



Autoras:

¹Marta Prats Guardiola

²Rosa María López Pisa

¹Ascensión de la Torre García

¹Enfermera del Área Básica de Salud Lluís Millet, Instituto Catalán de la Salud, Esplugues de Llobregat (Barcelona).

²Enfermera del Área Básica de Salud Gavarra, ICS, Cornellà de Llobregat (Barcelona). Profesora asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona.

Dirección de contacto:

Marta Prats Guardiola
C/ Riera de la Salut 30 A, 8º, 4ª.
08980 Sant Feliu de Llobregat (Barcelona).
E-mail: mpratsg@ambitcp.salut.net

Fecha de recepción: el 3/06/2012.
Aceptada su publicación: el 5/11/2012.

Abordaje enfermero de un paciente con insuficiencia cardiaca en Atención Primaria

Resumen

Actualmente, la insuficiencia cardiaca (IC) es una de las enfermedades más frecuentes, costosas, progresivas y discapacitantes de los países desarrollados. Representa la tercera causa de muerte cardiovascular y la primera causa de hospitalización en personas mayores de 65 años. En España, un 8% en personas de entre 65-75 años padecen IC y en mayores de 75 años su prevalencia es de 16%.

Mediante la exposición del caso de un paciente con insuficiencia cardiaca y su abordaje por parte de la enfermera de Atención Primaria, se pretende mostrar la importancia del seguimiento desde dicho nivel asistencial y de la continuidad de cuidados ante un problema de salud de tal magnitud y prevalencia.

La valoración enfermera se realizó según el modelo de Virginia Henderson y se establecieron los diagnósticos y el plan de cuidados utilizando las clasificaciones de *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Outcome Classification* (NOC) y *Nursing Interventions Classification* (NIC). Los resultados se evaluaron a los tres meses.

El seguimiento de la enfermera comunitaria, junto con el trabajo en equipo y el uso de guías de práctica clínica fueron determinantes para evitar descompensaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave

Insuficiencia cardiaca; enfermera de familia; enfermera comunitaria; Atención Primaria; diagnósticos enfermeros; resultados enfermeros.

Abstract

Nursing approach to a patient with cardiac insufficiency in Primary Care

Currently, chronic insufficiency (CI) is one of the most prevalent, costly, progressive and disabling disorders of developed countries. It represents the third leading cause of cardiovascular death and the leading cause of hospitalization in people over 65. In Spain, 8% of people aged 65-75 years suffering from CI and in people aged over 75 years the prevalence of this condition reaches 16%.

By exposing the case of a patient with cardiac insufficiency and its management on the part of the primary care nurse, we aim to show the importance of monitoring and follow up from that level of care and continuity of care when faced with a health problem of such magnitude and prevalence.

The nursing assessment was performed using the Virginia Henderson's model: Diagnoses and care plans were established using the classifications of North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcome Classification (NOC) and Nursing Interventions Classification (NIC). Outcomes were assessed at three months.

Follow up of the community nurse, along with teamwork and use of clinical practice guidelines, were crucial to avoid decompensation and improve the quality of life of patients.

Key words

Heart failure; family nurse; community nurse; primary care; nursing diagnosis; nursing results.

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico complejo, ocasionado por cambios hemodinámicos, neurohormonales, moleculares, estructurales o funcionales que disminuyen la capacidad de los ventrículos para llenarse o vaciarse de sangre. Se caracteriza por la intolerancia al ejercicio, la retención de líquidos y el aumento de la morbimortalidad (1). Según la alteración de la función, la IC se puede clasificar en:

- **Sistólica:** se produce por un deterioro de la contractibilidad del músculo cardíaco provocando una disminución del gasto cardíaco, siendo la fracción de eyección inferior a 45%.
- **Diastólica:** se produce por una alteración de la relajación del miocardio que dificulta el llenado. En ésta, la fracción de eyección es igual o superior a 45% (1).

