

APLICACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PROGRAMA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Autoras

López Moyano MG*, Rus Mansilla C**, Martínez Quesada MM**, Cortez Quiroga GA**, Delgado Moreno M***.

* Enfermera de Consultas Externas del Servicio de Cardiología. Línea de Procesos Generales del adulto. Hospital Alto Guadalquivir de Andújar (Jaén).

**Cardiólogos del Servicio de Cardiología. Línea de Procesos Generales del adulto. Hospital Alto Guadalquivir de Andújar (Jaén).

***Auxiliar de Enfermería del Servicio de Cardiología. Línea de Procesos Generales del adulto. Hospital Alto Guadalquivir de Andújar (Jaén).

Resumen

Introducción: El tratamiento no farmacológico y los cuidados integrales a pacientes con Insuficiencia Cardiaca (ICC) son una relevante aportación a estos pacientes. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de un programa de cuidados de enfermería en pacientes incluidos en la Unidad de insuficiencia Cardiaca de nuestro centro.

Material y método: Estudio prospectivo sobre la implementación del Plan de Cuidados de pacientes incluidos en la Unidad de ICC iniciada en febrero de 2006 en un hospital comarcal.

El Plan de Cuidados incluía 3 sesiones estandarizadas de educación verbal con soporte escrito para pacientes y sus cuidadores; intervenciones individualizadas durante la consulta programada de enfermería cada 3 meses; y consulta (telefónica o presencial) a demanda con la enfermera.

Utilizamos además los cuestionarios validados de Calidad de vida, de Conocimientos sobre la ICC y de Cumplimiento terapéutico.

Veintiséis pacientes asistieron a alguna charla educativa y completaron seis meses de seguimiento ambulatorio.

Resultados: Los Diagnósticos de Enfermería (DdE), Intolerancia a la actividad, Alteración de la nutrición y Exceso de volumen de líquido estuvieron presentes en el 96% del los pacientes.

El 26 % realizaba algún tipo de ejercicio al inicio del programa, a los seis meses lo hacían el 91%. Paralelamente, el Test de los 6 minutos mejoró significativamente ($+ 109 \pm 43$ m, $p= 0,001$). Al inicio, el 50 % realizaba dieta hiposódica y un 63% baja en grasas. Al finalizar los 6 meses cumplían dieta hiposódica y baja en grasas un 88%. Del diagnóstico Exceso de volumen de líquidos manifestó mejoría un 58%.

Conclusiones: con la implantación del Plan de Cuidados de enfermería en la Insuficiencia cardiaca conseguimos mejorar el conocimiento, la adquisición de hábitos higiénicos saludables, el manejo del régimen terapéutico y el autocuidado familiar.

Palabras clave: Plan de cuidados, insuficiencia cardiaca, educación, enfermería, autocuidado.

APPLICATION OF A NURSE MANAGEMENT PROGRAM IN HEART FAILURE

Abstract

Introduction: Non-pharmacological treatment and comprehensive care in congestive heart failure (CHF) are important contribution to these patients. The objective of this study is to assess the impact of a nurse management program in patients included on the Heart Failure Unit in our Hospital.

Material y methods: A prospective study about a Care Program implementation of patients included on a CHF Unit started in february of 2006 in a peripheral hospital.

The Care Program included 3 standardized sessions of verbal education with paper support information given to patients and family carers; individualized interventions during the nurse scheduled consultation every 3 months; and demand nurse consultations (by telephone or in person).

We also used validated Quality of life, Disease Knowledge and Therapeutic Fulfilment questionnaires.

Twenty-six patients attended at least one educative lecture and completed a six month-follow-up.

Results: The nursing diagnosis: Activity intolerance, Nutrition Alteration and fluid volume excess appeared in 96% of the patients. 26% made some type of exercise at the beginning of the program, and at six months follow-up 91% did. Also, six minute walk test improved with significant differences ($+ 109 \pm 43$ m, $p= 0,001$). At the

beginning, 50% of patients made low-salt intake and 63% low-fat intake; at six month follow-up, 88% of patients took a low-salt and fat diet. Fifty eight per cent of patient improved Fluid volume Excess.

Conclusions: Implantation of a Nurse Care programme in Heart Failure patients can improve disease knowledge, acquisition of healthful habits, handling of therapeutic regime and development of self-care or family care abilities.

Key words: Care planning, cardiac failure, education, nursing, self-care.

