

ORIGINAL

Evaluación de la intervención educativa al paciente anciano con insuficiencia cardíaca, realizada por enfermería a través de un plan de cuidados estandarizado

Ana María Yera-Casas*, Sacramento Mateos-Higuera del Olmo, Jacqueline Ferrero-Lobo y Tomás David Páez-Gutiérrez

Departamento de Especialidades Médicas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Recibido el 22 de julio de 2008; aceptado el 28 de noviembre de 2008

Disponible en Internet el 13 de marzo de 2009

PALABRAS CLAVE

Autocuidado;
Insuficiencia cardíaca;
Educación;
Calidad de vida

Resumen

Objetivo: Determinar el impacto de la intervención educativa de enfermería postalta, en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), al aplicar un plan de cuidados estandarizado centrado en fomentar el autocuidado.

Material y métodos: Estudio longitudinal realizado entre enero de 2006 y mayo de 2007, con una población de 112 pacientes, seleccionados tras ser incluidos en una vía clínica durante su hospitalización. Durante 5 sesiones programadas a lo largo de 2 meses tras el alta hospitalaria se les aplicó un plan de cuidados educativo mediante entrevista y de forma individual en el hospital de día de IC. El nivel de conocimientos adquiridos por el paciente se cuantificó mediante una escala de medida tipo Likert de 5 puntos. La educación se evaluó en cada una de las 5 sesiones realizadas. Los resultados se expresan en medias, y para comparar las variables se ha utilizado el test ANOVA de medidas repetidas. **Resultados:** La media de edad de los 100 sujetos que completaron el estudio pre y postintervención educativa fue de 78 años (desviación estándar: 7). La intervención se mostró efectiva al evaluar el nivel de conocimiento adquirido por el paciente con respecto a su enfermedad (signos, síntomas, complicaciones, etc.), y se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas acerca de la educación adquirida en cada visita y a lo largo de los 60 días de intervención.

Conclusiones: La educación para la salud de estos pacientes y familia (cuidador principal), mejora su adaptación a la enfermedad, se logra una mayor autonomía y adhesión al tratamiento, consiguiendo una mayor calidad de vida.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anayera@terra.es (A.M. Yera-Casas).

KEYWORDS

Self-care;
Heart failure;
Education;
Quality of life

Evaluation of an educational intervention in elderly patients with heart failure performed by nurses using a standardized care plan

Abstract

Objective: To determine the impact of an educational intervention after discharge in patients with heart failure (HF) performed by applying a standardized care plan centered on encouraging self-care and treatment adherence.

Material and methods: We performed a longitudinal study between January, 2006 and May, 2007 in a population of 112 patients selected after being included in a clinical pathway during their hospital stay. Five scheduled visits were made in the first 2 months after hospital discharge; during these visits, an educational care plan was applied to the patients individually and by means of an interview in the HF day hospital. The patients' level of knowledge was quantified by means of a 5-point Likert-like scale. The education was carefully evaluated at each visit. The results were expressed as means. To compare the variables, a repeated measures ANOVA was used.

Results: The mean age of the 100 patients who finalized both phases of the study was 78 years (SD: 7). The intervention was effective in evaluating the level of knowledge acquired by the patients about their disease (signs, symptoms, complications, etc.) and statistically significant differences were obtained in the education acquired at each visit and throughout the 60-day intervention.

Conclusions: Health education in these patients and their families (main caregiver) improved their adaptation to their disease and increased autonomy and treatment adherence, thus improving quality of life.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Qué se conoce: La insuficiencia cardíaca (IC) afecta al 10% de pacientes mayores de 70 años, la educación para la salud es insuficiente o no es bien entendida por estos pacientes.

El profesional de enfermería es la clave para la gestión de los cuidados de salud de las enfermedades crónicas como ésta.

Qué aporta: Una intervención educativa de enfermería al alta, aplicada tanto al paciente como al cuidador principal, mejora el manejo de la IC y la calidad de vida en este tipo de pacientes.

Introducción

Durante los últimos años, la insuficiencia cardíaca (IC) es un problema de salud pública para los servicios de medicina interna, debido a un aumento constante en sus cifras de prevalencia e incidencia, especialmente en la población de edad avanzada¹.

