

Una revisión sistemática de las intervenciones para empoderar al paciente con insuficiencia cardiaca crónica en el entorno hospitalario

A systematic review of interventions to empower patient with chronic heart failure in hospital environment

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0925>

P. Pérez Paloma¹, I. González Urmeneta¹, C. Roda-Casado¹, M. Vázquez-Calatayud^{1,2}

RESUMEN

El empoderamiento del paciente con insuficiencia cardiaca crónica (ICC) es clave para mejorar su calidad de vida, autonomía, autoestima, nivel de satisfacción y los costes sanitarios. El objetivo fue identificar las intervenciones de enfermería más efectivas para favorecer el empoderamiento del paciente con ICC en el medio hospitalario. Se seleccionaron ocho artículos para revisión (cuatro experimentales, dos cuasi-experimentales y dos revisiones sistemáticas). De su análisis se identificaron tres tipos de intervenciones: educativas, cognitivo-comportamentales y combinadas, siendo estas últimas las más efectivas. Se recomienda el uso del *Empowerment Questionnaire* como un instrumento válido y fiable para medir el empoderamiento del paciente con ICC hospitalizado. Dada la escasez de estudios, esta revisión aboga por futuras investigaciones que potencien e incluyan intervenciones combinadas mediante una escala válida, fiable y específica para medir el empoderamiento de los pacientes hospitalizados con ICC.

Palabras clave. Intervenciones. Empoderamiento. Enfermería. Insuficiencia cardiaca crónica.

ABSTRACT

The empowerment of patients with chronic heart failure (CHF) is key to improving their quality of life, autonomy, self-esteem, level of satisfaction and health-care costs. The aim was to identify the most effective nursing interventions to promote the empowerment of patients with CHF in the hospital context. Eight articles were selected for review (four experimental, two quasi-experimental and two systematic reviews). From their analysis, three types of interventions were identified: educational, cognitive-behavioral and combined, the latter being the most effective. The use of the Empowerment Questionnaire is recommended as a valid and reliable instrument to measure the empowerment of chronic hospitalized patients. Given the lack of studies on the phenomenon of interest, this review advocates for future research including combined interventions to empower hospitalized patients with chronic heart failure using a valid, reliable and specific scale.

Keywords. Interventions. Empowerment. Nursing. Chronic heart failure.

An. Sist. Sanit. Navar. 2020; 43 (3): 393-403

1. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.
2. IdiSNA, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra.

Recepción: 22/06/2020

Aceptación provisional: 24/09/2020

Aceptación definitiva: 09/11/2020

Correspondencia:

Cristina Roda-Casado
Clínica Universidad de Navarra
Av. Pío XII, 36
31008 Pamplona (Navarra)
E-mail: croda@unav.es

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas constituyen uno de los principales retos para los sistemas de salud de los países desarrollados debido a su creciente prevalencia, elevada tasa de mortalidad y alta frecuencia de hospitalizaciones¹. De ellas, las enfermedades cardiovasculares producen la mayor morbimortalidad en todo el mundo, siendo la insuficiencia cardiaca crónica (ICC) una de las más prevalentes², con alrededor de diez millones de pacientes en Europa y por encima de medio millón en España^{2,4}.

A nivel nacional, la ICC es la enfermedad que más muertes causa, alcanzando el 29,7% del total⁵, siendo la primera causa de hospitalización en personas mayores de 65 años^{3,4}. El 50% de los pacientes fallece antes de los cuatro años tras el diagnóstico y, si es severa, la mitad muere durante el primer año⁶. Según datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, esta enfermedad supone más de 100.000 ingresos hospitalarios al año⁷. Todo ello conlleva un elevado coste que supone entre el 1,5 y el 2% del total del gasto sanitario de nuestro país⁸.

La ICC se caracteriza por producir un gran número de síntomas que derivan en un deterioro progresivo del estado de salud y por presentar frecuentes y repentinas descompensaciones en su evolución, afectando de forma significativa a su bienestar físico, emocional, social, económico y espiritual⁹. Los pacientes con ICC tienen una situación de vida muy compleja que, habitualmente, manejan sin el apoyo de los profesionales sanitarios¹⁰.

Kendall y col¹¹ señalan que los pacientes, junto con una participación más activa, deben asumir los cambios necesarios para mejorar su calidad de vida y la responsabilidad de su cuidado. También la OMS apunta a la necesidad de que los profesionales promuevan un cuidado innovador con un enfoque educativo que empodere a los pacientes¹². En este contexto del cuidado, los profesionales de enfermería tienen un papel clave por su posición cercana y la labor que realizan en el seguimiento de este tipo de pacientes.

Ante esta necesidad surge el empoderamiento como una estrategia para que los pacientes abandonen su papel pasivo y participen activamente en su proceso de salud y mejoren su calidad de vida¹². Es importante distinguir el concepto de empoderamiento de otros términos, como autocuidado, participación del paciente y cuidado centrado en el paciente, cuyo significado es diferente¹² a pesar de haberse utilizado de manera indistinta. Para este trabajo se ha tomado como referencia la definición que propone la OMS, que concibe el empoderamiento como un proceso que permite a los pacientes ejercer un dominio sobre su salud individual, al aumentar sus capacidades para obtener un mayor control sobre las cuestiones que ellos mismos definen como importantes¹². Mediante este proceso, las personas observan una relación entre sus metas y el modo de alcanzarlas y un vínculo entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen¹³.

