a tratar la hipertensión precozmente en cualquier contexto¹³. Es crucial explorar nuevos métodos para reducir los efectos de la hipertensión a largo plazo en un contexto sanitario sobrecargado.

Los médicos de cabecera pueden reducir el número de pacientes con hipertensión descontrolada si replantean el modelo actual y asignan a las enfermeras la dirección del paciente hipertenso en el contexto de la atención primaria.

Implicaciones para la práctica de enfermería en atención primaria

Hay poca bibliografía sobre consultas dirigidas por enfermeras, lo que indica que hay pocas organizaciones en el país que hayan implementado estos modelos. Basándonos en el informe “El futuro de la enfermería”, del Institute of Medicine, que habla de los cambios espectaculares en el sistema sanitario actual y en los retos que planteará una población

desatendida, las enfermeras pueden superar esos desafíos con ideas creativas, innovadoras e ingeniosas. Algunas organizaciones de todo el país han implementado programas para aumentar el aprovechamiento de las enfermeras¹⁶. El desarrollo de un programa de atención unificado puede empoderar a las enfermeras con la información necesaria para coordinar la atención de pacientes y mitigar las demoras¹⁵.

Las consultas dirigidas por enfermeras han mostrado mejoras significativas en los resultados de los pacientes, entre ellas la reducción de la presión arterial.

Tal como se formula en el informe mencionado, los cambios en el sistema sanitario y en la población requieren que el sistema cambie “para proporcionar una atención centrada en el paciente; ofrecer más atención primaria en lugar de atención especializada permitirá que todos los profesionales sanitarios ejerzan su práctica aprovechando al máximo las aptitudes adquiridas en su formación”¹⁶. Los protocolos basados en la evidencia para tratar médicamente a pacientes con hipertensión generarán ventajas para el modelo de atención primaria. Permitir que sean las enfermeras quienes inicien la atención a partir de un procedimiento estandarizado, y no de la orden directa de un médico, elimina barreras¹⁵.

Aunque algunas organizaciones de médicos siguen discutiendo sobre la oposición a que las enfermeras ejerzan al máximo de su potencial, muchos han declarado que, basándose en la filosofía del modelo médico, no se les debería permitir ampliar su ámbito de acción.

Rentabilidad

Para reducir la brecha entre capacidad y demanda, es urgente readjudicar la gestión de los pacientes en atención primaria. En la mayoría de estas prácticas no se reconocería a las enfermeras como aliadas válidas para tratar a los pacientes. Los médicos de cabecera pueden ser reacios a ceder la gestión de poblaciones de pacientes

concretas en su ámbito, aunque con ello aumentara la capacidad de tratar a pacientes con enfermedades crónicas. Delegar tareas del tratamiento de la hipertensión a las enfermeras, como la educación del paciente, el asesoramiento en modificación del estilo de vida y la prescripción de medicamentos, aumenta la capacidad sin que suponga más demanda para el médico de cabecera¹⁷. En California, el Consejo de Enfermería ha definido el ámbito de práctica de las enfermeras en el sentido de capacitarlas para utilizar un protocolo estandarizado que fomente la autonomía en el planteamiento de decisiones clínicas relativas a la gestión de la atención al paciente¹⁸. El uso de un protocolo estandarizado y de las intervenciones de las enfermeras puede reducir los costes, mejorar los resultados de los pacientes y ampliar el papel de las enfermeras como aliadas válidas a la hora de aumentar la capacidad.

Además del beneficio para el paciente de ver reducida su presión arterial, la gestión de consultas de hipertensión por parte de enfermeras ayuda a reducir los gastos en fármacos y salariales como medida rentable para el centro si los comparamos con los sueldos de los médicos de cabecera¹². Debido a las diferencias salariales, los costes totales de la gestión de la hipertensión pueden reflejar las ventajas de esta medida de reducción de costes¹⁹.

