



CLÍNICA

Evaluación del impacto de un plan de cuidados de enfermería de pacientes con EPOC con diagnóstico enfermero "Manejo inefectivo del régimen terapéutico", en términos de mejora del criterio de resultado de enfermería (NOC) "Conocimiento del régimen terapéutico"

Impact assessment of a plan of nursing care of patients diagnosed with COPD nurse "Ineffective management of therapeutic regimen," in terms of improving the nursing outcomes (NOC) "Knowledge of therapeutic regime"

*Iniesta Sánchez, J., **Abad Corpa, E., ***Royo Morales, T., ****Sáez Soto A., *****Rodríguez Mondéjar, JJ., *****Carrillo Alcaraz, A.

*MSc RN. PhD . Student. Quality Care Coordinator Reina Sofía General University Hospital, Murcia., E-mail: leidienesan.edu.br ** RN. M.Sc. Ph.. D. University of Murcia. Murcia Health Service, Nursing and Healthcare Research Unit (Investén-isciii). *** RN. Research Nurse. Murcia Health Service. Murcia. ****MSc RN. Managing Co-director of Nursing Zone VII Management Murcia-Este, Murcia, *****RN. M.Sc. Ph.D. Unit Nurse Manager Reina Sofía General University Hospital, Murcia, ***** MD Intensivist Physician, José María Morales Meseguer General University Hospital, Murcia, Spain.

Palabras clave: taxonomías enfermeras; planificación de cuidados; mejora resultados enfermería.

Keywords: nursing taxonomies; planning care; improve nursing outcomes

RESUMEN

Objetivo: Conocer el impacto en el "Conocimiento del régimen terapéutico", en pacientes con un plan de cuidados sobre "Manejo inefectivo del régimen terapéutico".

Método: Estudio cuasiexperimental, en dos Hospitales Generales Universitarios (junio 2007 - diciembre 2008) pacientes con EPOC. Grupo intervención: plan de cuidados desarrollado mediante taxonomías; grupo control: asistencia hospitalaria habitual.

Resultados: 143 pacientes incluidos en el estudio (grupo intervención=56; grupo control =87). Mejora NOC a las 2 semanas (69.2% intervención vs. 10,7% control; $p<,008$); mejora NOC a las 24 semanas (68.7% vs.10.1%, $p<,001$). Indicadores "descripción justificación régimen terapéutico"; "actividad prescrita"; "beneficios del tratamiento" mejoran con $p<,001$.

Conclusiones: La implementación de un plan de cuidados dirigido al alta orientado al incremento del

NOC mejora el manejo del régimen terapéutico.

Implicaciones para la práctica: La implementación de taxonomías en planificación de cuidados orientados al alta constituyen una herramienta para evaluar resultados de las intervenciones enfermeras y su evolución

ABSTRACT

Purpose: To determine the impact on the "Knowledge of the therapeutic regimen," in patients with a care plan on "ineffective management of therapeutic regimen."

Methods: Quasi-experimental study in two General Hospitals University (June 2007 - December 2008) COPD patients. Group intervention: care plan developed by taxonomies; Control group: usual hospital care.

Findings: 143 patients were Recruited (Intervention group = 56, control group = 87). NOC improvement at 2 weeks (69.2% vs 10.7% intervention control; $p < .008$); NOC improvement at 24 weeks (68.7% vs. 10.1%; $p < .001$). Indicators "description regimen justification"; "Prescribed activity"; "Treatment benefit" better with $p < .001$.

Conclusions: The implementation of a discharged plan care direct to increase the nursing outcome classification improves management of therapeutic regimen.

Implications for nursing practice: The implementation of taxonomies in care planning discharged are a tool that allow to evaluate outcomes of nursing interventions and its evolution.

