

# Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca

## RESUMEN

**Objetivo:** determinar la adherencia al tratamiento de pacientes con falla cardiaca hospitalizados, al aplicar un plan educativo que fomenta el autocuidado.

**Método:** estudio cuasiexperimental (entrevistas enfermera-paciente) realizado entre diciembre de 2004 y mayo de 2006, con una muestra de 50 pacientes seleccionados por conveniencia. Se diseñó un instrumento para evaluar los comportamientos de los pacientes, con base en algunos resultados de la adherencia y sus respectivos indicadores de la taxonomía NOC (*Nursing out comes classification*). La adherencia al tratamiento fue medida en dos momentos: el primero durante la hospitalización, seguido de la aplicación del plan educativo antes del alta, que proporcionaba información en el manejo de su enfermedad desde una dimensión física, psicológica y social que promueve el autocuidado; y el segundo un mes después del alta en su domicilio.

**Resultados:** diferencias estadísticamente significativas ( $P=0,0001$ ) que demuestran cómo mediante la capacitación al paciente en el manejo de su tratamiento farmacológico y no farmacológico, el establecimiento de una sana relación entre el profesional de enfermería y el paciente, y la participación de la familia, se logra una total adherencia al tratamiento.

**Conclusiones:** para lograr una adherencia total del paciente con falla cardiaca al tratamiento es necesario un proceso educativo y un seguimiento continuo y personalizado que motive permanentemente al paciente y se le reconozca el papel protagónico en su cuidado y manejo de la enfermedad.

## PALABRAS CLAVE

Autocuidado, cuidados posteriores, enfermedad crónica. (Fuente: DeCS, Bireme).

<sup>1</sup> Facultad de Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana. Carrera 7 No. 40 - 62, Bogotá, Colombia. [dianaachury@yahoo.es](mailto:dianaachury@yahoo.es)

## Self-care and Adherence Among Patients with Heart Failure

### ABSTRACT

**Objective:** Determine adherence to treatment among hospitalized patients with heart failure, following the implementation of an educational plan to promote self-care.

**Method:** A quasi-experimental study (nurse-patient interviews) was carried out between December 2004 and May 2006 with a convenience sample of 50 patients. An instrument was designed to assess the patients' behavior based on a set of adherence results and their respective NOC indicators (Nursing Outcomes Classification). Adherence to treatment was measured at two points in time: the first during hospitalization, followed by application of the educational plan prior to release, which provided information on management of the patient's illness from a physical, psychological and social perspective that promotes self-care; and the second, one month after release, in the patient's home.

**Results:** Statistically significant differences ( $P=0.0001$ ) showing how total adherence to treatment can be achieved by training the patient to manage his/her pharmacological and non-pharmacological treatment, by establishing a healthy relationship between the nursing professional and the patient, and by involving the family.

**Conclusions:** An educational process, coupled with continuous, personalized follow-up that motivates the patient and makes him/her aware of their leading role in the care and management of their illness is necessary for total adherence to treatment by a patient with heart failure.

### KEY WORDS

Self care, Aftercare, chronic disease.

## Auto-cuidado e aderência nos pacientes com parada cardíaca

### RESUMO

**Objetivo:** estabelecer a aderência ao tratamento de pacientes hospitalizados com parada cardíaca aplicando um plano educativo que promove o auto-cuidado.

**Método:** estudo quase-experimental (entrevistas enfermeira-paciente) realizado entre dezembro de 2004 e maio de 2006 com uma amostra de 50 pacientes selecionados por conveniência. Para avaliar os comportamentos dos pacientes, foi desenhado um instrumento baseado em resultados da aderência e os seus respectivos indicadores da taxonomia NOC (Nursing out comes classification). A aderência o tratamento foi medida em dois momentos: o primeiro durante a hospitalização, seguido da aplicação do plano educativo antes da alta, que proporcionou informação no manejo da doença desde uma perspectiva física, psicológica e social que promove o auto-cuidado; o segundo, um mês depois da alta, em casa.

