

INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA IMPARTIDA POR ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Tercer premio a la mejor comunicación oral presentada en el XXXV Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, celebrado en Murcia del 7 al 9 de mayo de 2014.

Autores

M.^a Gracia López Moyano¹, M.^a Carmen Durán Torralbo², Carmen Rus Mansilla², Gustavo Cortez Quiroga², Francisco Toledano Delgado², Concepción Casado Recuerda¹, Manuela Delgado Moreno³.

1 Enfermera de Consultas Externas de la Unidad de Cardiología. Línea de Procesos Generales del Adulto. Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén.

2 Cardiólogo de la Unidad de Cardiología. Línea de Procesos Generales del Adulto. Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén.

3 Técnico en Cuidados de Enfermería. Línea de Procesos Generales del Adulto. Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén.

Dirección para correspondencia

M.^a Gracia López Moyano
Hospital Alto Guadalquivir de Andújar
Servicio de Cardiología. Enfermería
Avda. Blas Infante s/n
23740 Andújar
Jaén

Correo electrónico:
mglopez@ephag.es

Resumen

• **Introducción:** La educación sanitaria en la unidad de insuficiencia cardiaca favorece el autocuidado y mejora los resultados clínicos. Analizamos el impacto de la educación en el conocimiento de la enfermedad, manejo farmacológico y cumplimiento terapéutico en pacientes con diferente nivel cultural.

• **Método:** De la unidad, seleccionamos aleatoriamente 70 pacientes dividiéndolos en grupo A con bajo nivel cultural y B con nivel cultural medio. La enfermera registró trimestralmente el conocimiento de la enfermedad, medicación y quién la administraba mediante la *Nursing Outcomes Classification* y paralelamente impartió sesiones de educación sanitaria.

• **Resultados:** Basalmente, existían diferencias significativas sobre conocimientos básicos de la enfermedad y fármacos (16% grupo A vs 51% grupo B, $p < 0,05$). Otra persona era responsable del tratamiento en el 52% del grupo A, vs el 16% del grupo B ($p < 0,01$). Cumplimiento terapéutico: el 84% del grupo A lo realizaba correctamente frente al 91% grupo B. Tras 6 meses de seguimiento, no se encontraron diferencias significativas sobre el conocimiento de la enfermedad y medicación. El grupo A redujo del 52% al 32% la delegación sobre otra persona del tratamiento ($p < 0,05$). La tasa de reingresos en la unidad de insuficiencia cardiaca fue similar: 16% grupo A vs 15% grupo B.

• **Conclusión:** La educación sanitaria en pacientes de bajo nivel cultural con insuficiencia cardiaca, consigue que, pese a conocer inicialmente poco la enfermedad y la medicación, se hagan responsables de su tratamiento, mejoren el conocimiento de la enfermedad y el cumplimiento terapéutico. Tras la educación, los reingresos por insuficiencia cardiaca se dan independientemente del nivel cultural de los pacientes.

Palabras clave: enfermería, insuficiencia cardiaca, educación, autocuidado, unidades de insuficiencia cardiaca.

INFLUENCE OF NURSING HEALTH EDUCATION IN A HEART FAILURE UNIT

Abstract

• **Introduction:** Health education in the heart failure unit promotes self-care and improves clinical outcomes. We analyzed the impact of education on the knowledge of the disease, the pharmacological management and the therapeutic compliance in patients from a different educational background.

• **Method:** Seventy patients from the unit were randomly selected and assigned to either group A, low educational background, or B, medium educational background. The nurse recorded quarterly the knowledge of the disease, the medication taken and who administered it through the nursing outcomes classification, and at the same time she gave health educational sessions.

• **Results:** There were significant basal differences with regard to the basic knowledge of disease and drugs (16% in group A vs 51% in group B, $p < 0.05$). Another person was in charge of the treatment in 52% of group A vs 16% of group B ($p < 0.01$). Treatment compliance: 84% of group A did it correctly versus 91% of group B. After six months of follow-up, no significant differences were found with respect to the knowledge of the disease and the medication. Group A reduced delegation of treatment to another person from 52% to 32% ($p < 0.05$). The re-admission rate to the heart failure unit was similar: 16% for group A vs 15% for group B.

• **Conclusion:** Health education in patients with a poor educational background and suffering from heart failure enables them to become responsible of their own treatment and improve their knowledge of the disease and their treatment compliance, despite the fact that they initially knew little about the disease and the medication. After the educational process, re-admissions due to heart failure occur regardless of the educational background.

Keywords: nursing, heart failure, education, self-care, heart failure units.

Enferm Cardiol. 2015; 22 (66): 43-47.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) se ha convertido en un problema de salud importante, situándose su prevalencia en España en torno al 6,8 % en mayores de 45 años y aumenta con el envejecimiento de la población, con independencia del sexo, alcanzando el 16% a partir de los 75 años¹.

Se estima que es la tercera causa específica de mortalidad dentro del grupo general de las enfermedades cardiovasculares, que se sitúan como la primera causa de fallecimiento en nuestro país, sin olvidar que la IC es la responsable del 5% de los ingresos hospitalarios y la primera causa de ingreso por encima de los 65 años. Todo ello ocasiona un consumo de recursos y gasto sanitario aproximado, por esta patología del 2% en nuestro medio².

El mal cumplimiento terapéutico se ha descrito como la principal causa de descompensación cardiaca, y está relacionado directamente con la falta de conocimientos, la baja percepción de la eficacia de los fármacos, la falta de apoyo del entorno, el elevado número de medicamentos y el deterioro cognitivo y la depresión³.

Intentando dar respuesta a este hecho, se produce en los últimos años, el desarrollo de programas multidisciplinares centrados en la educación sanitaria, orientados a ofrecer un cuidado continuado y flexible del control de síntomas, cuya efectividad ha sido ampliamente demostrada⁴.

Se ha objetivado también que los principales factores de riesgo de la patología vascular, asociados al estilo de vida (sedentarismo, tabaquismo, obesidad, dislipemia...), son susceptibles de cambiar con programas educativos, que logran mejorar la capacidad funcional y reducir la probabilidad de reingreso y muerte prematura⁵. El papel de las enfermeras especialistas en estos programas específicos para la IC ha resultado de gran relevancia, demostrándose que a través de diferentes estrategias (visita domiciliaria, seguimiento telefónico, sesiones educativas, etc.), se consigue reducir los reingresos hospitalarios relacionados con esta patología y mejorar la adhesión terapéutica^{6,7}.

El objetivo del presente estudio es analizar el impacto de la educación sanitaria en el conocimiento de la enfermedad, manejo farmacológico y cumplimiento terapéutico en pacientes con bajo nivel cultural adscritos a nuestra Unidad de Insuficiencia Cardiaca (UIC).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohortes prospectivo.

Se seleccionaron, de forma aleatoria, 70 de los 104 pacientes incluidos en la UIC que habían completado seis meses durante el periodo comprendido entre 2009 y 2013. Los criterios de inclusión en la UIC fueron:

- Pacientes en estadio C de IC.
- Con disfunción sistólica de ventrículo izquierdo moderada o severa.
- Con ingreso reciente por IC: procedentes de medicina interna o cardiología.

El proceso de selección de la muestra se realizó mediante una tabla de números aleatorios al finalizar el programa, distribuyéndolos en dos grupos A y B, en función de su nivel cultural basal: el grupo A lo formaban los pacientes analfabetos o que sabían leer y escribir con dificultad, al que identificamos como «bajo nivel cultural» y el grupo B incluía aquellos pacientes que tenían como mínimo estudios primarios reglados, al que designamos como «nivel cultural medio». Para cada paciente se recogieron variables sociodemográficas y de las enfermedades asociadas.

En la primera visita se realizó la entrevista inicial de enfermería, basada en las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson, registrándose el nivel cultural e identificando al cuidador principal. Con base en estos datos, se procedió a la adaptación e individualización del plan de cuidados de enfermería estandarizado para el paciente con IC, que recoge los diagnósticos según la taxonomía de la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, las intervenciones establecidas en la *Nursing Interventions Classification (NIC)* y la monitorización de los criterios de resultados *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (**Tabla 1**).

Los datos anteriores se complementaron con el cuestionario de calidad de vida de Minnesota (*Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire, MLWHFQ*), el índice de Barthel y la escala de depresión/ansiedad de Goldberg. Para la valoración del conocimiento de la enfermedad y fármacos se utilizaron los NOC 1803 y 1808: conocimiento del proceso de la enfermedad y conocimiento de la medicación respectivamente, donde las opciones de respuesta son tipo Likert.

Se les facilitó también, en esta primera visita, documentación gráfica y escrita sobre los aspectos fundamentales de la

**Tabla 1.** Plan de cuidados estandarizado de la UIC.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIONES NIC	RESULTADOS NOC
00092 Intolerancia a la actividad	5612 Enseñanza actividad-ejercicio	000508 Esfuerzo respiratorio 000510 Distancia de caminata T6' 000518 Actividades de la vida diarias (AVD): Barthel modificado 200405 Ejercicio Habitual
00001 Desequilibrio nutricional por exceso	5614 Enseñanza dieta prescrita	180201 Descripción dieta recomendada 100601 Peso
00002 Desequilibrio nutricional por defecto	1160 Monitorización nutricional	100604 Perímetro abdominal 100405 Índice de masa corporal (IMC)
00026 Exceso de volumen de líquidos	4130 Monitorización de líquidos	060101 Presión arterial 200414 Frecuencia Cardiaca 060107 Entradas y salidas equilibradas 060112 Edema periférico (maleolar) 060108 Ruidos respiratorios (ortopnea)
00096 Deterioro del patrón de sueño	1850 Mejorar el sueño	000304 Calidad del descanso
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal	5602 Enseñanza: proceso enfermedad 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 4420 Acuerdo con el paciente	180304 Conocimiento factores de riesgo cardiovascular 180306 Conocimiento signos/síntomas enfermedad 180804 Acciones medicación 180810 Administración correcta 160609 Actuar según decisión acordada
00146 Ansiedad	5241 Asesoramiento	1302 Afrontamiento de problemas: Test de Goldberg

enfermedad y hábitos cardiosaludables, a la que se acompañó un registro para la tensión arterial, frecuencia cardíaca y peso, en un formato reducido tipo cartilla para facilitar su transporte.

El programa de nuestra UIC se realiza en consulta externa de cardiología por el cardiólogo y la enfermera del programa, siendo su estructura de seguimiento trimestral tras la inclusión, hasta completar el año, a excepción del control de los nueve meses que se realiza telefónicamente por la enfermera del programa. Estos periodos son flexibles priorizando la evolución de la enfermedad y la demanda del paciente, para lo cual se les facilita un teléfono de atención directa con nuestro servicio.

Las actividades educativas se dirigieron al paciente y a su cuidador principal, realizándose de forma individual durante las visitas programadas anteriormente descritas, y monitorizando su evolución según los NOC. Los aspectos que se priorizaron y trabajaron durante toda la intervención educativa fueron: conocimiento de la enfermedad, conocimiento y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, detección de los síntomas de alarma y comunicación al servicio, fomento del autocuidado y adaptación en su vida cotidiana a los cambios generados por la patología.

El programa se completa con la impartición de tres sesiones/talleres grupales apoyado con medios audiovisuales, con los pacientes y sus cuidadores durante los primeros tres meses tras la inclusión (**Tabla 2**).

Antes de iniciar el estudio estadístico, se realizó una búsqueda bibliográfica mediante las bases de datos *Cochrane Library Plus* y *Medline*, utilizando como descriptores las palabras clave enumeradas en el presente artículo.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 15. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$. Los datos cuantitativos se compararon utilizando el test de la T de Student para muestras independientes o para datos apareados según correspondiera, y para las variables cualitativas se utilizó el test de chi cuadrado.

Tabla 2. Descripción de los talleres educativos.

<p>□ <u>Primer taller:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisiopatología de la insuficiencia cardíaca. • Signos y síntomas de descompensación cardíaca. Autocontrol. <ul style="list-style-type: none"> • Localización edemas. • Monitorización edemas: fóvea/ cinta métrica. • Factores/situaciones que pueden empeorar la insuficiencia cardíaca. <ul style="list-style-type: none"> • Práctica: aprender a tomar pulso radial en un minuto. • Mecanismo de actuación en caso de descompensación: utilidad de la UIC y uso del teléfono de atención directa. <ul style="list-style-type: none"> • Se facilita tarjeta de personalización cuidados. • Se facilita la cartilla de monitorización de constantes. <p>□ <u>Segundo taller:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo. • Requisitos de una alimentación saludable. <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración en grupos de una dieta cardiosaludable. • Ejercicio físico: beneficios y recomendaciones. <p>□ <u>Tercer taller:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca. <ul style="list-style-type: none"> • Concepto práctico de fármaco genérico. • Elaboración de una tabla con los cartones de la medicación. de cada paciente, donde se clasifican estos según su acción principal y posología.

RESULTADOS

Los 70 pacientes seleccionados, se dividieron en dos grupos atendiendo a su nivel cultural. El grupo A lo formaban 27 pacientes con un bajo nivel cultural y el grupo B con los 43 restantes que tenían nivel cultural medio. La edad media del grupo A fue 69 ± 11 años, y la del grupo B 59 ± 11 , siendo esta diferencia significativa ($p < 0,05$). En cuanto al sexo, no se encontraron diferencias entre los

grupos siendo el porcentaje de varones en el grupo A del 70% y en el grupo B del 77%. Las principales comorbilidades asociadas se recogen en la **Tabla 3**. Todos los pacientes presentaban disfunción ventricular, aunque la fracción de eyección del grupo A fue de $33\pm 8\%$ frente a $28\pm 8\%$ del grupo B, siendo esta diferencia significativa ($p= 0,029$). Al analizar la clase funcional (CF) según la New York Heart Association (NYHA) en cada grupo no encontramos diferencias: al inicio del programa en el grupo A el 44% de los pacientes se encontraban en CF III, el 44% en CF II y un 12 % en CF I. En el grupo B un 30% de los pacientes se encontraban en CF III, el 60% en CF II y un 10% en CF I.

Basalmente, existían diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a los conocimientos básicos sobre la enfermedad y la medicación: el 16% del grupo de bajo nivel cultural tenía conocimientos básicos sobre la enfermedad y sabía la utilidad de los fármacos que tomaban, frente al 51% del grupo B con como mínimo estudios primarios ($p<0,05$). La persona que se identificaba como la responsable de la medicación, en el grupo de bajo nivel cultural, era otra persona diferente del paciente en el 52% de los casos frente al 16% del grupo B, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p<0,01$). Por lo que se refiere al cumplimiento farmacológico, el 84% del grupo A realizaba correctamente el tratamiento, y en el grupo de formación escolar lo seguían un 91%. En cuanto a la calidad de vida percibida por el paciente, monitorizada con el cuestionario de Minnesota, encontramos diferencias basales significativas entre los dos grupos $p<0,05$, grupo A 28 ± 20 puntos y grupo B 34 ± 26 puntos.

A los seis meses de seguimiento, tras completar las mismas sesiones de educación grupal e individual anteriormente descritas, se volvieron a valorar los mismos ítems.

No se encontraron diferencias significativas tras la intervención educativa en cuanto al conocimiento, obteniendo que el 100% en ambos grupos, A y B, conocían la enfermedad y el uso de los fármacos que se les habían prescrito. Observamos que en el grupo A de bajo nivel cultural, se redujo del 52 al 32% ($p<0,05$) el porcentaje de pacientes que delegaban en otra persona el tratamiento farmacológico, y en el grupo B la reducción fue del 16% al 10%. Al comparar esta variable entre ambos grupos, encontramos que ya no existe diferencia estadísticamente significativa tras la educación sanitaria ($p=0,232$). También se equiparó en ambos grupos la adhesión al tratamiento farmacológico: 100% grupo A y un 95% en grupo B, siendo la $p=0,408$.

Al analizar la CF, comprobamos que esta mejoraba significativamente en ambos grupos y de forma similar. En el grupo A el porcentaje de pacientes que se encontraban en CF I pasó a ser del 60%, estando en CF II y III el 30% y el 10% respectivamente ($p< 0,05$). Lo mismo ocurrió en el grupo B: el 74% se encontraban en CF I a los seis meses de seguimiento, estando el 23% en CF II y un 3% en CF III ($p< 0,05$).

Por lo que se refiere a la calidad de vida percibida por el paciente y monitorizada con el cuestionario de MLWHFQ, a los 6 meses, se observa una reducción de la puntuación global en ambos grupos y no se evidencia entre estos diferencia

estadísticamente significativa $p= 0,688$, siendo en el grupo A 22 ± 21 vs grupo B 18 ± 20 .

La tasa de reingresos por IC tras su inclusión en la UIC fue similar en ambos grupos: 16% grupo bajo nivel cultural y 15% grupo con formación escolar, con $p=0,619$. En cuanto a los *exitus*, se produjeron 3 fallecimientos en el grupo A y 2 en el grupo B, sin encontrar diferencias significativas al comparar los dos grupos.

DISCUSIÓN

En este análisis, en que se evalúa la intervención educativa impartida por enfermería especializada en UIC, sobre una población con nivel cultural bajo (analfabetos o que saben leer y escribir con dificultad), nos encontramos con una mejoría sustancial, en la descrita como la principal causa de reingreso por IC: el incumplimiento terapéutico.

Se ha comprobado que los pacientes que disponen de mayores conocimientos tienen mayor criterio a la hora de tomar decisiones, para mejorar las conductas de salud y mejorar su actuación, de acuerdo con los cambios diarios de los síntomas de la enfermedad⁸. En nuestro estudio se ha demostrado que la educación impartida por enfermería, permite igualar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento farmacológico, entre pacientes con diferente nivel cultural, en nuestro caso analfabetos o que apenas sabían leer y escribir, con pacientes que tenían como mínimo estudios primarios. Además, comprobamos como todo ello se traduce en una mejoría de la CF según la NYHA en el seguimiento, que se produce en ambos grupos por igual e independientemente del nivel cultural del paciente.

Los programas educativos tienen así varios objetivos suplementarios a los de mejorar el conocimiento de la enfermedad y el tratamiento farmacológico de esta, como son influir y promover cambios en los estilos de vida que se acerquen a un modelo cardiosaludable⁹. De esta forma, conseguimos un objetivo secundario no menos importante, ayudar al paciente a participar activamente en su cuidado, a comprender la necesidad de seguir la dieta, el tratamiento farmacológico, y a reconocer los síntomas de descompensación¹⁰.

Diferentes investigaciones nos muestran que solo uno de cada dos pacientes con IC se pesa, controla la ingestión/eliminación de líquidos, tiene dietas bajas en sodio y reconoce los síntomas asociados a la enfermedad, pero incluso los pacientes cumplidores tienen dificultades para buscar atención temprana y evitar así el reingreso¹¹. En el presente trabajo se consigue fomentar otra variable importante en la evolución de la IC: el autocuidado. Aspecto a destacar, ya que si recordamos, la muestra es masculina en su mayoría, y la persona en quien los pacientes inicialmente delegan parte de la gestión de su enfermedad, se identifica principalmente con su pareja, como hemos puesto de manifiesto en un trabajo anterior¹². El cumplimiento del régimen farmacológico es complejo en estos pacientes y se caracteriza básicamente por la polifarmacia (al tratamiento indicado para la IC hay que añadir el de las comorbilidades que pudieran padecer), y la cronicidad. Mediante la educación se persigue la comprensión e interiorización, por

Tabla 3. Principales comorbilidades entre ambos grupos.

	Grupo A: bajo nivel cultural	Grupo B: formación escolar	p
HIPERTENSIÓN	16/27 (59%)	27/43 (62%)	0,596
DIABETES MELLITUS	11/27 (40%)	16/43 (37%)	0,404
DISLIPEMIA	11/27 (40%)	21/43 (48%)	0,425
EPOC	8/27 (29%)	7/43 (16%)	0,178
INSUFICIENCIA RENAL	2/27 (7%)	7/43 (16%)	0,273
ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA	3/27 (11%)	3/43 (7%)	0,394

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica



parte del paciente con IC, de los fármacos como herramientas indispensables para reducir las complicaciones y la muerte, y que por tanto, actúen en consecuencia evitando su abandono¹³, además del aumento en el conocimiento del efecto de los fármacos, interacciones, medicamentos prohibidos, etc.

No podemos obviar el papel fundamental de la familia en el éxito de estos programas, que adopta un papel potenciador para la puesta en práctica de las conductas recomendadas durante la educación, por lo que debemos incluirlos en nuestros planes de cuidados. Se ha descrito que el envejecimiento y la dependencia, factores ambos característicos de la patología que nos ocupa, ponen a prueba el potencial familiar de cuidados dada la complejidad que entraña (polifarmacia, dependencia en las actividades de la vida diaria, depresión...) y resulta obligatorio dotar de herramientas a estos cuidadores informales, como son la formación y el apoyo de los profesionales¹⁴. De esta manera, no solo estamos fomentando su colaboración en la promoción del cambio del paciente hacia hábitos higiénico dietéticos saludables (objetivo primario de la intervención educativa), sino que al mejorar el autocuidado también estamos descargando al cuidador principal de la responsabilidad de gestionar la enfermedad de su familiar. Diferentes investigaciones empiezan a ofrecer datos interesantes sobre la sobrecarga del cuidador, que genera estrés y depresión en estos¹⁵, y repercute en los resultados de salud del paciente con IC y en el consumo de recursos sanitarios por parte de ambos¹⁶.

El papel de la enfermería, en estos programas, aparece destacado en numerosos estudios, evidenciando varios aspectos. Uno, la atención integral/global que aplica la disciplina enfermera cuando desarrolla su profesión: proporcionar cuidado a estos pacientes implica evaluar las repercusiones de la patología en la capacidad funcional y autonomía del mismo, identificar sus necesidades y la capacidad de adaptación, para garantizar la calidad en el proceso. Y dos, la validez en el uso y aplicación de los planes de cuidados individualizados siguiendo la NANDA, NIC y NOC, que permiten identificar las necesidades de la persona y su entorno, organizar los cuidados administrados, y monitorizar su evolución para poder evaluarlos de forma continua y ágil¹⁷. Los trabajos destacan además, la necesidad de formación específica de la enfermera, no solo en el proceso de la enfermedad y su complejidad, sino también en técnicas educativas efectivas para poder desarrollar una intervención eficaz en estas unidades¹⁸.

Con esta investigación, resaltamos el efecto beneficioso de la intervención educativa enfermera para lograr que no existan diferencias entre ambos grupos con diferente nivel cultural, en cuanto a la tasa de reingreso por esta causa, factor relacionado directamente con las variables ya descritas de autocuidado y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico¹¹. Nuestro estudio refuerza estos datos, ya que encontramos una tasa de *exitus* y reingresos baja en ambos grupos. Administrar educación sanitaria dirigida por enfermería especializada consigue una reducción en los reingresos y los *exitus* que, además, es independiente del nivel cultural. Este aspecto es también importante dada la repercusión que la IC tiene en el gasto sanitario, como se recogió en la introducción, y que fue el objetivo primario evaluado en las primeras UIC¹⁹.

Un dato del presente estudio que nos llama la atención es la mayor percepción de calidad de vida basal, obtenida con el MLWHFQ, en el grupo de bajo nivel cultural que además tenía una edad significativamente más elevada, con respecto a la percibida con el de mínimos estudios primarios, a la cual no encontramos explicación, proponiéndola como base para futuras investigaciones que profundicen en ello.

Como limitaciones al presente trabajo no podemos descartar un posible sesgo en los pacientes, cuyo origen es el servicio de cardiología (hospitalizados o desde consultas externas), con predominio masculino y relativamente joven, y el tamaño de la muestra.

CONCLUSIÓN

La educación sanitaria, en pacientes de bajo nivel cultural con IC, consigue que pese a conocer inicialmente poco la enfermedad y la medicación, se hagan responsables de su tratamiento y que el conocimiento de la enfermedad y el cumplimiento terapéutico sea similar al de los pacientes de un nivel educativo superior. Una vez recibida la educación, la tasa de reingreso por IC y *exitus* es independiente del nivel cultural del paciente.

AGRADECIMIENTOS

A todo el Servicio de Cardiología del Hospital Alto Guadalquivir por su apoyo incondicional a la enfermería, y en especial a la Dra. Durán por su implicación en este proyecto incluso estando de excedencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anguita Sánchez M, Crespo Leiro MG, de Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso-Pulpón L, Muñoz García. PRICE Study Investigators prevalence of heart failure in the Spanish general population aged over 4 years. The PRICE Study. Rev Esp Cardiol. 2008; 61:1041-9.
2. Segovia J. (Editorial). Los números de la insuficiencia cardiaca: una oportunidad para mejorar. Rev Clin Esp. 2013; 213(1): 25-7.
3. Morcillo C, Valderas JM, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujadas R y Rosell F. Evaluación de una intervención domiciliar en pacientes con insuficiencia cardiaca. Resultados de un estudio aleatorizado. Rev Esp Cardiol. 2005; 58 (6):618-5.
4. Chivite D, Formiga F, Pujol R. La insuficiencia cardiaca en el paciente anciano. Rev Clin Esp. 2011; 211 (1):26-35.
5. Baker DW, Asch SM, Keesy JW, Brown JA, Chan KS, Joyce G et al. Differences in education, Knowledge, self-management activities, and health outcomes for patients with heart failure cared for under the chronic disease model: the improving chronic illness care evaluation. J Card Fail. 2005; 11(6):405-13.
6. Organización de los servicios clínicos para la insuficiencia cardiaca (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012 Issue 9. Art. No.: CD002752. DOI: 10.1002/14651858.CD002752.
7. Lupón J, Parajón T, Urrutia A, González B, Herreros J, Altirir S et al. Reducción de los ingresos por insuficiencia cardiaca en el primer año de seguimiento en una unidad multidisciplinaria. Rev Esp Cardiol. 2005; 58(4):374-80.
8. Rodríguez Gázquez MA, Arredondo Holguín E, Salamanca Acevedo E, Yurani Andrea. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardiaca de la ciudad de Medellín (Colombia). Enfermería Global. 2013; 30:184.
9. Lupón J. Unidades de Insuficiencia cardiaca: ¿por qué? En: Lupón J, coordinador. Unidades de Insuficiencia Cardiaca. SEC. Barcelona: Grupo Menarini. 2006; 55-66.
10. Van der Wal MHL, Jaarsma t, Moser DK, Veeger NJGM, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. Eur Heart J. 2006; 27: 434-40.
11. Steward S, Horowitz JD. Home-based intervention in congestive heart failure: long-term implications on readmissions and survival. Circulation. 2002; 105:2861-6.
12. López G, Durán MC, Martínez MM, Rus C, Cortez G, Recuerda C et al. (Comunicación oral) Dificultades en la implantación de un programa de insuficiencia cardiaca en la población de referencia. Congreso Nacional de la AEEC; 2010 mayo 5-7, Málaga.
13. Strömberg A, Mårtensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE, Dahlström U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective randomised trial. Eur Heart J. 2003; 24: 1014-23.
14. A. Canga, C. G. Vivar, C. Naval. Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. An Sist Sanit Navar. 2011; 34 (3) :463-9.
15. Pressier SJ, Gradus-pizlo I, Chubinski SD, Smith G, Wheeler S, Wu J et al. Family caregiver outcomes in heart failure. Am J Crit Care. 2009; 18:149-59.
16. Sebem M, Riegel B. Contributions of supportive relationships to heart failure self-care. Eur J Cardiovasc Nurs. 2009; 8:97-104.
17. Amorim A, Lima MM, Ribeiro T. Nursing diagnoses and interventions for patients with congestive heart failure using the ICNP. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(2): 380-7.
18. Arredondo Holguín E, Rodríguez Gázquez MA, Higuera Urrego LM. Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with heart failure. Inves Educ Enferm. 2012;30 (2): 188-1978.
19. Anguita Sánchez M. Manual de insuficiencia cardiaca. Madrid: Publicaciones de la Sociedad Española de Cardiología; 2003. p.243-56.