



ORIGINAL

Investigando el autocuidado en una muestra de pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada: un estudio transversal

R. Juárez-Vela^a, C.M. Sarabia-Cobo^b, I. Antón-Solanas^c, E. Vellone^d, A. Durante^d, V. Gea-Caballero^{e,*} y J.I. Pérez-Calvo^f

^a Grupo de Investigación en Insuficiencia Cardiaca e Insuficiencia Fisiopatológica de la Interacción Cardiorrenal (IFICaR), Escuela de Enfermería, Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón-ISS, Universidad de La Rioja, Logroño, La Rioja, España

^b Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria, Santander, España

^c Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Jorge, Zaragoza, España

^d Departamento de Biomedicina y Prevención, Universidad de Roma Tor Vergata, Roma, Italia

^e Grupo de Investigación Emergente Acreditado en Arte y Ciencia del Cuidado GREIACC, Escuela de Enfermería La Fe (Valencia), IIS La Fe, Valencia, España

^f Grupo de Investigación en Insuficiencia Cardiaca e Insuficiencia Fisiopatológica de la Interacción Cardiorrenal (IFICaR), Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Lozano Blesa, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón-ISS, Zaragoza, España

Recibido el 26 de septiembre de 2018; aceptado el 4 de diciembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia cardiaca;
Descompensación cardiaca;
Autocuidado;
Autogestión;
Comorbilidades

Resumen

Antecedentes: La información sobre el autocuidado en la insuficiencia cardiaca (IC) en España es escasa. En concreto, existe la necesidad de fijar el nivel de comprensión de los pacientes sobre la IC, así como su capacidad para reconocer los signos y los síntomas de la descompensación.

Pacientes y métodos: Estudio transversal para determinar el nivel de autocuidado en una población de pacientes españoles ingresados en el hospital con un diagnóstico primario de IC descompensada. Para el estudio, se reclutó una muestra de conveniencia integrada por 108 pacientes (50 mujeres y 58 hombres) con una edad de 83 ± 8 años.

Resultados: Para cuantificar el autocuidado en nuestra muestra se empleó el Índice de Autocuidado en Insuficiencia Cardiaca versión 6.2. La media y la desviación estándar de la subescala de mantenimiento de autocuidado del Índice de Autocuidado en Insuficiencia Cardiaca fueron: a) «ejercicio durante 30 minutos», 1 ± 1 ; b) «olvida tomar una de sus medicinas», 2 ± 2 ; c) «pedir productos bajos en sal cuando sale a comer o de visita», 2 ± 1 . En el mes previo, el 67,6% experimentó dificultad para respirar o inflamación del tobillo. Sin embargo, era improbable que la gran mayoría de nuestros pacientes implementaran de forma independiente un remedio: a) reducir sal, 2 ± 1 ; b) reducir la ingesta de líquidos, 1 ± 1 ; c) tomar un diurético extra, 1 ± 1 .

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gea_vic@gva.es (V. Gea-Caballero).

<https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.12.008>

0014-2565/© 2019 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Más del 50% de los pacientes de nuestra muestra se sintieron confiados o muy confiados siguiendo los consejos profesionales (3 ± 1), manteniéndose libres de síntomas (3 ± 1), reconociendo los cambios en su enfermedad (3 ± 1) y valorando la importancia de dichos cambios (3 ± 1).

Conclusiones: Al comparar a nuestros pacientes con IC con los de otros países el nivel de autocuidado es significativamente bajo, especialmente en lo que se refiere a la gestión de su enfermedad. La promoción del autocuidado debería ser una prioridad para todos los profesionales de la salud involucrados en la gestión de los pacientes con IC.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Heart failure;
Heart
decompensation;
Self care;
Self management;
Comorbidities

Investigating self-care in a sample of patients with decompensated heart failure: A cross-sectional study

Abstract

Background: There is scarce evidence relating to self-care of heart failure (HF) in Spain. In particular, there is a need to establish patients' level of understanding of HF, as well as their ability to recognise signs and symptoms of decompensation.

Patients and methods: Cross-sectional study to determine the level of self-care in a population of Spanish patients admitted to hospital with a primary diagnosis of decompensated HF. A convenience sample of 108 patients (50 women and 58 men) aged 83 ± 8 were recruited to participate in this study.

Results: The Self-Care of Heart Failure Index version 6.2 was used to quantify self-care in our sample. Mean and standard deviation from the Self-Care of Heart Failure Index self-care maintenance subscale were: a) "exercise for 30 minutes", 1 ± 1 ; b) "forget to take one of your medicines", 2 ± 2 ; c) "ask for low-salt items when eating out or visiting others", 2 ± 1 . A percentage of 67.6 had experienced shortness of breath or ankle swelling in the past month. However, the vast majority of our patients were unlikely to independently implement a remedy: a) reduce salt, 2 ± 1 ; b) reduce fluid intake, 1 ± 1 ; c) take an extra diuretic, 1 ± 1 . Over 50% of our sample felt confident or very confident at following professional advice (3 ± 1), keeping themselves free of symptoms (3 ± 1), recognizing changes in their condition (3 ± 1) and evaluating the significance of such changes (3 ± 1).

Conclusions: HF patients have a significantly low level of self-care when compared with HF patients from other countries, especially when it comes to managing their condition. Self-care promotion should be a priority for all healthcare professionals involved in the care and management of HF patients.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights reserved.

Introducción

La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome crónico que afecta a más del 25% de la población de edad comprendida entre los 75 y los 84 años¹. La población mundial estimada de pacientes con dicha enfermedad es de 26 millones². La carga económica de la IC a nivel mundial es significativa, con un coste de 180.000 millones de dólares³. Por lo general, la IC conlleva un mal pronóstico. De acuerdo con Gomez-Soto et al.⁴, el 12,1% de los paciente con IC mueren durante el primer mes tras el diagnóstico y aproximadamente el 28,8 y el 61,4% entre el primer y cuarto año una vez diagnosticados, respectivamente⁵.

El autocuidado es un elemento fundamental en la gestión de la IC que permite a los pacientes lograr y mantener la estabilidad física y psicológica. Mediante el apoyo de sus cuidadores, los pacientes con IC deberían esforzarse en

gestionar su enfermedad de forma eficaz para así mejorar su calidad de vida. El autocuidado engloba una serie de actividades diarias que incluyen: adherencia a la medicación, ejercicio físico y control de los síntomas⁶. Por todo ello, y con el fin de fomentar una actitud positiva hacia el autocuidado, la educación del paciente con IC es importante pues puede reducir los ingresos, la duración de la estancia hospitalaria y los costes asociados, disminuir las tasas de mortalidad y mejorar la calidad de vida en esta población⁷. Por desgracia, varios estudios demuestran que en un 25-50% de los pacientes con IC, el deterioro cognitivo asociado a esta y otras comorbilidades pueden reducir la calidad del autocuidado⁸⁻¹⁰.

A pesar de las evidencias sobre el hecho de que el autocuidado en la IC está directamente asociado con una disminución del gasto sanitario y con un mejor diagnóstico, en España los datos sobre el tema son escasos¹¹.

La investigación en este tema, en particular en poblaciones locales, puede ayudarnos a contextualizar la evidencia disponible e identificar diferentes perspectivas desde las que poner en marcha estrategias e intervenciones encaminadas tanto a la mejora de la salud de los pacientes con IC como a reducir el gasto sanitario. En concreto, existe la necesidad de determinar el nivel de comprensión de los pacientes sobre la IC, así como su capacidad para reconocer los signos y los síntomas de la descompensación.

El objetivo de nuestro estudio fue describir el nivel de autocuidado en una población de pacientes ingresados con diagnóstico primario de descompensación de IC en un hospital terciario español.

Material y métodos

Diseño

Estudio transversal para determinar el nivel de autocuidado realizado por una población de pacientes españoles ingresados con un diagnóstico primario de IC descompensada.

Muestra

Se seleccionó una muestra de conveniencia de 108 pacientes (50 mujeres y 58 hombres) con una edad de 83 ± 8 , ingresados en un servicio de medicina interna entre enero y diciembre de 2017 con diagnóstico de IC descompensada. La participación en el estudio fue voluntaria y los criterios de selección fueron los siguientes: 1) ingreso por IC descompensada; 2) puntuación ≥ 2 en la escala *Six-Item Screener* para la detección del deterioro cognitivo, y 3) capacidad para comprender el propósito del estudio y dar su consentimiento por escrito. Nos gustaría hacer hincapié en que nuestro método de muestreo por conveniencia, que incluye a todos los pacientes ingresados con IC descompensada en un servicio de medicina interna durante el período de recogida de datos, nos permitió obtener una muestra representativa de la población con IC en nuestra comunidad, según lo confirmado por Sayago-Silva et al.¹².

Metodología de recogida de datos

Se recogieron los datos demográficos y sociodemográficos. Además, empleamos las siguientes herramientas para evaluar el deterioro cognitivo, identificar el nivel de autocuidado e identificar comorbilidades:

El *Six-Item Screener* se trata de una herramienta breve y fiable utilizada para identificar pacientes con deterioro cognitivo en el ámbito sanitario¹³. Consiste en 3 preguntas relacionadas con la orientación temporal (día de la semana, mes y año) y 3 preguntas que miden la capacidad del paciente para recordar y repetir 3 palabras.

El *Índice de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca* versión 6.2 mide el nivel de autocuidado del paciente atendiendo a 3 dimensiones, a saber: mantenimiento del autocuidado, gestión del autocuidado y confianza en el autocuidado¹⁴. Cada subescala utiliza un formato de respuesta autoinformada de 4 puntos que va desde 1 (nunca

o raramente) a 4 (siempre o diariamente)^{6,15}. Una puntuación < 70 indica un nivel inadecuado de autocuidado. En la versión en español, el Índice de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca utiliza una escala de puntuación de 5 puntos que va desde 1 (nunca o raramente) a 5 (siempre o diariamente); se añadió un quinto punto para proporcionar a los encuestados una respuesta neutral.

El *Índice de Comorbilidad de Charlson*^{16,17} calcula la esperanza de vida de los ancianos sobre la base de las condiciones comórbidas. Incluye, además de la edad del paciente, 26 ítems o condiciones médicas puntuadas de 1 a 6 con una puntuación total calculada de 0 a 37, lo que arroja una puntuación de comorbilidad total.

Recogida de datos

Una vez que los sujetos nos otorgaron el consentimiento informado para participar en el estudio, tuvieron lugar las entrevistas en el período de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017. Todas las entrevistas fueron realizadas por el mismo investigador en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Lozano Blesa, en España.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica de Aragón, España (ID PI15/0216). No se declara financiación ni ningún tipo de beneficio como consecuencia del estudio.

Para el análisis de los datos utilizamos el software SPSS versión 21. Teniendo en cuenta el objetivo del estudio, empleamos la estadística descriptiva (media y desviación estándar) para los datos demográficos y de frecuencia.

Resultados

En la [tabla 1](#) se muestran las características sociodemográficas de nuestra muestra (N = 108). Cincuenta y ocho pacientes eran varones. La media de edad fue 83 ± 8 años. La mayoría de nuestros pacientes estaban, o bien casados (48%), o bien viudos (48%); la mayoría eran españoles (98%) y con un nivel educativo de Primaria (91%). En cuanto a la actividad laboral, el 97% de los participantes estaban jubilados. El 86% vivía en la ciudad, de los cuales un 45% compartía la vivienda con un familiar y el 23% vivía solo. En cuanto a la situación financiera, el 80% pensaba que sus medios de subsistencia eran suficientes, el 17% admitía tener más que suficiente para vivir y el 4% estaba experimentando dificultades financieras. Tan solo una reducida minoría de nuestros pacientes fumaba (4,6%) y/o consumía alcohol (5,6%). La media del índice de masa corporal fue 29 ± 5 kg/m².

En cuanto a lo que se refiere a los signos y los síntomas, la mitad de nuestros pacientes mostraban una IC clase II o III, de acuerdo con la Clasificación Funcional de la *New York Heart Association*. Además, el 49% de los pacientes habían estado ingresados con anterioridad, con una duración media del ingreso de 12 ± 11 días. El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico fue de 4 ± 2 años y el 65% de los pacientes tenían una IC no isquémica. La mayoría de nuestros pacientes (89%) tenía un marcapasos de cámara única *in situ*.

En relación con el *Índice de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca* versión 6.2 ([tabla 2](#)), vale la pena destacar que

Tabla 1 Características sociodemográficas

Características	Ítems	n (%) o media \pm DE
Puntuación SIS	4	7 (6,5)
	5	15 (13,9)
	6	86 (79,6)
Sexo	Hombre	58 (53,7)
	Mujer	50 (46,3)
Edad		82,7 \pm 7,81
Estado civil	Soltero	4 (3,7)
	Casado	52 (48,1)
	Viudo	52 (48,1)
Nivel de estudios	Primaria	98 (90,8)
	Secundaria	6 (5,6)
	Formación Profesional	1 (0,9)
	Universitaria	3 (2,8)
Lugar de residencia	Otra	15 (14)
Nacionalidad	Zaragoza	93 (86)
	Española	106 (98,1)
Ocupación	Otra	2 (1,9)
	Empleado cuenta ajena	1 (0,9)
	Autónomo	1 (0,9)
	Jubilado	105 (97,2)
Número de habitantes en el hogar	Desempleado	1 (0,9)
	0	25 (23,1)
	1	49 (45,4)
	2	22 (20,4)
	3	9 (8,3)
Número de hijos	4	1 (0,9)
	Congregación religiosa	2 (1,9)
	Autosuficiencia (financiera)	2,4 \pm 1,68
	Más que suficiente para vivir	18 (16,7)
Tabaquismo	Autosuficiente	86 (79,6)
	Dificultades financieras	4 (3,7)
	Sí	5 (4,6)
Alcohol	No	103 (95,4)
	Sí	6 (5,6)
Altura (cm)	No	102 (94,4)
Peso (kg)		161,4 \pm 9,47
Índice de masa corporal		76,9 \pm 15,45
Ingresos hospitalarios previos	0	29,4 \pm 4,95
	1	38 (35,2)
	2	53 (49,1)
	3	11 (10,2)
	4	4 (3,7)
Duración del ingreso	I	2 (1,9)
	II	12,5 \pm 10,97
	III	1 (0,9)
	IV	52 (48,6)
New York Heart Association	Isquémica	52 (48,6)
	No isquémica	2 (1,9)
Años desde el diagnóstico	No	3,60 \pm 1,52
	Sí	37 (34,6)
Etiología de la IC	Marcapasos de cámara	70 (65,4)
	única	84 (78,5)
Oxigenoterapia	Desfibrilador	23 (21,5)
		16 (88,9)
Terapia de resincronización cardiaca		2 (11,1)

Tabla 2 Resultados de la dimensión del mantenimiento del autocuidado del *Índice de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca* versión 6.2

Primera parte. Mantenimiento del autocuidado	Nunca o raramente	2	3	4	Siempre o diariamente	Media \pm DE
Se pesa diariamente, %	51,9	8,3	15,7	15,7	8,3	2,20 \pm 1,43
Revisa la hinchazón de sus tobillos, %	12,0	15,7	10,2	37,0	25,0	3,47 \pm 1,34
Intenta no ponerse enfermo (se vacuna contra la gripe, evita estar con gente enferma), %	17,6	9,3	8,3	11,1	53,7	3,74 \pm 1,59
Realiza alguna actividad física, %	38,0	16,7	28,7	10,2	6,5	2,31 \pm 1,26
Mantiene sus citas con el médico o enfermería, %	7,4	0,0	3,7	13,9	75,0	4,49 \pm 1,11
Hace una alimentación baja en sal, %	23,1	21,3	13,0	18,5	24,1	2,99 \pm 1,52
Hace ejercicio durante 30 min, %	77,8	10,2	2,8	3,7	5,6	1,49 \pm 1,10
Olvida tomar alguna de sus medicinas, %	69,4	4,6	5,6	4,6	15,7	1,93 \pm 1,54
Pregunta por alimentos bajos en sal cuando come fuera de casa, %	63,0	9,3	13,9	8,3	5,6	1,84 \pm 1,26
Utiliza un sistema (pastillero, avisos) que le ayuda a recordar la medicación, %	14,8	5,6	8,3	4,6	66,7	4,03 \pm 1,53

nuestros pacientes realizaron raramente el ejercicio físico recomendado, no siempre se adherieron al tratamiento prescrito y, por lo general, no pidieron alimentos bajos en sal cuando comían fuera de casa. Por el contrario, acudieron puntuales a las citas con su médico o enfermera y utilizaron un sistema que les recordaba la toma de sus medicinas.

Cuando se les preguntaba por los síntomas de IC, la mayor parte de la muestra (67,6%) admitió haber experimentado en el último mes dificultad para respirar o hinchazón del tobillo. Sin embargo, solo el 45% de nuestros sujetos dijeron que pudieron reconocer rápida o muy rápidamente un deterioro en sus síntomas. Resulta aún más interesante el hecho de que una gran mayoría de nuestros pacientes, al detectar un agravamiento repentino de su enfermedad, raramente era capaz de instaurar un remedio de forma independiente: a) reducir la sal, 2 ± 1 ; b) reducir la ingesta de líquidos, 1 ± 1 ; c) tomar un diurético extra, 1 ± 1 . En vez de ello, estos prefirieron ponerse en contacto con su médico o enfermera para que les aconsejara (4 ± 1) (tabla 3).

Como se describe en la tabla 4, más del 50% de nuestra muestra se sintió confiada o muy confiada al seguir un consejo profesional (3 ± 1). De manera similar, también fue relativamente alto el nivel de confianza en sí mismos para mantenerse libres de síntomas (3 ± 1), de reconocer cambios en su enfermedad (3 ± 1) y de evaluar la importancia de dichos cambios (3 ± 1). A esto hay que añadir que un número significativo de pacientes se sintieron incapaces de implantar acciones para mejorar sus síntomas (2 ± 1) y, en consecuencia, de evaluar el impacto en su salud (2 ± 1).

En la tabla 5 se resume la carga de comorbilidad de nuestra población. Las comorbilidades con mayor frecuencia fueron IC (100%), hipertensión (82,4%) y fibrilación auricular (69,4%). Algo más de un tercio de los pacientes padeció anemia (34,3%), diabetes (35,2%), enfermedad renal moderada o grave (37%) y/o infarto de miocardio (36,1%). Por último, menos del 5% de los pacientes presentó enfermedad vascular periférica, demencia, enfermedad del tejido conjuntivo,

Tabla 3 Resultados de la dimensión de la gestión del autocuidado del *Índice de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca* versión 6.2

Segunda parte. Gestión del autocuidado	No he tenido	No lo reconocí	No muy rápidamente	3	4	Muy rápidamente	
¿Cuánto tardó en reconocer sus síntomas de IC?, %	25,5	12,2	9,2	8,2	14,3	30,6	
	No probable	2	3	4	Muy probable	Media ± DE	
Reduce la cantidad de sal en la dieta, %	44,4	9,3	9,3	14,8	22,2	2,61 ± 1,67	
Reduce la ingesta de líquidos, %	78,7	10,2	2,8	3,7	4,6	1,45 ± 1,05	
Toma una diurético extra, %	81,5	6,5	2,8	4,6	4,6	1,44 ± 1,07	
Llama al médico o la enfermera para que le ayude, %	8,3	2,8	6,5	5,6	76,9	4,40 ± 1,25	
	No lo intenté	No estoy seguro	2	3	4	Estoy muy seguro	Media ± DE
Piense en el remedio que usó la última vez que tuvo problemas para respirar o hinchazón del tobillo, %	38,9	20,4	15,7	13,9	6,5	4,6	1,43 ± 1,51

Tabla 4 Resultados de la dimensión de la confianza en el autocuidado del *Índice de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca* versión 6.2

Tercera parte. Confianza en el autocuidado	Nada confiado	2	3	4	Extremadamente confiado	Media ± DE
Se mantiene libre de síntomas de IC, %	20,4	17,6	21,3	30,6	10,2	2,93 ± 1,31
Sigue los consejos dados sobre tratamiento, %	15,7	6,5	20,4	32,4	25,0	3,44 ± 1,36
Evalúa la importancia de sus síntomas, %	22,2	13,0	26,9	33,3	4,6	2,85 ± 1,24
Reconoce los cambios en sus salud, si ocurren, n; %	27; 25,0	13; 12,0	25; 23,1	37; 34,3	6; 5,6	2,83 ± 1,29
Hará que se alivien sus síntomas, %	50,0	22,2	16,7	8,3	2,8	1,92 ± 1,12
Evalúa si el remedio tiene éxito, %	66,7	11,1	12,0	6,5	3,7	1,69 ± 1,14

enfermedad hepática leve, enfermedad hepática moderada o grave, hemiplejía, cáncer y/o VIH.

Discusión

La población incluida en este estudio refleja el perfil actual de los pacientes con IC atendidos en los servicios de Medicina Interna de toda España¹⁸⁻²⁰. Nuestra población exhibió un nivel bastante bajo de mantenimiento del autocuidado debido a la falta de ejercicio físico, al olvido en la toma de la medicación y a llevar una dieta inadecuada. Estos hallazgos fueron corroborados por otros autores²¹⁻²³, quienes también resaltaron que un bajo nivel de autocuidado tuvo un efecto perjudicial sobre el desarrollo de la IC, aumentó la morbimortalidad y los ingresos hospitalarios y, a corto plazo, se tradujo en una pérdida de calidad de vida. La investigación ha demostrado que la actividad física

es beneficiosa para los pacientes con IC crónica, siempre y cuando no manifiesten otros síntomas limitantes como angina o una clase avanzada de la *New York Heart Association*, por ejemplo, la clase IV²⁴. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el síntoma principal de la IC crónica es la limitación de la capacidad de hacer ejercicio. Por lo tanto, el bajo nivel de ejercicio físico declarado por nuestros pacientes puede estar relacionado con la intolerancia al ejercicio de los sujetos debido al empeoramiento de sus síntomas y a la falta de disponibilidad de programas de ejercicio físico^{22,25}.

En relación con la gestión del autocuidado, encontramos que era improbable o poco probable en una proporción significativa de pacientes que adoptaran medidas para mejorar su salud. Nuestros hallazgos están en consonancia con los expuestos por Jaarsma et al.²⁶, que llevaron a cabo un análisis de los comportamientos de autocuidado en 15 países

Tabla 5 Índices de puntuación de comorbilidad de Charlson

CCI ítems 1 a 26		n (%)
Infarto de miocardio	Sí	39 (36,1)
Insuficiencia cardíaca congestiva	Sí	108 (100)
Enfermedad vascular periférica	Sí	1 (0,9)
Enfermedad cerebrovascular	Sí	8 (7,4)
Enfermedad de Alzheimer o demencia	Sí	1 (0,9)
Enfermedad pulmonar crónica	Sí	24 (22,2)
Enfermedad del tejido conjuntivo	Sí	3 (2,8)
Úlcera péptica	Sí	6 (5,6)
Enfermedad hepática leve	Sí	1 (0,9)
Enfermedad hepática moderada o grave	Sí	1 (0,9)
Diabetes	Sí	38 (35,2)
Diabetes con daño de órgano diana	Sí	9 (8,3)
Hemiplejía	Sí	1 (0,9)
Enfermedad renal moderada o grave	Sí	40 (37,0)
Tumor sólido de cualquier órgano	Sí	13 (12,0)
Tumor sólido metastásico	Sí	1 (0,9)
VIH	Sí	1 (0,9)
Linfoma	Sí	0 (0,0)
Leucemia	Sí	2 (1,9)
Fibrilación auricular	Sí	75 (69,4)
Apnea del sueño	Sí	6 (5,6)
Hipertensión	Sí	89 (82,4)
Anemia	Sí	37 (34,3)
Hipertensión pulmonar	Sí	16 (14,8)
Otra enfermedad	Sí	96 (88,9)

de todo el mundo, incluido España, con resultados similares. Era poco probable que nuestros pacientes redujeran la ingesta de sal (54%) o líquidos (89%) y/o aumentaran la dosis de diuréticos (88%). Es interesante reseñar que esos porcentajes eran significativamente más altos que los que publicaron Cocchieri et al.²⁷ sobre una muestra italiana, Tung et al.²⁸ en una población taiwanesa y Da Conceicao et al.⁶ sobre una muestra brasileña. Según lo establecido por Riegel et al.¹⁵, la clave para la toma de decisiones en pacientes con IC reside en su capacidad para reconocer sus propios síntomas, promovida mediante programas educativos y modelos de atención colaborativa²⁹⁻³¹. Sin embargo, solo el 21% de nuestros pacientes dijeron que se sentían totalmente incapaces de reconocer sus síntomas de IC, o poco capaces de hacerlo rápidamente, lo que no explica la aparente falta de iniciativa en la autogestión de su enfermedad. En vez de eso, como describieron Da Conceicao et al.⁶ y Cocchieri et al.²⁷, esta circunstancia podría deberse al hecho de que en España no son una práctica habitual las recomendaciones de autogestión. Sin embargo, para confirmar este aspecto es necesario realizar más investigaciones sobre dicho tema.

Llama la atención el nivel de confianza en el autocuidado si tenemos en cuenta el bajo nivel de gestión del autocuidado desarrollado por los pacientes de nuestra muestra. Más del 50% se sintieron confiados o muy confiados en seguir un consejo profesional, en mantenerse libres de síntomas, en reconocer los cambios en su enfermedad y en valorar la importancia de dichos cambios. Estos hallazgos no concuerdan con la teoría de Riegel y Dickson³², que establece que la confianza ejerce un efecto moderador en la gestión del auto-

cuidado, en vez de implicar que un aumento de la confianza en el autocuidado no necesariamente mejorará la gestión de este. Por el contrario, nuestros resultados evidencian que la confianza en el autocuidado no está necesariamente asociada con la gestión de este²⁸.

Está claro que el autocuidado desempeña un papel clave en el manejo de la IC. Conforme a lo expuesto por Paradis et al.³³ y Toback y Clark³⁴, es más probable que los pacientes que participan en su propio cuidado y se adhieren al tratamiento vivan más tiempo y reduzcan los ingresos hospitalarios. Por ello, es importante invertir tiempo y esfuerzo en mejorar la autoeficacia de los pacientes con IC. En otras palabras, existe la necesidad de que los pacientes con IC adquieran conocimientos y habilidades sobre su enfermedad con el objetivo de que puedan controlar sus síntomas, instaurar remedios para responder ante cualquier signo de descompensación y evaluar el impacto de dichos remedios en su salud³⁵. Más concretamente, los pacientes con IC con un buen nivel de autocuidado deberían ser capaces de adherirse al tratamiento, farmacológico y no farmacológico (por ejemplo, dieta, ejercicio, etc.), de monitorizar su peso diariamente y de buscar ayuda profesional cuando detecten un empeoramiento en su enfermedad³⁶.

Como es el caso de España, la evidencia apunta a que solo el 50% de los pacientes con IC se remiten a un programa de gestión de esta enfermedad, y esta proporción disminuye con la edad³⁷. Este hecho tiene un impacto negativo sobre la calidad del cuidado de nuestros pacientes, que ven como su calidad de vida empeora gradualmente, y la carga de la IC sobre ellos mismos y sus cuidadores aumenta progresivamente. De acuerdo con Castro-Beiras et al.³⁸, solo el 37% de los hospitales españoles disponen de una unidad de IC, lo que explica parcialmente por qué el grado de autocuidado de nuestra muestra fue bajo en comparación con el de otros estudios^{6,27,28}. Otro factor de riesgo es el deterioro cognitivo, especialmente en el caso de los ancianos, no diagnosticado en muchos casos^{9,20}. Los estudios futuros deben investigar cuáles son los factores que impiden a los pacientes españoles beneficiarse de los programas de gestión de la IC y comprobar si existe una asociación entre dichos programas y el nivel de autocuidado de los pacientes. Además, sería interesante diseñar e implementar intervenciones dirigidas a educar y capacitar a los pacientes con IC para que puedan controlar su enfermedad, y comparar su efectividad con intervenciones similares dirigidas a las diadas de IC que comprenden a los pacientes de IC y a sus cuidadores informales/no profesionales.

Limitaciones

Debemos resaltar que nuestro estudio se centró específicamente en la comorbilidad y el autocuidado, y no midió otras variables importantes como las emociones, las creencias y las actitudes en relación con la IC. Además, cabe destacar que el proceso de recogida de datos se realizó mediante entrevistas individuales, lo que puede haber influido hasta cierto punto en las respuestas de los pacientes. Al ser un estudio de centro único, no podemos generalizar nuestros resultados a otras poblaciones. No obstante, tienen importancia como representación de un grupo significativo de pacientes tratados en la actualidad de IC en nuestro país.

Conclusión

Los pacientes con IC muestran un nivel de autocuidado bajo cuando los comparamos con los pacientes con IC de otros países, especialmente en lo que se refiere al manejo de su enfermedad. Una proporción significativa de nuestros pacientes fue incapaz o se demoró en el reconocimiento de los cambios que se producían en su enfermedad, siendo incluso menos propensos a intentar remediar la situación mediante la toma de decisiones independientes encaminadas a la autovaloración de la toma de diuréticos o de la reducción de la ingesta de líquidos. La promoción del autocuidado debería ser una prioridad para todos los profesionales de la salud implicados en el cuidado y manejo de los pacientes con IC, ya que podría mejorar los resultados de los pacientes con IC y aumentar la calidad de vida de esta población. Se deben llevar a cabo más investigaciones al bajo nivel de autocuidado informado por nuestros pacientes, y diseñar e implementar intervenciones encaminadas a aumentar el conocimiento y las capacidades de los pacientes con IC y/o de sus cuidadores informales para que sean capaces de gestionar su enfermedad de manera eficaz.

Bibliografía

1. Roger VL. Epidemiology of heart failure. *Circ Res*. 2013;113:646–59.
2. Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, Cowie MR, Force MR, Hu S, et al. Heart failure: Preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Fail*. 2014;1:4–25, <https://doi.org/10.1002/ehf2.12005>.
3. Cook C, Cole G, Asaria P, Jabbour R, Francis DP. The annual global economic burden of heart failure. *Int J Cardiol*. 2014;171:368–76.
4. Gomez-Soto FM, Andrey JL, Garcia-Egido AA, Escobar MA, Romero SP, Garcia-Arjona R, et al. Incidence and mortality of heart failure: A community-based study. *Int J Cardiol*. 2011;151:40–5, <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2010.04.055>.
5. Bekelman DB, Rumsfeld JS, Havranek EP, Yamashita TE, Hutt E, Gottlieb SH, et al. Symptom burden, depression, and spiritual well-being: A comparison of heart failure and advanced cancer patients. *J Gen Intern Med*. 2009;24:592–8, <https://doi.org/10.1007/s11606-009-0931-y>.
6. Da Conceicao AP, dos Santos MA, dos Santos B, da Cruz DAL. Self-care in heart failure patients. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23:578–86, <https://doi.org/10.1590/2F0104-1169.0288.2591>.
7. Ávila da Costa F. El autocuidado del paciente con insuficiencia cardiaca a la luz del modelo teórico de Dorothea Orem. *Rev Mex Enfer Cardiol*. 2014;22:70–7.
8. Dickson VV, Buck H, Riegel R. Multiple comorbid conditions challenge heart failure self-care by decreasing self-efficacy. *Nurs Res*. 2013;62:2–9, <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e31827337b3>.
9. Dodson JA, Truong TTN, Towle VR, Kerins G, Chaudhry SI. Cognitive impairment in older adults with heart failure: Prevalence, documentation, and impact on outcomes. *Am J Med*. 2013;126:120–6, <https://doi.org/10.1016%2Fj.amjmed.2012.05.029>.
10. Gure TR, Blaum CS, Giordani B, Koelling TM, Galecki A, Pressler SJ, et al. Prevalence of cognitive impairment in older adults with heart failure. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:1724–9, <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04097.x>.
11. Lee CS, Bidwell JT, Paturzo M, Alvaro R, Cocchieri A, Jaarsma T, et al. Patterns of self-care and clinical events in a cohort of adults with heart failure: 1 year follow-up. *Heart Lung*. 2018;47:40–6, <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.09.004>.
12. Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiology of heart failure in Spain over the last 20 years. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:649–56, <https://doi.org/10.1016/j.rec.2013.03.012>.
13. Callahan CM, Unverzagt FW, Hui SL, Perkins AJ, Hendrie HC. Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research. *Med Care*. 2002;40:771–81, <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000024610.33213.C8>.
14. Vellone E, Riegel B, Cocchieri A, Barbaranelli C, D'Agostino F, Antonetti G, et al. Psychometric testing of the self care of heart failure index version 6.2. *Res Nurs Health*. 2013;36:500–11, <https://doi.org/10.1002/nur.21554>.
15. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the Self-Care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs*. 2009;24:485–97, <https://doi.org/10.1097%2FJCN.0b013e3181b4baa0>.
16. Charlson ME, Charlson RE, Paterson JC, Marinopoulos SS, Briggs WM, Hollenberg JP. The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *J Clin Epidemiol*. 2008;61:1234–40, <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.01.006>.
17. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373–83.
18. Poffo MR, Vieira de Assis A, Fracasso M, Londero Filho OM, Matos de Menezes Alves S, Bald AP, et al. Profile of patients hospitalized for heart failure in tertiary care hospital. *Int J Cardiovasc Sci*. 2017;30:189–98, <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170044>.
19. Goodman H, Firouzi A, Banya W, Lau-Walker M, Cowie MR. Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: A longitudinal questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2013;50:945–53, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.007>.
20. Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Riegel B, Lo SK, Stewart S. Does cognitive impairment predict poor self-care in patients with heart failure? *Eur J Heart Fail*. 2012;12:508–15, <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq042>.
21. Barnason S, Zimmerman L, Young L. An integrative review of interventions promoting self-care of patients with heart failure. *J Clin Nurs*. 2012;21:448–75, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03907.x>.
22. Patterson ME, Hernandez AF, Hammill BG, Fonarow GC, Peterson ED, Schulman KA. Process of care performance measures and long-term outcomes in patients hospitalized with heart failure. *Med Care*. 2010;48:210–6.
23. Tawalbeh LI, Al Qadire M, Ahmad MM, Aloush S, Abu Sumaga Y, Halabi M. Knowledge and self-care behaviors among patients with heart failure in Jordan. *Res Nurs Health*. 2017;40:350–9, <https://doi.org/10.1002/nur.21805>.
24. Davies EJ, Moxham T, Rees K, Singh S, Coats AJ, Ebrahim S, et al. Exercise training for systolic heart failure: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eur J Heart Fail*. 2010;12:706–15, <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq056>.
25. Ha FJ, Hare DL, Cameron JD, Tuokhsati SR. Heart failure and exercise: A narrative review of the role of self-efficacy. *Heart Lung Circ*. 2018;27:22–7, <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2017.08.012>.
26. Jaarsma T, Strömberg A, Ben Gal T, Cameron J, Driscoll A, Duengen HD, et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 25 countries worldwide. *Patient Educ Couns*. 2013;92:114–20, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.02.017>.

27. Cocchieri A, Riegel B, D'Agostino F, Rocco G, Fida R, Alvaro R, et al. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2013;14:126–36, <https://doi.org/10.1177/1474515113518443>.
28. Tung HH, Chen SC, Yin WH, Cheng CH, Wang TJ, Wu SF. Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2012;11:175–82, <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.02.002>.
29. Tawalbeh LI. The effect of cardiac education on knowledge and self-care behaviors among patients with heart failure. *Dimens Crit Care Nurs*. 2018;37:78–86, <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000285>.
30. Mathew S, Thukha H. Pilot testing of the effectiveness of nurse-guided, patient-centered heart failure education for older adults. *Geriatr Nurs*. 2018;39:376–81, <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2167.2982>.
31. Hua CY, Huang Y, Su YH, Bu JY, Tao HM. Collaborative care model improves self-care ability, quality of life and cardiac function of patients with chronic heart failure. *Braz J Med Biol Res*. 2018;50:e6355, <https://doi.org/10.1590/1414-431X20176355>.
32. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs*. 2008;23:190–6, <https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>.
33. Paradis V, Cossette S, Frasure-Smith N, Heppell S, Guertin MC. The efficacy of a motivational nursing intervention based on the stages of change on self-care in heart failure patients. *J Cardiovasc Nurs*. 2010;25:130–41, <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181c52497>.
34. Toback M, Clark N. Strategies to improve self-management in heart failure patients. *Contemp Nurse*. 2017;53:105–20, <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1290537>.
35. Dickson VV, Riegel B. Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care. *Heart Lung*. 2009;38:253–61, <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.12.001>.
36. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail*. 2016;18:891–975, <https://doi.org/10.1002/ejhf.592>.
37. Azad N, Lemay G. Management of chronic heart failure in the older population. *J Geriatr Cardiol*. 2014;11:329–37, <https://doi.org/10.11909%2Fj.issn.1671-5411.2014.04.008>.
38. Castro-Beiras A, Anguita-Sánchez M, Comín J, Vázquez-Rodríguez JM, de Frutos T, Muñiz J. Organization of heart failure care in Spain: Characteristics of heart failure units. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:633–5, <http://doi.org/10.1016/j.rec.2015.02.017>.