

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Volumen
Volume 7

Número
Number 1-4

Enero-Diciembre
January-December 1999

Artículo:

Perspectiva en la atención del paciente con
deficiencia cardiaca

Derechos reservados, Copyright © 1999:
Sociedad Mexicana de Cardiología

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



medigraphic.com

Perspectiva en la atención del paciente con deficiencia cardiaca

Pamela B, Pfeifer, MS, RN*

* Enfermera de la práctica adelantada

RESUMEN

La contribución del equipo de salud en la dirección del paciente con deficiencia cardiaca no puede subestimarse. Este artículo repasará algunas de las razones por las que la incidencia de deficiencia cardiaca está viéndose hoy aumentada. Una discusión de la carga económica que este diagnóstico se ha vuelto para la sociedad seguirá y servirá como base para entender el impacto que puede tener el manejo de esta enfermedad crónica. Finalmente, un método para los pacientes gerentes con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca, por medio del cual pueden obtener la meta de disminuir el costo de cuidado al tratar esta enfermedad, así mismo se discutirá como mejorar la supervivencia del paciente y su calidad de vida. Esta discusión incluirá una revisión de cómo la enfermera tiene un impacto enorme en el éxito de la dirección de estos pacientes.

Palabras clave: Deficiencia cardiaca, atención de enfermería.

CARGA ECONÓMICA

Los diferentes tipos de la enfermedad cardiovascular, la incidencia y predominio de deficiencia cardiaca en los Estados Unidos está elevado.¹ Las personas están viviendo a una edad mayor que antes,

ABSTRACT

Health team contribution to serve cardiac patients cannot be ignored. This article will review some of the reason why cardiac problems incidence is nowadays increasing. The discussion about this diagnose economic charge or cost will go on and serve as a base to understand the repercussion it may present on the management of this chronic disease. Finally, the article will expose a method for reducing costs of taking care of patients diagnosed with cardiac insufficiency, it will also be discussed how to improve patient survival and its life condition. All these arguments will include a review on how the nurse represents a great impact on the success in dealing with these cardiac patients.

Key words: Cardiac insufficiency, nursing care.

pero los proveedores de cuidado de salud también están haciendo un trabajo muy bueno al tratar y manejar los eventos cardiacos iniciales. Las personas están sobreviviendo a estos eventos ahora y están siguiendo un estilo de vida para desarrollar deficiencia cardiaca más tarde en el futuro.

Se admiten casi un millón de personas al hospital todos los años en los Estados Unidos con el diagnóstico primario de corazón falleciente.¹⁻³ Encima del 80% de estos pacientes son mayores de 65 años, y el costo de estas hospitalizaciones es mayor de 8 mil millones de dólares americanos por año. Los costos de cuidado de salud de pacientes mayores son cubiertos principalmente por el sistema Medicare, la mitad de la carga del costo de su cuidado es consolidada por el gobierno federal. De hecho, datos de 1991 muestran que el gasto médico para el tratamiento del diagnóstico de deficiencia cardiaca era mayor que el gasto para el tratamiento

Recibido para publicación: Julio 2000.

Aceptado: Octubre 2000.

Publicado: Febrero 2001.

Dirección para correspondencia:
Programa de la deficiencia cardiaca
Hospital Conmemorativo del noroeste
250 Superior de E., Colección 512,
Chicago, Illinois 60611,
(312) 908-4052
FACSÍMIL (312) 503-0056

de infarto del miocardio o cancer.^{1,2} La carga económica total para el tratamiento de deficiencia cardíaca que cubre el paciente incluyendo tratamiento del enfermo ambulatorio y los costos de la visita médica y farmacia, son cantidades mayores a 38.1 mil millones de dólares americanos por año.³ El hecho perturbador es que para todo el dinero que está gastado el paciente, el 47% de éstos están readmitiéndose en el hospital para el tratamiento de su deficiencia cardíaca con la gran preocupación, de qué tanto pueden haber sido previsibles estas readmisiones.^{4,5}

