

# ENTREVISTA A FONDO: JUANA OYANGUREN ARTOLA

Entrevista realizada por Rafael Mesa Rico

**Juana Oyanguren Artola** es Diplomada de Enfermería, Especialista en Patología Cardiovascular y Trombosis y en Salud Pública por la Universidad de Leioa del País Vasco y Máster en Insuficiencia Cardíaca por la Universidad de Glasgow (Escocia).

Trabaja como enfermera de **Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Organización Sanitaria Integrada Hospital de Galdakao-Comarca Interior**, Departamento de Cardiología y Atención Primaria, Vizcaya. Previamente trabajó en sala de cardiología del Hospital de Basurto. En colaboración con cardiólogos de este hospital ha sido coordinadora y autora del Atlas de electrocardiografía de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

En 2008 comienza dos proyectos de investigación en Insuficiencia Cardíaca (IC): **PROMIC**, que es una innovación organizativa de gestión de cuidados, dirigido a pacientes ingresados por IC. Promueve la integración de cuidados entre ámbitos asistenciales junto con el cambio del rol de enfermería y la capacitación en autocuidado del paciente, contribuyendo a mantener la continuidad de la atención al paciente en su entorno. Beca Gobierno Vasco (Informe Osteba D-14-01). **EFICAR**, que estudia evaluar la efectividad de un nuevo programa de ejercicio para personas con IC. Beca FIS (BMC Public Health 2010, 10:33). También ha participado como coordinadora de la «*Guía de práctica clínica en Titulación de fármacos de la Insuficiencia Cardíaca para Enfermería especializada*», en la que han colaborado más de 18 profesionales de enfermería y especialistas en Cardiología.

Actualmente se encuentra trabajando en el proyecto **ETIFIC** como investigadora principal, «*Safety and effectiveness of drug up titration by nurses specialized in heart failure patients, ETIFIC project, design of a multicenter randomized trial*», en el que prestan su colaboración más de 60 profesionales de 20 hospitales de toda España. El objetivo es estudiar la seguridad y efectividad de la titulación de fármacos por enfermeras especializadas en pacientes con IC. Cuenta con beca FIS y del Gobierno Vasco en 2014 (*Trial registration: Clinical Trials.gov Identifier: NCT02546856*).

El pasado mes de octubre de 2016 publicó en la Revista Española de Cardiología, junto con otros autores, el estudio «*Efectividad y determinantes del éxito de los programas de atención a pacientes con insuficiencia cardíaca: revisión sistemática y metaanálisis*» (Rev. Esp. Cardiol. 2016; 69 (10): 900-914). Ha participado en múltiples ponencias y comunicaciones, así como ha impartido cursos como docente en Insuficiencia Cardíaca, electrocardiografía y reanimación cardiopulmonar. Durante siete años ha pertenecido al Comité Científico de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología como vocal, secretaria y directora. Es miembro del grupo de Insuficiencia Cardíaca, del grupo de Prevención y Rehabilitación Cardíaca de la AEEC y de la Sociedad Europea de Cardiología.

## **Llevas casi toda tu carrera profesional dedicada a los pacientes y al estudio de la Insuficiencia Cardíaca, ¿cómo llegaste a elegir esta especialización?**

En primer lugar me especialicé en Salud Pública. Siempre he tenido muy claro, por un lado, que la Sanidad debía ser un bien público universal y, por otro, que es imprescindible impulsar políticas de prevención y promoción de la salud que incluyan aspectos clínicos, pero también políticas públicas de salud que aborden la prevención medioambiental, laboral, la legislación hacia la industria alimentaria, la publicidad. Posteriormente, me especialicé en patología Cardiovascular y Trombosis por la necesidad de mejorar mi formación en cardiología, ya que trabajé 20 años en sala de hospitalización. Durante este tiempo fue cuando comencé a desarrollar el proyecto del atlas de electrocardiografía, que finalmente fue publicado por el Servicio Vasco de Salud.

Curiosamente, es cuando me traslado a Atención Primaria, cuando empiezo a centrar mis esfuerzos en la Insuficiencia Cardíaca. Coincidiendo casi con este traslado, fui en primer lugar al Hospital U. Josep Trueta de Girona con LLuisa García y posteriormente hice el máster de IC de la Universidad de Glasgow. En Escocia e Inglaterra, así como en muchos otros países, la enfermera de IC se ubica frecuentemente en la Comunidad (no en el Hospital), aunque tiene un cardiólogo de hospital como referente. Suelen ser

enfermeras con bagaje en cardiología, con máster y un nivel alto de autonomía. Este modelo ha demostrado ser muy útil para lugares dispersos y para pacientes de edad dependientes. Los proyectos de investigación PROMIC y EFICAR nacieron con la intención de responder organizativamente a estos lugares dispersos con la constitución de equipos multidisciplinares de cardiólogo, enfermera especialista en IC y médico de Atención Primaria con especial formación y dedicación a la IC.

## **La aparición y progresión de la IC implica un deterioro funcional progresivo del paciente, de muy mal pronóstico, elevada mortalidad y reingresos, muy mala calidad de vida de pacientes y familiares y un elevado consumo de recursos personales y familiares y socio-sanitarios. ¿Cuál es el papel de la Enfermería en el tratamiento de los pacientes que presentan Insuficiencia Cardíaca?**

Yo diría que la enfermera constituye el eje de atención al paciente. Voy a referirme a la atención de IC Crónica. En primer lugar, desearía aclarar que nuestra atención no es a una enfermedad, sino a un tipo de paciente, que suele ser estadio avanzado de patologías cardíacas y no cardíacas, con una elevada comorbilidad CV y no CV, tanto clínica, como psicosocial. Es decir, es una atención integral y continuada de aspectos múltiples y también de descompensaciones agudas, que son frecuentes.

Podríamos resumir en 4 aspectos su rol: a) área clínica: optimización farmacológica, historiar y examinar clínicamente, solicitar pruebas, análisis, ECG, RX...y evaluar al menos clínica, ECG, análisis, detectar y atender precozmente descompensaciones. b) Educación para el Autocuidado: requiere una evaluación pormenorizada de las necesidades educativas del paciente que aborden todas sus enfermedades, hábitos de vida, medicaciones. Priorizamos objetivos educativos comenzando con aquellos que intentan evitar ingresos como son el conocimiento de signos y síntomas, tratamiento, adherencia, detección y aviso ante descompensación, pauta flexible de diuréticos. c) Realizamos evaluación cognitiva, de dependencia, problemas psicológicos, de calidad de vida y la necesidad de soporte social, muy en especial en pacientes de edad y establecemos un plan de cuidados al respecto. d) Organizamos su asistencia, trabajando en equipo con cardiólogos y otros profesionales hospitalarios y extrahospitalarios. Gestionamos las necesidades de atención del paciente, transmitimos información. Y estamos disponibles con acceso telefónico al paciente, familia y otros profesionales.

Es necesario señalar que el rol de la enfermera de IC ha evolucionado en el tiempo y no es homogénea en todos los países. Comenzó centrándose en la educación para el autocuidado de paciente y familia y su evaluación clínica. El tipo de paciente al que atendía era un paciente mayoritariamente de riesgo NYHA III-IV recién ingresado y se trataba que el paciente o allegados fueran capaces de reconocer sus signos y síntomas de alarma de descompensación, aplicaran su pauta flexible de diuréticos y avisaran precozmente. La enfermera era algo así como la puerta de entrada al sistema de salud, ofreciendo tanto consulta en hospital, como en domicilio y también telefónica, especialmente para las descompensaciones. La evaluación y soporte psicosocial también han sido funciones casi desde el principio y la colaboración con trabajadores sociales. Posteriormente se fueron incorporando funciones de prescripción y titulación de fármacos, es decir colaborar en la implementación de las guías de práctica clínica.

#### **¿Qué labor realiza la enfermera en la titulación de fármacos en la Insuficiencia Cardíaca?**

La Titulación de fármacos es el ajuste progresivo de dosis de los fármacos, hasta alcanzar una dosis objetivo recomendada en Guías de Práctica Clínica, o dosis máxima tolerada, que es en la que se consigue el beneficio máximo. Se trata de fármacos con Nivel de evidencia A para reducir ingresos, mortalidad... BB, IECA ARA II, ARM. La enfermera realiza un seguimiento clínico, analítico, electrocardiográfico, educativo y dosifica estos fármacos.



Juana Oyanguren Artola

Existen protocolos consensuados y posibilidad de consulta al cardiólogo que siempre es el prescriptor.

#### **¿Cómo se encuentra la titulación de fármacos por parte de enfermería en los distintos países de nuestro entorno?**

Se puede decir, tal y como publicó hace ya 10 años T. Jaarsma en su estudio de Programas de IC en Europa (43 países, 426 hospitales), que esta práctica, ya entonces, estaba muy extendida, cercana al 80% de los lugares, para BB, IECA y otros fármacos de IC. También hay buenos registros observacionales de titulación de fármacos por enfermeras, con mejorías en la dosificación y prescripción de fármacos, suecos, daneses, de Reino Unido o Australia.

Recientemente, se ha publicado una Revisión sistemática Cochrane 2016, EFECTIVIDAD DE TITULACIÓN por enfermeras de IC vs cuidados habituales con médicos de Atención Primaria, que concluye, que la enfermera de IC consigue más pacientes en dosis objetivo, en menos tiempo, con reducción de ingresos y mortalidad.

#### **¿Cómo surgió la necesidad de realizar una Guía de Práctica Clínica sobre Titulación de Fármacos en IC por parte de la enfermera especializada? ¿Cuál fue tu papel como una de las coordinadoras en dicha guía?**

A pesar de que la titulación de fármacos de IC es una

A pesar de que la titulación de fármacos de IC es una práctica muy extendida por el mundo desde hace unos 15 años, cuando comenzamos dichas guías en España el rol de las enfermeras de IC no era homogéneo. Las enfermeras realizaban evaluación clínica, analítica y electrocardiográfica del paciente, educaban en el autocuidado, coordinaban la atención, atendían descompensaciones y realizaban evaluación psicosocial. Sin embargo, sólo de forma minoritaria titulaban betabloqueantes, IECA, ARA II y ARM.

El constituir el grupo de IC de enfermeras y coordinarnos con la sección de IC de la SEC nos dio la oportunidad de comenzar este proyecto en común, de cara a avanzar en este aspecto de forma homogénea, basado en guías de práctica clínica, unas guías que luego pudieran ser probadas en forma de proyecto de investigación. Estas guías iniciales incluían el rol clínico, pero también la educación al paciente de la titulación de cada fármaco. Yo fui parte junto a otros 18 profesionales, de este proyecto ilusionante de trabajo en equipo.

**En el mundo científico en general y en la sanidad en particular se tiende a la especialización para poder prestar un servicio de calidad a los pacientes cardiológicos, ¿crees necesaria una formación especializada de Enfermería en Cardiología para que la calidad asistencial llegue completamente a nuestros pacientes?**

Por definición, el paciente de IC es un paciente de alto grado de complejidad clínica, con múltiples comorbilidades CV y no CV, que deben manejarse teniendo en cuenta esta condición de IC, polimeditado, con múltiples descompensaciones, con problemas cognitivos y psicosociales. Es completamente imprescindible una formación sólida.

Las enfermeras desde un inicio, tanto las que intervenían en domicilio como en el hospital, provenían mayoritariamente de cardiología, con experiencia al menos de 5 años y formación CV. Su grado de especialización fue evolucionando hasta desarrollarse en muchos lugares máster en IC. Actualmente el HF currículum europeo para enfermeras de IC pretende ser una respuesta a esta necesidad de poseer conocimientos y habilidades sólidas, acreditadas, que posteriormente deberán revalidarse con indicadores de calidad.

**¿Qué conocimientos especiales debe reunir la Enfermería para poder realizar la titulación de fármacos en pacientes con Insuficiencia Cardiaca?**

Si nos fijamos en el evolutivo del continuo CV, la IC es estadio avanzado de la enfermedad CV, por lo que en estos pacientes además de la IC deben ser abordadas sus etiologías isquémica, valvular, arrítmica, sus FRCV y hábitos de vida, sus dispositivos, marcapasos, resincronizadores, DAI y en IC avanzada dispositivos de asistencia ventricular, trasplante, etc. Es por ello que el currículum europeo establece un *Core currículum* cardiológico, además del específico de IC que incluye etiología, diagnóstico, signos y síntomas y examen clínico, alteraciones analíticas y electrocardiográficas frecuentes, fármacos, tratamiento no farmacológico, condicionantes de comportamiento, estrategias de cambio y educación para el autocuidado, habilidades organizativas y de gestión.

Además, para titular específicamente, es fundamental la evaluación clínica, conocimientos de analítica, electrocardiografía, efectos beneficiosos y adversos de estos fármacos, conocer bien los protocolos de lo que hay que vigilar y requisitos para subir y bajar dosis, retirar fármaco o avisar y consultar. Es preciso también, educar al paciente y que comprenda los cambios de medicación, y es fundamental asimismo, asegurar la adherencia y la toma correcta. En todo el proceso es vital mantener al paciente eurolémico, es decir, con balance líquido correcto, manejando y enseñando al paciente a manejar la pauta flexible de diuréticos.

Es importante señalar que la enfermera que titula fármacos no solo debe tener conocimientos, sino experiencia en manejo de pacientes de IC, que en nuestro proyecto definíamos como un mínimo de 2 años. Es decir, no sólo debe estar formada teóricamente sino acreditada su práctica que debe ser tutorizada y evaluada.

**En el artículo publicado el pasado mes de octubre en la Revista Española de Cardiología (Rev. Esp. Cardiol. 2016; 69 (10): 900-914), se hizo una revisión sistemática de la literatura para buscar todos los ensayos clínicos aleatorizados sobre los programas de atención a pacientes con insuficiencia cardiaca. ¿Cuál ha sido el principal resultado que habéis hallado en vuestro estudio?**

Tras evaluar 66 ensayos clínicos aleatorizados (18 países, 13.535 pacientes) de programas de atención a pacientes de IC, se confirma a diciembre del 2014 la efectividad en reducción de ingresos por IC, por todas las causas y en mortalidad de los programas específicos de atención a pacientes de IC que no incluyen telemonitorización. Se identifican determinantes significativos de reducción de reingresos y mortalidad las siguientes características: el año de realización 2002 o posterior; el país distinto a Estados Unidos; el mayor uso basal de IECA/ARA II, la relación inversa entre edad del paciente y mortalidad. Asimismo, son determinantes del éxito las siguientes características organizativas: el número de miembros del equipo multidisciplinar, el cardiólogo y enfermera especializados en IC, la duración >6 meses, aunque la intervención <3 meses también es significativa. En cuanto a contenidos de la intervención: el número de componentes evaluados en este meta-análisis, la pauta flexible de diuréticos, la atención precoz a las descompensaciones, los aspectos psicosociales, la organización y coordinación de la asistencia, la monitorización por el paciente de signos y síntomas y aviso precoz ante descompensaciones, el uso del diario de autocuidado, el conocimiento del tratamiento, el ejercicio, así como la propia evaluación de la educación y el autocuidado. También reducen el riesgo sin alcanzar significación estadística: la optimización farmacológica, la titulación, la administración de diuréticos intravenosos y la monitorización clínica y analítica.

**¿Qué supone para ti poder haber publicado en una revista con un factor de impacto tan importante como la REC?**

A nivel personal un gran honor lógicamente, pero, sobre todo, una oportunidad de poder demostrar con evidencia probada la importancia de la organización de la asistencia de calidad con equipos multidisciplinares

especializados en los que la enfermera juega un papel pivotal, junto a los cardiólogos, conociendo también cuáles son las características cruciales del éxito. Hay que pensar que estamos ante aproximadamente un millón de pacientes de IC en España. Responder organizativamente con una atención de calidad a esta llamada epidemia del siglo pasa por estos equipos y por el afianzamiento y extensión de nuestro rol.

**¿Qué repercusión en vuestra práctica diaria puede tener los resultados encontrados en la revisión sistemática?**

Debieran implementarse con carácter universal los programas específicos para pacientes de IC, al menos para los que hayan tenido un ingreso hospitalario, ya que existe suficiente evidencia para poner en marcha programas exitosos que pueden ser a su vez coste-efectivos por su reducción de ingresos hospitalarios y aliviar la carga del cuidador informal. Estos programas pueden implementarse tanto en Unidades de IC hospitalarias, clínicas de IC comunitarias y en domicilio. Su diseño debiera incluir al menos los factores que este metaanálisis demuestra que reducen de manera significativa ingresos y mortalidad y aquellos que reducen el riesgo, que se deben convertir en criterios de calidad para la gestión. Antes de generalizarlos se debe contextualizar, adaptar y probar en cada sistema de salud, estudiando su eficiencia y la forma de implementación y se debe reevaluarlos permanentemente con indicadores de calidad. La SEC inició este camino de establecer indicadores de calidad. A nosotras nos corresponde liderar aquellos relativos a nuestro rol basándonos en evidencia probada.

**El proyecto PROMIC trata sobre un programa colaborativo multidisciplinar para la atención integral de pacientes con IC. ¿Qué profesionales forman parte de dicho equipo multidisciplinar?, ¿Cómo se coordina el equipo?, ¿Cuál es el papel de la enfermería especializada en IC dentro del equipo?**

Hay 3 tipos de profesionales: el cardiólogo de IC, la enfermera de IC (tanto en hospital como en domicilio o consulta en la comunidad) y el médico de primaria. Todos ellos con especial formación y dedicación al paciente. El equipo se reunía una vez a la semana para realizar sesión clínica de pacientes, existía historia clínica y protocolo común y contacto telefónico para consultas. El papel de la enfermera especializada incluía todo lo anteriormente citado, precisando que en este proyecto que se gestó en 2008 ya titulábamos fármacos. La peculiaridad es que esta enfermera realizaba su evaluación inicial en el hospital, las reuniones semanales eran en el hospital, pero la atención continuada podía llegar hasta el domicilio. Yo diría que es un modelo similar al escocés-inglés y australiano, más cercano al lugar donde vive el paciente, implementado también por enfermeras especialistas. Estos programas también han demostrado su efectividad en reingresos y mortalidad y son apropiados para lugares lejanos del hospital o pacientes dependientes.

**El objetivo del estudio EFICAR es evaluar la efectividad de un nuevo programa de ejercicio para personas con IC. ¿Hasta qué punto es importante el ejercicio en pacientes con esta patología?**

Las guías de IC 2016 lo recomiendan con nivel de evidencia A para reducir el riesgo de hospitalización, para mejorar la capacidad funcional y los síntomas. Difícil añadir algo más relevante. Sin embargo, solamente el 5,8% de los pacientes de los servicios de rehabilitación cardiaca son de IC. Hay un verdadero problema de accesibilidad a la rehabilitación supervisada. Por ello programas como EFICAR, que pretende acercar la rehabilitación al domicilio del paciente, realizándola en grandes centros de salud en coordinación con cardiología, o el esfuerzo que realizan las enfermeras en las consultas de IC por promover el ejercicio progresivo sin supervisar son tan importantes.

**¿En qué nuevos proyectos te encuentras trabajando para seguir avanzando en la atención de enfermería de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca?**

En la actualidad, llevamos un año y medio de desarrollo del proyecto: **Efectividad de la titulación de fármacos por la enfermera especializada en pacientes de Insuficiencia Cardíaca (IC). Proyecto ETIFIC (Enfermera Titula Fármacos en IC).** *Trial registration: Clinical Trials.gov Identifier: NCT02546856.* El equipo de investigación está constituido por 60 profesionales, cardiólogos y enfermeras de IC de 20 Hospitales, pertenecientes a 10 comunidades autónomas. Los objetivos son: 1. Comparar la dosis relativa media de BB alcanzada por los pacientes: mg. (% alcanzado en relación a dosis objetivo) en el grupo de intervención (enfermera especializada) y en el grupo control (cardiólogo de Unidad de IC) a los cuatro meses del inicio de la titulación. 2. Comparar la dosis relativa media de IECA, ARA II y ARM, alcanzados por los pacientes: mg. (% alcanzado en relación a dosis objetivo) en el grupo de intervención y en el grupo control a los cuatro meses del inicio de la titulación. 3. Comparar el porcentaje de eventos adversos debidos a titulación, presentados para cada grupo de fármacos, BB, IECA, ARA II, ARM, entre los dos grupos, a lo largo de los cuatro meses que dura la titulación. 4. Comparar el porcentaje de mortalidad y de reingresos a los seis meses desde el inicio de la intervención entre los dos grupos. Comparar además las medias de FE, medias de NYHA, Nt-proBNP, la distancia recorrida en el test de 6 minutos, y las medias de las puntuaciones del cuestionario Minnesota Living with Heart Failure (MLWHF). 5. Identificar variables relacionadas con la probabilidad de presentar eventos adversos. 6. Explorar las barreras y los facilitadores entre los profesionales sanitarios en relación a este tipo de intervención.

Es un proyecto ilusionante para la enfermería, que creemos puede marcar un antes y un después en la asistencia al hacer posible su universalización y también en la generación de evidencia para la recomendación que ya existe en las guías de práctica clínica ESC de IC.

**¿Qué ha supuesto en tu labor investigadora tu recorrido como miembro y como directora del Comité Científico de la AEEC?**

Ha sido un periodo de gran aprendizaje de todas mis compañeras a las que quiero agradecer desde aquí esta experiencia de trabajo que difícilmente se puede olvidar.