Enferm Cardiol. 2007; Año XIV (41): 25-32

Dirección para correspondencia

Gracia López Moyano. Enfermera.
Servicio de Cardiología. Hospital Alto Guadalquivir.
Andújar (Jaén)
Avda. Blas Infante s/n, 23740 Andújar (Jaén)
Tfno: 953 021 400 y Fax: 953 021 406
Correo electrónico: mglopez@ephag.es

Introducción

La ICC es la causa más frecuente de ingreso hospitalario en personas mayores de 65 años en nuestro país¹. El avance en los tratamientos farmacológicos, la necesidad de modificaciones frecuentes del mismo, el fracaso en la educación sanitaria del paciente, la falta de adherencia al tratamiento, y la falta de atención a la ansiedad-depresión y otras comorbilidades, hacen que el abordaje tradicional de esta patología sea inadecuado y ocasiones un consumo de recursos importantes para la sanidad².

Como respuesta a ello nacen las unidades y/o programas de ICC de carácter multidisciplinar, que consiguen reducir el número de reingresos hospitalarios y la mortalidad global³. En ellos se pone de manifiesto que el abordaje de la ICC no es completo con la aplicación exclusiva de las guías de tratamiento farmacológico⁴. Para su éxito es necesaria la consideración de otros factores como los hábitos higiénicos y el entorno social de la persona afectada. En base a ello e independientemente del modelo de unidad y/o programa de IC que se aplique en la atención de estos pacientes, la figura de la enfermera adquiere un papel fundamental como gestora de la atención ofrecida a ellos⁵.

Desde hace varios años la práctica enfermera ha ido cambiando con la aplicación del proceso enfermero como método de prestación de cuidados y la incorporación de sistemas estandarizados de lenguaje propio⁶: diagnósticos⁷ (Taxonomía NANDA: North American Nursing Diagnosis Association), intervenciones⁸ (Nursing Interventions Classification, NIC) y la última incorporación, la NOC⁹ (Nursing Outcomes Classification), que contiene criterios de resultado sensibles a la práctica enfermera con indicadores específicos.

En el Hospital comarcal tipo IV Alto Guadalquivir de Andújar (HAG), en febrero del 2006 se inició un programa de ICC de abordaje mixto (atención médica y de enfermería) en consultas externas. La duración del programa era de un año desde la fecha de in-

clusión y se realizaba un seguimiento protocolizado cada 3 meses.

El objetivo principal del presente estudio es evaluar el efecto de la intervención enfermera en nuestro programa utilizando como base fundamental el Plan de Cuidados de Enfermería.

Pacientes y método

Se realizó un estudio observacional prospectivo del Plan de Cuidados de Enfermería de los pacientes incluidos en el programa de IC del HAG (ver criterios de inclusión y exclusión médicos, Tabla 1), que nos habían autorizado verbalmente a ello, habían completado seis meses de seguimiento enfermero y habían asistido a alguna charla educativa. El periodo de estudio se inició en el mes de febrero del 2006 y finalizó en diciembre del mismo año.

La selección de los pacientes se ha realizado de forma no aleatoria ni controlada, dado que su inclusión en el programa se ha llevado a cabo de forma correlativa a su llegada a la consulta de cardiología.

La intervención desarrollada por enfermería abarcó diferentes actuaciones, todas ellas contempladas y registradas en el Plan de Cuidados individual de cada paciente¹⁰, que a continuación se detallan:

1. Atención programada:

Se iniciaba a la entrada en el programa y a los 3 y 6 meses.

En la primera consulta, se realizaba la Valoración Inicial de Enfermería, utilizando el modelo de Virginia Henderson¹¹, basado en la detección de las 14 necesidades alteradas. En base a los datos obtenidos, se aplicaba el Plan de Cuidados de Enfermería estandarizado adaptado a nuestra realidad asistencial (Tabla 2), basado en el Proceso Asistencial Integrado en la Insuficiencia Cardíaca de la Junta de Andalucía¹².

Se valoraba la clase funcional del paciente según la NYHA (New York Heart Association) y en la misma consulta inicial se procedía a cumplimentar por el paciente y acompañante los cuestionarios siguientes:

- Cuestionario sobre Conocimiento de la enfermedad elaborado por un grupo de la Universidad de Carolina del Norte¹³ y probado con buenos resultados, validado y adaptado a nuestro hospital, previo consentimiento de su institución.
- Cuestionario sobre Cumplimiento del tratamiento del grupo del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona)¹⁴, con autorización de la institu-

ción.

- Cuestionario validado de Calidad de Vida de Minnesotta¹⁵, que se monitorizaba cada tres meses como protocolo.

