



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Informe final de investigación previo a la obtención del título de licenciatura en
Enfermería

TRABAJO DE TITULACIÓN

Acciones de enfermería en el adulto mayor con insuficiencia cardíaca

Autores:

Jonathan Moisés Guambo Vinlasaca
Mauro Vinicio Iza Moposita

Tutora:

Lic. Luz María Lalón. MsC

Riobamba - Ecuador

2019

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal del proyecto de investigación de título: **ACCIONES DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR CON INSUFICIENCIA CARDÍACA**, presentado por: Jonathan Moises Guambo Vinlasaca y Mauro Vinicio Iza Moposita; dirigida por: Lic. Luz María Lalón Ramos. MsC.

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH, para constancia de lo expuesto firman:

MsC. Verónica Cecilia Quishpi Lucero

Presidente del Tribunal

Firma: 


MsC. Elsa Graciela Rivera Herrera

Miembro del Tribunal

Firma: 

PhD. Carlos Gafas González

Miembro del Tribunal

Firma: 

MsC. Luz María Lalón Ramos

Tutora

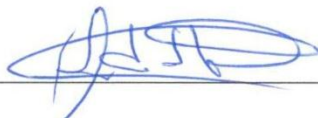
Firma: 

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería, con el tema “**ACCIONES DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR CON INSUFICIENCIA CARDÍACA.**”, que ha sido elaborado por los señores Jonathan Moises Guambo Vinlasaca con CI. 1727520734 y Mauro Vinicio Iza Moposita con CI. 1805309901, el mismo que ha sido asesorado permanentemente por la Lic. Luz María Lalón Ramos. MsC en calidad de tutora, por lo que certifico que se encuentra apto para su defensa.

Es todo lo que puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente:



Lic. Luz María Lalón Ramos MsC.

TUTORA

CI. 0601742901

DERECHO DE AUTORÍA

El contenido del presente proyecto de investigación, corresponde exclusivamente a Jonathan Moises Guambo Vinlasaca con CI. 1727520734 y Mauro Vinicio Iza Moposita con CI. 1805309901, como responsables de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el presente trabajo de revisión bibliográfica y de nuestra tutora Lic. Luz María Lalón Ramos. MsC. Los textos constantes en el documento que provienen de otra fuente, están debidamente citados y referenciados. El patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

Como autores, asumimos la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación.



Jonathan Moises Guambo Vinlasaca
CI. 1727520734

Correo: jonathanmguambo@gmail.com



Mauro Vinicio Iza Moposita
CI. 1805309901

Correo: maurovicioiza@gmail.com

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestra prestigiosa Universidad Nacional de Chimborazo, quien nos abrió las puertas para estudiar la carrera de Enfermería, a sus autoridades y docentes, quienes dedicaron tiempo y paciencia para dotarnos de conocimiento, respeto y principios éticos, a más de consejos llenos de sabiduría y experiencia para lograr nuestro anhelado objetivo.

A nuestra tutora MsC. Luz María Lalón Ramos, quien fue un apoyo y guía vital para el desarrollo de esta investigación, aportando con sus conocimientos y tiempo para poder culminar con éxito nuestro trabajo investigativo.

MAURO Y JONATHAN

DEDICATORIA

La presente investigación la dedicamos a nuestros padres y hermanos por ser el pilar fundamental en la vida; haciendo de nosotros mejores seres humanos con principios y valores, además de brindarnos los recursos necesarios para formarnos académicamente; por acompañarnos y darnos motivación en los buenos y malos momentos, que a pesar de la distancia nunca nos faltó una palabra de apoyo.

MAURO y JONATHAN

ÍNDICE

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA	III
DERECHO DE AUTORÍA	IV
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
Capítulo I. INTRODUCCIÓN	10
Capítulo II. METODOLOGÍA	19
Capítulo III. DESARROLLO	22
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXO	38

RESUMEN

La Insuficiencia Cardíaca es la incapacidad del músculo cardíaco para bombear la cantidad de sangre que el cuerpo necesita para cumplir sus necesidades metabólicas, esta patología es considerada un problema mundial con más de 20 millones de personas afectadas correspondiendo del 6 a 10% de la población mayor de 65 años; en el Ecuador es la octava causa de mortalidad, resultando un problema creciente para el Ministerio de Salud Pública que ha emprendido estrategias para disminuir la incidencia de sus principales desencadenantes. Por lo anteriormente expuesto se resalta la importancia del actuar de enfermería al diseñar actividades dirigidas a la prevención de complicaciones, cambios en el estilo de vida, adherencia al tratamiento, mejorar mecanismos de afrontamiento y adaptación. La presente revisión bibliográfica tiene el propósito de determinar las acciones de enfermería aplicables en el adulto mayor con insuficiencia cardíaca, para lo cual se realizó un estudio de tipo documental, en donde se analizó 63 fuentes bibliográficas, obteniendo como resultado que varios autores emplearon la taxonomía NANDA, NOC, NIC, 11 dominios de la NANDA I, las 14 necesidades de Virginia Henderson y la teoría de Dorothea Orem, lo que permitió definir las principales etiquetas diagnósticas que podrían darse en este tipo de pacientes, como: exceso de volumen de líquidos, disminución del gasto cardíaco, intolerancia a la actividad. Finalmente se concluye que las acciones enfermeras son: monitorización de signos vitales, control de ingesta y eliminación, oxigenoterapia, tratamiento farmacológico, implementación de actividad física, cambios en los hábitos alimenticios y fortalecer el apoyo familiar.

Palabras clave: acciones de enfermería, insuficiencia cardíaca, diagnósticos.

ABSTRACT

Heart Failure is the inability of heart muscle to pump the amount of blood that the body needs to meet its metabolic needs, this pathology is considered a worldwide problem with more than 20 million people affected it is about 6 to 10% of the elderly population over 65 years old; in Ecuador it is the eighth cause of mortality, being a growing problem for the Ministry of Public Health that has undertaken strategies to reduce the incidence of its main triggers. Based on the above, the importance of nursing is highlighted when designing activities aimed to prevent complications, changes in lifestyle, adherence to treatment, improving coping mechanisms and adaptation. The present literature review has the purpose of determining the nursing actions applicable in the elderly with heart failure, to do this a documentary study was conducted, where 63 bibliographic sources were analyzed, obtaining as a result that several authors used the taxonomy NANDA, NOC, NIC, 11 domains of NANDA I, the 14 needs of Virginia Henderson and Dorothea Orem's theory, all of them allowed us to define the main diagnostic labels that could occur in this type of patients, such as: excess fluid level, cardiac outlay decreased, activity intolerance. Finally, it is concluded that nursing actions are: vital signs monitoring, intake and elimination control, oxygen therapy, drug treatment, physical activity implementation, eating habits changes and build up family support.

Keywords: nursing actions, heart failure, diagnoses.

Translation reviewed by:



MsC. Edison Damián



Capítulo I. INTRODUCCIÓN

La enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio cuya esencia es el respeto a la vida, el cuidado del ser humano; correspondiéndole para ello, realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud actuales o de riesgo.⁽¹⁾

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería, se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Se consideran como elementos del cuidado aquellos aspectos afectivos que se relacionan con la actitud y el compromiso de esos profesionales, así como los elementos técnicos y tecnológicos que no pueden ser separados para la atención integral.⁽¹⁾

El quehacer de enfermería requiere un modelo teórico que permita dar sentido al mundo empírico y, por tanto, entender de una manera coherente la práctica profesional. Roger en 1967 planteó: “Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional”.⁽¹⁾

En armonía dialéctica con dicho postulado, el profesional de enfermería forma parte determinante de los equipos de salud en los diferentes niveles de atención y ciclos de vida, siendo responsables del cuidado al individuo, la familia y la comunidad.⁽²⁾

En relación a este particular, planifica cuidados al individuo sano y enfermo para contribuir de esa forma a mejorar los niveles de salud y de expectativa de vida de la población; alineados a las directrices promulgadas por los organismos rectores de la Salud Pública.⁽²⁾

Desde esa perspectiva se considera que el envejecimiento poblacional y la prolongación de la vida, acontecida en los diferentes contextos sociales, evidencia el quehacer científico, y como parte de este, el de enfermería.

Sobre ese resultado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el proceso de envejecimiento exitoso, es un estado donde un individuo es capaz de generar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, además lograr una sensación de bienestar, calidad de vida aceptable y un sentido de realización personal, incluso si padece enfermedad o discapacidad.⁽³⁾

Según la OMS en su informe del año 2017 define a las enfermedades cardiovasculares (ECV) como un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, además menciona que son la principal causa de muerte en todo el mundo.⁽⁴⁾

Se calcula que en el año 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas lo que representa un 31% del total de defunciones registradas; más de las tres cuartas partes de estas muertes se produjeron en los países con ingresos relativamente bajos y medios, debido a que la población no se beneficia de programas de atención primaria integrados para la detección precoz y el tratamiento oportuno.⁽⁴⁾

En la actualidad la Insuficiencia Cardíaca (IC) es un problema mundial con más de 20 millones de personas afectadas, su prevalencia en países industrializados como Estados Unidos es del 2%, en donde aproximadamente 5.7 millones de personas la padecen, lo cual incrementa con la edad y afecta del 6 a 10% de la población mayor de 65 años. De acuerdo con la American Heart Association, la IC es una enfermedad en la cual el corazón no puede bombear la cantidad de sangre que el cuerpo necesita para cumplir sus necesidades metabólicas lo cual no precisamente significa que el corazón se haya detenido, sino que su funcionalidad se encuentra afectada.^(5,6)

Representa la primera causa de hospitalización en personas ancianas en los países occidentales con altas tasas de mortalidad; en cuanto a la edad prevalece en aquellos pacientes mayores de 70 años, la mortalidad hospitalaria oscila entre 4 y 11%, así como existen datos en donde se describen que 1 de cada 4 pacientes dados de alta reingresan en un tiempo menor a los 3 meses debido al agravamiento de los síntomas.⁽⁷⁾

En Sudamérica los estudios realizados con su mayoría en Brasil mencionan que la incidencia de IC fue de 199 por cada 100.000 personas, la tasa de rehospitalización oscilan entre el 33 y 35%, con una mediana de estancia hospitalaria de 7 días y mortalidad al año del 24,5%, evidenciándose su alta comorbilidad en pacientes con enfermedades como fracción de eyección reducida, cardiopatía isquémica y enfermedad de Chagas.⁽⁸⁾

Por otra parte en el Ecuador el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en su informe del año 2014 enumera a la IC como la octava causa de mortalidad a nivel del país, lo cual resulta un problema de carácter creciente para el Ministerio de Salud Pública (MSP) que como respuesta ha emprendido estrategias para reducir la problemática y disminuir la incidencia de dos de sus principales desencadenantes como son la

enfermedad isquémica e hipertensión arterial, mismas que se encuentran en el primer y cuarto lugar del listado general de causas de muertes a nivel nacional.⁽⁹⁾

Resultados científicos publicados en revistas de cardiología definen a la IC como una enfermedad crónica no transmisible, propia de la edad adulta caracterizada por una anomalía en la función estructural del corazón que produce incapacidad del músculo cardíaco para suministrar oxígeno a una frecuencia normal de acuerdo a los requerimientos metabólicos de múltiples órganos del cuerpo.⁽¹⁰⁻¹²⁾

La función cardíaca normal depende de la interacción de cuatro factores que regulan el gasto cardíaco o cantidad de sangre expulsada por el corazón; estos son: la precarga que es la fuerza que distiende el músculo relajado y condiciona el grado de alargamiento de la fibra muscular antes de contraerse, la postcarga equivale a la fuerza que debe superar el ventrículo para abrir las sigmoideas y permitir la salida de la sangre durante la sístole, la contractilidad también llamada inotropismo que es la capacidad intrínseca de acortamiento de la fibra miocárdica y por último la frecuencia; mismos que están a su vez influenciados por el sistema nervioso vegetativo.⁽³⁾

La fisiopatología de la IC se describe en función de la aparición de una o varias anomalías en su funcionamiento, es por ello que para combatir los efectos el corazón y el resto de órganos se adaptan mediante mecanismos de compensación; el corazón busca aumentar el flujo sanguíneo, para ello se estimula la secreción de adrenalina y noradrenalina a nivel de la hipófisis para elevar la frecuencia cardíaca produciendo cardiomegalia e hipertrofia; a nivel renal se interpreta la disminución del flujo sanguíneo como una pérdida de volumen, por lo que disminuyen la formación de orina; se activa el sistema renina - angiotensina - aldosterona mediante el cual se retiene sodio, agua y se elimina potasio con el objetivo de aumentar el volumen de líquidos.⁽³⁾

El diagnóstico de IC en las etapas iniciales suele ser difícil ya que es una afección que no presenta manifestaciones clínicas durante mucho tiempo a lo largo de la vida, por lo tanto, no ayudan a distinguir entre la enfermedad y otros problemas.⁽¹³⁾

Sin embargo el criterio clínico se establece en base a la exploración física en donde se evalúa los signos más específicos y síntomas más típicos, revisión de la historia clínica, detección de factores de riesgo como la presión arterial elevada, enfermedad de las arterias coronarias o diabetes ya que son los principales desencadenantes de la enfermedad, asimismo, para establecer el diagnóstico definitivo se realiza exámenes

complementarios como: análisis completo de sangre, electrocardiograma, radiografía de tórax y ecocardiograma.⁽¹³⁾

Al describir los signos es necesario clasificarlos inicialmente en los más específicos en donde encontramos la elevación de la presión venosa yugular, reflujo hepatoyugular, auscultación de un tercer ruido en la frecuencia cardíaca, además de soplo cardíaco; los menos específicos son: la aparición de edema en miembros superiores e inferiores, auscultación de crepitantes pulmonares, taquicardia, pulso irregular, aumento de la frecuencia respiratoria, hepatomegalia y ascitis que es la presencia de líquido en la cavidad abdominal.⁽¹⁴⁾

Los síntomas se clasifican en típicos como la disnea, ortopnea, bendopnea (cansancio al ponerse las medias o atarse los zapatos), disnea paroxística nocturna, reducción en la tolerancia al ejercicio, fatiga, cansancio, inflamación de los tobillos y menos típicos como la tos nocturna, presencia de sibilancias en la respiración, palpitaciones, ganancia de peso la cual puede ser mayor a 2 kilogramos por semana, pérdida de apetito, en ocasiones desorientación que se presenta en personas de edad muy adulta, además de trastornos psicológico como depresión.⁽¹⁴⁾

En New York, la Asociación Cardiovascular (New York Heart Association – NYHA por sus siglas en inglés) en el año 2016 clasificó a los pacientes con IC en cuatro categorías dependiendo de sus limitaciones al realizar actividad física. Esta clasificación se basa en síntomas clínicos presentes en la enfermedad dependiendo de la gravedad, es así que en la clase I o fase inicial se encuentran aquellos pacientes que no presentan síntomas con la actividad física cotidiana.⁽¹⁵⁾

En la clase II se ubican los pacientes que presentan limitación mínima en la realización de actividad física cotidiana, presencia de dificultad para respirar leve o angina de pecho; en la clase III se encuentran pacientes con una marcada limitación en la realización de la actividad física básica, pero no presentan síntomas en estado de reposo, y en la clase IV pacientes que presentan limitación severa en estado total de reposo.⁽¹⁵⁾

	CLASIFICACIÓN FUNCIONAL NYHA
Clase I	No limitación de la actividad física. La actividad ordinaria no ocasiona excesiva fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
Clase II	Ligera limitación de la actividad física. Confortables en reposo. La actividad ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
Clase III	Marcada limitación de la actividad física. Confortables en reposo. Actividad física menor que la ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
Clase IV	Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin disconfort. Los síntomas de insuficiencia cardíaca o de síndrome anginoso pueden estar presentes incluso en reposo. Si se realiza cualquier actividad física, el disconfort aumenta.

Fuente: Escala NYHA (New York Heart Association)⁽¹⁵⁾

El tratamiento de la IC tiene el objetivo de potenciar el gasto cardíaco y el abastecimiento de oxígeno a todos los tejidos del cuerpo para mantener las funciones orgánicas en su mayor normalidad. Debido a la complejidad fisiopatológica de la enfermedad y su naturaleza progresiva se suelen utilizar combinaciones de fármacos, lo que posibilita mejor control de los síntomas y una prolongación de la vida del adulto mayor. Se utilizan cuatro tipos de fármacos entre ellos los diuréticos, digitálicos, vasodilatadores y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina IECAs.^(5,14,16)

Los digitálicos son fármacos que actúan inhibiendo la acción de la bomba ATP-asa Na/K, lo que estimula un aumento del sodio intracelular, esto facilita la entrada de calcio al interior de la célula cardíaca, lo que aumenta la disponibilidad de este ion para las proteínas contráctiles.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Sin embargo, recientes estudios revelan nuevos fármacos para tratar a pacientes con IC, de manera particular mencionan al sacubitrilo/valsartán que es un medicamento combinado que ha demostrado mejores resultados en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica y fracción de eyección reducida; su mecanismo de acción engloba una nueva vía fisiopatológica, como es la de los péptidos natriuréticos, además, su efecto antagonista del receptor de la angiotensina II producido por el valsartán que a su vez bloquea 1 de las 4 enzimas que actúan en la bradicinina (neprilisina), con lo que se disminuye el riesgo de edema angioneurótico.⁽¹⁷⁾

El proceso realizado por estos medicamentos se traduce a un aumento del gasto cardíaco, potenciación de la diuresis y una notable disminución de la presión de llenado ventricular, ayudando a la reducción de la congestión pulmonar.^(14,16,18)

La digoxina es el medicamento más representativo del grupo de los digitálicos, los resultados demuestran que puede ser muy eficaz en el tratamiento de la IC asociada a fibrilación auricular, pero su eficacia en estados de la enfermedad con ritmo sinusal normal ha sido fuertemente debatida. Tiene un margen terapéutico estricto, debido a que puede presentar signos de toxicidad los cuales suelen aparecer pese a que los niveles séricos se encuentren dentro de sus requerimientos terapéuticos. La toxicidad de este medicamento se puede manifestar con arritmias cardíacas.^(14,16,18)

Los diuréticos suelen utilizarse como terapia inicial en la IC leve para aplacar el edema que por lo general es distal y la congestión pulmonar. Si bien es cierto estos fármacos no actúan sobre el proceso inicial causante de la disfunción del músculo cardíaco pero pueden mejorar los síntomas del estado congestivo, actuando a nivel renal y específicamente en la nefrona sobre la reabsorción de sodio, cloro y agua, disminuyendo así la presión de llenado ventricular.^(14,16)

En condiciones renales normales se emplean los medicamentos tiazidas que producen una diuresis leve, entre ellos la clortalidona; si la función renal se encuentra deficiente se emplean diuréticos del asa como furosemida, bumetadina, ácido etacrínico ya sean solos o en combinación. Este tratamiento tiene como efecto adverso la hipopotasemia por lo cual es necesario que se administre suplementos de potasio para mantener sus niveles séricos o a su vez se asocia un diurético ahorrador de potasio como la espironolactona o amilorida.^(14,16,18)

Dentro de los cuidados de enfermería dependientes, se encuentra la preparación y administración de medicamentos misma que debe realizarse de forma precisa, ordenada, cumpliendo normas universales con el objetivo de restablecer la funcionalidad corporal. Además, el personal de enfermería debe conocer el mecanismo acción del fármaco, sus vías de administración, dosis segura, poseer la capacidad para evaluar la efectividad y efectos adversos.⁽¹⁹⁾

Las acciones que aseguran la calidad de los cuidados enfermeros son: administrar medicamentos solo con orden médica, utilizar los diez correctos, emplear las medidas de asepsia básicas como el lavado de manos, aplicar el proceso de atención de enfermería en administración de medicamentos, ya que permite detectar problemas, transformarlos a diagnósticos de enfermería, plantear objetivos, ejecutar acciones y evaluarlas de manera constante.⁽¹⁹⁾

Por consiguiente, al determinar las acciones de enfermería en el paciente adulto mayor con IC es necesario realizar una valoración individualizada, integral, exhaustiva de la persona y su medio ya que según el modelo de atención integral de salud (MAIS) la mayoría de enfermedades crónicas no transmisibles se producen por factores de riesgo modificables como son los estilos de vida.⁽²⁾

En la valoración se obtiene información objetiva y subjetiva de los pacientes utilizando diferentes herramientas entre las que se encuentran la anamnesis, el examen físico y aplicación de escalas de evaluación del paciente.⁽²⁰⁾

De igual manera, y en atención a las necesidades de cada paciente, en este proceso se emplean teorías de enfermería, entre las que se encuentran la de Virginia Henderson, la valoración por dominios, por patrones funcionales de Marjory Gordon u otras, las que permiten describir al grado de función corporal que contribuye a mantener el estado de salud, la calidad de vida y la realización del potencial humano, es decir lo que la persona o grupo es capaz de hacer u obtener, lo que constituye un objetivo primordial en las actividades de promoción, asistencia y rehabilitación.⁽²⁰⁾

Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo, es decir en su estado fisiológico y psicosocial ya que constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en ese momento, cómo lo está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, esto con el objetivo de promover su adaptación, ayudando en gran parte a establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta la meta de enfermería, que de acuerdo con los planteamientos de los modelos, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar físico y psicoemocional de la persona.⁽²⁰⁾

Las personas a lo largo de su vida se adaptan a través de procesos de aprendizaje basados en la experiencia, por esta razón la enfermera al brindar cuidados enmarcados en principios éticos debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un ambiente del cual no se lo puede desintegrar, sino más bien ayudarlo en el afrontamiento, cumpliendo así con el concepto de adaptación propuesto por Sor Callista Roy.⁽²¹⁾

Seguidamente los objetivos que se contemplan en las actividades se enfocan a mejorar el gasto cardíaco, disminución del exceso de volumen de líquidos con la administración de

medicamentos diuréticos prescritos, recuperar el intercambio gaseoso mediante la administración de oxígeno, mantener la vía aérea permeable, posición correcta, además que el paciente sea capaz de realizar actividades físicas como: caminatas, actividades cotidianas, ejercicios activos y pasivos; después de las intervenciones del equipo de salud durante su estancia hospitalaria.⁽²²⁾

En cuanto a los objetivos en plan de alta se contemplará que el paciente concientizará sobre su enfermedad, la importancia de cumplir el régimen terapéutico, realización de actividad física a tolerancia, una alimentación sana, y modificar los estilos de vida tóxicos.⁽²²⁾

Aunque algunas personas son más propensas que otras a desarrollar IC, nadie puede predecir con seguridad quién la desarrollará, los factores de riesgo juegan un papel fundamental en la prevención de la enfermedad.⁽²⁾

Existen factores de riesgo modificables y no modificables, los cuales en el primer caso son una dieta basada en el consumo de alimentos con alto contenido de grasa, consumo de sustancias tóxicas como el alcohol, tabaco, o drogas, falta de actividad física, obesidad, ataque cardíaco (infarto de miocardio), estrés; en cuanto a los no modificables se puede mencionar a válvulas coronarias anormales, corazón dilatado (cardiomiopatía), antecedentes familiares de enfermedad cardíaca.^(7,21)

Los Programas de Prevención y Rehabilitación Cardíaca (PPRC) son un proceso asistencial cuyo objetivo principal es el cambio en el estilo de vida del paciente, control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), fomento del ejercicio y de la mejora en la calidad de vida. Se logra a través de tres fases asistenciales como: fase de hospitalización, de convalecencia y mantenimiento.⁽¹⁴⁾

La IC al ser una enfermedad crónica degenerativa afecta al individuo y su familia de manera física puesto que la intolerancia a la actividad se agudiza con el tiempo; en consecuencia, la persona deja de desempeñar su rol en la sociedad, socioeconómicamente en la actualidad el tratamiento es costoso y exige disciplina en su régimen.^(2,14)

Emocionalmente al paciente ser diagnosticado con este tipo de enfermedad atraviesa por procesos de afrontamiento y adaptación, los que en caso de no contar con apoyo suficiente por parte del personal de salud y sus cuidadores, quienes también atraviesan por procesos similares; la enfermedad puede ser agravada por la ansiedad y depresión.^(2,14)

Lo anteriormente expuesto expresa la necesidad de diseñar actividades dirigidas a mejorar los mecanismos de afrontamiento del paciente a su condición de salud, elemento que desde el punto de vista investigativo puede ser resuelto mediante el estudio de la literatura científica disponible, que contribuya a la propuesta presentada dirigida al cuidado del paciente con IC. En tal sentido, se plantea la interrogante siguiente: ¿Cuáles son las principales acciones de enfermería en el adulto mayor con insuficiencia cardíaca?

La presente investigación beneficiará a los estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Chimborazo que dispondrán de este estudio como un referente de aprendizaje, a los profesionales de enfermería del Hospital Pablo Arturo Suárez, del Hospital General Puyo quienes procuran brindar cuidados integrales respondiendo a las necesidades de salud.

Por consiguiente, el objetivo del presente trabajo es determinar mediante la revisión de literatura científica, las acciones aplicables en adultos mayores con insuficiencia cardíaca, identificar los dominios alterados y proponer acciones de enfermería basados en los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association 2018 - 2020 por sus siglas en inglés (NANDA) para el paciente adulto mayor con IC, producto del análisis de la información.⁽²⁰⁾

Capítulo II. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo documental, basado en una revisión bibliográfica con el propósito de determinar las acciones de enfermería descritas por la ciencia para la atención al adulto mayor con insuficiencia cardíaca.

Para la selección de la población se escogieron libros, guías de práctica clínica, tesis, documentos político-normativos, páginas web, revistas indexadas de las bases de datos electrónicos de plataformas digitales reconocidas a nivel mundial como fuente confiable de almacenamiento y reposición de contenido científico.

Se realizó una búsqueda meticulosa en Google Académico, Biblioteca Virtual en Salud, Scientific Electronic Library Online (SciELO), las cuales permitieron el acceso a páginas y revistas indexadas de salud como: Scopus, Pubmed, MedLine, Dialnet, Redalyc, ELSEVIER, Enfermería Global, Revista de Enfermagem, Enfermería Clínica, además de consultar páginas web oficiales de instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), American Heart Association, New York Heart Association (NYHA), Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), que proporcionan información sobre las acciones de enfermería en el paciente adulto mayor con IC.

El universo de estudio tomó en cuenta la totalidad de documentos disponibles en acceso abierto, relativos a la temática de acciones de enfermería en el paciente adulto mayor con IC: 15.200 resultados en 0.17 segundos, para el rango comprendido entre 2014 y 2019.

Finalmente, la población quedó conformada por 68 referencias bibliográficas publicadas en revistas indexadas pertenecientes a las bases mundiales y regionales antes dichas, con información que aborda la temática mencionada.

Se incluyeron aquellos artículos de abordaje metodológico diverso que en su contenido posean resumen, introducción, datos estadísticos, definiciones, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, tratamiento y cuidados de enfermería basados en los dominios de las Taxonomías NANDA, NOC, NIC publicados en los últimos 5 años en el caso de artículos y 10 años para libros, disponibles en el formato de texto completo, con acceso libre en idiomas inglés y portugués además del español.

Se excluyeron los documentos que no guardaron relación con la temática desarrollada, artículos incompletos o que no disponían de acceso gratuito al texto completo, libros, protocolos, guías de práctica clínica que fueron publicados en años anteriores al año 2009.

La estrategia utilizada para filtrar la búsqueda de artículos incluidos en esta revisión, se han establecido distintas cadenas de búsqueda definidas en las diferentes bases de datos ya mencionadas, utilizando los operadores booleanos “and”, “y”, “or”, “o”, mismas que al aplicarlas a la temática quedaron conformadas de la siguiente manera:

- Heart failure and mortality or morbidity
- Insuficiencia cardíaca y mortalidad o morbilidad
- Heart failure and nursing care,
- Heart failure and nursing diagnostics,
- Heart failure and enfermería
- Insuficiencia cardíaca y Ecuador
- Insuficiencia cardíaca y cuidados
- Insuficiencia cardíaca y enfermería
- Insuficiencia cardíaca y diagnósticos
- Insuficiencia cardíaca y enfermería y cuidados.

Así también se utilizaron palabras clave como: plan de cuidados, enfermería, intervenciones de enfermería, dominios, nursing care, interventions, health failure, epidemiology, términos que facilitaron el acceso a la información.

El análisis de la información se realizó en dos fases: la primera en donde las publicaciones fueron leídas y analizadas para escoger la muestra de acuerdo a los autores, objetivos de estudio, características metodológicas, resultados y conclusiones, obteniendo como resultado una muestra no probabilística de 63 documentos, los que se escogieron de acuerdo a los criterios que se aplican en la guía práctica de lectura crítica de artículos científicos originales en Ciencias de la Salud. (22)

La segunda fase se desarrolló mediante la triangulación de la información obtenida y razonada de los diferentes autores citados, en donde se tomó en cuenta aspectos como: la valoración, diagnósticos enfermeros, resultados NOC e intervenciones/acciones de enfermería NIC, según la NANDA 2018-2020.

También se analizó la metodología que utilizan los autores, la teorizante de enfermería a la que se rigen, misma que le permitió identificar diagnósticos enfermeros, programar las acciones de enfermería, además se identificaron semejanzas o diferencias entre los estudios, con énfasis en reconocer si las intervenciones o acciones de enfermería las plantearon basándose en los dominios de las taxonomías o las emitieron al azar, ya que es el principal objetivo a conocer de este trabajo investigativo.

De los 63 documentos revisados, 22 se emplearon para la elaboración de la introducción, planteamiento del problema, se analizaron 24 artículos científicos en español, 2 en inglés, 5 en portugués; 1 tesis de posgrado, 1 de pregrado, 2 guías de práctica clínica y 6 portales Web. Finalmente el análisis y presentación de resultados de los datos obtenidos se realizó de forma descriptiva en el capítulo III.

Capítulo III. DESARROLLO

Las acciones de enfermería engloban el cuidado a los individuos de todas las clases sociales, edades, familias, sanos o enfermos en cualquier etapa de vida o escenario que se encuentren; concepto que se familiariza como el postulado de la OMS que enfatiza el cuidado enfermero en la educación para la salud, la prevención de enfermedades y atención oportuna a individuos con patologías crónicas quienes al ser un grupo vulnerable son propensos a desarrollar complicaciones.⁽⁵³⁾

Mediante la revisión bibliográfica de cuidados de enfermería orientados a los principales problemas de salud que afecta al adulto mayor con IC están: edema de miembros, disminución de gasto cardíaco, soplo cardíaco, pulso irregular, disnea, intolerancia a la actividad, ganancia de peso, episodios de desorientación, además de trastornos psicológicos como depresión; para lo cual algunos autores utilizaron herramientas de valoración como: los 11 dominios de la NANDA I, 14 necesidades Virginia Henderson y teoría de Dorothea Orem, permitiéndoles generar etiquetas diagnósticas; que a nuestro criterio se adapta al proceso enfermero, puesto que las taxonomías NANDA, NOC, NIC ayudan a establecer objetivos, intervenciones y priorizar actividades que a su vez pueden ser evaluadas de manera continua. ^(37-39, 42, 43, 45-47, 49)

Diversos autores en sus investigaciones hablan sobre los principales factores de riesgo los cuales se relacionan con trastornos cardiovasculares y no cardiovasculares; además factores propios del paciente o factores iatrogénicos los cuales agravan los signos y síntomas concluyendo en una rehospitalización.⁽²³⁻²⁵⁾

En este contexto toma importancia el actuar de enfermería al identificar los principales desencadenantes del agravamiento de esta enfermedad, como lo resalta García Et al., en su estudio con indicadores como: aumento de peso corporal, edema periférico persistente, agravamiento de la disnea, calidad de vida, factor psicosocial y socioeconómico; estos indicadores ayudan al profesional de enfermería a la captación, atención oportuna y concientización en la adherencia al tratamiento con el fin de mejorar la capacidad funcional, reinserción social y vejez digna.⁽²³⁻²⁵⁾

En cuanto a la efectividad y determinantes del éxito del tratamiento Juana Oyanguren y Andressa Freitas en sus resultados plantean acciones de enfermería como: administración de medicamentos diuréticos, monitorización clínica, fortalecer el apoyo familiar, seguimiento vía telefónica, educar acerca de nuevos hábitos alimenticios, actividad física

recomendada e importancia en la toma de medicación. De igual manera en el presente trabajo se resalta la monitorización de signos y síntomas de descompensación, toma de medidas antropométricas con regularidad, control de presión arterial, frecuencia cardíaca, función renal, mediante visitas domiciliarias que generan la oportunidad de evaluar la respuesta al tratamiento, nivel de adherencia y desarrollo de posibles complicaciones.^(26, 27)

La atención primaria es la puerta de entrada hacia la red integral de salud, puesto que en ella se realizan actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, en relación a esta premisa Raquel Perez et al., y otros autores citados en este trabajo establecen actividades encaminada al primer nivel de atención en donde se crea empatía, buena relación entre el profesional - paciente, educación sanitaria, modificación de hábitos alimenticios, conformar grupos de apoyo, visitas domiciliarias, identificación de factores ambientales, sociales, económicos, psicológicos que agraven la salud, entrega de medicación prescrita, gestión en la referencia a niveles superiores, fomentar el autocuidado. De allí pues, que con el cumplimiento de estas acciones se asegura la continuidad asistencial, mejora de los síntomas, retraso del curso de la enfermedad y coordinación con el equipo de salud, para emprender en beneficio de dicha población vulnerable.^(13, 28-30)

En complemento a lo anterior la “Guía de atención enfermera a personas con insuficiencia cardiaca crónica en Atención Primaria. Primera” clasifica las acciones de enfermería basados en los objetivos pertenecientes a las taxonomías NANDA I, priorizando la atención en la consulta y cuidados en el domicilio, en el primer caso se establecen actividades como: mejorar el afrontamiento al estado de salud actual, manejo de la ansiedad mediante la interacción con el usuario, permitirle expresar su sentimientos, emociones, expectativas, temores, educación con enfoque al tratamiento farmacológico, medidas para sobrellevar los síntomas de la enfermedad, planificación de actividad física según tolerancia.⁽¹³⁾

Por otra parte, los cuidados en el domicilio se realizan mediante visitas en donde inicialmente se realiza una valoración integral al paciente y cuidador para determinar sus necesidades, identificar factores de riesgos, dar seguimiento a enfermedades adyacentes, evaluar la adherencia al tratamiento, gestionar la atención al nivel de salud correspondiente; finalmente generar compromiso mediante el establecimiento de

objetivos que serán evaluados en la próxima visita, además de educar sobre los signos y síntomas de alarma.⁽¹³⁾

A su vez Salamanca, Molano y Viñas en sus artículos científicos resaltan los múltiples roles que desempeña la enfermera/o al cuidado del usuario como: el asistencial, administrativo, investigativo y educativo; a partir de esto resalta la importancia de los cambios en los estilos de vida, asesoramiento nutricional y remitir a grupos de apoyo. En relación a esto Ávila, Torres y Medeiros refuerzan las actividades considerando el ámbito social en el que se desempeña el adulto mayor y como este influye en la adherencia al tratamiento, haciendo partícipe a la familia como ente principal en la recuperación del usuario.⁽³¹⁻³⁶⁾

Sandra Granado en su estudio utilizó el modelo de “Análisis de Resultado del Estado Actual” (AREA), para establecer relaciones existentes entre los diagnósticos, resultados e intervenciones, determinando así que las principales etiquetas diagnósticas en personas con IC son: gestión ineficaz de la propia salud y conocimientos deficientes; mientras que en un trabajo similar realizado por María Balbin, utilizó el proceso enfermero con la valoración de Virginia Henderson, estableciendo que las etiquetas más frecuentes en este tipo de pacientes son: exceso de volumen de líquidos y disminución del gasto cardíaco, las cuales se asemejan más a la realidad fisiopatológica de la enfermedad, puesto que con dichas etiquetas el profesional de enfermería prioriza y enfoca sus acciones para resolver las necesidades humanas reales y potenciales.^(37, 38)

En cuanto a las acciones propuestas por las autoras antes mencionadas coinciden con Cristina Silva et al., que plantea acciones como: monitorización de las funciones vitales con énfasis la presión arterial, control de ingesta y eliminación, oxigenoterapia, posición semifowler, administración de medicamentos inotrópicos y diuréticos, además de enseñar medidas para controlar o minimizar síntomas, implicarlos en la planificación e implementación de planes destinados a la modificación de conductas en el estilo de vida, apoyo emocional, ya que en sus estudios se observó una mejora en el estado fisiológico del paciente, al mismo tiempo adquirieron conocimientos acerca de la enfermedad y su manejo.^(37, 38, 40)

En cambio, Fabíola Freire da Silva et al., y Ana Alconero et al., en sus estudios enfocan las acciones en el hogar con cuidados como: instruir sobre métodos de disminución de la ansiedad, crear un entorno seguro, eliminar los peligros para evitar caídas, alentar a

realizar actividades normales de la vida cotidiana de acuerdo con su capacidad física, guiar a los miembros de la familia para fomentar la independencia del paciente, lo cual coincide con el presente estudio ya que las acciones que se plantea están basadas en el principio de la atención integral, ya que ayuda a controlar los síntomas de la enfermedad, mejora la calidad de vida, los pacientes se sienten motivados, colaboran con los cuidados, entienden la importancia del cambio en los estilos de vida, existe una mejor relación entre el profesional de enfermería y el usuario. ^(39, 41)

Angela de Araújo et al., en su estudio utilizó el modelo de los siete ejes de la “Clasificación Internacional para la práctica de Enfermería” (CIPE) para determinar diagnósticos enfermeros e intervenciones según los signos y síntomas, en donde los clasifica en taquicardia, disnea, edema y congestión determinando así intervenciones como: Observar cambios en la frecuencia cardíaca, valorar en nivel de conciencia, controlar el volumen de líquidos ganados, mantener la vía aérea permeable, colocar al paciente a 90° en la cama, reducir el esfuerzo físico; en cambio el presente estudio utilizó las taxonomías NANDA I para establecer los diagnósticos mismos que para su comparación se determinó a la disminución del gasto cardíaco relacionado con alteración en la contractibilidad, manifestado por disminución de la fracción de eyección resultando ser un método que ayuda a caracterizar los problemas del paciente con IC. ⁽⁴³⁾

Thaís Guerra et al., Michele Bastos et al., coinciden con las acciones anteriormente descritas, además agregan aquellas encaminadas a la ayuda con la alimentación e higiene oral, baño asistido, cuidados de uñas, hidratación de la piel, asimismo la restricción individualizada de sal y líquidos considerando hábitos culturales, socioeconómicos, ayuda en la movilidad física con cambios de posición, protección de eminencias óseas en caso de inmovilidad física, realización de ejercicios activos y pasivos e inclusión de familiares en actividades de recreación, mismas que dan respuesta a la etiqueta diagnóstica déficit de autocuidado cuyo objetivo es la ayuda con el autocuidado, fomento de la implicación familiar, cuidados de uñas, pies y mantenimiento de la salud bucal ^(42, 44)

Con respecto a los principales diagnósticos de enfermería aplicables a pacientes adultos mayores con IC hospitalizados Paulo da Costa et al., y otro autor citado en el presente trabajo coinciden en: disminución del gasto cardíaco, intolerancia a la actividad, fatiga y ansiedad; en cuanto a los factores relacionados hacen hincapié en la alteración de la contractibilidad del músculo cardíaco, desequilibrio entre el aporte-demanda de oxígeno,

y factores estresantes, para lo cual sus características definitorias se vieron marcadas por edema, distensión de la vena yugular, inquietud y disnea.^(45, 47)

En complemento a estos diagnósticos, Michele Bastos et al., en su estudio mantiene gran porcentaje de similitud en cuanto a los resultados e incluye a los conocimientos deficientes relacionado con información insuficiente manifestado por seguimiento incompleto de las instrucciones como un problema que debe abordar el profesional de enfermería que busca reducir la incidencia de complicaciones y hospitalizaciones frecuentes.⁽⁴⁶⁾

En cuanto a los cuidados, los tres estudios coinciden en acciones como: administración correcta de medicamentos prescritos, monitorización de signos vitales enfatizando en el estado respiratorio, oxigenoterapia para mantener saturación mayor a 90%, manejo ambiental, actividades recreativas para mejorar el confort y la experiencia en un medio hospitalario, organizar los periodos de ejercicio-descanso para evitar la fatiga, educación para el manejo de la enfermedad, seguimiento ambulatorio mediante visitas domiciliarias por parte del primer nivel de atención que a criterio del presente estudio se considera un rol fundamental que cumple el profesional de enfermería en el control de enfermedades crónico-degenerativas, en donde se puede evaluar la adherencia al tratamiento, cambios en el estilo de vida, mejora de los síntomas e identificación de posibles complicaciones.⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾

En el caso de etiquetas diagnósticas como: exceso de volumen de líquidos e intolerancia a la actividad, Joelza Chisté et al., en su estudio plantea acciones encaminadas a la identificación de signos de sobrecarga de líquidos, control de ingesta - excreta, evaluación del estado cardiopulmonar, ganancia de peso; por otro lado Bruna Rocha et al., recomienda realizar actividad física con el paciente de acuerdo a la capacidad funcional y tolerancia, aplicación de medidas de confort como los cambios de posición, colocar en semifowler, y ayuda con el autocuidado. Estas acciones concuerdan con los diagnósticos propuestos en el presente estudio que tienen como objetivo el equilibrio hídrico, e intervenciones destinadas al manejo de la hipervolemia y monitorización de líquidos.^(48, 49)

La guía de práctica clínica de atención enfermera a personas con insuficiencia cardíaca crónica en Atención Primaria del año 2017, enmarca la importancia de realizar acciones como: educación sanitaria orientada hacia el autocuidado, la detección precoz de signos

de descompensación y su manejo. En cuanto al rol educativo recomienda estimular la modificación de hábitos dietéticos que favorezcan el incremento de la ingesta de frutas, verduras, cereales, legumbres, pescado, así como la reducción del consumo de grasas saturadas, alimentos con alto contenido en colesterol y ácidos grasos. Estas recomendaciones guían las acciones del profesional de enfermería quien se fortalece de conocimientos basados en la literatura con alto valor científico, para responder a los problemas reales y potenciales de los usuarios con dicha enfermedad.⁽¹³⁾

En lo concerniente al autocuidado Fernanda da Costa en su estudio utilizó el modelo teórico de Dorothea Orem para establecer actividades, en donde describe a la atención de enfermería basada en las actividades educativas, mismas que proporcionan herramientas favorables para el desarrollo de habilidades personales; las visitas domiciliarias y monitoreo telefónico facilitan el seguimiento de los pacientes al tiempo que se evalúa el estado de salud, respuesta al tratamiento farmacológico, control de los síntomas, y factores desencadenantes de complicaciones.⁽³⁴⁾

La afirmación anterior concuerda con los resultados obtenidos por Gladys Torres y Juliana Medeiros et al., donde exponen que promover la práctica de actividades físicas individuales o grupales ayuda a mejorar la tolerancia a la actividad, disminuir los síntomas de esfuerzo y nivel de ansiedad; en cuanto a las actividades educativas resaltan la disminución de consumo de alcohol, cigarrillos, restricción del consumo de sal y de líquidos para evitar el aumento de la presión arterial; además destacan que el cuidado de sí mismo basado en la teoría de Orem apoya la independencia del paciente, aumenta la capacidad de vivir con limitaciones que la enfermedad impone en su calidad de vida.^(35, 36)

Achury Diana et al., en su artículo titulado “Efecto del seguimiento telefónico en la adherencia al tratamiento en los pacientes con falla cardíaca” propone el uso de las tecnologías de la información y comunicación como estrategia para la vigilancia, monitorización del paciente luego que es dado de alta hospitalaria, además desarrollar una serie de habilidades comunicativas, motivar al usuario a reconocer, reforzar conductas de adherencia al tratamiento que permitan la creación de una relación terapéutica con el paciente basada en confianza, empatía para poder iniciar el proceso de cuidados telefónicos.

Lo anterior mencionado se fundamenta en los estudios que demuestran su gran efectividad ya que los pacientes colaboran con los cuidados, se fortalece la relación paciente-personal de salud, las personas se sienten importantes, mantienen buen estado de ánimo. El presente estudio considera al método de uso de tecnologías de la información y las comunicaciones, específicamente al modelo de teleenfermería de Larson Dahn, como proyecto aplicable en el Ecuador puesto que en la actualidad no existe un medio tecnológico de monitoreo continuo para pacientes con IC, además que beneficiaría a aproximadamente 199 mil personas que padecen dicha enfermedad, fortalecería la interacción entre usuario - personal de enfermería, al mismo tiempo que retarda el curso de la enfermedad.^(51, 52)

CONCLUSIONES

- Los principales cuidados de enfermería a los adultos mayores con insuficiencia cardiaca reportados en la literatura científica consultada corresponden a actividades como: evaluación de la calidad de vida tomando en cuenta función física, función social, salud mental, vitalidad, dolor, percepción de la salud general las limitaciones del rol, además de sus problemas biopsicosociales.
- Los dominios que se alteran con más frecuencia son: eliminación e intercambio, actividad reposo, nutrición, afrontamiento tolerancia al estrés, seguridad protección, promoción de la salud además del confort. Las etiquetas diagnosticas reportadas según varios estudios fueron: exceso de volumen de líquidos, disminución del gasto cardíaco, intolerancia a la actividad, deterioro de la ventilación espontánea, patrón respiratorio ineficaz, fatiga, deterioro de la movilidad física, déficit de autocuidado, ansiedad, riesgo de caídas, riesgo de nivel de glucemia inestable, conocimientos deficientes, incumplimiento, gestión ineficaz de la propia salud y desesperanza.
- Se proponen acciones de enfermería basados en los principales diagnósticos pertenecientes a de las taxonomías NANDA mismas que permiten unificar criterios, aplicar actividades sustentadas científicamente, resaltar la participación activa en el manejo de la enfermedad y prevención de complicaciones. Entre las actividades se encuentra: control de los signos vitales con énfasis en la frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, presión arterial, la vigilancia de ingesta y excreta, oxigenoterapia, correcta administración de medicamentos prescritos, ayuda con el autocuidado, asistencia emocional, potenciar los sistemas de apoyo, utilizar nuevas formas de comunicación para que los pacientes se sientan motivados y se adhieran al tratamiento de manera eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Colegial de Enfermería. Martha Rogers: Su teoría para enfermería. [Internet].; 2014 [citado 2019 Agosto 25. Disponible en: "<http://www.google.com/amp/s/www.oceinfo.org.co/index.php/difusion/especiales/dia-internacional-de-la-enfermeria/60-martha-rogers-su-teoria-para-enfermeria/amp>"
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural Red DNdAdSy, editor. Quito: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública; 2012.
3. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016 Junio; 33(2).
4. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Cardiovasculares. [Internet].; 2017 [citado 2019 Mayo 7. Disponible en: "[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))"
5. Esquivias G, Lopez J, Santana A, Garcia J. Actualización 2014 en cardiología clínica, cardiología geriátrica e insuficiencia cardiaca y trasplante. Revista Española de Cardiología. 2015 Abril; 68(4).
6. American Heart Association. Insuficiencia Cardiaca. [Internet].; 2016 [citado 2019 Julio 27. Disponible en: "file:///C:/Users/User/Downloads/WhatIsHeartFailure_Span%20UCM_316241.pdf"
7. Dimitrios F, Parissis J, Lekakis J, Fippatos G. Insuficiencia cardiaca aguda: epidemiología, factores de riesgo y prevención. [Internet].; 2015 [citado 2019 Mayo 30. Disponible en: "<http://www.revespcardiol.org/es/insuficiencia-cardiaca-aguda-epidemiologia-factores/articulo/90387059/>"
8. Ciapponi A, Alcaraz A, Calderón M, Matta M, Chaparro M, Soto N, et al. Carga de enfermedad de la insuficiencia cardiaca en América Latina: revisión sistemática y metanálisis. Revista Española de Cardiología. 2016 Noviembre; 69(11).

9. Instituto Nacional de Censos y Estadísticas Ecuador. Causas de mortalidad Ecuador. [Internet].; 2016 [citado 2019 Mayo 7. Disponible en: "<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>"]
10. Hernandez CP, Flores M. Adherencia al tratamiento en la insuficiencia cardíaca y las tecnologías de la información y comunicación. Revista Colombiana de Cardiología. 2016 Septiembre; 1(96-103).
11. Ormaechea G, Álvarez P. Programando el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca. Conceptos generales y aportes de una unidad nacional. Revista Uruguaya de Cardiología. 2017 2019; Mayo(30).
12. Crespo Leiroa M, Segovia Cubero J, Gonzalez Costello J. Adecuación en España a las recomendaciones terapéuticas de la guía de la ESC sobre insuficiencia cardíaca: ESC Heart Failure Long-term registry. Revista Española de Cardiología. 2015 Mayo; 01(30).
13. Consejería de salud servicio andaluz de salud. Guía de atención enfermera a personas con insuficiencia cardíaca crónica en Atención Primaria. Primera ed. Salud. SAd, editor. Sevilla: Consejería de Salud.; 2017.
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica. 2016th ed. Madrid UdEdTSdlCd, editor. Madrid, España: BOCM; 2016.
15. New York Heart Association. New York Heart Association (NYHA) Classification. [Internet].; 2016 [citado 2019 Junio 2. Disponible en: "<https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2016A/DataElem0439.html>"]
16. Di Somma S, Magrini L. Tratamiento farmacológico en la insuficiencia cardíaca aguda. Revista Española de cardiología. 2015 Junio; 68(8).
17. Sociedad Española de Cardiología. Sacubitrilo/valsartán: una nueva referencia en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida. ELSEVIER. 2017 Enero; 5(1).

18. Tiziani A. *Farmacos en Enfermería*. Cuarta ed. Martinez M, editor. Mexico: El manual moderno; 2011.
19. Castells S, Hernandez M. *Farmacología en enfermería*. Tercera ed. S.A. F, editor. Mexico: Fotoletra S.A.; 2012.
20. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020*. 20182020th ed. Heather T, Shigemi , editors. Barcelona: ELSEVIER; 2018.
21. Chavez W, Diaztagle JJ, Sprockel J, Hernandez I. Factores asociados a mortalidad en pacientes con falla cardiaca. [Internet].; 2014 [citado 2019 Mayo 30. Disponible en: "<http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v39n4/v39n4a03.pdf>"
22. Díaz J. *Guía práctica de lectura crítica de artículos científicos originales en ciencias de la salud*. 1st ed. Sanitaria INdG, editor. Ceuta: INGESA; 2015.
23. Farmakis D, Parissis J, Lekakis J, Filippatos G. Insuficiencia cardíaca aguda: epidemiología, factores de riesgo y prevención. *Revista Española de Cardiología*. 2014 Febrero; 68(3).
24. Eulises Guerra Cepena MVTMMHYZGOLSP. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con insuficiencia cardíaca. [Internet].; 2017 [citado 2019 Junio 25. Disponible en: "http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-0192017000300005"
25. Pascual García Hernández EYR. *Rehabilitación cardiaca: revisión bibliográfica del impacto en la capacidad funcional, mortalidad, seguridad, calidad de vida, factores de riesgo y reincorporación laboral*. [Internet].; 2015 [citado 2019 Junio 26. Disponible en: "https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/65_06.pdf"
26. Oyaguren J, Latorre P, Torcal J, Lekuona I, Rubio S, Grandes G. Efectividad y determinantes del éxito de los programas de atención a pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática y metanálisis. *Revista Española de Cardiología*. 2016 Mayo; 69(10).

27. Freitas da Silva A, Dantas Cavalcanti AC, Malta M, Silva Arruda C, Thamires G, da Fé A, et al. La adherencia al tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca acompañados de enfermeras en dos clínicas especializadas. [Internet].; 2015 [citado 2019 Junio 25. Disponible en: "http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/es_0104-1169-rlae-23-05-00888.pdf"
28. Perez Otero Raquel GGMDCAF. Atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardiaca en atención primaria. [Internet].; 2013 [citado 2019 Agosto 26. Disponible en: "https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Primavera2013/Atenci%C3%B3n%20de%20Enfermer%C3%ADa%20a%20Pacientes%20con%20Insuficiencia%20Card%C3%ADaca%20en%20Atenci%C3%B3n%20Primaria.pdf?fbclid=IwAR2eM1f6XgASa0jLg16jHU4_gBZQmWDNybUL92r24mKsidhQXIV6N"
29. Jimenez MC. Plan de cuidado estandarizado en un paciente con insuficiencia cardiaca(IC) en Atención Primaria (AP)". Reduca Enfermeria, Fisioterapia y Podología. 2014; 6(1).
30. Hernández C, Cosculluela P, Blanes C, Parellada N, Mendez C, Maroto N, et al. Insuficiencia cardiaca en atención primaria: actitudes, conocimientos y autocuidado. Atención primaria. 2017 Marzo.
31. Olmos J, Madrid P, Mejía G, Narváez M. Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardiaca. Repertorio de Medicina y Cirugía. 2015 Diciembre; 1(1).
32. Molano D, Hernández C. Papel de la enfermera en las unidades de falla cardiaca y educación en falla cardiaca. [Internet].; 2016 [citado 2019 Agosto 27. Disponible en: "<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-capitulo-7-papel-enfermera-las-S0120563316000139>"
33. Viñas C, Garcia A, Morales I. Género y efectividad de la metodología enfermera en pacientes con insuficiencia cardiaca. AQUICHAN. 2016 Abril; 16(3).

34. Avila F. El autocuidado del paciente con insuficiencia cardiaca a la luz del modelo teórico de Dorothea Orem. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2014 Agosto; 22(2).
35. Rocio TIG. Estilos de vida de las personas con insuficiencia cardiaca congestiva. [Internet].; 2016 [citado 2019 Agosto 25. Disponible en: "http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26004/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf?fbclid=IwAR0T6aE6NbxWXrietnmqHnyUA8AiLoTmjshW_zfcaeA-5ZvE0u6pzB0kZY"
36. Medeiros J, Araujo C. Evaluación del autocuidado en los portadores de insuficiencia cardiaca. *Cogitare Enfermagem*. 2017 Agosto; 22(3).
37. Granado S. Plan de cuidados en la insuficiencia cardiaca aplicando el modeo area. [Internet].; 2015 [citado 2019 Enero 18. Disponible en: "<http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17984/1/TFG-H493.pdf>"
38. Balbin ME. Cuidado de enfermería en paciente con insuficiencia cardiaca congestiva, en el servicio de emergencias del Hospital María auxiliadora. [Internet].; 2017 [citado 2019 Junio 2. Disponible en: "http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2081/SEG.ESPC_MARIA%20ELENA%20BALBIN%20MACHA.pdf?sequence=2&isAllowed=y"
39. Freire da Silva F, Fatima L, Silva A. Proceso de enfermería en la comodidad de pacientes con insuficiencia cardíaca en el hogar. *Aquichan*. 2015 Enero; 15(1).
40. Silva C, Vellozo J, Da Silva L, Santos B, Peclat V, Dantas A. Efecto del grupo de orientación en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica: ensayo clínico aleatorizado. *Revista Latinoamericana de Emfermagem*. 2017; 25(e2982).
41. Alconero A, Arozemena J, Garcia L. El paciente con insuficiencia cardiaca aguda: caso clínico. *Enfermería Clínica*. 2014 Enero;(6).
42. Guerra T, Fadini E, Eloiza DS, Bezerra A, Simonetti S. Diagnósticos e intervenciones de enfermería para pacientes cardiológicos en cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem*. 2018 Noviembre; 12(11).

43. Araújo AA, Lima MM, Garcia TR. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013 Abril; 47(2).
44. Bastos M, Mahlann D, Vellozo J, Lyvia DS, Peclat P, Dantas A, et al. Intervenciones de enfermería para reduccion de edema de pacientes con insuficiencia cardiaca hospitalizados. *Revista Nursing*. 2019 Enero; 22(250).
45. Da Costa P, Tavares E, Figueiredo T, Muniz S. Diagnósticos de enfermería aplicados a pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. *Cogitare Enfermagem*. 2016 Mayo; 21(2).
46. Bastos M, Da Silva G, Vellozo J, Da Silva L, Goncalves R, Peclat P, et al. Asociación de diagnósticos de enfermería de NANDA internacional con hospitalización e insuficiencia cardíaca en el norte. *Revista Nursing*. 2019 Febrero; 22(250).
47. Vellozo J, Peclat P, Da Silva L, Arruda C, Cassiano K, Andrade G, et al. Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia cardiaca hospitalizados: estudio longitudinal. *Revista da Escuela de Enfermagem da USP*. 2016 Septiembre 50(6).
48. Chisté J, Graziella L, Rabelo E. Aplicabilidad de los resultados de enfermería en pacientes con insuficiencia cardíaca y volumen de líquido excesivo. *Revista Gaucha de Enfermagem*. 2016 Junio ; 37(2).
49. Rocha BAG, Vellozo J, Da Silva L, Peclat P, Cavalcanti A. Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. *Revista Nursing*. 2019 Febrero; 22(250).
50. Hernandez C, Florez M. Adherencia al tratamiento en la insuficiencia cardiaca y las tecnologías de la información y de la comunicación. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2016 Septiembre; 24(2).

51. Achury D, Aponte L, Gomez J, Roa N. Efecto del seguimiento telefónico en la adherencia al tratamiento en los pacientes con falla cardiaca. *Enfermería Global*. 2018 Julio; 1(51).
52. Achury D. La teleenfermería, una estrategia de cuidado para los pacientes con falla cardiaca. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2014 Agosto; 22(2).
53. Organización mundial de la salud. Temas de salud; enfermería. [Internet].; 2016 [citado 2019 Agosto 27. Disponible en: "<https://www.who.int/topics/nursing/es/>"
54. Crespo M, Segovia J, Gonzales J, Bayes A, Lopez S, Roig ESM, et al. Adecuación en España a las recomendaciones terapéuticas de la guía de la ESC sobre insuficiencia cardiaca: ESC Heart Failure Long-term Registry. *Revista Española de Cardiología*. 2015 Mayo; 68(9)
55. Montes S, Arévalo J, Jose C. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca aguda. *Medicina Clinica*. 2014; 142(1)
56. Rojas L, Echeverria L, Camargo F. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardiaca. *Enfermería Global*. 2014 Octubre;(36)
57. Colombo P, Ulrich J. Papel activo de la congestión venosa en la fisiopatología de la insuficiencia cardiaca aguda descompensada. [Internet].; 2014 [cited 2019 Mayo 29. Disponible en: "<http://www.revespcardiol.org/es/the-active-role-of-venous/articulo/13146211/>"
58. Sanjiv Shaa J. Insuficiencia cardiaca. [Internet].; 2017 [citado 2019 Mayo 30. Disponible en: "<https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-cardiovasculares/insuficiencia-card%C3%ADaca/insuficiencia-card%C3%ADaca-ic>"
59. Poca A. Actualizaciones sobre la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. [Internet].; 2016 [citado 2018 Septiembre 17. Disponible en: "<http://www.scartd.org/arxius/tce.pdf>"

60. Durán M. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Universidad de la Sabana. 2013 Abril; 1(1)
61. Ormaechea GÁP. Programando el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca, conceptos generales y aportes de una unidad nacional. [Internet].; 2013 [citado 2019 Agosto 25. Disponible en: "http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202018000100205&lng=en&nrm=iso&tlng=es"]
62. Torres Inga GR. Estilos de vida de las persona con insuficiencia cardíaca congestiva. [Internet].; 2016 [citado 2019 Agosto 25. Disponible en: "http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26004/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf?fbclid=IwAR0T6aE6NbxWXrietnmqHnyUA8AiLoTmjshW_zfcaeA-5ZvE0u6pzB0kZY"]
63. Ormaechea Gabriela ÁP. Programando el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca, conceptos generales y aportes de l unidad nacional. [Internet].; 2014 [cited 2019 Agosto 26. Disponible en: "http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202018000100205&lng=en&nrm=iso&tlng=es"]

ANEXO

Tabla 1: Coincidencia de autores en cuidados de enfermería para adultos mayores con insuficiencia cardíaca y propuesta de diagnósticos NANDA, NOC, NIC.

Autores	Coincidencia de intervenciones/acciones de enfermería	Propuesta de diagnósticos NANDA, NOC, NIC. 2018-2020
Dimitrios Farmakis, John Parissis, John Lekakis, y Gerasimos Filippatos. ⁽²³⁾ 2014	Controlar los factores de riesgo relacionados a problemas: Cardiovasculares: Hipertensión mal controlada o crisis hipertensiva, bradicardia, taquicardia. No cardiovascular: Infecciones y estados febriles, disfunción renal, anemia, hipertiroidismo, hipotiroidismo, ejercicio extenuante, tensión emocional. Al paciente: Mal cumplimiento de la medicación, aumento de consumo de sal o líquidos, fármacos, abuso de alcohol, obesidad, ingestión de café, exceso de café, grasas saturadas.	Diagnóstico N°: 1 Gestión ineficaz de la salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud. Resultados NOC: Autocontrol de la enfermedad cardíaca
Eulises Guerra Cepena et al. ⁽²⁴⁾ 2017		

<p>Pascual García Hernández, Eloísa Yudes Rodríguez.⁽²⁵⁾ 2015</p>	<p>Brindar atención individualizada y educación al paciente sobre su enfermedad para promover su autocuidado.</p> <p>Implementación de actividad física</p> <p>Valoración en cuanto a las horas de ejercicio y tolerar la actividad en las primeras sesiones.</p> <p>Evaluar la calidad de vida tomando en cuenta función física, función social, salud mental, vitalidad, dolor, percepción de la salud general y limitaciones del rol: de problemas físicos y emocionales.</p> <p>Incluir en grupos de apoyo tiene un alto porcentaje de la reinserción laboral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Busca información sobre métodos para mantener la salud cardiovascular - Participa en las decisiones de los cuidados sanitarios <p>Intervenciones NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñanza: proceso de enfermedad - Educación para la salud - Manejo del riesgo cardíaco.
<p>Juana Oyanguren et al.⁽²⁶⁾ 2016 Andressa Freitas da Silva et al.⁽²⁷⁾ 2015</p>	<p>Fortalecer el apoyo familiar para mejorar la adherencia al tratamiento, ya que los pacientes solteros o los que viven solos son más propensos a desarrollar depresión.</p> <p>Realizar seguimiento oportuno por parte del personal de enfermería mediante las visitas domiciliarias.</p> <p>Alentar al usuario a que asista a los controles o el seguimiento vía telefónica.</p>	<p>Diagnóstico N°: 2</p> <p>Fatiga r/c afección fisiológica (enfermedad) m/p deterioro de la habilidad para mantener la actividad física habitual, aumentos de los síntomas físicos.</p>

	<p>Mantener controladas las comorbilidades.</p> <p>En hospitalización administración correcta de la medicamentos, monitorización clínica, posterior al alta seguimiento por consulta externa.</p> <p>Educación acerca de cambios en sus hábitos alimenticios, realización de ejercicio, toma de la medicación e importancia de controles periódicos.</p> <p>Fomentar el autocuidado incluye actividades como: peso diario, toma de medidas antropométricas, monitorización de presión arterial y frecuencia cardíaca.</p>	<p>Resultados NOC: Tolerancia a la actividad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saturación de oxígeno en respuesta de la actividad - Frecuencia cardíaca en respuesta a la actividad - Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad <p>Intervenciones NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomento del ejercicio - Monitorización de los signos vitales - Maneo de la nutrición
<p>Raquel Perez Otero et al.⁽²⁸⁾ 2013</p>	<p>Disminuir el consumo de sal en IC grave o en situaciones de descompensación <3 gr/día, en IC leve o moderada 3 - 5 gr/día.</p>	<p>Diagnóstico N°: 3</p> <p>Disposición para mejorar la nutrición r/c expresa deseo de mejorar la nutrición</p>

<p>Consejería de salud servicio andaluz de salud.⁽¹³⁾ 2017</p>	<p>Recomendar ejercicio con regularidad y aumentar su nivel de actividad ya que una mejor forma física también disminuye la depresión y la ansiedad.</p> <p>Crear empatía y una buena relación entre profesional y el paciente para crear una actitud positiva ante la enfermedad y su tratamiento.</p>	<p>Resultados NOC: Conducta de cumplimiento: dieta prescrita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliza información nutricional - Selecciona alimentos y líquidos compatibles con la dieta prescrita - Prepara alimentos y líquidos según las restricciones dietéticas. <p>Intervenciones NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento nutricional - Manejo de líquidos - Mejora de la autoconfianza
<p>María Carmen Jiménez Gómez.⁽²⁹⁾ 2014</p>	<p>Educación sanitaria orientada hacia el autocuidado, la detección precoz de signos de descompensación y su manejo, responder las preguntas y dudas del paciente, promover la expresión de sentimientos, expectativas y temores.</p> <p>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.</p>	
<p>Cristina Salvado Hernández et al.⁽³⁰⁾ 2017</p>	<p>Asegurar la continuidad asistencial mediante una adecuada coordinación con el personal de salud, familia del paciente y con el segundo nivel.</p>	

	<p>Determinar el impacto de la IC sobre la calidad de vida como el sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles.</p> <p>Informar sobre la posibilidad de unirse a un grupo de apoyo para personas con IC.</p> <p>Vigilar el estado de la piel: color, textura, inflamación, edemas.</p> <p>Observar signos y síntomas de retención de líquidos.</p> <p>Vigilar signos vitales.</p> <p>Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, disnea, palidez, frecuencia respiratoria).</p>	
<p>Jorge Olmos Salamanca et al.⁽³¹⁾ 2015</p>	<p>Rol asistencial: La planificación del cuidado debe ser personalizada, con el objetivo de satisfacer las necesidades individuales, ser comprende en la comprensión de las actividades empíricas con justificación científica comprobada.</p>	<p>Diagnóstico N°: 4</p> <p>Disposición para mejorar la gestión de la salud r/c expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad</p>

<p>Diana Molano, Carolina Hernández. ⁽³²⁾ 2016</p>	<p>Rol administrativo o gerencia del cuidado: Organizar, supervisar, evaluar y promover la calidad de cuidados de enfermería, con la finalidad de brindar atención segura, oportuna y continua, a través de la promoción de un liderazgo efectivo en la gestión de los equipos de trabajo de su dependencia.</p>	<p>Resultados NOC: Autocontrol de la enfermedad cardíaca</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acepta el diagnóstico - Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades - Participa en el programa de rehabilitación cardíaca prescrito
<p>Cipriano Viñas Vera, Ana María García Parra y Isabel María Morales Gil. ⁽³³⁾ Año: 2016</p>	<p>Rol investigativo: La investigación en enfermería es un proceso científico necesario para generar conocimiento sobre acciones de enfermería, administración y cuidados específicos.</p> <p>Rol educativo: La educación es un punto clave para la adquisición de competencias de liderazgo por parte del profesional de enfermería, considerando que la educación es un medio que permite y facilita la modificación de conductas y comportamientos de las personas.</p> <p>Dieta, restricción de líquidos y monitorización de peso.</p> <p>Inclusión de actividad física de manera gradual</p> <p>Remitir a grupos de apoyo con pacientes de la misma patología</p> <p>Evaluar factores psicosociales como la depresión</p>	<p>Intervenciones NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación para la salud - Enseñanza: proceso de enfermedad - Manejo de la medicación - Manejo de la nutrición - Fomento del ejercicio

<p>Fernanda Ávila da Costa Pereira.⁽³⁴⁾ 2014</p>	<p>Incluir a los pacientes programas multidisciplinares dirigidos al control de los síntomas.</p> <p>Promover la práctica de actividades físicas grupales para evitar la intolerancia a la actividad y la exacerbación de los síntomas de esfuerzo.</p>	<p>Diagnóstico N°: 5</p> <p>Aislamiento social r/c factores que causan un impacto en las relaciones personales (envejecimiento), alteración de la apariencia física m/p enfermedad, soledad impuesta por otros.</p> <p>Resultados NOC: Implicación social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interacción con miembros de la familia - Participación en organizaciones oficiales - Participación en actividades de ocio <p>Intervenciones NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenciación de la socialización - Estimulación de la integridad familiar - Grupos de apoyo
<p>Torres Inga Gladys Rocío.⁽³⁵⁾ 2016</p>	<p>La visita domiciliaria y contacto telefónico facilitan el seguimiento de los pacientes con IC</p> <p>El cuidado de sí mismo con base en la teoría de Orem ayuda a la independencia del paciente, a vivir con las limitaciones que la enfermedad impone a la calidad de vida.</p>	
<p>Juliana Medeiros, Carolina de Araújo Medeiro.⁽³⁶⁾ 2017</p>	<p>Educación a la familia en la inclusión de actividades que el paciente pueda realizar en el domicilio.</p> <p>Se debe instruir a los pacientes para que identifiquen si hay presencia de fatiga y falta de aire para realizar las actividades cotidianas.</p> <p>Implementar programas multidisciplinares con visitas domiciliarias y seguimiento en consulta externa, vía telefónica.</p>	

	<p>Educar al paciente sobre su enfermedad, signos y síntomas, ayudar en la toma de decisiones para la promoción, recuperación y protección de su salud.</p> <p>Disminuir o eliminar el consumo de alcohol.</p> <p>Seleccionar porciones adecuadas de hidratos de carbono, grasas y proteínas a manera de no alejarse de una dieta normal.</p> <p>Implementar actividad física aumenta la capacidad vasodilatadora, reduce factores de riesgo de la obesidad, HTA, hipercolesterolemia, mejora la función ventricular, aumenta la supervivencia en un 37 %.</p>	- Terapia con el entorno
<p>Sandra Granado Guijarro.⁽³⁷⁾</p> <p>2016</p>	<p>Realizar evaluación integral del paciente mediante: la anamnesis, examen físico, evaluar la escala de confort, entrevista y observación.</p> <p>Enseñar al paciente medidas para controlar o minimizar síntomas.</p>	<p>Diagnostico Nº: 6</p> <p>Disminución del gasto cardíaco r/c alteración en la contractibilidad m/p disminución de la fracción de eyección.</p>
<p>María Elena Balbin Macha.⁽³⁸⁾</p> <p>2017</p>	<p>Implicar a los individuos en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto a la salud.</p>	<p>Resultados NOC: Efectividad de la bomba cardíaca.</p> <p>- Fracción de eyección</p>

<p>Fabíola Freire da Silva, Lúcia da Silva, Ana Silva Rabelo.⁽³⁹⁾</p> <p>2015</p>	<p>Enseñanza del proceso de la enfermedad explicando la fisiopatología de la enfermedad y cómo se relaciona con la anatomía, fisiología, cuando sea apropiado; guiando al paciente sobre las medidas de control y minimización de los síntomas.</p> <p>Controlar la ingesta de alimentos y líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia cardíaca - Arritmia <p>Intervenciones NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados cardiacos - Administración de medicación - Manejo de arritmia - Monitorización de signos vitales
<p>Cristina Silva et al.⁽⁴⁰⁾</p> <p>2017</p>	<p>Administración de medicamentos diuréticos e inotrópicos.</p> <p>Monitorización de signos vitales, oxigenoterapia.</p>	<p>Diagnostico N°: 7</p>
<p>Ana Alconero Camarero, Jorge Arozamena Pérez y Luisa Garcia Garrido.⁽⁴¹⁾</p> <p>2014</p>	<p>Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (por ejemplo, técnicas de respiración lenta).</p> <p>Instruir al paciente y familia sobre los beneficios y efectos adversos esperados de la medicación.</p> <p>Apoyo emocional.</p> <p>Realizar visitas domiciliarias</p>	<p>Gestión ineficaz de la salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria.</p> <p>Resultados NOC: Autocontrol: Enfermedad crónica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acepta diagnóstico. - Controla signos y síntomas de la enfermedad.

	<p>Alentar al paciente a realizar actividades normales de la vida cotidiana de acuerdo con su capacidad física, guiar a los miembros de la familia para fomentar la independencia del paciente y ayudarlo solo necesario.</p> <p>Crear un entorno seguro para el paciente y eliminar los peligros para evitar caídas.</p> <p>Potenciar los sistemas de apoyo como la familia y los amigos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sigue el tratamiento recomendado. - Sigue el nivel de actividad recomendada. <p>Intervenciones NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar autoresponsabilidad. - Establecimiento de objetivos comunes. - Potenciación de la autoconciencia.
<p>Thaís Gassi Guerra Pedrão et al.⁽⁴²⁾ 2018</p>	<p>Ayuda con el autocuidado en la alimentación, cuidados de la alimentación, del ambiente, alimentación por sonda nasogástrica en caso de ser necesario.</p> <p>Ayuda con el autocuidado en el baño, realizar baño de esponja, realizar higiene oral, cuidado de las uñas, la piel.</p>	<p>Diagnostico N°: 8</p> <p>Déficit de autocuidado: alimentación, baño r/c fatiga m/p deterioro de la habilidad para preparar los alimentos, tomar por si solo una comida.</p> <p>Resultados NOC: Autocuidados: Comer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prepara comida para ingerir
<p>Angela Amorim de Araújo; Maria Miriam Lima da Nóbrega; Telma</p>		

Ribeiro García. ⁽⁴³⁾ 2013	Ayuda en la movilidad física con cambios de posición, realización de ejercicios pasivos cuando sea necesario, protección de eminencias óseas. Control de ingesta y excreta para evaluar la función renal.	- Se lleva la comida a la boca con los dedos. Autocuidados: Baño
Michele Bastos Costa et al. ⁽⁴⁴⁾ 2019	Verificar si existen arritmias, así como valorar en nivel de conciencia. Colocar al paciente a 90° en la cama. Mantener la vía aérea permeable Monitorizar los signos vitales Incluir a los familiares en los cuidados y actividades de recreación. Restricción individualizada de sal y líquido considerando hábitos culturales, económicos y sociales. Educar acerca de la enfermedad y su régimen terapéutico.	- Entra y sale del cuarto de baño - Se baña en la ducha Intervenciones NIC: - Ayuda con el autocuidado: alimentación - Fomentar la implicación familiar - Ayuda con el autocuidado: baño e higiene. - Cuidados de uñas, pies. - Mantenimiento de la salud bucal.
Paulo Cesar da Costa Galvão, Eduardo Tavares Gomes, Thaisa	Identificación de signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco Administración de medicamentos prescritos.	Diagnostico N°: 9 Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aporte y demanda de

<p>Remigio Figueirêdo, Simone Maria Muniz da Silva Bezerra.⁽⁴⁵⁾</p> <p>2016</p>	<p>Monitorización de signos vitales enfatizando en el estado respiratorio.</p> <p>Oxigenoterapia para mantener saturación de oxígeno mayor a 90%</p> <p>Disminuir del nivel de ansiedad mediante el establecimiento de actividades recreativas.</p> <p>Manejo ambiental para mejorar el confort y la experiencia en un medio hospitalario.</p>	<p>oxígeno m/p disnea de esfuerzo, frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad, fatiga.</p> <p>Resultados NOC: Tolerancia a la actividad.</p>
<p>Michele Bastos Costa et al.⁽⁴⁶⁾</p> <p>2019</p>	<p>Ayudar con el autocuidado y a su vez potenciando la independencia, la realización de actividad física según tolerancia.</p> <p>Organizar los periodos de ejercicio y descanso para evitar la fatiga.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad. - Frecuencia cardíaca en respuesta a la actividad. - Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad.
<p>Juliana de Melo Vellozo Pereira et al.⁽⁴⁷⁾</p> <p>2016</p>	<p>Seguimiento ambulatorio mediante visitas domiciliarias por parte del primer nivel de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria. <p>Intervenciones NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomento del ejercicio: - Entrenamiento de la fuerza. - Enseñanza: ejercicio prescrito. - Fomentar la mecánica corporal.

<p>Joelza Celesilvia Chisté Linhares Letícia Orlandin, Graziella Badin Aliti, Eneida Rejane Rabelo Silva.⁽⁴⁸⁾</p> <p>2016</p>	<p>Identificar los signos de sobrecarga de líquidos severa</p> <p>Control de ingesta y excreta</p> <p>Evaluar el estado cardiopulmonar y respiratorio</p> <p>Identificar los factores que perjudican la capacidad funcional.</p> <p>Recomendar actividad física de acuerdo a la capacidad funcional.</p> <p>Aplicación de medidas de confort como los cambios de posición, mantener en posición semifowler.</p>	<p>Diagnostico N°: 10</p> <p>Exceso de volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación comprometidos m/p edema, reflejo hepatoyugular positivo, ortopnea.</p> <p>Resultados NOC: Equilibrio hídrico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entradas y salidas diarias equilibradas. - Distensión de las venas del cuello. - Edema periférico.
<p>Bruna Lins Rocha de Pauda et al.⁽⁴⁹⁾</p> <p>2019</p>		<p>Intervenciones NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de la hipervolemia. - Manejo de líquidos. - Monitorización de líquidos.
<p>Carolina Hernández Pinzón y Magda</p>		<p>Diagnostico N°: 11</p>

<p>L. Flórez Flórez.⁽⁵⁰⁾ 2016</p>	<p>Se define a la teleenfermería como el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para potenciar el seguimiento y monitorización a los pacientes.</p>	<p>Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p conocimiento insuficiente.</p>
<p>Diana Marcela Achury Saldaña, Luisa Fernanda Aponte, Johana Gómez Rodríguez, Nubia Roa Buitrag.⁽⁵¹⁾ 2018</p>	<p>Uso de las tecnologías de la información y la comunicación para generar, organizar, almacenar, manipular y transmitir información.</p> <p>Realizar seguimiento telefónico bajo el modelo de teleenfermería de Larson Dahn, en donde el profesional de enfermería establezca una relación terapéutica con el paciente basada en confianza y empatía.</p> <p>Motivar al paciente a reconocer y reforzar conductas de adherencia al tratamiento e incluir a grupos de apoyo.</p> <p>Orientarlos en el uso de recursos físicos, psicosociales, educativos relacionados con su enfermedad.</p>	<p>Resultados NOC: Conocimiento: Control de la enfermedad cardíaca</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curso habitual del proceso de la enfermedad. - Signos y síntomas de empeoramiento de la enfermedad. - Efectos terapéuticos de la medicación. - Actividad física recomendada.
<p>Diana Marcela Achury Saldaña.⁽⁵²⁾ 2014</p>	<p>Brindar intervenciones educativas orientadas al manejo del tratamiento farmacológico y no farmacológico, resolver interrogantes para aclarar dudas acerca del cuidado en casa.</p>	<p>Intervenciones NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñanza: proceso de la enfermedad - Enseñanza medicación prescrita. - Enseñanza dieta prescrita