



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Fomentando la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con Falla Cardiaca

**CINDY MARIANA JACINTO TORRES
JHONATAN ANDRES ORTIZ CÁRDENAS
YODY YINETH ESPITIA BURITICA**

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería, Posgrados Unidisciplinares
Bogotá, Colombia

2016

Fomentando la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con Falla Cardiaca

**Cindy Mariana Jacinto Torres
Jhonatan Andrés Ortiz Cárdenas
Yody Yineth Espitia Buritica**

Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialistas en Enfermería Cardiorrespiratoria

Director (a):

Viviana Céspedes Cuevas
Doctora en Enfermería

Línea de Investigación:

Cuidado de enfermería cardiovascular

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería, Posgrados Unidisciplinares
Bogotá, Colombia

2016

A Dios

Que nos ha dado toda la fortaleza para continuar y culminar nuestro trabajo de forma satisfactoria, por permitirnos seguir cumpliendo nuestros sueños y por no dejarnos caer a pesar de las dificultades.

A nuestros padres

Por todo el apoyo que nos han brindado en todo momento, por inculcarnos desde pequeños los valores y principios que hoy en día nos rigen, como grandes personas de bien, sin dejar atrás el amor infinito que nos proporcionan día a día.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional de Colombia en especial a la Facultad de Enfermería por su gran trayectoria, esfuerzo y dedicación en formar personas con principios éticos, bioéticos, humanísticos, además de profesionales con los más altos estándares de calidad, que serán de gran utilidad para continuar aportando al cuidado integral de las personas y a la disciplina de enfermería. A nuestros profesores quienes con sus conocimientos, día a día nos instruyeron y guiaron para que este sueño fuera posible, ser especialistas en Enfermería Cardiorrespiratoria. En especial a nuestra profesora Viviana Marycel Céspedes Cuevas, profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, quien con su trayectoria e integralidad nos brindó aportes de vital importancia para la realización del presente trabajo.

Resumen

Objetivo: Fomentar la gestión y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con Falla Cardíaca a la luz de la Teoría de situación específica de autocuidado para FC.

Metodología: A partir del Marco Lógico, se realizó un manual fijo de una sesión y uno móvil de dos sesiones con intervenciones en ambiente natural (hogar) y hospitalario y con participantes que se encontraban con compensación de la enfermedad. Se desarrollaron cuatro conceptos fundamentales de la teoría: habilidad, conocimiento, experiencia y creencia, considerando la simulación mental y la toma de decisiones como eje principal de la evaluación para determinar el grado de autocuidado que adquirieron los participantes y observar comportamientos que mantienen la estabilidad fisiológica “mantenimiento” y la respuesta a los síntomas cuando son identificados y reconocidos “gestión”. **Resultados:** Se intervinieron en total 3 pacientes, uno en ambiente natural (hogar) y dos en ambiente hospitalario; se identificó que los participantes no tenían conocimiento preciso sobre la enfermedad y la repercusión en su salud; el síntoma más reconocido por los participantes fue el edema de los pies. Se realizó fortalecimiento de la experiencia en la toma de decisiones para la gestión de los síntomas. Además se ejecutó retroalimentación efectiva mediante la simulación mental con casos reales. De igual forma se potenciaron las creencias y se encontraron factores que influyen en la descompensación de la Falla Cardíaca. Entre tanto, se identificó que los pacientes responden a las intervenciones realizadas sin embargo se necesita mayor tiempo de intervención para obtener resultados de seguimiento.

Palabras clave: Autocuidado, toma de decisiones, insuficiencia cardíaca, teoría, reconocimiento de síntomas.

Abstract

Objective: To promote the management and maintenance of self-care in patients with Heart Failure, taking into account the specific theory of self-care for CF. **Methodology:** Based on the Logical Framework, a fixed manual of a session and a mobile one of two sessions with interventions in natural environment (home) and hospital were realized and with participants who were with compensation of the disease. Four fundamental concepts of the theory were developed: ability, knowledge, experience and belief, considering mental simulation and decision making as the main axis of evaluation to determine the degree of self-care that the participants acquired and observe behaviors that maintain physiological stability "Maintenance" and response to symptoms when they are identified and recognized "management". **Results:** A total of 3 patients were involved, one in a natural setting (home) and two in a hospital environment; It was identified that the participants did not have precise knowledge about the disease and the impact on their health; The symptom most recognized by the participants was edema of the feet. Strengthened experience in decision making for symptom management. In addition, effective feedback was executed through mental simulation with real cases. Likewise, beliefs were strengthened and factors that influence the decompensation of heart failure were found. Meanwhile, it was identified that the patients respond to the interventions performed, however, more intervention time is needed to obtain follow-up results.

Key words: Self-care, decision making, heart failure, theory, symptom recognition.

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Lista de figuras.....	XII
Lista de tablas	XIII
Introducción	1
1.1 ÁREA PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	3
1.2 Formulación del problema	8
1.3 Objetivos.....	9
1.3.1 General.....	9
1.3.2 Específicos.....	9
1.4 Definición de conceptos (Riegel et al., 2016)	10
2. Marco Teórico.....	12
3. Marco Metodológico.....	20
3.1 ÁRBOL DE PROBLEMAS	21
3.2 CONSTRUCCIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE CUIDADO	22
3.3 MANUAL DE DESARROLLO DE LA INTERVENCION.....	42
4. Consideraciones éticas	55
5. Resultados.....	57
6. Conclusiones y recomendaciones.....	67
6.1 Conclusiones	67
6.2 Recomendaciones	70
A. Anexo: Crítica con herramienta CASPE de los estudios revisados y analizados	73
Bibliografía	77

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Modelo para la gestión y el mantenimiento del autocuidado en falla cardiaca.	14
Figura 2. Árbol de problemas.	21
Figura 3. Simulación mental.	24

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Componentes de la estrategia de cuidado	22
Tabla 2. Recursos y medios de verificación	26
Tabla 3. Descripción de actividades.....	31
Tabla 4. Evaluación de resultados	41
Tabla 5. Cronograma de actividades.....	41
Tabla 6. Evaluación de indicadores.....	61

Introducción

Los profesionales de la salud en especial los profesionales en enfermería tienen por objetivo el cuidado de las experiencias de salud humanas, el cual se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona (Báez-hernández, López Jiménez, Lomas Meneses, Quílez Toboso, & Huguet Moreno, 2009); por lo que a partir del desempeño de sus labores es posible detectar múltiples necesidades sobre las cuales se hace necesario trabajar para mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

Es por esto que al estar en contacto con pacientes que se encuentran afectados por diferentes patologías cardiovasculares que conllevan a la presentación de Falla Cardíaca y determinar que en sus hogares no gestionan los síntomas al momento de presentarse, reingresan a las instituciones con complicaciones que pudieron ser prevenidas; de tal forma que se hace necesario fomentar la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado de dichos pacientes que se encuentren en estadio NYHA (New York Heart Association) III y IV de su enfermedad considerando el conglomerado de síntomas que los acompañan; esto a través de cuatro objetivos como lo son la promoción de conocimientos en Falla Cardíaca, el fortalecimiento de experiencias previas, el desarrollo de habilidades y la potencialización de creencias relacionadas con los cuales la persona que sufre la enfermedad podrá tomar decisiones en un ambiente natural como lo es el hogar.

Por lo descrito anteriormente se establece que es necesario realizar un Trabajo Final de especialización en el que se trabajen los aspectos mencionados a la luz de la Teoría de situación específica de Falla Cardíaca desarrollada por la Doctora Bárbara Riegel, con la toma de decisiones desde un ambiente naturalista como eje, teniendo en cuenta elementos como los conocimientos, las experiencias, las habilidades y las creencias; a partir de los cuales sea posible intervenir pacientes con Falla Cardíaca y lograr el fomento de la gestión de síntomas y el mantenimiento del autocuidado.

1.Marco Referencial

En este capítulo se realiza la descripción del problema y la justificación del trabajo desde la significancia social, teórica y disciplinar como estrategia de justificación; el cual tiene como objetivo fomentar la gestión de síntomas y el mantenimiento del autocuidado, a partir del fortalecimiento de la toma de decisiones en un ambiente natural. El presente capítulo también esboza los objetivos, tanto general como específicos y la definición de los conceptos.

1.1 ÁREA PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Durante el ejercicio profesional en enfermería de los autores del presente Trabajo Final de especialización, se ha evidenciado la necesidad de fomentar la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado, a partir de conceptos como el conocimiento, la habilidad, la experiencia y las creencias respecto a la Falla Cardíaca. Teniendo en cuenta que este tema tiene una relevancia social, teórica y disciplinar para la práctica de enfermería, se desarrollará a continuación el impacto que tiene en cada una de ellas.

Significancia social:

La Falla Cardíaca (FC) es una enfermedad crónica no transmisible que se produce como resultado final de muchos de los trastornos cardiovasculares, pero también algunas veces debido a factores no cardiovasculares. Más que una patología, la Falla Cardíaca es un síndrome que se asocia a alteraciones de otros órganos como el riñón y el pulmón, llevando a quien la padece a disfunción de casi todos sus sistemas, en corto tiempo, con un pronóstico reservado, aún en presencia de tratamiento (Rodríguez & Granados, 2008).

La FC es una enfermedad de alta prevalencia, que afecta a 26 millones de personas en el mundo. Se ha transformado en un importante problema de salud pública en los países industrializados debido a los gastos que genera su atención, principalmente por la alta tasa de reingreso hospitalario y los costos de los tratamientos desarrollados para atender esta enfermedad en fase avanzada, como la asistencia ventricular mecánica y el trasplante de corazón. La enfermedad cardiovascular es una de las primeras causas de muerte en Colombia. Entre 2009 y 2012 el número de consultas por FC descompensada en la sala de urgencias, incrementó en un 50%, en tanto que el número de hospitalizaciones creció en un 30% (Torres, 2016).

En las instituciones de salud de IV nivel de atención en Bogotá - Colombia, se atienden pacientes con FC NYHA III y IV que requieren desarrollar habilidades para la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado. Según Torres, 2016, los objetivos del tratamiento de esta enfermedad son aliviar los síntomas y signos, evitar la hospitalización y mejorar la supervivencia. En la actualidad los estudios se enfocan en la prevención de la hospitalización, pues es un aspecto de vital importancia para los pacientes y los sistemas sanitarios. Las reducciones en las tasas de mortalidad y de hospitalización reflejan la capacidad de los tratamientos eficaces para retrasar o prevenir el empeoramiento progresivo de la FC.

Por lo descrito anteriormente se desea implementar una intervención de cuidado con el fin de evolucionar las prácticas relacionadas con la gestión de síntomas y el mantenimiento del autocuidado en paciente con FC NYHA III y IV e involucrar a la familia en el proceso; pues el hecho de que en el momento de presentarse síntomas y signos de complicación, el paciente con FC tome decisiones en su ambiente natural u hogar y actúe sin consultar físicamente a servicios de urgencias y/o reingresar a las instituciones de salud con complicaciones severas que pudieron ser prevenidas, podría disminuir múltiples costos sociales por atención de la sintomatología de forma precisa y oportuna.

Significancia disciplinar:

A partir de lo expuesto por Molano & Hernández, 2016, el profesional de enfermería es

un miembro activo que debe estar presente en todos los ámbitos de atención en salud del paciente con FC, teniendo en cuenta el autocuidado del paciente, vinculando a su familia o cuidadores, a través de intervenciones y estrategias educativas novedosas, como la que se pretende en el presente Trabajo Final de especialización, que garanticen no solo el conocimiento sino el cumplimiento de las recomendaciones dadas, las cuales no son seguidas por los pacientes debido a diferentes factores asociados, tales como déficit de conocimiento y cuidado de la enfermedad, polifarmacia y dificultades en el acceso a los servicios de salud. Lo anterior haciendo parte de un equipo multidisciplinario en el que los enfermeros y enfermeras son actores principales y su participación se fundamenta en un programa de educación estructurado, dirigido a pacientes y cuidadores para fomentar la gestión de síntomas y el mantenimiento del autocuidado a partir de la toma de decisiones en el ambiente natural del paciente con FC conocedor y con experiencia en los signos y síntomas de la enfermedad.

Es un reto para el profesional de enfermería alcanzar estas metas en la educación del paciente y su familia para así brindar un cuidado integral, por esto se hace necesario realizar una planeación adecuada de las intervenciones, dirigidas a fortalecer en el paciente y su cuidador el conocimiento de su enfermedad, el nivel de autocuidado, la adherencia al tratamiento y el reconocimiento oportuno de los síntomas de alarma; para así poder realizar gestión de los síntomas a través de decisiones en el hogar o ambiente natural y mantener el autocuidado; lo cual permitirá contribuir, entre otras cosas, a impulsar la investigación en esta área pues se encuentra escasamente intervenida, convirtiéndose en un pilar importante para el empoderamiento y el liderazgo de enfermería.

Los profesionales de enfermería son un miembro activo e importante de las clínicas de FC en Colombia, que se encuentran presentes en la atención intrahospitalaria, ambulatoria y en hospital día; según Molano & Hernández, 2016, en el ámbito hospitalario el profesional de enfermería realiza la identificación de los pacientes, el seguimiento y la planificación del alta, dando educación y dirigiendo los pacientes hacia la clínica de FC ambulatoria; en el proceso de atención ambulatorio el profesional de enfermería es el líder de los diferentes subprocesos y realiza su intervención en tres fases: Evaluación, Intervención y Registro. Al respecto la evaluación como fase esencial implica la detección de las condiciones del paciente (físicas, familiares, emocionales,

cognitivas, etcétera) con diferentes escalas aplicadas a fin de que una vez finalice se establezcan las necesidades del paciente y se planee la intervención ambulatoria que debe contener educación en diferentes ejes temáticos.

Dicho esto, la significancia disciplinar del presente Trabajo Final radica en que al aplicar la intervención en el paciente con FC teniendo en cuenta los conceptos de conocimiento, experiencia, creencias y habilidad, con el objetivo de fomentar la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado y así generar que el paciente tome decisiones en su ambiente natural apoyado en el profesional de enfermería líder de la clínica de FC, mejoraría la relación terapéutica con el paciente y su familia basada en la confianza, de modo que garantice la adherencia a los diferentes tratamientos y de igual forma se contribuya a la disminución de los reingresos hospitalarios por complicaciones prevenibles que llevan a disminución de la calidad de vida o en el peor de los casos la muerte.

Significancia teórica:

Para el desarrollo del presente trabajo se seleccionó la Teoría de situación específica para FC de la Doctora Bárbara Riegel, publicada en 2008 y actualizada en 2015 (Riegel, Dickson, & Faulkner, 2016). Teniendo en cuenta el fenómeno y la situación problema seleccionada, se realizó búsqueda integrativa y cronológica en diferentes bases de datos hallando los estudios de mayor pertinencia publicados durante los últimos 10 años, posteriormente se realizó revisión y crítica de literatura a partir de la herramienta Caspe y se seleccionaron 16 estudios pertinentes con los conceptos centrales para la intervención, esto con el fin de generar una orientación para dejar las bases construidas hacia la implementación de una intervención innovadora para el cuidado del paciente con FC.

La Teoría de situación específica para FC brinda una mayor y más eficiente participación de los pacientes en sus cuidados, a partir del monitoreo y reconocimiento de los síntomas que se presentan como signo de descompensación de la enfermedad, para que así mismo sea tomada la decisión de realizar gestión de estos en un ambiente completamente natural tal como es el hogar, esto con el fin de no presentar reingreso a

las instituciones de salud con complicaciones serias que pudieron ser prevenidas.

Los pacientes con FC con clasificación de clase funcional NYHA III y IV, tienen cierto grado de conocimiento respecto a los signos y síntomas que se presentan con la enfermedad y que indican descompensación o complicación del cuadro, estos son los pacientes con los cuales se desea realizar la intervención del presente trabajo, pues podrán reconocer el síntoma y gestionarlo teniendo en cuenta los factores que influyen en la toma de decisiones para el autocuidado (Dickson, Buck, & Riegel, 2011) como lo son el conocimiento, la experiencia y la habilidad; y como factor personal que influye en la toma de decisiones la creencia de la persona y su familia o comunidad; trabajando esto, los pacientes podrán mantener su autocuidado y aumentar la adherencia al tratamiento, pues la adherencia al ser uno de los componentes del autocuidado, se basa en seguir las recomendaciones de los profesionales de la salud para continuar los planes de tratamiento y tener una mejor calidad de vida. (Riegel et al., 2016)

El primer paso para lograr que el paciente gestione sus síntomas y mantenga el autocuidado es mediante el reconocimiento de síntomas pues esto comprende tanto el descubrimiento de las sensaciones físicas como la interpretación de su significado (Riegel et al., 2016), debido a esto los pacientes que son incapaces de reconocer sus síntomas no tendrán éxito en los subsiguientes pasos para mantener su autocuidado. (Riegel & Carlson, 2004).

