

Autoras:

- ¹María Neus Padilla Just
¹Núria Ros del Hoyo
¹Àngels Raventós Castany
¹Vanessa Escribano Rueda
¹Cristina Luengo Cascudo
¹Núria Fabrellas Padrés
²María Luisa Martí Aguasca

¹ Enfermera del Centro de Seguimiento de Enfermedades Crónicas. Instituto Catalán de la Salud.

² Enfermera del Instituto Catalán de la Salud. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona.

Dirección de contacto:

María Neus Padilla Just
 C/ Manso, 19, planta 7ª.
 08015 Barcelona.
 E-mail: mnpadillaj@gencat.cat

Aceptada su publicación el 18/02/2011.

Resumen

El crecimiento de la población con enfermedad crónica supone un aumento de la demanda asistencial. Para dar respuesta a esta situación el Instituto Catalán de la Salud puso en marcha en el área de la ciudad de Barcelona el "Centre de Seguiment de Malalties Cròniques" (Centro de Seguimiento de Enfermedades Crónicas -CSMC-).

La finalidad del centro es promover el autocuidado, empoderar al paciente y dar soporte asistencial a distancia.

El CSMC es un dispositivo de seguimiento telefónico proactivo enfermero que atiende a pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) de forma transversal entre Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH), compartiendo la historia clínica informatizada, que incluye el proceso y lenguaje enfermero. Desde el centro se trabajan los conocimientos, las habilidades y la motivación de los pacientes.

Desde su inicio se ha dado cobertura a 1.400 pacientes, cuya edad media es de 78 años y la mayor parte se encuentran en clase funcional 2-3, según la *New York Heart Association* (NYHA).

Se han observado tendencias positivas en el autocuidado, cumplimiento farmacológico, adherencia al autocontrol del peso y el aumento de la cobertura vacunal antineumocócica.

La atención telefónica está siendo una estrategia útil para la gestión compartida en el seguimiento ambulatorio del paciente crónico, pudiéndose extrapolar a usuarios con otras enfermedades crónicas.

Palabras clave

Seguimiento telefónico; paciente crónico; insuficiencia cardíaca; autocuidado; Educación para la Salud; gestión.

Seguimiento telefónico enfermero a pacientes con insuficiencia cardíaca

Abstract**Telephone-based, nursing follow-up of patients with heart failure**

The growth of the population afflicted by chronic disease has increased healthcare demand. In order to address this situation, the Catalan Institute of Health launched the "Centre for Follow-Up of Chronic Diseases" (CSMC from its acronym in Spanish) in the health area of Barcelona. The aim of this centre is to promote self-care, to empower the patient and to give remote healthcare assistance.

The CSMC is a proactive telephone-based nursing follow-up system that provides care to patients with Heart Failure (HF) in a cross-sectional manner between Primary Care (PC) and Hospital Care (HC) by sharing the clinical history in electronic format, which includes the nursing process and language. Patients' knowledge, skills and motivation are developed at the centre.

Since its beginnings, it has covered 1.400 patients whose mean age is 78 years and the majority of whom are in functional class 2-3, according to the New York Heart Association (NYHA).

Positive trends have been observed in self-care, pharmacological compliance, adherence to weight self-management and increased antipneumococcal vaccine coverage.

Telephone-based care is a useful strategy for the shared management of the outpatient follow-up of chronic patients, and can be extrapolated to patients with other chronic diseases.

Key words

Telephone-base follow-up; chronic patient; heart failure; self-care; Health Education; management.

Antecedentes

El progresivo aumento de las enfermedades crónicas supone un importante reto para el sistema sanitario, debido al incremento de la demanda asistencial que generan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) para dar respuesta a esta situación, sugiere centrar la atención en el paciente y sumar esfuerzos mediante la gestión compartida en la atención al paciente crónico (1,2).

Desde esta perspectiva, en el año 2006 el Instituto Catalán de la Salud (ICS) puso en marcha el "Centre de Seguiment de Malalties Cròniques" (Centro de Seguimiento de Enfermedades Crónicas -CSMC-) en el ámbito de Atención Primaria (AP) de la ciudad de Barcelona. El CSMC es un dispositivo de soporte asistencial telefónico a pacientes con Insuficiencia Cardiaca (IC), integrado en la red sanitaria de forma transversal entre los dos niveles asistenciales: AP y Atención Hospitalaria (AH). El CSMC está enmarcado en un programa basado en la gestión de patologías crónicas, liderado por enfermeras entrenadas en formación clínica y en comunicación efectiva. Estas enfermeras proceden de diferentes ámbitos de la AP y de la AH, hecho que enriquece el abordaje integral al paciente crónico.

Desde su inicio, el CSMC atiende a pacientes con IC, por su elevada prevalencia (un 10% en mayores de 70 años) y morbimortalidad. La IC es la primera causa de hospitalización en personas mayores de 65 años, la tercera causa de muerte cardiovascular en España y supone un 2% del gasto sanitario. Es considerada la epidemia cardiovascular del siglo XXI pudiendo ser prevenible si se controlan sus factores de riesgo, mediante la promoción de la salud y la prevención (3).

Los episodios por descompensación son frecuentes y repercuten directamente en la calidad de vida del paciente. Dos tercios de los ingresos hospitalarios serían evitables con una buena identificación y tratamiento precoz de los factores precipitantes. En los cuidados en pacientes con IC, aun precisando un abordaje multidisciplinar, tiene un papel relevante la intervención enfermera (4,5).

La población diana que tratamos en el CSMC está situada mayoritariamente en el segundo nivel de la pirámide de estratificación de riesgos (Kaiser permanente), que corresponde a pacientes crónicos con alto riesgo de descompensación, en clase funcional 2 y 3, según la *New York Heart Association* (NYHA). En un menor porcentaje se atiende a enfermos situados en un nivel inferior y superior de la pirámide, correspondiéndose a pacientes en niveles NYHA 1 y 4 (6,7).

La población atendida por el CSMC proviene de los 51 equipos de AP de Barcelona y de siete equipos del área metropolitana sur. A su vez, se da soporte al alta hospitalaria de los pacientes con IC de los hospitales Vall d'Hebrón y Viladecans, independientemente de la adscripción a los equipos de AP.

Objetivos del CSMC

Según Dorothea Orem, el autocuidado es "aquella acción adquirida, voluntaria, que requiere de un com-

promiso deliberado en pro del mantenimiento de la propia vida, de la salud y bienestar de uno mismo o de las personas que se tienen a cargo" (8).

Los objetivos del centro consisten en dar soporte asistencial en las fases de debut y en situaciones de inestabilidad clínica y acompañar en la IC avanzada, cumpliendo así la función de vigilar y empoderar al paciente y/o cuidador, trabajando los conocimientos, habilidades y motivación necesaria para mejorar el autocuidado.

Características del proceso de atención

El modelo de seguimiento telefónico es proactivo, estructurado y secuencial, siguiendo un plan de cuidados consensuado. Este plan de cuidados se personaliza dependiendo de las necesidades del paciente. La cadencia de las llamadas se determina por el grado de autocuidado, por la estabilidad clínica y por la voluntad del paciente, dando lugar a seguimientos diarios, semanales, mensuales y bimensuales. Cuando la persona adquiere un buen manejo de su régimen terapéutico y se encuentra estable, se plantea el "alta" del seguimiento, es decir, se mantiene una o dos llamadas al año.

A las personas candidatas de seguimiento telefónico se les explica el funcionamiento del centro y se les pide el consentimiento para recibir llamadas telefónicas.

En la primera llamada telefónica o de "bienvenida" se reinforma al paciente sobre el servicio, se revisan datos personales y clínicos registrados en la historia informatizada, se identifica al cuidador principal, si éste existe, se valora el nivel de conocimientos de la enfermedad y de la medicación y se pacta el horario de las llamadas.

En las llamadas de seguimiento, realizadas dentro del horario pactado, se inicia la intervención educativa (tratamiento farmacológico, conocimiento de la enfermedad, dieta, ejercicio, hábitos tóxicos, estado emocional) y se hace una valoración clínica del paciente. La valoración clínica nos sirve para identificar la presencia de signos de descompensación. En estas llamadas se trabajan los diferentes aspectos relacionados con la enfermedad, hasta conseguir un automanejo óptimo. Cuando el paciente consigue un adecuado automanejo puede ser dado de "alta" del seguimiento telefónico y se pactan una o dos llamadas anuales.

Las enfermeras del CSMC comparten la historia clínica informatizada (estación clínica de AP, e-cap) con los equipos de AP, lo que facilita el seguimiento de los pacientes. La estación clínica de AP, e-cap, es una base de datos que contiene información longitudinal para cada paciente (edad, sexo, estado de salud, resultado de analíticas, entre otros). Es el programa informático de la historia clínica de AP utilizado en Cataluña por el ICS, en la cual se registran los antecedentes del paciente, la prescripción activa, así como la monitorización del estado clínico. Los episodios hospitalarios se pueden visualizar mediante la Historia Clínica Compartida (HCC) entre AP y AH.

Dentro de la estación clínica de AP existe una guía informatizada interactiva en IC, que permite registrar y valorar la evolución del paciente, disminuyendo la variabilidad y permitiendo la continuidad de la información en el seguimiento telefónico. Toda la información de éste queda registrada en la historia clínica, hecho que permite la bidireccionalidad de la información y favorece el trabajo multidisciplinar.

La metodología enfermera NANDA, NOC, NIC es utilizada en el CSMC y compartida con las enfermeras de AP. Las enfermeras del CSMC consensuaron el uso de tres diagnósticos enfermeros durante el proceso de seguimiento telefónico con su NOC y NIC respectivos:

- Conocimientos deficientes (00126).
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078).
- Disposición para mejorar el régimen terapéutico (00162).

Un indicador de resultado consensuado con puntuación cuatro o cinco posibilita el cierre del NOC o el cambio de etiqueta diagnóstica (9,10).

Las enfermeras antes de iniciar el abordaje educativo valoran los conocimientos del paciente y el estadio en que se encuentra, según el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente. La entrevista motivacional es la herramienta esencial para conocer la fase de motivación en que se encuentra el paciente: precontemplativa, contemplativa, preparación, acción, mantenimiento y recaída. Dependiendo de la fase en que se halle, la enfermera utilizará las habilidades más adecuadas a la persona y a la situación de ésta como: escucha activa reflexiva, refuerzo positivo, estimulación activa, exploración de las resistencias, reestructuración cognitiva, etc. (11,12).

Durante el seguimiento telefónico se exploran las siguientes dimensiones que influyen en el automanejo de la enfermedad:

- Conocimiento de la misma: se trabaja la patología, sus causas y cómo actuar ante los signos y síntomas de alarma de la IC (disnea de esfuerzo, ortopnea, disnea paroxística nocturna, edemas, aumento patológico de peso). Estos parámetros se registran en la Guía de Práctica Clínica (GPC) del e-cap, permitiendo monitorizar el evolutivo del paciente. La GPC se basa en recomendaciones desarrolladas de manera sistemática para la facilitación de la toma de decisiones sobre la atención sanitaria adecuada. La valoración inicial de los conocimientos del usuario se realiza mediante la Escala Europea de Autocuidado en la IC (EEAIC) y se evalúa su evolución semestralmente para focalizar nuestra actuación. El test consta de 12 preguntas con una puntuación de 12 a 60 (a menor puntuación mejor autocuidado). Desde el CSMC se consensó que un resultado menor de 22 en la EEAIC posibilita el alta del seguimiento telefónico (teniendo siempre en cuenta el estado clínico del paciente) (13).
- Tratamiento farmacológico: se valora el grado de conocimiento del tratamiento (indicaciones, posología, efectos secundarios, interacciones, fármacos descompensadores).

Se explora el cumplimiento farmacológico utilizando el test de Morinsky-Green y el test de Hayness-Sackett. Una sola respuesta afirmativa a las preguntas de ambos cuestionarios sirve para identificar al paciente no cumplidor (14-16).

La exploración de las barreras que dificultan al paciente el buen cumplimiento farmacológico nos permite identificar y trabajarlas.

- Conocimiento de la dieta: se interroga al enfermo sobre sus hábitos alimentarios, se plantea una dieta según sus necesidades, centrándose en la hiposódica y la limitación en la ingesta global de líquidos, recomendando 1 l/día en IC severa y/o en descompensaciones y 1,5-2 l/día en IC leve. En este apartado se insiste en el autocontrol del peso, como medida para actuar inmediatamente ante el aumento patológico de peso. Se aconseja a la persona que se pese por la mañana en ayunas y antes de vestirse (como alternativa se indica el autocontrol en farmacia) y que registre el peso en un diario o en el calendario. El control de peso se indica realizarlo cada 24 horas si hay inestabilidad clínica; cada 48 horas en IC con NYHA 3-4; semanalmente si hay estabilidad clínica y en niveles de NYHA 1 y 2.
- Conocimiento ejercicio físico: éste se individualiza, según las limitaciones, tolerancia y estado clínico del paciente, aconsejando reposo durante las reagudizaciones. La actividad sexual se contempla en este apartado.
- Estado emocional: se explora el entorno socio/familiar y económico que interactúa con el individuo y que influye en su autocuidado. Asimismo, las emociones del paciente y/o su cuidador influyen en la motivación para el cambio y se tienen en cuenta durante todo el proceso. Una alteración en el estado de ánimo puede desencadenar una descompensación, por lo que es conveniente reducir el estrés psíquico y trabajar con el entorno familiar.
- Inmunización: dada la situación de mayor fragilidad de estos pacientes se les recomienda la vacunación, incidiendo en la vacuna antineumocócica y la vacuna anual de la gripe estacional.
- Hábitos tóxicos: se identifica al fumador activo y al pasivo y en ambos casos se da consejo antitabáquico. En referencia al consumo de alcohol se aconseja reducirlo o suprimirlo.

Resultados de la experiencia

En estos cuatro años, 1.400 pacientes han recibido seguimiento telefónico desde el centro. En la actualidad se sigue a más de 900 pacientes. La edad media de estos es de 78 años, de los cuales 44% son hombres y 56% son mujeres (Gráfico 1). La mayoría de ellos se encuentran en clase funcional NYHA 2-3 (Gráfico 2) y la frecuencia de los tipos de llamadas se detalla en el Gráfico 3.

Entre los resultados observados destacan:

- La mejora y el mantenimiento en el autocuidado de los pacientes a lo largo del tiempo (monitorizado con la EEAIC) (Gráfico 4).
- Mantenimiento a la adherencia y cumplimiento farmacológico (valorada con el test de Morinsky-Green

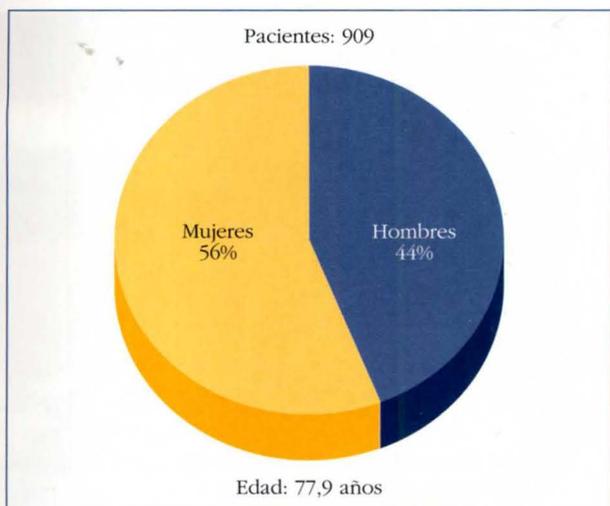


Gráfico 1. Población, edad y sexo

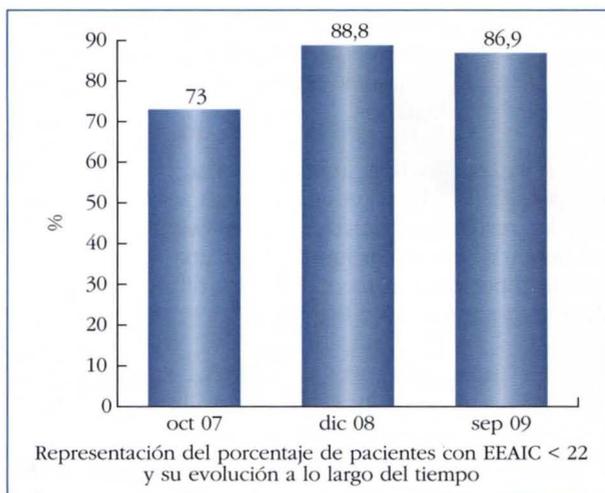


Gráfico 4. Nivel de autocuidado

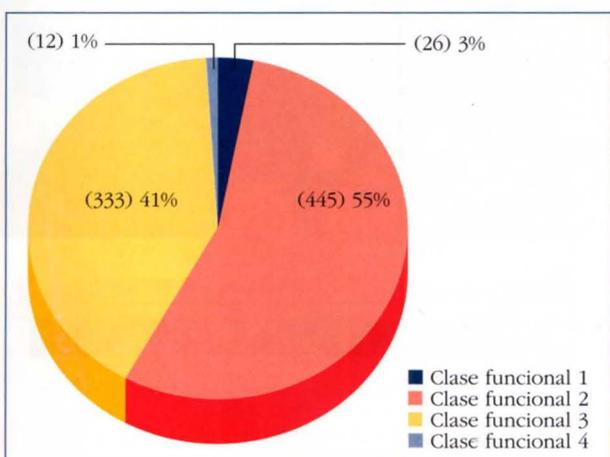


Gráfico 2. Clase funcional, *New York Heart Association* (NYHA)

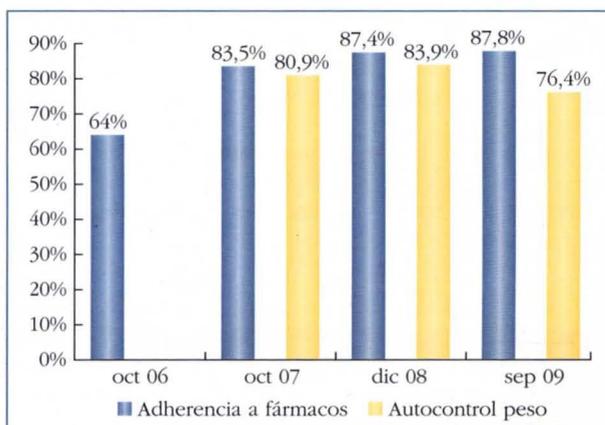


Gráfico 5. Nivel de adherencia farmacológica y autocontrol peso

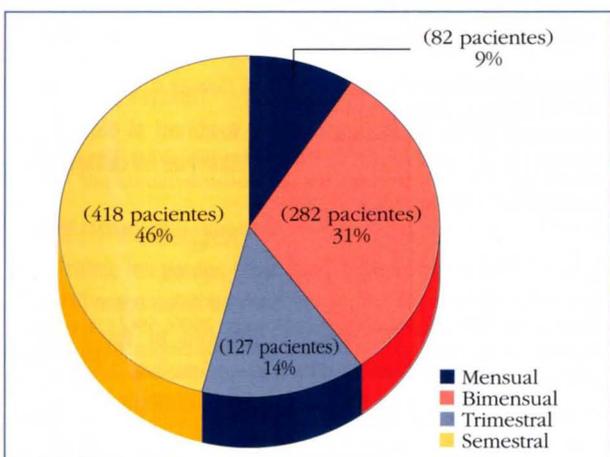


Gráfico 3. Frecuencia de las llamadas

y el test de Hayness- Sackett) y en el autocontrol de peso (Gráfico 5).

- Un aumento de la cobertura vacunal neumocócica en un 20% al final del año 2009 (extracción del e-cap).

Además, se realizó una encuesta telefónica anónima a una muestra aleatoria de 179 pacientes (o sus cuidadores) para valorar la satisfacción con este servicio. La encuesta, de respuesta múltiple, fue elaborada por los profesionales del centro, no fue validada, pero sí revisada y aprobada por técnicos de salud de la gerencia de AP de Barcelona. La encuesta contempla dos bloques de preguntas: 1) trato y competencias de los profesionales y 2) organización asistencial. Los resultados manifestaron que el seguimiento aportaba a los pacientes refuerzo de los conocimientos, seguridad, tranquilidad y acompañamiento en su enfermedad. La satisfacción global de la encuesta fue de 4,8 sobre 5. Se ha de resaltar que el 90% de los encuestados recomendarían este programa a otros pacientes en su misma situación.

Consideraciones finales

Como enfermeras entendemos que la atención al enfermo crónico ha de dirigirse al empoderamiento de la persona para el manejo de su estado de salud. Al mismo tiempo, se hace necesario huir del paternalismo y fomentar la autonomía del enfermo, sin olvidar que cada persona tiene su modelo de creencias sobre la salud que

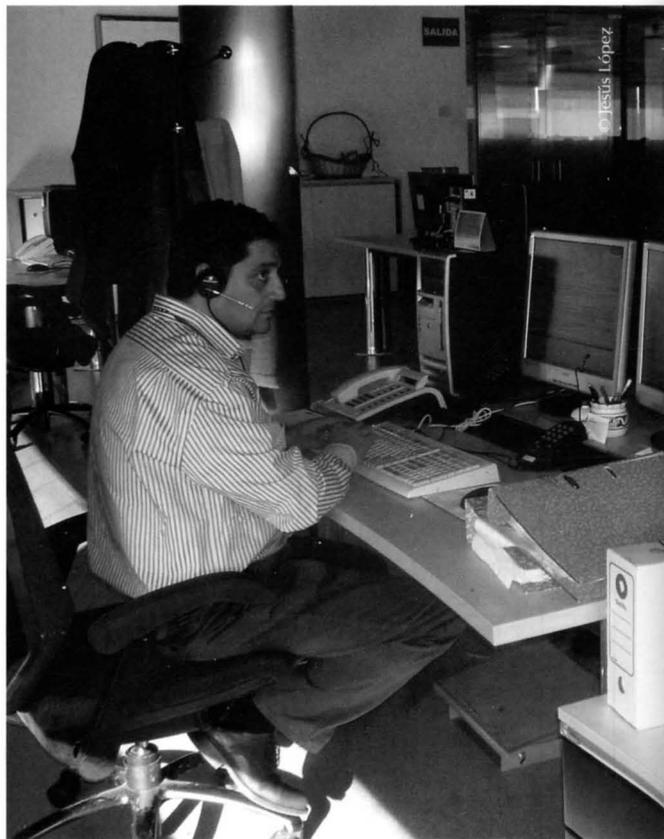
tiene que ser respetado. El modelo de creencias debe ser explorado para orientarnos sobre la particularidad de la persona, adaptar los consejos y conseguir intervenciones más efectivas.

Al compartir esfuerzos asistenciales se crean sinergias que pueden ayudar a reducir la carga asistencial y mejorar los resultados clínicos. Los profesionales de la salud tienen que caminar juntos hacia una atención compartida al paciente crónico, desde los diferentes ámbitos y con una mirada multidisciplinar.

Los actuales sistemas de información hacen posibles nuevas fórmulas en la atención al ciudadano. Como enfermeras hay que aprovechar esta oportunidad para innovar en los cuidados y potenciar todas nuestras competencias en la atención al paciente crónico.

Para responder al incremento de la cronicidad en nuestra sociedad se hace imprescindible el desarrollo de nuevas estrategias organizativas centradas en el paciente. Estas estrategias han de ser proactivas, orientadas al autocuidado y a la coordinación asistencial entre profesionales y entre los distintos niveles.

La atención telefónica es una estrategia útil para la gestión compartida en el seguimiento ambulatorio del paciente crónico con IC, pudiendo ser extrapolable a otras enfermedades crónicas y a otros territorios.



BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Atención centrada en el paciente. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005. p.25-29.
2. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998; 1(1): 2-4.
3. Rodríguez F, Banegas JR, Guallar P. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57(2): 163-70.
4. Grancelli H. Programas de tratamiento en la insuficiencia cardiaca. Experiencias del Estudio DIAL. *Rev Esp Cardiol* 2007; 60 (suppl 3): 15-22.
5. Zambrano C, Badra R, Cerezo G, Ferrante D, Soiffer S, Varini S et ál. Investigadores GESICA. Seguimiento al año luego de finalizada la intervención telefónica en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica: estudio DIAL. *Rev Argent Cardiol* 2005; 73: 7-14.
6. Bengoa R, Nuño R. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
7. Castro Beiras A, Rodríguez JA. Insuficiencia cardiaca. Presente y futuro del tratamiento. En: De Oya M, Garcés C. Enfermedades cardiovasculares. Nutrición, Genética y Epidemiología. Madrid: Ed. Doyma; 2000. p.133-48.
8. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
9. Instituto Catalán de la Salud (ICS). Estándar de diagnòstics d'infermeria a l'Atenció Primària. Barcelona: ICS; 2003. [En línea] [fecha de acceso: 1 de marzo de 2011]. URL disponible en: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/protocols/nanda.pdf>
10. Luis Rodrigo. MT. Revisión NANDA-I Diagnoses: Definitions & Classification. Madrid: Elsevier; 2008.
11. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica Chile* 2007; 135(5): 647-652
12. Lizarraga S, Ayarra M. Entrevista Motivacional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2001; 24(suppl 2): 43-53.
13. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardiaca en España. *Revista Española Cardiología* 2006; 59(2): 166-70.
14. Márquez Contreras E. Métodos del cumplimiento terapéutico. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones 2004; 1(1): 5-6. [En línea] [fecha de acceso: el 1 de marzo de 2011]. URL disponible en: <http://www.seh-lelha.org/cumplimien/algoritmo1.pdf>
15. Atienza Martín FJ. Diagnóstico etiológico del incumplimiento terapéutico. Una difícil tarea a desarrollar en la sanidad. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones 2005; 2(3): 34-36. [En línea] [fecha de acceso: el 1 de marzo de 2011]. URL disponible en: <http://www.seh-lelha.org/cumplimien/boletin5.pdf>
16. Bonafont i Pujol X, Costa i Pagès J. Adherencia al tractament farmacològic. *Butlletí d'Informació terapèutica del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya* 2004; 16(3): 9-14. [En línea] [fecha de acceso: el 1 de marzo de 2011]. URL disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/esbit304.pdf>
17. González A. De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* 2008; 1(1): 1-3.