**Resultados:** diferenças estatisticamente significativas ( $P = 0.001$ ) revelam que a capacitação do paciente no manejo do tratamento farmacológico e não farmacológico, o estabelecimento de uma boa relação entre o profissional da enfermagem e o paciente, e a participação da família favorecem a aderência total ao tratamento.

**Conclusões:** para o paciente lograr uma aderência total ao tratamento, é requerido um processo educativo e um acompanhamento contínuo e personalizado que motive permanentemente ao paciente. Também deve ser reconhecido o seu papel de protagonista no seu cuidado e no manejo da doença.

### PALAVRAS-CHAVE

Auto-cuidado, assistência ao convalescente, doença crônica.

## Introducción



a falla cardiaca se constituye en una entidad patológica con un gran impacto en la población general, se considera uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, con repercusiones económicas y sociales de gran magnitud (1, 2). En Colombia, según el sistema de información RIPS 2005 (Ministerio de Protección Social), constituye aproximadamente el 6% de las hospitalizaciones en adultos, con un promedio de estancia hospitalaria de 5,8 días, un 7% de las consultas al servicio de urgencias, y aproximadamente un 2% de las causas de mortalidad global, teniendo en cuenta que estas estadísticas son independientes de otros diagnósticos de enfermedad cardiovascular altamente relacionados, como la enfermedad coronaria y el *cor pulmonale*, que ubican a la enfermedad cardiovascular como la primera causa de muerte hoy en día en nuestro país (3). La pirámide de población de Colombia se encuentra en transición, con aumento del grupo de edad avanzada, y se enfrenta al fenómeno de polarización epidemiológica desencadenando que el envejecimiento, y por ende la enfermedad cardiovascular manifestada en muchas oportunidades como falla cardiaca, sea la primera causa de muerte para los años venideros (2, 4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta entidad con el paso de los años tomará características de “epidemia” en todos los países desarrollados y subdesarrollados, incrementando día a día no sólo la mortalidad, sino la pérdida de años productivos, el aislamiento psicosocial y el consiguiente aumento de los costos para los sistemas de salud. Conociendo esta información, y la relevancia que tiene para el paciente, su familia y el gremio de la salud, no podemos quedarnos sólo en el conocimiento de estos datos sin buscar estrategias y realizar investigaciones que ayuden a reducir la morbi-mortalidad de esta importante población (4). Teniendo en cuenta la importancia de una entidad tan prevalente, se han desarrollado algunas estrategias como son las clínicas de falla cardiaca constituidas por profesionales de la salud cuyos intereses son la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la paliación de las manifestaciones de la falla cardiaca que han demostrado ser exitosas en diferentes países. Existen en Colombia muy pocas clínicas de falla cardiaca en instituciones de salud capacitadas que cuentan con la infraestructura suficiente para desarrollar dichos programas, y aunque su esfuerzo es loable, la cobertura no es suficiente para las necesidades de la población. Esto obliga a que todo profesional de la salud, y sobre todo la enfermera y el enfermero, conozca las estrategias para el fomento del autocuidado de estos pacientes.

Ante una enfermedad crónica e irreversible es necesario conocer el grado de adherencia que tienen los pacientes entendido como una expresión concreta del autocuidado que depende del compromiso, la participación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado (5, 6). Los estudios muestran que en los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50%, porcentaje determinado gracias a la utilización de herramientas tales como el Test de Moriski-Green-Levine, el cual evalúa la adherencia al tratamiento farmacológico en cualquier enfermedad crónica, y resulta mucho menor en los países en desarrollo (8-12). Estos datos permiten buscar en el paciente un tratamiento y control óptimo de la enfermedad. La adherencia terapéutica deficiente es la razón principal de que no se logren los beneficios clínicos, por lo cual se desarrollan complicaciones físicas y psicosociales que afectan negativamente la calidad de vida de los pacientes y generan un alto costo en los recursos de atención de salud (13). Por otro lado, la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional puesto que está determinada por la acción recíproca de factores. La creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientadora y, a menudo, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento (12, 14, 15). Es por esto que es necesario reconocer una serie de factores

