

Atención de Enfermería a Pacientes con Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria

Nursing Care for patients with Heart Failure in Primary Health Care

Raquel Pérez Otero (EIR)

Mercedes García García (Enfermera)

Fernanda del Castillo Arévalo (Enfermera)

C.S de Contrueces (Gijón)

Manuscrito recibido: 12-02-2013

Manuscrito aceptado: 05-03-2013

Cómo citar este documento

Pérez Otero R. García García M, Del Castillo Arévalo F. Atención de Enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca en Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Abr; 1(2): 9-26.

Resumen

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es un síndrome crónico y progresivo que afecta al funcionamiento del corazón y produce una serie de síntomas y signos que empeoran la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente. La IC tiene una alta prevalencia, sobre todo en población anciana, y con frecuencia se acompaña de otras patologías, precisando polimedicación.

En la IC el control de síntomas y el autocuidado son determinantes para un buen pronóstico y una mejora en la calidad de vida. La labor de la Enfermera de Atención Primaria (AP) es de gran importancia en estos pacientes. El correcto control del paciente con IC y la educación en el autocuidado deben de priorizarse y la enfermera ha de disponer de los conocimientos y habilidades necesarios para conseguirlos.

En este trabajo se hace una revisión de la IC y su tratamiento integral, con el objetivo de que sirva como herramienta a la enfermera de AP para la actualización de conocimientos y el manejo en consulta de estos pacientes.

Palabras Clave

Insuficiencia Cardíaca, Enfermeras en Salud Comunitaria, Atención Primaria de Salud.

Abstract

Heart failure (HF) is a chronic, progressive syndrome that affects the functioning of the heart and produces a series of signs and symptoms that worsen the functional capacity and quality of life of patients. HF is highly prevalent, especially in the elderly, and is often accompanied by other conditions, requiring polypharmacy.

In HF symptom control and self-care are critical to a good outcome and improved quality of life. The work of the Primary Care Nurse is of great importance in these patients. The proper management of patients with HF and their self-care education should be prioritized and the nurse must have the knowledge and skills necessary to achieve them.

This paper is a review of HF and its comprehensive treatment, so that it can be used as a tool by PC nurses for updating knowledge and managing of these patients in consultation.

Keywords

Heart Failure, Community Health Nursing, Primary Health Care.

Introducción

En España se producen 330.267 ingresos hospitalarios anuales con diagnóstico principal o secundario de Insuficiencia Cardíaca (IC)¹.

Según el estudio Price² la prevalencia de IC en España es alta (7-8%), similar en ambos sexos, y aumenta con la edad, llegando al 16,1% (11%-21,1%) en personas de 75 o más años.

Es muy frecuente que el paciente con IC sea un paciente anciano, pluripatológico y polimedicado³. Según el estudio INCA⁴, en Atención Primaria (AP) se atienden a pacientes de más edad y con mayor comorbilidad que en Cardiología, donde atienden a pacientes más jóvenes y con mejor grado funcional. Unos cuidados integrales y de calidad desde AP, con una estrecha colaboración de los profesionales implicados y coordinación con la atención especializada, pueden ser más eficaces y eficientes en la atención de estos pacientes que la suma de cuidados de múltiples servicios especializados. El médico y la enfermera de AP deben asumir el compromiso con los pacientes de ofrecer "máxima calidad, mínima cantidad, con la tecnología apropiada, en el momento conveniente y tan cerca del paciente como sea posible"⁵.

Objetivos

Contribuir a actualizar los conocimientos de las enfermeras de Atención Primaria sobre la IC para mejorar la oferta de cuidados.

Desarrollo

1. Definición

La IC es un síndrome clínico en el que el paciente presenta síntomas y signos típicos y en la que hay una evidencia objetiva de alteración estructural o funcional⁶.

- **Síntomas:** disnea en reposo/con el ejercicio/paroxística nocturna, fatiga, cansancio, tos nocturna.
- **Signos:** taquicardia, taquipnea, crepitantes pulmonares, derrame pleural, edema en miembros inferiores, hepatomegalia, ascitis, ingurgitación yugular a 45°.
- **Evidencia objetiva de disfunción:** cardiomegalia, soplo cardíaco, disfunción en ecocardiograma⁶.

Para confirmar el diagnóstico de IC es imprescindible objetivar la disfunción ventricular mediante una técnica de imagen y calcular la fracción de eyección (FE = volumen sistólico / volumen diastólico), determinante para valorar la disfunción predominante y clasificar la IC^{7,8}. Además, la FE sirve como valor pronóstico: cuanto más baja sea menor va a ser el índice de supervivencia. La FE en valores normales es >50%.

Según la FE, podemos hablar de:

- a- **IC sistólica:** pacientes con FE baja (IC-FER) < o igual al 35%. Hay una disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (menor contracción y vaciado del ventrículo izquierdo).
- b- **IC diastólica:** pacientes con FE conservada (IC-FEP) entre 35%-50%. Hay una cardiopatía estructural relevante que provoca disfunción diastólica: engrosamiento de la pared del ventrículo izquierdo o del tamaño de la aurícula izquierda.

La IC produce limitaciones a la actividad física. Una clasificación muy utilizada para la IC es la clasificación funcional de la NYHA (*New York Heart Association*)⁶:

- **Clase I:** sin limitación de la actividad física. El ejercicio físico normal no causa fatiga, disnea o palpitaciones.
- **Clase II:** ligera limitación a la actividad física. Sin síntomas en reposo, pero la actividad física normal causa fatiga, palpitaciones o disnea.
- **Clase III:** acusada limitación de la actividad física. Sin síntomas de reposo, pero cualquier actividad provoca la aparición de síntomas.
- **Clase IV:** incapacidad de realizar actividad física. Los síntomas están presente incluso en reposo y con cualquier actividad física aumentan.

2. Tratamiento Farmacológico

Los objetivos del tratamiento son aliviar los signos y síntomas, tanto para conseguir mejorar la calidad de vida del paciente como para evitar el ingreso hospitalario. (**Tabla 1:** Fármacos más usados en la IC)^{6,7,9,10,11}

Tabla 1: Fármacos más utilizados en la IC^{6,7,9}:

GRUPO	PRINCIPIO ACTIVO	EFECTOS ADVERSOS
Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA)	<i>Captopril, Enalapril, Lisinopril, Ramipril, Trandolapril, Peridopril, Fosinopril</i>	Hiperpotasemia, hipotensión ortostática, tos, empeoramiento de la función renal.
Bloqueadores Beta	<i>Bisoprolol, Nebivolol, Succinato de metoprolol, Carvedilol</i>	Hipotensión sintomática (mejora con el tiempo), bradicardia excesiva
Antagonista de la aldosterona	<i>Espironolactona, Epleronona</i>	Hiperpostasemia, empeoramiento de la función renal, ginecomastia con Espironolactona
Antagonista de los receptores de la angiotensina (ARA II)	<i>Candesartan, Valsartan, Losartan, Ibersartan.</i>	Hiperpotasemia, hipotensión ortostática, empeoramiento función renal.
Hidralazina y dinitrato de isosorbida (utilizados cuando hay intolerancia a IECA y ARA)		Hipotensión sintomática, artralgias, mialgias, artritis, pericarditis, pleuritis, erupción cutánea o fiebre
Glucosidos digitálicos	Digoxina	Bloqueo AV y senoauricular, arritmias auriculares y ventriculares sobre todo en presencia de hipopotasemia. Signos de intoxicación digitálica: confusión, náuseas, anorexia y alteración de la percepción de los colores
Diuréticos	Diuréticos de asa: <i>Furosemida, Torasemida, Bumatenida.</i> Diuréticos tiazídicos: <i>Hidroclorotiazida, Indapamida, Bendroflumetiazida, Metolazona.</i> Diuréticos ahorradores de potasio: <i>Amiloride, Triamtereno, Espironolactona, Epleronona.</i>	Diuréticos de asa y tiazídicos: hipopotasemia, hipomagnesemia, hiponatremia. Diuréticos ahorradores de potasio: hiperpostasemia, empeoramiento de la función renal.

	Ivabradina: ralentiza la frecuencia cardiaca en pacientes en ritmo sinusal	Fenómenos luminosos (fosfenos), visión borrosa, bradicardia, bloqueo A-V de primer grado, extrasístoles ventriculares, cefaleas, mareos.
	Amiodarona: es el antiarrítmico de elección en IC-FER.	Bradicardia, hipo o hipertiroidismo, microdepósitos corneales, náuseas, vómitos, alteraciones del gusto y sueño, pesadillas, fotosensibilización.
Fármacos usados para el tratamiento de la comorbilidad cardiovascular en pacientes con insuficiencia cardiaca^{6,7,9}		
Anticoagulantes	<i>Warfarina, Acenocumarol, Pradaxa</i>	Hemorragias, fiebre alopecia, necrosis cutánea, hematomas
Antiagregantes plaquetarios	<i>Ácido acetil salicílico, Clopidogrel, Dipyridamol.</i>	Dolor epigástrico, náuseas, gastritis erosiva, vómitos, hemorragias.
Estatinas	<i>Simvastatina, Atorvastatina, Fluvastatina, Lovastatina, Pravastatina, Rosuvastatina.</i>	Estreñimiento, flatulencia, náuseas, diarrea, dolor cabeza, mareo, prurito, mialgias, artralgia, insomnio, astenia, fatiga
FÁRMACOS NO RECOMENDADOS (se les consideran perjudiciales)^{6,7,9}		
Glitazonas (Rosiglitazona, pioglitazona) ya que empeoran la IC y aumenta el riesgo de hospitalización.		
AINES (ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco...) y los inhibidores de la COX-2 (meloxicam, celecoxib, parecoxib...) se deben evitar ya que pueden causar retención de sodio, agua y alteración de la función renal con el consiguiente empeoramiento.		
No se deben utilizar la mayoría calcioantagonistas a excepción de amlodipino y felodipino pueden empeorar la IC.		
Formulaciones efervescentes pueden contener importantes cantidades de cloruro sódico, por tanto, las formas orales más recomendadas serían comprimidos, capsulas, sobres..., también se debería observar los excipientes sobre todo cuando este sea cloruro sódico. Si se requiere control estricto del contenido en sodio consultar ^{10,11}		

3. Tratamiento no Farmacológico

3.1. Dieta y nutrición

En cuanto al abordaje de hábitos dietéticos nos fijaremos en:

3.1.1. Peso

Destacaremos dos situaciones en el manejo de los pacientes que padecen IC:

a - Obesidad (IMC > 30): es recomendable perder peso para conseguir mejorar el estado general y los síntomas⁶.

Debemos estimular la modificación de hábitos dietéticos que favorezcan el incremento de la ingesta de frutas, verduras, cereales, legumbres y pescado azul, reduciendo el consumo de grasas saturadas, alimentos con alto contenido en colesterol y ácidos grasos trans.

b - Caquexia: En pacientes con IC grave puede aparecer caquexia cardiaca: una pérdida involuntaria de más del 6% del peso estable (durante los últimos 6 meses). La caquexia se caracteriza por una pérdida de músculo, tejido adiposo y tejido óseo y se asocia a un peor pronóstico, a un aumento del número de hospitalizaciones y a la reducción de la supervivencia⁷.

3.1.2. Sodio

La forma más común de sodio es el cloruro sódico o sal de cocina, usada para sazonar o conservar los alimentos. Pero el sodio también puede encontrarse añadido a aditivos alimentarios¹² usados como conservantes (nitrato sódico, benzoato sódico...), antioxidantes (citrato sódico, tartrato sódico...), potenciadores del sabor (glutamato sódico, gualinato sódico...), edulcorantes (citramato sódico, sacarina sódica...), estabilizantes (alginato sódico, difosfato sódico...), etc. Por lo tanto cuando sea necesario el seguimiento de una dieta hiposódica se debe tener en cuenta no solo la sal que se usa para cocinar, sino también la contenida en alimentos y aditivos.

Según la OMS, la ingesta de sal recomendada en pacientes sin patología es de 5 gr/persona/día. Hay que tener en cuenta que 5 gr de sal= 2 gr de sodio (gr de sodio x 2,5 = gr de sal). Al realizar la compra se debe observar el etiquetado nutricional para elegir aquellos alimentos con un menor contenido en sal. En la **Tabla 2** puede verse el contenido en sal de diversos alimentos.

Tabla 2: Contenido de sal de los alimentos
(Contenido en sal en mg. Por cada 100 g de porción comestible)

ALIMENTO (100 G)	CONTENIDO DE SAL (mg)	ALIMENTO (100 G)	CONTENIDO DE SAL (mg)
Caldo en cubitos y sopas comerciales	27.000	Queso Manchego semicurado	600
Bacalao o arenque salado	4.300	Verduras en lata	600
Tocino de cerdo	2.300	Leche en polvo desnatada	557
Caviar y sucedáneo de caviar	2.000	Mayonesa	500
Pizza	2.000	Pan (normal, tostado, integral de centeno)	430
Panceta o bacon de cerdo	2.000	Cuajada, requesón, queso fresco de Burgos o Villalón	300
Precocinados (croquetas, empanadillas, albóndigas, canelones, carne empanada)	2.000	Tomate frito envasado	300
Queso azul	1.800	Galletas	244
Ketchup	1.700	Marisco en general	Entre 200-400
Jamón serrano	1.500	Huevo	Entre 200-400
Aceitunas	1.500	Pescado fresco	Entre 100-200
Jamón de York	1.490	Margarina vegetal	101
Queso manchego curado	1.200	Carne (pollo, pavo, ternera, cordero, conejo) y vísceras	Entre 50-100
Patatas fritas comerciales	1.100	Leche	50
Embutidos (salchichón, chorizo, mortadela, butifarra)	1.100	Yogures, petit suisse	45
Corn flakes (cereales de maíz)	1.100	Pasta italiana	17
Foie-gras	900	Mantequilla	5
Bollería	750	Verduras	0-20
Conservas (atún, bonito, anchoas, berberechos, mejillones, sardinas, caballa)	700	Frutas	0-20

Fuente: Fundación Hipercolesterolemia familiar. <https://www.cholesterolfamiliar.com/HTA.html>

En cuanto a la IC, diversos artículos y guías^{13,14} recomiendan la restricción de sal de la siguiente forma:

- **IC grave o situaciones de descompensación:** dieta muy restrictiva: <3 gr./día, lo que equivale a cocinar sin sal, ya que dicha cantidad la aporta el contenido de sodio propio de los alimentos.
- **IC leve o moderada:** 3-5 gr/día, que equivale a una cucharadita de moka.

En algunos artículos^{7,15} se cuestiona la efectividad y seguridad de restricción de sal de manera generalizada en IC.

3.1.3. Potasio

El uso de ciertos fármacos puede producir como efectos adversos situaciones de hiperpotasemia (fármacos ahorradores de potasio) o el efecto contrario: hipopotasemia. Además, los sustitutos de la sal en ocasiones llevan una importante cantidad de potasio.

Dichas situaciones requieren valorar el contenido de potasio de los alimentos para dar las recomendaciones adecuadas.

3.1.4. Líquidos

La reducción de líquidos en pacientes con síntomas leves o moderados no aporta beneficios, pero sí está indicado limitar la ingesta a 1,5–2 l/día en pacientes con síntomas graves de IC y con hiponatremia^{6,7,14}. En la ingesta se debe computar además del agua, los zumos, infusiones, refrescos, sopas..., En las aguas minerales hay que observar la etiqueta, por la gran variabilidad del contenido de sodio entre las diferentes marcas comerciales.

3.2. Ejercicio Físico

Al contrario de lo que se creía hace años, cuando se recomendaba reposo como medida general, se ha demostrado que la práctica regular de actividad física moderada beneficia a los pacientes con IC. Actualmente se recomienda fomentar el ejercicio aeróbico regular para mejorar la capacidad funcional y los síntomas (clase 1, nivel A de evidencia)⁷, incorporándose el ejercicio físico (EF) como un tratamiento más de la IC siempre que el paciente se encuentre estable¹⁶

Distintos estudios¹⁷ han comprobado que el EF puede lograr mejorar el estado funcional y la calidad de vida, además de disminuir el riesgo de mortalidad, mejorando la resistencia al esfuerzo y reduciendo el riesgo de arritmias. El Comité de la *American Heart Association* (AHA) marca las siguientes pautas de recomendación para la realización de EF¹⁷:

1. **Duración:** 20-30 minutos.
2. **Intensidad:** adaptada al paciente, 70-80% del consumo máximo de oxígeno (VO₂) o en su defecto valorando la intensidad mediante percepción subjetiva del esfuerzo.
3. **Frecuencia:** 3-5 sesiones por semana (cuando la sesión produce agotamiento debe darse por lo menos un día de reposo de ejercicio).
4. Debe haber un **precalentamiento** en cada sesión de 10-15 minutos, y es aconsejable un tiempo de enfriamiento.
5. Pueden hacerse **ejercicios de resistencia**, con resistencia leve y repeticiones rápidas, como lo ofrecen los circuitos de aparatos con pesas.

Por lo general, se recomienda los ejercicios aeróbicos: bicicleta estática, caminar, nadar,... en los que hay que intercalar momentos de descanso con tiempos cortos de actividad, se deben evitar los ejercicios bruscos y violentos, los isométricos y los deportes de competición^{16,18}. El EF ha de separarse mínimo una hora antes y 2 horas después de la ingesta y evitarlo cuando haga mucho calor, humedad o frío¹⁶. Pequeños gestos cotidianos como subir escaleras, sustituir el autobús por el caminar o actividades de jardinería también pueden ayudar a mejorar la capacidad funcional.¹⁹

3.3. Hábitos tóxicos

3.3.1. Tabaco

Todas las drogas son un factor de riesgo y están desaconsejadas en los pacientes con IC. Abandonar el hábito de fumar mejora los síntomas y aumenta la supervivencia. Desde la consulta de enfermería se ha de aconsejar sobre técnicas para el abandono del hábito tabáquico, incluyendo al paciente en el programa de Deshabitación Tabáquica si procede, facilitando de este modo la ayuda y el soporte necesarios para conseguirlo.

3.3.2. Alcohol

El alcohol está asociado a un aumento de la tensión arterial y del riesgo de arritmias, las recomendaciones de las guías^{6,7} es limitar su consumo a 10-20 gr./día (1-2 copas de vino/día) y en los pacientes con sospecha de miocardiopatía alcohólica se debe recomendar una abstinencia completa.

4. Papel de la Enfermera de Atención Primaria

Existen muchas experiencias de atención a pacientes con IC, agrupadas en dos modelos²⁰:

1. Centrados en la atención domiciliaria.
2. Centrados en el seguimiento ambulatorio en clínicas especializadas.

En casi todos los casos la provisión del servicio corre a cargo de enfermeras, la mayoría dependiendo de servicios de cardiología. Aunque se comienza a hablar de la necesaria coordinación primaria- especializada, estos modelos se centran en la coordinación médico de familia- cardiólogo, y se tiene poco en cuenta a las enfermeras comunitarias²¹. Existen otras propuestas de coordinación inter-niveles basadas en enfermería²² y finalmente propuestas de nuevos modelos de atención centralizados en AP, en el que la colaboración de médicos y enfermeras de forma estructurada permite un seguimiento adecuado de estos pacientes^{23,24}.

De forma general el **papel de la enfermera** en la atención a los pacientes con IC se centra en:

- la información y la educación sanitaria orientada hacia el autocuidado,
- la detección precoz de signos de descompensación y su abordaje,
- el fomento de la adherencia terapéutica y la promoción de hábitos de vida adecuados,
- la elaboración de planes de cuidados según las necesidades de cada individuo,
- el asesoramiento ante dudas y dificultades del paciente y su familia,
- el apoyo emocional para el mejor afrontamiento de la enfermedad y la posible pérdida de funcionalidad
- y asegurar la continuidad asistencial mediante una adecuada coordinación con el médico de familia del paciente y con el segundo nivel.

Tras el diagnóstico o alta hospitalaria se realizará una primera consulta, posteriormente se pueden establecer visitas de seguimiento a los 15 días, al mes y cada 3 meses¹⁴, siempre individualizando con cada paciente y ajustando a sus necesidades y buen o mal control.

5. Educación Sanitaria en la IC: Autocuidado

Los dos aspectos esenciales para la evolución favorable de la IC son el autocuidado del paciente y la adherencia al tratamiento.

Los dos aspectos esenciales para la evolución favorable de la IC son el autocuidado del paciente y la adherencia al tratamiento y en ambos casos la herramienta básica para conseguirlos la proporciona la educación sanitaria¹⁸.

La participación activa y coherente del paciente en el autocuidado es clave para la evolución favorable de la patología y se asocia con mejores resultados clínicos, incluyendo la disminución de la frecuencia y la gravedad de las reagudizaciones e ingresos hospitalarios, y la reducción de la tasa de mortalidad²⁵

El autocuidado debe contemplar los siguientes aspectos¹⁸:

- Acciones destinadas a mantener la estabilidad física.
- Evitar comportamientos que pudieran empeorar la enfermedad.
- Conocimiento e identificación precoz de síntomas o signos de deterioro o descompensación.

Sin embargo, el autocuidado deficiente sigue siendo extremadamente común en los pacientes con IC: menos de la mitad de ellos se pesan rutinariamente y para la mayoría es difícil llevar una dieta restringida en sodio. Las investigaciones han documentado que poco más de la mitad de estos pacientes, tiene éxito en este aspecto del autocuidado²⁶

Para que el autocuidado sea efectivo, ha de sustentarse en tres pilares fundamentales: los conocimientos, las habilidades y las actitudes del paciente. (**Tabla 3**: Temas educativos esenciales en la educación al paciente con IC y habilidades y conductas a enseñar).

5.1. Conocimientos sobre la enfermedad

El conocimiento de la enfermedad y todos sus componentes es básico para que el autocuidado sea eficaz. Un estudio llevado a cabo en el 2004 reveló que los pacientes con IC comúnmente perciben la enfermedad como aguda en lugar de crónica y consideran que están curados cuando los síntomas han desaparecido²⁶

Las enfermeras deben de tener la habilidad para evaluar las necesidades individuales y comenzar el proceso de educación basándose en el nivel de percepción previo del paciente con relación a la enfermedad, nivel de escolaridad y función cognitiva²⁰.

Es importante proporcionarle al paciente conocimientos sobre:

- En qué consiste la enfermedad: origen, características, síntomas y signos.
- Tratamiento farmacológico: indicación, dosis, efectos secundarios.
- Factores de riesgo asociados.
- Importancia de las medidas higiénico-dietéticas: dieta, ejercicio,...

Debe darse énfasis al hecho que la IC es un síndrome crónico y progresivo, en el cual el estilo de vida tiene un papel fundamental.

Tabla 3: Temas educativos esenciales en la educación al paciente con IC y habilidades y conductas a enseñar ^{16,7,18,14}

TEMAS EDUCATIVOS	HABILIDADES Y CONDUCTAS
Definición y etiología de la insuficiencia cardíaca	Explicar el concepto de IC, su etiología y por qué se producen los síntomas. Dar énfasis al hecho que la IC es un síndrome crónico y progresivo. Comprender los factores pronósticos importantes y tomar decisiones realistas.
Síntomas y signos de la insuficiencia cardíaca	Monitorizar y reconocer los signos y síntomas. Conocer los signos de alarma y saber cómo y cuándo contactar con los servicios sanitarios. Controlar el peso regularmente y reconocer rápidamente cualquier aumento de peso. En caso de aumento de peso >2 Kg en 3 días utilizar terapia diurética flexible en caso de ser la apropiada y recomendada tras una educación adecuada y la provisión de instrucciones detalladas.
Tratamiento farmacológico	Comprender las indicaciones y las dosis: ¿Qué aportan los fármacos y para qué sirven? Reconocer los efectos secundarios más comunes de cada fármaco que se prescriba. Comprender la importancia de seguir las recomendaciones terapéuticas y mantener la motivación para seguir el plan de tratamiento: importancia del cumplimiento terapéutico más allá del alivio sintomático.
Modificación de los factores de riesgo	Monitorizar la presión arterial si el paciente es hipertenso. Mantener un control de la glucosa si el paciente es diabético. Evitar la obesidad. Comprender la importancia de dejar de fumar y abandonar el hábito. Promover la abstención de alcohol en pacientes con sospecha de miocardiopatía alcohólica.
Recomendaciones para la dieta	Restringir de la ingesta de sodio, si está indicado. Evitar una ingesta excesiva de líquidos. Si síntomas graves restricción a 1,5-2 l/día. Monitorizar y prevenir la desnutrición. Dieta hipocalórica si obesidad.
Recomendaciones para el ejercicio	Indicar reposo sólo en pacientes inestables o con IC avanzada. Comprender los beneficios del ejercicio físico. Practicar ejercicio físico de forma regular. Recomendar ejercicio aeróbico regular mantenido (andar o montar en bicicleta, 30 minutos, 3-4 veces/semana). Sentirse seguro y cómodo al realizar actividades físicas. La actividad física ha de estar limitada por la aparición de los síntomas. Evitar los ejercicios isométricos. Aconsejar hacer reposo postprandrial.
Actividad sexual	No debe restringirse, salvo en casos avanzados o IC descompensada. Acomodarla según la tolerancia al ejercicio, evitando esfuerzos que originen el surgimiento de síntomas. Sentir tranquilidad con respecto a la actividad sexual y discutir los problemas con los profesionales. Tratar el aspecto sexual por el equipo multidisciplinar de forma natural e informativa durante la primera consulta de los pacientes o cuando ellos manifiesten dudas o dificultades. Explicar la presencia de síntomas psicológicos producto de la IC, limitaciones físicas, efectos colaterales de los medicamentos (diuréticos y betabloqueadores), diagnóstico de diabetes mellitus o hipertensión arterial sistémica son algunos de los factores que pueden causar disfunción eréctil. Comprender problemas sexuales específicos y las estrategias para superarlos. Los pacientes en clase I y II pueden hacer uso del sildenafil con seguridad, sin embargo, los pacientes deben ser informados que, cuando se usan nitratos, el sildenafil debe ser usado posterior a las 24 horas.
Inmunización	Vacunarse contra la gripe y la enfermedad por neumococo.
Trastornos del sueño y respiratorios	Reconocer comportamientos preventivos, como reducir peso en los obesos, dejar de fumar y abstenerse del alcohol. Explicar higiene del sueño. Conocer opciones de tratamiento, si está indicado.
Aspectos psicológicos	Comprender que los síntomas de depresión y los trastornos cognitivos son frecuentes. en los pacientes con insuficiencia cardíaca y la importancia del apoyo social. Conocer opciones de tratamiento, si está indicado.
Viajes	Preparar actividades de viaje y ocio según la capacidad física. Desaconsejar los viajes largos. Desaconsejar destinos con climas cálidos y húmedos y con gran

	altitud. Al viajar, llevar un informe escrito de la historia clínica y el régimen de medicación actual y llevar medicación extra.
Actividad laboral	Tratar de que el paciente continúe con su actividad laboral, adaptándola si es preciso a su capacidad física.
Otros fármacos	Evitar o utilizar con precaución fármacos de tipo: AINES y COX, antiarrítmicos, calcioantagonistas, antidepresivos tricíclicos, corticoides, litio y fármacos efervescentes.
Anticoncepción y embarazo	La IC aumenta el riesgo de morbimortalidad materna y neonatal, En caso de embarazo o deseo de embarazo, se recurrirá al cuidado especializado entre cardiólogo y ginecólogo. La anticoncepción oral tiene un bajo riesgo de causar trombosis periféricas e hipertensión que deben sopesarse con el riesgo de embarazo. Usar el DIU, excepto en mujeres con valvulopatía por el riesgo de infección (endocarditis) o sangrado relacionado al tratamiento anticoagulante.
Factores precipitantes de descompensación más habituales	Conocer las causas más comunes de descompensación: Incumplimiento terapéutico o abandono de la medicación, transgresiones dietéticas, uso de fármacos inapropiados, infecciones, fiebre.

Fuente: Elaboración propia

5.2. Habilidades

Que los pacientes tengan conocimientos ("saber qué hacer") sobre su enfermedad no implica necesariamente que sepan integrarlos en su vida diaria, por eso es preciso traducir esos conocimientos en capacidad de acción: en habilidades ("saber cómo hacerlo"),

Dentro de las habilidades en las que hay que educar al paciente se encuentra la observación de signos y síntomas de agravamiento de la enfermedad, el control adecuado del peso y el registro de los mismos.

a- **Signos y síntomas de empeoramiento**

Martje et al²⁷ en una revisión bibliográfica realizada para descubrir las consecuencias del incumplimiento en pacientes con IC destacaron que éstos toleran algunos síntomas como edema, aumento de peso y fatiga alrededor de 7 días, y disnea 3 días antes de buscar asistencia médica, y solamente el 5% asocian el aumento de peso como un signo de descompensación.

En este contexto, las intervenciones de enfermería deben estar enfocadas a la educación de los pacientes para el reconocimiento precoz de estos signos y síntomas evitando cuadros de descompensación, con el objetivo de tomar las medidas oportunas: aumentar la dosis de diurético o acudir a consultar.

Dentro de estos signos de alarma/descompensación se encuentran^{14,7,16}:

- Ganancia de peso rápida: 2 kg/3 días o 3 kg/semana.
- Edemas de pies, tobillo o piernas.
- Disminución de la cantidad de orina.
- Disnea con menor esfuerzo o de reposo.
- Ortopnea o necesidad de aumentar el número de almohadas para dormir.
- Tos irritativa y persistente (sobre todo acostado).
- Dolor en el pecho y/o palpitaciones.
- Cansancio intenso.
- Mareos y/o pérdida de conocimiento

b- **Control del peso**

Los pacientes deben controlar su peso de manera rutinaria para detectar cualquier cambio. La periodicidad en el registro del peso se aconsejará según la clase funcional: los pacientes estables deben pesarse 2-3 veces por semana y en los casos de descompensación o IC avanzada el control ha de ser diario. La detección de cualquier signo de alarma como el aumento de peso, puede ayudar a evitar un ingreso si se trata en fases iniciales (Grado de recomendación I, nivel de evidencia C)¹⁴

Para que el registro del peso sea correcto ha de establecerse el peso de referencia (peso en situación estable) y realizarse el control por la mañana, después de orinar, en ayunas, sin ropa y siempre en la misma balanza.

Siempre de manera individualizada y tras valorar el nivel de entendimiento del paciente y una educación previa adecuada y provisión de instrucciones detalladas, puede recomendarse una dosis flexible de diuréticos basada en los síntomas y en el balance de líquidos, de modo que en caso de observarse un aumento de peso rápido, el paciente aumentará la dosis de diuréticos y entrará en contacto con el equipo de AP^{7,18,19}. En estos casos también es importante explicar al paciente los riesgos de la reducción de volumen por uso excesivo de diuréticos.

c- **Registro**

El control y registro del peso y de otras variables como la ingesta de líquidos, según las situaciones personales, es otra habilidad en la que instruir al paciente. Para ello, podemos emplear registros que faciliten este control al paciente.

5.3. Actitudes ante la enfermedad

El compromiso del paciente es imprescindible para conseguir un resultado óptimo en los pacientes con IC. Una actitud positiva ante la enfermedad e implicación en el cuidado, asumiendo el autocuidado como una parte más del tratamiento van a mejorar siempre el resultado final. Una herramienta útil para valorar el autocuidado es la "Escala Europea de autocuidado en la insuficiencia cardíaca"²⁸.

6. Adherencia

Es un hecho conocido que un buen seguimiento de las indicaciones terapéuticas disminuye la morbimortalidad y mejora el bienestar del paciente, sin embargo, la literatura señala que sólo un 20-60% de los pacientes con IC cumplen el tratamiento que se les ha prescrito⁶.

La OMS define la adherencia²⁹ como "el grado en el cual el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponden con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria".

La enfermera en cada visita de seguimiento debe valorar la adherencia a todos los pacientes, teniendo en cuenta que no es una característica personal: la misma persona puede cumplir el tratamiento o dejar de hacerlo en otro momento, o ser adherente a unos fármacos pero no a otros.

Para valorar la adherencia existen muchos métodos, pero en la práctica clínica lo más fácil y efectivo es **Preguntar**. El hecho de preguntar, por sí sólo, puede contribuir a disminuir el incumplimiento. Existen dos test muy utilizados

Test de Haynes: "La mayoría de las personas, tienen dificultades para tomar los comprimidos. ¿Usted tiene dificultades para tomar los suyos?"

Cuestionario de Morinsky-Green: Consta de 4 preguntas: 1- ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? 2-¿Los toma a la hora indicada? 3-¿Deja de tomar su medicación cuando se encuentra bien? 4- ¿Deja usted de tomarlos si alguna vez le sientan mal? Se considera incumplidor a la persona que responde de forma incorrecta alguna de las 4 preguntas.

Si la enfermera detecta mala adherencia, intentará determinar las causas, teniendo en cuenta los factores relacionados con la mala adherencia (**Tabla 4**) e implantará las estrategias apropiadas a cada situación para favorecer el cumplimiento. No hay ninguna intervención que haya demostrado una evidencia concluyente, lo que sí parece confirmarse es que lo más efectivo es la combinación de varias estrategias y la individualización de cada paciente³⁰. Son estrategias generales para promover la adherencia³¹: No culpabilizar al paciente y evitar la intimidación, Indagar creencias y expectativas. Establecer buena relación profesional-paciente, Modelo de atención centrado en el paciente. Aceptar que el paciente es quien decide, Implicar al paciente en la toma de decisiones. Lograr apoyo familiar/social. Adaptar el tratamiento a sus rutinas. Reducción de la complejidad del tratamiento (frecuencia, dosis, nº de fármacos). Recordatorios de los horarios (teléfono, mensajes, alarmas, pastilleros), ligar la toma a una actividad. Dar Información verbal y escrita.

Tabla 4: Factores relacionados con la Adherencia³¹

Relacionados con el paciente	Relacionados con el tratamiento	Relacionados con la patología	Relacionados con el equipo asistencial
Culturales, creencias	Complejidad: nº de fármacos, dosis, duración	Patología aguda o crónica	Confianza recíproca
Deterioro cognitivo, funcional	Falta de confianza en la efectividad	Presencia de síntomas	Accesibilidad
Depresión u otros trastornos psicológicos	Temor a efectos adversos	Expectativas de curación	Continuidad asistencial
Apoyo familiar. Soledad	Coste de los medicamentos	Comorbilidad	

Fuente: Elaboración propia

7. Planes de Cuidados para pacientes con IC

La valoración integral de los pacientes con patologías crónicas es imprescindible para un correcto abordaje de sus problemas. En los pacientes con IC es frecuente encontrar problemas relacionados con la nutrición, el descanso, la actividad, el manejo y afrontamiento de su enfermedad. Menos valorados, pero no por ello menos importantes, son los patrones cognitivo-perceptivo y de valores y creencias, éste último recomendado para la toma de decisiones con respecto a calidad de vida y ética en final de vida en estos pacientes³². Por ello es importante individualizar la atención y valorar, así mismo, el entorno familiar y social para conocer las ayudas con que puede contar.

Los Diagnósticos Enfermeros encontrados con mayor frecuencia son los siguientes^{33,34,35}: los relativos a Déficit de autocuidados (00108,...), Conocimientos Deficientes (00126), Intolerancia a la actividad (00092), Ansiedad (00146), Gestión ineficaz de la propia salud (00078), Exceso de volumen de líquidos (00026).

Difieren en algunos casos dependiendo donde pongan el foco de atención las enfermeras, que por lo general suele ser en los aspectos biológicos relacionados con las manifestaciones clínicas cardiovasculares como los relativos a la respiración o al aumento de líquidos y dejando relegados la valoración psico-socio-familiar.

En la **Tabla 5** se adjunta un resumen de lo que podría ser un PC tipo para estos pacientes^{36,37,38,39}.

Tabla 5: Plan de Cuidados en el paciente con Insuficiencia Cardíaca^{36,37,38,39}

Diagnóstico NANDA	Resultados Esperados NOC	Intervenciones NIC
00092 Intolerancia a la actividad	0005 Tolerancia a la Actividad 0002 Conservación de la energía	0180 Manejo de Energía 4310 Terapia de actividad 4046 Cuidados cardíacos: rehabilitación 0200 Fomento del ejercicio
00146 Ansiedad	1402 Control de la ansiedad	5820 Disminución de la Ansiedad 5230 Aumentar el afrontamiento
00123 Conocimientos deficientes	1808 Conocimiento: medicación 1813 Conocimiento: régimen terapéutico 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad 1811 Conocimiento: actividad prescrita	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad 5614 Enseñanza: dieta prescrita 5616 Enseñanza medicamentos prescritos 5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito 5520 Facilitar el aprendizaje
00078 Gestión Ineficaz de la propia salud	1601 Conducta de cumplimiento 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	4420 Acuerdo con el paciente 4360 Modificación de la conducta
00108-9-10 Déficit Autocuidados	0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria	1800 Ayuda en el autocuidado
00095 Insomnio	0003 Descanso 0004 Sueño	1850 Mejorar del sueño
00069 Afrontamiento inefectivo	1302 Superación de problemas 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida	5270 Apoyo emocional 5230 Aumentar el afrontamiento 5250 Apoyo en la toma de decisiones
00070 Deterioro de la adaptación	1300 Aceptación estado de salud 1302 Superación de problemas	5270 Apoyo emocional 5230 Aumentar el afrontamiento
00061 Cansancio en el rol de cuidador	2508 Bienestar del cuidador familiar	7040 Apoyo al cuidador principal

Fuente: *Elaboración propia*

8. Atención domiciliaria

La IC, al ser una enfermedad evolutiva, puede llegar a ser muy invalidante, cursando en muchos casos con disnea de pequeños esfuerzos o de reposo. Las características frecuentes de estos pacientes (ancianos, frágiles, con comorbilidad, dependientes y con necesidades de recursos sociosanitarios) hacen que se vean favorecidos por la atención domiciliaria. Desde Atención Primaria se debería priorizar este servicio, asegurando una atención domiciliaria integral y longitudinal.

Existen numerosas experiencias de seguimiento en domicilio con buenos resultados, aunque dispares en algunos de los ítems evaluados^{40,41}. En un metaanálisis⁴² se concluyó que la involucración del paciente en su autocuidado y el seguimiento cercano por el médico y enfermera junto con el cardiólogo puede ser eficaz en la disminución de la mortalidad y de los reingresos; es pues, imprescindible una buena coordinación que permita la continuidad asistencial. Corrales⁴³ expuso las diferencias entre los distintos modelos organizativos para mejorar la coordinación y continuidad de cuidados, opinando que "la continuidad asistencial se favorece cuando es el mismo profesional el que efectúa, coordina y decide el plan a realizar". La creación de unidades específicas dependientes de servicios hospitalarios implica un modelo dirigido a la enfermedad en lugar de a la persona y conduce a la creación de una red paralela y a la fragmentación del sistema de provisión de cuidados en domicilio⁴⁴.

Para realizar una atención integral del paciente enfocada al autocuidado, máxime cuando se trata de acudir a domicilio, las enfermeras comunitarias tienen un papel indiscutible, pudiendo prestar unos cuidados de alta calidad si se realizan cambios organizativos, se cuenta con recursos adecuados, coordinación con hospital y servicios sociales y se protocoliza la intervención. El cuidado es el elemento diferenciador de la profesión enfermera, siendo el Modelo de Autocuidado el predominante en AP, por ello son estas profesionales las que están mejor capacitadas para llevar a cabo el concepto Autocuidado⁴⁴.

La intervención en el domicilio irá dirigida a mejorar la calidad de vida; controlar los síntomas: la detección precoz de empeoramiento y su abordaje, tratando de evitar reingresos; educación sanitaria para el autocuidado; soporte emocional para el afrontamiento de la enfermedad y la discapacidad y soporte al entorno familiar y cuidador principal.

Se ha de realizar una valoración funcional mediante las escalas habituales (Barthel o Katz), valoración de signos y síntomas comunes en la IC y una valoración integral por patrones funcionales de Gordon, para detectar: necesidades de cuidados (educativas, físicas y psicosociales), la capacidad para el autocuidado, problemas de colaboración y necesidades en el cuidador principal. Tras esta valoración se establecerá el plan de cuidados individualizado. La periodicidad de las visitas irá en función de las necesidades de cada paciente y su nivel de dependencia.

9. Conclusión

En este trabajo se ha hecho una revisión global de la IC, su definición, síntomas, tratamiento farmacológico y no farmacológico, para contribuir a actualizar conocimientos y a mejorar los cuidados que prestan las enfermeras de AP, abordando desde una perspectiva integral el manejo en consulta y domicilio y aspectos educacionales tendentes al autocuidado del paciente mediante el reconocimiento precoz de síntomas, fomentando la adherencia y enseñando una serie de habilidades necesarias para un buen control de la enfermedad.

Bibliografía

1. San Román-Terán C, Guijarro R, Guil M. El punto de vista del internista: papel de la comorbilidad asociada en la insuficiencia cardiaca. *Cardiocre*. 2010; 45: 147-9.
2. Anguita M, Crespo MG, de Teresa E, Jiménez M, Alonso L, Muñiz J. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. *Estudio PRICE*. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61:1041-9

3. Galindo G, Cruz I, Real J, Galván L, Monsó C, Santafé P. Pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en Atención Primaria: envejecimiento, comorbilidad y polifarmacia. *Aten Primaria*. 2011; 43 (2): 61-7.
4. Rivas B, Permanyer G, Brotons C, Aznar J, Sobreviela E. Perfil clínico y patrones de manejo en los pacientes con insuficiencia cardiaca atendidos ambulatoriamente en España: estudio INCA. *Aten Primaria*. 2009; 41 (7): 394-401.
5. Gervas J, Pérez M. Prestación de servicios sanitarios: qué, quién, cuándo y dónde. En: Ortún V, director. *La refundación de la atención primaria*. [Internet]. Madrid: Springer Healthcare; 2011. [Consultado 23 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/La_refundacixn_de_la_Atencixn Primaria.pdf .
6. Grupo de Trabajo de la ESC para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61(12):1329. e1-1329.e70. [Consultado el 27 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13129755&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=25&ty=33&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revspcardiol.org&lan=es&fichero=25v61n12a13129755pdf001.pdf
7. Grupo de Trabajo de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca Aguda y Crónica 2012 de la Sociedad Europea de Cardiología. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica 2012. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65 (10): 938.e1-e59. [Consultado el 27 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90154894&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=25&ty=103&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v65n10a90154894pdf001.pdf
8. Anguita M, Comín J, Almenar L, Crespo M, Delgado J, Gonzalez-Costello J, et al. Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica 2012. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 63(10): 974-8
9. Diccionario de medicamentos y principios activos [Internet]. España: UBM médica Spain SA; 2010. [Consultado el 20 de diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.vademecum.es/>
10. Castro F, Sastre I. Carta al Director. Medicamentos desaconsejados en pacientes con dieta hiposódica. *Aten Primaria*. 2011; 43(7): 387-8.
11. Escuela Andaluza de Salud Pública. Riesgo del uso de medicamentos desaconsejados en pacientes con dieta hiposódica: Presentaciones efervescentes. *Boletín terapéutico andaluz*. 2011; 27(2): 7-8.
12. Meco JF, Pascual V, editores. Guía de alimentación cardiosaludable en Atención Primaria. Unilever Foods SA; 2004.
13. Luque, M. Contenido en sodio de la dieta y enfermedades cardiovasculares. *Cardiovasc Risk Factors*. 2000; 9: 319-25.
14. Domingo M, Mena A, Lupon J. Los principales problemas de salud: Insuficiencia Cardiaca. *AMF*. 2012; 8(1): 4-16.

15. Miyoko N, Strunk MC, Guimaraes G, Rezende VC, Bocchi EA. ¿La dieta con bajo nivel de sodio es de hecho una recomendación que sirve a todos los pacientes con insuficiencia cardiaca estable?. Arq Bras Cardiol. 2010; 94(1): 87-95.
16. De la Hera P, Lorente N, Fontaneda A, Cancho C, San Martín M, Autillo B, et al. Medidas de autocontrol en insuficiencia cardiaca, especializada-atención primaria. Gerencia de Salud de Área de Palencia. [Consultado el 15/12/2012]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/54835391/Guia-IC-Especializada-AP-2009-1>.
17. De la Serna, F. El ejercicio físico en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca. En: De la Serna, F. Insuficiencia Cardíaca. 3ra ed. Editorial Federación Argentina de Cardiología; 2010. p. 518-24.
18. Área de Referencia Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Servicio de Cardiología. Manual de diagnóstico y tratamiento de insuficiencia cardiaca crónica. 2011. [Consultado 14 enero 2013]. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2057-ga.pdf>.
19. Rejane E, Badin G, Bandeira F, Brasil K, de Oliveira A. ¿Qué enseñar a los pacientes con insuficiencia cardiaca y por qué?: el papel de los enfermeros en las clínicas de insuficiencia cardiaca. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2007 [Consultado 12/01/13]; 15(1). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a24.pdf.
20. Morales JM. Efectividad de los modelos alternativos de Atención para pacientes con insuficiencia cardiaca: Revisión sistemática. [Consultado 30 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.index-.com/lascasas/documentos/lc0041.pdf>.
21. Peña-Gil C, Comín-Colet J. Integración de ámbitos asistenciales. Rev Esp Cardiol Supl. 2007; 7: 21C-9C. [Consultado 30 diciembre 2012]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13108424&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=77&accion=L&origen=cardio&web=http://www.riespcardiol.org&lan=es&fichero=25v7nSupl.Ca13108424pdf001.pdf
22. Programa de IC Hospital del Mar- SAP Litoral. Protocolo de Intervención Multidisciplinaria Basada en Enfermería. Justificación de un Modelo Basado en la Intervención de Enfermería. [Consultado 30 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.parcdesalutmar.cat/mar/protocol%20Programa%20IC%20Hospital%20del%20Mar-%20SAP%20Litoral.pdf>.
23. Bouza D, Pazos A, González FJ, Nóvoa FJ, Pereira J, Vázquez JM, et al. Desarrollo de un programa de asistencia integral a la insuficiencia cardiaca en Atención Primaria con la colaboración de Atención Especializada, gestionada a través de un sistema inteligente de información. [Consultado 30 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/becas/desarrollo-programa-asistencia-insuficiencia-cardiaca.pdf>.
24. Gervás J. [Potenciar la atención primaria para mejorar el seguimiento de la insuficiencia cardiaca en los países desarrollados](#). Aten Primaria. 2006; 37 (8): 457-9. [Consultado el 30 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/03/potenciar-la-ap-para-mejorar-el-seguimiento-de-la-ic-en-paises-desarrollados.pdf>.
25. Gálvez, M. ¿Cómo experimentan y entienden pacientes y médicos las recomendaciones al alta que se suministra a los enfermos que padecen insuficiencia cardiaca?. Index Enferm, 2010; 19 (2-3): 226-8. [Consultado 15 de enero de 2013]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200035&lng=en&nrm=iso&tlng=en

26. Olivella M, Patricia C, Bastidas CV. Fomento del autocuidado en la insuficiencia cardiaca. *Enfermería Global*. 2012; (25): 282-6.
27. Van der Wal MH, Jaarsma T, Van Veldhuisen DJ. Noncompliance in patients with heart failure: how can we manage it?. *Eur J Heart Fail*. 2005; 7(1): 5-17.
28. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59(2): 166-70.
29. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2004. [Consultado 24 de diciembre de 2012]. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>.
30. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. [Consultado 22 de diciembre de 2012]. Disponible en: www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
31. Rodríguez García MJ. Adherencia farmacológica. Polimedición. En: SEAPA. Actualización farmacológica en enfermería de Atención Primaria. 1ª ed. Oviedo: SEAPA; 2013. p. 357-412
32. Murcia-salud [Internet]. Portal sanitario de la región de Murcia. [Consultado 10 de enero 2013]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=19316&idsec=453
33. Lara MD, Segura C. Diagnósticos e intervenciones de enfermería en el paciente ambulatorio con cardiopatía isquémica. *Enferm Cardiol*. 2009; 16 (46): 17-22.
34. Puntunet ML, Ortega MC, Montesinos G, Leija C, Quintero MM, Cruz G, et al. Diagnósticos de enfermería más frecuentes por necesidad en la persona con afección cardiovascular. *Rev Mex de Enferm Cardiológica*. 2012; 20 (1): 12-6. [Consultado 23 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.index-f.com/rmec/20/20-012.php>
35. López MG, Rus C, Martínez MM, Cortez GA, Delgado M. Aplicación de un plan de cuidados de enfermería en un programa de insuficiencia cardíaca. *Enferm Cardiol*. 2007; 14(41): 25-32.
36. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. 1ª ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2010.
37. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, et al, editores. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. 2ª ed. Madrid: Elsevier, 2007
38. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2009
39. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E, editoras. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009
40. Miralles Vicedo B. Impacto del manejo domiciliario versus hospitalario en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. *J Am Coll Cardiol*. 2012; 60: 1239-48. [Consultado 31 de diciembre de 2012]. Disponible en: URL: <http://www.secardiologia.es/practica-clinica->

[investigacion/blog-cardiologia-hoy/jacc-journal-american-college-cardiology/4339-impacto-manejo-casa-versus-hospitalario-en-pacientes-con-insuficiencia-cardiaca-cronica.](#)

41. Brotons C, Falces C, Alegre J, Ballarín E, Casanovas J, Catá T, et al. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la efectividad de una intervención domiciliar en pacientes con insuficiencia cardiaca: estudio IC-DOM. Rev Esp Cardiol. 2009; 62 (4): 400-8. [Consultado 31 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/ensayo-clinico-aleatorizado-evaluar-efectividad/articulo/13135064/>.

42. Finlay A, Stewart S, Ferrua S, McMurray J. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. J Am Coll Cardiol. 2004; 44: 810-9. [Consultado 31 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1135896>.

43. Corrales D, Alonso A, Rodríguez MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26 (S): 63-8. [Consultado 31 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.smandaluz.com/sites/default/files/docu_pdf/2012docuPDF/INFORME-SESPAS2012.pdf#page=68.

44. FAECAP. Las enfermeras comunitarias ante las Necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia ante las personas con problemas crónicos. Estrategia ante la dependencia y la fragilidad. FAECAP. 2012. [Consultado 31 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.faecap.com/noticias/show/las-enfermeras-comunitarias-ante-las-necesidades-de-salud-de-las-personas-con-problemas-cronicos>.

Links de interés para la consulta de enfermería:

Alimentación:

http://www.observatoriodelasaludcardiorenal.es/herramientas_tablasSodio.php

<http://www.fundaciondelcorazon.com/images/stories/file/dieta-insuficiencia-cardiaca.pdf>

http://www.observatoriodelasaludcardiorenal.es/herramientas_tablasPotasio.php

Ejercicio:

http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/preven/cap_06.pdf

Registros:

<http://www.insuficiencia-cardiaca.com/insuficiencia-cardiaca-descargas/peso-tension-arterial-frecuencia-cardiaca-sintomas-liquidos-insuficiencia-cardiaca.pdf>

Autocuidado:

<http://www.telecardiologo.com/descargas/78747.pdf>

Planes de cuidados estandarizados:

<http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/3101.pdf>

<http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2057-ga.pdf>

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_pr ocesos_asistenciales_integrados/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_cardiaca.pdf