



GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

CASO DE UNA PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA. PERSPECTIVA DE AUTOCUIDADO E INTERVENCIONES ENFERMERAS

Presentado por: Andrea Vidal Villanueva

Tutelado por: María Lourdes Jiménez Navascúes

Cotutelado por: María Luisa Sanz Muñoz

Curso Académico 2023/24

Soria, 27 de mayo de 2024

“Los detalles aparentemente pequeños pueden tener un impacto significativo en la
experiencia del paciente”

(Dorothea Orem)

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica en la que el tratamiento no farmacológico prioriza los autocuidados centrados en mantener unos hábitos de vida saludables, y las intervenciones enfermeras orientadas al control y seguimiento de la patología.

OBJETIVO: Analizar la intervención educativa de la enfermera sobre los autocuidados de los pacientes geriátricos con insuficiencia cardíaca desde la percepción de estos sobre el control de su patología.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una metodología mixta con estudio de caso y revisión bibliográfica. Para el caso se seleccionó a una paciente con Insuficiencia Cardíaca y se llevó a cabo una entrevista semiestructurada con un análisis posterior del relato. La revisión bibliográfica narrativa fue en las bases de datos PubMed, Cuiden Plus, IBECs, Encuentra y Cinahl, y aplicando criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron un total de 9 artículos.

RESULTADOS: Las intervenciones enfermeras van dirigidas a educar a los pacientes sobre su patología, sobre los hábitos de vida saludables, a fomentar su autocuidado e identificar complicaciones. La adherencia a la medicación, al autocuidado y a los estilos de vida saludables (dieta, ejercicio y control hídrico), consigue mejorar la calidad de vida. En el caso estudiado se percibe la necesidad de reforzar la relación con la enfermera para conseguir que las estrategias de intervenciones empoderen al paciente y fomenten su autocuidado.

CONCLUSIONES: Las intervenciones enfermeras sobre los autocuidados en pacientes con insuficiencia cardíaca mejoran la percepción de las necesidades de los mismos. Permiten que el paciente o cuidador identifique los síntomas de descompensación de la enfermedad evitando reingresos, mejorando su calidad de vida y fomentando su independencia.

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardíaca, enfermería, autocuidado, educación para la salud.

GLOSARIO DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

IC: Insuficiencia Cardíaca.

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.

VI: Ventrículo izquierdo.

HTA: Hipertensión arterial.

DLP: Dislipemia.

DM: Diabetes Mellitus.

NYHA: New York Heart Association.

FEVI: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

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

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

IC-FEp: Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada.

IC-FElr: Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección levemente reducida.

IC-FE imp: Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección mejorada.

IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

ARM: Antagonistas del receptor de mineralocorticoides o antialdosterónicos.

INRA: Inhibidores del receptor de angiotensina y neprilisina.

ARA-II: Antagonistas de los receptores de angiotensina.

SGLT-2: Inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa 2.

AINEs: Antiinflamatorios no esteroideos.

DeCS: Descriptores de Ciencias de la Salud.

MeSH: Medical Subject Headings.

ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

AP: Atención Primaria.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1-INTRODUCCIÓN	1
2-JUSTIFICACIÓN.....	3
3-OBJETIVOS	4
4-METODOLOGÍA.....	5
4.1-REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INSUFICIENCIA CARDIACA.....	5
4.2-ESTUDIO DE CASO CUALITATIVO DE UNA PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA	7
5- RESULTADOS.....	7
5.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INSUFICIENCIA CARDIACA	7
5.2. ESTUDIO DE CASO DE UNA PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA	10
6-DISCUSIÓN	12
7-CONCLUSIONES	14
8-BIBLIOGRAFÍA	15
9-ANEXOS	17
ANEXO A: DOCUMENTO DE MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	I
ANEXO B: RESULTADOS	II

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Pregunta de investigación y descriptores	5
Tabla 5: Resultados categorizados de la entrevista.	10
Tabla 2: Fichas bibliográficas.....	II
Tabla 3: Valoración enfermera recogida de la historia clínica.	IX
Tabla 4: Plan de cuidados enfermero en base a la taxonomía NNN (NANDA-NOC-NIC).....	XI

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Algoritmo de búsqueda.....	6
--------------------------------------	---

1-INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son aquellas enfermedades no transmisibles, de larga duración (más de 6 meses) y progresión lenta (1). Afectan significativamente a los pacientes geriátricos, definidos como personas de edad avanzada superior a los 75 años con presencia de pluripatología (dos o más enfermedades crónicas que pueden producir dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y aumentan el riesgo de padecer nuevas enfermedades), y frecuentemente presentan alteraciones mentales o problemas sociales (1). Estos pacientes tienen prescritos 3 o más fármacos al mismo tiempo, polifarmacia, con riesgo de interacciones entre sí o efectos farmacológicos no deseados para el paciente (2).

De las enfermedades crónicas existentes, destaca la Insuficiencia Cardíaca (IC), en la que el corazón no es capaz de bombear sangre suficiente al resto del organismo o lo hace a expensas de elevar las presiones sistólicas del ventrículo izquierdo (VI) (3). Según el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2022 la IC fue la quinta causa de muerte más frecuente con un total de 20.584 muertes registradas, una tendencia al alza en los últimos años. En el año 2022, hubo un total de 18.941 muertes de pacientes mayores de 70 años, lo que supone alrededor del 92% del total de muertes por esta patología (4).

Entre los factores de riesgo de esta enfermedad están descritos: sedentarismo, tabaquismo, obesidad, consumo excesivo de alcohol, hipertensión (HTA), dislipemia (DLP), diabetes mellitus (DM), enfermedad coronaria, fármacos cardiotóxicos y no estar vacunado de gripe, neumococo y COVID-19 (3,5).

La IC presenta una clínica compleja que se caracteriza por síntomas como disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, fatiga, baja tolerancia al ejercicio, bendopnea (sensación de dificultad para respirar al inclinarse hacia delante en acciones como agacharse a coger un objeto del suelo o al atarse los zapatos), dolor, disminución de la diuresis, cansancio intenso, mareo, pérdida de conciencia e inflamación de extremidades inferiores. Los signos manifestados son presión venosa yugular elevada, reflujo abdominoyugular, soplo, impulso apical desplazado lateralmente, aumento significativo de peso (más de 2kg en 3 días), tos seca persistente, crepitantes, taquicardia, taquipnea, oliguria y edemas periféricos (3,5–7).

La insuficiencia cardíaca se clasifica según la clasificación funcional de la New York Heart Association (NYHA) en cuatro categorías en función de la actividad física y síntomas del paciente; y en base a la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), la cual determina la proporción de sangre que el VI es capaz de expulsar en cada latido según la alteración que presenta el músculo cardíaco. La clasificación de la FEVI propone: IC con FE reducida (IC-FEr) donde la FEVI es menor del 40%, IC con FE conservada (IC-FEc) o preservada (IC-FEp) donde la FEVI es mayor o igual al 50%, IC con FE levemente reducida (IC-FElr) o en rango medio donde la FEVI está entre 40 y 49%, y IC con FE mejorada (IC-FE imp) o sintomática donde la FEVI es menor o igual al 40% (7,8) .

Con la finalidad de mejorar el estado clínico, la capacidad funcional cardíaca, la calidad de vida de los pacientes y disminuir las hospitalizaciones, se debe realizar un tratamiento individualizado y personalizado para cada paciente que incluya intervenciones farmacológicas y no farmacológicas orientadas al autocuidado (7).

El tratamiento farmacológico para todos los tipos de IC incluye inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), betabloqueantes, antagonistas del receptor de mineralocorticoides o antialdosterónicos (ARM), inhibidores del receptor de angiotensina y neprilisina (INRA), antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA-II) y diuréticos. Además, los pacientes con IC-FEr tendrán prescritos inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa 2 (SGLT-2) y en ocasiones digitálicos, anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios y nitratos con hidralazina (7,9).

En cuanto al tratamiento no farmacológico, enfermería en el desarrollo de sus competencias proporciona al paciente y su familia educación respecto a la enfermedad. Es importante que el paciente adquiera la capacidad de reconocer los signos y síntomas de descompensación y de realizar autocuidados adecuados (7).

El autocuidado del paciente debe incluir aspectos como el control diario de peso, ingesta y diuresis; medición diaria de la tensión arterial 2 horas tras el desayuno; aporte hídrico de 1.5 a 2 litros diarios; dieta equilibrada baja en sal, potasio y grasa; realizar actividad física moderada regular; abstinencia de tabaco y alcohol; evitar temperaturas extremas; disminuir los niveles de estrés; evitar la toma de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs); vacunación contra neumococo, gripe y COVID-19; y adherencia a la medicación prescrita, hábitos que ayudarán al control y seguimiento de la enfermedad (7,9).

Con el fin de abordar el cuidado de paciente con IC y mejorar su calidad de vida, se considera que el modelo de la Dra. Dorothea Orem con su teoría del déficit de autocuidados, puede orientar el cuidado que precisan estos pacientes. Los elementos nucleares de esta teoría son: persona o ser humano, cuidado de enfermería, entorno y salud. Considera los cuidados de enfermería como los medios o recursos orientados a ejecutar los autocuidados; al agente de autocuidados como quién orienta y realiza los autocuidados, preferentemente el paciente que interactuaría con un entorno conformado por factores físicos, biológicos, químicos, sociales, familiares y comunitarios. La salud es definida como un estado que se modifica constantemente en función de los cambios de las características humanas y biológicas de la persona (10).

Dorothea Orem establece una conexión entre la demanda de autocuidados terapéuticos del paciente y su capacidad humana para realizarlos, diferenciando los siguientes niveles de intervención enfermera: totalmente compensador si la enfermera fomenta el autocuidado, parcialmente compensador cuando el paciente se implica en el autocuidado y la enfermera suple los déficits, y de apoyo educativo en caso de que el paciente sea el agente de autocuidados y la enfermera le eduque en cuanto a conocimientos y habilidades (10).

El manejo del paciente geriátrico requiere un abordaje integral y multidimensional por parte de un equipo interdisciplinar para proporcionar un óptimo cuidado y tratamiento en situaciones complejas como es la pluripatología crónica. Dentro de este equipo la enfermera geriatra desarrollará una serie de competencias para llevar a cabo una valoración geriátrica integral del paciente crónico, en el presente estudio, con IC donde se identifiquen problemas, necesidades y capacidad del mayor en todas sus dimensiones: clínica, funcional, mental y social. La atención debe estar centrada en la persona con el objetivo de que el paciente con IC realice unos autocuidados de calidad y promoviendo su independencia, convirtiéndose la enfermera en un sistema parcialmente compensador (11)

2-JUSTIFICACIÓN

La IC condiciona el estilo de vida de los pacientes, siendo preciso que modifiquen conductas orientadas a los autocuidados y al autocontrol de la enfermedad. Una de las competencias enfermeras es la educación para la salud sobre dichos autocuidados y el seguimiento de estos pacientes para conseguir una mejora de la percepción de calidad de vida y reducir los casos de empeoramiento o de descompensación de la IC.

Para ello, en el presente TFG se va a llevar a cabo un estudio de caso que consiste en identificar y analizar una situación clínica real de un paciente a través de una entrevista y con un aprendizaje reflexivo con el fin de resolver aquellas incógnitas surgidas en la práctica clínica y generar nuevos conocimientos para su futura aplicación.

La elección de dicho tema está motivada por la experiencia en el rotatorio de mis prácticas universitarias por la Consulta de Cardiología del Hospital Santa Bárbara, donde la enfermera gestiona la consulta del paciente con insuficiencia cardíaca con el objetivo de potenciar sus autocuidados y disminuir las descompensaciones de la enfermedad. Además, tras realizar una búsqueda inicial en la literatura, la mayoría de los trabajos están centrados en el adulto más joven y apenas he localizado investigaciones de esta patología en la persona mayor.

Por este motivo, considero oportuno realizar el siguiente estudio de caso en un paciente geriátrico con Insuficiencia Cardíaca, que considero me ayudará a mejorar mi conocimiento sobre el abordaje del paciente geriátrico con IC, desde el punto de vista del paciente.

3-OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar la intervención educativa de la enfermera sobre los autocuidados de los pacientes geriátricos con insuficiencia cardiaca, desde la percepción de estos, sobre el control de su patología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los cuidados enfermeros que precisan las personas con IC descritos en la literatura científica.
- Determinar la intervención enfermera de educación para la salud que potencia el autocuidado en el paciente con Insuficiencia Cardiaca.
- Valorar la percepción de necesidades de formación de un paciente con Insuficiencia Cardiaca para el fomento de su autocuidado.

4-METODOLOGÍA

Este estudio se clasifica como metodología mixta y se compone del estudio de caso cualitativo y de una revisión bibliográfica narrativa.

4.1-REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Para llevar a cabo la revisión y recuperar la información que permita responder a la siguiente pregunta: En pacientes geriátricos que padecen insuficiencia cardiaca, ¿la intervención educativa de la enfermera sobre los autocuidados mejora la percepción del paciente sobre su necesidad de autocuidado en relación a su patología, disminuye las descompensaciones de la enfermedad y el número de ingresos? (Tabla 1), se ha establecido una estrategia de búsqueda de artículos científicos de forma electrónica. La búsqueda se ha realizado entre febrero y abril de 2024.

En primer lugar, se han identificado los descriptores en los tesauros DeCs (Descriptores de Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings), seleccionando los términos que se pueden observar en la tabla 1 conforme a la pregunta PICO.

Tabla 1: Pregunta de investigación y descriptores. Fuente: elaboración propia.

		DeCS	MeSH
P (Población)	Paciente geriátrico que padece insuficiencia cardiaca	Insuficiencia Cardiaca	Heart Failure Geriatrics
I (Intervención)	Educación sanitaria sobre los autocuidados de la IC como intervención enfermera	Enfermería Educación para la salud	Nursing Health education
C (Comparación)	Pacientes no incorporados en el grupo de formación y fomento del autocuidado		
O (Resultados)	Percepción del paciente sobre su salud, autocuidados a realizar (dieta, ejercicio, adherencia al tratamiento...), número de descompensaciones de la enfermedad y de ingresos hospitalarios por esta causa.	Autocuidado	Selfcare Lifestyle Heart disease

Para optimizar la búsqueda se incorporaron los operadores booleanos “AND” y “NOT” obteniendo las siguientes fórmulas de búsqueda: (heart failure) AND (nursing) AND (geriatrics); (heart failure) AND (nursing) AND (selfcare) AND (geriatric) AND (lifestyle) AND (health education); (nursing) AND (heart failure) AND (selfcare); (enfermería) AND (insuficiencia cardiaca) AND (autocuidado); (insuficiencia cardiaca) AND (educación para la salud); y (heart failure) AND (lifestyle) NOT (heart disease).

La búsqueda se hizo en las bases de datos PubMed, Cinahl, Cuiden Plus, IBECS y encuentra. Además, se obtuvo información de la Sociedad Europea de Cardiología.

Se definieron los criterios de inclusión y exclusión para poder reducir el número de resultados y obtener la mejor evidencia científica disponible. Los criterios de inclusión fueron: últimos cinco años (2019-2024), en español o inglés, metaanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados (ECA); mientras que los de exclusión fueron: artículos centrados en el tratamiento médico de la IC o en cuidados paliativos, estudios de casos y controles, artículos de opinión y literatura gris.

Finalmente, se seleccionan un total de 9 artículos, en la figura se expone al algoritmo de búsqueda y se analizan cualitativamente en los resultados.

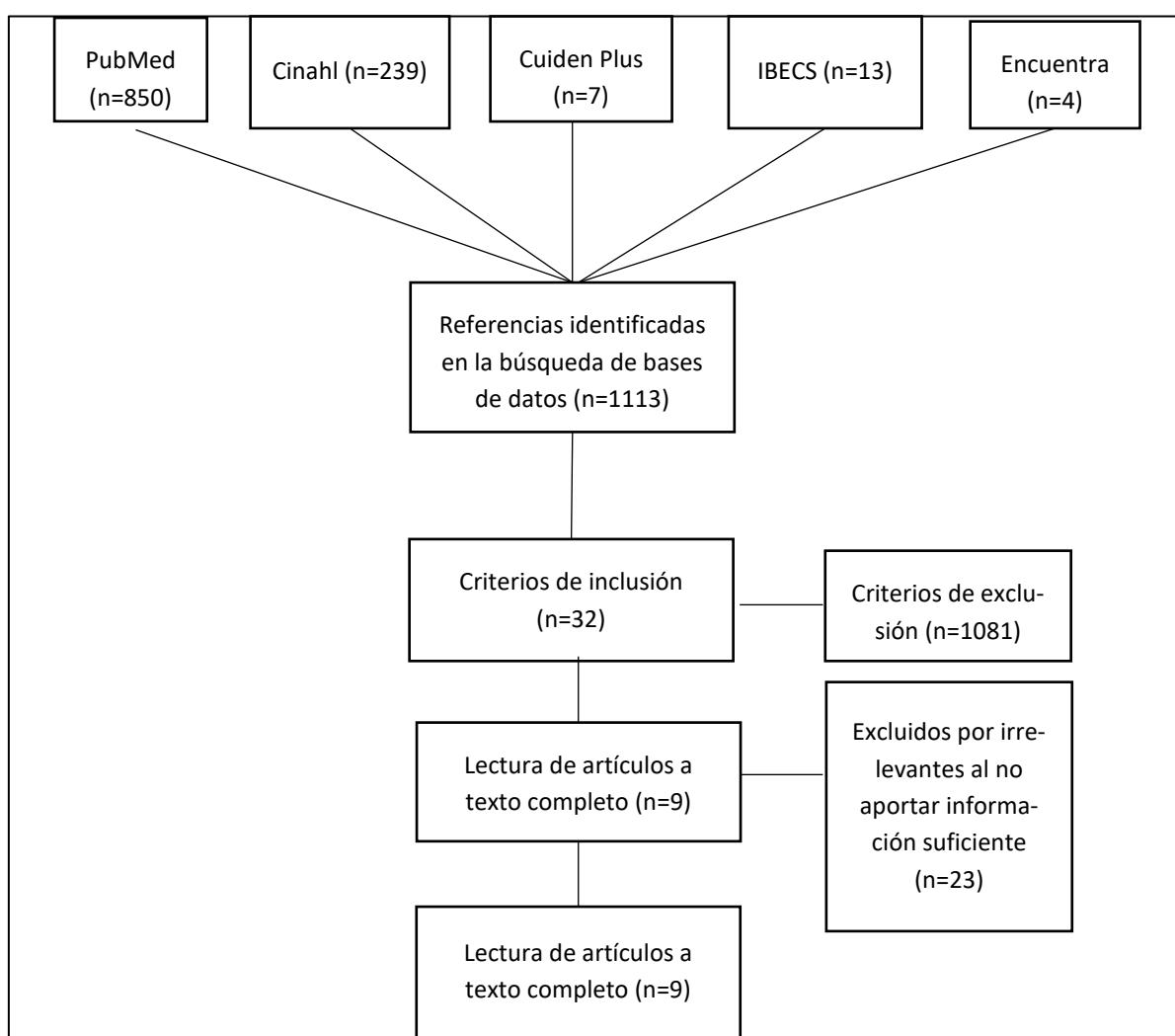


Figura 1: Algoritmo de búsqueda. Fuente: elaboración propia. Modificado de propuesta PRISMA (12)

4.2-ESTUDIO DE CASO CUALITATIVO DE UNA PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

El estudio de caso cualitativo, motivado por lo expuesto en el apartado de justificación, se basa en la propuesta de Arroyo et al. (13). Se llevó a cabo una elección intencional del caso de una mujer diagnosticada de insuficiencia cardiaca con la se contactó en el Servicio de Hospitalización de Geriátrica del Hospital Virgen del Mirón de Soria. Se obtuvo previamente el permiso y autorización de la institución.

Para la recogida de la información se realizó una entrevista semiestructurada, en la que participó de forma voluntaria la paciente. Las preguntas se elaboraron tras realizar una revisión bibliográfica sobre el tema a tratar. La entrevista fue grabada con el soporte de audio mediante un móvil al mismo tiempo que se tomaron notas de campo el día 23 de abril sobre las 12h en el domicilio de la paciente, previa petición suya, y tuvo una duración de 50 minutos ya que la paciente mostró cansancio y fatiga. El guion se adaptó al lenguaje de la paciente y al discurso de la misma. Se dio la oportunidad de revisarla una vez se transcribió, lo cual se hizo de forma literal y seleccionando la narrativa que tenía relación con los objetivos del presente estudio.

Con la finalidad de analizar los datos se elabora una narrativa del caso, presentando a la paciente y describiendo la experiencia vivida. Se hará referencia a la paciente con un nombre ficticio para mantener su anonimato. Se llevará a cabo un análisis para reducir los datos y orientarlos a los objetivos del estudio. Se triangularon los datos entre el estudiante y la tutora, se contrastó con la literatura científica relacionada con el tema de este estudio y finalmente, se destacarán las implicaciones que pueda tener en la práctica asistencial el conocimiento generado.

Se solicitó permiso a la Unidad de Investigación del Hospital para acceder a la historia clínica de la paciente y realizar este estudio. La paciente firmó de forma voluntaria el consentimiento informado (Anexo A), previa explicación verbal del objetivo del estudio y tras haber respondido a sus dudas o preguntas sobre el mismo. No existen conflictos entre los principios bioéticos.

5- RESULTADOS

5.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Esta revisión bibliográfica incluye un total de 9 artículos analizados (Anexo B, tabla 2) 4 son ensayos clínicos aleatorios (14–17), 1 artículo(18) es una guía de práctica clínica perteneciente a la Sociedad Española de Cardiología y 4 (19–22)son revisiones sistemáticas. Los ensayos clínicos aleatorizados (14–17) tienen una muestra total de 547 participantes de los cuales 92 eran pacientes con IC sin ninguna otra característica concreta; 129 eran pacientes con IC clasificados en dos grupos en función del último dígito de su teléfono móvil; 90 eran pacientes con IC de edad avanzada; y 236 eran pacientes con IC sin ninguna otra característica determinada. Respecto a las revisiones sistemáticas (19–22), dos se basaron en ensayos clínicos aleatorizados, una en estudios descriptivos cuantitativos y otra en búsquedas centradas en preguntas PICO.

A continuación, se detallan las medidas no farmacológicas que las enfermeras planifican para potenciar el autocuidado de los pacientes con IC. En la literatura analizada, el autocuidado hace referencia a un proceso cognitivo-conductual dinámico naturalista que depende de la capacidad del individuo, la familia y la comunidad para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades nuevas y/o discapacidades con o sin el apoyo de su entorno (17,19). El fomento del autocuidado está orientado a conductas cuidadoras, la percepción de los síntomas y al manejo o gestión del cuidado (14,17).

El mantenimiento del autocuidado en la IC se basa en realizar un plan de cuidados personalizado e individualizado centrado en la adherencia exitosa de la persona al tratamiento prescrito y la promoción de hábitos de vida saludables (14,17,19,22). La percepción de los síntomas incluye el autocontrol diario de los signos vitales y el peso, y la interpretación de signos y síntomas de descompensación de la enfermedad como son disnea, aumento de más de 2kg en 3 días, edemas en extremidades inferiores, disminución de la diuresis, tos seca persistente principalmente al tumbarse, dolor torácico y cansancio (14,17,19). El manejo o gestión del cuidado hace referencia a la respuesta o acción del paciente frente a la manifestación de síntomas y signos de deterioro de la enfermedad (14,17,19).

Para llevar a cabo el autocuidado, se deben tomar decisiones importantes que pueden variar en función de los siguientes factores: la alfabetización sanitaria, el estatus psicosocial, la personalidad, las necesidades y preferencias, los síntomas actuales, el envejecimiento y cambios relacionados como estado cognitivo y comorbilidades, y las experiencias de vida y las relacionadas con el sistema sanitario (19,21). En esta toma de decisiones participa tanto el paciente como sus familiares y/o cuidadores informales ya que son los que le ayudan en su autocuidado y en su adherencia a la medicación, lo cual tiene un impacto positivo en su calidad de vida, en la mortalidad y en los reingresos (17,18).

El autocuidado en la IC se ve influido positivamente cuando se sabe manejar los síntomas de descompensación de la IC, el tratamiento a seguir, y se presenta un adecuado apoyo familiar. Influye negativamente, según los trabajos analizados, si la persona tiene edad avanzada, menor confianza en el autocuidado, comorbilidades, deterioro cognitivo o si el grado de gravedad de la enfermedad es mayor (14,19,20,22).

Los pacientes con IC se adhieren a estilos de vida saludables previenen y disminuyen las descompensaciones de la enfermedad y el número de reingresos, aumentando su calidad de vida. Se recomienda un estilo de vida en el que no se consuma alcohol, tabaco ni otras drogas; se realice el seguimiento de una dieta mediterránea o DASH (enfoques dietéticos para prevenir la HTA) baja en grasas y sal, rica en proteínas y café, evitando azúcares y alimentos procesados; se eviten grandes ingestas de líquidos excepto épocas de excesivo calor o humedad y en caso de náuseas y/o vómitos; y se realice actividad física de forma regular preferiblemente de baja intensidad de acuerdo con la tolerancia al ejercicio de cada paciente (16,18).

Los programas de rehabilitación cardíaca obtienen buenos resultados en cuanto a la evaluación y motivación de pacientes con IC con baja adherencia a un régimen de actividad física regular, lo cual permite una mejor calidad de su vida (18).

Para llevar a cabo estos autocuidados es preciso la realización de intervenciones educativas por equipos interdisciplinarios que pueden ser liderados por enfermeras especializadas en este campo. Las intervenciones pueden incluir estrategias como educación durante la hospitalización y al alta, uso de estrategias audiovisuales para enseñar en casa, folletos de información relevante y signos de alarma, visitas domiciliarias de seguimiento, llamadas telefónicas para reforzar la educación, visitas a las clínicas donde se implementen programas de IC y educación mediante elementos tecnológicos(15,20,22). Se deben complementar con actividades como monitorizar y registrar el peso y los signos vitales, y cumplir hábitos de vida saludables como los mencionados anteriormente (20).

La educación sanitaria es una competencia enfermera que requiere que los profesionales conozcan diversos procesos de aprendizaje y habilidades de enseñanza que se adecuen individualmente a cada paciente (21).

En los últimos años con el avance tecnológico, se ha incorporado la denominada “salud digital”, que ha adquirido especial relevancia, convirtiéndose en una herramienta para complementar la atención enfermera incluso fuera del hospital. En el caso de la IC, permite desarrollar programas de educación terapéutica para el seguimiento de estos pacientes basados en la recopilación y análisis de datos fisiológicos en tiempo real, educación interactiva para el paciente, recordatorios para la toma de medicación y el control de los signos vitales y el peso, y mensajes de texto para promover el cumplimiento de hábitos de autocuidado y estilos de vida saludables (14,21). Dichos programas permiten reconocer precozmente una descompensación de la enfermedad e impedir su agravamiento y progresión (21,22). Su utilización dependerá de la aceptabilidad del paciente en el manejo de las tecnologías, lo cual se convierte en ocasiones en un verdadero desafío (18).

Con el objetivo de que las intervenciones fomenten un autocuidado eficaz y exitoso, la enfermera especializada en IC debe establecer una relación de confianza y una comunicación efectiva y directa con el paciente, lo cual se puede conseguir mediante una combinación de los siguientes elementos (seguimiento telefónico, visitas domiciliarias, visitas al centro de salud o con aplicaciones informáticas) o mediante su uso aislado (21). Otra competencia de enfermería es empoderar al paciente para que éste mejore sus prácticas de autocuidado. Para ello, enfermería adapta la atención al paciente de forma individual y personalizada estableciendo objetivos con el paciente para satisfacer sus necesidades de alfabetización, sus recursos y su capacidad, y los autocuidados que debe llevar a cabo (17). Cuando se ponen en práctica estas estrategias, los beneficios descritos por la literatura son notables ya que se mejora la calidad de vida de los pacientes con IC, disminuye el coste sanitario, se empodera al paciente, se disminuye la morbilidad y se evitan los reingresos hospitalarios (20,21).

5.2. ESTUDIO DE CASO DE UNA PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

La Sra. Juana, de 88 años está diagnosticada de IC-FEp. Presenta múltiples comorbilidades como son: diabetes insulino-dependiente, anticoagulación, ictus sin secuelas en 2023, asma bronquial, HTA, síndrome bradicardia-taquicardia e insuficiencia renal crónica ligera, entre otras patologías.

La Sra. Juana vive en su domicilio acompañada de una cuidadora las 24 horas del día y es moderadamente dependiente (Escala Barthel: 40 puntos). La cuidadora le proporciona seguridad ya que la Sra. Juana había manifestado miedo a caerse al vestirse y en la higiene personal, y presenta disnea de esfuerzo. La situación sociofamiliar de la Sra. Juana es buena (Escala Gijón: 16 puntos). Es viuda, pero sus hijos van a visitarla varios días a la semana. La Sra. Juana junto con su cuidadora lleva a cabo los autocuidados propuestos por los profesionales sanitarios para el control de su pluripatología.

En la tabla 3 (Anexo B), se representan los datos de la historia clínica de Juana donde se puede observar la situación de la paciente en el momento de la entrevista, y en la tabla 4 del mismo anexo se propone un plan de cuidados enfermeros a realizar con la paciente.

Los resultados de la entrevista (Anexo B: Entrevista), los presentamos estructurados según las categorías identificadas en la siguiente tabla (Tabla 5).

Tabla 5: Resultados categorizados de la entrevista. Fuente: elaboración propia.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	VERBATÍN	INTERPRETACIÓN DE LOS INVESTIGADORES
Salud	Concepto de salud	J: "Para mí la salud es lo mejor, es estar bien porque sin estar bien pues no podemos hacer nada ni seguir con nuestra vida."	Puntúa su salud con un 9 siendo 1 (fatal) y 10 (perfecta) porque necesita ayuda para algunas actividades.
	Estar saludable	J: "...podría estar mejor y podría salir sola a todos los sitios, pero no puedo. Eso sería muy saludable para mí."	
Autocuidados de la IC	Conocimientos sobre la IC	J: "...yo solo sé que afecta al corazón y que me canso solamente de hablar. Cuando acabe contigo de hablar, estaré cansada."	Refiere que cuando presenta una IC descompensada no puede respirar (disnea), se cansa y le cuesta moverse.
	Hábitos saludables: Alimentación	J: "...variada ya que cada día comemos una cosa, aunque siempre juntas en la misma mesa." J: "No como dulces..." J: "...Menos cantidad para cenar que para comer."	Refiere no hacer las cinco comidas al día, no almuerza porque se levanta tarde
	Ejercicio	J: "...si hace bueno salimos a la dehesa con la silla de ruedas y allí yo voy de un banco a otro andando para moverme..."	Realiza escasa actividad física por la reducción de movimiento y la disnea de esfuerzo.

	Adherencia terapéutica	J: "Vienen preparadas de la farmacia Pero no se me olvida ningún día tomarlas." J: "...yo simplemente me las tomo porque me las mandan tomar los médicos, pero yo supongo que son para respirar mejor y para que el corazón vaya bien."	Refiere no saber la indicación y posología de los medicamentos que tiene prescritos.
Relación con la enfermera de AP	Cuidado si existen problemas de salud	J: "Solo cuando me llevan a las visitas programadas o si estoy malita malita y tengo que ingresar."	Juana refiere que solo va al hospital cuando se encuentra mal y va a ingresar y en las visitas programadas. No tiene relación con su enfermera de AP.
Recursos sociofamiliares	Apoyo familiar	J: "... tengo un hijo que vive...cerca de Soria... y mi hija vive en Logroño. Me vienen a ver todas las semanas. Además, tengo un nieto el de aquí ...otro en Logroño...Los quiero mucho a todos. Casi nunca me dejan sola para que no me pase nada..."	Tiene hijos que la visitan varias veces a la semana, estando siempre pendientes de ella y nunca la dejan sola para evitar caídas. Refiere estar viuda y haber perdido un hijo hace años.
	Apoyo social	J: "...Acompañada con la señora que me cuida." J: "...Me siento muy acompañada con ella" J: "A lo mejor pintamos juntas, jugamos a las fichas o a las cartas y luego yo mientras pinto sola ella hace la comida, me limpia o hace la compra"	Presenta una buena relación de confianza y afectividad con la cuidadora que pasa con ella 24 horas al día. No se refiere en ningún momento a otros círculos de amistad social.

6-DISCUSIÓN

El tratamiento que precisan los pacientes geriátricos con IC se centra en conseguir una buena adherencia terapéutica, saber reconocer los signos y síntomas de descompensación de la enfermedad y llevar a cabo unos correctos autocuidados. Para ello, enfermería suple las necesidades del paciente y este se implica en sus autocuidados conformando un sistema parcialmente compensador según la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem (10).

Según la literatura revisada, el autocuidado es el foco del tratamiento no farmacológico de la IC y su fomento y potenciación va ligado a establecer una relación de confianza y comunicación efectiva y directa de la enfermera con el paciente (21), aspecto que en el caso de la Sra. Juana no se percibe ya que ésta sólo acude a su centro de salud cuando su patología está descompensada. Para llevar a cabo el autocuidado, el paciente, los familiares y/o los cuidadores informales deben participar en la toma de decisiones importantes (17,18). En este caso, la Sra. Juana tiene un gran apoyo familiar, así como una cuidadora que le ayuda con estos aspectos y con su adherencia terapéutica.

Tras realizar la entrevista, se descubre que ni Juana ni su entorno tienen conocimientos acerca de la IC. Es necesario que la enfermera se implique en informar al paciente, los familiares y/o la cuidadora sobre el concepto de la IC, sus signos y síntomas de descompensación como son disnea, aumento de más de 2kg en 3 días, edemas en extremidades inferiores, disminución de la diuresis, tos seca persistente principalmente al tumbarse, dolor torácico y cansancio (14,17,19), y sobre los autocuidados a seguir. Estas intervenciones se llevarán a cabo mediante los recursos mencionados en la literatura como son: educación sanitaria en las visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, folletos, estrategias audiovisuales, visitas a las Unidades de Insuficiencia Cardíaca o mediante el uso de las tecnologías adecuando estas a las habilidades de la paciente (15, 20–22). Respecto a las tecnologías, se ha incorporado recientemente el término de “salud digital”, una herramienta que en el caso de la IC permite desarrollar programas de educación terapéutica que recopilan datos fisiológicos de los pacientes en tiempo real, realizan educaciones interactivas con el paciente y tienen la posibilidad de poner recordatorios de toma de medicación y control de signos vitales y peso (14,21). Este programa podría ayudar a la Sra. Juana a reconocer de forma precoz una descompensación de la enfermedad e impedir su empeoramiento.

Ligado al autocuidado están los estilos de vida saludables que deben seguir los pacientes, ya que ayudan a prevenir y disminuir las descompensaciones de la enfermedad, el número de reingresos y mejorar la calidad de vida de los pacientes con IC. Según la evidencia se basan en cinco aspectos: evitar sustancias nocivas (alcohol, tabaco y otras drogas), alimentación, ejercicio, adherencia terapéutica y control del peso y de tensión arterial. Respecto a la alimentación se debe seguir una dieta mediterránea baja en grasas y sal, rica en proteínas y café, evitando azúcares y alimentos procesados, y con una ingesta hídrica de 1.5 a 2l diarios de agua (16,18). El ejercicio es preferible que sea de baja intensidad y adecuado a las capacidades de tolerancia del paciente y se puede complementar con los programas de rehabilitación cardíaca (16,18). En el caso de la Sra. Juana a pesar de no realizar 5 comidas al día, la cuidadora le realiza una dieta variada y

equilibrada en base a sus patologías y la lleva a pasear en función del estado de sus capacidades pulmonares. Cabría la posibilidad de ofrecer a la Sra. Juana acceder a la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y de Rehabilitación Cardíaca, o enseñarle a la cuidadora ejercicios pasivos que realizarle cuando la Sra. Juana tenga una reducción de movimiento más agravada, ya que la paciente refiere en diversas ocasiones que no tiene fuerza en las piernas y le gustaría modificarlo. En cuanto a la adherencia terapéutica, una intervención enfermera sería explicar al paciente, familia y/o cuidadora la posología e indicación de cada uno de los fármacos que toma, lo que les ayudaría a conocer mejor la pluripatología de la paciente; así como enseñarles cómo medir el peso y la tensión arterial en su domicilio de manera adecuada.

Con el fin de manejar todos los autocuidados, es preciso identificar el agente de autocuidados, es preferible que sea el paciente según la teoría del déficit de autocuidado de la Dra. Dorothea Orem (10), para que la enfermera centre sus intervenciones en él. En el caso descrito, el agente de autocuidado es la cuidadora de la Sra. Juana ya que la paciente es moderadamente dependiente para las ABVD y su autocuidado, por lo que la suplente en numerosas ocasiones. La familia de la Sra. Juana ejerce la función de este agente los fines de semana que la paciente pasa con ellos.

Las investigaciones son escasas en el campo de los pacientes mayor con IC y concretamente en las medidas no farmacológicas, por lo que surge la necesidad de aumentar dichas investigaciones ya que se trata de medidas efectivas, de bajo coste para el sistema sanitario y determinantes en la calidad de vida de personas con IC.

7-CONCLUSIONES

Las medidas no farmacológicas para el tratamiento de la IC más recomendadas son realizar acciones de autocuidado con el fin de promover y/o mantener la salud, prevenir enfermedades y hacer frente a nuevas enfermedades y/o discapacidades con o sin el apoyo del entorno del paciente. Las acciones son evitar alcohol, tabaco y otras drogas, realizar una dieta mediterránea variada baja en grasas y sal y rica en potasio, controlar la ingesta hídrica, y realizar ejercicio físico diario adaptado a la tolerancia del paciente.

Los factores que condicionan la realización de estos autocuidados son la edad avanzada, menor confianza de los pacientes en el autocuidado, las comorbilidades, el deterioro cognitivo y el grado de gravedad de la enfermedad.

Las intervenciones enfermeras que potencian los autocuidados en pacientes con IC mejoran la aceptación de los mismos, disminuye las descompensaciones de su enfermedad y el número de reingresos, mejora su calidad de vida y fomenta su independencia. El caso analizado muestra la necesidad de realizar estas intervenciones para formar a pacientes, familiares y/o cuidadores informales para que comprendan el concepto de IC, las manifestaciones de descompensación y los autocuidados necesarios. Para que las intervenciones educativas sean efectivas y se empodere a los pacientes, las enfermeras deben establecer una relación de confianza y comunicación efectiva con el mismo.

La implicación del agente de autocuidado en el control de la IC es importante para lograr un tratamiento exitoso. En el caso estudiado, el agente es la cuidadora que compensa parcialmente los déficits de necesidades de la paciente y es a quien van dirigidas las intervenciones enfermeras.

El apoyo familiar y de los cuidadores informales influye positivamente en la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, en su autocuidado y en la ejecución de unos estilos de vida saludables. En el caso de la Sra. Juana, esta cuenta con una red de apoyo familiar potente y con la cuidadora, los cuales ayudan a la misma a la aceptación de sus cuidados y a su ejecución.

8-BIBLIOGRAFÍA

1. Robles Raya MJ, Miralles Basseda R, Llorach Gaspar I, Cervera Alemany AM. Capítulo 1: Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. En: IM&C. Tratado de geriatría para residentes [Internet]. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2007 [Citado el 21 de marzo de 2024]. 25–32. Disponible en: https://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/segg0022.dir/segg0022.pdf
2. Medardo Chiquito-Pisco MI, Gissella Quijije-Peñafiel JI, Jamileth Quiroz-Moran III N, Luis Sánchez-Ávila CI. Polifarmacia: una mirada en la medicación del adulto mayor. Dom Cien [Internet]. 2021 [Citado el 21 de marzo de 2024]; 7(5):285–95. DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i5.2250>
3. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M. Comments to the 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2022 [Citado el 23 de marzo de 2024]; 44(37): 3627-3639. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195>
4. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte [Internet]. 2022 [Citado el 22 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
5. Silva Andino SM, Linarez Ochoa NE. Actualización en Insuficiencia Cardíaca: Nuevas guías terapéuticas. Rev Med Hondur [Internet]. 2018 [Citado el 23 de marzo de 2024]; 86 (1-2). Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2018/pdf/Vol86-1-2-2018-17.pdf>
6. Piñar Sancho G, Cespedes Prado D. Insuficiencia cardíaca en el adulto mayor. Revista Médica Sinergia [internet]. 2020 [Consultado el 26 de marzo de 2024]; 5(9): e567. DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.567>
7. Aldámiz-Echevarría Iraurgi B. Guía clínica de Insuficiencia cardíaca: tratamiento y seguimiento. Fistera [Internet]. 2021 [Consultado el 2 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/insuficiencia-cardiaca/#sec10>
8. Aldámiz-Echevarría Iraurgi B. Guía clínica de Insuficiencia cardíaca: conceptos generales y diagnóstico. Fistera [Internet]. 2021 [Consultado el 2 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/insuficiencia-cardiaca-conceptos-generales-diagnostico/1/12>
9. Rafaela Rosas M. Abordaje terapéutico de la insuficiencia cardíaca. Diagnóstico y tratamiento. OFFARM [Internet]. 2008 [Citado el 11 de abril de 2024]; 27(5): 82-91. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13120522>
10. Paula Marcos Espino M, Tizón Bouza E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos [Internet]. 2013 [Citado el 8 de abril de 2024]; 24(4):168–77. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>
11. Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampré MP, García-Arilla Calvo E. Capítulo 4: valoración geriátrica integral. En: IM&C. Tratado de geriatría para residentes [Internet]. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2007 [Citado el 8 de abril de 2024]. 59–68. Disponible en: https://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/segg0022.dir/segg0022.pdf
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Española Cardiol [internet] 2021 [Citado el 14 de abril de 2024]; 74 (9): 790-799. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recsep.2021.06.016>
13. Arroyo Rodríguez A, Amezcua M, Orkaizagirre Gómara A. Diez claves para la elaboración de un Estudio de Caso cualitativo. Index Enferm [Internet]. 2023 [Citado el 14 de abril de 2024]; 32(2): e14663. DOI: <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20235871>
14. Kitsiou S, Gerber BS, Kansal MM, Buchholz SW, Chen J, Ruppert T, et al. Patient-centered mobile health technology intervention to improve self-care in patients with chronic heart failure: Protocol

- for a feasibility randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials* [Internet]. 2021 [Consultado el 14 de abril de 2024]; 106 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106433>
15. You J, Wang S, Li J, Luo Y. Usefulness of a nurse-led program of care for management of patients with chronic heart failure. *Med Sci Monit* [Internet]. 2020 [Consultado el 16 de abril de 2024]; 26: e920469. DOI: 10.12659/MSM.920469
 16. Eimer S, Mahmoodi-Shan GR, Abdollahi AA. The Effect of Self-Care Education on Adherence to Treatment in Elderly Patients with Heart Failure: A Randomized Clinical Trial. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2023 [Consultado el 16 de abril de 2024]; 28(5):610-615. DOI: 10.4103/ijnmr.ijnmr_315_20
 17. Yu DSF, Li PWC, Li SX, Smith RD, Yue SCS, Yan BPY. Effectiveness and Cost-effectiveness of an Empowerment-Based Self-care Education Program on Health Outcomes among Patients with Heart Failure: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2022 [Citado el 17 de abril de 2024]; 5(4): e225982. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.5982
 18. Hill L, Carson MA, Vitale C. Care plans for the older heart failure patient. *European Heart Journal Supplements* [Internet]. 2019 [Citado el 18 de abril de 2024]; 21(Supplement L): L32-L35. DOI:10.1093/eurheartj/suz243
 19. Kleman C, Turrisi S, Winslow H, Alzaghari O, Lutz BJ. Individual and systems-related factors associated with heart failure self-care: a systematic review. *BMC Nurs* [Internet] 2024 [Citado el 18 de abril de 2024]; 23 (110). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01689-9>
 20. Cañón-Montañez W, Duque-Cartagena T, De Ávila ML, Rodríguez-Acelas AL. Intervenciones educativas para reducir mortalidad y aumento de calidad de vida en adultos con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista de Enfermagem Referencia* [Internet] 2022 [Citado el 20 de abril de 2024]; 5 (3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388264768001/388264768001.pdf>
 21. Camino Ortega E, Baroja Gil de Gómez A, González Gamarra A, Cuevas-Budhart MA, García Klepzig JL, Gómez del Pulgar García-Madrid M. Educación terapéutica en insuficiencia cardiaca mediante e-Salud: revisión sistemática. *Aten Primaria* [Internet]. 2023 [Consultado el 21 de abril de 2024]; 55 (11): e102734. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102734>
 22. Lin X, Ji R, Wang X, Xin R, Chen Q. A systematic review and meta-analysis of the effect of transitional care interventions on the prognosis of patients with heart failure. *J Thorac Dis* [Internet]. 2022 [Consultado el 21 de abril de 2024]; 14 (4): 1164-1171. DOI: <https://dx.doi.org/10.21037/jtd-22-102>
 23. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet] NNNConsult. Elsevier. 2023 [Consultado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www-nnn-consult-com.ponton.uva.es/>

9-ANEXOS

ANEXO A: DOCUMENTO DE MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PUBLICACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Con este consentimiento se solicita la conformidad del paciente o representante legal para el acceso y recogida de datos de su historia clínica y realizar una publicación científica/académica sobre su problema de salud.

Un caso clínico es un documento que recoge información detallada sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente en particular, y normalmente se usa para compartir información novedosa que puede ser de utilidad para otros médicos y profesionales de la salud, aumentando así el conocimiento científico; siendo utilidad para otras personas con un problema de salud como el suyo.

Puede ser publicado (en forma impresa y / o mediante difusión en Internet) para que otros puedan leerlo o presentarlo en una conferencia.

No se divulgará su información personal (por ejemplo, nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica) y se protegerá su privacidad, de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Aunque su información personal se mantendrá confidencial y protegida en la medida máxima de la ley, al tratarse de una publicación basada en una experiencia única, existe un riesgo muy limitado de pérdida de confidencialidad. El Material puede mostrar o incluir detalles de su enfermedad o lesión y cualquier pronóstico, tratamiento o cirugía que haya tenido, tuviera o pueda tener en el futuro.

No se espera que Ud. obtenga beneficio ni se exponga a ningún riesgo. El/los profesionales/es autor/es de la publicación científica no recibirán retribución específica por la dedicación al estudio. Ud. no será retribuido por autorizar el uso de sus datos de salud.

Su decisión de participar es completamente voluntaria y usted podrá retirar su consentimiento antes de que el caso clínico haya sido publicado, sin tener que dar un motivo o sin que ello altere a la calidad de su atención en el futuro y a sus derechos legales. Una vez que el caso clínico haya sido publicado, no será posible que retire su consentimiento.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título provisional de caso Clínico (detallar problema de salud): Intervenciones de enfermería en el abordaje de los autocuidados de la Insuficiencia Cardíaca en el paciente geriátrico: estudio de caso

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He hablado con (nombre y apellidos del solicitante, titulación, institución)
Andrea Vidal Villanueva, estudiante de 4º de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de Soria.

Confirmando que: (marque las casillas para confirmar):

- ☐ He leído la información anterior sobre la publicación de un caso clínico y he entendido cómo se usará la información.
- ☐ He podido hacer preguntas en relación con el caso clínico.
- ☐ He recibido suficiente información y respuestas adecuadas.
- ☐ Comprendo que mi participación es voluntaria.
- ☐ Comprendo que puedo retirar mi conformidad:
 - cuando quiera.
 - sin tener que dar explicaciones.
 - sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- ☐ Deseo conocer el documento una vez que se haya publicado

☐ Se me ha facilitado ver y leer la versión final del documento y autorizo su publicación (si no se va a utilizar material sensible como fotos o grabaciones de vídeo o audio, eliminar este punto)

De conformidad con lo que establece el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y la libre circulación de datos, y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, declaro haber sido informado de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información y presto libremente mi conformidad para que se utilicen los datos clínicos de mi historia clínica en las condiciones que se describen.

Paseo de Santa Bárbara, s/n.- 42005 SORIA
Tel. 975 23 43 00 - Fax: 975 23 43 05



Paseo de Santa Bárbara, s/n.- 42005 SORIA
Tel. 975 23 43 00 - Fax: 975 23 43 05



Firma del paciente/representante legal

Firma del profesional que solicita el consentimiento

Fecha: 10/04/2024

Fecha: 10/04/2024

Para la realización de un Trabajo de Fin de Grado (TFG), se añade firma del tutor o co-tutor, perteneciente a la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria que tendrá acceso a la información recogida en su historia clínica.

Firma del Tutor o Co-tutor:

Nombre y apellidos: María Lourdes Jiménez Navascués
Fecha: 10/04/2024

Revocación del consentimiento informado

Yo, _____, deseo informar de mi decisión de revocar el consentimiento de publicación del caso clínico y que mis datos no se incluyan en el mismo.

Firma del paciente/representante legal

Fecha: ____/____/____

Paseo de Santa Bárbara, s/n.- 42005 SORIA
Tel. 975 23 43 00 - Fax: 975 23 43 05



ANEXO B: RESULTADOS

Tabla 2: Fichas bibliográficas. Fuente: elaboración propia.

REFERENCIA	METODOLOGÍA	OBJETIVOS	RESULTADOS	OBSERVACIONES
Kleman C, Turrise S, Winslow H, Alzaghari O, Lutz BJ. Individual and systems-related factors associated with heart failure self-care: a systematic review. BMC Nurs [Internet] 2024 [Citado el 18 de abril de 2024]; 23 (110). DOI: https://doi.org/10.1186/s12912-023-01689-9	Revisión sistemática de estudios descriptivos cuantitativos.	Revisar el estado de la ciencia e identificar brechas en diferentes niveles del SEM para proporcionar una guía para que investigadores y médicos piensen de manera más integral sobre el autocuidado en la insuficiencia cardiaca.	OBJETIVO 2→Factores a nivel individual: pocos estudios. Se asocia positivamente con el autocuidado la confianza en este, el conocimiento de la IC, la alfabetización en salud, los síntomas de la IC, mayor nivel socioeconómico, nivel educativo, el desempleo, tener diabetes, mayor función cognitiva, tener una religión y las percepciones sobre las barreras sobre el autocuidado. Se asocian negativamente con el autocuidado la edad, el deterioro cognitivo y los síntomas depresivos. OBJETIVO 2→Factores a nivel del sistema: tienen relación positiva con el autocuidado la calidad de la relación con el cuidador, tener pareja y buenas relaciones sociales. Se asocian negativamente con el autocuidado la falta de pareja y vivir solo.	Los factores positivos de autocuidado pueden mostrar un efecto protector y los negativos uno perjudicial.
Cañón-Montañez W, Duque-Cartagena T, De Ávila ML, Rodríguez-Aceñas AL. Intervenciones educativas para reducir mortalidad y aumento de calidad de vida en adultos con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática y metaanálisis. Revista de Enfermagem Referência [Internet] 2022 [Citado el 20 de abril de 2024]; 5 (3). Disponible en: https://www.re-dalyc.org/journal/3882/388264768001/388264768001.pdf	Revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos controlados.	Estimar el efecto de los estudios de intervenciones educativas en la reducción de mortalidad y aumento en la calidad de vida en paciente con IC en comparación con el cuidado estándar.	OBJETIVO 1→ Las intervenciones fueron educación durante la hospitalización y al alta, uso de estrategias audiovisuales para enseñar sobre la IC en casa, folletos con información relevante, visitas a las clínicas de IC, educación a través de sitios web y estrategias de monitoreo del peso y signos vitales a través de telemonitorización. OBJETIVO 1→ Se muestra el efecto favorable que tienen las intervenciones educativas para la disminución de la mortalidad y aumento de la calidad de vida en pacientes con IC. OBJETIVO 1→ Las intervenciones deben centrarse en la educación sobre la enfermedad: signos y síntomas, tratamiento, señales de alarma y actividades de autocuidado; así como consejos telefónicos, videollamadas y actividad física.	

Continuación Tabla 2

Camino Ortega E, Baroja Gil de Gómez A, González Gamarra A, Cuevas-Budhart MA, García Klepzig JL, Gómez del Pulgar García-Madrid M. Educación terapéutica en insuficiencia cardiaca mediante e-Salud: revisión sistemática. Aten Primaria [Internet]. 2023 [Consultado el 21 de abril de 2024]; 55 (11): e102734. DOI: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102734	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados.	Aportar la mejor evidencia científica disponible sobre la efectividad de los programas de educación terapéutica mediante salud digital en paciente con IC, así como el análisis de los recursos con los que cuentan las aplicaciones.	OBJETIVO 1→La educación para la salud es una competencia esencial para los profesionales de enfermería que trabajan en todos los niveles y entornos de salud, y requiere que los profesionales de la salud conozcan diversos procesos de aprendizaje y habilidades de sobre todo actualmente con la enseñanza de alfabetización digital. OBJETIVO 1 Y 2→ Los programas de educación terapéutica (ET) pueden tener un impacto sobre el conocimiento, el estado funcional y el autocuidado, y pueden beneficiar la autogestión de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y los resultados en salud de los pacientes con IC. OBJETIVO 1→ Las aplicaciones con seguimiento por parte de los profesionales pueden resultar un apoyo en nuestro trabajo diario y mejorar la comunicación efectiva entre profesionales y pacientes. El seguimiento mediante aplicaciones permite a los pacientes observar las tendencias de sus datos de autocontrol pudiendo facilitar el reconocimiento temprano del empeoramiento de los síntomas e impidiendo así la progresión de la enfermedad. OBJETIVO 2→ La eficacia del autocuidado se basa en la capacidad del paciente y en las interacciones exitosas entre paciente y sanitario.	
--	---	---	--	--

Continuación Tabla 2

Kitsiou S, Gerber BS, Kansal MM, Buchholz SW, Chen J, Ruppar T, et al. Patient-centered mobile health technology intervention to improve self-care in patients with chronic heart failure: Protocol for a feasibility randomized controlled trial. Contemp Clin Trials [Internet]. 2021 [Consultado el 14 de abril de 2024]; 106 DOI: https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106433	ECA con muestra de 92 pacientes que de forma aleatoria son asignados a grupo de intervención o control. Duración: 12 semanas. El grupo de intervención recibe una aplicación de autocuidado de la IC centrada en la persona y 3 dispositivos de salud conectados (báscula, monitor de presión arterial y rastreador de actividad), y 4 mensajes de texto personalizados por semana. El grupo control recibe solo los dispositivos.	Determinar la viabilidad y aceptabilidad de la intervención iCardia4HF durante 12 semanas. Estimar los efectos de la intervención iCardia4HF en medidas evaluadas objetivamente de autocuidado de la IC medido con dispositivos basados en aplicaciones multiconectadas y autocuidado de la insuficiencia cardiaca autoinformado medido con el índice de autocuidado de la IC (SCHFI) a los 30 días y 12 semanas. Examinar el efecto mediador de las variables objetivo de la intervención (creencias sobre la salud, eficacia del autocuidado y conocimiento de la insuficiencia cardiaca) y el impacto de los factores individuales del paciente (edad, sexo, cognición, depresión, comorbilidades, fracción de eyección del ventrículo izquierdo) y clase de la New York Heart Association (NYHA), tanto en	OBJETIVO 2→ Heart Failure Storylines es una aplicación móvil de autocuidado multiplataforma que permite a los pacientes con insuficiencia cardíaca controlar y gestionar su salud. Incluye una variedad de herramientas que ayudan a los pacientes a realizar un seguimiento de sus medicamentos, síntomas, signos vitales, dieta, actividad física, consumo de agua y citas médicas, entre otras cosas. Los tres dispositivos de salud conectados se proporcionan sin costo para el autocontrol diario del peso, la composición corporal (p. ej., masa de agua, masa grasa, masa ósea y masa muscular), presión arterial, frecuencia cardíaca continua y en reposo, PA (pasos e intensidad), ejercicio, tiempo de sedentarismo y sueño (duración, etapas y variación de oxígeno). El frasco del Sistema de monitoreo de eventos de medicación (MEMS) se utiliza para evaluar objetivamente la adherencia a la medicación. OBJETIVO 1→Heart Failure Storylines comprende herramientas de autocontrol, educación del paciente y recordatorio de adherencia, destinadas a apoyar el mantenimiento, la monitorización y el tratamiento del autocuidado de la IC. OBJETIVO 2→ Los pacientes asignados al grupo de intervención también reciben un programa basado en teoría de mensajes de texto personalizados mediante la plataforma iCardia. El programa de mensajes de texto tiene como objetivo mejorar las conductas de autocuidado de la IC y la AF centrándose en las creencias sobre la salud de los pacientes (beneficios percibidos y barreras del autocuidado de la IC), la eficacia del autocuidado y el conocimiento de la IC de una manera culturalmente sensible. Se usa un enfoque basado en objetivos para promover el autocuidado de la IC a través de dicha aplicación. Los objetivos principales son el cumplimiento diario de: tomar todos los medicamentos recetados para la IC en el momento y dosis adecuada, autocontrol de peso, composición corporal y presión arterial cada mañana antes de desayunar y tomar los medicamentos, comprobar si hay síntomas de IC, seguir una dieta restringida en sodio (2-3g de sodio/día) y practicar actividad física para aumentar gradualmente el número de pasos por encima del valor inicial en un mínimo de 3000 pasos/día durante 12 semanas. OBJETIVO 1→La proliferación de tecnologías de salud móvil disponibles comercialmente, como aplicaciones móviles, rastreadores de actividad portátiles y otros dispositivos de salud conectados que permiten la recopilación y el análisis de grandes cantidades de datos de salud generados por	El autocuidado es fundamental para lograr resultados óptimos en la IC, pero el cumplimiento suele ser deficiente entre los pacientes con insuficiencia cardíaca.
--	---	---	--	---

Continuación Tabla 2

		medidas objetivamente evaluadas como autoinformadas de autocuidado de la IC.	los pacientes en tiempo real, ofrecen oportunidades escalables y asequibles para mejorar el cumplimiento de las normas. OBJETIVO 2→Debido a su portabilidad, conectividad y sofisticación, las aplicaciones de salud móviles ofrecen una plataforma ideal para promover la adherencia al autocuidado de la IC y ofrecer intervenciones de cambio de comportamiento en cualquier momento y lugar. También se ha demostrado que los mensajes de texto son eficaces para promover el cumplimiento de hábitos de autocuidado y estilos de vida saludables en áreas como la diabetes, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares.	
You J, Wang S, Li J, Luo Y. Usefulness of a nurse-led program of care for management of patients with chronic heart failure. Med Sci Monit [Internet]. 2020 [Consultado el 16 de abril de 2024] ;26: e920469. DOI: 10.12659/MSM.920469	ECA. La muestra son 129 pacientes repartidos en 2 grupos aleatorios clasificados en intervención si el último dígito de su número de teléfono fue par y de control si fue impar. Duración: 12 semanas tras el alta. Pacientes del grupo control recibieron atención estándar. El grupo intervención recibieron dicha atención más un programa de atención posterior al alta durante los primeros 14 días después del alta. Los pacientes fueron seguidos vía telefónica por las enfermeras especialistas.	Evaluar si los programas de atención dirigidos por enfermeras pueden mejorar la adherencia a la medicación, la calidad de vida, las rehospitalizaciones y la mortalidad por todas las causas.	OBJETIVO 1→Tras las 12 semanas: Los pacientes del grupo de intervención tenían más probabilidades de continuar con la terapia con medicamentos indicados por las guías, con un uso significativamente mayor de IECA y ARA-II. La calidad de vida era más baja en el grupo control versus el grupo de intervención. La tasa de rehospitalizaciones y de mortalidad fue mayor en el grupo control que en el grupo de intervención. OBJETIVO 2→La atención estándar más un programa de atención posterior al alta dirigido por enfermeras puede mejorar la adherencia al tratamiento con medicamentos. Este programa también es beneficioso para mejorar la calidad de vida y reducir las rehospitalizaciones.	

Continuación Tabla 2

Eimer S, Mahmoodi Shan GR, Abdollahi AA. The Effect of Self Care Education on Adherence to Treatment in Elderly Patients with Heart Failure: A Randomized Clinical Trial. Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]. 2023 [Consultado el 16 de abril de 2024]; 28(5):610-615. DOI: 10.4103/ijnmr.ijnmr_315_20	Ensayo clínico paralelo. La muestra total son 90 participantes. El grupo de intervención recibió capacitación en la sala antes del alta y en casa durante los 2 meses posteriores al alta a través de un paquete y un CD educativos. Podía ponerse en contacto con el equipo de investigación. El grupo de control recibió entrenamiento de rutina sin la supervisión del investigador tras el alta. Duración: 2 meses.	Determinar el efecto de la educación sobre el autocuidado sobre la adherencia al tratamiento entre los ancianos con IC.	OBJETIVO 2→Las intervenciones de autocuidado y la educación para el autocuidado en el grupo de intervención fueron efectivas en la adherencia al tratamiento. La baja adherencia a las conductas de autocuidado se asoció con menor adherencia a la medicación y mayores tasas de rehospitalización y muerte. OBJETIVO 1→ Se pueden sugerir programas de educación sobre el autocuidado como una estrategia apropiada para mejorar la adherencia al tratamiento en ancianos con IC. OBJETIVO 2→ La educación se recomienda ser realizada por una enfermera geriátrica ya que facilitará la adherencia al tratamiento y promoverá la calidad de vida de los ancianos.	
---	--	--	--	--

Continuación Tabla 2

Hill L, Carson MA, Vitale C. Care plans for the older heart failure patient. <i>European Heart Journal Supplements</i> [Internet]. 2019 [Citado el 18 de abril de 2024]; 21(Supplement L): L32-L35. DOI:10.1093/eurheartj/suz243	Guía de práctica clínica, publicada en nombre de la Sociedad Española de Cardiología.	Revisar la atención que podría implementarse para el paciente anciano complejo con IC y comorbilidades.	La edad promedio de los pacientes con IC es de 77 años. OBJETIVO 1→ Para los pacientes mayores con IC, la planificación de la atención de su patología tiene el potencial de reducir la hospitalización, mejorar la calidad de vida y la mortalidad. Se han asociado con el paciente mayor con IC la fragilidad, la caquexia, la sarcopenia y el deterioro cognitivo. La información dietética y los consejos nutricionales pueden ayudar a mitigar la pérdida de peso y mejorar la tolerancia al ejercicio en pacientes con estas patologías asociadas, lo que también mejoraría la calidad de vida. Aumentar la ingesta de proteínas y calorías se ha demostrado como beneficioso. El ejercicio regular es una recomendación de Clase 1 nivel A para todos los pacientes con IC en la medida de sus capacidades. La rehabilitación cardíaca ofrece un entorno ideal para evaluar y motivar a los pacientes a hacer ejercicio regular. Para los pacientes mayores con IC, existe una mayor probabilidad de deterioro cognitivo como resultado de la condición y el envejecimiento como proceso en sí. OBJETIVO 2→ Los cuidadores informales desempeñan un papel crucial en la promoción del autocuidado del paciente, la adherencia a la medicación y bienestar, lo que se traduce en un impacto positivo en la calidad de vida y rehospitalizaciones.	
Lin X, Ji R, Wang X, Xin R, Chen Q. A systematic review and meta-analysis of the effect of transitional care interventions on the prognosis of patients with heart failure. <i>J Thorac Dis</i> [Internet]. 2022 [Consultado el 21 de abril de 2024]; 14 (4): 1164-1171. DOI: https://dx.doi.org/10.21037/jtd-22-102	Revisión sistemática y metaanálisis.	Explorar el impacto de la enfermería de transición en el pronóstico de los pacientes con IC y proporcionar una base de referencia para la toma de decisiones.	OBJETIVO 1→ La tasa de reingreso de pacientes con insuficiencia cardíaca que recibieron atención de transición fue menor que la de los pacientes que recibieron atención de rutina. OBJETIVO 1→ La tasa de visitas de emergencia de los pacientes con insuficiencia cardíaca que recibieron atención de transición fue menor que la de los pacientes que recibieron atención de rutina. OBJETIVO 1→ No hubo diferencias significativas en la mortalidad entre pacientes con insuficiencia cardíaca que reciben atención de transición y pacientes que reciben atención de rutina. OBJETIVO 2→ La intervención de atención de transición puede ayudar a los pacientes a controlar los factores de exacerbación y mejorar su capacidad para identificar los primeros síntomas del deterioro de la insuficiencia cardíaca. Cuando se presentan los primeros signos de insuficiencia cardíaca, pueden recibir tratamientos a tiempo.	

Continuación Tabla 2

Yu DSF, Li PWC, Li SX, Smith RD, Yue SCS, Yan BPY. Effectiveness and Cost-effectiveness of an Empowerment-Based Self-care Education Program on Health Outcomes among Patients with Heart Failure: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open [Internet]. 2022 [Citado el 17 de abril de 2024]; 5(4): e225982. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.5982	ECA, doble ciego con una muestra de 236 individuos que se repartieron en dos programas de autocuidado, uno basado en el empoderamiento y otro en la educación didáctica. Duración: 12 semanas.	Comparar los efectos de un programa de autocuidado basado en el empoderamiento y un programa educativo didáctico en los dominios del autocuidado, incluido mantenimiento, manejo y percepción de los síntomas de autocuidado, el conocimiento del autocuidado y autoeficacia, calidad de vida y asistencia al departamento de urgencias e ingreso hospitalario en pacientes con insuficiencia cardíaca. Investigar si un enfoque de empoderamiento es más rentable para mejorar el autocuidado y la calidad de vida y reduce el uso de servicios sanitarios.	OBJETIVO 2→ El grupo de empoderamiento informó una mayor mejora que el grupo de educación en el conocimiento del autocuidado, la autoeficacia y la calidad de vida relacionada con la salud. El número de asistencias a urgencias y admisiones hospitalarias relacionadas con problemas cardíacos fue menor en el grupo de empoderamiento que el grupo de educación. OBJETICO 1 Y 2→ El autocuidado es un indicador pronóstico importante de la morbilidad y mortalidad asociada a la IC. OBJETIVO 2→ A medida que más investigaciones señalan el papel de la percepción eficaz de los síntomas y el manejo del autocuidado en la prevención de descompensaciones cardíacas evitables, este estudio respalda el beneficio de utilizar un enfoque de empoderamiento para mejorar estas prácticas de autocuidado.	
--	---	---	--	--

Tabla 3: Valoración enfermera recogida de la historia clínica. Fuente: elaboración propia.

PATRÓN DE SALUD	DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS	SEGÚN TERORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS DE LA DRA. DOROTHEA OREM		
		TOTALMENTE COMPENSADOR	PARCIALMENTE COMPENSADOR	APOYO EDUCATIVO
Percepción-manejo de la salud	La paciente precisa ayuda parcial en la higiene corporal. Presenta edemas en las extremidades inferiores desde que se levanta. Debido a que Juana presenta polifarmacia y pluripatología y por las barreras arquitectónicas como alfombras que tiene su domicilio, existe cierto riesgo de poder sufrir una caída. Juana es adherente a los tratamientos pautados y junto con la cuidadora realiza los autocuidados en base a sus patologías. Sus medicamentos son preparados en pastilleros semanales en la farmacia, y ella los toma diariamente a pesar de no conocer la indicación ni la posología.		x	
Nutricional-metabólico	Juana presenta una ingesta alimenticia escasa y no necesita ayuda para comer. La cuidadora le hace una dieta variada sin grasas, baja en sal y evitando alimentos ricos en potasio y en azúcares. No presenta alergias alimenticias.		x	
Eliminación	La paciente presenta incontinencia miccional ocasional ya que hay veces en las que no le da tiempo a llegar al WC, por lo que lleva diariamente bragas absorbentes. No presenta alteraciones respecto al patrón de eliminación intestinal.		x	
Actividad-ejercicio	Juana presenta una reducción en la amplitud de movimientos y precisa de ayuda y acompañamiento de otra persona para caminar y en la realización de sus ABVD Juana presenta disnea de esfuerzo por lo que cuando sale a la calle lo hace en silla de ruedas y siempre acompañada. Es portadora de oxígeno domiciliario durante 20 horas diarias. No sufre dificultad respiratoria cuando está tumbada o durmiendo.		x	
Sueño-descanso	La paciente refiere tomar una pastilla (Lorazepam ®) antes de acostarse para conciliar el sueño y mejorar su descanso diario.		x	
Cognitivo-perceptual	Juana es portadora de una prótesis dental superior y gafas. La paciente muestra un lenguaje claro y apropiado, pero debido a la leve hipoacusia que sufre, refiere que a veces le cuesta comunicarse y entender todo lo que le dicen. Juana muestra buenas capacidades cognitivas, aunque la familia refiere tener algunos olvidos ocasionales. Refiere que las piernas le duelen en algunas ocasiones.		x	
Autopercepción-autocconcepto	La paciente muestra disposición para el aprendizaje y para trabajar aspectos relacionados sobre sí misma y su autoestima.			x

Continuación Tabla 3

Roles-relaciones	Juana es viuda y perdió un hijo hace años. Vive con una cuidadora que está con ella las 24 horas del día. Considera a su familia como un gran apoyo con el que siempre puede contar y los quiere mucho.			x
Sexualidad-reproducción	La paciente tiene dos hijos y varios nietos que la van a visitar varias veces a la semana.			x
Adaptación-tolerancia al estrés	Juana está jubilada. Tiene un buen soporte familiar.			x
Valores-creencias	La paciente se encuentra con buen estado anímico, lo cual considera de vital importancia, y está consciente y orientada. Considera la salud como un estado de bienestar e intenta tener controladas sus patologías para favorecer una buena calidad de vida.			x
La Sra. Juana requiere que la cuidadora o sus familiares compensen parcialmente sus déficits en los patrones de percepción-manejo de la salud, nutricional-metabólico, eliminación, actividad-ejercicio, sueño-descanso y cognitivo-perceptual, y actúen de apoyo educativo en los patrones de autopercepción-autoconcepto, roles-relaciones, sexualidad-reproducción, adaptación-tolerancia al estrés y valores-creencias.				

Tabla 4: Plan de cuidados enfermero en base a la taxonomía NNN (NANDA-NOC-NIC).
Fuente: adaptado de NNNConsult (23).

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO	
Etiqueta diagnóstica: [00182] Disposición para mejorar el autocuidado m/p expresar deseo de mejorar el autocuidado y la independencia de su vida.	
NOC: [3106] Autocontrol: Insuficiencia Cardíaca.	
Indicadores: [310602] Busca información sobre el manejo de la insuficiencia cardíaca, 1 (nunca demostrado) → 3 (a veces demostrado) en 6 meses. [310608] Controla la presión arterial, 1 (nunca demostrado) → 3 (a veces demostrado) en 1 año. [310619] Controla el peso, 1 (nunca demostrado) → 3 (a veces demostrado) en 1 mes.	
NIC: [5520] Facilitar el aprendizaje.	
Actividades: Proporcionar información adecuada al nivel de aprendizaje sobre la insuficiencia cardíaca como su definición o los signos y síntomas de alarma que debe reconocer. Establecer metas de aprendizaje realistas junto con el paciente. Enseñar al paciente cómo debe realizar la toma de la presión arterial y del peso de forma correcta.	
NOC: [1613] Autogestión de los cuidados.	
Indicadores: [161302] Describe los cuidados apropiados, 2 (raramente demostrado) → 4 (frecuentemente demostrado) en 1 mes. [161307] Expresa confianza con la resolución de problemas, 2 (raramente demostrado) → 4 (frecuentemente demostrado) en 3 meses. [161308] Adopta medidas correctoras cuando los cuidados no son apropiados, 1 (nunca demostrado) → 3 (a veces demostrado) en 3 meses.	
NIC: [1803] Ayuda con el autocuidado: alimentación.	NIC: [0224] Terapia de ejercicios: movilidad articular.
Actividades:	Actividades:
Identificar la dieta prescrita, la cual será una dieta mediterránea, variada, baja en grasas, azúcares y sal; realizando siempre cinco comidas al día.	Determinar las limitaciones de movimiento articular de la paciente.
Controlar el peso del paciente.	Explicar al paciente y/o a la familia el plan de ejercicios a seguir en función de sus limitaciones articulares.
Crear un ambiente agradable durante la hora de las comidas.	Fomentar la deambulación en la medida que sea posible.

ENTREVISTA

En esta entrevista “I” equivale al Investigador y “J” equivale a Juana, la paciente entrevistada.

I: Buenos días Juana, como ya le he comentado vamos a realizar una entrevista orientada a su patología de la Insuficiencia Cardíaca. Previamente ya me ha firmado el consentimiento (Anexo A) cómo que acepta participar en este estudio y autoriza la grabación de esta entrevista. Sólo me queda decirle que agradezco su participación y decirle que en cualquier momento podemos detenernos y continuar en otro momento. Me gustaría que me contara todo lo que piensa y que no existen respuestas correctas ni erróneas. ¿Está lista?

J: Venga, sí.

I: Pues empezamos. ¿Qué es para ti la salud?

J: Para mí la salud es lo mejor, es estar bien porque sin estar bien pues no podemos hacer nada ni seguir con nuestra vida.

I: Genial. Entonces corrígeme si no lo he entendido bien, usted la salud lo asocia a bienestar.

J: Exacto.

I: Por lo que he visto en su historia clínica acude a varios especialistas médicos y entiendo que sufres varias enfermedades. De todas ellas, ¿cuál es para usted la más importante o la que más afecta a su vida diaria?

J: La del corazón porque me afecta de muchas maneras. Hay veces que me levanto mal, cansada y hasta que no salgo a la calle como que no soy yo misma porque no me espabilo, y entonces me siento mejor con más energía, más vital. Si fuese yo sola a la calle mejor pero no puedo ir sola porque tengo que ir acompañada con alguien o con la silla de ruedas. Por ejemplo, acompañada con la señora que me cuida.

I: ¿Con ella pasas unas horas o estás todo el día?

J: Todo el día, noche y día. Me siento muy acompañada con ella.

I: ¿Qué tipo de actividades a parte de salir a caminar realizáis juntas?

J: A lo mejor pintamos juntas, jugamos a las fichas o a las cartas y luego yo mientras pinto sola ella hace la comida, me limpia o hace la compra.

I: Cuando nos conocimos usted y yo en el hospital estabas ingresada, ¿Sabe cuál fue el motivo de su ingreso o se acuerda de algo de antes del ingreso?

J: No me acuerdo exactamente porque ingresé esa vez porque he ingresado tantas veces. Pero me parece que fue porque no respiraba bien y sentía que me ahogaba y que me costaba respirar. Y entonces me mandaron medicinas nuevas.

I: Con respecto a las medicinas, ¿las prepara usted o se las preparan?

J: Vienen preparadas de la farmacia y la señora que me cuida me las acerca para que yo me las tome. Pero no se me olvida ningún día tomarlas.

I: Explíqueme para qué se toma cada una de esas pastillas.

J: No, yo simplemente me las tomo porque me las mandan tomar los médicos, pero yo supongo que son para respirar mejor y para que el corazón vaya bien.

I: Cuándo regresó a su casa tras el ingreso, ¿qué hizo la enfermera de su centro de salud?

J: Nada.

I: ¿Acude regularmente al hospital o sólo cuando se encuentra mal?

J: Solo cuando me llevan a las visitas programadas o si estoy malita malita y tengo que ingresar.

I: De acuerdo. ¿Después del ingreso qué tipo de dificultades ha tenido al volver a su rutina en su domicilio?

J: No, aunque sí que es verdad que no tenía mucho apetito y ahora lo he recuperado. Claro está que respiraba mejor y me podía mover más sin que me faltara el aire.

I: Muy bien. ¿Qué le han contado sobre la Insuficiencia Cardíaca?

J: Pues nada, yo solo sé que afecta al corazón y que me canso solamente de hablar. Cuando acabe contigo de hablar, estaré cansada.

I: Pues vaya.

J: Pero no estaré cansada por ti sino por las enfermedades.

I: Bueno pues luego para descansar ¿se tumbará y a dormir la siesta un rato?

J: No, primero a comer. Como de todo.

I: Eso está genial. ¿Qué tipo de cuidados realiza: se pesa, se toma la T/A...?

J: Ninguno.

I: Pero en el hospital me dijo que se controlaba usted las glucemias y se ponía sola la insulina. ¿Estoy equivocada respecto a esto?

J: No no. Eso me lo hago yo todo desde hace muchos años.

I: Estupendo. Volviendo a la Insuficiencia Cardíaca, ¿Cómo se sintió cuándo le diagnosticaron la enfermedad?

J: Mira te lo digo de verdad, tengo tantos años que cuando me dijeron lo del corazón, le di poca importancia. Me esperaba que al final alguna enfermedad me afectara al corazón.

I: Muy bien. Y consigo misma, ¿cómo se siente?

J: Pues muy bien, yo me siento estupenda. Tengo 88 años y parece que tengo 28.

I: Quién los pillara, muchas cosas todavía por hacer.

J: No sabría que hacer, aunque bueno me iría yo sola por ahí a andar y viajaría por el mundo. Aunque yo ya viajé con mi marido eh, nos gustaba irnos por ahí unos días, el último viaje fuimos hasta Turquía.

I: Genial. Por lo que he entendido antes, corríjame si no es así, la IC le afecta principalmente a respirar, a moverse y se siente más cansada. ¿Es correcto?

J: Sí, cuando estoy mal no me puedo vestir ni ducharme sola. Pero en mí día a día yo intento aseo sola, aunque a veces me ayudan a eso y a ponerme la ropa, por ejemplo, a abrocharme los botones si son muy pequeños o a atarme los zapatos.

I: De acuerdo. Por lo que me ha contado pasa los días entretenida. ¿Cuál es su rutina?

J: Pues mira, por la mañana me levanto y me arreglo un poco con ayuda, me aseo, me doy crema, me visto y me pinta los morros que dice ella porque soy presumida. Luego jugamos un rato las dos (si no tiene que ir a comprar) a las cartas o pinto que tengo muchas hojas para pintar. Yo quieta no me quiero estar. Y si hace bueno salimos a la dehesa con la silla de ruedas y allí yo voy de un banco a otro andando para moverme. Si hace malo pues tomamos un café que me gusta mucho pero solo si salimos a la dehesa sino en casa no tomo.

I: Genial, ¿Y el café cómo le afecta?

J: No me hace nada, duermo igual, aunque eso sí con pastilla.

I: ¿Y qué considera usted saludable o que sea bueno para usted?

J: Pues eso que podía estar mejor y podría salir sola a todos los sitios, pero no puedo. Eso sería muy saludable para mí.

I: He visto al entrar que tiene ascensor pero que en el portal hay unos cuantos peldaños que subir andando, ¿Cómo se apaña para subirlos?

J: Mira antes vivíamos en esta calle dos portales más abajo y entonces nos cambiamos a esta porque sí que tenía ascensor porque a mi marido y a mí nos costaba subir las escaleras. La verdad que esas 4 escaleras que hay a la entrada, esas sí que las puedo subir bien, pero si tuviera que subir hasta este piso que es el cuarto andando pues lo conseguiría haciendo un esfuerzo, pero me tendría que parar muchas veces y descansar.

I: ¿Cómo considera que es su energía a lo largo del día?

J: Pues me sobra porque no se en que gastarla, solo la gasto en pintar, jugar a las fichas o a las cartas que jugamos mucho o ver la tele.

I: ¿En algún momento le falta el aire cuándo está tumbada o cuándo duerme?

J: No.

I: ¿Nota que se le inflamen los tobillos o las piernas?

J: Sí, desde que me levanto y los pongo en alto en la mesilla cuando me siento en el sofá a ver la tele para que descanses. Ahora mismo los tengo hinchados, mira no mucho pero un poco.

I: ¿Presenta actualmente algún tipo de dolor?

J: No, mejor tener los pies hinchados que tener dolor.

I: ¿Y algún tipo de alergia tiene?

J: No tampoco.

I: A algunas personas, tener ciertas enfermedades les provoca preocupaciones. Cuénteme cuáles son las tuyas.

J: Yo no tengo ninguna, es lo que me ha tocado.

I: El otro día y cuando estuvo en el hospital, conocí a su hija, pero me gustaría saber más sobre su familia. ¿Qué me puede contar?

J: Pues tengo un hijo que vive en un pueblecito aquí cerca de Soria a 15 minutos en coche y mi hija vive en Logroño. Me vienen a ver todas las semanas. Además, tengo un nieto el de aquí del pueblo de al lado que está estudiando, es más alto y más guapo, y luego tengo a otro en Logroño que trabaja en el hospital de auxiliar. Los fines de semana se van turnando y me voy con uno o con otro para que la cuidadora libre. Los quiero mucho a todos. Casi nunca me dejan sola para que no me pase nada, pero cuando me dejan sola me echan buenas broncas.

I: ¿Y eso a que se debe?

J: Pues a que me intento levantar y ellos no me dejan porque tiene miedo de que me caiga. Yo por ejemplo me levantaría a coger algo o ir al baño y tengo que llamarlos hasta para eso y me da mucha rabia.

I: Por lo que entiendo, ¿le da rabia pedir ayuda porque piensa que podría hacerlo sola, es correcto?

J: Sí, podría hacerlo sola, pero a lo mejor cayéndome. Así que mejor pedir ayuda que caerme. Y entonces mis hijos se enfadan si me levanto sola porque no quieren que me caiga y tenga que ir al hospital otra vez.

I: Claro y ellos no quieren, ¿lleva muchos ingresos en el último año?

J: No, pero sí he ingresado muchas veces antes: cuando me operaron del corazón en Valladolid y otras más.

I: Entiendo que fue una operación complicada, ¿cuáles fueron sus miedos entonces?

J: Pues mira no tenía miedo porque había llegado tal punto que estaba tan tan mal que no podía levantarme de la cama, yo en ese momento solo me quería morir, o curarme y ponerme bien. Te puedo decir que tenía más miedo mi hija que yo.

I: Está hecha una valiente me parece a mí.

J: Mira en la última revisión allí, la señorita que me iba a operar nos hizo pasar a un despacho y le preguntó a mi hija que si estaba dispuesta a que me operaran o no y le dije oye que a la que opera es a mí, la que tiene que estar dispuesta soy yo no ella, y yo le digo que me opero y se acabó.

I: Por lo que me cuenta estaba más asustada que usted. ¿Cómo se sintió tras operarse?

J: Pues muchísimo mejor, aunque todo no lo podía hacer por ejemplo me tenía que ayudar a ponerme una manga, ya había recuperado las ganas de seguir viviendo.

I: Muy bien. ¿Hay algo en su vida que haga que esté estresada?

J: Un hijo que se me murió y me produce mucha tristeza. A pesar de que fue hace mucho, parece que fue ayer y todos los días lo recuerdo y lo echo mucho de menos.

I: Vaya, ya lo siento. Cambiando un poco de tema, ¿cree que podría modificar algo en su vida para mantener sus enfermedades controladas?

J: No como dulce, aunque si a veces tengo arroz con leche pues me lo como, y me suelo cuidar con la comida. A lo mejor salir más a andar, pero muchas veces no lo hago porque me canso.

I: De acuerdo. Del 1 al 10 siendo 1 fatal y tengo que ir al hospital y 10 estupenda y puedo hacer todo, ¿Cómo valoraría su salud a día de hoy?

J: 9 porque no me puedo hacer todo por mí misma.

I: Genial. Su cuidadora ha dicho que iba a hacer la comida, ¿cómo es su alimentación?

J: Buena, variada. Cada día comemos una cosa, pero siempre juntas en la misma mesa.

I: Muy bien, os hacéis compañía.

J: Mira hoy por ejemplo he desayunado la leche y pan tostado de molde con tomate o mermelada casera que hace Marta (la cuidadora) de manzana o pera, aunque a veces si que es verdad que desayuno magdalenas.

I: ¿Y a mitad de mañana o para merendar, que suele tomar?

J: Pues a mitad de mañana nada porque desayuno muy tarde, no tengo hambre y luego como pronto sobre la 13:30-14h, y por la tarde un yogur.

I: ¿Y para comer y cenar?

J: Pues un poco de todo, pero menos cantidad para cenar que para comer. Si pudiera ponerme lo que como en las piernas. Es que chica las piernas me matan.

I: ¿Y eso a que se debe?

J: Las siento débiles, he perdido mucha fuerza, pero por eso no dejo de andar y moverme eh. De aquí a la puerta de la mano con Marta vamos muchas veces a lo largo del día.

I: Está muy bien eso.

J: Yo las piernas las odio que me duelan, me limitan mucho.

I: Ya comprendo. ¿Y al baño cómo vas?

J: Me acompañan cuando tengo ganas.

I: Bueno Juana por mi parte no tengo más preguntas. ¿Alguna cosa que me quiera contar usted?

J: Pues que estás muy guapa y que me alegro que hayas pensado en mí para esto, me ha hecho mucha ilusión y me alegro de verte.

I: Ay, muchas gracias. Por mi parte, esto es todo, si me surgiera alguna duda yo me pongo en contacto con usted, ¿de acuerdo?

J: Estupendo. Lo único me avisas antes porque yo levantarme a abrir la puerta no puedo y tiene que estar Marta para abrir.

I: Vale, de acuerdo.