influyentes en la adherencia al tratamiento, tales como: las características demográficas (edad, sexo, raza, estudios, ocupación), así como el nivel cultural y la situación económica; éstos no son factores predictores del nivel de adherencia de un individuo (12, 16, 18), pero se ha observado que los pacientes de mayor edad presentan mejor adherencia al tratamiento, a excepción de los pacientes mayores de 75 años en los que la comorbilidad empeora el cumplimiento. El disponer de un lugar fijo para vivir y un soporte social con familia estructurada o amigos es un factor que facilita la adherencia. Los factores psicológicos también influyen en el cumplimiento; la ansiedad y la depresión empeoran la adherencia. Las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo de salud son factores indiscutibles a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y realizarlo de forma correcta. La percepción de beneficio potencial es fundamental en enfermedades crónicas y de curso asintomático (19, 20). Los problemas de cobertura y la poca calidad de algunas entidades prestadoras de salud han sido descritos como unos de los múltiples factores que llevan al abandono del tratamiento, por lo cual es muy importante el papel de los servicios en los siguientes aspectos:

- Organización de los servicios de salud. La falta de organización en los servicios de salud es señalada como factor generador de incumplimiento por las esperas prolongadas, los costos de las consultas, la dificultad para consecución de citas y demora en la atención. La flexibilidad en los horarios y el confort en el sitio de atención del paciente han demostrado mejorar la adherencia.
- Distancia al centro de salud. Algunos estudios señalan la distancia de la residencia del paciente a los servicios de salud como un factor de riesgo para el abandono del tratamiento (21-24).

Por otro lado, la relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y

confidencialidad son factores que influyen de manera favorable. Probablemente, los factores más importantes son el suministro de una información detallada, auténtica, y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutuo (24, 25). La motivación, la experiencia y los conocimientos son fundamentales para conseguir un nivel óptimo de calidad asistencial. En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia a un tratamiento disminuye cuando aumentan el número de medicamentos y la frecuencia de administración, con la aparición de efectos adversos, y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo (22, 25). Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predecible independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia (26, 27). Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles a fin de satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos y los padres que los cuidan.

El apoyo social amortigua los efectos adversos de la enfermedad; hay numerosos datos que apoyan la idea de que las personas que cuentan con buenas redes sociales se adaptan fácilmente a su enfermedad mejorando la adherencia. El apoyo social protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento (28). La motivación hacia la salud como variable con potencial predecible en el mantenimiento de la salud, prevención de enfermedades y cumplimiento del tratamiento médico, ha recibido escasa atención científica, existiendo pocos estudios que evalúen la importancia de ésta en la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca (24, 26). Se asume que la motivación hacia la salud es multidimensional; las conductas dirigidas hacia el mantenimiento de un adecuado estado de salud deben ser llevadas a cabo

*El disponer de un lugar fijo para vivir y un soporte social con familia estructurada o amigos es un factor que facilita la adherencia. Los factores psicológicos también influyen en el cumplimiento; la ansiedad y la depresión empeoran la adherencia.*

*La experiencia clínica, así como las investigaciones, muestran una serie de factores propios de los profesionales de la salud que influyen en la búsqueda y el mantenimiento de una adecuada adherencia en el paciente con falla cardiaca.*

por personas que valoren altamente la salud y tengan grandes expectativas de que sus conductas servirán para mejorar su condición o para prevenir la enfermedad. Igualmente, la salud debe ser considerada como una meta importante y deseada.

La experiencia clínica, así como las investigaciones, muestran una serie de factores propios de los profesionales de la salud que influyen en la búsqueda y el mantenimiento de una adecuada adherencia en el paciente con falla cardiaca, como es la falta de conciencia y conocimiento acerca de la adherencia terapéutica, así como el déficit en el suministro de información durante la hospitalización, olvidándose el fomento del autocuidado, y afectando la historia natural de la enfermedad del paciente con algunas conductas y actitudes perjudiciales para su salud (21, 24, 27-29).

