

Nivel de autocuidado de las personas con diagnóstico clínico de insuficiencia cardiaca

Level of self-care for people with a clinical diagnosis of heart failure

Autoras: M^a Natividad Izquierdo Fernández, M^a Cristina Pérez de Albeniz Gómez, Elena Aparicio Prieto, Esther Beraza Saldaña, Natalia Buldain Parra, M^a Teresa Arizaleta Beloqui.

Dirección de contacto: marizalb@cfnavarra.es

Fecha recepción: 02/02/2015

Aceptado para su publicación: 02/07/2015

Resumen

Objetivo. Conocer el nivel de autocuidado de las personas diagnosticadas de insuficiencia cardiaca en Barañain (Navarra). **Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo transversal que midió el nivel de autocuidado en 131 personas diagnosticadas de insuficiencia cardiaca, utilizando la Escala Europea de Autocuidado, (European Heart Failure Self-Care Behavior Escala). Analizamos la relación entre autocuidado y características clínicas y demográficas. **Resultados.** La puntuación media de autocuidado fue 29,41 (DE 8,4). Con puntuaciones que indicaban autocuidado correcto para la adherencia al tratamiento farmacológico (media 1,13) y vacunación antigripal (1,86); mejorable para dieta sin sal (2,15), y autocuidado deficiente para monitorización de peso (3,56), consulta por aumento de disnea (2,43) o aumento de peso (3,35) y realización regular de ejercicio físico (2,85). Encontramos relación estadísticamente significativa entre la edad avanzada y mejor nivel de autocuidado. Los hombres obtuvieron mejores puntuaciones que las mujeres y las personas dependientes mejores que las independientes, sin significación estadística. No hallamos relación entre el autocuidado y el resto de variables estudiadas. **Conclusiones.** El nivel medio de autocuidado es deficiente. Encontramos un seguimiento correcto de las indicaciones recibidas, pero un bajo nivel de reconocimiento de síntomas de descompensación clínica o manejo de los mismos.

Palabras clave

Insuficiencia cardiaca; Autocuidado; Atención Primaria de salud; Manejo de la enfermedad; Cuestionario.

Abstract

Objective. To know the level of self-care for people diagnosed with heart failure in Barañain, (Navarra). **Material and methods.** A literature review by searching between January and March 2014 in the databases Medline, ProQuest Health & Medical Complete, PsycINFO, PubMed and Cuiden. Time limit of 15 years. **Results.** Transversal descriptive observational study that measured the level of self-care in 131 people diagnosed with heart failure, using the European Self-Care Scale (European Heart Failure Self-Care Behavior Scale). We analyzed the relationship between self-care and clinical and demographic characteristics self-care is connected to an improvement in the results in both mortality rates, and the quality of life of patients suffering from chronic cardiac insufficiency or heart failure. **Conclusions.** The average level of self-care is poor. We found a right following the instructions received, but a low level of recognition of symptoms of clinical decompensation or managing them.

Key words

Heart failure; Self care; Primary Health care; Disease management; Questionnaire.

Categoría profesional y lugar de trabajo

(1-6) Enfermeras del centro de salud de Barañain (Navarra).

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad crónica de alta prevalencia en nuestro medio, cuya aparición marca con frecuencia la fase final de muchos procesos cardíacos, entre los que destacan la cardiopatía isquémica y la hipertensión. Su mortalidad es comparable a la de los procesos cancerosos más frecuentes, con cifras de supervivencia a los 4 años en muchos casos inferiores al 50% (1).

En sus estadios más avanzados produce gran incapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas que la sufren (2).

Es la principal causa de ingresos hospitalarios en mayores de 65 años. En los países desarrollados entre el 2,5 y el 4% del gasto sanitario se destina a este problema. El 70% corresponde a gastos de hospitalización (3).

La prevalencia en España según el estudio PRICE es del 6.8% en la población de más de 45 años y aumenta hasta el 16.1% en los mayores de 75 años (3).

Debido al aumento de la supervivencia de las personas con problemas cardíacos, se espera que la incidencia de la insuficiencia cardiaca siga aumentando en los próximos años. Esto hace que se esté convirtiendo en un problema de salud pública por su magnitud, la complejidad de su abordaje global y el coste económico y social de su atención.

Existe suficiente evidencia de que la optimización del tratamiento farmacológico junto con medidas multidisciplinarias de seguimiento y autocuidado del paciente, reducen significativamente la mortalidad y las hospitalizaciones, y mejoran la calidad de vida de los pacientes (4, 5).

Según la Guía Europea para la insuficiencia cardiaca (2012), los comportamientos de autocuidado para la insuficiencia cardiaca incluyen: adherencia a la medicación, dieta y ejercicio, monitorización y manejo de los síntomas, control del peso para detectar la retención de líquidos y búsqueda de asistencia sanitaria precoz cuando aparezcan los síntomas. Los pacientes que se implican de manera activa en su cuidado y tratamiento mejoran su supervivencia y disminuyen los ingresos hospitalarios (6, 7).

Riegel define el autocuidado como un proceso de toma de decisión naturalista que comprende tres factores relacionados entre sí: mantenimiento (hábitos saludables y adherencia), percepción e interpretación

de los síntomas y manejo de los mismos (8).

En este proceso de toma de decisiones, el conocimiento es solamente uno de los factores que afecta al autocuidado, éste se ve influido además por la experiencia, habilidades, estado funcional y cognitivo del paciente, así como por factores contextuales (9,10,11).

Es clave para el éxito del autocuidado integrarlo en la rutina de la vida diaria, donde a menudo los pacientes lo viven como una carga, y relatan sus dificultades para tomar decisiones en la vida real, cuando deben conjugar las demandas del autocuidado con sus roles sociales, familiares o laborales. Los pacientes consideran que entienden lo que hay que hacer pero necesitan ayuda sobre cómo llevarlo a cabo (10,12).

Otro elemento clave es la capacidad de reconocer los síntomas y responder adecuadamente a los mismos en el momento oportuno. Esta capacidad puede verse reducida por síntomas frecuentes en estas personas como dolor, disnea y cansancio o por limitaciones funcionales o cognitivas. (8, 11, 13).

El soporte social y el apoyo de los cuidadores familiares pueden mejorar los resultados del autocuidado contribuyendo a la adherencia, reconocimiento de los síntomas y toma de decisiones (11).

Con todo lo anterior, vemos que conseguir un adecuado nivel de autocuidado debe ser uno de nuestros objetivos principales en la atención a estos pacientes; pero a la vez nos hace tomar conciencia de las dificultades que entraña.

En el momento del estudio, no existía en nuestro centro un protocolo educativo o de promoción del autocuidado para las personas con insuficiencia cardiaca. En Navarra se está desarrollando la estrategia de Atención al paciente crónico y pluripatológico, dentro de la cual se contemplan actividades de promoción del autocuidado.

Consideramos interesante, previa a la implantación de dicho plan, conocer nuestra situación de partida, lo que nos permitiría descubrir las áreas prioritarias de actuación en el campo del autocuidado así como objetivar la mejoría conseguida, en su caso.

Para ello llevamos a cabo el presente estudio.

El objetivo del estudio fue conocer el nivel de autocuidado de las personas con insuficiencia cardiaca atendidas en el Centro de Salud de Barañain.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal.

Población de estudio

Todos los pacientes mayores de 40 años pertenecientes a la Zona Básica de Barañain (Navarra), con insuficiencia cardiaca de causa no reversible.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con episodio abierto de insuficiencia cardiaca, código CIAP K77, en su historia clínica de Atención Primaria.
- Pacientes hospitalizados en los años 2010 a 2012, en cuyo informe de alta figurase la insuficiencia cardiaca como diagnóstico, tanto en el diagnóstico principal como en cualquiera de los secundarios.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con insuficiencia cardiaca atribuible a una causa reversible, en situación de descompensación clínica o trasplantados.
- Personas en situación de final de vida, cuya esperanza de vida se estime menor de 6 meses.
- Personas diagnosticadas de demencia o enfermedad psiquiátrica severa.

Tamaño muestral

Se localizaron 171 pacientes, de los cuales 17 cumplían criterios de exclusión, 3 habían fallecido, 10 no aceptaron participar en el estudio, 4 no fueron localizados y 6 viven fuera.

