



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 3295-12



TESINA

**“EL PAPEL DE ENFERMERÍA DURANTE LA REHABILITACIÓN CARDIACA
CON UN ENFOQUE DIRIGIDO HACIA EL AUTOCUIDADO”**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

Ortiz Rabadán Víctor Miguel

ASESOR:

Mtra. Juárez Caporal Tomasa

MÉXICO. D.F. 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

México, D.F. 2015

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESÚS
P R E S E N T E.

Adjunto a la presente, me permito enviar a usted la Tesina Profesional

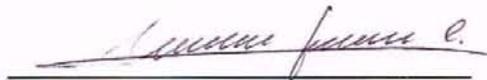
"EL PAPEL DE ENFERMERÍA DURANTE LA REHABILITACIÓN CARDIACA
CON UN ENFOQUE DIRIGIDO HACIA EL AUTOCUIDADO"

Elaborada por:

ORTIZ RABADAN VICTOR MIGUEL

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentada y defendida en el examen profesional, que sustenta para obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

A T E N T A M E N T E:



MTRA. JUÁREZ CAPORAL TOMASA

DEDICATORIAS

Agradezco de todo corazón las enseñanzas brindadas por todos y cada uno de mis profesores a lo largo de estos cuatro años que estuve en la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. De todos me llevo algo muy especial y sé que lo aprendido jamás lo olvidaré.

Mi agradecimiento a mi profesora Tomasa Juárez Caporal y al profesor José Francisco Velázquez Morales, por todo su apoyo que me brindaron, el cual nunca olvidare.

Agradezco desde lo más profundo de mi corazón a la profesora Martha Alicia Portillo por su amistad y palabras de aliento, por estar cerca de mí cuando sentía que no podía más, ha sido un ángel para mí.

Quiero agradecer también a la maestra Martha García Flores y a su esposo por creer en mí y en este proyecto emprendido desde un inicio, no dejándome descansar ni un momento hasta lograr mis metas. No tengo palabras suficientes para agradecer por todos los consejos, este logro se los debo eternamente a ustedes. También quiero agradecer a todos y cada uno de mis compañeros de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia de los cuales me llevo muy gratos recuerdos de la carrera aprendiendo mucho de ustedes.

Quiero agradecer a mis hijos Jonathan, Daniel, Ángel y Victoria. No tengo palabras para expresarles lo que siento por ustedes, han sido un pilar en mi vida, Gracias a ustedes me he atrevido a dar grandes pasos en mi vida, sin ustedes no estaría donde estoy. Son parte esencial de mi vida y sin importar a donde nos lleve el destino siempre estaré con ustedes.

Y por último pero no menos importante a mi amigo y compañero de la licenciatura Octavio Pérez García por todo su apoyo en los momentos más difíciles y complicados de la licenciatura contando siempre con un hermano, gracias Tavito.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS	8
MARCO TEORICO	9
EPIDEMIOLOGÍA	10
MIOCARDIOPATÍA ISQUÉMICA	12
ANTECEDENTES	20
TEORIA DEL DEPORTE	23
CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA	25
ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA PROFESIONAL	26
META DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA	27
PARADIGMAS DE ENFERMERÍA	28
TEORIA DE ENFERMERÍA VIRGINIA HENDERSON	29
REHABILITACIÓN DEL PACIENTE POST-INFARTADO (PLACE)	33
CONCLUSIONES	47
GLOSARIO DE TERMINOS	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50

INTRODUCCION

La organización mundial de la salud definió por primera vez a la rehabilitación cardiaca en una reunión en Ginebra en 1968, como el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los pacientes cardiopatas una condición física, mental y social óptimas para que por sus propios medios logren ocupar nuevamente un lugar tan normal como les sea posible en la comunidad y les conduzca a una vida activa y productiva.¹ En esta definición van implícitas las medidas de prevención secundaria para la modificación de factores de riesgo. A partir de entonces se crearon centros y clínicas de rehabilitación cardiaca inicialmente en Europa y posteriormente en Canadá y los Estados Unidos² más tarde la rehabilitación cardiaca llega a los países hispanohablantes. A través del tiempo la rehabilitación cardiaca ha ido adoptando nuevos modelos y mejorando sus métodos para la atención de pacientes portadores de cardiopatías adquiridas, especialmente aquellos con enfermedad coronaria e insuficiencia cardiaca congestiva. Estos métodos incluyen el entrenamiento físico supervisado, la modificación de factores de riesgo, apoyo psicológico y orientación para la reincorporación socio laboral. El entrenamiento físico promueve una serie de adaptaciones a nivel fisiológico y bioquímico en el organismo que conlleva a la disminución del trabajo cardiaco y los requerimientos de oxígeno por parte del miocardio.³ Estas adaptaciones, conjuntamente con las acciones tomadas para la modificación de factores de riesgo, han mostrado tener un efecto benéfico significativo en la disminución de la morbilidad y mortalidad de los pacientes coronarios.^{4,5} Como programa multifactorial, la rehabilitación cardiaca demanda la intervención de distintos profesionales en el área de la salud asegurando la atención integral del paciente, entendiéndose por esta última a la atención del individuo en donde se toma en cuenta su enfermedad y todas las circunstancias inherentes a él: familiares, económicas, laborales, sociales y psicológicas. Entre los profesionales de la salud involucrados en estos programas se incluye a cardiólogos, enfermeras, nutriólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales y psicólogos. El papel de enfermería dentro de los programas de rehabilitación cardiaca es muy valioso ya que interviene en la valoración, estratificación de riesgo, entrenamiento y vigilancia del paciente, así como en la educación de los pacientes para la modificación de riesgo y del autocuidado de la

salud. Enfermería tiene la capacidad para coordinar centros de rehabilitación cardiaca, formar nuevos profesionales de enfermería y generar investigación en esta área de la cardiología. La actuación de enfermería dentro de los programas de rehabilitación cardiaca ha sido cambiante a través de los tiempos y se ve influenciada en muchas ocasiones, por las políticas existentes en cada centro o clínica de rehabilitación. En algunos centros las actividades de enfermería se limitan a la toma de signos vitales y valoración del paciente antes y después del entrenamiento físico y/o a las actividades de educación para la salud. En otros casos el personal de enfermería desarrolla actividades que incluyen su participación en la realización de estudios para la estratificación de riesgo, la planeación y dosificación de ejercicio, valoración del paciente durante las sesiones de entrenamiento y el desarrollo de programas educativos para la modificación de factores de riesgo y orientación socio laboral; tal es el caso de varios centros en Italia, Estados Unidos, Canadá y en México, en el Instituto Nacional de Cardiología donde enfermería ha desarrollado un trabajo muy significativo desde 1994. A pesar de lo anterior, la rehabilitación cardiaca aún representa un campo poco conocido y por consiguiente poco explotado por enfermería. Es importante reconocer que estos programas ofrecen amplias posibilidades de desarrollo en las distintas áreas de la profesión: asistencial, docente, de investigación, administrativa y humanística. El presente artículo expone el perfil de enfermería en rehabilitación cardiaca, las funciones que se pueden desempeñar dentro de estos programas y la capacidad de desarrollo que el profesional de enfermería tiene en cada una de sus áreas dentro de esta importante especialidad cardiológica.

- 1.- World Health Organization: Technical Report Series 270. (1964). Rehabilitation of patients with cardiovascular disease. Report of a WHO Expert Committee. Genoa.
- 2.- Velasco J. (1991). Perspectiva actual de la rehabilitación cardiaca. En: Monocardio. Monografías Cardiovasculares. 28. Madrid, Sociedad Castellana de Cardiología.
- 3.- Velasco J, Maureira J. (1993). Rehabilitación del paciente Cardíaco. Ediciones Doyma. Barcelona, España.
- 4.- Oldrige NB, Guyatt GH, Fisher ME, Rimm AA. (1988) Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials. JAMA. 260: 945-950.
- 5.- O Connor GT, Burning JE, Yusuf S et al. (1989) An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. Circulation. 80: 234-244.

OBJETIVO GENERAL

Limitar riesgos y daños cardiovasculares en pacientes postinfartados a través de un programa de rehabilitación cardíaca bajo la supervisión del personal de enfermería, promoviendo hábitos saludables dirigidos al autocuidado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estimular al paciente postinfartado a integrarse a un programa de rehabilitación cardíaca.
- Educar al paciente sobre el tipo de ejercicios que puede realizar, enfatizando en la intensidad y duración.

MARCO TEORICO

La insuficiencia cardiaca es un síndrome clínico que se caracteriza por la incapacidad del corazón para suministrar un volumen de sangre adecuado que supla los requerimientos metabólicos del organismo, sin que se eleven sus presiones de llenado. Puede ser causada por anomalías primarias cardiacas o ser el resultado de alteraciones extra-miocárdicas. Usualmente, los pacientes con falla cardiaca tienen capacidad limitada para el ejercicio debido a síntomas como fatiga y disnea generada por bajo gasto cardiaco y disminución del flujo sanguíneo al músculo esquelético. A pesar de estos cambios, el impacto negativo en la calidad de vida y la mortalidad continúa siendo considerablemente alto, y de ahí la importancia de los programas de rehabilitación cardiaca para modificar la enfermedad.^{6, 7}

La rehabilitación cardiaca hace referencia a la coordinación e intervención multifacética designada a optimizar la función física, social y psicológica del paciente cardiaco, en suma a la estabilización, disminución, o incluso reversión de la progresión del proceso de enfermedad aterosclerótica, reduciendo la morbilidad y mortalidad.⁸

6.- Jessup M, Brozena S. (2003); Heart failure. N Engl J Med 348 (20): 2007-18.

7.- Schrier RW, Abraham WT. (1999). Hormones and hemodynamics in heart failure. N Engl J Med 341 (8): (577-85).

8.- Leon AS, Franklin BA, Costa F, Balady GJ, Berra KA, et al. (2005). AHA Scientific Statement Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. An American Heart Association Scientific Statement From the Council Clinical Cardiology and Council on Nutrition, physical activity and Metabolism, in Collaboration With the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Circulation 111: (369-376).

EPIDEMIOLOGÍA

El envejecimiento de la población y el aumento de la sobrevivencia de los pacientes con patología cardíaca por medio de las innovaciones terapéuticas, han llevado a un incremento en la incidencia de la insuficiencia cardíaca. A pesar de los adelantos en el tratamiento la tasa de mortalidad de estos pacientes permanece inaceptablemente alta. En Estados Unidos, aproximadamente 5 millones de pacientes tienen falla cardíaca, y más de 550.000 son diagnosticados por primera vez cada año. En México las causas de defunción por enfermedades isquémicas del corazón se reportaron en el año 2013, 77284.⁹

Los programas de rehabilitación cardíaca mejoran desenlaces como muerte y recurrencia de infarto en pacientes con falla cardíaca de origen isquémico. Esto se ha demostrado en meta-análisis en pacientes con enfermedad coronaria (la mayoría post-infarto agudo de miocardio).

Prevalencia

A pesar de las diferencias entre los estudios todo indica que la prevalencia de la falla cardíaca y la disfunción ventricular izquierda aumentan en 6% a 10% por año a medida que avanza la edad; en afroamericanos ésta es 25% mayor que en caucásicos.

En el estudio Framingham se encontró una prevalencia en hombres de 8 por 1.000 a una edad de 50 a 59 años, aumentando a 66 por 1.000 a la edad de 80 a 89 años; en mujeres se hallaron valores similares (8 y 79 por 1.000).

La falla cardíaca puede ocurrir con fracción de eyección ventricular normal y sin alteraciones valvulares en el ecocardiograma hasta en una tercera parte de los pacientes, lo que se conoce como «disfunción diastólica». La prevalencia de falla cardíaca por esta disfunción es variable en diferentes estudios, lo cual puede obedecer al uso de diferentes criterios para su definición.^{10, 11}

9.-Inegi,(2013).Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, En <http://www.3.inegi.org.mx>

10. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. (2005).Meta analysis secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. Ann Intern Med143: 659.

11. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, et al. (2004); Exercise based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta analysis of randomized controlled trials. Am J Med116: 682

Incidencia

En el estudio Framingham la incidencia se dobló en cada década de la vida, aumentando menos rápido en mujeres que en hombres. La incidencia anual en hombres fue de 2 por 1.000 a la edad de 35 a 64 años, y se aproxima a 10 por 1.000 habitantes después de los 65 años.^{12, 13}

Mortalidad

Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de morbilidad y mortalidad. El 25% de los fallecimientos por debajo de los 60 años de edad está relacionado con las enfermedades crónicas no transmisibles. Estos padecimientos son más frecuentes en países en vías de desarrollo; los cambios en los hábitos alimenticios con altos contenidos en grasas saturadas y grasas trans, así como el incremento del consumo de sodio, tabaco, alcohol y sedentarismo; incrementan el riesgo cardiovascular no sólo en la población adulta, sino también en los adolescentes y niños. El análisis realizado por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en el período comprendido de 2010 al año 2012 revela que el porcentaje de defunciones por enfermedad coronaria fue de 55% para los hombres y de 45% de las mujeres; el síndrome coronario agudo fue el responsable del 83.5 y 76.8% de las defunciones en hombres y mujeres, respectivamente. Por lo que las estrategias de prevención primaria destinadas a la población en general y de manera especial en el adulto joven son un elemento indispensable para la disminución de las enfermedades crónicas no transmisibles y su impacto en la salud pública.¹⁴

12.- Sharon AH, Chair, WT, Marshall AH, Chin, et al. (2005); ACC/AHA Guidelines Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. Summary Article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (Writing Committee to Update the 2001 guidelines for the evaluation and management of heart failure) developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation endorsed by the Heart Rhythm Society. *Circulation* 112: 1-28.

13.-Kokkinos PF, Choucair W, Graves P, et al. (2000); Chronic heart failure and exercise. *Am Heart J*140: 21.

14.-Scielo, (2010-2012). Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. En <http://www.scielo.org.mx/org.mx>

MIOCARDIOPATÍA ISQUÉMICA

La aterosclerosis coronaria es la causa más común de miocardiopatía en los Estados Unidos; se presenta en 50% a 75% de los pacientes con falla cardiaca y usualmente está relacionada con infarto del miocardio y remodelamiento ventricular. Ocurre por pérdida de unidades de miocardio contráctil y fibrosis, lo que disminuye su función cardiaca y genera falla cardiaca sistólica.

La importancia de determinar si la causa de la miocardiopatía es la enfermedad coronaria radica en un peor pronóstico y se relaciona con la severidad documentada en la angiografía.^{15,16}

Presentación clínica de falla cardiaca

El síndrome clínico de falla cardiaca resulta de disfunción del pericardio, el miocardio, el endocardio o los grandes vasos, pero en la mayoría de los casos los síntomas obedecen a disfunción del ventrículo izquierdo.

Para la evaluación inicial del paciente se cuantifica el grado de limitación funcional generado por la falla cardiaca. Para ello se usa la escala de la New York Heart Association, por medio de la cual se clasifica a los pacientes de I a IV de acuerdo con el esfuerzo necesario para desencadenar síntomas como disnea, palpitaciones o angina. Esta clasificación establece la severidad de la enfermedad, orienta el tratamiento y es un marcador pronóstico.¹⁶

15.- Felker GM, Shaw, Lk, O'Connor, CM (2002). A standardized definition of ischemic cardiomyopathy for use in clinical research. J. Am Coll Cardiol39: 210.

16. Gheorghiade M, Bonow RO. (1998); Chronic heart failure in the United States: a manifestation of coronary artery disease. Circulation 97: 282-9.

Progresión de la falla cardiaca

Es importante tener en cuenta que esta enfermedad evoluciona en el tiempo. La disfunción del ventrículo izquierdo comienza con alguna lesión o estrés del miocardio y generalmente es un proceso progresivo. La principal manifestación de esta progresión es el cambio en la geometría del ventrículo izquierdo así como la dilatación y la hipertrofia, y finalmente el remodelamiento miocárdico. El cambio de tamaño de las cámaras no sólo aumenta el estrés hemodinámico de las paredes del ventrículo en la fase de llenado sino que además deprime su adaptabilidad mecánica e incrementa la magnitud del flujo regurgitante a través de la válvula mitral.

Estos efectos permanentes exacerban el proceso de remodelamiento y generalmente preceden el desarrollo de los síntomas, meses e incluso años atrás; continúa después de la aparición de los síntomas y contribuye a su empeoramiento a pesar del tratamiento.

La progresión de la falla cardiaca se clasifica en cuatro estadios:

A: Pacientes con alto riesgo por la presencia de condiciones que están fuertemente relacionadas con el desarrollo de falla cardiaca en ausencia de anomalía estructural o funcional del pericardio, miocardio o válvulas cardiacas sin signos ni síntomas de falla cardiaca.

B: Enfermedad estructural cardiaca fuertemente relacionada con el desarrollo de falla cardiaca pero que no evidencia síntomas ni signos.

C: síntomas previos o actuales de falla cardiaca asociada a enfermedad estructural cardiaca.

D: enfermedad estructural cardiaca y síntomas marcados de falla cardiaca de reposo a pesar de un óptimo tratamiento médico y que requieren intervención especializada. Esta clasificación permite ofrecer tratamientos específicos para cada etapa de la enfermedad y disminuir de esta forma la morbilidad y mortalidad de la falla cardiaca.¹⁷

17.- Sharon AH, op.cit, p. 1-28.

Tratamiento

Éste se establece con base en el estadio de la falla cardiaca. En estadio A, la conducta consiste en controlar factores de riesgo tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, entre otros, y así prevenir el remodelamiento miocárdico. Se ha demostrado que el tratamiento de la hipertensión reduce la ocurrencia de hipertrofia ventricular izquierda y mortalidad cardiovascular, y disminuye la incidencia de falla cardiaca en 30% a 50%.^{18, 19, 20} Para los pacientes en estadio B, C o D la meta es mejorar la sobrevida, retardar la progresión de la enfermedad, mejorar los síntomas y minimizar los factores de riesgo. La modificación del estilo de vida también es útil para controlar los síntomas de falla cardiaca (dieta hiposódica con restricción de líquidos, adherencia a la medicación, monitoreo del peso y suspensión del alcoholismo y tabaquismo).²¹

18.- Leon AS, op. cit,p. 369-376.

19.- American heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics: 2005 update. Dallas, Tex: American Heart Association.

20.- Lenz T, Lenz N, Faulkner M. (2004) Potential interactions between exercise and drug therapy. Sports Med; 34: 293-306.

21.-Revue Internationale de Pedagogie, v.6, Kluwer Academic Publishers, 1960

Rehabilitación en falla cardiaca

Gracias al conocimiento que han arrojado los últimos estudios acerca de la fisiopatología de la falla cardiaca, se han logrado entender con más claridad muchos de los mecanismos en los cuales el ejercicio y otras intervenciones de rehabilitación ejercen influencia en esta patología.

Los beneficios de la rehabilitación cardiaca en la capacidad física y la tolerancia al esfuerzo, han sido estimados por la duración del esfuerzo o bien por el pico de VO₂.

22

Se estima que el entrenamiento físico permite prever una mejoría entre 17% y 30% del tiempo de ejercicio y del pico de VO₂. El rendimiento submáximo (que condiciona las actividades cotidianas) mejora en parte la disminución de los síntomas con beneficio en la clase funcional y mejoría de la calidad de vida.²³

Rehabilitación cardiaca en falla cardiaca de origen isquémico

El objetivo de la terapia de rehabilitación es prevenir la incapacidad resultante de la enfermedad coronaria, principalmente en pacientes ancianos y aquellos con ocupaciones que involucren ejercicio físico, e igualmente eventos coronarios, hospitalizaciones y muertes de origen cardiaco a través de un programa prescrito de ejercicio e intervenciones para modificar factores de riesgo coronario. Al año, la sobrevivida libre de eventos cardiacos (muerte cardiaca, paro cardiaco, infarto agudo al miocardio, EVC, revascularización u hospitalización por empeoramiento de angina), fue significativamente mayor con el ejercicio (88% vs. 70%).²⁴

22.- Oldrige NB, op. cit, p. 945-950.

23.-Iliou MC. (2005).Beneficios del ejercicio físico en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. Cardiología del ejercicio. Cap. 11. Editorial Científica Universitaria: Catamarca, República Argentina; (243-261).

24.- Lenz T,op.cit, p. 293-306.

El ejercicio posterior a un infarto agudo al miocardio puede mejorar la función ventricular izquierda y atenuar el remodelamiento miocárdico.

Los programas de rehabilitación cardíaca que combinan el ejercicio con la educación sobre los factores de riesgo, deberían beneficiar en la prevención secundaria de la enfermedad coronaria.

En otro meta-análisis el ejercicio durante la rehabilitación cardíaca (con o sin educación de factores de riesgo) evidencia una reducción de los niveles de colesterol total (14,3 mg/dL), triglicéridos (20,4 mg/ dL), presión sanguínea sistólica (3,2 mm Hg) y cese del tabaquismo (OR 0,64). Sin embargo, no se encontró una diferencia significativa en los niveles de colesterol LDL y HDL.

Intervención psicosocial como parte de la rehabilitación cardíaca

En el ensayo ENRICHD en intervenciones psicosociales en 2.481 pacientes que sufrieron infarto agudo de miocardio, quienes recibieron la intervención tenían menores niveles de depresión y mejor soporte social percibido, sin que se diera una reducción en la mortalidad (24% en ambos grupos en un seguimiento a 29 meses).²⁵

En un ensayo clínico aleatorizado de 134 individuos con enfermedad cardíaca isquémica estable (57% con un previo infarto agudo de miocardio) e isquemia inducida por ejercicio, los pacientes fueron asignados a solo cuidado médico usual, con ejercicio por treinta minutos tres veces por semana o con 1,5 horas de manejo de estrés durante dieciséis semanas. En comparación con el cuidado usual, el manejo del estrés y la práctica de ejercicio se asociaron con una reducción significativa en los síntomas depresivos (sin diferencia entre los grupos en medidas de hostilidad y ansiedad), y con una mejoría significativa en los marcadores de riesgo cardiovascular.²⁶

25.-Méndez de LeónCF. (2006). El efecto de unaintervención psicosocial y calidad de vida después de un IMA.En revista Journal of cardiopulmonary rehabilitación.Consultado el 04 de septiembre del 2015. Disponible en <http://www.epistemonikos.or/es/>

26.-Eduardo Lazcano. (2004). Ensayos clínicos aleatorios. En revista médica,6, pp.559.

Mecanismos de beneficio de la rehabilitación cardiaca

Numerosos factores pueden contribuir al beneficio del ejercicio como parte de la rehabilitación. Estos incluyen mejoría en el perfil lipídico, reducción de la presión sanguínea, tratamiento y prevención de la diabetes mellitus tipo 2.

Pronostico

La capacidad de ejercicio medida en MET en pacientes con enfermedad cardiovascular y en personas sanas, se considera un factor de buen pronóstico. Se ha documentado que el riesgo de muerte en un sujeto con menos de 5 MET es el doble comparado con aquel que logra más de 8. Los siguientes son aspectos que predicen sobrevida en los pacientes con falla cardiaca: - Clase funcional NYHA 21 (método para la clasificación funcional de pacientes con insuficiencia cardíaca), ya que se ha encontrado diferente mortalidad de acuerdo con esta clasificación; para la clase I la mortalidad a uno y cuatro años es de 5% y 19% respectivamente, para las clases II y III es de 5% y 40% y para la clase IV es de 44% a los seis meses y de 64% a los doce.

Otras causas son infección, principalmente de origen pulmonar, arritmias (dentro de estas la más frecuente es la fibrilación auricular), Los programas de falla cardiaca han mostrado mejorar la calidad de vida y disminuir el número de hospitalizaciones, incluso en pacientes con clase funcional III y IV admitidos para trasplante; sin embargo, no hay cambios en todas las causas de mortalidad.²⁶

26.-McIister, FA, Lawson, FM, Teo, KK, Armstrong, PW. Am J Med (2001). A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. 110. (378-84).

Prevención

Requiere detección temprana y tratamiento de las condiciones que predisponen en los pacientes de alto riesgo, antes de desarrollar los síntomas de falla cardíaca.

La meta es disminuir los factores de riesgo y realizar tamizaje para falla cardíaca en los pacientes de alto riesgo. El ecocardiograma es el método básico para este tamizaje y debería hacerse en forma periódica a los pacientes con comorbilidad que predisponga al desarrollo de la enfermedad. Otras medidas para la identificación de pacientes consisten en la realización de un electrocardiograma en busca de signos de hipertrofia ventricular izquierda, la toma de la frecuencia cardíaca en reposo, la determinación de la tensión arterial, el control del peso, la medición de la capacidad vital, la determinación de la presencia de soplos cardíacos y el control de la aparición de enfermedad coronaria y diabetes.²⁷

La dieta sana, la actividad física regular y el abandono sobre el uso de tabaco son fundamentales.

Consuma una dieta sana. Una dieta equilibrada es fundamental para la salud del corazón y del sistema vascular. Se recomienda consumir abundantes frutas y verduras, cereales integrales, carnes magras, pescado y legumbres, y poca sal y azúcar.

Haga ejercicio regularmente. Al menos 30 minutos diarios de actividad física ayudan a mantener el sistema cardiovascular en forma. Al menos 60 minutos casi todos los días ayudan a mantener un peso normal.

Evite el consumo de tabaco. El tabaco daña gravemente la salud, independientemente de cómo se consuma (cigarrillos, cigarros, pipa o tabaco para mascar). La exposición pasiva al humo del tabaco también es peligrosa. Lo bueno es que el riesgo de infarto de miocardio y AVC empieza a disminuir inmediatamente después de dejar de consumir productos del tabaco y se puede reducir a la mitad en tan sólo un año.

27.- Sharon AH," Diagnosis...", p. 112: 1-28.

Verifique y controle su riesgo cardiovascular

- **Mídase la tensión arterial:** La hipertensión suele ser asintomática, pero puede causar infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares. Mídase la tensión arterial.
- **Mídase el azúcar en la sangre:** El exceso de azúcar en la sangre (diabetes) aumenta el riesgo de infarto de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Si padece diabetes, para reducir dicho riesgo es muy importante que se controle la tensión arterial y el azúcar en la sangre.
- **Mídase los lípidos en la sangre:** El aumento del colesterol en la sangre incrementa el riesgo de infarto de miocardio y accidentes cerebrovasculares. El control del colesterol en la sangre requiere una dieta saludable y, si fuera necesario, medicamentos apropiados.²⁸

28.- OMS. (2012). Evite los infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. pp.11-14

ANTECEDENTES

Los pacientes con falla cardiaca presentan disfunción ventricular crónica, lo cual origina una respuesta inflamatoria y neuroendocrina, acompañada de síntomas como fatiga, disnea y edema. La respuesta neuroendocrina es deletérea a largo plazo y termina por deteriorar aún más la función ventricular, la capacidad funcional y la calidad de vida de quienes la padecen ²⁹

La falla cardiaca es el estadio final de la mayoría de las enfermedades cardiovasculares y una de las principales causas de muerte en el mundo. Es además, un problema de salud pública frecuente en los países desarrollados; en la actualidad está en aumento en Colombia y los demás países latinoamericanos, debido a la mayor prevalencia de los factores de riesgo, al aumento de las enfermedades cardiovasculares, al envejecimiento de las poblaciones y a los avances tecnológicos, que han permitido un incremento en la expectativa de vida (3, 4). Se estima que 23 millones de personas en todo el mundo tienen falla cardiaca; la prevalencia más alta se encuentra en los individuos mayores de 65 años, que oscila entre 6% y 10%. En Estados Unidos los pacientes con falla cardiaca generan entre 12 y 15 millones de consultas y 3,6 millones de hospitalizaciones cada año. Así mismo, los costos directos e indirectos relacionados con la atención de los pacientes se aproximan a 55 billones de dólares anuales. ²⁸

En los pacientes con falla cardiaca, el entrenamiento con ejercicio aumenta el consumo de oxígeno máximo (VO₂) y la capacidad física, mejora la calidad de vida y su pronóstico, produce adaptaciones en la estructura y función del músculo esquelético, el flujo sanguíneo periférico y la función endotelial, incrementa el tono vagal, y disminuye el tono simpático y el riesgo de arritmias. Sin embargo, la mayoría de los hallazgos que respaldan el efecto del ejercicio en los pacientes con falla cardiaca, se demostraron a partir de estudios realizados en los Estados Unidos y Europa. ³⁰

29.-Jessup M, op. cit, p. 18.

30.- Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ. BMJ (004). Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). 328 (7433): 189

En este proceso también intervienen las repercusiones sociales y personales como componentes del tratamiento a través de los programas de rehabilitación cardiaca, los cuales están conformados por entrenamiento físico, educación de los pacientes y sus familiares a fin de lograr la adherencia de la terapia farmacológica, prevención secundaria y ayudas psico-sociales, y han mostrado mejoría en el pronóstico de la falla cardiaca de origen isquémico. En diferentes estudios se ha evidenciado que el entrenamiento físico, en conjunto con el tratamiento farmacológico reducen la mortalidad hasta en 25%.³¹

Con base en diferencias culturales y epidemiológicas, no se tiene certeza de que en esta población dichos programas de rehabilitación cardiaca se cumplan en igual proporción en los pacientes con falla cardiaca de origen isquémico. Así mismo, dada la gran cantidad de pacientes que se incluyen en los programas de rehabilitación cardiaca con esta patología, es importante identificar las variables que se modifican durante estos programas en nuestra población; esto es: factores de riesgo, adherencia al tratamiento farmacológico e impacto en la calidad de vida o tolerancia al ejercicio. Todo este conocimiento permitirá continuar, cambiar o mejorar las estrategias actuales de promoción, prevención y tratamiento para falla cardiaca de origen isquémico.

La palabra Calistenia, tiene una raíz etimológica del “griego antiguo “Kallisthenés” que significa lleno de vigor, siendo ésta, parte de la cultura general del pueblo”, probablemente, como otras actividades, pasó de los griegos a los latinos.

“La calistenia en los tiempos modernos data de 1785 cuando el profesor de gimnasia Christian Carl André, la puso en práctica en la escuela de Salzman cuando el clima no permitía la realización de ejercicios al aire libre”.

31.- Schrier RW, op. cit, p. 85.

En 1829 Clias, a partir de su publicación del libro “Kallistenie”, establece una diferencia de términos entre Gimnasia y Calistenia, “siendo en realidad la Calistenia una nueva escuela gimnástica en la que se eliminaban los aparatos y se adaptaba el ritmo” (Alberto F., 1973), que era diferente a como hoy se entiende, centrándose en ejercicios con autocargas y variación de amplitudes que pretendían conseguir un desarrollo integral del cuerpo, por medio de entrenamiento mediante ejercicios excéntricos, concéntricos e isométricos de fuerza potencia y fuerza resistencia. Destacándose como una disciplina con una función anatómica, funcional, cognoscitiva y pedagógica, cuyos pilares básicos son el cuerpo y el movimiento.

A lo largo de la historia, la Calistenia ha tenido y tiene una gran repercusión como método de preparación física y mental, teniendo como referencia destacable el entrenamiento de los soldados americanos, cuyo origen data de la entrada de esta nueva forma de entrenamiento en EE.UU. a la que Lewis definió “la nueva gimnasia”.

TEORIAS

TEORIA DEL DEPORTE

Comenzando vemos los planteamientos de Popplow (1960) quien nos indica que el origen de la actividad deportiva, aunque de forma incipiente, se sitúa en el período Paleolítico medio (33.000 a.c), desarrollada principalmente por las danzas rituales, las cazas organizadas y primeros juegos de caza como iniciación a niveles de adultez por parte de los integrantes de las distintas colonias de hombres y mujeres. Popplow, cree que el ejercicio físico tenía un sentido netamente espiritual que le permitía al hombre acercarse a la unidad vital con sus dioses y la naturaleza. Principalmente la danza poseía características que apoyan esta teoría fundamentalmente porque integra una actividad física que prepara para la lucha y la caza, exalta al cazador y cohesiona al grupo en una actividad común. El autor, hace mención directa al tipo de ejercicio que se realizaba inicialmente, el cual era el lanzamiento de la jabalina como arma de caza, este asociado a la repetición y simulación de caza hacía efectiva su realización y concreción para la obtención de alimento para la comunidad. Con el paso de las épocas y el perfeccionamiento de las armas, se ve que existen progresiones también en las danzas rituales previas, las cuales no solamente servían para la exaltación de los dioses en la búsqueda del éxito y protección de la caza; sino que además incorpora elementos físicos (movimientos) que representan una mecánica del gesto técnico en el uso del arma y permiten un perfeccionamiento del mismo. (16).

En otro punto de vista, Diem (1978) nos plantea que el origen de la actividad deportiva es netamente cultural, esto asociado a las representaciones de actividades realizadas por los antepasados muertos; es decir el nacimiento del deporte es por evocación de lo realizado por los muertos, en forma de exaltación de virtudes y dedicado a ellos. El teórico, hace mención expresa de ello al hacer un acucioso análisis de la Ilíada de Homero, el cual en uno de sus cantos se describe un rito funerario vinculado directamente a actividades deportivas para la exaltación de las virtudes del difunto. Respecto a las acciones deportivas que supone Diem, él tiene la creencia de que en los orígenes del hombre se danzaba alrededor del difunto para absorber su energía

vital, para asegurar el eterno descanso y a la vez aprovechar esa energía en cuerpos carentes de ella aportando vitalidad a los más jóvenes. Eppensteiner (1964), en cambio no busca ciertamente el origen del deporte, sino que promociona las modalidades de la actividad deportiva en su inicio, buscando con ello dar respuesta a las formas y avances del deporte a través de las épocas.³²

El autor destaca dos tipos de deporte: el originario, el cual inicia como una actividad natural y normal del desarrollo humano, es búsqueda del cultivo del cuerpo; y el cultural, que denota un fenómeno cultural del desarrollo de los pueblos. Hablando del tipo originario, tenemos que reseñar que sería una serie de instintos confluidos con las necesidades biológicas de desarrollo humano, argumentando la tendencia natural de moverse como actividad placentera; y a su vez la necesidad de expresión respecto al acto lúdico que instintivamente se ve desarrollado en el hombre, el cual al darle un sentido y organización se traduce en una actividad deportiva que simula diversas acciones de competición, como por ejemplo la cacería. Respecto al tipo cultural, el autor nos hace mención que para efectos de cohesión y consolidación de las comunidades se efectúan diversos juegos, los cuales a medida que las comunidades van progresando van abriendo nuevas alternativas de medirse con otras cercanas, provocando una interacción que podríamos llamar “cultura deportiva”.³³

32.- L. Diem, (1978). Deporte desde la infancia, Valladolid, [España] : Editorial Minón,

33.-Der Sport, F. Eppensteiner, München, (1964). Basel: E. Reinhardt

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Enfermería se ha descrito en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas (subordinadas a la medicina); Como un servicio humano amplio, compasivo y de apoyo; como una vocación aprendida; y más recientemente como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano. La conceptualización incluye el entendimiento de aquellos factores biológicos, del comportamiento, social y cultural que tienen influencia en la salud y en la enfermedad, incluyendo las definiciones de indicadores y resultados de salud. Estas características se reflejan en los temas manejados por Donalson y Crowley (1978); 1. Los principios y leyes que gobiernan los procesos vitales, el bienestar y funcionamiento óptimo de los seres humanos; 2. Los patrones del comportamiento humano en interacción con el ambiente o contexto en situaciones normales o críticas de la vida; y 3. Los procesos a través de los cuales se suceden cambios en la vida de los seres humanos y que afectan el estado de salud.

Se reconoce que enfermería es una *DISCIPLINA PROFESIONAL*; Un campo científico de aplicación porque su desarrollo disciplinar se basa en conocimientos propios particulares y en otros derivados de las ciencias naturales, sociales y de las humanidades. . (Jonson, 195; Leininger, 1968; Dickoff y James, 1968; Donaldson & Crowley, 1979; Rogers, 1971; Bilitsky, 1981; Fawcett, 1984; Woods & Catansaro, 1988)

Pero no por el hecho de existir consenso en esta definición, se asegura el crecimiento y el avance de enfermería y se logra su cometido social. Es necesario hacer esfuerzos para aclarar con mayor preescisión las metas de la profesión y para ver con claridad el imperativo académico del desarrollo de la ciencia de enfermería.

ENFERMERÍA: DISCIPLINA PROFESIONAL

Desde hace más o menos cinco décadas se discute y trabaja afanosamente en la clarificación y establecimiento de la naturaleza de enfermería. A través de este trabajo se ha sostenido que enfermería es una disciplina profesional constituida esencialmente por dos partes; Un componente disciplinar y un componente profesional. La cuestión de la existencia de un cuerpo sustantivo de conocimientos de enfermería generó y aún genera airados argumentos entre académicos en general, de otras áreas de la salud, y dentro de las mismas enfermeras. Pero se requiere hacer claridad sobre ello ya que es un hecho de significado para el desarrollo futuro de enfermería. Sin duda, es imposible pensar que una profesión exista y se desarrolle sin hacer explícitas las bases teóricas de su práctica, de tal manera que el conocimiento pueda ser comunicado, probado y expandido.

Enfermería es a la vez una disciplina y una profesión; como profesión toma parte en los esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad de la vida al tratar de resolver los problemas que se interponen o influyen en su logro. La profesión de enfermería se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. Como disciplina es un terreno del conocimiento, un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia; el cuidado y la salud. La disciplina de enfermería ha surgido desde la perspectiva que enfatiza el manejo del cuidado de la salud de los seres humanos de una forma unitaria y procesual, enfocándolo desde el espectro de las respuestas humanas hacia los problemas reales o potenciales de salud. (Donalson y Crowley, 1978; Newman, 1983; American Nurses Asociación, 1985; Woods y Catanzaro, 1988; Rogers, 1994; ANEC, 1996)³⁴

34 Johonson , DE. (1959) The nature of a science in nursing. Nursing Outlook 7, 5, 29; 1-294

META DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

La meta fue definida claramente por Nightingale quien mantuvo unidos los conceptos de ciencia y arte: Esta interpretación fue cambiando hasta llegar a extremos ñeque se negó totalmente la posibilidad de contemplar el arte como componente esencial de enfermería.

Según Jonson (1959) la enfermera como cualquier disciplina de la salud, dirige sus esfuerzos primariamente al cuidado de la salud de individuos y grupos de individuos, así lo asegura la meta profesional (social) de enfermería. A través del servicio de cuidado, se puede lograr la meta y compartirla con las otras profesiones de la salud.. El cuidado de enfermería es, entre todos los componentes de la práctica, el medio a través del cual se logra la meta específica del profesional. El cuidado de salud que se brinda a individuos o grupos y familias en condiciones de bienestar enfermedad o riesgo, tiene como función básica la promoción y mantenimiento de la situación de salud.

Aun siendo una meta tan amplia y general, en ella se puede enmarcar algunas propuestas de trabajo para el desarrollo de la ciencia de enfermería y apoyo para la práctica en áreas como:

1. Adaptación de los clientes (individuos, familias y grupos) al bienestar y a la enfermedad, incluyendo los medios efectivos o inefectivos utilizados para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la dishabilidad y para asegurar la recuperación de las enfermedades y la rehabilitación hasta el funcionamiento óptimo.
2. Aspectos biológicos, psicosociales, culturales y ambientales que afectan el desarrollo y mantenimiento de la salud y bienestar de los seres humanos; y como se desarrollan los estados de enfermedad.
3. Intervenciones físicas e interpersonales para asistir a los clientes y reducir las consecuencias adversas de la enfermedad. Manejo enfermedades. Promoción de la salud y el bienestar de comportamientos relativos a la salud.³⁵

35.-Durán de Villalobos. "Disciplina de enfermería". Desarrollo teórico e investigativo. Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia Bogotá. Pp 15-59

PARADIGMAS EN ENFERMERÍA

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y práctica. Han hecho el esfuerzo por buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidados al lado de las personas provenientes de diversos lugares. Estas enfermeras, a menudo llamadas enfermeras teorizadoras y metateóricas, han querido delimitar el campo de la disciplina enfermera.

Mientras que disciplinas como la física, la fisiología, la psicología y la historia son llamadas teóricas, otras como el derecho, la medicina y la ciencia enfermera, son disciplinas profesionales es decir, que están ante todo orientadas hacia una táctica profesional (Donaldson & Crowley, 1978). Según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett (1984) ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido como Flaskerud y Hilloran (1980), que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos, a menudo de la manera explícita y a veces de manera implícita. Desde 1859 estos cuatro conceptos están presentes en los escritos de Nightingale (1969). Es precisamente gracias a la manera particular con las que la enfermeras abordan la relación entre cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.

Además, es difícil, casi imposible, hablar de la disciplina enfermera sin tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución, esta óptica, parece oportuno situarlas grandes corrientes del pensamiento que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina enfermera.

Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas paradigmas, principalmente por el filósofo Kuhn (1970) y el físico Capra (1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental, o paradigmas que han influenciado todas las disciplinas.³⁶

TEORÍA DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Con la finalidad de sustentar científicamente el cuidado enfermero, es necesario mencionar los aspectos más importantes de la teoría de Virginia Henderson así como también destacar una breve información de esta importante teórica de enfermería.

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: “ La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”

Los elementos más importantes de su teoría son:

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud. Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”. Esferas en las que se desarrollan los cuidados. Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

36.-Kérouac, Suzanne. Et. Al. “grandes corrientes del pensamiento” Capítulo 1. El pensamiento enfermero. Edit. Masson. Barcelona España. Pp 1-21 (1996).

Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

- 1.- Respirar con normalidad.
- 2.- Comer y beber adecuadamente.
- 3.- Eliminar los desechos del organismo.

- 4.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5.- Descansar y dormir.
- 6.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7.- Mantener la temperatura corporal.
- 8.- Mantener la higiene corporal.
- 9.- Evitar los peligros del entorno.
- 10.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12.- Trabajar de forma que pueda sentirse realizado.
- 13.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando esta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (Independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo que surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas, Estas situaciones de dependencia pueden aparecer de tipo físico, psicológico o relacionado a una falta de conocimientos que Virginia Henderson en su teoría describe.

Según los principios de Henderson, donde menciona que las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y que existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Sin embargo, dichas necesidades se modifican a razón de dos tipos de factores:

PERMANENTES: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, y capacidad física.

VARIABLES: Estados patológicos.

- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera – paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Persona: Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal / física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno: Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Salud: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería. Equipara la salud con independencia.³⁷

37.- Fernández Ferris Carmen, Novel M. Gloria. El proceso de atención de enfermería. Estudio de cas



Plan de Cuidados de Enfermería.

REHABILITACIÓN DEL PACIENTE POST-INFARTADO

DIRIGIDO AL AUTOCUIDADO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Justificación

La insuficiencia cardíaca es un síndrome clínico que se caracteriza por la incapacidad del corazón para suministrar un volumen de sangre adecuado que supla los requerimientos metabólicos del organismo, sin que se eleven sus presiones de llenado. Puede ser causada por anomalías primarias cardíacas o ser el resultado de alteraciones extra-miocardíacas. Usualmente, los pacientes con falla cardíaca tienen capacidad limitada para el ejercicio debido a síntomas como fatiga y disnea generada por bajo gasto cardíaco y disminución del flujo sanguíneo al músculo esquelético. A pesar de estos cambios, el impacto negativo en la calidad de vida y la mortalidad continúa siendo considerablemente alto, y de ahí la importancia de los programas de rehabilitación cardíaca para modificar la enfermedad.

La rehabilitación cardíaca hace referencia a la coordinación e intervención multifacética designada a optimizar la función física, social y psicológica del paciente cardíaco, en suma a la estabilización, disminución, o incluso reversión de la progresión del proceso de enfermedad aterosclerótica, reduciendo la morbilidad y mortalidad.

El envejecimiento de la población y el aumento de la supervivencia de los pacientes con patología cardíaca por medio de las innovaciones terapéuticas, han llevado a un incremento en la incidencia de la insuficiencia cardíaca. A pesar de los adelantos en el tratamiento la tasa de mortalidad de estos pacientes permanece inaceptablemente alta. En Estados Unidos, aproximadamente 5 millones de pacientes tienen falla cardíaca, y más de 550.000 son diagnosticados por primera vez cada año. En México las causas de defunción por enfermedades isquémicas del corazón se reportaron en el año 2013, 77284.

Los programas de rehabilitación cardíaca mejoran desenlaces como muerte y recurrencia de infarto en pacientes con falla cardíaca de origen isquémico. Esto se ha demostrado en meta-análisis en pacientes con enfermedad coronaria (la mayoría post-infarto agudo de miocardio).

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

<i>INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza: actividad/ejercicio presente</i>	<i>INTERVENCIONES (NIC): Ayuda con los autocuidados: transferencia</i>
<i>ACTIVIDADES</i>	<i>ACTIVIDADES</i>
<p>Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad /ejercicio prescrito.</p> <p>Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ ejercicio prescrito.</p> <p>Enseñar al paciente a realizar la actividad/ ejercicio prescrito.</p> <p>Enseñar al paciente cómo controlar la tolerancia a la actividad/ejercicio.</p> <p>Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.</p> <p>Instruir al paciente para avanzar de forma segura en la actividad /ejercicio.</p> <p>Advertir al paciente acerca de los peligros de sobrestimar sus posibilidades.</p> <p>Advertir al paciente de los efectos del calor y frío extremos.</p> <p>Enseñar al paciente una buena postura y mecánica corporal.</p> <p>Observar al paciente mientras realiza la actividad/ejercicio.</p>	<p>Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo.</p> <p>Elegir técnicas de traslado que son adecuadas para el paciente.</p> <p>Enseñar al paciente todas las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia.</p> <p>Asegurarse de que el equipo funciona antes de utilizarlo.</p> <p>Realizar una demostración de la técnica si procede.</p> <p>Ayudar al paciente a recibir la información adecuada para su autocuidado.</p> <p>Mantener la alineación corporal del paciente correcto durante los movimientos.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

<i>INTERVENCIONES (NIC): Asesoramiento nutricional</i>	<i>INTERVENCIONES (NIC): Ayuda al autocuidado</i>
<i>ACTIVIDADES</i>	<i>ACTIVIDADES</i>
<p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p>Determinar la ingesta y los hábitos alimenticios del paciente.</p> <p>Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.</p> <p>Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio nutricional.</p> <p>Proporcionar información, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud, pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos etc.</p> <p>Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción necesaria de la modificación de la dieta.</p> <p>Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.</p>	<p>Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidados.</p> <p>Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidados.</p> <p>Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.</p> <p>Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.</p> <p>Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.</p> <p>Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.</p> <p>Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Dominio: 9	Clase: 2							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
<p><u>Etiqueta (problema) (P):</u></p> <p>Ansiedad</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <p>Amenaza para la situación económica</p> <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)(S)</u></p> <p>Aprensión, angustia, distrés, temor, sentimientos de inadecuación, irritabilidad.</p>		Nivel de ansiedad.	<p>Desasosiego.</p> <p>Impaciencia.</p> <p>Manos húmedas.</p> <p>Distrés.</p> <p>Inquietud.</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Indecisión</p> <p>Explosiones de ira.</p> <p>Dificultades para la concentración.</p> <p>Ansiedad verbalizada</p> <p>Preocupación exagerada por eventos vitales.</p> <p>Aumento de la presión sanguínea.</p> <p>Aumento de la velocidad del pulso.</p> <p>Aumento de la frecuencia respiratoria.</p> <p>Sudoración, vértigo y fatiga.</p>	<p>1.-Grave</p> <p>2.- Sustancial</p> <p>3.- Moderado</p> <p>4.- Leve</p> <p>5.-Ninguno</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u>.</p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>			

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

<i>INTERVENCIONES (NIC): Disminución de la ansiedad.</i>	<i>INTERVENCIONES (NIC): Terapia de relajación simple.</i>
<i>ACTIVIDADES</i>	<i>ACTIVIDADES</i>
<p>Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.</p> <p>Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado.</p> <p>Escuchar con atención.</p> <p>Crear un ambiente que facilite la confianza.</p> <p>Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</p> <p>Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.</p> <p>Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</p>	<p>Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).</p> <p>Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.</p> <p>Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.</p> <p>Invitar al paciente a que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.</p> <p>Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.</p> <p>Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.</p> <p>Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas seleccionadas.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Dominio:1	Clase:2					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)			RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta (problema) (P):</u></p> <p>Disposición para mejorar la gestión de la propia salud</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <p><u>Características definatorias (signos y síntomas)(S)</u></p> <p>Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos, describe la reducción de factores de riesgo.</p>			Estado de salud personal	Ejercicio físico Nivel de movilidad Nivel de energía Nivel de confort Ejecución de actividades de la vida diaria Pauta de sueño-descanso Perfusión tisular periférica Función sexual Equilibrio del estado de ánimo Vida espiritual Relaciones sociales	1 Gravemente comprometido 2 Sustancialmente comprometido 3 Moderadamente comprometido 4 Levemente comprometido 5 No comprometido	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u> . <u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

<i>INTERVENCIONES (NIC): Ayuda en la modificación de sí mismo</i>	<i>INTERVENCIONES (NIC): Ayuda para dejar de fumar</i>
<i>ACTIVIDADES</i>	<i>ACTIVIDADES</i>
<p>Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos.</p> <p>Valorar las razones del paciente para desear cambiar.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica.</p> <p>Valorar el ambiente social y físico del paciente por el grado de apoyo de las conductas deseadas.</p> <p>Explicar al paciente la importancia del auto monitorización en el intento de cambiar la conducta.</p> <p>Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta.</p>	<p>Registrar el estado actual y el historial de la actividad de fumar.</p> <p>Determinar la facilidad del paciente para aprender sobre dejar de fumar.</p> <p>Controlar la facilidad del paciente para intentar abandonar el tabaco.</p> <p>Aconsejar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras.</p> <p>Enseñar al paciente los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina.</p> <p>Asegurar al paciente que los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina son temporales.</p> <p>Ayudar al paciente a reconocer situaciones que le incitan a fumar.</p> <p>Ayudar al paciente a desarrollar métodos prácticos para resistir las ansias de fumar.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

<i>Dominio:8</i>	<i>Clase:2</i>					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)			RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta (problema) (P):</u></p> <p>Patrón sexual ineficaz</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <p>Conocimiento sobre respuestas alternativas ante transformaciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corpora, enfermedad o tratamiento médico.</p> <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)(S)</u></p> <p>Informe de cambios en las conductas sexuales.</p>			<p>Funcionamiento sexual</p>	<p>Utiliza dispositivos de ayuda si es necesario</p> <p>Adapta la técnica sexual cuando es necesario</p> <p>Expresa capacidad de realizar la actividad sexual a pesar de imperfecciones físicas</p> <p>Expresa autoestima</p> <p>Expresa interés sexual</p> <p>Expresa capacidad para intimar</p> <p>Expresa voluntad sexual</p> <p>Expresa aceptación de la pareja</p> <p>Expresa conocimiento de las capacidades sexuales personales</p>	<p>1.- Nunca demostrado</p> <p>2.- Raramente demostrado</p> <p>3.- A veces demostrado</p> <p>4.- Frecuentemente demostrado</p> <p>5.- Siempre demostrado</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u>.</p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

INTERVENCIONES (NIC): Asesoramiento sexual

ACTIVIDADES

Establecer una relación terapéutica basada en confianza y respeto.
Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.
Hacer saber al paciente que usted está preparado para responder a cualquier pregunta sobre el funcionamiento sexual.
Proporcionar información acerca del funcionamiento sexual.
Discutir el efecto de la situación de enfermedad/salud sobre la sexualidad.
Discutir el nivel de conocimiento del paciente acerca de la sexualidad en general.
Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas.
Identificar los objetivos de aprendizaje necesarios para conseguir las metas.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:	
<p>MORHEAD, Sue, J. M. (2009). Proyecto de resultados lowa, clasificación de resultados de enfermería (NOC). Editorial Elsevier. 4º edición Madrid España.</p> <p>MCLOSKEY, J. D. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Editorial Elsevier. 4 ediciones. Madrid España</p> <p>HEATHER, H. (2009/2011) Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación (NANDA), Editorial El servier. Madrid</p> <p>ANDERSON, E. L. (2004) Diccionario de Medicina Océano Mosby. Océano. 893pp</p>	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PARTICIPANTES:

Elaboró: P.L.E.O. Ortiz Rabadán Víctor Miguel

Revisión: Mtra. Juárez Caporal Tomasa

CONCLUSIONES

Con la intención de que el paciente haga su vida habitual se necesita examinar con precisión las necesidades individuales de cada persona, el potencial para cumplir con sus tareas en la familia o la comunidad, hacen una vida activa, productiva y recreativa, a la vez respetar la autonomía relacionada con las preferencias individuales.

Esto es lo que se persigue con el papel de Enfermería durante la Rehabilitación Cardíaca con un Enfoque dirigido hacia el Autocuidado. Sin embargo, no puede dejarse de lado las características consustanciales a la persona: La primera se circunscribe a la parte biológica y la segunda a la cultura espiritual.

Lo biológico tiene que ver con las necesidades física, emocional o psicológica y la otra lo conecta con la vida social, laboral, educacional, lo que le impulsa a la voluntad de superación ante sí y los demás.

En otras palabras, emerge la necesidad de incorporar las necesidades humanas de cada individuo para su pronta recuperación. Así el papel de Enfermería durante la Rehabilitación Cardíaca con un Enfoque dirigido hacia el Autocuidado dirige al paciente a una restauración de la confianza para integrarse a la vida cotidiana.

GLOSARIO

Aerobio: Proceso mediante el cual se necesita del oxígeno para subsistir.

Autocuidado: Es la forma propia de cuidarse así mismo.

Anaerobio: Son aquellos mediante el cual no requiere de la utilización de oxígeno para subsistir.

Calistenia: Es un sistema de ejercicio físico en el cual el interés está en los movimientos musculares

Deletéreo: Procede de un vocablo griego que puede traducirse como destructor. El término hace referencia a aquello venenoso o mortífero.

Ecocardiografía: Es un examen que emplea ondas sonoras para crear imágenes del corazón. Dicha imagen es mucho más detallada que una radiografía simple. En una ecocardiografía no hay exposición a la radiación.

Ejercicio: Es la actividad física que mejora y mantiene la aptitud física, la salud y el bienestar de la persona.

Enfermería: Es la ciencia que se encarga del cuidado de la salud, del individuo, familia o comunidad, comprendiendo un diagnóstico y tratamiento de problemas de la salud reales o potenciales

Entrenamiento: Es la preparación o adiestramiento con el propósito de mejorar el rendimiento físico o intelectual.

Hipótesis: Es una suposición de algo posible o imposible para sacar de ello una consecuencia.

Incidencia: Es la influencia de un número de casos en algo específico.

Infarto agudo: Es el riego insuficiente con un daño tisular al corazón.

Infarto de miocardio o ataque cardiaco: Evento isquémico agudo con necrosis o daño irreversible en el músculo cardíaco. En la mayoría de los casos se debe a la enfermedad coronaria.

MET (Unidad Metabólica de Reposo): El MET es la unidad de medida del índice metabólico y corresponde a 3,5 ml O₂/kg x min, que es el consumo mínimo de oxígeno que el organismo necesita para mantener sus constantes vitales.

Meta análisis: Técnica estadística para resumir y comparar los resultados de muestras independientes.

Metabolismo: Conjunto de reacciones bioquímicas y procesos físico químicos que ocurre en una célula y en el organismo.

Mortalidad: Es la cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo de tiempo determinado.

Oxígeno: Es un elemento clave química orgánica, que constituye cerca de la quinta parte del aire atmosférico.

Prevalencia: Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica en particular.

Rehabilitación: Es el proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo.

Sistema Neuroendocrino: El sistema nervioso junto con el sistema endócrino son quienes desempeñan la mayoría de las funciones del organismo tendiendo a mantener el equilibrio del medio interno (homeostasis).

En general este sistema controla las actividades rápidas del cuerpo, musculares, fenómenos viscerales que evolucionan rápidamente e incluso las secreciones de algunas glándulas endócrinas.

Teoría: Es un sistema lógico deductivo constituido por un conjunto de hipótesis un campo de aplicación.

Velocidad: Es una magnitud física de carácter vectorial que expresa el desplazamiento de un objeto por unidad de tiempo.

REFERENCIAS BIBIOGRAFICAS

- 1.- World Health Organization: Technical Report Series 270. (1964). Rehabilitation of patients with cardiovascular disease. Report of a WHO Expert Committee. Genoa.
- 2.- Velasco J. (1991). Perspectiva actual de la rehabilitación cardiaca. En: Monocardio. Monografías Cardiovasculares. 28. Madrid, Sociedad Castellana de Cardiología.
- 3.- Velasco J, Maureira J. (1993). Rehabilitación del paciente Cardíaco. Ediciones Doyma. Barcelona, España.
- 4.- Oldrige NB, Guyatt GH, Fisher ME, Rimm AA. (1988) Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials. JAMA. 260: 945-950.
- 5.- O Connor GT, Burning JE, Yusuf S et al. (1989) An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. Circulation. 80: 234-244.
- 6.- Jessup M, Brozena S. (2003); Heart failure. N Engl J Med 348 (20): 2007-18.
- 7.- Schrier RW, Abraham WT. (1999). Hormones and hemodynamics in heart failure. N Engl J Med 341 (8): (577-85).
- 8.- Leon AS, Franklin BA, Costa F, Balady GJ, Berra KA, et al. (2005). AHA Scientific Statement Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. An American Heart Association Scientific Statement From the Council Clinical Cardiology and Council on Nutrition, physical activity and Metabolism, in Collaboration With the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Circulation 111: (369-376).
- 9.- Inegi, (2013). Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, En <http://www.3.inegi.org.mx>
10. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. (2005). Meta analysis secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. Ann Intern Med 143: 659.
11. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, et al. (2004); Exercise based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta analysis of randomized controlled trials. Am J Med 116: 682
- 12.- Sharon AH, Chair, WT, Marshall AH, Chin, et al. (2005); ACC/AHA Guidelines Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. Summary Article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (Writing Committee to Update the 2001 guidelines for the evaluation and management of heart failure) developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation endorsed by the Heart Rhythm Society. Circulation 112: 1-28.
- 13.- Kokkinos PF, Choucair W, Graves P, et al. (2000); Chronic heart failure and exercise. Am Heart J 140: 21.
- 14.- Scielo, (2010-2012). Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. En <http://www.scielo.org.mx/org.mx>

- 15.- Felker GM, Shaw, Lk, O'Connor, CM (2002). A standardized definition of ischemic cardiomyopathy for use in clinical research. *J. Am Coll Cardiol*39: 210.
16. Gheorghide M, Bonow RO. (1998); Chronic heart failure in the United States: a manifestation of coronary artery disease. *Circulation* 97: 282-9.
- 17.- Sharon AH, op.cit, p. 1-28.
- 18.- Leon AS, op. cit,p. 369-376.
- 19.- American heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics: 2005 update. Dallas, Tex: American Heart Association.
- 20.- Lenz T, Lenz N, Faulkner M. (2004) Potential interactions between exercise and drug therapy. *Sports Med*; 34: 293-306.
- 21.-Revue Internationale de Pedagogie, v.6, Kluwer Academic Publishers, 1960
- 22.- Oldrige NB, op. cit, p. 945-950.
- 23.-Iliou MC. (2005).Beneficios del ejercicio físico en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. *Cardiología del ejercicio*. Cap. 11. Editorial Científica Universitaria: Catamarca, República Argentina; (243-261).
- 24.- Lenz T,op.cit, p. 293-306.
- 25.-Méndez de LeónCF. (2006). El efecto de unaintervención psicosocial y calidad de vida después de un IMA.En revista *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*.Consultado el 04 de septiembre del 2015. Disponible en <http://www.epistemonikos.or/es/>
- 26.-Eduardo Lazcano. (2004). Ensayos clínicos aleatorios. En revista médica, 6, pp.559.
- 27.-Mclister, FA, Lawson, FM, Teo, KK, Armstrong, PW. *Am J Med* (2001). A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. 110. (378-84).
- 28.- OMS. (2012).Evite los infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares.pp.11-14
- 29.- Sharon AH," Diagnosis...", p. 112: 1-28.
- 30.-Jessup M, op. cit, p. 18.
- 31.- Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ. *BMJ* (004). Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). 328 (7433): 189
- 32.- Schrier RW, op. cit, p. 85.
- 30.- L. Diem, (1978). *Deporte desde la infancia*, Valladolid, [Espana] : Editorial Minón,
- 33.-Der Sport, F. Eppensteiner, München, (1964). Basel: E. Reinhardt
- 34 Johnson , DE. (1959) The nature of a science in nursing. *Nursing Outlook* 7, 5, 29; 1-294
- 35.-Durán de Villalobos. "Disciplina de enfermería". Desarrollo teórico e investigativo. Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia Bogotá. Pp 15-59

- 36.-K rouac, Suzanne. et. al. "grandes corrientes del pensamiento" Capítulo 1. El pensamiento enfermero. Edit. Masson. Barcelona España. Pp 1-21 (1996).
- 37.- Fernández Ferris Carmen, Novel M. Gloria. El proceso de atención de enfermería. Estudio de cas
- 38.- Wenger NK. (1987). Future directions in cardiovascular rehabilitation. J Cardiopulmon Rehabil.
- 39.- Pinson A, Martínez I, Angeles R. (1996) Rehabilitación Cardiac. Actuación multidisciplinaria e importancia del profesional de enfermería en este contexto. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 4(2): (45-49).