Estudios epidemiológicos realizados en España, demuestran que afecta al 10% de los pacientes mayores de 70 años, grupo de pacientes atendido mayoritariamente en los servicios de medicina interna de nuestros hospitales, y es el motivo más frecuente de ingreso hospitalario^{1,2} en nuestro medio. La frecuencia de reingreso hospitalario oscila del 30 al 60% en los 6 meses desde el alta hospitalaria, y consume cerca del 1 al 2% del gasto sanitario anual tan sólo en hospitalizaciones y reingresos^{3,4}.

Hay muchas limitaciones en el manejo de dicha enfermedad: inadecuada cumplimentación terapéutica, educación para la salud insuficiente y falta de acceso rápido de los pacientes con riesgo de descompensación de su enfermedad a los medios sanitarios para control y ajuste de su medicación^{5,6}.

Entre las características y el perfil de los pacientes, se pueden destacar: edad media avanzada (≥ 75 años), alto desconocimiento de la enfermedad, comorbilidad asociada, baja capacidad de autonomía y falta de soporte social⁷.

La bibliografía revisada coincide al señalar que programas de educación sistemática desarrollados por equipos multidisciplinares son estrategias positivas para estos pacientes⁸⁻¹¹.

En nuestro hospital se decide implantar una vía clínica de asistencia durante la hospitalización y seguimiento posterior al alta del paciente en el hospital de día¹² (tabla 1), donde aplicamos un plan de cuidados estandarizado utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC¹³⁻¹⁵, desarrollado en 5 sesiones distribuidas a lo largo de 60 días.

A través de la educación para la salud se mejora el conocimiento y las habilidades que influyen en las actitudes que el paciente requiere para mantener un comportamiento adecuado en bien de su salud, mejorando así su calidad de vida, nivel educativo y capacidad de autocuidado frente a la IC^{16,17}.

Los estudios realizados en el ámbito hospitalario utilizan tradicionalmente un plan de educación iniciado durante la hospitalización y seguido posteriormente mediante consultas ambulatorias, con la finalidad de obtener resultados favorables. En uno de los primeros estudios acerca de educación y apoyo a la salud, se aleatorizaron 179 sujetos

Tabla 1 Circuito asistencial de la vía clínica en insuficiencia cardíaca (IC)

Enfermo que acude a urgencias por IC descompensada > 70 años

Inclusión vía clínica

Sí PAS > 100 mmHg

Creatinina < 2 mg/dl

Capacidad de autocuidado

Intervención educativa por enfermería*Signos de descompensación de la enfermedad*

Control de peso diario

Importancia de seguir una dieta hiposódica y de realizar ejercicio

Entrega al alta: guía educativa de la enfermedad, hoja de control del peso y hoja donde figura teléfono de contacto al que llamar si surgen complicaciones

Intervención médica*Alivio de los síntomas de congestión*

Confirmación de IC por ecocardiografía

Valoración de etiología

IECA o ARAII si FEVI < 40%

Bloqueantes beta si FEVI < 40%

*Visita en 7-15 días en hospital de día de IC para:**Optimizar tratamiento médico**Mejorar autocuidado del paciente***A los 60 días se remite al paciente a atención primaria**

ARAII: antagonistas de los inhibidores de la angiotensina II; FEVI: fracción de eyeccción del ventrículo izquierdo; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; PAS: presión arterial sistólica.

hospitalizados por IC, en el cual el grupo de intervención ($n = 84$) recibió durante la hospitalización educación intensiva por una enfermera, así como seguimiento por medio de visitas domiciliares; actividad que se realizó posterior a 7 días del alta. Los resultados mostraron que la educación y el apoyo brindados por la enfermera en su paso del ambiente hospitalario al domiciliar, mejoraron su comportamiento de autocuidado de forma significativa¹⁸.

Otro estudio investigó si la intervención educativa realizada por una enfermera, tras la hospitalización, mejora las tasas de muerte por todas las causas o admisiones; actividad que se realizó durante 12 seguimientos. La intervención consistió en la educación acerca de la IC y su tratamiento (medicación, dieta, ejercicios y detección precoz por descompensación). Los resultados obtenidos demuestran una reducción de la mortalidad y los reingresos, cuando se comparan con el grupo control¹⁹.

En el caso del estudio que nos ocupa, se centró la atención en los pacientes que acudieron a la urgencia por IC descompensada, mayores de 70 años y con capacidad de autocuidado, que pasaron a la unidad de hospitalización de medicina interna para su estabilización y optimización del tratamiento médico junto con una intervención educativa por parte de enfermería durante el ingreso. De acuerdo con la bibliografía consultada, la enfermera es el profesional ideal para dar continuidad al proceso educativo en el ambiente hospitalario y en el seguimiento posterior al alta¹⁶, en nuestro caso, en el hospital de día de IC de nuestro centro.