Para emitir un diagnóstico definitivo de un paciente con hipertensión se necesitan tres visitas separadas en las que se evalúe la presión arterial. Si se encuentra fuera de los parámetros normales establecidos en cada visita, el médico de cabecera diagnosticará al paciente con hipertensión e iniciará las intervenciones médicas⁵. Así, teóricamente, el proceso de tratamiento de un paciente con este diagnóstico puede traducirse en una visita inicial y tres más de seguimiento después de haber recetado la pauta de medicación. Si los pacientes se saltan el tratamiento de seguimiento, pueden sufrir reacciones adversas y complicaciones secundarias por no controlar la presión arterial¹⁹.

Además de ser rentable, la atención de una enfermera hacia pacientes con hipertensión es similar en calidad y eficacia a la atención de un médico de cabecera⁴. Además, en las consultas dirigidas por enfermeras pueden dedicar más tiempo a asegurar unas mediciones de presión arterial

precisas y para formar a los pacientes, lo que favorece el cumplimiento del tratamiento a largo plazo^{12,20}.

Los pacientes que proporcionaron comentarios fueron positivos por igual en el estudio de Taylor et al. de 2012, en el que concluyeron que “el ambiente tranquilo de la consulta de enfermería alentaba a debatir abiertamente y a plantear preguntas a diferencia de la consulta médica, donde a menudo el tiempo apremia”¹².

Otra información recogida en el estudio de Taylor et al. incluye los beneficios de reducir el volumen de trabajo de los médicos en el tratamiento de pacientes hipertensos¹². Después de la visita inicial, las posteriores visitas con la enfermera redujeron el número de visitas al médico en más de dos por paciente, lo que aumentó la capacidad de pacientes vistos por el médico.

La atención preventiva, como la toma regular de la presión arterial para mitigar complicaciones futuras como ictus, ECV y el avance de la enfermedad, también es un método rentable en el que las enfermeras tienen un papel fundamental. Las consultas dirigidas por enfermeras dedicadas a la prevención secundaria de la arteriopatía coronaria en la atención primaria parecen más rentables en la mayoría de intervenciones sanitarias, con el principal beneficio en los años salvados de los pacientes²¹.

Formación eficaz de pacientes

Una parte del tratamiento de la hipertensión implica la aceptación del diagnóstico por parte del paciente. Los pacientes que no estén informados o motivados no se comprometerán a cambiar su conducta²². El plan de estudios universitario para enfermería incluye la evaluación de la disposición del paciente a aprender²³. Conceptos de la formación de pacientes, como la disposición de estos a cambiar su conducta y a cuidar de sí mismos, dotan a las enfermeras de las herramientas necesarias para fomentar los objetivos realistas que puedan alcanzar los pacientes^{15,21}.

Los cambios en el estilo de vida y el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos son dos de los factores clave en el enfoque interdisciplinario del que participan las enfermeras¹⁵. Estas son las encargadas de crear un ambiente que favorezca el aprendizaje y que motive al paciente para que quiera

participar en el proceso²¹. Los pacientes se empoderan cuando la información se transmite en lenguaje informal en un ambiente cálido.

Un estudio de viabilidad podría llenar el vacío en la literatura. Como muchos de los estudios se realizaron fuera de los Estados Unidos, generalizar sus resultados puede ser complejo. El estudio de Rudd et al. propuso un ejemplo de protocolo que pueden utilizar las enfermeras para tratar a pacientes hipertensos²⁴. Su método de gestión reducía la participación de los médicos en las tareas rutinarias relativas al control de los tratamientos para la hipertensión, lo que permitía a aquellos centrarse en pacientes que no lograban alcanzar el control óptimo de la hipertensión.

¿La función del futuro?

La optimización del papel de las enfermeras en una consulta dirigida por enfermeras, según lo establecido por su ámbito de práctica y por los estándares profesionales, puede ser un modelo eficaz para el ámbito de la atención primaria. La literatura especializada no indica diferencias en los resultados de pacientes con hipertensión al comparar la atención habitual facilitada por el médico de cabecera con la atención gestionada por enfermeras. Los datos sobre este tema todavía son preliminares, porque no hay suficientes estudios para poder extraer conclusiones sólidas.