Varios estudios han examinado las razones de las readmisiones al hospital para la deficiencia cardíaca y han identificado varias causas evitables para estas admisiones.^{4,7} Una de las razones es que los pacientes pueden tener sistemas de apoyo sociales inadecuados. Por ejemplo, pacientes que no tienen ninguna ayuda de familia o amigos pueden ser incapaces de conseguir las citas con su médico, conseguir o pagar por sus medicaciones, o ir de compras para o preparar los tipos correctos de comidas. Otra razón identificada, es que los pacientes pueden tener un seguimiento inadecuado, por ejemplo, ellos podrían tener dificultad con el transporte para acudir a las citas, o ellos podrían ser incapaces de recordar sus citas. Una cita para la continuación con el médico no se puede haber concertado, sobre todo en el momento de descarga del hospital, o quizás después de que un paciente tiene cancelada una cita anterior, o el tiempo transcurrido entre las citas es demasiado largo, para permitir supervisar de cerca los síntomas. Otra razón para readmisiones del hospital relacionadas a la deficiencia cardíaca es que los pacientes no pueden buscar atención médica rápidamente cuando los síntomas ocurren; esto puede ser debido a que el paciente no quiere molestar al médico, o a una falta de reconocimiento de, o de una comprensión de la importancia de síntomas cuando ellos ocurren. Frecuentemente se readmiten muchos pacientes por la no-adhesión con la dieta y a las recomendaciones de la medicación, principalmente debido a la falta de restricción de sal y de agua y de la necesidad de tomar medicaciones. Los pacientes pueden ser no adherentes en la toma de medicaciones porque son incapaces de pagar por ellos o pueden confundirse al seguir un régimen de medicación complicado. De hecho, más de la mitad de las readmisiones del hospital para el tratamiento de la deficiencia cardíaca puede ser debido a conducta del no-adhesivo con dieta y medicaciones.⁴⁻⁷ Finalmente, la inadecuada planeación del hospital al no considerar todos estos problemas contribuye a la alta proporción de la readmisión de pacientes para el tratamiento de la deficiencia cardíaca.

PROGRAMAS DE DIRECCIÓN DE DEFICIENCIA CARDIACA

Una manera en la que controlan los costos es realizando una relación de la hospitalización y para reducir las proporciones de la readmisión de pacientes con deficiencia cardíaca es desarrollando un programa multidisciplinario de dirección para pacientes con deficiencia cardíaca. Las metas de este tipo de programa deben ser: disminuir la carga de personal y económica de deficiencia cardíaca, controlar síntomas en el paciente, disminuir la frecuencia de admisiones del hospital, controlar o invertir la progresión de trastorno ventricular, controlar los costos crecientes de cuidado de salud disminuyendo la morbilidad y las proporciones de mortalidad asociada con enfermedad crónica de deficiencia cardíaca. Dentro del armazón de un programa multidisciplinario, la enfermera juega un papel importante en el logro de estas metas.

Wagner ha escrito sobre las características del programa de dirección para una enfermedad crónica.⁸ La deficiencia cardíaca ha aparecido como una enfermedad crónica manejable, es simple identificar las cinco características que un programa de dirección de deficiencia cardíaca debe tener, cada una de estas características puede usarse para guiar la aplicación de un programa de dirección de deficiencia cardíaca: Primero, desarrollar un plan del cuidado específicamente para cada paciente, esto permite la identificación de los resultados que serán logrados por y para ese paciente.

Segundo, los pacientes necesitan tener un tiempo permitido para desarrollar las habilidades necesarias para entender y manejar su enfermedad. El tiempo adecuado proporcionado durante visitas a la clínica o el tiempo de la clase fijado para el paciente hospitalizado y las familias, le permite al paciente tomar el mando de esta enfermedad crónica.

Tercero, para tener acceso a la especialización de dirección de esta enfermedad, muchos programas utilizan un acercamiento con el equipo multidisciplinario que consiste en médicos, enfermeras, asistentes sociales, nutriólogos, especialistas en rehabilitación y personal de apoyo administrativo.

Además, el desarrollo de un sistema de llamadas permite al personal profesional, así como a los pacientes tener acceso al equipo todo el tiempo.