El objetivo general de nuestro estudio fue evaluar el impacto de un programa educativo aplicado al paciente anciano con IC a través de un plan de cuidados estandarizado, valorando los cambios generados en el conocimiento, actitudes y conducta de autocuidado en el paciente y/o cuidador.

Como objetivos específicos se consideraron:

- Describir el nivel de conocimiento mostrado por parte del paciente y/o cuidador en la primera visita al hospital de día.
- Evaluar la adquisición de conocimientos por parte del paciente y/o cuidador en las sucesivas visitas realizadas al hospital de día de IC a través de la aplicación del plan de cuidados estandarizado, comparando la adquisición de conocimientos de una visita a otra.

Material y métodos

Se realizó un estudio longitudinal durante los meses de enero de 2006 a mayo de 2007. En él participaron todos los pacientes con diagnóstico principal de IC, incluidos en la vía clínica durante su hospitalización en el servicio de medicina interna, los cuales, tras el alta, eran remitidos al hospital de día de IC.

En el estudio se incluyeron a los 112 primeros pacientes seleccionados e incluidos en el programa de visitas, que habían aceptado verbalmente participar en el estudio y que habían completado 2 meses de seguimiento enfermero.

La selección de los pacientes se realizó de forma no aleatoria ni controlada, dado que su inclusión en el programa se llevó a cabo de forma correlativa a su llegada al hospital de día tras el alta hospitalaria.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes de edad ≥ 65 años dados de alta del servicio de medicina interna, cuyo principal motivo de ingreso fue IC descompensada sintomática, que presentaran estabilidad hemodinámica al ingreso y dispusieran de capacidad de autocuidado o buen soporte social. Como criterios de exclusión se plantearon: pacientes

Tabla 2 Características basales de los pacientes (n = 100)

Variable	Resultado
Edad (años), media ± DE (rango)	78 ± 7 (64-94)
Sexo, n (%)	
Mujeres	56 (53)
Varones	49 (47)
Comorbilidades, n (%)	
Demencia	12 (11)
Insuficiencia renal	13 (12)
Anemia (hemoglobina ≤ 12,5 g/dl)	56 (53)
Hipertensión arterial	95 (90)
Enfermedad pulmonar obstructiva	36 (34)
Diabetes	32 (31)

DE: desviación estándar.

con deterioro funcional severo que le impidiera acudir al hospital de día, pacientes en lista de espera para cirugía cardíaca o intervencionismo coronario, subsidiarios de resincronizador, desfibrilador o trasplante, neoplasia activa, enfermedad severa diferente de la IC con supervivencia estimada menor de 6 meses, con negativa a colaborar y sin cuidador que se comprometiera al autocuidado y vigilancia.

Para la recogida de datos se utilizó la entrevista en profundidad de forma personal a cada uno de los pacientes y/o cuidadores del estudio.

La información acerca de los 112 pacientes se obtuvo de la documentación clínica y se identificó la edad, el sexo y las comorbilidades asociadas. Antes de comenzar la recogida de datos, se realizó una reunión para consensuar la manera de recogerlos.

A toda la población estudiada se le aplicó un programa educativo de 5 sesiones, distribuidas a lo largo de 60 días, con un intervalo de tiempo de 15 días de una sesión a otra. Este programa educativo estaba basado y desarrollado por un plan de cuidados estandarizado (**tabla 3**), dirigido al paciente y/o cuidador; 86 de los 112 pacientes fueron acompañados de un cuidador principal, en este caso se valoró el conocimiento adquirido conjuntamente por ambos.

En la primera visita, enfermería identificó, a través de la valoración, el nivel de conocimiento actual que tenía el paciente y/o cuidador con respecto a su enfermedad, tomando como referencia la educación realizada durante la hospitalización y los contenidos de la guía educativa entregada al alta hospitalaria. Dicha guía se desarrolló utilizando un lenguaje claro, sencillo y con soportes gráficos, para facilitar la comprensión del contenido, tratando en ella los siguientes puntos:

- Introducción.
- Generalidades de la función del corazón.
- Definición, causas, síntomas de IC.
- Medidas para un manejo adecuado (dieta, actividad física, tratamiento farmacológico, restricción hídrica, control del peso y signos de alarma).

