

CASO CLÍNICO: CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN TRATAMIENTO CON DOBUTAMINA

Autores

Muñoz Bautista, Ana María**, Cruz Díaz, Raquel*, Vélez Pérez, Yolanda*, Puig Calvet, Marta*, Durán Escudra, Carlos Luís*, Vilà Mir, María*, Oliveras Julià, Margarita*.

* Diplomada/o en Enfermería. Servicio de Cardiología Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona.

** Diplomada en Enfermería. Supervisora del Servicio de Cardiología Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona. Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Girona.

Premio al mejor caso clínico en el XXXII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC) A Coruña 2011

Resumen

Describimos el caso clínico de un varón de 68 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular. Se utilizó el modelo de Henderson y las taxonomías NANDA, NIC y NOC. Los principales problemas fueron los derivados de los diagnósticos enfermeros: "intolerancia a la actividad" y "gestión ineficaz de la propia salud". También surgieron problemas de colaboración como: "infección del reservorio venoso" e "hiperglicemia". En los NOC, el resultado ini de la causa de la fatiga, la suplencia en las actividades de autocuidado y la enseñanza respecto al autocontrol de la enfermedad.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca avanzada, continuidad asistencial, conocimientos sobre la enfermedad, autocuidado.

CLINICAL CASE: CONTINUITY OF CARE IN A PATIENT WITH ADVANCED HEART FAILURE IN TREATMENT WITH DOBUTAMINE

Abstract

We describe a clinical case report of a 68 year old male patient, with multiple cardiovascular risk factors. We used Henderson model and NANDA, NIC and NOC taxonomies in our evaluation. Main problems were raised with nurse diagnosis concerning "activity intolerance" and "non competent self-health management". There were also problems concerning considerations related to "central venous subcutaneous system infection (CVSS)" and "hyperglycaemia". In NOC, initial results (IR) about support in daily life activities were low; with infections of CVSS happened in two occasions. Finally, eighteen months later, the patient accepted home social care support and was then when the best final results (RF5) were achieved.

To assure continuing assistance some activities were carried out such as optimizing energy management and working out to define weakness cause, as well as encouraging patient in self-care and enhancing his knowledge in illness self-management.

Key words: Advanced heart failure, continuing assistance, illness knowledge, self-care.

Enferm Cardiol. 2011; Año XVIII(53):82-88

Dirección para correspondencia:

Dña. Ana María Muñoz Bautista.
Supervisora del servicio de cardiología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta.
Avenida de Francia s/n. Girona 17007
Tel. 972490200. Exts.: 4374 / 2400 / 2347
Correo electrónico: amunoz.girona.ics@gencat.cat

INTRODUCCIÓN

En España, la Insuficiencia Cardiaca (IC) es la tercera causa de mortalidad cardiovascular por detrás del infarto de miocardio y la enfermedad cerebrovascular⁽¹⁾. El estudio de Anguita et al.⁽²⁾, muestra que la prevalencia de esta enfermedad aumenta de forma clara y significativa según la edad, siendo del 5,5% en el grupo de entre 55 y 64 años, del 8% entre 65 y 74 años y del 16% en mayores de 75 años. Esto su-

pone que unas 200.000 personas, entre 40 y 60 años, y más de 500.000 personas mayores de 60 años, requieren atención sanitaria por IC⁽³⁾, generando el 5% del total de las hospitalizaciones⁽⁴⁾. Además, hay que tener en cuenta que la incidencia de esta enfermedad también aumenta con la edad y alcanza el 1% al año en las personas mayores de 65 años⁽²⁾. En cuanto a la supervivencia, una vez realizado el diagnóstico, es aproximadamente del 50% en 5 años, por lo que no es mejor que la de muchos cánceres⁽³⁾. En definitiva, la insuficiencia cardiaca es un trastorno progresivo y letal⁽⁵⁾, convirtiéndose en una auténtica epidemia y siendo uno de los problemas asistenciales de mayor magnitud en los países desarrollados⁽⁶⁾.