La muestra final fue de 131 personas.

Instrumentos de recogida de datos

Para la medición del nivel de autocuidado se utilizó la Escala Europea de Autocuidado en insuficiencia cardiaca (EHFScBS), creada en 2003 por Jaarsma y col. (14). La escala consiste en un cuestionario autoadministrado que aborda diferentes aspectos del

autocuidado. Se trata de una escala tipo likert de 1 a 5, (completamente de acuerdo a completamente en desacuerdo). La puntuación va de 12 a 60 puntos y puntuaciones más altas indican peor autocuidado.

Variables

Se recogieron las siguientes variables socio demográficas:

- Edad: variable cuantitativa.
- Sexo: variable categórica binaria.
- Nivel educativo: variable categórica con 5 categorías (Sin estudios/ Primarios/ Bachiller/ Universitarios/ NA)
- Convivencia, variable categórica con 5 categorías (Vive solo/ Vive en pareja y/o con hijos/ Otra familia, amigos/ En comunidad, otros/ NA)

Variables clínicas

- Grado NYHA en el momento de realización del cuestionario: variable categórica con 4 categorías (GF I/ GF II/ GF III/ GF IV).
- Factores de riesgo cardiovascular por antecedentes de diabetes, HTA, tabaquismo, IMC > 30, dislipemia: Variables categórica con 3 categorías (Sí/ No/ NA).
- Comorbilidad: enfermedad vascular cerebral, insuficiencia renal, anemia, EPOC, depresión, demencia, enfermedad oncológica, enfermedad tromboembólica. Variables categórica (Sí/ No)
- Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Variable cuantitativa.
- Nivel de dependencia: medido mediante índice de Barthel. Variable categórica con 5 categorías (1: 100 puntos independiente, 2: 60 - 95 dependiente leve, 3: 35 - 55 dependiente moderado, 4: 20 - 30 dependiente grave, 5: 0 - 15 dependencia total).

Recogida de datos

La captación fue telefónica, se concertó una entrevista en la que los pacientes recibieron informa-

ción oral y por escrito sobre el estudio, y sobre la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento. Los dispuestos a participar firmaron consentimiento informado.

El cuestionario de autocuidado se cumplimentó en un momento posterior, en el domicilio del paciente o centro de salud en función de la capacidad funcional del paciente.

Análisis estadístico

La descripción de las variables cuantitativas se realizó mediante medias y desviaciones típicas o medianas y rango intercuartílico, según la normalidad y la naturaleza de las variables, y la de las variables categóricas mediante frecuencias y porcentajes.

Para estimar la proporción de pacientes con niveles adecuados de autocuidado global y para cada ítem, se utilizó la proporción muestral junto con intervalos de confianza al 95%.

Para estudiar la relación entre el nivel de autocuidado y otras características cuantitativas del paciente, incluido grado de dependencia funcional, se utilizaron estadísticos de correlación (Spearman, Pearson) y modelos de regresión lineal múltiple, incluyendo variables de ajuste, y para estudiar la relación entre nivel de autocuidado y variables categóricas del paciente, se emplearon técnicas bivariantes (Anova, Kruskal-Wallis) que también se complementaron mediante modelos de regresión lineal múltiple.

Aspectos éticos

La participación en el estudio fue voluntaria e informada.

Se garantizó asimismo de la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos.

El estudio recibió informe favorable del Comité Ético de Investigación Clínica del Departamento de Salud de Navarra. Fue clasificado como Estudio Posautorización con Otros Diseños diferentes al de seguimiento prospectivo por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

RESULTADOS

La edad media de los participantes fue de 75.15 años, con predominio de las mujeres (53,4%).

La mayoría (73,3%), vivían en familia, y tenían estudios primarios (65,6 %).

Casi la mitad de los pacientes, 49,6 % habían sido diagnosticados hacía más de 5 años.

La mitad de los pacientes (50,4%), estaban en grado funcional II, según la clasificación NYHA.

El 67,9 % eran independientes, y el 31,4 % tenían algún grado de dependencia para las actividades de la vida diaria (**Tabla 1**).

El 78,6 % de los pacientes tenían HTA. La fibrilación auricular y la cardiopatía isquémica estaban presentes en el 45,8 % y el 37,4 % de los pacientes respectivamente.

La comorbilidad fue lo habitual, el 58,1% de los pacientes tenía más de 4 comorbilidades, la media de comorbilidades fue de 3,17 (**Gráfico 1**).

	Media	Desviación estándar	
EDAD	75,16	12,8	
		Frecuencia	Porcentaje
SEXO			
	MUJERES	70	53,4%
	VARONES	61	46,6%
NIVEL EDUCATIVO			
	SIN ESTUDIOS	9	6,9%
	PRIMARIOS INCOMPLETOS	86	65,6%
	BACHILLER	26	19,8%
	ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	9	6,9%

GRADO FUNCIONAL NYHA			
	GF I	32	24,4%
	GF II	66	50,4%
	GF III	25	19,1%
	GF IV	8	6,1%
ÍNDICE BARTHEL			
	INDEPENDIENTE	89	67,9%
	DEPENDENCIA. LEVE	34	26%
	DEPENDENCIA MODERADA	6	4,6%
	DEPENDENCIA GRAVE	1	0,8%
TIEMPO DESDE EL DIAGNOSTICO			
	<12 meses	15	11,6%
	13-36 meses	33	25,6%
	37-60 meses	17	13,2%
	>60 meses	64	49,6%
ANTECEDENTES			
	HTA	103	78,6%
	FIBRILACIÓN AURICULAR	60	45,8%
	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	49	37,40%
COMORBILIDAD			
	DISLIPEMIA	69	52,7%
	OBESIDAD	51	38,9%
	DIABETES	45	34,4%
	INSUFICIENCIA RENAL	42	32,1%
	DEPRESIÓN	31	23,7%

Tabla 1. Características de la muestra.

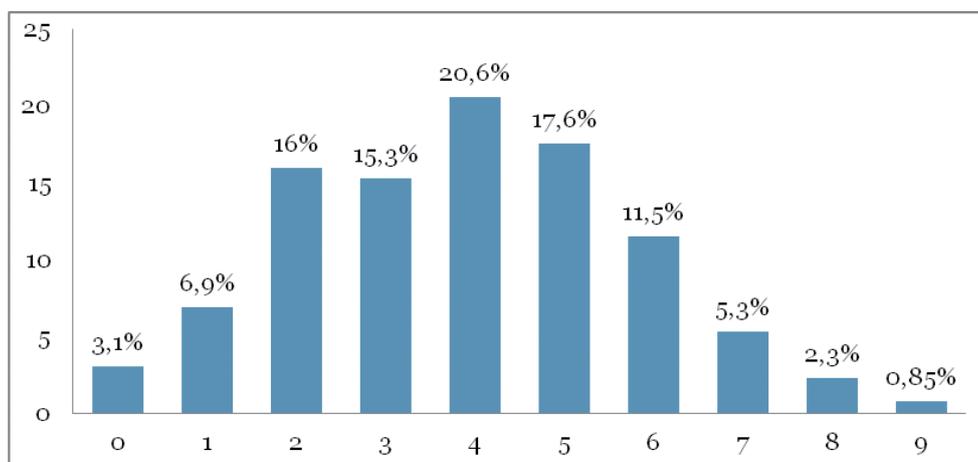


Grafico 1. Número de comorbilidades por paciente

La puntuación media global en el nivel de autocuidado fue de 29,4 puntos. Los varones obtuvieron una puntuación algo más baja, lo que indicaría un mejor autocuidado, con 28,49 puntos frente a los 30,18 de las mujeres. Sin embargo la diferencia no era estadísticamente significativa.

En la **Tabla 2** se muestran las puntuaciones de la Escala Europea de Autocuidado, la puntuación media y desviación estándar de manera global y por sexos.

Debajo, la media y desviación estándar de cada uno de los ítems de la escala.

El rango de puntuaciones va de 12 a 60. Siendo 12 la cifra que indica el mejor nivel de autocuidado.

Encontramos que la adherencia correcta a la medicación es la conducta de autocuidado más seguida por nuestros pacientes, con una puntuación media de 1,13. Le siguen las puntuaciones referentes a la vacunación antigripal y el reposo diario, con medias de 1,86 y 1,62 respectivamente.

En el otro extremo tenemos las medidas de autocuidado relativas al control del peso, son las que indican un menor grado de seguimiento con unas puntuaciones medias de 3,56 y 3,35.

	N	Media	DE
GLOBAL	128	29,41	8,47
PUNTUACION POR SEXO			
Mujeres	69	30,18	8,07
Hombres	59	28,49	8,89
PUNTUACION POR ITEM			
		Media	DE
10. Tomo toda la medicación como me han indicado		1,13	0,6
7. Reposo un rato durante el día		1,62	1,1
11. Me vacuno contra la gripe todos los años		1,86	1,5
9. Realizo una dieta baja en sal		2,15	1,4
2. Si siento ahogo (disnea), me paro y descanso		2,26	1,6
8. Si experimento aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi doctor o enfermera		2,41	1,6
3. Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi doctor o enfermera		2,43	1,6
4. Si mis pies /piernas comienzan a hincharse más de lo habitual contacto con mi doctor o enfermera		2,8	1,6
12. Hago ejercicio regularmente		2,85	1,5
6. Limito la cantidad de líquidos que bebo (no más de 1,5-2l)		3,18	1,7
5. Si aumento 2kg en una semana, contacto con mi doctor o enfermera		3,35	1,7
1. Me peso cada día		3,56	1,29

Tabla 2. Puntuación escala europea de autocuidado (EHFScBS).

Si analizamos los resultados observando las respuestas obtenidas en cada uno de los ítems vemos que una mayoría contestan “siempre”, en las conductas de adherencia a la medicación, vacunación antigripal y reposo durante el día.

En torno a la mitad de la muestra, con porcentajes muy cercanos al 50%, consultan siempre por disnea o cansancio, hacen dieta baja en sal. Pero cerca de un 30% no lo hace nunca o casi nunca.

La realización de ejercicio de manera regular, la consulta por edemas o aumento de peso, es un

comportamiento que hacen siempre un tercio de las personas con insuficiencia cardiaca. Es mayor el número de personas que nunca llevan a cabo estas medidas de autocuidado

El menor porcentaje de respuestas “lo hago siempre” es para: “me peso cada día”, solamente el 9,2% de los pacientes dice hacerlo, y más del 50% no lo hace nunca o casi nunca (**tabla 3**).

	Siempre-----Nunca				
OPCION ELEGIDA	1	2	3	4	5
10-Tomo medicación.	94,7%	1,5%	0,8%	2,3%	0,8%
11-Vacuna gripe.	74,8%	3,1%	0,8%	3,8%	17,6%
7-Reposo durante el día.	72,5%	9,9%	6,1%	6,1%	5,3%
2-Me paro si disnea.	54,2%	9,9%	6,9%	9,2%	18,3%
9-Dieta baja en sal.	51,1%	15,3%	14,5%	6,1%	13%
8-Consulta por cansancio.	49,6%	9,9%	5,3%	18,3%	16,0%
3-Consulta por disnea.	48,1%	10,7%	6,1%	18,3%	16,0%
12-Ejercicio regular.	29,8%	15,3%	15,3%	19,8%	19,8%
4-Consulta por edemas.	38,9%	8,4%	6,9%	22,1%	22,1%
6-Limito líquidos.	29%	13,7%	6,9%	10,7%	39,7%
5-Consulta por aumento peso.	29,8%	5,3%	6,1%	16,8%	41,2%
1-Control peso.	9,2%	13,7%	18,3%	29,8%	29%

Tabla 3. Puntuaciones por opción elegida en cada ítem (EHFScBS).

Como se muestra en las **tablas 4 y 5**, se encontró una correlación negativa entre el nivel de autocuidado y la edad. A mayor edad, menor puntuación en la escala de autocuidado, es decir, mejor autocuidado.

No se halló correlación entre las puntuaciones globales obtenidas en la escala de autocuidado y sexo, nivel educativo, tiempo de diagnóstico ni grado funcional NYHA.

		Edad	Tiempo de diagnóstico
Autocuidado	Correlación de Pearson	-,317**	-,078
	Sig. (bilateral)	,000	,388
	N	128	126

Tabla 4. Correlación autocuidado y variables edad o tiempo de diagnóstico

GRADO NYHA	N	Subconjunto para alfa = 0.05	NIVEL EDUCATIVO	N	Subconjunto para alfa = 0.05
		Puntuación escala autocuidado			Puntuación escala autocuidado
3	25	28,04	Sin estudios	9	28,33
2	64	28,42	Primarios	85	28,42
4	8	30,75	Universitarios	8	29,00
1	31	32,19	Bachiller	25	32,92
Sig.		,431	Sig.		,476

Tabla 5. Puntuación en escala (EHFScBS) según grado funcional o nivel educativo.

Respecto a la relación entre el grado de autocuidado y el nivel de dependencia medido con la escala de Barthel, aunque no hubo diferencias significativas, la puntuación obtenida por personas con algún

grado de dependencia es menor, lo que indica una tendencia hacia que las personas dependientes reciben mejores cuidados de los que se proporcionan los que son independientes (**tabla 6**).

	N	Media	DE
Independientes	87	30,15	8,312
Dependientes	40	27,38	8,301

Tabla 6. Autocuidado según dependencia

DISCUSIÓN

La distribución de la muestra por edad y sexo fue similar a la de otros estudios realizados en Atención Primaria (18,20), hallándose mayor número de mujeres y una media de edad más alta que los hallados en trabajos realizados en atención especializada (17,18).

En cuanto a la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, la cardiopatía isquémica es más prevalente en las personas atendidas en cardiología. HTA, diabetes y dislipemia presentan en otros estudios prevalencias similares a las halladas en este trabajo (15,19).

Podemos concluir que nuestra población no difiere en cuanto a la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular de las estudiadas en otros trabajos de nuestro ámbito, mientras que es diferente del perfil de los pacientes atendidos en consultas de cardiología.

En cuanto al nivel de autocuidado, la Escala Europea de Autocuidado (EHFScBS) no define un punto de corte que separe el autocuidado correcto del que no lo es. Si una persona responde "siempre" o "casi siempre" en todos los ítems, obtendría como máximo 24 puntos.

Un trabajo sobre seguimiento telefónico a pacientes con insuficiencia cardiaca (20), consideró una puntuación de 22 o menor, como criterio para el alta del servicio a sus pacientes. González (17), califica la puntuación de 24,4 puntos obtenida en su estudio como un grado de autocuidado moderado.

Jaarsma (21), en un meta análisis que evalúa el autocuidado en 15 países, define como bajo autocuidado la elección de las opciones 3,4 y 5 de la escala.

Con estos criterios definimos la puntuación media de autocuidado de nuestros pacientes (29,41 puntos), como correspondiente a un bajo nivel de autocuidado.

La puntuación obtenida en nuestro estudio, indica peor autocuidado que la del resto de trabajos analizados (Anexo 4), excepto en el caso del realizado por Velazquez en Atención Primaria de Zaragoza (15). Consideramos que esta última población reúne unas características similares a las del presente estudio.

Nosotros hallamos que a mayor edad el autocuidado era mejor, lo que concuerda con trabajos de Lupón, Cameron y Riegel (18,22,23).

Las mujeres obtuvieron peor puntuación, aunque fue una diferencia no significativa; edad avanzada y ser mujer se relacionan con peor autocuidado, en uno de los estudios analizados (24).

Registramos una adherencia muy alta al tratamiento farmacológico, con una puntuación media de 1,1; similar a la de estudios realizados en unidades de insuficiencia cardiaca tras intervenciones educativas (17).

Asimismo las puntuaciones medias en vacunación antigripal y el hábito de descansar a lo largo del día indicaban un buen seguimiento, si consideramos como hemos señalado arriba que puntuaciones 1 y 2 corresponden a un autocuidado alto.

El seguimiento de una dieta baja en sal y la realización de ejercicio físico oscila entre los diferentes estudios, situándose nuestros pacientes en una situación media (15, 17, 18,26).

En el meta análisis mencionado anteriormente (21), la conclusión general fue que el autocuidado en personas con insuficiencia cardiaca esta en niveles subóptimos y necesita ser mejorado en todas partes. En todas las muestras analizadas la mayoría de los pacientes comunicaban tomar la medicación según estaba prescrita. Los niveles de ejercicio fueron bajos en 16 de las 21 muestras y la monitorización del peso fue irregular, en 16 de ellos menos de la mitad de los pacientes se pesaba regularmente. En los datos de

España, la monitorización del peso se considero baja en el 78% de los pacientes, en nuestro caso 76,1 %.

La restricción de sodio variaba mucho a lo largo de los países, entre el 18 y el 91 % decían no seguir una dieta baja en sal. En España, solo el 25 % realiza de manera regular una dieta baja en sal, en nuestro estudio el 51% dice realizarla siempre.

Menos de uno de cada tres pacientes con insuficiencia cardíaca reconocen los síntomas y toman iniciativas apropiadas en respuesta a los mismos (22).

Dentro de este marco, nuestros pacientes obtienen puntuaciones similares o mejores a las de otros estudios en los ítems que hacen referencia al seguimiento de instrucciones o prescripciones concretas. Pero obtienen puntuaciones peores en aquellas que tienen que ver con las medidas de monitorización y reconocimiento temprano de síntomas de descompensación (17, 18, 24, 26).

A mayor edad encontramos mejor autocuidado, nuestra hipótesis es que el aumento de las comorbilidades y el mayor contacto con los profesionales de Atención Primaria pueden aumentar los conocimientos y la implicación de los pacientes en su cuidado.

Las mujeres obtienen peores resultados, creemos que los factores culturales pueden jugar un papel en este resultado, ellas tienden a priorizar el cuidado de los otros frente al propio.

Encontramos que las personas con algún nivel de dependencia obtienen mejores puntuaciones de autocuidado, aunque la diferencia no es significativa, consideramos que señala una situación real y es el apoyo de los cuidadores y la mejoría que ese apoyo conlleva para la persona que cuidan.

Creemos que estos resultados son un reflejo fiel del tipo de atención prestada a las personas con insuficiencia cardíaca en nuestro centro; les proporcionamos información, les damos instrucciones, pero no los estamos capacitando para reconocer los síntomas de descompensación, ni para buscar ayuda ante los mismos.

Una posible limitación del estudio se debe a que la muestra de pacientes se ha extraído en parte a partir de las altas hospitalarias, puede no ser representativa de toda la población, es probable que estén más representadas las personas con un nivel más avanzado de la enfermedad.

En el centro de salud de Barañain hay codificados como insuficiencia cardíaca, la mitad de los casos esoperados de acuerdo a la población que atendemos.

CONCLUSIONES

El nivel de autocuidado en nuestros pacientes es deficiente cuando lo analizamos de manera global. Con un análisis pormenorizado vemos que la puntuación obtenida indica que los pacientes son "buenos cumplidores" de prescripciones e instrucciones recibidas; pero no hacen una valoración de sus síntomas de empeoramiento o descompensación, ni pueden, por tanto actuar de forma correcta cuando aparecen.

Los resultados de este trabajo nos proporcionan una base de información sobre la que podemos empezar a trabajar en la capacitación de las personas con insuficiencia cardíaca, conociendo algo más sobre los elementos del autocuidado que deben ser promovidos y sobre las personas a las que debe enfocarse nuestro trabajo educativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur J Heart Fail. agosto de 2012;14(8):803-69.
2. La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardíaca: visión desde atención primaria de salud [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://0-www.sciencedirect.com/precise.petronas.com.my/science/article/pii/S021391111200009X>
3. Anguita Sánchez M, Crespo Leiro MG, de Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso-Pulpón L, Muñoz García J. Prevalencia de la insuficiencia cardíaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. Revista Española de Cardiología. octubre de 2008;61(10):1041-9.
4. Lee CS, Moser DK, Lennie TA, Riegel B. Event-Free Survival in Adults with Heart Failure who Engage in Self-Care Management. Heart Lung. 2011;40(1):12-20.
5. Rodríguez Artalejo F, Guallar-Castillón P, Montoto Otero C, Conde Herrera M, Carreño Ochoa C, Tabuenca Martín AI, et al. [Self-care behavior and patients' knowledge about self-care predict rehospitalization among older adults

- with heart failure]. *Rev Clin Esp.* junio de 2008; 208(6):269-75.
6. Granger BB, Ekman I, Granger CB, Ostergren J, Olofsson B, Michelson E, et al. Adherence to medication according to sex and age in the CHARM programme. *Eur J Heart Fail.* 11 de enero de 2009; 11(11):1092-8.
 7. Wal MHL van der, Veldhuisen DJ van, Veeger NJGM, Rutten FH, Jaarsma T. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *Eur Heart J.* 6 de enero de 2010; 31(12):1486-93.
 8. Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *J Cardiovasc Nurs.* 13 de marzo de 2015;
 9. Strachan PH, Currie K, Harkness K, Spaling M, Clark AM. Context matters in heart failure self-care: a qualitative systematic review. *J Card Fail.* junio de 2014; 20(6):448-55.
 10. Gallacher K, May CR, Montori VM, Mair FS. Understanding patients' experiences of treatment burden in chronic heart failure using normalization process theory. *Ann Fam Med.* junio de 2011; 9(3):235-43.
 11. Clark AM, Spaling M, Harkness K, Spiers J, Strachan PH, Thompson DR, et al. Determinants of effective heart failure self-care: a systematic review of patients' and caregivers' perceptions. *Heart.* mayo de 2014; 100(9):716-21.
 12. Granger BB, Sandelowski M, Tahshjain H, Swedberg K, Ekman I. A qualitative descriptive study of the work of adherence to a chronic heart failure regimen: patient and physician perspectives. *J Cardiovasc Nurs.* agosto de 2009; 24(4):308-15.
 13. Jeon Y-H, Kraus SG, Jowsey T, Glasgow NJ. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10:77.
 14. Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail.* junio de 2003; 5(3):363-70.
 15. Velazquez T. AB, Calidad de vida y autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca: una visión desde atención primaria: Tesis Doc. Universidad de Zaragoza, 2008. 289 pág.
 16. Galindo Ortego G, Cruz Esteve I Real Gatiús J. Pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en Atención Primaria: envejecimiento, comorbilidad y polifarmacia. *Aten Primaria.* 2011; 43:61-7.
 17. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herberos J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. *Revista Española de Cardiología.* febrero de 2006; 59(2):166-70.
 18. Lupón J, González B, Mas D, Urrutia A, Arenas M, Domingo M, et al. Patients' self-care improvement with nurse education intervention in Spain assessed by the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs.* marzo de 2008; 7(1):16-20.
 19. González-Juanatey JR, Alegría Ezquerro E, Bertoméu Martínez V, Conthe Gutiérrez P, de Santiago Nocito A, Zsolt Fradera I. Insuficiencia cardiaca en consultas ambulatorias: comorbilidades y actuaciones diagnóstico-terapéuticas por diferentes especialistas. Estudio EPISERVE. *Revista Española de Cardiología.* junio de 2008; 61(6):611-9.
 20. Seguimiento telefónico enfermero a pacientes con insuficiencia cardiaca [Internet]. [citado 12 de marzo de 2013]. Recuperado a partir de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33806/1/606877.pdf>
 21. Jaarsma T, Strömberg A, Ben Gal T, Cameron J, Driscoll A, Duengen H-D, et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Educ Couns.* julio de 2013; 92(1):114-20.
 22. Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Stewart S. Self-care behaviours and heart failure: does experience with symptoms really make a difference? *Eur J Cardiovasc Nurs.* junio de 2010; 9(2):92-100.
 23. Riegel B, Lee CS, Albert N, Lennie T, Chung M, Song EK, et al. From novice to expert: confidence and activity status determine heart failure self-care performance. *Nurs Res.* abril de 2011; 60(2):132-8.
 24. Pulignano G, Del Sindaco D, Minardi G, Tarantini L, Cioffi G, Bernardi L, et al. Translation

and validation of the Italian version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. julio de 2010;11(7):493-8.

25. Peters-Klimm F, Freund T, Kunz C, Laux G, Frankenstein L, Müller-Tasch T, et al. Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: a cross-sectional study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 18 de abril de 2012;
26. Kato N, Ito N, Kinugawa K, Kazuma K. Validity and reliability of the Japanese version of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs*. diciembre de 2008; 7(4):284-9.