Tras evaluar el conocimiento inicial que tenía el paciente y/o cuidador acerca de su enfermedad, enfermería reforzó los conocimientos deficientes a través de intervenciones de enfermería (NIC)¹⁴ centradas en la enseñanza del proceso de la enfermedad (signos, síntomas, complicaciones, etc.), control del peso diario, dieta, medicación y actividad física prescrita. Todos estos términos engloban el concepto de autocuidado¹⁶, determinante como clave en la IC y uno de los principales objetivos de la labor educativa.

A continuación se evaluaron los criterios de resultados (NOC) con sus indicadores asociados¹⁵, que fueron (**tabla 3**):

- Control del peso.
- Conocimiento: proceso de la enfermedad, dieta, medicación y actividad prescrita.

El método utilizado para medir los resultados fue una escala tipo Likert de 5 puntos, la cual permitió cuantificar los conocimientos del paciente (1, ninguno; 2, escaso; 3, moderado; 4, sustancial, y 5, extenso)¹⁵.

Esta evaluación se realizó en cada una de las 5 sesiones, y la intervención enfermera se aplicó de forma individual con cada paciente y/o cuidador, y siempre fue la misma enfermera la que intervino en cada sesión educativa, valorando los resultados en las 5 sesiones. Las variables principales de resultado fueron los indicadores asociados a cada NOC.

Se revisó la literatura científica al respecto, tomando como referencia los resultados anteriormente descritos junto a sus respectivos indicadores de la taxonomía NOC. Esta taxonomía es una agrupación estandarizada de resultados desarrollados para evaluar el efecto de las intervenciones de enfermería, avalada por el equipo de investigación CRE de la universidad de Iowa.

Una vez elaborados los resultados, se constituyó una muestra representativa de los elementos que el estudio pretendía evaluar y se leyeron de forma crítica por 2 especialistas en IC en ancianos y 4 enfermeras especialistas en el manejo de pacientes con IC. Asimismo, se realizó una prueba piloto de la evaluación de indicadores específicos de los NOC con 10 pacientes.

En el análisis de datos, para la descripción de cada una de las sesiones realizadas, se calculó la media y desviación estándar (DE) de la puntuación obtenida. Para la comparación de la diferencia de medias pre y postintervención entre las 5 sesiones, se realizó un test ANOVA de medidas repetidas, con el intervalo de confianza (IC) del 95% de las diferencias. Se asumió para todos los casos un nivel de confianza del 95% (p < 0,05).

Los análisis se realizaron con el programa SPSS para Windows (versión 14.0).

Resultados

Se atendieron a 112 pacientes, de los cuales 100 completaron el estudio pre y postintervención educativa en el hospital de día de IC, durante un período de seguimiento de 60 días. Las pérdidas principales se debieron al abandono del estudio y al fallecimiento. La media de edad de las 100 personas que completaron el estudio era de 78 años (DE: 7);

Tabla 3 Comparación pre y postintervención

Diagnóstico enfermero: manejo inefectivo del régimen terapéutico. Resultados esperados	Preintervención 1. ^a visita		Postintervención 5. ^a visita		Diferencias de medias	IC del 95%		P		
	Media	DE	Media	DE		Inferior	Superior			
<i>Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)</i>										
Indicadores:										
180303 Descripción de la causa o factores contribuyentes de la IC	1,74	0,691	3,54	0,717	-1,800	-1,935	-1,665	0,000		
180304 Descripción de los factores de riesgo	1,94	0,664	3,70	0,732	-1,760	-1,866	-1,654	0,000		
180306 Descripción de los signos y síntomas	2,09	0,726	3,83	0,726	-1,740	-1,840	-1,640	0,000		
180309 Descripción de las complicaciones					-1,920	-2,057	-1,783	0,000		
180310 Descripción de los signos y síntomas de las complicaciones	1,55	0,702	3,47	0,745	-1,960	-2,101	-1,819	0,000		
Identificación de los signos de alarma y pedir ayuda al teléfono proporcionado	1,58	0,713	3,54	0,809						
<i>Control de peso (1612)</i>										
Indicadores:										
161201 Supervisa el peso corporal a diario	2,65	0,757	4,39	0,726	-1,747	-1,852	-1,643	0,000		
<i>Conocimiento: dieta (1802)</i>										
Indicadores:										
180201 Descripción de la dieta recomendada	1,95	0,796	3,64	0,718	-1,690	-1,824	-1,556	0,000		
180202 Explicación del fundamento de la dieta recomendada	1,91	0,793	3,63	0,720	-1,720	-1,853	-1,587	0,000		
	2,12	0,715	3,79	0,718						
180203 Descripción de las ventajas de seguir la dieta hiposódica	2,01	0,611	3,64	0,612	-1,677	-1,797	-1,556	0,000		
180206 Descripción de los alimentos permitidos en la dieta	1,91	0,653	3,52	0,643	-1,630	-1,738	-1,522	0,000		
180207 Descripción de los alimentos que deben evitarse					-1,610	-1,722	-1,498	0,000		
<i>Conocimiento: medicación (1808)</i>										
Indicadores:										
180802 Declaración del nombre correcto de la medicación prescrita	2,64	0,746	4,33	0,620	-1,690	-1,798	-1,582	0,000		
180804 Descripción de las acciones de la medicación	1,84	0,775	3,72	0,780	-1,880	-2,001	-1,759	0,000		
180805 Descripción de los efectos indeseables de la medicación	1,73	0,750	3,66	0,685	-1,930	-2,066	-1,794	0,000		
180806 Descripción de las precauciones de la medicación	1,76	0,712	3,69	0,720	-1,930	-2,054	-1,806	0,000		
	1,74	0,691	3,73	0,694	-1,990	-2,108	-1,872	0,000		

Tabla 3 (continuación)

Diagnóstico enfermero: manejo inefectivo del régimen terapéutico. Resultados esperados	Preintervención 1.ª visita		Postintervención 5.ª visita		Diferencias de medias	IC del 95%	P
	Media	DE	Media	DE			
180808 Descripción de posibles reacciones adversas cuando se consumen múltiples fármacos	1,65	0,672	3,55	0,702	-1,900	-2,025	-1,775
180809 Descripción de las posibles interacciones con otros fármacos	2,86	0,792	4,54	0,673	-1,680	-1,803	-1,557
180810 Descripción de la administración correcta de la medicación							0,000
<i>Conocimiento: actividad prescrita (1811)</i>							
Indicadores:							
181101 Descripción de la actividad prescrita	1,68	0,803	3,94	0,962	-2,060	-2,459	-2,061
181102 Explicación del propósito de la actividad	1,71	0,795	3,95	0,957	-2,240	-2,429	-2,051
181104 Descripción de las restricciones de la actividad	1,75	0,744	3,90	0,823	-2,150	-2,315	-1,985
181105 Descripción de las precauciones de la actividad	1,89	0,751	4,00	0,876	-2,110	-2,267	-1,953
DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza. N = 100.							

53 eran mujeres y 47 varones. En la **tabla 2** se muestra una descripción de las comorbilidades asociadas.

En cuanto a la evaluación de los indicadores asociados al conocimiento del proceso de la enfermedad, las medias aumentaron en cada visita; previa intervención, el paciente y/o cuidador presentaban un escaso conocimiento en cuanto a signos, síntomas y complicaciones de la IC; si se observó la presencia de un moderado conocimiento inicial en la identificación de signos y síntomas de alarma. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (**tabla 3**) en el promedio del resultado total obtenido antes y después de la intervención, apareciendo un aumento de media de 1,58 a 3,54 en la descripción de signos y síntomas de las complicaciones (**Fig. 1**) (IC del 95%, -2,101 a -1,819 entre la diferencia de medias).

Al evaluar el control del peso preintervención, el paciente y/o cuidador tenían un sustancial conocimiento de la importancia de pesarse a diario, conducta también reforzada durante el ingreso hospitalario. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio del resultado total obtenido antes y después de la intervención ($p = 0,000$), y apareció un diferencia de medias entre la primera y la quinta visita de -21,747 (**Fig. 1**) (IC del 95%, -21,852 a -21,643) (**tabla 3**).

En cuanto al conocimiento de la dieta prescrita, se observó que los pacientes y/o cuidadores tenían un escaso conocimiento y, por tanto, probablemente poca adherencia. Posterior a la intervención educativa se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio del resultado total obtenido antes y después de la intervención ($p = 0,000$), pasando de una media de 1,95 a 3,64 en la quinta visita (**Fig. 1**) (IC del 95%, -21,824 a -21,656 entre la diferencia de medias).

En la evaluación de los indicadores asociados al conocimiento del tratamiento farmacológico, los pacientes y/o cuidadores presentaban un moderado conocimiento en cuanto al nombre correcto de la medicación prescrita y correcta administración (horario y dosis), y un escaso conocimiento en cuanto a la acción, efectos secundarios, reacciones adversas e interacciones con otros fármacos. Se observó un aumento de media de 2,64 a 4,33 (IC del 95%, -21,798 a -21,682 entre la diferencia de medias) en la descripción del nombre correcto de la medicación prescrita y un aumento de 2,86 a 4,54 (IC del 95%, -21,803 a -21,557 entre la diferencia de medias) en la descripción de la administración correcta de la medicación (**tabla 3**), mientras que en los efectos adversos de la medicación se pasó de una media de 1,73 a 3,66 (IC del 95%, -22,066 a -21,794 entre la diferencia de medias) en la quinta visita.

Por último, al evaluar el conocimiento de la actividad/ejercicio prescrito, de acuerdo con la puntuación obtenida en sus indicadores asociados se observó, preintervención educativa, que pocas veces los pacientes realizaban ejercicio debido al escaso conocimiento que tenían acerca de sus beneficios. Posterior a la intervención se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,000$), pasando de una media de 1,68 a 3,94 (IC del 95%, -22,459 a -22,060 entre la diferencia de medias) en la descripción de la actividad prescrita (**tabla 3**) y de 1,71 a 3,95 (IC del 95%, -22,429 a -22,050 entre la diferencia de medias) en la explicación del propósito de la actividad.

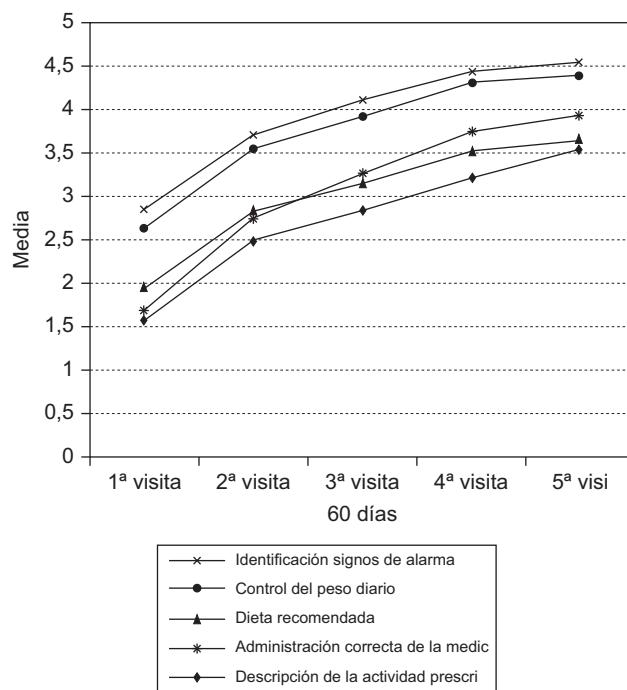


Figura 1 Evaluación de los principales indicadores del plan de cuidados. $p = 0,005$ lineal en todos los indicadores evaluados.

Discusión

Hasta ahora no se había estudiado la eficacia de programas en IC en hospitales de día mediante intervención multidisciplinar llevada a cabo por enfermería y medicina interna con este tipo de pacientes. La mayoría de los estudios previos realizados se han desarrollado por equipos de cardiología que tienden a seleccionar pacientes menos ancianos y con menor comorbilidad^{20,21}.

Generalmente, la mayor parte de los diferentes programas de manejo de la IC han demostrado algún grado de beneficio^{20,22}. Nuestra intervención se iniciaba antes del alta y esto parece ser un componente importante²³, ya que podría estar relacionado con la educación del paciente y/o cuidador recibida a través del personal de enfermería de la unidad durante el ingreso hospitalario.

El programa educativo llevado a cabo en el hospital de día de IC fue claramente eficaz a la hora de mejorar la educación de los pacientes que formaron parte del estudio, a pesar de que la población estudiada no poseía características favorables: edad media mayor de 70 años y comorbilidades asociadas, añadiendo que el 76% de los pacientes incluidos dependía de una tercera persona para su cuidado. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los indicadores evaluados. Esto se puede atribuir a que la intervención permitió capacitar, motivar y hacer partícipe al paciente y/o cuidador en el manejo adecuado de su tratamiento farmacológico y no farmacológico, con un aumento de su nivel de conocimientos acerca de la IC.

