

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS TIENE NUESTRA JOVEN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA?

Programa de Rehabilitación Cardíaca

WHAT ARE THE ALTERNATIVES FOR OUR YOUNG HEART FAILURE PATIENT?

Cardiac Rehabilitation Program

Autores

Esther Alejandra Duque López¹, M^a Mercedes Rodrigo Cuadrado², Asunción Mendiola Martínez¹, Elena Ana Garrote Beato³, Estrella Barreñada Copete⁴

Diplomado Universitario de Enfermería: Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

¹ Pruebas funcionales, Insuficiencia Cardíaca y Hemodinámica

² Pruebas funcionales, Insuficiencia Cardíaca, Hemodinámica y Electrofisiología

³ Enfermera en la unidad de Cardiología: Pruebas funcionales e Insuficiencia Cardíaca.

⁴ Pruebas funcionales, Insuficiencia Cardíaca, Rehabilitación Cardíaca y Hemodinámica.

DOI: <https://doi.org/10.59322/91.3747.KJ4>

Dirección para correspondencia

Esther Alejandra Duque López
C/ Budapest nº 1
28925 Alcorcón-Madrid

Correo electrónico

sanduquelo@hotmial.com

RESUMEN

- **Introducción.** Se presenta el caso de una mujer de 41 años, que acude a urgencias por disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, ortopnea y disnea paroxística nocturna junto con tos seca no productiva, dolor punzante en hemitórax izquierdo con palpitations. Durante su ingreso se realiza ecocardiograma y resonancia magnética nuclear cardíaca siendo el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva con disfunción ventricular severa biventricular, miocardiopatía dilatada con una fracción eyección ventrículo izquierdo de 12-15% y trombo en ápex ventricular. Al alta se remite a nuestra consulta de enfermería de insuficiencia cardíaca. Tras optimización de tratamiento farmacológico con cuádruple terapia evoluciona favorablemente sin datos congestivos y con mejoría de la fracción eyección de ventrículo izquierdo a 35%. Se realiza ergoespirometría para su inclusión en el programa de rehabilitación cardíaca, que tras 26 días muestra mejoría significativa de clase funcional, parámetros antropométricos, control óptimo de los factores riesgo cardiovascular y de la fracción de eyección a 40%.
- **El objetivo** es demostrar la importancia de poder coordinar dos unidades de cardiología para identificar los problemas reales y potenciales asociados al proceso y a la mejora de conocimientos. Logrando el restablecimiento de nuestra paciente.
- **Conclusión.** En la detección de posibles complicaciones y su resolución es esencial la elaboración de un plan de cuidados enfermero individualizado y la coordinación del equipo multidisciplinar para poder realizar el abordaje de la enfermedad de la forma más correcta posible y reducir al mínimo las complicaciones.

Palabras clave: miocardiopatía dilatada, insuficiencia cardíaca congestiva, rehabilitación cardíaca, terminología normalizada de enfermería, ansiedad.



ABSTRACT

- ▶ **Introduction:** We present the case of a 41-year-old woman, who came to the emergency room due to progressive dyspnea until reaching minimal effort, orthopnea, and paroxysmal nocturnal dyspnea along with a dry non-productive cough, stabbing pain in the left hemithorax with palpitations. During their admission, an echocardiogram and cardiac magnetic resonance imaging were performed, resulting in the diagnosis of congestive heart failure with severe biventricular ventricular dysfunction, dilated cardiomyopathy with a left ventricular ejection fraction of 12-15%, and thrombus in the ventricular apex. Upon discharge, the patient was referred to our heart failure nursing clinic. After optimization of pharmacological treatment with quadruple therapy, the patient progressed favorably without congestive symptoms and with improvement in left ventricular ejection fraction to 35%. Ergospirometry was performed for inclusion in the cardiac rehabilitation program, which, after 26 days, showed significant improvement in functional class, anthropometric parameters, optimal control of cardiovascular risk factors, and an ejection fraction of 40%.
- ▶ **The objective** was to demonstrate the importance of being able to coordinate two cardiology units to identify real and potential problems associated with the process and to expand our knowledge, achieving the recovery of our patient.
- ▶ **Conclusion.** In the detection of possible complications and their resolution, the development of an individualized nursing care plan and the coordination of the multidisciplinary team are essential to approach the disease in the best manner possible and reduce complications to a minimum.

Keywords: dilated cardiomyopathy, congestive heart failure, cardiac rehabilitation, standard nursing terminology, anxiety.