Teniendo en cuenta las pruebas, las consultas dirigidas por enfermeras mejoran los resultados de los pacientes, como en el control de la hipertensión. No hay ningún estudio que documente consecuencias negativas de un modelo de consulta dirigida por enfermeras en el tratamiento de pacientes con hipertensión. Se necesitan urgentemente más datos que respalden la viabilidad y la eficacia de las consultas de hipertensión dirigidas por enfermeras en el ámbito de la atención primaria. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014;311(5):507-520.
2. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, et al. Heart disease and stroke statistics—2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. [e-pub January 25, 2017]
3. Dolor RJ, Yancy WS Jr, Owen WF, et al. Hypertension Improvement Project (HIP): study protocol and implementation challenges. *Trials*. 2009;10:13.

4. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001271.

5. Blomqvist M, Berglund B, Sonde L. Nurse-led blood pressure treatment in primary health care: an intervention study comparing two regimens. *Nordic Nurs Sci*. 2006;26(4):20-24.

6. Centers for Disease Control and Prevention. Vital signs. 2011. www.cdc.gov.

7. Association of American Medical Colleges. The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections from 2013 to 2025. Final report. 2015. <https://www.aamc.org>

8. Petterson SM, Liaw WR, Phillips RL Jr, Rabin DL, Meyers DS, Bazemore AW. Projecting US primary care physician workforce needs: 2010-2025. *Ann Fam Med*. 2012;10(6):503-509.

9. Golden AG, Silverman MA, Issenberg SB. Addressing the shortage of geriatricians: what medical educators can learn from the nurse practitioner training model. *Acad Med*. 2015;90(9):1236-1240.

10. Virkstis K. What is top-of-license nursing practice? 2014. <https://www.advisory.com/research/nursing-executive-center/multimedia/video/2014/defining-top-of-license-practice>

11. Martínez-González NA, Tandjung R, Djalali S, Huber-Geismann F, Markun S, Rosemann T. Effects of physician-nurse substitution on clinical parameters: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(2):e89181.

12. Taylor D, van der Merwe V, van der Merwe W. Nurse titration clinics to achieve rapid control of blood pressure. *N Z Med J*. 2012;125(1355):31-40.

13. Scordo KA, Pickett KA. Managing hypertension: piecing together the guidelines. *Nursing*. 2015;45(1):28-33.

14. Bosworth HB, Olsen MK, Gentry P, et al. Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tailored multifactorial intervention. *Patient Educ Couns*. 2005;57(1):5-14.

15. Morris D, McLean D, Costello JA, Cloutier L. Recognition and management of hypertension by nurses: action in patients with diabetes is critical. *Can J Cardiovasc Nurs*. 2009;19(4):4-12.

16. Institute of Medicine. *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington, DC: National Academies Press; 2011.

17. Ghorob A, Bodenheimer T. Sharing the care to improve access to primary care. *N Engl J Med*. 2012;366(21):1955-1957.

18. State of California Board of Registered Nursing. Article 7. Standardized Procedure Guidelines, NPR-1-19 (01/2011). www.rn.ca.gov/pdfs/regulations/npr-i-19.pdf.

19. Andersen UO, Simper AM, Ibsen H, Svendsen TL. Treating the hypertensive patient in a nurse-led hypertension clinic. *Blood Press*. 2010;19(3):182-187.

20. Redsell S, Stokes T, Jackson C, Hastings A, Baker R. Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care. *J Adv Nurs*. 2007;57(2):172-180.

21. Raftery JR, Yao GL, Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD. Cost effectiveness of nurse led secondary prevention clinics for coronary heart disease in primary care: follow up of a randomized controlled trial. *BMJ*. 2005;330(7493):707.

22. Bastable SB. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. 4th ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2014.

23. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass/Wiley; 2010.

24. Rudd P, Miller NH, Kaufman J, et al. Nurse management for hypertension. A system approach. *Am J Hypertens*. 2004;17(10):921-927.

Valerie M. Brown es la directora de atención ambulatoria en atención primaria en North County Kaiser Permanente en San Diego, California, y profesora asociada a tiempo parcial en el programa LVN del Costa Community College en Oceanside, California.

La autora ha declarado no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionado con este artículo.