Desde esta perspectiva, se presenta el empoderamiento de los pacientes como una estrategia adecuada para mejorar su adherencia al tratamiento, producir cambios importantes en los hábitos de vida y una mayor satisfacción de la experiencia del paciente con respecto a los profesionales^{12,13}. Así, se podrá retrasar la progresión de la enfermedad, favorecer la autonomía de los pacientes y disminuir los reingresos hospitalarios, con el consiguiente ahorro de costes en el sistema sanitario^{8,12}.

Como señalan diversos autores, las estrategias diseñadas para educar y capacitar a los pacientes para mejorar su salud y cambiar el comportamiento necesario no siempre consideran a los pacientes como parte activa de su proceso^{9,14}. Este hecho tiene especial relevancia en el contexto hospitalario, donde las enfermeras pueden establecer una relación interpersonal con los pacientes/familia con ICC que propicie una práctica centrada en la persona y el desarrollo de intervenciones que favorezcan su empoderamiento¹⁰.

Por todo lo anterior, se plantea esta revisión con el objetivo de identificar cuáles son las intervenciones de enfermería más efectivas para favorecer el empoderamiento del paciente con ICC en el entorno hospitalario.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática siguiendo los estándares PRISMA¹⁵ relativos al diseño metodológico: protocolo, proceso de búsqueda, selección y síntesis de resultados. Se revisaron los estudios publicados en las principales bases de datos para dar respuesta al objetivo propuesto. En estas búsquedas, como se muestra en la figura 1, se combinaron los términos MeSH: *Intervención, Enfermería, Insuficiencia cardiaca, Empoderamiento* y sus sinónimos con los operadores booleanos *AND* y *OR* para incluir posibles variaciones utilizadas en la literatura. Además, se limitó la búsqueda por idioma (inglés o español), años de publicación (últimos 10 años) y población (adulta).

Para completar las búsquedas electrónicas, se revisaron las listas de referencias de los estudios seleccionados (técnica bola de nieve) y se realizaron revisiones manuales de los cinco últimos años de dos revistas de relevancia para el estudio del fenómeno de interés: *Journal of Cardiovascular Nursing* y *European Journal of Cardiovascular Nursing*.

Se seleccionaron estudios que cumplirían los criterios de inclusión: estudios experimentales y cuasi-experimentales sobre intervenciones de enfermería para empoderar al paciente adulto con ICC realizados en atención hospitalaria, y revisiones con metodología sistemática con suficiente rigor.

Tras revisar los estudios incluidos a través de las guías CONSORT¹⁶ para estudios experimentales, y la de Joanna Briggs¹⁷ para los cuasi-experimentales y revisiones sistemáticas, se analizó su calidad mediante la herramienta Cochrane¹⁸ que valora seis ítems: formación de los grupos; asignación aleatoria; enmascaramiento; índice de abandono, datos incompletos de los resultados y otros sesgos. Se realizó una revisión por pares de cada apartado y se determinó si existía riesgo de sesgo en los estudios, especificando si este era bajo, alto, o no había suficiente información para determinarlo. Asimismo, se clasificaron según el nivel de evidencia: A, si existía aleatorización con grupo control y enmascaramiento; B, si existía aleatorización sin enmascaramiento claro y definido; y C, si no se había llevado a cabo la aleatorización o se había realizado sin un adecuado enmascaramiento¹⁸.

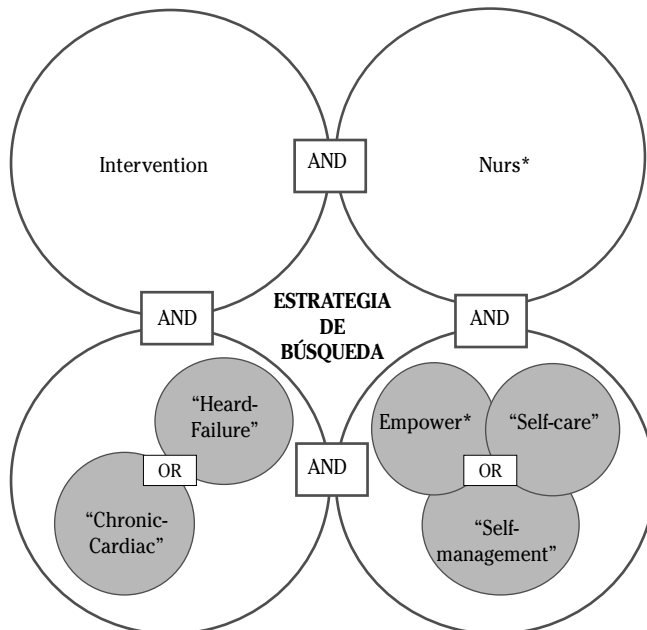


Figura 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS

Se identificaron 576 estudios que cumplían los criterios de búsqueda, a los que se añadieron cuatro más mediante revisión manual de las dos revistas de referencia y la técnica bola de nieve (Fig. 2). Se eliminaron 19 duplicados y, tras una primera lectura de los títulos y resúmenes, se seleccionaron 93 artículos. De estos se seleccionaron veinte tras lectura del texto completo, y de ellos se eliminaron doce por no cumplir los criterios de inclusión.