La etiología más frecuente de la IC es la hipertensión arterial (HTA) y la cardiopatía isquémica (1-4). Los factores de riesgo para desarrollar la IC son: la edad (mayores de 70 años), hipertrofia ventricular izquierda (HVI), diabetes mellitus (DM), hábitos tóxicos (tabaco o alcohol), obesidad, dislipemia (DL), fibrilación auricular (ACxFA), antecedentes familiares, anemia y otros (1,5).

Actualmente, la IC es una de las enfermedades más comunes, costosas, progresivas y discapacitantes de los países desarrollados (2). Es un problema de salud pública por su elevada prevalencia, morbimortalidad e impacto económico (3,6,7). Representa la tercera causa de muerte cardiovascular y el primer motivo de hospitalización en personas mayores de 65 años (2,4,6,8). Los datos epidemiológicos en España indican que un 8% en personas de entre 65-75 años padecen IC y en mayores de 75 años su prevalencia es de 16% (6).

En la práctica clínica, los pacientes diagnosticados de IC se clasifican según el estadio de su capacidad funcional (CF). Esta última se describe como el nivel de actividad física que provoca síntomas de disnea o fatiga. La escala más usada para cuantificar el grado de limitación funcional de la IC es la *New York Heart Association* (NYHA) (1,10), debido a que es utilizada para la elección de determinadas intervenciones terapéuticas, para seguimiento de la evolución del paciente y determinación de la efectividad del tratamiento. Según esta escala, el paciente se clasifica en cuatro estadios, que son:

- **Estadio I:** asintomático y sin limitación de la actividad de la vida diaria (AVD).
- **Estadio II:** ligera limitación de AVD. Asintomático en reposo y síntomas leves como disnea, fatiga, palpitación o angina en esfuerzos moderados.
- **Estadio III:** limitación importante en las AVD. Síntomas en pequeños esfuerzos y mejora en reposo.
- **Estadio IV:** incapacidad para realizar las AVD. Síntomas en cualquier esfuerzo y en reposo (1).

Mediante la exposición del caso de un paciente con insuficiencia cardíaca y su abordaje por parte de la enfermera de Atención Primaria, se pretende mostrar la importancia del seguimiento desde dicho nivel asistencial y de la continuidad de cuidados ante un problema de salud de tal magnitud y prevalencia.

Descripción del caso clínico

El señor José de 73 años, con antecedentes de fibrilación auricular y obesidad, sin diagnóstico previo de HTA, en 2010 presentó insuficiencia cardíaca. Fue tratado con enalapril 5 mg cada 24 h, bisoprolol 2,5 mg cada 24 h, furosemida 40 mg cada 24 h y acenocumarol 4 mg. Según la escala de NYHA, el señor José se encontraba en el estadio III. Durante el último año había consultado en el servicio de urgencias del hospital de referencia en dos ocasiones.

Vivía en un tercer piso con ascensor en una zona ajardinada. Convivía con su esposa de 71 años, que presentaba ligera hemiparesia izquierda y se ocupaba de la asistencia doméstica. El matrimonio tenía dos hijos, uno de los cuales realizaba apoyo en la compra y en las visitas a los centros médicos.

El señor José tenía los siguientes diagnósticos médicos:

- Obesidad (2004).
- Apnea del sueño (2004).
- Artrosis secundaria múltiple (2004).
- Fibrilación auricular (2008).
- Ataques de isquemia cerebral transitoria (2008).
- Incontinencia urinaria de urgencia (2010).
- Acudía al centro de Atención Primaria para el control del tratamiento con acenocumarol.