Por otro lado, la IC crónica es un proceso que progresa hacia una IC avanzada, caracterizada por una mala respuesta al tratamiento farmacológico, los múltiples ingresos hospitalarios y los excesivos síntomas que incapacitan a la persona⁽⁷⁾. El empleo de fármacos inotrópicos por vía endovenosa, como la Dobutamina, es frecuente en pacientes con disfunción ventricular severa con el objetivo de mejorar el rendimiento cardíaco, facilitar la diuresis, y promover la estabilidad clínica⁽⁷⁾.

Respecto a la continuidad asistencial, es un elemento clave de la calidad de los servicios ofertados a la población^(8,9) y una sucesión de acontecimientos accesibles, conexos, coherentes y compatibles con sus necesidades de salud y su situación personal^(8,10). La coordinación entre diferentes profesionales y la integración de los servicios permite mejorar la continuidad asistencial^(8,11) para responder a la complejidad de los problemas de salud del paciente. Por tanto, el objetivo de este caso clínico es describir las necesidades que fueron detectadas a un paciente con IC avanzada, a lo largo de los años de tratamiento con inotrópicos en nuestra unidad de cardiología y las intervenciones llevadas a cabo para conseguir y mantener la continuidad de los cuidados.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 64 años de edad, diagnosticado de insuficiencia cardiaca avanzada con disfunción ventricular izquierda severa.

Paciente sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes médicos de:

- Cardiopatía isquémica:
 - 1) Infarto agudo de miocardio (IAM) antero-lateral subagudo Killip I (agosto de 2006). Se le realizó angioplastia coronaria (ICP) sobre la arteria descendente anterior media e implantación de Stent recubierto. Se le diagnosticó, consecuentemente, una disfunción ventricular severa con fracción de eyección del 35% que respondió favorablemente al tratamiento llegando a ser ésta del 56% en el momento del alta hospitalaria.
 - 2) Nuevo IAM antero-lateral en abril de 2007. Fue fibrinolizado con Tenecteplasa sin criterios de perfusión. Se realizó ICP de rescate sobre

la arteria circunfleja media y sobre la coronaria derecha posterior con implantación de 2 Stents convencionales.

Se le diagnostica moderada insuficiencia mitral e insuficiencia renal post administración de contraste. 3) En mayo de 2007 se produjo una estenosis intra-stents en las arterias descendente anterior media del 70% y derecha del 80%, lesiones que no pudieron ser tratadas. Fracción de eyección del 27% con clínica clara de insuficiencia cardiaca congestiva descompensada y clase funcional (CF) III que sólo respondió parcialmente al tratamiento deplectivo y vasodilatador.

Entra en el programa de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca (UIC) de nuestro hospital (junio de 2007)

- Diabetes Mellitus insulino dependiente diagnosticada en 1997 con múltiples complicaciones:
 - 1) Vasculopatía periférica severa con amputación infracondílea derecha en 2002 y amputación del 4º y 5º dedos del pie izquierdo en 2006
 - 2) Insuficiencia renal crónica
- Neoplasia vesical diagnosticada en diciembre de 2002 que requiere uretero-sigmoidestomía sin quimioterapia ni radioterapia. En febrero de 2006, debido a múltiples abscesos retroperitoneales que requirieron desbridamientos quirúrgicos; precisa una desderivación de su uretero-sigmoidestomía para realizarle una uretero-ileostomía cutánea izquierda.
- Normorroreño funcional desde 2006 por abscesos perinefríticos de origen urológico.
- Anemia crónica diagnosticada en marzo de 2005
- HTA severa
- Dislipemia
- Hiperuricemia

Los datos de la siguiente valoración están basados en la entrevista personal realizada justo después del período en el que fue atendido en la UIC (junio -agosto 2007) y anterior al inicio de sus ingresos en la planta de cardiología para su tratamiento con Dobutamina endovenosa (septiembre de 2007). Los ingresos se producen de manera programada cada 4 semanas y durante un período de 5 días.

