



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**ROL ACTIVO DE LAS ENFERMERAS
EN LA MEJORA DE LOS PACIENTES CON
INSUFICIENCIA CARDÍACA**

Alumno/a: María De Las Cruces Ayuso Blanco

Tutor/a: Inés María Comino Sanz Y Pedro Luis Pancorbo

Hidalgo

Dpto: Enfermería

Mayo, 2022



ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	3
1. Introducción.....	4
1.1. Epidemiología.....	4
1.2. Etiología de la insuficiencia cardíaca.....	5
1.3. Factores de riesgo.....	5
1.4. Prevención.....	6
1.5. Clasificación.....	7
1.6. Papel de enfermería.....	8
2. Justificación.....	9
3. Objetivo.....	9
4. Metodología.....	10
5. Resultados.....	11
5.1. Factores que se relacionan con el beneficio de los cuidados enfermeros.....	12
5.1.1. Conocimiento de las enfermeras.....	12
5.1.2. Formación especializada.....	14
5.1.3. Ratio enfermera/paciente.....	16
5.1.4. Formación en autocuidado a los pacientes con insuficiencia cardíaca.....	16
6. Conclusiones.....	18
7. Bibliografía.....	20



RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte en todo el mundo y dentro de estas, las de mayor incidencia son las cardiopatías isquémicas. Una de las enfermedades que se considera más severas es la insuficiencia cardíaca, afectando alrededor de 37.7 millones de personas. Por ello, el objetivo de este estudio es describir como los conocimientos, educación sanitaria (autocuidados) y la formación especializada de las enfermeras aportan beneficios en los cuidados de pacientes con insuficiencia cardíaca en diferentes ámbitos. Se ha realizado una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos para obtener unos resultados más específicos. Los resultados encontrados demuestran que unos conocimientos adecuados por parte del personal de enfermería pueden proporcionar unos mejores cuidados a los pacientes con insuficiencia cardíaca.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are one of the leading causes of death worldwide, and among these, the most incidence is ischaemic heart disease. Furthermore, one of the most severe diseases is heart failure, affecting about 37.7 million people. Therefore, this study aims to describe how knowledge, health education (self-care), and specialised training of nurses provide benefits in the care of patients with heart failure in different areas. Different databases have conducted a literature review to obtain more specific results. The results show that providing adequate knowledge to the nurses' team improves care for patients with heart failure.



1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte en todo el mundo y dentro de estas, las de mayor incidencia son las cardiopatías isquémicas. En la última década, el avance en los procedimientos ha conseguido un aumento en la tasa de supervivencia de dichos pacientes. Una de las enfermedades que se considera más severas es la insuficiencia cardíaca (IC).

Por ello, la insuficiencia cardíaca continúa siendo una de las principales razones tanto de mortalidad como morbilidad con tendencia a generar hospitalizaciones y una mala calidad de vida (1).

La IC se podría definir como una patología en la que dentro de sus características clínicas se encuentra una serie de síntomas (ortopnea, disnea, inflamación de miembros inferiores) y signos (congestión pulmonar, presión venosa yugular elevada) que con frecuencia se deben a una deformidad cardíaca, que puede ser tanto a nivel de su estructura, como de su función y que esto da como resultado un descenso de la frecuencia cardíaca, gasto cardíaco y de las presiones intracardíacas (2).

En la insuficiencia cardíaca, la calidad de vida es uno de los aspectos que se encuentra que más afectado, llegando en estadios avanzados a dar más importancia a esta que al tiempo de vida restante (3).

1.1. Epidemiología

En el mundo se estima que alrededor de 37.7 millones de personas viven con IC. En los países desarrollados, las estimaciones suelen oscilar entre el 1-2% de la población adulta. En España, se estima que probablemente hasta >5% porque se carece de estudios de base poblacional en los que se pueda observar la dimensión del impacto real de la patología. Si ajustamos por edad la prevalencia e incidencia de la enfermedad observamos una reducción, pero en cuanto al número total, los pacientes con IC están sufriendo un aumento considerable, esto es debido a la distribución global por edades, así como al desarrollo de la población general (4,5).



En los ancianos, la cantidad de casos se distribuye de una manera desproporcionada. En los pacientes hospitalizados con IC más de la mitad está en una edad > 75 años. Se duplica la prevalencia por cada década de vida transcurrida. Para las personas mayores de 80 años la prevalencia es de $>10\%$ y de un 1% para las personas con menos de 40 años. A lo largo de la vida, hay un riesgo de un 20% de sufrir una IC entre los 40 y los 80 años, tanto en mujeres como en hombres. Las mejoras en la medicina han ayudado a retrasar la aparición de la IC y a alargar la vida de las personas que las presentan (4).

1.2. Etiología de la insuficiencia cardíaca

En cuanto a posibles causas, se sabe que un amplio abanico de defectos hereditarios, afecciones cardíacas y enfermedades sistémicas pueden llegar a provocar la insuficiencia cardíaca. Se sabe que esta enfermedad se puede deber a etiologías mixtas, que no tienen por qué ser mutuamente excluyentes y, además, pueden variar en condiciones considerables entre los países en desarrollo y aquellos que tienen altos ingresos. La IC tiene alrededor de 17 etiologías de origen primario. Entorno a dos tercios de todos los casos de insuficiencia cardíaca se pueden atribuir a cuatro enfermedades latentes: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, cardiopatía reumática, y cardiopatía hipertensiva. Las zonas con ingresos más elevados se encuentran perjudicadas sobre todo por la cardiopatía isquémica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, esto se debe sobre todo a la mayor prevalencia en consumo de alimentos con grandes cantidades de azúcares y grasas y también, al sedentarismo. Sin embargo, en las zonas de bajos ingresos estas principalmente se ven afectadas por la cardiopatía reumática, la cardiopatía hipertensiva, la miocarditis y la miocardiopatía, enfermedades producidas en la mayoría de los casos por situaciones de desnutrición por alimentación deficiente en proteínas y agravadas por no disponer de los suficientes medios para el diagnóstico y la prevención (4,6).

1.3. Factores de riesgo

Mediante al análisis de los diferentes estudios que se han realizado en cuanto a la IC, se pueden obtener datos relevantes respecto a los factores de riesgo que afectan a dicha patología.



Para poder enumerarlos se cuenta con una amplia lista, en la que se incluyen la edad, el sexo, la enfermedad de las arterias coronarias (CAD), el infarto de miocardio (IM), la diabetes mellitus, la obesidad, la dislipemia, la hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular (ictus isquémico, accidente isquémico transitorio) anemia, arteriografía periférica, insuficiencia renal, EPOC, neoplasias malignas y fibrilación auricular, que entran dentro de los factores de riesgo con mayor importancia. Si nos centramos a nivel cardiovascular, estaríamos hablando de: taquicardias, miocarditis, embolia pulmonar aguda, bradicardias, síndromes coronarios agudos, hipertensión arterial no controlada o crisis hipertensiva, taponamiento cardíaco, insuficiencia valvular aguda y la disección aórtica. Algunos de estos endofenotipos como sería el IM y el CAD se podrían explicar por diferentes factores de riesgo cardiovascular ya establecidos entre los que se encuentran el tabaquismo, la dieta y el sedentarismo. Además, se está viendo como el riesgo genético está surgiendo como una herramienta de medida para evaluar el riesgo del futuro desarrollo de una IC (5,7,8).

1.4. Prevención

La prevención primaria de la insuficiencia cardíaca se centraría en la previsión, además del diagnóstico y del tratamiento de la manera más temprana posible de las causas de la IC, sobre todo, a nivel de los factores de riesgo cardiovascular y las cardiopatías. Las patologías coronarias son la causa de dos tercios de los pacientes con insuficiencia cardíaca, principalmente en los casos en los que la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) se encuentra reducida <50%. Por dicho motivo, se espera que el tratamiento inmediato y eficaz de los factores de riesgo de la enfermedad coronaria, la aterosclerosis y de la hipertensión arterial logren controlar la aparición de la insuficiencia cardíaca.

En cuanto a la prevención secundaria, se sabe que ésta se centra sobre todo en prevenir la descompensación que provoca que estos pacientes hospitalicen, ya que cada reingreso hospitalario por IC provoca un deterioro mucho mayor de las funciones tanto renal como cardíaca, episodios recurrentes provocan que haya un empeoramiento de manera gradual en lo que se refiere al curso clínico del paciente. Por ello, cuanto más aumente la cantidad de ingresos en el hospital, será peor para la supervivencia del



paciente. También se sabe que la hospitalización por IC es hasta un 70% del gasto que se genera en insuficiencia cardíaca. Cabe destacar que, sería importante este tipo de prevención tanto a nivel sociosanitario, como a nivel socioeconómico. Por ende, sería necesario que se destinaran estrategias para prevenir la hospitalización como podrían ser: establecimiento de un plan de seguimiento específico, educación sanitaria y formación del paciente, visita temprana después del alta (7-10 días) y telemonitorización. Además, optimizar el tratamiento y las estrategias comentadas son necesarias para la mejora en la prevención (4,8,9).

1.5. Clasificación

La categorización de la IC se puede realizar de diferentes maneras: por la variable en el tiempo en el que se desarrollan los síntomas (agudo, crónico), por el funcionamiento sistólico del ventrículo izquierdo (se expresa como fracción de eyección), por la etiología de la disfunción cardíaca presente y por la gravedad de los síntomas.

Cuando se trata de una aparición brusca de los síntomas estaríamos ante una IC aguda, las cuales suelen tener bastante gravedad y se requiere de una hospitalización para poder estabilizarse. Esta insuficiencia cardíaca aguda, puede deberse a la aparición de arritmia o a un infarto agudo de miocardio. Sin embargo, la IC crónica se describiría más como un síndrome a largo plazo, aunque en algunas ocasiones sea por un deterioro agudo, de manera que a menudo se habla de una IC aguda descompensada.

A lo largo de la historia, la IC se ha cuantificado en relación a la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) que se obtiene con una ecocardiografía con un valor $\geq 50\%$ que es aceptado como normal. Casi en su totalidad, las personas ingresadas tienen IC con fracción de eyección reducida $< 40\%$, pero el síndrome de IC puede aparecer donde la FEVI sea normal, denominándose IC con fracción de eyección preservada $\geq 50\%$. Este tipo de IC se suele dar más en pacientes mayores y aquellos que presenten antecedentes de hipertensión mal controlada.

Respecto a la disfunción del ventrículo izquierdo, la función valvular, las anomalías congénitas estructurales o funcionales y del ritmo cardíaco y la enfermedad pericárdica,



se sabe que pueden tener como resultado el síndrome de la IC ya sea cada una por sí misma o actuando conjuntamente (10).

El cuestionario específico para la calidad de vida en IC sería el cuestionario Minnesota, el cuál abarca las diferentes variables tanto a nivel físico, psíquico y social. Además, incluye sintomatología perteneciente a la IC como son los edemas en miembros inferiores, la disnea o los efectos que puede desencadenar la medicación (3).

La escala NYHA es la escala funcional que se utiliza comunmente para los pacientes que presentan insuficiencia cardíaca. Se divide en 4 clases y se basa en las condiciones en las que se encuentra a nivel de actividad física el paciente, ocasionado por los síntomas cardíacos (11).

Figura 1: Escala New York Heart Association (NYHA). Fuente:(11).

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

1.6. Papel de enfermería

El papel de la enfermera en la insuficiencia cardíaca se puede clasificar en diferentes estrategias: el manejo farmacológico, los dispositivos y manejo quirúrgico y el manejo del estilo de vida. Los tres combinados son los que proporcionan el mejor pronóstico para el paciente. Ya sea en hospitalización como en los diferentes entornos, la enfermera ejerce un papel esencial a nivel individual de los pacientes a la hora de implementar el tratamiento. Las intervenciones para los pacientes con insuficiencia cardíaca deberán incluir en su seguimiento los siguientes procesos: cómo administrar la medicación y evaluar como el paciente reacciona a dichos medicamentos; la valoración



del equilibrio de líquidos, incluido lo que se toma en la ingesta y los de la eliminación; auscultar los sonidos pulmonares para detectar aumento o disminución de estos; identificar y evaluar la gravedad de los edemas; monitorear el pulso y la presión arterial y examinar la turgencia de la piel y cómo se encuentran las mucosas para valorar la hidratación. Además del manejo farmacológico, existen otras opciones terapéuticas como son: la estimulación biventricular, la utilización del cardioversor implantable desfibrilador, el dispositivo de asistencia ventricular, de manera que los pacientes que están en una etapa avanzada son candidatos para este tipo de terapias. Las enfermeras son las responsables de ayudar a las modificaciones del estilo de vida: restricción de sal, niveles adecuados de ejercicio, el seguimiento de las citas, autocontrol de síntomas y signos de la enfermedad y las inmunizaciones regulares son parte significativa en lo que se refiere al plan de tratamiento del paciente. Las enfermeras son las que se encargan de proveer de atención médica a los pacientes para ayudarlos a modificar su estilo de vida cuando conviven con dicha patología cardíaca. Por ello, deben colaborar con los pacientes para que modifiquen su estilo de vida en beneficio a su salud (12).

2. JUSTIFICACIÓN

En España como en Europa la insuficiencia cardíaca (IC) es de gran importancia para la salud pública, ya que, las enfermedades cardiovasculares son, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayor causa de muerte en la población, afectando a 17,9 millones de vida cada año, estos datos se encuentran actualizados a 2022 (13).

La IC en la población con más de 40 años tiene una prevalencia del 1-2%, mientras que en personas con más de 70 años puede llegar a alcanzar unos valores en torno al 10%. Respecto a los costes hospitalarios, un paciente con esta patología puede suponer unos 15.373 euros al año en el hospital, pudiendo reducirse dicho coste hasta un 7% del total gracias a los medicamentos empleados en estos pacientes (5,14).

3. OBJETIVO

Describir como los conocimientos, educación sanitaria (autocuidados) y la formación especializada de las enfermeras aportan beneficios en los cuidados de pacientes con insuficiencia cardíaca en diferentes ámbitos.

