

CAPÍTULO 2.

DE REGRESO A CASA: ¿QUÉ ENSEÑAR A LA PERSONA CON INSUFICIENCIA CARDÍACA?

*Jhoanna Carolina Núñez Narváez
Enfermera, estudiante Maestría en Enfermería
Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria
Docente Escuela de Enfermería Uptc
Grupo de Investigación Municipio Saludable Uptc*

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas tienen la particularidad que, al prevalecer durante toda la vida de las personas, son estas quienes desde el hogar deben encargarse de su manejo, partiendo del conocimiento que poseen, las indicaciones dadas por los profesionales de la salud, la disponibilidad de recursos, sus propias creencias y el apoyo social con el que cuentan, dejando así un amplio trabajo al personal de salud para abordar. De las enfermedades crónicas no transmisibles, las de mayor prevalencia en el país son las del sistema circulatorio, incluida dentro de este grupo la insuficiencia cardíaca.

Una de las herramientas de mayor costo efectividad disponibles para atender a esta población en miras de prepararlas para asumir el reto de cuidar su enfermedad en el ámbito extra hospitalario, es el plan de egreso.

Con el objetivo de generar una propuesta de plan de egreso disponible para el personal de enfermería y que contenga la más actualizada información requerida por la persona con insuficiencia cardiaca y sus cuidadores, se decide hacer revisión sistemática de la literatura de los últimos cinco años, con el fin de crear un plan que organizado bajo la nemotecnia CUIDARME, creada por Pinzón específicamente para elaborar planes de egreso; se brinde la información y las herramientas de manera general para aplicar en esta población.

Se consultó la base de datos Biblioteca Virtual en Salud, bajo el descriptor insuficiencia cardiaca; se hallaron inicialmente 5742 artículos, de los cuales se evaluaron 560, en el rango de fecha (2013-2018); de ellos, se preseleccionaron 82 por título, pero después de revisar sus resúmenes se obtienen 29 artículos con los que finalmente se alimenta el plan. Se hizo selección temática de los artículos y se tomaron como categorías deductivas cada una de las letras que comprende la nemotecnia CUIDARME, C: Comunicación, U: Urgente, I: Información, D: Dieta, A: Ambiente, R: Recreación y uso del tiempo libre, M: Medicamentos y tratamientos, y por último E: Espiritualidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) se han convertido en epidemia mundial *in crescendo*; y de especial importancia las de origen cardiovascular, por constituir según la OMS (1), la principal causa de mortalidad en el mundo, con 17,9 millones de muertes cada año. Por este motivo vienen siendo blanco de las estrategias de salud pública, y dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se ha planteado la reducción de las muertes prematuras por ENT en un 33 % para 2030 (2).

De igual manera, en Colombia, la principal causa de muerte en la población general son las enfermedades del sistema circulatorio. “Para 2016, produjeron 150,84 muertes por cada 100.000 habitantes,

causaron el 31,7% (70.621) de las defunciones y el 18,37% (859.022) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)" (3).

En vista de este panorama, que no es ajeno al municipio de Tunja, donde las enfermedades del sistema circulatorio se encuentran dentro de las tres principales causas de mortalidad (4), es preciso aunar esfuerzos para mitigar esta problemática desde todos los frentes y trabajar en conjunto con las políticas nacionales desde la prevención, la promoción y el tratamiento de las mismas.

De las enfermedades del sistema circulatorio, la insuficiencia cardíaca es la principal causa de hospitalización (5), con alto impacto en el pronóstico y repercusión en la cotidianidad tanto de quien la padece como de su familia, dada la cronicidad del cuadro.

Enfrentar una enfermedad crónica, tanto para la persona como para su núcleo familiar, implica una serie de ajustes que modifican las dinámicas laborales, sociales, psicológicas y económicas, y es función de los profesionales de enfermería encargarse de concientizarlos y educarlos acerca de la importancia de estos ajustes para evitar descompensaciones que ocasionen reingresos hospitalarios con las consiguientes complicaciones.

El plan de egreso es una herramienta fundamental, creada para responder a las necesidades de las personas y sus familias una vez han sido dadas de alta de una institución hospitalaria, y debe estar constituido, tanto por la información básica requerida, como por la generación de habilidades mínimas para realizar la transferencia del cuidado, de los cuidadores asistenciales a la persona enferma y sus cuidadores en el hogar.

En cuanto a los beneficios de la implementación del plan de egreso en personas con insuficiencia cardíaca, Blue y McMurray (6) citan estudios que señalan la prevención de la readmisión hospitalaria en aproximadamente 40-59 % de los pacientes a quienes les fue aplicado. Esto es debido a que se instruye tanto a la persona enferma como a

sus cuidadores en reconocer tempranamente los signos y síntomas de alarma, y se identifican de manera oportuna las posibles causas de incumplimiento de las indicaciones al alta, buscando garantizar adherencia al tratamiento, lo que conduce al mantenimiento de la enfermedad en estado compensado y, por ende, mejoría en la calidad de vida y en la capacidad funcional de la persona (7-16).

En la población con insuficiencia cardíaca en Tunja, donde no es fácil el acceso a programas de insuficiencia cardíaca, como en ciudades grandes de este país, dado que no se encuentran estructurados y solo se cuenta con una institución en el departamento que ofrece servicios de rehabilitación cardíaca; existe la necesidad de reforzar desde los planes de egreso tanto los conocimientos como las habilidades de las personas y sus cuidadores para llevar a cabo la transición al hogar de manera eficiente.

Plan de egreso

Todo plan de egreso debe considerar de manera individualizada las características sociodemográficas de las personas, al igual que la determinación del cuidador principal en casa (13-21). La implementación debe iniciarse desde el mismo momento del ingreso de la persona, para identificar sus necesidades y fortalezas, y poder realizar retroalimentación durante la hospitalización de los conocimientos y habilidades prácticas requeridas, para lo cual debe escogerse el mejor momento de acuerdo con la situación clínica de la persona, a fin de facilitar la receptividad y el aprendizaje tanto de ella como de su cuidador (12, 14, 15, 17, 22-25).

Lessa (16) menciona que para implementar un proceso de educación deben ser tenidas en cuenta cinco etapas: “evaluación de conocimiento previo, cognición, actitudes, motivación y errores que el paciente comete con el tratamiento; identificación del producto que podría ser enseñado, considerando las potenciales barreras de aprendizaje; la planificación de la educación con la participación del propio paciente a fin de seleccionar las mejores intervenciones;

planificación de cómo se dará la educación; y evaluación rigurosa del proceso educativo implantado" (p. 593).

Los planes de egreso deben estar centrados en la persona y no solo en la enfermedad (14), deben crear conciencia en ella y su familia del papel protagónico que deben ejercer en adelante, para generar actitudes y aptitudes proactivas y no reactivas, lo que requiere de planificación suficiente. Por eso es importante reiterar que su implementación se hará desde el ingreso de la persona a la institución hospitalaria.

Algunos estudios (7, 13, 23-28) han demostrado que si al plan de egreso puesto en marcha en la hospitalización se le suman visitas domiciliarias, su efectividad aumenta, pues se tiene la oportunidad de verificar las condiciones sociodemográficas manifestadas inicialmente en el hospital, reevaluar y reforzar la comprensión y adherencia de la información, además de observar la evolución de las personas con insuficiencia cardíaca y poder apoyar la toma de decisiones ante signos y síntomas de alarma.