Valoración inicial enfermera de las necesidades básicas desde el modelo de Virginia Henderson

El señor José era independiente para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel: 90/100). Era exfumador desde hacía siete años y no consumía alcohol. Realizaba dos comidas al día (comida y cena), ya que se levantaba tarde. La comida era abundante e hipercalórica. La cena estaba basada en yogur entero y tres piezas de fruta. Su dieta habitual era muy escasa en verdura, ya que la había suprimido por interaccionar con el tratamiento anticoagulante oral. La ingesta de pescado era de una-dos raciones a la semana. La cocción de los alimentos era mayoritariamente en forma de estofados, fritos y rebozados. Cocinaba la esposa y lo condimentaba con sal. Tenía un índice de masa corporal de 39,45. La ingesta hídrica diaria era de 500 ml. La diuresis era forzada con furosemida y usaba pañal debido a la incontinencia urinaria de urgencia. Eliminaba deposiciones de forma regular y de aspecto normal cada uno-dos días. Al anochecer, presentaba edemas en extremidades inferiores (EEII) y desconocía la actuación para disminuirlos. Dos veces al día ejecutaba ejercicios de amplitud del movimiento en cuello, brazos, muñecas y manos. Caminaba una-dos veces por semana en periodos no superiores a 15 minutos. Presentaba fatiga y disnea a esfuerzos moderados. La higiene corporal la realizaba dos-tres veces por semana de forma independiente. Presentaba una piel íntegra y deshidratada, en las EEII se observaba piel escamosa. No se aplicaba hidratación cutánea en la zona. Presentaba un aspecto limpio, olor agradable y usaba ropa cómoda.

El descanso nocturno era en una cama no articulada. El paciente se aplicaba la ventilación mecánica no invasiva de doble nivel de presión PS/EPAP o *Biphasic Posi-*

tive Airway Pressure (BiPAP) todas las noches. Dormía con dos almohadas en el cabezal y sin elevación de EEII. El sueño era reparador, a pesar de ello no se levantaba hasta las 12 del mediodía. Él comentaba que se encontraba bien en la cama. No presentaba deterioro cognitivo (test Pfeiffer: 0 error/10). Desconocía conceptos y cuidados en relación a la IC. Le gustaba leer el periódico y ver la televisión. Su carnet de vacunas estaba actualizado.

Las constantes vitales eran: tensión arterial: 105/62 mmHg; frecuencia cardíaca: 59 x' rítmico; peso: 114 kg; talla: 177 cm.

En el análisis de los datos de valoración se detectaron las siguientes manifestaciones de dependencia:

- Necesidad de comer y beber:
 - Dieta desequilibrada, rica en sodio, hipercalórica y concentrada en dos comidas al día.
 - El paciente pesaba 114 kg y presentaba un IMC de 39,45.
 - Ingesta hídrica de 500 ml/día con escasa o nula ingesta de otros líquidos.
- Necesidad de higiene y protección de las mucosas:
 - Deshidratación, piel escamosa y edema en extremidades inferiores.
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura:
 - El paciente presentaba fatiga y disnea de esfuerzos moderados.
 - Sedentario.
- Necesidad de aprender:
 - Desconocía conceptos y cuidados en relación a la IC.
 - Seguimiento inexacto de la dieta relacionada con el tratamiento con acenocumarol.

Diagnósticos enfermeros

De acuerdo con las manifestaciones de dependencia detectadas, y teniendo en cuenta las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica (GPC) de la IC, (1) en este paciente se establecieron los siguientes diagnósticos enfermeros, según la clasificación de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (11):

- Conocimientos deficientes de la patología crónica (00126) (insuficiencia cardíaca), relacionado con interpretación errónea de la información manifestada por seguimiento inexacto de las instrucciones (falta de conocimientos).
- Exceso de volumen de líquidos (00026), relacionado con exceso de aporte de sodio manifestado por aumento de peso en un periodo corto de tiempo (falta de conocimientos).
- Intolerancia a la actividad física (00092), relacionado con debilidad generalizada manifestado por un informe verbal de fatiga y disnea de esfuerzo (falta de conocimientos y fuerza física).

Planificación de cuidados y seguimiento

La enfermera comunitaria elaboró el plan de cuidados y el seguimiento del señor José en la consulta de Atención Primaria según los diagnósticos establecidos y siguiendo las indicaciones de la GPC. Para establecer los objetivos y criterios de resultados se empleó la clasificación de la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (12) y para enunciar las intervenciones seleccionadas la *Nursing Inter-*

ventions Classification (NIC) (13), según se indica en la Tabla 1.