Los parámetros que se utilizaron para cuantificar de forma objetiva la capacidad física del paciente fueron:

- Distancia recorrida en el test de los seis minutos realizada por enfermería y contemplada en el Plan de Cuidados con el indicador NOC 000510: distancia de caminata.
- Capacidad aeróbica medida en METs (equivalentes metabólicos) alcanzados en la prueba de esfuerzo graduada, realizada junto al cardiólogo si el estado del paciente lo permitía.

La evaluación de los objetivos establecidos y pactados (NOC) se realizaba de forma sistemática cada tres meses.

2. Atención a demanda:

Se facilitaba acceso telefónico directo y libre a la consulta de enfermería en horario de lunes a viernes de 8 a 15 horas. La función primordial de enfermería consistía en identificar en estas llamadas posibles signos de desestabilización, problemas de educación y monitorización terapéutica, entre otras, actuando como coordinadora y filtro entre el paciente y el equipo médico del programa de ICC.

Otra posibilidad de acceso a este tipo de consulta libre, era a través de la consulta física, donde se procedía de la misma manera descrita anteriormente.

3. Sesiones planificadas de educación:

Se realizaron un total de tres por paciente acompañado de su cuidador/a, apoyadas por medios audiovisuales (presentación en powerpoint) y material escrito diferente en cada sesión. Al finalizar el ciclo se facilitaba de nuevo la misma Encuesta de Conocimientos para su cumplimentación. Los grupos lo conformaban un total aproximado de 10-15 personas (incluidos acompañantes), y la duración aproximada de 50 minutos. El contenido y la documentación ofrecida fue la siguiente:

- *1ª Charla: Consejos en la ICC. Signos y síntomas de Alarma.* Se facilitaba un folleto reproducido con permiso de la Universidad de Carolina del Norte "Manejo de la ICC. Guía de autocontrol domiciliario"¹², donde se describe con ilustraciones, códigos de color y texto los cinco puntos cruciales para su autoanálisis. En este documento se indica el número de teléfono directo donde contactar en caso de necesidad y se adjuntan las fotos y nombres de los integrantes de nuestro equipo sanitario de ICC. La sesión educativa se acompaña de la práctica que les enseña a valorar la presencia y gravedad de los edemas, tomarse la presión arterial y el pulso periférico. Se entrega además otro folleto sobre "Consejos en la ICC" confeccionado por el equipo de la Unidad de ICC.

- *2ª Charla: Factores de Riesgo y Hábitos Higiénicos en la ICC.* La documentación ofrecida fue de elaboración propia: "Consejos para una dieta sana". Se realizaba una sesión práctica de relajación de 10-15 minutos de duración y se facilitaba un CD con ejercicios similares, para su reproducción en domicilio.
- *3ª Charla: Tratamiento farmacológico de la ICC.* De forma simultánea a la exposición, se elaboraba una tabla donde se clasificaba conjuntamente con los asistentes, la medicación de éstos y su horario correcto.

El análisis estadístico de los datos obtenidos, se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 10.0 para Windows. Los valores de $p < 0.05$ se consideraron estadísticamente significativos, dejando un intervalo de confianza del 95%. Las variables categóricas se expresaron como porcentaje de la población de estudio y se compararon mediante el test de "chi cuadrado". Las variables cualitativas se expresaron como media \pm desviación estándar y para su comparación se empleó el Test de la T de Student para variables apareadas o el test de Wilcoxon según procediera.

Resultados

Se incluyeron 26 pacientes cuya etiología mayoritaria fue la cardiopatía isquémica (46%), la edad media 70 ± 9 años y el 74% eran varones. El 85,2 % de nuestra población tenían disfunción sistólica y el 78% se encontraba basalmente en clase funcional III de la NHYA¹⁶, estando en clase IV el 7%. Los factores de riesgo asociados de nuestra población se recogen en el Gráfico 1. El 14,8% tenían insuficiencia cardíaca diastólica. En el gráfico 2 se muestra el nivel cultural de nuestros pacientes, que se limita a saber leer y escribir en el 68%.

En el Gráfico 3 se muestran los resultados de los diagnósticos de Enfermería que con más frecuencia hemos registrado en la valoración inicial de enfermería.

De todos los pacientes, al menos la mitad consultaron en alguna ocasión de forma espontánea antes de la cita programada. En la tabla 3 se recogen los principales motivos de consulta.

El análisis de los resultados obtenidos, basándonos en los indicadores específicos de los NOC definidos en el Plan de Cuidados se muestran en el Gráfico 4.