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) no es un diagnóstico patológico único, sino que se trata de un síndrome clínico causado por una anomalía cardíaca estructural o funcional. La identificación de la etiología es fundamental para el diagnóstico de la IC, ya que la afectación específica puede determinar el tratamiento. Normalmente la IC está causada por una disfunción miocárdica (ya sea sistólica, diastólica o ambas)^{1,2}.

La miocardiopatía dilatada idiopática (MCDI) es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de dilatación de uno o ambos ventrículos asociado a un deterioro de la función sistólica. Su incidencia se estima entre 5-8 casos cada 100.000 habitantes por año. La MCDI constituye una de las causas más importantes de IC en la población joven. Siendo una causa importante de morbimortalidad cardiovascular, pudiendo llegar incluso hasta el 50% de mortalidad y

arritmias a los 2 años después de efectuado el diagnóstico.^{1,3}

Las guías para el diagnóstico y tratamiento de la IC recomiendan que los pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida (IC-FEr) reciban tratamiento con: betabloqueante (BB), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) o inhibidores del receptor de angiotensina-nepirilina (ARNI), antialdosterónicos e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (isltg-2) (Tabla 1). Así como la inclusión en programas de rehabilitación cardíaca (RHC) (Tabla 2). Todos ellos con un nivel de recomendación IA.

Distintos ensayos clínicos y metaanálisis de datos de pacientes con ICFEr muestran que el ejercicio de rehabilitación mejora el consumo pico de oxígeno (VO₂), la capacidad de ejercicio y la calidad de vida, reduciendo así el número de hospitalizaciones⁴⁻⁵

Tabla 1

Tratamientos farmacológicos indicados para pacientes con insuficiencia cardiaca (NYHA II-IV) y fracción eyección reducida (FEVI < ó = 40%). Fuente: McDonagh T.A et.al. ⁴

Recomendaciones	Clase (a)	Nivel (b)
Para los pacientes con IC-FEr, se recomienda un IECA para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte	I	A
Para los pacientes con IC-FEr estable, se recomienda un bloqueador beta para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte	I	A
Para los pacientes con IC-FEr, se recomienda un ARM para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte	I	A
Para los pacientes con IC-FEr, se recomienda la dapaglifozina o la empaglifozina para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte	I	A
Para los pacientes con IC-FEr, el sacubitrilo-valsartán está recomendado como sustituto de los IECA para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte	I	B

ARM: antagonistas del receptor mineralcorticoides; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IC: insuficiencia cardiaca; IC-FEr: insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida; IECA: inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina; NYHA: clase función de la New York Heart Association.

(a) Clase de recomendación.

(b) Nivel de evidencia.

Las guías para el diagnóstico y tratamiento de la IC recomiendan que los pacientes con IC-FEr reciban tratamiento con cuádruple terapia, con nivel de recomendación IA.

Tabla 2

Recomendaciones sobre la rehabilitación cardiaca basada en el ejercicio físico para pacientes con insuficiencia cardiaca crónica

Recomendaciones	Clase (a)	Nivel (b)
Se recomienda el entrenamiento físico para todos los pacientes que puedan realizarlo a efectos de mejorar la capacidad de ejercicio y la calidad de vida y reducir las hospitalizaciones por IC	I	A
Se debe considerar un programa de rehabilitación cardiaca basada en el ejercicio supervisado para los pacientes con enfermedad más avanzada, fragilidad o comorbilidades	Ila	C

IC: insuficiencia cardiaca.

(a) Clase de recomendación.

(b) Nivel de evidencia.

(c) Para los pacientes que pueden cumplir con un programa de ejercicio.

Fuente: McDonagh T.A et.al. ⁴

A la vista de esta patología se describe un caso clínico, en el que la paciente presenta un primer episodio de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) con disfunción ventricular severa biventricular y miocardiopatía dilatada. El objetivo desde nuestra consulta de enfermería de IC es describir, junto con la unidad de RHC, un plan de cuidados individualizado para resolver las necesidades identificadas y detectar signos y síntomas de descompensación.

Observación clínica: descripción del caso

Mujer de 41 años que acude a urgencias por un cuadro de dos semanas de evolución consistente en disnea progresiva, hasta hacerse de mínimos esfuerzos, tos seca no productiva. Ortopnea, con dificultad de reposo nocturno en decúbito supino y episodios de disnea paroxística nocturna (DPN). Además de dolor punzante en hemitórax izquierdo re-



lacionado con los movimientos respiratorios profundos y palpitaciones autolimitadas.

Antecedentes personales: alérgica a anti-inflamatorios no esteroideos. Como factores de riesgo cardiovascular (FRCV): exfumadora hasta el embarazo de 4-6 cigarrillos al día durante 10 años, consumo ocasional de alcohol, diabetes gestacional que precisó insulino-terapia. Otros antecedentes: hipotiroidismo, depresión y ansiedad, asma. Intervenciones quirúrgicas: escoliosis, legrado, apendicitis. Parto eutócico hace 9 meses.

Tratamiento habitual: Cerazet 78 mcg/24h; Eutirox 75 mcg/24h; Zomig flash 5 mg/24h; Rivotril 2mg/24h; Zarelis Retard 150 mg /24h; Avamys 27,5 mcg 2 pulverizaciones nasales S/P C/24h; salbutamol inhalado y bilastina 20 mg s/p.

Se realiza:

- ▶ **Electrocardiograma:** taquicardia sinusal con ondas T negativas de v4-v6.
- ▶ **Radiografía de tórax:** cardiomegalia, derrame pleural izquierdo.
- ▶ **Ecocardiograma:** ventrículo izquierdo dilatado, fracción eyección ventrículo izquierdo (FEVI: 5-10%), imagen sugestiva de trombo intraventricular, derrame pericárdico ligero. (Figura 1).

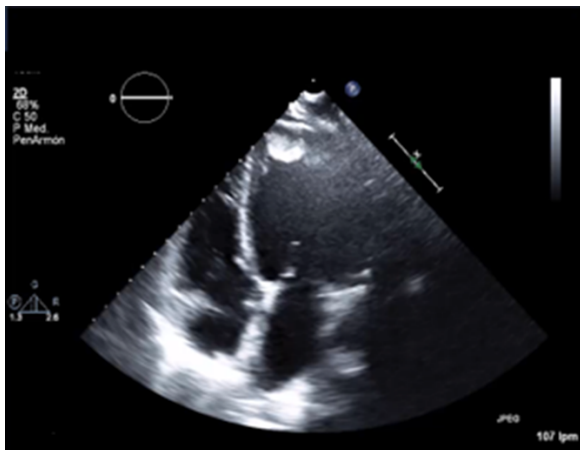


Figura 1. Ecocardiograma realizado en urgencias. Muestra la dilatación del ventrículo izquierdo así como trombo intraventricular.

- ▶ **Análítica sanguínea:** NT-proBNP: 9621 ng/L (<125.00); Hierro: 28ug/dl (35-145); Índice saturación Transferrina 7.88% (20.00-50.00).
- ▶ **Resonancia magnética nuclear (RMN) cardíaca:** miocardiopatía dilatada con disfunción severa biventricular. Trombo

en ápex ventricular de 13 mm. Realce tardío intramiocárdico lineal en cara lateral del VI, este tipo de realce tardío no se presenta habitualmente en MCDI y puede encontrarse en relación con miopatías.

- ▶ **Pruebas genéticas:** variante en heterocigosis en el gen DSP (NM_004415.3): c.43G >A (pGly15Ser), descrita en ClinVar como de significado clínico incierto.
- ▶ **Electromiograma (solicitado por neurología tras realizar interconsulta):** No muestra cambios miopáticos o de poli-neuropatía en los músculos explorados, descartándose así miopatías.

Evolución

Buena evolución de los signos congestivos tras recibir furosemida a dosis altas en perfusión con un balance hídrico negativo. Pudiendo secuenciar el diurético a bolos y posteriormente a vía oral. Muestra mejoría clínica hasta la resolución de los signos congestivos, hemodinámicamente estable y sin desarrollo de bajo gasto, aunque tendente a la hipotensión, permitiendo iniciar dosis bajas de BB, IECAS y espironolactona. Precisó la administración intravenosa de carboximaltosa férrica 1000 mg. Durante su ingreso es valorada e incluida en nuestra unidad de IC.

Es dada de alta con FEVI: 15% y con tratamiento: bisoprolol 2,5mg/24h; Enalapril 2,5 mg/24h; Espironolactona 25mg/24h; Ivabradina 7,5mg/12h; Furosemida 40mg (1-1-0); Omeprazol 20mg/24h; Sintrom según pauta. Resto de su tratamiento habitual igual. Y se deriva, de forma simultánea, a la unidad de IC avanzada y trasplante de referencia.

Durante el seguimiento en nuestra consulta de IC se titula el tratamiento óptimo y se inicia la cuádruple terapia, con un tratamiento final: Bisoprolol 1,25mg/24h; Sacubitrilo-valsartán 49/51mg/12h; Espironolactona 12,5mg/24h; Dapaglifozina 10mg/24h; Ivabradina 5mg/24h; Omeprazol 20mg/24h; Sintrom según pauta. Resto de su medicación habitual igual.

Evaluaciones posteriores muestran mejoría FEVI al 35% y de NT-proBNP:109 ng/l así como la disolución del trombo intraventricular. Se realiza ergoespirometría (con VO2:

23,3), previa a la inclusión en el programa de RHC que tras 26 días con 52 entrenamientos (tanto en cinta rodante como en bicicleta estática) es dada de alta con ergoespirometría (VO₂: 26,2) y FEVI: 40% (Figura 2). Mejorando de forma significativa la clase funcional y parámetros antropométricos, consiguiendo un control óptimo de los FRCV. Así como recomendaciones con el fin de poder incorporarse a la vida laboral.

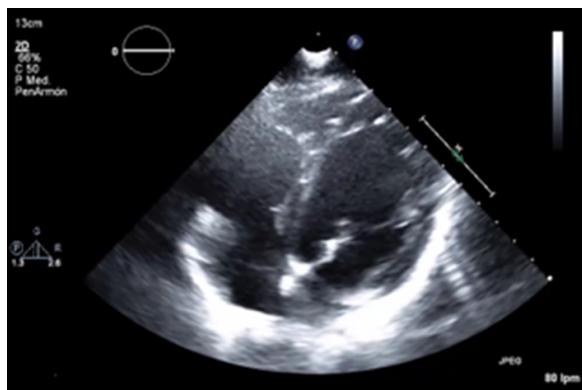


Figura 2. Ecocardiograma realizado al alta. Muestra la disolución del trombo intraventricular.

Valoración inicial de enfermería

Se realizó la valoración de la paciente siguiendo las 14 necesidades básicas de la vida diaria según Virginia Henderson.

- 1. Necesidad de respirar:** presenta disnea de mínimos esfuerzos (camina unos 45 minutos al día, no puede coger a su hijo en brazos). Saturación basal 96%. Eupneica. Exfumadora.
- 2. Necesidad de alimentación/hidratación adecuada:** peso:47,6 kg con un índice de masa corporal:20,6. Buen aspecto piel y mucosas. Dieta equilibrada. Restricción hídrica de 1000cc/día.
- 3. Necesidad de eliminación:** Continente de ambos esfínteres. Presenta ligeros edemas en miembro inferiores. No refiere oligoanuria.
- 4. Necesidad de movilización:** Es independiente para las actividades de la vida diaria (IAVDA) pero le cuesta caminar por la disnea.

- 5. Necesidad de reposo/sueño:** precisa medicación para favorecer el descanso nocturno.
- 6. Necesidad de vestirse y desnudarse:** totalmente independiente.
- 7. Necesidad de mantener la temperatura corporal:** afebril.
- 8. Necesidad de higiene corporal e integridad de la piel:** es IAVDA. Bien hidratada y perfundida.
- 9. Necesidad de mantener la seguridad:** Consciente y orientada. Colaboradora. Episodios de nerviosismo y llanto por la situación actual, el estar de baja laboral y no poder atender a su hijo. Con tendencia al mareo por las hipotensiones arteriales que presenta (85/46 mm de Hg).
- 10. Necesidad de comunicación:** sin alteración. Gran labilidad emocional.
- 11. Necesidad de mantener las creencias y la religión:** no refiere.
- 12. Necesidad de trabajar y realizarse:** es profesora de infantil, pero en la actualidad está de baja por la enfermedad.
- 13. Necesidad de mantener actividades lúdicas:** le gusta leer, pero no refiere ni muestra interés en ninguna otra actividad. Sólo se preocupa por su hijo que tiene 9 meses.
- 14. Necesidad de aprender:** muestra interés y pregunta sobre el proceso de su enfermedad.

Plan de cuidados

Se elaboró un plan de cuidados en la primera visita antes del alta hospitalaria, se describieron los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA, se identificaron los Nursing Outcomes Classification (NOC), con sus indicadores, y las intervenciones, Nursing Interventions Classification (NIC), más representativas con sus correspondientes actividades (Tabla 3).



Tabla 3

Plan de cuidados. Fuente: elaboración propia

NANDA 00025 DESEQUILIBRIO DE VOLÚMEN DE LÍQUIDOS	
<p>NOC 0601 Equilibrio hídrico NOC 1902 Control de Riesgo</p>	<p>NIC 4120 – Manejo de líquidos. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pesar a diario y controlar la evolución. ▶ Observar signos de sobrecarga de líquidos. ▶ Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. ▶ Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática). ▶ Monitorizar signos vitales. ▶ Monitorizar el estado nutricional.
NANDA 00043 PROTECCIÓN INEFICAZ	
<p>NOC 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad</p>	<p>NIC 2380 – Manejo de la medicación Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Determinar el nivel actual de conocimiento de los medicamentos prescritos (Test de Morisky- Green) ▶ Observar los efectos terapéuticos de la medicación. ▶ Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida. <p>NIC 5602 – Enseñanza: proceso de la enfermedad Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente. ▶ Describir los signos y síntomas de la enfermedad. ▶ Comentar los cambios en el estilo de vida. <p>NIC 5616 – Enseñanza: medicamentos prescritos Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Evaluar el nivel actual de conocimientos relacionado con los medicamentos prescritos. ▶ Informar, tanto del principio activo, como del nombre comercial de cada medicamento. ▶ Informar acerca del propósito y acción de cada medicamento.
NANDA 00146 ANSIEDAD	
<p>NOC 1402 – Autocontrol de la ansiedad NOC 1704 – Creencia sobre la salud: percepción de amenaza</p>	<p>NIC5820 – Disminución de la ansiedad Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. ▶ Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo. ▶ Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. <p>NIC 5230 – Aumentar el afrontamiento Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Valorar la comprensión del proceso de la enfermedad. ▶ Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. ▶ Desalentar la toma de decisiones cuando esté bajo un fuerte estrés. ▶ Fomentar un dominio gradual de la situación. ▶ Ayudar a identificar sistemas de apoyo disponibles.

Diagnósticos enfermeros NANDA, con los NOC identificados y las actividades correspondientes para cada NIC.



Fase diagnóstica:

Tras la valoración de la paciente se establecieron varios diagnósticos de enfermería NANDA, siendo los más importantes: - Desequilibrio de volumen de líquidos (00025) relacionado con ICC y medicación, manifestado por: disnea, ortopnea, DPN y edemas.

- ▶ Protección ineficaz (00043) relacionado con la disminución de la capacidad de adaptación ante el nuevo proceso de la enfermedad así como su tratamiento, manifestado por: disnea, edemas, insomnio, debilidad e inmovilidad.
- ▶ Ansiedad (00146) relacionado con grandes cambios en su vida cotidiana, manifestado por: angustia, temor y preocupación.

Fase de planificación:

En esta fase se presentaron los resultados NOC seleccionados con sus correspondientes indicadores. Para la medición de cada resultado se incorporaron ítems de valoración siendo el valor inicial del estado del paciente antes de la fase de ejecución (VI) y el valor deseado del estado del paciente en la evaluación final del proceso (VD). Se utilizó la escala tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 la puntuación menos deseable y 5 la más deseada.

Fase de ejecución:

Durante la fase de ejecución se implementaron intervenciones planificadas en varias etapas para garantizar un cuidado integral y continuo:

- ▶ Antes del alta hospitalaria, se inició la educación dietética y el control de líquidos, junto con la identificación de signos y síntomas de alarma. Se proporcionó toda la documentación necesaria, incluyendo un libro de registro de constantes y teléfonos corporativos, para respaldar la información verbal entregada. (NIC 4120: Manejo de líquidos).
- ▶ En la primera visita a la consulta de enfermería de insuficiencia cardíaca, programada a los 7 días del alta, se llevaron a cabo diversas evaluaciones utilizando

escalas estandarizadas, como el cuestionario de salud EuroQol-5d, la escala europea de autocuidado en IC, Barthel, Pfeiffer, Morisky Green y Predimed. (NIC 2380: Manejo de la medicación, NIC 5602: Enseñanza: proceso de la enfermedad)

- ▶ Durante los siguientes 2 meses, se realizaron consultas de seguimiento cada 15 días para evaluar la evolución del paciente y ajustar el plan de cuidados según fuera necesario. (NIC 5616: Enseñanza: medicamentos prescritos).
- ▶ Posteriormente, se programaron consultas mensuales durante 4 meses para continuar la evolución del paciente y brindando apoyo en su proceso de recuperación. (NIC5820: Disminución de la ansiedad, NIC 5230: Aumentar el afrontamiento)
- ▶ Se mantuvo una visita cada 2 meses después de los primeros 6 meses de seguimiento para asegurar una atención continua.
- ▶ En el octavo mes de seguimiento, se coordinó con el equipo de rehabilitación cardíaca para iniciar el programa correspondiente. Durante los 26 días de duración del entrenamiento, se evaluó conjuntamente el progreso de la paciente y se adaptaron las intervenciones.
- ▶ Un mes después de finalizar el programa de rehabilitación cardíaca, se llevó a cabo la última visita en la consulta de enfermería de IC, durante la cual se revisaron los logros alcanzados y se proporcionaron recomendaciones para el cuidado continuo. Se procedió entonces al alta con la confianza de que la paciente contaba con las herramientas y el conocimiento necesarios para mantener su salud de manera óptima.

Fase de evaluación:

Se otorgó a cada resultado NOC una puntuación o valor conseguido (VC). La tabla 4 muestra los VC en cada fase de la ejecución. Al comparar estos valores con los VD de la fase de planificación se determinó la eficacia del plan de cuidados, consiguendo los siguientes resultados (Tabla 4):



- ▶ NOC 0601: Equilibrio hídrico: muestra una mejora significativa, alcanzando frecuentemente el valor deseado de 5.
- ▶ NOC 1902: Control de riesgo: hay un progreso notable, con ambos indicadores alcanzando el conocimiento extenso deseado.
- ▶ NOC 1803: Conocimiento del proceso de la enfermedad: muestra un progreso considerable hacia un conocimiento extenso, alcanzando en varios casos el valor deseado de 5.
- ▶ NOC 1402: Autocontrol de la ansiedad: estos indicadores muestran mejoras graduales, alcanzando niveles de conocimiento moderado a sustancial.
- ▶ NOC 1704: Creencia sobre la salud: percepción de amenaza: ambos indicadores reflejan una disminución en la percepción de amenaza, progresando hacia valores de conocimiento sustancial a extenso.⁸⁻¹⁰

Tabla 4

Fase de evaluación. Evaluación de los indicadores correspondientes a cada NOC en cada parte de la ejecución del plan de cuidados

NOC 0601 Equilibrio hídrico (a) <i>Indicadores:</i>	Visita prealta	1ª Visita consulta Enfermería IC	6ª Visita consulta Enfermería IC	Inclusión programa RHC	Alta RHC	Alta consulta enfermería IC
▶ 060112: Edema periférico	VA1, VD5	VC2	VC5	VC5	VC5	VC5
▶ 060101: Presión arterial	VA1, VD5	VC3	VC4	VC4	VC5	VC5
NOC 1902 Control de Riesgo (b) <i>Indicadores:</i>	Visita prealta	1ª Visita consulta Enfermería IC	6ª Visita consulta Enfermería IC	Inclusión programa RHC	Alta RHC	Alta consulta enfermería IC
▶ 190208: Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.	VA2, VD5	VC4	VC5	VC5	VC5	VC5
▶ 190216: Reconoce cambios en el estado de salud	VA1, VD5	VC2	VC3	VC4	VC5	VC5
NOC 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad (b) <i>Indicadores:</i>	Visita prealta	1ª Visita consulta Enfermería IC	6ª Visita consulta Enfermería IC	Inclusión programa RHC	Alta RHC	Alta consulta enfermería IC
▶ 180302: Descripción del proceso de la enfermedad.	VA1, VD5	VC1	VC3	VC4	VC5	VC5
▶ 180303: Descripción de las causas o factores contribuyentes	VA1, VD5	VC2	VC4	VC4	VC5	VC5
▶ 180304: Descripción de los factores de riesgo	VA1, VD5	VC3	VC4	VC5	VC5	VC5
▶ 180306: Descripción de los signos y síntomas	VA1, VD5	VC3	VC4	VC5	VC5	VC5
▶ 180311: Descripción de precauciones para prevenir complicaciones	VA1, VD5	VC2	VC3	VC3	VC4	VC5
▶ 190801: reconoce los signos y síntomas que indican riesgo	VA1, VD5	VC4	VC5	VC5	VC5	VC5



▶ 190801: identifica los posibles riesgos para la salud	VA1, VD5	VC4	VC5	VC5	VC5	VC5
▶ 191401: reconoce el riesgo de enfermedad cardiovascular	VA1, VD5	VC3	VC4	VC5	VC5	VC5
NOC 1402 Autocontrol de la ansiedad (b) <i>Indicadores:</i>	Visita prealta	1ª Visita consulta Enfermería IC	6ª Visita consulta Enfermería IC	Inclusión programa RHC	Alta RHC	Alta consulta enfermería IC
▶ 140204: busca información para reducir la ansiedad	VA1, VD5	VC2	VC2	VC3	VC4	VC4
▶ 140206: utiliza estrategias de superación efectivas	VA1, VD5	VC2	VC2	VC2	VC3	VC4
▶ 140217: controla la respuesta de ansiedad del paciente o familia	VA1, VD5	VC1	VC2	VC2	VC3	VC4
NOC 1704 Creencia sobre la salud: percepción de amenaza (b) <i>Indicadores:</i>	Visita prealta	1ª Visita consulta Enfermería IC	6ª Visita consulta Enfermería IC	Inclusión programa RHC	Alta RHC	Alta consulta enfermería IC
▶ 170401: percepción de amenaza para la salud	VA1, VD5	VC3	VC3	VC4	VC5	VC5
▶ 170411: impacto percibido sobre el estilo de vida futuro	VA1, VD5	VC1	VC2	VC2	VC3	VC4
VA: Valor Actual; VD: Valor Deseado y VC: Valor Conseguido. Puntuación Escala Likert a: (1) grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve, (5) ninguno. Puntuación Escala Likert b: (1) ningún conocimiento, (2) conocimiento escaso, (3) conocimiento moderado, (4) conocimiento sustancial, (5) conocimiento extenso. Fuente. Elaboración propia.						

Discusión

En nuestro hospital la RHC se ha enfocado a los pacientes que han sufrido un evento de infarto agudo de miocardio, nuestra paciente se ha podido beneficiar de este programa, siendo un éxito total.

Supuso todo un reto, por la edad, su reciente maternidad y ser una persona sana sin haber tenido previamente problemas cardiológicos. Pero sobre todo por la coordinación entre dos equipos: la consulta de enfermería de IC y RHC, generándose unos beneficios que vienen establecidos por varios aspectos, como son:

- ▶ El seguimiento más estrecho del paciente.

- ▶ La educación impartida al paciente para lograr que sea autónoma en:
 - reconocer los síntomas de empeoramiento de su enfermedad.
 - manejar y ajustar tratamiento según síntomas.
 - realizar ejercicio físico regular.
 - llevar una dieta adecuada.
 - lograr una buena adherencia a su tratamiento.
- ▶ El entrenamiento físico individualizado para lograr una mejoría de su capacidad funcional.
- ▶ Optimización de tratamiento farmacológico.

El plan de cuidados ha permitido garantizar la calidad de los cuidados enfermeros y



optimizar la situación de la paciente. La evolución clínica nos obliga a reevaluar los planes de cuidados y a un replanteamiento continuo de las necesidades del mismo. Constatándose la importancia de la comunicación y la estrecha colaboración que debe haber entre los dos equipos.

Conclusiones

La coordinación entre la consulta de enfermería de insuficiencia cardiaca y la unidad de rehabilitación cardiaca es un pilar fundamental para optimizar el cuidado integral de los pacientes. Este enfoque colaborativo ofrece numerosos beneficios que impactan positivamente en la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes. No solo mejora la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes, sino que también reduce el riesgo de hospitalización y mejora el pronóstico a largo plazo.

Esta colaboración fortalece el enfoque multidisciplinar del tratamiento, mejora los resultados clínicos y promueve el bienestar general de los pacientes, destacando así su importancia fundamental en el sistema de salud.

En general, los resultados obtenidos están alineados con la literatura científica existente, que apoya la efectividad de la educación del paciente, las intervenciones de modificación del estilo de vida y las técnicas de manejo del estrés y la ansiedad. Esto sugiere que las intervenciones aplicadas han sido efectivas y que el progreso observado en los indicadores es consistente con las expectativas basadas en la investigación científica.

Implicaciones éticas

Publicar un caso clínico de una paciente debe ser abordado con sensibilidad y responsabilidad por parte de los profesionales de la salud que formamos parte de este proceso.

En primer lugar, la confidencialidad de la paciente es fundamental. Se debe proteger

su identidad en todo momento, lo que incluye evitar detalles que puedan identificarla. La privacidad debe ser preservada tanto en la publicación como en cualquier discusión relacionada.

El consentimiento informado es otro aspecto crucial, es necesario obtenerlo. Esto implica explicar claramente los propósitos de la publicación, los riesgos y beneficios potenciales, y garantizar que está de acuerdo con la divulgación de su caso.

Además, se deben tener en cuenta los principios de beneficencia y no maleficencia. Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de buscar el beneficio del paciente y evitar causar daño. Esto significa que deben considerar cuidadosamente si la publicación del caso clínico podría afectarla negativamente así como a otros individuos involucrados.

El respeto a la autonomía también es crucial. Los pacientes tienen derecho a tomar decisiones sobre la divulgación de su información médica. Por lo tanto, se debe permitir que el paciente participe en el proceso de toma de decisiones y se respete su derecho a negarse a que se publique su caso clínico.

Asimismo, es importante considerar el principio de justicia. ¿Beneficia la publicación del caso clínico a la comunidad médica en general? ¿Contribuye al avance del conocimiento médico y a mejorar la atención de otros pacientes en el futuro? Estas son preguntas importantes que deben ser consideradas antes de proceder con la publicación.

Por último, se debe prestar atención a posibles conflictos de intereses. Los autores de la publicación debemos revelar cualquier relación financiera o de otro tipo que puedan tener con empresas farmacéuticas u otras instituciones que podrían influir en la objetividad de la información presentada.

- ▶ Declaramos, de forma explícita, nuestra participación intelectual en el manuscrito y consentimiento con el contenido de la versión enviada, sin existir ningún conflicto de intereses ni éticos que confluyan en el manuscrito.
- ▶ Declaramos que el manuscrito no ha sido publicado, enviado, ni está en evaluación por ninguna otra revista científica.



Bibliografía

1. RODNEY H, FALK Y RAY E. HERSHBERGER. *Miocardopatía dilatada, restrictiva e infiltrante. Tratado de cardiología: Texto de medicina cardiovascular*. XI ed. Elsevier Health Sciences; 15 may 2019.p.1580-1600.
2. BOZKURT B, ET AL. *Universal definition and classification of heart failure: a report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure Consensus Conference*. Eur J Heart Fail 2021; 23: 352-380.
3. GARCÍA ACUÑA JM, LÓPEZ LAGO A, GONZÁLEZ JAUNATEY JR. *Miocardopatía dilatada. Medicina: programa de formación médica continuada acreditado. Serie 11m N°42*, 2013; 2500-2506.
4. McDONAGH T.A; METRA M. *Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica*. Rev Esp Cardiol. 2022; 75(6): 523.e1-523-e114.
5. M. GOMES NETO, A.R. DURAES, L.S.R. CONCEICAO, M.B. SAQUETTO, O. ELLINGSEN, V.O. CARVALHO. *High intensity interval training versus moderate intensity continuous training on exercise capacity and quality of life in patients with heart failure with reduced ejection fraction: a systematic review and meta-analysis*. Int J Cardiol, 261 (2018), pp. 134-141.
6. F. EDELMANN, G. GELBRICH, H.D. DUNGEN, S. FROHLING, R. WACHTER, R. STAHRENBERG, L. BINDER, A. TOPPER, D.J. LASHKI, S. SCHWARZ, C. HERRMANN-LINGEN, M. LOFFLER, G. HASENFUSS, M. HALLE, B. PIESKE. *Exercise training improves exercise capacity and diastolic function in patients with heart failure with preserved ejection fraction: results of the Ex-DHF (Exercise training in Diastolic Heart Failure) pilot study*. J Am Coll Cardiol, 58 (2011), pp. 1780-1791.
7. H. ISMAIL, J.R. MCFARLANE, A.H. NOJOURMIAN, G. DIEBERG, N.A. SMART. *Clinical outcomes and cardiovascular responses to different exercise training intensities in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis*. JACC Heart Fail, 1 (2013), pp. 514-522.
8. NANDA INTERNATIONAL, T. HEATHER HERDMAN, SHIGEMI KAMITSURU. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones Y Clasificación*. 2015-2017. Madrid: ELSEVIER; 2015.
9. MOORHEAD S, JOHNSON M, MAAS ML, SWANSON E, EDITORES. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de Resultados en Salud*. 6ª ed. Elsevier; 2018.
10. BULECHEK GM, BUTCHER HK, DOCHTERMAN JM, EDITORES. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7ª ed. Elsevier Health Sciences; 2018.