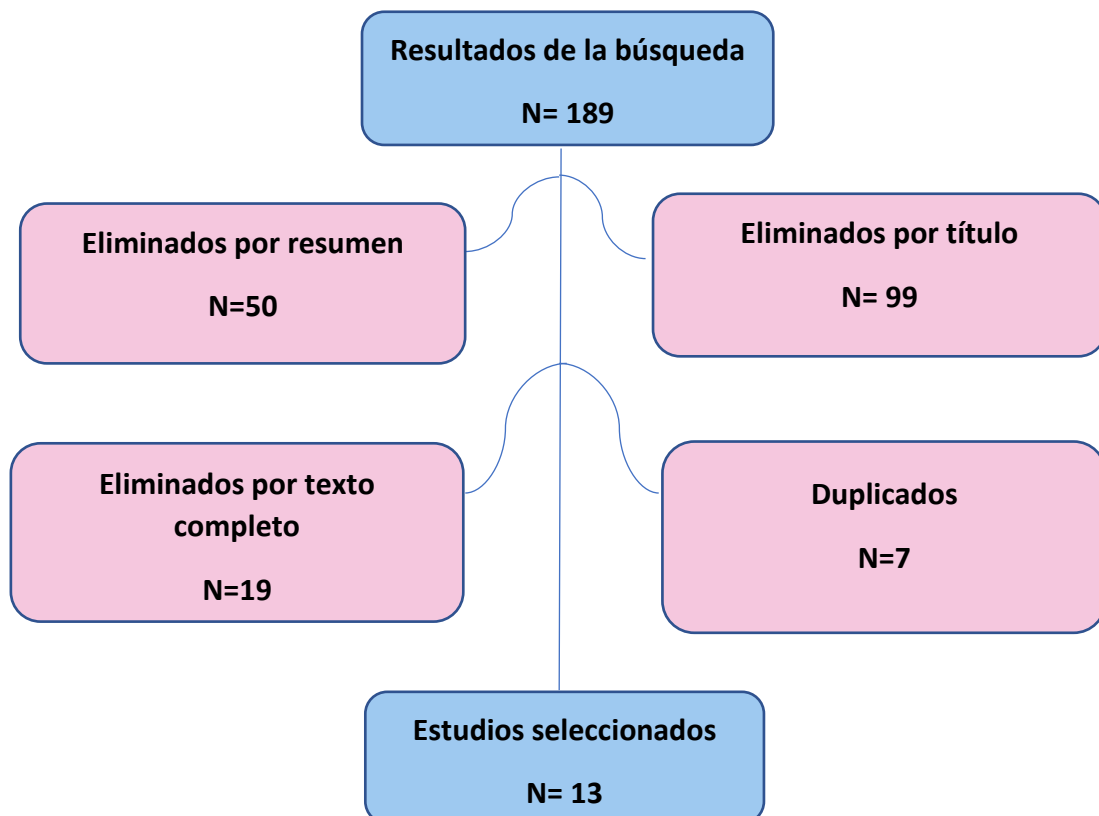


4. METODOLOGÍA

El diseño de este trabajo consiste en una revisión bibliográfica de carácter narrativo. Para su realización, se ejecutó una búsqueda sistemática de los estudios más relevantes en las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL, MEDLINE, CUIDEN PLUS, SCIELO, IME y WOS. Las palabras clave empleadas durante la búsqueda fueron: cuidados de enfermería, unidad de cuidados intensivos e insuficiencia cardíaca. Los estudios que se incluyeron cumplían con los siguientes criterios: que incluyeran pacientes adultos con insuficiencia cardíaca, que se realizasen en las diferentes unidades asistenciales, que tratasen de los diferentes cuidados que las enfermeras realizan, que fuesen publicados entre 2011 y 2022 para que estuviesen lo más actualizados posibles y sin importar el idioma en el que estuvieran publicados. Los estudios que se excluyeron fueron artículos que no formaran parte de investigaciones (p. ej., comentarios, editoriales, informes o revisiones).

La búsqueda inicial en las bases de datos con los parámetros necesarios, arrojó unos resultados de 189 citas. Se divide la elección en el siguiente diagrama de flujo:

Figura 2. Diagrama de flujo. Fuente: elaboración propia.





5. RESULTADOS

5.1. Factores que se relacionan con el beneficio de los cuidados enfermeros.

Tras analizar las búsquedas y aplicar los criterios de inclusión y exclusión se han seleccionado un total de 13 artículos. El motivo de unos criterios de selección tan concretos fue el interés en crear una revisión más específica sobre el tema. En la Tabla 1 se recogen las principales características de los estudios relacionados con el beneficio de los cuidados enfermeros en la insuficiencia cardíaca.

Tabla 1. Resultados principales de los artículos seleccionados.

FACTORES QUE SE RELACIONAN CON EL BENEFICIO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS.	Artículo.
Conocimiento: ● Cuidados de la boca. ● Manejo tubo torácico. ● Conocer los tubos cardíacos. ● Manejo nutrición enteral.	Cianetti S et al, 2020 (15). Cook M et al, 2017 (16). Dittman et al, 2019 (17). Flordelís JL et al, 2015 (18).
Formación especializada en cuidados cardíacos.	David D et al, 2015 (19). Coen J et al, 2016 (20). Merino M et al, 2020 (21). Mitchell A et al, 2014 (22).
Ratio enfermera/paciente.	Dordunoo D et al, 2017 (23).
Formación en autocuidados.	Wu J et al, 2021 (24). Gomes L et al, 2021 (25). Sousa JP et al, 2019 (26). Chen Y et al, 2016 (27).



5.1.1. Conocimiento de las enfermeras

La importancia de un adecuado conocimiento de los diferentes cuidados que se prestan en las unidades de cuidados intensivos a pacientes cardíacos es esencial por parte del personal de enfermería. Este es un aspecto que ha sido estudiado por diferentes autores.

Uno de los cuidados descritos es la correcta higiene bucodental, dónde Cianetti et al(15), analizaron el conocimiento que tenían las enfermeras sobre los cuidados de boca, obteniéndose un déficit de estos ya que solo un 54.4% sabían cómo realizarlo. Se podrían evitar complicaciones provocadas por la excesiva acumulación de placa por la mala higiene bucal. Por ejemplo, en el caso de la gingivitis por mala higiene la probabilidad de bacteriemia se triplica. Además, la periodontitis se relaciona con mayor riesgo de enfermedades de tipo cardiovascular como son la endocarditis (3,78 veces), la hipertensión arterial (1,64 veces) y el infarto (1,28 veces).

Esto demuestra lo importante que es una buena salud bucodental y lo necesario que es que las enfermeras tengan los conocimientos adecuados para la correcta realización de estos, además para contrarrestar complicaciones que se puedan relacionar con los distintos microorganismos orales.

La principal limitación que se encuentra en el estudio es el reducido tamaño muestral, de manera que sería positivo que hubiera más estudios. Aunque esto sea así, con los estudios que disponemos, se observan claramente los beneficios que tienen para el cuidado de este tipo de pacientes.

Otro aspecto evaluado es el conocimiento en el manejo del tubo torácico. Cook et al (16), analizan la importancia de las características y los diferentes factores que presentan los pacientes y que pueden perjudicar en el manejo de los tubos torácicos por parte de las enfermeras en las primeras 24 horas a su llegada a la UCI.

Para ello participaron 29 enfermeras en el estudio. Más de un 80% de las enfermeras se sentían cómodas con el manejo del tubo torácico y con los vendajes que supuraban, aunque, tan solo alrededor del 40% estaban tranquilas con el manejo de los tubos que presentaban alguna obstrucción.



En general, el tiempo que se dedicaba al manejo del tubo era de unos 28 minutos en las primeras 24 horas y unos 7 minutos en las 4 horas siguientes de control, de manera que se dedicaba más tiempo cuando los pacientes tenían un tubo más pequeño. Se analizó también que las enfermeras que se sentían más cómodas manejando los tubos torácicos necesitaban menos tiempo que aquellas que no se encontraban con tanto manejo.

Un uso correcto del tubo permitía predecir el tiempo que se le iba a dedicar a manejarlo, dependiendo también de las características de dicho tubo, el uso de hemoderivados, la comodidad del enfermero y los antecedentes de cirugías cardíacas, así como la presencia de insuficiencia cardíaca o el uso de anticoagulantes preoperatorios.

También, es necesario obtener una buena educación e intervenciones clínicas adecuadas para que se optimice el manejo del tubo torácico y así reducir el tiempo de manejo y que se sientan más cómodas tanto las enfermeras como los pacientes.

Otro punto a tener en cuenta es conocer los diferentes dispositivos cardíacos que se utilizan en la unidad de cuidados intensivos, ya que esto favorece los cuidados óptimos de los pacientes.

Una de las herramientas utilizadas en el manejo de la insuficiencia cardíaca es el dispositivo Impella, del que hablan Dittman et al (17). Este dispositivo se encarga de realizar un soporte cardíaco eficaz y, además, es mínimamente invasivo.

En lo que refiere a las enfermeras de los cuidados intensivos, estas desarrollan un papel fundamental frente a estos dispositivos tanto para su optimización, como para su mantenimiento en la atención de los pacientes con patologías cardíacas. Desde el momento en el que se implanta el dispositivo hasta que se retira y se va de alta de la unidad, el paciente es controlado por la enfermera de la UCI, en cuanto al sangrado que presenta, manteniendo el sistema de purga en condiciones con una solución de heparina y dextrosa, controlar la velocidad de infusión, el tiempo de coagulación y las gasometrías realizadas.

Por ello, es importante que se conozcan los diferentes dispositivos cardíacos que se utilizan en la unidad de cuidados intensivos, ya que, esto favorece los cuidados óptimos de los pacientes.



Otra de los conocimientos a valorar sería la nutrición enteral, por ello Flordelís JL et al(18) evaluaron a un total de 37 pacientes seleccionados con patología cardíaca que iniciaron la nutrición enteral. A las primeras 48 horas, un 97% dieron en esas horas un fallo hemodinámico. De estos un porcentaje significativo se encontraban en un estado hemodinámico con grave inestabilidad. Aunque no se detectó por parte de enfermería ninguna complicación grave gracias al monitoreo constante, sin embargo, no es fácil satisfacer las necesidades nutricionales solo por esta vía de alimentación.

Es necesario que se tengan los conocimientos por parte de enfermería de las consecuencias que puede provocar la nutrición enteral, como son la distensión abdominal, diarrea, estreñimiento, vómitos, broncoaspiración y hemorragias digestivas, para poder tratarlas y solucionar los problemas con la mayor brevedad posible.

5.1.2. Formación especializada

La trascendencia de unos conocimientos específicos en lo que se refiere a los cuidados de pacientes cardíacos, es considerado como esencial para los cuidados por parte de las enfermeras. Estos conocimientos los han valorado diferentes autores.

Uno de estos autores, David D et al (19), tratan en su artículo el impacto que tiene en los pacientes que sean atendidos bajo un equipo de cuidados intensivos que tenga una enfermera especializada en dichos cuidados, ya que, se podrían mejorar los resultados en cuanto a las tasas de readmisión y la duración de la estancia en el hospital, en el momento del alta de estos pacientes.

Se obtuvieron los resultados a través de un diseño cuantitativo en el que se dividieron a 185 pacientes de unos 70 años que presentaban elevación del segmento ST o sin ella, con infarto de miocardio (72.4%) o insuficiencia cardíaca (27.6%), entre un grupo en el que se encontraba el equipo de atención con enfermera especializada (grupo intervención) y otro en el que no (grupo control). Se consiguieron unos resultados favorables en el primer grupo, ya que se vieron disminuidos los reingresos en la unidad y al servicio de urgencias en los siguientes 30 días del alta. Mientras que para el grupo control acudieron a urgencias un 25%, en el grupo de la intervención fue tan solo del



11.9%. En cuanto al reingreso hospitalario, en los 30 días fue de un 28,9% para el grupo sin intervención y de un 13,8% para el intervenido.

La importancia de estos conocimientos nos da como resultado que es necesario un equipo capacitado para reducir los reingresos de estos pacientes, ya que las enfermeras pueden ayudar en la enseñanza del autocuidado para que los pacientes mejoren el manejo de su condición cardíaca.

Otro de los artículos que valora estos conocimientos específicos es el de Coen J et al (20), donde tratan cómo el papel de la enfermera especialista en el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca provoca efectos positivos en las diferentes esferas del cuidado.

La importancia de una formación adecuada ayuda a que las barreras que se presenten frente a las diversas circunstancias posibles, se resuelvan con mayor eficacia al saber cómo actuar de la manera más correcta.

Otro de los estudios que trata este tema es de Merino M et al (21), en el que con diferentes propuestas, se observó que podría mejorar la atención de los pacientes, además de beneficiar al sistema nacional de salud español. Una de dichas propuestas, sería la especialización de las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos, ya que, una atención más especializada ayuda a que los pacientes cardíacos se encuentren con las enfermeras más preparadas, además, se vería reflejado en la menor estancia en la unidad de cuidados intensivos lo que sería un beneficio para el sistema de salud.

El estudio realizado por Mitchell A et al (22), expone cómo el tener un equipo de expertos de respuesta rápida ante la aparición de efectos adversos cardíacos puede mejorar la seguridad del paciente. Este grupo de enfermeras, se encuentra dirigido por una enfermera de la unidad de cuidados intensivos y se comprobó que la incidencia de los paros cardíacos se reduce de un 83% al 12%.

Con todo esto y visto los diferentes estudios, se puede orientar a que una formación más centrada y especializada es adecuada para que los pacientes estén atendidos en las mejores condiciones.



5.1.3. Ratio enfermera/paciente

Es fundamental que las ratios entre enfermera y paciente sean los adecuados, ya que, un aumento de dicha ratio provocaría un perjuicio a los pacientes debido a que, los cuidados no se podrían otorgar en las mejores condiciones. Esto se observó en el artículo de Dorduno D et al (23), en el que hablan de cómo diferentes factores a nivel estructural pueden provocar el reingreso del paciente con insuficiencia cardíaca, más allá de sus propios factores personales. Para ello, se observó con retrospectiva a 425 pacientes con una edad media de 62 años. Los resultados sugieren que una mayor relación entre enfermera y paciente provoca mayor probabilidad de reingreso a los 30 días, la tasa de reingreso fue de un 20,2% por todas las causas posibles y se vio aumentada hasta más de un 76% cuando la relación enfermera-paciente era de 1:4 o más.

Por dicho motivo es muy importante este tema, ya que, un alto volumen de pacientes con insuficiencia cardíaca puede provocar un impacto negativo en el proceso de atención de su patología y llegar a ser motivo de reingreso de los pacientes.

5.1.4. Formación en autocuidado a los pacientes con insuficiencia cardíaca

Es importante que los pacientes conozcan la patología que presentan, así como los cuidados, medicamentos y signos y síntomas que pudieran tener. Esto ha sido valorado por diferentes autores.

Uno de los autores que valora los autocuidados es Wu J et al (24), en su investigación observa cómo influye la entrevista motivacional en los pacientes que hayan tenido problemas cardíacos respecto a los que se le dan los cuidados habituales. En él, participaron 93 pacientes que se dividieron en el grupo control y el grupo de intervención.

La entrevista motivacional dio como resultado un aumento de los niveles de autocuidados, cómo optimizaban su calidad de vida y cumplían con la medicación prescrita además de mejorar el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

Otro de los autores que observaron dichos resultados son Gomes L et al (25), también en su artículo se divide a la población seleccionada, 67 pacientes en los que reciben una intervención educativa de sus cuidados cardíacos y el grupo control que no recibió dicha



información educativa. Esta intervención, se encargó de darle conocimientos a los pacientes seleccionados sobre cómo conocer los riesgos de las enfermedades cardíacas, saber controlar los signos y síntomas de las enfermedades del corazón y saber qué elementos cambiar para aumentar su calidad de vida.