Septiembre de 2007

Antecedentes personales:

Hasta los 18 años estuvo cursando estudios superiores de comercio, después hizo el Servicio Militar y más tarde se incorporó a trabajar con su padre. Posteriormente fue representante de tejidos para el hogar (mantas, sábanas, ...), dedicación que tuvo hasta que su enfermedad le impidió trabajar.

Habla perfectamente catalán, castellano y francés. También tiene estudios de inglés.

Está separado desde hace 26 años y no tiene cargas familiares. Refiere que no tiene pareja ni tampoco la quiere. En la actualidad comparte piso con dos personas (hermanas entre ellas) a las que tiene alquilada una habitación. Su vivienda tiene calefacción eléctrica y no tiene animales domésticos.

Vive justo al lado de su Centro de Atención Primaria (CAP), hecho que le produce seguridad debido a su enfermedad.

2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se utiliza el modelo teórico de Virginia Henderson para la descripción y valoración de las necesidades del paciente.

NECESIDAD DE RESPIRACIÓN Y CIRCULACIÓN

Exfumador de 30 cigarrillos /día. En el momento del ingreso el enfermo presenta disnea CF III (marcada limitación al ejercicio, aparecen los síntomas con las actividades físicas menores como el caminar, y desaparecen con el reposo) crepitantes bilaterales. Ortopnea. Disnea paroxística nocturna.

Debido a su vasculopatía periférica, presenta sequedad importante en la piel de la extremidad inferior (EI) izquierda y pie frío.

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN

Paciente diabético insulino dependiente con glicemias mal controladas, pese a conocer el tipo de dieta adecuada para su enfermedad.

Presenta dificultad para la masticación por falta de piezas dentales. Tiene una prótesis que no tolera (imposibilidad de adaptación). Por este motivo hace una dieta de consistencia blanda, como verduras, pescados y carne hervidos, lácteos desnatados y frutas. No come ensaladas por flatulencias y aliña los alimentos con especias, como ajo, perejil, pimienta, etc. No añade sal a las comidas, pero refiere que un día a la semana come fuera de casa (en un restaurante cercano) y entonces come con sal. También bebe vino si come fuera de casa. Durante el día ingiere 1,5 litros de agua y refresco de Cola sin azúcar. No pica entre comidas y dice disfrutar comiendo. Las emociones negativas le influyen y esto le conlleva a incrementar la ingesta de refresco de Cola. Es autónomo en la elaboración de las comidas y en la compra diaria.

Después tres meses de seguimiento en la UIC adquirió conocimientos moderados sobre su dieta, pero le cuesta ser adherente especialmente cuando empieza a aumentar su disnea y empeora su capacidad de autonomía, impidiéndole llevar a cabo la compra y otras actividades de la vida diaria (AVD) instrumentadas. Su peso es de 84.2 Kg (sin la prótesis de pierna) y mide 1,70 m. Su índice de masa corporal es de 30.

NECESIDAD DE ELIMINAR

Paciente que presenta incontinencia urinaria debido a una uretero-ileostomía realizada en 2006 por neoplasia vesical. Utiliza placas de urostomía y las bolsas colectoras correspondientes. Dice cambiarse tanto la placa como la bolsa cada 3 días en invierno y a diario en verano. Tarea en la que es autónomo. Tiene el estoma sonrosado y con buen aspecto. Zona periestomal íntegra. Orina clara. No refiere molestias ni infecciones, así como tampoco le supone una carga molesta

el hecho de tener la ostomía y encargarse de su higiene. No presenta alteraciones en su imagen corporal.

En la eliminación fecal es autónomo. Habitualmente va todos los días al baño sin problemas.

Transpira abundantemente de manera habitual y suele tener casi siempre la piel del pecho, espalda y frente húmedos.

NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN

Amputación supracondílea derecha en 2002 y amputación del 4º y 5º dedos del pie izquierdo en 2006. A pesar de ello camina de forma autónoma utilizando una prótesis de pierna y ayudándose con 2 muletas. Da paseos todos los días por la playa de su localidad y es autónomo para las AVD. Es diestro.