En la GPC se indican la educación y consejos de tratamiento no farmacológico en pacientes con IC relativos al conocimiento de la enfermedad, fármacos, dieta, hábitos tóxicos, ejercicio, estado emocional y vacunas (1). Cada uno de estos aspectos fue considerado en el plan de cuidados y fue la fundamentación de las intervenciones enfermeras en las distintas visitas establecidas. En el plan de cuidados se contó con la participación de la familia, esposa e hijo. Por ello se programaron un total de cinco visitas, espaciadas entre 14 y 28 días.

Para el diagnóstico de conocimientos deficientes de la insuficiencia cardíaca, se consideraron como criterios de resultado el conocimiento del proceso de la enfermedad y el régimen terapéutico, así como la motivación. Para conseguir dichos resultados se promovió un cambio de conducta, se enseñó el proceso de la enfermedad, la dieta y los medicamentos prescritos.

En cuanto al diagnóstico de exceso de volumen de líquidos, se propuso el criterio de resultado de equilibrio hídrico y las intervenciones de manejo de líquidos y del peso. En relación a la intolerancia a la actividad, se planteó el criterio de resultado de conservación de la energía, promoviendo así acciones personales para controlar la energía necesaria para iniciar y mantener la actividad.

En la primera visita con la enfermera, el señor José explicó que no realizaba el tratamiento con la furosemida porque el pañal que usaba era incómodo para ir al servicio. La enfermera detectó que no había recibido educación sanitaria previa y el que señor José se resistía a tomar la furosemida. Por ello, se explicaron conceptos de IC y los beneficios del buen cumplimiento farmacológico y de una dieta hiposódica con una ingesta repartida en cuatro tomas al día. Por otro lado, se pactó un cambio de modelo de absorbente y reiniciar la toma de un comprimido de furosemida por la mañana.

Posteriormente, en la visita anual del cardiólogo, se modificó el tratamiento farmacológico debido a una severa dilatación de las cavidades derechas con hipocinesia del ventrículo, una insuficiencia tricúspide, hipertensión pulmonar severa, una hipertensión venosa central y una sobrecarga de volumen en cavidades derechas con una fracción de eyección inferior al 45%. La nueva pauta a seguir consistía en furosemida 1-1/2-0 y bisoprolol 5mg 1/2-0-0 y visita de control anual.

En la segunda visita, el señor José comentó que tomaba la media pastilla de furosemida por la noche y que la dejó de tomar por la dificultad de descanso nocturno. Se habló con el paciente de modificar el horario del tratamiento, pactando un comprimido a las 9 h de la mañana y medio comprimido a las 16 h. En esta visita, se reforzó la educación sanitaria realizada anteriormente, se abordaron dudas y se introdujeron nuevos conceptos en relación con la dieta hipocalórica e ingesta hídrica no superior a 1.000 ml/día agua baja en sodio (1).