Ambos estudios (24,25), tienen resultados favorables en el grupo de intervención, ya que, se observa que las personas mejoran su calidad de vida, tienen mejor desarrollo de sus habilidades en cuanto al nivel de autocuidados, cumplían con la toma de medicación y aumenta el pronóstico entre ambos grupos. Por ello, una buena formación de sus cuidados por parte del personal de enfermería hace que estos pacientes mejoren en mucho de los aspectos de su vida.

Otro de los estudios que trata los factores que resultan de los reingresos en pacientes con insuficiencia cardíaca, es el tratado por Sousa JP et al (26), en el que mediante entrevistas se observó que, un mayor conocimiento otorgado por las enfermeras a los pacientes sobre su patología les hace más conscientes de los cuidados que necesitan y cómo estar alerta a los posibles síntomas o signos que puedan ocurrir, mayor adherencia con el tratamiento, además de las diferentes tareas que deben realizar en su día a día para mejorar el manejo de su enfermedad.

La planificación al alta es otro de los aspectos valorados por Chen Y et al (27), se observaron a los pacientes con insuficiencia cardíaca en la unidad de cuidados cardíacos, se comprobó que cuando las enfermeras proporcionan una educación organizada sobre la alimentación, los medicamentos, la actividad física y vigilar sus síntomas tenían una alta tasa de que se cumpliesen y por lo tanto, la salud de los pacientes iría a mejor. Además, se impartió un seminario para las enfermeras para que estuvieran mejor informadas y preparadas, posteriormente se les hizo un examen para valorar los conocimientos que habían adquirido y a continuación practicaron bajo la supervisión de la enfermera con mayor experiencia. Se comprobó que había tenido éxito, aunque sería necesario realizar más auditorias para ver el efecto que se consigue.



6. CONCLUSIONES

La insuficiencia cardíaca cada vez tiene mayor tasa de mortalidad y morbilidad en el mundo, por tanto, es preciso que se le dé una gran importancia para saber cómo tratarla y que cuidados necesita

Además, es necesario que el personal de enfermería se encuentre informado y capacitado para atender dichas patologías en sus estadios más agudos. Por ello, es adecuado contar con una actualización constante de los conocimientos necesarios para que el paciente tenga la mejor atención y cuidados a lo largo de su enfermedad.

Los diferentes factores que se han observado como:

- El cuidado de la boca, se ha visto que una mejora en este tipo de cuidado disminuye las posibles complicaciones derivadas de una mala higiene bucodental(15).
- El tiempo en el manejo del tubo, ya que la seguridad que presentan las enfermeras ante el manejo del tubo provocaría una mayor eficiencia de dichos cuidados(16).
- El conocimiento de los diferentes dispositivos, como el Impella favorece el cuidado óptimo de los pacientes con insuficiencia cardíaca que necesiten dicho instrumento(17).
- El manejo de la nutrición enteral por parte de enfermería, gracias al monitoreo constante facilita los cuidados y la detección precoz de los distintas complicaciones (18).
- Los conocimientos especializados en el ámbito de la insuficiencia cardíaca hace que frente a las diversas circunstancias que puedan aparecer, se sepa cómo actuar de la mejor manera posible(19–22).
- El ratio existente entre enfermera/paciente, es importante ya que podría llegar a provocar un reingreso de los pacientes, al no poder dedicar unos cuidados óptimos durante su estancia(23).
- La formación en sus propios autocuidados, supone una mejora en el manejo de su patología, por ello, es necesario una buena educación sanitaria por parte del personal de enfermería (24–27).



Los diferentes factores valorados hacen que los pacientes tengan los cuidados más adecuados para su tipo de patología.

La persona que tendrán de referencia para llevar su seguimiento y otorgarles información para mejorar su salud y sus cuidados es la enfermera, que participa en los diferentes ámbitos.

Por ello, es necesario que el personal de enfermería se encuentre con la capacidad y conocimientos suficientes para poder llevar a cabo las diferentes acciones que se han observado, ya que, esto le beneficiará al paciente en todos los aspectos de su vida a partir de su patología.

En cuanto a las limitaciones de esta revisión, cabe destacar el número reducido de participantes en los diferentes estudios observados y la importancia de ampliar las líneas de investigación futuras en relación a los cuidados de los pacientes con insuficiencia cardíaca.



7. BIBLIOGRAFÍA

1. Tomasoni D, Adamo M, Lombardi CM, Metra M. Highlights in heart failure. ESC Heart Fail. 29 de enero de 2020;6(6):1105-27.
2. Kurmani S, Squire I. Acute Heart Failure: Definition, Classification and Epidemiology. Curr Heart Fail Rep. 2017;14(5):385-92.
3. Conthe P, Tejerina F. Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca. Rev Esp Cardiol Supl. 1 de enero de 2007;7(6):57F-66F.
4. Ziaeeian B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. Nat Rev Cardiol. junio de 2016;13(6):368-78.
5. Sicras-Mainar A, Sicras-Navarro A, Palacios B, Varela L, Delgado JF. Epidemiología y tratamiento de la insuficiencia cardiaca en España: estudio PATHWAYS-HF. Rev Esp Cardiol. 1 de enero de 2022;75(1):31-8.
6. Orso F, Fabbri G, Maggioni AP. Epidemiology of Heart Failure. En: Bauersachs J, Butler J, Sandner P, editores. Heart Failure [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017 [citado 3 de abril de 2022]. p. 15-33. Disponible en: https://doi.org/10.1007/164_2016_74
7. Meijers WC, de Boer RA. Common risk factors for heart failure and cancer. Cardiovasc Res. 15 de abril de 2019;115(5):844-53.
8. Farmakis D, Parissis J, Lekakis J, Filippatos G. Insuficiencia cardiaca aguda: epidemiología, factores de riesgo y prevención. Rev Esp Cardiol. 1 de marzo de 2015;68(3):245-8.
9. Bodas ÓA, Martel AC, Bautista PS. Insuficiencia cardíaca aguda: factores desencadenantes y prevención. Med Clínica. 1 de marzo de 2014;142:9-13.
10. Brahmabhatt DH, Cowie MR. Heart failure: classification and pathophysiology. Medicine (Baltimore). 1 de octubre de 2018;46(10):587-93.



11. NYHA: Clasificación funcional de la insuficiencia cardíaca [Internet]. [citado 3 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.rccc.eu/scores/NYHA.html>
12. Angelidou D. Caring for the Heart Failure Patient: Contemporary Nursing Interventions. *Hosp Chron*. 2010;5(1 Sup):22-9.
13. Enfermedades cardiovasculares - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 19 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
14. Escobar C, Varela L, Palacios B, Capel M, Sicras A, Sicras A, et al. Costs and healthcare utilisation of patients with heart failure in Spain. *BMC Health Serv Res*. 20 de octubre de 2020;20(1):964.
15. Cianetti S, Anderini P, Pagano S, Eusebi P, Orso M, Salvato R, et al. Oral Health Knowledge Level of Nursing Staff Working in Semi-Intensive Heart Failure Units. *J Multidiscip Healthc*. 2020;13:165-73.
16. Cook M, Idzior L, Bena JF, Albert NM. Nurse and patient factors that influence nursing time in chest tube management early after open heart surgery: A descriptive, correlational study. *Intensive Crit Care Nurs*. octubre de 2017;42:116-21.
17. Dittman BK. Percutaneous Biventricular Mechanical Heart Support in Cardiogenic Shock: A Nursing Case Report. *Crit Care Nurse*. abril de 2019;39(2):15-28.
18. Flordelís Lasierra JL, Pérez-Vela JL, Umezawa Makikado LD, Torres Sánchez E, Colino Gómez L, Maroto Rodríguez B, et al. Early enteral nutrition in patients with hemodynamic failure following cardiac surgery. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. febrero de 2015;39(2):154-62.
19. David D, Britting L, Dalton J. Cardiac acute care nurse practitioner and 30-day readmission. *J Cardiovasc Nurs*. junio de 2015;30(3):248-55.



20. Coen J, Curry K. Improving Heart Failure Outcomes: The Role of the Clinical Nurse Specialist. *Crit Care Nurs Q.* octubre de 2016;39(4):335-44.
21. Merino M, Jiménez M, Manito N, Casariego E, Ivanova Y, González-Domínguez A, et al. The social return on investment of a new approach to heart failure in the Spanish National Health System. *ESC Heart Fail.* febrero de 2020;7(1):130-7.
22. Mitchell A, Schatz M, Francis H. Designing a critical care nurse-led rapid response team using only available resources: 6 years later. *Crit Care Nurse.* junio de 2014;34(3):41-55; quiz 56.
23. Dordunoo D, Thomas SA, Friedmann E, Russell SD, Newhouse RP, Akintade B. Inpatient Unit Heart Failure Discharge Volume Predicts All-cause 30-Day Hospital Readmission. *J Cardiovasc Nurs.* junio de 2017;32(3):218-25.
24. Wu J, Yu Y, Xu H. Influence of targeted motivational interviewing on self-care level and prognosis during nursing care of chronic heart failure. *Am J Transl Res.* 15 de junio de 2021;13(6):6576-83.
25. Gomes L, Liébana-Presa C, Araújo B, Marques F, Fernández-Martínez E. Heart Disease, Now What? Improving Quality of Life through Education. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 17 de marzo de 2021 [citado 2 de abril de 2022];18(6). Disponible en:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=33802701&site=ehost-live&scope=site>
26. Sousa JP, Santos M. Symptom Management and Hospital Readmission in Heart Failure Patients: A Qualitative Study From Portugal. *Crit Care Nurs Q.* 1 de marzo de 2019;42(1):81-8.
27. Chen Y, Zhu L, Xu F, Chen J. Discharge planning for heart failure patients in a tertiary hospital in Shanghai: a best practice implementation project. *JB I Database Syst Rev Implement Rep.* febrero de 2016;14(2):322-36.