Se incluyeron en la revisión ocho artículos¹⁹⁻²⁶ (Tabla 1) de los que solo uno incluía el término empoderamiento¹⁹. Tres eran experimentales^{20,22,25}, tres cuasi-experimentales^{16,24,26} y dos revisiones sistemáticas^{23,21}, con una procedencia heterogénea: Suecia¹⁹, China²⁰, España²¹, Australia²², Canadá²³, Colombia²⁴, Vietman²⁵ y Estados Unidos²⁶.

A continuación se describen, a partir de los estudios revisados, qué interven-

ciones de enfermería se realizan para favorecer el empoderamiento del paciente con ICC en el entorno hospitalario, cuáles son sus principales características y qué instrumentos se proponen para evaluar su efectividad.

Intervenciones para empoderar al paciente con ICC en el entorno hospitalario

Las intervenciones identificadas en la literatura revisada fueron de tres tipos: educativas¹⁹⁻²⁵, cognitivo-comportamentales^{20,23,24} y combinadas^{20,23,24,26}.

Intervenciones educativas

Fueron las más recurrentes entre los estudios revisados y consisten en proporcionar conocimientos e información a los

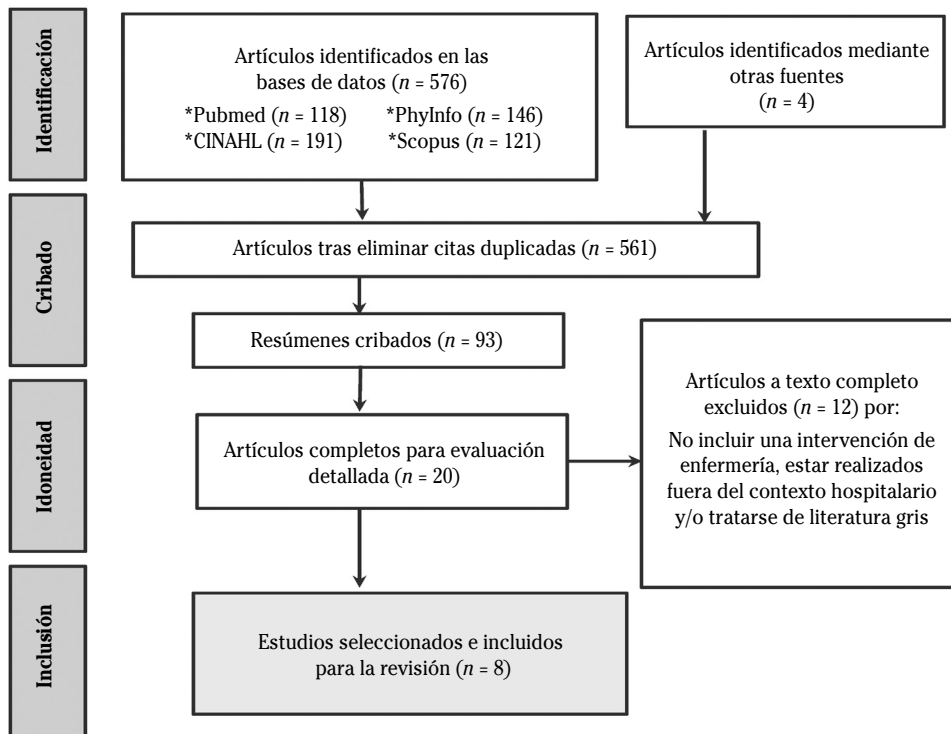


Figura 2. Proceso de selección de artículos: diagrama de flujo PRISMA.