En la tercera visita, el señor José realizaba un cumpli-

Tabla 1. Plan de cuidados

Diagnósticos enfermeros	Criterios de resultado (NOC)	Intervención enfermera (NIC)	Actividades
Conocimientos deficientes de patología crónica/insuficiencia cardiaca	Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)	Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información acerca de la IC (de forma escrita y verbal) - Describir signos y síntomas - Identificar cambios en su estado físico - Enseñarle medidas para controlar o disminuir los edemas (elevación EEII en diversos periodos, descanso nocturno con elevación del colchón en EEII)
	Conocimiento: régimen terapéutico (1813)	Enseñanza: dieta prescrita (5614)	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar el propósito de la dieta hipocalórica e hiposódica - Controlar ingesta: repartida en 4 comidas - Explicar alimentos permitidos y prohibidos (aumentar verduras, consumo de yogur desnatado, consumo de 1 pieza de fruta después de las comidas...) - Incluir a la esposa en la elaboración de las comidas (evitar fritos y rebozados, reducir uso de la sal en las comidas)
		Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)	<ul style="list-style-type: none"> - Informar del propósito y acción de sus medicamentos - Informar sobre interacción del acenocumarol con la ingesta de verdura de hoja verde (consumir una vez al día...) - Explicar la consecuencia de no tomar la furosemida, modificación del horario (mañana y a las 16 h)
	Motivación (1209)	Modificación de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar motivación - Ayudar a identificar su fortaleza y reforzarla - Evitar quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta
Exceso de volumen de líquidos	Equilibrio hídrico (0601)	Manejo de líquidos (4120)	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la ubicación/ extensión del edema - Vigilar estado de hidratación - Controlar ingesta de líquidos - Controlar TA, pulsos periféricos, FC
		Manejo del peso (1260)	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir las condiciones que favorecen el aumento de peso - Discutir los riesgos asociados con el exceso de peso - Consumir 1 litro diario de agua
Intolerancia a la actividad	Conservación de la energía (0002)	Manejo de la energía (0180)	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar alternancia de periodos de reposo y actividad - Determinar limitaciones del paciente y causas de la fatiga - Favorecer expresión de sentimientos respecto a sus limitaciones

miento adecuado del tratamiento y había disminuido el consumo de sodio en la dieta, a pesar de ello se produjo un aumento del peso corporal de 6 kg en dos semanas, un importante edema con fovea en EEII y un aumento de la fatiga. La enfermera consultó con el médico de cabecera del señor José los síntomas anteriormente descritos, lo cual conllevó a la modificación del tratamiento: furosemida 1-1-0.

En esta visita se felicitó y se animó al paciente por los cambios producidos en sus hábitos. Se reforzó la educación relacionada con signos y síntomas de la IC, incidiendo en la importancia de consultar con su médico cuando estos empeoran. Se explicaron las medidas posturales para reducir edemas en EEII. La esposa y el paciente realizaron preguntas relacionadas con la dieta hipocalórica.

En la cuarta visita, se insistió y reforzó el cumplimiento farmacológico y la dieta hiposódica e hipocalórica. El paciente se mostraba animado y satisfecho con los cambios en sus hábitos. Se introdujo el concepto de actividad física y sus beneficios en este tipo de patología. Se pactó con el paciente la utilización del ascensor para acceder a la calle y caminar de forma diaria por la zona ajardinada con periodos de reposo, aprovechando los bancos del paseo que tenía en frente de su domicilio.

En la quinta visita, se afianzó la educación sanitaria relacionada con IC, el cumplimiento farmacológico, la dieta y el ejercicio. El paciente comentó que se encontraba mejor con los distintos cambios y que entendía mejor su enfermedad.

Evaluación

La evaluación de los resultados a los tres meses de la

valoración enfermera inicial, mostró mejoras en los criterios de resultados planteados, según los indicadores que se detallan en la Tabla 2. Durante este periodo el paciente no realizó consultas hospitalarias de urgencia relacionadas con la IC, aunque en una ocasión el señor José comentó que estuvo a punto de acudir al servicio de urgencias, pero decidió esperar a la visita programada con su enfermera al día siguiente. Este hecho, coincidió con la tercera visita del paciente con la enfermera, la que junto con la colaboración del médico de cabecera evitaron una mayor descompensación de la IC y por ello una visita al servicio de urgencias del hospital por parte del paciente.

En relación al conocimiento del régimen terapéutico y del proceso de la enfermedad, fue muy importante la participación de la esposa y el aumento moderado de la motivación del señor José. En cuanto a la dieta consiguió disminuir la cantidad de sodio en las comidas, la introducción de verduras y el consumo de lácteos desnatados. También reconocía correctamente la medicación y sus beneficios, realizando así, un buen cumplimiento farmacológico.

En cuanto al equilibrio hídrico, se mantuvieron dentro de los parámetros normales las constantes vitales. El peso a los tres meses era de 104 kg, consiguiendo una pérdida ponderal de 10 kg del peso inicial. Mantenía la piel moderadamente hidratada mediante la aplicación de hidratación tópica dos veces por semana. El edema periférico mejoró sustancialmente como consecuencia de las medidas posturales recomendadas y del cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Por último, comentar que aprendió a mantener un equilibrio entre actividad y descanso, demostrado a veces

Tabla 2. Evaluación de los tres meses

Criterios de resultado	Indicador	Resultado
Conocimiento: régimen terapéutico	Descripción de la dieta prescrita	Moderado (disminuyó cantidad de sodio en las comidas, introdujo verdura, consumo de lácteos desnatados)
	Descripción de la medicación prescrita	Sustancial (conocía el tratamiento farmacológico)
	Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad	Sustancial
Conocimiento: proceso de la enfermedad	Descripción causa o factores contribuyentes	Moderado
	Descripción signos y síntomas	Moderado (describía edema, fatiga y disnea)
Motivación	Expresa intención de actuar	A veces demostrado
Equilibrio hídrico	Presión arterial, FC, pulsos periféricos	No comprometido
	Peso corporal estable	Moderadamente comprometido
	Hidratación cutánea	Moderadamente comprometido (aplicación de hidratación tópica dos veces por semana)
	Edema periférico	Leve
Conservación de la energía	Equilibrio entre actividad y descanso	A veces demostrado (salía a pasear tres veces a la semana y se sentaba en los bancos ante la fatiga)

por salir a pasear y alternar el descanso sentándose en los bancos de la zona ajardinada cercana a su domicilio.

Consideraciones finales

En el seguimiento del caso clínico del señor José se detectó un escaso conocimiento de la IC y una mala adherencia al tratamiento farmacológico. El plan de cuidados establecido, la intervención de la enfermera y la implicación de la familia permitieron al paciente comprender su situación de salud, seguir el tratamiento farmacológico, disminuir el peso corporal, los edemas y en consecuencia mejorar la disnea, la movilidad, su calidad de vida (2,3,9,14) y su bienestar. Esto pone de manifiesto la importancia de la educación (2,9,15) y del control de la IC. Tal como algunos autores exponen, el conocimiento por parte del paciente de la acción de los fármacos se ha demostrado como positivo en la mejora de la adhesión terapéutica (14,15).

Por otro lado, la IC se considera una enfermedad de alta complejidad (8-10), tanto por parte de los autocuidados del paciente como del seguimiento de los profesionales (3,16). Dicha complejidad se pone de manifiesto en las dificultades del paciente para la adherencia al tratamiento y las modificaciones del estilo de vida (8,9,14) que deberían formar parte del autocuidado (7,9). Sin embargo, a pesar de la magnitud de la enfermedad, la atención sanitaria en estas situaciones suele estar fragmentada entre centros y profesionales, sin asegurar la continuidad de cuidados (7,9,16,17). En el caso que se presenta, la incorporación de la enfermera de Atención Primaria en un equipo multidisciplinar (3,8,9) favorece el seguimiento y el control de esta patología, reforzando el cumplimiento y el autocuidado de la IC. El seguimiento y la atención continuada del equipo de salud (3,16) por parte de la enfermera y del médico de familia, favorecieron el control

de signos y síntomas, evitando en una de las ocasiones la consulta a urgencias del hospital.

La IC es la primera causa de hospitalización en la población mayor de 65 años y la tercera causa de mortalidad cardiovascular (2,4,6,8). Diversos estudios afirman que 2/3 de los ingresos hospitalarios (14,17) por IC son prevenibles, ya que la principal causa de descompensación es el incumplimiento del régimen terapéutico (9,14,15) secundario a falta de conocimientos, de motivación o apoyo familiar/cuidador, lo que refuerza la importancia de la educación sanitaria, los autocuidados y el seguimiento de los profesionales, tal como se ha desarrollado en el caso.

Actualmente han surgido nuevas iniciativas del seguimiento entre niveles asistenciales del paciente crónico, tales como la planificación del alta hospitalaria mediante la enfermera de enlace y la gestión de casos (17). Además, en la actualidad se dispone de Guías de Práctica Clínica (10) elaboradas de forma sistemática para facilitar la toma de decisiones sobre la atención sanitaria relacionada con la IC (10). Esta documentación fue un apoyo clínico en la planificación y seguimiento de los cuidados en el señor José. Por otro lado, esta línea de abordaje se podría complementar con protocolos de actuación que favorezcan la integración y coordinación entre atención primaria y especializada (3,7,8,10,16).

Agradecimientos

Las autoras agradecen a Ricardo M. Delgado Balsa el apoyo recibido.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Verdú Rotellar JM, Pacheco Huergo V, Amado Guirado E, Esgueva de Haro N, López Pareja N, Alemany Vilches L et al. Guía de práctica clínica de insuficiencia cardiaca. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2008.
- Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Guallar Castellón P. Situación epidemiológica de la insuficiencia cardiaca en España. *Rev Esp Cardiol* 2006; (supl 6):4C-9C.
- Barrio Ruiz C, Parellada Esquius N, Alvarado Montesdeoca C, Moll Casamitjana D, Muñoz Segura MD, Romero Menor C. Insuficiencia cardiaca. Perspectiva desde atención primaria. *Aten Primaria* 2010; 42(3):134-142.
- De La Fuente Cid R, Hermida Ameijeiras A, Pazo Núñez M, Lado Lado F. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca. Proporciones de epidemia. *An Med Interna* 2007; 24(10):500-504.
- Juncadella García E, Vilardell Tarrés M. Patología cardiovascular. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria; conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 967-975.
- Muñoz Sánchez M, Crespo Leiro MG, Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso Pulpón L, Muñoz García J. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. *Rev Esp Cardiol* 2008; 61(10):1041-1049.
- Peña Gil C, Comín Colet J. Integración de ámbitos asistenciales. *Rev Esp Cardiol* 2007; 7(supl C):21-29.
- Otero Raviña F, Grigorian Shamagian L, Fransi Galiana L, Nazara Otero C, Álamo Alonso A, Nieto Pol E et al. Estudio gallego de la insuficiencia cardiaca en atención primaria (estudio GALICAP). *Rev Esp Cardiol* 2007; 60(4):373-383.
- Yera Casas AM, Mateos Higuera del Olmo S, Ferrero Lobo J, Páez Gutiérrez TD. Evaluación de una intervención educativa en pacientes ancianos con insuficiencia cardiaca realizado por enfermeras mediante un plan de cuidados estandarizado. *Enferm Clin* 2009; 19(4):191-198.
- Muñoz García J, Crespo Leiro MG, Castro Beiras A. Insuficiencia cardiaca en España. Epidemiología e importancia del grado de adecuación de guías de práctica clínica. *Rev Esp Cardiol* 2006; (supl 6):2-8.
- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2011.
- Morread S, Jonson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Mosby; 2006.
- Dochterman J, Bulechek GM. Clasificaciones de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Mosby; 2006.
- Conthe P, Tejerina F. Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca. *Rev Esp Cardiol* 2007; 7(supl F):57-66.
- Morcillo C, Valderas JM, Aguado Ofelia, Delás J, Sort D, Pujadas R et al. Evaluación de una intervención domiciliar en pacientes con insuficiencia cardiaca. Resultados de un estudio aleatorizado. *Rev Esp Cardiol* 2005; 58(6):618-625.
- Gérvás J. Potenciar la atención primaria para mejorar en el seguimiento de la insuficiencia cardiaca en los países desarrollados. *Aten Primaria* 2006; 37(8):457-459.
- Cano Arana A, Martín Arribas MC, Martínez Piédrola M, García Tallés C, Hernández Pascual M, Roldán Fernández A. Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. *Aten Primaria* 2008; 40(6):291-295.