Finalmente, el desarrollo de un sistema de información integrado, incluso el uso de bases de datos informatizados y/o gráficos impresos, permite el acceso fácil a la información médica y demográfica del paciente, si el paciente está hospitalizado o es en-

fermo ambulatorio. Un sistema de información efectivo permite al equipo saber de una ojeada el estado médico actual de la mayoría de los pacientes, así como los resultados del más reciente diagnóstico y resultados de estudios de laboratorio. La información que se guardó en gráficos impresos, o en un sistema de la computadora integrado, es fácilmente accesible en la oficina del programa o a través de las computadoras del satélite para la dirección del paciente hospitalizado o del enfermo ambulatorio. Se han desarrollado muchos programas multidisciplinarios para la dirección de deficiencia cardíaca que han mostrado la tasa de re-admisión y gastos disminuida para el tratamiento de corazón falliente.⁹⁻¹³ Estos tipos de programas son guiados a menudo por las metas siguientes:

- a. Mantener y mejorar la función psico-sociológica siguiendo pautas de la terapia médicas, como aquéllos desarrollados por agencias nacionales y federales como el American University de Cardiología & la Asociación del Corazón Americana, o la Agencia para la Política de Cuidado de Salud e Investigación de la Sección de Estados Unidos de Salud y Servicios del Humano.
- b. Reducir crisis en deficiencia cardíaca a través de educación, supervisando la dirección médica óptima para:
 - Minimizar el uso de recursos de salud mientras mejora el estado funcional.
 - Autorizar a los pacientes con deficiencia cardíaca manejar su enfermedad.
 - Apoyar a los pacientes y familias que se están ajustando al diagnóstico de corazón falliente.^{14,15}

Un equipo multidisciplinario cuyo enfoque es ayudar al paciente así como tratar apropiadamente la enfermedad, es capaz de reunir estas metas utilizando a una enfermera que participe en la dirección de pacientes, en un cuidado continuo, con extensión completa hacia pacientes hospitalizados y enfermos ambulatorios.¹⁶ Cuando un paciente está en el hospital, la enfermera en el programa puede usar la información guardada por el banco de datos del programa de deficiencia cardíaca y junto con el hospital del paciente y la clínica cercana al hogar se coordinan para ayudar y guiar al paciente en su cuidado con la finalidad de que controle él lo más temprano posible su problema de salud, ayudando así a la disminución el número de re-hospitalizaciones. Con respecto a la dirección del paciente ambulatorio, en un programa de

deficiencia cardíaca existen varias oportunidades para el equipo multidisciplinario de salud, en particular para la enfermera, ya que puede intervenir en el cuidado del paciente con deficiencia cardíaca.

EL PAPEL DE LA ENFERMERA

El descubrimiento temprano de deficiencia cardíaca, del empeoramiento y eliminación de causas precipitantes, puede ayudar a prevenir hospitalizaciones recurrentes. La enfermera con un conocimiento avanzado de la fisiopatología cardiopulmonar y el reconocimiento de señales significantes y síntomas de empeoramiento de deficiencia cardíaca es un componente importante del equipo de dirección de deficiencia cardíaca. Estudios que han visto el papel de la enfermera en la práctica avanzada refinando la dirección de deficiencia cardíaca han mostrado que el tiempo de hospitalización y los costos están reducidos mientras la satisfacción del paciente se incrementa.¹⁷⁻¹⁹

La importancia de la enfermera de la práctica avanzada en el éxito de estos programas puede verse si nosotros examinamos las calificaciones de este puesto.²⁰ Una enfermera de la práctica avanzada es la enfermera maestra, preparada con conocimiento avanzado que puede evaluar con precisión la contestación de paciente al tratamiento y independientemente puede llevar a cabo lo educativo, lo psicosocial e intervenciones psicológicas que ayudan a reducir la morbilidad y prevenir la re-hospitalización. Esta enfermera también es capaz de reunir con precisión y completamente los datos clínicos, realiza historia enfocada y examen físicos, evalúa estado funcional, revisa medicaciones del titrate dentro de protocolos establecidos en colaboración con el médico, evalúa el conocimiento del paciente y entiende el proceso de la deficiencia cardíaca. Además, la enfermera sirve como medio de enlace entre el paciente y reuniones sociales, la comunidad y servicios médicos para coordinar el cuidado e incorporar los principios de promoción de ayuda y mantenimiento de salud y la intervención temprana en su práctica. Pretenciosamente, la enfermera proporciona el asesoramiento y la educación necesaria que habilita a los pacientes a producir modificaciones en el estilo de vida, que conduce a mejores resultados en el paciente y a la disminución re-hospitalaria. Dentro del armazón de una práctica multidisciplinaria, la enfermera de la práctica avanzada colabora con el médico y otros miembros de equipo de deficiencia cardíaca a desarrollar y llevar a cabo un plan de cuidado para el paciente con deficiencia cardíaca crónica.