INTRODUCCIÓN

La aplicación del Proceso Enfermero garantiza una atención individualizada e integral del paciente, permitiendo su participación activa y mejorando la relación terapéutica enfermera-paciente. Además, permite coordinar la actuación del equipo facilitando la comunicación entre profesionales que cuidan al paciente favoreciendo la continuidad de los cuidados¹. La taxonomía utilizada actualmente para el Diagnóstico de Enfermería es la nomenclatura NANDA-Il². En EEUU un grupo de trabajo desarrolló los criterios de resultado de enfermería (NOC) con el objetivo de dar respuesta a las demandas de evaluación de las intervenciones enfermeras³ que se unifican mediante la NIC⁴, quedando de esta forma delimitado un lenguaje unificado y común para los profesionales enfermeros. Los NOC se convierten en una de las herramientas que nos pueden ayudar a conocer el impacto de los cuidados enfermeros. Su desarrollo práctico abre un amplio campo para la génesis de proyectos de investigación centrados en alguna de las aportaciones específicas de la enfermería. En el marco de esas investigaciones deben situarse los proyectos que evalúen el impacto de la planificación de cuidados y muy concretamente en las situaciones de cronicidad y envejecimiento.

Los pacientes crónicos dados de alta presentan una importante demanda de cuidados que derivan de sus problemas de dependencia, a esto se añade la necesidad de información relacionada con su enfermedad, fármacos prescritos y hábitos saludables^{5,6}. La EPOC, como enfermedad crónica, está considerada como una de las principales causas de morbi-mortalidad y se espera que en el año 2020 se convierta en la tercera causa de muerte y la quinta de enfermedad⁷. Estos pacientes sufren numerosas exacerbaciones y reingresos hospitalarios⁸ debidos entre otras causas a la incorrecta respuesta al manejo terapéutico e inadecuados recursos domiciliarios⁷. Un 70% de los reingresos, sobre todo en ancianos, pueden ser

prevenidos y dentro de las causas que contribuyen a los reingresos se incluye una inadecuada continuación de cuidados, destacando la ausencia de coordinación interniveles asistenciales^{9,10,11}.

Las medidas que han demostrado efectividad en evitar reingresos son: la planificación del alta, la educación al paciente, el seguimiento del mismo y la prevención de la iatrogenia durante el ingreso^{12,13}. La planificación del alta es una característica de rutina en los sistemas de salud de muchos países, el objetivo es reducir la duración de la estancia hospitalaria y los reingresos no planificados al hospital, mejorar la coordinación de los servicios tras el alta de un hospital y así salvar la brecha entre el hospital y el lugar de alta^{11,14}, siendo los profesionales de enfermería la piedra angular para esta coordinación interniveles^{10,15,16}. Por todo lo expuesto, y en el marco de un proyecto más amplio¹⁷, nos planteamos conocer el impacto en el NOC “Conocimiento del régimen terapéutico”, y su evolución en el tiempo, de aquellos pacientes a los que se les realiza un plan de cuidados para el diagnóstico enfermero “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” frente a aquellos pacientes que reciben la asistencia habitual en el medio hospitalario.

METODOLOGÍA

Diseño

Se diseñó un estudio cuasi-experimental pseudoaleatorizado por unidades con un grupo control. Se desarrolló en dos hospitales públicos universitarios de tercer nivel y los centros de atención primaria de sus respectivas áreas de salud. Las unidades de neumología y medicina interna fueron aleatorizadas para reclutar a los pacientes con EPOC. Para reducir la variabilidad de los ingresos mensuales, la asignación al azar se invirtió en las dos unidades en cada semestre.

Sujetos de estudio

El criterio de inclusión fue aquellos pacientes diagnosticados de EPOC o ingresados por reagudización de éste. Se establecieron como criterios de exclusión: el deterioro cognitivo, pacientes ingresados en residencias o con hospitalización domiciliaria al alta, imposibilidad de seguimiento, dificultades de comunicación, o esperanza de vida inferior a seis meses.

