

Autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca¹

Ana Paula da Conceição²

Mariana Alvina dos Santos³

Bernardo dos Santos⁴

Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz⁵

Objetivo: describir el comportamiento de autocuidado y sus factores asociados en una muestra de pacientes brasileños con insuficiencia cardíaca. Método: estudio transversal descriptivo, con muestra no probabilística de 116 pacientes ambulatorios en tratamiento para la insuficiencia cardíaca. El autocuidado se evaluó por la Self-Care of Heart Failure Index, (puntuaciones ≥ 70 puntos=autocuidado adecuado). Se aplicaron pruebas de asociación, con un nivel descriptivo de 0,05. Resultados: la edad media de los participantes fue de 57,7 (desviación estándar=11,3) años; 54,3% hombres; escolaridad media de 5,5 (desviación estándar=4,0) años de estudio y 74,1% en clase funcional II-III. Las medias de las puntuaciones en las subescalas de la Self-Care of Heart Failure Index, indicaron autocuidado inadecuado (mantenimiento del autocuidado: 53,2 (desviación estándar=14,3), gestión del autocuidado: 50,0 (desviación estándar=20,3) y confianza del autocuidado: 52,6 (desviación estándar=22,7)) y bajas frecuencias de participantes con autocuidado adecuado (mantenimiento del autocuidado (6,9%), gestión del autocuidado (14,7%) y confianza del autocuidado (19%). Las puntuaciones más altas de la Self-Care of Heart Failure Index se asociaron con: fracción de eyección ventricular izquierda reducida ($p=0,001$), más larga experiencia con la enfermedad ($p=0,05$) y acompañamiento conjunto del profesional médico y enfermero ($p=0,007$). Conclusión: se necesitan inversiones para mejorar la conducta de autocuidado y la enfermería puede desempeñar un papel relevante en esta mejora.

Descriptores: Autocuidado; Insuficiencia Cardíaca; Enfermería.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Sono, autocuidado e qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca", presentada en la Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Estudiante de maestría, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Enfermera, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil.

³ Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ MSc, Estadístico, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondencia:

Ana Paula da Conceição
Rua Dr. Maurício de Lacerda, 411, Apto. 42
Bairro: São Judas
CEP: 04303-191, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: apauladaconceicao@gmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

El autocuidado en las enfermedades crónicas es relacionado con el mantenimiento del nivel adecuado del bienestar físico y psicológico, disminución de la morbilidad y de la mortalidad y del uso y costo de los servicios de salud, aumento de la satisfacción del paciente, mejora de la sensación de control y de la calidad de vida, razones por las cuales el autocuidado es la preocupación central en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas⁽¹⁾.

El concepto de autocuidado ha evolucionado con los años. Se asocia con la autonomía, independencia y responsabilidad individuales de conductas saludables, así como para el desarrollo de actividades necesarias para gestionar y controlar las condiciones de salud⁽²⁻³⁾.

La experiencia de la enfermedad requiere que las personas integren prácticas y recomendaciones al autocuidado, a fin de mantener el mejor bienestar posible. La promoción del autocuidado es fundamental en la enfermedad crónica puesto que implica actividades y habilidades que un individuo debe aprender y utilizar para mejorar su calidad de vida⁽³⁾.

Las enfermedades crónicas son las principales causas de mortalidad en el mundo, y la insuficiencia cardíaca se destaca como una de las principales causas de hospitalización, además de las altas tasas de morbilidad y mortalidad en muchos países⁽⁴⁾. La Insuficiencia Cardíaca (IC) es hoy uno de los principales problemas de salud pública en Brasil, y su naturaleza compleja y progresiva a menudo resulta en efectos adversos, tales como la alta tasa de reingresos hospitalarios y mortalidad, lo que podría reducirse si había autocuidado adecuado⁽⁵⁾.

En la IC, autocuidado se refiere a conductas que las personas utilizan para mantener su salud (mantenimiento del autocuidado) y las decisiones que toman sobre el empeoramiento de los síntomas cuando ocurren (gestión del autocuidado)⁽²⁾. El mantenimiento del autocuidado implica la adhesión a las recomendaciones farmacológicas, al consumo de una dieta baja en sal, abandono del consumo de tabaco, consumo limitado de alcohol, control diario de peso y de señales o síntomas y descompensación de la IC. En esta perspectiva, autocuidado es un proceso de toma de decisiones que los pacientes utilizan en la selección de los comportamientos que mantienen la estabilidad fisiológica, y la respuesta a los síntomas cuando ocurren⁽²⁾.

El autocuidado se ha sido objeto de investigación en salud y herramientas para su evaluación se han

desarrollado. En revisión sistemática⁽⁶⁾, que tuvo por objeto identificar los instrumentos para medir el autocuidado en pacientes con IC, se identificaron 14 instrumentos de los cuales dos habían sido sometidos a rigurosas pruebas psicométricas: *European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale* (EHFScBS) y *Self-Care of Heart Failure Index* (SCHFI). Los dos instrumentos evalúan diferentes aspectos de la conducta de autocuidado y han sido validados para su uso en Brasil⁽⁷⁾. La EHFScBS tiene como objetivo evaluar el reconocimiento de los signos y síntomas de descompensación y la toma de decisiones en la aparición de estos síntomas; SCHFI, a su vez, además de evaluar el reconocimiento y las actitudes para mejorar los signos y síntomas de descompensación clínica, incluye aspectos relacionados con cuánto que el individuo se siente seguro para realizar actividades relacionadas con el autocuidado⁽²⁾.

Estudios recientes indican que el autocuidado en muestras de pacientes con IC es inadecuado⁽⁷⁻¹⁰⁾ y que personas que participaron de programas educativos de autogestión mostraron un mejor comportamiento de autocuidado⁽¹¹⁾. Características sociodemográficas y clínicas típicas de la IC se describen en la literatura como variables que influyen en el autocuidado de los pacientes con IC⁽¹²⁾. Aspectos culturales y nivel de educación también se mencionan como factores que pueden influir en el comportamiento de autocuidado en diferentes países⁽¹²⁻¹³⁾.

En Brasil, el comportamiento de autocuidado es poco estudiado y las variables que influyen en el autocuidado son aún poco exploradas en esta población, lo que motivó este estudio. Conocer el comportamiento del autocuidado en muestras de brasileños con IC contribuye a la comprensión de este fenómeno y para que los enfermeros reconozcan comportamientos que necesitan ser modificados o excluidos para controlar mejor la enfermedad y en consecuencia, una mejor calidad de vida para las personas con IC.

Teniendo en cuenta lo anterior, los objetivos de este estudio fueron describir el comportamiento del autocuidado de los pacientes adultos con IC, a través del SCHFI, versión brasileña; y analizar el autocuidado basado en ciertas variables sociodemográficas, clínicas y tipo de acompañamiento.

Método

El estudio observacional transversal se llevó a cabo con los datos obtenidos mediante entrevista personal de muestra no probabilística de 116 pacientes adultos que

reciben tratamiento ambulatorio para la IC, en el período de abril a septiembre de 2013. Para el reclutamiento, los investigadores previamente revisaron los archivos de los pacientes potencialmente elegibles. Los que cumplieron los criterios de inclusión fueron invitados a participar del estudio, con explicación del estudio y presentación del Consentimiento Informado (CI). Se incluyeron todos los que aceptaron participar de la investigación en el periodo predeterminado.

El estudio se realizó en un ambulatorio de un hospital público de enseñanza, especializado en cardiología, en la ciudad de São Paulo, Brasil. Este ambulatorio tiene un enfoque multidisciplinario para el acompañamiento de los pacientes clínicamente estables. La consulta de enfermería se realiza habitualmente a los pacientes que necesitan optimización terapéutica, así como una guía general sobre la enfermedad, control de los síntomas y adherencia al tratamiento, siguiendo las directrices de la III Directriz Brasileña de Insuficiencia Cardíaca Crónica⁽¹⁴⁾. Sin embargo, debido al número insuficiente de enfermeros, este servicio no se ofrece a todos los pacientes que utilizan el servicio. El equipo médico se refiere a los cuidados de enfermería sólo los pacientes con descompensación clínica, dificultad de adhesión al régimen terapéutico y aquellos con necesidad de optimización y mejor control del régimen terapéutico.

Los criterios de inclusión fueron: estar matriculado regularmente en lo ambulatorio de IC de la institución donde se recogieron los datos; ser mayor o igual a 18 años, confirmación de diagnóstico médico de IC, con clase funcional I, II o III, de acuerdo con la clasificación de la NYHA⁽¹⁴⁾, y condiciones clínicas que permitiesen participar en las entrevistas. Fueron excluidos los pacientes con trastornos psiquiátricos, enfermedades oncológicas, enfermedades infecciosas con repercusiones sobre en el estado general o enfermedades endocrino-metabólicas sin tratamiento (por ejemplo, *diabetes mellitus* o enfermedades de las tiroides); pacientes en postoperatorio inmediato (hasta 60 días después de la operación) de cualquier procedimiento quirúrgico, condiciones que podrían interferir con el comportamiento normal de autocuidado.

El comportamiento de autocuidado se evaluó utilizando la versión brasileña del *Self-Care of Heart Failure Index - v 6.2* (SCHFI)⁽⁷⁾. El SCHFI es una medida de autocuidado compuesta de 22 ítems divididos en tres escalas: mantenimiento del autocuidado (10 ítems), gestión del autocuidado (6 ítems) y confianza del autocuidado (6 ítems). Las puntuaciones de cada escala de dominio varían de 0

a 100 puntos, calculados a partir de la transformación de las puntuaciones puras (cada ítem de la escala varía de 1-4). Las puntuaciones más altas reflejan un mayor autocuidado y puntuaciones ≥ 70 puntos para cada subescala indican autocuidado adecuado⁽²⁾. La versión brasileña de la SCHFI obtuvo estimaciones razonables de fiabilidad y validez⁽⁷⁾. En el presente estudio, el coeficiente alfa de Cronbach para el total de la SCHFI fue de 0,70, y en las subescalas varió de 0,40 a 0,74. De acuerdo a las directrices de uso del SCHFI⁽²⁾, la subescala "gestión del autocuidado" debe aplicarse sólo a los pacientes que reportaron dificultad para respirar o hinchazón en los tobillos en el mes previo a la aplicación del instrumento.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se consideraron edad, género, educación, raza (según el historial clínico del paciente, de conformidad con las categorías descritas por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística - IBGE); convivencia civil, situación laboral (auto-reporte para la situación laboral actual). Las variables clínicas estudiadas fueron: clase funcional de la IC (según la evaluación de los investigadores en el momento de la recogida de datos, siguiendo la directriz establecida por la New York Heart Association - NYHA⁽¹⁴⁾), Fracción de Eyección Ventricular Izquierda (FEVI) (según consta en registro del informe del ecocardiograma), etiología de la IC (según consta en el historial clínico del paciente), tiempo de experiencia con la enfermedad (auto-reporte de tiempo en años de descubrimiento y tratamiento de la IC y/o consulta a la historia clínica, siendo considerada la fecha de lo primero registro de diagnóstico de IC), aspecto cognitivo (Mini Examen del Estado Mental - MEEM⁽¹⁵⁾) y comorbilidad (Índice de Comorbilidad de Charlson - ICC)⁽¹⁶⁾, clasificado como bajo (puntuación 1-2), moderado (3-4) y alto (≥ 5) índice de comorbilidad⁽¹⁶⁾. También se evaluó el tipo de acompañamiento recibido por el paciente (si acompañado exclusivamente por el médico o por el médico y enfermero).

Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva; la asociación de la SCHFI con variables de interés se realizó con un modelo de ANCOVA, mediante el control de deterioro cognitivo. Todos los análisis se realizaron con SPSS®, versión 17, y el nivel de significación fue de 5%.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la institución donde se llevó a cabo (Protocolo 145.630 - 2012) y todos los participantes firmaron el Consentimiento Informado.

Resultados

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas y clínicas de los participantes.

La tabla 2 muestra las estadísticas descriptivas para las escalas mantenimiento del autocuidado (mantenimiento), gestión del autocuidado (gestión) y confianza en el autocuidado (confianza). Las proporciones de pacientes con autocuidado adecuado (puntuación ≥ 70 puntos) fueron: mantenimiento=6,9%, gestión=14,7% y confianza=19%.

Las Tablas 3, 4 y 5 muestran los resultados de las pruebas de asociación entre las variables seleccionadas y la SCHFI. En la escala mantenimiento del autocuidado, atención prestada por los médicos y enfermeros ($p=0,007$) se asoció con un mejor autocuidado (Tabla 3). En la subescala gestión del autocuidado, fracción de eyección ($p=0,001$) y más larga experiencia con la enfermedad ($p=0,05$) se asociaron con un mejor

autocuidado (Tabla 4). No hubo asociación de las variables con la subescala confianza en el autocuidado (Tabla 5).

La fracción de eyección tuvo correlación negativa no significativa con las puntuaciones en el mantenimiento del autocuidado ($r=-0,143$; $p=0,102$), y el tiempo de experiencia con la enfermedad no tuvo correlación significativa con el mantenimiento del autocuidado ($r=0,068$; $p=0,435$).

Las pruebas de correlación entre las puntuaciones de gestión del autocuidado y fracción de eyección resultaron en correlación negativa significativa ($r=-0,361$; $p=0,001$). La correlación de gestión del autocuidado y tiempo de experiencia con la enfermedad fue positiva pero no significativa ($r=0,239$; $p=0,052$).

No hubo correlación significativa entre las puntuaciones de confianza en el autocuidado y fracción de eyección ($r=0,029$; $p=0,816$), o tiempo de experiencia con la enfermedad ($r=-0,142$; $p=0,136$).

Tabla 1 - Caracterización sociodemográfica, clínica y tipo de acompañamiento de los participantes (N=116). São Paulo, SP, Brasil, 2014

Variables	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	N	%
Edad (años)	57,7	11,3	20	81		
Educación (años de estudio)	5,5	4,0	0	20		
Tiempo de experiencia con la enfermedad (en meses)	46,7	42,4	2	149		
Fracción eyección (%)*	40,4	12,9	20	73		
Género						
Masculino					63	54,3
Femenino					53	45,7
Raza						
Blanco					69	59,5
Negro					31	26,7
Marrón					16	13,8
Convivencia civil					70	60,3
Situación laboral						
Trabaja					26	22,4
Desempleado					16	13,8
Jubilado o pensionista					61	52,6
Licencia por enfermedad					13	11,2
Clase funcional de la IC (New York Heart Association)						
I					30	25,9
II					54	46,5
III					32	27,6
Deterioro cognitivo					52	44,8
Etiología de la IC						
Miocardiopatía dilatada					47	40,5
Miocardiopatía chagásica					44	37,9
Miocardiopatía isquémica					13	11,2
Miocardiopatía aclarar					12	10,3
Alto nivel de comorbilidad ICC†					30	25,9
Tipo de acompañamiento						
Consulta con el médico					61	52,6
Consulta con el médico y enfermero					55	47,4

*No hay datos de un paciente

†Índice de Comorbilidad de Charlson

Tabla 2 - Estadística descriptiva de la *Self-Care Heart Failure Index*, versión brasileña (N=116). São Paulo, SP, Brasil, 2014

	N	Media	Desviación estándar	IC 95%	Mediana
Mantenimiento del autocuidado					
1. ¿Usted se pesa?	116	1,9	0,9	[1,7;2,1]	2,0
2. ¿Se comprueba si se hinchan los tobillos?	116	2,9	1,1	[2,7;3,1]	3,5
3. ¿Intenta evitar enfermarse (por ejemplo: vacunarse contra la gripe, evitar el contacto con personas enfermas)?	116	3,0	1,2	[2,8;3,3]	4,0
4. ¿Realiza alguna actividad física?	116	1,5	0,9	[1,3;1,7]	1,0
5. ¿Es frecuente en las consultas con el médico o enfermero?	116	2,9	1,4	[2,7;3,2]	4,0
6. ¿Ingiere una dieta baja en sal?	116	3,4	1,0	[3,2;3,6]	4,0
7. ¿Se ejercita durante 30 minutos?	116	1,5	1,0	[1,3;1,7]	1,0
8. ¿Se olvida o deja de tomar cualquiera de sus medicamentos?	116	3,3	0,8	[3,2;3,5]	3,0
9. ¿Pide alimentos con poca sal cuando come fuera o visita a alguien?	116	1,4	0,9	[1,2;1,6]	1,0
10. ¿Se utiliza un sistema (caja de pastillas, recordatorios) para ayudarle a recordar sus medicamentos?	116	2,9	1,3	[2,6;3,2]	4,0
Puntuación total - mantenimiento del autocuidado	116	50,5	15,7	[47,6;53,4]	54,9
Gestión del autocuidado*					
11. ¿Con qué rapidez se les reconoce como un síntoma de insuficiencia cardíaca?	68	2,7	1,4	[2,3;3,1]	3,0
12. Reducir el sal en su dieta	68	2,5	1,1	[2,2;2,8]	3,0
13. Reducir la ingesta de líquidos	68	2,5	1,2	[2,2;2,8]	3,0
14. Tomar un diurético más	68	1,6	1,0	[1,3;1,9]	1,0
15. Contactar a su médico o enfermero para orientación	68	3,1	1,0	[2,8;3,3]	3,0
16. Piense en uno de los recursos anteriores que ha intentado la última vez que tuvo problemas para respirar o tobillos hinchados. ¿Seguro que esta característica le ayudó?	68	1,4	1,6	[1,0;1,8]	0,0
Puntuación total - gestión del autocuidado	68	50,0	20,3	[45,0; 54,9]	50,0
Confianza en el autocuidado					
17. ¿Estar libre de los síntomas de la insuficiencia cardíaca?	116	2,4	0,9	[2,2;2,6]	2,0
18. ¿Sigue el tratamiento recomendado?	116	3,1	0,6	[3,0;3,3]	3,0
19. ¿Evaluar la importancia de los síntomas?	116	2,6	0,8	[2,4;2,7]	2,5
20. ¿Reconocer los cambios en la salud, caso ocurran?	116	2,7	0,8	[2,6;2,9]	3,0
21. ¿Hacer algo que puede aliviar sus síntomas?	116	2,5	0,8	[2,3;2,7]	2,0
22. ¿Evaluar si un medicamento funciona?	116	2,8	0,7	[2,7;3,0]	3,0
Puntuación total - confianza en el autocuidado	116	58,1	18,2	[54,8;61,3]	55,6

*Los datos de la subescala gestión del autocuidado son menores porque la escala se administra sólo a los pacientes con síntomas de insuficiencia cardíaca en el último mes.

Tabla 3 - Análisis de asociación entre las variables seleccionadas y la *Self-Care Heart Failure Index*, subescala mantenimiento del autocuidado, versión brasileña (N=116). São Paulo, SP, Brasil, 20-p

Variables	Mantenimiento del autocuidado			
	Media	Desviación estándar	Mediana	Valor p*
Género				0,542
Masculino	49,5	16,5	49,9	
Femenino	51,8	14,8	53,3	
Raza				0,835
Blanco	50,5	16,2	50,0	
Negro	51,6	14,4	53,3	
Marrón	48,9	17,0	50,0	
ICC†				0,268
Bajo	46,0	13,6	50,0	
Moderado	51,1	15,6	50,0	
Alto	53,4	17,2	51,7	
NYHA				0,515
I	50,9	16,7	53,3	
II	48,8	14,3	50,0	
III	53,2	17,1	53,3	
Tipo de atención a la salud				0,007
Consulta médica y de enfermería	54,8	14,6	56,6	
Consulta médica	46,7	15,8	49,9	

*Prueba de ANCOVA

†Índice de Comorbidad de Charlson

Tabla 4 - Análisis de asociación entre las variables seleccionadas y la *Self-Care Heart Failure Index*, subescala gestión del autocuidado, versión brasileña (N=116). São Paulo, SP, Brasil, 2014

Variables	Mantenimiento del autocuidado			Valor p*
	Media	Desviación estándar	Mediana	
Género				0,663
Masculino	48,0	22,1	35,0	
Femenino	52,1	18,2	40,0	
Raza				0,271
Blanco	52	20,3	50,0	
Negro	44,7	18,8	40,0	
Marrón	50,5	22,9	45,0	
ICC†				0,942
Bajo	46,1	21,5	50,0	
Moderado	50,1	20,2	45,0	
Alto	53,7	19,7	57,5	
NYHA				0,069
I	41,2	16,2	30,0	
II	45,4	21,5	37,5	
III	57,2	18,1	57,5	
Tipo de atención a la salud				0,098
Consulta médica y de enfermería	55,4	20,1	45,0	
Consulta médica	45,4	19,5	35,0	

*Prueba de ANCOVA

†Índice de Comorbidad de Charlson

Tabla 5 - Análisis de asociación entre las variables seleccionadas y la *Self-Care Heart Failure Index*, subescala confianza en el autocuidado, versión brasileña (N=116). São Paulo, SP, Brasil, 2014

Variables	Mantenimiento del autocuidado			Valor p*
	Media	Desviación estándar	Mediana	
Género				0,832
Masculino	57,7	17,8	61,1	
Femenino	58,7	18,8	66,7	
Raza				0,924
Blanco	58,6	19,2	66,7	
Negro	57,7	18,5	66,7	
Marrón	56,9	13,0	61,2	
ICC†				0,546
Bajo	55,3	17,8	66,7	
Moderado	59,9	17,9	66,7	
Alto	57,0	19,2	58,4	
NYHA				0,478
I	58,3	19,2	66,7	
II	59,7	17,0	66,7	
III	55,4	19,2	55,6	
Tipo de atención a la salud				0,969
Consulta médica y de enfermería	58,3	16,8	61,1	
Consulta médica	58,0	19,4	66,7	

*Prueba de ANCOVA

†Índice de Comorbidad de Charlson

Discusión

En este estudio, las medias de las puntuaciones obtenidas en las escalas de mantenimiento, gestión y confianza en el autocuidado de la SCHFI, versión 6.2, fueron todas por debajo de 70 puntos (Tabla 2), que es el límite mínimo de puntuación indicativo de

autocuidado adecuado. Estos resultados son similares a los de estudios en otros países^(8-10,17-19). En otro estudio con muestra de brasileños residentes del Estado de Río Grande do Sul, el mantenimiento del autocuidado (47,0; desviación estándar=28,3)⁽⁷⁾ y la confianza en el autocuidado (58,0; de=25,5)⁽⁷⁾ fueron similares a este estudio. (50,0; de=20,3 y 58,1; de=18,2,

respectivamente, como se muestra en la Tabla 2). Sin embargo, no ocurrió lo mismo con la gestión del autocuidado, que, en el mencionado estudio, tuvo una puntuación media de 57,0 (de=14,3)⁽⁷⁾ y en ese 50,5 (de=15,7; Tabla 2). Se resalta que, en el estudio de comparación⁽⁷⁾, se excluyeron los pacientes con deterioro cognitivo y todos habían participado en al menos una consulta de enfermería. En este estudio, 44,8% de los pacientes tenían deterioro cognitivo y 52,6% no han pasado por consulta de enfermería (Tabla 1). Estos factores pueden haber contribuido a las diferencias entre los dos estudios.

La proporción de autocuidado adecuado (6,9%), en la escala manteniendo del autocuidado en este estudio, fue menor que la observada en otros estudios, en los que la proporción varió desde 14,5 hasta 52,0%^(9-10,17-21). El contenido de la escala de mantenimiento del autocuidado trata de comportamientos para mantener la estabilidad fisiológica⁽²⁾. La participación en programas multidisciplinarios para el control de los síntomas es una estrategia habitualmente llevada a cabo en otras realidades⁽²²⁾, diferentes de la realidad de la población de este estudio (52,6% reciben solamente asistencia médica), lo que podría explicar los resultados con respecto al mantenimiento del autocuidado. Esta observación puede ser reforzada por los resultados de este estudio, que mostraron que los pacientes acompañados también por lo enfermero tuvieron puntuaciones significativamente más altas en el mantenimiento del autocuidado ($p=0,007$) (Tabla 3).

Entre los elementos de la subescala mantenimiento del autocuidado, las puntuaciones medias más bajas fueron para los comportamientos: "¿Realiza alguna actividad física?", "¿Se ejercita durante 30 minutos?" e "¿Pide alimentos con poca sal cuando come fuera o visita a alguien?" (Tabla 2). Estos resultados son similares a los de otros estudios, demostrando que lo bajo nivel de actividad física y la ingesta excesiva de sodio son comunes entre los pacientes con IC, a pesar de las posibles diferencias culturales^(9-10,18,23). El bajo nivel de actividad física puede estar relacionado con la intolerancia a la actividad y la exacerbación de los síntomas a los esfuerzos, común en pacientes con IC, y la falta de programas de promoción de actividades físicas por los pacientes con IC, en nuestro medio.

En la escala gestión del autocuidado, que se ocupa de las respuestas del paciente a los síntomas cuando ocurren, la proporción de pacientes con el autocuidado adecuado (14,7%) fue mayor que la encontrada en muestra de australianos (12,0%)⁽⁶⁾ y tailandeses (5,0%)⁽¹⁷⁾, pero

inferior que la encontrada en muestras de italianos (24,4%)⁽⁹⁾, de canadienses (21,0%)⁽²¹⁾ y de chinos (34,9%)⁽¹⁰⁾.

El ítem "Tomar un diurético más" tuvo una de las puntuaciones más bajas en la escala gestión del autocuidado (Tabla 2), lo que puede haber contribuido a la puntuación media en esta escala ha caído muy por debajo del adecuado, como se observa en otros estudios^(7,9-10). En el ambulatorio, donde se llevó a cabo esta investigación, recomendar el uso de diurético extra, así como en otros países⁽⁹⁻¹⁰⁾, no es una práctica habitual.

Las puntuaciones más altas en la gestión del autocuidado se asociaron con menor fracción de eyección ($p=0,001$) y se esperaba que la experiencia más larga con la enfermedad estuviera asociada con un mejor desempeño en la gestión del autocuidado, lo que no ocurrió ($r=0,239$; $p=0,052$). Estudios con muestras más grandes podrían revelar correlación significativa entre estas variables, lo que sería coherente con el modelo teórico de la SCHFI. Este modelo se basa en la toma de decisiones naturalista, donde la toma de decisiones depende de la experiencia y del conocimiento que se ha desarrollado a través de la experiencia⁽²⁾. Para los pacientes con IC, la clave para la toma de decisiones naturalista es el reconocimiento de los síntomas, lo que explicaría las puntuaciones más altas en gestión del autocuidado en pacientes con una experiencia más larga con la enfermedad⁽²⁾. El cuidado requiere habilidades para aprender, comprender, interpretar y responder, siendo la toma de decisiones un proceso importante para la gestión en salud⁽²⁴⁾. En este estudio, el deterioro cognitivo estuvo presente en la mayor parte de la población evaluada (52%), que posiblemente puede haber contribuido a bajas puntuaciones en la escala del autocuidado. Una revisión sistemática mostró que los pacientes con IC tienen desempeño cognitivo significativamente peor que los controles sanos y pacientes con cardiopatías isquémicas⁽²⁵⁾. Dada la importancia de la toma de decisiones sobre la teoría del autocuidado en la IC, la cognición es una variable importante a considerarse. El deterioro cognitivo tiene prevalencia relevante en esta población. Por lo tanto, conocer el comportamiento de autocuidado en los pacientes con IC y con deterioro cognitivo puede dirigir lo enfermero para la elección de las mejores estrategias educativas para ayudar a este paciente adquirir y mantener el autocuidado adecuado.

Aunque la situación de autocuidado en la muestra del presente estudio sea preocupante, los pacientes que también fueron acompañados por personal de enfermería, no sólo por el médico, mostraron puntuaciones más altas en la escala de mantenimiento del autocuidado

y de gestión del autocuidado en pruebas de asociación (Tablas 3 y 4). Para interpretar mejor los resultados obtenidos sería necesario disponer de datos sobre las razones por las cuales ciertos pacientes son remitidos para su acompañamiento por lo enfermero. Debido a la baja disponibilidad de personal de enfermería para la demanda de pacientes, se supone que son referidos los pacientes que tienen más dificultad para controlar la enfermedad, lo que puede hacer que sea más difícil lograr el autocuidado adecuado. Además, se observó que las instrucciones de enfermería que se practican en el sitio de estudio se centraron en quejas específicas por los pacientes sin una orientación teórica, como la del autocuidado en la IC, que proporciona estructura para el establecimiento de programas enfocados para desarrollar el autocuidado, integrando las dimensiones de mantenimiento y gestión⁽²²⁾. Las intervenciones que se centran en los comportamientos específicos de autocuidado son más eficaces que los programas generales de educación⁽²³⁾. El papel clave de lo enfermero es la educación del paciente para el reconocimiento precoz de los síntomas, para las mejores decisiones a ser adoptadas en la presencia de síntomas y evaluación de la eficacia de las acciones tomadas.

La proporción de pacientes con la debida confianza en el autocuidado adecuado (19,0%) fue similar a los estudios realizados en países desarrollados: Italia (21,2%)⁽⁹⁾ y Canadá (22,0%)⁽²¹⁾. La confianza en el autocuidado requiere habilidades cognitivas que impactan directamente en el proceso de toma de decisiones terapéuticas y el desempeño del autocuidado del paciente⁽²⁴⁾. Se cree que la confianza en el autocuidado tenga efecto moderador del autocuidado en diferentes desenlaces, tales como, por ejemplo, en la adhesión. La implementación de programas multidisciplinarios con visitas a domicilio y seguimiento telefónico para que el paciente reconozca y maneje sus síntomas adecuadamente es una combinación, cuya eficacia para el autocuidado puede incluir el fortalecimiento de la confianza del paciente en el ámbito de su estado de salud^(8,11).

Otra consideración importante es que la escala de confianza en el autocuidado puede ser influenciada por la deseabilidad social⁽²³⁻²⁴⁾, lo que requiere precaución en la interpretación de los resultados de esta escala.

Los valores de alfa de Cronbach obtenidos en este estudio, para la puntuación total de la SCHFI (0,70), subescala de mantenimiento (0,47) y confianza en el autocuidado (0,74), fueron similares a los encontrados en el estudio de la adaptación de la SCHFI para la versión brasileña⁽⁷⁾ (0,77, 0,43 y 0,94, respectivamente) y más baja (0,40) a la encontrada en la subescala de gestión

del autocuidado (0,76). Este resultado sugiere que, en la muestra estudiada, las preguntas que componen esta subescala merecen más atención.

Limitaciones

Las principales limitaciones de este estudio fueron el pequeño tamaño de la muestra, estudio efectuado con pacientes con síntomas leves a moderados (NYHA clases I, II y III), a partir de un sólo hospital especializado y de enseñanza, bajos valores de alfa de Cronbach de la SCHFI, así como el diseño transversal que no establece relaciones temporales entre las variables.

Conclusiones

En este estudio con una muestra de brasileño, el autocuidado se demostró inadecuado, pero similar a los pacientes de otros países. Otros estudios con muestras de brasileños deben llevarse a cabo con el fin de probar el modelo de autocuidado en la IC e identificar las posibles variables que intervienen en la respuesta de autocuidado.

Los resultados de esta investigación serán útiles para el desarrollo de intervenciones de enfermería que puedan promover/mejorar el autocuidado de esta población, en especial a través del uso del modelo de autocuidado en la IC para desarrollar intervenciones. Actividades educativas, a través de consultas de enfermería, pueden y deben ser utilizadas para capacitar a los pacientes para el reconocimiento y gestión de los síntomas.

Se necesitan estudios que produzcan y resumen las evidencias sobre las intervenciones para la gestión/mantenimiento del autocuidado en pacientes con IC para guiar las decisiones terapéuticas del equipo con el fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Agradecimientos

A todos los pacientes que participaron en esta investigación, a la Directora de Enfermería y enfermeros de la Clínica Ambulatoria de IC y Disfunción Ventricular del Instituto Dante Pazzanese de Cardiología, por su apoyo durante la investigación, y los enfermeros colaboradores en la recogida de datos.

Referencias

1. Schnell-Hoehn KN, Naimark BJ, Tate RB. Determinants of self-care behaviors in community-dwelling patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2009;24(1):40-7.

2. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs.* 2009;24(6):485-97.
3. Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(8):1143-7.
4. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases.[Internet]. 2010. [acesso 8 jan 2014]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf (2010)
5. Riegel B, Lee CS, Dickson VV. Self care in patients with chronic heart failure. *Nat Rev Cardiol.* 2011;8(11):644-54.
6. Cameron J, Worrall-Carter L, Driscoll A, Stewart S. Measuring self-care in chronic heart failure: a review of the psychometric properties of clinical instruments. *J Cardiovasc Nurs.* 2009;24(6):E10-22.
7. Ávila CW, Riegel B, Pokorski SC, Camey S, Silveira LCJ, Rabelo-Silva ER. Cross-cultural adaptation and psychometric testing of the Brazilian version of the Self-care of Heart Failure Index version 6.2. *Nurs Res Pract.* [Internet] 2013 [acesso 20jan 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21382750>
8. Dickson VV, Melkus GD, Katz S, Levine-Wong A, Dillworth J, Cleland CM, et al. Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: Results of a pilot study. *Patient Educ Couns.* [Internet]. 2014. [acesso 10 maio 2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.018>.
9. Cocchieri A, Riegel B, D'Agostino F, Rocco G, Fida R, Alvaro R, et al. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2015;20 [Epub ahead of print].
10. Tung HH, Chen SC, Yin WH, Cheng CH, Wang TJ, Wu SF. Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2012;11(2):175-82.
11. Agvall B, Alehagen U, Dahlström U. The benefits of using a heart failure management programme in Swedish primary healthcare. *Eur J Heart Fail.* 2013;15(2):228-36.
12. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser D, Lennie TA, Chung ML, et al. Heart Failure Self-care in Developed and Developing Countries. *J Card Failuire.* 2009;15(6):508-16.
13. González B, Lupón J, Domingo MDM, Cano L, Cabanes R, de Antonio M, et al. Educational level and self-care behaviour in patients with heart failure before and after nurse educational intervention. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2014;13(5):459-65.
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(1 supl1):1-33.
15. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2003;61(3B):777-781.
16. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;(40):373-83.
17. Lee CS, Suwanno J, Riegel B. The relationship between self-care and health status domains in Thai patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2009;8(4):259-66.
18. Britz JA, Dunn KS. Self-care and quality of life among patients with heart failure. *J Am Acad Nurse Pract.* 2010;22(9):480-7.
19. Dennison CR, McEntee ML, Samuel L, Johnson BJ, Rotman S, Kieley A, et al. Adequate health literacy is associated with higher heart failure knowledge and self care confidence in hospitalized patients. *J Cardiovasc Nurs.* 2011;26(5):359-67.
20. Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Riegel B, Lo SK, Stewart S. Does cognitive impairment predict poor self-care in patients with heart failure? *Eur J Heart Fail.* 2010; 12(5):508-15.
21. Harkness K, Heckman GA, Akhtar-Danesh N, Demers C, Gunn E, McKelvie RS. Cognitive function and self-care management in older patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2014;13(3):277-84.
22. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol.* 2004;44(4):810-9.
23. Jaarsma T, Stromberg A, Gal TB, Cameron J, Driscoll A, Hans-Dirk D et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Educ Couns.* 2013; 92(1):114-20.
24. Vellone E, Riegel B, Cocchieri A, Barbaranelli C, D'Agostino F, Glaser D, et al. Validity and reliability of the caregiver contribution to self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs.* 2013;28(3):245-55.
25. Vogels RL, Oosterman JM, Van Harten B, Scheltens P, Flier WM, Schroeder-Tanka JM, et al. Profile of cognitive impairment in chronic heart failure. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(11):1764-70.

Recibido: 07.07.2014

Aceptado: 23.02.2015