Con respecto al conocimiento y la experiencia, estos son influyentes en el proceso de toma de decisiones pues ayudan a identificar patrones en situaciones y a partir de ellos se toma una decisión y a su vez se realiza una acción. Por esto sin experiencia y conocimiento, la decisión sobre la acción prevista, así como la significancia de la situación no puede ser reconocida; y consecuentemente si no se reconoce la significancia se impedirá la simulación mental de un plan y un juicio con respecto a las secuencias en las conductas de autocuidado. (Riegel et al., 2016)

Por otro lado los pacientes que carecen de habilidad en el “qué hacer”, cuando se enfrentan a circunstancias especiales como vacaciones, se encuentran en riesgo de fallar en el mantenimiento del autocuidado. Del mismo modo, la falta de habilidad en la evaluación de los datos obtenidos y el control los síntomas dan como resultado una

carencia en el autocuidado.(Riegel et al., 2016).

El autocuidado visto así, se desarrolla mediante un proceso de tomar decisiones (Dickson & Riegel, 2009). Los óptimos resultados en la calidad de vida de los pacientes con FC dependen de la eficacia de la participación en actividades de autocuidado (Moser et al., 2012), las cuales se tienen planeadas mediante diferentes estrategias en el presente trabajo. Por lo anterior el autocuidado requiere de adherencia y de otros comportamientos que se relacionen con el cuidado personal para así mantener la estabilidad y dar respuesta inmediata a los síntomas de descompensación cuando se producen, teniendo en cuenta de igual manera los factores relacionados con la persona, como las creencias, concepto con el cual se pretende trabajar, esto debido a que aspectos como la etnia o identidad cultural, nivel de culturización, estatus socioeconómico y conocimientos sobre la salud influyen en gran medida sobre el autocuidado, pues las normas sociales y creencias culturales afectan el comportamiento de la persona en cuanto a cómo percibe, experimenta y hace frente a una enfermedad. (Riegel et al., 2016)

Finalmente, sin importar la intensidad, el contenido y la intervención por parte de enfermería, la gestión e intervención del paciente con FC en sus síntomas, mejoran los resultados directamente relacionados con su enfermedad; por lo que se hace necesario que el paciente con FC sea quien tome decisiones en su ambiente natural respecto a la gestión de sus síntomas y así mantenga el autocuidado, pues al practicar el mantenimiento del autocuidado vive una vida sana, se adhiere al tratamiento y vigila sus síntomas (Riegel, Lee, Dickson, & Carlson, 2009); con lo que se contribuye a la disminución de la alta morbilidad en este tipo de pacientes, así como el reingreso a instituciones de salud por complicaciones prevenibles.

1.2 Formulación del problema

Se observa la necesidad de fomentar la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con FC NYHA III y IV, pues son quienes tienen experiencias

previas respecto a la presentación de la enfermedad y la aparición de sus síntomas; por lo que son capaces de reconocerlos y actuar frente a ellos, sin esperar a que estos sean tan graves que se haga necesario reingresar a una institución de salud con complicaciones severas que pudieron ser prevenibles.

Dentro de los factores que sustentan las posibles causas del problema se encuentran las siguientes: Conocimientos en relación con la enfermedad, habilidades para gestionar los síntomas, experiencias previas y creencias, que a su vez se encuentran relacionados así:

Con la persona: Edad, nivel educativo, diagnóstico médico, factores de riesgo, apoyo familiar y clasificación dependiendo de la anomalía estructural según la clasificación AHA (American Heart Association) y capacidad funcional según clasificación NYHA

Con el proceso del paciente: Actitudes, aceptación de la enfermedad, red de apoyo, acceso a la red de salud.

Con la toma de decisiones: Habilidad para identificar complicaciones y tomar decisiones, creencias y valores.

Dentro de los elementos que componen los efectos de la necesidad observada se encuentran la baja adherencia y el autocuidado que genera la alta morbilidad del paciente con FC, así como el reingreso a instituciones de salud por complicaciones prevenibles.

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Fomentar la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con falla cardíaca NYHA III y IV.

1.3.2 Específicos

- Promover los conocimientos para la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con falla cardíaca NYHA III y IV.
- Fortalecer la experiencia en la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con falla cardíaca NYHA III y IV.

- Desarrollar habilidades para la gestión de síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con falla cardíaca NYHA III y IV.
- Potenciar las creencias de los pacientes con falla cardíaca NYHA III y IV para la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado.

1.4 Definición de conceptos (Riegel et al., 2016)

MANTENIMIENTO DEL AUTOCUIDADO: refleja la adherencia al tratamiento y a los comportamientos saludables (Tomar los medicamentos, hacer ejercicio, dieta baja en sal).

GESTIÓN DE LOS SÍNTOMAS: Respuesta a los síntomas cuando ocurren.

HABILIDAD: Capacidad de utilizar el conocimiento propio fácilmente y con eficacia para llevar a cabo una tarea de interés. Las habilidades se adquieren como resultado de la práctica y la experiencia en un proceso que normalmente ocurre durante un tiempo. Las habilidades necesarias para el autocuidado incluye tanto táctica (¿cómo?) como habilidades situacionales (¿Qué hacer?, ¿cuándo?).

Destreza del paciente con FC para reconocer los síntomas en su ambiente natural u hogar para tomar la decisión de gestionarlo, teniendo en cuenta los diferentes factores que intervienen, tales como el conocimiento, la experiencia y las creencias con el fin de mantener el autocuidado sin consultar a una institución de salud con complicaciones que pudieron ser prevenidas.

EXPERIENCIA: Es un factor que influencia la toma de decisiones para el autocuidado, pues a partir de la exposición o participación en un suceso o fenómeno (en este caso, a los diferentes síntomas de la FC) se genera conocimiento o habilidad en esta área en particular.

CONOCIMIENTO: Se refiere a la información relevante que la persona es capaz de recordar de memoria y el material previamente aprendido. La adquisición de conocimiento es el objetivo de la mayoría de intervenciones educativas, implica el

complejo cognitivo de percepción, aprendizaje, comunicación, asociación y razonamiento. Es evidenciado por la capacidad de interpretar y explicar el significado cuando es necesario.

CREENCIAS: Está definido como un factor personal que influencia la toma de decisiones. Del mismo modo, el significado cultural atribuido a la FC y la percepción acerca del comportamiento apropiado para cada función en la práctica del autocuidado también influye en las decisiones diarias de autocuidado. La importancia cultural de la espiritualidad y de las creencias religiosas en autocuidado ha sido bien establecida en las poblaciones minoritarias étnicas con enfermedad crónica como FC.

TOMA DE DECISIONES: Es la elección de los comportamientos que conservan la estabilidad fisiológica (mantenimiento) y la respuesta a los síntomas cuando ocurren (gestión) (Riegel et al., 2009).

2. Marco Teórico

El Marco Teórico que fundamenta este trabajo proporcionará una idea más clara acerca de la gestión y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con FC, a continuación se encontrarán los conceptos esenciales y específicos de la teoría abordada para el desarrollo del presente trabajo; siendo estos habilidad, creencias, conocimiento y experiencia.

El autocuidado busca que el paciente mediante el desarrollo de habilidades, la adquisición de conocimientos propios y brindados y a partir de los valores y la experiencia que él tiene sobre la enfermedad, realice la gestión y el mantenimiento del autocuidado sobre los síntomas de la enfermedad.

La teoría en la cual está basado este trabajo se centra en una población específica de FC, siendo esta teoría muy concreta al momento de su aplicación. Esta Teoría de situación específica de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca (Riegel & Dickson, 2008), resalta que el autocuidado es el pilar de la teoría, definiéndolo como un proceso naturalista de toma de decisiones que implica la elección de los comportamientos que mantienen la estabilidad fisiológica denominado "**Mantenimiento**" y la respuesta a los síntomas cuando estos ocurren denominado "**Gestión**". El mantenimiento del autocuidado se define además para abarcar la monitorización de los síntomas de rutina y la adherencia al tratamiento; la gestión del autocuidado se caracteriza por ser un proceso iniciado por el reconocimiento de los síntomas y la evaluación que estimula el uso de tratamientos de cuidado personal o autocuidado (Riegel & Dickson, 2008). Este proceso conlleva a que el paciente tenga la capacidad para ser cuidador autónomo de su salud, sabiendo reconocer los síntomas y dando respuesta a estos.

De esta teoría se tomaron dos proposiciones importantes como soporte a este trabajo, las cuales son descritas de la siguiente manera:

1. El reconocimiento de los síntomas es la clave para una gestión exitosa de autocuidado.

2. El auto-cuidado es mejor en los pacientes con mayor conocimiento, habilidad, experiencia y valores compatibles.

La idea básica de la teoría del autocuidado busca brindar mayor participación de los pacientes en sus propios cuidados, sabiendo que los pacientes tienen que vivir con sus enfermedades, administrar sus medicamentos, cambiar su estilo de vida y tomar decisiones acerca de sus síntomas, esto con el objetivo de disminuir la tasa de hospitalización centrada en mejorar el autocuidado de cada paciente con FC en estadio avanzado.

El mantenimiento del autocuidado se refleja como los comportamientos utilizados para mantener la estabilidad fisiológica, dar seguimiento a los síntomas y la adherencia al tratamiento. La monitorización de los síntomas es crucial para reconocer e interpretar los síntomas. La adherencia al tratamiento, es un componente de autocuidado que consiste en seguir el consejo de los proveedores para el cumplimiento de un plan de tratamiento y vivir una vida sana.

La gestión del autocuidado se refiere a la toma de decisiones para dar respuesta a los síntomas cuando se producen. También es un proceso activo, deliberado y esencial en la enfermedad, porque los pacientes van a controlar el equilibrio entre la salud relativa y la agudización de la FC.

Cinco etapas de gestión fueron descritas durante la gestión del autocuidado; el reconocimiento de un cambio de estado, la evaluación del cambio en el estado; la decisión de tomar medidas; la aplicación de un tratamiento como estrategia y la evaluación del tratamiento aplicado.

Para que este proceso se lleve a cabo, Riegel & Dickson 2008 determinaron que la teoría tiene otras variables que recaen directamente sobre la toma de decisiones, recordando que la toma de decisiones es un proceso naturalista real que se ve reflejado en la rutina diaria. Sabiendo que estas se centran en el proceso más que en el resultado, se toman decisiones que coinciden con la situación y la acción, el contexto influencia la toma de decisión y se basa en la información empírica disponible en ese momento. Los factores más influyentes en desarrollar tales conocimientos son la experiencia, la habilidad y la compatibilidad con los valores (Figura 1).

MODELO PARA LA GESTIÓN Y MANTENIMIENTO DEL AUTOCUIDADO EN FALLA CARDÍACA.

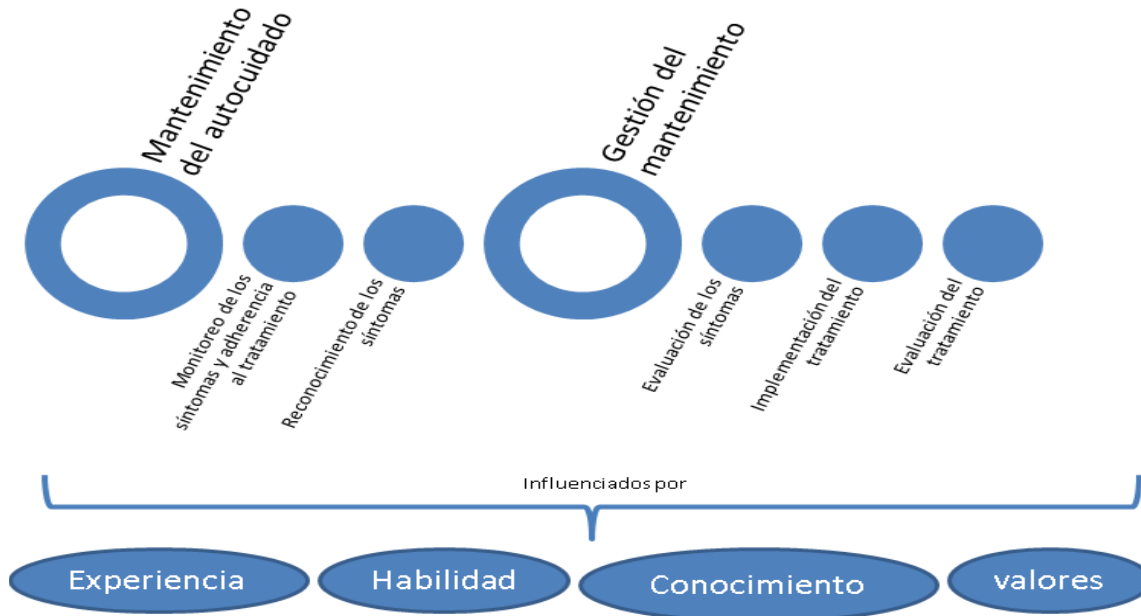


Figura 1. Espitia Y, Jacinto M, Ortiz J, *Modelo para la gestión y el mantenimiento del autocuidado en Falla Cardíaca*. Fomentando la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con Falla Cardíaca, 2016

El reconocimiento de los síntomas fue el primer concepto que se corroboró y se definió con estudios, bajo la hipótesis que los pacientes que eran incapaces de reconocer sus síntomas no tendrían éxito en los pasos subsiguientes en la administración del autocuidado.

El Conocimiento fue el segundo concepto probado, en el cual se dio a conocer que el autocuidado se daba mejor en los pacientes con mayor vivencia con la enfermedad, puesto que tenían mejores conocimientos, habilidades, experiencias y valores, poniéndose a prueba con datos cuantitativos en el marco de un estudio de método mixto (Dickson, Deatrick, & Riegel, 2008).

La Habilidad en ese mismo estudio se definió, evaluó y probó cualitativamente con los pacientes, con perfiles de expertos y novatos en función del nivel de habilidad para dar

gestión y mantenimiento a su enfermedad, donde se evidenció que los pacientes clasificados como novatos no respondieron adecuadamente a los síntomas de la enfermedad.

Para el desarrollo de la Experiencia se evidenció que los pacientes con FC han desarrollado su experiencia con respecto a cómo cuidar de la enfermedad después de dos meses. Esto se corroboró con estudios donde muestran que el seguimiento de estos pacientes fue telefónico y otros mediante uso de software en computadores. (Riegel, Barbara; Carlson, Beverly; Glaser, Dale; Romero, 2006)

Por otra parte los valores personales están implícitamente relacionados con la toma de decisiones; ellos orientan las decisiones al permitir la elección de un individuo para ser comparado con los valores correspondientes a la decisión tomada. La influencia de los valores en las opciones sobre el autocuidado fue evaluada en el estudio de método mixto realizado por Dickson et al., 2008.

En conclusión, se observa que las proposiciones centrales de la teoría fueron probadas, lo que proporciona evidencia de que la teoría es útil para la explicación y predicción. (Riegel & Dickson, 2008). Con base en la capacidad predictiva de la teoría se planteará la intervención de cuidado en el presente trabajo, con el fin de fomentar la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con FC-NYHA III y IV.

A fin de apoyar la revisión teórica formal realizada, se adelantó una búsqueda empírica ordenada, integrativa y cronológica de literatura de los últimos 10 años a la luz de la Teoría de situación específica de autocuidado en la FC (Riegel & Dickson, 2008), los artículos derivados fueron de carácter cualitativo descriptivo y cuantitativo de tipo descriptivo, correlacional, causal, experimental y de meta-análisis.

El periodo comprendió desde el año 2008 hasta el año 2016 y se realizó por tres bloques de búsqueda para la revisión y crítica de los artículos pertinentes, llevando a cabo el análisis y la selección según criterios de pertinencia mediante la herramienta de análisis Caspe de diferentes investigaciones tipo meta-análisis, ensayos clínicos, estudios cualitativos y descriptivos; además se realizó la selección de estos artículos por pertinencia según los conceptos definidos anteriormente. Con lo anterior, el presente documento se apoya en 14 artículos en total; 4 cualitativos, 1 descriptivo-cualitativo, 6 experimentales y 3 meta-análisis; los cuales fueron hallados en diferentes bases de datos

como Research Gate, Science Direct, Ovid, Proquest entre otras. Ver anexo de documentos revisados (anexo 1).

Desde años atrás antes de la publicación de la teoría situacional se han venido desarrollando múltiples investigaciones sobre el autocuidado en pacientes con FC, con grandes aportes para mejorar la calidad de vida de estos pacientes haciéndole partícipes del propio cuidado de su enfermedad. Al respecto Bárbara Riegel, ha podido plasmar una teoría para este tipo de pacientes, basándose en la investigación del autocuidado como herramienta fundamental del cuidado de enfermería mediante los conceptos de gestión y mantenimiento de la enfermedad.

