

Evolución del autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca en el primer retorno ambulatorio y tres meses después del alta hospitalaria*

Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-5643-5255>

Lidia Aparecida Rossi³

 <https://orcid.org/0000-0002-4141-861X>

Carina Aparecida Marosti Dessote³

 <https://orcid.org/0000-0002-5521-8416>

Fabiana Bolela³

 <https://orcid.org/0000-0003-1199-6205>

Rosana Aparecida Spadoti Dantas³

 <https://orcid.org/0000-0002-3050-7000>

Objetivo: analizar la evolución del autocuidado en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca descompensada, entre el primer retorno tras el alta hospitalaria (T0) y tres meses después de esa evaluación (T1). **Método:** estudio observacional, analítico y longitudinal realizado en las consultas externas de cardiología de dos hospitales públicos de Ribeirão Preto, São Paulo. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos mediante entrevistas y consulta de historias clínicas. El autocuidado se evaluó mediante la versión brasileña del instrumento *Self-Care of Heart Failure Index-SCHFI*. Los datos se analizaron mediante la prueba t de Student y distribución pareada (McNemar) con un nivel de significancia de 0,05. **Resultados:** encontramos un aumento en las puntuaciones medias de las tres subescalas del SCHFI (Mantenimiento, Gestión y Confianza), al comparar los valores de T0 y T1, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Al comparar los cambios positivos en las acciones de autocuidado durante estos meses, encontramos cambios estadísticamente significativos en las subescalas Mantenimiento (6 de 10 ítems), Gestión (5 de 6 ítems) y Confianza (4 de 6 ítems). **Conclusión:** el autocuidado de la insuficiencia cardíaca mejoró en el período comprendido entre el primer retorno tras el alta y el último a los tres meses de seguimiento. Se necesitan más estudios para verificar las variables asociadas con la mejora del autocuidado después de la hospitalización.

Descriptor: Insuficiencia Cardíaca; Autocuidado; Atención de Enfermería; Atención Ambulatoria; Educación en Salud; Cardiología.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Autocuidado de pacientes con insuficiencia cardíaca en los primeros tres meses después del alta hospitalaria", presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Brasil.

¹ Hospital do Coração, São Paulo, SP, Brasil.

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Cunha DCPT, Rossi LA, Dessote CAM, Bolela F, Dantas RAS. Evolution of self-care in patients with heart failure at the first outpatient return and three months after hospital discharge. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3440. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4364.3440>.

Introducción

Con el aumento del número de adultos mayores en la población mundial, comenzaron a surgir en la sociedad nuevas enfermedades crónicas, entre ellas la insuficiencia cardíaca (IC)⁽¹⁻²⁾. En Brasil, las enfermedades que afectan el sistema circulatorio fueron responsables de 1.151.522 muertes en 2018, con 200.760 muertes causadas por IC⁽³⁾. La IC es un síndrome crónico complejo y multifactorial que puede ocurrir debido a anomalías cardíacas, estructurales y funcionales derivadas de muchas otras enfermedades, principalmente las de origen cardiovascular, lo que da como resultado una reducción del gasto cardíaco. Su tratamiento es complejo e implica medidas de naturaleza farmacológica y no farmacológica⁽⁴⁻⁶⁾. La falta de adherencia al tratamiento puede llevar a episodios de descompensación, caracterizados por la aparición, repentina o gradual, de síntomas típicos como disnea, edema en miembros inferiores, fatiga, y también por la presencia de estasis yugular y crepitantes pulmonares⁽⁶⁻⁷⁾. El tratamiento no farmacológico se suele realizar en forma domiciliaria, ya que implica medidas relacionadas con el estilo de vida, como el control de peso diario, la reducción del consumo de sodio, líquidos y alcohol, el aumento de la actividad física, la inmunización, además del uso de medicamentos recetados⁽⁵⁻⁶⁾. La complejidad del cuadro clínico y una deficiencia en el autocuidado pueden justificar las elevadas tasas de reingresos hospitalarios por descompensación de la IC^(1-2,4,7).

Si bien el enfoque del concepto de autocuidado está predominantemente ligado a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades⁽⁸⁾, las personas ante la aparición de signos y síntomas de enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, también realizan acciones de autocuidado⁽⁹⁾. En el presente estudio se investigó el autocuidado según la definición de investigadores norteamericanos que lo consideran como un proceso de toma de decisiones que involucra conductas dirigidas a mantener la estabilidad fisiológica, monitorear y manejar los síntomas de insuficiencia cardíaca. Es un proceso activo y planificado que permea los siguientes pasos: reconocer algún síntoma (por ejemplo, ganar peso corporal sin cambiar el patrón de alimentación y la aparición de disnea), evaluar el cambio en el estado de salud, decidirse a implementar una estrategia de tratamiento (por ejemplo, tomar una dosis extra de diurético, según lo prescrito) y evaluar el tratamiento/acción realizada (pérdida de peso y mejor patrón respiratorio)⁽¹⁰⁻¹¹⁾. A partir de esta definición, los autores desarrollaron un instrumento de evaluación del autocuidado en la IC que evalúa tres dimensiones del autocuidado: Mantenimiento (implica seguimiento, adherencia al tratamiento y reconocimiento de signos

y síntomas de descompensación); Gestión (incluye la evaluación de signos y síntomas por parte del paciente, sus actitudes hacia ellos y la reevaluación que busca mejorar estos signos y síntomas de IC) y Confianza (engloba tanto el mantenimiento como la gestión de la IC). Se espera que, al obtener resultados positivos de adherencia a los tratamientos, farmacológicos y no farmacológicos, el paciente se sienta más seguro en el manejo de la IC.⁽¹⁰⁾

El conocimiento del paciente sobre su estado de salud, el autocuidado y la adherencia a la terapia reduce la morbimortalidad provocada por la enfermedad. Las estrategias de enseñanza centradas en medidas farmacológicas, como la adherencia al tratamiento y el seguimiento de los síntomas, y las medidas no farmacológicas, como los cambios en la dieta, la actividad física y el peso diario, han demostrado ser eficaces para mejorar la calidad de vida y el pronóstico de estos pacientes^(6,12). La enfermería es una de las profesiones del equipo de salud que monitorea el tratamiento de los pacientes con IC, enfocándose en estrategias y actividades para mejorar el autocuidado⁽¹³⁻¹⁴⁾. En Brasil, la investigación del autocuidado de los pacientes con IC se ha realizado principalmente a través de estudios transversales. Por lo tanto, nuestro estudio es importante porque evaluó cómo evoluciona el autocuidado tras la hospitalización por descompensación del síndrome.

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la evolución del autocuidado en pacientes que han sido hospitalizados con insuficiencia cardíaca descompensada, en el período comprendido entre el primer retorno tras el alta hospitalaria de la última hospitalización y el tercer mes tras el primer contacto.

Método

Estudio observacional y longitudinal realizado en las consultas externas de cardiología de dos hospitales públicos del interior de São Paulo. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto con el número CAAE 57335816.0.0000.5393. Participante e investigador firmaron el Formulario de Consentimiento Informado (ICF).

La población de interés estuvo constituida por pacientes hospitalizados con IC descompensada. Los posibles participantes fueron identificados mediante la búsqueda activa diaria en las unidades de internación y durante la primera consulta ambulatoria, luego del alta de la última hospitalización por descompensación del síndrome. En ese momento, se verificaron los criterios de elegibilidad. Se invitó a los posibles participantes a la encuesta, que implicó tres meses de seguimiento. La muestra fue consecutiva y no probabilística, con el período

de reclutamiento entre noviembre de 2016 y junio de 2018. Los criterios de inclusión fueron pacientes adultos (18 años o más), de ambos sexos, hospitalizados con el diagnóstico de IC descompensada informado en sus registros médicos y que regresaron para la primera evaluación ambulatoria. Fueron excluidos aquellos que presentaron las siguientes características: presencia de hipoacusia; diagnóstico de trastorno mental descrito en la historia clínica; y ausencia de condiciones clínicas para participar en la entrevista (presencia de signos y síntomas como fatiga y/o disnea). En la segunda evaluación se excluyó a los participantes que, durante el seguimiento de tres meses, requirieron intervenciones quirúrgicas, instalación de marcapasos permanente o desfibrilador cardioversor implantable.

Los datos se obtuvieron a través de entrevistas individuales y consultas con los registros médicos de los participantes. Las entrevistas fueron realizadas, por uno de los investigadores (DCPC), en los dos momentos de la investigación: primer retorno ambulatorio tras el alta hospitalaria de la última hospitalización por IC descompensada (T0) y tres meses después de la primera evaluación (T1). Se recolectaron datos sociodemográficos (sexo, edad, ingresos, estado civil y presencia del cuidador), datos clínicos [fármacos utilizados, comorbilidades, etiología de la IC, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) obtenida en el examen ecocardiográfico del participante y que, posteriormente, fue categorizada como preservada ($\geq 50\%$), intermedia (40-49%) y reducida ($\leq 40\%$)]⁽⁶⁾ y se los relacionó con el cuadro de descompensación de la IC. En la hospitalización por descompensación, es importante considerar el perfil clínico-hemodinámico, utilizando los parámetros de congestión y perfusión de órganos⁽¹⁵⁾, para sustentar la decisión terapéutica. Al ser hospitalizado por descompensación, el paciente estaba evaluado según el perfil clínico de la IC, en este orden: característica de perfusión tisular (positiva/caliente o negativa/fría) y nivel de congestión (positiva/húmeda o negativa/seca). Tras esta evaluación se clasificará entre los perfiles A, B, C o L. El perfil más común es el B (caliente y húmedo), en el que la perfusión es adecuada, aunque haya congestión^(4,15). Para evaluar la gravedad de los síntomas y la tolerancia a la actividad física de los pacientes, en las dos evaluaciones ambulatorias se utilizó la clase funcional autoinformada⁽¹⁶⁾, adaptada del sistema propuesto por la *New York Heart Association*⁽¹⁷⁾.

Para la evaluación del autocuidado de la IC se utilizó el *Self Care of Heart Failure Index v. 6.2 (SCHFI)*⁽¹⁴⁾ en su versión adaptada al portugués⁽¹⁸⁾. Las autoras otorgaron su consentimiento para el uso de la escala en la versión brasileña. Este instrumento evalúa el autocuidado en tres subescalas: Mantenimiento (10 ítems), Gestión (6 ítems) y Confianza (6 ítems). En el dominio Mantenimiento, las

respuestas para cada ítem varían de "nunca/raramente" (valor 1) a "siempre/diariamente" (valor 4); para el dominio Gestión, van desde "poco probable" (valor 1) hasta "muy probable" (valor 4); y, para el dominio Confianza, de "no seguro" (valor 1) a "extremadamente seguro" (valor 4). Los valores de la suma de las puntuaciones en cada dominio son transformados en una escala estandarizada de 0 a 100. Valores más altos indican mejor autocuidado según cada subescala⁽¹⁴⁾. En la validación para portugués, la consistencia hospitalaria evaluada por el alfa de Cronbach fue de 0,43 para Mantenimiento, 0,76 para Gestión y 0,94 para Confianza⁽¹⁸⁾.

En este estudio se utilizaron las medidas obtenidas en los dominios, como variables cuantitativas y, además, las medidas de autocuidado según las categorías para que se observe la evolución de los participantes, comparando las alternativas elegidas en T0 con las indicadas en T1. Nuestra propuesta de categorización se llevó a cabo de acuerdo al grado de similitud entre las escalas de respuesta, por ejemplo, en la subescala Mantenimiento, las respuestas variaron de 1 a 4 y se agruparon en dos categorías (ejemplo: agrupar "Nunca o Rara vez/A veces" o "A menudo/Siempre o Diariamente"). Cuando la subescala tenía más de cuatro opciones de respuesta, se creó una nueva categoría (por ejemplo, el ítem 1 de la subescala Gestión tiene seis categorías de respuesta, que se agruparon en cuatro categorías: "No tuve tales síntomas", "No reconocí", "Me tomó mucho tiempo reconocer" y "Reconocí rápidamente/inmediatamente"). Categorizamos las escalas de respuesta respetando el patrón de similitud de las alternativas para no comprometer la interpretación de los resultados.

Los datos fueron procesados y analizados utilizando el programa *Statistical Package for the Social Sciences (IBM® SPSS) 25.0 para Windows y Program R* versión 3.5.3. Se realizaron análisis descriptivos de frecuencia simple para variables categóricas y análisis de medidas de tendencia central y variabilidad para variables numéricas (edad, años de estudio, ingreso familiar mensual, número de comorbilidades). Se utilizó la prueba t-Student para muestras pareadas y, para analizar la evolución de los participantes en los ítems del instrumento de autocuidado, SCHFI, la prueba chi-cuadrado de McNemar. Para medir la consistencia interna del instrumento SCHFI, utilizamos el coeficiente alfa de Cronbach. Los valores superiores a 0,7 se consideraron adecuados para indicar la fiabilidad del instrumento. El nivel de significancia adoptado para los análisis fue de 0,05.

Resultados

Durante el período de reclutamiento, 245 pacientes fueron hospitalizados por descompensación de la IC, de este

total, 186 (76%) pacientes acudieron a la primera consulta externa y fueron invitados a participar en el estudio. Ocho personas no aceptaron participar y 21 fueron excluidas por presentar uno o más de los criterios de exclusión. Por lo tanto, participaron 157 pacientes evaluados en el primer retorno tras el alta (T0). Al regreso (T1), que ocurrió tres meses después de T0, 137 (87%) pacientes regresaron

a la clínica y completaron el estudio. De los 20 (13%) pacientes que no completaron el estudio, 16 fallecieron, dos abandonaron el tratamiento y dos recibieron una indicación de trasplante de corazón en otros servicios.

Las variables sociodemográficas y clínicas de los 157 participantes incluidos en el estudio se describen en la Tabla 1.

Tabla 1 - Comparación de la caracterización sociodemográfica y clínica de los 157 participantes en el primer retorno ambulatorio tras el alta hospitalaria (T0), según la finalización del estudio a los tres meses de la primera evaluación (T1). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016-2018

Características Sociodemográficas	Finalizaron (n=137) %(n) / M (D.E.)*	Pérdidas/Salidas (n=20) %(n) / M (D.E.)*	Valor de p
Edad (años)	60,3 (11,8)	60,2 (12,7)	0,97 ^t
Renta (en reales)	1640,2 (693,3)	1883,9 (1062,1)	0,19 ^t
Años de estudio	5,4 (4,3)	5,7 (4,1)	0,72 ^t
Sexo			0,24 ^t
Masculino	51,1 (70)	65,0 (13)	
Situación conyugal			0,81 ^t
Casado/Unión consensual	62,8 (86)	60,0 (12)	
Presencia de cuidador			0,53 ^s
Sí	82,5 (113)	90,0 (18)	
Días entre alta y primer retorno	17,4 (15,1)	15,4 (11,2)	0,57 ^t
Etiología de la IC			0,79 ^s
Isquémica	24,8 (34)	20,0 (4)	
Chagásica	21,9 (30)	30,0 (6)	
Valvular	13,9 (19)	20,0 (4)	
FEVE			0,90 ^s
Preservada	17,5 (24)	20,0 (4)	
Intermedia	4,4 (6)	0	
Reducida	78,1 (107)	80,0 (16)	
Perfil de la descompensación			0,61 ^s
Perfil B	73,0 (100)	65,0 (13)	
Número de comorbidades	3,3 (1,9)	3,4 (1,6)	0,91 ^t
CF NYHA [†] autorreferida			
Clase I	11,7 (16)	27,0 (37)	0,70 ^s
Clase II	50,4 (69)	60,0 (12)	
Clase III	27,0 (37)	20,0 (4)	
Clase IV	10,9 (15)	15,0 (3)	

*M (D.E.) = Media (Desvío Estándar); ^tPrueba t de Student; [†]Prueba qui-cuadrado; ^sPrueba Exacta de Fisher; ^{||}FEVE = Fracción de eyección del ventrículo izquierdo; [†]CF NYHA = Clasificación funcional de la New York Heart Association

Entre los 137 participantes que completaron el estudio, el tiempo promedio entre el alta hospitalaria y el primer regreso ambulatorio fue de 17 días (D.E.=14,6). La mayoría (84; 61%) regresó en los primeros 15 días; 27 (20%) entre 15 y 30 días, 25 (18%) entre 31 y 60 días y un participante a los 70 días.

No encontramos ningún resultado estadísticamente significativo cuando analizamos, de forma bivariada, las medidas de las subescalas del instrumento de

autocuidado con las variables sociodemográficas y clínicas, que se muestran en la Tabla 1.

Las comparaciones de las medias de las tres subescalas del SCHFI, evaluadas durante el primer retorno ambulatorio tras el alta hospitalaria (T0) y a los tres meses del primer contacto (T1), revelaron diferencias estadísticamente significativas con mejoría en las acciones de autocuidado durante el período evaluado (Tabla 2).

Tabla 2 - Comparación de las puntuaciones medias de los 137 participantes en la primera visita ambulatoria (T0) y tres meses después (T1) y los valores alfa de Cronbach de las subescalas/dominios de SCHFI *. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016-2018

Dominios SCHFI*	T0 M (D.E.)†	T1 M (D.E.)†	Valor de p*	T0 Alfa de Cronbach	T1 Alfa de Cronbach
Mantenimiento	39,1 (16,4)	56,8 (14,4)	0,001	0,54	0,64
Gestión	34,0 (27,3)	47,9 (26,5)	0,001	0,78	0,86
Confianza	46,2 (26,4)	58,5 (26,3)	0,001	0,87	0,90

*SCHFI = *Self-care of Heart Failure Index*; †M (D.E.) = Media (Desvió Estándar); ‡Prueba t de Student pareada

Analizamos las medias de los ítems de las tres subescalas, considerando que los valores podrían variar entre 1 (peor autocuidado) y 4 (mejor autocuidado). En la subescala Mantenimiento, los promedios oscilaron entre 1,3 (D.E.=0,9) (¿Pide alimentos con poca sal cuando sale a comer o visita a alguien?) y 3,7 (D.E.=0,8) (¿Concurre con asiduidad a consulta con su médico o enfermero?), en T0, y entre 1,7 (D.E.=0,9) (¿Realiza alguna actividad física?) y 3,9 (D.E.=0,8) (¿Concurre con asiduidad a consulta con su médico o enfermero?), en T1. Al analizar los cambios, donde los participantes pasaron de la respuesta "Nunca/Rara vez/A veces" (en la primera declaración después del alta) a "Con frecuencia/Siempre/Diariamente" (tres meses después), verificamos cambios positivos y estadísticamente significativos ($p=0,001$) en seis de los 10 ítems: Pesarse (62,7% de los participantes); Evitar enfermarse (81,7%); Ser asiduo en las consultas (96,3%); Seguir una dieta baja en sal (75,2%); Pedir alimentos bajos en sal (28,5%) y Utilizar un sistema para recordar la toma de los medicamentos (81,5%).

En la subescala Gestión, el ítem "Comunicarse con su médico o enfermero para orientación" mostró promedios más altos, tanto en T0 (M=2,2; D.E.=1,3) como en T1 (M=2,8; D.E.=1,2). Los promedios más bajos fueron para el ítem "¿Está seguro de que este recurso lo ayudó?" con valores de 1,3 (D.E.=1,4) y 1,8 (D.E.=1,3), respectivamente, en T0 y T1. Los participantes cambiaron sus respuestas de "Improbable/Poco probable" a "Probable/Muy probable" en cuatro de los seis ítems: "Reducir la sal en la dieta" (60,5%; $p=0,001$); "Reducir la ingesta de líquidos" (60,6%; $p=0,001$); "Consumir más diurético" (48,9%; $p=0,001$) y "Contactar a un profesional para orientación" (62,7%; $p=0,003$).

Para la subescala Confianza, el ítem "Estar libre de los síntomas de IC" obtuvo los promedios más bajos, tanto en T0 (M=2,1; D.E.=0,9) como en T1 (M=2,6; D.E.=0,9). El ítem "Seguir el tratamiento recomendado" fue aquel con mejor puntuación de confianza para el autocuidado, con promedios de 2,9 (D.E.=1) y 3,0 (D.E.=0,9). A lo largo de los tres meses, los participantes cambiaron de "No confío/No muy confiado" a "Muy confiado/Extremadamente" en las respuestas a los ítems: "No tener los síntomas

de IC" (56,2%; $p=0,001$); "Evaluar los síntomas, si se presentan" (64,2%; $p=0,009$); "Reconocer los síntomas" (64,9%; $p=0,003$); "Hacer algo para aliviar los síntomas" (63,5%; $p=0,005$) y "Evaluar si la medicación funciona" (61,3%; $p=0,001$).

Discusión

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la evolución del autocuidado en pacientes que fueron hospitalizados por descompensación de IC durante tres meses. La evaluación inicial se produjo en la primera visita ambulatoria porque era importante analizar cómo se comportaban tras el alta hospitalaria. La segunda evaluación tuvo lugar tres meses después del primer regreso. En el grupo investigado, encontramos una evolución en las acciones de autocuidado a lo largo de los tres meses, según los valores obtenidos por el instrumento SCHFI. El autocuidado centrado en el individuo con IC fue propuesto conceptualmente por enfermeros investigadores estadounidenses en 2008 y, desde entonces, estos autores han analizado los conocimientos sobre el tema y actualizado el modelo teórico propuesto, así como el instrumento diseñado para medir el autocuidado^(10,19). Las acciones de autocuidado en la IC son el resultado de un proceso de toma de decisiones por parte del paciente. En este proceso intervienen varios factores (personales, ambientales y clínicos) que influyen en las decisiones diarias del paciente y, en consecuencia, en sus acciones de autocuidado. La experiencia, los conocimientos, las habilidades y los valores deben tenerse en cuenta al determinar estas acciones⁽¹⁹⁾.

Otras investigaciones realizadas en Brasil⁽²⁰⁾ o en otros países^(18,21), sobre el autocuidado de pacientes en seguimiento ambulatorio mediante el SCHFI, mostraron resultados para la puntuación media en la subescala Mantenimiento similares a los encontrados en nuestro estudio (M=56,8; D.E.=14,4) medido tres meses después del alta hospitalaria: 50,5 (D.E.=15,7)⁽¹⁸⁾, 55,2⁽²¹⁾, 57,0 (D.E.=14,3)⁽¹⁸⁾. En nuestro estudio, encontramos valores superiores de Mantenimiento del autocuidado a los tres meses en comparación con los resultados obtenidos en la primera evaluación tras el alta ($p=0,001$), similar a un

estudio realizado en Italia⁽²¹⁾ que mostró que un mayor tiempo de experiencia con el diagnóstico es indicador de un mayor mantenimiento del autocuidado. Sin embargo, autores brasileños⁽²⁰⁾ encontraron una escasa relación entre el tiempo de experiencia con la enfermedad y el mantenimiento del autocuidado. El resultado de la subescala Gestión del Autocuidado, tres meses después del primer retorno ambulatorio tras el alta, se acerca a los resultados obtenidos por los autores que evaluaron a los pacientes ambulatorios en Brasil (47,0; D.E.=28,3⁽¹⁸⁾; 50,0; D.E.=20,3⁽²⁰⁾) y en Italia (53,2)⁽²¹⁾. Hallazgos similares a los obtenidos en nuestro estudio para la subescala Confianza fueron encontrados, en estudios transversales, por otros autores 54,1⁽²¹⁾, 58,0 (D.E.=25,5)⁽¹⁸⁾ y 58,1 (D.E.=18,2)⁽²⁰⁾, 70,0 (D.E.=16,2)⁽¹⁴⁾. En nuestro estudio, la subescala Confianza también mostró mejores puntuaciones en la evaluación a los tres meses. Estos resultados difieren de los presentados por otros autores que investigaron si una mayor experiencia con la enfermedad estaría asociada a una mayor confianza en el autocuidado⁽²⁰⁻²¹⁾.

Nuestros resultados nos llevan a pensar en la dificultad de la realización de actividad física en pacientes con IC, considerando que los ítems "Practicar actividad física" ($p=0,31$); "Practicar ejercicio físico durante al menos treinta minutos" y "Pedir alimentos con menos sal al salir a comer" fueron los que mostraron menor adherencia (elección de la alternativa nunca o rara vez/a veces) en el, respectivamente, 83,9%, 83,2% y 71,6% de los participantes. Otros estudios han evaluado la puntuación detallada de cada ítem en la subescala Mantenimiento y nuestros datos corroboran estos hallazgos, tomando en cuenta la baja puntuación en relación a la actividad física y la no solicitud de alimentos con menos sal al comer fuera de casa⁽²⁰⁻²¹⁾.

En la subescala Gestión, encontramos diferencias estadísticamente significativas para los ítems "Reconocimiento de síntomas de IC"; "Reducir la sal en la dieta"; "Reducir la ingesta de líquidos"; "Consumir más diurético" y "Consultar a un profesional para obtener orientación". Las estrategias señaladas como "probables/muy probables" de ser utilizadas por los participantes fueron los ítems sobre contactar a un profesional para obtener orientación (58,5%) y disminuir la sal en la dieta (51,5%). Sin embargo, el 63,5% de los entrevistados eligió la alternativa "No he probado nada/No estoy seguro/No estoy muy seguro" con respecto al uso de los recursos presentados en esta subescala para reducir los síntomas de descompensación de la IC. En un estudio realizado en Italia⁽²¹⁾, el 38,4% de los 631 pacientes investigados reconocieron los síntomas de la IC, eligiendo la respuesta "rápida/inmediatamente". Los ítems de la subescala Gestión indicados por los pacientes italianos fueron los

misimos que eligieron nuestros participantes (el 51,5% reduciría la sal en la dieta y el 58,5% buscaría orientación de un profesional de la salud). Sin embargo, a diferencia de nuestros entrevistados, el 60,1% dijo estar "seguro/absolutamente seguro" de que estos autocuidados les ayudarían a controlar los síntomas de la IC. Un estudio realizado en Brasil⁽²⁰⁾ identificó que la contratación de un profesional para orientación (Promedio=3,1; D.E.=1,0) y la puntuación media considerando el uso de recursos para ayudar a resolver el problema fue 1,4 (D.E.=1,6).

En la subescala Confianza, los ítems "Estar libre de los síntomas de IC"; "Reconocer los síntomas"; "Hacer algo para aliviar los síntomas" y "Evaluar si el fármaco funciona" mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de respuesta, pasando de "No confío/Un poco" a "Muy confiado/Extremadamente". En nuestro estudio, en las dos evaluaciones, los ítems de la subescala con mayor porcentaje de respuesta para la opción "Muy seguro/Extremadamente" fueron "Seguir el tratamiento recomendado" (52,6%), seguido de "Evaluar los síntomas si se presentan" (35 %), resultados que corroboran los hallazgos de otros estudios⁽²⁰⁻²¹⁾. El ítem con menos confianza por parte de los participantes, a lo largo del estudio, fue "Estar libre de los síntomas de IC". Este ítem fue también el de peor puntuación en otro estudio brasileño⁽²⁰⁾.

El perfil sociodemográfico de los participantes con predominio de hombres, adultos mayores, casados o en relación estable, jubilados, con bajos ingresos y poca educación es consistente con el perfil observado en otras encuestas nacionales e internacionales^(16,20-24). Si bien no hemos encontrado relación entre las medidas de autocuidado y las variables sexo, edad, estado civil, renta familiar y educación, las características personales se asocian al proceso de determinación de las acciones de autocuidado en la IC⁽¹⁹⁾. En cuanto a las variables clínicas, según la adaptación realizada por los autores brasileños⁽¹⁶⁾ de la clasificación de la NYHA⁽¹⁷⁾, las clases funcionales autoinformadas II y III fueron informadas por la mayoría de los participantes (77,4%). En la presente investigación, la clase funcional fue autoinformada, mediante la lectura por parte del investigador de las alternativas e indicación por parte del participante de la respuesta que más reflejaba su situación en ese momento. Este procedimiento fue adoptado en base a un estudio internacional⁽²⁵⁾ que señaló una discrepancia entre la evaluación de la NYHA realizada por el médico y la informada por el paciente. Según los autores, el profesional de la salud muchas veces no considera todas las manifestaciones comunicadas por los pacientes durante la consulta, lo que puede comprometer el diagnóstico, el pronóstico, lo que impactaría directamente en la indicación de terapias farmacológicas y no farmacológicas para la

IC⁽²⁵⁾. Si comparamos estos resultados con los obtenidos en la evaluación, por clasificación funcional de la NYHA, tradicionalmente utilizada por los profesionales de la salud, encontramos que son similares a los datos obtenidos en estudios que evaluaron pacientes hospitalizados o ambulatorios^(16,20,26-29).

Lo mismo ocurre con la etiología más frecuente, que fue la isquémica (24,8%), seguida de la enfermedad de Chagas (21,9%) y el perfil de descompensación B (73%)^(18,30). Al igual que en otros estudios nacionales e internacionales^(20,22,31-33), encontramos que la mayoría de los participantes (78,1%) presentaban IC con FEVI reducida, lo que muestra la complejidad y gravedad de los pacientes que se encuentran hospitalizados y/o en seguimiento ambulatorio en los hospitales donde se realizó el estudio.

Los resultados de la presente investigación mostraron la relevancia de evaluar el autocuidado de los pacientes luego de la hospitalización por descompensación del síndrome, considerada un evento estresante. Este estudio no permite sacar conclusiones sobre los factores que influyeron en los cambios de comportamiento en las subescalas de autocuidado, pero mostró que hubo un aumento estadísticamente significativo en las medidas de autocuidado entre las dos evaluaciones.

La educación para la salud es uno de los ejes principales de la enfermería en rehabilitación cardíaca y la educación de los pacientes con IC debe estar centrada en sus necesidades y, al mismo tiempo, debe involucrar a sus familiares o cuidadores. Las acciones educativas deben iniciarse durante la hospitalización y continuar durante el seguimiento ambulatorio del paciente. El enfermero puede utilizar varias estrategias y recursos para desarrollar tales acciones. La adquisición de habilidades para el autocuidado en la IC se debe a este proceso educativo y tiene como objetivo, principalmente, el autocontrol de los síntomas de este complejo síndrome⁽¹²⁾.

La toma de decisiones para el autocuidado es un proceso complejo para los pacientes con IC. Un mejor conocimiento de la naturaleza de este proceso ayudará al equipo de salud a comprenderlo, optando por la mejor forma de enseñarle al paciente cómo adoptar medidas de autocuidado de la IC. Comprender las causas y razones que comúnmente se relacionan con el fracaso en este proceso de toma de decisiones por parte del paciente puede ayudar a los profesionales a desarrollar estrategias que ayuden a los pacientes y a sus familiares⁽⁹⁾. La enfermería es la profesión que más se acerca al paciente con IC durante toda la internación, asumiendo el monitoreo y el seguimiento de su evolución hasta el alta hospitalaria. Un plan terapéutico bien implementado, centrado en la educación del paciente para el autocuidado que considere la participación del cuidador/familia puede conducir a una

mejora en la calidad de vida en lo que respecta a la salud de estos individuos, y una disminución de las hospitalizaciones por IC descompensada y, en consecuencia, de costos hospitalarios.

Consideramos que nuestro estudio tiene las siguientes limitaciones: número reducido de pacientes que completaron el estudio y un largo intervalo de días entre el alta de la última hospitalización por descompensación de la IC y el primer retorno ambulatorio. Como recomiendan las guías de la *American Heart Association*⁽³⁴⁾, el número de días para el primer regreso ambulatorio debe ser entre 7 y 14 días después del alta hospitalaria, en nuestro estudio el promedio fue de 17 días (D.E.=14,6). En el lugar en el que se desarrolló el estudio, hay una gran cantidad de personas que acuden a consultas externas y una gran escasez de turnos disponibles para el seguimiento de pacientes después del alta, lo que contribuye a que aquellos con mejores condiciones clínicas tengan sus retornos pospuestos y programados con un mayor intervalo de tiempo que los que presentar mayor gravedad, lo que puede haber influido en los resultados obtenidos. La evaluación del conocimiento de los participantes sobre el autocuidado en la IC no fue el objetivo del presente estudio. La evaluación de este aspecto podría contribuir al análisis de los datos obtenidos, así como a la comprensión de otras variables, que han sido investigadas en estudios sobre esta temática, como la resiliencia, la autoeficacia y el apoyo social.

Conclusión

Encontramos una evolución positiva en el autocuidado, con mejores puntuaciones de los participantes en relación a la IC al comparar las medidas de los tres dominios del instrumento SCHFI entre la primera evaluación del primer retorno ambulatorio tras el alta hospitalaria y los tres meses posteriores a ese retorno. Al comparar dos momentos de evaluación de los ítems del SCHFI, los resultados también mostraron cambios positivos (mejores puntuaciones) en la mayoría de las conductas de autocuidado, abordadas en las tres subescalas (Mantenimiento, Gestión y Confianza).

Referencias

1. McDonald K, Wilkinson M, Ledwidge M. Role of monitoring devices in Preventing Heart Failure Admissions. *Curr Heart Fail Rep.* 2015;12(1):269-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11897-015-0262-8>
2. Savarese G, Lund LH. Global public health burden of heart failure. *Card Fail Rev.* 2017;3(1):7-11. doi: 10.15420/cfr.2016:25:2

3. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de informação sobre mortalidade (SIM), 2018. [Internet]. Brasília: MS; 2018 [Acesso 1 ago 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
4. Bocchi EA, Braga FGM, Ferreira SMA, Rohde LEP, Oliveira WA, Almeida DR, et al. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol. [Internet]. 2009 [Acesso 23 jul 2020];93(1 Supl 1):1-71. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abc/v93n1s1/abc93_1s1.pdf
5. Chandra A, Lewis EF, Claggett BL, Desai AS, Packer M, Zile MR, et al. Effects of Sacubitril/Valsartan on physical and social activity limitations in patients with heart failure a secondary analysis of the PARADIGM-HF trial. JAMA Cardiol. 2018;3(6):498-505. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jamacardio.2018.0398>
6. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Eur J Heart Fail. 2016;37(27):2129-200. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
7. McMurray JJ, 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. 2012;33(4):1787-847. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehs104>
8. World Health Organization. Self-care for health: Handbook for community health workers and volunteers. [Internet]. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2013. [cited July 15, 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
9. Riegel B, Moser DK, Buck HG, Dickson VV, Dunbar SB, Lee CS, et al. Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. J Am Heart Assoc. 2017;31(6):e006997. doi: 10.1161/JAHA.117.006997
10. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. J Cardiovasc Nurs. 2008;23(3):190-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>
11. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, Chung ML, et al. Heart Failure Self-care in Developed and Developing Countries. J Card Fail. 2009;15(6):508-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.01.009>
12. Kolasa J, Maciejewski C, Zych A, Paweł B, Marcin Grabowski M. The role of health education in heart failure patients. Folia Cardiologica. 2019;14(3):258-63. doi: 10.5603/FC.2019.0058
13. Shao JH, Chang AM, Edwards H, Shyu YI, Chen SH. A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure. J Adv Nurs. 2013;69(11):2458-69. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12121>
14. 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0>
15. Mangini S, Pires PV, Braga FGM, Bacal F. Decompensated heart failure. Einstein. 2013;11(3):383-91. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000300022>
16. Nepomuceno E, Silva LN, Cunha, DCPT, Furuya RK, Simões, MV, Dantas RAS. Comparison of tools for assessing fatigue in patients with heart failure. Rev Bras Enferm. 2018;71(5):2547-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0083>
17. Dolgin M, New York Heart Association. Criteria Committee. Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels. Boston: Lippincott Williams and Wilkins; 1994.
18. Avila 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. 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/178976>
19. Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. J Cardiovasc Nurs. 2016;31(3):226-35. doi: 10.1097/JCN.0000000000000244
20. Conceição AP, Santos MA, Santos B, Cruz DALM. Self-care in heart failure patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(4):578-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0288.2591>
21. 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;14(2):126-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515113518443>
22. Ferreira VMP, Silva LN, Furuya RK, Schmidt A, Rossi LA, Dantas RAS. Self-Care, sense of coherence and depression in patients hospitalized for decompensated heart failure. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(3):387-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000300005>
23. Huynh QL, Negishi K, Blizzard L, Saito M, De Pasquale CG, Hare JL, et al. Mild cognitive impairment predicts

death and readmission within 30 days of discharge for heart failure. *Int J Cardiol.* 2016;221(1):212-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.07.074>

24. Vellone E, Fida R, D'Agostino F, Mottola A, Juarez-Vela R, Alvaro R, et al. Self-care confidence may be the key: A cross-sectional study on the association between cognition and self-care behaviors in adults with heart failure. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(11):1705-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.013>

25. Holland R, Rechel B, Stepien K, Harvey I, Brooksby I. Patients' self-assessed functional status in heart failure by New York Heart Association Class: A prognostic predictor of hospitalizations. *J Card Fail.* 2010;16(2):150-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.08.010>

26. Dellafiore F, Arrigoni C, Pittella F, Contel G, Magon A, Carusol R. Paradox of self-care gender differences among Italian patients with chronic heart failure: findings from a real-world cross-sectional study. *BMJ Open.* 2018;8:e021966. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021966>

27. Jaarsma T, Arestedt KF, Mårtensson J, Dracup K, Strömberg A. The European Heart Failure Self-care Behavior scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): A reliable and valid international instrument. *Eur J Heart Fail.* 2009;11(1):99-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurjhf/hfn007>

28. Medeiros J, Medeiros CA. Assessment of self-care in heart failure patients. *Cogitare Enferm.* 2017;22(3):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.51082>

29. Vellone E, Fida R, Ghezzi V, D'Agostino F, Biagioli V, Paturzo M, et al. Patterns of self-care in adults with heart failure and their associations with sociodemographic and clinical characteristics, quality of life, and hospitalizations. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;32(2):180-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000325>

30. Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne JC, Samaha FF. Social support and self-care of patients with heart failure. *Ann Behav Med.* 2008;35(1):70-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-007-9003-x>

31. Chamberlain, L. Perceived social support and self-care in patients hospitalized with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2017;16(8):753-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515117715842>

32. Chang YL, Chiou AF, Cheng SM, Lin KC. Tailored educational supportive care programme on sleep quality and psychological distress in patients with heart failure: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2016;61:219-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.002>

33. Tsao CW, Lyass A, Enserro D, Larson MG, Ho JE, Kizer JR, et al. Temporal trends in the incidence of and mortality associated with heart failure with preserved and reduced ejection fraction. *JACC Heart Fail.* 2018;6(8):678-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jchf.2018.03.006>

34. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62(16):e147-239. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2013.05.019>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Obtención de datos:** Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Análisis e interpretación de los datos:** Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha, Lidia Aparecida Rossi, Carina Aparecida Marosti Dessote, Fabiana Bolela, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Análisis estadístico:** Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Obtención de financiación:** Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Redacción del manuscrito:** Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha, Lidia Aparecida Rossi, Carina Aparecida Marosti Dessote, Fabiana Bolela, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Debora Cristine Previde Teixeira da Cunha, Lidia Aparecida Rossi, Carina Aparecida Marosti Dessote, Fabiana Bolela, Rosana Aparecida Spadoti Dantas. **Todos los autores aprobaron la versión final del texto.** **Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.**

Recibido: 28.03.2020
Aceptado: 24.09.2020

Editora Asociada:
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Rosana Aparecida Spadoti Dantas
E-mail: rsdantas@eerp.usp.br
 <https://orcid.org/0000-0002-3050-7000>