Tabla 1. Características principales de los estudios incluidos en la revisión

Autor Año País	Diseño Muestra	Objetivo Intervención	Resultados	Riesgo de sesgo	Nivel de evidencia
<ul style="list-style-type: none"> Ross y col¹⁹ 2015 Suecia 	<ul style="list-style-type: none"> CE y cualitativo N=85 73 años 57% hombres 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la intervención educativa centrada en la persona sobre el empoderamiento y satisfacción de los pacientes con ICC Sesión educativa individualizada según las necesidades del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Mejora el empoderamiento de los pacientes ($p<0,01$) Aumenta la satisfacción de los pacientes ($p<0,01$) 	NA	NA
<ul style="list-style-type: none"> Cui y col²⁰ 2019 China 	<ul style="list-style-type: none"> EA N=96 56,6 años 33% hombres 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el impacto de un programa educativo sobre automanejo de la enfermedad, control de síntomas y reingresos hospitalarios en pacientes rurales chinos con ICC Sesiones educativas de 2h basadas en preocupaciones de paciente y familias. Seguimiento: 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Mejora el automanejo (administración y cumplimiento de la medicación, dieta, control sintomático y apoyo psicológico y social) ($p<0,01$) Disminuye la tasa de reingresos un 16,7% ($p<0,05$) 	Bajo	A
<ul style="list-style-type: none"> Oyanguren y col²¹ 2016 España 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión sistemática y metanálisis N=66 ECA 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el impacto de los programas de atención a pacientes con IC sobre reingresos y mortalidad Intervenciones educativas protocolizadas y evaluadas 	<ul style="list-style-type: none"> Disminuye la tasa de reingresos hospitalarios y la mortalidad ($p<0,05$) 	Bajo	B
<ul style="list-style-type: none"> Boyde y col²² 2018 Australia 	<ul style="list-style-type: none"> ECA N=200 64 años 73% hombres 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la efectividad de una intervención educativa en reingresos hospitalarios no planificados en pacientes con IC Sesiones educativas multimedia de 60-90 minutos (DVD, manual y discusión grupal) para evaluar las necesidades y crear un plan educativo. Seguimiento: 28 días, 3 y 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Disminuyen los reingresos hospitalarios ($p=0,005$) 	Bajo	B
<ul style="list-style-type: none"> Boisvert y col²³ 2015 Canadá 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión integrativa 42 estudios: 31 EA, 5 CE 6 piloto 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar las intervenciones de enfermería para mejorar el autocuidado en pacientes con IC Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> – educacionales (n=18) – cognitivo-comportamentales (n=14) – mixtas (n=10) 	<ul style="list-style-type: none"> Aumenta el autocuidado ($p<0,05$) y el conocimiento (ns) Disminuyen los reingresos hospitalarios (ns) 	Bajo	B
<ul style="list-style-type: none"> Camargo y col²⁴ 2013 Colombia 	<ul style="list-style-type: none"> CE N= 48 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar si la entrevista motivacional como intervención de enfermería es efectiva para promover el autocuidado en los pacientes con IC Entrevista motivacional 	<ul style="list-style-type: none"> Mejora la motivación intrínseca ($p=0,0207$) y el empoderamiento del paciente ($p<0,02$) 	NA	NA
<ul style="list-style-type: none"> Dinh y col²⁵ 2017 Vietnam 	<ul style="list-style-type: none"> ECA N= 140 80,2 años 44,6% mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> Examinar una intervención de autocuidado a pacientes con ICC Sesión educativa individual de 1h, folleto informativo, automedición del peso y seguimiento telefónico de 3 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Mejora el conocimiento ($p<0,001$) Disminuyen los reingresos hospitalarios 	Poco claro	B
<ul style="list-style-type: none"> Gonzaga²⁶ 2018 EEUU 	<ul style="list-style-type: none"> Pre-postest N=20 35% hombres 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la efectividad de un programa educativo centrado en el paciente sobre el manejo del autocuidado entre pacientes con IC en entornos subagudos Entrevista motivacional para evaluar lagunas de conocimiento y elaborar intervenciones educativas (15-30 minutos) Seguimiento: 6-12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Mejora el manejo y mantenimiento del autocuidado y la autoconfianza del paciente ($p<0,001$) 	NA	NA

CE: estudio cuasi-experimental; EA: ensayo aleatorizado; ECA: ensayo controlado aleatorizado; ICC: insuficiencia cardiaca crónica; IC: insuficiencia cardiaca; NA: no aplicable.

pacientes para que puedan elegir opciones saludables^{19-22,25} con respecto a su alimentación^{22,25}, y los servicios de salud que precisen durante el ingreso y tras el alta hospitalaria: un plan de ejercicios individualizado según tolerancia y estado físico del paciente²⁵, servicios de habilidades de automanejo^{20-22,25}, apoyo social^{20,21}, retroalimentación positiva²⁰, o asesoramiento de los pacientes que presentan trastornos mentales como depresión²⁰. Entre las habilidades de automanejo destacan: el peso diario^{20-22,25}, el cumplimiento de la medicación^{20-22,25}, el reconocimiento de signos y síntomas de descompensación cardiaca^{20,25} y de efectos adversos derivados de los fármacos^{20,25}. En algunos estudios se aborda el apoyo psicosocial, la participación social y comunitaria²¹ y el apoyo familiar continuo²⁰.

Los métodos que se utilizaron fueron, por orden de frecuencia, folletos y manuales informativos^{20,22,25}, vídeos^{20,22}, llamadas de seguimiento^{20,21,25}, peso para medición^{20,21,25}, tutoriales y fotografías^{20,22}, entrega de pastilleros, calendarios de medicación/citas²¹, sesiones grupales y diario de preguntas²⁰.

Cui y col²⁰ realizaron sesiones educativas de 2 horas basadas en las preocupaciones de paciente y familias para promover la comprensión de la enfermedad, educar a pacientes y familiares sobre el autocontrol, mantenimiento y el apoyo social y psicológico; observando una mejora significativa en el automanejo y la tasa de reingresos. Dinh y col²⁵ obtuvieron mejorías significativas en el conocimiento y autocuidado de los pacientes cardiacos tras la realización de dos sesiones educativas de 1 hora en planta, acompañadas de seguimiento telefónico al mes y utilización de la herramienta *Teach-back*, que consiste en proveer mensajes breves y sencillos pidiendo al paciente que los repita (Tabla 1).

Intervenciones cognitivo-comportamentales

Se dirigen a promover un cambio en el modo de pensar y de actuar de las personas con ICC²³ a través del intercambio de expe-

riencias entre pacientes a través de grupos focales²³; la acción-planificación que planifica y dirige el apoyo para favorecer el autocuidado²³; la concienciación de estados físicos y emocionales mediante ejercicios de reflexión²³ y la entrevista motivacional²⁴.

De estas intervenciones, la entrevista motivacional fue la más efectiva para promover el autocuidado, ya que un estudio cuasi-experimental realizado con 21 pacientes con IC en el contexto hospitalario obtuvo una mejoría significativa en el cumplimiento del régimen terapéutico, la capacidad de adaptación a la enfermedad y la búsqueda de ayuda ante la exacerbación de los síntomas ($p=0,0207$)²⁴. La entrevista motivacional consistió en una intervención terapéutica centrada en el paciente para generar un cambio de comportamiento, donde el entrevistador propicia un espacio de empatía y escucha reflexiva que permita a la persona explorar sus ambivalencias y discernir qué es o no beneficioso para su salud, siendo partícipe, autónomo y responsable de su proceso salud-enfermedad²⁴. Para ello, es clave que el personal de enfermería esté cualificado y que se vincule a la familia como medio de apoyo de modo que se empodera al paciente con ICC/familia y, en consecuencia, se consiguen cambios importantes en su autocuidado²⁴.