Esta teoría se deriva de otra muy importante, la teoría de autocuidado de Dorotea Orem a partir de la cual obtuvo sus raíces. Posteriormente y después de algunas investigaciones se basó en dos teorías de mediano rango: el autocuidado para las enfermedades crónicas, (Riegel, Jaarsma, & Strömberg, 2012) y el proceso naturalista de toma de decisiones desde la psicología (Lipshitz, Klein, Orasanu, 2001), dando cabida a una teoría situacional específica para el autocuidado en FC en 2008.

Esta Teoría define el autocuidado como un proceso naturalista de toma de decisiones que implica la elección de los comportamientos que mantienen la estabilidad fisiológica (mantenimiento) y la respuesta a los síntomas cuando ocurren (gestión). Así mismo, define que el mantenimiento del Autocuidado puede abarcar la monitorización de los síntomas de rutina y la adherencia al tratamiento. La gestión del Autocuidado se caracteriza por ser un proceso iniciado por la evaluación y el reconocimiento de los síntomas, que estimula el uso de tratamientos de cuidado personal y la evaluación del tratamiento. (Riegel & Dickson, 2008)

Revisión de la literatura.

La teoría específica en el proceso de autocuidado de pacientes con FC que apunta a evitar y disminuir el porcentaje de reingreso de pacientes a las unidades de urgencias, es de vital importancia para la sociedad y la disciplina porque genera un impacto positivo en los gastos por enfermedades crónicas no transmisibles y repercute en forma directa sobre la calidad de vida de los pacientes (Riegel et al., 2009). Para llegar a las metas

propuestas se necesita de la implementación del autocuidado en pacientes con FC como piedra angular en el manejo de la enfermedad como intervención primaria.

Se evidencia que para llegar a tener máxima habilidad y dominio de la enfermedad se necesita tener experiencia previa sobre la enfermedad, por tal motivo, Bárbara Riegel, enfocó sus estudios principalmente en pacientes con FC NYHA III y IV (Buck et al., 2012). Este tipo de pacientes ha tenido experiencia previa sobre los síntomas, porque han venido viviendo diferente sintomatología a lo largo de los otros estadios de la enfermedad. Por otro lado estos pacientes, no todos, tienen mayor habilidad y conocimiento para la gestión y el mantenimiento a la enfermedad. (Dickson et al., 2011).

Dickson & Riegel, 2009, describen que el autocuidado se compone de diferentes comportamientos tales como el mantenimiento de los síntomas que se refiere al cuidado personal con el fin de mantener la estabilidad y por otro lado de dar respuesta inmediata a los síntomas fisiológicos cuando se producen, que se refiere a la gestión de los síntomas. Otro concepto muy importante es el de la adherencia al tratamiento que se refiere al cumplimiento y a la constancia a las acciones realizadas, donde también se encuentran inmersos los valores de la persona puesto que puede ser un factor a favor o en contra de la enfermedad.

Desde esta perspectiva el autocuidado está envuelto en un proceso de toma de decisiones, el cual es un paso mediante el cual el individuo realiza una elección entre las mejores opciones o formas para resolver diferentes situaciones de la vida en diferentes contextos, en este caso la enfermedad, respondiendo de manera oportuna a los síntomas que han presentado como por ejemplo: para mejorar la tensión arterial la opción sería disminuir la ingesta de sal, para evitar la inflamación sería disminuir la toma de líquidos y en general comer saludablemente, realizar ejercicios y controlar las comorbilidades.

Por otra parte el autocuidado se define como un conjunto complejo de actividades que requiere de los cuatro conceptos (habilidad, conocimiento, valores y experiencia) para poder interiorizar y llevarlo a la práctica de la vida diaria. La obtención de resultados satisfactorios y la mejora de la calidad de vida de los pacientes con FC, depende de la participación y realización de actividades de autocuidado por parte del enfermo y por otra parte de todo el personal de salud, quien es el que lleva el direccionamiento del paciente para fortalecer las debilidades y perfeccionar las habilidades y destrezas que el paciente

ya tiene, donde se observa que la mayoría del personal de la salud no está altamente capacitado para ayudar a los pacientes a comprometerse y adquirir el autocuidado eficaz frente a su enfermedad. (Moser et al., 2012).

De hecho a pesar de la educación que se le brinda al paciente cuando se le da el egreso del hospital, se evidencia que los pacientes son incapaces de reconocer y dar manejo a los signos y síntomas que presentan posteriormente, viéndose esto como pobre autocuidado y falla en la educación sobre la gestión y mantenimiento que se brinda al paciente sobre la enfermedad.

Como se nombró anteriormente la atención que presta el personal de salud al enfoque del autocuidado en pacientes con FC es poco y para ello se requiere tanto de conocimiento y de habilidad del paciente, como de compromiso y empoderamiento del personal asistencial para direccionar el autocuidado en estos pacientes. Un estudio de Dickson & Riegel, 2009 muestra que los pacientes con IC perciben la necesidad de identificar y desarrollar habilidades necesarias para realizar el autocuidado, pero no saben cómo desarrollarlas, por tal motivo la intervención que los profesionales hagan sobre ellos, será beneficiosa para mejorar la gestión y el mantenimiento de la enfermedad por medio del autocuidado.

Para el desarrollo de estas destrezas, se necesitan habilidades tácticas como de situaciones vividas para el mantenimiento y la gestión del autocuidado. Al respecto la habilidad para brindarse autocuidado evoluciona con el tiempo y con la práctica ya que las personas con FC y con otras enfermedades aprenden a realizar prácticas de autocuidado en su diario vivir dando respuesta a los signos y síntomas identificados, pero de una manera incompleta (Stromberg, Jaarsma, & Riegel, 2012). El dominio de estas habilidades se adquiere principalmente a través de los aportes de la familia y de amigos con la misma enfermedad mejorando e implementando así las intervenciones con más beneficios que le apuntan a la disminución de las complicaciones. Los profesionales de la salud, raras veces hacen contribuciones significativas al aprendizaje de habilidades esenciales, para el desarrollo del autocuidado; circunstancia por la cual es de vital importancia la necesidad de ayudar a estas personas a reconocer los cambios mínimos que ocurren en el cuerpo, con el fin de identificar oportunamente los síntomas, evitar la

descompensación de la FC y por ende el ingreso a una institución de salud (Dickson, Buck, & Riegel, 2013).

Según Dickson & Riegel, 2009, la educación tradicional que brinda el profesional de la salud al paciente, no es compatible con el desarrollo de habilidades y destrezas de autocuidado en el escenario de la FC. Por lo cual se necesitan nuevas estrategias de enseñanza hacia los pacientes como soporte hacia el desarrollo de habilidades tácticas y conocimiento mediante situaciones vividas, en la rutina diaria.

Algunas de estas intervenciones podrían estar dirigidas hacia el entrenamiento de habilidades y destrezas individualizadas según el estado de evolución inicial en el que se encuentre el paciente. Brindando un objetivo específico para cada situación mediante el juego de roles, donde la persona con FC se enfrente a diferentes escenarios clínicos, en los cuales él es el protagonista de su cuidado, poniéndolo a realizar una serie de actividades, de observación y análisis con el fin de que reconozca los síntomas de FC, dando pistas y acciones de respuesta para dar solución a los problemas identificados, brindando autocuidado mediante el mantenimiento que significa adherirse al régimen de tratamiento y dando respuesta oportuna para disminuir el riesgo de descompensación de su enfermedad en la vida cotidiana.

Se concluye que en la literatura hay un soporte amplio sobre las intervenciones aplicadas en la teoría, que se pueden desarrollar y utilizar en un paciente con FC-NYHA III y IV, también se evidencia que las directrices que toma el personal de salud específicamente enfermería a la hora de brindar educación sobre el autocuidado mediante el fomento de los cuatro conceptos principales (habilidad, experiencia, conocimiento y creencias) mejora la gestión y el mantenimiento del paciente con FC, porque sus síntomas mejoran y por ende la calidad de vida; contribuyendo a la disminución de la alta morbimortalidad en este tipo de pacientes, así como el reingreso a instituciones de salud por complicaciones prevenibles.

El alcance de este trabajo final, es aplicar una intervención de cuidado, dirigida a mejorar el autocuidado en pacientes con FC, fomentando la gestión y el mantenimiento de los síntomas, fortaleciendo el autocuidado, potencializando el conocimiento, la habilidad, los valores y la experiencia en pacientes con FC, brindando a las personas la oportunidad de ser los protagonistas de su cuidado.

3.Marco Metodológico

La estrategia metodológica empleada para el desarrollo del presente Trabajo Final de especialización, fue un enfoque de Marco lógico considerado una herramienta útil para el análisis del fenómeno central de este trabajo, el cual se centra en la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con FC NYHA III y IV. Partiendo de esta base se proponen estrategias encaminadas a dar cumplimiento a los objetivos planteados a través de la planificación y la gestión de actividades.

Es importante aclarar que el trabajo se desarrolló de forma secuencial y se ejecutó con ayuda del diseño de dos manuales, el primero denominado esquema fijo el cual se empleó en participantes que por su situación no pudieran ser intervenidos en su hogar como ambiente natural, por lo que se realizó en una sola sesión; el segundo se denominó manual móvil, el cual se ejecutó con participantes en dos sesiones en ambientes naturales; lo que lo convierte en un proceso flexible que puede ser modificado según las necesidades que se identifiquen a lo largo de la aplicación.

A continuación se presenta el planteamiento del marco operativo en el cual se especifican las estrategias propuestas para dar cumplimiento a los objetivos específicos y al objetivo general.

Marco operativo

El marco operativo tuvo como finalidad la planificación de las acciones que se ejecutaron para el desarrollo de los objetivos planteados en el presente Trabajo Final de especialización, considerándolo un instrumento útil para analizar y cumplir las metas establecidas.

Por lo tanto este marco encamina la identificación de logros y el cumplimiento del propósito; de igual forma define los componentes para el desarrollo y el alcance de los objetivos.

Se desarrolló el árbol de problemas en el cual se identificó un fenómeno y se destacaron las principales causas que lo afectan y a partir de estas se plantearon los objetivos; posteriormente se establecieron estrategias dirigidas al cumplimiento de cada uno de los objetivos específicos y así mismo se construyeron indicadores de resultado y de proceso para lograr el cumplimiento de los objetivos.

3.1 ÁRBOL DE PROBLEMAS

A continuación se grafica el árbol de problemas:

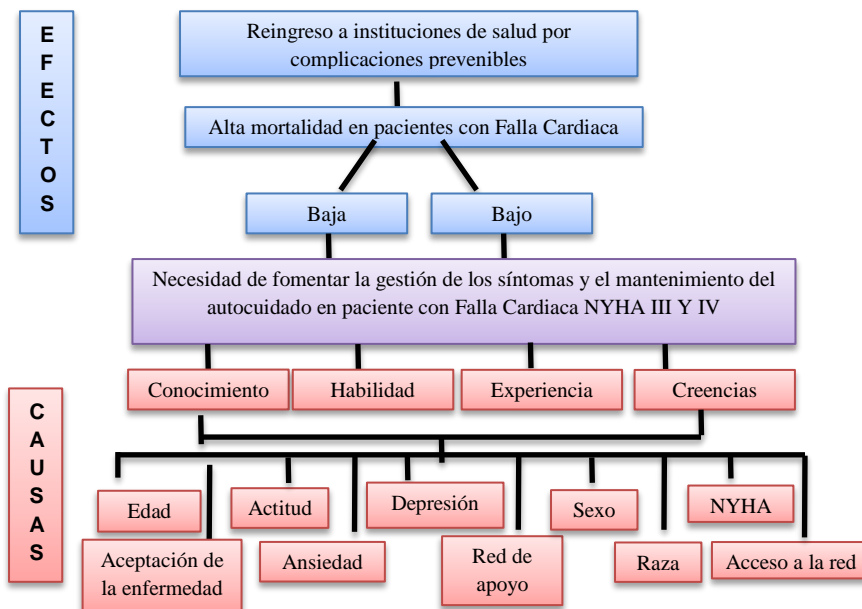


Figura 2. Espitia Y, Jacinto M, Ortiz J, **Árbol de problemas.** Fomentando la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con Falla Cardíaca, 2016.

El árbol de problemas (figura 2) fue útil en este proyecto, pues permitió analizar el problema, identificando las principales causas brindando soluciones en términos de objetivos, evaluando su factibilidad y pertinencia.

3.2 CONSTRUCCIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE CUIDADO

La construcción de la intervención se llevó a cabo en 3 fases en las cuales se planteó de forma organizada la estructura para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos trazados para el presente trabajo.

Fase 1: Diseño

Esta etapa tuvo como propósito asegurar que el desarrollo del presente trabajo pudiera ser desarrollado de forma organizada, teniendo en cuenta para su ejecución la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con FC, logrando con esto que los participantes mantuvieran la capacidad de tomar decisiones en ambientes naturales como el hogar con ayuda de experiencias previas.

En la tabla 1 se describe cada uno de los componentes de la estrategia de cuidado.

Tabla 1. Componentes de la estrategia de cuidado

COMPONENTES	DESCRIPCIÓN
Usuarios de la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personas con diagnóstico de FC estadio funcional NYHA III Y IV que ya se encuentren compensadas. ▪ Participantes captados en consulta externa y medios diagnósticos. ▪ Pacientes que se les hayan dado de alta de la Unidad de Cuidado Intensivos a sala general. ▪ Participantes con conservación de la orientación y el nivel de conciencia.
Proveedor principal	Tres enfermeros, estudiantes de

	especialización en enfermería cardiorrespiratoria.
Duración de la intervención	2 semanas
<p>Sesiones e intensidad: Se empleó un manual fijo y móvil según captación del participante.</p> <p>Manual fijo: Se empleó en participantes que por su situación de salud no podían ser intervenidos en su hogar como ambiente natural, por lo que se realizó en una sola sesión.</p> <p>Manual móvil: se desarrolló en participantes en ambientes naturales como el hogar.</p> <p>Intensidad: 30-50 Minutos</p> <p>Frecuencia de los contactos: Dependió de la forma en la que fue captado el participante, si era en sala general se empleó un manual fijo y si fue citado, se empleó un manual móvil</p>	<p>Intervención ejecutada con manual fijo:</p> <p>Sesión 1: Conocimiento, experiencia y habilidad para reconocer síntomas y tomar decisiones en FC teniendo en cuenta la influencia de mitos y verdades.</p> <p>Intervención ejecutada con manual móvil:</p> <p>Sesión 1: Habilidad y experiencia para la toma de decisiones.</p> <p>Sesión 2: Experiencia, mitos y verdades en el autocuidado de la FC.</p>
<p>Método de entrega</p> <p>Contenido: Se utilizó el mismo nivel de enseñanza y participación en cada sesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El método de comunicación fue individualizado, logrando con esto que en cada sesión se desarrollará una comunicación asertiva y un mejor resultado terapéutico. ▪ Simulación mental basada en la experiencia de cada participante respecto a la FC
Seguimiento	Se realizó a lo largo de cada sesión permitiendo reforzar e incentivar a cada participante en los logros obtenidos.
Ambiente	<p>Consulta externa y servicio de hospitalización de una institución de III nivel de atención de la ciudad de Bogotá</p> <p>Ambientes naturales como el hogar</p>

Una de las estrategias que se empleó para fomentar la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con FC, se llevó a cabo con ayuda de la simulación mental (ilustrada en figura 3) la cual se empleó basándose en la experiencia previa de cada participante, a fin de desarrollar habilidades que le permitieran a la persona fortalecer sus conocimientos respecto a vivencias anteriores, logrando con esto mejorar su capacidad en toma de decisiones en ambientes naturales como el hogar.

Por otro lado la experiencia llevada a una situación y encaminada a la toma de decisiones, fue un elemento útil para ayudar a las personas diagnosticadas con FC en estadio NYHA III Y IV a reconocer e interpretar los síntomas, formular un plan de intervención mental y principalmente lograr evaluar si la decisión tomada fue la correcta teniendo en cuenta las experiencias previas.