En nuestros resultados se muestra como a corto plazo todos los indicadores de los NOC evaluados habían mejorado. Creemos que se pudiera deber, en primer lugar, al incluir un buen soporte social y/o cuidador principal en nuestro plan de cuidados, dado que nuestra población es

mayoritariamente dependiente, característica descrita como segunda causa de reingreso en pacientes con IC².

Otro aspecto relacionado con los beneficios del estudio sería la educación sanitaria reforzada en cada sesión de forma individualizada, que permite al paciente tener mayor capacidad de autocuidado²⁴, principal objetivo de nuestro programa. Factores como la edad avanzada y la baja capacidad de autocuidado presentes en nuestro estudio, están relacionados con el seguimiento del tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico. Además, hay que añadir la complejidad del tratamiento de los pacientes, lo cual requiere un mayor conocimiento de este síndrome y de su tratamiento, teniendo en cuenta que estos pacientes reciben como promedio 6 medicamentos cardiovasculares²⁵.

También ha podido influir en la eficacia del programa el acceso ágil al sistema sanitario, a través del hospital de día, ante una descompensación leve de la IC, permitiendo el tratamiento ambulatorio de la congestión a través de diuréticos parenterales, evitando la consulta a urgencias y el reingreso hospitalario.

La subjetividad al emplear la escala Likert durante la recogida de datos en la evaluación es una limitación del instrumento de medida utilizado. No obstante, ésta se ha visto disminuida en el estudio al ser el mismo profesional de enfermería el que evalúa la totalidad del proceso educativo.

Una limitación del diseño es que las intervenciones se realizan en un intervalo de tiempo delimitado, la experiencia del día a día con nuestros pacientes nos dice que la educación necesita más continuidad²⁶, para que los conocimientos y comportamientos adquiridos por el paciente y/o cuidador se mantengan, lo cual requiere que se evalúe este nivel de conocimientos y adherencia en plazos de tiempo más extendidos²⁷. Habría que plantear estudios que evalúen cómo se mantiene el impacto a largo plazo, al realizar a posteriori la misma evaluación. Incluso tras 1 año de intervención educativa por parte de enfermería es difícil mejorar algunos aspectos del autocuidado de los pacientes, aunque su nivel de conocimiento sí mejora con la intervención²⁶. Es fundamental dar continuidad en el proceso educativo, tanto en atención primaria como en el ámbito domiciliario.

Este estudio nos ha permitido tanto la evaluación de la formación del paciente y/o cuidador, como la evaluación global de la enfermera utilizando los NOC y sus indicadores asociados como instrumento de medida validado. La aplicación de un plan de cuidados de enfermería, utilizando taxonomía enfermera, nos permite que se pueda repetir y comparar en distintos ámbitos, disminuyendo así la variabilidad de la práctica clínica.

Por último, destacar como conclusión que se desprende de los resultados obtenidos, que la educación para la salud como intervención enfermera es trascendental en los procesos crónicos, como la IC, en los que la adaptación a la enfermedad y la autonomía del paciente son fundamentales para lograr la máxima calidad de vida durante el mayor tiempo posible¹⁷.

Agradecimientos

Los autores del presente trabajo agradecen la colaboración de todos los pacientes que han participado en el estudio, a

todo el equipo multidisciplinar que ha intervenido en el desarrollo de la vía clínica de insuficiencia cardíaca en medicina interna, y al esfuerzo de todas las enfermeras de la unidad y del hospital de día de insuficiencia cardíaca que han colaborado, en especial a las enfermeras encargadas de aplicar la intervención. A A. García Pozo por su colaboración en el análisis estadístico. Agradecimiento extensivo a M. Méndez Bailón por su apoyo y contribución en la inclusión de pacientes en el presente estudio.

Resultados parciales de este trabajo se presentaron en forma de comunicación oral en las IV Jornadas Nacionales de Medicina Interna que se celebraron en Teruel los días 7, 8 y 9 de noviembre de 2007.

