

EMPODERAMIENTO DE LA SALUD:

Estrategias para adoptar comportamientos saludables en una mujer adulta joven con insuficiencia cardiaca de súbito desarrollo

HEALTH EMPOWERMENT:

Strategies to adopt healthy behaviors in a young adult woman with sudden heart failure: a case study

Autores

Alberto Francisco González-Flores¹,
Juana Mercedes Gutiérrez-Valverde²,

¹ *Estudiante de Doctorado. Universidad Autónoma de Nuevo León.
Facultad de Enfermería, Monterrey, México.*

² *Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León.
Facultad de Enfermería, Monterrey, México.*

DOI: <https://doi.org/10.59322/90.2431.UJ2>

Dirección para correspondencia

Alberto Francisco González Flores.
Calle: Barbero de Sevilla Mz14 Lt15,
Colonia: Agrícola Metropolitana,
Alcaldía: Tláhuac, Ciudad de
México, México, CP: 13280

Correo electrónico

alfra_serolf@hotmail.com

Resumen

La insuficiencia cardiaca es un síndrome que aqueja a personas de edad avanzada que experimentan un deterioro significativo del funcionamiento físico ya que, deben manejar regímenes médicos que implican la modificación y adopción de conductas saludables en la vida y esto puede ser dificultado por diversos factores sociodemográficos que limitan a las personas a seguir las recomendaciones de cuidado en casa.

Se presenta el caso de una paciente en la cuarta década de la vida con antecedentes médicos de síndrome antifosfolípido, con un post-operatorio mediato de cambio valvular mitral. La paciente, tras días de asistencia con oxigenación por membrana extracorpórea y estabilizarla, egresa de la unidad de cuidados críticos para continuar con su recuperación, rehabilitación, y enseñanza en la adopción de nuevas conductas de salud necesarias para mantener su estado físico en el hogar. Se realiza la valoración de la persona a través de las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson identificando las más alteradas para la enseñanza y aprendizaje que dan pie a la elaboración de los diagnósticos de enfermería; para la planificación se consideran las limitaciones por fuerza en la persona, y se establece la ejecución de las intervenciones bajo estas premisas, obteniendo una evaluación satisfactoria. Para los resultados se hace uso de las taxonomías de Clasificación de los Resultados de Enfermería y, de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

El objetivo de este artículo es exponer la ejecución de un plan de cuidados con intervenciones de seguimiento integral a una paciente joven con insuficiencia cardiaca aguda.

Palabras clave: insuficiencia cardiaca, conductas de salud, oxigenación por membrana extracorpórea, alimentación saludable, actividad física, autocuidado.



Abstract

Heart failure is a syndrome that afflicts elderly people who experience a significant deterioration in physical functioning and must manage medical regimens that involve the modification and adoption of healthy life behaviors and this can be made difficult by various sociodemographic factors that limit people to following care recommendations at home.

We present the case of a patient in the fourth decade of life with a medical history of antiphospholipid syndrome, with a post-operative mitral valve replacement. After days of assistance with extracorporeal membrane oxygenation and stabilization, the patient leaves the critical care unit to continue her recovery, rehabilitation, and training in adopting new health behaviors necessary to maintain her physical condition at home. The assessment of the person is carried out through the 14 needs of the Virginia Henderson model, identifying those most altered for training and learning that give rise to the development of nursing diagnoses; For planning, the person's strength limitations are considered, and the execution of the interventions is established under these premises, obtaining a satisfactory evaluation. For the results, the taxonomies of the Classification of Nursing Outcomes and the Classification of Nursing Interventions are used.

This article aims to present the execution of a care plan with comprehensive follow-up interventions for a young patient with acute heart failure.

Keywords: heart failure, health behaviors, extracorporeal membrane oxygenation, healthy eating, physical activity, self-care.

Introducción

La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome que aqueja cada vez más a la población adulta, su prevalencia se estima en poco más del 2 % entre las personas de 25 a 74 años de la población a nivel mundial¹ con un aumento desproporcionado en las últimas décadas. Además se estima que cada año existen entre 500 mil y 600 mil nuevos casos diagnosticados².