Figura 3: Simulación mental

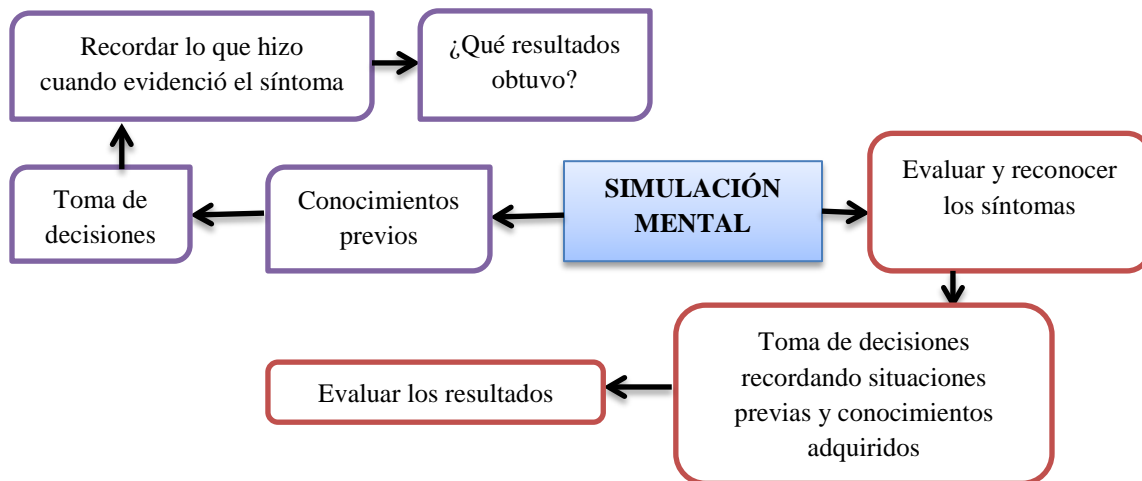


Figura 3. Espitia Y, Jacinto M, Ortiz J, *Simulación mental*. Fomentando la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con Falla Cardíaca, 2016

En la tabla 2 se describen los medios de verificación y los supuestos, en la tabla 3 se ilustran las actividades que se ejecutaron para el desarrollo del protocolo de intervención. Se desarrolló a través de la simulación mental y por medio de situaciones de vida cotidiana en las cuales el paciente tenía la capacidad de reconocer, evaluar e intervenir para finalmente tomar decisiones ante la presencia de un síntoma.

Su ejecución se realizó con base en la experiencia para fortalecer el conocimiento e identificar patrones de situaciones en su vida cotidiana, una vez se clasificó la situación, la experiencia previa guió la toma de decisiones.

Se desarrolló cada una de las acciones teniendo en cuenta los conceptos de la Teoría de situación específica de FC con el fin de dar cumplimiento a los objetivos específicos y así desarrollar el objetivo general planteado.

Tabla 2. Recursos y medios de verificación: A continuación se explicarán en las siguientes tablas los recursos y medios de verificación empleados para el cumplimiento de los objetivos planteados para este trabajo.

Objetivo 1: Promover los conocimientos para la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con FC NYHA III y IV.

ESTRATEGIA	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>Los participantes reconocerán los síntomas de FC a través de conocimientos previos.</p> <p>Al momento de reconocer los síntomas los gestionarán en ambiente natural.</p>	<p>Diario de campo en el cual se plasmen las observaciones relevantes a lo largo de la sesión.</p> <p>Identificación de los síntomas por parte de cada participante.</p>	<p>Apoyo: Material didáctico como alimentos, medicamentos, Kit de autocuidado, dibujos didácticos con síntomas de FC.</p> <p>Humano: 3 estudiantes de especialización, Participantes y cuidador principal según corresponda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lista de asistencia ▪ Evaluación al final de cada sesión. 	<p>Disponibilidad del paciente y/o familiar para recibir la información por medio de la intervención acerca del proceso de gestión y mantenimiento del autocuidado.</p>

Objetivo 2: Fortalecer la experiencia en la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con FC NYHA III y IV.

ESTRATEGIA	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>Al momento de reconocer los síntomas, los participantes gestionaran en ambiente natural a través de la simulación mental.</p>	<p>Diario de campo en el cual se plasmen las observaciones relevantes a lo largo de la sesión.</p> <p>Identificación de síntomas por parte de cada participante.</p> <p>Número de días por semana en los cuales el participante se pesa.</p> <p>Número de días por semana en los cuales los participantes observan si hay presencia de "hinchazón" en los pies.</p> <p>Número de participantes que disminuyen la ingesta de sal cuando reconocen los síntomas de FC.</p> <p>Número de participantes que disminuyen la ingesta</p>	<p>Apoyo: Material didáctico como alimentos, medicamentos, Kit de autocuidado, dibujos didácticos con síntomas de FC.</p> <p>Humano: 3 estudiantes de especialización, Participantes y cuidador principal según corresponda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Listas de asistencia. ▪ Evaluación al final de cada sesión. 	<p>Disponibilidad del paciente y/o familiar para recibir la información por medio de la intervención acerca del proceso de gestión y mantenimiento del autocuidado.</p> <p>Bajo Índice ocupacional de la unidad.</p>

	de líquidos cuando reconocen síntomas de FC. Número de participantes a quienes se les aplica la intervención fija y saben qué es y para qué sirven los diuréticos.			
--	---	--	--	--

Objetivo 3: Desarrollar habilidades para la gestión de síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con FC NYHA III y IV.

ESTRATEGIA	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Al momento de reconocer los síntomas, los participantes gestionarán en ambiente natural a través de la simulación mental y desarrollarán habilidades para evaluar resultados.	Diario de campo en el cual se plasmen las observaciones relevantes a lo largo de la sesión. Identificación de los síntomas por parte de cada participante. Número de días por semana en los cuales el participante se pesa. Número días por semana en los cuales el	Apoyo: Material didáctico como alimentos, medicamentos, Kit de autocuidado, dibujos didácticos con síntomas de FC. Humano: 3 estudiantes de especialización, participantes y cuidador principal según corresponda.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Listas de asistencia. ▪ Evaluación al final de cada sesión. 	Disponibilidad del paciente y/o familiar para recibir la información por medio de la intervención acerca del proceso de gestión y mantenimiento del autocuidado. Bajo Índice ocupacional de la unidad.

	<p>participante observan si hay presencia de “hinchazón” en los pies.</p> <p>Número de participantes que disminuyen la ingesta de sal cuando reconocen síntomas de FC.</p> <p>Número de participantes que disminuyen la ingesta de líquidos cuando reconocen síntomas de FC.</p> <p>Número de participantes a quienes se les aplica la intervención fija y saben que es el diurético.</p>			
--	---	--	--	--

Objetivo 4: Potenciar las creencias de los pacientes con FC NYHA III y IV para la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado.

ESTRATEGIA	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>Cuando los participantes reconozcan y gestionen los síntomas de FC lograrán identificar que ciertos</p>	<p>Diario de campo en el cual se plasmen las observaciones relevantes a lo largo de la sesión.</p> <p>Número de participantes</p>	<p>Apoyo: Material didáctico como alimentos, medicamentos, Kit de autocuidado, dibujos didácticos de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Listas de asistencia. ▪ Evaluación al final de cada sesión. 	<p>Disponibilidad del paciente y/o familiar para recibir la información por medio de la intervención acerca del proceso de gestión y mantenimiento del autocuidado.</p>

hábitos hacen que sus síntomas se agudicen.	<p>que prefieren tomar remedios caseros para disminuir los síntomas que surgen.</p> <p>Número de pacientes que toman decisiones eficaces frente al padecimiento de los síntomas.</p> <p>Número de pacientes que saben reconocer los síntomas de FC.</p> <p>Participantes que ponen en práctica la experiencia, las creencias, la habilidad y el conocimiento adquirido durante la enfermedad y durante las sesiones para la gestión y el mantenimiento del autocuidado</p>	<p>síntomas de FC.</p> <p>Humano: 3 estudiantes de especialización, participantes y cuidador principal según corresponda.</p>		Bajo Índice ocupacional de la unidad.
---	--	---	--	---------------------------------------

Tabla 3. Descripción de actividades

SESIÓN	META	CONTENIDO	DIRECTRICES METODOLÓGICAS	INDICADOR
<p>INTERVENCIÓN FIJA</p> <p>SESIÓN 1</p> <p>Conocimiento, experiencia y habilidad para reconocer síntomas y tomar decisiones en presencia de síntomas de FC, teniendo en cuenta la influencia de mitos y verdades.</p>	<p>Al finalizar la sesión el participante tendrá la capacidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer los signos y síntomas de FC y gestionar sobre ellos en su ambiente natural. No referirán que asisten a la institución de salud. ▪ Guiar la toma de decisiones con ayuda de la experiencia y vivencias previas relacionadas con la enfermedad. 	<p>Taller 1</p> <p>Nombre de la actividad: Mi experiencia con los síntomas de FC.</p> <p>Objetivo: Socializar las experiencias y vivencias de cada participante, relacionadas con el reconocimiento de los síntomas físicos de FC.</p> <p>Contenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Signos y síntomas de FC. ▪ Experiencia del participante con los síntomas de FC. <p>Toma de decisiones relacionada con los síntomas de FC.</p> <p>Desarrollo: Preparar imágenes didácticas en las cuales el participante logre identificar los síntomas físicos de FC tal como pies con presencia de edema, persona fatigada, persona cansada, mareo, taquicardia entre otras.</p> <p>Con la ayuda de las imágenes el</p>	<p>Introducción: 2 Min Desarrollo: 15 Min. Evaluación: 10 Min</p> <p>Apoyo: Material didáctico como alimentos, medicamentos, Kit de autocuidado, dibujos didácticos de síntomas de FC.</p> <p>Estrategia 1: Simulación mental encaminada al reconocimiento de los síntomas físicos de FC y con base a estos guiar la toma de decisiones.</p> <p>Estrategia 2: Experiencias previas de reconocimiento de síntomas físicos de FC y toma de decisiones.</p>	<p>Diario de campo en el cual se plasmen las observaciones relevantes a lo largo de la sesión.</p> <p>Síntomas que son más comunes en cada participante.</p> <p>Número de días por semana en los cuales el participante se pesa.</p> <p>Número de días por semana en los cuales observan si hay presencia de "hinchazón" en los pies.</p> <p>Número de participantes a quienes se les aplica la</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar mitos, creencias y actividades con el fin de llegar a un acuerdo que permita el mejoramiento del autocuidado de la enfermedad. 	<p>participante escogerá uno o más de los síntomas que ha vivido y contará su experiencia respecto a la forma en la cual los ha identificado y cómo lo han manejado.</p> <p>Se aclararán dudas respecto a los signos de FC y se reforzarán los conocimientos del paciente respecto a conceptos básicos de FC.</p> <p>A lo largo de la sesión se llevará un diario de campo en el cual se escribirán las situaciones relevantes que se presenten con el participante permitiendo con esto retroalimentar, aclarar dudas e incentivar al participante para un mejor desenvolvimiento.</p>	<p>Estrategia 3: Experiencias previas con la habilidad, los conocimientos y las creencias.</p> <p>Estrategia 4: Habilidad para el fortalecimiento de experiencias previas.</p>	<p>intervención y disminuyen la ingesta de sal cuando reconocen síntomas de FC.</p> <p>Número de participantes a quienes se les aplica la intervención y disminuyen la ingesta de líquidos cuando reconocen síntomas de FC.</p> <p>Número de participantes a quienes se les aplica esta intervención fija y toman dosis extra de diurético cuando reconocen síntomas de FC.</p> <p>Rutinas de actividad física que prefieren los participantes a quienes se les aplica la intervención.</p>
--	--	---	--	---

				<p>Horarios de toma de medicamentos.</p> <p>Número de participantes que prefieren consultar de inmediato al servicio de urgencias, antes de manejar síntomas en ambiente natural.</p> <p>Número de participantes que prefieren tomar remedios caseros para disminuir los síntomas que surgen.</p> <p>Número de participantes que tienen en cuenta los síntomas de FC.</p>
<p>INTERVENCIÓN MOVIL</p> <p>SESIÓN1 Habilidad y experiencia para la toma de</p>	<p>Al finalizar la sesión los participantes estarán en la capacidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guiar la toma de decisiones 	<p>Taller 1</p> <p>Nombre de la actividad: Desarrollando habilidades desde mi experiencia para el reconocimiento de los signos y síntomas de FC.</p>	<p>Introducción: 10 Min Desarrollo: 25 Min. Evaluación: 10 Min</p> <p>Apoyo: Material didáctico como alimentos,</p>	<p>Diario de campo en el cual se plasmen las observaciones relevantes a lo largo de la sesión.</p> <p>Síntomas</p>

<p>decisiones.</p>	<p>con ayuda de la experiencia y las vivencias de cada participante.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer los signos y síntomas de FC y gestionar sobre cada uno de ellos en su ambiente natural. ▪ Referir que no asisten a la institución de salud y que no hay descompensación de la FC. 	<p>Objetivo: Socializar con el grupo las experiencias y vivencias relacionadas con el reconocimiento de los síntomas físicos y signos clínicos de FC y hacer retroalimentación sobre las dudas o inquietudes que se tengan.</p> <p>Contenido:</p> <p>Signos y síntomas de FC</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Experiencia de cada participante con los síntomas de FC. ▪ Toma de decisiones con la experiencia tenida por cada participante con los síntomas de FC ▪ Simulación mental mediante una situación hipotética (real en paciente con FC) en la que se presenten los diferentes síntomas y decisiones tomadas por el participante para gestionarla. <p>Desarrollo: Se abordará en dos sesiones.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar imágenes didácticas en las cuales los participantes logren identificar los síntomas físicos y signos clínicos de FC tal como pies con presencia de edema, persona fatigada, persona cansada, mareo, taquicardia, entre otras. 	<p>medicamentos, Kit de autocuidado, dibujos didácticos de síntomas de FC</p> <p>Estrategia 1: Simulación mental encaminada al reconocimiento de los síntomas físicos de FC y con base en estos guiar la toma de decisiones.</p> <p>Estrategia 2: Experiencias previas de reconocimiento de síntomas físicos de FC y toma de decisiones.</p> <p>Estrategia 3: Experiencias previas con habilidad, conocimientos y creencias.</p> <p>Estrategia 4: Habilidad para el fortalecimiento de experiencias previas.</p>	<p>identificados por cada participante.</p> <p>Número de días por semana en los cuales el participante se pesa.</p> <p>Número de días por semana en los cuales observan si hay presencia de “hinchazón” en los pies.</p> <p>Número de participantes a quienes se les aplica la intervención y disminuyen la ingesta de sal cuando reconocen síntomas de FC.</p> <p>Número de participantes a quienes se les aplica la intervención y disminuyen la ingesta de líquidos</p>
--------------------	---	--	--	--

		<p>Con la ayuda de las imágenes cada participante escogerá uno o más de los síntomas que ellos han vivido y contarán su experiencia respecto a la forma como lo han identificado y como lo han manejado.</p> <p>A lo largo de la sesión se llevará un diario de campo en el cual se escribirán las situaciones relevantes que se presenten con cada participante permitiendo con esto retroalimentar, aclarar dudas e incentivar a los participantes que se desenvuelvan mejor fortaleciendo las debilidades.</p> <p>2. Entregar a cada participante un cuarto de hoja en las cuales estarán escritas dos preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué siente que aprendió durante la sesión? ▪ ¿Cuáles son los síntomas de descompensación de la FC? <p>Se recogerán los papeles y se colocarán en una caja. Se sacará cada papel y se leerá en voz alta la respuesta de cada uno de los participantes. Se preguntará a los demás asistentes si están de acuerdo con la respuesta o</p>	<p>cuando reconocen síntomas de FC.</p> <p>Número de participantes a quienes se les aplica la intervención y toman dosis extra de diurético cuando reconocen síntomas de FC.</p> <p>Rutinas de actividad física que prefieren los participantes a quienes se les aplica la intervención.</p> <p>Horarios de toma de medicamentos.</p> <p>Número de participantes que prefieren consultar de inmediato al servicio de urgencias, antes de manejar síntomas en ambiente natural.</p> <p>Número de</p>
--	--	--	---

		si hubieran realizado o añadido otra actividad y se hará una pequeña retroalimentación de ella.		participantes que prefieren tomar remedios caseros para disminuir los síntomas que surgen. Número de participantes que tienen en cuenta síntomas de FC.
INTERVENCIÓN MOVIL SESIÓN 2 Experiencia, mitos y verdades en el autocuidado de la FC.	Al finalizar la sesión el participante será capaz de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poner en práctica lo aprendido en la sesión anterior y tener habilidad para dar respuesta oportuna y eficaz a los síntomas cuando se presenten mediante la experiencia adquirida en el transcurso de la enfermedad y de las sesiones. 	Taller 2 Nombre de la actividad: El juego de las tarjetas. Objetivo: Facilitar la integración de los participantes - Calor Humano - Memorizar los nombres. Contenido: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Simulación mental mediante un ambiente recreado. Al menos cinco (5) personas contarán al grupo una situación específica de los síntomas que más recuerden y que les haya generado más incertidumbre. Compartirán qué hicieron para calmar esos síntomas antes de ir al hospital. Se brindará retroalimentación de las acciones realizadas con el fin de 	Introducción: 5 Min Desarrollo: 20 Min. Evaluación: 10 Min Apoyo: Material didáctico como alimentos, medicamentos, Kit de autocuidado, dibujos didácticos de síntomas de FC Estrategia 1: Simulación mental encaminada al reconocimiento de los síntomas físicos de FC y con base a estos guiar la toma de decisiones.	Diario de campo en el cual se plasmen las observaciones relevantes a lo largo de la sesión. Toma decisiones eficaces frente al padecimiento de los síntomas. Puesta en práctica de la experiencia, las creencias, la habilidad y el conocimiento adquirido durante la enfermedad y durante las sesiones para la gestión y el mantenimiento del autocuidado.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar cuales mitos, creencias y actividades tienen los participantes con el fin de llegar a un acuerdo que permita el mejoramiento del autocuidado de la enfermedad 	<p>implementar y fortalecer habilidades y creencias que cada participante tiene.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se precisará qué hacer con los síntomas que se presentan: inflamación de los pies, aumento repentino de peso, disnea, dolor en el pecho, fatiga, cansancio, mareo, hipotensión. Hipertensión. <p>Desarrollo: Se hará una mesa redonda dando la oportunidad al menos a cinco (5) participantes que cuenten la experiencia de la enfermedad desde su diagnóstico y sobre los síntomas vividos y las acciones que realizaron frente a estos. Síntomas descritos por cada paciente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 	<p>Estrategia 2: Experiencias previas de reconocimiento de síntomas físicos de FC y toma de decisiones.</p> <p>Estrategia 3: Experiencias previas con la habilidad, los conocimientos y las creencias</p> <p>Estrategia 4: Habilidad para el fortalecimiento de las experiencias previas</p>	
--	---	---	---	--

Para ejecutar las actividades expuestas con anterioridad, se basó fundamentalmente en el reconocimiento oportuno de los síntomas físicos de FC de cada uno de los participantes y con ayuda de las experiencias previas encaminarlos a detectar las manifestaciones propias de la patología y con estas guiar una toma de decisiones oportunas en ambiente cotidianos como el hogar, permitiendo con esto que cada participante desarrolle habilidades. A continuación se explicará cada una de las estrategias ejecutadas para fomentar la gestión y el mantenimiento de los síntomas en paciente diagnosticados con FC.

Estrategia 1: Simulación mental: Se empleó como herramienta de exploración de todas las posibles opciones cuando los pacientes enfrentan síntomas a fin de encaminarlos a tomar decisiones oportunas logrando con esto desarrollar la capacidad de evaluar dichas decisiones. Cuando se hable de toma de decisiones se refiere principalmente a que se pregunte “qué hacer?” y “porqué?”, teniendo en cuenta las acciones del pasado cuando se experimentó sintomatología y lograr la evaluación de su pertinencia. Los enfermeros reforzaron la toma de decisiones realizadas por cada participante.

Estrategia 2: Conocimiento y habilidad: El conocimiento se tomó como base fundamental desarrollado con ayuda de la experiencia, con el fin de lograr que los participantes reconocieran e interpretaran los síntomas y tomaran decisiones oportunas para el fomento de habilidades propias.

Estrategia 3: Habilidad y creencias: La habilidad como base fundamental para lograr la toma de decisiones oportunas basados en las experiencias previas se tiene como pilar de estas intervenciones, sin embargo teniendo en cuenta que la población aún tiene creencias que se basan en mitos propios del entorno social, se procuró que los participantes reconocieran que algunas de la actividades no eran propias para el manejo la patología.

Estrategia 4: Habilidad y experiencia: La experiencia en los participantes fue una herramienta útil para encaminar cada sesión al desarrollo de habilidades para tomar decisiones oportunas frente a síntomas físicos de FC de manera rápida y oportuna.

Estrategias para seguimiento individual en cada sesión

1. Conocer el entorno cotidiano, social y de la historia de la enfermedad de cada participante, para reconocer posibles limitaciones. Al captar los participantes se realizaron preguntas básicas sobre sus actividades diarias y el entorno en el cual se desenvuelve diariamente para identificar el tipo de población.
2. Identificar las experiencias y los conocimientos previos de cada participante de forma individual; en el taller número 1 se realizó una socialización de la experiencia de cada participante respecto a las vivencias de cada uno con síntomas de FC.
3. Realizar retroalimentaciones respecto a las decisiones tomadas y a las habilidades adquiridas. A lo largo de cada sesión se realizó la evaluación de las decisiones tomadas por cada participante logrando con esto mejorar sus conocimientos.
4. Ejecutar las sesiones en base a simulación mental de situaciones que pueden ser vividas en la cotidianidad. Se planteó una situación de la vida cotidiana en la cual los participantes tomaron decisiones con base a situaciones que se pueden presentar en su vida diaria.
5. Evaluar las creencias de cada participante para identificar posibles conflictos con los valores personales. En la tercera sesión se logró identificar las prácticas de cuidado de cada participante logrando una negociación respecto a estas actividades para mantener los síntomas.
6. Evaluar las características de la decisión: incertidumbre, inseguridad y necesidad de la opinión de terceros para guiar la toma de decisiones.

Fase 2:

Evaluación de resultados: Tiene como objetivo determinar el resultado de la estrategia en la toma de decisiones naturalistas. En la tabla 4 se describirán las actividades que se ejecutaron para la evaluación de la sesiones.

Tabla 4. Evaluación de resultados

MEDICIÓN	EVALUACIÓN
<p>Durante la sesión:</p> <p>Identificar el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones con ayuda de la experiencia de cada participante durante el desarrollo de cada simulación mental.</p> <p>Evaluar los indicadores expuestos a lo largo de cada sesión según corresponda.</p> <p>Ejecutar una actividad de refuerzo según se identifiquen dificultades a lo largo del desarrollo de cada sesión.</p>	<p>Controlar la forma como el participante toma decisiones en escenarios naturales. Realizar bitácora y diligenciar lista de chequeo.</p>
<p>Después de la sesión: Reconocer las buenas decisiones tomadas por cada participante a lo largo de cada taller.</p>	<p>Observar la forma en que cada participante se desenvuelve a los largo de cada sesión. Realizar bitácora y diligenciar lista de chequeo.</p>

Fase 3: Cronograma de actividades: A continuación se explica en la tabla 5 las fechas en las cuales se ejecutaron las actividades para el cumplimiento del plan de acción.

Tabla 5. Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	FECHA	PARTICIPANTES	LUGAR
<p>Socialización del proyecto ante la dependencia encargada de la institución en la cual se desarrolló el presente trabajo final de especialización.</p>	<p>7 de Octubre de 2016</p>	<p>Mariana Jacinto Jhonatan Ortiz Yineth Espitia</p> <p>Encargada de avalar las intervenciones a realizar</p>	<p>Hospital III nivel</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Selección de los participantes (3-5). • Explicación del proyecto a los participantes seleccionados y que acepten participar en las sesiones. 	<p>3 -7 Noviembre de 2016</p>	<p>Mariana Jacinto Jhonatan Ortiz Yineth Espitia</p> <p>Pacientes.</p>	<p>Hospital III nivel</p>

Aplicación de las intervenciones según corresponda a cada participante.	04-11 Noviembre 2016	Mariana Jacinto Jhonatan Ortiz Yineth Espitia Pacientes	Hogar de visita Hospital de III nivel
Realizar análisis de resultados obtenidos.	12-15 Noviembre de 2016	Mariana Jacinto Jhonatan Ortiz Yineth Espitia	Universidad Nacional de Colombia
Realizar correcciones establecidas por la asesora.	17-27 de Noviembre de 2016	Mariana Jacinto Jhonatan Ortiz Yineth Espitia Profesora: Viviana Céspedes	Universidad Nacional de Colombia

3.3 MANUAL DE DESARROLLO DE LA INTERVENCION.

OPCION N°1 INTERVENCIÓN FIJA DE 1 SESION

CONOCIMIENTO, EXPERIENCIA Y HABILIDAD PARA RECONOCER SINTOMAS Y TOMAR DECISIONES EN FALLA CARDIACA TENIENDO EN CUENTA LA INFLUENCIA DE MITOS Y VERDADES – Tiempo total: 47 Minutos

Este manual de intervención de paciente con FC está destinado a pacientes que por diferentes situaciones no se pueden intervenir en más de una oportunidad, por lo que se realiza una sola intervención en un ambiente hospitalario o natural: hogar; donde se trabajan aspectos de conocimiento, experiencia, habilidad y creencias para la toma de decisiones para que posteriormente el paciente pueda reconocer y gestionar los síntomas de FC y así mantener el autocuidado en su ambiente natural.

AMBIENTACIÓN E INTRODUCCIÓN : 2 Minutos
Saludo de bienvenida, presentación de la estrategia para el desarrollo de esta sesión.
COMPETENCIAS
Al finalizar la sesión los participantes estarán en la capacidad de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer los signos y síntomas de FC y gestionar sobre ellos en su ambiente natural. No referirán que asisten a la institución de salud. ▪ Guiar la toma de decisiones con ayuda de la experiencia y vivencias previas

relacionadas con la enfermedad.

- Identificar mitos, creencias y actividades tienen los participantes con el fin de llegar a un acuerdo que permita el mejoramiento del autocuidado de la enfermedad.

CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA EN SITUACION DE FALLA CARDIACA Y TOMA DE DECISIONES: 15 minutos

Nombre de la actividad: Mi experiencia con los signos de FC.

Objetivo: Socializar sus experiencias y vivencias relacionadas con el reconocimiento de los síntomas físicos de FC.

Participantes: 1 Participante

Desarrollo: Preparar imágenes didácticas con las cuales el participante logre identificar los síntomas físicos de FC tal como pies con presencia de edema, persona fatigada, persona cansada, mareo, taquicardia entre otras.

Con la ayuda de las imágenes el participante escogerá uno o más de los síntomas que ha vivido y contará su experiencia respecto a la forma en la cual lo ha identificado y cómo lo han manejado.

Se aclararán dudas respecto a los signos de FC y se reforzaran los conocimientos del paciente respecto a conceptos básicos de FC

A lo largo de la sesión se llevará un diario de campo en el cual se escribirán las situaciones relevantes que se presenten con el participante permitiendo con esto retroalimentar, aclarar dudas e incentivar al participante para un mejor desenvolvimiento.

CONTENIDO

- Signos y síntomas de FC
- Experiencia del participante con los síntomas de FC
- Toma de decisiones relacionada con la experiencia del participante con los síntomas de FC

DIRECTRICES METODOLÓGICAS

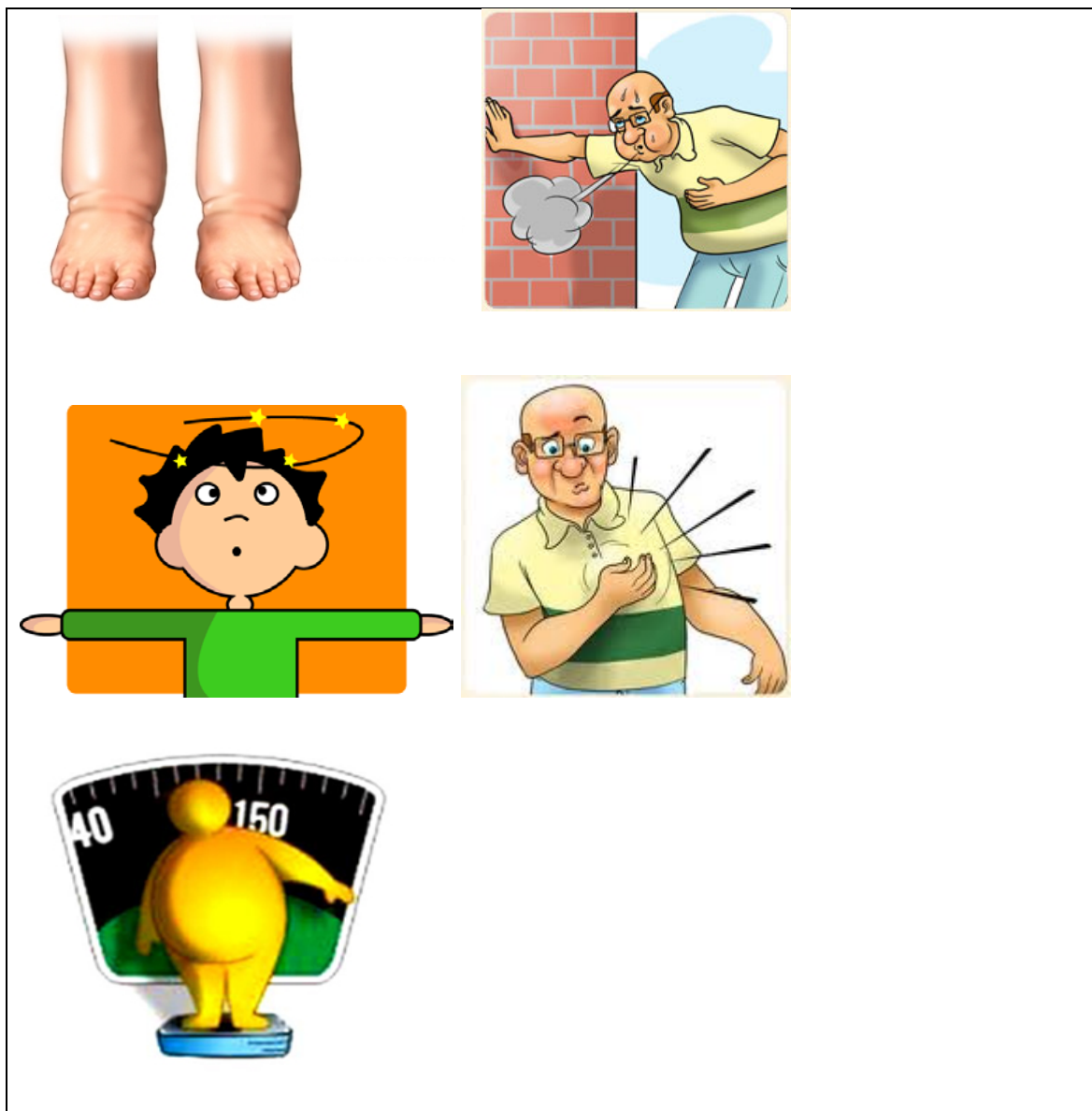
- Escuchar al participante relatar sus experiencias respecto a los síntomas de FC
- Aclarar dudas que surjan al participante que relata su experiencia.

APOYO EDUCATIVO

Imágenes didácticas de síntomas, kit de autocuidado.

Signos y síntomas de FC:

- Edema en miembros inferiores
- Dificultad para respirar
- Aumento de peso
- Palpitaciones
- Mareo
- Aumento de líquidos en el cuerpo



EVALUACIÓN

- Se realizará con ayuda del diario de campo registrando los síntomas que reconoce el paciente.
- Se retroalimentará al paciente respecto a los síntomas que no reconozcan.
- Se escuchará la experiencia de cada participante con los síntomas escogidos.

HABILIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES – 15 minutos

Los signos y síntomas de FC son: Dificultad para respirar, tos, aumento de peso, edema en miembros inferiores, disminución de frecuencia y cantidad de orina e ingurgitación yugular; estarán representados en diferentes dibujos didácticos con los que se ambientará el escenario y con los que los asistentes participarán en las actividades. Estos síntomas no se presentan de manera súbita, sino gradualmente y

por ende la importancia de que los pacientes con FC tengan la habilidad de identificarlos y a su vez tomar la decisión de gestionar sobre ellos para mejorarlos antes de consultar a una institución de salud.

CONTENIDO

Simulación mental mediante una situación hipotética (real en paciente con FC) en la que se presenten los diferentes síntomas y decisión tomada por el participante para gestionarla.

DIRECTRICES METODOLÓGICAS

1. Se tendrá previamente en diferentes papeles de colores una situación en la que se enfrentan síntomas de FC; a continuación:
 - a. Usted se despierta por la mañana y se pesa, se da cuenta que con respecto al día anterior a aumentado 1 kilo, así mismo siente que no tiene ganas de comer, incluso siente que tiene ganas de vomitar.
 - b. Usted está en su casa y a medida de va pasando el día y con aumento de las actividades siente un poco de dificultad para respirar y tos; cuando llega la noche usted se va a acostar a dormir y siente que cuando se acuesta en su cama aumenta la dificultad para respirar por lo que debe sentarse para poder respirar mejor.
 - c. Llega la hora de la cena y usted se da cuenta que durante el día solo ha ido una vez al baño a orinar y recuerda que fue muy poco lo que orinó.
 - d. Al llegar la hora de dormir usted se está quitando sus prendas de vestir y al quitarse las medias de los pies se da cuenta que el elástico de las medias está completamente marcado en sus piernas y los tobillos se encuentran inflamados, al colocar su dedo sobre el empeine, la marca que deja dura un rato en desaparecer. Realice el menú de lo que comería ese día.
 - e. Usted se está arreglando durante la mañana y al aplicar crema en la cara, se da cuenta que la vena que pasa por su cuello le está palpitando.
2. Se pide al participante que escoja un papel. Se le entrega para que lo socialice con su familiar y determinen cuál es el síntoma y que harían en cada caso.
3. El participante y su familiar deberán actuar, mostrando con uno de los dibujos didácticos cual es el síntoma y que harían en cada caso; posteriormente explicarán qué síntomas presentaron y qué decisiones tomaron para gestionarlo. Se realizará esta actividad en dos oportunidades.
4. Uno de los estudiantes está tomando nota de las respuestas que darán los asistentes para concomitantemente realizar evaluación a partir de las respuestas del paciente.

Posterior a la última presentación de los participantes, se retroalimentará a todo el grupo con respecto a cada caso. Dentro de las acciones que los pacientes debieron tomar se encuentran los siguientes:

- a. Pesarse también el siguiente día, revisar si hay presencia de “hinchazón” en los pies, disminuir la ingesta de sal y disminuir la ingesta de líquidos (Menú del día). Toma de tensión arterial.

<ul style="list-style-type: none"> b. Reposo en los momentos de disnea, disminuir la ingesta de líquidos, colocar más almohadas durante la noche para no sentir disnea y poder dormir; toma de tensión arterial; hora de toma de medicamentos (Tos: efecto secundario de los IECA). c. Toma de tensión arterial, disminución de ingesta de sal, revisión de horarios de toma de medicamentos, realizar una rutina de actividad física sin excederse físicamente. d. Pesarse, disminuir la ingesta de sal y disminuir la ingesta de líquidos (Menú del día), realizar una rutina de actividad física sin excederse físicamente. Toma de tensión arterial. e. Disminuir la ingesta de líquidos, toma de tensión arterial, revisar horario de medicamentos, realizar una rutina de actividad física sin excederse físicamente. <p>5. Se dará refuerzo al participante según necesidad.</p> <p>6. Se felicitará al participante por los logros alcanzados.</p>
APOYO EDUCATIVO
Material didáctico como: alimentos, medicamentos, Kit de autocuidado, dibujos didácticos de síntomas de FC.
EVALUACION
El participante estará en la capacidad de reconocer los síntomas y tomar la decisión de gestionarlos y no asistir a la institución de salud con complicaciones prevenibles y sin haber gestionado sus síntomas.
INFLUENCIA DE MITOS Y VERDADES CREENCIAS – 15 minutos
La Falla Cardíaca o Insuficiencia Cardíaca es una enfermedad crónica que se caracteriza por un conjunto de síntomas o padecimientos ocasionados por debilitamiento y falla de bomba progresiva del corazón. En el mundo se calcula existen unos 20.000.000 millones de personas que sufren un estadio importante de Falla Cardíaca. En Colombia más o menos 400.000 personas tienen alguna forma de FC y cada año aumenta en número, no solo en Colombia sino a nivel mundial, haciendo que cada día se consulte más a los servicios de urgencias por descompensación aguda de la enfermedad, aumentando así el número de días de hospitalización y de tratamiento. Esta enfermedad tiene gran impacto en la calidad de vida de las personas que la padecen, por tal motivo es de gran importancia que los pacientes desarrollen habilidades de autocuidado, con el fin de dar respuesta oportuna a los síntomas que genera la enfermedad, sacando a la luz mitos o rumores sobre lo que es beneficioso para controlar la enfermedad y llegar a una negociación según las creencias de cada persona.
CONTENIDO
Simulación mental mediante un ambiente recreado así: El paciente contará junto con su familiar (si este se encuentra presente) una situación específica de los síntomas que

más recuerde y que les haya generado más incertidumbre y las acciones que tomaron para calmar esos síntomas antes de ir al hospital, brindando retroalimentación de las acciones realizadas con el fin de implementar y fortalecer habilidades y creencias que el participante tiene.

DIRECTRIZ METODOLÓGICA

Evaluación de conocimientos, habilidades, experiencias y creencias en las cuales se involucran tanto el participante como su familiar. Escuchando diferentes estrategias de cuidado que sirven para mejorar los síntomas, teniendo en cuenta las acciones que ellos han tomado y les han servido para la mejoría de la enfermedad, siempre realizando retroalimentación según se requiera e intervenciones adicionales sobre el paciente y su familiar si presentan dudas o no están seguros de la intervención realizada.

APOYO EDUCATIVO

Definición de los síntomas:

Edema, aumento repentino de peso: también llamado congestión, es un signo de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca. Las molestias se deben a la retención de líquido y la congestión en el hígado, el intestino y los miembros inferiores. Cuando se hincha en los pies, algunas personas no toleran los zapatos.

Qué hacer?: Reducir el consumo de sal en la dieta y hacer restricción hídrica durante el día.

Disnea: es un síntoma muy frecuente de muchas personas con insuficiencia cardíaca. La disnea se produce porque la sangre del organismo se estanca en los vasos que llevan la sangre de los pulmones al corazón porque este no puede bombear la sangre con eficacia. De esta forma pasa líquido a los pulmones, lo que se conoce también como edema pulmonar.

Qué hacer?: Vigilar el patrón respiratorio y los posibles cambios. Por ejemplo, se puede presentar disnea por la noche y al encontrarse acostado. Es posible que se necesite más almohadas para estar más incorporado y, en consecuencia, respirar mejor.

Dolor en el pecho: Es un dolor originado por problemas cardíacos, suele identificarse en el tórax, aunque puede localizarse en cualquier lugar entre el abdomen y la garganta, incluidos los brazos o los hombros. Se puede experimentar como malestar, presión, gas o dolor sordo.

Qué hacer?: El dolor torácico SIEMPRE se debe considerar grave, pues podría indicar empeoramiento de la insuficiencia cardíaca, angina o infarto de miocardio. El paciente debe sentarse inmediatamente o acostarse y reposar, consultar a una institución de salud.

Fatiga: Este cansancio o fatiga se produce porque llega menos sangre a los músculos y tejidos como consecuencia de la menor capacidad de bombeo del corazón. El

organismo desvía la sangre de órganos menos vitales, como los músculos de las extremidades, y la envía al corazón, el cerebro y los riñones. La fatiga también se debe a que el organismo no elimina los productos de desecho con la rapidez habitual.

Qué hacer?: Es conveniente llevar un diario con los niveles de energía en un día normal y después de determinadas actividades, para que se puedan supervisar los cambios. Es importante realizar un ejercicio moderado y regular pues esto reduce la carga de trabajo del corazón. Si la fatiga aumenta y no se da con la posición y el reposo, puede también indicar otros problemas.

EVALUACIÓN

A partir de lo registrado en el diario de campo: el paciente referirá un mito relacionado con autocuidado de FC.
El participante expresará la restricción que deberá tener para beneficio propio.
Se brindará retroalimentación según lo mencionado por el paciente y/o familiar.

OPCION Nº2 MOVIL DE 2 SESIONES

SESIÓN 1: CONOCIMIENTO, HABILIDAD Y EXPERIENCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES

Tiempo total: 45 Minutos

AMBIENTACIÓN: 10 Minutos

Saludo de bienvenida a la primera sesión, presentación de la estrategia para el desarrollo de esta sesión

Nombre de la actividad: desarrollando habilidades desde mi experiencia para el reconocimiento de los signos y síntomas de FC.

Objetivo: Socializar experiencias y vivencias relacionadas con el reconocimiento de los síntomas físicos y signos clínicos de FC y hacer retroalimentación sobre las dudas o inquietudes que se tenga.

Participantes: 1 a 3 Participantes

Desarrollo: se desarrollará en dos sesiones.

1. Preparar imágenes didácticas en las cuales los participantes logren identificar los síntomas físicos y signos clínicos de FC tal como pies con presencia de edema, persona fatigada, persona cansada, mareo, taquicardia entre otras.

Con la ayuda de las imágenes, cada participante escogerá uno o más de los síntomas que ha vivido y contará su experiencia respecto a la identificación y manejo de estos.

A lo largo de la sesión se llevará un diario de campo en el cual se escribirán las situaciones relevantes que se presenten con cada participante permitiendo con esto retroalimentar, aclarar dudas e incentivar a los participantes que se desenvuelvan mejor fortaleciendo las debilidades.

2. Se entregará a cada participante un cuarto de hoja y en cada una estarán escritas dos preguntas:
- ¿Qué siente que aprendió durante la sesión?
 - ¿Cuáles son los síntomas de descompensación de la FC?

Se recogerán los papeles y se colocarán en una caja.

Se sacará cada papel y se leerá en voz alta la respuesta de cada uno de los participantes.

Se preguntará a los demás asistentes si están de acuerdo con la respuesta o si hubieran realizado o añadido otra actividad y se hará una pequeña retroalimentación de ella.

INTRODUCCIÓN: 10 Minutos

Se socializará entre los participantes los signos de FC, identificarán los síntomas que han experimentado y compartirán con el grupo su manejo del síntoma.

Se aclararán dudas respecto a conceptos básicos de FC.

Los signos y síntomas de FC son: Dificultad para respirar, tos, aumento de peso, edema en miembros inferiores, disminución de frecuencia y cantidad de orina e ingurgitación yugular; estarán representadas en diferentes dibujos didácticos con los que se ambientará el escenario y con los que los asistentes participarán en las actividades. Estos síntomas no se presentan de manera súbita, sino gradualmente y por ende la importancia de que los pacientes con FC tengan la habilidad de identificarlos y a su vez tomar la decisión de gestionar sobre ellos para mejorarlos antes de consultar a una institución de salud.

COMPETENCIAS

Al finalizar la sesión los participantes estarán en las capacidad de:

- Guiar la toma de decisiones con ayuda de la experiencia y vivencias de cada participante.
- Reconocer los signos y síntomas de FC y gestionar sobre cada uno de ellos en su ambiente natural.
- Referir que no asisten a la institución de salud y que no hay descompensación de su FC

CONTENIDO: 15 Minutos

- Signos y síntomas de FC
- Experiencia de cada participante con los síntomas de FC
- Toma de decisiones con la experiencia obtenida por cada participante con los síntomas de FC
- Simulación mental mediante una situación hipotética (real en paciente FC) en la que se presenten los diferentes síntomas y decisiones tomadas por el participante para gestionarla.

DIRECTRICES METODOLÓGICAS

- Escuchar con cada participante sus experiencias con síntomas de FC

- Aclarar dudas que surjan según la socialización de cada participante respecto a su experiencia.
- Posterior a la última presentación de los participantes, se retroalimentará a todo el grupo con respecto a cada caso; entre las acciones que los pacientes debieron tomar se encuentran las siguientes:
 - Pesarse también el siguiente día, revisar si hay presencia de “hinchazón” en los pies, disminuir la ingesta de sal y disminuir la ingesta de líquidos (Menú del día). Toma de tensión arterial.
 - Reposo en los momentos de disnea, disminución de la ingesta de líquidos, colocar más almohadas durante la noche para no sentir disnea y poder dormir; toma de tensión arterial; hora de toma de medicamentos (Tos: efecto secundario de los IECA).
 - Toma de tensión arterial, disminución de ingesta de sal, revisión de horarios de toma de medicamentos, realizar una rutina de actividad física sin excederse físicamente.
 - Pesarse, disminuir la ingesta de sal y disminuir la ingesta de líquidos (Menú del día), realizar una rutina de actividad física sin excederse físicamente. Toma de tensión arterial.
 - Disminuir la ingesta de líquidos, toma de tensión arterial, revisar horario de medicamentos, realizar una rutina de actividad física sin excederse físicamente.
- Se dará refuerzo al participante que lo requiera.
- Se felicitará a los participantes por los logros alcanzados.
- Se citará para la siguiente sesión, recordando que se dará diploma de asistencia y un obsequio.


APOYO EDUCATIVO

Imágenes didácticas de síntomas, kit de autocuidado, fichas, alimentos, medicamentos, Dibujos didácticos de síntomas de falla cardíaca.

Signos y síntomas de falla cardíaca

- Edema en miembros inferiores
- Dificultad para respirar
- Aumento de peso
- Palpitaciones
- Mareo
- Aumento de líquidos en el cuerpo





EVALUACIÓN: 10 Minutos

- Se realizará con ayuda del diario de campo registrando los síntomas reconoce el paciente y las situaciones que ocurran durante la sesión.
- Se retroalimentará a los participantes respecto a los síntomas que no logren reconocer.
- Se escuchará la experiencia de cada participante con los síntomas escogidos.
- Cada participante estará en la capacidad de reconocer los síntomas y tomar la decisión en su ambiente natural y apoyado en su familiar de gestionarlos y no asistir a la institución de salud con complicaciones prevenibles y sin haber gestionado sus síntomas.

SESION 2: la experiencia, mitos y verdades en el autocuidado de la falla cardiaca.
Tiempo total: minutos 45min

AMBIENTACIÓN: 15 minutos

Saludo de bienvenida y presentación utilizando como estrategia el juego de las tarjetas
Nombre del juego: el juego de las tarjetas
Objetivo: Facilitar la integración de los participantes, calor humano, memorizar los nombres.
Participantes: 1-3 participantes
Preparación: Se distribuye a cada participante una tarjeta, un marcador y un gancho.

El coordinador de la dinámica solicita a todos que coloquen su nombre o su sobrenombre, en forma horizontal en la tarjeta. Se indica que busquen para 3 letras del nombre, 3 adjetivos positivos que reflejen una cualidad positiva personal y las digan en voz alta según el turno dado, a continuación de la letra elegida, posteriormente se les pide que se la coloquen en un lugar visible, en la ropa, con el fin de reconocerse y aprenderse los nombres.

INTRODUCCIÓN: 5 minutos

La Falla Cardíaca o insuficiencia Cardíaca es una enfermedad crónica que se caracteriza por un conjunto de síntomas o padecimientos ocasionados por debilitamiento y falla de bomba progresiva del corazón. En el mundo se calcula existen unos 20.000.000 millones de personas que sufren un estadio importante de falla Cardíaca. En Colombia más o menos 400.000 personas tienen alguna forma de falla cardíaca y cada año aumenta en número, no solo en Colombia si no a nivel mundial las personas con esta enfermedad. Haciendo que cada día se consulte más a los servicios de urgencias por descompensación aguda de la enfermedad aumentando así el número de días de hospitalización y de tratamiento. Esta enfermedad tiene gran impacto en la calidad de vida de las personas que la padecen, por tal motivo es de gran importancia que los pacientes desarrollen habilidades de autocuidado, con el fin de dar respuesta oportuna a los síntomas que genera la enfermedad, sacando a la luz mitos o rumores sobre lo que es beneficioso para controlar la enfermedad y llegar a un negociación según las creencias de cada persona.

COMPETENCIAS

Al finalizar la sesión participante será capaz de:

- Poner en práctica lo aprendido en la sesiones anterior y tener habilidad para dar respuesta oportuna y eficaz a los síntomas cuando se presenten mediante la experiencia adquirida en el trascurso de la enfermedad y de las sesiones.
- Identificar cuales mitos, creencias, actividades tienen los participantes con el fin de llegar a un acuerdo que permita el mejoramiento del autocuidado de la enfermedad

CONTENIDO: 15 minutos

- Simulación mental mediante un ambiente recreado sobre:
Al menos cinco (5) personas contarán al grupo una situación específica de los síntomas que más recuerde y que les haya generado más incertidumbre y que hicieron para calmar esos síntomas antes de ir al hospital. Se brindará retroalimentación de las acciones realizadas con el fin de implementar y fortalecer habilidades y creencias que cada participante tiene.
- ¿Qué hacer con los síntomas que se presentan?: edema de miembros inferiores, aumento repentino de peso, disnea, dolor en el pecho, fatiga, cansancio, mareo, hipotensión o hipertensión.

DIRECTRICES DE LA METODOLOGÍA

Explorar, evaluar y llegar a un acuerdo para lograr el fomento del autocuidado, desde la

experiencia y las creencias de los participantes, observando las conductas que ellos tomaron en ciertas situaciones vividas previamente, con el fin de identificar y llenar los vacíos, además de fortalecer las debilidades que se encuentren.

APOYO EDUCATIVO

Se hará una mesa redonda dando la oportunidad de socializar las experiencias que se han tenido desde el diagnóstico de la enfermedad, los síntomas vividos y las acciones que realizaron frente a ellos.

Síntomas descritos por cada paciente

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

DIRECTRIZ METODOLÓGICA (2)

Evaluación de conocimientos, habilidades, experiencias y creencias realizando una mesa redonda donde participen cada uno de los pacientes con el fin de que todos se involucren escuchando diferentes estrategias de cuidado que sirven para mejorar los síntomas, teniendo en cuenta las acciones que se han tomado y han contribuido a la mejoría de los síntomas de cada paciente.

Se realizará retroalimentación personalizada según se requiera, así mismo se ejecutarán intervenciones adicionales sobre los pacientes que tengan dudas o no tengan seguridad de la intervención realizada.

APOYO EDUCATIVO

Definición de los síntomas:

Edema, aumento repentino de peso: también llamado congestión, es un signo de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca. Las molestias se deben a la retención de líquido y la congestión en el hígado, el intestino y los miembros inferiores. Cuando se hincha en los pies, algunas personas no toleran los zapatos.

Qué hacer?: Reducir el consumo de sal en la dieta y hacer restricción hídrica durante el día.

Disnea: es un síntoma muy frecuente de muchas personas con insuficiencia cardíaca. La disnea se produce porque la sangre del organismo se estanca en los vasos que llevan la sangre de los pulmones al corazón porque este no puede bombear la sangre con eficacia. De esta forma pasa líquido a los pulmones, lo que se conoce también como edema pulmonar.

Qué hacer?: Vigilar el patrón respiratorio y los posibles cambios. Por ejemplo, se puede presentar disnea por la noche y al encontrarse acostado. Es posible que se necesite más almohadas para estar más incorporado y, en consecuencia, respirar mejor.

Dolor en el pecho: Es un dolor originado por problemas cardíacos, suele identificarse en el tórax, aunque puede localizarse en cualquier lugar entre el abdomen y la garganta, incluidos los brazos o los hombros. Se puede experimentar como malestar, presión, gas o dolor sordo.

Qué hacer?: El dolor torácico SIEMPRE se debe considerar grave, pues podría indicar empeoramiento de la insuficiencia cardíaca, angina o infarto de miocardio. El paciente debe sentarse inmediatamente o acostarse y reposar, consultar a una institución de salud.

Fatiga: Este cansancio o fatiga se produce porque llega menos sangre a los músculos y tejidos como consecuencia de la menor capacidad de bombeo del corazón. El organismo desvía la sangre de órganos menos vitales, como los músculos de las extremidades, y la envía al corazón, el cerebro y los riñones. La fatiga también se debe a que el organismo no elimina los productos de desecho con la rapidez habitual.

Qué hacer?: Es conveniente llevar un diario con los niveles de energía en un día normal y después de determinadas actividades, para que se puedan supervisar los cambios. Es importante realizar un ejercicio moderado y regular pues esto reduce la carga de trabajo del corazón. Si la fatiga aumenta y no cede con la posición y el reposo, puede también indicar otros problemas.

EVALUACIÓN: 10 minutos

Cada participante dirá un mito que interviene con el mantenimiento del autocuidado en FC.

Cada participante dirá una restricción que no podrán hacer para beneficio propio.

Se realizará retroalimentación según lo expresado por cada paciente.

Se premiará a los participantes que culminen el plan de intervención con “diplomas”.

Cada participante reconocerá los síntomas mediante la mímica de los mismos y explicará la intervención para disminuirlo.

INDICADORES

- Toma decisiones eficaces frente al padecimiento de los síntomas.
- Sabe reconocer los síntomas de la FC
- Pone en práctica la experiencia, las creencias, la habilidad y el conocimiento adquirido durante la enfermedad y durante las sesiones para la gestión y mantenimiento del autocuidado.

4. Consideraciones éticas

En el presente Trabajo Final de especialización, se conservaron los aspectos éticos pertinentes para la práctica del profesional de Enfermería en cualquiera de los ambientes en los cuales desempeñe su rol como profesional, los cuales serán citados a continuación:

Capítulo I, Artículo 2, Ley 266 de 1996: Principios de la práctica profesional, en este artículo se tiene en cuenta:

- Integralidad: La cual orienta al proceso de vinculación y observación de los participantes como seres holísticos.
- Individualidad: Cada participante es único y tienen necesidades particulares.
- Dialogicidad: Permite la comunicación asertiva entre el Enfermeros-participantes a lo largo de cada sesión.
- Calidad: Respecto a la manera de ofrecer a lo largo de la sesión que cada participante logre identificar y gestionar los síntomas de FC en ambiente naturales como el hogar.
- Continuidad: Con este trabajo de grado de especialización se buscó implementar una intervención a pacientes con diagnóstico de FC en estadio NYHA III y IV que se encuentran compensados, para lograr con esta población un reconocimiento de síntomas de descompensación de la enfermedad y que de esta forma reconozcan y logren gestionar esa sintomatología en ambientes naturales como el hogar, alcanzando con esta intervención que los pacientes gestionen rápidamente los síntomas de descompensación sin requerir consultar a servicios de urgencias.

CAPITULO II, Artículo 3, Ley 266 de 1996: Los sujetos de atención son los participantes que deseen ser intervenidos para el reconocimiento y gestión de los síntomas de

descompensación de FC ambiente naturales como el hogar, basados en los conocimientos teóricos y prácticos (Ley 266 de 1996, 1996)

Capítulo I, Artículo 2, Ley 911 2004: Además de los principios que se enuncian en la ley 266 de 1996 capítulo I artículo 2, se tuvieron en cuenta los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad, y fidelidad, que orientaron a los profesionales de enfermería para la aplicación del presente trabajo de grado en aspectos éticos y legales.

Capítulo IV, Artículo 29, Ley 911 2004: Los profesionales de enfermería partícipes en este Trabajo final, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los participantes como principio ético fundamental. (Ley 911, 2004)

5.Resultados

Para la realización del presente trabajo final de especialización se realizó una revisión empírica, ordenada y cronológica de la literatura de los últimos 10 años, a la luz de la Teoría de situación específica de autocuidado en FC, a partir de la cual se logró evidenciar que dicha teoría es aplicable en el ambiente natural, es decir el hogar de pacientes con FC NYHA III/IV, pues son los pacientes que han vivido con esta enfermedad durante varios años por lo que es más fácil para ellos reconocer los signos y síntomas de descompensación de la enfermedad, siendo los más comunes: edema de miembros inferiores, fatiga o ahogo, dolor en el pecho, mareo, disminución de los volúmenes urinarios y aumento de peso.

Para llevar a cabo la aplicación del trabajo y así poder dar cumplimiento a los objetivos propuestos, se realizó un manual de intervención con el que se pretendió fomentar la gestión de los síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con FC NYHA III y IV; este consistió en intervenir cuatro conceptos pilares de la teoría: conocimiento, habilidad, experiencia y creencia. Posterior a la obtención de los teléfonos de contacto de dichos pacientes, se procedió a la citación, sin embargo 6 de 7 pacientes refirieron no poder asistir a la institución de salud para la intervención, por diferentes motivos personales; lo que imposibilitó la captación y posterior seguimiento de los pacientes.

Teniendo en cuenta que la Teoría de situación específica de autocuidado en falla cardiaca invita a realizar las intervenciones en el ambiente natural tal como el hogar del individuo, fue necesario reorganizar los manuales de intervención para generar que fuera posible su aplicación de forma fija en una sesión o móvil en dos sesiones, ejecutado tanto en el hogar del paciente así como en el ambiente hospitalario.

Al realizar la modificación del manual inicial, se generaron dos manuales de intervención, los cuales pueden ser aplicados tanto en el ámbito hospitalario con pacientes que tuvieran su enfermedad compensada y que estuvieran cercanos a ser

dados de alta; así como en el ambiente natural, es decir, el hogar de los pacientes. Estos manuales fueron denominados así: *Manual de intervención fijo* de una sesión con una duración total de 47 minutos y *Manual de intervención móvil* de 2 sesiones, cada una de 45 minutos.

Se intervinieron tres (3) pacientes en total; al primer paciente le fue aplicado el manual de intervención fijo, en su ambiente natural u hogar. Al segundo y tercer paciente, los cuales fueron captados en servicios de hospitalización de una institución de salud de III nivel, se aplicó intervención con: manual de intervención fijo de una sesión y manual de intervención móvil de dos sesiones, respectivamente. Durante las intervenciones se llevó diario de campo y se realizó evaluación de los indicadores y retroalimentación a los pacientes; en ninguno de los casos se hizo intervención en conjunto con familiar y/o cuidador.

Con el primer paciente se utilizó el manual de intervención fija, en el ambiente natural; fue un hombre de 69 años, con diagnósticos de: Falla cardíaca NYHA III/IV, FEVI 18%; Antecedentes de: Reemplazo de válvulas mitral y aortica, Trombo Embolismo Pulmonar (TEP) y Cardiomiopatía, Oxígeno-requiere; con múltiples hospitalizaciones secundarias a sus diagnósticos y antecedentes, en el momento de la intervención, el paciente se encontraba con compensación de su enfermedad, vivía solo en un barrio de estrato bajo en Bogotá y en el momento de la intervención se identificaron diferentes situaciones, tales como: deficiencia de conocimiento respecto a la enfermedad y tipo de cirugía realizada, insuficiencia en las recomendaciones de egreso de las instituciones de salud y educación en el manejo de la enfermedad exceptuando la utilización de oxígeno permanente y la obligatoriedad de toma de medicamentos; sin embargo, el participante tomaba sus medicamentos en un horario específico pero no sabía cuál era el motivo por el que debía tomarlos, además de no asociar los síntomas con la acción del medicamento.

Al momento de reconocer los signos y síntomas relacionando las imágenes de la estrategia metodológica utilizada, únicamente reconoció el edema de miembros inferiores, sin embargo no asoció la toma de líquido en exceso con la descompensación de la enfermedad, por lo que refirió tomar un litro de agua al día, sin tener en cuenta

sopas, jugos y bebidas calientes dentro de la cuantificación de líquidos ingeridos. Por otro lado el paciente refiere el ahogo como el síntoma que lo llevó a consultar en la institución de salud, presentando adicionalmente debilidad, sin embargo este síntoma no fue asociado con la enfermedad cardiaca padecida, sino con la poca ingesta alimenticia de los últimos días. Durante la evaluación del concepto de creencia, el paciente refirió que a él ya no le iba a pasar nada “con el favor de Dios” pues todo quedó bien después de la cirugía y tiene fe pues de a poco mejorará su salud.

El segundo paciente intervenido fue una mujer de 75 años, con diagnósticos médicos de Falla Cardíaca, edema pulmonar e Insuficiencia de válvula aórtica quien había consultado a la institución por presentar edema en miembros inferiores y disnea, se le fue aplicada la intervención con manual de intervención fijo, en ambiente hospitalario; se encontraron diferentes hallazgos, entre otros y según las respuestas de la participante, que reconoce algunos síntomas, tales como: edema de miembros inferiores y disnea, sin embargo no realiza ninguna actividad encaminada a gestionarlos por lo que su primera respuesta ante la descompensación es la asistencia a servicios de urgencias; refiere no comprender qué pasa en su cuerpo con la enfermedad ni qué es lo que la desencadena, así mismo no conoce los medicamentos que consume ni tiene conocimiento respecto a cómo actúan para mejorar la enfermedad.

El tercer paciente intervenido fue una mujer de 72 años, a quien se le aplicó en el ambiente hospitalario, el manual de intervención móvil de dos sesiones, con diagnósticos médicos de Insuficiencia Respiratoria Tipo I, IAM SEST, Cardiopatía isquémica e hipertensiva con FEVI 28% e hipertensión arterial (HTA), quien había consultado a la institución por presentar deterioro de la clase funcional asociada a dolor torácico y episodios sincopales. De la misma forma que los pacientes anteriores, refiere saber que tiene una enfermedad en el corazón, pero no tiene conocimiento exacto del nombre de la enfermedad, de lo que causa en su cuerpo ni de algunos de los síntomas de descompensación, por lo tanto no conoce el nombre de los medicamentos que consume ni sus efectos; al abordar durante la intervención el concepto de creencias, se encuentran dos de los hallazgos más representativos para el presente Trabajo Final: la paciente reconoce cuando presenta edema de miembros inferiores y aumento de peso, aunque no tenga como rutina pesarse, sin embargo tiene dos hábitos cuando esto ocurre: sumergir sus pies en agua caliente pues según sus creencias, esto disminuirá la “hinchazón” de

los pies, y aumentar la ingesta de líquido pues ella ha escuchado y cree que “el agua adelgaza” y no está asociada con la descompensación de la enfermedad.

Durante las diferentes intervenciones fue posible identificar que los pacientes no tenían conocimientos exactos sobre la enfermedad que estaban padeciendo, específicamente en el nombre de esta, ni en cómo afectaba exactamente su cuerpo; únicamente referían que se trataba de una afección en el corazón o que el corazón no funcionaba bien; en consecuencia de esto, y para dar respuesta al primer objetivo específico, se promovió en los 3 participantes el conocimiento de la enfermedad, para que así relacionaran la fisiopatología de la enfermedad con los signos y síntomas que presentaban o podían presentar y así mismo pudieran tomar la decisión de gestionarlos; por ello durante los espacios de retroalimentación se definió la enfermedad y se explicó cada uno de los síntomas que refirieron reconocer y los no reconocidos, además de su asociación con FC, teniendo en cuenta los pocos conocimientos que ya tenían.

Para dar respuesta al segundo objetivo específico, se fortaleció la experiencia en toma de decisiones para la gestión de síntomas, pues se trabajó con cada uno de los participantes mediante simulación de los signos y síntomas que han presentado o podrían presentar y la gestión que se debería realizar frente a ellos.

Por otro lado y de igual forma para los tres participantes mediante las intervenciones utilizando simulación, así como retroalimentación de cada una de las actividades, se desarrollaron habilidades para la gestión de síntomas, dando así cumplimiento al objetivo número tres del presente trabajo final de especialización. Y finalmente, se cumplió con el cuarto objetivo específico pues durante el desarrollo de las diferentes sesiones se potenciaron las creencias de los pacientes para la gestión de los síntomas de FC, mediante la retroalimentación respecto a cómo esas diferentes creencias podrían no tener ninguna incidencia en la gestión del síntoma o por el contrario contribuirían o aumentarían el riesgo de presentar empeoramiento o descompensación de los signos y síntomas de FC.

Conforme a lo descrito anteriormente y aunque no se contó con la participación de familiares y/o cuidadores en ninguna de las intervenciones, se observaron diferentes

factores que influyen en la toma de decisiones para la gestión de síntomas; sin embargo se logró fomentar la gestión de estos y el mantenimiento del autocuidado en tres pacientes con FC NYHA III y IV, los cuales se encontraban en el ambiente natural u hogar y también en ambiente hospitalario con la enfermedad compensada y en transición hacia los cuidados en el hogar.

Como se nombró anteriormente, pudieron ser observados algunos factores que influyen en la toma de decisiones para la gestión de síntomas de FC, tales como: la edad, el nivel de educación, el nivel socioeconómico, la falta de una red de apoyo fuerte y las creencias religiosas, pues los tres pacientes refirieron aspectos como: no saber leer las fórmulas médicas de recomendaciones y medicamentos proporcionadas en la institución de salud, a pesar de estar escritas en letra imprenta; no tener los recursos para asistir a las múltiples sesiones de rehabilitación cardíaca o no contar con los recursos para tener una mejor alimentación; vivir en barrios de difícil acceso para personal de salud; no contar con personas o familiares que los acompañen a sus citas médicas o a realizar las actividades para mejorar su situación de salud; no pertenecer a programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades; no necesitar realizar tantos cuidados pues “Dios” no permitirá que vuelvan a presentarse complicaciones, ni empeoramiento de signos y síntomas; entre otros.

Se realizó el análisis de indicadores cuantitativos y cualitativos con los cuales se derivó la evaluación de cada sesión:

Tabla 6. Evaluación de indicadores

INDICADOR	EVALUACIÓN DEL INDICADOR	GESTIÓN DEL SÍNTOMA POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES
¿Cuáles son los síntomas que más identifican los pacientes?	1. Edema de miembros inferiores: reconocido por los <u>Tres participantes.</u> 2. Disnea: reconocido por	1. Síntoma más reconocido por los participantes. Una participante sumerge los pies en agua caliente, luego los eleva para disminuir la

	<p>los <u>Tres participantes</u></p> <p>3. Palpitaciones: Lo reconoce <u>una participante.</u></p> <p>4. Mareo: Lo reconoce <u>una participante.</u></p> <p>5. Aumento de peso: No lo reconoce <u>ningún participante</u></p>	<p>inflamación, ninguno de los participante intervenidos asocia la ingesta de agua con este síntoma, incluso una de las participantes considera que es beneficioso tomar más agua de lo normal.</p> <p>2. Los tres participantes reconocen la “dificultad para respirar” como parte de su enfermedad, sin embargo solo uno de los participantes coloca más almohadas a la hora de dormir; las dos participantes reconocen la disnea, pero no saben cómo actuar para gestionar este síntoma.</p> <p>3. Las palpitaciones son reconocidas por uno de los participantes sin embargo no es asociado con descompensación de la falla cardíaca.</p> <p>4. Una de las participantes reconoce e identifica el mareo, no obstante no lo asocia con descompensación de su enfermedad por lo que prefiere consultar a la institución de</p>
--	---	--

		<p>salud.</p> <p>5. Ninguno de los participantes tiene el hábito de pesarse, excepto en sus controles médicos.</p>
Número de días por semana en los cuales el participante se pesa.	Aproximadamente cada mes durante la rutina de controles médicos.	Ninguno de los participantes tiene en su rutina diaria pesarse si no es en sus controles médicos, de igual manera ninguno asocia el aumento de peso con descompensación de la FC, aunque refieren que su peso se mantiene.
Número de días por semana en los cuales los participantes observan si hay presencia de edema de miembros inferiores.	Los siete días de la semana	Los tres participantes observan e identifican que sus pies están “hinchados” todos los días, si es pertinente.
Número de participantes a quienes se les aplica la intervención y disminuyen la ingesta de sal cuando reconocen síntomas de FC	Los tres participantes	Todos dos participantes refieren que han disminuido notablemente la ingesta de sal, no al reconocer signos de FC, sino desde el inicio de la enfermedad.
Número de participantes a quienes se les aplica esta intervención y	Ninguno de los participantes.	Refieren por lo general que toman 1 litro de agua, sin embargo no tienen en cuenta el

disminuyen la ingesta de líquidos cuando reconocen síntomas de FC.		consumo de sopa, jugos o bebidas calientes como líquidos cuantificables dentro de su restricción.
Número de participantes a quienes se les aplica esta intervención y toman dosis extra de diurético cuando reconocen síntomas de FC.	Ninguno de los participantes	Ninguno de los participantes sabe si tiene diurético formulado, no saben para qué sirve este medicamento. Si tienen en cuenta la frecuencia de la micción tienen conocimiento respecto a que la disminución de ella, no es buena para la mejoría de su condición.
Qué rutina de actividad física prefieren los participantes a los cuales se les aplica esta intervención?	Caminata corta	El participante 1 prefiere caminar en su casa, las participantes 2 y 3 prefieren caminar cerca a su casa. El participante 1 a quien le fue aplicada la intervención mediante sesión fija en el ambiente natural, tiene orden de rehabilitación cardíaca, no obstante se le dificulta desplazarse porque su cuidador principal/hijo, trabaja todo el día, por lo que no es posible acompañarlo a la institución de salud.
Horarios de toma de		Todos los participantes toman

medicamentos		sus medicamentos pero no saben para qué sirve cada uno, tienen horarios establecidos por el médico, así: mañana, tarde o noche, sin una hora específica.
Número de participantes que prefieren consultar de inmediato al servicio de urgencias, antes de manejar síntomas en ambiente natural	Todos los participantes	A pesar que los tres participantes han tenido síntomas y reconocen algunos de ellos, ninguno tiene conocimiento acerca de cómo gestionarlos, motivo por el cual los tres participantes prefieren consultar servicios de urgencias antes de gestionarlos en su hogar.
Número de participantes que prefieren tomar remedios caseros para disminuir los síntomas que se presentan.	Todos los participantes realizan actividades y tienen hábitos según sus creencias, los cuales influyen en la toma de decisiones para la gestión de síntomas de FC	<p>Las mujeres tienen hábitos tales como sumergir los pies en agua caliente, aumentar la ingesta de líquidos porque han escuchado que es beneficioso para la pérdida de peso, también permanecen en reposo porque creen que así se mejora la dificultad para respirar.</p> <p>Para el hombre es importante el aspecto religioso y piensa que Dios no va a permitir que se vuelva a complicar su</p>

		enfermedad.
--	--	-------------

Finalmente se retroalimentó sobre cada una de las actividades en las que los participantes actuaban, para de esta manera evaluar de forma integrativa y generar la promoción de conocimientos, el fortalecimiento de experiencias, el desarrollo de habilidades y la potenciación de creencias en los tres pacientes intervenidos para lograr el fomento de la gestión de síntomas y el mantenimiento del autocuidado en pacientes con FC NYHA III y IV.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

Durante las intervenciones realizadas se pudo observar que según las respuestas de los pacientes a las estrategias de intervención, los tres pacientes no reconocen todos los síntomas de FC, a excepción del edema en miembros inferiores, sin embargo no conocen el motivo por el que ocurre y así mismo, no toman decisiones respecto a gestionar en su ambiente natural, hasta que se sienten tan complicados que solicitan a sus familiares que los llevan a las instituciones de salud.

Se encuentran creencias que podrían generar empeoramiento de los síntomas de FC, tales como que el agua adelgaza, por lo que al verse inflamados toman más agua para adelgazar; así mismo en su alimentación no cuantifican alimentos como sopa y jugo dentro de los líquidos que deben tomar durante el día. En una de las pacientes se encontró la creencia de que en el momento de observar edema en miembros inferiores los introduce en agua con el fin de desinflamarlos.

Se realizó retroalimentación respecto al reconocimiento de síntomas de FC con base en las experiencias previas, el motivo fisiopatológico por el que ocurren, la habilidad que es necesaria adquirir para gestionarlos, las creencias que afectan el empeoramiento de síntomas, todo con el fin de que se mantenga su autocuidado y se disminuya la posibilidad de tener la necesidad de asistir a una institución de salud con complicaciones que pudieron ser prevenidas.

Frente al cumplimiento del objetivo se concluye que las intervenciones realizadas en los pacientes con FC NYHA III y IV, desarrollando los conceptos como el conocimiento, la experiencia, la habilidad y las creencias, teniendo como eje central la toma de decisiones

y la simulación son efectivas, pero se necesita de un mayor tiempo de intervención para realizar seguimiento y un mayor número de personas intervenidas para ver mejores resultados y así llegar a mejores conclusiones con el fin de identificar más factores influyentes en el autocuidado de este tipo de personas.

Para abordar a futuro las posibles contingencias que salgan durante la aplicación de la intervención, se deberá caracterizar de una manera más profunda a las personas a intervenir, mejorando los resultados obtenidos en la investigación. Algunos factores que influyeron en el desarrollo de este trabajo final fueron: el tiempo que se tomó la institución para dar los permisos para realizar las intervenciones en los pacientes a pesar de que eran parte de la práctica. Otro factor que se observó en los pacientes fue la falta de conocimiento, la red de apoyo, el nivel de educación, la edad, la pobreza y la dificultad para que los pacientes tengan un fácil acceso a herramientas para el control de su enfermedad (Tensiómetro, pesa, medicamentos, alimentación sana). Por otro lado se observó que las instituciones de salud no dan recomendaciones, planes ni hacen seguimiento en los pacientes con FC.

También se concluye que la teoría de situación específica de autocuidado del paciente con FC, es fácil de adoptar, reconociendo sus componentes más importantes y los factores influyentes para la toma de decisiones en un ambiente natural como el hogar. Además, el personal de salud debe guiarse desde la referencia teórica, derivando los supuestos, aplicando esto en la práctica de la vida diaria en las personas que sufren de FC, generando un impacto positivo en la calidad de vida de estas personas.

Desde la literatura se observa que hay un soporte amplio sobre las intervenciones realizadas y aplicadas en la teoría, en pacientes con FC específicamente NYHA III/IV, debido a que estos pacientes ya son conocedores sobre la FC. También se evidencia que interviniendo el fomento de los cuatro conceptos principales de la teoría (habilidad, experiencia, conocimiento y creencias) mejora la gestión y el mantenimiento del paciente con FC, disminuyendo la tasa de morbimortalidad, así como el reingreso a instituciones de salud por complicaciones prevenibles y mejorando su calidad de vida.

Durante la construcción del Marco Lógico inicialmente se planteó un único manual de intervención el cual consistía en tres intervenciones desarrolladas durante tres semanas solo con participantes captados en consulta externa específicamente en medios diagnósticos; sin embargo al momento de aplicarlo no pudo llevarse a cabo de esta manera, pues los participantes seleccionados se negaron a la participación por diferentes motivos. De tal forma que el marco operativo debió ser modificado, y a partir de allí se planteó y ejecutó de manera más flexible teniendo en cuenta diferentes formas de captación, así mismo las intervenciones se efectuaron a través de la elaboración de dos manuales (fijo y móvil) los cuales eran desarrollados en tiempos cortos y en diferentes escenarios tales como hospitalización en pacientes compensados y en ambientes naturales. Se evidenció que al ser más flexibles en la captación y en los escenarios de intervención se hizo más productiva la aplicación de esta estrategia, lo cual conlleva a la toma de decisiones rápidas y oportunas por parte de los participantes, y también a que de forma indirecta las personas diagnosticadas con FC hubiesen quedado con el deseo de participar en mayor medida en este tipo de actividades, además de permitir que les sea realizado seguimiento en casa, esto con el fin de fortalecer cada vez más las decisiones tomadas respecto a situaciones ya vividas.

De igual forma y a partir de lo estipulado en el Marco Lógico se utilizaron diferentes estrategias como apoyo educativo, entre ellas se desarrolló una estrategia innovadora tal como la simulación mental, una técnica de educación que no es común en la práctica diaria, pero de vital importancia en el desarrollo de las sesiones educativas; porque permitió que los participantes se desarrollaran en un caso simulado de la vida real, permitiendo identificar los signos y síntomas de FC, fomentando así la gestión y el mantenimiento del autocuidado, utilizando herramientas reales, además de los conceptos de conocimiento, experiencia, habilidad y creencias para la solución del problema, brindando retroalimentación sobre la experiencia vivida y en cada uno de los aspectos que no fueron efectivos para la resolución del síntoma.

En la práctica se evidenció que las intervenciones realizadas en pacientes con FC, fomentando la gestión y el mantenimiento del auto cuidado, promoviendo los conocimientos, fortaleciendo la experiencia, desarrollando habilidades y potenciando las creencias en pacientes con FC, fueron efectivas porque se observó un impacto positivo

en la vida de estas personas, mediante la intervención de estos cuatro conceptos, haciendo que los pacientes tuvieran un alto grado de autocuidado.

6.2 Recomendaciones

El desarrollo de propuestas e intervenciones de cuidado para pacientes con FC basadas en el conocimiento disciplinar de enfermería, permite la aplicación de una situación específica en FC, logrando la gestión y el mantenimiento de los síntomas en un ambiente natural como el hogar, permitiendo que el paciente reconozca los síntomas de descompensación de la enfermedad y de manejo a los mismos con el fin de prevenir la progresión de la condición de salud.

Las publicaciones nacionales en revistas indexadas son pocas, lo que impide definir intervenciones apropiadas que pudieran ser más efectivas y con un mejor costo, a la hora de intervenir pacientes con FC en un ambiente natural. Las recomendaciones dadas por (Dickson, Buck, Riegel 2013) basadas en este estudio, precisan que las intervenciones realizadas en un ambiente natural son efectivas pero en una población pequeña del total de los intervenidos, porque resulta ser de alto costo, con un difícil seguimiento para evaluar las intervenciones a largo plazo; además de factores influyentes como la pobreza, la falta conocimiento y las intervenciones dadas por las instituciones al momento de dar el alta hospitalaria y el acceso a las diferentes herramientas para el control de su enfermedad.

Como recomendación final del presente trabajo de especialización se encuentra la necesidad de ahondar en el tema tratado y de manera investigativa, con el fin de determinar la utilidad de programas de este tipo en las clínicas de falla cardíaca, pues es necesario contribuir a que los pacientes conozcan su enfermedad, los síntomas que genera y el por qué ocurren; así mismo con base en sus experiencias y teniendo en cuenta sus creencias mejorar las habilidades para tomar decisiones y gestionar en sus ambientes naturales dichos síntomas, con apoyo de sus familias con el fin último de mantener el autocuidado para no asistir a las instituciones de salud con complicaciones prevenibles.

Se debe ahondar en las investigaciones en este tipo de pacientes desde la parte cualitativa o cuantitativa con el fin de observar desde mayor profundidad los fenómenos que ocurren alrededor del autocuidado en pacientes con FC. Se plantea a partir de este trabajo final una posible pregunta de investigación la cual es ¿Cuáles son los factores que influyen en el autocuidado en la persona con FC NYHA III y IV para el desarrollo de la gestión y el mantenimiento de la enfermedad?

Para la práctica de enfermería se recomienda que los profesionales de la salud impartan educación dirigida, en el momento del alta hospitalaria, donde se brinde información sobre el fomento de la gestión y mantenimiento del autocuidado en el hogar, realizando seguimiento y comprometiéndolos con el cuidado de su salud. Por otra parte, seguir realizando investigaciones en pacientes con FC, pero en el ámbito naturalista tal como lo es el hogar, ya que es un campo inexplorado, pero muy importante porque es donde el paciente con FC vive y donde pasa el mayor tiempo de su vida, desarrollando y realizando diferentes actividades de la vida diaria, donde puede realizar gestión y mantenimiento de la FC, evitando la descompensación de la enfermedad y así evitando ir a un hospital.

A. Anexo: Crítica con herramienta CASPE de los estudios revisados y analizados

<u>REVISION DE TITULOS</u>		<u>¿Cuál es la precisión de este efecto?</u>	<u>¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</u>	<u>¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?</u>	<u>¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</u>
Experimental	Improving heart failure self-care through a community-based skill-building intervention: A study protocol (2014)	Sensibilidad, especificidad y confianza de las escalas aplicadas.	SI	SI	SI
Experimental	Health status and self-care outcomes following an education-support intervention for people with chronic heart failure (2014)	Sensibilidad, especificidad y confianza de las escalas aplicadas.	SI	SI	NO
Experimental	Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: Results of a pilot study (2014)	Sensibilidad.	SI	SI	SI
Experimental	Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial (2016)	Niveles de confianza	SI	SI	NO

Experimental	Gender differences in and factors related to self-care behaviors: a cross-sectional, correlational study of patients with heart failure (2008)	Ciento veintidós pacientes (77 hombres y 45 mujeres, con una edad media de 60 y 12 años, 66% nuevo? clase funcional NYHA III / IV) fueron reclutados de las consultas externas de un centro médico académico y dos hospitales de la comunidad.	Si	Si	Si
Experimental	Patients differ in their ability to self-monitor adherence to a low-sodium diet versus medication (2008)	Un total de 91 pacientes (68,4%) se define como adherente por su propio informe, y 42 pacientes (31,6%) se definieron como no adherente	Si	Si	Si
Cualitativo	A Motivational Counseling Approach to Improving Heart Failure Self-Care (2006)	Si	<u>Si</u>	Si	
Cualitativo	Factors associated with the development of expertise in heart failure self-care (2007)	Si	Si	Si	
Cualitativo	A typology of heart failure self-care management in non-elders (2008)	Si	Si	Si	

Meta-análisis	A Qualitative Meta-Analysis of Heart Failure Self-Care Practices Among Individuals With Multiple Comorbid Conditions (2011)				
Meta - análisis	Do self-management interventions work in patients with heart failure (2016)				
Meta-análisis	Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care (2009)				
Estado de la ciencia	State of the Science Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure A Scientific Statement From the American Heart Association (2009)	SI	SI	SI	SI
QI	Multiple Comorbid Conditions Challenge Heart Failure Self-Care by Decreasing Self-Efficacy (2012)	SI	SI	SI	SI

Bibliografía

Buck, H. G., Lee, C. S., Moser, D. K., Albert, N. M., Lennie, T., Bentley, B., ... Riegel, B. (2012). Relationship between self-care and health-related quality of life in older adults with moderate to advanced heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(1), 8–15. <http://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182106299>

Dickson, V. V., Buck, H., & Riegel, B. (2011). A qualitative meta-analysis of heart failure self-care practices among individuals with multiple comorbid conditions. *Journal of Cardiac Failure*, 17(5), 413–419. <http://doi.org/10.1016/j.cardfail.2010.11.011>

Dickson, V. V., Buck, H., & Riegel, B. (2013). Multiple comorbid conditions challenge heart failure self-care by decreasing self-efficacy. *Nursing Research*, 62(1), 2–9. <http://doi.org/10.1097/NNR.0b013e31827337b3>

Dickson, V. V., Deatrck, J. A., & Riegel, B. (2008). A typology of heart failure self-care management in non-elders. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(3), 171–181. <http://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.11.005>

Dickson, V. V., & Riegel, B. (2009). Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 38(3), 253–261. <http://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.12.001>

Molano, D., & Hernández, C. (2016). ARTICULO ESPECIAL. Capítulo 7. Papel de la enfermera en las unidades de falla cardiaca y educación en falla cardiaca. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(S1), 31–33.

Moser, D. K., Dickson, V., Jaarsma, T., Lee, C., Stromberg, A., & Riegel, B. (2012). Role

of self-care in the patient with heart failure. *Current Cardiology Reports*, 14(3), 265–275. <http://doi.org/10.1007/s11886-012-0267-9>

Riegel, Barbara; Carlson, Beverly; Glaser, Dale; Romero, T. (2006). Randomized Controlled Trial of Telephone Case Management in Hispanics of Mexican Origin With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 12(3), 211–219.

Riegel, B., & Carlson, B. (2004). Is Individual Peer Support a Promising Intervention for Persons With Heart Failure? *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(3), 174–83.

Riegel, B., & Dickson, V. V. (2008). The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 226–235. <http://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244>

Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care Revised and Updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 226–235. <http://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244>

Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194–204. <http://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>

Riegel, B., Lee, C. S., Dickson, V. V., & Carlson, B. (2009). An update on the self-care of heart failure index. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(6), 485–97. <http://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0>

Rodríguez, L., & Granados, P. (2008). Cuidado al paciente en falla cardíaca. In *Enfermería Cardiovascular* (pp. 469–492).

Stromberg, A., Jaarsma, T., & Riegel, B. (2012). Self-care: who cares? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(2), 133–134. <http://doi.org/10.1177/1474515111429660>

Torres, A. (2016). ARTICULO ESPECIAL. Capitulo 1. Introducción. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(S1), 4–5.