Pinzón (29) propone como nemotecnia para la elaboración y fácil recordación del plan de egreso, la palabra CUIDARME, "que hace alusión al objeto de la profesión de Enfermería y a la responsabilidad que tenemos todas las personas frente a nuestra salud" (29). Cada letra de esta palabra corresponde a: Comunicación, Urgente, Información, Dieta, Ambiente, Recreación y uso del tiempo libre, Medicamentos y tratamientos, Espiritualidad.

Basados en dicha nemotecnia (29), la información que se entregue y las habilidades que se ejerciten en la persona y su cuidador o cuidadores, deberán responder a las siguientes preguntas:

Comunicación: ¿Quién será el cuidador principal? ¿La persona tiene claro a quién puede recurrir en caso de requerir ayuda o presentar alguna inquietud? Médico tratante, enfermera, grupo específico en su EPS, etc. Al momento del alta: ¿le fue entregada la documentación

(resumen historia clínica, órdenes de medicamentos, citas de control, laboratorios, etc.), instrucciones, equipos o dispositivos requeridos y sabe cómo usarlos?

Urgente: ¿Saben cuáles son los signos de alarma que indican descompensación de la enfermedad y qué hacer si se presentan?

Información: ¿La persona conoce y desea saber cuál es su enfermedad, tratamiento y pronóstico? (29). La información que se suministre a las personas debe estar acorde con la Ley 911 de octubre de 2004 (30): “El profesional de enfermería no hará a los usuarios o familiares pronósticos o evaluaciones con respecto a los diagnósticos, procedimientos, intervenciones y tratamientos prescritos”. Pero sí puede aclarar conceptos claves acerca de las causas de la enfermedad y complicaciones derivadas de esta, además de los derechos respecto a su salud y cómo ejercerlos. ¿Cuáles son las prescripciones enfermeras respecto al autocuidado de la enfermedad que debe implementar la persona y su cuidador, con el fin de mantenerla bajo control?

Dieta: ¿Qué tipo de alimentos puede consumir, tamaño de las porciones y en qué horarios? ¿Las recomendaciones hechas en cuanto al patrón alimentario se basan en las preferencias de la persona y su capacidad económica?

Ambiente: Partiendo del entorno de vivienda y recursos disponibles: ¿Qué recomendaciones se le deben hacer a la persona en cuanto a su ambiente doméstico y laboral, vestido, rutinas diarias, tenencia de animales, disposición de los elementos en el hogar, evaluación del riesgo de caída, manejo de factores de riesgo o protectores presentes de acuerdo con su enfermedad?

Recreación y uso del tiempo libre: ¿Qué actividades, de acuerdo con el grado de severidad de la enfermedad, puede realizar la persona? Tener en cuenta tanto la práctica de actividad física como recreativa, si es posible para la persona; y según lo que le resulte más atractivo, e involucrando a la familia o las redes de apoyo social disponibles

(actividades con grupos de la iglesia, del barrio, trabajo, etc.), sin que representen peligro para la persona.

Medicamentos y tratamientos no farmacológicos: ¿Saben cuál es el manejo que debe dar a sondas, catéteres, dispositivos para oxígeno, para administración de medicamentos, así como a heridas, fístulas, etc.? ¿Qué medicamentos debe consumir, para qué sirven, en qué horario debe tomarlos, cuál es la manera correcta de administrarlos, cuáles son los principales efectos adversos que puede presentar, por cuánto tiempo debe tomarlos?

Espiritualidad: ¿Qué motivaciones tiene la persona para seguir adelante y que refuercen su adherencia al tratamiento? ¿Cuáles son aquellas experiencias significativas que impulsan la toma de decisiones en la persona? ¿Quién, quiénes o qué actividades sirven de apoyo a la persona para reforzar su patrón espiritual (guía religioso, familia, música, pintar, dibujar, escribir, leer, labores del hogar, etc.)?

1. METODOLOGÍA

Partiendo de la nemotecnia sugerida por Pinzón (29), se decide hacer revisión sistemática de la literatura de los últimos cinco años, con el fin de generar un plan de egreso general para personas con insuficiencia cardíaca. Se consulta la base de datos Biblioteca Virtual en Salud, dado su libre acceso y las diferentes disciplinas que allí concurren; donde bajo el único descriptor "insuficiencia cardíaca" se encuentran 5742 artículos, de los cuales se evalúan 560, que se encuentran dentro del rango de fecha (2013-2018); de ellos, se preseleccionaron 82 por título, los cuales contenían información que podría dar respuesta a las preguntas antes planteadas en la nemotecnia; pero después de revisar sus resúmenes se obtienen 29 artículos con los que finalmente se alimenta el plan. Se hizo selección temática de los artículos y se tomaron como categorías deductivas cada una de las letras que comprende la nemotecnia CUIDARME.

Adicionalmente se incluyeron los Consensos Colombianos para el Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Aguda (14)

y Crónica (12), de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular 2014, y la actualización 2017 del mismo Consenso (31).

Tabla 1. Árbol de búsqueda con número de artículos por tipo de estudio y profesión del(os) autor(es)

TIPO DE ESTUDIO	Descriptivo transversal cuantitativo	Longitudinal retrospectivo cuantitativo	Descriptivo, exploratorio análisis de contenido cualitativo	Descriptivo comparativo	Intervención cuasi-experimental prospectivo.	Estudio observacional longitudinal y prospectivo	Revisión de literatura y experiencia clínica	Revisión de la literatura	Intervención pre y pos	Cuasi experimental con grupo control	TOTAL ARTÍCULOS
2018			1 (t-p)					1(m)			2
2017	5 (e)		1(e)					1(m), 1(tf)		1 (m-e)	9
2016	1(e)	1(e)		1(m)		1(e)		1(m), 1(e), 1(m+tf)			7
2015					1(m)		1(m), 1(m-e)		1(e)		4
2014	2(e)							1(e)			3
2013	1(e)		1(e)					2 (m)			4
TOTAL ARTÍCULOS	9	1	3	1	1	1	2	9	1	1	29

Profesión de los autores= e: enfermería, m: medicina, t: terapia ocupacional, p: psicología, tf: terapia física

Tabla 2. *Árbol de búsqueda por idioma*

IDIOMA	Español	Inglés	Portugués	TOTAL
No. de artículos	10	5	14	29

1.1 Criterios de inclusión

- Artículos publicados dentro del rango de fechas 2013-2018 en la base de datos Biblioteca Virtual en Salud.
- Artículos en inglés, portugués y español.
- Artículos que en su título contuvieran información relevante para responder las preguntas de la nemotecnia.

1.2 Consideraciones éticas

El presente estudio, al ser de base documental, es considerado una investigación sin riesgo, según la Resolución 8430 de 1993; además está regido por la normativa respecto a derechos de autor y por los lineamientos del Código Deontológico de Enfermería. El autor declara que no presenta ningún tipo de conflicto de interés.