Intervenciones combinadas

Son aquellas que combinan las intervenciones educativas y las cognitivo-comportamentales^{23,24}. La revisión integrativa de Boisvert y col²³ concluyó que las intervenciones combinadas consiguen mayor autocuidado del paciente con ICC, ya que proporcionan al paciente no solo conocimientos e información para poder decidir la opción más saludable sino también acompañamiento y guía en el proceso de cambio, lo que sugiere una mayor efectividad en el empoderamiento del paciente. Es destacable que las intervenciones revisadas en ese estudio fueron heterogéneas en cuanto al número de sesiones (1-30), duración del seguimiento (2 semanas - 12 meses) y objetivos a alcanzar.

Características de las intervenciones de enfermería para el empoderamiento

Los tres tipos de intervenciones compartieron las siguientes características:

Enfoque holístico

Fue una de las características más relevantes y destacadas de las intervenciones^{19,20,23,24,26}. Considera a la persona como un todo y, por tanto, en las intervenciones se debe tener en cuenta a la persona en su totalidad, con todas sus esferas: física, emocional, mental, espiritual y social¹⁹⁻²⁶.

Carácter individualizado

Las intervenciones estaban basadas en las necesidades individuales de aprendizaje del paciente con ICC. De acuerdo a la evidencia revisada, estos pacientes necesitan conocer y comprender aspectos funcionales y del significado experiencial de su enfermedad, tales como el significado de vivir con IC, el control y manejo de la situación, los recursos disponibles, su automanejo y vuelta a la normalidad (tratamiento, ejercicio, nutrición y hobbies, entre otros). Estas necesidades de aprendizaje fueron cubiertas en la mayoría de las intervenciones de los estudios analizados^{19,20,22,24,26}.

Naturaleza contextual

Las intervenciones deberían tener en cuenta los numerosos factores que rodean al paciente que influyen en su actitud, conocimiento y comportamiento acerca de su enfermedad. Entre estos factores contextuales se encontraron, a nivel micro: el estado socioeconómico, el nivel de alfabetización y el apoyo familiar del paciente; a nivel meso, el apoyo ofrecido desde la institución para la transición del hospital al hogar; y a nivel macro, el modelo de cuidado del sistema sanitario regional y nacional^{19-21,24,26}.

Toma de decisiones compartida

Esta característica presente en las intervenciones de algunos de los estudios revisados²³⁻²⁶, permite que el profesional de

enfermería y el paciente participen conjuntamente en los acuerdos sobre una decisión de salud, habiendo discutido las opciones, sus beneficios y sus perjuicios y, tras considerar los valores, las preferencias y las circunstancias del paciente²³⁻²⁵.

Multidisciplinariedad

El carácter interdisciplinar de las intervenciones se apreció en dos de los estudios revisados^{20,21}, en las que participaron enfermeras, médicos y psicólogos, con el propósito de proporcionar una atención holística.

Instrumentos de evaluación de las intervenciones

La efectividad de las intervenciones se valoró con instrumentos de medida válidos y fiables que evalúan el cambio producido en el paciente en cuanto a su empoderamiento^{19,22,24,26}. En la literatura revisada se han identificado cuatro herramientas, cuyo contexto de aplicación y dimensiones utilizadas para su operacionalización se describen en la tabla 2: el instrumento *Self-Care for Heart Failure Index* (SCHFI v6.2) con alta fiabilidad y desarrollado en EEUU^{22,26}, la Escala Europea de Autocuidado en Colombia²⁴, la *Dutch Heart Failure Knowledge Scale* en Australia²² y el *Empowerment Questionnaire* (EQ) en Suecia¹⁹, instrumento válido y fiable para medir el empoderamiento del paciente crónico hospitalizado, adaptado al español²⁷ y validado en nuestro contexto en este tipo de pacientes²⁸. Todos los instrumentos son específicos, bien por el entorno en el que se desarrollan (hospitalización) o por el tipo de enfermedad de los pacientes a los que van dirigidos (IC). Sin embargo, solo uno de ellos evalúa las dimensiones del empoderamiento del paciente¹⁹, mientras los otros tres se centran en el autocuidado y/o conocimiento del paciente acerca de la IC^{22,24,26}.

Varios estudios^{20,22,23} incluyeron, además, medidas de resultado de salud y calidad de vida que reflejan si las intervenciones para empoderar al paciente con ICC fueron efectivas: la tasa de reingresos, la calidad de vida de los pacientes, las visitas a urgencias y mediciones psicosociales tras realizar la intervención.

