



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**ESTILO DE VIDA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
CARDÍACA. CUIDADOS ENFERMEROS.**

Revisión bibliográfica narrativa.

Presentado por: Larisa Elena Cimpeanu

Tutelado por: Francisco José Navas Cámara

Soria, 26 de mayo del 2021

RESUMEN

Introducción. Actualmente, la insuficiencia cardíaca es una auténtica y emergente epidemia cardiovascular. Con los años, la enfermedad ha mejorado y evolucionado gracias a los avances en el diagnóstico y el tratamiento, pero por su alta incidencia y prevalencia, el pronóstico es desfavorable. El estilo de vida es un factor determinante en la salud, aunque muy subestimado. Su enfoque en la prevención y en el tratamiento culmina con buenos resultados de salud.

Objetivos. Analizar, mediante una revisión bibliográfica narrativa, el estilo de vida que llevan los pacientes diagnosticados con insuficiencia cardíaca, haciendo hincapié en la importancia del autocuidado, el impacto de la dieta y la influencia del ejercicio físico en la vida diaria de la persona.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa de publicaciones científicas en diferentes bases de datos como Dialnet, CuidenPlus y Medline, empleando unos criterios de inclusión y exclusión. Se seleccionaron 36 artículos para la revisión.

Resultados y Discusión. Una modificación en el estilo de vida del paciente como parte del tratamiento y prevención ha demostrado tener unos buenos resultados de salud. La prioridad en el autocuidado determina la disminución de la morbilidad, la mortalidad y la mejora en la calidad de vida. Con respecto a las recomendaciones del autocuidado más comunes, la restricción de sal y de líquidos son propuestas cuestionables, por eso un cambio en la dieta, en su totalidad, se ha visto más beneficiosa que enfocarse en los aspectos más concretos. El ejercicio físico, al igual que la dieta, muestra un gran impacto y unas ventajas y resultados excelentes. No obstante, los pacientes no llevan a cabo los cambios propuestos por múltiples razones, y por eso la educación será la clave en la intervención de Enfermería.

Conclusiones. Se ha demostrado la determinante influencia que tiene el estilo de vida en la salud de los pacientes fomentando un buen pronóstico y evolución de la enfermedad. La clave para lograrlo la tiene la educación al paciente y los familiares. Existe la necesidad de seguir investigando sobre el tema por la falta de evidencia y de estudios.

Palabras clave. Insuficiencia cardíaca, estilo de vida, autocuidado, Enfermería.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. LA INSUFICIENCIA CARDÍACA Y SU EPIDEMIOLOGÍA.....	1
1.2. ETIOLOGÍA.....	2
1.3. FISIOPATOLOGÍA.....	2
1.4. TIPOS Y CLASIFICACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA.....	3
1.5. DIAGNÓSTICO.....	5
1.6. TRATAMIENTO.....	6
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. OBJETIVOS	7
3.1. GENERAL.....	7
3.2. ESPECÍFICOS.....	7
4. METODOLOGÍA	7
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	9
5.1. EL IMPACTO DE LA DIETA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA.....	10
5.1.1. Consumo de sal y líquidos.....	10
5.1.2. Patrones dietéticos saludables.....	11
5.2. LA INFLUENCIA DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA EVOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA.....	13
5.2.1. Las bondades del ejercicio.....	13
5.2.2. Consideraciones sobre la prescripción de ejercicio.....	14
5.3. LA IMPORTANCIA DE LA GESTIÓN EN EL AUTOCUIDADO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA.....	15
5.3.1. Conceptos fundamentales del autocuidado.....	15
5.3.2. El autocuidado en la práctica diaria.....	16
5.3.3. Enfermería en el proceso de la enfermedad.....	17
6. CONCLUSIONES	19
7. BIBLIOGRAFÍA	20
8. ANEXOS	I
8.1. ANEXO I. ANÁLISIS DE DOCUMENTOS EMPLEADOS EN LA DISCUSIÓN.....	I

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Clasificación de la NYHA.....	4
Tabla 2. Clasificación de la ACC/AHA.....	5
Tabla 3. Criterios clínicos de Framingham.....	5
Tabla 4. Bases de datos y estrategia de búsqueda desarrollada en el trabajo.....	8
Figura 1. Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda.....	9

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AFC. *Aptitud física cardiorrespiratoria*

AP. *Atención Primaria*

AVP. *Vasopresina*

DASH. *Dietary Approaches to Stop Hypertension*

DM. *Diabetes mellitus*

DietaMed. *Dieta Mediterránea*

ECV. *Enfermedades cardiovasculares*

FE. *Fracción de eyección*

FEVI. *Fracción de eyección del ventrículo izquierdo*

GC. *Gasto cardíaco*

HTA. *Hipertensión arterial*

IAM. *Infarto agudo de miocardio*

IC. *Insuficiencia cardíaca*

IC-FEc. *Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada*

IC-FEm. *Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección en rango medio*

IC-FEr. *Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida*

IECA. *Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina*

IMC. *Índice de Masa Corporal*

RC. *Rehabilitación cardíaca*

PNC. *Péptido natriurético cerebral*

SNS. *Sistema nervioso simpático*

SRAA. *Sistema renina-angiotensina-aldosterona*

VD. *Ventrículo derecho*

VI. *Ventrículo izquierdo*

VO₂máx. *Consumo máximo de oxígeno*

1. INTRODUCCIÓN

1.1. LA INSUFICIENCIA CARDÍACA Y SU EPIDEMIOLOGÍA

La insuficiencia cardíaca (IC) es la consecuencia de una disfunción estructural o funcional que genera en el corazón la incapacidad para bombear la cantidad idónea de sangre y cubrir las necesidades metabólicas del cuerpo (1). La alteración cardíaca se produce por un progresivo remodelado del músculo cardíaco, el miocardio. Esta es la razón por la que se ocasiona una dilatación y/o hipertrofia ventricular, una congestión venosa y un inadecuado aporte de oxígeno. Este deterioro del miocardio es muy común presenciarlo en patologías como las valvulopatías, la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial (HTA), entre otras (1,2). Es un síndrome clínico complejo caracterizado por la disnea y la fatiga, manifestaciones cardinales de la IC. Otros signos y síntomas característicos son la presión venosa yugular elevada, los crepitantes pulmonares, la inflamación de tobillos, tos seca, una rápida ganancia de peso, etc. (3).

Con el transcurso de los años, el diagnóstico y el tratamiento de la IC ha mejorado y evolucionado gracias a los grandes avances en el campo de la medicina, sin embargo, la patología sigue teniendo un pronóstico desfavorable, a corto-medio plazo, y con una calidad de vida reducida. Su evolución dependerá de la edad, del grado de severidad y de la presencia de los factores pronósticos. Se ha llegado hasta tal punto, que se compara la prognosis de la IC con algunas neoplasias, siendo la mortalidad de esta enfermedad superior al cáncer de mama y de ovarios (1,4,5)

La IC, en el siglo XXI, es considerada una auténtica y emergente epidemia cardiovascular de escala mundial. Su valoración epidemiológica estima que 64,3 millones de personas viven con IC en el mundo. Existe una preocupante falta de datos en países ajenos a Europa y Estados Unidos, aunque se calcula que estos soportan un 80 % de la carga de enfermedades cardiovasculares (ECV). Según la literatura revisada, la prevalencia en Asia es muy similar a la de Occidente, entre el 1 y el 1,3 %. En Australia se encuentra entre el 1 y el 2 % de la población, aunque si se toma en consideración la población indígena supone un 5,3 %. En América Latina y en África del norte y subsahariana, hay muy poca estimación de datos para poder dar una imagen global (4). En los países desarrollados, se ha observado un incremento de la prevalencia y de la incidencia debido a un envejecimiento progresivo de la población y a una mayor supervivencia a las ECV. Aproximadamente, entre el 1 y el 2 % de la población desde 55 a 64 años presenta IC, porcentaje que aumenta a más de un 10 % en mayores de 70 años, alcanzando el 17 % en adultos de más de 85 años (5,6).

Por otra parte, la IC conlleva un problema socio-sanitario de primer orden, generado por una elevada mortalidad a corto-medio plazo (un 50 % de los pacientes mueren a los 5 años) y un aumento del coste de atención sanitaria (entre el 1,1 % y 1,9 % del gasto sanitario total) debido a una mayor frecuentación hospitalaria (más del 28 % de los ingresos son de pacientes con IC) con una estancia prolongada, aproximadamente, de 8,4 días. Por ello, es importante definir estrategias destinadas a mejorar el pronóstico y disminuir el consumo de recursos y costes sanitarios. Si con el transcurso de los años no se aprecia una mejoría en la evolución de la IC, tanto la incidencia como el coste global aumentarán excesivamente (5,6).

1.2. ETIOLOGÍA

La etiología de la IC es muy heterogénea. En la gran mayoría de los casos coexisten múltiples causas que dan origen a la enfermedad y la mayoría de las afecciones comórbidas no se producen de manera independiente, siempre hay ligados una serie de factores de riesgo. Muchas de las personas diagnosticadas de IC presentan multimorbilidad, situación que se ha visto aumentada con el tiempo (4).

El origen de la enfermedad se puede deber a las siguientes causas (1,7,8):

- Cardiopatía isquémica: ocasionada por la obstrucción de las arterias coronarias que reduce o impide el flujo sanguíneo y, por tanto, el aporte de oxígeno. Es muy común en el infarto agudo de miocardio (IAM).
- Miocardiopatías: provocan la dilatación del miocardio que conlleva una pérdida de fuerza para la eyección de sangre. Motivos que causan una miocardiopatía son: la HTA no controlada, la DM, la hipertrofia del miocardio, el abuso de consumo de alcohol, la dilatación idiopática del músculo cardíaco, la miocarditis y la alteración en la función diastólica.
- Valvulopatías: se debe a un inadecuado funcionamiento de las válvulas cardíacas. Si no se cierran bien (insuficiencia valvular), refluye la sangre y produce una dilatación de la cavidad por lo que el corazón deberá incrementar su fuerza para llevar la sangre al organismo. Y si no se abren completamente (estenosis valvular), serán más estrechas, por tanto, fluye menos sangre a través de las válvulas, entonces el corazón aumentará el esfuerzo para que circule más sangre lo que provocará una sobrecarga de presión y, finalmente, un engrosamiento del miocardio.
- Arritmias: un cambio en el ritmo del corazón, más rápido o más lento, puede afectar a su capacidad de bombeo y provocar con el tiempo una IC.
- Enfermedades no cardíacas: las enfermedades pulmonares, el alcoholismo, la drogadicción, la anemia, las infecciones generalizadas, las enfermedades renales, las endocrinopatías y las anomalías genéticas.

Existen una gran variedad de factores causantes, pero se han observado fenómenos coincidentes en la mayoría de los pacientes, a saber: la HTA, la arteriopatía coronaria, la DM, la obesidad y el tabaquismo. Otros factores, como la dislipemia, el alcohol, la inflamación del miocardio, el hipertiroidismo, etc., se encuentran muy ligados a la IC. Por ello, se debe de tener en cuenta la prevención como parte del tratamiento, procurando la modificación de los factores de riesgo, mencionados anteriormente. Aquellos factores que no se pueden modificar como: la raza, el sexo y la genética, son igual de importantes, aunque la posibilidad de intervención sobre ellos es mínima (9).

1.3. FISIOPATOLOGÍA

El corazón es la bomba del cuerpo que impulsa la sangre por el sistema circulatorio. Si se padece una IC, existirán dificultades para bombearla por todo el organismo. Esto puede ocurrir por diversos motivos, ya sea porque el corazón está dañado a causa de una enfermedad o por someterlo a cargas adicionales. La insuficiencia provoca dos efectos clave: primero, si no llega la cantidad suficiente de sangre al organismo, causa fatiga; y segundo, si la sangre se

acumula esperando a entrar en el corazón, generará acumulación de líquido, principalmente, en los pulmones y en el abdomen (8).

A nivel fisiopatológico, la IC se origina por alteraciones de los miocitos, que pierden su capacidad contráctil por cambios bioquímicos, o debido a modificaciones de los mecanismos fisiológicos que garantizan el aporte de oxígeno al miocardio. Estas alteraciones cardiovasculares desembocan en disfunciones de la precarga, de la poscarga y del vaciado del ventrículo izquierdo (VI), lo que causará una reducción de la contractilidad y, finalmente, la dilatación ventricular junto a una disminución del gasto cardíaco (GC). De esta manera, se manifiestan los signos y síntomas de la IC: disnea, fatiga, tos nocturna, diaforesis, modificaciones de las presiones, edemas periféricos, oliguria. A su vez, la forma del VI sufre una remodelación ocasionada por la lesión del miocardio. Este fenómeno puede presentarse tras un IAM, una sobrecarga de presión (por la HTA o una estenosis aórtica) o de volumen (por regurgitación valvular), una miocarditis o debido a una miocardiopatía idiopática dilatada (1).

El organismo, al identificar un defecto en el funcionamiento del corazón, activa los mecanismos de compensación: aumento de la precarga, una hipertrofia ventricular y un incremento de la actividad de la activación neurohormonal (1). Este proceso se inicia cuando se detecta una disminución en la perfusión de los órganos sistémicos causado por la reducción del GC, por tanto, el sistema nervioso simpático (SNS) junto al sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) se pondrán en funcionamiento. Por consiguiente, el SNS libera noradrenalina, una catecolamina que ocasiona un aumento de la frecuencia cardíaca, además de un aumento de la resistencia vascular periférica. El SRAA controla el equilibrio de electrolitos y del volumen sanguíneo, por lo que provocará una mayor retención de líquidos que aumentará la presión arterial. Estos procesos acarrearán la posibilidad de generar un edema periférico y pulmonar, además de una congestión hepática y visceral (1,10). La estimulación de los mecanismos de compensación a corto plazo puede dar resultado, sin embargo, a largo plazo puede empeorar los efectos de la IC y causar un mayor deterioro (10).

1.4. TIPOS Y CLASIFICACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

La IC es una enfermedad que se presenta de formas diferentes. Las partes afectadas del corazón y los signos y síntomas difieren según el paciente. Por ello, es importante tener bien definida su clasificación (8).

El corazón consta de dos divisiones cada una con una determinada función, la derecha y la izquierda. Atendiendo a esta circunstancia, la IC se clasifica en IC derecha e IC izquierda. En la primera se ve afectado el ventrículo derecho (VD), la cavidad que bombea la sangre a la circulación pulmonar, debido a una lesión del músculo (tras un IAM en el VD), por un daño de las válvulas tricúspide y/o pulmonar o por una elevada presión en los pulmones. En la segunda, hay una disminución de la fuerza del VI para bombear la sangre a la circulación sistémica. Se destacan dos tipos de IC izquierda: la insuficiencia sistólica causada por una anomalía en la eyección de sangre, y la insuficiencia diastólica debido a una alteración en el llenado ventricular (8). En base a la última categorización, surge la clasificación que se fundamenta en la fracción de eyección (FE) del VI (FEVI) para describir la fuerza de la cavidad y la capacidad de vaciarse con cada latido. Comprende un amplio espectro de pacientes, desde los que presentan la FEVI normal o IC con FE conservada (IC-FEc) considerada típicamente como $\geq 50\%$, hasta aquellos

con la IC con FE reducida (IC-FEr) considerada como < 40 %. En medio de ese intervalo, se encuentran los pacientes con la IC con FEVI en rango medio (IC-FEm) entre el 40-49 % en la llamada “zona gris”. Es importante la diferenciación de los pacientes según la FEVI, dada su relación con diferentes etiologías, comorbilidades y reacción a diferentes tratamientos (6), además se ha considerado esencial saber el valor de la FEVI debido a su capacidad pronóstica (5).

Para clasificar según el curso evolutivo de la enfermedad se distingue entre la IC aguda y la IC crónica, cada una con sus matizaciones. La IC aguda es de repentina aparición con un agravamiento de los síntomas en el inicio. Puede aparecer tras un IAM o por la imposibilidad súbita del organismo de compensar la IC crónica, considerado un acontecimiento de importancia pronóstica. Este tipo de insuficiencia puede ser inicialmente grave, pero a veces de escasa duración y rápida mejoría. La IC crónica es muy frecuente entre los pacientes diagnosticados. Los síntomas se manifiestan lentamente a lo largo del tiempo y generalmente, de forma gradual (8). Es muy frecuente la presencia de reagudizaciones sintomáticas periódicas, dando lugar la IC crónica reagudizada, que exige una intervención rápida y esencial (5). Aunque los signos y síntomas desaparezcan por el tratamiento, la disfunción cardíaca subyacente puede persistir y seguirá el riesgo de descompensación recurrente (6).

Se ha establecido una terminología relativa a la gravedad de los síntomas de la IC. Así, la *New York Heart Association* (NYHA) estratifica en función de la limitación para la actividad física y de la gravedad de los síntomas (**Tabla 1**) (5,6).

Tabla 1. Clasificación de la NYHA. Fuente: Modificado de Chávez y Antonio (6).

CLASE	SÍNTOMAS
Clase I	Sin limitación de la actividad física. La actividad física ordinaria no causa disnea, fatiga o palpitaciones.
Clase II	Leve limitación de la actividad física. Cómodo en reposo, pero la actividad física normal resulta en excesiva disnea, fatiga o palpitaciones.
Clase III	Marcada limitación para la actividad física. Cómodo en reposo, si bien una actividad física menor que lo normal resulta en excesiva disnea, fatiga o palpitaciones.
Clase IV	Incapacidad para mantener la actividad física sin molestias. Puede haber síntomas en reposo. Si se realiza alguna actividad física, aumenta la sensación de malestar.

Por su parte, la *American College of Cardiology/American Heart Association* (ACC/AHA), dependiendo de los cambios estructurales del miocardio y de la presencia de signos y síntomas, reconoce distintos estadios de la IC según se muestra en la **Tabla 2** (5,6).

Tabla 2. Clasificación de la ACC/AHA. Fuente: Modificado de C. SEC-Excelente (5).

ESTADIO	DESCRIPCIÓN
Estadio A	Alto riesgo de desarrollar IC, pero sin existir alteración estructural cardíaca ni síntomas de IC. Nunca han mostrado datos clínicos de la enfermedad.
Estadio B	Enfermedad estructural cardíaca, pero sin signos o síntomas de la IC.
Estadio C	Enfermedad estructural cardíaca con síntomas actuales o previos de IC.
Estadio D	Enfermedad estructural cardíaca avanzada y síntomas acusados de IC, con tratamiento médico evolucionado que requiere intervenciones especiales.

1.5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la IC puede resultar difícil. En un principio, se fundamenta, en la presentación de los signos (la presión venosa yugular elevada, los edemas periféricos, los crepitantes pulmonares) y los síntomas (la disnea, la fatiga) más característicos y más comunes del síndrome (5). Sin embargo, los síntomas suelen ser imprecisos y atribuirse a la edad u otras enfermedades, o simplemente, que existan personas que son asintomáticas. Por esta razón, es esencial asignar un diagnóstico adecuado para poder iniciar un tratamiento eficaz y evitar graves implicaciones pronósticas (2).

La base inicial y el punto de partida para realizar un adecuado diagnóstico se basa en una anamnesis exhaustiva y detallada junto con una exploración física para identificar los antecedentes personales (factores de riesgo cardiovascular como: la DM y la HTA, y antecedentes de cardiopatía isquémica), los antecedentes familiares (miocardiopatías, enfermedades valvulares, muerte súbita cardíaca), la causa de los signos y el grado de gravedad de la enfermedad (7), además de los síntomas que relate el paciente. En la **Tabla 3** se muestran los criterios clínicos de Framingham, los más aceptados y empleados para el diagnóstico de la IC. Para el diagnóstico se requieren al menos 2 criterios mayores ó 1 criterio mayor y 2 criterios menores (2).

Tabla 3. Criterios clínicos de Framingham. Fuente: Modificado de Lee y Auld (2).

CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
Disnea paroxística nocturna	Disnea de esfuerzo
Estertores crepitantes	Edemas miembros inferiores
Edema agudo de pulmón	Derrame pleural
Cardiomegalia (radiografía)	Hepatomegalia
Tercer ruido (Ritmo de galope)	Tos nocturna
Ingurgitación yugular	Taquicardia (>120 lat/min)
Aumento de la presión venosa central	
Reflujo hepatoyugular	
Pérdida de peso de más de 4,5 kg en respuesta al tratamiento	

Cuando se sospecha el diagnóstico de IC, para obtener la confirmación de la patología se realizan pruebas complementarias que demuestren defectos estructurales o disfunción cardíaca (5). Las pruebas iniciales que se prescriben a cualquier paciente son: el electrocardiograma para evaluar anomalías del ritmo y/o de la conducción; el ecocardiograma que informa sobre el grado de dilatación del VI y el deterioro de su función contráctil; las pruebas de laboratorio para evaluar el impacto fisiológico de la IC y descartar otras causas de los síntomas, cuyo análisis se centra en el cuadro hemático completo, los electrolitos, las enzimas cardíacas (la troponina, el dímero D, la creatinquinasa MB), la gasometría arterial, las pruebas de la función tiroidea y los niveles del péptido natriurético cerebral (PNC) (1,2). Otras pruebas para afianzar el diagnóstico son: la radiografía de tórax, la resonancia magnética cardíaca, la tomografía computarizada coronaria, el estudio hemodinámico cardíaco, la ergometría y el estudio genético (5,9). Las pruebas complementarias aportan datos que agregan veracidad a los hallazgos de la anamnesis y el examen físico.

1.6. TRATAMIENTO

El tratamiento de la IC se basa tanto en la etiología como en el diagnóstico de la enfermedad, mencionado con anterioridad. Gracias a los adelantos en medicina, se ha observado un gran cambio con los nuevos métodos de tratamiento, con ello, tanto las hospitalizaciones como la mortalidad han disminuido ampliamente en los últimos años. El propósito fundamental se resume en reducir los síntomas, prevenir las hospitalizaciones y frenar la progresión clínica de la enfermedad, mejorando así la calidad de vida y la supervivencia (5,11).

El tratamiento farmacológico, consiste en hacer uso de bloqueadores beta-adrenérgicos e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) con la finalidad de reducir la demanda de oxígeno, mejorar la función ventricular, reducir la poscarga, retrasar el modelado ventricular y atenuar la retención de sodio y agua. Otros fármacos de frecuente utilización son: los antagonistas de los receptores de la aldosterona, los diuréticos y los vasodilatadores (2,11). La elección va a estar definida e individualizada según la situación del paciente.

Un pilar básico para abordar la IC lo constituyen las medidas terapéuticas no farmacológicas, con las que se persigue controlar aún más la sobrecarga de volumen y mejorar los síntomas junto con la capacidad funcional y la calidad de vida. Se hace hincapié en el cambio de estilo de vida y en el autocuidado del paciente, aspectos que se desarrollarán posteriormente.

Además, se dispone de otros métodos para tratar la patología, cuyo uso es cada día más frecuente resultando de gran beneficio para la persona. Se destacan: la rehabilitación cardíaca (RC) para la mejora de la condición física; la terapia de resincronización cardíaca basada en el implante de un marcapasos tricameral, con o sin cardiodesfibrilador, con el fin de resincronizar los ventrículos por medio de una estimulación prolongada; los dispositivos de asistencia circulatoria a fin de suplir la función de uno o ambos ventrículos en momentos específicos y necesarios; y por último, el tratamiento quirúrgico con intervenciones como: la cirugía valvular, el implante de marcapasos y desfibriladores automáticos, la reconstrucción del VI, la revascularización miocárdica y el trasplante cardíaco (1).

2. JUSTIFICACIÓN

El estilo de vida es un factor influyente y determinante en la salud de una persona. Sin embargo, para la población, es el más irrelevante y el más subestimado a la hora de tratar una enfermedad. En la IC, modificar el estilo de vida y enfocarse en el autocuidado, garantiza un buen control y pronóstico de la patología. Por el contrario, la gran mayoría de los pacientes no lo llevan a cabo, y los casos de empeoramiento se incrementan.

Desde Enfermería, es esencial prestar un cuidado continuo y holístico. Por esta razón, la intervención e implicación del equipo para poder orientar al paciente en su vida diaria, logrará conseguir una gran mejoría de la enfermedad.

Se considera esencial realizar un estudio acerca del estilo de vida de los pacientes con IC y de su manejo en el día a día para comprobar su eficacia en la salud de la persona. Asimismo, animar al paciente a llevarlo a cabo en la práctica diaria e incentivar el afán de investigación sobre el estilo de vida en la salud.

3. OBJETIVOS

Para el desarrollo de este trabajo se han planteado los siguientes objetivos:

3.1. GENERAL

El objetivo general de la investigación consiste en analizar, mediante una revisión bibliográfica narrativa, el estilo de vida que llevan los pacientes diagnosticados con IC.

3.2. ESPECÍFICOS

- Identificar el impacto que supone la dieta en la vida del paciente con IC.
- Determinar la influencia que tiene el ejercicio físico sobre la evolución de la IC.
- Desarrollar la importancia de la gestión en el autocuidado de la IC.

4. METODOLOGÍA

Para poder desarrollar el presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa de publicaciones científicas, todas ellas relacionadas con el tema principal del estudio, el estilo de vida de las personas con IC.

El inicio de la revisión da comienzo con la búsqueda bibliográfica, efectuada entre diciembre del 2020 y febrero del 2021. Las palabras clave planteadas se basaron en los objetivos del estudio. Para poder realizar una búsqueda exhaustiva y precisa se utilizaron los DeCs (Descriptores de Ciencia de la Salud) y los MeSH (*Medical Subject Heading*), enumerados respectivamente: Insuficiencia cardíaca/*Heart failure*, Estilo de vida/*Lifestyle*, Autocuidado/*Self-care*, Dieta/*Diet*, Ejercicio/*Exercise* y Enfermería/*Nursing*. A continuación, la estrategia de búsqueda se llevó a cabo en diferentes bases de datos, como Dialnet, CuidenPlus y MEDLINE (PubMed). En cada una de ellas, se utilizaron los tesauros, mencionados anteriormente, compaginándolos con los operadores booleanos “AND” y/o “OR”, según se precisase. La fecha de la publicación de los

artículos comprende los últimos 5 años, entre el 2015 y el 2020, excepto en dos estrategias de búsqueda en las que se limitó el tiempo a los dos últimos años, entre el 2018 y el 2020, como método exclusivo para acotar el número de artículos.

Para afinar la búsqueda de publicaciones científicas, se determinaron los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Artículos que traten la IC.
- Independencia del idioma.
- Investigaciones con fecha de publicación entre el año 2015 y el 2020.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Artículos repetidos en otras bases de datos.
- Estudios que no abarcan el tema en cuestión.

El proceso de la estrategia de búsqueda que se ha relatado con anterioridad se ve reflejado en el **Tabla 4**.

Tabla 4. Bases de datos y estrategia de búsqueda desarrollada en el trabajo.

Fuente: Elaboración propia.

BASES DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	CRITERIOS	AO	AS
Dialnet	Insuficiencia cardíaca AND Autocuidado	2015-2020	32	2
	Insuficiencia cardíaca AND Estilo de vida		24	0
	Insuficiencia cardíaca AND (Dieta OR Ejercicio)		88	2
	Heart failure AND Self-care		40	0
	Heart failure AND Lifestyle		16	0
	Heart failure AND Exercise		77	1
	Heart failure AND Diet		23	0
	Heart failure AND (Diet OR Exercise)		96	0
CuidenPlus	Insuficiencia cardíaca AND Estilo de vida	2015-2020	6	0
	Insuficiencia cardíaca AND Autocuidado		29	2
	Insuficiencia cardíaca AND (Dieta OR Ejercicio)		12	0
MEDLINE (PubMed)	Heart failure AND Self-care AND Nursing	2015-2020	605	7
	Heart failure AND Lifestyle	2018-2020	518	4
	Heart failure AND Diet	2018-2020	701	6
	Heart failure AND Exercise AND Lifestyle	2015-2020	223	4
	Heart failure AND Lifestyle AND Self-care	2015-2020	72	2
	Heart failure AND Lifestyle AND Nursing	2015-2020	91	2

AO, Artículos obtenidos; AS, Artículos seleccionados.

En la búsqueda de ampliación de información, se indagó en páginas oficiales de cardiología como referencias para la redacción del trabajo, estas son: la Sociedad Española de Cardiología, la Fundación Española del Corazón, la Revista Española de Cardiología y Heartfailurematters.org.

Como resultado final, el total de artículos seleccionados de las distintas bases de datos junto con la estrategia de búsqueda y con los criterios correspondientes, se eligieron un total de 32 artículos definitivos incorporando 4 fuentes de información más (las páginas oficiales de cardiología mencionadas anteriormente). De los artículos totales, 25 corresponden al apartado de resultados y discusión y los 11 restantes a la introducción (**Figura 1**).

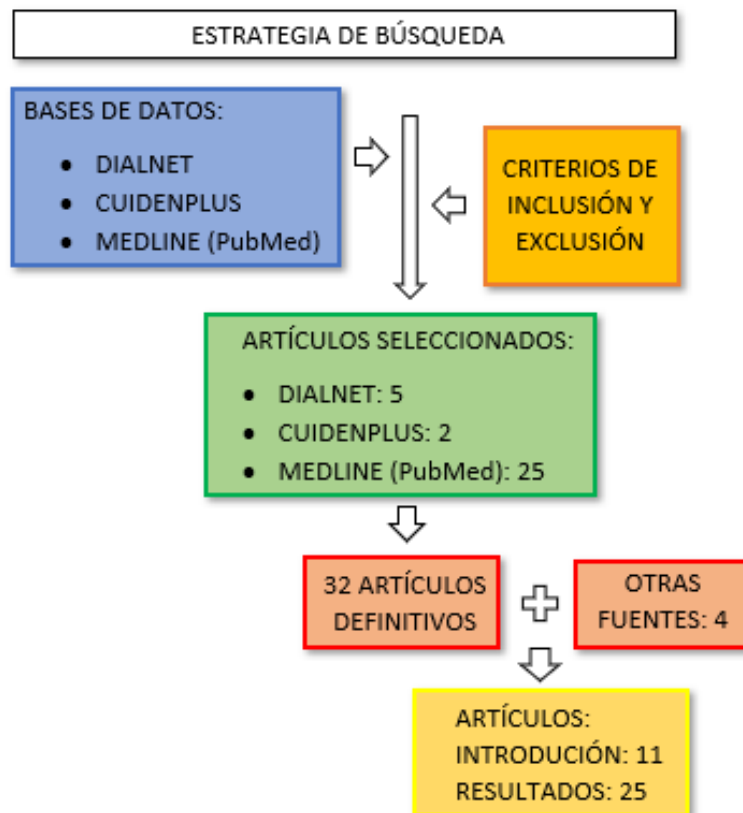


Figura 1. Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda. *Fuente: Elaboración propia.*

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras realizar una lectura exhaustiva y crítica de los 25 artículos seleccionados para el correspondiente apartado, la información obtenida se ha estructurado en diferentes bloques que engloban el tema tratado, el estilo de vida en el paciente con IC:

- El impacto de la dieta en la vida del paciente con IC.
- La influencia del ejercicio físico sobre la evolución de la IC.
- La importancia de la gestión en el autocuidado en la IC.

5.1. EL IMPACTO DE LA DIETA EN LA VIDA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Durante años, la investigación sobre la IC se ha enfocado en el tratamiento farmacológico para mejorar la evolución de la enfermedad. No obstante, existe la necesidad de explorar otras estrategias en la prevención y en el tratamiento para fortalecer la salud y la calidad de vida. La dieta es un factor de gran influencia sobre la IC, sin embargo, poco estudiado y muy subestimado, por ello, las intervenciones nutricionales son inespecíficas y poco concretas.

5.1.1. Consumo de sal y líquidos

Tradicionalmente, el manejo de la dieta se ha basado en la restricción de sal y de líquidos para mitigar las complicaciones y el desarrollo de la enfermedad. La restricción de líquidos se orienta según la situación clínica y la función renal del paciente. Se considera recomendable una ingesta entre 1,5-2 L/día en aquellos pacientes con una IC muy avanzada con síntomas graves, descompensada y en una situación de hiponatremia (12).

Actualmente, existe una gran controversia con respecto a las recomendaciones de la ingesta de sal en la dieta de los pacientes. Todas las directrices de guías sobre la IC recomiendan la reducción de ingesta de sal, una cantidad que oscila entre 1,5 y 3,0 g/día. La guía de la ACC/AHA, aconseja una restricción como algo razonable para los pacientes (13). Khan et al. (13), expusieron que una baja ingesta salina puede tener efectos beneficiosos: disminuye el volumen intravascular, mejora la hemodinámica y reduce la necesidad de diuréticos, la congestión y el estrés de la pared miocárdica, además de una tendencia a la mejora de los signos y síntomas de los pacientes.

A nivel fisiológico, en la IC la perfusión renal se encuentra disminuida y su compensación se produce con la activación del SNS y del SRAA. Esto conduce a un círculo vicioso de retención de agua y sal con sobrecarga de líquidos, y por esta razón la ingesta baja en sodio resulta tan interesante (13). Por otra parte, también se defiende que una ingesta baja en sodio conduce a consecuencias perjudiciales para la salud. Una de ellas es la hiponatremia, el desequilibrio electrolítico más frecuente y letal en la IC, que obedece a múltiples mecanismos: una disminución del flujo sanguíneo renal y la incapacidad de excretar orina diluida; la activación del SNS y SRAA, que aumenta la vasopresina (AVP) reteniendo agua y concentrando la orina; una inadecuada elevación de AVP plasmática que no se logra disminuir; y el uso de diuréticos como tratamiento. Esta complicación se asocia a un incremento de los reingresos y estancias hospitalarias prolongadas (14). No obstante, una ingesta elevada de sodio demuestra que, a mayor cantidad de consumo, mayor incidencia de IC (15), además, se relaciona con la retención de volumen de líquidos, la HTA y la morbilidad cardiovascular (13).

Pese a todo, DiNicolantonio et al. (14), han demostrado que una dieta normal en sodio (alrededor de 2,8 g/día) genera más beneficios que una dieta baja en sodio (alrededor de 1,8 g/día) como: la mejora del flujo sanguíneo renal; la inactivación del SRAA mejorando la función cardíaca; la reducción del PNC; el aumento de los niveles séricos de sodio; y el estado de hidratación corporal al mejorar la depleción del volumen extracelular originada en las dietas bajas en sodio. Además, en un ensayo realizado en el estudio de DiNicolantonio et al. (14), se mostró que las dietas bajas en sodio generan el doble de mortalidad y de hospitalizaciones por IC en comparación con una dieta normal.

En cuanto a la relación entre el sodio y la presión arterial, Khan et al. (13), demostraron la relación directa entre la ingesta de sal y la presión arterial. Así, cuando la ingesta salina es baja hay una reducción en la incidencia y la mortalidad causada por ECV (13). Sin embargo, DiNicolantonio et al. (14), observaron que no hay ningún beneficio de la restricción de sal entre las personas normotensas y con hipertensión arterial con respecto a la mortalidad por ECV, pero si se demuestra un vínculo directo entre la sal y la presión arterial.

En definitiva, no existe la suficiente evidencia para determinar la cantidad óptima de ingesta de sodio, por ello, como recomendación clave y válida, las restricciones de sodio deben de individualizarse según la gravedad de la IC, el grado de acumulación de líquido, la dosis de diurético y la situación clínica (15).

5.1.2. Patrones dietéticos saludables

La evidencia apoya que una modificación en la nutrición puede influir profundamente en diversas alteraciones metabólicas y patologías como: la obesidad, la dislipemia, la resistencia a la insulina, la HTA, la DM tipo 2, la enfermedad de las arterias coronarias, que se asocian directamente con la incidencia y gravedad de la IC, además de fomentar una mejora en la función cardíaca. Por ello, el punto de enfoque se debe poner en los patrones dietéticos saludables (16).

La mayor parte de la evidencia pone su foco en el patrón de la dieta Mediterránea (DietaMed) y la dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) debido a su repercusión en la mejora de la función cardíaca y en la disminución de la mortalidad (16).

La DietaMed es una dieta a base de plantas, alta en carbohidratos y moderada en grasas, caracterizada por una alta ingesta de frutas y verduras, de cereales integrales, de alimentos ricos en ácidos grasos insaturados (frutos secos, aceite de oliva virgen extra, pescado), con limitaciones de productos lácteos, carnes rojas, azúcar y alimentos procesados (16,17). En la revisión de Bianchi (18), un ensayo expuso que la modificación de la dieta supuso una mejora en la preservación de la función ventricular, de la función cardíaca y una disminución en la evolución y la mortalidad de la IC. En el mismo trabajo, un ensayo controlado aleatorio que se efectuó para demostrar cómo afecta la adherencia de la dieta en los pacientes, muestra una disminución de la incidencia de IC y de la mortalidad y preserva la función del VI (18). En cambio, Billingsley et al. (17), demostraron que la adherencia a la DietaMed no se asocia a una significativa reducción de la muerte. Pero, eso no significa que no reduzca la incidencia y sea beneficiosa para la enfermedad, al contrario puede llegar a disminuirla hasta un 70 % (16).

La dieta DASH, principalmente diseñada para reducir la presión arterial en pacientes hipertensos, mostró un efecto positivo en la función del VI y una reducción del 29 % en la incidencia de IC (18). Es una dieta a base de plantas, rica en carbohidratos, caracterizada por una elevada ingesta de frutas y verduras, cereales integrales, nueces y semillas, pescado, productos lácteos desgrasados, baja en grasa y que disminuye el aporte de alimentos procesados. Kerley (16), demuestra que la dieta provoca una disminución de biomarcadores (sodio urinario, PNC y estrés oxidativo), de la presión arterial, un aumento en el volumen sistólico y en la FEVI. Además, se proporcionaron más datos a favor de la dieta como: el aumento en la elasticidad de las arterias, en la capacidad de ejercicio y, en general, la mejora de la calidad de vida (16).

Una estrategia que se aborda en la dieta de los pacientes se basa en aumentar o disminuir uno o varios macronutrientes. Se ha observado que una dieta con una excesiva ingesta de carbohidratos y de grasas causa afecciones patológicas como la obesidad y la DM tipo 2. Además, una elevada ingesta de grasas puede alterar el metabolismo energético cardíaco (18,19). Por el contrario, una dieta baja en grasas conduce a la pérdida de peso y a la mejora de los biomarcadores cardíacos junto a una reducción de ECV y de su incidencia y mortalidad. Si se combina con un incremento del ejercicio físico surgen cambios en la capacidad de ejercicio y de la FEVI con una reducción del colesterol total y una menor incidencia de IAM (16). Sin embargo, algunos autores defienden que una alimentación rica en grasas no influye negativamente en la función cardíaca (18). El consumo de ácidos grasos insaturados, los mismos que se usan en la DietaMed, tiene un efecto protector contra el desarrollo de ECV, además de existir una significativa asociación con el consumo máximo de oxígeno (VO_2 máx) y con una función diastólica más eficaz (17). Si se enfatiza en limitar la ingesta de carbohidratos en la dieta, mejoraría el metabolismo de la glucosa y los lípidos en la IC, lo que ocasiona un beneficio clínico. La evidencia muestra que se puede mejorar los trastornos metabólicos que se producen antes de la IC: la obesidad, la dislipemia, la resistencia a la insulina y la inflamación sistémica (16).

A la hora de establecer el enfoque nutricional del paciente con IC se debe considerar en primer lugar el Índice de Masa Corporal (IMC) y, en segundo lugar, la cantidad de ingesta calórica y la composición de los macronutrientes de la dieta.

- Si el IMC es bajo, inferior a $18,5 \text{ kg/m}^2$, el objetivo será aumentar el peso. Se ha visto que un incremento del IMC de cinco unidades disminuyó un 10 % el riesgo de muerte. La incidencia de desnutrición en pacientes es muy alta, donde el porcentaje de desnutrición moderada y severa es del 75 % y 7,5 %, respectivamente (18). Karoff et al. (20) y Billingsley et al. (17) exponen que la caquexia y/o una pérdida de peso involuntaria genera una mayor mortalidad cardiovascular (20) y un empeoramiento de la capacidad funcional y la evolución de la enfermedad (17). Debido a la escasez de nutrientes se ocasiona una disminución en los niveles de insulina y de masa magra, por ello el enfoque nutricional se basa en un alto aporte calórico, alta ingesta de carbohidratos, de grasas y un aporte proteico normal (18).
- En pacientes con un IMC normal entre $18,5$ y $24,9 \text{ kg/m}^2$, sin alteraciones metabólicas, resulta beneficioso una dieta con restricción calórica moderada del 15 % junto a una disminución de carbohidratos (18).
- Para pacientes con un IMC superior a $24,9 \text{ kg/m}^2$, con sobrepeso u obesidad, se recomienda un déficit calórico para mejorar el metabolismo y la actividad de la insulina. Si hay sobrepeso, la adherencia a la DietaMed y un aporte hipocalórico se asocia a una disminución de la incidencia y la mortalidad. Y si hay obesidad, una dieta hipocalórica con baja ingesta de carbohidratos y grasas y normal en proteínas mejora la sensibilidad a la insulina y el resultado clínico en ECV (18). No obstante, Karoff et al. (20) realizaron una investigación sobre la llamada “paradoja de la obesidad” que exponía que cuanto más elevado es el IMC, más baja es la tasa de mortalidad. Este fenómeno sigue siendo estudiado por la polémica e incertidumbre que genera.

Billingsley et al. (17) y Salourou et al. (19) implementaron en sus estudios las intervenciones nutricionales educativas. Como resultado se observó una mejora en el conocimiento nutricional, en el cumplimiento de las recomendaciones dietéticas y la disminución de reingresos y de

mortalidad por IC. El uso de estrategias educativas sobre nutrición puede tener un amplio beneficio clínico y mejorar la calidad de vida (17), aunque siempre ofreciendo un asesoramiento individualizado para satisfacer las necesidades del paciente. A la hora de llevar a cabo la educación nutricional, Enfermería tendrá un papel fundamental en la intervención acompañada de un equipo multidisciplinar (19).

5.2. LA INFLUENCIA DEL EJERCICIO FÍSICO SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

La IC va acompañada por una mala tolerancia al ejercicio físico debido a las manifestaciones cardinales de la enfermedad, la disnea y la fatiga. Frecuentemente, estos síntomas aparecen en actividades de baja intensidad, alterando el día a día y la calidad de vida de los pacientes. Por consiguiente, las investigaciones enfocan su estudio en el fomento del estado físico para mejorar la evolución, el pronóstico y la calidad de vida de la persona.

5.2.1. Las bondades del ejercicio

La evidencia ha demostrado que un incremento del ejercicio físico está relacionado con una menor incidencia de la IC. Naylor y Vasan (21) afirman que un nivel alto de ejercicio, disminuye potencialmente el riesgo de la enfermedad (21). Además, el aumento de ejercicio se ha relacionado con un menor riesgo en el desarrollo de antecedentes de IC como la HTA, la DM y la enfermedad coronaria (22). También se ha generado el interés por comprobar el papel de la inactividad física en la IC observándose una relación directa entre el sedentarismo y la incidencia de la patología. La reducción prolongada de la actividad supone graves consecuencias en las ECV (21).

LaMonte (22) expone que la aptitud física cardiorrespiratoria (AFC) es un componente de la condición física que se ha relacionado con buenos resultados en la salud de los pacientes (22). Naylor y Vasan (21) muestran que la AFC está inversamente asociada con la mortalidad por IC. Además, los autores comentan que la AFC es un parámetro que se puede medir directamente y se relaciona estrechamente con el ejercicio físico (15,21). De este modo, se ha visto que un aumento del ejercicio da como resultado un incremento de la AFC, parámetro que disminuye poco después de la interrupción de la actividad (22), por eso se considera esencial para determinar su repercusión en la IC.

El VO_2 máx en la IC es un importante predictor de la AFC y puede condicionar la mortalidad de la enfermedad. Un VO_2 máx inferior se asocia a un incremento del 16 % de la mortalidad. Al contrario, si hay una elevada AFC, es decir, un aumento del pico de VO_2 máx, se produce un descenso de las muertes. Además, el entrenamiento físico mejora la capacidad de ejercicio de los pacientes con IC, que desencadena una elevación del VO_2 máx y como consecuencia, se reduce la mortalidad y un 59 % de los reingresos hospitalarios (20).

Se han observado adaptaciones favorables de varios sistemas orgánicos originadas por el incremento del ejercicio. Principalmente, se genera un conjunto de modificaciones que afectan favorablemente al funcionamiento cardíaco como: una remodelación cardíaca, un aumento del volumen sistólico, una mejora de la contractilidad y de la distensibilidad cardíaca. Del mismo modo, se ocasiona una restauración del equilibrio neurohormonal con reducción del tono simpático y aumento del tono parasimpático; se mejora la función endotelial y la vasculatura

periférica; se incrementa el rendimiento del músculo esquelético que favorece la contractilidad y el aumento del aporte de oxígeno al músculo; se generan efectos en la función pulmonar con el aumento de la fuerza de los músculos respiratorios y una mejor distensibilidad de la circulación pulmonar, y una mejora en la función renal debido a una disminución del sedentarismo y a una mayor AFC (21). LaMonte (22) expone que, además se producen mejoras en la regulación de la presión arterial, en el metabolismo de los lípidos, en la sensibilidad a la insulina y en el control glucémico, en la distribución del tejido adiposo, en la masa y función del músculo esquelético, en el estrés oxidativo, en la demanda y suministro de oxígeno cardíaco y en la estabilidad eléctrica del miocardio.

5.2.2. Consideraciones sobre la prescripción de ejercicio

Para la prescripción de ejercicio se ha llegado a un consenso general de las recomendaciones sobre el tipo y la cantidad de ejercicio que es necesario para lograr resultados de salud y del estado físico. Según la evidencia, el ejercicio debe prescribirse en ambos fenotipos de IC, en la IC-FEc y en la IC-FEr, ya que la actividad es igual de importante para ambos (15). Básicamente, la pauta fundamental consiste en minimizar el tiempo de sedentarismo y enfatizar la importancia de la actividad física regular, ser más activo en el día a día y en el tiempo libre (20,22). La prescripción de ejercicio toma en consideración los siguientes componentes esenciales: la intensidad, la duración, la frecuencia, la progresión y las estrategias de mantenimiento del ejercicio (15). Ahora bien, para la mejora del rendimiento físico, se recomienda un entrenamiento de resistencia aeróbico de intensidad moderada. Se parte de una intensidad baja hasta lograr una intensidad moderada en un periodo corto de duración (20), aunque, uno de los autores expone que, a mayor intensidad, menor riesgo de incidencia de la patología, en comparación con una baja intensidad (15). También se debe incluir el entrenamiento de los músculos respiratorios para mejorar la capacidad funcional. Así mismo, el entrenamiento de fuerza dinámica tiene su grado de importancia para reducir la sarcopenia (15) ya que se complementa perfectamente con el entrenamiento de resistencia aeróbico. Con todo ello, se alcanza una mejora de la fuerza muscular, de la movilidad, de la capacidad de trabajo, pero también del VO_2 máx y de la calidad de vida (20,23).

Por otro lado, también se ha observado que intervenciones mente-cuerpo han logrado efectos beneficiosos para la salud, además de para la IC. Se ha demostrado que el yoga, la meditación trascendental y el thai-chi son técnicas que han llegado a aumentar la capacidad, la tolerancia al ejercicio y el VO_2 máx, han mejorado los síntomas de la enfermedad y han disminuido los reingresos hospitalarios y los episodios de ansiedad y depresión, mejorando así la calidad de vida de los pacientes. Aunque no haya una clara evidencia por carencia de estudios, la recomendación de esta práctica no ocasiona daño alguno en la IC (15).

La RC es un conjunto de intervenciones orientadas a la prevención y necesarias para garantizar las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales al paciente con una IC o tras un evento cardiovascular. Se basan en una serie de estrategias destinadas a la prevención primaria con el reconocimiento y control de los factores de riesgo y, además, centradas en la prevención secundaria con la prescripción y realización de ejercicio físico de forma regular (23). Los programas de RC han proporcionado buenos resultados y se consideran igual de rentables que el tratamiento farmacológico; producen una disminución de ingresos hospitalarios y de la tasa de mortalidad, cambios favorables en la condición clínica y en la calidad de vida, y la

supervivencia prolongada a la enfermedad (24). El ejercicio se debe adaptar al paciente, sus necesidades y su condición de salud, por ello las condiciones inestables y de riesgo para un programa de RC son peligrosamente inadecuadas. La guía de la ACC ha establecido una pauta para la evaluación del riesgo cardíaco y unos requisitos de selección para la RC que integran la clasificación de la NYHA, de manera que se categoriza en riesgo bajo, intermedio y alto (23). Sin embargo, aunque la evidencia científica proponga que la RC tiene una repercusión positiva, además de ser útil, segura y costo-efectiva, los programas no se toman en consideración y son subutilizados por el sistema de salud del país y por el propio paciente (24).

La educación es un aspecto fundamental en la IC. Las intervenciones educativas se van a basar en la adherencia al ejercicio, cuyo factor determinante es la autoeficacia, es decir, la confianza de la propia persona para participar en la actividad que va a influir en su salud física, social y psicológica. Ha et al. (25), muestran que una baja autoeficacia se relaciona con un aumento de la incidencia de ECV, un mayor número de hospitalizaciones y de muertes por IC. Incluso, la salud mental presenta una barrera para el desarrollo de la autoeficacia ya que dificulta la adherencia al ejercicio. En definitiva, las intervenciones educativas son una oportunidad única para incrementar la autoeficacia y así, mejorar el estado físico y mental de los pacientes (25).

5.3. LA IMPORTANCIA DE LA GESTIÓN EN EL AUTOCUIDADO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

5.3.1. Conceptos fundamentales del autocuidado

El autocuidado se define como “un proceso naturalista de toma de decisiones mediante el cual los individuos toman decisiones sobre el cuidado personal de acuerdo con la situación” (26). Su práctica favorece un adecuado bienestar físico, mental y social, y mejora la sensación de control, la calidad de vida y la satisfacción del propio paciente. La IC es una de las enfermedades crónicas que causa más hospitalizaciones y altas tasas de morbilidad y mortalidad, además de verse alterada la calidad de vida relacionada con la salud (27,28). Koirala et al. (29), han demostrado que la concepción del autocuidado como tratamiento puede reducir los reingresos hospitalarios, los costes de atención sanitaria y la mortalidad, y mejorar la calidad de vida y la supervivencia. Por esta razón, las guías de práctica basadas en la evidencia otorgan importancia al desarrollo de este concepto en la práctica clínica (29) y su integración en la rutina diaria del paciente (30).

El autocuidado es un proceso complejo que abarca 3 componentes relacionados (31):

- **Mantenimiento del autocuidado para conservar la estabilidad física y emocional:**
 - Mantener un estado nutricional óptimo y un peso saludable.
 - Optimizar la tolerancia realizando regularmente ejercicio físico.
 - Optimizar el estado psicológico. Gran parte de los pacientes con IC padecen de reacciones emocionales como la ansiedad y la depresión que tienen un impacto negativo en el autocuidado (32). El síndrome de fragilidad y el deterioro cognitivo también son factores que afectan al desarrollo de la actividad (31).
 - Optimizar la adherencia a la medicación. Stut et al. (33), exponen que, por diversas razones multifactoriales, la adherencia es baja lo que provoca altas tasas de hospitalización por graves casos de descompensación. El estado

psicológico y un déficit en los conocimientos son factores influyentes en la adherencia (33).

- Optimizar el sueño. Habitualmente, presentan un sueño insatisfactorio e insuficiente por trastornos respiratorios como la disnea nocturna paroxística o por la apnea obstructiva del sueño, y/o por problemas psicológicos.
- Inmunización y prevención de infecciones. Se recomienda seguir con la pauta de vacunación anual y según corresponda.
- Abstención de hábitos tóxicos: tabaco y drogas.
- Monitorización del autocuidado para detectar cambios en los signos y síntomas:
 - Seguimiento de síntomas y autocontrol. Es importante para prevenir reingresos por empeoramiento y para disminuir la mortalidad. Para que su práctica sea segura y eficaz, en el momento del diagnóstico se acuerda un plan de gestión individualizado con el paciente.
 - Monitorear efectos secundarios, efectos adversos y complicaciones. Jaarsma et al. (31), indican que los efectos adversos y secundarios en la IC están documentados hasta un 22 % de los casos. Informar al profesional sanitario y la educación son clave para evitar complicaciones.
- Manejo del autocuidado, una respuesta de gestión en la aparición de signos y síntomas. Las intervenciones como el ajuste de la medicación, por ejemplo, de los diuréticos, y el nivel de actividad física y la ingesta de líquidos y sal se deben tener en consideración para disminuir los signos y/o síntomas de congestión y reducir la hospitalización.

El autocuidado se puede ver influenciado por diversas características sociodemográficas y clínicas relacionadas con el propio paciente, la enfermedad y el entorno social (29). Los factores que tienen un grado de repercusión se clasifican en: los factores internos que son más personales (la habilidad cognitiva y alfabetización de la salud, el cambio de comportamiento y la adquisición de un nuevo estilo de vida, y la autoeficacia), y los factores externos (el desarrollo del conocimiento y habilidades, factores socioeconómicos, factores relacionados con la terapia como las comorbilidades base del paciente, y factores de la atención médica y del sistema de salud). Conocerlos ayuda a aumentar la comprensión de la enfermedad, a fomentar el cumplimiento de la medicación y potenciar los resultados de salud y la calidad de vida del paciente (34).

5.3.2. El autocuidado en la práctica diaria

El nivel de autocuidado en la población con IC no cumple con las expectativas deseadas. Mlynarska et al. (35), exponen que solo un 27,9 % de los pacientes con IC mantienen un nivel satisfactorio de autocuidado que, en resumen, es un porcentaje más bajo de lo esperado. Del mismo modo, en la investigación de Conceição et al. (27), afirman que la proporción de autocuidado adecuado es baja. En la mayoría de investigaciones (27,30,33,35), coinciden en que las recomendaciones que más se han puesto en práctica han sido la adherencia a la medicación, la restricción de sal en la dieta y el control de peso diario. Además, Stut et al. (33), añade a esta lista el control de la presión arterial. El comportamiento menos realizado por la mayoría de los pacientes es la práctica de ejercicio físico (27,30,33,35). En cuanto a las características que más se observan acerca de los pacientes, Izquierdo et al. (30) muestran que las mujeres son las que peores resultados obtienen acerca de su autocuidado debido a que priorizan los cuidados de otros frente al propio (30). Además, en el mismo estudio, se ha observado que, a mayor edad,

mejor autocuidado. Otros autores coinciden con esta afirmación. Esto se puede deber al aumento de preocupación por la salud que se adquiere con los años (30,35). Las personas con algún nivel de dependencia, mantienen y gestionan mejor los comportamientos que los más independientes, aunque la diferencia que se observa no es significativa (35). Se demuestra que los pacientes que cumplieron con las medidas terapéuticas lograron una reducción estadísticamente significativa en los reingresos por exacerbación de la IC, y si hubo algún reingreso, el tiempo de estancia hospitalaria fue menor (27).

En definitiva, la evidencia actual expone que el autocuidado en pacientes con IC es inadecuado (32). Gran parte de ellos presentan dificultades para desempeñar las actividades que recomiendan las guías de práctica (31). Los malentendidos, los conceptos erróneos y la falta de motivación y de conocimiento son factores que contribuyen a que el autocuidado sea insuficiente (30). Por lo general, son pacientes activos en el autocuidado, pero necesitan ayuda para poder llevarlo adelante, por eso el apoyo sanitario y el soporte social de los familiares y/o cuidadores mejora los resultados: mayor adherencia, fomento del reconocimiento de síntomas y en la toma de decisiones. El incumplimiento de las recomendaciones clínicas y llevar un estilo de vida inapropiado desencadena un serio problema y acarrea graves consecuencias (35).

5.3.3. Enfermería en el proceso de la enfermedad

Resulta evidente la relación entre un autocuidado adecuado y unos óptimos resultados de salud, sin embargo, la dificultad para seguir las recomendaciones es inevitable por las razones mencionadas en el párrafo anterior (31). La educación es la clave del éxito. La comprensión del autocuidado, la toma de decisiones, la participación activa en el manejo de la enfermedad y la propia autogestión se logran mediante intervenciones educativas (31,34). La educación se puede impartir en varios ámbitos: en el hospital (durante la hospitalización), en atención primaria (AP) o en el hogar. Gran parte de las intervenciones se imparten durante la hospitalización, sin embargo, el aumento de la prevalencia de la IC por el envejecimiento de la población convierte a AP como primer nivel asistencial de salud ya que juega un papel fundamental en el abordaje y seguimiento de los pacientes con IC, además es el medio de coordinación entre los distintos ámbitos y recursos asistenciales (28,36).

Enfermería tiene el rol principal en la educación de la salud de los pacientes y de sus familias. El personal enfermero, dentro del equipo multidisciplinar, es el encargado de apoyar, acompañar, ofrecer refuerzo y alternativas en el autocuidado durante el proceso de la enfermedad. La evidencia expone que las intervenciones educativas logran un mayor nivel de autocuidado y una reducción de las hospitalizaciones. Por esta razón, el desarrollo de un plan de cuidados estandarizado contribuye a trabajar las medidas de autocuidado ofreciendo unos cuidados integrales y continuidad en la atención sanitaria (28). El plan de cuidados se enfoca en el autocuidado de la IC, con ello también se trabajan aspectos del estilo de vida como la dieta y el ejercicio físico.

El punto de partida en la educación al paciente y/o cuidador principal se basa en informar sobre las recomendaciones y fundamentalmente, trabajar actitudes, habilidades, apoyos y dificultades para cada medida de autocuidado que implique un cambio. El plan de cuidados se fundamenta en 3 fases: el afrontamiento de la enfermedad, el conocimiento y el manejo de la IC (28):

- **Afrontamiento de la enfermedad.** Se realiza durante la primera visita en la consulta de Enfermería y se basa en la aceptación del paciente de su estado de salud. Con ello, se

disminuye la ansiedad y mejora el afrontamiento, la autoconfianza y se potencia más la autoestima para llevar adelante la enfermedad. Además, se orienta de antemano al paciente sobre distintas recomendaciones que implica el autocuidado. Es importante mostrar apoyo tanto emocional, como en la toma de decisiones.

- Conocimiento. Entre la primera y la segunda consulta, Enfermería se dispone a corregir los conocimientos deficientes sobre la IC, aumentarlos y fomentar el manejo de la patología. Se centra en la enseñanza sobre el proceso de enfermedad, de la dieta y del ejercicio prescrito, promover la adherencia y manejo del tratamiento farmacológico, y además reconocer y actuar ante los signos y los síntomas de la IC.
- Manejo de la enfermedad. Se realiza a partir de la tercera consulta y sucesivas. Se basa en el autocontrol de la IC. Enfermería se encarga de impartir educación para la salud sobre: asesoramiento nutricional, el manejo de la nutrición, del peso y de líquidos, y ayuda para poner fin a los hábitos tóxicos; asesoramiento y fomento del ejercicio físico; manejo y adherencia de la medicación; monitorización de los signos vitales, y reconocimiento y actuación ante los signos y síntomas. Es esencial fomentar y apoyar la participación activa en la toma de decisiones tanto del paciente como de la familia y/o cuidador principal.

Por tanto, una educación adaptada al paciente y a la enfermedad mejora el conocimiento, la adherencia al tratamiento, y la prevención y el manejo de las descompensaciones. En definitiva, cambiará la calidad y el estilo de vida de los pacientes con IC por completo.

6. CONCLUSIONES

Tras la revisión y análisis de la literatura sobre el tema principal se concluye que:

- El cambio del estilo de vida en la IC provoca un gran cambio en la morbilidad, en la mortalidad, en la incidencia, en el pronóstico y en la calidad de vida, de manera que se demuestra una gran influencia en la salud de los pacientes.
- La restricción de sodio y de líquidos debe valorarse individualmente para asegurar su eficacia en los pacientes.
- El enfoque sobre los patrones dietéticos y la dieta en su totalidad son fundamentales para modificar y obtener un buen pronóstico de la IC. En este sentido, la dieta Mediterránea y la dieta DASH han demostrado sus beneficios.
- El IMC del paciente con IC es un factor determinante y a tener en consideración para llevar a cabo las intervenciones nutricionales.
- Integrar el ejercicio físico en la rutina diaria y como estilo de vida mejora el estado físico y mental, la autoeficacia y la tolerancia y, además, disminuye la progresión de la enfermedad.
- La AFC es un parámetro de la condición física de gran repercusión en la salud de los pacientes y determinante en el ejercicio físico.
- En la prescripción de ejercicio, el entrenamiento de resistencia aeróbico de intensidad moderada es el recomendado para la mejora del rendimiento físico.
- Los programas de RC resultan de gran beneficio a los pacientes y se recomienda promover la participación activa en ellos y tenerlos más en cuenta.
- Una profunda implicación en el autocuidado genera el bienestar físico y psicosocial del paciente y de su familia, además de mejores resultados clínicos. Especialmente, se debe fomentar en pacientes no dependientes.
- La educación es la clave del éxito en el tratamiento no farmacológico de la IC. Profundizar en la dieta, en el fomento y en la adherencia al ejercicio y promover el autocuidado como base fundamental son la clave en las intervenciones educativas.
- AP es el primer nivel de asistencia sanitaria en los pacientes con IC y donde el equipo de Enfermería tiene un papel esencial en la educación para la salud.

Cabe mencionar que hay una evidente falta de investigación en medidas de tratamiento no farmacológicas, como es el caso del estilo de vida, y surge la necesidad de profundizar más en el asunto ya que son medidas efectivas, baratas y determinantes en la salud de una persona puesto que pueden cambiar drásticamente su vida, la evolución y el pronóstico de la IC.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Pereira-Rodríguez JE, Rincón-González G, Niño-Serrato D. Insuficiencia cardíaca: Aspectos básicos de una epidemia en aumento. *CorSalud*. 2016; 8(1): 58–70. Disponible en: <https://dialnet-unirioja.es/ponton.uva.es/servlet/articulo?codigo=6575720&info=resumen&idioma=ENG>
2. Lee CS, Auld J. Heart Failure: A Primer. *Crit Care Nurs Clin N Am*. 2015; 27(4): 413–25. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.07.009>
3. Sionis Green A, Manito Lorite N, Bueno H, Coca Payeras A, Díaz Molina B, González Juanatey JR, et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. *Rev Esp Cardiol*. 2016; 69(12): 1119–25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.056>
4. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes A. Epidemiology of heart failure. *European Journal of Heart Failure*. 2020; 22(8): 1342–56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7540043/>
5. Procesos SEC-Excelente. Sociedad Española de Cardiología: C. SEC-Excelente; 2019 [acceso 20 de enero de 2021]. Estándar de Proceso Insuficiencia Cardíaca. Disponible en <https://secardiologia.es/institucional/reuniones-institucionales/sec-calidad/sec-excelente/procesos/8622-proceso-insuficiencia-cardiaca>
6. Chávez Alfonso C, Antonio Centurión O. Conceptos epidemiológicos, manejo diagnóstico y farmacológico de la insuficiencia cardíaca congestiva crónica. *Rev virtual Soc Parag Med Int*. 2019; 6(1): 75–85. Disponible en: <https://dialnet-unirioja.es/ponton.uva.es/servlet/articulo?codigo=6868056&info=resumen&idioma=SPA>
7. Insuficiencia cardíaca. Fundación Española del Corazón: Beltrán Troncoso P; 2018 [acceso 21 de enero de 2021]. Insuficiencia cardíaca. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca.html>
8. Asociación de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología. Heart Failure Matters. Asociación de Insuficiencia Cardíaca: 2009 [actualizada 22 de junio de 2009; acceso 21 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.heartfailurematters.org/es_ES/
9. Wu A. Heart Failure. *Ann Intern Med*. 2018; 168(11): 81–96. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/AITC201806050>
10. Brake R, Jones ID. Chronic heart failure part 1: pathophysiology, signs and symptoms. *Nurs Stand*. 2017; 31(19): 54–63. Disponible en: <http://journals.rcni.com/doi/10.7748/ns.2017.e10349>
11. Brake R, Jones ID. Chronic heart failure part 2: treatment and management. *Nurs Stand*. 2017; 31(20): 53–63. Disponible en: <http://journals.rcni.com/doi/10.7748/ns.2017.e10762>
12. Riegel B, Lee S, Hill J, Daus M, Baah FO, Wald JW, et al. Patterns of adherence to diuretics, dietary sodium and fluid intake recommendations in adults with heart failure. *Heart Lung*. 2019; 48(3): 179–85. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6486853/>
13. Khan MS, Jones DW, Butler J. Salt, No Salt, or Less Salt for Patients with Heart Failure? *Am J Med*. 2020; 133(1): 32–8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002934319306709>
14. DiNicolantonio JJ, Chatterjee S, O’Keefe JH. Dietary Salt Restriction in Heart Failure: Where Is the Evidence? *Prog Cardiovasc Dis*. 2016; 58(4): 401–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2015.12.002>
15. Aggarwal M, Bozkurt B, Panjra G, Aggarwal B, Ostfeld RJ, Barnard ND, et al. Lifestyle Modifications for Preventing and Treating Heart Failure. *J Am Coll Cardiol*. 2018; 72(19): 2391–405. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.08.2160>

16. Kerley CP. Nutritional Interventions in Heart Failure: Challenges and Opportunities. *Curr Heart Fail Rep.* 2018; 15(3): 131–40. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11897-018-0388-6>
17. Billingsley HE, Hummel SL, Carbone S. The role of diet and nutrition in heart failure: A state-of-the-art narrative review. *Prog Cardiovasc Dis.* 2020; 63(5): 538–51. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.08.004>
18. Bianchi VE. Nutrition in chronic heart failure patients: a systematic review. *Heart Fail Rev.* 2020; 25(6): 1017–26. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10741-019-09891-1>
19. Salourou M, Archontakis S, Sideris S, Parisi I, Siasos G, Oikonomou E, et al. The effect of diet, lifestyle and psychological factors in the prognosis of ischemic heart failure. *Metab Open.* 2019; 1: 11–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7424785/>
20. Karoff M, Karoff J, Bjarnason-Wehrens B. Exercise and nutrition in heart failure patients. *MMW Fortschr Med.* 2019; 161(16): 44–51. Disponible en: <https://www.springermedizin.de/doi/10.1007/s15006-019-0903-z>
21. Naylor M, Vasani RS. Preventing heart failure: The role of physical activity. *Curr Opin Cardiol.* 2015; 30(5): 543–50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4615715/>
22. LaMonte MJ. Physical Activity and Heart Failure: Taking Steps to Control a Major Public Health Burden. *Am J Lifestyle Med.* 2020; 14(6): 555–70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4615715>
23. De Gregorio C. Physical training and cardiac rehabilitation in heart failure patients. *Adv Exp Med Bio.* 2018; 3: 161–81. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/5584_2018_144
24. Ilarraza Lomelí H. Programas de rehabilitación cardiovascular y entrenamiento físico en pacientes con insuficiencia cardíaca. *CorSalud.* 2020; 7(1): 3–9. Disponible en: <https://dialnet-unirioja.es/ponton.uva.es/servlet/articulo?codigo=6575737&info=resumen&idioma=SPA>
25. Ha FJ, Hare DL, Cameron JD, Toukhsati SR. Heart Failure and Exercise: A Narrative Review of the Role of Self-Efficacy. *Heart Lung Circ.* 2018; 27(1): 22–7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1443950617313616>
26. Cavalcante AMRZ, Lopes CT, Brunori EFR, Swanson E, Moorhead SA, Bachion MM, et al. Self-Care Behaviors in Heart Failure. *Int J Nurs Knowl.* 2018; 29(3): 146–55. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/2047-3095.12170>
27. Da Conceição AP, dos Santos MA, dos Santos B, da Cruz D. Self-care in heart failure patients. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015; 23(4): 578–86. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400578&lng=en&tling=en
28. Almirantearena Legaz M, Losarcos Cirauqui A, Sádaba Ezker A, Moreno Bono E, de Miguel Fernández A, Galdeano Pelarda MÁ. Cuidados de enfermería para personas con insuficiencia cardíaca. *Pulso.* 2020; 101: 60–4. Disponible en: https://issuu.com/colegioenfermerianavarra/docs/pulso_101
29. Koirala B, Dennison Himmelfarb CR, Budhathoki C, Davidson PM. Heart failure self-care, factors influencing self-care and the relationship with health-related quality of life: A cross-sectional observational study. *Heliyon.* 2020; 6(2): e03412. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7031642/>
30. Izquierdo Fernández M, Pérez de Albeniz Gómez M, Aparicio Prieto E, Beraza Saldaña E, Buldain Parra N, Arizaleta Beloqui M, et al. Nivel de autocuidado de las personas con diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca. *Nure Inv.* 2015; 12(78): 2-11. Disponible en: <https://dialnet-unirioja.es/ponton.uva.es/servlet/articulo?codigo=6266595&info=resumen&idioma=ENG>

31. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, la Rocca HPB, Castiello T, Čelutkienė J, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32945600/>
32. Harkness K, Spaling MA, Currie K, Strachan PH, Clark AM. A systematic review of patient heart failure self-care strategies. *J Cardiovasc;* 2015; 30(2): 121–35. Disponible en: <https://journals.lww.com/00005082-201503000-00007>
33. Stut W, Deighan C, Cleland JG, Jaarsma T. Adherence to self-care in patients with heart failure in the HeartCycle study. *Patient Prefer Adher.* 2015; 9: 1195–206. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4548736/>
34. Toback M, Clark N. Strategies to improve self-management in heart failure patients. *Contemp Nurse.* 2017; 53(1): 105–20. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10376178.2017.1290537>
35. Mlynarska A, Golba KS, Mlynarski R. Capability for self-care of patients with heart failure. *Clin Interv Aging.* 2018; 13: 1919–27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6183697/>
36. Salvadó-Hernández C, Cosculluela-Torres P, Blanes-Monllor C, Parellada-Esquius N, Méndez-Galeano C, Maroto-Villanova N, et al. Heart failure in primary care: Attitudes, knowledge and self-care. *Aten Primaria.* 2018; 50(4): 213–21. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.008>

8. ANEXOS

8.1. ANEXO I. ANÁLISIS DE DOCUMENTOS EMPLEADOS EN LA DISCUSIÓN

(Varias páginas) Fuente: *Elaboración propia*

Nº de referencia	Autor/Título	Año	Metodología	Objetivo	Conclusiones
12	Riegel B et al. Patterns of adherence to diuretics, dietary sodium and fluid intake recommendations in adults with heart failure	2019	Estudio descriptivo longitudinal	Examinar los patrones en la ingesta de sal y líquidos y el uso de diuréticos, y evaluar el comportamiento y la adherencia a lo largo del tiempo.	La adherencia a la dieta y los diuréticos disminuye rápidamente tras el alta hospitalaria. Se sugiere estudiar cada patrón individualmente.
13	Khan MS et al. Salt, No Salt, or Less Salt for Patients with Heart Failure?	2020	Revisión bibliográfica	Discutir la evidencia actual sobre la restricción de sal, a favor o en contra.	La restricción de sal depende según la clasificación de ACC/AHA de la IC. Aunque no haya suficientes datos sobre dietas bajas en sodio, una dieta alta salina no es la mejor opción.
14	DiNicolantonio JJ et al. Dietary Salt Restriction in Heart Failure: Where Is the Evidence?	2016	Revisión bibliográfica	Explorar la seguridad y eficacia de la recomendación drástica para reducir la ingesta de sal.	Según la evidencia disponible, la recomendación de reducción de la sal es cuestionable. Lo recomendable es individualizar la ingesta de sodio según el paciente.
15	Aggarwal M et al. Lifestyle Modifications for Preventing and Treating Heart Failure	2018	Revisión bibliográfica	Comprobar la eficacia de la modificación del estilo de vida del paciente para prevenir y tratar la IC.	Mantener un peso corporal saludable, aumentar la actividad física y reducir el estrés con intervenciones mente-cuerpo resulta beneficioso para la prevención de la IC. Recomendar RC a los pacientes.
16	Kerley CP. Nutritional Interventions in Heart Failure: Challenges and Opportunities	2018	Revisión bibliográfica	Recopilar la evidencia sobre el uso de la nutrición como tratamiento de la IC y desarrollar los desafíos y las oportunidades.	La nutrición se puede decir que es una estrategia complementaria en el tratamiento de la IC. La DietaMed y la dieta DASH son los patrones dietéticos más prometedores.

8.1. ANEXO I. ANÁLISIS DE DOCUMENTOS EMPLEADOS EN LA DISCUSIÓN

(Continuación)

Nº de referencia	Autor/Título	Año	Metodología	Objetivo	Conclusiones
17	Bilingsley HE et al. The role of diet and nutrition in heart failure: A state-of-the-art narrative review	2020	Revisión de ensayos de control aleatorios y estudios observacionales	Examinar la evidencia sobre los patrones dietéticos, la restricción de sal y de calorías en la IC.	Pocas estrategias dietéticas han demostrado beneficios en la IC. Sin embargo, los patrones dietéticos saludables y las estrategias de suplementación dan resultados muy prometedores.
18	Bianchi VE. Nutrition in chronic heart failure patients: a systematic review	2020	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados y estudios prospectivos.	Conocer el efecto de la nutrición en pacientes con IC crónica y proponer alguna intervención dietética como terapia coadyuvante.	Estrategias dietéticas específicas como la reducción de grasas y carbohidratos o el aumento de ácidos grasos poliinsaturados muestran beneficios en la IC. Aunque, estas estrategias específicas no se muestran en las guías para el tratamiento de la IC.
19	Salourou M et al. The effect of diet, lifestyle and psychological factors in the prognosis of ischemic heart failure	2019	Estudio prospectivo	Examinar el papel de los patrones dietéticos en el pronóstico de la IC.	Se observó que una disminución en el consumo de café, carne roja baja en grasas se obtienen buenos resultados. Además, el sedentarismo y la depresión comparten una relación inversa con la IC.
20	Karoff M et al. Exercise and nutrition in heart failure patients	2019	Revisión bibliográfica	Comprobar la influencia del ejercicio y la dieta en la IC.	Se debe centrar en la causa principal de la IC, enfocarse en la reducción de los factores de riesgo, recomendar ejercicio de manera regular y pautar una dieta saludable.
21	Naylor M et al. Preventing heart failure: The role of physical activity	2015	Revisión bibliográfica	Determinar la influencia del aumento de la actividad y del ejercicio físico para la prevención de la IC.	La actividad física afecta la progresión de la IC al reducir la prevalencia de los factores de riesgo, favorecer el remodelado cardíaco fisiológico y mejorar la mortalidad y los síntomas.

8.1. ANEXO I. ANÁLISIS DE DOCUMENTOS EMPLEADOS EN LA DISCUSIÓN

(Continuación)

Nº de referencia	Autor/Título	Año	Metodología	Objetivo	Conclusiones
22	LaMonte MJ. Physical Activity and Heart Failure: Taking Steps to Control a Major Public Health Burden	2020	Revisión bibliográfica	Analizar la evidencia para conocer los beneficios y recomendaciones de actividad física para la prevención de la IC.	La actividad física en la IC es esencial. Por ello, debido a la baja tasa de actividad, es fundamental el desarrollo de intervenciones y estrategias para fortalecer la prevención de la IC.
23	Ilarraza Lomelí H. Programas de rehabilitación cardiovascular y entrenamiento físico en pacientes con IC	2020	Investigación descriptiva, exploratoria	Determinar la influencia de los programas de rehabilitación y de entrenamiento físico en la IC.	Los programas de RC son útiles, seguros y costo-efectivos al mejorar su tolerancia al ejercicio, estado funcional, calidad de vida y supervivencia. Sin embargo, muy subutilizados e infravalorados.
24	De Gregorio C. Physical training and cardiac rehabilitation in heart failure patients	2018	Investigación descriptiva	Determinar las modalidades de entrenamiento y los beneficios de la RC en la IC.	El ejercicio físico es un componente central de la prevención primaria y secundaria. Además, las intervenciones se basan en la heterogeneidad de los modelos de entrenamiento físico.
25	Ha FJ et al. Heart Failure and Exercise: A Narrative Review of the Role of Self-Efficacy	2018	Revisión bibliográfica narrativa	Analizar la evidencia del efecto de la autoeficacia en los resultados de salud y en el autocuidado y las intervenciones para mejorarla del ejercicio.	La autoeficacia es un determinante clave de los resultados de salud de la IC y las conductas de autocuidado, como la adherencia al ejercicio. Las intervenciones podrían representar una oportunidad única para mejorar la autoeficacia, su salud física y mental.
26	Cavalcante AMRZ et al. Self-Care Behaviors in Heart Failure	2018	Revisión bibliográfica	Identificar conductas de autocuidado, instrumentos, técnicas, parámetros para la evaluación de conductas de autocuidado en personas con IC.	Existe la necesidad del desarrollo de diferentes métodos de medición para el autocuidado, permitiendo así la evaluación de deficiencias en el proceso de autocuidado e identificando necesidades específicas de educación y monitoreo.

8.1. ANEXO I. ANÁLISIS DE DOCUMENTOS EMPLEADOS EN LA DISCUSIÓN

(Continuación)

Nº de referencia	Autor/Título	Año	Metodología	Objetivo	Conclusiones
27	Da Conceição AP et al. Self-care in heart failure patients	2015	Estudio transversal descriptivo	Describir el comportamiento de autocuidado y sus factores asociados en una muestra de pacientes brasileños con IC.	Se necesitan intervenciones para la gestión y el mantenimiento del autocuidado y la mejora de la conducta. Enfermería puede desempeñar un papel relevante en esta mejora.
28	Almirantearena Legaz M et al. Cuidados de enfermería para personas con insuficiencia cardíaca	2020	Investigación exploratoria	Conocer el plan estandarizado para personas con IC, según la taxonomía NANDA.	El papel de Enfermería es fundamental a lo largo del proceso asistencial donde la elaboración de un plan de cuidados estandarizado aporta un modelo unificado de atención basada en la evidencia.
29	Koirala B et al. Heart failure self-care, factors influencing self-care and the relationship with health-related quality of life: A cross-sectional observational study	2020	Estudio observacional transversal	Describir el autocuidado incluyendo los factores y la relación con la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con IC en Nepal.	El autocuidado fue limitado entre los pacientes que vivían con IC en Nepal. Se identificó varios factores sociodemográficos y clínicos relacionados con el autocuidado, cruciales en el desarrollo de intervenciones de autocuidado.
30	Izquierdo Fernández M et al. Nivel de autocuidado de las personas con diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca	2015	Estudio observacional descriptivo transversal	Conocer el nivel de autocuidado de las personas diagnosticadas de insuficiencia cardíaca en Navarra.	El nivel medio de autocuidado es deficiente. Existe un seguimiento correcto de las indicaciones recibidas, pero un bajo nivel de reconocimiento de síntomas de descompensación clínica o manejo de los mismos.
31	Jaarsma T et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology	2020	Guía clínica	Proporcionar consejos prácticos para los profesionales que brindan atención a pacientes con IC.	Se muestran las recomendaciones más actuales sobre cómo abordar la nutrición, la actividad física, la adherencia a la medicación, el estado psicológico y el sueño en el autocuidado de la IC.

8.1. ANEXO I. ANÁLISIS DE DOCUMENTOS EMPLEADOS EN LA DISCUSIÓN

(Continuación)

Nº de referencia	Autor/Título	Año	Metodología	Objetivo	Conclusiones
32	Harkness K et al. A systematic review of patient heart failure self-care strategies	2015	Revisión sistemática mediante meta-síntesis cualitativa	Determinar las estrategias que utilizan los pacientes con IC para adaptar las recomendaciones de autocuidado a su vida diaria.	Los profesionales sanitarios deben proporcionar un enfoque individualizado del autocuidado para que los propios pacientes desarrollen habilidades para el autocuidado de la IC.
33	Stut W et al. Adherence to self-care in patients with heart failure in the HeartCycle study	2015	Estudio observacional multicéntrico	Evaluar un novedoso programa de educación y entrenamiento en línea para promover el autocuidado entre los pacientes con IC.	Las puntuaciones de comportamiento de autocuidado autoinformado mejoraron significativamente durante el período de observación. Sin embargo, la adherencia a la notificación diaria de los síntomas fue menor y disminuyó a largo plazo.
34	Toback M et al. Strategies to improve self-management in heart failure patients	2017	Revisión bibliográfica	Analizar la evidencia actual sobre el autocuidado en la IC y las estrategias para poder mejorarlo.	La mejora del autocuidado aumenta el cumplimiento, promueve la calidad de vida del paciente, mejora los resultados clínicos, reduce el reingreso hospitalario y disminuye los costos de hospitalización.
35	Mlynarska A et al. Capability for self-care of patients with heart failure	2018	Estudio aleatorizado	Evaluar el efecto del tratamiento de la IC y el grado de aceptación sobre la adherencia a las recomendaciones de autocuidado.	Se encontró una capacidad relativamente baja de autocuidado en pacientes con IC. El bajo nivel de aceptación de la enfermedad se relaciona con una baja capacidad de autocuidado.
36	Salvadó-Hernández C et al. Heart failure in primary care: Attitudes, knowledge and self-care	2018	Estudio transversal multicéntrico	Conocer el conocimiento, habilidades y actitudes en el autocuidado de la IC en AP.	Las prácticas de autocuidado en AP son mejorables. Es imprescindible implementar estrategias sobre el conocimiento de la IC.