Vive en un 2º piso y no tiene ascensor. Sube y baja las escaleras solo, aunque habitualmente tiene algo de dificultad por la falta del miembro inferior. Unos días antes de los ingresos para su tratamiento inotrópico, debido al aumento de su fatiga, el personal de un supermercado cercano a su domicilio le ayuda a subir a casa la compra que realiza, ya que le es imposible subir y bajar las escaleras y no sale de casa.

NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO

Duerme unas 6 horas (de la 1h a las 7 horas). La postura en la que se siente más cómodo es en decúbito lateral izquierdo debido a la urostomía que tiene en el lado derecho. Utiliza medicación para inducir al sueño (Deprax® 1 comprimido/día) que toma con leche antes de irse a dormir. Manifiesta que las emociones no le influyen en la conciliación y/o mantenimiento de un sueño reparador. Dice despertarse con la sensación de haber descansado.

Precisa 2 almohadas para dormir porque no tolera el decúbito, sobretodo días antes del ingreso hospitalario, debido a la disnea. No duerme durante el día.

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Utiliza preferentemente ropa cómoda y fácil de poner y quitar (tipo chándal y deportiva). Dice que debido a su trabajo, antes vestía siempre con traje y corbata, pero ahora ni lo necesita ni le es práctico. Es autónomo en el vestido y acicalamiento diario.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Normotermia, aunque presenta la piel fría debido a la abundante transpiración. Temperatura disminuida en pie izquierdo. Refiere tenerlo siempre frío. Utiliza calcetín de lana en invierno y de algodón en verano.

Dice utilizar poco la calefacción, puesto que aguanta muy bien el frío en general. Prefiere el invierno antes que las épocas calurosas.

NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD DE LA PIEL

El paciente refiere que se asea en la ducha cada 2 días en invierno y cada día en verano. Es autónomo en esta actividad.

Tiene la piel grasa y con normo coloración. Refiere que una vez al mes o cada mes y medio va al pe-

luquero para cortarse y arreglarse el pelo. Se realiza enjuagues con antisépticos bucales después de la comida y de la cena, puesto que carece de la mayoría de sus piezas dentales.

A pesar de todo lo anterior, el paciente presenta un aspecto descuidado en general, pero sobretodo en cabellos y uñas del pié izquierdo. Piel deshidratada.

NECESIDAD DE SEGURIDAD

En el WC de su domicilio tiene tres alfombras que se adhieren al suelo (dentro y al salir de la bañera y delante del lavabo).

No refiere dolor precordial. No se siente deprimido ni angustiado. Consciente y orientado. Utiliza gafas para leer y para ver de lejos, que utiliza sin problemas. Toma medicación hipotensora, que tolera bien.

Utiliza con destreza la prótesis de pierna y no necesita ayuda para su utilización.

VALORES Y CREENCIAS

Católico no practicante. Dice no tener necesidades al respecto.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Habla catalán de forma habitual en su entorno social, aunque su lengua materna sea el castellano. Presenta un vocabulario fluido y se expresa con claridad. Se muestra muy comunicativo. Nivel cultural medio-alto.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

En la actualidad no trabaja debido a su enfermedad, es pensionista.

Su hobby ha sido siempre el voleibol. Fue jugador, entrenador y más tarde árbitro a nivel mundial. En este momento no puede arbitrar debido a su enfermedad, aunque siempre que puede asiste a diferentes partidos como espectador, siguiendo a su equipo local. Mantiene relación con amigos del entorno del deporte.

NECESIDAD DE OCIO

Cada día desayuna fuera de casa y más tarde lee el periódico y pasea por la playa, cuando hace buen día. Le gusta mucho la lectura y suele ir a la biblioteca de su pueblo a coger libros. Le gusta también escuchar la radio (música) o mirar la televisión para ver las noticias y seguir los deportes.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Está motivado para aumentar sus habilidades y poder llevar a cabo la gestión de su autocuidado, pero reconoce que está limitado por la propia enfermedad. La lectura es un método que le resulta fácil para el aprendizaje. Tiene conocimientos sobre su enfermedad, pero le cuesta ser adherente en la dieta y en la ingesta de algunos líquidos (refresco de Cola).