Variables

Variables sociodemográficas: edad; sexo; nivel de estudios; situación laboral; autocuidado; cuidador principal. *Variable dependiente:* Criterio de resultado de enfermería “Conocimiento del régimen terapéutico”. Para su medición, se creó un instrumento ad hoc seleccionando los siguientes indicadores: Descripción del proceso de enfermedad. Descripción de la dieta prescrita. Descripción de la justificación del régimen terapéutico. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia. Descripción de la medicación prescrita. Descripción de la actividad prescrita. Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad. Medidos mediante escala Likert de 1 a 5 (desde ningún conocimiento a conocimientos extensos). El NOC se obtiene como la puntuación media de los resultados de los indicadores seleccionados. La obtención de los datos se realizó con la valoración de enfermería por patrones funcionales (focalizando en el patrón I

“Percepción y manejo de la salud”) por dos investigadores que desarrollaron los ítems integrados en dicho patrón para operativizar los indicadores del NOC. El instrumento se pilotó con pacientes y familiares para solucionar discordancias y consensuar valoraciones. En ambos grupos, la evaluación del NOC se realizó al ingreso, a las dos semanas tras el alta y a las 24 semanas tras el alta. *Variable independiente:* Intervención a estudio.

Intervención

El grupo control recibió la atención habitual de enfermería en ambos centros, mientras que sobre el grupo intervención dos enfermeros investigadores realizaron educación sanitaria sobre el régimen terapéutico enfocada al alta, para lo que se diseñó un plan de cuidados, en el que la valoración del paciente se realizaba mediante los patrones funcionales de M. Gordon. La etiqueta diagnóstica sobre la que se trabajó fue “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”. El factor relacionado “déficit de conocimientos” y como posibles manifestaciones la “dificultad con la regulación, o la integración de una o más prescripciones para el tratamiento de su enfermedad, o sus efectos, o para la prevención de sus complicaciones”. El NOC seleccionado fue (1813) “Conocimiento del régimen terapéutico” (CRT) para el que se eligieron los 8 indicadores presentados en la descripción del instrumento de medida. Para cada indicador NOC se desarrollaron intervenciones enfermeras (NIC) y material gráfico de apoyo. Tanto las NIC como el mencionado material se desplegaron basándose en una extensa revisión de la evidencia científica, consultas con expertos y sociedades científicas. Finalmente se diseñó un plan de cuidados dirigido al paciente y su familia, del grupo intervención, en el que dos enfermeros investigadores realizaron visitas (como mínimo de 15 minutos) cada 24 horas en las que se desarrollaron las siguientes NIC:

- Enseñanza sobre el proceso de la enfermedad: Se le recomendaban cambios en el estilo de vida que pudieran evitar posibles complicaciones y ayudaran a controlar el proceso de enfermedad.
- Enseñanza sobre medicamentos prescritos: Se le facilitaban al paciente/familia conocimientos para que el paciente tomara de forma segura los medicamentos prescritos y supiera observar sus efectos. (Oxígeno; nebulizaciones; inhaladores).
- Se realizaron talleres individualizados sobre terapia inhalatoria, en el que los pacientes practicaban con un placebo del dispositivo; además, el día del alta se les proporcionaba información gráfica sobre la terapia inhalatoria que debía seguir en su domicilio, en la que se describían los pasos a seguir apoyados por imágenes para el sistema específico que llevaba el paciente.
- Enseñanza sobre la dieta prescrita.
- Enseñanza sobre la actividad/ejercicio prescrito.
- Enseñanza sobre procedimientos: En los pacientes con Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) nos centramos en su manejo y cuidados específicos que debían seguir (material de apoyo, y un taller sobre uso y manejo del dispositivo). En los pacientes que llevaban otros sistemas de soporte respiratorio se les explicaba su uso y mantenimiento y se les proporcionaba el apoyo gráfico diseñado para oxigenoterapia domiciliaria.

- Guías del sistema sanitario. Fomentar implicación familiar. Facilitando la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

Análisis

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas expresándose como media \pm desviación estándar y las cualitativas como número y porcentaje. Para la comparación de medias se utilizó la prueba de la t de Student o U Mann-Whitney (según siguieran una distribución normal o no) y la prueba de la ANOVA y test de Kruskal-Wallis. Las variables cualitativas se compararon con el test de X^2 o la prueba exacta de Fisher. Para el procesamiento estadístico de las variables se utilizó el programa SPSS.15

Consideraciones éticas

El proyecto ha sido aprobado por los Comités de ética de la investigación de los hospitales en los que se ha desarrollado el estudio. La participación de los pacientes ha sido voluntaria, tras la firma del consentimiento informado, y se han adoptado las medidas necesarias para la protección de los datos de carácter confidencial.

RESULTADOS

La muestra está compuesta por 56 pacientes en el grupo intervención y 87 en el control, no se encontró diferencias significativas en las variables sociodemográficas (Tabla I). En la evaluación del NOC al ingreso no se observó diferencias entre ambos grupos, no encontrando ningún caso con puntuación mínima ni máxima (Tabla II).

Tras la intervención, en la evaluación a las 2 semanas, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$), en la que un 56% del grupo intervención presentó un nivel sustancial de conocimientos, frente a un 29% del grupo control, y un 21% tiene conocimientos extensos frente al 4% del grupo control.

En el análisis para cada uno de los indicadores, la mejora porcentual es generalizada en todos ellos, y con significación estadística ($p < 0.001$) en los indicadores “descripción de la justificación del régimen terapéutico”, “descripción de la medicación prescrita”, “descripción de la actividad prescrita”, y “descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad”.

Al realizar la evaluación del NOC global a las 24 semanas, se mantienen las diferencias entre ambos grupos ($p < 0.001$), presentando un 48,9% de los pacientes del grupo intervención un nivel sustancial frente a 30,2% en el grupo control, y 24,4% de conocimientos extensos frente a 7,9% del grupo control.

En el análisis de cada uno de los indicadores se mantiene la mejora porcentual conseguida en todos ellos (Tabla III), aunque deja de ser significativa en “descripción de la medicación prescrita” y pasa a serlo en “descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencias”.

Destacar que pese a que en la evaluación a las 2 y 24 semanas en algunos de los indicadores no se observan diferencias significativas, si se obtienen puntuaciones

más elevadas para el grupo intervención que para el control, no presentándose pacientes con ningún, o escaso conocimiento, lo cual sí sucede en el grupo control.

Tabla I. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

| | | Intervención | Control | p-valor |
|---------------------|------------------|--------------|------------|---------|
| | | n= 56 | n= 87 | |
| Hospital de estudio | Hospital 1 | 45 (80.4%) | 50 (57.5%) | 0.004 |
| | Hospital 2 | 11 (19.6%) | 37(42.5%) | |
| Servicio | Neumología | 20 (35.7%) | 22 (25.3%) | 0.126 |
| | Medicina interna | 36 (64.3%) | 65 (74.7%) | |
| Sexo | Hombre | 50 (89.3%) | 80 (92%) | 0.588 |
| | Mujer | 6 (10.7%) | 7 (8%) | |
| Estado civil | Pareja | 43 (76.8%) | 58 (66.7%) | 0.195 |
| | No pareja | 13 (23.2%) | 29 (33.3%) | |
| Cuidador principal | Familia | 48 (85.7%) | 72 (82.8%) | 0.549 |
| | Otros | 2 (3.6%) | 7 (8%) | |
| | Ninguno | 6 (10.7%) | 8 (9.2%) | |
| Nivel de estudios | Sin estudios | 21 (37.5%) | 40 (46%) | 0.468 |
| | Básicos | 31(55.4%) | 39 (44.8%) | |
| | Universitarios | 4 (7.1%) | 8 (9.2%) | |
| Situación laboral | No activo | 53 (94.6%) | 83 (95.4%) | 0.837 |
| | Activo | 3 (5.4%) | 4 (4.6%) | |
| Lugar de residencia | Urbana | 16 (28.6%) | 46 (53.5%) | 0.009 |
| | Rural | 9 (16.1%) | 6 (7%) | |
| | Mixta | 31 (55.4%) | 34 (39.5%) | |
| Autocuidados | | 52 (92.9%) | 81 (93.1%) | 1 |

Tabla II. EVOLUCIÓN DEL NOC 1813 "CONOCIMIENTO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO"

| EVOLUCIÓN DEL NOC 1813 "CONOCIMIENTO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO" | | | | |
|---------------------------------------------------------------|--------------|---------|-----------|------------|
| | | INGRESO | 2 SEMANAS | 24 SEMANAS |
| NINGUNO | INTERVENCIÓN | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| | CONTROL | 0,0% | 0,0% | 1,6% |
| ESCASO | INTERVENCIÓN | 21,4% | 4,0% | 0,0% |
| | CONTROL | 20,7% | 12,3% | 12,7% |
| MODERADO | INTERVENCIÓN | 51,8% | 18,0% | 26,7% |
| | CONTROL | 48,3% | 55,6% | 47,6% |
| SUSTANCIAL | INTERVENCIÓN | 26,8% | 56,0% | 48,9% |
| | CONTROL | 26,4% | 28,4% | 30,2% |
| EXTENSO | INTERVENCIÓN | 0,0% | 22,0% | 24,4% |
| | CONTROL | 4,6% | 3,7% | 7,9% |
| P-valor | | 0,462 | <0,001 | <0,001 |

Gráfico 1. Evaluación del NOC 1813 “Conocimiento del régimen terapéutico”

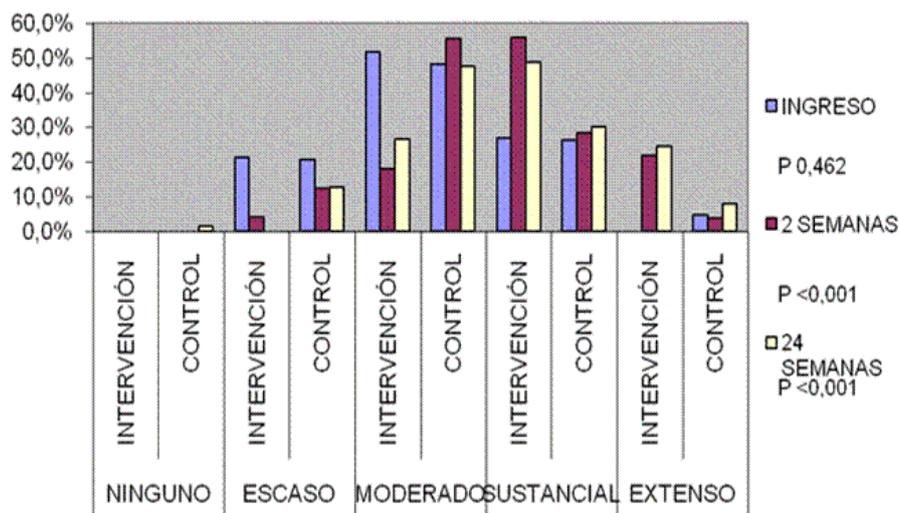


Tabla III. EVALUACIÓN NOC A LAS 24 SEMANAS

| EVALUACIÓN NOC A LAS 24 SEMANAS | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|---------|---------|
| INDICADOR | ESCALA | INTERVENCIÓN | CONTROL | P-valor |
| Descripción del proceso de enfermedad | NINGUNO | 2,20% | 4,70% | 0,007 |
| | ESCASO | 2,20% | 9,40% | |
| | MODERADO | 4,40% | 18,80% | |
| | SUSTANCIAL | 28,90% | 26,60% | |
| | EXTENSO | 62,20% | 40,60% | |
| Descripción de la dieta prescrita | NINGUNO | 2,20% | 1,60% | 0,802 |
| | ESCASO | 6,70% | 6,30% | |
| | MODERADO | 24,40% | 29,70% | |
| | SUSTANCIAL | 37,80% | 26,60% | |
| | EXTENSO | 28,90% | 26,60% | |
| Descripción de la justificación del régimen terapéutico | NINGUNO | 2,20% | 12,50% | <0,001 |
| | ESCASO | 17,80% | 31,30% | |
| | MODERADO | 20,00% | 39,10% | |
| | SUSTANCIAL | 31,10% | 9,40% | |
| | EXTENSO | 28,90% | 7,80% | |
| Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual | NINGUNO | 0,00% | 7,80% | <0,001 |
| | ESCASO | 6,70% | 6,30% | |
| | MODERADO | 17,80% | 20,30% | |
| | SUSTANCIAL | 24,40% | 32,80% | |
| | EXTENSO | 51,10% | 51,10% | |
| Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia | NINGUNO | 0,00% | 9,40% | 0,001 |
| | ESCASO | 0,00% | 17,20% | |
| | MODERADO | 22,20% | 20,30% | |
| | SUSTANCIAL | 28,90% | 31,30% | |
| | EXTENSO | 48,90% | 21,90% | |
| Descripción de la medicación prescrita | NINGUNO | 0,00% | 1,60% | 0,893 |
| | ESCASO | 0,00% | 6,30% | |
| | MODERADO | 6,70% | 14,30% | |
| | SUSTANCIAL | 15,60% | 27,00% | |
| | EXTENSO | 77,80% | 50,80% | |
| Descripción de la actividad prescrita | NINGUNO | 0,00% | 9,40% | <0,001 |
| | ESCASO | 6,70% | 20,30% | |
| | MODERADO | 22,20% | 40,60% | |
| | SUSTANCIAL | 26,70% | 18,80% | |
| | EXTENSO | 44,40% | 10,90% | |
| Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad | NINGUNO | 33,30% | 59,40% | 0,001 |
| | ESCASO | 80,90% | 18,80% | |
| | MODERADO | 26,70% | 9,40% | |
| | SUSTANCIAL | 20,00% | 9,40% | |
| | EXTENSO | 11,00% | 3,10% | |

DISCUSIÓN

La planificación del alta basándose en las taxonomías, orientando el plan de cuidados a reintegrar al paciente a la comunidad tras el alta por el proceso de reagudización de la EPOC o su debut, resulta efectivo en términos de mejora del Criterio de Resultado de Enfermería. Un mejor manejo de su proceso por parte del paciente y/o cuidador principal incluye intervenciones enfermeras encaminadas a la enseñanza del paciente o cuidador no sólo al autocuidado, sino a la integración del régimen terapéutico, a través del conocimiento de la justificación del mismo y sus beneficios. Al ingreso ambos grupos presentan un nivel similar respecto al criterio de resultado, lo que concuerda con la bibliografía existente sobre estudios realizados en pacientes con patología hipertensiva o cardíaca^{18,19}. Dichos estudios se centran en el manejo de régimen terapéutico y continuidad de cuidados mediante una planificación del alta y también presentan resultados positivos. Resaltar que las intervenciones educativas, realizadas por profesionales de enfermería, se muestran efectivas en la adquisición de hábitos saludables de pacientes y cuidadores a los que se dirigen²⁰.

Otros estudios se centran en intervenciones enfermeras específicas, como el control del temor en pacientes con cáncer a través del proceso enfermero con taxonomía NANDA, NOC, NIC, mostrando la efectividad de dichas intervenciones en los resultados evaluados²¹. Observamos una puntuación más elevada en ítems relativos al cuidador principal o bajo supervisión de una persona de su entorno, tal como se desprende de los datos obtenidos en las entrevistas con los pacientes y cuidadores principales que han participado en nuestro estudio. Por otra parte, las puntuaciones más bajas se dieron en aquellos indicadores que valoran la justificación del tratamiento y los beneficios que este reporta, lo que podría constituir uno de los factores, que inciden en la tasa de incumplimiento, que suelen presentar los pacientes crónicos. Los pacientes del grupo intervención mejoran y mantienen las puntuaciones en los indicadores relacionados con el régimen terapéutico, incluidos los referentes a los beneficios que reporta el plan terapéutico y la comprensión de los motivos que justifican tanto el tratamiento farmacológico como el dietético, y la modificación de hábitos de vida, y no sólo en lo que se refiere a la medicación. Los cuidados de enfermería deben estar orientados hacia la consecución de resultados específicos, lo que es fundamental tanto para la efectividad de los cuidados como para la gestión de casos²². En nuestro entorno habitual, tales circunstancias no son habituales, pese a la inversión y despliegue que se está realizando para la implantación del proceso enfermero como herramienta de trabajo, en la que se integran tanto las diferentes taxonomías enfermeras para facilitarnos un lenguaje común como una sistemática de trabajo.

Dentro de las taxonomías disponemos de los NOC, que nos permiten fijar los resultados específicos anteriormente mencionados, y trabajar hacia la consecución de los mismos. Sin embargo, se debería profundizar en su implantación y normalización de los indicadores para homogeneizar las medidas por diferentes evaluadores, puesto que el inconveniente en la evaluación de los indicadores NOC es su subjetividad y variabilidad. Para disminuir este sesgo el equipo de investigación realizó consensos y desarrolló escalas de puntuación que permiten unificar criterios de evaluación para cada uno de los indicadores seleccionados del NOC, por lo que consideramos este paso como fundamental para implantar esta dinámica de evaluación en la práctica asistencial proporcionando fiabilidad a la misma. En base a los indicadores, seleccionamos las intervenciones de enfermería a implementar y sus actividades asociadas, que posteriormente evaluamos para conocer los cambios ocasionados

entre el estado de partida, y el conseguido por el paciente tras llevar a cabo el plan de cuidados.

Nuestro estudio pone de manifiesto que los pacientes pertenecientes al grupo intervención no solo presentan una mejoría significativa en los resultados esperados por enfermería, sino que estos perduran en el tiempo, tal como se puede constatar en las evaluaciones a las 2 y 24 semanas tras el alta, poniendo de manifiesto la efectividad de las intervenciones de enfermería planificadas, y ejecutadas, frente a la atención habitual que recibe el grupo control. Las taxonomías NANDA-NOC-NIC nos dotan de una unidad de lenguaje de comunicación entre los profesionales, permitiendo la evaluación de los resultados obtenidos a través del NOC.

CONCLUSIONES

La planificación y ejecución de intervenciones de enfermería dirigidas a mejorar o mantener el nivel de conocimientos sobre el régimen terapéutico se muestran efectivas en los pacientes del grupo intervención, consiguiendo mayores puntuaciones en el criterio de resultados y manteniendo esta mejora en el tiempo. Los pacientes del grupo control no muestran un incremento del nivel de conocimientos respecto al régimen terapéutico por el hecho de recibir la atención estandarizada durante la hospitalización. La utilización de metodología enfermera aporta una normalización y uniformidad de criterios en la planificación de las intervenciones enfermeras, dotándonos de un respaldo teórico.

REFERENCIAS

- 1-Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª edición. Barcelona: Elsevier España. 2007.
- 2-Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier España. 2010.
- 3-Moorhead S, Johnson M, Maas M & Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). [Nursing outcomes classification]. 4ª ed. Madrid: Elsevier España. 2009.
- 4-Bulechek G.M, Butcher H.K, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). [nursing interventions classification) 5ª ed. Barcelona: Elsevier España. 2009.
- 5-De Pedro J, Gallo J, Zaforteza C, Bover, J & Bover A. Problemas de las personas mayores al alta de un hospital de agudos [Problems among aged persons at discharge from an acute care hospital]. Gerokomos 2001. 12, 29-32.
- 6-Mistiaen P, Duijnhouwe E, Wijkel D, Bont M & Veeger A. The problems of the elderly at home one week after discharge from an acute care setting. Journal of Advanced Nursing. 1997. 25: 1233-1240.
- 7-Organización Panamericana de la Salud. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio. Organización Mundial de la Salud. 2002.
- 8-Miravittles M, Mayordomo C, Artés M, Sánchez-Agudo L, Nicolau F, Segú JF, et al. Treatment of chronic obstructive pulmonary disease and its exacerbations in general practice. Respiratory Medicine Journal. 1999. 93:173-9.
- 9-Einstadter D, Cebul RD, Franta PR. Effect of a nurse case manager on postdischarge follow-up. Journal of General Internal Medicine. 1996. 11: 684-688.
- 10-Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A & Ruffin, R. Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001. Available at: <http://www.update-software.com> (accesed)

- 11-Turnock AC, Walters EH, Walters JAE, Wood-Baker R. Planes de acción para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Biblioteca Cochrane Plus. 2006. Available at: <http://www.update-software.com> (accesed)
- 12-Romain A, Pauwels A, Buist S, Calverley P, Jenkins C, & Hurd S (2001) Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2001. 163: 1256-1276
- 13-Maciá L, Latour J, Moncho J, Mariscal MI, Orts MI. Modelo de hospitalización y frecuencia de reingreso en pacientes con exacerbación de EPOC. Enfermería Global. 2011. 10 (21).
- 14-Effing T, Monninkhof, EM, Van der Valk P, Van der Palen J, Van Herwaarden, C, Partridge MR et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007. Available at: <http://www.update-software.com> (accesed)
- 15-Cano A, Martín C, Martínez M, García C, Hernández M & Roldán A (2008) Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años [Efficacy of nursing planning alter hospital discharge of patients over 65 to reduce their readmisión]. Atención Primaria. 2008. 40: 291-295.
- 16-Abad E, Carrillo A, Royo, T, Pérez, MC, Rodríguez, J, Saéz A, Iniesta J. (2010) Effectiveness of the planning of hospital discharge and follow-up in primary care in patients with chronic obstructive pulmonary disease: research protocol. Journal Advanced Nursing. 2010. 66: 1365-70.
- 17-Abad-Corpa E, Royo-Morales T, Iniesta-Sánchez J, Carrillo-Alcaraz A, Rodríguez-Mondejar J.J, Saez-Soto A.R, Vivo-Molina M.C. Evaluation of the effectiveness of hospital discharge planning and follow-up in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Clinical Nursing 2012.
- 18-Blue L, Lang E, McMurray JJ, Davie AP, McDonagh TA, et al. (2001) Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. British Medical Journal. 2001. 323: 715-721
- 19-Parkes J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home. The Cochrane Library. 2001. 2: 1-18.
- 20-Del Río O, Maldonado A, Carmena O, Davós R, Garzo B, Gutiérrez A, Lozano G, Monedero A, Sánchez L, Soto C, Villalta M. Educación sanitaria a pacientes con cardiopatía isquémica. Enferm Cardiol.; 2005. Año XII: (35): 24-27.
- 21-Cáceres FM, Bohórquez F, Puerto HM, Hernández DS.(2004) Eficacia de las intervenciones de enfermería para disminuir el temor en personas que inician tratamiento para el cáncer. Un ensayo clínico controlado. MedUNAB. 2004. 7:161-5.
- 22-Morales Asensio, J.M.(2004) El camino hacia la efectividad de los cuidados Index Enferm. 2004. 13 (44).

Recibido: 19 de agosto 2014; Aceptado: 9 de octubre 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia