

Nivel de empoderamiento de las personas con insuficiencia cardíaca crónica hospitalizadas

Level of empowerment of hospitalized chronic heart failure patient

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0960>

B. Paloma^{1,2}, M. Olano-Lizarraga^{2,3,4}, C. Rumeu-Casares^{1,2}, A. Quesada¹,
M. Saracíbar-Razquin^{2,3,4}, M. Vázquez-Calatayud^{1,2,4}

RESUMEN

Fundamento. Conocer el nivel de empoderamiento de las personas con insuficiencia cardíaca crónica hospitalizadas es crucial para identificar a las personas con un nivel de empoderamiento más bajo y fundamentar el diseño de estrategias efectivas para mejorar su control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud y bienestar. La falta de estudio de este fenómeno en esta población y contexto, sugiere que estos pacientes no están siendo atendidos adecuadamente.

Material y métodos. Estudio descriptivo, prospectivo. Se utilizó el Cuestionario de empoderamiento del paciente con enfermedad crónica, traducido y validado al español, que consta de 47 ítems, agrupados en tres dimensiones: Actitud positiva y sentido del control, Toma de decisiones compartida e informada, y Búsqueda de información y compartir entre iguales. Fue distribuido para su cumplimiento en las 24 horas previas al alta hospitalaria.

Resultados. Se recogieron 25 cuestionarios (81%). La puntuación global media de empoderamiento fue de $165,92 \pm 20,9$. La dimensión Actitud positiva y sentido de control fue la peor puntuada, con una media de $3,4 \pm 0,5$. Se encontró una relación inversa y débil entre el nivel de empoderamiento y la edad ($\rho = -0,240$; $p = 0,000$) y una relación débil y positiva con la supervivencia a los 10 años ($\rho = 0,316$; $p = 0,01$).

Conclusión. El nivel de empoderamiento de los pacientes de este estudio fue medio-alto. Las estrategias para abordar la atención de esta población deberían centrarse en trabajar su actitud respecto a la enfermedad y percepción de control de la situación e individualizarse conforme a la edad.

Palabras clave. Empoderamiento. Insuficiencia cardíaca crónica. Participación del paciente.

ABSTRACT

Background. Establishing the level of chronic cardiac inpatient empowerment is essential. By doing so, it is possible to identify groups with a lower level. It also provides a basis for designing effective strategies to improve their control over decision making and the actions that affect their health and wellness. The shortage of studies of this phenomenon for this particular population and context suggests that such patients are not receiving proper care.

Methods. A prospective and descriptive study was carried out. A validated Spanish version of the Patient empowerment in long-term conditions scale was used. The survey has 47 items, grouped into three dimensions: Positive attitude and feeling of control, Knowledge in shared decision making, and Seeking information and sharing with other patients. It was distributed 24 hours before hospital discharge.

Results. Twenty five questionnaires were collected (81%). The mean global empowerment score of the patients was 165.92 ± 20.9 . The dimension Positive attitude and sense of control showed the lowest score, with a mean of 3.4 ± 0.5 . An inverse weak relationship was found between the level of empowerment and age ($\rho = -0.240$; $p = 0.000$) while a positive one was found with 10-year survival ($\rho = 0.316$; $p = 0.01$).

Conclusion. The level of empowerment of the patients in this study was medium-high. The strategies used to address the care of this population should focus on working on their attitude towards the disease and perceived control of the situation, and should be individualized according to age.

Keywords. Empowerment. Chronic heart failure. Patient participation.

An. Sist. Sanit. Navar. 2021; 44 (3): 351-360

1. Clínica Universidad de Navarra.
2. Grupo de investigación ICCP-UNAV. Innovación para un Cuidado Centrado en la Persona. Universidad de Navarra.
3. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.
4. IdisNA, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra.

Recepción: 19/12/2020

Aceptación provisional: 29/01/2021

Aceptación definitiva: 26/02/2021

Correspondencia:

Maddi Olano Lizarraga
Departamento de Enfermería de la Persona Adulta
Facultad de Enfermería
Universidad de Navarra
C/ Irunlarrea, 1
31008 Pamplona
E-mail: molizarraga@unav.es

Financiación. Esta investigación ha recibido la financiación Cátedra María Egea de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra.