3. VALORACIÓN FOCALIZADA

Esta valoración comprende el período entre la valoración basal (realizada en septiembre de 2007) has-

ta la actualidad. Durante este tiempo tuvo una pareja que vivió con él durante 1'5 años. En estos momentos vive solo en su piso de Lloret de Mar. No tiene familiares directos.

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN

Diabético insulín dependiente con glicemias mal controladas. Aunque tiene conocimientos medios sobre la dieta a seguir para la insuficiencia cardiaca y para la diabetes, su grado de cumplimiento es moderado. Además, cuando falta aproximadamente una semana para su ingreso para el tratamiento inotrópico, su estado le impide su correcto autocuidado en esta necesidad. Le es imposible la elaboración y obtención de las comidas.

NECESIDAD DE HIGIENE

Normalmente es autónomo para esta necesidad, pero cuando falta una semana para su ingreso, debido al empeoramiento de su estado, le es imposible asearse correctamente. Presenta un aspecto muy descuidado en los ingresos. La urostomía suele estar sucia y maloliente y con la placa no íntegra y con fugas. La ropa está manchada y se evidencia una gran falta de higiene y cuidado personal.

NECESIDAD DE MOVILIDAD

Normalmente deambula con su prótesis de pierna y con muletas y es autónomo para esta necesidad, pero también su movilidad se ve importantemente alterada debido a la fatiga antes de los ingresos, siéndole imposible ir a la compra y salir de casa.

Con el tiempo, se producen decúbitos en el muñón por desadaptación de la prótesis. Esto le produce problemas en la deambulación que, a la larga, requiere una intervención quirúrgica de remodelación del muñón (junio de 2010).

NECESIDAD DE RESPIRACIÓN

Anterior a los ingresos hospitalarios el paciente presenta CF III e incluso IV (limitación muy severa, incapacidad para realizar cualquier actividad física, aparecen los síntomas aún en reposo) en alguna ocasión, impidiéndole ser autónomo en alguna de las necesidades anteriormente descritas.

NECESIDAD DE DORMIR

Necesita descansar con 3 almohadas por ortopnea durante la noche, que se une a su fatiga por su enfermedad. Días antes del ingreso su situación empeora y refiere tener que dormir en un sillón por intolerancia al decúbito.

NECESIDAD DE SEGURIDAD

En noviembre de 2007 se vio la necesidad de implantarle un reservorio subcutáneo endovascular (tipo Port-a-Cath®) por dificultad en los accesos venosos.

Durante este período de tiempo es necesario retirar y volver a implantar 3 veces el reservorio venoso por infección en el dispositivo (enero, abril y septiembre

de 2008). Presenta también infección en la herida de la remodelación del muñón (julio de 2010). Todo ello posiblemente relacionado con la falta de autocuidado en la higiene, en la eliminación y en el mal control de sus glicemias.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

A pesar de que el paciente refiere que no descuida sus aseos y cuidados en la urostomía, en los ingresos se evidencia una gran falta de higiene personal en general y sobretodo en el estoma urológico, con bolsa, placa y zona periestomal sucios y con mal olor.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Tiene conocimientos sobre su enfermedad, medicación y dieta. Es consciente de su situación y de que su actitud ante la enfermedad puede influir en su estado de salud. Maneja adecuadamente las dosis de diurético oral según los síntomas.

Sigue motivado para aumentar sus habilidades y poder llevar a cabo la gestión de su autocuidado, pero le es muy difícil llevarlo a cabo cuando faltan pocos días para el ingreso en la planta de cardiología para el tratamiento con Dobutamina, debido al aumento de los síntomas invalidantes. Le cuesta ser adherente en la dieta y tiene un mal control de las glicemias.