Las personas que deben aprender a vivir con esta entidad médica se caracterizan por episodios de inestabilidad clínica recurrentes, derivados de resultados heterogéneos en el cuidado de su salud a través del tiempo. Estos resultados conducen a tasas altas de ocupación en las salas de urgencia y el uso prolongado de camas en las áreas de hospitalización debido a que estos pacientes experimentan rehospitalizaciones recurrentes y los factores asociados a estas en la mayoría de las ocasiones son prevenibles³.

Para las personas con IC, los riesgos de rehospitalización y muerte se acentúan inmediatamente después del alta hospitalaria, debido a la necesidad de una integración de cambios en el estilo de vida y de conductas

necesarias para aplazar estados no deseados, como rehospitalizaciones tempranas (<60 días), complicaciones derivadas del mal control de la enfermedad, mortalidad temprana y sobrecostos de la atención médica^{4,1}. Por tal motivo, la integración del personal de enfermería en la atención de este tipo de población es una piedra angular en la transición y seguimiento para el reforzamiento en la adopción de conductas y el manejo de la enfermedad multidisciplinariamente mostrando avances y resultados positivos en este tipo de personas.

Distintos reportes señalan la importancia de la adopción de conductas saludables en cuatro campos de acción imprescindibles para mantener la salud cardiaca de las personas que padecen IC, los cuales están centrados en la alimentación saludable⁵, la actividad física⁶, el control del peso⁷ y el apego al tratamiento farmacológico⁸.

Se presenta el caso clínico de una mujer de 34 años con intervenciones de seguimiento para la adopción de nuevas conductas de salud derivadas del desarrollo de IC aguda posterior a una intervención quirúrgica cardiaca. La valoración de enfermería se realizó de acuerdo con el modelo teórico de



las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Se evaluó el autocuidado mediante la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS, por sus siglas en inglés)⁹. La escala consiste en un cuestionario autoadministrado con 12 ítems que abordan diferentes aspectos de autocuidado de los pacientes. Cada ítem se puntúa de 1 (estoy completamente de acuerdo/siempre) a 5 (estoy completamente en desacuerdo/nunca). La puntuación global puede variar de 12 (mejor autocuidado) a 60 (peor autocuidado). Además, se clasificó la clase funcional de la persona mediante la Clase Funcional de la New York Heart Association. La clasificación concentra cuatro estadios, desde la Clase I, en la que existe ausencia de síntomas cardíacos (dolor y/o disnea), hasta la Clase IV, en la que experimentan síntomas cardíacos en reposo.

Se empleó la taxonomía NANDA para denominar mediante diagnósticos enfermeros las necesidades de dependencia. En la planificación de los resultados se hace uso de las taxonomías NOC (Clasificación de los Resultados de Enfermería), NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) y las disponibles en EBE (Enfermería Basada en Evidencia) para establecer resultados esperables y las actividades de enfermería para alcanzar dichos resultados, por lo que el objetivo de este artículo es exponer la ejecución de un plan de cuidados con intervenciones de seguimiento que permitan una atención integral para una paciente joven que ha desarrollado insuficiencia cardíaca de forma aguda.

Presentación del caso

Mujer de 34 años, con antecedente médico de síndrome antifosfolípido de 12 años de diagnóstico y tratamiento, sin enfermedades cardiovasculares, metabólicas o crónicas degenerativas previas, que es sometida a cirugía de sustitución valvular mitral por estenosis de la válvula que, posterior a la circulación extracorpórea en el acto quirúrgico, desarrolla falla circulatoria por inotropismo deficiente sostenido, por lo que es necesario el apoyo vasopresor, inotrópico, metabólico y de asistencia circulatoria con balón intraaórtico de contrapulsación (BIAC). A su ingreso en

la unidad de cuidados críticos cardiovasculares, se mantiene con infusión de vasopresores e inotrópicos en dosis altas, BIAC a una relación 1:1, manteniendo constantes vitales limítrofes. Ante el deterioro hemodinámico, el equipo médico/quirúrgico opta por la asistencia con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Ante la evolución tórpida y prolongada en la unidad de cuidados críticos cardiovasculares por infecciones nosocomiales, alteraciones metabólicas y trombosis del miembro pélvico izquierdo y amputación de este, es egresada 23 días después al servicio de cardiología para continuar con su recuperación y rehabilitación.

Después de tres semanas de manejo cardiovascular intensivo, la paciente egresa al servicio de cardiología para su seguimiento médico, además de iniciar con la transición de los cuidados críticos a los del hogar. Instalada en la unidad clínica del servicio de cardiología, los valores de las constantes vitales fueron: presión arterial de 116/68 mmHg, frecuencia cardíaca de 68 latidos/minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones/minuto, saturación de oxígeno de 94 % y temperatura de 36,8 °C. En la valoración física, mediante la inspección se observa una estructura ectomorfa; es posible notar que la paciente no puede mantener la posición bipedestada por amputación del miembro pélvico izquierdo y debido a la postración en cama prolongada la paciente presenta atrofia muscular con fuerza 4/10 en las tres extremidades. A la auscultación, la región pulmonar presenta ruidos vesiculares y broncovesiculares; el precordio con ruidos cardíacos S1 y S2 con chasquido de la válvula no nativa, rítmicos; a nivel abdominal con ruidos peristálticos lentos. Sin presencia de masas a la palpación, ni dolor a la percusión abdominal.

Tratamiento médico: se estableció el tratamiento farmacológico y de seguimiento con apego a la guía para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca 2022¹⁰.

Evolución: se mantuvo con tendencia hacia la mejoría clínica, con apego al manejo médico y de los cuidados intrahospitalarios del personal de enfermería. Con deterioro en el desplazamiento físico por amputación del miembro pélvico izquierdo, pero que no condiciona la evolución cardiovascular. Durante



la estancia en el servicio de hospitalización de cardiología se mantiene asintomática cardiovascular: al interrogatorio verbaliza desconocimiento de la transición de los cuidados hospitalarios a los cuidados en casa. Ante la necesidad de educación y autocuidado de la persona ante la enfermedad, se establece un plan de atención basado en la promoción y adopción de conductas saludables que permitirán la adopción de hábitos de vida saludables, conocer su enfermedad con el reconocimiento de signos y síntomas de deterioro físico e inestabilización.

Valoración de cuidados

Cuando la paciente fue egresada de la unidad de cuidados críticos a el servicio de hospitalización de cardiología, ya instalada en el servicio, se realizó la valoración, exploración y entrevista. Se recopilaron datos de la historia clínica. Con toda la información se realizó un plan de cuidados basados en las necesidades de la paciente priorizando aquellas relativas al aprendizaje siguiendo el modelo de Virginia Henderson.

- ▶ **Necesidad de respirar normalmente:** con disnea de esfuerzo, sin antecedentes de patología pulmonar, saturación de oxígeno 90 %, con apoyo de oxígeno suplementario intermitente nocturno, a la auscultación los campos pulmonares se encuentran con ruidos vesiculares y broncovesiculares, ruidos cardiacos S1 y S2 con chasquido de la válvula no nativa, rítmicos.
- ▶ **Necesidad de comer y beber adecuadamente:** peso de 54 kg, talla 1,71 m, con dieta hiposódica, con restricción de líquidos a 1 l/día.
- ▶ **Necesidad de eliminar normalmente por todas las vías:** no presenta incontinencia urinaria y mantiene un adecuado patrón intestinal con una escala de Bristol de 3 y 4.
- ▶ **Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas:** tiene una dependencia parcial para las actividades básicas de la vida diaria, no puede mantener la bipedestación. Se estratifica la clase funcional según la New York Heart Association en Clase III.
- ▶ **Necesidad de dormir y descansar:** refiere uso de medicamentos para conciliar el sueño, con inversión del ciclo circadiano durante la primer semana en el servicio de cardiología.
- ▶ **Necesidad de escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse:** se mantiene con dependencia parcial ante disminución de la fuerza motora de las tres extremidades 4/10.
- ▶ **Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de límites normales:** normotérmica durante su estancia en el servicio de hospitalización de cardiología, sin datos de fiebre o febrícula.
- ▶ **Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:** mantiene una dependencia parcial en la higiene y aseo, con integridad cutánea y de mucosas. Se observan vestigios de cicatrización en distintas zonas por uso de medios invasivos para la atención clínica.
- ▶ **Necesidad de evitar los peligros ambientales:** consciente y orientada. No se tienen reportados tratamientos previos. Sin reporte de alergias.
- ▶ **Necesidad de comunicarse con los demás:** sin alteraciones cognitivas. Manifiesta verbalmente preocupación por su situación médica futura en casa. Evaluación de la escala cognitiva de Montreal de 28 puntos (sin deterioro cognitivo).
- ▶ **Necesidad de practicar sus creencias:** a pesar de la preocupación por la enfermedad, se muestra capaz de afrontar su nueva situación médica/personal.
- ▶ **Necesidad de trabajar:** es abogada y actualmente no labora por la condición médica.
- ▶ **Necesidad de realizar actividades lúdicas y recreativas:** tiene aficiones de entretenimiento como leer, ver la televisión, bordar.



- ▶ **Necesidad de aprendizaje:** muestra interés por la enfermedad y el manejo médico que recibe. Sin embargo, verbaliza desconfianza y miedo en la transición de cuidados al hogar. Ante ello, durante el tiempo hospitalización en el servicio, y con miras al egreso hospitalario, se evaluó el autocuidado mediante la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS). Se obtuvo un resultado basal (previo a la intervención) de 52/60 puntos, en la transición de la intervención de 39/60 puntos en la evaluación a una semana de egresar del hospital para finalmente obtener resultado de la escala de 15/60 a su egreso hospitalario.
- ▶ **Plan de cuidados:** para la elaboración del plan de cuidados, se tuvo en cuenta el resultado del test EHFScBS, se describieron los diagnósticos de enfermería

según la taxonomía NANDA, se identificaron los resultados NOC, con sus indicadores, las intervenciones NIC¹¹ y la evidencia científica publicada en bases de datos electrónicas como CINAHL, EBSCO, PubMed, Scopus y Web of Science.

- ▶ **Fase diagnóstica:** en la valoración de la paciente se han detectado los siguientes diagnósticos de enfermería: déficit de autocuidado: alimentación (tabla 1), intolerancia a la actividad (tabla 2), conductas generadoras de salud (tabla 3).
- ▶ **Fase planificación:** se presentan resultados (NOC). En las tablas 1, 2 y 3 se muestran los objetivos a alcanzar, llevando a acabo un plan de cuidados mediante intervenciones con sus respectivas actividades. Se muestran los indicadores de resultado obtenidos en cada evaluación.

Tabla 1

Diagnóstico de enfermería

Déficit de autocuidado: alimentación (00102) R/C obstáculos ambientales M/P 52 puntos en el test de EHFScBS			
Resultados NOC	Comer (0303)		
Indicador	Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca	Escala Likert pre-egreso	Escala Likert egreso
		Desviación del rango normal (52 puntos)	Rango normal (15 puntos)
Intervenciones NIC	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Asesoramiento nutricional (5246). ▶ Visualizar la importancia de una dieta hiposódica. ▶ Concientizar del impacto en la salud cardíaca con la reducción de líquidos totales en 24 h. ▶ Brindar opciones alimentarias en el consumo de nutrientes bajos en sodio y agua. ▶ Orientar sobre la comprensión de las etiquetas nutricionales. ▶ Asesorar sobre el consumo de alimentos no deseados en la dieta. ▶ Nombrar dos principios clave de una alimentación saludable para personas con IC. ▶ Indicar qué grupo de alimentos debe ocupar la mayor parte de su plato. ▶ Entender cómo hacer sustituciones para cocinar una comida que sea saludable para el corazón. ▶ Retroalimentar la información sobre la alimentación. 		



Tabla 2

Diagnóstico de enfermería

Intolerancia a la actividad (00092) R/C desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno M/P disnea de esfuerzo, taquipnea, taquicardia.			
Resultados NOC	Ambular (0200)		
Indicador	Clase funcional de la NYHA	Pre egreso: Clase III	Egreso: Clase III
		Síntomas con escasa actividad.	Síntomas con escasa actividad.
Intervenciones NIC	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cuidados cardiacos: rehabilitación (4046). ▶ Ejecutar ejercicios de resistencia muscular en miembro pélvico. ▶ Establecer un plan de entrenamiento aeróbico continuo de intensidad moderada adaptado. ▶ Programar objetivos alcanzables y medibles al corto y mediano plazo. ▶ Plantear los posibles signos y síntomas del exceso de actividad física. ▶ Explicar cómo el ejercicio puede mejorar la salud del corazón. ▶ Indicar la cantidad de actividad física recomendada al día. ▶ Identificar las barreras posibles para estar activa. ▶ Establecer un programa de atención disciplinario para el inicio de uso de prótesis. 		

Tabla 3

Diagnóstico de enfermería

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188) R/C comprensión insuficiente M/P 52 puntos en el test de EHFScBS			
Resultados NOC	Conducta de cumplimiento (1601)		
Indicador	Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardiaca	Escala Likert pre-egreso	Escala Likert egreso
		Desviación del rango normal (52 puntos)	Rango normal (15 puntos)
Intervenciones NIC	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Enseñanza proceso de enfermedad (5612). ▶ Identificar el tipo de medicación que toma y describir su función. ▶ Conducir a estrategias que eviten el olvido en la medicación. ▶ Identificar las barreras para el apego a la medicación. ▶ Ponderar la importancia de la medición frecuente del peso corporal. ▶ Aportar estrategias para eliminar las barreras que evitan mantener un control del peso corporal. ▶ Señalar la importancia del control de peso de forma aguda y sus posibles complicaciones. ▶ Establecer un horario y condición física para realizar la medición del peso corporal. 		

▶ **Fase de ejecución:** Se realizaron las intervenciones de enfermería encaminadas al conocimiento de la paciente, al empoderamiento hacia el manejo y control de la enfermedad manteniendo una colaboración conjunta con el equipo multidisciplinario. Cuando la paciente ingresó

al servicio de hospitalización, posterior a su estancia en la terapia pos-quirúrgica, se realizaron intervenciones en distintos ámbitos del cuidado: alimentación, de movilidad, de eliminación, etc. Derivado de su estancia prolongada, la paciente era susceptible de múltiples complica-



ciones que durante este periodo se fueron reduciendo todas las posibilidades, y el plan de alta no se había intensificado para su transición al hogar, por lo que a una semana de su egreso se intensificaron las acciones, que además de suplir, ayudar y acompañar se dirigieron a orientar a la paciente sobre su autocuidado.

Durante ese periodo se orientó, enseñó y buscaron estrategias con ayuda de la paciente para que mantuviera conductas en cuatro ámbitos: la alimentación saludable, el apego farmacológico, el control del peso y la actividad física. La paciente, al saber que sería dada de alta, sufrió ansiedad por el desconocimiento de las acciones de autocuidado que debería ejecutar ella, en un inicio con apoyo de los familiares, pero al medio y corto plazo de manera independiente. Por lo que se evaluó el nivel de conocimientos y se proporcionó información de manera objetiva y clara para el emprendimiento de tales actividades.

- ▶ **Fase de evaluación:** Las intervenciones que se realizaron basadas en el NIC y en los reportes de EBE, fueron evaluadas a través de la escala Likert establecida en los indicadores de la NOC, alcanzando en diferentes medidas los objetivos establecidos. Para la Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca se encontró una mejoría en la puntuación (15/60), lo que indicó mejoría en ámbitos de reconocimiento de complicaciones y en el conocimiento de acciones para mantener hábitos saludables. Una vez realizada la primera evaluación el día de ingreso al servicio de cardiología (52/60 puntos), se repitió esta misma evaluación durante (39/60 puntos) y posterior (15/60 puntos) a la ejecución de las intervenciones, resultando en una mejora en las condiciones de conocimiento de la persona sobre su enfermedad y lo que la rodea. Estas intervenciones generaron herramientas de utilidad que se trabajaron como parte del plan de alta para el desarrollo de las actividades en su domicilio, permitiendo así el empoderamiento sobre lo que rodea a su enfermedad.

Discusión

Los retos en la atención clínica de los pacientes que sufren una enfermedad cardíaca de forma aguda son abismales, debido a que demandan habilidades y conocimientos de todos los implicados en su salud, incluyendo a las enfermeras. La atención a esta paciente resultó de gran relevancia por su presentación aguda y que ante el uso del ECMO evolucionó de forma satisfactoria hasta su egreso del hospital, pero que sin duda resultaría en todo un reto para el personal de enfermería dotarla de todas las herramientas necesarias para que en la transición del hospital a casa no tuviera inconvenientes médicos derivados del desconocimiento o la no adopción de conductas en pro de su nuevo estado de salud cardíaco.

Trabajamos en cuatro diferentes líneas que le permitirían a la paciente mantener su salud cardíaca. Hemos destacado este caso por la novedad que se circunscribía alrededor de ella: la edad, la presentación aguda, el tiempo de adaptación a su nuevo estilo de vida, etc. La revisión de la literatura nos ha mostrado variopintos en las intervenciones; sus formas de entrega, tiempos, personal implicado, materiales, recursos, etc., pero que a la adaptación en distintos contextos geopolíticos, culturales y clínicos⁵ demanda habilidades innovadoras para ejecutar la tareas con presteza para lograr resultados positivos para una población o un solo sujeto.

La elaboración de un programa destinado para un sujeto con características únicas llevó al personal de enfermería a innovar y crear materiales que, si bien se describen en la literatura científica, derivarlos al contexto mexicano implicó trabajo colaborativo, innovación y desarrollo de materiales entre pares para el logro de los objetivos planteados como equipo de salud y como gremio. La elaboración de este trabajo permitió al equipo de enfermería documentar los problemas, las oportunidades de mejora en la organización del trabajo y registrar las actividades.

▶ Financiación: ninguna.

▶ Conflicto de intereses: ninguno.



Bibliografía

1. GROENEWEGEN A, RUTTEN FH, MOSTERD A, HOES AW. *Epidemiology of heart failure*. Eur J Heart fail. 2020; 8: 1342-1356. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ehf.1858>
2. LESYUK W, KRIZA C, KOLOMINSKY-RABAS P. *Cost-of-illness studies in heart failure: a systematic review 2004–2016*. BMC Cardiovasc Disord. 2018; 18: 1-11. Disponible en <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-018-0815-3>
3. ZHAO Q, CHEN C, ZHANG J, YE Y, FAN X. *Effects of self-management interventions on heart failure: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials–Reprint*. Int J Nurs Stud. 2021; 116: 103909. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002074892100047X>
4. BLUM MR, QIEN H, CARMICHAEL HL, HEIDENREICH P, OWENS DK, GOLDHABER-FIEBERT JD. *Cost-effectiveness of transitional care services after hospitalization with heart failure*. Ann Intern Med. 2020; 172: 248-257. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/M19-1980>
5. HSU MY, CHIANG CW, CHIOU AF. *The effects of a self-regulation programme on self-care behaviour in patients with heart failure: A randomized controlled trial*. Int J Nurs Stud. 2020; 116: 103778. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748920302649>
6. AMIROVA A, FTEROPOULLI T, WILLIAMS P, HADDAD M. *Efficacy of interventions to increase physical activity for people with heart failure: a meta-analysis*. Open Heart. 2021; 8: e001687. Disponible en: <https://openheart.bmj.com/content/8/1/e001687.abstract>
7. SANTOS GC, LILJEROOS M, DWYER AA, JAKES C, GIRARD J, STRÖMBERG A, ET AL. *Symptom perception in heart failure–Interventions and outcomes: A scoping review*. Int J of Nurs Stud. 2021; 116: 103524. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748920300092>
8. DESSIE G, BURROWES S, MULUGETA H, HAILE D, NEGESS A, JARA D, ET AL. *Effect of a self-care educational intervention to improve self-care adherence among patients with chronic heart failure: a clustered randomized controlled trial in Northwest Ethiopia*. BMC Cardiovasc Disord. 2021; 21: 1-11. Disponible en: <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-021-02170-8>
9. JAARSMA T, STRÖMBERG A, MARTENSSON J, DRACUP K. *Development and testing of the European heart failure self-care behaviour scale*. Eur J Heart Fail. 2003; 5: 363-370. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/S1388-9842%2802%2900253-2>
10. HEIDENREICH PA, BOZKURT B, AGUILAR D, ALLEN LA, BYUN JJ, COLVIN MM, ET AL. *2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines*. J Am Coll Cardiol. 2022; 79: e263-e421. Disponible en: <https://www.jacc.org/doi/abs/10.1016/j.jacc.2021.12.012>
11. JOHNSON M. *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones*. editores, Marion Johnson, et al. 2ª. ed., Amsterdam: Elsevier; 2011.