INTRODUCCIÓN

El incremento de las enfermedades crónicas en los países desarrollados supone una seria amenaza para la salud, provocando elevadas tasas de mortalidad y de hospitalización¹. Entre estas enfermedades, son los procesos cardiovasculares los que mayor morbilidad y mortalidad producen en todo el mundo² y, en concreto, la insuficiencia cardiaca crónica (ICC) es la que está creciendo con mayor rapidez, con casi quince millones de personas afectadas en Europa y cinco millones en Estados Unidos³. En España, constituye la sexta causa de mortalidad, alcanzando el 4,5% del total². Con una prevalencia del 6,5%, es la primera causa de hospitalización en personas mayores de 65 años⁴; varios países europeos han registrado en la última década un aumento de las hospitalizaciones relacionadas con la ICC⁵.

La ICC se caracteriza por producir un deterioro progresivo del estado de salud de las personas y una significativa repercusión en su bienestar, afectando a todas las esferas de su vida⁶. La evidencia de la literatura muestra que el diagnóstico de una ICC requiere de unos cambios muy significativos en los estilos de vida que, a menudo, los pacientes perciben como una limitación a sus proyectos o planes vitales, lo que conlleva que no siempre se adhieran apropiadamente a estos cambios⁷. De hecho, a pesar del esfuerzo de los profesionales de la salud en desarrollar diferentes estrategias de autocuidado para estos pacientes, los niveles logrados son escasos⁸. Hay autores que indican que más del 50% de no se adhieren adecuadamente a la medicación prescrita y que el 15-50% no realizan cambios en los estilos de vida ni siguen otras recomendaciones⁹. Este es un aspecto que merece ser contemplado con detenimiento, puesto que se considera que en torno al 40% de los ingresos hospitalarios de personas con ICC podrían evitarse si adquiriesen hábitos estables de autocuidado¹⁰. De hecho, una parte de ellos vuelve a reingresar a los 3-6 meses del alta, debido a un escaso autocuidado y a una incapacidad para detectar los signos precoces de deterioro¹¹.

Ante esta situación, hay autores que señalan la necesidad de que se diseñen intervenciones eficaces que capaciten a los pacientes para llevar el control de la enfermedad en su vida diaria¹². En concreto, se ha visto la conveniencia de promover en ellos una participación más activa en todo su proceso, junto con la importancia de que asuman los cambios precisos para mejorar su calidad de vida y la responsabilidad de su cuidado. Dentro de las intervenciones más efectivas para mejorar el autocuidado de pacientes con ICC, se encuentran los enfoques basados en el empoderamiento¹³.

En esta línea, la OMS¹⁴ ya en 2003, apuntaba la necesidad de que los profesionales de la salud promoviesen un cuidado innovador con un enfoque educativo que empoderase a los pacientes; es decir, mediante el cual las personas adquieran un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud¹⁵. Un enfoque basado en el empoderamiento puede promover el hecho de que los pacientes se conviertan en agentes activos a la hora de tomar decisiones sobre su propia salud, desarrollando las capacidades y la motivación necesarias para manejar su proceso y lograr integrarlo en su vida¹². En este sentido, Garcimartín y col¹⁶ afirmaron que, para lograr un mayor empoderamiento, es esencial que las personas desarrollen habilidades específicas, tengan acceso a la información y a los recursos disponibles, y obtengan la oportunidad de participar e influir en los factores que afectan a su salud y a su bienestar.

Según muestra la evidencia¹⁷, el empoderamiento de los pacientes crónicos tiene un impacto positivo sobre ellos, los profesionales de la salud y la propia organización, lo que se debe, según los autores, a que se reduce el número de reingresos hospitalarios y la tasa de mortalidad en los pacientes que han sufrido un ingreso previo, se favorece la autonomía, la mejora de los resultados en salud y la relación enfermera-paciente, y disminuyen los costes sanitarios¹⁷. También, contribuye al éxito de los tratamientos y a mejorar la calidad del cuidado¹⁸. Siendo esto así, un aspecto a tener muy en cuenta es la necesidad de conocer el grado de empoderamiento de los pacientes

para identificar aquellos con un nivel más bajo. En concreto, se recomiendan investigaciones que evalúen el empoderamiento de los pacientes crónicos hospitalizados, a través de instrumentos que valoren los cambios que experimentan y su capacidad para tomar decisiones, buscar información y compartir con otros pacientes sus experiencias¹⁶.

El diseño de un estudio con este fin es algo muy novedoso, ya que no se han encontrado estudios que exploren el empoderamiento en pacientes con ICC hospitalizados. Por tanto, explorar el nivel de empoderamiento de esta población mediante un instrumento adecuado permitirá conocer mejor su situación y diseñar estrategias efectivas para facilitar su empoderamiento.