4. DIAGNÓSTICOS, PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Para los diagnósticos, planificación y ejecución de los cuidados nos centramos en los datos la valoración focalizada. A lo largo de los ingresos de nuestro paciente en el servicio de cardiología, esta valoración se va repitiendo, puesto que el primer día de ingreso el paciente presenta un agravamiento de los síntomas de su enfermedad y el día del alta hospitalaria vuelve a su estado basal.

Utilizamos el modelo Bifocal⁽¹²⁾: Por una parte, los Diagnósticos de Enfermería (DdE) se describieron según la taxonomía NANDA⁽¹³⁾, y de otra, los problemas interdependientes que Carpenito nombró como duales o colaborativos⁽¹²⁾. También se utilizó para la descripción de los Resultados e Intervenciones la taxonomía NOC⁽¹⁴⁾ y NIC⁽¹⁵⁾.

La **tabla 1** contiene los dos DdE formulados, estos fueron "Intolerancia a la actividad" y "Gestión ineficaz de la propia salud". En la **tabla 2** se describen los principales problemas interdependientes así como las medidas de control y las medidas a adoptar si se instaura el problema.

En la **tabla 3** se desarrolla un plan de cuidados donde se indican los Criterios de Resultados (NOC). Sólo se valoraron al ingreso (RI) y un día antes del alta del paciente (RF) los resultados "Autocuidados: actividad de la vida diaria (AVD)", "Severidad de los síntomas" y "Conservación de la energía", ya que el paciente tenía comprometida su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de su cuidado personal cuando se acercaba el momento del ingreso hospitalario. En cambio, el diagnóstico "Gestión ineficaz de la propia

salud", se evaluó únicamente en el momento del ingreso para el resultado "Control de síntomas" porque el paciente realizaba acciones personales para minimizar los síntomas adversos de su enfermedad. También se evaluaron los conocimientos según el cuestionario adaptado de González et al⁽¹⁶⁾, en el que se suman los resultados de diferentes preguntas sobre la enfermedad, la medicación, el tratamiento correcto a seguir y los hábitos de vida sobre la dieta y el ejercicio físico.

Cada indicador NOC se ha cuantificado mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos, sobre un continuo, desde menos a más deseado. También se describen las intervenciones (NIC), así como las actividades prioritarias.

5. CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Durante el período en el que el paciente ingresó en la planta de cardiología para el tratamiento endovenoso con Dobutamina, las enfermeras pudieron apreciar diferentes problemas como:

1. Infecciones del reservorio venoso (enero, abril y septiembre de 2008).
2. Decúbitos (UPP) en el muñón e infección de la herida de remodelación (año 2010)
3. Falta de higiene y cuidado personal
4. Hiperglicemias

Mediante las Altas de Enfermería realizadas en el servicio de cardiología y contactos telefónicos, se estableció comunicación con su enfermera del CAP para:

1. Control de las heridas e infección de los diferentes reservorios venosos. Se recomendó que estos cuidados los llevara a cabo el personal de enfermería del CAP y que el paciente no manipulara las heridas, así como una higiene personal adecuada.
2. Control de la herida del muñón e infección, así como la adaptabilidad de la prótesis. Se recomendó, de la misma manera, que las curas y el seguimiento los hiciera la enfermera del CAP y que se mejorara en la higiene del paciente.
3. Control de los factores de riesgo cardiovascular
4. Control de los signos de alarma de reagudización de la enfermedad

También se contactó con la trabajadora social del CAP para:

5. Conseguir una ayuda domiciliaria para la realización de la higiene personal del paciente (septiembre de 2008). Una cuidadora acude a su domicilio dos veces por semana para ayudarle en su aseo.
6. Ante la dificultad para prepararse las comidas y realizar la compra diaria, así como para el mejor control de la IC y de las glicemias, se consiguió un servicio de "catering" para que le llevara hasta su domicilio la comida del mediodía.

DISCUSIÓN

El tratamiento inotrópico puede mejorar la función cardiaca a corto y a largo plazo⁽⁷⁾. No obstante, la administración de estos fármacos se acompaña de una mayor incidencia de arritmias auriculares y ventriculares⁽¹⁷⁾. En nuestro caso, el paciente recibe tratamiento

Tabla 1. Diagnósticos de Enfermería

DIAGNÓSTICO	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
00092. Intolerancia a la actividad	- Debilidad generalizada - Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno.	Disnea de esfuerzo, expresión verbal de fatiga o debilidad para las AVD.
00078. Gestión ineficaz de la propia salud	Complejidad del régimen terapéutico	Empeoramiento de la enfermedad que dificulta incluir el tratamiento prescrito en las rutinas diarias.

Tabla 2. Problemas interdependientes

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE	CONTROL	ACTUACIÓN
PI: Infección secundaria a reservorio venoso		- Cura de la herida - Anotar las características de la herida y exudado - Administración de la antibioterapia prescrita
PI: Hiperglicemia	Control de la glicemia capilar antes de las comidas	- Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal - Administración de la insulina prescrita
PI: Riesgo de Hipoglucemia	Control de la glicemia capilar antes de las comidas	- Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre inferiores a lo normal

Tabla 3. Descripción de los resultados (NOC) e intervenciones (NIC)

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS- NOC	INTERVENCIONES- NIC
00092. Intolerancia a la actividad	0300. Autocuidados: actividad de la vida diaria (AVD): 030006. Higiene (RI: 2) y (RF: 4) 030008. Deambulación: camina (RI: 3) y (RF: 3) Escala: gravemente comprometido (1) – no comprometido (5) 2103. Severidad de los síntomas 210301. Intensidad del síntoma (RI: 1) y (RF: 4) (* Escala: grave (1) – ninguno (5) 0002. Conservación de la energía: 000201. Equilibrio entre actividad y descanso (RI: 3) y (RF: 4) 000209. Organiza actividades para conservar la energía (RI: 3) y (RF: 4) Escala: nunca demostrado (1) – siempre demostrado (5)	- Ayuda en los autocuidados: 1801. Baño/higiene 1802. Vestirse y arreglo personal 1803. Alimentación. 4040. Cuidados cardíacos: tomar nota de los signos y síntomas significativos de empeoramiento 0180. Manejo de la energía.
00078. Gestión ineficaz de la propia salud	Conocimientos del régimen terapéutico: - Conocimientos sobre la enfermedad (6/10) - Conocimientos sobre el tratamiento (10/10) - Conocimientos sobre la dieta y ejercicio físico (11/14) *Los resultados se evaluaron según el cuestionario adaptado de González et al ⁽¹⁶⁾ . 1608. Control de síntomas 160801. Reconoce el comienzo del síntoma (RI: 4) 160807. Utiliza medidas de alivio (RI: 5) 160808. Utiliza signos de alarma para buscar atención sanitaria (RI: 5) Escala: nunca demostrado (1) – siempre demostrado (5)	- Enseñanza: 5612. Actividad/ejercicio prescrito; 5603. Cuidado de los pies; 5614. Dieta prescrita; 5602. Proceso de la enfermedad 5616. Enseñanza medicamentos prescritos. -Enseñanza: 5602. Proceso de la enfermedad 160501. Reconocer factores causales

con Dobutamina cada cuatro semanas a dosis bajas (diuréticas). De esta forma, se ayuda a conservar la función renal y hace posible que no sea necesario aumentar progresivamente las dosis de diurético domiciliario para el control de los síntomas, a pesar de que

el propio paciente sabe adecuar estas dosis según su estado clínico (NOC 1608).

La etapa más avanzada de la IC se caracteriza por síntomas en reposo o en mínimos esfuerzos, incluyendo la fatiga profunda⁽⁷⁾. Nuestro paciente no puede rea-

lizar la mayoría de las AVD durante la última semana antes del ingreso hospitalario, presentando franca intolerancia a la actividad. Después del tratamiento inotrópico en el hospital, mejoran sus síntomas y el paciente pasa a tener un riesgo de intolerancia a la actividad debido a las características avanzadas de su patología.

Los pacientes con IC avanzada necesitan conocimientos sobre su enfermedad, tratamiento y hábitos de vida. Estos conocimientos son necesarios, pero a menudo no son suficientes para seguir el régimen terapéutico⁽¹⁸⁾ y evitar las descompensaciones de la patología. En el caso clínico que presentamos, el paciente posee la capacidad sobre qué conductas requiere el régimen y el tratamiento, así como también reconoce los signos de agudización de su enfermedad. No obstante, no es suficiente para paliar los síntomas propios de la evolución de la IC. Por ello, fue necesario reforzar estos conocimientos en cada ingreso hospitalario para mejorar así su adherencia y además, para revisar también los factores precipitantes que hayan podido incidir en la aparición del empeoramiento de la clínica de IC.

Ante pacientes con patologías crónicas avanzadas, es esencial la colaboración y coordinación entre diferentes profesionales de distintos ámbitos asistenciales⁽¹⁹⁾. En este caso, nos proporcionó una visión más global de las necesidades del paciente y permitió la mejora parcial de su situación. A pesar de ello, tuvimos la importante limitación del escaso conocimiento de su entorno, dificultando la continuidad de los cuidados en algunos aspectos como: soporte familiar/del entorno, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa (2005). Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np444.pdf>.
- Anguita M, Crespo MG, de Teresa E, Jiménez M, Pulpón LA, Muñiz J, et al. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. Rev Esp Cardiol. 2008;10:1041-9.
- Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P. Situación epidemiológica de la insuficiencia cardiaca en España. Rev Esp Cardiol Supl; 2006;6:4C-9C.
- Rodríguez-Artalejo D, Guallar-Castillón P, Banegas JR, del Rey J. Trends in hospitalization and mortality for heart failure in Spain, 1980-1993. Eur Heart J. 1997;18:1771-9.
- Rodríguez-Artalejo D, Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca. Rev Esp Cardiol. 2004;57:163-70.
- Lupón J. Unidades de Insuficiencia cardiaca: ¿por qué? En: Lupón (cord.). Unidades de Insuficiencia Cardiaca. (p:7-10). Sociedad Española de Cardiología. Barcelona: Grupo Menarini. 2006.
- Hunt, SA., Abraham WT, Chin, MH, Feldman, AM, Francis, GS, Ganiats, TG et al. ACC/AHA 2005 Guideline Update Diagnosis and management of Chronic Heart Failure in the Adult. A report of the American College of cardiology/American heart association. Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). Circulation. 2005; 20:e155-e236.
- Avis sur la continuité des soins et services médicaux- La continuité, une base essentielle de la qualité-Avis 2003-02- Conseil médical du Québec- 2003. Consultado el 15 de enero 2008 de http://www.cmed.gouv.qc.ca/fr/publications/avis/2003_02_av_fr.pdf
- Torres A, Lledó R. La coordinación entre niveles asistenciales. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:232-33.
- Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit. 2006;20(6):485-95.
- Gálvez M. Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. Medicina de familia. 2003;4(1):59-66.
- Carpenito LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. 4ª Edición. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
- Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2009-2011. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier. 2010.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier-Mosby. 2006.
- McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 3ª ed. Madrid: Harcourt-Mosby. 2002.
- González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Nurse evaluation of patients in new multidisciplinary Heart Failure Unit in Spain. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2004;3:61-9.
- Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJV, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. The Task Force for Diagnosis and Treatment of Acute Chronic Heart Failure 2008 of European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). European Heart Journal, 2008;29,2388-2442.
- Meichenbaum D, Turk DC. Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Guía práctica para los profesionales de la salud. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer. 1991.
- D'Amour D. La collaboration professionnelle un choix obligé. En O. Goulet & C. Dallaire (Dir), Les soins infirmiers, vers une nouvelle perspective. Bourcherville: Gaëtan Morin éditeur. 2002. 339-363