

UNIVERSIDAD de SALAMANCA

E. U. de ENFERMERÍA y FISIOTERAPIA



**“EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA:
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON
DIAGNÓSTICO DE DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS”**

Trabajo Fin de Grado. Trabajo de carácter profesional

Autor: Francisco Alba Saá

Tutor: Antonio Manuel Cardoso Muñoz

Salamanca enero de 2018

A mi primer paciente, mi padre, el que despertó en mí la necesidad de cuidar ya que fue un paciente crónico desde mi infancia.

A mi madre, a la que siempre vi como cuidó de él así como al resto de la familia, y ahora es ella la que necesita de esos cuidados.

A mi mujer, incansable compañera de viaje, la que siempre ha estado a mi lado desde que inicié mi formación en esta Universidad, sin importarle el tiempo que por ello dejamos de compartir.

A mis hijos, para que les sea ejemplo constante de superación y vean que con esfuerzo y dedicación las metas siempre se pueden alcanzar.

A todos los que han confiado en mí y me han apoyado en este largo Camino.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| OBJETIVOS | 5 |
| DESARROLLO DEL TEMA | 7 |
| I. Insuficiencia cardiaca | 7 |
| a. Definición y epidemiología | 7 |
| b. Principales signos y síntomas | 8 |
| c. Etiología y evolución de la enfermedad | 9 |
| d. Tratamiento farmacológico y no farmacológico | 10 |
| II. Plan de cuidados estandarizado de un paciente con diagnóstico de déficit de conocimientos en insuficiencia cardiaca | 12 |
| CONCLUSIÓN | 19 |
| BIBLIOGRAFÍA | 20 |

LISTADO DE ABREVIATURAS

- . **ARA II:** Antagonista del receptor de la angiotensina II.
- . **AREA:** Análisis de resultado del estado actual.
- . **ARM:** Antagonista del receptor de mineralocorticoides.
- . **DAI:** Desfibrilador automatico implantable.
- . **DeCS:** Descriptores en Ciencias de la Salud.
- . **ESC:** Sociedad Europea de Cardiología.
- . **ESC-HF:** Sociedad Europea de Cardiología - Heart Failure
- . **FAV:** Fístula arteriovenosa.
- . **FEVI:** Fracción de eyección del ventrículo izquierdo.
- . **Fig:** Figura.
- . **IC:** Insuficiencia cardiaca.
- . **IECA:** Inhibidor de la enzima de la conversión de la angiotensina.
- . **INRA:** Inhibidor del receptor de la angiotensina y neprilisina.
- . **K⁺:** Ion potasio.
- . **M/P:** Manifestado por.
- . **MCD:** Miocardiopatía dilatada.
- . **MCH:** Miocardiopatía hipertrófica.
- . **MCR:** Miocardiopatía restrictiva.
- . **MeSH:** Medical Subject Headings.
- . **MMC:** Modulación de la contractilidad cardiaca.
- . **NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association.
- . **NIC:** Nursing Interventions Classification.
- . **NOC:** Nursing Outcomes Classification.
- . **NYHA:** New York Heart Association.
- . **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- . **PA:** Presión arterial.
- . **PRICE:** Prevalencia insuficiencia cardiaca en población general.
- . **PUFA n-3:** Ácido graso poliinsaturados n-3.
- . **R/C:** Relacionado con.
- . **TRC:** Terapia de resincronización cardiaca.
- . **Tto:** Tratamiento.

RESUMEN

La insuficiencia cardiaca es un síndrome clínico crónico de elevada incidencia en la población de los países desarrollados. Con frecuencia pueden aparecer descompensaciones de la enfermedad, las cuales suponen una gran demanda asistencial con un elevado coste sanitario, tanto por su alta tasa de hospitalización como por su mortalidad.

Las Guías de Práctica Clínica recomiendan realizar un seguimiento multidisciplinar de este tipo de pacientes. Enfermería como parte de este equipo, debe asumir un rol fundamental para evitar posibles descompensaciones de la insuficiencia cardiaca: tras un diagnóstico enfermero según la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association, de “déficit de conocimientos” se debe diseñar un Plan de Atención de Enfermería.

El objetivo principal de este trabajo ha sido desarrollar una intervención de Enfermería para empoderar al paciente con insuficiencia cardiaca frente a su enfermedad es decir, una intervención que capacite al paciente para que pueda reconocer a tiempo los síntomas y signos característicos de la enfermedad y los Cuidados de Enfermería que la misma requiere. Se pretendió aumentar el conocimiento que deben tener estos pacientes sobre el proceso de su enfermedad, la dieta prescrita, el manejo de líquidos, el ejercicio recomendado y el tratamiento farmacológico de la misma. Con el empoderamiento se podrá retrasar la evolución natural de la enfermedad y en consecuencia reducir el consumo de recursos sanitarios así como mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: insuficiencia cardiaca, educación en salud, gastos en salud, atención de enfermería, autocuidado y calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome clínico crónico caracterizado por una serie de síntomas típicos como son la disnea, inflamación de tobillos y fatiga, que además pueden ir acompañados de signos como la ingurgitación yugular, crepitantes pulmonares y edema periférico. Están causados por una anomalía cardiaca estructural o funcional, produciendo una reducción del gasto cardiaco o una elevación de las presiones intracardiacas tanto en reposo como en situaciones de estrés¹.

Está presente en un alto porcentaje de la población de países desarrollados. Aumenta su incidencia con la edad y afecta más a los hombres respecto a las mujeres¹. Diversos estudios^{2,3} realizados en nuestro país son concordantes con estos datos, y según previsión de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) estas cifras seguirán incrementándose por el aumento de la esperanza de vida y el consecuente envejecimiento de la población^{4,5}.