2. RESULTADOS

A continuación, se describe el plan de egreso generado a partir de la revisión sistemática efectuada y adaptado desde la nemotecnia CUIDARME para personas con insuficiencia cardíaca. Cabe decir que los temas deben ser desarrollados en orden lógico para facilitar la comprensión de los receptores del plan; aquí se presentan en el orden de las letras de la nemotecnia:

C: Comunicación

Inicialmente debe reconocerse el cuidador principal, bien sea la persona misma o su familia (o ambos) o un cuidador formal, con el fin de identificar quién recibirá la información y de esta manera

establecer la condición sociodemográfica, el nivel sociocultural y educativo tanto de la persona como de su cuidador, para ajustar el plan de egreso de manera individualizada e integral (13-21) y elegir el lenguaje y las ayudas didácticas más apropiadas según el caso.

Una vez la persona es dada de alta, es necesario realizar una lista de verificación para comprobar que tanto ella como su cuidador comprenden las indicaciones dadas y tienen la documentación necesaria para continuar con el seguimiento de su enfermedad desde el primer nivel de atención (14,15).

Tabla 3. Lista de chequeo para el egreso hospitalario de la persona con insuficiencia cardíaca.

ASPECTO POR EVALUAR	VERIFICACIÓN	ASPECTO POR EVALUAR	VERIFICACIÓN
¿Sabe dónde obtendrá atención después del egreso?		¿Sabe el nombre del médico que lo atendió?	
¿Le informaron acerca de los signos y síntomas de alarma y qué hacer en caso de presentarlos?		¿Revisó la lista de medicación con el personal, para ajustar los horarios y recomendaciones necesarias?	
¿Cuenta con el apoyo social para su cuidado en casa? ¿Está claro quién(es) apoyará(n) con este cuidado?		¿Necesita equipos médicos (caminador, silla de ruedas, glucómetro, bala de oxígeno, entre otros)? ¿Sabe cómo usarlos?	
¿Tiene las órdenes de los medicamentos (incluye el manejo de comorbilidades), las comprende y sabe cuál es el procedimiento que debe seguir con ellas?		¿Tiene instrucciones del alta por escrito? ¿Se pueden leer y las entiende?	
¿Tiene las órdenes de las citas de control, las comprende y sabe cuál es el procedimiento para seguir con ellas?		¿Tiene un resumen de su estancia en el hospital, o conoce el trámite para solicitarlo?	
¿Tiene órdenes de laboratorio o exámenes, sabe cuándo y cómo debe realizárselos?		¿Tiene alguna pregunta acerca de los asuntos comprendidos en esta lista de control o en las instrucciones para el alta?	

Adaptado de Jaramillo C., Gómez E., Hernández E., Saldarriaga C., Flórez N., Buitrago R. et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda. Bogotá: Sociedad C.; 2014.

Desde la hospitalización debe concertarse con la persona y su cuidador la posibilidad de realizar visitas domiciliarias con el fin de evaluar y retroalimentar la información previamente suministrada; en lo posible definir la fecha de la primera visita el día del egreso (15).

Cada vez que se realice evaluación de la persona en las visitas domiciliarias, deben considerarse la valoración subjetiva de la persona y sus cuidadores respecto a su estado de salud, así como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, el peso, la presencia de edemas y disnea, los reportes de exámenes de laboratorio realizados pos alta; además de continuar con las sesiones educativas al paciente y cuidadores, verificando la adherencia a las indicaciones tanto no farmacológicas como farmacológicas (14, 15, 22). Por lo que se recomienda elaborar un registro comparativo de los parámetros evaluados.

Tabla 4. Registro de seguimiento plan de egreso hospitalario persona con insuficiencia cardíaca.

Nombre: _____	Edad: _____	Dirección: _____	Teléfono: _____
Nombre del cuidador: _____		Edad: _____	
		Teléfono: _____	
Diagnóstico médico: _____			
Antecedentes: _____			
Clase funcional al egreso: _____		Fecha de egreso: _____	
Peso al alta(k): _____			
Restricción hídrica: _____		Tipo de dieta: _____	

Fecha sesión	Frecuencia cardíaca	Presión arterial	Peso	Edema	Disnea	Consumo líquido / día	Volumen orina / día aprox.	Reporte laboratorios	Medicamentos ordenados	Temas tratados	Observaciones	Firma

Figura 1. Datos para el seguimiento anexos a la tabla 4.

Distintos autores sugieren que la primera reevaluación de la persona debe hacerse dentro de los siete a diez días después del alta (13, 14, 22, 23). También hay recomendaciones de hacer seguimiento telefónico adicional dentro de las 48-72 horas posteriores a la salida del hospital (12-15), y con prioridad en aquellas personas de alto riesgo, por ejemplo, en quienes han presentado descompensaciones frecuentes y/o reingresos hospitalarios.

U: Urgente

Luego de que la persona ha requerido hospitalización a causa de una descompensación de su insuficiencia cardíaca y es dada de alta, se ha reconocido un “periodo vulnerable” que se presenta dentro de los 60-90 días posteriores al alta, donde ocurre una gran cantidad de reingresos hospitalarios y muertes (23). Por lo que es indispensable que tanto ella como su cuidador estén en capacidad de reconocer los signos y síntomas de alarma que indican una descompensación temprana de la enfermedad, e identificar cuál de estos requiere de consulta a urgencias y cuáles pueden manejar adecuando el tratamiento dado (13, 15, 27, 31, 32), para garantizar que acudan al servicio médico oportunamente. Achury *et al.* (19) concluyen, luego de medir las competencias de cuidado en cuidadores familiares de personas con insuficiencia cardíaca, que la mayor deficiencia se encuentra en cuanto al conocimiento de los signos de alarma de la enfermedad.

Los signos y síntomas de disnea, disnea paroxística nocturna, fatiga, edema, ortopnea y distensión de la vena yugular fueron evidenciados por Aliti *et al.* (33) como las principales causas de consulta a urgencias en personas con insuficiencia cardíaca; y Pereira *et al.* (34), encontraron la disnea, el edema, la distensión yugular y la fracción de eyección reducida como las principales características definitorias en el diagnóstico de enfermería de débito cardíaco disminuido y por descompensación de insuficiencia cardíaca.

Dentro del plan de egreso, los signos y síntomas de alarma que indican descompensación de la enfermedad y que deben ser

enseñados a las personas con insuficiencia cardíaca y su cuidador incluyen: Signos de sobrecarga de volumen, signos de hipoperfusión y riesgo de arritmia.

Tabla 5. *Signos de sobrecarga de volumen*

Disnea	Reducción de la tolerancia al ejercicio
Presión venosa yugular aumentada	Fatiga, cansancio, aumento del tiempo de recuperación posterior al ejercicio
Ortopnea	Edema de tobillos
Disnea paroxística nocturna	Aumento de peso mayor a 2 kg en tres días

Fuente: elaborado a partir de: Burguez, S. *Insuficiencia cardíaca aguda. Revista Uruguaya de Cardiología.* 2017; 32(3): 370-389.

Jaramillo (12), afirma que “permitir que los pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca se autoajusten la dosis de diurético sobre la base de la variación individual de los signos y síntomas relacionados con la sobrecarga de volumen, es seguro y potencialmente beneficioso ya que evita la sobrecarga de líquidos y el exceso de dosificación” (p. 32).

En la revisión sistemática realizada por Piano *et al.* (35) se concluyó que “la dosificación diurética flexible e individualizada se asocia potencialmente con una reducción de las visitas a la sala de emergencia, una menor hospitalización y una mejor calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida” (p. 944).

Ante la presencia de aumento de peso más de 1 kilogramo en 24 horas o más de 3 kg en una semana, disnea y edemas (31), la persona puede implementar la titulación flexible del diurético, que consiste en duplicar la dosis convencional de furosemida oral, durante tres días consecutivos (31,36). Es importante tener presente no sobrepasar la dosis máxima de 240 mg de furosemida al día (31). De igual manera se puede reducir el consumo de sal y la ingesta de líquidos en la dieta (26).

Siempre que sea indispensable realizar la titulación flexible del diurético por parte del paciente, es importante que se lo informe a su médico tratante, ya que evidencia la necesidad de reajuste en la terapéutica (12).

- Signos de hipoperfusión (14)
 - Hipotensión.
 - Alteración del sensorio (obnubilación, somnolencia).
 - Piel fría, pálida y sudor pegajoso.
 - Extremidades frías.
- Riesgo de arritmia después del esfuerzo físico, que puede evidenciarse en irregularidades en el pulso, sensación de palpitaciones y alteración del estado de conciencia (17).

Debe quedar claro para la persona y su cuidador que la presencia de los signos y síntomas antes descritos son indicación de acudir por el servicio de urgencias, ya que requieren valoración y ajuste de farmacoterapia o reevaluación de la ingesta de líquidos y sodio. Idealmente, la persona debería tener acercamiento telefónico con la enfermera a cargo de las visitas domiciliarias, con el fin de poder realizar consultas en caso de tener dificultades o inquietudes en el manejo (13, 14, 28, 31).

I: Información

Uno de los pilares del manejo de la insuficiencia cardiaca crónica es la adherencia al tratamiento; la falta de esta está reconocida como una de las principales causas de reingresos hospitalarios (12). El déficit de conocimientos por parte de la persona que la padece y su cuidador en cuanto al tratamiento farmacológico y no farmacológico es el motivo más frecuente para que se presente (8, 12, 24, 28, 37, 38).

Freitas y Püschel (20), consideran que “la educación del paciente debe integrar el conocimiento popular y el sentido común con ideas científicas” (p. 923), para así lograr mejor entendimiento y retención de la información brindada, facilitando de este modo la adherencia al tratamiento.

Según el Consenso Colombiano para el Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica (12), los temas esenciales por tratar al educar al paciente y su cuidador incluyen: “Definición y etiología de la enfermedad, pronóstico, control de síntomas y autocuidado, tratamiento farmacológico, adherencia, dieta, alcohol, tabaquismo, ejercicio, viajes, actividad sexual, inmunización, trastornos del sueño y de la respiración y aspectos psicosociales” (p. 73)

Definición de Insuficiencia cardíaca

“La falla cardíaca es un síndrome clínico complejo que puede resultar de cualquier alteración funcional o estructural que dañe la capacidad del ventrículo a llenarse y eyectar sangre” (39, p. 2104)

Tabla 6. *Causas de insuficiencia cardíaca.*

ENFERMEDADES DEL MIOCARDIO		CONDICIONES DE CARGA ANORMALES		ARRITMIAS
Cardiopatía isquémica	Infiltración	Hipertensión	Sobrecarga de volumen	Taquiarritmias.
Daño tóxico	Alteraciones metabólicas	Defectos valvulares	Estados de alto gasto cardíaco	Bradiarritmias
Daño inmunomediado	Anomalías genéticas	Defectos miocárdicos estructurales		
Daño inflamatorio		Anomalías pericárdicas y endomiocárdicas		

Elaborado a partir de: Burguez, S. Insuficiencia cardíaca aguda. Revista Uruguaya de Cardiología. 2017; 32(3): 370-389.

Autocuidado

La persona debe integrar a su rutina diaria las siguientes recomendaciones para garantizar un adecuado seguimiento y control de su enfermedad. Los aspectos referentes a dieta y actividad física serán detallados en sus respectivos apartados según la nemotecnia:

Evaluación diaria de signos de retención de líquidos

- Pesarse en la mañana, en ayunas y con la misma cantidad de ropa (11, 12, 14, 15, 22, 27).
- Llevar registro diario del peso (12,31) y tener claro cuál es el “peso seco”: aquel con el cual no presenta ni signos ni síntomas de sobrecarga hídrica y se siente bien. Este peso debe garantizarse al alta (13, 16).

Es necesario, de acuerdo con los recursos disponibles, incentivar a la persona para que disponga de una pesa en casa para facilitar el automonitoreo del peso y poder evaluar signos tempranos de retención hídrica (8). Se debe evaluar el uso correcto de la pesa con el fin de obtener mediciones confiables.

- La persona debe tener presente que aumentos de peso mayores a 1 kg en 24 horas o más de 3 kg en una semana (31), pueden indicar retención de líquidos.
- Automedición de la circunferencia abdominal y registro (17). Otro indicador de acumulación de líquidos en la cavidad abdominal, además de la medición objetiva con cinta métrica a nivel del punto medio entre el reborde costal inferior y el extremo superior de las crestas ilíacas, es la referencia por parte de la persona de que la cintura de sus prendas de vestir ya no le quedan o le es imposible ajustar el cinturón donde usualmente lo hacía. Este indicador no es específico de retención de líquidos, puede revelar también cambios en el contenido de grasa abdominal,

que igualmente es necesario evaluar, por el riesgo de caquexia cardíaca (11) o sobrepeso.

- Autorrevisión de los tobillos, pies y piernas para evaluar presencia de edemas (15,40).
- Evaluación ante el espejo de la presencia de ingurgitación yugular (17).

Controles médicos

- La persona y su cuidador deben ser conscientes de la importancia de asistir a los controles médicos y de enfermería para poder evaluar su condición y realizar ajustes a su tratamiento.

Tabaco y alcohol

- En todo caso, debe enfatizarse en la abstención del tabaco y el alcohol, acudiendo a otros profesionales si es necesario, para tratar el consumo (14, 15, 22, 27).

Vacunación

- Orientar la administración de la vacuna neumocócica polivalente en una sola dosis con refuerzo después de los 65 años y en pacientes con alto riesgo, y vacuna contra la influenza, que debe administrarse anualmente (12, 13, 27), a menos que exista contraindicación. Adicionalmente debe evitar el contacto con personas con enfermedades respiratorias por el alto riesgo de contagio y complicación de su condición de base (13).

Viajes

- Deben programarse los viajes de acuerdo con la clase funcional y estado en general. Es importante llevar por

escrito los medicamentos que consume, un resumen de la historia clínica (12) y dosis adicionales de medicamentos. Monitorizar y adaptar la ingesta de líquidos de acuerdo al clima en el que se encuentra (14), sin olvidar la restricción que debe mantener.

Depresión

- El déficit cognitivo y la depresión son frecuentes en personas con insuficiencia cardíaca crónica, por lo que es necesario evaluar su presencia y darle manejo (12, 41).

Vida sexual

- Al igual que el ejercicio, la actividad sexual puede continuar, pero debe ser orientada de acuerdo con la etapa de la insuficiencia cardíaca, con el fin de evitar que suscite síntomas como disnea, ahogo, fatiga, palpitaciones, etc. (12, 27).

D: Dieta

En cuanto al manejo de la dieta, las personas y sus familias deben tener claro la importancia de la restricción de sodio y de líquidos como medida para evitar la retención de líquidos y la descompensación cardíaca, por lo que las medidas requieren del apoyo familiar para facilitar la adherencia por parte del paciente, y deben ser ajustadas a la etapa de la insuficiencia cardíaca en que se encuentra la persona y su realidad socioeconómica.

En algunos casos es necesario adicionalmente el trabajo interdisciplinar con los profesionales de nutrición para mejorar el manejo de los pacientes, como sucede con (15):

- Pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada NYHA (New York Heart Association) Clase III o IV.

- Pacientes ancianos frágiles.
- Pacientes con pérdida de peso involuntaria no edematosa, peso superior al 6 % del peso normal previo asociado a la IC (caquexia cardíaca).
- Pacientes con reingresos frecuentes al hospital para HF descompensado.
- Pacientes con graves comorbilidades que afectan la nutrición.

Ingesta de líquidos

La restricción debe ser de 1,5 a 2 litros por día (12,15); en casos de insuficiencia cardíaca severa, el ajuste de líquidos debe ser de 30 ml/kg/día (12, 14) o 35 ml/kg/día si la persona pesa más de 85 kg (14). Lo anterior implica que la persona mida ese volumen y lo reparta durante el día en la preparación de los alimentos, con el fin de controlar el líquido que consume. De igual manera es ideal que use tazas, pocillos y vasos pequeños.

En caso de sentir sed, puede: congelar las frutas y consumirlas así; congelar una bebida y beber sorbos a medida que se descongela; saborear un pedazo de caramelo duro sin azúcar; masticar goma de mascar sin azúcar o usar enjuague bucal (42), teniendo cuidado de no incrementar volúmenes de líquidos adicionales a los permitidos en el día. Se les debe aclarar que todos los alimentos que se derriten o son líquidos a temperatura ambiente se consideran líquidos (42).

Restricción de sodio

La restricción de sodio debe individualizarse de acuerdo con la etapa de la insuficiencia cardíaca, siendo indicada en los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada de 2-3 g/d de sodio (14, 27).

Es importante enseñar a la persona las alternativas a la sal que puede usar con el fin de conseguir adherencia a la indicación de la restricción salina sin desmejorar el sabor de las preparaciones; por

ejemplo, usar hierbas y especias como el orégano, tomillo, paprika y ralladura de cáscara de limón (43).

Recomendaciones acerca del consumo de sal (43):

- Preferir preparar los alimentos en casa, con productos frescos.
- Revisar las etiquetas de los alimentos, un 5 % o menos del valor diario de sodio por ración se considera bajo.
- Evitar el consumo de embutidos, comidas rápidas, congeladas, preparadas, enlatadas o procesadas.
- No adicionar sal a la comida ya preparada, no tener disponible un salero en la mesa.
- Reducir el tamaño de la porción de la comida, lo que implica consumir menos sal.
- Al comer fuera de casa, escoger porciones pequeñas o compartir el plato. Pedir que no se adicionen salsas o aderezos a la comida.

Dieta saludable y peso saludable

Las recomendaciones generales para todas las personas, respecto a una dieta equilibrada y saludable, se deben mantener con el fin de garantizar todos los nutrientes y un peso adecuado, que no aumente las demandas metabólicas y con ello el esfuerzo cardíaco. Por lo que se debe aconsejar el consumo de fruta, verduras, legumbres y pescado, y reducir la cantidad de alimentos grasos.

A: Ambiente

Es necesario que las personas y sus cuidadores comprendan que para facilitar su adaptación a la enfermedad y evitar posibles descompensaciones, deben seguir algunas recomendaciones en cuanto a ajustes en su entorno doméstico y rutinas diarias, lo que les garantizará conservación de energía y comodidad (17):

- Usar ropa suelta con botones, que facilite su movimiento y la respiración.
- Mantener a su alcance los objetos de uso más frecuente, por ejemplo, los elementos de higiene diaria.
- Ajustar su cama para dormir más cómodo, quizás usar una almohada más alta o elevar la cabecera de la cama colocando algún elemento seguro bajo las patas delanteras.
- Teniendo en cuenta la etapa en que se encuentre la enfermedad, organizar las tareas que realiza durante el día para evitar sobrecargarse, pero sin perder su independencia y funcionalidad.
- Idealmente, ubicar la habitación en el primer piso y cerca del baño, de manera que no deba utilizar con tanta frecuencia las escaleras.

R: Recreación y uso del tiempo libre

Actividad física

El ejercicio regular tiene beneficios en cuanto a que mejora el equilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno, y el trabajo del miocardio, ya que disminuye el avance de la aterosclerosis, y la actividad simpática (44). Además, si el ejercicio es aeróbico puede disminuir o revertir la remodelación ventricular (45, 46), favorecer la contractilidad miocárdica mediante la mejoría de la sensibilidad al calcio, beneficiando la función sistólica y diastólica (47).

Estudios (47, 48) en personas con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada encontraron que se benefician de realizar ejercicio físico, ya que presentan mejoría en su capacidad funcional y por consiguiente en su calidad de vida, lo que contribuye a su independencia, mejora su autoestima y disminuye el riesgo de

depresión (49, 50). Adicionalmente, el trabajo de fuerza de miembros superiores mejora la ventilación durante el ejercicio y la resistencia de los músculos respiratorios, aliviando la disnea (47).

Es necesario evaluar la etapa de la insuficiencia cardíaca en que se encuentra la persona, con el fin de prescribir la actividad física de manera individualizada y acorde a la clase funcional (17, 27). En caso de estar indicada, la persona debe tener claro que las actividades que realice no le generen disnea ni palpitaciones, y programar momentos de descanso entre la actividad física (15, 17). Podría usarse la escala de calificación del esfuerzo percibido (RPE) para medir qué tan fácil o difícil es para la persona completar una actividad (15).

Aunque está indicada la rutina de actividad física en las personas con insuficiencia cardíaca, está contraindicado iniciarla en las personas que presenten (15):

- Síntomas de la clase IV de la NYHA.
- Insuficiencia cardíaca descompensada o no controlada.
- Angina inestable de alto riesgo.
- Estenosis principal o coronaria izquierda o equivalente.
- Comorbilidades agudas no cardíacas (por ejemplo, infección).
- Estenosis aórtica grave o crítica.
- Miocardiopatía hipertrófica u otras formas de obstrucción del tracto de salida.
- Fibrilación auricular de respuesta lenta o descontrolada.
- Taquiarritmias o bradiarritmias.

La manera más sencilla para determinar la intensidad del ejercicio es a través de la cuantificación de la frecuencia cardíaca, ya que guarda relación con el volumen de oxígeno máximo utilizado (50, 51). El American College of Sports Medicine (50, 51) recomienda que durante el ejercicio no se supere la frecuencia cardíaca de reserva,

que se refiere al 50– 85 % de la frecuencia cardíaca máxima. Esta se obtiene a través de la fórmula: frecuencia cardíaca máxima = 220 - edad. Otra forma de calcular la frecuencia de reserva consiste en restar de la frecuencia cardíaca máxima la frecuencia cardíaca que se tiene en reposo sentado (50).

Recomendaciones para la práctica de actividad física

- La mejor opción de actividad física para la persona con insuficiencia cardíaca es realizar caminatas en casa 10 a 15 minutos cada día (11, 15, 52). Inicialmente puede probar 2–3 sesiones de 5 minutos para un total de 15 minutos al día, y si no presenta disnea, fatiga o palpitaciones puede gradualmente aumentar el tiempo de caminata en 5 minutos por día, hasta poder completar 30 minutos al día, divididas en 3 sesiones (15) realizando caminatas saliendo de casa, de acuerdo con su tolerancia. El objetivo sería lograr marchas de una hora de duración con una frecuencia semanal de, al menos, 5 días (50).
- Otra opción es la práctica de la danza, que, al estar asociada con la música, favorece el restablecimiento de la función neurohormonal y la reducción de la respuesta inflamatoria, lo que disminuiría el progreso de la insuficiencia cardíaca (11,53).
- Para ejercitar los músculos involucrados en la respiración, se puede recomendar a la persona que sentada en una silla realice ejercicios con las extremidades superiores, evitando subirlos por encima de la cabeza.
- En personas muy descondicionadas se puede iniciar la actividad con el reforzamiento de los músculos inspiratorios y de los grandes grupos musculares, venciendo la gravedad, desde la posición de sentadas o acostadas (15).
- Previo al inicio del ejercicio se debe incluir un calentamiento de 5 a 10 minutos y además efectuar un ligero estiramiento antes y después de la sesión, y finalizar con un periodo de enfriamiento (15, 50, 51).

- Si la persona puede conversar mientras camina, es buen indicador de que tolera la actividad, si no lo puede hacer, debe disminuir la intensidad o sentarse, evitando acostarse (15).
- Debe aconsejarse que realice la actividad física en el momento del día cuando más se sienta descansado y que haya pasado más de una hora luego de una comida principal (15).
- Llevar un registro diario del tiempo y actividades que realiza y si presenta síntomas, con el fin de que pueda observar su progreso (15).
- Los líquidos que consuma durante el ejercicio deben ser tenidos en cuenta dentro de la restricción de líquidos diaria.
- La persona debe procurar mantenerse activa mediante la ejecución de actividades cotidianas, como cocinar, ir de compras, pasear al perro, jardinería, etc., mientras no le produzcan síntomas. Mantener una vida activa mejora tanto su estado físico, como el estado de ánimo y la calidad de vida.

M: Medicamentos y tratamientos no farmacológicos

Medicamentos

Además de las medidas no farmacológicas descritas, la adherencia a la terapia medicamentosa es crucial para el mantenimiento de la estabilidad de la insuficiencia cardíaca (14, 37).

Dentro de los fármacos más utilizados en el manejo de la insuficiencia cardíaca crónica, la literatura describe a los diuréticos que a corto plazo siguen siendo el tratamiento más eficaz para el alivio de los síntomas desencadenados por la sobrecarga de volumen (12,20). Los betabloqueantes, han demostrado mejoría de los síntomas, la mortalidad y las tasas de ingreso hospitalario (12). Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), presentan beneficio en la reducción de la mortalidad y las hospitalizaciones cuando la función sistólica está reducida, y los antagonistas de los receptores de

la angiotensina II (ARAI), que han mostrado una disminución en las hospitalizaciones, aunque sin beneficio en la mortalidad (12, 32).

Freitas y Püschel (20), al evaluar los conocimientos de las personas sobre su enfermedad, encontraron que aunque la mayoría de ellas tienen claro que llevan mejor control de su enfermedad con el consumo de los medicamentos prescritos, reconocen que no están seguras de sus nombres, para qué sirven y cuáles son sus dosis; lo que interfiere en la adherencia y predispone a efectos adversos, por lo que es indispensable crear conciencia en ellas de la importancia del régimen farmacológico en el mantenimiento de su calidad de vida.

Es necesario generar mecanismos que permitan a las personas y sus cuidadores reconocer los medicamentos indicados desde la hospitalización, lo que facilita su manejo en casa, evitando sobredosis u olvidos (24, 27, 28). Idealmente se debe elaborar una cartilla, tabla o cartelera, donde se relacionen el nombre del medicamento, su efecto, dosis, horario de toma y efectos secundarios más frecuentes; estar dispuesta en un lugar visible, con un tipo de letra que facilite la lectura, y pueda ser apoyada con alarmas, en el celular, por ejemplo, que recuerden la hora de toma del medicamento.

Otra estrategia que puede implementarse es el uso del pastillero, donde se especifique en cada compartimento el nombre del medicamento, la dosis y la hora; de igual manera se puede instruir para que en el blíster del medicamento se escriba el día de la semana y la hora de toma para llevar mejor control de las dosis administradas. Por otra parte, se les debe indicar cuáles medicamentos de uso libre no son "favorables" para el mantenimiento de la enfermedad, como los antiinflamatorios no esteroideos (28).

Las personas no deben aprender a identificar los fármacos por su color o forma, ya que al cambiar de marca, estos pueden variar y generar confusiones y errores en la administración.

Cada vez que la persona asista a controles médicos, o que viaje, debe llevar consigo la relación de los medicamentos que consume, para tener a mano la información completa del tratamiento farmacológico.

E: Espiritualidad

La insuficiencia cardíaca, al ser una enfermedad crónica, le implica a quien la padece aprender a vivir con ella y realizar algunos ajustes a sus rutinas diarias para que la enfermedad no afecte en gran medida su calidad de vida, por esto es muy importante el apoyo de la familia o de las personas que hacen las veces de cuidadores, para que sean refuerzos positivos de las conductas de autocuidado (11,19).

La presencia de depresión en las personas que padecen falla cardíaca es más alta que en la población en general, y está asociada con disminución en la adherencia al tratamiento (41).

Se deben potenciar las cualidades y habilidades de la persona con superposición de sus limitaciones, promocionando las “actividades significativas y que posibiliten el rescate del sentido de la vida a través de la resignificación de la historia de vida y actividades cotidianas” (21, p.127). Encontrar aquellas labores que puede seguir realizando con independencia y que no estén contraindicadas, como el regreso al trabajo, cocinar, coser, tejer, realizar manualidades, prácticas religiosas, etc., compartir con la pareja o con familiares; en los adultos mayores en especial los nietos presentan un significado y motivación especial.

Conseguir que la persona comprenda que los ajustes en la dieta, la adherencia en las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas, son una oportunidad de tener la enfermedad controlada y poder llevar la vida con mayor autonomía y mejor calidad. Cuanto mejor sea la sensación de bienestar y equilibrio emocional, mayor la adherencia al tratamiento (11) y, por consiguiente, el control de la enfermedad.

No olvidar que, de igual manera, las dinámicas de los cuidadores se pueden ver afectadas en cuanto a la limitación de tiempo y del cambio en su rutina diaria, al tener que adaptar su vida a las labores propias del cuidado de una persona con enfermedad crónica.

De Sousa (11) encontró que cuanto menor es la edad de la persona con insuficiencia cardíaca, la percepción de su calidad de vida es más negativa respecto a los de mayor edad, debido sobre todo a la limitación en la realización de actividades por la disnea, y los cambios en la dieta.

“Los pacientes con insuficiencia cardíaca generalmente no entienden la causa y el pronóstico de su enfermedad, y rara vez discuten la calidad y el final de la vida con los profesionales involucrados en su cuidado” (54, p. 251). Por lo que es importante que comprendan el pronóstico de su enfermedad de acuerdo con la etapa en la que se encuentran, realizando el acompañamiento al duelo anticipado (21), en caso de ser necesario.

3. DISCUSIÓN

Como consenso, en diferentes referencias evaluadas se evidencia la necesidad del manejo pre y pos alta de las personas con insuficiencia cardíaca, a cargo de un equipo multidisciplinario; pero la realidad es que el acceso a las instituciones que cuentan con ellos no es suficiente para beneficiar a las personas portadoras de esta enfermedad y en muchas ocasiones su manejo se limita a seguir las recomendaciones que le entreguen por escrito a través de fórmulas y órdenes de control, y no al seguimiento en programas estructurados.

Esta falencia confirma una vez más la necesidad de generar planes de egreso hospitalario que logren mitigar el problema; y aunque la propuesta del presente estudio está basada únicamente en atención enfermera en personas con insuficiencia cardíaca, puede ser una iniciativa para que en el departamento de Boyacá se trabaje en la creación de programas donde los diferentes profesionales sanitarios

involucrados en la atención de la persona estén comprometidos y se logre el objetivo común que, como siempre, será mejorar la calidad de vida de las personas sujetos de cuidado, y no solo con esta patología, sino lograr abarcar en general a las personas que padecen las diferentes enfermedades crónicas que aquejan a la población.

4. CONCLUSIONES

Las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales se encuentra la insuficiencia cardíaca, deben ser materia de constante investigación y estudio, dada la alta incidencia y, sobre todo, las graves implicaciones en la vida y entorno de las personas que la padecen.

La adopción de planes de egreso representa una alternativa costo efectiva, ya que mediante la implementación de programas educativos se pueden disminuir las complicaciones en las personas con enfermedad crónica, las consultas por urgencias y reducir los reingresos hospitalarios.

La propuesta de plan de egreso mediante la nemotecnia CUIDARME abarca los temas básicos que debería contener todo plan para garantizar los mínimos que, tanto en educación teórica como práctica, deben ser impartidos a la persona con enfermedad crónica que es dada de alta hospitalaria; además es aplicable y extensible a otro tipo de enfermedades o situaciones de salud.

La implementación de planes de egreso es de gran importancia para el ejercicio profesional de enfermería, tanto en el ámbito clínico, donde deben ser iniciados, como en el ámbito ambulatorio, donde se debe dar seguimiento y retroalimentación, con el fin de empoderar a la persona y su cuidador en el manejo de su enfermedad, para favorecer la adherencia en el tratamiento y el control de la enfermedad crónica.

Aunque el presente estudio tuvo como centro a la persona que ya padece la insuficiencia cardíaca, se debe tener siempre en mente que los mayores esfuerzos inician en la prevención de la enfermedad

mediante la adopción de hábitos de vida saludable desde la infancia, pues solo así se logrará disminuir la incidencia de la enfermedad crónica.

5. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva: Enfermedades no transmisibles. [Internet] 2018. [Acceso 04, febrero, 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [Acceso 04, febrero, 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2017. p.106.
4. Secretaría de Protección Social. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud, Tunja, Boyacá 2018. Colombia; 2018.
5. Navarrete Hurtado S. Clasificación y diagnóstico de la insuficiencia cardíaca. En: Sociedad Colombiana de Cardiología –SCC–, organizadores. Insuficiencia cardíaca. [Internet]. Colombia, 2010. [Acceso 06, junio, 2019]. Disponible en: <http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/capitulo8.pdf>
6. Blue L, McMurray J. How much responsibility should heart failure nurses take? *Eur. J. Heart Failure*. 2005; 7:351-61.
7. Azzolin K. D. O., Lemos D. M., Lucena A. D. F. & Rabelo-Silva E. R. Home-based nursing interventions improve knowledge of disease and management in patients with heart failure. *Revista Latino-Americana de enfermagem*. 2015; 23(1): 44-50.
8. Ribeiro da Silva Saccomann I. C., Cintra F. A., Bueno Jayme Gallani, M. C. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014; 48 (1): 18-24.
9. Viana Castaño, J. C., Arredondo Hernández, A. Cedré Cabrera, A. Efectividad de la intervención terapéutica ambulatoria en adultos con insuficiencia cardíaca crónica. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41(2):253-267.

10. Lambrinou E, Kalogirou F, Lamnisis D, Sourtzi P. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing readmissions: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* [Internet] 2012;49(5):610-624. [Acceso 08, febrero, 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.002>
11. De Sousa M. M., Dos Santos Oliveira J., Soares M. J. G. O., Da Silva Bezerra, S. M. M. Dos Santos Oliveira, S. H. Efeitos físicos e psicossociais da insuficiência cardíaca na percepção da qualidade de vida. *Cogitare Enfermagem.* 2017; 22(2).
12. Jaramillo C., Gómez E., Hernández E., Saldarriaga C., Flórez N., Buitrago R. et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia cardíaca crónica. Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá; 2014.
13. Ormaechea G. Álvarez P. Programando el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca. Conceptos generales y aportes de una unidad nacional. *Revista Uruguaya de Cardiología.* 2018; 33(1): 205-244.
14. Jaramillo C., Gómez E., Hernández E., Saldarriaga C., Flórez N., Buitrago R. et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia cardíaca aguda. Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá; 2014.
15. Health Quality Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. Quality-based procedures: clinical handbook for heart failure (acute and postacute). Toronto: Health Quality Ontario. 2015.
16. Lessa QCSS, Frossard JM, Queluci GC. Educação de pacientes com insuficiência cardíaca pelo enfermeiro: uma revisão integrativa. *Rev pesqui cuid fundam.* [Internet] 2010; 2(3): 591-595. [Acceso 04, febrero, 2019]. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/986/pdf_224.
17. De Araújo A. A., Da Nóbrega M. M. L. & García T. R Telma. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2013; 47(2): 385-392.
18. Sousa M. M. D., Oliveira J. D. S., Soares M. J. G. O., Bezerra, S. M. M. D. S., Araújo A. A. D. & Oliveira, S. H. D. S. Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* [Internet] 2017; 38(2): e65885. [Acceso 22, febrero, 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.65885>.

19. Achury Saldaña D.M., Restrepo Sánchez A., Torres Castro N.M., Buitrago Mora A.L., Neira Beltrán N.X., Devia Flórez P. Competencia de los cuidadores familiares para cuidar a los pacientes con falla cardíaca. *Revista CUIDARTE [Internet]*. 2017; 8(3): 1721-1732. [Acceso 28, enero, 2019]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359552589002>
20. Freitas M. T. S. D. & Püschel, V. D. A. A. Insuficiência cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013; 47(4): 919-926.
21. Queiroz M. E. G. & Foz M. L. F. N. N. Atenção integrada a pessoa com insuficiência cardíaca na perspectiva terapêutico-ocupacional e psicológica: um relato de experiência. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 2018; 6(1): 123-129.
22. Llorens Soriano P., Manito Lorite N., Manzano Espinosa L., Sánchez M., Javier F., Comín Colet J., ... & Herrero, P. Consenso para la mejora de la atención integral a los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda. *Emergencias*. 2015; 27(4): 245-266.
23. Burguez, S. Insuficiencia cardíaca aguda. *Revista Uruguaya de Cardiología*. 2017; 32(3): 370-389.
24. Da Costa Galvão P. C., Gomes E. T., Figueirêdo T. R. & Da Silva Bezerra S. M. M. Diagnósticos de enfermagem aplicados a pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. *Cogitare Enfermagem*. 2016; 21(2).
25. Eymin G. et al. Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. *Revista Médica de Chile*. 2014; 142(2): 229-237.
26. Medeiros J., Medeiros C.A. Avaliação do autocuidado nos portadores de insuficiência cardíaca. *Cogitare Enfermagem*. [Internet] 2017; 22(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.51082>
27. Goncalves F. G. & Albuquerque D. C. D. Educação em saúde de pacientes portadores de insuficiência cardíaca. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22(3): 422-428.
28. González, M. & Pedrero, V. Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista chilena de cardiología*. 2013; 32(2): 134-140.
29. Pinzón de Salazar, L. El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2005; 10: 22-27
30. Diario Oficial N.º 45.693 de 6 de octubre de 2004. Ley 911 de octubre 5 de 2004.

31. Saldarriaga C.I., Gómez E.A., Hurtado S., González G., Gómez J.E. Actualización 2017 - Versión de bolsillo. Consenso Colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Bogotá; 2017.
32. Ruiz-Romero V., Lorusso N., Expósito García S., Páez-Pinto J. M., Palmero-Palmero C., Caballero-Delgado G. et al. Hospitalizaciones evitables por insuficiencia cardíaca. Variables relacionadas. Revista Española de Salud Pública. 2016; 90: 1-11.
33. Aliti G.B., Linhares J.C.C., Linch G.F.C., Ruschel K.B., Rabelo E.R. Signs and symptoms in patients with decompensated heart failure: inference of priority nursing diagnoses. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet] 2011; 32(3). [Acceso 22, enero, 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300022>.
34. Pereira J. D. M. V., Flores P. V. P., Figueiredo L. D. S., Arruda C. S., Cassiano K. M., Vieira G. C. A., ... & Cavalcanti A. C. D. Nursing Diagnoses of hospitalized patients with heart failure: a longitudinal study. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2016; 50(6): 929-936.
35. Piano M., Prasun M., Stamos T. et al. Flexible diuretic titration in chronic heart failure: ¿where is the evidence? J Cardiac Fail. 2011; 17: 944-954.
36. González, G. et al. Cuidado paliativo en falla cardíaca. Revista Colombiana de Cardiología. 2017; 24(3): 286-296.
37. Rojas Sánchez L.Z., Echeverría Correa L.E. & Camargo Figuera F.A. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardíaca. Enfermería Global. 2014; 13(36): 1-19.
38. Lucas TC, Stuchi RAG, Souza, Arreguy-Sena C. Insuficiência cardíaca e crenças dificultadoras na adesão ao tratamento. 2017;7:e1871.
39. Hunt H.A., Baker D.W., Chin M.H. et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). J Am Coll Cardiol 2001; 38: 2101-20113.
40. Hua C.Y., Huang Y., Su Y.H., Bu J.Y., Tao H.M. El modelo de atención colaborativa mejora la capacidad de autocuidado, la calidad de vida y la función cardíaca de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. Revista Brasileña de Investigación Médica y Biológica. 2017;5 0(11), e6355. Epub.

41. Bichara V.M., Santillán J., De Rosa R. & Estofan L. Depresión en insuficiencia cardíaca crónica: causa o consecuencia. *Insuficiencia cardíaca*. 2016; 11(4): 173-200.
42. Cómo controlar la ingesta de líquidos en la diálisis. [Internet]. [Acceso 15, febrero, 2019]. Disponible en: <https://www.freseniuskidneycare.com/es/eating-well/fluid-management-on-dialysis>
43. Food Facts from the U.S. Food and Drug Administration. Hechos sobre alimentos: El sodio en su dieta. 2018. [Internet]. [Acceso 18, febrero, 2019]. Disponible en: <https://www.fda.gov/downloads/Food/FoodbornellnessContaminants/UCM317101.pdf>
44. Keteyian S.J. Exercise training in congestive heart failure: risks and benefits. *Prog Cardiovasc Dis*. 2011; 53: 419-428.
45. Jones L.W., McAlister F.A., Clark A.M. A meta-analysis of the effect of exercise training on left ventricular remodeling in heart failure patients: the benefit depends on the type of training performed. *J Am Coll Cardiol*. 2007; 49: 2329-2336.
46. Chen Y.M., Li Z.B., Zhu M., Cao Y.M. Effects of exercise training on left ventricular remodelling in heart failure patients: an updated meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Clin Pract*. 2012; 66: 782-791.
47. Márquez J., Suárez G. & Márquez, J. Beneficios del ejercicio en la insuficiencia cardíaca. *Revista Chilena de Cardiología*. 2013; 32(1): 58-65.
48. Silva F.J.S., Santos-Silva P.R., Greve J.M.D. Uma visão global do treinamento físico aeróbico para pacientes com insuficiência cardíaca: estudo de revisão. *Acta Fisiátr*. 2016; 23(1): 30-34.
49. Blumenthal J.A., Babyak M.A., O'Connor C., Keteyian S., Landzberg J., Howlett J. et al. Effects of exercise training on depressive symptoms in patients with chronic heart failure: the HF-ACTION randomized trial. *JAMA*. 2012; 465-474.
50. Maroto J. M. et al. Rehabilitación cardíaca. *Sociedad Española de Cardiología*; 2009.
51. Alemán, J.A., De Baranda Andujar, P.S., Ortín, E. J. O. Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular. *Seh-Lelha*, 2014.
52. Pereira F.A.C.. O Autocuidado na insuficiência cardíaca: tradução, adaptação e validação da european heart failure self-care behaviour scale para o contexto português [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto em Ciências de Enfermagem; 2013.

53. Carvalho T. D., Lima D. P. & Santos, A. R. S. D. Dança, insuficiência cardíaca e função erétil: perspectiva de melhor manejo clínico? *Int. j. cardiovasc. sci.* (Impr.) 2017; 30(6): f-542.
54. Jorge A. J. L., Rosa M. L. G., Da Silva Correia D. M., De Andrade Martins W., Ceron D. M. M., Coelho L. C. F. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com e sem insuficiência cardíaca na atenção primária. *Arq Bras Cardiol.* 2017; 109(3): 248-252. DOI: 10.5935/abc.20170123