En el diagnóstico de enfermería Intolerancia a la Actividad, del 26% que realizaba algún tipo de ejercicio al inicio del programa, a los 6 meses decían practicarlo un 91% (NOC 2004; indicador 200405). Dadas las características de nuestra población, el ejercicio mayoritariamente practicado y aconsejado ha sido el de caminar un tiempo mínimo de 20-30 minutos hasta una hora al día (en función del estado de cada paciente), con una frecuencia mínima de 3-4 veces a la semana.

Este dato está objetivamente demostrado por la mejora estadísticamente significativa que se recoge en el "Test de los 6 minutos" donde se observa un incremento en la distancia recorrida con un aumento medio de cada paciente de 109 ± 43 metros, ($p = 0.001$); y por la variación en la puntuación obtenida en el Cuestionario de Calidad de Vida de Minnesota, donde detectamos una disminución estadísticamente significativa de 19.5 ± 22 , ($p = 0.002$). También respalda este avance en la actividad física la evolución favorable de la clase funcional según la NYHA: a los 6 meses el 43.4% se incluía como clase funcional I y el 30% como II, ($p = 0.002$).

En cuanto a los hábitos dietéticos (diagnóstico enfermero Alteración de la nutrición), basalmente el 50% manifestaba realizar una dieta hiposódica, al finalizar los 6 meses lo hacía el 87%, $p=0.021$. Paralelamente, al inicio el 56% realizaba una dieta baja en grasas, al finalizar el periodo de estudio refería cumplirla el 74%. Dichos resultados son respaldados por los recogidos en el Cuestionario de Cumplimiento terapéutico (Tabla 4.). Sin embargo la pérdida de peso se consiguió sólo en el 50 % de los pacientes en estudio.

Del diagnóstico Exceso de Volumen de Líquido monitorizado con el indicador NOC 060112 edema periférico maleolar, manifestaban tener edemas durante todo el día un 32% al inicio del programa y al final lo hacían un 9% ($p = 0.001$).

El grado de conocimiento de la ICC registrado como NOC 1803 del diagnóstico presente en el 100% de los pacientes del estudio, **manejo ineficaz del régimen terapéutico personal**, se midió con la "Encuesta de conocimientos de la ICC"¹³. Los resultados que fueron estadísticamente significativos $p=0.001$, recogen un incremento de 5 ± 3 de las respuestas correctas de cada paciente después de haber asistido a las charlas educativas. El 67 % había completado el ciclo de las tres sesiones.

Discusión y conclusiones

La conclusión fundamental que se desprende de los resultados obtenidos, es el papel esencial que desempeña la enfermería en los programas de ICC¹⁶. La población sujeta a estudio en nuestro caso, poseía características nada favorables: a la edad media mayor de 65 años, comorbilidad asociada y clase funcional avanzada según la NYHA, hay que añadirle un bajo nivel cultural) y el hecho de que el 60% de los pacientes incluidos dependen de una tercera persona que asume su cuidado y el manejo de la ICC. Sin embargo los datos obtenidos a corto plazo nos muestran que la mayoría de los parámetros monitorizados con la NOC han mejorado en todos los aspectos. Ello puede ser consecuencia de varios factores:

En primer lugar el acierto de incluir al cuidador y potenciar su papel en las intervenciones del Plan de Cuidados, como respuesta a la realidad observada en nuestra población mayoritariamente dependiente. Esta característica de dependencia es considerada de

riesgo para garantizar la adherencia al tratamiento, factor que a su vez se describe como la segunda causa de reingreso en enfermos con ICC¹⁷.

Otro aspecto relacionado sería la educación sanitaria planificada en charlas¹⁸ y reforzada en el seguimiento individualizado cada tres meses a través del plan de cuidados, lo que se relaciona con una mejoría en el autocuidado y el seguimiento del tratamiento¹⁹ y que mejoró el número de respuestas correctas en la encuesta de conocimiento de la ICC. El concepto de autocuidado²⁰ se determina como clave en la ICC y uno de los principales objetivos de la labor educativa. El término engloba cambios higiénicos: dieta hiposódica y sin grasas, incorporación de la actividad física y monitorización del peso, presión arterial, etc. Como refuerzo de la dimensión educativa del programa, en la actualidad estamos adaptando un registro de autocontrol con permiso de la Universidad del Carolina del Norte¹³, donde los enfermos puedan registrar las dichas constantes en su domicilio y así disponemos de más información acerca de su adhesión terapéutica.

El autocuidado también contempla la adherencia al tratamiento farmacológico, de por sí complicado por su pluralidad, y que sin embargo en nuestro estudio, al igual que en otros²¹ parece ser elevado según manifiestan los pacientes. No debemos olvidar como limitación principal del estudio que nuestra principal fuente de información es subjetiva: lo que los pacientes nos explican y manifiestan.

Otro factor que ha podido influir también, es la libre accesibilidad que nuestro programa oferta al paciente/cuidador a través de dos dimensiones:

- El desarrollo de un plan de respuesta a demanda permite una asistencia precoz del paciente al inicio de las descompensaciones de su enfermedad. Ello contribuye a evitar no sólo el reingreso por ICC²² sino también a que las reagudizaciones sean menos graves y de menor duración. La accesibilidad de la enfermera tanto mediante consulta telefónica como física, es clave para seleccionar los pacientes que requieren ajuste del tratamiento, evitando una sobrecarga asistencial. Este aspecto último podría ser el origen de otro estudio en nuestro medio, donde se podría profundizar sobre las características de los pacientes que consultan de forma libre (nivel cultural, nivel de autocuidado, mayor adhesión terapéutica, mayor compromiso, etc.)
- La accesibilidad de nuestro programa ayuda a fomentar la confianza en el equipo de salud. Quizás fruto de ello sean los resultados recogidos con el indicador NOC Percepción de la enfermedad, donde se observa que después de las intervenciones descritas, la percepción de la enfermedad se concentra en los valores de estancamiento y mejoría con respecto a su situación anterior, disminuyendo por tanto la ansiedad inicial. Sin embargo, los datos también justificarían la incorporación de un psicólogo de referencia en apoyo a nuestro programa.

A la luz de los resultados obtenidos, es evidente la validez práctica de la aplicación de un Plan de Cuidados de Enfermería como herramienta clave²³, sobre la que apoyar la actuación enfermera en nuestro programa de ICC. Lejos de limitar o encasillar nuestra actuación, su flexibilidad da cabida a todo tipo de acciones que permiten ofrecer la atención integral al binomio paciente/cuidador que nuestro rol persigue. Su utilización sistemática nos ha permitido durante el programa realizar todas las etapas que lo componen en el tiempo de consulta habitual y monitorizar de forma eficaz la evolución de los pacientes incluidos.

A través de la valoración inicial realizada en la primera consulta (normalmente concertada en consultas externas) se analiza globalmente la situación del paciente y su entorno. La mala adherencia terapéutica es la segunda causa de reingresos en enfermos de ICC²⁴. Factores presentes en nuestro estudio, como la edad avanzada o la baja capacidad de autocuidado están relacionados con el seguimiento del tratamiento. Es, por tanto, prioritario el detectarlos lo antes posible, para poder orientar nuestros objetivos hacia el éxito terapéutico. La valoración de enfermería permite su identificación junto a la del los factores que los condicionan, posibles obstáculos en nuestra labor.

Los problemas así detectados se enumeran aplicando la taxonomía NANDA como diagnósticos de enfermería y se prioriza sobre su actuación. De esta forma se evitan los listados de problemas interminables, y nos centramos en atender los que de una manera u otra son el origen o condicionan al resto. Ello nos permite simplificar y orientar la atención y nuestros esfuerzos, sin obviar ningún problema como hemos visto en nuestro estudio.

En base a los diagnósticos establecidos, se planifican las actividades de enfermería recogidas en el Plan de cuidados estandarizado. En esta fase se completa la personalización del Plan de Cuidados primero con la selección de las actividades teniendo en cuenta las características de cada caso, en segundo lugar se proponen éstas al paciente/cuidador y finalmente se establecen los compromisos y pactos. Actualmente su registro se realiza en papel en un único documento de uso compartido con los cardiólogos/as, estando en proyecto el soporte informático que sin duda agilizará aún más su aplicación.

Al final del proceso y sin duda lo más importante en nuestra profesión, es la aplicación de un instrumento de medida validado que nos permite evaluar la intervención global de la enfermera a través de la NOC y los indicadores elegidos. En nuestro caso en particular la escala Liker la hemos reducido a términos absolutos para simplificar el resultado. Un paso más sería poder definir esos parámetros de la escala a un lenguaje común para todas las enfermeras que trabajamos con la ICC, que permitiera comparar en base a ello el efecto de nuestra intervención en otros entornos y con ello tener un instrumento de medida y comparación del efecto de otros modelos de abordaje

de la ICC. En el presente estudio se constata que los resultados obtenidos con la aplicación del Plan de Cuidados Enfermeros, se ven respaldados por los obtenidos mediante instrumentos validados y utilizados en otros programas de ICC.

No debemos olvidar en esta reflexión, que nuestro hospital es un comarcal tipo IV con una limitación de recursos inherentes a su clasificación. Nuestro equipo del programa de ICC está compuesto por tres cardiólogos (uno de ellos sólo durante tres días), una enfermera y una auxiliar de enfermería. El espacio físico del que disponemos son de tres ó cuatro consultas, dotadas en conjunto con el siguiente material: 2 ecocardiógrafos, un aparato de ECG, un carro de parada, un ergómetro de cinta y el soporte informático necesario. En el caso de la enfermería, su dedicación no es exclusiva para el programa de ICC, sino que se alterna con el resto de funciones que la consulta genera, como la realización de todas las pruebas funcionales (electrocardiogramas, ergometría, holter, tilt test, ecocardiografía de estrés y ecocardiografía transesofágica), un día en consulta de riesgo cardiovascular y las sesiones educativas. Sin embargo, esta peculiaridad no ha repercutido en los buenos resultados obtenidos en el estudio, por lo que este plan de cuidados es aplicable en cualquier medio.

Podemos concluir que la aplicación del Plan de Cuidados de Enfermería en un programa de ICC es un instrumento válido. Nos permite traducir la problemática clínica, social y emocional de la persona con ICC a un lenguaje con categoría científica, genera intervenciones estandarizadas susceptibles de ser medidas y los resultados obtenidos son capaces de monitorizar y mejorar aspectos tan complejos como el autocuidado, el conocimiento, la adquisición de hábitos higiénicos saludables y el manejo del régimen terapéutico.

Referencias

1. Pearson TA, Smith SC, Poole-Wilson R. Cardiovascular specialty societies and the emerging global burden of cardiovascular disease. A call to action. *Circulation*. 1998; 97: 602-4.
2. Oldridge NB, Guyatt GH, Fisher MF et al. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experiences of randomized clinical trial. *JAMA*. 1988; 260: 945-50.
3. Mc Alister K, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. A systematic review of randomized trials. *Cardiol*. 2004; 44:810-9.
4. Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, González-Juanatey JR, Van Veldhuisen DJ, Erdmann E, et al. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER study. *Eur Heart J*. 2005; 26: 1653-59.
5. Lupon Rosés J. Unidades de ICC. Sociedad Española de Cardiología. Publicación Oficial: 2006.
6. Conclusiones del I Encuentro de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. La Excelencia de los Cuidados. Mollina (Málaga, España), 28 de abril de 2001 (acceso el 27 de febrero 2007) *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2001; 32-33. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/32-33revista/32-33_articulo_82-89.php>
7. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Madrid: Elsevier; 2005-2006.
8. McCloskey Dochterman J, McBulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4.ª ed. Madrid: Elsevier; 2006
9. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
10. Johnson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Madrid: Harcourt; 2002.
11. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de

- Virginia Henderson. Barcelona: Masson, 1998.
12. Consejería de Salud. Plan de Cuidados Estandarizados (Insuficiencia Cardíaca). Junta de Andalucía. Acceso 2 de mayo de 2007. Disponible en <http://www.junta-deandalucia.es/salud/procesos/documentos.asp?idp=91>
 13. DeWalt D, Pignone M, Malone R, Rawls C, et al. Development and pilot testing of a disease management program for low literacy patients with heart failure. *Patient Education and Counseling*. 2004; 55: 78-86.
 14. González B, Lupón Rosés J, Parajón, Urrutia A, Altimir S, Coll R et al. Educación de los pacientes con insuficiencia cardiaca: ¿qué conseguimos realmente? *Rev Esp Cardiol*. 2003; 56 Supl 2:74.
 15. Barry C, Mc Murria J. A review of quality-of-life evaluations in patients with congestive Heart failure. *Pharmacoeconomics*. 1999; 16: 247-271.
 16. Nieto Montesinos MJ, García Fernández Y, Atrio Padrón ML. Plan de Cuidados a pacientes con ICC. *Enferm Cardiol*. 2004;31:23-25.
 17. Anguita Sánchez M. Manual de Insuficiencia Cardíaca. Sociedad Española de Cardiología. Publicación Oficial. Madrid: 2003.
 18. Méndez M. ¿Damos suficiente educación a nuestros pacientes?: adherencia al tratamiento en ICC. *Insuficiencia cardiaca al día*. 2006; 10-11.
 19. Ni H, Nauman D, Lundman B. An intervention aimed at reducing uncertainty in elderly patients with chronic heart failure. *Int J Hum Caring*. 2000; 4: 7-13.
 20. Coats AJS. Exercise and heart failure. *Cardiol Clin*. 2001; 19: 517-24.
 21. Fortez Rey J, Fernández Palomeque C, Fernández C. Tratamiento de la comorbilidad y de los factores precipitantes de desestabilización en el paciente con ICC. Aspectos nutricionales y de calidad de vida. *Med Clín. Monografías*. 2001; 3: 41-49.
 22. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en ICC (EHFScBS) en una unidad de ICC en España. *Rev Esp Cardiol*. 2005; 59(2):166-70.
 23. Fernández Lao I. Defensa del uso de un modelo enfermero. *Evidencia*. 2005 [http://www.index-f.com/evidencia/n6/146articulo.php\[ISSN:1697-638\]](http://www.index-f.com/evidencia/n6/146articulo.php[ISSN:1697-638]) Consultado el 19 de marzo de 2007.
 24. Mc Alister K, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. A systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2004; 44:810-9. 25.

TABLAS Y GRÁFICOS

Los criterios de inclusión son:
<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas de insuficiencia cardíaca (Clase II a IV de la NYHA) con/sin signos exploratorios o radiológicos de congestión pulmonar y disfunción sistólica de VI moderada o severa. • Síntomas de insuficiencia cardíaca (Clase II a IV de la NYHA), signos exploratorios o radiológicos de congestión pulmonar y disfunción diastólica al menos moderada del VI. • Disfunción sistólica moderada o severa del VI asintomática post-IAM (menos de 1 mes).
Los Criterios de exclusión son:
<ul style="list-style-type: none"> • Negativa del paciente a participar en el programa. • Enfermedad terminal con expectativa de vida menor de 6 meses. • Imposibilidad de realizar desplazamientos frecuentes al hospital

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión del Programa de ICC del HAG

DIAGNÓSTICOS ENFERMERÍA	INTERVENCIONES NIC	RESULTADOS NOC
00092 Intolerancia a la actividad	5612 Enseñanza actividad-ejercicio	0005 Tolerancia de la actividad: 000508 Esfuerzo respiratorio 000510 Distancia de caminata 000518 Actividades de la vida diarias (AVD)
00001. Desequilibrio nutricional por exceso	5614 Enseñanza dieta prescrita	1802 Conocimiento de la dieta 180201 Descripción dieta 180212 Desarrollo de estrategias para cambiar hábitos alimentarios
00002. Desequilibrio nutricional por defecto	1160 Monitorización nutricional	1006 Peso: masa corporal 100601 Peso 100604 Perímetro abdominal
		1004 Estado Nutricional 100405 Relación peso / talla
00026 Exceso de volumen de líquido	4130 Monitorización de líquidos	0601 Equilibrio hídrico 060101 Presión arterial 060107 Entradas y salidas equilibradas 060112 edema periférico (maleolar) 060108 Ruidos respiratorios (ortopnea)

00096 Deterioro del patrón de sueño	1850 Fomentar el sueño	0003 Descanso 000304 Calidad del descanso 000306 Consumo de fármacos psicotropos
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal	5602 Enseñanza: proceso enfermedad 5616. Enseñanza: medicamentos prescritos 4420 Acuerdo con el paciente	1803. Conocimiento :proceso de la enfermedad 1808 Conocimiento medicación 1606 Participación : decisiones sobre asistencia sanitaria
00146 Ansiedad	5241 Asesoramiento	1302 Afrontamiento de problemas 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico

Tabla 2. Plan de Cuidados estandarizado de Enfermería del HAG.

MOTIVOS DE LAS CONSULTAS A DEMANDA

- Ajuste del tratamiento diurético
- Síntomas de descompensación: edema, ortopnea, aumento de la fatiga.
- Intolerancia a algún fármaco nuevo
- Efectos secundarios del tratamiento farmacológico
- Fiebre

Tabla 3. Motivo de las consultas a demanda

PARÁMETROS	BASAL	6 MESES
Control de Peso:		
• > 1 vez semana	25	22
• 1 vez semana	13	22
• ½ veces al mes	19	33
• sólo médico	44	22
Control de TA:		
• > 1 vez semana	25	29
• 1 vez semana	13	17
• ½ veces al mes	25	56
• sólo médico	36	-
Dieta con poca sal:		
• Siempre	63	72
• Casi siempre	31	29
• A veces	-	-
• Casi nunca o nunca	6	-
Ejercicio físico practicado:		
• < AVD	19	17
• AVD normales	25	22
• Caminar	56	33
• Ejercicio físico moderado	-	28
Tratamiento farmacológico:		
• Siempre	100	94
• Casi siempre	-	6
• A veces	-	-
• Nunca	-	-

Modificada con permiso del Hospital Germans Trias i Pujol, 2003 (14)

Tabla 4. Cumplimiento del tratamiento. Basal y a los 6 meses (%)

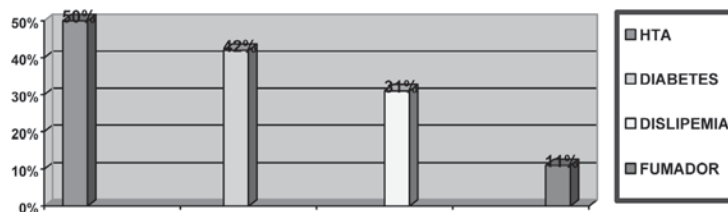


Gráfico 1. Factores de riesgo asociados a los pacientes de ICC

Gráfico 1. Factores de riesgo asociados a los pacientes de ICC

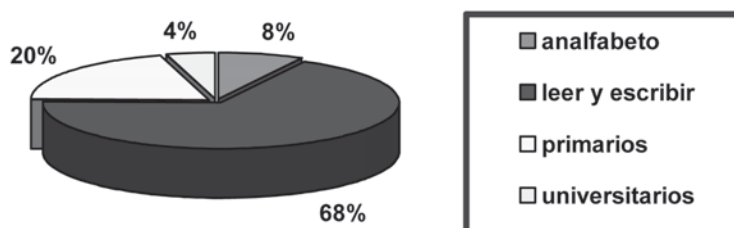


Gráfico 2. Nivel cultural de los pacientes del estudio

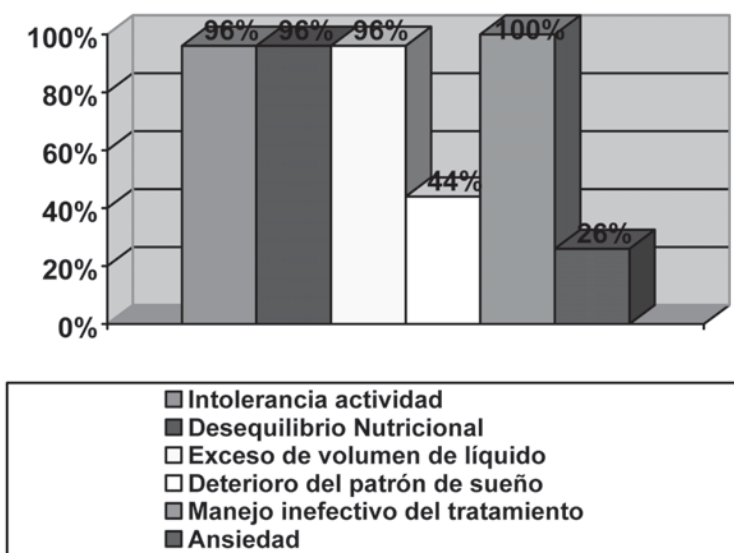


Gráfico 3. Diagnósticos de Enfermería registrados en la primera consulta

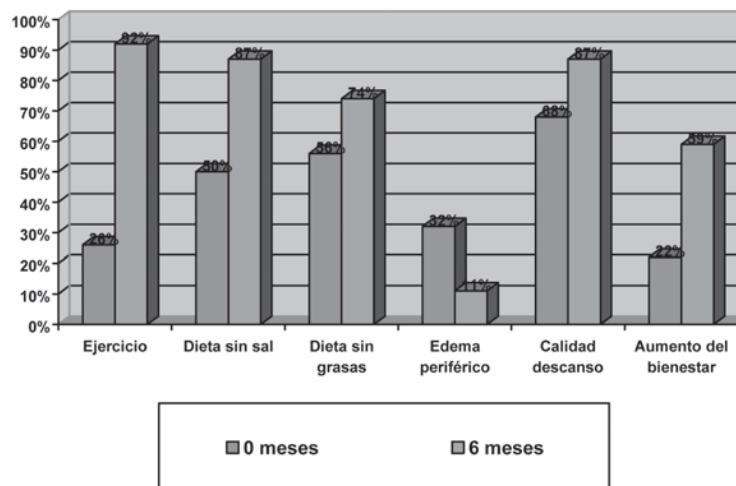


Gráfico 4. Monitorización de los indicadores NOC.