Los últimos datos de la Sociedad Europea de Cardiología referidos a la mortalidad por IC son de 2016, concretamente de su estudio piloto ESC-HF⁶ (Sociedad Europea de Cardiología-Heart Failure), según el cual la tasa de mortalidad en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca es del 17% y la tasa de mortalidad en pacientes ambulatorios del 7%. Este mismo estudio revela que la tasa de reingresos hospitalarios a los 12 meses de estos pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca alcanza el 44% y en pacientes ambulatorios un 32% respectivamente.

Los datos en España no difieren de la realidad europea: esta enfermedad es la causa más frecuente de hospitalización en personas mayores de 65 años. Supone más de 100.000 ingresos hospitalarios al año según datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad⁷. Todo ello conlleva un elevado coste sanitario, principalmente por

su alta tasa de hospitalización y mortalidad, cuantificado en un 1,5-2% del total del gasto sanitario de nuestro país⁸.

Domingo Marzal⁵, coordinador del proyecto Mimocardio en IC informa que los costes económicos medios calculados por cada hospitalización debido a la agudización de esta patología ascienden a 4.900 €, teniendo dicha hospitalización una duración media de 7 a 10 días por ingreso. Se estima que el 70% de los gastos que ocasiona esta enfermedad están producidos por las hospitalizaciones. Estos costes llegan a ser similares o incluso superiores a los que ocasiona la patología oncológica.

Pero dentro de los costes económicos que supone la IC también habría que considerar los costes no sanitarios o sociales, que están relacionados con la calidad de vida, estado de dependencia y clase funcional del paciente. Son pocos los estudios que los cuantifican, pero según el artículo publicado por Juan F. Delgado⁸ y colaboradores en la Revista Española de Cardiología, las cantidades económicas que suponen no son nada despreciables y deberían tenerse en cuenta al realizar el cálculo de los costes totales de esta patología. Concluyen en su estudio que se podría producir un ahorro de recursos al desarrollar actuaciones que fuesen capaces de retrasar la progresión de la enfermedad a estadios más avanzados, disminuir los reingresos hospitalarios y favorecer la autonomía personal de los pacientes⁹.

El tratamiento de la IC pretende mejorar el estado clínico de los pacientes, su capacidad funcional y su calidad de vida. Tradicionalmente este tratamiento era casi exclusivamente farmacológico, comprobándose como señala Manito y colaboradores⁴ en un artículo de la Fundación Española de Cardiología *“la estrategia más eficaz para combatir esta enfermedad pasa por una combinación entre el suministro de un tratamiento farmacológico junto con la modificación del estilo de vida del paciente. Esta es la mejor medicina para aliviar los síntomas y a la vez retrasar la progresión de esta enfermedad”*.

La revisión de la literatura refleja con nivel máximo de evidencia (evidencia A), la efectividad de los programas de IC y, en menor medida, la de los programas de gestión de cuidados en pacientes pluripatológicos. Existe constancia de que a mayor

multidisciplinaria, mejor coordinación y formación del equipo, mayor efectividad en la atención de pacientes complejos de alto riesgo, de los cuales son un buen ejemplo los pacientes que ingresan por IC. Este cambio de estrategia terapéutica también viene recogido en la Guía Europea de 2016 sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca, en la que señala que dicho tratamiento debe estar basado en una estrategia multidisciplinaria y en la que consideran que Enfermería debe tener una aportación fundamental¹.

Esta aportación debe ir dirigida al empoderamiento de dichos pacientes. Empoderar al paciente es darle los conocimientos y las pautas a seguir para que sea el propio paciente el que reconozca de manera precoz la aparición de síntomas y signos de alarma de la enfermedad, que conozca los distintos tratamientos y autocuidados propios de la misma, y que sean ellos los que con intervenciones y actividades dirigidas por Enfermería puedan frenar el empeoramiento de su enfermedad, mejorando su calidad de vida y en consecuencia reduciendo la demanda asistencial por este motivo.

A lo largo de este trabajo vamos a desarrollar una intervención de Enfermería capaz de empoderar al paciente con IC.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es empoderar al paciente con IC frente a su enfermedad, es decir darle los conocimientos necesarios sobre los síntomas y signos característicos de la enfermedad, así como los Cuidados de Enfermería que requiere, para que pueda gestionar su propia salud. Además de este objetivo principal nos planteamos como **objetivos secundarios** mejorar la calidad de vida de estos pacientes, reducir la demanda asistencial por IC, reducir el número de reingresos hospitalarios por IC, y en consecuencia reducir los costes económicos atribuibles a esta patología.

La metodología utilizada para conseguir estos objetivos en primer lugar realizamos una revisión bibliográfica de lo publicado al respecto. Esta búsqueda bibliográfica se desarrolló durante el mes de octubre de 2017 a través de los recursos existentes en la Biblioteca de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca. Las bases de datos utilizadas fueron Medes, Cuiden, Repositorio Gredos, Pubmed, Cochrane Plus, Scielo, Cinahl, Enfispo, Lilacs, utilizando como palabras clave o Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCs): insuficiencia cardiaca, educación en salud, gastos en salud, atención de enfermería, autocuidado y calidad de vida, y como palabras clave en inglés o Medical Subject Headings (MeSH): heart failure, health education, health expenditures, nursing care, self care y quality of life. Estos DeCS y MeSH se combinaron con operadores booleanos para efectuar la búsqueda.

Las fuentes bibliográficas consultadas fueron trabajos publicados en lengua castellana, inglesa o portuguesa que describen una valoración sobre los conocimientos de los pacientes sobre la insuficiencia cardiaca, mejora de su calidad de vida y empoderamiento frente a la enfermedad. A continuación se hizo una selección de trabajos atendiendo al título del mismo, y posteriormente se hizo una lectura del resumen de los seleccionados, y procediendo en último lugar a la lectura

completa de aquellos trabajos, de acceso libre, que por su resumen podían aportar información, datos o metodología a este trabajo.

En la segunda parte del trabajo se realizó una Valoración de Enfermería según el modelo conceptual de Virginia Henderson¹⁰, modelo de valoración del estado de salud que establece en catorce las necesidades básicas de cualquier ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar (Gráfico 1). Con esta valoración se realizaron los Diagnósticos de Enfermería basados todos ellos en la taxonomía enfermera de la North American Nursing Diagnosis Association¹¹ (NANDA), y se programaron intervenciones propias de Enfermería con taxonomía Nursing Interventions Classification¹² (NIC), para conseguir los objetivos fijados, expresándolos con la taxonomía Nursing Outcomes Classification¹³ (NOC).

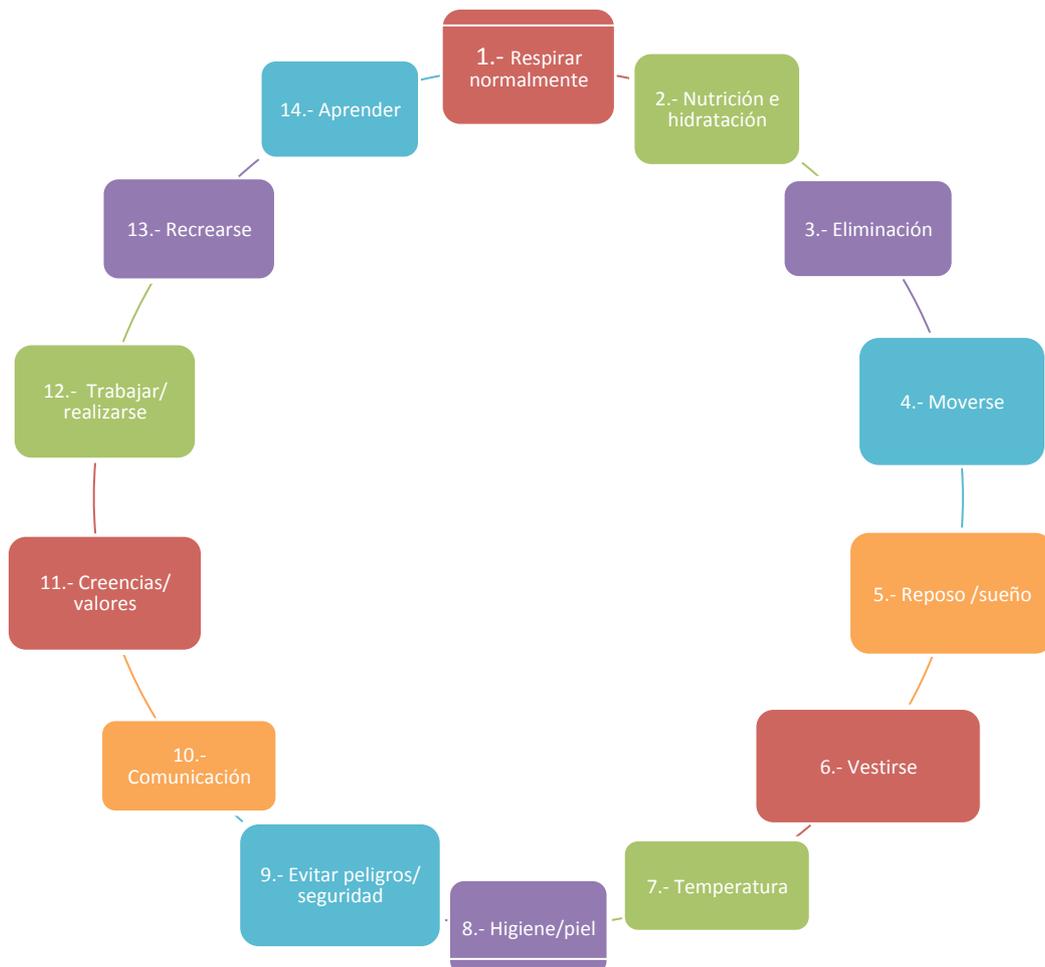


Gráfico.1: Necesidades básicas humanas según modelo conceptual de Virginia Henderson.

DESARROLLO DEL TEMA.

I. INSUFICIENCIA CARDIACA.

a) DEFINICIÓN y EPIDEMIOLOGÍA.

La Sociedad Europea de Cardiología define en su Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica, a esta enfermedad como un *“síndrome clínico caracterizado por síntomas típicos, que puede ir acompañado de signos causados por una anomalía cardiaca estructural o funcional que producen una reducción del gasto cardiaco o una elevación de las presiones intracardiacas en reposo o en estrés”*¹.

Aunque define a la enfermedad en la fase en la que su clínica es evidente, reconoce que una vez diagnosticada, está presente aunque no cohabite con su clínica típica. Por ello destacan que identificar la causa cardiaca que la produce es fundamental para su diagnóstico y tratamiento. La causa más frecuente suele ser una miocardiopatía, pudiendo también estar causada por anomalías valvulares, pericárdicas, endocárdicas, arritmias cardíacas y/o trastornos de la conducción¹.

Se presenta en un 1-2% de la población de países desarrollados, aumentando a más de un 10% en su población mayor de 70 años. Afecta porcentualmente algo más a los hombres respecto a las mujeres¹. Según datos del Estudio PRICE^{2,3}, en nuestro país esta enfermedad afecta al 6,8% de la población mayor de 45 años, lo que supone más de 1.320.000 personas, llegando hasta el 15-20% de los mayores de 85 años. La Sociedad Europea de Cardiología estima que estas cifras se incrementen al 25% en 2030, debido principalmente al envejecimiento de la población así como por otros

factores de riesgo como puede ser el aumento de la supervivencia tras un infarto de miocardio^{4,5}.

b) PRINCIPALES SIGNOS y SÍNTOMAS.

Además de los síntomas y signos típicos de esta patología crónica ya expuestos en la introducción, pueden aparecer otros síntomas menos típicos y otros signos menos específicos pero también característicos de la IC¹. Todos ellos se exponen en el gráfico 2:

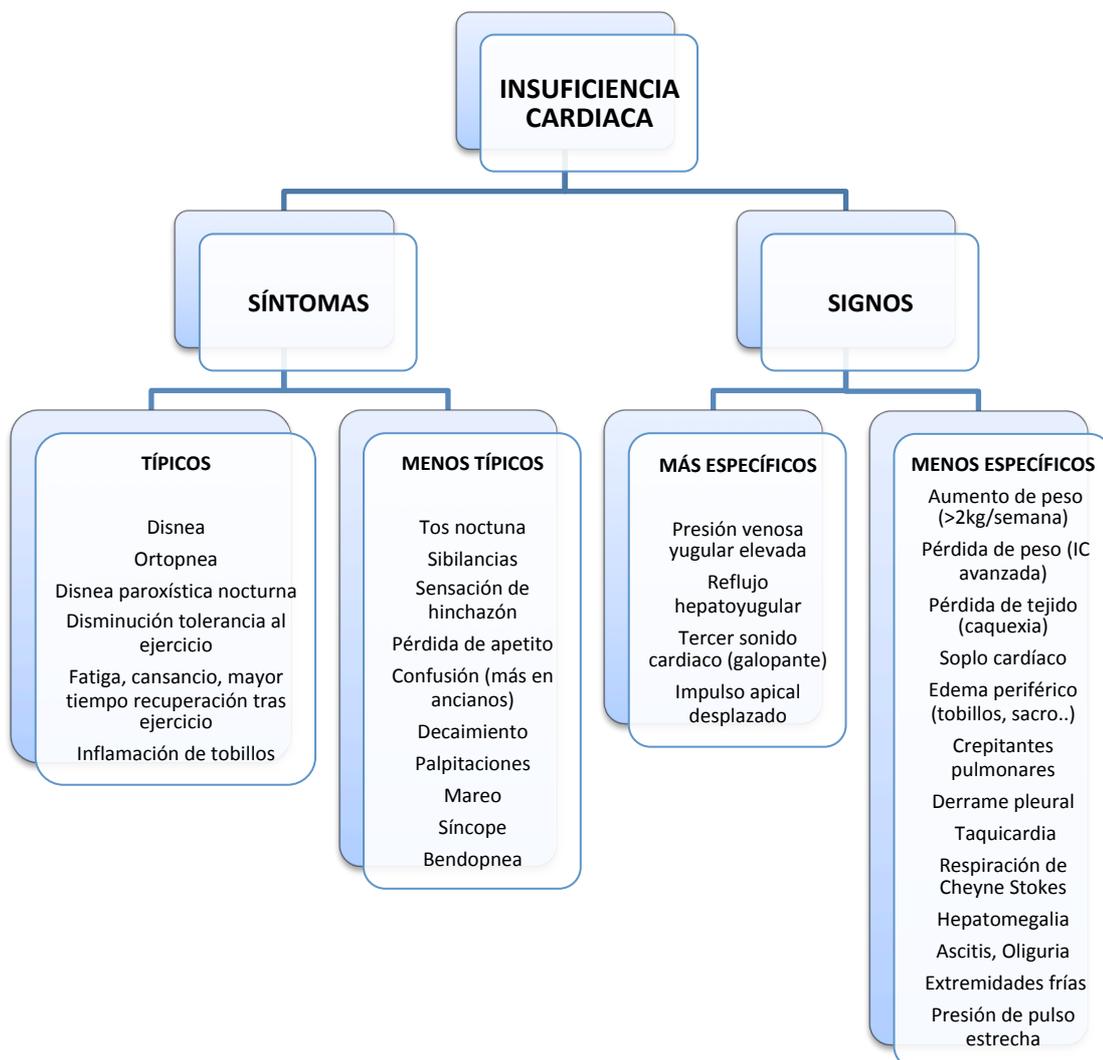


Gráfico 2: Síntomas y signos de la insuficiencia cardiaca.

c) ETIOLOGÍA y EVOLUCIÓN de la ENFERMEDAD.

La etiología de la IC es muy diversa y varía entre las distintas regiones del mundo. No existe consenso sobre un único sistema de clasificación de las causas de la IC. Tampoco es infrecuente la presencia de otras enfermedades, ya sean cardiovasculares o no, que interactúen entre sí y causen IC, por lo que se tendrán en consideración al establecer el diagnóstico y tratamiento de la IC. En la tabla 1 se expone la etiología de la IC según la Guía ESC 2016 sobre IC¹.

| ETIOLOGÍA DE LA IC | |
|---|--|
| DAÑO MIOCÁRDICO | |
| Enfermedad cardiaca isquémica | Cicatriz miocárdica, aturdimiento miocárdico, enfermedad arterial coronaria, disfunción endotelial |
| Daño tóxico | Abuso sustancias tóxicas (alcohol, drogas, ...), metales pesados, medicación (citostáticos, AINES, ...), radiación. |
| Daño inflamatorio o inmunomediado | Infección bacteriana o vírica, miocarditis linfocítica o eosinofílica. |
| Infiltración | Metástasis neoplásicas, amiloidosis, sarcoidosis, ... |
| Alteraciones metabólicas | Hormonales y nutricionales |
| Alteraciones genéticas | MCH, MCD, MCR |
| PRE Y POSTCARGA ANORMAL | |
| Hipertensión | |
| Defectos estructurales | Valvulopatías, comunicación interventricular o interauricular |
| Enfermedad pericardio y endomiocardio. | Pericarditis, derrame pericárdico, fibrosis endomiocárdica |
| Gasto cardiaco elevado | Anemia, sépsis, FAV, Paget,.. |
| Sobrecarga de volumen | Insuficiencia renal, iatrogenia. |
| ARRITMIAS | |
| Taquiarritmias | Auriculares y ventriculares |
| Bradiarritmias | Alteración conducción, disfunción nódulo sinusal. |

Tabla 1: Etiología de la insuficiencia cardiaca según la Guía ESC 2016.

De la evolución de la enfermedad dependerá la toma de decisiones y planificación tanto del tratamiento como de los cuidados óptimos del paciente. Será fundamental adelantarse a la aparición de descompensación y al inevitable y fatal desenlace de esta enfermedad crónica. En la bibliografía podemos encontrar escalas multivariadas basadas en los síntomas y signos de la IC que pueden ayudar a predecir la evolución de la enfermedad, pero no son tan útiles para predecir ingresos hospitalarios^{14,15}.

d) TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO y NO FARMACOLÓGICO.

El tratamiento de la IC pretende mejorar el estado clínico del paciente, su capacidad funcional y calidad de vida, prevenir hospitalizaciones y reducir mortalidad. Estos objetivos serán distintos en función del plazo en el que se pretendan conseguir: inmediatos, intermedios y a largo plazo, que se corresponden con ingresos del paciente en Servicios de Urgencias, Unidades de Cuidados Intensivos o Cardíacos, y en Unidades de Hospitalización y al alta respectivamente. En la tabla 2 se exponen estos objetivos en relación a los plazos óptimos para conseguirlos¹.

| OBJETIVOS TRATAMIENTO INSUFICIENCIA CARDIACA |
|--|
| Inmediatos |
| Mejorar el estado hemodinámico y la perfusión orgánica |
| Restaurar la oxigenación |
| Aliviar los síntomas |
| Limitar el daño cardíaco y renal |
| Prevenir las tromboembolias |
| Minimizar la estancia en UCI |
| Intermedios |
| Identificar la etiología y las comorbilidades relevantes |
| Ajustar el Tto para controlar síntomas y la congestión, y optimizar PA |
| Iniciar y aumentar dosis del Tto farmacológico modificador de la enfermedad |
| Considerar el Tto con dispositivos para pacientes seleccionados |
| A largo plazo |
| Desarrollar un plan de acción al alta que incluya: |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación del ajuste y monitorización del Tto farmacológico ▪ Considerar la necesidad y el momento de revisión de los dispositivos ▪ Quién se encargará del seguimiento del paciente y cuando tendrá lugar |
| Inscribir en un programa de atención a la enfermedad, educar e iniciar modificaciones adecuadas en el estilo de vida |
| Prevenir la rehospitalización precoz |
| Mejorar los síntomas, la calidad de vida y la supervivencia |

Tabla 2: Objetivos durante las distintas fases del tratamiento en la insuficiencia cardíaca.

El tratamiento farmacológico de la IC se resume a continuación (tabla 3):

| | |
|---|---|
| IECAS | Captopril Enalapril Lisinopril Ramipril Trandolapril |
| Betabloqueantes | Bisoprolol Carvedilol Succinato de metoprolol Nevibolol |
| ARA II | Candesartán Valsartán Losartán |
| ARM | Eplerenona Espironolactona |
| INRA | Sacubitrilo/Valsartán |
| BLOQUEADORES DEL CANAL I_f | Ivabradina |
| DIURÉTICOS DE ASA | Furosemida Bumetanida Torasemida |
| TIACIDAS | Bendroflumetiazida Hidroclorotiazida Metolazona Indapamida |
| DIURÉTICOS AHORRADORES K⁺ | Espironolactona/Eplerenona Amilorida Triamtereno |
| HIDRALAZINA | |
| DINITRATO DE ISOSORBIDA | |
| DIGOXINA | |
| PUFA n-3 | |

Tabla 3: Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardiaca.

Dentro del tratamiento no farmacológico de la IC está la implantación de dispositivos cardiacos. El desfibrilador automático implantable (DAI) es un dispositivo que reduce el riesgo de muerte súbita por arritmias malignas. Otro tratamiento no farmacológico de la IC es la terapia de resincronización cardiaca, la cual mejora la función cardiaca y los síntomas a los pacientes candidatos a su implantación, aumenta su bienestar y reduce su morbimortalidad. Hay otros dispositivos aún en fase de experimentación, como son los dispositivos MMC o de modulación de la contractilidad cardiaca. También podríamos citar entre las opciones de tratamiento no farmacológico de la IC a los dispositivos de asistencia ventricular y el trasplante cardiaco¹.

II. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS EN IC.

Para poder llegar a establecer un diagnóstico enfermero de déficit de conocimientos en IC a un paciente con esta enfermedad, en primer lugar tuvimos que realizar una Valoración de Enfermería de dicho paciente. Esta valoración fue holística y empírica de un paciente con IC avanzada. Seguimos el modelo conceptual de Virginia Henderson, ya expuesto en la introducción de este trabajo. Se optó por este modelo conceptual por ser el utilizado en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, que es el centro hospitalario en el que desarrollamos nuestra actividad asistencial. A continuación exponemos la valoración realizada:

1º.- Necesidad de respiración y circulación: está alterada, presentando los síntomas típicos de la IC, como son la disnea, inflamación de tobillos y fatiga, además de signos como la ingurgitación yugular, crepitantes pulmonares y edema periférico.

2º.- Necesidad de alimentación e hidratación: su alteración está en la inapetencia que presenta el paciente para la ingesta de alimentos sólidos, y las recomendaciones de restringir la ingesta de sodio y líquidos.

3º.- Necesidad de eliminación: la enfermedad altera esta necesidad por su propia definición, disminuyendo la diuresis total diaria.

4º.- Necesidad de movilización: se altera, por presentar disnea y fatiga, con lo que la respuesta del paciente suele ser la de limitar sus movimientos. Es frecuente presentar dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

5º.- Necesidad de reposo sueño: también se ve alterada. La disnea, que puede agravarse por el decúbito, les suele impedir conciliar el sueño. Es muy frecuente la inversión del ciclo normal de vigilia-sueño, presentando vigilia nocturna y tendencia a la somnolencia durante el día.

6º.- Necesidad de vestirse y desvestirse: también está alterada como consecuencia de la disnea y la fatiga, precisando ayuda para poder realizarlas.

7°.- Necesidad de termorregulación: no tiene porqué verse alterada directamente por la IC.

8°.- Necesidad de higiene e integridad de la piel: en estados avanzados de la enfermedad suele estar alterada por incapacidad para lavarse total o parcialmente el cuerpo. También la presentación de edema de miembros inferiores puede llegar a ocasionar flictenas y solución de continuidad en la piel de los pacientes.

9°.- Necesidad de seguridad y evitar los peligros del entorno: está alterada, presentando riesgo de caída.

10°.- Necesidad de comunicación: se altera, la disnea junto con la somnolencia diurna dificulta la comunicación con el paciente.

11°.- Necesidad de creencias y valores: cuando el paciente percibe que su situación no mejora altera esta necesidad.

12°.-Necesidad de trabajar/realizarse: un empeoramiento de su situación basal altera su autoestima no pudiendo desarrollarse en este campo.

13°.- Necesidad de ocio: la somnolencia diurna altera la participación del paciente en actividades recreativas acordes a su edad.

14°.- Necesidad de aprendizaje: el paciente debe mostrar capacidad y disposición para aumentar los conocimientos sobre los cuidados básicos de su enfermedad, evitando así posibles descompensaciones.

En la siguiente tabla (tabla 4) se establece la interrelación de las necesidades valoradas anteriormente con sus correspondientes Diagnósticos de Enfermería. Para ello se utilizó la taxonomía NANDA-NOC-NIC^{11,12,13,16}.

| VALORACIÓN | DIAGNÓSTICO |
|-------------------------------|---|
| 1. Respirar normalmente. | Disminución del gasto cardiaco [00029] m/p disnea, oliguria, aumento de peso, edema, fatiga e ingurgitación yugular r/c alteración del volumen de eyección. |
| 2. Nutrición e hidratación. | Exceso de volumen de líquidos [00026] m/p aumento de peso en un corto periodo de tiempo r/c mecanismos de regulación comprometidos. |
| 3. Eliminación. | Riesgo de desequilibrio electrolítico [00195] r/c volumen de líquidos excesivo. |
| 4. Moverse. | Intolerancia a la actividad [00092] r/c fatiga m/p desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno. |
| 5. Reposo/sueño. | Insomnio [00095] m/p cambios en el patrón del sueño r/c malestar físico. |
| 6. Vestirse. | Déficit de autocuidado: vestirse [00109] m/p deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa r/c debilidad y fatiga. |
| 7. Temperatura. | |
| 8. Higiene/piel. | Déficit de autocuidado: baño [00108] m/p deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo r/c debilidad. |
| 9. Evitar peligros/seguridad. | Riesgo de caídas [00155] r/c enfermedad aguda. |
| 10. Comunicación. | Deterioro de la comunicación verbal [00051] m/p disnea r/c enfermedad fisiológica. |
| 11. Creencias/valores. | Aflicción crónica [00137] m/p sentimientos negativos abrumadores r/c enfermedad crónica. |
| 12. Trabajar/realizarse. | Mantenimiento ineficaz de la salud [00099] m/p conocimiento insuficiente sobre prácticas básicas de salud r/c estrategias de afrontamiento ineficaces. |
| 13. Recrearse. | Déficit de actividades recreativas [00097] m/p aburrimiento r/c hospitalización prolongada |
| 14. Aprender. | Déficit de Conocimientos [00126] m/p no sigue completamente las instrucciones r/c información insuficiente. |

Tabla 4: Interrelación de las necesidades valoradas y sus Diagnósticos de Enfermería.

Hemos obtenido trece Diagnósticos de Enfermería al valorar al paciente con IC, por lo que en la siguiente reflexión debemos cuestionarnos si alguno o algunos de los diagnósticos son más importantes que los demás, o si existe interrelación entre ellos. Podría ocurrir que algún diagnóstico debiera ser atendido antes que otros ya que su resolución pudiese repercutir indirectamente en la resolución de estos. Para ello hemos utilizado el modelo de razonamiento clínico para resolución de problemas AREA diseñado por Pesut y colaboradores^{17,18}. Es el modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual, una tercera generación del Proceso Enfermero como lo define su autor, por el cual se establecen redes de razonamiento clínico basado en las relaciones que se establecen entre un número elevado de diagnósticos. Mediante esta red de razonamiento llegamos a establecer que nuestro diagnóstico principal es el de “déficit de conocimientos”, como lo detallamos a continuación en el gráfico 3.

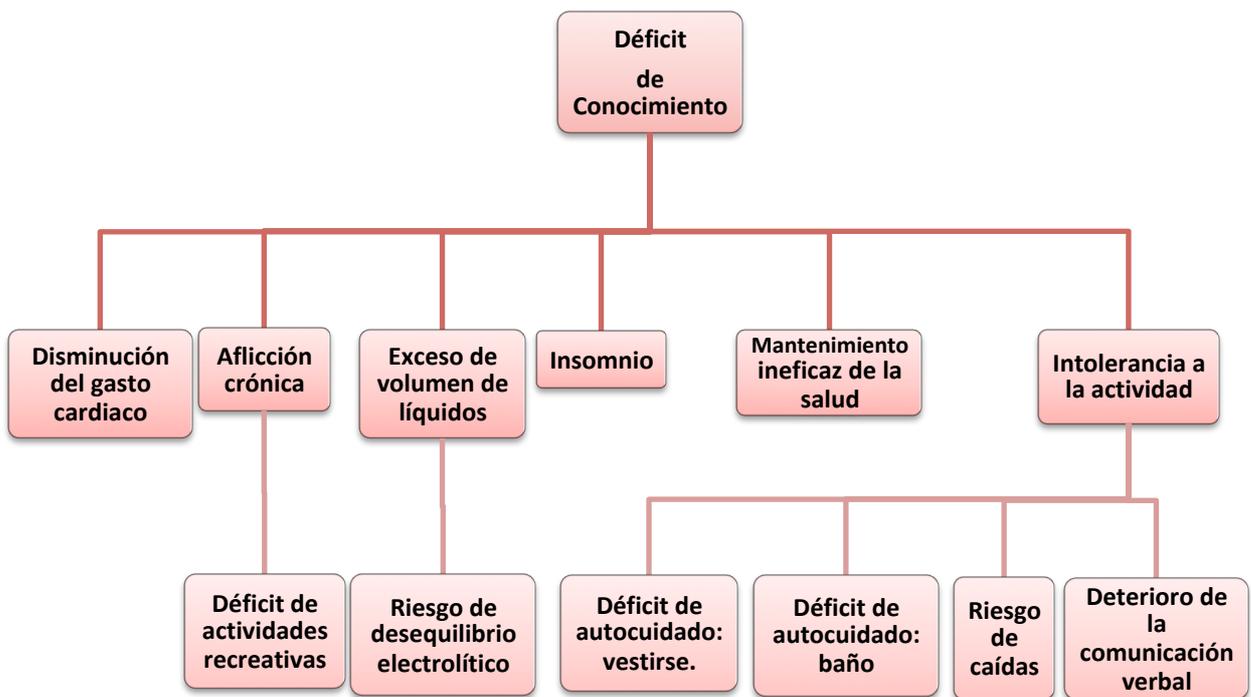


Gráfico 3: Aplicación del modelo de resolución de problemas AREA a nuestros diagnósticos.

En la tabla 5 desarrollamos los criterios de resultados (NOC) para nuestro diagnóstico principal. Para ello hemos utilizado el recurso informático NNN consult¹⁹.

| NOC | INDICADORES |
|---|---|
| Conocimiento: manejo de la insuficiencia cardiaca [1835] | [183501] Causa y factores contribuyentes. [183502] Signos y síntomas de enfermedad precoz. [183503] Beneficios del control de la enfermedad. [183505] Signos y síntomas de insuficiencia cardiaca progresiva. [183516] Tratamiento para mejorar la función cardíaca. [183519] Estrategias para equilibrar actividad y reposo. [183525] Estrategias para controlar el peso. [183526] Estrategias para aumentar el cumplimiento de la dieta. [183527] Efectos terapéuticos de la medicación. [183532] Efectos sobre el estilo de vida. [183537] Cuándo contactar con un profesional sanitario. [183538] Signos y síntomas de complicaciones. [183539] Barreras para el autocuidado. [183543] Signos y síntomas de depresión. [183548] Actividad física recomendada [183550] Inmunizaciones recomendadas. [183551] Dieta prescrita. [183552] Ingestión recomendada de líquidos. [183553] Importancia de la abstinencia de tabaco [183555] Importancia de la restricción de alcohol. [183559] Adaptaciones para viajar. |

Tabla 5: Desarrollo de los criterios de resultados (NOC).

Las intervenciones de Enfermería (NIC) con las que queremos aumentar el conocimiento del paciente en el manejo de la insuficiencia cardiaca son la enseñanza en el proceso de la enfermedad, la dieta y el ejercicio prescrito, así como en el

tratamiento farmacológico y en el correcto manejo de los líquidos. En la tabla 6 exponemos estos NIC y sus respectivas actividades.

| NIC | ACTIVIDADES |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. - Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso. - Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda. - Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas. - Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda. - Identificar las etiologías posibles, según corresponda. - Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, según corresponda. - Identificar cambios en el estado físico del paciente. - Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. - Describir el fundamento de las recomendaciones del control, terapia, y tratamiento. - Describir las posibles complicaciones crónicas, según corresponda. - Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, según corresponda. - Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, según corresponda. - Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador, según corresponda. |
| <ul style="list-style-type: none"> - [5614] Enseñanza: dieta prescrita | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.. - Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general. - Informar al paciente acerca de cuánto tiempo se debe seguir la dieta. - Informe al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos. - Informar al paciente de las posibles interacciones entre fármacos y alimentos, según el caso. - Ayudar al paciente a incluir las preferencias de alimentos en la dieta prescrita. - Instruir al paciente sobre la forma de planificar las comidas adecuadas. - Proporcionar los planes de comidas por escrito, según corresponda. - Recomendar un libro de cocina que incluya recetas acordes con su dieta. |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - [5612] Enseñanza: ejercicio prescrito | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual del paciente y el conocimiento del ejercicio prescrito. - Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito. - Enseñar al paciente a realizar el ejercicio prescrito. - Enseñar al paciente cómo controlar la tolerancia al ejercicio. - Enseñar al paciente a llevar un diario de ejercicios, si resulta posible. - Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico. - Ayudar al paciente a marcarse objetivos para un aumento lento y constante del ejercicio. - Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria. - Ayudar al paciente a alternar correctamente los períodos de descanso y actividad. - Enseñar al paciente el uso de los analgésicos y métodos alternativos para el control del dolor antes del ejercicio, si se requiere. - Indicar al paciente que notifique los posibles problemas (p. ej., dolor, mareo y tumefacción) al profesional sanitario. |
| <ul style="list-style-type: none"> - [5616] Enseñanza: medicamentos prescritos | <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos, según corresponda. - Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento. - Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. - Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento. - Revisar el conocimiento que el paciente tiene cada medicación. - Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis. - Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento. - Enseñar al paciente a aliviar y/o prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso. - Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosificación e infradosificación. - Informar al paciente sobre posibles interacciones entre fármacos y alimentos, según corresponda. - Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos |
| <ul style="list-style-type: none"> - 4120] Manejo de líquidos | <ul style="list-style-type: none"> - Pesar a diario y controlar la evolución. - Realizar un registro preciso de entradas y salidas. - Consultar con el médico, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran. |

Tabla 6: Desarrollo de los NIC y sus respectivas actividades.

CONCLUSIÓN

1.- Los pacientes con enfermedades crónicas como la IC deben tener una clara implicación en la gestión de sus propios cuidados. Estos cuidados no son siempre fáciles de llevar a cabo: la adherencia al tratamiento, control de síntomas y signos, optar por un estilo de vida saludable, control de las emociones y sobretodo saber cuándo se precisa de la ayuda de un profesional sanitario requiere de un continuo asesoramiento y seguimiento. Con este asesoramiento se pretende dar al paciente las herramientas suficientes para que pueda controlar su enfermedad así como saber dónde y cuándo utilizar los recursos sanitarios a su disposición.

2.- Las políticas sanitarias deben ir encaminadas a desarrollar estrategias y modelos de atención para aumentar la calidad de vida de los pacientes con IC, así como para reducir la demanda asistencial, disminuyendo costes y haciendo posible una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal como la que disfrutamos en nuestro país.

3.- Una Intervención de Enfermería ante un diagnóstico enfermero de “déficit de conocimientos” puede dar solución indirectamente a otros diagnósticos establecidos como “déficit de autocuidados” o “mantenimiento ineficaz de la salud”.

4.- El empoderamiento de los pacientes en el manejo de estas enfermedades crónicas supone un reto para Enfermería al cual debemos ser capaces de dar respuesta como profesión comprometida con la salud y con la sociedad, que es lo que se ha pretendido con el desarrollo de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Ponikowski P. et al.** Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Revista Española de Cardiología. 2016; 69(12)(1167.e1-e85).
2. **Anguita Sánchez M, Crespo Leiro MG, de Teresa Calván E, Jiménez Navarro M, Alonso-Pulpón L, Muñiz García J.** Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. Revista Española de Cardiología. 2008; 61(10)(1041-9).
3. **Sayago-Silva I. et al.** Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. Revista Española de Cardiología. 2013;66(8):649–656.
4. La incidencia de la insuficiencia cardiaca en España ha aumentado más de un 30% en la última década. Artículo publicado 10/05/2013 en revista online Fundación Española del corazón. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2565-incidencia-de-insuficiencia-cardiaca-en-espana-ha-aumentado-mas-de-un-30-en-ultima-decada.html>.
5. El envejecimiento de la población puede aumentar un 25% la prevalencia de la insuficiencia cardiaca en 2030. Artículo publicado el 22/05/2015 en revista online Sociedad Española de Cardiología. Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/6442-envejecimiento-de-poblacion-puede-aumentar-25-prevalencia-de-insuficiencia-cardiaca-en-2030>
6. **Maggioni AP et als.** EURObservational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). Eur J Heart Fail. 2013;15:808–17.
7. **De Santiago Nocito DA, Lobos Bejarano DJ, Palomo Sanz DV.** In Guía de Buena Práctica Clínica en Insuficiencia Cardiaca.: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C); 2005.
8. **J.F. Delgado et al.** Costes sanitarios y no sanitarios de personas que padecen insuficiencia cardiaca crónica sintomática en España. Revista Española de Cardiología. 2014;67(8):643–650.
9. **Oyanguren J. et al.** Efectividad y determinantes del éxito de los programas de atención a pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática y metanálisis. Revista Española de Cardiología. 2016;69(10):900-914.
10. **Henderson, V.** Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: CIE, 1971.

11. **NANDA Internacional**. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier. 2013.
12. **McCloskey JC, Bulechek GM**. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 3ª ed. Madrid: Harcourt-Mosby. 2002.
13. **Moorhead, S. Johnson, M, Maas, M.L, Swanson, E**. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier 2012.
14. **Rahimi K, Bennett D, Conrad N, Williams TM, Basu J, Dwight J, Woodward M, Patel A, McMurray J, MacMahon S**. Risk prediction in patients with heart failure. *JACC Heart Fail*. 2014;2:440–6.
15. **Ouwerkerk W, Voors AA, Zwinderman AH**. Factors influencing the predictive power of models for predicting mortality and/or heart-failure hospitalization in patients with heart failure. *JACC Heart Fail*. 2014;2:429–36.
16. **Johnson, M et cols**. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. 3ª ed. Elsevier 2012. (2): 135-8.
17. **Ruiz Navarro, MG**. Análisis de los resultados de los cuidados de enfermería. Modelo AREA. Disponible en:
<http://estandaresencuidados.blogspot.com.es/2012/09/modelo-opt-en-la-planificacion-de.html> . Consultado 7/11/2017.
18. **Rubio Sevilla JC**. Papel de Enfermería en el juicio clínico. *Enfermería en Cardiología*. 2014; año XXI(61):25-31.
19. **NNNconsult** [Recurso electrónico]. [Online].; 2017. Consultado 7/11/2017 a través de la página: <http://www.nnnconsult.com.ezproxy.usal.es/>