Como se discutió antes, un sistema de información favorable es importante en cualquier programa de dirección de enfermedad crónica. Cuando un paciente se ve inicialmente, un plan detallado de cuidado debe desarrollarse y documentarse. Cada paciente debe tener metas terapéuticas identificadas; por ejemplo, si la meta es aumentar al máximo la terapia médica y comenzar un programa de ejercicio o si es proporcionar terapia paliativa para controlar síntomas a través del uso de agentes inotrópicos en casa. El laboratorio estudia y aprueba el diagnóstico y pronóstico, supervisa la respuesta a la terapia grabándola en el gráfico del banco de datos de deficiencia cardíaca en un esfuerzo por prevenir duplicación de pruebas, para minimizar costo así como para coordinar toda la comprobación. La terapia de droga debe aumentarse al máximo como es recomendado por las pautas médicas. Educación y consejo deben habilitar y autorizar a los pacientes para tomar el mando de su enfermedad. Deben formularse planes de continuación y comunicación del paciente en el hospital o en casa. Finalmente, los resultados con respecto a morbilidad, mortalidad, a la tasa en la re-hospitalización, la calidad de vida del paciente y satisfacción de metas logradas deben evaluarse y re-evaluarse periódicamente.

Además de la información identificada en el plan de cuidado, los datos siguientes pueden ser muy útiles tenerlos disponibles al manejar esta población del paciente. Primero, identificación del diagnóstico de la deficiencia cardíaca, incluso la etiología y determinación de si el paciente tiene el trastorno diastólico o sistólico, es útil porque el tratamiento para cada uno es diferente. Luego, debe identificarse la presencia de otras manifestaciones mayores que pueden modificar la condición del paciente, como diabetes o trastorno renal. Obtener el nombre y números de teléfono de referencia de cualquier otro médico primario juega un papel en la dirección de estas otras condiciones, por que facilita la coordinación del plan y la continuación de cuidado. La identificación de la razón para la referencia, debe determinarse si es durante un tiempo de la intervención educativa o si es para una relación a largo plazo en la dirección de la enfermedad crónica. Toda esta información ayudará al equipo en:

La discusión de decisiones de dirección con respecto a diagnóstico que aprueba para la determinación de la etiología y pronóstico, terapia de droga, educación y consejo; y coordinación de otro cuidado de continuación.

En el momento inicial que se admite al paciente al programa, si está en el hospital o el enfermo es ambulatorio, puede obtenerse información adicional y pue-

de documentarse en el banco de datos de programa de deficiencia cardíaca para ayudar en decisiones de dirección de pacientes. La información demográfica del paciente y los otros números de teléfono de personas significantes para él, ayudan al equipo a localizar a los pacientes de una manera oportuna para hacer cambios en el plan terapéutico. La generación de una lista auxiliar de problemas, identifica otros problemas de salud relacionados que podrían necesitar ser discutidos con el paciente. Una revisión de la historia presente de deficiencia cardíaca y una revisión de la historia pasada de deficiencia cardíaca y enfermedad del corazón ayuda a guiar la decisión de que pruebas de diagnóstico se necesitan para evaluar pronóstico y determinar la terapia. Es importante obtener una lista detallada de medicaciones actuales con atención particular al uso dado a cualquier enzima porque podrían dañar o de algún modo podrían afectar la terapia de medicación de deficiencia cardíaca. Por ejemplo, es importante determinar si el paciente está usando rutinariamente esteroides, agentes antiinflamatorios que pueden minimizar la efectividad de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. Se debe tener una atención cercana a la habilidad del paciente de entender el tipo de medicaciones que necesita, cómo se toman, y qué efectos laterales pueden tener. Investigue la presencia de alergias o intolerancias a la droga, como una historia de tos con el uso de la enzima que convierte angiotensina. Determinar si el paciente ha recibido cualquier inmunización, en particular para neumonías y vacunas de la influenza. Evalúe el estado funcional del paciente, por ejemplo usando un instrumento de medición como la Nueva York Corazón Asociación sistema de la clase funcional que traza la severidad de unos síntomas de los pacientes cuando ellos relacionan su nivel de actividad. Evalúe el sistema de apoyo social del paciente, sobre todo con respecto a la presencia o ausencia de familia u otras personas significantes para cualquier problema con respecto a financiar, cuales podría facilitar la habilidad del paciente para hacer o guardar sus citas con el equipo de cuidado de salud y para poder obtener, pagar o tomar sus medicaciones prescritas. Finalmente necesita ser obtenido un examen físico comprensivo.

La enfermera de la práctica avanzada puede obtener un examen pulmonar cardiovascular enfocado, con atención particular que se apegue al impacto del rendimiento cardíaco bajo o medicaciones de la deficiencia cardíaca en otros sistemas, sobre todo con respecto a los sistemas renal, gástrico y neurológico. También es importante evaluar la presencia de otras condiciones co-mórbidas que podrían estar alterando los sínto-

mas de un paciente, como la presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica que también podría estar afectando el estado de la oxigenación; si hay o no una alteración en estado nutricional o una respuesta pobre a la terapia médica debido a una incapacidad para absorber medicaciones que pueden relacionarse a la pobre perfusión del intestino; o, para buscar señales de depresión que también podrían relacionarse a los síntomas de fatiga o disnea del paciente. Una valoración del nivel de actividad y dieta del paciente se hace con atención particular dada para salar y la información de la restricción hídrica, y un examen físico enfocado a la actividad realizada. Esta información se graba en una nota de progreso que entonces se vuelve una parte permanente del registro de la clínica del paciente o mapa del hospital.

Después de obtener la información física necesaria, la enfermera trabaja con los protocolos, registra quienes tienen medicaciones de a-titrate, las dosis que requirieron para obtener el efecto terapéutico máximo en la dirección de la deficiencia cardíaca. Esto puede lograrse por medio del teléfono o a través de realizar visitas clínicas. La enfermera obtiene información sobre el peso del paciente, señales vitales y síntomas y, si indicó, los resultados del laboratorio pertinentes. Las medicaciones se ajustan entonces de acuerdo a las necesidades del paciente y un plan de la continuación se discute con el paciente y el médico. Esto involucra el uso de una variedad grande de medicaciones de la deficiencia cardíaca, incluso el anti-arritmicos, los diuréticos, vasodilatores, inhibidores de AS, y beta-bloqueadores. Cuando el paciente está en el hospital, la enfermera trabaja colaborando con el médico familiar supervisando la respuesta del paciente a la terapia médica y puede proporcionar información rápidamente al médico familiar sobre las respuesta del paciente a la terapia médica. La enfermera también sirve como un recurso al médico familiar que considera las recomendaciones de las pautas nacionales y federales en la dirección de pacientes con trastorno ventricular izquierdo.

EDUCACIÓN Y ASESORÍA

El establecimiento de un banco de datos completo que evalúa el estado físico, funcional y social del paciente de la deficiencia cardíaca es importante al éxito de un programa multidisciplinario de dirección de deficiencia cardíaca. Además, el uso de pautas médicas para lograr terapia médica máxima también es importante. Sin embargo, lo que también es importante es el impacto del cuidado del pa-

ciente de su salud continuando la relación profesional y el contacto regular con la enfermera del programa de deficiencia cardíaca, la reducción en las proporciones de la readmisión y el aumento en la satisfacción del paciente y su calidad de vida.

Se han dirigido varios estudios durante los últimos años mirando el impacto del papel de la enfermera en la dirección de pacientes con corazón desfalleciente.^{21,22} El estudio por Vinson y colaboradores identificaron que el 27% de pacientes hospitalizados para la deficiencia cardíaca se readmitió dentro de 90 días debido a la no-adhesión con la medicación y dieta terapéutica.⁴ Que una enfermera disponible para educar y aconsejar a los pacientes puede ayudar a aliviar este problema. Un estudio hecho en los estados de Naylor confirma que la educación y el consejo son esenciales para mejorar resultados,²³ dos cosas que las enfermeras hacen bastante bien, además, se relacionan en ese caso muchas readmisiones al hospital de pacientes con una conducta de no-adhesión al programa, una de las maneras importantes que se han identificado para promover y lograr adhesión del paciente a un plan médico de cuidado es desarrollando una fuerte relación practicante-paciente. La enfermera puede desarrollar este tipo de relación dentro de la escena de un acercamiento de equipo multidisciplinario.

Parte de la razón del porque las enfermeras pueden hacer eso se explica en un estudio a través de Mahoney.²⁴ Ella mostró que enfermeras de la práctica avanzada tendieron a gastar 65% más tiempo con pacientes, que el que médicos hicieron durante las visitas de oficina en problemas relacionados a la valoración y consejos para la salud. Los pacientes responden a esto aumentando su atención al percibir que la enfermera está expresando preocupación por ellos, según Kegel, se ha mostrado más interés de los pacientes en revocar información y seguir sugerencias para los cambios en su conducta para ponerse más adherente con su médico.¹⁹ Además, la enfermera que trabaja en un programa de deficiencia cardíaca multidisciplinario está disponible al paciente en una base regular a través del contacto del teléfono regular o a través de la enfermera rutinariamente fija de visitas clínicas. Dos de estas intervenciones han mostrado tener un impacto en la readmisión al hospital debido a la habilidad de identificar problemas médicos tempranos en su curso y la realización de las intervenciones apropiadas y a tiempo ante el paciente que requiere hospitalización para una terapia más intensiva. Estos contactos frecuentes también ofrecen la oportunidad a la enfermera de mantener una regeneración positiva y refuerzo al paciente, logrando una con-

ducta pedida de cambio y apropiada para que lleve a cabo la terapia.

Al lado de la valoración, intervención médica y ministración de la medicación, uno de los componentes más importantes del papel de la enfermera es proporcionar educación y consejo al paciente en todos los aspectos de su corazón falleciente.²⁵ Una técnica por educar a los pacientes en todas las cosas que ellos necesitan saber, es utilizar una lista que perfila toda la información que debe saber de sus necesidades de los pacientes, por ejemplo: a cada visita clínica para guiar la sesión instrucción, el paciente puede preguntarse la identidad de dos o tres temas que le gustaría discutir en esa visita. El adulto que aprende teoría nos enseña, que retienen información sobre temas que les interesan. Los temas a ser cubiertos pueden ser divididos en las categorías siguientes: la deficiencia cardiaca general, consejos sobre salud, información de la medicación, recomendaciones de actividad, las terapias del no-droga (como sal y las restricciones de líquidos), pronóstico y la importancia de complacencia con el plan. Es fundamental hacer énfasis a lo importante que es el requisito de autorizar a los pacientes y ayudarlos a que se sientan que ellos pueden tomar mando de su enfermedad, así como para apoyarlos hasta que sientan que ellos pueden lograr esto.

Otra información que puede darse a los pacientes durante estas visitas es cómo y cuando el equipo de la deficiencia cardiaca puede accederse. Una tarjeta comercial con el nombre de la enfermera y un número de teléfono donde pueden localizarse la enfermera u otros miembros del equipo alrededor del reloj. Además, puede enseñarse a los pacientes qué signos y síntomas de deficiencia cardiaca de empeoramiento hacen necesario una llamada al equipo y se anima a llamar siempre que éstos ocurran. Para reforzar la conducta de obtener pesos diarios, puede darse al paciente un calendario para grabar sus pesos. Pueden instruirse a los pacientes en la técnica de cómo obtener su peso y cómo llamar a la enfermera para que puedan hacerse los ajustes de la medicación y valoración de la complacencia al plan de cuidado. Además de otros temas relacionados a salud general que asesora y se arriesga reducción de factor, una revisión profunda de las acciones y efectos de medicaciones para así realizar una evaluación de la interacción potencial de la medicación. También, intenta simplificar los regímenes de la medicación y debe darse instrucción a los pacientes de cómo tomar medicaciones en un esfuerzo por minimizar efectos laterales. Por ejemplo, pueden enseñarse a los pacientes que tienen dificultades con vértigo ortostático al tomar el vasodilatador, que deben

tomar sus diuréticos por lo menos tres a cuatro horas antes, para facilitar al máximo las dosis del vasodilatador. Deben animarse a que los pacientes participen en actividades regulares y si es posible, se enrolen en un programa de rehabilitación cardiaca para promover condición física y aumentar estado funcional. Finalmente, una revisión muy completa del papel de la sal y la restricción de líquidos debe hacerse, con consulta a un dietólogo para apoyo si necesita.

Es importante una discusión del significado de esta enfermedad con el paciente. Los sonidos de la deficiencia cardiaca son horribles, y los pacientes necesitan ser tranquilizados, hay que decirles que ellos no están necesariamente en peligro de muerte. Es vital reforzar con ellos la importancia que tiene que sean capaces de tomar el mando de esta enfermedad siguiendo las recomendaciones dadas a ellos por el equipo de dirección de deficiencia cardiaca. Para los pacientes que están recibiendo sólo tratamiento para aliviar síntomas de la deficiencia cardiaca en fase extrema, es importante apoyar al paciente y familia en una discusión de decisiones con respecto a los problemas de vida de la enfermedad en fase extrema. Finalmente, es importante conservar un refuerzo positivo continuo para que el paciente mantenga adhesión con el plan médico de cuidado.

Teniendo presente la educación y la asesoría general, es importante que recuerde evaluar la prontitud del paciente para aprender y adaptar la información, ellos marcan el paso en esta prontitud, así como recordar que la educación es un proceso continuo y ocurre con el tiempo. Considere la situación al determinar qué enseñar; por ejemplo, a un paciente que está en el hospital no puede ser conducente la información que está proporcionándose. Refuerce lo que es enseñado con apoyo audiovisual a los pacientes que se ven en el hospital o en la clínica o en la casa con ellos para compartir con sus familias. Al usar vídeos, asegúrese usted de fijar tiempos con el paciente, discutir la información después de que ellos han tenido oportunidad para ver la cinta, evaluar en el orden que aparece la información y permitir tiempo para cualquier pregunta que ellos podrían tener. Tome la ventaja de materiales escritos producida por grupos médicos como la Asociación del Corazón y las compañías farmacéuticas, y si usted tiene acceso a las computadoras, busque información que puede encontrarse en sitios de la red de internet sobre la deficiencia cardiaca. Y finalmente, sea sensible a las necesidades del paciente, nivelado de comprensión, y las diferencias culturales al darles cualquier información.

Haga uso de otros recursos también fuera de enfermería, incluyendo dietético y servicios de asistencia social y cuidados de salud en casa. Continuamente evalúe los problemas de adhesión. Por ejemplo, determine si los pacientes entienden de verdad lo que se les está enseñando o si les convencen los beneficios terapéuticos de tomar sus medicaciones y seguimiento de sus pautas de actividad. También determine si hay cualquier problema financiero o social que hace difícil para ellos concertar sus citas o pagar por sus medicaciones. Y pretenciosamente, siempre incluya al paciente y sus otros familiares significantes desarrollando el plan de cuidado.

CONCLUSIONES

El uso de un equipo multidisciplinario que utiliza la enfermera para coordinar y proporcionar el cuidado para el paciente con deficiencia cardíaca puede llevar a la supervivencia prolongada al paciente, mejorar la calidad de vida, y puede disminuir la utilización de recurso de salud. La enfermera juega un papel vital autorizando a los pacientes para tomar mando de lo que ellos podrían percibir como una enfermedad de vida devastadora. Debido al apoyo de la enfermera, los pacientes pueden experimentar una calidad mejor de vida y satisfacción con su cuidado médico.

BIBLIOGRAFÍA

- Schocken DD, Arrieta MI, Leaverton PE y col. El predominio y proporción de mortalidad de deficiencia cardíaca del congestive en los Estados Unidos. *J Am la Tarjeta de Coll* 1992; 20: 301-306.
- Garg R, Empaquetador M, Pitt B, Yusef la deficiencia cardíaca de S. en los 1990's; la evolución de un problema de salud público mayor en medicina cardiovascular. *J Am la Tarjeta de Coll* 1993 (Suppl UN); 22: 3A-5A.
- Lenfant C. La investigación cardiovascular: una perspectiva de NIH. *Cardiovasc Surg* 1997; 5: 4-5.
- Vinson JM, Rich MW, Shah COMO, Sperry JC. La readmisión temprana de mayores pacientes con deficiencia cardíaca del congestive. *J Am Geriatr Soc*, 1990; 38: 1290-1295.
- Krumholz HM, Padre EM, Tu N y col. Readmisión después de la hospitalización para la deficiencia cardíaca del congestive entre los beneficiarios de Medicare. *Arquee Int Med* 1997; 157: 99-104.
- Latón-Mynderse N. Disease la dirección para la deficiencia cardíaca del congestive crónica. *J Cardiovas Nurs* 1996; 11(1): 54-62.
- Lasater M. El efecto de una clínica de CHF enfermera-manejada en la readmisión paciente y longitud de estancia. *Casa Healthcare Nurse* 1996; 14(5): 351-356.
- Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing el cuidado para los pacientes con enfermedad crónica. *Milbank Q*, 1996; 74(4): 511-43.
- Forgosh L. El programa de tratamiento de deficiencia cardíaca de El Arizona Corazón Instituto: un multidisciplinarian se acerca. *CHF* 1995; 1(2): 31-33.
- Fonarow GC, Stevenson LW, Walden JA y col. El impacto de un programa de dirección de deficiencia cardíaca comprensivo en la readmisión del hospital y el estado funcional de pacientes con deficiencia cardíaca avanzada. *J Am Coll Tarjeta* 1997; 30(3): 725-732.
- MW Rico, Beckman V, Wittenburg C y col. Una intervención del multidisciplinario para prevenir la readmisión de mayores pacientes con deficiencia cardíaca del congestive. *NEJM* 1995; 333(18): 1190-1195.
- Oriental JA, Molinero NH, De Parker KM y col. Un sistema de dirección comprensivo para la deficiencia cardíaca mejora resultados clínicos y reduce utilización del recurso médico. *Es Tarjeta de J* 1997; 79: 58-63.
- Bloquee L, Fredericks LA, Moore B, Wilker J. El plan y aplicación de un programa de dirección de enfermedad para la deficiencia cardíaca del congestive en un hospital de la comunidad. *CHF* 1997; 3(2): 22-37.
- Williams JF, Bristow MR, Fowler MB y col. Pautas para la evaluación y dirección de deficiencia cardíaca. *J Am la Tarjeta de Coll* 1995; 26(5): 1376-1398.
- Konstam M, Dracup K, Panadero D y col. Deficiencia cardíaca: la evaluación y cuidado de pacientes con izquierda el trastorno sistólico ventricular. Rockville, Md.: la Agencia para la Política de Cuidado de Salud y Investigación; Servicio de Salud público, el Depto. americano de Salud y Servicios del Humano, 1994. Práctica clínica pauta #11. AHCPR Publicaciones No. 94-0612.
- Venner GH, Steelbinder JS. La dirección del equipo de deficiencia cardíaca del congestive por el continuo. *J Cardio Nurs* 1996; 10(2): 71-84.
- Moser DK. Terapia de Maximimizing en el paciente de la deficiencia cardíaca avanzado. *J Cardio Nurs* 1996; 10(2): 29-46.
- Cintron G, Bigas C, Linares E, Aranda JM, Hernández el E. Enfermera practicante papel en una clínica de deficiencia cardíaca de congestive crónica: tiempo del en-hospital, coste, y la satisfacción paciente. *Corazón & el Pulmón* 1983; 12(3): 237-240.
- Kegel LM. Las enfermeras de la práctica adelantadas pueden refinar la dirección de deficiencia cardíaca. *Clin Nurs Especificación* 1995; 9(2): 76-81.
- Hamric AB, Spross JA, Hanson CM (eds). *la Lactancia de la práctica avanzada: Un Acercamiento integrado*. WB Saunders Cía.: Filadelfia, 1996.
- Latón-Mynderse. Dirección de la enfermedad para la deficiencia cardíaca del congestive crónica. *J Cardio Nurs* 1996; 11 (!) :54-62.
- Levine BS, Vestibulo ML. La dirección de deficiencia cardíaca crónica en el enfermo ambulatorio. *AACN Clin Problemas* 1998; 9(2): 257-267.
- Naylor MD. Descarga comprensiva que planea para el anciano. *Res Nurs Salud* 1990; 13: 327-347.
- Mahoney LW. Alimento a los practicantes como prescribers: tendencias de la investigación pasadas y necesidades de estudio de futuro. *Nurs Pract* 1992 17 (!) :44-51.
- Dracup K, Panadero DW, Dunbar SB y col. Dirección de deficiencia cardíaca II: aconsejando, educación, y modificaciones de estilo de vida. *JAMA*, 1994; 272(18): 1442-1446.