Por ello, el objetivo de este estudio fue evaluar el grado de empoderamiento de los pacientes con ICC hospitalizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo de una muestra de la población de pacientes con ICC hospitalizados en la Unidad de Cardiología, de 29 camas, de la Clínica Universidad de Navarra (Pamplona, España) entre agosto de 2019 y febrero de 2020.

Se seleccionaron consecutivamente todos los pacientes que cumplían los siguientes criterios de selección: 1) ≥ 18 años, 2) en cualquier estadio de su enfermedad (I-IV según la clasificación de la *New York Heart Association Functional Class*, NYHA), 3) que llevaran ingresados más de tres días, 4) cuyo nivel de conciencia fuera normal y su estado de salud les permitiera completar el cuestionario, 5) que hablaran y comprendieran el español, y 6) que firmaran el consentimiento informado.

Para la recogida de datos se utilizaron dos cuestionarios:

- Cuestionario de empoderamiento del paciente con enfermedad crónica (CEPEC)¹⁶: instrumento validado en España con buenas propiedades psicométricas, alfa de Cronbach excelente ($> 0,9$) y coeficiente de correlación

interclase moderado (0,47). Consta de 47 ítems y tres dimensiones:

- Actitud positiva y sentido del control (21 ítems): refleja los cambios de autopercepción que experimentan los pacientes tras el diagnóstico, y reducen el impacto de la enfermedad en su vida, logrando un mayor autocontrol de la enfermedad.
- Toma decisiones compartida e informada (13 ítems): adquisición de conocimientos y capacidad para tomar decisiones relativas a la gestión de su enfermedad, tener la opción de participar en el proceso de toma de decisiones junto a los profesionales, y posibilidad de cambiar sus preferencias en cuanto a tratamiento.
- Búsqueda de información y compartir entre iguales (13 ítems): se refiere a la capacidad de buscar información fuera del contexto asistencial y de compartir con otros pacientes sus experiencias y estrategias utilizadas para la autogestión de la enfermedad.

Las opciones de respuesta para cada ítem se puntúan en una escala tipo Likert de 5 puntos (1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo). El rango de puntuación global oscila entre 47 (peor empoderamiento) y 235 (mejor empoderamiento).

- Cuestionario de recogida de variables sociodemográficas y clínicas: sexo, edad, nivel educativo, estado civil, situación laboral, estancia hospitalaria, índice de Charlson, supervivencia estimada a los 10 años, clase funcional (I-IV según la NYHA), tiempo desde el diagnóstico y el número de ingresos en los tres meses previos.

La recogida de datos fue realizada por dos miembros del equipo investigador que no tenían relación directa con el cuidado de los pacientes. Los participantes del estudio que cumplían con los criterios de selección definidos recibieron información verbal y escrita sobre su libre participación, la confidencialidad y anonimato de los datos y su uso para fines científicos. Se obtuvo el con-

sentimiento firmado de cada participante antes de cumplimentar el cuestionario autoadministrado, que se les distribuyó en las 24 horas previas al alta, de modo que tuvieran tiempo suficiente para cumplimentarlo. La investigación se ajustó a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki¹⁹ y fue aprobado por la Dirección del centro y por el Comité de Ética de Investigación (código 2019.066). La custodia los datos respetó la Ley Orgánica 14/2007 de protección de datos (LOPDE).

Las características de los participantes y su grado de empoderamiento global se describieron mediante frecuencia y porcentaje para las variables discretas y medidas de tendencia central (media) y de dis-

persión (desviación estándar, DE) para las variables continuas. Asimismo, se empleó estadística inferencial no paramétrica (coeficiente de correlación rho de Spearman) para analizar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes con ICC hospitalizados y su nivel de empoderamiento.

Los cálculos fueron realizados con el programa estadístico SPSS 20.0. Los test estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% ($p < 0,05$).

Para garantizar el rigor de este estudio se siguieron los criterios descritos por Polit y Beck²⁰ y se realizaron los procedimientos descritos en la tabla 1.

Tabla 1. Criterios y procedimientos para garantizar el rigor del estudio

Criterios	Procedimientos
Validez interna	Descripción de pautas claras sobre cómo se ha realizado el estudio. Validez del cuestionario. Verificación de datos (varios investigadores). Momento estimado en el que se han recogido los datos a los pacientes para evitar posible amnesia.
Validez externa	Descripción detallada del contexto y muestra. Referente para emplear el instrumento en contextos similares.
Fiabilidad	Fiabilidad del instrumento a utilizar: selección de un cuestionario con alfa de Cronbach excelente.

RESULTADOS

De los 30 pacientes susceptibles de participar en el estudio, se excluyeron 5 (17%) por sufrir deterioro cognitivo y/o de salud durante su ingreso que no les permitió cumplimentar el cuestionario.

Se recogieron 25 cuestionarios de pacientes (83%), cuyas características se muestran en la tabla 2. De los 25 participantes, el 52% eran hombres, con una edad media de 76,6 años (DE=9,9), tenían predominantemente estudios primarios ($n=13$, 52%), estaban casados ($n=13$, 52%) y la mayoría eran jubilados ($n=20$, desde 80%), tal y como se presenta en la tabla 2.

Casi la mitad de los pacientes tenían una valvulopatía de base; el resto presentaban

cardiopatía hipertensiva, isquémica, mixta o miocardiopatía dilatada. En el momento del ingreso, la mayoría de los pacientes estaban en una clase funcional III de su enfermedad (72%) según la NYHA, con una fracción de eyección entre 25-78%. La puntuación media ICM de Charlson fue de 5,44 (DE=2,3), en una escala del 1 al 10, con una supervivencia estimada a los 10 años del 21,4%. El 52% era hipertenso ($n=13$) y el 24% tenía hipercolesterolemia ($n=6$). El tiempo medio desde el diagnóstico de su enfermedad fue de 9,36 años (DE=9,9). La estancia media de los pacientes fue de 8 días \pm 4,1. El 68% de los pacientes había tenido un ingreso ($n=9$; 36%) o más en los tres meses previos: seis (24%) ingresaron dos veces y tres (12%) tres veces.

Tabla 2. Características de los participantes (n = 25)

Variable	n (%)
Edad (años)*	76,6 (9,9); 53-92
Estancia media (días)*	8 (4,1); 3-18
Sexo	
Masculino	13 (52)
Femenino	12 (48)
Nivel educativo	
Ninguno	0 (0)
Primarios	13 (52)
Formación profesional	4 (16)
Bachillerato	2 (8)
Universitarios	6 (24)
Situación laboral	
Activo	5 (20)
Jubilado	20 (80)
Estado civil	
Casado	13 (52)
Viudo	8 (32)
Soltero	4 (16)
Patologías de base	
Valvulopatía	11 (44)
Cardiopatía hipertensiva	4 (16)
Cardiopatía mixta	4 (16)
Cardiopatía isquémica	3 (12)
Miocardopatía dilatada	3 (12)
Estadio de la enfermedad NYHA	
I	7 (28)
II	11 (44)
III	4 (16)
IV	3 (12)
Fracción de eyección (%)	
< 30	2 (8)
30-39	2 (8)
40-49	2 (8)
≥ 50	19 (76)

*: media (desviación estándar) y rango; NYHA: New York Heart Association Functional Class.

El nivel de empoderamiento de los pacientes a partir del cuestionario CEPEC fue medio-alto, con una media de 165,92 puntos (DE=20,9). La dimensión *Toma decisiones compartida e informada* fue la mejor puntuada, con una puntuación media de 4 puntos (DE=0,5), seguida de *Búsqueda de información y compartir entre iguales* (3,8 puntos, DE=0,6). La *Actitud positiva y senti-*

do de control fue la dimensión en la que los pacientes dieron puntuaciones medias más bajas (3,4 puntos, DE=0,5).

En la tabla 3 se muestra la puntuación media de cada uno de los ítems del cuestionario, así como el orden de la puntuación. El aspecto que mayor puntuación obtuvo y, por tanto, con el que más de acuerdo estaban los participantes, era el ítem 44 correspondiente a *Si no tuviera estos problemas de salud, podría hacer más cosas*. Por el contrario, los ítems peor valorados y con los que no estaban de acuerdo fueron el 42 (Hay personas que padecen una enfermedad parecida a la mía, que me piden consejo), y el 8 (No me preocupa entender la información sobre salud).

El nivel de empoderamiento para el manejo de su enfermedad de los pacientes con ICC hospitalizados se correlacionó de forma débil, aunque significativa ($p < 0,01$), con la edad y la supervivencia estimada a diez años. Esta correlación se observó tanto para la puntuación global media obtenida en el cuestionario CEPEC ($\rho = -0,240$ y $\rho = 0,316$, respectivamente), como para la puntuación media obtenida en cada una de las tres dimensiones: Actitud positiva y sentido de control ($\rho = -0,264$ y $\rho = 0,272$), Toma de decisiones compartida e informada ($\rho = -0,326$ y $\rho = 0,343$) y Búsqueda de información y compartir entre iguales ($\rho = -0,119$ y $\rho = 0,285$). No se observó correlación significativa entre el nivel de empoderamiento y la estancia hospitalaria.

DISCUSIÓN

Este estudio presenta resultados sobre el grado de empoderamiento de los pacientes con ICC hospitalizados, realizando una contribución novedosa a un área apenas explorada en la literatura.

Los resultados generales de este estudio muestran que el nivel de empoderamiento de los pacientes incluidos en la muestra fue medio-alto, siendo la Toma de decisiones compartida e informada la dimensión mejor puntuada. Este resultado es coherente con el estudio de Thakur y col¹³, que identificó que la comprensión por los par-

Tabla 3. Puntuaciones medias y orden correspondiente de cada uno de los ítems del cuestionario de empoderamiento del paciente con enfermedad crónica (CEPEC)

Ítem	Media	Orden	Ítem	Media	Orden	Ítem	Media	Orden
1	3,4	30	17	3,6	22	33	4,2	3
2	3,3	34	18	3,8	12	34	3,7	18
3	4,2	4	19	3,2	37	35	2,6	44
4	3,6	20	20	3,8	13	36	3,8	17
5	3,3	35	21	4,0	9	37	3,6	25
6	4,1	5	22	3,1	40	38	4,0	10
7	3,4	31	23	3,2	38	39	3,7	19
8	2,4	46	24	3,8	14	40	3,0	41
9	3,6	21	25	4,1	6	41	3,4	33
10	3,8	11	26	3,8	15	42	2,3	47
11	2,6	43	27	4,1	7	43	3,6	26
12	4,0	8	28	3,6	23	44	4,6	1
13	3,3	36	29	3,4	32	45	3,6	27
14	3,5	29	30	3,6	24	46	3,6	28
15	2,8	42	31	3,8	16	47	4,2	2
16	2,5	45	32	3,2	39			

ticipantes de su situación y de sus puntos fuertes y necesidades son fundamentales para que aquellos puedan participar adecuadamente en el proceso de cambio que se da durante el empoderamiento, en vez de ser dirigidos por otra persona (habitualmente un profesional de la salud), que toma las decisiones en su lugar. Este aspecto también se refleja en otro de los hallazgos de nuestro estudio, que reveló que los participantes otorgaron una puntuación baja al ítem *No me preocupa entender la información sobre mi salud*, mostrando así su interés en conocer y comprender la información sobre su situación. Este hecho proporciona un dato de gran utilidad a la hora de lograr un autocuidado efectivo en las personas con ICC, debido a que la mala comunicación y la falta de información o de explicaciones se encuentran entre las barreras para que esto se dé²¹.

Por contra, la dimensión que obtuvo las puntuaciones más bajas en el presente estudio fue la que se refería a la Actitud positiva y sentido de control. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Heo y col²², que señalaron que la percepción de pérdida de control es común en las personas con ICC y afecta negativamente a su calidad de vida

relacionada con la salud. De hecho, identificaron que unos niveles altos de percepción de control se relacionan con una mejor calidad de vida. Este hallazgo requiere de especial atención, puesto que Banerjee y col²³ también observaron que un nivel bajo de percepción de control afectaba negativamente a la calidad de vida, a los síntomas físicos y depresivos, y a la funcionalidad de los pacientes con enfermedades cardíacas. Concretamente, hay estudios que han demostrado que los pacientes con ICC con una mayor percepción de control son capaces de caminar distancias más largas que los que la tienen en menor grado²⁴. Esta asociación también se ha identificado en relación al autocuidado, puesto que unos niveles más altos de percepción de control se asocian a un mejor autocuidado y esto, a su vez, se vincula con un mejor estado de los síntomas²⁵. Además, Myers y col⁹ señalaron que los pacientes con ICC que se adhieren adecuadamente a las actividades de autocuidado, tienen una actitud optimista y sienten más esperanza⁹. Todo ello avala la necesidad de diseñar estrategias que intervengan sobre el resultado observado en nuestro estudio en relación a la *Actitud positiva y sentido del control*.

Existe una estrecha relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el empoderamiento a largo plazo²⁶. El ítem que mayor puntuación obtuvo en nuestro estudio fue el que aseguraba que *Si no tuviera estos problemas de salud, podría hacer más cosas*, en consonancia con los aspectos valorados por la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes. Así, la percepción de limitación debido a la ICC que manifestaron los pacientes puede considerarse un reflejo de cómo la enfermedad afecta a varios de los aspectos que se incluyen dentro de la percepción de la calidad de vida, como son: el dominio físico, el nivel de independencia y las relaciones sociales²⁷. Esto también está en la línea del estudio de Köhler y col²⁸, en el que encontraron una asociación entre la percepción de salud y el empoderamiento.

En los resultados del estudio se observó una correlación inversa entre la edad y el empoderamiento, tanto global como en cada una de las tres dimensiones del instrumento utilizado, que coincide con los resultados del estudio de Faulkner²⁹, realizado en una muestra de personas ancianas hospitalizadas. Sin embargo, difiere de los obtenidos por Small y col³⁰, que hallaron que la edad y el sexo no se relacionaban con las puntuaciones totales de empoderamiento. En cuanto al sexo, si bien, nuestro estudio no concluyó diferencias significativas, Thakur y col¹³ mostraron que las mujeres tenían unas puntuaciones más altas en el manejo de autocuidado y que esto podría influir en una asociación positiva entre las preferencias a la hora de tomar decisiones y el sexo femenino; dimensión que, tal y como se ha señalado anteriormente, está muy relacionada con el empoderamiento. En este estudio no se han detectado correlaciones positivas entre el empoderamiento y las variables clínicas o demográficas, coincidiendo con los resultados de Köhler y col²⁸ en su estudio con personas con cardiopatía isquémica, y a diferencia de Small y col³⁰, que vieron que un mejor estado de salud general se relacionaba con mayores puntuaciones de empoderamiento. Estos últimos autores no observaron relación entre el nivel educativo y el empoderamiento, al igual que en nuestro estudio³⁰.

Esta controversia en los resultados también se da al valorar otras asociaciones. Nuestro estudio mostró que el empoderamiento no se asociaba con el tiempo medio tras el diagnóstico, pero sí con el número de comorbilidades y la supervivencia estimada a diez años (Índice de Charlson). Estos resultados coincidieron parcialmente con los obtenidos por Small y col³⁰ en el estudio que dio pie al desarrollo de la escala de empoderamiento utilizada en este estudio (*Patient empowerment in long-term conditions*), ya que observaron asociación entre el tiempo desde el diagnóstico y las comorbilidades y un mayor y menor empoderamiento, respectivamente. Sin embargo, en el trabajo de Garcimartin y col¹⁵, que dio lugar a la validación española del mismo instrumento, estas asociaciones no se observaron.

Es necesario remarcar que esta disparidad identificada en los resultados de la literatura revisada en torno a los aspectos que pueden influir en el empoderamiento, indica la necesidad de continuar profundizando en la comprensión del fenómeno de empoderamiento y en todos los factores que pueden repercutir en él.

Entre las limitaciones de este estudio se podría encontrar un posible sesgo de selección debido a que los pacientes que accedieron a participar en el estudio podían tener una mayor actitud de colaboración y de participación en diversas facetas de su vida, incluidas las relacionadas con su salud y, por tanto, presentarían puntuaciones más altas de empoderamiento. Junto a esto, hay que señalar que las personas que declinaron participar fueron las que presentaban peores condiciones de salud y no se sentían con energía para colaborar en el estudio; su inclusión, podía haber ofrecido una muestra más heterogénea, dando lugar así a nuevas asociaciones entre los resultados. Además, conviene exponer que, al tratarse de un cuestionario autoadministrado, pudo existir un sesgo de discapacidad social, que pudo llevar a que los pacientes otorgasen las puntuaciones que pensaban que eran más aceptables por parte de los investigadores. El tamaño muestral reducido es también una limitación a la hora de

interpretar estos resultados. La dificultad para reclutar participantes en estudios con personas con ICC, ya ha sido señalada por otros investigadores, y es debido a que, habitualmente, se trata de personas de edad avanzada que presentan numerosas comorbilidades y deterioro cognitivo³¹. En este estudio se suma la dificultad de que el reclutamiento de la muestra se llevó a cabo en un único hospital. Probablemente, la inclusión de otros centros hospitalarios habría enriquecido tanto el número de participantes como la heterogeneidad de la muestra, puesto que la exposición de los pacientes a diversos sistemas de atención podía haber influido en su nivel de empoderamiento.

Consideramos que este estudio supone una primera aproximación al conocimiento del nivel de empoderamiento de los pacientes con ICC. Por tanto, es necesario seguir avanzando en este proceso, a la vez que se desarrollan intervenciones educativas, cognitivo-comportamentales y combinadas³² efectivas y *ad hoc*. Además, nos permitirá actuar de manera preventiva, desarrollando programas específicos para los pacientes que muestren un patrón de empoderamiento más bajo. Hay que destacar que estas intervenciones se enmarcan en la *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*³³ que tiene, entre sus objetivos, promover, compartir y desarrollar estrategias que faciliten el empoderamiento de la población promoviendo la capacitación en salud y la autogestión de la enfermedad, permitiendo así mejorar su conocimiento y la adquisición de las competencias necesarias para la atención de las enfermedades crónicas.

Este estudio presenta resultados novedosos sobre el empoderamiento de los pacientes con ICC hospitalizados, mostrando que tienen un nivel de empoderamiento medio-alto según la escala CEPEC y que la dimensión con peor puntuación fue la relacionada con mantener una actitud positiva respecto a la enfermedad y una percepción de control de la situación. Teniendo en cuenta los beneficios que, de acuerdo con la literatura, supone tener un nivel alto de esta dimensión, se considera esencial in-

tervenir sobre ella con el fin de mejorar el empoderamiento.

Asimismo, este estudio ha permitido identificar a los pacientes con un nivel de empoderamiento menor y que, por ello, constituyen un grupo de riesgo debido a su escaso manejo de la enfermedad, lo que les podría llevar a un mayor número de descompensaciones e ingresos y, por ende, a generar un mayor gasto sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO 2014. Global status report on noncommunicable diseases. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets, a shared responsibility. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=1542ACAED09875EE53387B1EA882F3AF?sequence=1
2. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. España 2017. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2017/10/&file=01000.px&L=0>
3. GO AS, MOZAFFARIAN D, ROGER VL, BENJAMIN EJ, BERRY JD, BLAHA MJ et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics 2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2014; 129: 399-410, <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000442015.53336.12>
4. SAYAGO-SILVA I, GARCÍA-LÓPEZ F, SEGOVIA-CUBERO J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol* 2013; 66: 649-656, <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.03.014>
5. COWIE MR, ANKER SD, CLELAND JG, FELKER GM, FILIPPATOS G, JAARSMAN T et al. Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalization. *ESC Heart Failure* 2014; 1: 110-145, <https://doi.org/10.1002/ehf2.12021>
6. OLANO-LIZARRAGA M, OROVIAGOICOECHEA C, ERRASTI-IBARRONDO B, SARACÍBAR-RAZQUIN M. The personal experience of living with chronic heart failure: A qualitative meta-synthesis of the literature. *J Clin Nurs* 2016; 25: 2413-2429, <https://doi.org/10.1111/jocn.13285>
7. SEDLAR N, LAINSCAK M, MÄRTENSSON J, STRÖMBERG A, JAARSMAN T, FARKAS J. Factors related to self-care behaviours in heart failure: A systematic review of European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale studies. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2017; 16: 272-282, <https://doi.org/10.1177/1474515117691644>

8. McDONAGH TA, BLUE L, CLARK AL, DAHLSTRÖM U, EKMAN I, LAINCSAK M et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *Eur J Heart Fail* 2011; 13: 235-241, <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq221>
9. MYERS SL, SIEGEL EO, HYSON DA, BIDWELL JT. A qualitative study exploring the perceptions and motivations of patients with heart failure who transitioned from non-adherence to adherence. *Heart & Lung* 2020; 49: 817-823, <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.09.010>
10. VAN DER WAL MJ, VAN VELDHIJSEN DJ, VEEGER NJ, RUTTEN FH, JAARMA T. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *Eur Heart J* 2010; 31: 1486-1493, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehq091>
11. JAANA M, SHERRARD H, PARÉ G. A prospective evaluation of telemonitoring use by seniors with chronic heart failure: Adoption, self-care, and empowerment. *Health Informatics J* 2019; 25: 1800-1814, <https://doi.org/10.1177/1460458218799458>
12. YU DSF, LI PWC, YUE SCS, WONG J, YAN B, TSANG KK et al. The effects and cost-effectiveness of an empowerment-based self-care programme in patients with chronic heart failure: A study protocol. *J Adv Nurs* 2019; 75: 3740-3748. <https://doi.org/10.1111/jan.14162>
13. THAKUR RD, FLEURY JD, SHEARER NBC, BELYEA M. Feasibility study of the health empowerment intervention in older adults with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2020; 35: 538-544, <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000673>
14. OMS. Salud mundial: retos actuales 2003. <https://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>
15. GARCIMARTÍN P, COMÍN-COLET J, PARDO-CLADELLAS Y, BADOSA N, LINAS A. Validation of the Spanish version of the questionnaire on Patient Empowerment in Long-Term Conditions. *PLoS ONE* 2020; 15: e0233338, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233338>
16. GARCIMARTÍN P, PARDO-CLADELLAS Y, VERDÚ-ROSELLER JM, DELGADO-HITO P, ASTALS-VIZCAINOC M, COMÍN-COLET J. Adaptación transcultural al español del cuestionario Patient empowerment in long-term conditions. *Aten Primaria* 2019; 51: 24-31, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.009>
17. DELGADO JF, OLICA J, LLANO M, PASCUAL-FIGAL D, GRILLO JJ, COMÍN-COLET J et al. Costes sanitarios y no sanitarios de personas que padecen insuficiencia cardíaca crónica sintomática en España. *Rev Esp Cardiol* 2014; 67: 643-650. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.12.016>
18. CASTRO EM, VAN REGENMORTEL T, VANHAECHT K, SERMEUS W, VAN HECKE A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns* 2016; 99: 1923-1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
19. Declaration of Helsinki. Human experimentation code of ethics of the world medical association. *Br Med J* 1964; 2: 177. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5402.177>
20. POLIT DF, BECK CT. *Nursing Research. Principles and Methods*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
21. CURRIE K, PATRICIA HS, SPALING M, HARKNESS K, BARBER D, CLARK AM. The importance of interactions between patients and healthcare professionals for heart failure self-care: A systematic review of qualitative research into patient perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2015; 14: 525-35, <https://doi.org/10.1177/1474515114547648>
22. HEO S, LENNIE TA, PRESSLER SJ, DUNBAR SB, CHUNG ML, MOSER DK. Factors associated with perceived control and the relationship to quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2015; 14: 137-144. <https://doi.org/10.1177/1474515113519931>
23. BANERJEE T, LEE KS, BROWNING SR, HOPENHAYN C, WESTNEAT S, BIDDLE MJ et al. Limited Association between perceived control and health-related quality of life in patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2014; 29: 227-231. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31828b2b23>
24. DRACUP K, WESTLAKE C, ERICKSON VS, MOSER DK, CALDWELL ML, HAMILTON MA. Perceived control reduces emotional stress in patients with heart failure. *J Heart Lung Transplant* 2003; 22: 90-93. [https://doi.org/10.1016/s1053-2498\(02\)00454-0](https://doi.org/10.1016/s1053-2498(02)00454-0)
25. LIN CY, MILLER JL, LENNIE TA, BIDDLE MJ, MUDD-MARTIN G, HAMMASH M et al. perceived control predicts symptom status in patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2020; 35: 530-537, <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000684>
26. BARR PJ, SCHOLL I, BRAVO P, FABER MJ, ELWYN G, McALLISTER M. Assessment of patient empowerment – a systematic review of measures. *PLoS ONE* 2015; 10: e0126553. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126553>
27. WHO: World Health Organization 2020. WHO-QOL: Measuring quality of life. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-quality-of-life/en/>
28. KÖHLER AK, TINGSTRÖM P, JAARMA T, NILSSON S. Patient empowerment and general self-effi-

- cacy in patients with coronary heart disease: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2018; 19: 76, <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0749-y>
29. FAULKNER M. A measure of patient empowerment in hospital environments catering for older people. *J Adv Nurs* 2001; 34: 676-686, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01797.x>
 30. SMALL N, BOWER P, CHEW-GRAHAM CA, WHALLEY D, PROTHEROE J. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 263. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-263>
 31. FITZSIMONS D, STRACHAN PH. Overcoming the challenges of conducting research with people who have advanced heart failure and palliative care needs. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2012; 11: 248-254. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.12.002>
 32. PÉREZ-PALOMA P, GONZÁLEZ-URMENETA I, RODA-CASADO C, VÁZQUEZ-CALATAYUD M. Una revisión sistemática de las intervenciones para empoderar al paciente con insuficiencia cardíaca crónica en el entorno hospitalario. *An Sist Sanit Navar* 2020; 43: 393-403 . <https://doi.org/10.23938/ASSN.0925>
 33. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSSSI, 2020 https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf