

**Sara Mut Berenguer**

**Paula Sarrió Sánchez**

**ROL DE LA ENFERMERA EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA E  
INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**Dirigido por: Dra. Silvia Reverté Villarroya**

**Grado en Enfermería**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**  
**Facultat d'Infermeria**

---

Campus Terres de l'Ebre

**TORTOSA 2023**



*A mi familia, por haberme permitido estudiar la carrera que deseaba y por formarme como la persona que soy hoy en día.*

*También a mi hermana Raquel, a Tegan y a Javi, por estar incondicionalmente a mi lado.  
A mis padres, especialmente a ellos por educarme como soy a día de hoy y darme la oportunidad de  
estudiar esta profesión tan bonita.*

*También a mi hermana María por apoyarme siempre y guiarme hacia el buen camino.  
Y por último, agradecer a nuestra tutora Silvia Reverté por ayudarnos a que este trabajo se lleve a  
cabo.*

**TABLA DE ABREVIATURAS:**

<b>Abreviatura</b>	<b>Significado</b>
<b>IC</b>	Insuficiencia cardiaca
<b>ICC</b>	Insuficiencia cardiaca crónica
<b>EAP</b>	Edema agudo de pulmón
<b>ECV</b>	Enfermedades cardiovasculares
<b>DM</b>	Diabetes mellitus
<b>HTA</b>	Hipertensión arterial
<b>EPOC</b>	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
<b>NYHA</b>	New York heart association
<b>OMS</b>	Organización mundial de la salud
<b>FRCV</b>	Factores de riesgo cardiovascular
<b>IECA</b>	Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
<b>ARA II</b>	Antagonistas de los receptores at-1 de la angiotensina ii
<b>BB</b>	Betabloqueantes
<b>ARM</b>	Antagonistas del receptor de la aldosterona
<b>IDBNA</b>	Inhibidores duales bloqueadores de la neprilisina y angiotensina
<b>AHA</b>	American heart association
<b>AVD</b>	Actividades de vida diaria
<b>ED</b>	Departamento de emergencia
<b>CDV</b>	Calidad de vida

**Tabla 1:** *Tabla de abreviaturas*

## RESUMEN:

**Introducción:** El rol de la enfermera destaca en el manejo de la Insuficiencia Cardíaca (IC) y la Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC). La enfermera aparece con la función de prevenir, tratar y mejorar la sintomatología de estas enfermedades, así como a informar y enseñar al propio paciente y a la familia sobre la patología y el autocuidado.

**Objetivo general:** Estudiar el rol de las enfermeras para el manejo de los pacientes con IC e ICC.

**Metodología:** Se ha realizado una revisión sistemática mediante la búsqueda de publicaciones en las bases de datos Scopus, Scielo, Pubmed y Cinahl. El período de búsqueda se llevó a cabo entre septiembre de 2022 y febrero de 2023. El período de selección de los artículos se realizó entre febrero y abril de 2023. Entre los criterios de selección encontramos, por un lado, los de inclusión: texto completo abierto, fecha de 2017-2023 (ambos incluidos), idiomas: español, catalán, portugués e inglés, estudios de metodología cuantitativa y cualitativos, ensayos clínicos y estudios descriptivos. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: artículos que no cumplieran los criterios de inclusión preestablecidos, artículos que tras su lectura, no existía relación con los objetivos planteados en la revisión, artículos dirigidos a la población menor de edad, artículos que no cumplan el 70% de los criterios de las tablas CASPe, y por último, ni revisiones sistemáticas ni metaanálisis.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 6 artículos tras aplicar los criterios de inclusión/exclusión de los 138. Se ha observado que las intervenciones enfermeras han influido positivamente sobre la calidad de vida de la persona con IC e ICC en todos los artículos encontrados. Y sus beneficios se han visto reflejados a través de modificaciones individualizadas en el estilo de vida tanto a nivel intrahospitalario como ambulatorio.

**Conclusiones:** El rol de la enfermera en el manejo de la IC e ICC resulta crucial en el cuidado de los pacientes que padecen dicha enfermedad. Así pues, las intervenciones llevadas a cabo influirán directamente sobre la calidad de vida de los pacientes.

**Palabras clave:** insuficiencia cardíaca crónica, enfermería, enfermera, rol de la enfermera, calidad de vida.

**ABSTRACT:**

**Introduction:** Nurse's role stands out in the management of Heart Failure and Chronic Heart Failure. The nurse appears with the function of preventing, treating and improving the symptoms of these diseases, as well as informing and educating the patient and the family about the pathology and self-care.

**General objective:** To study nurse's role in the management of patient's health failure (HF) and chronic health failure (CHF).

**Methodology:** A systematic review has been carried out by searching for publications in the Scopus, Scielo, Pubmed and Cinahl databases. The search period was carried out between September 2022 and February 2023. The article selection period was carried out between February and April 2023. Among the selection criteria we find, on the one hand, those of inclusion: full text open, date 2017-2023 (both included), languages: Spanish, Catalan, Portuguese and English, quantitative and qualitative methodological studies, clinical trials and descriptive studies. On the other hand, the exclusion criteria were articles that didn't meet the pre-established inclusion criteria, which after being read weren't related to the objectives set out in the review, which aimed at the underage population, that don't meet 70% of the criteria of the CASPe tables and neither systematic reviews or meta-analyses.

**Results:** Nursing interventions have positively influenced the quality of life of the person with HF and CHF in all articles found. Its benefits have been reflected through individualized lifestyle modifications both at the hospital and outpatient level.

**Conclusions:** Nurse's role in the management of HF and CHF is crucial in the care of patients suffering from this disease. So, interventions carried out will directly influence the quality of life of patients.

**Keywords:** chronic heart failure, nursing, nurse, nurse's role, quality of life.

## ÍNDICE

<b>1. Introducción</b>	<b>7</b>
<b>2. Marco conceptual</b>	<b>9</b>
<b>3. Pregunta de investigación</b>	<b>18</b>
<b>4. Objetivos</b>	<b>18</b>
<b>5. Metodología</b>	<b>18</b>
5.1. Periodo de búsqueda	18
5.2. Terminología utilizada	18
5.3. Bases de datos utilizadas	19
5.4. Operadores booleanos	20
5.5. Criterios de selección	20
<b>6. Resultados</b>	<b>22</b>
<b>6.1. Diagrama de flujo</b>	<b>23</b>
<b>6.2. Descripción de los resultados incluidos en la revisión sistemática</b>	<b>24</b>
<b>7. Análisis y discusión</b>	<b>34</b>
<b>8. Conclusión</b>	<b>37</b>
8.1. Limitaciones del estudio	38
8.2. Futuras líneas de investigación	38
<b>9. Bibliografía</b>	<b>39</b>

## 1. Introducción:

Las enfermedades cardiovasculares son actualmente una de las principales causas de mortalidad y morbilidad. La insuficiencia cardíaca (IC) es de presentación rápida y, mayoritariamente, equivale al edema agudo de pulmón (EAP). Así pues, la estabilidad de la anterior, se denomina Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC).<sup>1</sup>

La ICC es una patología no transmisible que causa diferentes síntomas como disnea, ortopnea, estertores y tos nocturna, afectando a la realización de las actividades de la vida diaria. Se sitúa alrededor de un 10% en pacientes de más de sesenta años, cifra que actualmente se encuentra en aumento.<sup>1</sup>

En la actualidad, la prevalencia e incidencia de la IC aumentan con la edad, siendo un problema de salud pública que afecta a gran escala. En los países desarrollados, esta enfermedad constituye la primera causa de hospitalización en pacientes mayores de 65 años. Las mujeres representan un 50% por su mayor esperanza de vida, siendo Norteamérica y Europa los continentes donde la IC se padece con una media de 40 años.<sup>2</sup>

En los últimos 15 años, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo (31%) igual en los dos sexos. Así pues, la cardiopatía isquémica es responsable del 16% de las muertes a nivel mundial y el accidente cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica representan el 11% y el 16%.<sup>3</sup>

La IC afecta a nivel mundial, aproximadamente entre 20-30 millones de personas.<sup>4</sup>

En Norteamérica y en Europa occidental, el 2% de la población padece la enfermedad y el total de casos con insuficiencia cardíaca crónica duplica la insuficiencia cardíaca aguda. En estas cifras cabe destacar que el 31.9% de los pacientes con ICC padecen reingresos hospitalarios y la mortalidad asciende al 7.2% durante un año de seguimiento. Los estudios manifiestan que la IC se produce conjuntamente a la cardiopatía isquémica, así como con la hipertensión arterial sistémica. La progresión del síndrome de la ICC se caracteriza por una serie de descompensaciones que requieren de un tratamiento específico para su estabilización y posterior alta. Así pues, tras realizar el alta hospitalaria, el paciente ha de seguir un tratamiento elaborado por el equipo multidisciplinar para saber identificar los signos y síntomas de descompensación, así como el tratamiento médico a seguir.<sup>4</sup>

Actualmente, el manejo de la ICC ha de ser un abordaje integral, teniendo en cuenta cada una de las necesidades que el paciente presente, desde una perspectiva holística. Por lo anterior, resulta crucial la prestación de los cuidados enfermeros desde el inicio de su estancia hospitalaria hasta el seguimiento en el centro de salud.<sup>22</sup>



La enfermera desempeña un papel fundamental durante todo el proceso de la enfermedad, desde la educación sanitaria dirigida al paciente y a la familia, partiendo de una valoración clínica, así como el tratamiento a seguir.<sup>1</sup>

## 2. Marco conceptual:

La **insuficiencia cardíaca (IC)** es variada y el resultado fisiopatológico es de múltiples enfermedades. Se trata de un síndrome caracterizado por síntomas y signos de congestión sistémica, pulmonar y de bajo gasto.<sup>1</sup>

Se utilizan diferentes términos descriptivos en la IC: aguda/crónica, sistólica/diastólica e izquierda/derecha. En la IC crónica, el síntoma más frecuente es la disnea de esfuerzo, la ortopnea, la disnea paroxística nocturna y los edemas en los miembros inferiores.<sup>1</sup>

Los objetivos en el manejo de la IC son disminuir la morbilidad, reducir la sintomatología y la hospitalización, junto con la mejora del estado funcional del paciente y por tanto, de su calidad de vida.<sup>5</sup>

