

Trabajo de Fin de Grado:

**PROGRAMA PACIENTE EXPERTO EN
INSUFICIENCIA CARDÍACA EN
NAVARRA**

Autor: Nathalie Iriarte Brasil

Director: Dr. Aurelio Barricarte Gurrea

Grado de enfermería 4º curso

1ª convocatoria: 25 de junio de 2014

RESUMEN

La insuficiencia cardíaca supone una enfermedad con una alta repercusión en el sistema sanitario y en la calidad de vida de los pacientes. Actualmente se han desarrollado diversas iniciativas para abordar este problema, en las cuales se fomenta el autocuidado del paciente. Por esta razón se ha planteado como objetivo elaborar de forma teórica un programa de este tipo. Para este proceso se ha realizado una adaptación de la metodología de la Universidad de Standford. La principal característica reside en que las sesiones son impartidas por un "paciente experto" y un/a enfermero/a. Este método favorece el rol activo del paciente y supone una nueva forma de educar a aquellos que padecen insuficiencia cardíaca en Navarra.

PALABRAS CLAVE: Paciente experto, enfermedad crónica, insuficiencia cardíaca, autocuidado, promoción de la salud.

ABSTRACT

Heart failure is a disease that has a strong effect on the healthcare system and patients' quality of life. Currently, initiatives promoting self care have been developed to address this problem. For this reason, the goal of this paperwork is to develop the theoretic framework for one of these programs. In doing so, an adaptation of the Stanford University's methodology was used. As a main feature of this program, sessions are taught by an "expert patient" and a nurse. This method favors the active role of patients and represents a new way of health education for those suffering of heart failure in Navarra.

KEYWORDS: Expert patient, chronic disease, heart failure, self care, health promotion.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
1.1.	Definición	1
1.2.	Incidencia	2
1.3.	Prevalencia	3
1.4.	Morbilidad	3
1.5.	Mortalidad	4
1.6.	Coste	5
1.7.	Calidad de vida.....	5
1.8.	Factores modificables	6
2.	OBJETIVOS.....	7
3.	METODOLOGÍA.....	8
3.1.	Metodología de la Universidad de Stanford	8
3.2.	Instructores de las sesiones	9
3.3.	Selección del profesional sanitario	9
3.4.	Selección y formación del paciente experto	10
3.5.	Grupo diana	11
3.6.	Lugar.....	11
3.7.	Horario, cronograma y duración de las sesiones	11
3.8.	Captación de pacientes y divulgación del programa	11
3.9.	Desarrollo de las sesiones	12
3.10.	Material	12
4.	DESARROLLO	13
	1ª Sesión: ¿Qué es la insuficiencia cardíaca?	13
	2ª Sesión: Vivir con insuficiencia cardíaca	15
	3ª Sesión: Hábitos de vida I	17
	4ª Sesión: Hábitos de vida II	20
	5ª Sesión: Manejo de medicamentos.....	23
	6ª Sesión: Comunicación y toma de decisiones.....	25
	Evaluación	28
5.	DISCUSIÓN.....	29
5.1.	Fortalezas	29
5.2.	Debilidades	30
5.3.	Oportunidades.....	30
5.4.	Amenazas	31
6.	CONCLUSIONES.....	31
7.	AGRADECIMIENTOS.....	32
8.	ANEXOS	33
9.	BIBLIOGRAFIA.....	37

1. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de fin de grado se ha desarrollado el plan de un programa de educación para la salud, dirigido a una de las enfermedades crónicas con más trascendencia en nuestro sistema sanitario, la insuficiencia cardíaca.

El aumento de la prevalencia de esta patología repercute en los diferentes niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud, especialmente en la atención hospitalaria. Esta enfermedad constituye la principal causa de hospitalización en personas mayores de 65 años. Habitualmente estos pacientes reingresan múltiples veces, lo que supone un mayor coste económico para el sistema sanitario y una reducción de la calidad de vida para ellos.

Ante este problema han surgido diversas iniciativas, en las cuales el papel activo del paciente en su salud es cada vez mayor. Algunas formas de abordar dicha situación son los programas de educación y los de rehabilitación cardíaca. Otra de las actividades que resulta reciente en nuestro país, pero que cuenta con varios años de desarrollo en Estados Unidos, son los programas de autocuidado para enfermedades crónicas (CDSMP).

Estos talleres han sido elaborados por la Universidad de Standford y su principal particularidad recae en que las sesiones son impartidas por pacientes crónicos, los cuales padecen la patología sobre la que instruyen a los participantes. De esta forma, se ve esa mayor implicación y responsabilidad del paciente en su autocuidado.

En nuestro país se han desarrollado estos talleres en diversas comunidades autónomas, utilizando los nombres de “escuela de pacientes” o “paciente experto”. En la Comunidad Foral de Navarra de momento no existe ninguna iniciativa de este tipo, por esta razón he decidido elaborar para este trabajo de fin de grado, un programa basado en el modelo del CDSMP que esté dirigido a pacientes que padezcan insuficiencia cardíaca.

Sin embargo, antes de determinar si es necesaria una intervención, se debe plantear un análisis de la situación en la que se estudien diversos parámetros que la justifiquen. Por ello a continuación se expondrá la definición de la insuficiencia cardíaca y el alcance que presenta en algunos indicadores de salud, tales como la incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad; el coste sanitario y no sanitario que implica, el impacto que causa en la calidad de vida y por último los factores modificables del autocuidado.

1.1. Definición

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad en la cual el corazón es incapaz de aportar la sangre necesaria para perfundir los tejidos de forma adecuada (1).

La Sociedad Europea de Cardiología (2) define esta patología como *“un síndrome en el que los pacientes presentan las siguientes características: síntomas de IC, típicamente falta de aire o fatiga tanto en reposo como durante el ejercicio; signos de retención de líquidos, como congestión pulmonar o hinchazón de tobillos, y evidencia objetiva de una alteración cardíaca estructural o funcional en reposo”*. Mediante dicha definición se engloban también a aquellos pacientes que no presentan anomalías estructurales en los estudios morfológicos, pero padecen el síndrome clínico.

Las principales causas de esta patología (3) son el infarto de miocardio, la hipertensión arterial, las enfermedades de válvulas cardíacas y por último los agentes tóxicos, principalmente el alcohol.

Respecto a la clasificación, se pueden emplear diversos criterios (2), para este trabajo es de especial interés el de cronología y el de grado de limitación funcional.

Según la cronología, esta enfermedad puede ser aguda o de primera presentación; o crónica. La insuficiencia cardíaca crónica es la forma más común, en ella los pacientes se encuentran más o menos estables, con una limitación variable de su capacidad funcional y generalmente experimentan reagudizaciones.

La clasificación por grado de limitación funcional está realizada por la New York Heart Association (NYHA), es una herramienta ampliamente utilizada. Esta se encuentra representada en la *tabla 1*.

Tabla 1: Clasificación funcional de la NYHA. Procedencia: Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica (2). Sin modificaciones.

Clasificación funcional de la NYHA. Signos	
Severidad basada en síntomas y actividad física	
Clase I	Sin limitación de la actividad física. El ejercicio físico normal no causa fatiga, palpitaciones o disnea
Clase II	Ligera limitación de la actividad física, sin síntomas en reposo; la actividad física normal causa fatiga, palpitaciones o disnea
Clase III	Acusada limitación de la actividad física, sin síntomas en reposo; cualquier actividad física provoca la aparición de los síntomas
Clase IV	Incapacidad de realizar actividad física; los síntomas de la insuficiencia cardíaca están presentes incluso en reposo y aumentan con cualquier actividad física

1.2. Incidencia

En España solo se dispone un estudio sobre este parámetro (4), que analizó la población de Puerto Real en Cádiz. Para la muestra se seleccionaron los individuos con una edad superior a los 14 años y que estaban adscritos al Sistema Nacional de Salud entre los años 2000 y 2007. Se emplearon los criterios de Framingham como método diagnóstico y se obtuvo una incidencia de 2,96/1.000 personas-año en 2000 y 3,90/1.000 personas-año en 2007.

En el estudio de Rotterdam (4) se realizó el seguimiento de una población de Países Bajos durante 10 años, entre los resultados obtenidos se podía observar que la incidencia se incrementaba con la edad.

1.3. Prevalencia

El aumento de la esperanza de vida de la población y los avances en el diagnóstico, tratamientos y cuidados han repercutido en esta patología, lo que puede observarse mediante el incremento de su prevalencia.

En España existe una carencia de estudios que hayan evaluado este parámetro a nivel nacional (4). En este aspecto destaca el estudio PRICE (Prevalencia de Insuficiencia Cardíaca en España) realizado entre el 2004-2005 (5). En este participaron 15 hospitales pertenecientes a 9 comunidades autónomas, y los centros de salud de influencia en esos hospitales, que fueron 55. Los centros sanitarios no se escogieron de forma aleatoria, si no que se eligieron aquellos que cumplían una serie de criterios y que decidieron participar voluntariamente.

La muestra de pacientes a estudio fue seleccionada con aleatorización, aunque debían tener una edad igual o superior a 45 años. De los 2.703 pacientes invitados a participar, el 66% de ellos aceptaron.

Para determinar el diagnóstico de insuficiencia cardíaca se emplearon los criterios de Framingham por parte de Atención Primaria, y se confirmó en atención especializada mediante la observación de alguna anomalía orgánica o funcional significativa en el ecocardiograma Doppler.

Los resultados obtenidos determinaban una prevalencia de un 6,8% en la población de 45 años y de edad superior. Los datos eran similares en ambos géneros y aumentan de forma considerable con la edad. De esta forma con una edad por encima de los 75 años, la prevalencia de la insuficiencia cardíaca en ambos sexos fue del 16%.

Los datos muestran que esta patología presenta una gran repercusión. Por este motivo, la insuficiencia cardíaca se ha considerado como uno de los procesos crónicos a priorizar dentro de la nueva estrategia para abordar este tipo de enfermedades en el Plan de Salud 2013-2020 (6). Cabe destacar que uno de los objetivos planteados en esa iniciativa es el fomento del autocuidado.