Tabla 2. Instrumentos de medida de empoderamiento empleados en los artículos revisados

Referencias	Instrumentos	Contexto	Operacionalización	Fiabilidad
Ross y col ¹⁹	<i>Empowerment Questionnaire</i>	Específico: pacientes con enfermedades crónicas en hospitalización.	Escala de autoevaluación que determina el nivel de empoderamiento y verifica la validez de las intervenciones valorando si los pacientes perciben sentirse involucrados en la educación y si están relacionadas con su propia situación.	α : 0,97
Boyde y col ²² Dinh y col ²⁵ Gonzaga ²⁶	<i>Self-Care of Heart Failure Index v6.2</i>	Específico: pacientes con ICC.	Mide el mantenimiento, manejo y confianza del cuidado personal de los pacientes.	α : 0,89
Boyde y col ²² Dinh y col ²⁵	<i>Dutch Heart Failure Knowledge Scale</i>	Específico: pacientes con ICC.	Mide el conocimiento sobre la IC después de la intervención: conocimiento general, dieta, restricción de líquidos, tratamiento de la IC e identificación de síntomas.	α : 0,62
Camargo y col ²⁴	Escala Europea de Autocuidado	Específico: pacientes con ICC.	Evalúa el grado de autocuidado de los pacientes con IC.	α : 0,897

ICC: Insuficiencia Cardíaca Crónica; α : Coeficiente Alfa de Cronbach.

Los principales resultados se representan en la figura 3.

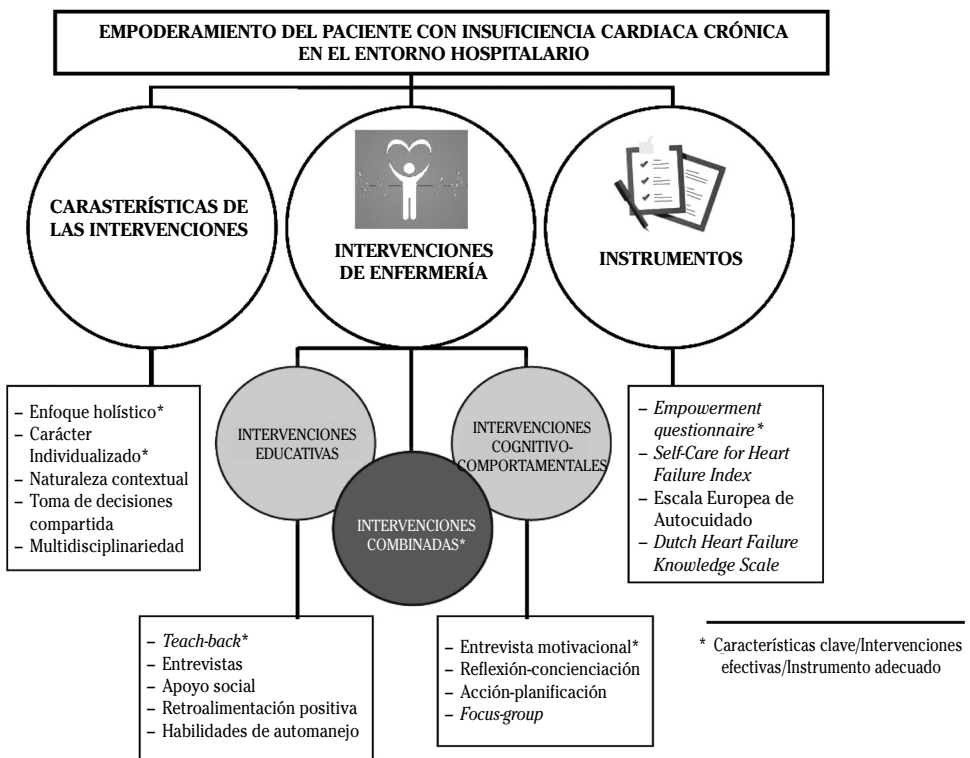


Figura 3. Resultados principales de la revisión.

DISCUSIÓN

A través de esta revisión, se han dado a conocer los hallazgos existentes en torno a las intervenciones de enfermería para empoderar al paciente con ICC en el entorno hospitalario. Más concretamente, se han identificado las intervenciones más efectivas, sus principales características y los instrumentos para evaluar su efectividad.

Los resultados de esta revisión ponen de manifiesto la escasez de estudios que implementen y evalúen este tipo de intervenciones. De los ocho estudios revisados, solo uno incluía el término empoderamiento¹⁹ pero, dada la escasez de literatura existente y la ambigüedad del término, se decidió analizar también la literatura que más se aproximara al fenómeno de interés, recuperando los siete estudios que abordaban el autocuidado y el automanejo, conceptos estrechamente relacionados.

Los estudios revisados sugieren que las intervenciones combinadas^{23,24} son las estrategias más efectivas y sostenibles para el empoderamiento del paciente con ICC a nivel hospitalario, ya que abordan de manera simultánea las dimensiones educativa, cognitiva y conductual, de modo que no solo se proporcionan al paciente conocimientos e información para poder decidir la opción más saludable, sino que se le acompaña y guía en el proceso de cambio de comportamiento²³. Este hallazgo refuerza la importancia de contar con perfiles enfermeros de práctica avanzada, como la gestora de casos o la *nurse navigator* en EEUU, que faciliten la transición del paciente con ICC a lo largo de todo su proceso, proporcionándole educación no sólo tras el alta hospitalaria, sino también antes y durante su hospitalización, garantizando así la continuidad de los cuidados y el empoderamiento de estos pacientes y sus familias²⁹. La efectividad de las intervenciones combinadas para empoderarlos podría entenderse a través de la teoría cognitiva-conductual que explica el comportamiento de las personas como la interacción recíproca entre cómo piensan y cómo actúan, pudiendo ser aprendidas³⁰. Se han identificado dos estrategias potencialmente útiles para ello: la herramienta

Teach-back^{19,25} y la entrevista motivacional^{23,24}, hallazgos que deben tratarse con cautela dadas las limitaciones metodológicas de los estudios. En los estudios cuasi-experimentales^{19,24,26} no se puede asegurar que los cambios descritos sean debidos a la propia intervención o a otros factores no controlados. En ninguno de los estudios experimentales incluidos^{20,22,25} se detalla la potencia estadística de la muestra para poder generalizar los resultados. Por ello, y dada su escasez, sería conveniente llevar a cabo futuros estudios experimentales que incluyan un muestreo aleatorio, un tamaño muestral suficiente y un seguimiento de la intervención a medio-largo plazo.

Otro hallazgo destacable es la caracterización de las intervenciones para empoderar al paciente de una forma efectiva, enfatizando su enfoque holístico e individualizado¹⁹⁻²⁶. Estos hallazgos son consistentes con los cambios que se han producido en las últimas décadas en el paradigma de la atención sanitaria, viéndose la enfermedad como una experiencia humana de salud que se integra en la vida de cada persona y que afecta a todo su bienestar. Las intervenciones en pacientes con ICC deben tener en cuenta su experiencia personal y el significado que la enfermedad tiene en sus vidas¹⁰. Dado que la ICC influye en la totalidad de la persona, es muy relevante integrar a la familia¹⁰; solo dos estudios indicaron la importancia de la familia como apoyo^{20,24} o como elemento para la mejora de la adherencia del paciente al autocuidado²⁶, pero ninguno profundizó en estas cuestiones. En respuesta a este vacío, se proponen futuros estudios que integren a la familia en el empoderamiento del paciente.

Aunque la escala SCHFI v6.2^{22,25,26}, con alta fiabilidad, ha sido la más utilizada en los estudios revisados, no parece válida para medir el empoderamiento del paciente con ICC, en tanto que únicamente evalúa dos dimensiones del mismo, el autocuidado y el conocimiento^{12,31}. Por su parte, el uso del cuestionario EQ se ha limitado a evaluar la satisfacción del paciente¹⁹. Dadas las limitaciones de los instrumentos empleados, al igual que Garcimartín y col³¹ se aboga por la realización de futuros estu-

dios de tipo intervención que empleen escalas válidas y sensibles como la EQ para evaluar el empoderamiento del paciente con ICC.

Entre las limitaciones de esta revisión es necesario señalar que los resultados obtenidos responden a la búsqueda de las principales bases de datos, habiéndose acotado a los diez últimos años y al idioma de publicación, pudiendo haber omitido algún estudio de interés para el tema abordado. Además, se debe mencionar el inconveniente de comparar los resultados de estudios con variables de resultado distintas y con muestras heterogéneas en cuanto a la edad, el género y el nivel educativo de los pacientes¹⁹⁻²⁶, la mayoría de los cuales han omitido variables como el estado funcional^{21,22,24-26} y la estancia hospitalaria^{9,21-26}, que podrían haber influido en los resultados. Sin embargo, la calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión se considera adecuada, ya que el total de los estudios experimentales han alcanzado un nivel B de evidencia. Incluso, aunque no se ha podido determinar la calidad de los estudios cuasi-experimentales de forma sistemática, se ha comprobado de manera crítica la adecuación en sus diseños. Teniendo todo ello en cuenta, los hallazgos de esta revisión han ayudado a identificar de manera tentativa las intervenciones más efectivas para empoderar al paciente con ICC y aquellos vacíos conceptuales y metodológicos que precisan ser cubiertos.

En conclusión, esta revisión ha constatado la escasez de investigaciones publicadas sobre intervenciones que empoderen al paciente con ICC a nivel hospitalario. No obstante, el potencial impacto de las mismas sobre los resultados de salud y calidad de vida de las personas y sus familias anima a seguir investigando en este campo. Es por ello que se considera necesario desarrollar estudios con una adecuada calidad metodológica que diseñen, implementen y evalúen a corto-largo plazo intervenciones combinadas, mediante una escala válida, fiable y específica, como el cuestionario EQ, que permita medir el empoderamiento del paciente hospitalizado con ICC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mundial: retos actuales. 2003. <https://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/>
2. DE LA FUENTE R, HERMIDA A, PAZO M, LADO F. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca: Proporciones de epidemia. *Anal Medic Int* 2007; 24: 500-504.
3. BERTOMEU V, CASTILLO J. Situación de la enfermedad cardiovascular en España. Del riesgo a la enfermedad. *Rev Esp Cardiol* 2008; 8: 2-9. [https://doi.org/10.1016/S1131-3587\(08\)76101-6](https://doi.org/10.1016/S1131-3587(08)76101-6)
4. SAYAGO I, GARCÍA F, SEGOVIA 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. LIMIA A, RIVERA S, RODRIGUEZ I. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones: enfermedades crónicas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, 2018. https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/VacGruposRiesgo/docs/Enfermedades_cronicas.pdf
6. NEGRÍN EXPÓSITO J, CORDIÉS JACKSON L, ROSELLÓ SILVA N, SÁNCHEZ RUIZ J, NEGRÍN VILLAVICENCIO JA. Insuficiencia cardíaca crónica. *Rev Cub Med* 2001.
7. DE SANTIAGO AM, LOBOS JM, PALOMO V. Guía de buena práctica clínica en insuficiencia cardiaca. Madrid: International Marketing & Communication SA, 2005. https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_cardiaca.pdf
8. DELGADO JF, OLIVA J, LLANO M, PASCUAL-FIGALE D, GRILLOF JJ, COMÍN-COLETG J et al. Costes sanitarios y no sanitarios de personas que padecen insuficiencia cardiaca crónica sintomática en España. *Rev Esp Cardiol* 2014; 67: 643-650. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.12.016>
9. PONIKOWSKI P, VOORS A, ANKER S, BUENO H, CLELAND JGF, COATS AJS et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. *Rev Esp Cardiol* 2016; 69: 1167-1185. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.10.014>
10. OLANO M, OROVIOGOICOECHEA C, ERRASTI B, SARACÍBAR M. The personal experience of living with chronic heart failure: a qualitative meta-synthesis of the literature. *JCN* 2016; 25: 2413-2429. <https://doi.org/10.1111/jocn.13285>
11. KENDALL S, WILSON P, PROCTER S, BROOKS F, BUUN F, GAGE H et al. The nursing contribution to chronic disease management: a whole systems approach. Hatfield: Queen's Printer and Controller of HMSO, 2010. http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1605-121_V01.pdf

12. 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>
13. MARTINEZ P. Empoderamiento y promoción de la salud. Manual del superviviente: 2015. <https://elfarmacologico.es/index.php/revista-el-farmacologico-el-farmacologico-joven/item/6142-empoderamiento-y-promocion-de-la-salud#>
14. MÁRMOL-LÓPEZ MI, MONTOYA IM, MONTEJANO R, ESCRIBANO-PÉREZ A, GEA-CABALLERO V, RUIZ-HONTANGAS A. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Publica* 2018; 92: e1-e15.
15. MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 2009; 6: e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>
16. MOHER D, HOPEWELL S, SCHULZ KF, MONTORI V, GÖTZSCHE PC, DEVEREAUX PJ et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ* 2010; 23: 340:c869. <https://doi.org/10.1136/bmj.c869>
17. TUFANARU C, MUNN Z, AROMATARIS E, CAMPBELL J, HOPP L. Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z (editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
18. HIGGINS JPT, ALTMAN DG, STERNE JAC. Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* The Cochrane Collaboration, 2011. <http://www.cochrane-handbook.org>
19. ROSS A, OHLSSON U, BLOMBERG K, GUSTAFSSON M. Evaluation of an intervention to individualise patient education at a nurse-led heart failure clinic: a mixed-method study. *J Clin Nurs* 2015; 24: 1594-1602. <https://doi.org/10.1111/jocn.12760>
20. CUI X, ZHOU X, MA L, SUN T, BISHOP L. A nurse-led structured education program improves self-management skills and reduces hospital readmissions in patients with chronic heart failure: a randomized and controlled trial in China. *Rural Remote Health* 2019; 9: 1445-1454. <https://doi.org/10.22605/RRH5270>
21. OYANGUREN J, LATORRE PM, TORCAL J, LEKUONA I, RUBIO S, MAULL E et al. Efectividad y determinantes del éxito de los programas de atención a pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática y metanálisis. *Rev Esp Cardiol* 2016; 69: 900-914. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.008>
22. BOYDE M, PETERS R, NEW N, HWANG R, HA T, KORCZYK D. Self-care educational intervention to reduce hospitalisations in heart failure: A randomised controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2018; 17: 178-185. <https://doi.org/10.1177/1474515117727740>
23. BOISVERT S, PROUX-BELHUMEUR A, GONÇALVES N, DORÉ M, FRANCOEUR J, GALLANI MC. Revisión de la literatura integradora acerca de intervenciones de la enfermería volcadas hacia el incremento del autocuidado entre pacientes con insuficiencia cardiaca. *Rev Lat-Am Enfermagem* 2015; 23: 753-768. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0370.2612>
24. CAMARGO MC, CÓRDOBA DN, GUIJO AM. La entrevista motivacional como intervención de enfermería para promover el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca en una institución de cuarto nivel en Bogotá, Colombia. *Investig Enferm Imagen Desarr* 2013; 15: 31-49. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagen-desarrollo/article/view/6023>
25. DINH H, BONNER A, RAMSBOTHAM J, CLARK R. Self-management intervention using teach-back for people with heart failure in Vietnam: A cluster randomized controlled trial protocol. *Nurs Health Sci* 2018; 20: 458-463. <https://doi.org/10.1111/nhs.12534>
26. GONZAGA MCV. Enhanced patient-centered educational program for hf self-care management in sub-acute settings. *Appl Nurs Res* 2018; 42: 22-34. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.03.010>
27. GARCIMARTÍN P, PARDO Y, VERDÚ JM, DELGADO P, ASTALS M, COMIN J. Adaptación transcultural al español del cuestionario Patient empowerment in long-term conditions. *Aten Primaria* 2017; 51: 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.009>
28. GARCIMARTÍN P, COMÍN-COLET J, PARDO-CLADELLAS Y, BADOSA N, LINAS A, ROSENFELD L et al. 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>
29. MONZA K, HARRIS D, SHAW C. The role of the nurse navigator in the management of the heart failure patient. *Crit Care Nurs Clin N Am* 2015; 27: 537-549. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.07.010>
30. GODIN G, BÉLANGER-GRAVEL A, MARTIN E, GRIMSHAW J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implement Sci* 2008; 3: 36. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-36>
31. GARCIMARTÍN P, JUVÉ-UDINA ME, DELGADO-HITO P. Del concepto de empoderamiento del paciente a los instrumentos de medida: una revisión integrativa. *Rev Esc Enferm USP* 2016; 50: 664-671. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500018>