Esta enfermedad afecta mayoritariamente a la población que padece hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), trastornos respiratorios del sueño, disfunción renal, anemia, depresión y deterioro cognitivo. Además, las arritmias son frecuentes y, en la mayoría de los casos, empeoran el pronóstico.<sup>5-20</sup>

En la práctica clínica, el manejo de la IC se integra el tratamiento de las causas subyacentes y de las enfermedades relacionadas, además de un buen control y seguimiento de la enfermedad, una atención preventiva y una correcta gestión de casos. También, una adecuada atención, educación de la persona y apoyo para el autocuidado. Al mismo tiempo, la promoción de la salud, la rehabilitación cardíaca, los cuidados al final de vida, el tratamiento con dispositivos implantables y en ocasiones, el trasplante de corazón.<sup>6</sup>

Los **síntomas** típicos son la disnea, la ortopnea, disnea paroxística nocturna, la tolerancia al ejercicio disminuida, fatiga, cansancio, más tiempo hasta recuperarse y la inflamación de los tobillos. Por otra parte, entre los signos más específicos se encuentra la presión venosa-yugular elevada, el reflujo hepatoyugular, el tercer sonido cardíaco y el impulso apical desplazado lateralmente.<sup>9-21</sup>

Existen diferentes clasificaciones en la IC:<sup>7</sup>

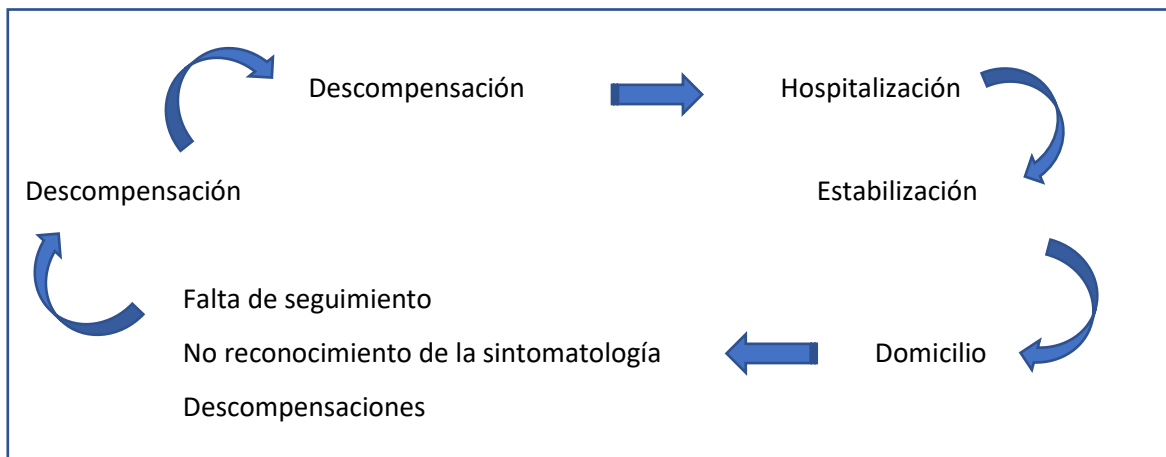
- **Clasificación según los signos y síntomas:**

- **IC derecha:** es la disfunción del ventrículo derecho causando debilidad, anorexia, aumento de peso, síntomas gastrointestinales, nicturia e ictericia.
- **IC izquierda:** es la disfunción del ventrículo izquierdo produciendo una relación con la congestión pulmonar. Así pues, produce síntomas pulmonares como la disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, dificultad respiratoria, síntomas de congestión pulmonar con crepitantes, taquipnea, tos, diaforesis, cianosis, hipertensión pulmonar, edema agudo de pulmón (EAP), confusión, pulso

alternante y respiración de Cheyne-Stokes.

Así pues, también se encuentran los siguientes términos:

- **IC de novo:** usuario con la patología manifestada por primera vez.
- **IC naive:** paciente con diagnóstico de IC sin tratamiento.
- **IC compensada:** usuario sin síntomas de congestión ni bajo gasto.
- **IC descompensada:** incremento de la sintomatología por un factor desencadenante que evoluciona negativamente el pronóstico.



**Tabla 2:** Cadena de descompensación de la patología <sup>22</sup>

- **Clasificación 2: según la fracción de eyección** <sup>20, 22</sup>
  - Se ha de diferenciar a los pacientes según la Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) para tener un valor en el pronóstico, de manera que si la FEVI está disminuida es signo de peor pronóstico.
- **Clasificación 3: según la NYHA:** <sup>8</sup>
  - La clasificación del New York Heart Association (NYHA) basada en la gravedad de los síntomas y la actividad física se puede manifestar de diferentes formas:

<b>Clase I</b>	No existe limitación de la actividad física. Las ACVD no ocasionan disnea, fatiga o palpitaciones
<b>Clase II</b>	Pequeña limitación de la actividad física. Las ACVD producen disnea, fatiga o palpitaciones.
<b>Clase III</b>	Limitación de la actividad física. Una pequeña

	actividad produce disnea, fatiga o palpitaciones.
<b>Clase IV</b>	Incapacidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria (ACVD). Sintomatología presente en reposo. Aumento de malestar en actividades físicas.

**Tabla 3:** Clasificación ICC según la NYHA <sup>8</sup>

○ **Clasificación 4: según los estadios:** <sup>9</sup>

<b>Estadio I</b>	Usuarios con riesgo de IC sin síntomas
<b>Estadio II</b>	Usuarios con cardiopatía sin síntomas
<b>Estadio III</b>	Usuarios con cardiopatía con síntomas
<b>Estadio IV</b>	Usuarios con cardiopatía grave con síntomas

**Tabla 4:** Clasificación ICC según los estadios <sup>9</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) como aquellos que incrementan la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular, así pues, incrementa con la edad.

Los FRCV se clasifican en modificables y no modificables: <sup>10</sup>

En los **FR no modificables** se encuentra el sexo, la genética y la edad. Por otra parte, en los **FR modificables** prevalece el hábito de fumar, una mala dieta alimentaria, la ingesta de alcohol y un estilo de vida sedentario. Así pues, los factores de riesgo anteriores aumentan el riesgo a padecer obesidad, enfermedad crónica que puede desencadenar otras enfermedades como la diabetes, hipercolesterolemia e hipertensión arterial; siendo así todas las enfermedades relacionadas con la ICC.<sup>10</sup>

Se ha demostrado que el tratamiento médico de la HTA reduce la incidencia de la IC. Sin embargo, el descontrol de ésta sigue siendo un problema muy habitual actualmente, sobre el cual se ha de actuar inmediatamente para prevenir la IC. En la historia de la IC, la intervención sobre los FRCV modificables permitiría tener un resultado más coste-efectivo sobre esta patología. No obstante, se ha demostrado también que la actuación frente a la cardiopatía isquémica es otro gran campo sobre el cual se ha de actuar para prevenir la IC.<sup>10</sup>

Así pues, se deben tener en cuenta para una correcta prevención de la ICC el control de los

factores de riesgo cardiovascular en personas sin enfermedad cardiovascular, la atención temprana al paciente con síndrome coronario agudo (sobre todo infarto de miocardio) y el control de los factores de riesgo cardiovascular en la prevención secundaria. La historia clínica y la exploración física del usuario son esenciales para el diagnóstico de la IC, teniendo en cuenta los FRCV ya que aumentan considerablemente las probabilidades de padecer una IC.<sup>11</sup> En la exploración física se tendrán en cuenta las constantes vitales, los parámetros antropométricos, la perfusión periférica, la auscultación cardíaca, signos de hipertensión venocapilar pulmonar (crepitantes) y los signos de hipertensión venosa sistémica.<sup>12</sup>

Posteriormente se realizará una analítica completa, un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones donde se valore el ritmo cardíaco y se estudie la duración del complejo QRS y una radiografía torácica (RT) para medir el tamaño y la forma del corazón. Los usuarios con IC padecen de hipertensión pulmonar, edema intersticial o edema pulmonar, pudiéndose contemplar en la RT. Además, se valorará una ecocardiografía bidimensional con Doppler para valorar el tamaño del ventrículo izquierdo y de su función, anomalías o movimiento. Se tendrán en cuenta biomarcadores como los péptidos natriuréticos ya que se alteran con la IC y se realizará una prueba de esfuerzo en casos de necesidad de trasplante en IC avanzada.<sup>2</sup>

Por otra parte, enfermería considera los factores personales, interpersonales, situacionales y la conducta en el momento del cuidado hacia el paciente con riesgo cardiovascular, para así poder tratar de una manera holística al usuario.<sup>5</sup>

Los objetivos del tratamiento son aliviar la sintomatología, disminuir la morbimortalidad y hospitalizaciones por año, y mantener una correcta calidad de vida.<sup>6</sup>

El **tratamiento no farmacológico** de la Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) se puede sustentar en los siguientes puntos:

En cuanto a la educación, tanto al paciente como a los cuidadores es fundamental proporcionar información acerca de la ICC para que el usuario se familiarice acerca de la medicación, dosis de los fármacos, posibles efectos secundarios, la importancia de la adherencia al tratamiento, entre otros.<sup>13</sup>

El sedentarismo en la actividad física influye negativamente sobre la calidad de vida de la persona con ICC ya que disminuye la capacidad física y contribuye al empeoramiento de la sintomatología, así pues es importante evitar la obesidad y mantener el peso corporal dentro de la normalidad ya que eso ayudará a reducir la tensión arterial, el trabajo cardíaco, y a una mejora en el control de lípidos.<sup>13</sup>

Por otra parte, es recomendable realizar varias comidas durante el día para evitar náuseas y dispepsia, fomentando hábitos de alimentación saludables.<sup>13</sup>

Además, se recomienda reducir el consumo de sal en las comidas, evitar los platos preparados y sustitutivos de sal. Así pues, seguir una dieta baja en sodio requiere que se entienda la relación entre la ingesta de sodio y los síntomas congestivos (como puede ser el edema) y por tanto, se ajuste la dieta según el contexto clínico de la persona. Para ello, es fundamental que el usuario tenga el conocimiento y las habilidades necesarias para medir su ingesta diaria de sodio, diferenciar los alimentos que lo componen, saber leer las etiquetas nutricionales de los alimentos, así como identificar las fuentes que lo derivan como pueden ser los alimentos enlatados. Por tanto, muchas veces la adherencia a la dieta puede resultar difícil.<sup>22</sup>

La disminución del consumo de alcohol y fomentar la divulgación de los efectos secundarios del alcohol como pueden ser las arritmias, retención de líquidos y empeoramiento de la función cardíaca.<sup>13</sup>

Muchos pacientes tienen como efecto secundario de la ICC la depresión. Por ello, se ha de tratar inmediatamente.<sup>13</sup>

En cuanto al **tratamiento farmacológico** en pacientes con ICC, se ha mantenido en constante evolución, de manera que se ha demostrado que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los betabloqueantes (BB), los antagonistas de los receptores AT-1 de la angiotensina II (ARA II), los antagonistas del receptor de la aldosterona (ARM) y los inhibidores duales bloqueadores de la neprilisina y angiotensina (IDBNA), mejoran la morbimortalidad en los ensayos clínicos realizados donde participan personas con ICC leve y moderada. Sin embargo, aunque el tratamiento farmacológico haya avanzado en los últimos años, la rehospitalización se ha mantenido estable.<sup>14, 20, 22</sup>

Por otra parte, recientemente la combinación de ARA-II y un inhibidor de la neprilisina ha superado al IECA en cuanto a la reducción del riesgo de muerte y hospitalización.<sup>5</sup>

Así pues, cada fármaco realiza una acción:<sup>15</sup>

- **IECA** (Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina): Tratamiento de primera línea en pacientes con una función ventricular izquierda inferior al 45% y sin contraindicaciones absolutas. La dosis inicial de estos medicamentos se ha de aumentaren un período de dos semanas hasta alcanzar la dosis de mantenimiento.
- **ARA II** (antagonistas de los receptores de la angiotensina II): Se utilizan en pacientes con disfunción ventricular izquierda e intolerancia a los IECA o en combinación. El inicio del tratamiento también ha de ser de manera progresiva.
- **Bloqueadores beta**: deben emplearse en personas con disfunción ventricular izquierda medicados con diuréticos e IECAS, independientemente de que presenten síntomas o no, ya que reducen las hospitalizaciones y disminuyen la progresión de la

patología.

- **Diuréticos del asa y tiazidas:** su indicación es el tratamiento de los síntomas de congestión y retención hidrosalina, pues no existe efecto acerca del pronóstico de la enfermedad.
- **Inhibidores de la aldosterona:** las dosis bajas de la espironolactona influyen de forma positiva sobre la sintomatología, disminuye las agudizaciones e incrementa la supervivencia en personas con disfunción ventricular III medicados con IECAS y diuréticos.

Según el Dr. Michel Komajda el manejo de la ICC tiene un alto coste y una prevalencia alta de ancianos, así pues se deberían desarrollar nuevas terapias y medicamentos para poder paliar a los pacientes y mejorar los síntomas de esta patología.<sup>14</sup>

El tratamiento más efectivo frente a la ICC es la prevención.<sup>22</sup>

Por consiguiente, las evidencias afirman que la educación del paciente resulta un componente crucial para la promoción del autocuidado eficaz. También se reconoce que, la educación por sí sola es insuficiente para promover cambios de comportamiento. Las habilidades para fomentar y potenciar el autocuidado han de incluir el conocimiento, las habilidades y el compromiso de los enfermos.<sup>6, 22</sup>

Del mismo modo, se ha demostrado que los factores asociados con el incumplimiento de la dieta baja en sodio en pacientes con IC son la falta de conocimiento, la interferencia con la socialización y la falta de elección de los alimentos. Los usuarios con patología CV manifiestan que no recibieron la suficiente información sobre la dieta y las estrategias para cumplir con las recomendaciones alimentarias adecuadas.<sup>6</sup>

Se afirma que una enseñanza efectiva ha de llevarse a cabo en diferentes sesiones para incrementar la retención de los conocimientos. No obstante, también es fundamental integrar a los miembros familiares ya que, la comprensión de la dieta a seguir puede mejorar la adherencia del paciente al tratamiento y también disminuir los problemas familiares.<sup>6</sup>

Además de la falta de conocimiento del paciente, las intervenciones enfermeras han de encaminarse hacia el abordaje de otros factores como pueden ser la monitorización diaria de los signos y síntomas para lograr que el paciente mantenga un seguimiento de su estado de salud y por tanto, sea capaz de identificar los sucesos de alto riesgo. Y por tanto, puedan llevar a cabo las intervenciones adecuadas en cada caso para prevenir posibles episodios de descompensación. Dichas intervenciones incluyen el control del peso diario, control diario del edema y el manejo diario de la gravedad de los síntomas. Éstas forman parte de una herramienta fundamental para conseguir un buen manejo de los signos y síntomas.<sup>6, 10, 22</sup>

Otros factores de riesgo de estilo de vida altamente evitables para el deterioro de la IC son la

inactividad física, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. Por tanto, se trata de unas pautas de autocuidado recomendadas donde directa enfermería interviene directamente.<sup>6</sup>

En resumen, la actuación sobre los FRCV consiste en un conjunto de habilidades en gran cantidad de dominios en el día a día. Consiste en un proceso dinámico y de gran complejidad, en el que algunas intervenciones pueden entrar en conflicto con las preferencias de las personas.<sup>10</sup>

De este modo, enfermería desempeña un rol fundamental en la mejora de los pacientes en la autogestión de la enfermedad y en la promoción de la salud.<sup>10</sup>

Del mismo modo, la cardiopatía isquémica se relaciona con el estilo de vida de la persona, sobre todo con el consumo de tabaco, los hábitos alimentarios poco saludables, la falta de realización de ejercicio físico y el estrés psicosocial. Se afirma que existe un acuerdo sobre que, dicha enfermedad es consecuencia de una serie de factores, algunos de ellos congénitos y otros conseguidos, que se potencian entre sí para producir consecuencias perjudiciales sobre las arterias. Por ello, es fundamental la prevención primaria de la cardiopatía isquémica ya que ésta se fundamenta en modificar los hábitos de vida, encaminado a la eliminación o reducción de aquellos factores de riesgo y un control de éstos.<sup>16</sup>

La prevención de la cardiopatía isquémica sigue siendo un gran reto para la sociedad actual, los políticos y profesionales sanitarios. Así pues, dicha prevención se define como un conjunto de actuaciones coordinadas, poblacionales e individuales, orientadas a erradicar, eliminar o reducir los efectos de las enfermedades cardiovasculares y la discapacidad relacionada a ellas.<sup>16</sup>

Las enfermeras tienen como objetivo promover la salud y prevenir enfermedades, así pues son los referentes de salud en el proceso educativo en la atención primaria. En la ICC es fundamental la prevención y el tratamiento frente los factores de riesgo cardiovasculares, así como contra las enfermedades que la pueden desarrollar.<sup>10</sup>

El presente estudio tiene como objetivo identificar el rol de la enfermera frente los pacientes que padecen IC e ICC.

El **rol de la enfermera** representa su función, como cuidadora, implica la participación en la promoción, el seguimiento, el mantenimiento y recuperación de la salud, a través de medidas de prevención contra la aparición de la enfermedad, su progresión o para prevenir secuelas asegurando un seguimiento y una continuidad en el cuidado.<sup>27</sup>

Así pues, los factores de riesgo ligados con el estilo de vida y biológicos son los rasgos, características o exposiciones que presenta una persona y que aumentan su probabilidad de sufrir una enfermedad. En el ámbito de las ECV, se llaman FRCV, los cuales pueden ser innatos o adquiridos. Se pueden dividir en metabólicos, relacionados con el estilo de vida y ligados con

las condiciones de vida o determinantes sociales de la salud.<sup>6</sup>

La American Heart Association (AHA) habla sobre 7 factores de riesgo que si se mantienen en valores normales y controlados a través de la adopción de estilos de vida saludables, permitirán lograr una salud cardiovascular óptima. Estas medidas consisten en: no fumar, IMC dentro de la normalidad, ejercicio físico, dieta equilibrada, colesterol total <200 mg/dl, presión sanguínea <120/80 mmHg y glucemia en ayunas < 100 mg/dl.<sup>8</sup>

Así pues, se ha observado que la intervención sobre los principales FRCV puede prevenir 3 de cada 4 ECV y la aparición de nuevos episodios tras haber sufrido algún proceso agudo cardiovascular. A pesar de esta evidencia, la prevalencia de FRCV de tipo metabólico (DM, HTA, hipercolesterolemia u obesidad) está incrementando en España debido a una gran variedad de factores, entre ellos, el envejecimiento de la población.<sup>17</sup>

Cabe destacar la idea de que, existen grandes desigualdades en la prevalencia de los FRCV conductuales/relacionados con estilos de vida (actividad física y sedentarismo) y en los FRCV biológicos y su control, que están ligados con las condiciones estructurales en las que viven y se desarrollan las personas (aspectos socioeconómicos, culturas, educación, ocupación y de género).<sup>17</sup>

Los FRCV relacionados con el estilo de vida constituyen la alimentación no saludable, el sedentarismo y la ausencia de ejercicio físico, el consumo de tabaco y alcohol.<sup>13</sup>

Estos factores se pueden prevenir por parte del equipo sanitario y educativo, principalmente, y también mediante las políticas públicas en lo relativo a la mejora de las oportunidades individuales y colectivas. También son prevenibles mediante la propia persona, integrando así pues, hábitos de vida saludables y su implicación activa en el autocuidado de su estado de salud y gestión de la enfermedad.<sup>17</sup>

Haciendo referencia a una alimentación no saludable, puede derivar en diversos problemas de salud que conlleven a un incremento del riesgo cardiovascular. Una dieta hipercalórica rica en grasas saturadas, azúcar y sal, puede provocar la aparición y desarrollo de enfermedades consideradas FRCV como son: la diabetes, hipertensión, dislipemia y obesidad.<sup>13, 17</sup>

En relación con el sedentarismo, cabe recalcar que su disminución proporciona efectos positivos sobre la calidad de vida de la persona. La mayoría de ellos compartidos y sinérgicos con el aumento del ejercicio físico, disminución del riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y DM 2 y la protección frente a diversos FRCV como pueden ser la HTA o la obesidad.<sup>17</sup>

El aumento de la actividad física contribuye a reducir el riesgo asociado al sedentarismo a largo plazo, siempre que ese hábito se realice con constancia y con una intensidad moderada.<sup>10</sup>

El consumo del tabaco se trata de una de las primeras causas evitables de mortalidad y

representa un elevado coste sanitario y social. Además, su prevalencia es mayor sobre los grupos sociales menos favorecidos. No obstante, la exposición pasiva al humo de tabaco aumenta el riesgo cardiovascular.<sup>22</sup>

Por otra parte, el consumo de alcohol se ha relacionado con algunos beneficios en la salud cardiovascular. A pesar de ello, sus efectos nocivos sobre la salud tanto cardiovascular (consumo excesivo aumenta el riesgo de infarto y consumos de 30g/día aumenta el riesgo de ECV como la HTA, fibrilación auricular, miocardiopatía alcohólica o IC) como no cardiovascular (cáncer, daño hepático, pancreático o desnutrición) superan a los hipotéticos beneficios. Por ello, los efectos positivos cardiovasculares derivados del consumo de alcohol son insuficientes para compensar la mortalidad por la suma de otras causas y por tanto, se le considera FRCV.<sup>17</sup>

Se afirma que respecto a la prevalencia de ECV y FRCV en personas adultas, la HTA es el FRCV más frecuente tanto en hombres como en mujeres. El segundo lugar corresponde a la diabetes en hombres y sedentarismo en mujeres. Se halló en hombres una mayor prevalencia de fumadores y exfumadores y diabéticos. Mientras que el resto de FRCV de mayor prevalencia fue sobre las mujeres, en concreto la obesidad y el sedentarismo.<sup>18</sup>

Por tanto, la HTA es el FRCV más importante de la IC, seguido de la cardiopatía isquémica.<sup>18</sup>

La OMS define los programas de prevención y rehabilitación cardíaca como el conjunto de intervenciones multifactoriales realizadas para optimizar la salud física y psíquica del paciente con una ECV y para facilitar su integración social. Así pues, estas intervenciones también están destinadas a estabilizar, enlentecer y lograr la regresión de la ateromatosis, reduciendo la morbimortalidad de los usuarios.<sup>19</sup>

Así pues, el objetivo de este estudio es trabajar el rol de la enfermera en el manejo de la IC e ICC en pacientes con dicha enfermedad.

### 3. Pregunta de investigación:

Tras el análisis de los artículos se plantea la siguiente pregunta de investigación, la cual se formula según el formato PICO:

**¿El rol de la enfermera sobre pacientes con IC e ICC mejora la calidad de vida de estos pacientes?**

<b>P</b>	<b>Pacientes con Insuficiencia Cardíaca e Insuficiencia Cardíaca Crónica</b>
<b>I</b>	<b>El rol de la enfermera</b>
<b>C</b>	<b>No aplica</b>
<b>O</b>	<b>Mejoran la calidad de vida</b>

**Tabla 5:** Términos PICO

### 4. Objetivos:

#### a. General

- Estudiar el rol de las enfermeras para el manejo de los pacientes con IC e ICC.

#### b. Específicos

- Determinar otros factores que puedan estar relacionados con el manejo del paciente con ICC.
- Conocer la influencia de la enfermera en el estilo de vida de los pacientes con IC.

### 5. Metodología:

Este estudio se basa en una revisión sistemática mediante la búsqueda de la literatura científica en 4 bases de datos (Scielo, Scopus, Pubmed, y CINHALL) , incluyendo artículos de metodología cuantitativa.

#### 5.1. Periodo de búsqueda y selección:

El periodo de la búsqueda en las fuentes de información se realizó mediante una revisión sistemática, que se llevó a cabo entre septiembre de 2022 y febrero de 2023. El periodo de selección de dichos artículos abarcó febrero y abril de 2023 (ambos incluidos).

## 5.2. Terminología empleada:

Para delimitar la búsqueda de esta revisión sistemática se utilizaron los descriptores DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings). Ambos métodos permitieron acotar los resultados de la búsqueda en relación con los objetivos.

DeSC	MeSH
Insuficiencia cardíaca [D006333]	Heart failure [D006333]
Enfermedad Crónica [D002908]	Chronic disease [D002908]
Calidad de vida [D011788]	Quality of Life [D011788]
Rol de la enfermera [D024802]	Nurse's Role [D024802]

**Tabla 6:** Tabla términos DeCS y MeSH utilizados para la búsqueda

## 5.3. Descripción de las bases de datos utilizadas:

Para la realización del estudio se hizo una búsqueda en las siguientes bases de datos de carácter científico:

**Scielo:** Scientific Electronic Library Online constituye una biblioteca virtual formada por una colección de revistas científicas de ciencias de la salud.<sup>24</sup>

**Scopus:** Base de datos que ofrece artículos de revistas científicas, libros y actas de conferencias de calidad. Esta base de datos es empleada por un amplio abanico de disciplinas científicas. Elsevier es la empresa productora y recoge 14.000 publicaciones de cerca de 4000 editoriales internacionales.<sup>26</sup>

**PubMed** es un base de datos desarrollada por el National Center for Biotechnology Information (NCBI). Es de acceso libre y contiene más de 19 millones de referencias bibliográficas relacionadas con la literatura de investigación en ciencias biomédicas y biológicas. Esta base de datos es una herramienta de búsqueda en línea que permite consultar generalmente los contenidos de la base de datos MEDLINE, producida por la librería nacional de medicina de los Estados Unidos. (US national Library of Medicine) y data de los años 60.<sup>23</sup>

**CINAHL** (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) es una base de datos diseñada para los campos de la salud como son enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional,

etc. Esta base de datos dispone de artículos publicados en inglés y su cobertura abarca más de 5800 títulos de revistas de enfermería.<sup>25</sup>

#### **5.4. Operadores booleanos**

Mediante el uso de los operadores booleanos (AND, OR y NOT) se combinan las palabras clave de la búsqueda. En este caso se utiliza el operador booleano AND en el que se indica que ambas palabras deben de aparecer en los resultados de búsqueda.

A continuación se define la frase de búsqueda utilizada:

**(heart failure) AND (chronic disease) AND (quality of life) AND (nurse's Role)**

#### **5.5. Criterios de selección: inclusión/exclusión**

Para la búsqueda de artículos, se aplicaron una serie de criterios de selección, tanto de inclusión como de exclusión, para así poder filtrar de una manera más precisa aquellos estudios relevantes para la revisión sistemática. Los criterios de inclusión utilizados en este caso han sido:

1. Texto completo abierto (free full text).
2. Fecha: desde 2013 – 2023 (ambos incluidos).
3. Estudios descriptivos o ensayos clínicos.
4. Idioma: incluir español, catalán, portugués e inglés.
5. Estudios de metodología cuantitativa y cualitativa.

Por otra parte, los **criterios de exclusión** son:

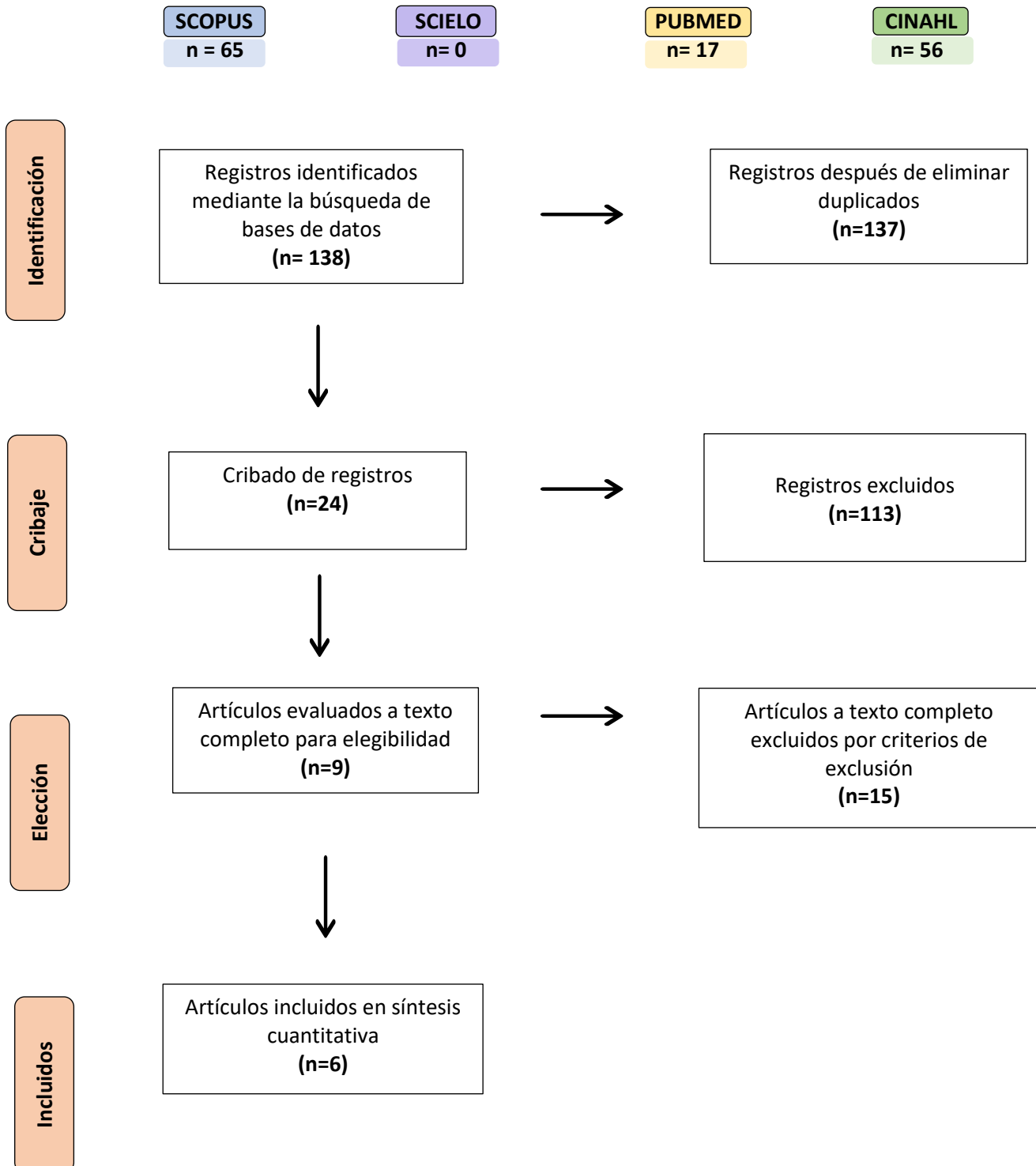
- Artículos que no cumplan con los criterios de inclusión preestablecidos.
- Artículos que tras la lectura no tuvieran relación con los objetivos planteados en la revisión.
- Artículos dirigidos a la población menor de edad.
- Artículos que no cumplan el 70% de los criterios de las tablas CASPe.
- Revisiones sistemáticas ni metaanálisis.

**Tabla 6:** *Tabla de resultados de la búsqueda*

Bases de datos	Palabras y conectores	Resultados	Resultados con filtros	Seleccionados
Scopus	(heart failure) AND (chronic disease) AND (quality of life) AND (nurse's Role)	65	14	6 <sup>2, 7, 11, 14</sup>
Scielo	(heart failure) AND (chronic disease) AND (quality of life) AND (nurse's Role)	0	0	0
Pubmed	(heart failure) AND (chronic disease) AND (quality of life) AND (nurse's Role)	2	1	0
Cinahl	(heart failure) AND (chronic disease) AND (quality of life) AND (nurse's Role)	25	9	2 <sup>1, 5</sup>

6. Resultados:

6.1. Diagrama de flujo PRISMA para revisiones sistemáticas:<sup>41</sup>



## 6.2. Descripción de los resultados incluidos en la revisión bibliográfica:

Tabla 7: Tabla de resultados

Referencia bibliográfica	Objetivos	Metodología	Población (N)	Resultados	Conclusiones	Criterios de calidad: Nivel de evidencia y grado de recomendación <sup>40</sup>
<b><u>Noruega, 2021</u></b> <sup>30</sup>	Evaluar los niveles de carga del tratamiento y autocuidado y sus asociaciones con el malestar psicológico y la calidad de vida relacionada con la salud.	Estudio transversal.	Pacientes con IC (n= 125).	Se observaron asociaciones positivas significativas entre la fatiga física y mental por el autocuidado, la limitación de la actividad social y del rol, la angustia psicológica y la CdV relacionada con la salud.	La carga del tratamiento es un aspecto importante de la IC ya que contribuye a un conocimiento valioso sobre la carga de trabajo del paciente.	<b>2+B</b>
<b><u>India, 2020</u></b> <sup>31</sup>	Determinar la influencia de la rehabilitación cardíaca dirigida por enfermeras sobre la calidad de vida y	Ensayo controlado aleatorizado.	Pacientes con IC (n= 200).	El componente mental de calidad de vida genérica disminuyó constantemente en el grupo de control y	Las enfermeras de las unidades de cardiología juegan un papel fundamental en la educación y el manejo de la salud de los pacientes	<b>1+A</b>

	parámetros biofisiológicos en pacientes con ICC.			aumentó en el grupo de intervención.	con IC. La rehabilitación cardiaca mejora la calidad de vida.	
<b><u>Singapur, 2020</u></b> <sup>32</sup>	Evaluar la eficacia de la intervención enfermera en la mejora del comportamiento de autocuidado entre los pacientes con ICC.	Prueba piloto.	Pacientes con ICC (n= 10).	Los resultados mostraron que el programa era factible y potencialmente eficaz para mejorar la gestión del autocuidado de los pacientes, los resultados psicológicos y la calidad de vida relacionada con la salud.	Un enfoque de educación psicosocial para el autocuidado es la elección para los pacientes con enfermedades crónicas.	<b>2+B</b>
<b><u>Australia, 2017</u></b> <sup>33</sup>	Examinar si la relación paciente-cuidador con ICC que no están de acuerdo sobre la división de las tareas de manejo de la enfermedad experimentan una peor salud psicosocial y	Estudio transversal y prospectivo.	Los datos se recopilaron a través de cuestionarios (Escala de evaluación de atención de IC) enviados por	La relación entre el paciente y el cuidador fueron predominantemente conyugales y alrededor de un tercio demostró incongruencia.	En la ICC, la relación del paciente-cuidador existe incongruencia incluso para pacientes con síntomas relativamente leves. Mediante estrategias de educación y gestión del	<b>2+B</b>

	<p>autocuidado que aquellos que están de acuerdo.</p>		<p>correo (n= 25, 16 pacientes y 9 cuidadores).</p>		<p>autocuidado centrados en la relación paciente-cuidador, en lugar del individuo, las enfermeras tienen el potencial de mejorar los resultados tanto del paciente como del cuidador.</p>	
<p><b><u>Nueva Zelanda, 2015</u></b><sup>34</sup></p>	<p>Evaluar el efecto de la teleasistencia en salud relacionada con la calidad de vida, el autocuidado, el uso hospitalario, costes y experiencias de pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado.</p>	<p>Pacientes con IC, EPOC y diabetes (n= 171).</p>	<p>La calidad de vida, la autoeficacia y las medidas específicas de la enfermedad no cambiaron significativamente, en cambio la ansiedad y la depresión disminuyeron notablemente. Los ingresos hospitalarios, los días de hospitalización, las visitas al servicio de</p>	<p>Las experiencias y actitudes de los pacientes fueron positivas de manera que la teleasistencia hizo que se asumiera un papel más activo en la autogestión.</p>	<p><b>1+A</b></p>

				urgencias, las visitas ambulatorias y los costos no difirieron significativamente entre los grupos.		
<b><u>Tailandia, 2019</u></b> <sup>35</sup>	Comparar los resultados de las personas con insuficiencia cardíaca que reciben el Programa de atención continúa dirigido por enfermeras de práctica avanzada y las que reciben la atención habitual.	Estudio cuasiexperiment al.	Personas con IC (n =71).	Los resultados del estudio incluyeron: cambios en el peso corporal, complicaciones, estado funcional, calidad de vida, satisfacción con la atención de enfermería, visitas a la sala de emergencias, intervalo de tiempo entre el alta y la primera readmisión, tasa de readmisión, duración de la estadia, y el costo de la atención	Programa de Atención Continúa Dirigida por Enfermeras de Práctica Avanzada promete mejorar los resultados de la atención basada en la población para aquellos con problemas de salud crónicos complicados, como la insuficiencia cardíaca	<b>2+B</b>

				evaluado al alta hospitalaria y tres meses después del alta.		
--	--	--	--	--	--	--

*IC: Insuficiencia cardiaca; ICC: Insuficiencia cardiaca crónica; ED: Departamento de emergencia; CDV: calidad de vida; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.*

**Crterios de calidad:<sup>40</sup>**

**Nivel de evidencia científica:**

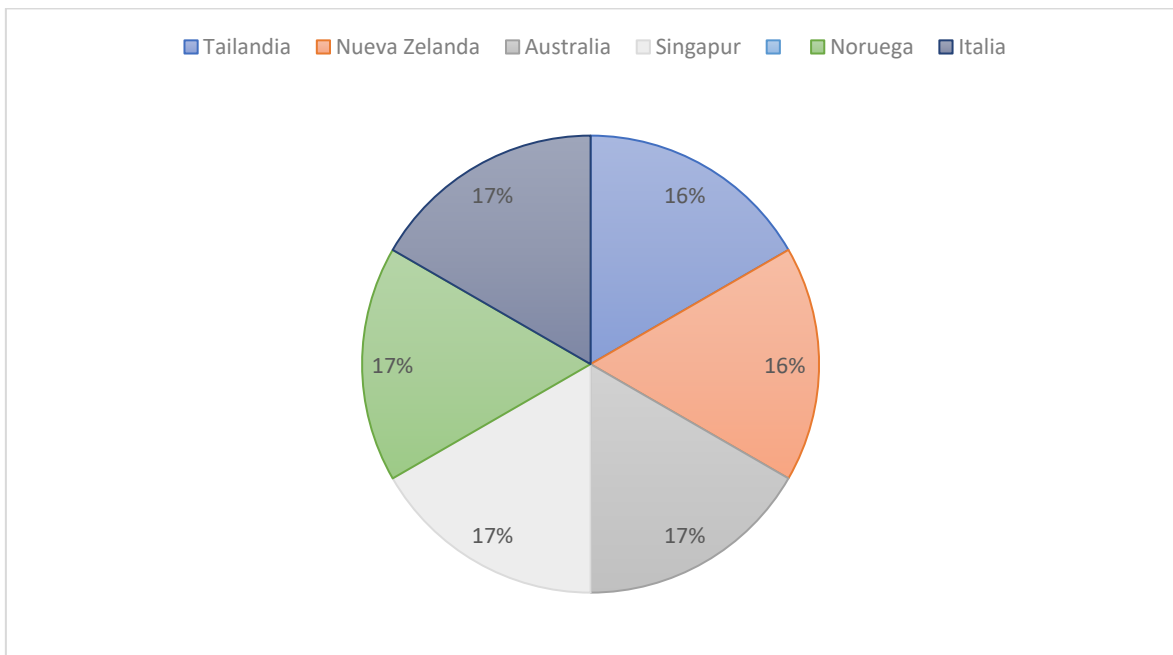
- 1+: Ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos
- 2+: Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación casual.

**Grado de recomendación:**

- Ensayo clínico clasificado como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
- Evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.

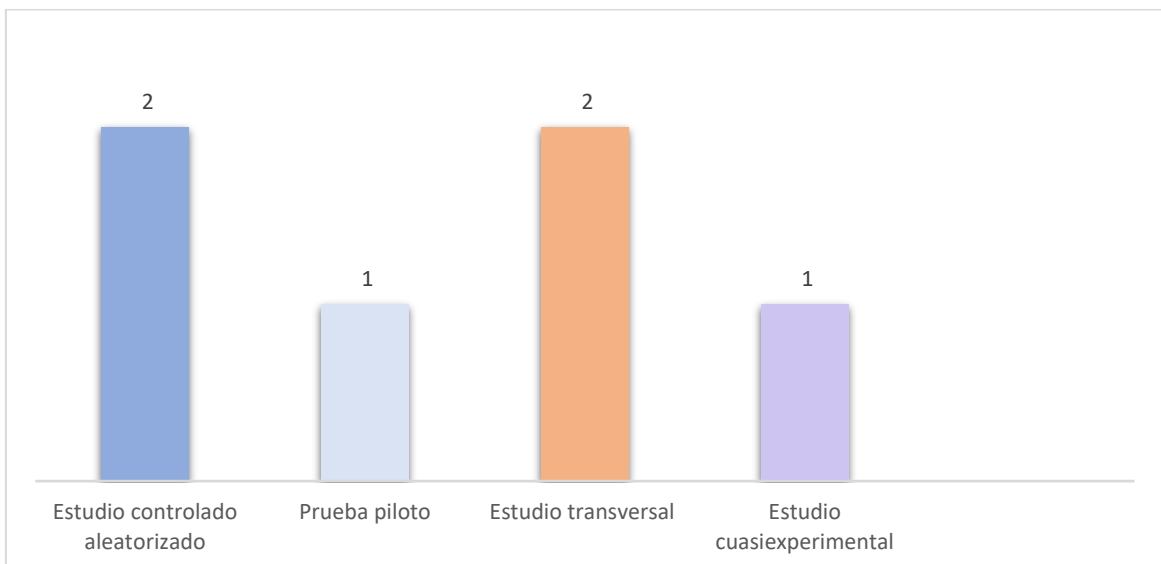
### Características generales:

Gráfico 1. Distribución de los países de referencia de los artículos seleccionados.



El ámbito geográfico donde se desarrollan las investigaciones se refleja en el Gráfico 3, siendo el total de 6 países diferentes para cada uno de los estudios seleccionados.

Gráfico 2. Diseño de los estudios elegidos



Conjuntamente, se analizó el diseño de cada artículo elegido. Hay que destacar los estudios controlados aleatorizados con un 33'33% junto a los estudios transversales con un 33'33% y, por último, la prueba piloto y el estudio cuasiexperimental con un 16'66% cada uno. Teniendo así, un alto nivel de evidencia según los criterios CASPe.

**Tabla 8:** Revisión de los artículos recuperados con la lista CASPe para ensayos clínicos<sup>29</sup>

ARTÍCULOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Ítems cumplidos
Arjunan, P., & Trichur, R. V. (2020). The Impact of Nurse-Led Cardiac Rehabilitation on Quality of Life and Biophysiological Parameters in Patients With Heart Failure: A Randomized Clinical Trial. <i>The journal of nursing research : JNR</i> , 29(1), e130. <a href="https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000407">https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000407</a>	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Componente físico (p 0,02), el componente mental (p < 0,001) y la CDV específica de la enfermedad (p < 0,001)	Si	Si	Si	11/11
Kenealy, T. W., Parsons, M. J. G., Rouse, A. P. B., Doughty, R. N., Sheridan, N. F., Harré Hindmarsh, J. K., . . . Rea, H. H. (2015). Telecare for diabetes, CHF or COPD: Effect on quality of life, hospital use and costs. A randomised controlled trial and qualitative evaluation. <i>PLoS ONE</i> , 10(3) <a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116188">doi:10.1371/journal.pone.0116188</a>	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Grupo de teleasistencia (0,32, p 0,15), las visitas al servicio de urgencias (-0,08, p 0,91), las visitas ambulatorias (-3,27, p 0,23), días totales de hospitalización (0,51, p 0,09) o costes totales de los servicios hospitalarios (0,36, p 0,13).	Si	Si	Si	11/11

**Preguntas implementadas en la revisión de los artículos con la lista CASPe para ensayos clínicos:<sup>29</sup>**

1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?
3. ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?

4. ¿Se mantuvo el cegamiento a los pacientes, los clínicos y el personal del estudio?
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?
6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?
8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?
9. ¿Pueden aplicarse estos resultados en tu medio o población local?
10. ¿Se mantuvieron en cuenta los resultados de importancia clínica?
11. ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?

**Tabla 9:** Revisión de los artículos recuperados con la lista CASPe para estudios de cohorte.<sup>39</sup>

ARTÍCULOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Ítems cumplidos
Rhiantong, Jittawadee & Malathum, Porntip & Monkong, Supreeda & McCauley, K. & Viwatwongkasem, C. & Kuanprasert, S.. (2019). Outcomes of an advanced practice nurse-led continuing care program in people with heart failure. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 23. 32-46.	Si	Si	Si	Si	Si	El programa educativo de rehabilitación cardíaca mejoró efectivamente la calidad de vida en el grupo de intervención.	p < 0,05	Si	No sé	Si	Si	10/11
Cameron, J., Thompson, D. R., Szer, D., Greig, J., & Ski, C. F. (2017). Dyadic incongruence in chronic heart failure: Implications for patient and carer psychological health and self-care. Journal of Clinical Nursing, 26(23-24), 4804-4812. doi:10.1111/jocn.13836	Si	Si	Si	Si	Si	El programa era factible y potencialmente eficaz para mejorar la gestión del autocuidado de los pacientes, los resultados psicológicos y la calidad de vida relacionada con la salud.	p < 0,05	Si	No sé	Si	Si	10/11
Nordfonn, O. K., Morken, I. M., Bru, L. E., Larsen, A. I., & Husebø, A. M. L. (2021). Burden of treatment in patients with chronic heart failure – A cross-	Si	Si	Si	Si	Si	La relación entre el paciente-cuidador eran predominantemente	p < 0,05	Si	No sé	Si	Si	10/11

<p>sectional study. <i>Heart and Lung</i>, 50(3), 369-374.          doi:10.1016/j.hrtlng.2021.02.003</p>						<p>conyugales y alrededor de un tercio demostró incongruencia.</p>							
<p>Jiang, Y., Shorey, S., Nguyen, H. D., Wu, V. X., Lee, C. Y., Yang, L. F., . . . Wang, W. (2020). The development and pilot study of a nurse-led HOME-based HEart failure self-management programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following medical research council guidelines. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 19(3), 212-222.          doi:10.1177/1474515119872853</p>	Si	Si	Si	Si	Si	<p>El estudio reflejó cambios en el peso corporal, complicaciones, estado funcional, calidad de vida, satisfacción con la atención de enfermería, visitas a la sala de emergencias, intervalo de tiempo entre el alta y la primera readmisión, tasa de readmisión, duración de la estadía, el costo de la atención evaluado al alta hospitalaria y tres meses después del alta.</p>	p < 0,05	Si	No sé	Si	Si		10/11

**Preguntas implementadas en la revisión de los artículos con la lista CASPe para estudios de cohorte:<sup>29</sup>**

1. ¿El estudio se centra en un tema claramente definido=
2. ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?

3. ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?
4. ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?
5. ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?
6. ¿Cuáles son los resultados de este estudio?
7. ¿Cuál es la precisión de los resultados?
8. ¿Te parecen creíbles los resultados?
9. ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?
10. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?
11. ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?

## 7. Análisis y discusión:

Destacando el objetivo principal de este estudio, en el que se trata de estudiar el rol de la enfermera en el manejo de la IC e ICC, procederemos a analizar y discutir los artículos escogidos previamente para la búsqueda.

En primer lugar, de acuerdo con el artículo de Nordfonn K et al. la práctica clínica enfermera debe centrarse en cómo simplificar y adecuar los regímenes de tratamiento para adaptarlos a la vida diaria de los pacientes con IC. Así pues, la **gestión del tratamiento** puede influir en la forma de llevar a cabo el **autocuidado**, lo que puede conllevar a una carga de tratamiento. Por tanto se afirma que una evaluación cuidadosa de la carga de trabajo del tratamiento de los pacientes resulta crucial en la atención de la IC. Este es un aspecto importante a considerar en el tratamiento de la IC, pues constituye un conocimiento valioso del paciente. Por ello, se recalca lo crucial que **se vuelve reducir y adaptar los regímenes terapéuticos a la persona**. La educación y las conversaciones relacionadas con una comprensión realista de la progresión de la enfermedad y la trayectoria variable de los síntomas deben ocurrir lo antes posible para los pacientes con IC y sus familias, así como continuar durante todo el curso del tratamiento de la IC. Así pues, los autores Cameron E et al., Thompson D et al., Szer D et al., Greig J et al., y Esquí C., destacan la importancia de examinar diversos factores como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico o el tipo de relación con el cuidador. Por ello, se recalca la importancia de desarrollar y probar intervenciones de enfermería familiar individualizadas con el objetivo de mejorar la salud psicosocial tanto del paciente como del cuidador.<sup>30, 33</sup>

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, el rol de la enfermera influye positivamente sobre la calidad de vida de la persona con IC en la rehabilitación cardíaca. Así pues, de acuerdo con los autores Porkodi y Ramakrishnan **recalcan la labor de la enfermera en cuanto a las actuaciones educativas** llevadas a cabo y el manejo del estado de salud en personas que sufren dicha enfermedad. Así pues, un aspecto a destacar sobre el manejo adecuado de la IC y de la ICC sería la importancia de saber gestionar los factores de riesgo y hábitos de la vida diaria que podrían influir de forma positiva o negativa sobre el desarrollo de la propia enfermedad. Del mismo modo, en el momento posterior del alta muchas veces los pacientes no se sienten del todo preparados ya que el manejo de la IC va más allá del tratamiento farmacológico, ya que también se centra en el cambio de actitud para conseguir un estado de salud óptimo. Por eso, los autores Jiang Y., Shorey S., Nguyen H., Wu X., Lee Y., Yang F., Koh L. y Wang W. et al coinciden con lo mencionado anteriormente sobre el valor de la **educación psicosocial para el autocuidado** como la opción favorita para gran cantidad de pacientes con patologías crónicas.<sup>31,32</sup>

Haciendo referencia a la **relación entre paciente-cuidador**, los autores Cameron E., Thompson D., Szer D., Greig J. et al y Esquí C afirman que en la ICC la relación entre paciente-cuidador existe incongruencia para personas con sintomatología relativamente leve. Lo que pretenden transmitir los autores es que habitualmente los cuidadores ayudan a los enfermos con ICC en la gestión de su enfermedad, sin embargo se sabe poco acerca de la dinámica de las relaciones y de cómo puede llegar a influir sobre su salud psicosocial. La calidad de la relación entre una persona con ICC y su cuidador es una variable modificable, la cual tiene un potencial para contribuir positivamente sobre la gestión de la enfermedad y reducir su impacto en los pacientes y la sociedad, por tanto requiere de una atención continuada. Esto también se podría relacionar con lo mencionado anteriormente sobre el hecho de saber gestionar la propia enfermedad y detectar así pues las conductas que se han de modificar para mejorar la calidad de vida del paciente. Por ello, Cameron E et al., Thompson D et al., Szer D et al., Greig J et al., y Esquí C enfatizan sobre la importancia de examinar los factores como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico o el tipo de relación existente entre paciente-cuidador. Asimismo, a través de la ejecución de **intervenciones enfermeras educativas y de gestión del autocuidado** centrados en el paciente-cuidador, en lugar del propio enfermo, se puede conseguir una mejora potencial de los resultados, tanto del paciente como de su respectivo cuidador. Igualmente, los autores Kenealy W et al., Parsons M et al., Rouse P et al., Doughty R et al., Sheridan N et al., Harré J et al., Masson S et al., y Rea H defienden la teleasistencia como una intervención eficaz en la autogestión de la enfermedad del paciente con IC. Así pues, esta estrategia hizo que los enfermos y sus familiares asumieran un rol más activo en la autogestión de la patología. Por último, cabe recalcar las conclusiones fijadas por los siguientes autores: Jittawadee R et al., Malathum et al., Supreda M et al., Mc Cauley K et al., Viwatwongkasem C et al., y Kuanprasert S, quienes afirman que **la atención enfermera mediante un programa de cuidado continuo** mejora significativamente la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, en especial las personas con ICC. Según los resultados del estudio, se afirma que el estadio funcional, la calidad de vida y la satisfacción del paciente con la atención enfermera recibida en el grupo de intervención fueron significativamente mayores. Sin embargo la duración de la estancia hospitalaria y el coste de su atención fueron significativamente menores que en el grupo de comparación. Así pues, son más aspectos a tener en cuenta a la hora de la influencia de la enfermera sobre la calidad de vida del paciente ya que también se incluye una mayor satisfacción por parte de esa persona y una mejora en el estado funcional, por lo que aborda diferentes campos de la persona, adentrándose de ese modo en una visión integral y holística de ella. <sup>31,32,33,34,35</sup>

Finalmente, tras el análisis y la discusión de la evidencia científica, afirmamos que el rol de la

enfermera en el manejo de la IC e ICC incluye un conjunto de intervenciones que garanticen el seguimiento adecuado, teniendo en cuenta los objetivos individuales de cada persona y así reducir los ingresos hospitalarios y favorecer la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, así como fomentar el autocuidado mediante intervenciones educativas adecuadas que garanticen el conocimiento y el cumplimiento de las recomendaciones necesarias. Por ello, la enfermera desempeña un rol activo en el manejo de dicha enfermedad ya que está presente tanto a nivel hospitalario como ambulatorio.<sup>30, 31, 32, 33, 34, 35</sup>

Se trata de un reto para la enfermera conseguir estas metas en la educación sanitaria del paciente y familia. Por ello, se vuelve fundamental llevar a cabo un plan de intervención individual, enfocado a fomentar el conocimiento acerca de la enfermedad en el paciente y familia, así como el autocuidado, adherencia al tratamiento y detección y actuación ante los signos y síntomas en caso de que se presenten.<sup>39</sup>

## 8. Conclusión:

En este trabajo se han extraído diversas conclusiones que confirman la aplicación del rol de la enfermera en el manejo de personas que sufren IC e ICC presenta gran cantidad de beneficios tanto para los pacientes como para los cuidadores. Así pues, las intervenciones enfermeras pueden reducir los reingresos hospitalarios y mejorar la calidad de vida en personas que presentan IC e ICC.

Así pues, recalcamos la importancia de ofrecer unas intervenciones educativas y orientadas hacia la gestión del autocuidado para identificar los signos y síntomas de la propia enfermedad y que el paciente asuma un rol activo en ella. Para ello la enfermera interactúa mediante los cuidados, las respuestas humanas a la aparición de signos y síntomas que más allá de la esfera física, influyen sobre la esfera emocional, social y espiritual.

Igualmente, resulta fundamental ajustar el tratamiento en función de las necesidades y características individuales de cada persona ya que de lo contrario, podría suponer una carga excesiva de tratamiento. Para ello, resulta crucial la educación personal y establecer una adecuada comunicación donde se comprenda a la persona en su totalidad y de manera realista, así como la trayectoria de sus síntomas en personas con IC e ICC para garantizar un buen progreso del tratamiento de la enfermedad. Del mismo modo, las intervenciones enfermeras van dirigidas a conseguir una adecuada gestión de la enfermedad en el paciente con IC e ICC y por tanto, a que asuman un rol activo en el manejo de la propia patología: en saber detectar los factores de riesgo y modificar conductas y hábitos de vida que puedan influir en el desarrollo de ésta, en mantener una adecuada adherencia al tratamiento, etc.

A partir de todo lo expuesto anteriormente, podríamos concluir que el rol de la enfermera en el manejo de la enfermedad en personas con IC e ICC influye directamente sobre la calidad de vida de la persona, por ello, las intervenciones llevadas a cabo serán siempre fundamentales.

## 9. Limitaciones del estudio

El presente estudio incluye algunas limitaciones, como la falta de estudios desarrollados en el territorio español, ya que en comparación con otros países, la información es mucho más reducida, aspecto que quizá puede estar relacionado con los filtros empleados.

En cambio, la calidad metodológica de los estudios incluidos se clasifica en un alto grado recomendación y nivel de evidencia, por lo que los hallazgos reportados son fiables y recomendables.

Asimismo, la búsqueda se ha realizado exclusivamente a través de la lectura de artículos de acceso abierto (*open access*) lo que podría haber influido en la muestra final incluida en el presente estudio.

## 10. Futuras líneas de investigación

Como posibles futuras líneas de investigación se proponen investigar sobre la prevención primaria para detectar los factores de riesgo que pueden desarrollar la insuficiencia cardíaca de manera precoz.

Además, los estilos de vida parece que estén mejor controlados cuando hay una enfermera experta en el ámbito cardiológico y que trabaja con estos pacientes. Quizás debería hacerse un estudio comparativo entre la mejora en la calidad de vida de aquellos pacientes atendidos en el hospital de agudos y atención primaria, y valorar quizás la implementación en un futuro una figura de una enfermera especializada en cardiología o en la insuficiencia cardíaca.

## 11. Bibliografía:

1. Farmakis D, Parissis J, Lekakis J, Filippatos G. Acute heart failure: Epidemiology, risk factors, and prevention. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2023 Feb 23];68(3):245–8. Available from: <http://www.revespcardiol.org/es-insuficiencia-cardiaca-aguda-epidemiologia-factores-articulo-S0300893214006563>
2. Endocrinología | Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. [cited 2023 Feb 23]. Available from: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2461&sectionid=208180034#1174595073>
3. Las 10 principales causas de defunción [Internet]. [cited 2023 Feb 23]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
4. (PDF) [Epidemiology of heart failure] [Internet]. [cited 2023 Feb 23]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/338345515\\_Epidemiology\\_of\\_heart\\_failure](https://www.researchgate.net/publication/338345515_Epidemiology_of_heart_failure)
5. Robles Gamboa C. Insuficiencia cardíaca crónica. *Med*. 2017 Jun 1;12(35):2100–15.
6. Jiang Y, Wang W. Health Promotion and Self-Management Among Patients with Chronic Heart Failure. In: *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research* [Internet]. Springer International Publishing; 2021 [cited 2023 Feb 23]. p. 269–85. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/36315715/>
7. Silvia Lozano Alonso. Enfermera Especialista en Familia y Comunitaria CSC, Israel Sisamón Marco. Enfermero C.S. Calatayud SA, Isabel García Andrés. Enfermera C.S. Calatayud SA, María José Ponce Lázaro. Enfermera C.S. Calatayud SA, Beatriz Delgado Guerrero. Enfermera C.S. Calatayud SA, Cristina Muñoz Solera. Enfermera C.S. Calatayud SA. Clasificación de la insuficiencia cardíaca. [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 23]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/clasificacion-de-la-insuficiencia-cardiaca/>
8. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines [Internet]. Vol. 145, *Circulation*. *Circulation*; 2022 [cited 2023 Feb ]. p. E895–1032. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35363499/>
9. Gavira Gómez Juan José. Insuficiencia cardíaca: causas, síntomas y pronóstico. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. Universidad de Navarra. 2015 [cited 2023 Feb 23].

- Available from:  
<https://www.cun.es/enfermedadestratamientos/enfermedades/insuficiencia-cardiaca>
10. Gualpa M, Sacoto Naspud NT, Gualpa González MJ, Cordero Cordero G del R, Alvarez Ochoa RI. Factores de riesgo cardiovascular en profesionales de enfermería | Álvarez Ochoa | Revista Cubana de Medicina General Integral. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 23];34(2):32–52. Available from:  
<https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/468/182>
  11. Sánchez C, Dirección C, Manuel, Aracil RB. TRABAJO FIN DE GRADO GRADO EN MEDICINA PROTOCOLO SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA.
  12. Juanatey González JR, Varela Roman A, Gómez Otero I, Al È. Manual de diagnóstico y tratamiento de insuficiencia cardíaca crónica [Internet]. 2011. 94 p. Available from:  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=509808>
  13. Echeverría Iraurgi B. Guía clínica de Insuficiencia cardíaca tratamiento y seguimiento - Fistera. ELSEVIER [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 23]; Available from:  
<https://www.fistera.com/guias-clinicas/insuficiencia-cardiaca/>
  14. Komajda M, Komajda M. Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca. ¿Qué hay de nuevo? Rev Uruguaya Cardiol [Internet]. 2017 Dec 22 [cited 2023 Feb 23];32(3):312–20. Available from:  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-04202017000300312&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202017000300312&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  15. Di Somma S, Magrini L. Drug Therapy for Acute Heart Failure. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2015 Aug 1 [cited 2023 Feb 23];68(8):706–13. Available from:  
<http://www.revespcardiologia.org/es-tratamiento-farmacologico-insuficiencia-cardiaca-aguda-articulo-S0300893215001724>
  16. Torres Y, Rojas N, Herrera A, González M. Prevención primaria de la cardiopatía isquémica. Aspectos de interés. Rev Cuba Cardiol y Cirugía Cardiovasc [Internet]. 2015 Apr 29 [cited 2023 Feb 23];21(1):24–31. Available from:  
<https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/566>
  17. Peláez Moya Sonia, Bueno Héctor, Azcutia Gómez Rosario, Rodríguez García María Jesús, Seara Aguilar Germán. Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESVAC). 2022;20–133.
  18. Rodríguez-Sánchez E, García-Ortiz L, Gómez-Marcos MA, Recio-Rodríguez JI, Mora-Simón S, Pérez-Arechaederra D, et al. Prevalencia de enfermedades cardiovasculares y

- de factores de riesgo cardiovascular en mayores de 65 años de un área urbana: estudio DERIVA. Aten Primaria [Internet]. 2013 Aug 1 [cited 2023 Feb 23];45(7):349–57. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-enfermedades-cardiovasculares-factores-riesgo-S0212656713000486>
19. Caraballo HS, Caraballo HES, González IM, Solis SS. Actuación profesional de enfermería en la prevención de los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. Rev Cuba Tecnol la Salud [Internet]. 2017 Apr 7 [cited 2023 Feb 23];7(3). Available from: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/796>
  20. Giner-Soriano, M., Baena, D. D., Ouchi, D., Gomez-Lumbreras, A., & Morros, R. et al. Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca según la fracción de eyección ventricular en Atención Primaria [Internet]. Atención Primaria. Elsevier Doyma; 2022 [citado el 24 de febrero de 2023]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656722000828>
  21. Castillo, J. S. P., & Sánchez, F. L. Insuficiencia CARDÍACA. generalidades [Internet]. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Elsevier Doyma; 2017 [cited el 24 de febrero del 2024]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541217301427>
  22. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA POR ENFERMERAS ESPECIALIZADAS [Internet] McCann Erickson 2022. [citado el 14 de febrero de 2023]. Available from: <https://enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/manual-procedimientos-ic-por-enfermeras.pdf>
  23. PubMed [Internet]. PubMed. [citado el 17 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
  24. SciELO España - Biblioteca Científica Electrónica en Línea [Internet]. Scielo.isciii.es. [citado el 17 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/scielo.php>
  25. CINAHL [Internet] CINAHL. (1999). EBSCO Pub. [Citado el 25 de febrero de 2023] Disponible en: <https://urv.libguides.com/CINAHL>
  26. Scopus [Internet]. Elsevier.com. [citado el 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/solutions/scopus>
  27. El Rol del profesional en enfermería - scielo [Internet]. [cited 2023May4]. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972003000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004)

28. Molano DY, Hernández C. Capítulo 7. Papel de la enfermera en las unidades de falla cardiaca y educación en falla cardiaca [Internet]. Elsevier; 2016 [cited 2023 May 15]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-capitulo-7-papel-enfermera-unidades-S0120563316000139#:~:text=El%20papel%20de%20la%20enfermera,trav%C3%A9s%20de%20una%20intervenci%C3%B3n%20educativa>
29. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.5-8.
30. Scopus - Document details - Burden of treatment in patients with chronic heart failure – A cross-sectional study [Internet]. [cited 2023 Apr 22]. Available from: <https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85101084330&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=%28heart+failure%29+AND+%28chronic+disease%29+AND+%28Quality+of+Life%29+AND+%28Nurse%27s+Role%29&nlo=&nlr=&nls=&sid=3a16aab9c338eff1fdb017ee22a424d&sot=b&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2C%22all%22%2C%22Bscopubyr%2C%222023%22%2C%222022%22%2C%222021%22%2C%222020%22%2C%222019%22%2C%222018%22%2C%222017%22%2C%22Bscolang%2C%22English%22%2C%22Bscosubtype%2C%22ar%22%2C&sl=93&s=TITLE-ABS-KEY%28%28heart+failure%29+AND+%28chronic+disease%29+AND+%28Quality+of+Life%29+AND+%28Nurse%27s+Role%29%29&relpos=5&citeCnt=7&searchTerm=>
31. Arjunan P, Trichur RV. The Impact of Nurse-Led Cardiac Rehabilitation on Quality of Life and Biophysiological Parameters in Patients with Heart Failure: A Randomized Clinical Trial. J Nurs Res [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2023 Apr 22];29(1):e130. Available from: [/pmc/articles/PMC7808349/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37808349/)
32. Jiang Y, Shorey S, Nguyen HD, Wu VX, Lee CY, Yang LF, et al. The development and pilot study of a nurse-led HOME-based HEart failure self-Management Programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council guidelines. Eur J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 22];19(3):212–22. Available from: <https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85073792811&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=%28heart+failure%29+AND+%28chronic+disease%29+AND+%28Quality+of+Life%29+AND+%28Nurse%27s+Role%29&nlo=&nlr=&nls=&sid=3a16aab9c338eff1fdb017ee22a424d&sot=b&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2C%22all%22%2C%22Bscopubyr%2C%222023%22%2C%222022%22%2C%222021%22%2C%222020%22%2C%222019%22%2C%222018%22%2C%222017%22%2C%22Bscolang%2C%22English%22%2C%22Bscosubtype%2C%22ar%22%2C&sl=93&s=TITLE-ABS-KEY%28%28heart+failure%29+AND+%28chronic+disease%29+AND+%28Quality+of+Life%29+AND+%28Nurse%27s+Role%29%29&relpos=5&citeCnt=7&searchTerm=>

- [byr%2C%222023%22%2C%2C%222022%22%2C%2C%222021%22%2C%2C%222020%22%2C%2C%222019%22%2C%2C%222018%22%2C%2C%222017%22%2C%2Bscolang%2C%22English%22%2C%2Bscosubtype%2C%22ar%22%2C&sl=93&s=TITLE-ABS-KEY%28%28heart+failure%29+AND+%28chronic+disease%29+AND+%28Quality+of+Life%29+AND+%28Nurse%27s+Role%29%29&relpos=7&citeCnt=9&searchTerm=](https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85035120775&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=%28heart+failure%29+AND+%28chronic+disease%29+AND+%28Quality+of+Life%29+AND+%28Nurse%27s+Role%29&nlo=&nlr=&nls=&sid=3a16aab9c338eff1fedb017ee22a424d&sot=b&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2C%22all%22%2C%2Bscopubyr%2C%222023%22%2C%2C%222022%22%2C%2C%222021%22%2C%2C%222020%22%2C%2C%222019%22%2C%2C%222018%22%2C%2C%222017%22%2C%2Bscolang%2C%22English%22%2C%2Bscosubtype%2C%22ar%22%2C&sl=93&s=TITLE-ABS-KEY%28%28heart+failure%29+AND+%28chronic+disease%29+AND+%28Quality+of+Life%29+AND+%28Nurse%27s+Role%29%29&relpos=7&citeCnt=9&searchTerm=)
33. Scopus - Document details - Dyadic incongruence in chronic heart failure: Implications for patient and carer psychological health and self-care [Internet]. [cited 2023 Apr 22]. Available from: <https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85035120775&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=%28heart+failure%29+AND+%28chronic+disease%29+AND+%28Quality+of+Life%29+AND+%28Nurse%27s+Role%29&nlo=&nlr=&nls=&sid=3a16aab9c338eff1fedb017ee22a424d&sot=b&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2C%22all%22%2C%2Bscopubyr%2C%222023%22%2C%2C%222022%22%2C%2C%222021%22%2C%2C%222020%22%2C%2C%222019%22%2C%2C%222018%22%2C%2C%222017%22%2C%2Bscolang%2C%22English%22%2C%2Bscosubtype%2C%22ar%22%2C&sl=93&s=TITLE-ABS-KEY%28%28heart+failure%29+AND+%28chronic+disease%29+AND+%28Quality+of+Life%29+AND+%28Nurse%27s+Role%29%29&relpos=10&citeCnt=15&searchTerm=>
34. Scopus - Document details - Telecare for diabetes, CHF or COPD: Effect on quality of life, hospital use and costs. A randomised controlled trial and qualitative evaluation [Internet]. [cited 2023 Apr 22]. Available from: <https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-84928911780&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=%28heart+failure%29+AND+%28chronic+disease%29+AND+%28quality+of+life%29+AND+%28nurse%27s+Role%29&nlo=&nlr=&nls=&sid=247750fcc51447fa661f84c7422db98&sot=b&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2C%22all%22%2C%2Bscopubyr%2C%222023%22%2C%2C%222022%22%2C%2C%222021%22%2C%2C%222020%22%2C%2C%222019%22%2C%2C%222018%22%2C%2C%222017%22%2C%2C%222016%22%2C%2C%222015%22%2C%2C%222014%22%2C%2C%222013%22%2C%2Bscolang%2C%22English%22%2C&sl=93&s=TITLE-ABS-KEY%28%28heart+failure%29+AND+%28chronic+disease%29+AND+%28quality+of+life%29+AND+%28nurse%27s+Role%29%29&relpos=15&citeCnt=59&searchTerm=>
35. Rhiantong J, Malathum P, Monkong S, McCauley K, Viwatwongkasem C, Kuanprasert S. Outcomes of an advanced practice nurse-led continuing care program in people with heart failure. Pacific Rim Int J Nurs Res [Internet]. 2019 [cited 2023 Apr 22];23(1):32–46.

- Available from:  
[https://www.researchgate.net/publication/331482528\\_Outcomes\\_of\\_an\\_advanced\\_practice\\_nurse-led\\_continuing\\_care\\_program\\_in\\_people\\_with\\_heart\\_failure#fullTextFileContent](https://www.researchgate.net/publication/331482528_Outcomes_of_an_advanced_practice_nurse-led_continuing_care_program_in_people_with_heart_failure#fullTextFileContent)
36. Aguayo, Beistegui, Echavarri, Jimenez F& I. Cuidados Paliativos en Insuficiencia Cardíaca (IC) ¿Podemos hacer más? Enfermería en Cardiol [Internet]. 2011;53(2):58–65. Available from: [http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/53\\_09.pdf](http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/53_09.pdf)
37. Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8.
38. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio de cohortes. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.5-8. Disponible en: <https://redcaspe.org/cohortes11.pdf>
39. Molano DY, Hernández C. Capítulo 7. Papel de la enfermera en las unidades de falla cardíaca y educación en falla cardíaca [Internet]. Elsevier; 2016 [cited 2023 May 16]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-capitulo-7-papel-enfermera-unidades-S0120563316000139#:~:text=El%20papel%20de%20la%20enfermera,trav%C3%A9s%20de%20una%20intervenci%C3%B3n%20educativa>
40. Molano DY, Hernández C. Capítulo 7. Papel de la enfermera en las unidades de falla cardíaca y educación en falla cardíaca [Internet]. Elsevier; 2016 [cited 2023 May 16]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-capitulo-7-papel-enfermera-unidades-S0120563316000139#:~:text=El%20papel%20de%20la%20enfermera,trav%C3%A9s%20de%20una%20intervenci%C3%B3n%20educativa>
41. Directrices de la OMS sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. Figura 2.1, Diagrama PRISMA: revisión sistemática original (izquierda) y revisión sistemática actualizada (derecha) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582372/figure/ch2.fig1/>