Entre los proyectos propuestos por el Departamento de Salud, se encuentra el de la segmentación de la población de Navarra. Se realizó una primera segmentación general, la cual tenía como objetivos caracterizar a los principales grupos de pacientes crónicos e identificar a pacientes pluripatológicos y aquellos que podrían beneficiarse de estos cambios de modalidad de atención. Se identificaron a 8.990 pacientes con insuficiencia cardíaca, de los cuales 2.625 padecían una única enfermedad, el resto estaban afectados por más de una patología.

Respecto al grupo de pacientes que solo padecen insuficiencia cardíaca, más de la mitad de estos (58,3%) presentan un proceso de gravedad leve. El 18,5% presentan un proceso severo, el resto es de gravedad moderada.

1.4. Morbilidad

La insuficiencia cardíaca constituye la primera causa de hospitalización en pacientes mayores de 65 años (4). Estos ingresos se producen principalmente por una

descompensación de la patología. Habitualmente el mayor número de reingresos tienen lugar tras el diagnóstico y en la fase final de la enfermedad.

Según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (7), la tasa de morbilidad en Navarra para la insuficiencia cardíaca se sitúa en 218 por cada 100.000 habitantes. Las estancias causadas por esta patología, es decir, el número total de días ingresados por los pacientes dados de alta en el año 2012, asciende a 12.900. La estancia media por ingreso fue de 9,27 días. Algunos estudios han identificado que el sexo femenino y la peor clase funcional en la presentación clínica son predictores de estancias más largas (4).

La mayoría de las hospitalizaciones se deben a descompensaciones de la insuficiencia cardíaca. En el estudio Formiga et al. (4) el 29% de los ingresos fueron causados por infecciones (con mayor frecuencia las de tipo respiratorio), el 22% se debieron a arritmias, 16% por anemia y el 12% por la falta adherencia terapéutica.

La mayor parte de los pacientes hospitalizados por una descompensación cumplen las siguientes características: edad avanzada, mayor número de comorbilidades y más de la mitad de estos pertenecen a las clases funcionales III-IV de la NYHA (4).

En el año 2010, la insuficiencia cardíaca estaba presente entre los primeros 25 GRD's¹, constituyendo el 1,23% de los casos de la red hospitalaria (6). Respecto al nivel de atención primaria, esta enfermedad también se encuentra incluida entre los 25 motivos principales de las consultas de nuestra comunidad autónoma, concretamente en la posición número 23.

1.5. Mortalidad

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Según la OMS, en el año 2008 causaron aproximadamente 17 millones de muertes, lo que representa el 48% de las defunciones provocadas por enfermedades crónicas (8).

En España representan la segunda causa de muerte (4), ya que en primer lugar se encuentra el cáncer. Dentro de este grupo, la insuficiencia cardíaca es la cuarta causa de mortalidad, detrás de la cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y otras enfermedades del corazón.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (9), esta patología causó en nuestro país más de 18.000 defunciones en el 2012. En Navarra se produjeron 193 muertes por insuficiencia cardíaca, siendo mayor el número de fallecimientos en mujeres que en hombres.

La mortalidad en esta patología se ha reducido en los últimos años en España (4), pasando de una tasa bruta de 46 casos/100.000 habitantes en el 2000 a los 35 casos/100.000 habitantes en el 2010. Posibles causas de este hecho son un incremento en la adherencia a las guías de práctica clínica, las mejoras farmacológicas y no farmacológicas y el cambio en la codificación diagnóstica de la patología.

¹ GRD: "grupos relacionados por el diagnóstico", constituye un sistema de clasificación de pacientes habitualmente empleado en el ámbito hospitalario.

Sin embargo, esta tendencia también se observa en otras naciones. En el estudio publicado por Laribi et. Al en el 2012 (4), se analizan los datos recogidos en los últimos 20 años en siete países de Europa. Sus resultados sostienen la hipótesis de que esta reducción se debe a la mejoría del tratamiento de la insuficiencia cardíaca sistólica.

1.6. Coste

La atención, cuidados y tratamientos de esta patología producen una gran repercusión económica en el sistema sanitario. Se estima que la insuficiencia cardíaca es la causante del 2% invertido por el Sistema Nacional de Salud (4). La mayor parte de este coste se centra en la atención hospitalaria, debido a los frecuentes reingresos ocasionados por la reagudización de la insuficiencia cardíaca crónica. Estos son los números más recientes, debido a que el último estudio que analizaba los costes nacionales fue el publicado por Antoñanzas et. Al. En 1997 que situaba el gasto entre un 1,8%-3%, del que también la mayor parte del dinero, un 73%, se destinaba a la atención en hospitales (4).

Por último, en la segmentación que se realizó en la población de Navarra (6), se incluyó el cálculo del gasto asociado a las enfermedades crónicas, en el caso de la insuficiencia cardíaca esta cantidad asciende hasta más de 16 millones de euros, con un gasto per cápita de 6.163.

1.7. Calidad de vida

La insuficiencia cardíaca es una de las enfermedades crónicas que influye en mayor medida en la calidad de vida relacionada con la salud. Como se ha comentado anteriormente, esta patología afecta principalmente a personas de edad avanzada y constituye una causa de frecuentes reingresos, lo que repercute en la percepción y valoración de este aspecto. También se debe tener presente el grado funcional en el que se encuentre en la escala de la NYHA (New York Heart Association), ya que la realización de las actividades diarias también pueden verse limitadas.

Este parámetro se ha analizado en diversos estudios. Para su valoración se emplean habitualmente dos cuestionarios (10). Uno de ellos es general, el "Short-Form Health" (SF-36), que permite valorar la calidad de vida de diferentes patologías. El otro cuestionario es específico para la insuficiencia cardíaca, el "Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire" (MLWHFQ), en el que se evalúan las dimensiones física y emocional mediante 21 ítems.

En la provincia de León se realizó una investigación sobre la calidad de vida en la insuficiencia cardíaca (11). Los pacientes se seleccionaron desde atención primaria en una situación clínicamente estable. Los hallazgos encontrados mostraban un deterioro de este parámetro, en el cual la salud física era la principalmente afectada. Se identificaron 7 características asociadas a una peor percepción, tales como estar en un mayor grado de la escala de la NYHA, la depresión, el sexo femenino, los ingresos en el hospital, la edad avanzada, un mayor índice de masa corporal y la enfermedad osteoarticular.

El estudio IC-QoL (12) realizado a nivel nacional, analiza la calidad de vida tras el ingreso hospitalario por una agudización de la insuficiencia cardíaca, durante el periodo de 1 año.

Los resultados mostraron un claro deterioro de este parámetro, al igual que en el estudio anterior, la salud física es la más afectada. Los hombres, pacientes más jóvenes, en grados funcionales I-II y que han sobrevivido al año muestran una mejor percepción de la calidad de vida, aunque esta continua siendo inferior a la de la población general. Solo los pacientes menores de 40 años muestran una mejoría en la percepción de este parámetro. El resto de pacientes alcanzan el nivel máximo al mes y tras esto la percepción se mantiene estable durante el año.

Para concluir este tema, la calidad de vida es un factor importante a tener en cuenta (10), ya que permite valorar el estado en el que se encuentra el paciente y orienta en la determinación de las actuaciones sanitarias para el control de esta enfermedad.

1.8. Factores modificables

En esta patología resulta fundamental una correcta adherencia al régimen terapéutico. Se estima que entre el 20-60% de los pacientes con insuficiencia cardíaca no siguen las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas (2); lo que constituye una causa frecuente de las descompensaciones, y por consiguiente de ingresos hospitalarios.

Un cambio en algunos hábitos del estilo de vida y la toma adecuada del tratamiento farmacológico están asociados a un menor riesgo de morbi-mortalidad (2) (13). Por esta razón, se ha decidido incluir este apartado, ya que existe una serie de comportamientos sobre los que se puede incidir para mejorar el autocuidado y bienestar de los pacientes.

Para iniciar este tema, cabe destacar que el tratamiento farmacológico constituye una de las principales dificultades. Esto se observa especialmente en los pacientes con alguna enfermedad crónica, en los cuales la adherencia disminuye considerablemente tras los 6 meses (13). Algunos de los factores que dificultan este seguimiento son la utilización de múltiples medicamentos y la omisión del número de dosis prescrita. Si bien habitualmente se considera que la responsabilidad de este hecho recae principalmente en el paciente, se deben valorar otros elementos, tales como el entorno, una educación sanitaria inapropiada o la comunicación entre paciente y personal sanitario.

Ahora bien, el cumplimiento del tratamiento no es el único factor que se puede abordar. La dieta constituye otra causa frecuente de estas descompensaciones. La Sociedad Europea de Cardiología (2) establece con un grado de recomendación I² y con un nivel de evidencia C³, que los pacientes deben seguir una dieta restrictiva de sodio para evitar así la retención de líquidos. Entre otras recomendaciones destacan que el sujeto debe saber reconocer los síntomas de su patología, realizar un control del peso de forma frecuente preferiblemente diario y practicar actividad física de forma regular y moderada. Estos aspectos se han abordado en varios programas educativos de diferentes metodologías, los cuales han tenido resultados favorables y han logrado una disminución de los ingresos hospitalarios.

² Grado de recomendación I: "Evidencia y/o acuerdo general de que un determinado procedimiento diagnóstico/tratamiento es beneficioso, útil y efectivo."

³ Nivel de evidencia C: "Consenso de opinión de expertos y/o pequeños estudios, práctica convencional."

2. OBJETIVOS

Objetivo principal: Desarrollar en el plano teórico un programa de autocuidado para la insuficiencia cardíaca en Navarra basado en el modelo de paciente experto.

Objetivos secundarios:

- Involucrar la experiencia del paciente en el proceso de formación de los participantes del programa.
- Promover la adquisición de conocimientos y habilidades para incrementar el control de la enfermedad.
- Potenciar un papel activo y la toma de decisiones respecto a la propia salud.

3. METODOLOGÍA

En este apartado se va a desarrollar la metodología empleada para abordar el problema expuesto anteriormente. Como objetivo de este proyecto se ha planteado el desarrollo de una intervención que favorezca la obtención de conocimientos y habilidades por parte del paciente. Para ello se ha decidido elaborar de forma teórica, un programa de educación grupal basado en la metodología de la Universidad de Stanford. A continuación se explicará en qué consiste el método planteado y aspectos que se van a tener en cuenta en el desarrollo del programa.

3.1. Metodología de la Universidad de Stanford

El *Centro de Investigación para la educación de pacientes* de la Universidad de Stanford (14) cuenta una experiencia de más de 20 años en la elaboración de programas para mejorar el autocuidado de las personas con enfermedades crónicas.

Los programas desarrollados por esta institución están diseñados para que los pacientes adquieran los conocimientos y habilidades necesarios para un correcto control de los síntomas de la patología; así como para el manejo del impacto que ejercen los problemas de salud en sus vidas. En definitiva, los capacita para mejorar su autocuidado.

La efectividad de estos programas se mide mediante un estudio de investigación de 1-4 años de duración. Una vez se ha comprobado que son efectivos, se ofertan para su impartición.

Estos programas constan de 6 sesiones en total, que se realizan 1 vez por semana. La duración de cada una es de entre 2 horas o 2 horas y media, dependiendo de la patología abordada. Las clases son presenciales, aunque también existe una modalidad que permite realizarlas por internet.

Se requiere a dos personas para impartir los talleres. La principal particularidad recae en que estos dirigentes o líderes (reciben originalmente esta denominación) padecen alguna enfermedad crónica. Los instructores generalmente no son profesionales sanitarios, pero reciben una formación específica que los capacitan para enseñar a los participantes.

La universidad cuenta con programas dirigidos a pacientes con artritis, diabetes, personas VIH positivas, dolor crónico y por último, un taller en el que se abarcan diversas enfermedades crónicas (CDSMP).

En este programa (15) se incluyen los siguientes temas: 1) técnicas para manejar problemas como la frustración, fatiga, dolor y soledad; 2) ejercicio apropiado para mejorar la fuerza, flexibilidad y resistencia; 3) uso apropiado de la medicación; 4) comunicación efectiva con familia, amigos y profesionales de la salud; 5) nutrición; 6) toma de decisiones; 7) cómo evaluar nuevos tratamientos.

Esta metodología se ha desarrollado en diversos países tales como Estados Unidos donde se diseñó el programa, Canadá, Reino Unido, Australia, Italia y España entre otros más. En nuestro país se comenzaron a instaurar este tipo de talleres en el año 2006. Se han desarrollado ampliamente 7 iniciativas de este tipo (16) en las comunidades autónomas de Murcia (temporalmente fuera de servicio), Cataluña (comunidad que presenta dos

programas de distintos organismos), Andalucía, Galicia, País Vasco y por último Castilla-La Mancha.

La metodología empleada varía en estas iniciativas, donde se utiliza desde la oficial de la Universidad de Standford, adaptaciones de esta e incluso una de ellas se basa en las experiencias obtenidas por el sistema británico.

Continuando con el tema de la metodología desarrollada por dicha universidad, no hay ningún programa dedicado únicamente a la insuficiencia cardíaca. Esta patología se encuentra englobada en el programa de manejo de enfermedades crónicas, junto a otras enfermedades cardíacas y de otros órganos (15). La “Escuela de Pacientes de Andalucía” y el programa “Pacient Expert” del Instituto Catalán de Salud cuentan con una intervención de este tipo dirigida específicamente a la insuficiencia cardíaca (16).

Estos programas emplean a pacientes para instruir sus clases, aspecto desarrollado por la Universidad de Standford. Sin embargo, no siguen su metodología, sino que emplean adaptaciones. Por ello, debido a que esta institución no cuenta con un taller dedicado sólo a esta patología, y a que ya existen experiencias en este ámbito; se ha decidido realizar una adaptación del programa. A continuación se exponen los requisitos (17) necesarios para desarrollar una intervención de este tipo.

3.2. Instructores de las sesiones

En este modelo educativo son necesarias dos personas que impartan las sesiones. Estas no tienen porqué ser profesionales sanitarios, pero al menos uno de ellos debe padecer una enfermedad crónica (14).

De esta forma se pueden dividir los talleres en dos modalidades, aquellos en los cuales las dos personas que dirigen las sesiones son pacientes, y otros en los cuales uno de ellos es un paciente y la otra persona es un profesional sanitario.

El modelo escogido para este programa ha sido el de la colaboración entre paciente y sanitario. De esta manera el paciente se encargará de aspectos como el afrontamiento y experiencias relacionadas con el padecimiento de la enfermedad. El/la enfermero/a tratará temas técnicos, cómo la sintomatología de la patología o medicación entre otros aspectos que se desarrollarán posteriormente. Sin embargo, en caso de que el paciente encuentre alguna dificultad en las actividades a realizar, el profesional de enfermería podrá intervenir para ayudarlo. Estos no trabajan de forma aislada, sino que colaboran.

3.3. Selección del profesional sanitario

Este profesional va a instruir aspectos técnicos de la enfermedad, por ello debe tener una buena formación para abordar un problema de este tipo. De esta forma, se ha decidido que debe ser un/a enfermero/a especialista en cardiología y que tenga experiencia en trabajar con estos pacientes.

3.4. Selección y formación del paciente experto

En primer lugar, entre las cualidades que debe reunir el paciente experto se encuentra la de estar interesado por participar en el programa y ayudar a personas que padecen la misma patología que él. Además, debe tener unas buenas habilidades comunicativas, ya que tendrá que dirigirse a todo un grupo de pacientes. Por último debe ser una persona que cuide su salud, ya que será un modelo para los participantes del programa.

Tras establecer los requisitos que debe cumplir el paciente experto, se debe planificar el proceso de formación de este. Se le enseñará los conocimientos fundamentales de la patología y régimen terapéutico, y como se van estructurar las actividades a desarrollar en los talleres.

Inicialmente se había planificado que esta intervención se iba a realizar de forma teórica en el nivel de atención primaria, y por consiguiente su formación se realizaría también en este ámbito. Sin embargo al final se descartó la posibilidad de impartir las clases en el centro de salud, por razones que se explicarán en el apartado correspondiente. De esta forma era necesario establecer dónde se realizaría esta intervención.

El proceso de educación de pacientes con esta patología se realiza en la consulta de insuficiencia cardíaca del Complejo Hospitalario de Navarra. Por ello se consideró que ésta sería la opción ideal para formar al paciente experto.

De esta forma, se entró en contacto con la profesional de enfermería que realiza esta tarea, para poder conocer un poco más las funciones que se realizan allí. En esta consulta del Hospital de Navarra se atienden a pacientes provenientes de la consulta de cardiología o de la unidad de hospitalización de esta especialidad. Por lo general son pacientes que sufren descompensaciones, que se encuentran en las clases funcionales III-IV o en los cuales todavía no se han establecido las dosis de fármacos adecuadas. De esta forma, las labores fundamentales de esta consulta son la de educación y la de alcanzar esas dosis de medicación.

Los temas que se incluyen en el proceso educativo son los siguientes: en qué consiste la enfermedad, los fármacos, el ejercicio, dieta, los parámetros de descompensación ante los cuales deben solicitar ayuda de un profesional sanitario y los controles que deben realizar, como el peso diario. No se establece un número de sesiones determinadas para este procedimiento.

Además, de esas funciones, esta consulta supone una vía de acceso directo para los pacientes que atienden. Si ellos perciben signos o síntomas propios de una descompensación, suelen avisar por vía telefónica y acudir al hospital. Es frecuente tener que administrar tratamiento diurético por vía intravenosa y algunas veces hierro en caso de anemia.

Para concluir este apartado, se ha decidido que la selección de pacientes y formación se realizará en esta consulta. Para ello, se escogerán 5 pacientes que cumplan las cualidades mencionadas anteriormente. Si bien no todos ellos van a impartir las sesiones, es necesario haber formado más de los necesarios porque puede surgir algún inconveniente con aquellos que sean seleccionados.

3.5. Grupo diana

El programa está dirigido a pacientes con insuficiencia cardíaca de la localidad de Pamplona. No se realizará distinción por factores como la edad, causa de la insuficiencia cardíaca o nivel funcional. El único criterio necesario que cumplan es que se encuentren capacitados física y cognitivamente como para asistir y participar en las sesiones. Serán necesarios 15 participantes por grupo (17).

3.6. Lugar

En un principio se había decidido que el programa tendría lugar en el centro de salud de la Chantrea. Como se ha comentado anteriormente, la incidencia de esta patología se incrementa con la edad, y este barrio cuenta con un alto porcentaje de población de edad avanzada

Sin embargo, un programa dedicado solo a esta enfermedad y en una población tan definida es algo muy específico y limitado. Por ello se decidió que las sesiones tendrían lugar en el Instituto Navarro de Salud Pública, para que su alcance sea mayor.

3.7. Horario, cronograma y duración de las sesiones

El programa consta de 6 sesiones en total, que se realizan una vez por semana. La distribución de estas sesiones y del horario dependerá de la disponibilidad del lugar. Debido a las dificultades que tienen algunas personas para poder acudir a este tipo de programas, es recomendable que se impartan tanto por el horario de mañana como por el de tarde. De esta forma se constituirán 2 grupos y se precisarán por lo tanto a 2 pacientes expertos.

Es importante que el día escogido para desarrollar estas actividades se establezca de forma que el calendario programado no coincida con días festivos, así se realizarán las sesiones de forma ininterrumpida, evitando tener que posponer alguna de estas.

Respecto a la duración de las sesiones, el programa original de enfermedades crónicas consta de 6 sesiones semanales de 2 horas y media cada una. En cuanto a las iniciativas desarrolladas en España, en la comunidad de Andalucía, se realizan clases virtuales y presenciales. En la de Cataluña en cambio el programa la componen nueve sesiones semanales, con una hora y media de duración cada una. Debido a que este proyecto es una adaptación, la duración establecida será de 2 horas por sesión.

3.8. Captación de pacientes y divulgación del programa

Una vez se haya realizado la formación de los pacientes expertos y se haya establecido el horario y cronograma, se deberá realizar la divulgación del programa y la captación de pacientes. Para ello se realizarán posters que se colocarán en los centros de salud pertenecientes a la localidad. Además se podrá promocionar en las consultas de cardiología y de atención primaria y a través de la sección de salud de la página del Gobierno de Navarra. La Universidad de Standford (17) recomienda que este proceso se realice con aproximadamente dos meses de antelación.

3.9. Desarrollo de las sesiones

Se han estructurado las sesiones de forma que en todas participen ambos instructores. En algunas la intervención de uno es mayor que la del otro instructor, debido a la temática abordada. Los temas que se van a incluir en este programa en función de cada sesión son los siguientes:

- Primera sesión: Conceptos fundamentales de la insuficiencia cardíaca, cómo actuar ante los signos y síntomas de descompensación.
- Segunda sesión: Calidad de vida, cómo reducir los problemas ocasionados por la patología.
- Tercera sesión: Alimentación, vacunaciones, controles de constantes y peso.
- Cuarta sesión: Ejercicio físico, técnicas de ahorro de energía, ejercicios de relajación.
- Quinta sesión: Manejo de la medicación, estrategias para recordar tomar la dosis prescrita.
- Sexta sesión: Comunicación con familiares y profesionales sanitarios, toma de decisiones.

En el apartado de desarrollo este trabajo, se explicarán las actividades que se realizarán en cada sesión. Estas sesiones son de elaboración propia. Se consultó el tipo de técnicas que se emplean en el CDSMP (18) , que son principalmente la tormenta de ideas, la solución de problemas, formulación de planes y toma de decisiones. Al haber realizado una adaptación, se han utilizado estos tipos de técnicas, sin embargo las actividades son diferentes. También se han incluido exposiciones que realizará la enfermera sobre los temas que se van abordar.

3.10. Material

En cada sesión se describe el material necesario para las diferentes actividades. En general la sala en la que se realice el programa debe contar con sillas suficientes para todos los participantes, una pizarra y una pantalla de proyección.

4. DESARROLLO

En esta sección se exponen las 6 sesiones que componen el programa. La estructura de cada una incluye una breve introducción sobre los contenidos a abordar; los objetivos principal y secundarios a conseguir; el desarrollo de la sesión en donde se explican las actividades a realizar, y por último una tabla en la que se resumen estos aspectos.

En las actividades se ha descrito en qué van a consistir y se ha especificado el instructor que las va a impartir, así como el tiempo y material requeridos para llevarlas a cabo.

1ª SESIÓN: ¿Qué es la insuficiencia cardíaca?

Introducción

En esta primera sesión se explicarán conceptos fundamentales sobre la insuficiencia cardíaca, entre los que se incluyen sus causas, los factores desencadenantes de descompensaciones y la sintomatología que ocasiona. Resulta un aspecto de gran importancia que las personas que padezcan esta enfermedad sepan identificar un empeoramiento del estado de salud y soliciten ayuda a los profesionales sanitarios. De esta forma, se favorecerá la adquisición de conocimientos y habilidades para solucionar estos problemas. Esta sesión resulta de gran relevancia, ya que supone la primera toma de contacto con los pacientes; y su desarrollo va a influir en el interés de estos por continuar participando en el programa.

Objetivo principal:

- Enseñar a los pacientes en qué consiste la insuficiencia cardíaca y las consecuencias que tiene en la salud.

Objetivos secundarios:

- Fomentar la adquisición de habilidades para el control de los síntomas.
- Favorecer la compartición de experiencias sobre la patología.

Desarrollo de la sesión:

- **Actividad nº1: Presentación.**
 - Instructor: Enfermera, paciente experto.
 - Descripción: Para comenzar el taller, la enfermera y paciente experto se presentarán ante el grupo y explicarán el papel que van a ejercer durante este proceso. A continuación se le entregará a cada participante una tarjeta en la que escribirán su nombre, para facilitar así que todos se conozcan (los instructores también las usarán). Cada participante se presentará y comentará de forma breve la razón que los motivó a apuntarse al programa y qué es lo que esperan conseguir estas semanas.
 - Material: 20 Tarjetas adhesivas para escribir los nombres, bolígrafos/rotuladores.
 - Tiempo: 20 minutos.

- **Actividad n°2: Exposición sobre la insuficiencia cardíaca.**
 - Instructor: Enfermera.
 - Descripción: La enfermera procederá a realizar una exposición sobre aspectos relacionados con la enfermedad. Esta actividad se realizará interactuando con los pacientes. De esta forma se explicará primero el concepto de insuficiencia cardíaca y las posibles causas que la pueden originar. Luego se les preguntará de forma grupal cuáles son los signos y síntomas que provoca la enfermedad para comprobar los conocimientos que tienen y que la actividad sea participativa. Tras esta intervención se explicará la sintomatología y los factores que pueden desencadenar una descompensación de la enfermedad.
 - Material: Se empleará una presentación de diapositivas que complementará su exposición. Ordenador, USB, pantalla de proyección.
 - Tiempo: 45 minutos.

- **Actividad n°3: Experiencias sobre los síntomas e identificación de los signos de alarma.**
 - Instructor: Paciente experto
 - Descripción: En esta actividad se indicará a los participantes que compartan sus experiencias respecto a la sintomatología de la insuficiencia cardíaca. Podrán indicar si han padecido alguno de estos signos o síntomas, cómo se sintieron o actuaron. Una vez hayan participado todos, se les preguntará cuando consideran necesario solicitar ayuda médica, aspecto que se explicará a continuación. Por último, se le entregará a cada paciente una hoja en la que están descritos estos aspectos.
 - Material: 15 hojas de los signos de alarma (Anexo n°1).
 - Tiempo: 45 minutos (30 minutos para compartir experiencias, 15 minutos para hablar de los signos de alarma).

- **Finalizar la sesión.**
 - Instructor: Enfermera, paciente experto.
 - Descripción: Al final de la sesión se dedicará un tiempo para hacer un resumen de las ideas principales y para resolver dudas pendientes. La enfermera realizará este resumen. Sin embargo también se ha incluido al paciente experto ya que las dudas de los participantes pueden estar dirigidas a ambos instructores.
 - Material: No requiere.
 - Tiempo: 10 minutos.

Tabla 2: Representación de las actividades de la 1ª Sesión. Elaboración propia.

	ACTIVIDAD	DURACIÓN	INSTRUCTOR	MATERIAL
¿QUÉ ES LA INSUFICIENCIA CARDÍACA?	Presentación	25 minutos	Enfermera Paciente experto	Tarjetas adhesivas, bolígrafos.
	Exposición	45 minutos	Enfermera	Powerpoint, ordenador, usb, pantalla.
	Compartir experiencias. Signos de alarma	45 minutos (30+ 15)	Paciente experto	Hojas de signos de alarma.
	Resumen + Dudas pendientes	10 minutos	Enfermera Paciente experto	No requiere.

2ª SESIÓN: Vivir con insuficiencia cardíaca

Introducción

Esta patología tiene una gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes, influyendo de forma física en aspectos tan habituales como la realización de las actividades básicas diarias. Sin embargo también presenta consecuencias en el ámbito emocional, por estas limitaciones que se han comentado o por los frecuentes reingresos entre otras causas. En esta sesión se va abordar este tema, y se enseñará métodos para reducir algunos de estos problemas como la fatiga mediante el uso técnicas de ahorro de energía; o la ansiedad mediante ejercicios de relajación.

Objetivo principal:

- Enseñar a los pacientes técnicas para reducir las limitaciones ocasionadas por la enfermedad.

Objetivos secundarios:

- Determinar el impacto que ocasiona la enfermedad en su calidad de vida.
- Favorecer el desarrollo de soluciones por parte de los pacientes.

Desarrollo de la sesión:

- **Presentación.**
 - Instructor: Enfermera, paciente experto.
 - Descripción: Se les preguntará qué tal han estado, si tienen alguna duda respecto a lo tratado en la sesión anterior. Se les indicará que utilicen las tarjetas adhesivas con sus nombres. Luego se les comentará el tema que se va a abordar ese día.

- Material: Tarjetas adhesivas, bolígrafo.
 - Tiempo: 10 minutos.
- **Actividad nº 1: Cuestionario de calidad de vida.**
- Instructor: Enfermera.
 - Descripción: Esta actividad es individual. Se le entregará a cada paciente el cuestionario “Minnesota Living With Heart Failure (MLWHF)”, que nos permitirá determinar la percepción que tienen sobre los efectos de la patología en su calidad de vida. Los resultados no se pondrán en común, ya que a continuación se realizará una actividad en la cual los participantes compartirán este tipo de experiencias.
 - Material: 15 cuestionarios MLWHF (Anexo nº 2), 15 bolígrafos.
 - Tiempo: 15 minutos.
- **Actividad nº 2: Limitaciones en la insuficiencia cardíaca y soluciones de problemas.**
- Instructor: Paciente experto.
 - Descripción: Los participantes comentarán las limitaciones que les ocasiona la enfermedad y si tienen alguna forma para solucionar o reducir estos problemas. Estas dificultades percibidas se apuntarán en una pizarra y se pedirá la participación activa de los pacientes. Varios de ellos pueden percibir las mismas limitaciones, por lo que compartir estas posibles soluciones puede resultar beneficioso para el grupo, ya que igual no habían concebido esa forma de abordar el problema.
 - Material: Pizarra, tiza/rotulador.
 - Tiempo: 50 minutos.
- **Actividad nº 3: Técnicas de ahorro de energía.**
- Instructor: Enfermera.
 - Descripción: Se enseñarán técnicas para reducir la fatiga durante la realización de las actividades básicas diarias. Ejemplos de estos métodos son la alternancia de períodos de actividad y reposo, colocar o mover diferentes objetos de forma que se realice un esfuerzo menor, etc.
 - Material: Presentación de diapositivas, ordenador, USB, pantalla de proyección.
 - Tiempo: 20 minutos.
- **Actividad nº 4: Ejercicios de relajación.**
- Instructor: Paciente experto.

