

Categoría a la que se presenta: Ámbito universitario. Tesis doctoral

Título:

Intervención enfermera durante la exacerbación en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Resumen:

Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) experimentan un deterioro progresivo en la calidad de vida. Programas de toma de decisiones compartidas son un proceso interdependiente del profesional sanitario donde el paciente colabora en tomar decisiones adoptando un rol activo sobre sus cuidados de salud.

El objetivo principal es evaluar la efectividad de un programa de compromiso y toma de decisiones compartidas (C-TDC) administrado durante la hospitalización.

Los pacientes con exacerbación aguda de EPOC fueron aleatorizados entre el grupo control (tratamiento estándar) y el grupo intervención (programa C-TCD junto al tratamiento estándar). El programa C-TCD incluyó un programa personalizado enfocado en mejorar el conocimiento de la enfermedad, los cuidados propios de la enfermedad, y reforzar un estilo de vida saludable teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes.

Se obtuvieron mejoras significativas en el estado percibido de salud al alta hospitalaria en los pacientes incluidos en el grupo intervención. Además, el estado de salud, conocimiento de la enfermedad, adherencia del tratamiento, estado funcional y estilos de vida mejoraron significativamente a los 3 meses en el grupo intervención.

Finalmente, el programa de C-TCD mejora significativamente el perfil clínico del paciente con EPOC durante la hospitalización y a los 3 meses.

Justificación

El papel de la enfermería respiratoria es diverso para dar respuesta a las necesidades de los pacientes con enfermedades respiratorias en áreas específicas de la medicina respiratoria dentro de la atención primaria y hospitalaria [1].

El profesional de enfermería proporciona apoyo y educación según las necesidades detectadas en los pacientes con EPOC estable en la atención primaria. La educación incluye manejo farmacológico, identificación de los signos de una exacerbación y la evaluación de los hábitos de vida saludable. El objetivo es mejorar el automanejo y los aspectos funcionales y psicosociales de los pacientes [2].

En la atención hospitalaria, el personal de enfermería es fundamental para la administración de la medicación lograr una adherencia adecuada al tratamiento. La educación en hábitos de vida saludable eliminando el hábito tabáquico, fomentando la actividad física y una correcta alimentación que permitan mejorar su estado de salud [3].

Los síntomas propios de la enfermedad y la presencia de comorbilidades severas pueden reducir la adherencia a los planes de acción para la exacerbación de la EPOC. El apoyo de autocuidado personalizado con un enfoque holístico puede ayudar a los pacientes a actuar mejor ante el aumento de los síntomas de exacerbación y mejorar la adherencia a los planes de acción para la exacerbación de la EPOC [4].

Desarrollo

El objetivo es evaluar la efectividad de un programa de compromiso y toma de decisiones compartidas aplicado en pacientes con exacerbación aguda de EPOC tras el alta hospitalaria y a los 3 meses de seguimiento.

1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio clínico aleatorizado en pacientes hospitalizados. Los pacientes fueron asignados entre el grupo control y el grupo intervención. El comité de ética para este estudio se obtuvo del Comité de Ética de Investigación Biomédica de [REDACTED]. Este seguía la Declaración de Helsinki revisada en 2013. Este estudio se registró en clinicaltrials.gov, identificado como NCT03772639. Durante la realización del estudio se siguió la guía de la CONSORT [5].

2. Participantes

Los pacientes se reclutaron en el servicio de Neumología del Hospital [REDACTED] y del Hospital [REDACTED]. Los pacientes fueron informados del protocolo de investigación y posteriormente se realizó la firma del consentimiento informado. Los criterios de inclusión fueron los pacientes hospitalizados por exacerbación aguda de EPOC. Se excluyeron pacientes con incapacidad para proporcionar el consentimiento informado, pacientes con enfermedades psiquiátricas o con problemas cognitivos, enfermedades neurológicas progresivas, fallo orgánico, cáncer o inhabilidad para cooperar con la realización de las pruebas. Los pacientes con EPOC que fueron hospitalizados por exacerbación en el mes previo al estudio fueron excluidos.

3. Aleatorización

Los participantes tras la firma del consentimiento informado fueron aleatorizados a través de una secuenciación por ordenador por una persona ajena para ser divididos entre el grupo control y el grupo intervención.

4. Variables de medida

Los datos descriptivos de los pacientes que se incluyeron fueron edad, índice de masa corporal y estancia en el hospital. Además, FEV₁ fue evaluado con un espirómetro (CareFusion, Micro Spirometer, Basingstoke, UK) siguiendo los criterios de American

Thoracic Society [6]. La percepción de la disnea fue evaluada mediante la escala modificada de Borg [7] y la percepción de fatiga con la Escala de Severidad de la Fatiga (FSS) [8]. Adicionalmente, la capacidad de ejercicio fue evaluada con el test 5 Times Sit-to-Stand (STS) [9], las comorbilidades fueron evaluados con el índice de Comorbilidad de Charlson [10] y los niveles de ansiedad y de depresión fueron medidos usando la escala de Hospital Anxiety and Depression (HAD) [11].

La variable principal es el estado percibido de salud medido con EuroQol-5D (EQ-5D) [12]. Las variables secundarias fueron el conocimiento de la enfermedad evaluado con el cuestionario de Chronic Obstructive Pulmonary Disease Knowledge Questionnaire (COPD-Q) [13]; el manejo farmacológico EPOC se evaluó con el Test de Adherencia a los Inhaladores (TAI) [14]; la funcionalidad general se midió con la Medida de Independencia Funcional (FIM) [15]; y los estilos de vida incluyeron actividad física y nutrición. Estos fueron evaluados con el Cuestionario Internacional de la Actividad Física (IPAQ) [16], y Mini Nutricional Assessment (MNA) [17] respectivamente.

Un investigador cegado evaluó las principales variables en el hospital al ingreso, al alta hospitalaria y a los 3 meses tras la hospitalización.

5. Grupo control

Todos los pacientes recibieron un tratamiento estándar (cuidado médico y farmacológico) incluyendo esteroides, antibióticos, broncodilatadores inhalados y oxigenoterapia. La terapia antibiótica incluye inhibidores lactama / beta-lactamasa o fluoroquinolona en cada caso. Los inhaladores de acción corta agonista beta-2-adrenérgicos y agentes anticolinérgicos fueron usados para reducir los síntomas y mejorar la obstrucción de la vía aérea. Los glucocorticoides inhalados incluyeron dipropionato de beclometasona, budesonida, flunisolida, propionato de fluticasona y triamcinolona acetona. Además,

durante la hospitalización recibieron diuréticos, anticoagulantes y tratamientos cardiovasculares en caso necesario [18].

6. Grupo intervención

El grupo intervención recibieron una intervención C-TDC añadida al tratamiento estándar. El programa C-TDC fue desarrollado enfocado en los objetivos de automanejo en EPOC [19] los cuales incluyen:

- Manejo farmacológico. La finalidad es conseguir un tratamiento eficaz mejorando el conocimiento y habilidades suficientes para poder cumplir con el régimen terapéutico establecido. Identificar los factores de riesgo que dificultan la adhesión al tratamiento [20, 21], proporcionar información sobre la correcta administración, la pauta establecida y los posibles efectos secundarios de cada fármaco; y resolver las dudas y creencias erróneas que favorezcan el incumplimiento terapéutico.
- Control sintomático. En estos pacientes los síntomas respiratorios que presentan generan una limitación de las actividades de la vida diaria [22]. Elaborar estrategias que permitan al paciente aliviar los síntomas derivados de la enfermedad potencialmente limitantes en su día a día permite mejorar su calidad de vida. Además, abordar aquellos síntomas derivados de los efectos adversos de la medicación prescrita permite mejorar la adherencia al tratamiento [23].
- Promoción de los estilos de vida saludables, haciendo hincapié en:
 - Nutrición. La finalidad es mejorar la capacidad para seguir una alimentación equilibrada para prevenir un empeoramiento del estado de salud actual y la aparición de otras patologías [24]. El objetivo es conseguir que los pacientes expresen su dieta habitual y en base a ella, reorganicen

sus conocimientos sobre la alimentación y la dieta variada y equilibrada. Para ello, es necesario que analicen las dificultades y busquen alternativas según sus preferencias para conseguir mantener una dieta equilibrada.

- Niveles de actividad. El objetivo es aumentar la capacidad de ejercicio en los pacientes para mejorar su supervivencia y disminuir la mortalidad [25]. La actividad propuesta debe de abordarse de manera individualizada a cada paciente adaptada a su perfil clínico. Es muy importante elegir actividades físicas que motiven al paciente, o mejoren su condición física diaria para animar al paciente a integrar dichas actividades en su vida diaria.
- Hábito tabáquico. Estrategias para ayudar a los pacientes que consumen tabaco a dejar de fumar para mejorar el pronóstico de la enfermedad y aliviar la sintomatología derivada del dicho consumo [26].

El programa fue desarrollado durante la hospitalización siguiendo la guía de los profesionales de forma individualizada, tomando en consideración el perfil clínico de los pacientes y sus prioridades, intereses y preferencias. El contenido del programa fue trabajado con el paciente en la resolución de problemas con el objetivo de detectar información confusa sobre la enfermedad considerando riesgos y beneficios de cada información.

7. Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron analizados usando el programa SPSS 20.0. El análisis estadístico (media \pm desviación típica) se usó para determinar las características de los participantes. Las variables categóricas fueron analizadas con estadística descriptiva y comparada con tablas de contingencia. La distribución normal al ingreso fue comparada por un análisis de varianza. La distribución no normal de las variables se comparó usando

el test Kruskal – Wallis. El análisis estadístico se realizó a un nivel de confianza del 95%. Un valor de p inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

8. Cálculo del tamaño muestral

El tamaño muestral fue calculado estimando la muestra de 57 pacientes se necesitaron para detectar diferencias clínicamente significativas en EQ-5D [27]. Se anticipó que aproximadamente el 10% de los participantes podían abandonar el estudio; por lo tanto, incluimos a 20 participantes por grupo.

9. Resultados

67 participantes fueron evaluados para la selección, de los cuales 25 fueron excluidos del estudio. Finalmente, 42 pacientes fueron incluidos y aleatorizados en ambos grupos. Las características del ingreso por grupo se muestran en la Tabla 1 (Anexo 2).

Ambos grupos son similares en todas las variables. Las variables clínicas muestran un moderado a severo perfil entre ambos grupos medidos con el FEV1 predicho (37,15 grupo control y 33,24 grupo intervención) y la escala modificada de Borg (5,6 y 5,33 respectivamente). La estancia hospitalaria no muestra cambios significativos entre grupos, siendo el grupo intervención el que tiene una estancia hospitalaria más corta. Las medidas de cambio desde el ingreso al alta hospitalaria fueron mostradas en la Tabla 2 (Anexo 3).

Al ingreso, no había diferencias significativas entre los resultados de las variables medidas. Al alta hospitalaria ambos grupos mostraron mejoras en la mayoría de los resultados con una reducción de los niveles de actividad evaluados con el cuestionario IPAQ. Además, se observaron diferencias significativas en ambos grupos en las medidas descriptivas del estado percibido de salud y en el estado general de salud.

Cuando ambos grupos fueron comparados al alta hospitalaria mostraron diferencias significativas las medidas descriptivas del estado de salud percibido, el estado general de salud, el nivel de actividad, el conocimiento del EPOC y la adherencia al tratamiento farmacológico en el grupo intervención.

Los resultados de las variables principales desde el alta hospitalaria hasta los 3 meses de seguimiento se muestran en la Tabla 3 (Anexo 4).

Ambos grupos mostraron cambios en todas las variables medidas desde el alta hospitalaria al seguimiento.

En el grupo control todas las variables medidas reducen sus valores, siendo significativas en el caso de la variable descriptiva del dolor ($p=0,045$). Para el grupo intervención todas las variables se mantuvieron o mejoraron al seguimiento. Las mejoras fueron significativas en el caso del nivel de actividad física. Pequeñas reducciones significativas fueron encontradas en las variables descriptivas de actividades cotidianas, dolor, ansiedad y depresión en el estado percibido de salud.

Cuando ambos grupos fueron comparados al seguimiento, todas las medidas mejoraron en el grupo intervención, con diferencias significativas entre grupos ($p<0,05$) para el estado percibido de salud, conocimiento de EPOC, adherencia al tratamiento, funcionalidad, nivel de actividad y nutrición.

Discusión/conclusiones

Estos resultados demuestran la aplicabilidad de un programa de C-TDC añadido al tratamiento estándar durante la exacerbación aguda de EPOC.

Una reciente revisión sugiere que el compromiso del paciente debería de ser incluido en la evaluación individualizando y mejorando la efectividad del automanejo de la

enfermedad crónica. Las medidas del compromiso del paciente deben estar incluidas en la evaluación del conocimiento y las habilidades para prevenir y manejar la enfermedad crónica [28]. Nuestro estudio incluyó la evaluación del conocimiento y del manejo del tratamiento farmacológico. Los beneficios reportados podrían ser explicados por el compromiso del paciente medido por la calidad de vida [29,30]. Otros estudios proponen previamente el compromiso del paciente en pacientes con EPOC incluyendo la educación, la actividad física y la nutrición con mejoras significativas en la calidad de vida [31,32].

Múltiples revisiones sistemáticas de TDC observaron cambios significativos en la funcionalidad aumentando las decisiones a largo plazo [33, 34]. Los pacientes mostraron un aumento del dominio afectivo-cognitivo con una mayor satisfacción y menos conflicto de decisiones después de la intervención [34].

Diferentes programas han sido desarrollados durante la hospitalización en pacientes con EPOC enfocados en la educación [35-37]. Collinsworth et al. [35] Desarrollaron una educación en EPOC y programas de automanejo durante la hospitalización. Si bien sus resultados eran positivos en cuanto a la tasa de readmisión, pero no se encontraron mejoras significativas en el perfil clínico ni funcional de los pacientes. Sin embargo, nuestro estudio ha mostrado diferencias significativas en el grupo de intervención en las variables actitudinales y funcionales.

Finalmente, un programa de C-TDC mejora significativamente el estado general de salud, el conocimiento de la enfermedad, la adherencia al tratamiento farmacológico y los hábitos del estilo de vida.