Bibliografía

1. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Banegas JR, del Rey Calero J. Variación geográfica en las hospitalizaciones y en la mortalidad por insuficiencia cardiaca congestiva en España, 1980-1993. *Rev Esp Cardiol.* 2000;53:776-82.
2. Méndez M, Conthe P. Unidades multidisciplinares de insuficiencia cardiaca en medicina interna. Madrid: Jarpyo; 2006.
3. Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2004;57:163-70.
4. Pascual Hernández D. Visión actual de la insuficiencia cardiaca. Nuevos modelos de atención. Sistemas integrados de manejo de la enfermedad. Programas de insuficiencia cardiaca. En: Pascual D, Serrano JA, García Robles JA, Muñoz R, editores. Manual de insuficiencia cardiaca. Diagnóstico y tratamiento de una patología en expansión. Madrid: ETIC; 2004. p. 333-43.
5. Fortaleza-Rey J, Fernández-Palomeque C, Fernández C. Tratamiento de la comorbilidad y de los factores precipitantes de desestabilización en el paciente con insuficiencia cardiaca. Aspectos nutricionales y calidad de vida. Monografía. *Med Clin (Barc).* 2001;2:41-9.
6. Grady KL, Dracup K, Kennedy G, Moser D, Piano M, Stevenson L, et al. Team management of patients with heart failure: a statement for healthcare professionals from the Cardiovascular Nursing Council of the American Heart Association. *Circulation.* 2000;102:2443-56.
7. van der Wal MH, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *Eur J Heart Fail.* 2005;7:5-17.
8. Philips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA.* 2004;291:1358-67.
9. Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home (Cochrane Review). En: The Cochrane Library. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd., Issue 4; 2004.
10. Rich MW. Heart failure disease management a critical review. *J Card Fail.* 1999;5:64-75.
11. Mendoza H, Regalado J, Altuna E, Cía JM, Aros F, Lopetegui P. Tratamiento de la insuficiencia cardiaca en régimen de hospitalización a domicilio. Estudio de 158 pacientes. *Med Clin (Barc).* 2003;120:405-7.
12. Badin Aliti G, Rejane Rabelo E, Bandeira Domíngues F, Clausell N. Educational settings in the management of patients with heart failure. *Rev. Latinoam Enferm.* 2007;15:344-9.
13. Johnson M, Bulecheck G, McCloskey J, Maas M, Morread S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. 2.^a ed. Madrid: Harcourt; 2007.
14. McCloskey Dochterman J, Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4.^a ed. Madrid: Elsevier; 2004.
15. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3.^a ed. Madrid: Elsevier; 2004.
16. Rejane Rabelo E, Badin Aliti G, Bandeira Domíngues F, Brasil Ruschel K, de Oliveira Brun A. What to teach to patients with heart failure and why: the role of nurses in heart failure clinics. *Rev Latinoam Enferm.* 2007;15:165-70.
17. Lupón Rosés J. Programas de atención en la insuficiencia cardiaca a favor de una actuación global. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:899-902.
18. Jaarsma T, Halfens R, Huijer Abu-Saad H, Dracup K, Gorgels T, van Ree J, et al. Effects of education and support on self-care resource utilization in patients with heart failure. *Eur Heart J.* 1999;20:673-82.
19. Blue L, Lang E, McMurray J JV, Davie AP, McDonagh TA, Murdoch DR, et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ.* 2001;323:715-8.
20. McAlister 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.
21. Lupón J, Parajón T, Urrutia A, González B, Herreros J, Altimir S, et al. Reductions in heart failure hospitalization rate during the first year of follow-up at a multidisciplinary unit. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:374-80.
22. Gohler A, Januzzi JL, Worrel SS, Osterziel KJ, Gazelle GS, Dietz R, et al. A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure. *J Card Fail.* 2006;12:554-67.
23. Stromberg A, Martenson J, Fridlund B, Dahlstrom U. Nurse-led heart failure clinics in Sweden. *Eur J Heart Fail.* 2001;3:139-44.
24. Aldamiz-Echevarría Iraúrgui B, Muñiz J, Rodríguez-Fernández JA, Vidán-Martínez L, Silva-Cesar M, Lamelo-Alfonsin L, et al. Ensayo clínico aleatorizado y controlado para valorar una intervención por una unidad de hospitalización domiciliaria en la reducción de reingresos y muerte en pacientes dados de alta del hospital tras un ingreso por insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:914-22.
25. Morcillo C, Valderas JM, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujadas R, et al. Evaluación de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca. Resultados de un estudio aleatorizado. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:618-25.
26. González B, Lupón J, Herreros J, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Patient's education by nurse: what we really do achieve? *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2005;4:107-11.
27. Strömberg A. Educating nurses and patients to manage heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2002;1:33-40.