- Descripción: Se enseñarán ejercicios de relajación y respiración con el fin de que los participantes los puedan practicar de forma habitual para disminuir los niveles de ansiedad.
- Material: No requiere, pero el paciente experto debe saber cuáles son los ejercicios a realizar, aspecto que se ha incluido en su formación.
- Tiempo: 15 minutos.

➤ **Finalización de la sesión.**

- Instructor: Enfermera, paciente experto.
- Descripción: Al igual que la sesión anterior, los últimos minutos se dedicarán recalcar las ideas principales y a resolver posibles dudas.
- Material: No requiere.
- Tiempo: 10 minutos.

Tabla 3: Representación de las actividades de la 2ª Sesión. Elaboración propia

	ACTIVIDAD	DURACIÓN	INSTRUCTOR	MATERIAL
VIVIR CON INSUFICIENCIA CARDÍACA	Presentación	10 minutos	Enfermera Paciente experto	Tarjetas adhesivas.
	Cuestionario	15 minutos	Enfermera	Cuestionario MLWHF.
	Compartir experiencias	50 minutos	Paciente experto	Pizarra, rotulador/tiza.
	Técnicas de ahorro de energía	20 minutos	Enfermera	Powerpoint, usb, ordenador, pantalla.
	Ejercicios de relajación	15 minutos	Paciente experto	No requiere.
	Resumen + Dudas pendientes	10 minutos	Enfermera Paciente experto	No requiere.

3ª SESIÓN: Hábitos de vida I

Introducción

En sesiones anteriores se han abordado temas básicos como el control de la sintomatología y métodos para reducir las limitaciones que ocasiona la enfermedad. Esta

sesión va a tratar sobre los hábitos de vida, tema que se ha estructurado en dos sesiones debido a la gran importancia que tiene. La primera de este bloque va a tratar sobre hábitos que son recomendables adquirir, tales como el control de constantes y peso, las vacunaciones y la alimentación. El tema del ejercicio se abordará en el segundo bloque o 4ª sesión.

Objetivo principal:

- Promover cambios en el estilo de vida que constituyen parte del régimen terapéutico de la patología.

Objetivos secundarios:

- Favorecer el control del peso diario y constantes vitales.
- Fomentar el desarrollo de conocimientos y habilidades para adoptar una alimentación saludable.

Desarrollo de la sesión:

➤ **Presentación.**

- Instructor: Enfermera, paciente experto.
- Descripción: Se presentarán los dos bloques correspondientes a los hábitos de vida y se explicarán las actividades que se realizarán ese día.
- Material: Tarjetas adhesivas para los nombres.
- Tiempo: 10 minutos.

➤ **Actividad nº 1: Tormenta de ideas.**

- Instructor: Paciente experto.
- Descripción: Se realizará una tormenta de ideas en la cual los pacientes deben decir los cambios o adaptaciones que tienen que hacer en el estilo de vida, los cuales se anotarán en la pizarra. Esto nos permitirá comprobar su conocimiento e iniciar la sesión de forma participativa.
- Material: Pizarra, rotulador/tiza.
- Tiempo: 10 minutos.

➤ **Actividad nº 2: Exposición sobre los hábitos de vida.**

- Instructor: Enfermera.
- Descripción: Se realizará una exposición sobre los controles que son recomendables seguir, como son la medición del peso diario y de las constantes vitales. Se explicará porqué es importante controlar estos parámetros y porqué se recomiendan las vacunas antigripal y antineumocócica y cese de tabaco. Por último, se abordará el tema de la alimentación, en donde se explicará en qué

consiste una dieta sana y equilibrada, y las modificaciones que constituyen parte del régimen terapéutico de la insuficiencia cardíaca.

- Material: Presentación de diapositivas, ordenador, USB, pantalla de proyección.
- Tiempo: 45 minutos.

➤ **Actividad nº 3: Preparación de un menú saludable.**

- Instructor: Enfermera, paciente experto.
- Descripción: Los participantes del programa elaborarán de forma escrita un menú saludable para un día entero, con sus correspondientes 5 comidas. Para ello se organizarán en 3 grupos de 5 personas. Esta actividad pretende favorecer el desarrollo de capacidades para adoptar una dieta más saludable. Dispondrán de un tiempo determinado para realizar el menú en el grupo pequeño. Posteriormente se pondrá en común con el resto de participantes. Compartirlo en grupo permitirá dar consejos sobre cómo mejorar esa dieta que han preparado, tanto por parte de la enfermera que presenta conocimientos sobre este tema; como por parte del paciente experto, que sabe lo que supone seguir una dieta de este tipo.
- Material: 3 cartulinas DIN A3, rotuladores.
- Tiempo: 45 minutos (20 minutos para escribir el menú, 25 minutos para ponerlo en común delante del grupo grande).

➤ **Finalización de la sesión.**

- Instructores: Enfermera, paciente experto.
- Descripción: Para terminar la sesión se resolverán las dudas que se hayan podido formular los pacientes. Por último, se les proporcionará la dirección de la página web “heart failure matters” (19). Contiene información muy útil sobre la enfermedad y otros aspectos que se han abordado en el programa. Es un sitio web dirigido a pacientes, desarrollado por la Asociación de Insuficiencia cardíaca de la Sociedad Europea de Cardiología. Para este caso resulta interesante debido a que incluye enlaces a las páginas de la Fundación Española de Corazón y a la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, donde se recopilan recetas para estos pacientes. Además se les proporcionará una hoja en la que pueden anotar su peso y constantes vitales (*Anexo nº3*).
- Material: Pizarra, rotulador/tiza, hojas de control de constantes y peso.
- Duración: 10 minutos.

Tabla 4: Representación de las actividades de la 3ª Sesión. Elaboración propia.

	ACTIVIDAD	DURACIÓN	INSTRUCTOR	MATERIAL
HÁBITOS DE VIDA I	Presentación	10 minutos	Enfermera Paciente experto	Tarjetas adhesivas.
	Tormenta de ideas	10 minutos	Paciente experto	Pizarra, rotulador/tiza.
	Exposición	45 minutos	Enfermera	Powerpoint, USB, ordenador, pantalla.
	Preparación de un menú saludable	45 minutos (20 para escribir el menú, 25 para ponerlo en común).	Enfermera Paciente experto	3 cartulinas DIN A3, rotuladores.
	Resumen + Dudas Página web	10 minutos	Enfermera Paciente experto	Pizarra, rotulador/tiza, hojas de autocontrol.

4ª SESIÓN: Hábitos de vida II

Introducción

Esta sesión pertenece al bloque de contenidos de hábitos de vida, que se ha desarrollado para dos talleres, cómo se ha explicado anteriormente. El tema que se va a abordar es el del ejercicio físico, que supone de gran importancia en el régimen terapéutico de este tipo de pacientes. Sin embargo, el nivel de actividad física recomendable varía en función de la edad del paciente o de su estado funcional, por lo que se enseñará qué tipo de ejercicio resulta beneficioso en función de estas características.

Objetivo principal:

- Promover la inclusión de la actividad física en su vida diaria.

Objetivos secundarios:

- Favorecer la identificación de los beneficios de una práctica regular de ejercicio.
- Enseñar a los pacientes los tipos de ejercicio recomendados.

Desarrollo de la sesión:

- **Presentación.**
 - Instructor: Enfermera, paciente experto

- Descripción: Al igual que en las otras sesiones, se les preguntará que tal han estado los pacientes y si les ha surgido alguna duda sobre lo que se trató en la sesión anterior. Después se presentará el tema que se va abordar.
 - Material: Tarjetas adhesivas para los nombres.
 - Tiempo: 10 minutos.
- **Actividad nº 1: Tormenta de ideas sobre el ejercicio físico.**
- Instructor: Paciente experto
 - Descripción: Se preguntará a los pacientes si creen que el ejercicio físico es recomendable en la insuficiencia cardíaca. Para ello dibujará una tabla en la pizarra con dos columnas, en una de ellas escribirá las razones por las que los pacientes piensan que sí que es importante, y en la otra anotará las razones por las que piensan que no es recomendable.
 - Material: Pizarra, rotulador/tiza.
 - Tiempo: 15 minutos.
- **Actividad nº 2: Exposición sobre el ejercicio físico.**
- Instructor: Enfermera.
 - Descripción: Se expondrán los beneficios que presenta la práctica regular de ejercicio físico para la insuficiencia cardíaca; así como los tipos de actividades recomendadas para esta clase de pacientes.
 - Material: Presentación de diapositivas, ordenador, USB, pantalla de proyección.
 - Tiempo: 40 minutos.
- **Actividad nº 3: Experiencias sobre el ejercicio físico.**
- Instructor: Paciente experto, enfermera. Aunque la actividad la desarrollará el paciente experto, si alguno de los participantes comenta por ejemplo que presenta disnea o mareo durante el ejercicio físico, en esos casos técnicos intervendrá la enfermera. Es necesario establecer que aunque las actividades las realice el paciente experto, si se considera oportuno, el profesional sanitario puede intervenir. Esto ocurre para todas las actividades que se desarrollan a lo largo de este programa. Sin embargo, debido a que el ejercicio físico es un tema con el que hay que tener precaución, se ha considerado importante realizar esta aclaración.
 - Descripción: En esta actividad los pacientes comentarán las experiencias que han tenido con el ejercicio físico, si lo practican de forma habitual o si perciben alguna dificultad para realizarlo.
 - Material: No requiere.
 - Tiempo: 35 minutos.

➤ **Actividad nº 4: Establecer objetivos sobre la actividad física.**

- Instructor: Paciente experto.
- Descripción: Esta actividad es de carácter individual. Se le entregará cada paciente un papel, en el cual anotarán su objetivo personal para incorporar la actividad física en su vida diaria. Deberán apuntar el tipo de actividad que desean realizar, la frecuencia y la duración de esta.
- Material: 15 cuartillas, 15 bolígrafos.
- Tiempo: 10 minutos.

➤ **Finalización de la sesión**

- Instructor: Enfermera, paciente experto.
- Descripción: Los últimos minutos de la sesión se dedicarán a hacer un breve resumen de la sesión y a resolver posibles dudas.
- Material: No requiere
- Tiempo: 10 minutos.

Tabla 5: Representación de las actividades de la 4ª Sesión. Elaboración propia.

	ACTIVIDAD	DURACIÓN	INSTRUCTOR	MATERIAL
HÁBITOS DE VIDA II	Presentación	10 minutos	Enfermera Paciente experto	Tarjeas adhesivas.
	Tormenta de ideas	15 minutos	Paciente experto	Pizarra, rotulador/tiza.
	Exposición	40 minutos	Enfermera	Powerpoint, USB, ordenador, pantalla.
	Experiencias sobre el ejercicio físico	35 minutos	Paciente experto	No requiere
	Establecer objetivos/metás	10 minutos	Enfermera	Cuartillas, bolígrafos.
	Resumen + Dudas pendientes	10 minutos	Enfermera Paciente experto	No requiere.

5ª SESIÓN: Manejo de medicamentos

Introducción

Para el control de esta patología resultan muy importantes las medidas farmacológicas y no farmacológicas. En sesiones anteriores se han abordado los hábitos higienico-dietéticos y el ejercicio físico, en esta quinta sesión se tratará el tema de la medicación. La falta de adherencia a las indicaciones farmacológicas supone una de las causas de descompensación de la insuficiencia cardíaca. Por ello los pacientes deben saber que el cumplimiento del tratamiento no es algo transitorio, sino que deben seguirlo de forma permanente. Por lo tanto, en esta sesión se explicarán los principales grupos de medicamentos que se utilizan en esta patología, así como su utilidad y posibles efectos secundarios.

Objetivo principal

- Enseñar el efecto terapéutico de los principales grupos de fármacos empleados en la insuficiencia cardíaca.

Objetivos secundarios

- Promover la expresión de las dificultades percibidas sobre la medicación.
- Favorecer el desarrollo de habilidades para recordar la toma de medicación.

Desarrollo de la sesión:

- **Presentación.**
 - Instructor: Enfermera, paciente experto.
 - Descripción: Se preguntará qué tal han estado a los pacientes y si les ha surgido alguna duda de lo comentado en las sesiones anteriores. Posteriormente se realizará una introducción sobre los temas que se van a abordar ese día.
 - Material: Tarjetas adhesivas para los nombres.
 - Tiempo: 10 minutos.

- **Actividad nº 1: Tormenta de ideas sobre la medicación.**
 - Instructor: Paciente experto.
 - Descripción: En esta actividad cada participante debe nombrar al menos un medicamento de los que toma, y en caso de que sepa, la utilidad de este. El paciente experto los irá anotando en la pizarra.
 - Material: Pizarra, rotulador/tiza.
 - Tiempo: 15 minutos.

- **Actividad nº 2: Exposición sobre los fármacos.**
 - Instructor: Enfermera.

- Descripción: Se realizará una exposición sobre los fármacos que se emplean en esta patología, haciendo referencia a los nombres apuntados en la actividad anterior. Además se explicará la utilidad de estos y los posibles efectos adversos que pueden ocasionar y para los cuales deben solicitar ayuda de un profesional sanitario.
- Material: Presentación de diapositivas, ordenador, USB, pantalla de proyección.
- Tiempo: 40 minutos.

➤ **Actividad nº 3.**

- Instructor: Paciente experto
- Descripción: Los participantes compartirán sus experiencias en el tema de la medicación, comentando las barreras que perciben o las dificultades que presenta el cumplimiento. El paciente experto anotará estos problemas en la pizarra, una vez que hayan participado todos, se les pedirá posibles soluciones a estas cuestiones. Mediante esta actividad grupal se pretende promover un papel más activo por parte del paciente, en el cual sean estos los que identifiquen métodos para abordar estos problemas.
- Material: Pizarra, rotulador/tiza.
- Tiempo: 45 minutos.

➤ **Finalización de la sesión.**

- Instructor: Enfermera, paciente experto.
- Descripción: Se les preguntará a los participantes si les ha quedado alguna duda sobre lo que se ha explicado. Luego se les entregará una hoja de control de medicación, que la pueden usar si consideran que es un método útil para ellos (*Anexo nº 4*).
- Material: 15 hojas de control de medicamentos.
- Tiempo: 10 minutos.

Tabla 6: Representación de las actividades de la 5ª Sesión. Elaboración propia.

	ACTIVIDAD	DURACIÓN	INSTRUCTOR	MATERIAL
MANEJO DE MEDICACIÓN	Presentación	10 minutos	Enfermera Paciente experto	Tarjetas adhesivas
	Tormenta de ideas	15 minutos	Paciente experto	Pizarra, rotulador/tiza
	Exposición	40 minutos	Enfermera	Powerpoint, USB, ordenador, pantalla
	Compartir experiencias	45 minutos	Paciente experto	Pizarra, rotulador/tiza
	Resumen + Dudas Entrega de fichas	10 minutos	Enfermera Paciente experto	Hojas de medicación

6ª SESIÓN: Comunicación y toma de decisiones

Introducción

Esta última sesión va ser principalmente práctica y al finalizar se realizará la evaluación del programa. Los temas que se van a abordar son la comunicación con familiares o profesionales sanitarios, aspecto que resulta muy importante ya que las limitaciones que ocasiona la enfermedad también tienen repercusiones emocionales. Además, se tratará el tema de la toma de decisiones, en sesiones anteriores se ha facilitado esto mediante intervenciones participativas en los cuales ellos piensan soluciones a los problemas. En esta sesión esa toma de decisiones va a ir dirigida a temas que se han abordado a lo largo del programa.

Objetivo principal

- Integrar los conocimientos aprendidos en el proceso de toma de decisiones.

Objetivos secundarios

- Favorecer la expresión y comunicación de emociones de los pacientes.
- Evaluar la opinión de los participantes sobre el programa.

Desarrollo de la sesión:

- **Presentación.**
 - Instructor: Enfermera, paciente experto.

- Descripción: En esta última sesión se explicarán las actividades que se van a realizar y si han tenido alguna duda sobre lo que se ha tratado en días anteriores.
- Material: Tarjetas adhesivas.
- Tiempo: 10 minutos

➤ **Actividad nº 1: Compartir experiencias sobre la comunicación.**

- Instructor: Paciente experto
- Descripción: Cada paciente describirá si presenta o no dificultades para comunicar aspectos de su enfermedad a familiares o a personal sanitario. Según sea la respuesta, deberá decir por qué tiene esa percepción o cuáles son las ventajas o inconvenientes que nota.
- Material: No requiere.
- Tiempo: 40 minutos.

➤ **Actividad nº 2: Resolución de casos.**

- Instructor: Enfermera, paciente experto.
- Descripción: Los pacientes se organizarán en 3 grupos de 5 personas cada uno. Se les entregará una hoja a cada grupo con los siguientes casos (elaboración propia):

Caso nº1: María tiene 55 años, se le diagnosticó hace 6 meses de insuficiencia cardíaca. Toma la medicación prescrita, pero no realiza ninguna otra intervención para cuidarse. ¿Crees que está realizando un buen control? ¿Qué harías tú en su lugar?

- Respuesta: No está realizando todas las actividades que requiere el cuidado de esta enfermedad. Es recomendable seguir una dieta baja en sal, controlar diariamente el peso y constantes vitales y acudir al centro de salud para que le administren la vacuna antigripal y antineumocócica.

Caso nº 2: Juan es un señor de 68 años que está diagnosticado de insuficiencia cardíaca. Realiza un buen control de la dieta y toma el tratamiento indicado por el médico. Estaba haciendo la cama y de repente ha notado un dolor en el pecho. Se ha tumbado para ver si se le pasaba, ha esperado 15 minutos, pero el dolor continúa. ¿Qué crees que debería hacer? ¿Qué le puede estar pasando?

- Respuesta: El dolor torácico es un signo de alarma. En primer lugar debe esperar para ver si se reduce. Si este dolor dura más de 15 minutos y no se alivia ni con el reposo ni con nitroglicerina (en caso de que el médico lo haya prescrito), debe solicitar ayuda al servicio de urgencias. Esto puede señalar un empeoramiento de la insuficiencia cardíaca, angina de pecho o infarto agudo de miocardio (19).

Caso nº3: Javier tiene 74 años, vive solo y está diagnosticado de insuficiencia cardíaca. Sigue una dieta baja en sal, sale a caminar y se pesa diariamente. Sin embargo a veces se le olvida tomar alguno de los fármacos prescritos. ¿Le puedes dar algún consejo para recordarlo?

- Respuesta: Existen diversas técnicas para controlar la medicación, como tomar los fármacos siempre a la misma hora, utilizar alarmas para acordarse, anotarlos en la hoja de medicación, o utilizar pastilleros.

La hoja que se les entregue no tiene la respuesta escrita, si no que en su lugar hay un espacio en blanco para que puedan poner anotar ahí la solución del caso. Cada grupo debe realizar los 3 casos presentados. Para esta actividad dispondrán de un tiempo determinado. Posteriormente se pondrá en común ante la clase. Los grupos deben nombrar un portavoz y se le asignará un caso a cada uno (aunque han respondido a todos). Si su respuesta no es completa, se preguntará al resto de participantes si han añadido algo más, en caso contrario se facilitará esa parte de la solución. Tras el caso número 2, se les preguntará si recuerdan algún otro signo de alarma para poder repasarlos y comprobar su conocimiento.

- Material: 15 Hojas de casos, 15 bolígrafos.
- Tiempo: 45 minutos (20 minutos para hacer los casos de forma escrita, 25 minutos para ponerlos en común).

➤ **Evaluación.**

- Instructor: Enfermera, paciente experto.
- Descripción: A cada paciente se le entregará una hoja con una serie de preguntas para valorar su opinión sobre el programa.
- Material: 15 hojas de evaluación, 15 bolígrafos.
- Tiempo: 15 minutos

Tabla 7: Representación de las actividades de la 6ª Sesión. Elaboración propia.

	ACTIVIDAD	DURACIÓN	INSTRUCTOR	MATERIAL
MANEJO DE MEDICACIÓN	Presentación	10 minutos	Enfermera Paciente experto	Tarjetas adhesivas
	Compartir experiencias	40 minutos	Paciente experto	No requiere
	Resolución de casos	45 minutos	Enfermera Paciente experto	Hojas de casos, bolígrafos
	Evaluación	15 minutos	Enfermera Paciente experto	Hojas de evaluación, bolígrafos

Evaluación

Para evaluar este programa se empleará un cuestionario que se entregará a cada participante. Esto permitirá conocer su opinión sobre diferentes temas, y determinar las cuestiones a mejorar o modificar.

Ilustración 1: Hoja de evaluación. Elaboración propia.

Marque una X en las siguientes casillas para darnos su opinión de las siguientes cuestiones:

1= Muy mal/muy inadecuado
5 = Muy bien/muy adecuado

	1	2	3	4	5
Profesional sanitario					
Paciente experto					
Utilidad de los temas abordados					
Actividades realizadas					
Horario					
Duración de las sesiones					
Satisfacción respecto al programa					

¿Qué es lo que más le ha gustado del programa?

¿Y lo que menos le ha gustado?

Otros comentarios:

5. DISCUSIÓN

En este trabajo de fin de grado se ha planteado el desarrollo de forma teórica de un programa de educación para la salud, dirigido a pacientes con insuficiencia cardíaca. Por este motivo, en el presente apartado se va realizar un análisis DAFO, en el cual se examinan las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades que conlleva una iniciativa de este tipo.

5.1. Fortalezas

Para iniciar esta sección cabe destacar que este programa es un tipo de actividad cuya finalidad es la promoción de la salud.

En la Carta de Ottawa (20) de 1986 queda documentada la primera conferencia sobre este ámbito de intervención. En ella se establecen cinco estrategias de actuación para lograr esta promoción de la salud. Entre estas se encuentra la estrategia de “desarrollo de habilidades personales”. Para lograr esto se debe aportar información, educación sanitaria y fomentar las habilidades para la vida del paciente.

Esta breve introducción tiene relación con el programa que se ha diseñado, ya que los contenidos tratados van dirigidos a ese desarrollo de habilidades personales. Este proyecto incluye exposiciones sobre el régimen terapéutico y cambios del estilo de vida requeridos en la insuficiencia cardíaca; para favorecer así la adquisición de conocimientos del paciente. Así, también se realizan actividades para potenciar el desarrollo de habilidades, solución de problemas y toma de decisiones. Por lo tanto, estas acciones tienen como objetivo fomentar el control de la propia enfermedad, que supone una parte fundamental del tratamiento de esta patología (2).

Respecto a la metodología empleada, la actividad grupal y la figura de paciente experto nos muestran una mayor participación de los pacientes respecto a su salud. Esto promueve ese cambio de un modelo paternalista a uno en el cual el paciente adquiere más responsabilidad (16).

En cuanto a los instructores, estos preferiblemente deben ser personas con una enfermedad crónica. Sin embargo la Universidad de Standford (17) establece que es recomendable tener algún contacto perteneciente al ámbito sanitario para poder responder preguntas médicas.

En algunos programas la enfermera colabora con el paciente (21) . En otros el profesional sanitario adquiere un papel observador (22) y el paciente experto es el único encargado de impartir las sesiones. Su intervención resulta adecuada debido a que este ha padecido la sintomatología ocasionada por la enfermedad, ha vivido experiencias similares que los participantes del programa y emplea un lenguaje similar a estos.

De esta forma, mediante la colaboración de paciente y sanitario se abarcan estos dos aspectos; la ayuda del profesional en cuestiones relacionadas con temas técnicos de la enfermedad y la experiencia del paciente que los ha padecido.

5.2. Debilidades

Una vez expuestas las fortalezas de este programa, es necesario establecer las limitaciones que tiene.

Primero respecto a la metodología Stanford, cómo se ha comentado anteriormente, no ha desarrollado un taller de este tipo dirigido a pacientes con insuficiencia cardíaca; si no que esta patología se encuentra englobada junto a otras enfermedades en un programa para los problemas crónicos (15). Además, si se desea emplear el método elaborado por esta universidad, es necesario obtener una licencia para impartir sus programas (17) con el consiguiente coste que representa dicha adquisición. De esta forma se deben impartir las actividades diseñadas por ellos y la formación del paciente experto se realiza mediante personas que han obtenido una cualificación otorgada por dicho organismo.

Continuando con el tema económico, se debe tener presente que implantar actividades de este tipo requiere un coste por los recursos humanos y materiales. En esta cuestión se debe resaltar el papel del paciente experto. Algunas instituciones compensan económicamente su colaboración (17). Si bien la Universidad de Stanford recalca que ésta no debe ser su fuente de motivación, si no que su participación debe provenir del deseo de ayudar a otras personas. De todas formas, es necesario establecer si el paciente experto debe recibir algún incentivo o reconocimiento por su contribución.

Respecto a la perspectiva de algunos profesionales sanitarios, esta puede suponer otra barrera, ya que existe una dificultad para aceptar el nuevo papel del paciente (16). Aquellas personas pertenecientes al ámbito de atención primaria aceptan en mayor medida la participación de este, en comparación con los de atención especializada (23).

Otro aspecto a tener en cuenta son las experiencias desarrolladas por otros estados. En Países Bajos (21) se realizó un ensayo controlado aleatorio con 12 meses de seguimiento a 317 pacientes con insuficiencia cardíaca. Sus resultados mostraban un aumento de la actividad física tras 6 meses después de haber finalizado el programa; pero no se obtuvieron cambios significativos en cuanto a comportamientos relacionados con la salud o utilización de asistencia sanitaria. Los autores establecen que una de las causas que puede haber influido en estos resultados es el pequeño contraste existente entre los pacientes del grupo de control y de intervención; aunque otros estudios muestran resultados similares.

Por último, existe una falta de estudios que evalúen el impacto de estos programas en nuestro país (16), ya que de momento solo hay datos de la intervención desarrollada en Cataluña.

5.3. Oportunidades

Respecto a los factores externos, cabe destacar que el tipo de atención sanitaria proporcionada a los pacientes ha ido cambiando a lo largo de los años. Un ejemplo de estas modificaciones supone el paso de un modelo paternalista, al reconocimiento del derecho de autonomía del paciente (24).

Este nuevo rol del paciente se puede observar en las estrategias elaboradas para abordar el problema de las enfermedades crónicas, en el cual el autocuidado adquiere mayor importancia (16); hecho que se ha tenido en cuenta para la realización de este proyecto.

Respecto al tema de la insuficiencia cardíaca, se han desarrollado iniciativas dirigidas a estos pacientes, concretamente en Andalucía y Cataluña.

A fecha de 2008 ya se habían realizado 10 grupos de pacientes con esta patología en Cataluña (22). Cabe destacar que en esta comunidad autónoma se realizó un estudio controlado en el cual los resultados obtenidos indicaban un aumento de los conocimientos y mejoría en los hábitos de vida. También se mostraba una disminución del grado de dependencia y un aumento de la calidad de vida; los resultados de estos parámetros mejoraron significativamente después de los 6 y 12 meses. Por último, los resultados de satisfacción de los participantes también fueron elevados.

5.4. Amenazas

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad con una prevalencia considerable. El programa que se ha planteado incluye a 30 participantes en total, pertenecientes al horario de mañana y de tarde. Por lo tanto, varios pacientes pueden desear apuntarse a esta iniciativa, pero no todos podrán hacerlo debido a que el número de plazas es limitado. Sin embargo, en caso de que se obtengan unos buenos resultados, esta experiencia se puede repetir cómo se ha hecho en Andalucía y Cataluña.

Respecto al lugar dónde se ha decidido impartir el programa, este puede influir en que los pacientes decidan participar o no, debido a que algunos viven a mayor distancia y eso puede suponer una limitación.

Para finalizar, en el apartado de debilidades se ha comentado que existen dificultades en el sector sanitario para aceptar la participación activa del paciente. Estas barreras también se perciben en algunos pacientes. Los principales factores que influyen en este tema, a parte del rechazo de este nuevo rol, son un bajo nivel de educación sanitaria y la falta de conocimiento sobre el problema de salud. Otras características que repercuten en la participación de los pacientes son la patología que presenta, el tipo de decisiones, la edad, sexo, nivel socioeconómico y origen étnico (23).

6. CONCLUSIONES

Para finalizar este trabajo se establecen las siguientes conclusiones:

- El desarrollo de un programa como el que se ha planteado supone una nueva forma de educar a los pacientes con insuficiencia cardíaca en Navarra.
- Esta metodología promueve una mayor implicación del paciente en su propia salud y en el proceso de toma de decisiones.
- La figura de paciente experto representa un modelo a seguir por los participantes del programa.
- Es necesario desarrollar más estudios para determinar la repercusión de estos programas en indicadores como morbi-mortalidad, coste-efectividad, calidad de vida y conocimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca o con otras enfermedades.

7. AGRADECIMIENTOS

A Don Aurelio Barricarte por su ayuda en la elaboración de este trabajo.

A Dña. Leticia Napal Agos, de la consulta de insuficiencia cardíaca del Complejo Hospitalario de Navarra, por su colaboración.

8. ANEXOS

Anexo nº1: Hoja de signos de alarma.

Empleada en la 1ª Sesión. Procedencia: www.heartfailurematters.org (19)



SIGNOS DE ALERTA

Es importante que vigile todos sus síntomas de forma regular. Este documento es un recordatorio rápido de los síntomas que debe vigilar y de lo que tiene que hacer si aparecen.

AVISE INMEDIATAMENTE SI PRESENTA UNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS :
<ul style="list-style-type: none">• Dolor torácico persistente que no se alivia con nitroglicerina• Disnea intensa y persistente• Desvanecimiento

AVISE LO ANTES POSIBLE A SU MÉDICO O ENFERMERA SI PRESENTA UNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS :
<ul style="list-style-type: none">• Aumento de la disnea y tolerancia cada vez menor de la actividad• Despertares constantes por disnea• Necesita más almohadas para dormir con comodidad• Frecuencia cardíaca rápida o empeoramiento de las palpitaciones

HABLE CON SU MÉDICO O ENFERMERA EN CASO DE :
<ul style="list-style-type: none">• Aumento rápido de peso de más de 2 kilos en tres días• Hinchazón o dolor progresivos en el abdomen• Aumento de la hinchazón de las piernas o los tobillos• Empeoramiento de los mareos• Inapetencia / náuseas• Aumento de la fatiga• Empeoramiento de la tos

Importante : Si tiene otros síntomas que le preocupan, hable con su médico o enfermera.

En caso de urgencia, llame a : (indique el nombre de su médico o enfermera)	
Número de teléfono :	

Elaborado por la Asociación de Insuficiencia Cardíaca (Heart Failure Association) de la Sociedad Europea de Cardiología (European Society of Cardiology).

Anexo nº2: Cuestionario Minnesota Living With Heart Failure

Empleado en la 2ª sesión (25)

Su insuficiencia cardíaca le ha impedido vivir con normalidad durante último mes ¿por:

	NO	MUY POCO				MUCHÍSIMO
1. Causarle edemas en tobillos o piernas?	0	1	2	3	4	5
2. Hacer que permanezca sentado o tumbado la mayor parte del día?	0	1	2	3	4	5
3. Hacerle difícil pasear o subir escaleras?	0	1	2	3	4	5
4. Hacerle difícil realizar el trabajo de la casa?	0	1	2	3	4	5
5. Hacerle difícil ir a lugares fuera de la casa?	0	1	2	3	4	5
6. Hacerle difícil dormir bien por la noche?	0	1	2	3	4	5
7. Hacerle difícil relacionarse o hacer cosas con sus amigos o familiares?	0	1	2	3	4	5
8. Hacerle difícil trabajar?	0	1	2	3	4	5
9. Dificultarle realizar actividades recreativas, deporte o aficiones?	0	1	2	3	4	5
10. Dificultarle realizar actividades sexuales?	0	1	2	3	4	5
11. Hacerle comer menos de los alimentos que le gustan?	0	1	2	3	4	5
12. Entrecortarle la respiración?	0	1	2	3	4	5
13. Provocarle cansancio, fatiga, o falta de energía?	0	1	2	3	4	5
14. Haber precisado ingreso hospitalario?	0	1	2	3	4	5
15. Destinar dinero para la atención médica?	0	1	2	3	4	5
16. Presentar efectos secundarios por el tratamiento?	0	1	2	3	4	5
17. Hacerle sentir que es una carga para su familia o amigos?	0	1	2	3	4	5
18. Hacerle sentir que pierde el control de su vida?	0	1	2	3	4	5
19. Hacerle que se sienta preocupado?	0	1	2	3	4	5
20. Hacerle difícil concentrarse o recordar las cosas?	0	1	2	3	4	5
21. Hacerle sentirse deprimido?	0	1	2	3	4	5

Anexo nº3: Hojas de control de peso y constantes vitales

Empleado en la 3ª sesión. Procedencia: www.heartfailurematters.org (19)



VIGILANCIA DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA - FICHA DE SIGNOS

Utilice la tabla siguiente para medir y anotar su peso, tensión arterial y frecuencia cardíaca. Lleve la ficha a la próxima cita con el médico o la enfermera para examinar las posibles variaciones. Si advierte cambios importantes, informe cuanto antes a su médico o enfermera.

MES : <input type="text"/>	MEDIDA	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB	DOM
Semana del ___ al ___	PESO (kg)							
	TENSION ARTERIAL (mm Hg)	/	/	/	/	/	/	/
	FRECUENCIA CARDIACA (latidos por min.)							
Semana del ___ al ___	PESO (kg)							
	TENSION ARTERIAL (mm Hg)	/	/	/	/	/	/	/
	FRECUENCIA CARDIACA (latidos por min.)							
Semana del ___ al ___	PESO (kg)							
	TENSION ARTERIAL (mm Hg)	/	/	/	/	/	/	/
	FRECUENCIA CARDIACA (latidos por min.)							
Semana del ___ al ___	PESO (kg)							
	TENSION ARTERIAL (mm Hg)	/	/	/	/	/	/	/
	FRECUENCIA CARDIACA (latidos por min.)							

Elaborado por la Asociación de Insuficiencia Cardíaca (Heart Failure Association) de la Sociedad Europea de Cardiología (European Society of Cardiology).

Anexo nº4: Hojas de medicación

Empleado en la 5ª sesión. Procedencia: www.heartfailurematters.org (19)



FICHA DE MEDICAMENTOS

Utilice la tabla siguiente para anotar detalles de los medicamentos que tiene que tomar cada día. Esto le puede ser útil cuando rellene el pastillero al principio de la semana.

	MEDICAMENTO	DOSIS	HORA	INSTRUCCIONES ESPECIALES
MAÑANA				
TARDE				
NOCHE				

Elaborado por la Asociación de Insuficiencia Cardíaca (Heart Failure Association) de la Sociedad Europea de Cardiología (European Society of Cardiology).

9. BIBLIOGRAFIA

1. Roig, E. La insuficiencia cardíaca. In: Rodés J, Maria Piqué J, Trilla A. Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA. Bilbao: Nerea S.A; 2007. p 231-239.
2. Sociedad Europea de Cardiología. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). Rev. Esp. Cardiol. [en línea] 2008 (Versión corregida 03/03/2010) [fecha de acceso: 2014]; 61(12): p. 1329.e1-1329.e70. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/linkresolver/guia-practica-clinica-sociedad-europea/13129755/>
3. Bover Freire, R. La insuficiencia cardíaca crónica. In: López Farre A, Macaya Miguel C. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA. 1st ed. Bilbao: Nerea S.A; 2009. p 359-367.
4. Sayago Silva I, García López F, Segovia Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. Rev. Esp. Cardiol. [en línea] 2013 [fecha de acceso: 2014]; 66(8): p. 649-656. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-insuficiencia-cardiaca-espana-los/articulo/90210675/>
5. Anguita Sánchez M, Crespo Leiro M, De Teresa Galván 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. Rev. Esp. Cardiol. [en línea] 2008 [fecha de acceso: 2014]; 61(10): p. 1041-1049. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-insuficiencia-cardiaca-poblacion-general/articulo/13126044/>
6. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos [en línea] 2013 [fecha de acceso: 2014] Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Planes+y+programas/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluri+patologicos.htm
7. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria [en línea] 2012 [citado en 2014] Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do;jsessionid=FE62A6562660D21AE0AAB09C478F36DF.jaxi03?type=pcaxis&path=/t15/p414&file=inebase&L=0>].

8. World Health Organization. Global status report [en línea] 2010 [citado en 2014] Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
9. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte [en línea] 201 [citado en 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do;jsessionid=4D653222FB624DE27D347FC14C9E9A39.jaxi03?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>.
10. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Insuficiencia cardiaca e instrumentos para medir la calidad de vida. Rev. Esp. Cardiol. [en línea] 2008 [fecha de acceso: 2014]; 61(3): p. 233-235. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/insuficiencia-cardiaca-e-instrumentos-medir/articulo/13116649/>
11. Naveiro Rilo J, Díez Juárez M, Flores Zurutuza L, Rodríguez García M, Rebollo Gutiérrez F, Romero Blanco A. La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardiaca: visión desde atención primaria de salud. Gac. Sanit. [en línea] 2012 [fecha de acceso: 2014]; 26(5): p. 436-443. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112012000500008&script=sci_arttext
12. Soriano N, Ribera A, Marsal J, Brotons C, Cascant P, Permanyer-Miralda G. Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca. Estudio IC-QoL. Rev. Esp. Cardiol. [en línea] 2010 [fecha de acceso: 2014]; 63(6): p. 668-676. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/evolucion-calidad-vida-relacionada-con/articulo/13151003/>
13. Conthe P, Tejerina F. Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes. Rev. Esp. Cardiol. [en línea] 2007 [fecha de acceso:2014]; Supl(7): p. 57F-66F. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/adhesion-al-tratamiento-calidad-vida/articulo/13110832/>
14. Stanford School of Medicine. Stanford Small-Group Self-Management Programs in English [Online]. [citado en 2014]. Disponible en: <http://patienteducation.stanford.edu/programs/>.
15. Stanford School of Medicine. Chronic Disease Self-Management Program. [Internet]. [citado en 2014]. Disponible en: <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>
16. Nuño Solinis R, Rodríguez Pereira C, Piñera Elorriaga K, Zaballa González I, Bikandi Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. Gac. Sanit. [en línea] 2013 [fecha de acceso:2014]; 27(4): p. 332-337. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/gv/v27n4/original7.pdf>

17. Stanford University. Stanford Patient Education Research Center. Implementation Manual. Stanford Self-Management Programs; 2008.
18. Stanford University. The Chronic Disease Self-Management Program. Leaders Manual. Leaders Manual; 2006 (revised June 2010).
19. Asociación de Insuficiencia cardíaca de la Sociedad Europea de Cardiología. Heart Failure Matters. [Internet]. [citado en 2014]. Disponible en: http://www.heartfailurematters.org/es_ES.
20. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud; 1986.
21. Smeulders E, Van Haastregt J, Ambergen T, Janssen-Boyne J, Van Eijk J, Kempen G. The impact of a self-management group programme on health behaviour and healthcare utilization among congestive heart failure patients. Eur. J. Cardiol. 2009; 11(0): p. 609-616.
22. González Mestre A. De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut. RISAI. [en línea] 2008 [fecha de acceso:2014]; 1(1): p. 1-3. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=risai>
23. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. [en línea] Gac. Sanit. 2012 [fecha de acceso:2014]; 26(Supl 1): p. 158-161. Disponible en: <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fgacetasanitaria.elsevier.es%2Fes%2Fpdf%2FS0213911111003694%2FS300%2F&ei=l2ygU-bIOs-S0QXByYG4BQ&usg=AFQjCNGz2Yb5DCYxbZGG5d9XHtO7AFxZiA&bvm=bv.68911936,d.d2k>
24. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274. 15 - 11 - 2002. p. 40126 - 40132.
25. Ucha M, Amador L. XIV Reunión de insuficiencia cardíaca. 14 - 15 junio 2012; Donostia, San Sebastián.