Lo anterior lleva a señalar que la adherencia al tratamiento en los pacientes con falla cardiaca es un desafío que involucra la competencia profesional, por eso es necesario desarrollar estrategias que promuevan la participación y el compromiso de las personas a través de la implementación de la educación como un componente esencial de cuidado de enfermería que permite formar, convencer, motivar y fortalecer a las personas para que participen activamente en su tratamiento, aprendan a acoplar las posibles limitaciones de su enfermedad con su actividad diaria, y se motiven para afrontarlas. Es importante resaltar que para lograr el impacto que buscamos con la educación en la adherencia al tratamiento no basta con una sola instrucción, es necesario un proceso continuo, dinámico, participativo y, en medio de este proceso, promover y analizar el soporte social y emocional con que cuentan los pacientes. Para lograr este propósito es necesario utilizar herramientas aplicadas de forma continua y permanente como la observación y la atención al paciente, escuchándolo de manera

empática, promoviendo la aceptación de la enfermedad, contribuyendo al aumento de la autoestima, y proporcionando información útil y puntual sobre el manejo de la enfermedad.

El presente estudio pretende dar a conocer a los enfermeros y enfermeras la influencia positiva que tienen los programas de autocuidado ofrecidos a los pacientes con enfermedades crónicas, que contribuyen a mejorar su estado de salud y a reducir costos. Así mismo, quiere aportar un instrumento validado que permita medir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, y una estrategia educativa que promueva el autocuidado y la adhesión al tratamiento para aplicarlos a los pacientes hospitalizados y ambulatorios con falla cardiaca como parte de la valoración de enfermería, de esta forma se contribuirá precozmente a identificar los niveles de adherencia y proporcionar un plan de cuidado propio para estos pacientes.

## Objetivo general

Determinar el efecto de un plan educativo que fomente el autocuidado y la adherencia al tratamiento en un grupo de pacientes hospitalizados en una institución de tercer nivel con diagnóstico de falla cardiaca.

## Objetivos específicos

- Determinar la adherencia al tratamiento que presentan los pacientes con falla cardiaca hospitalizados en una institución de tercer nivel, antes de la aplicación del plan educativo que fomenta el autocuidado.
- Determinar la adherencia al tratamiento de los pacientes con falla cardiaca en una institución de tercer nivel, posterior a la aplicación del plan educativo que fomenta el autocuidado.

## Metodología

Se realizó un estudio cuasiexperimental aplicado a los pacientes adultos con diagnóstico de falla cardiaca hospitalizados en el servicio de medicina interna en una institución de cuarto nivel durante los meses de diciembre de 2004 a mayo de 2006, en el cual se evaluaron los efectos de un plan educativo estableciendo la capacidad de adherencia inicial y la posterior, transcurridos 30 días.

La población estuvo constituida por 217 pacientes adultos con falla cardiaca hospitalizados en el servicio de medicina interna durante los meses de diciembre de 2004 a mayo de 2006. La muestra seleccionada corresponde a 50 pacientes adultos con falla cardiaca que cumplieron con los criterios de inclusión: pacientes hombres o mujeres mayores de 18 años, hospitalizados con diagnóstico de falla cardiaca clase funcional I, II, III, que no asistieran a clínicas de falla cardiaca, pacientes que aceptaran y estuvieran en capacidad de recibir y comprender la información del plan de autocuidado, y que tuvieran como sitio de residencia la ciudad de Bogotá durante los siguientes cuatro meses del egreso.

## Procedimiento

El estudio se desarrolló en cuatro fases:

### *Fase A. Construcción y validación facial y de contenido del instrumento*

Al revisar la literatura no se encontraron instrumentos que midieran adherencia al tratamiento específicamente en el paciente con falla cardiaca, por lo cual para la elaboración de este instrumento se realizó una amplia revisión bibliográfica tomando como referencia los resultados de la adherencia y sus respectivos indicadores de la taxonomía NOC. Esta taxonomía es una agrupación estandarizada de resultados desarrollados para evaluar el efecto

de las intervenciones de enfermería; dentro de estas agrupaciones existe un indicador denominado cumplimiento de los tratamientos cuya validez de contenido inicial fue avalada por el grupo de investigación de la Universidad de Iowa (31). La versión en español ya había tenido una validez facial por enfermeras docentes y con práctica en el área de atención al paciente cardiovascular, y ha sido utilizada en otras investigaciones como la de Bastidas (32) titulada: *Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con enfermedad cardiovascular*. Tomando como referencia estos indicadores se adicionaron otros que reflejaban los factores que se consideran influyentes en los comportamientos de adherencia del paciente con falla cardiaca; el resultado fueron 10 indicadores que evaluaban los siguientes aspectos:

1. Confianza en el profesional de la salud
2. Accesibilidad a los servicios de salud
3. Conocimiento en el manejo del tratamiento farmacológico
4. Aceptación de la enfermedad
5. Reconocimiento de signos y síntomas de alarma
6. Soporte social
7. Mantenimiento del peso
8. Conocimiento de la dieta adecuada
9. Realización de actividad física
10. Estado emocional

Estos indicadores se acompañaron de una guía más específica para evaluar cada comportamiento compuesto por 30 subindicadores. Se acondicionó una escala de respuesta tipo likert (1: nunca, 2: pocas veces, 3: frecuentemente, 4: siempre) para calificar la valoración de cada indicador. Una vez diseñado el instrumento se realizó su validación de contenido y facial.

El análisis de la validez de contenido se hizo para determinar el grado en que el contenido del instrumento constituye una muestra representativa de los elementos

*Al revisar la literatura no se encontraron instrumentos que midieran adherencia al tratamiento específicamente en el paciente con falla cardiaca, por lo cual para la elaboración de este instrumento se realizó una amplia revisión bibliográfica tomando como referencia los resultados de la adherencia y sus respectivos indicadores de la taxonomía NOC.*

*En este estudio el análisis de validez facial se realizó teniendo en cuenta los criterios de extensión y claridad, incluidos en un formato de evaluación.*

del constructo que pretende evaluar, en este caso la adherencia (33). El presente estudio permitió examinar si los subindicadores estaban claramente relacionados con el indicador que se deseaba medir. Se establecieron los criterios de evaluación tales como: relevante, pertinente y adecuado para que los expertos calificaran el instrumento propuesto. Una vez establecidos los criterios por evaluar, se seleccionó un grupo de expertos constituidos por 10 profesionales de enfermería con amplia experiencia en el manejo de los pacientes con falla cardiaca y en el área de investigación, a quienes se les entregó el formato que contenía los indicadores de comportamientos de adherencia, la guía de evaluación con los subindicadores y los criterios por evaluar. Posteriormente, después de recibidos los conceptos de los expertos, se analizó el índice de validez de contenido (IVC) de la guía de evaluación con los subindicadores, y se procedió a modificar cada uno de ellos de acuerdo con las sugerencias recibidas y teniendo en cuenta unos criterios que permitían determinar el índice de validez de contenido, obteniéndose el instrumento final con un IVC de 1.

La validez facial permitió evaluar la claridad y la comprensión del instrumento sin ambigüedad. En este estudio el análisis de validez facial se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de evaluación: extensión y claridad, incluidos en un formato de evaluación que contenía los indicadores, subindicadores y los criterios de evaluación anteriores. Se seleccionaron los mismos expertos que realizaron la validez de contenido. Una vez recibidos los conceptos de los expertos se procedió a realizar la interpretación y el análisis de los resultados obteniéndose el instrumento final denominado "evaluación de los comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en el paciente con falla cardiaca". Este proceso de construcción y validación se desarrolló en un año.

### *Fase B. Evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con falla cardiaca hospitalizados*

Una vez obtenido el instrumento "comportamientos de adherencia" con validez de contenido y facial se procedió a evaluar la adherencia previa de los pacientes con falla cardiaca aplicando dicho instrumento. Éste se aplicó a los pacientes seleccionados diariamente por el investigador y que cumplieran los criterios de inclusión establecidos.

### *Fase C. Aplicación del plan educativo que fomenta el autocuidado y la adherencia en el paciente con falla cardiaca durante la hospitalización*

Se elaboró una cartilla denominada *Cuida tu corazón. Una guía de cómo hacerlo*, que contenía un plan educativo con las recomendaciones de autocuidado y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, el cual fue suministrado en forma verbal y escrita al paciente. Para la elaboración de este contenido se establecieron las temáticas más relevantes que se consideraba que necesitaba el paciente con falla cardiaca para su autocuidado, las cuales fueron:

- Introducción
- Generalidades de la función del corazón
- Definición, causas, síntomas de falla cardiaca
- Medidas para un manejo adecuado (dieta, actividad física, tratamiento farmacológico, restricción hídrica, control de peso, sistemas de ayuda para la toma oportuna y adecuada de

medicamentos, signos de alarma, apoyo emocional y social).

Los contenidos se desarrollaron utilizando un lenguaje claro, sencillo y apoyado en gráficos relacionados con cada temática, para facilitar el entendimiento y la motivación del paciente. Una vez elaborada la cartilla se solicitó su revisión y evaluación por parte de dos enfermeras expertas en el área clínica, quienes evaluaron la estructura, el diseño y el contenido. Para la selección de dichas expertas se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: ser especialistas en el área cardiovascular, con experiencia en el cuidado de pacientes con falla cardíaca, en el área de promoción y prevención, y en la elaboración de contenidos educativos para pacientes.

La información del plan educativo contenida en la cartilla fue suministrada por la investigadora y por una enfermera capacitada para tal fin, dos días antes del egreso del paciente en horas de la tarde principalmente, con un tiempo de duración en promedio de hora y media. La intervención educativa se iniciaba reconociendo a la persona enferma su función protagónica; los pacientes iniciaban la discusión sobre el tema, desde sus propias percepciones, sus ansiedades, sus necesidades reales, sentidas y sus vivencias. Se les proporcionaba la información, se aclaraban dudas, se motivaba al paciente en la participación activa y continua en su tratamiento, y se estimulaba la comunicación con el personal de salud y su familia; esta última se integró en este proceso educativo como un apoyo importante para lograr el desarrollo de comportamientos de adherencia y autocuidado del paciente con falla cardíaca. Finalmente, se entregó la cartilla al paciente para afianzar sus conocimientos y para que la utilizara como medio de consulta permanente en su casa.

### *Fase D. Evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con falla cardíaca posterior a la aplicación del plan educativo*

Posteriormente el investigador hizo un seguimiento por medio de una visita en el domicilio a los pacientes al mes de su egreso, donde se aplicó de nuevo el instrumento para evaluar comportamientos de adherencia al tratamiento; éste fue diligenciado por el investigador en su totalidad. El tiempo empleado fue en promedio de una hora, e incluía no solamente el diligenciamiento sino también el aclarar dudas y reforzamiento de algunas recomendaciones necesarias para fomentar el autocuidado y la adherencia. Durante esta etapa la familia se convirtió en un soporte social fundamental para que el paciente continuara desarrollando su capacidad de autocuidado.

## **Resultados**

Esta investigación consideró la caracterización de los pacientes estudiados utilizando las variables edad, tiempo de diagnóstico, género, estrato, nivel de escolaridad, ocupación y clase funcional, las cuales fueron evaluadas utilizando estadísticas descriptivas como el promedio, y frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

Los indicadores del instrumento "comportamientos de adherencia al tratamiento" fueron evaluados antes y después de la intervención educativa utilizando estadísticas descriptivas, como promedio. La

*La intervención educativa se iniciaba reconociendo a la persona enferma su función protagónica; los pacientes iniciaban la discusión sobre el tema, desde sus propias percepciones, sus ansiedades, sus necesidades reales, sentidas y sus vivencias.*



hipótesis de comparación –antes y después– se probó utilizando la prueba estadística t-Student, la cual fue evaluada con el 95% de confianza, considerándose diferentes estadísticamente cuando el valor de p fuera inferior a 0,05. Este análisis se realizó para evaluar en forma global la adherencia y los indicadores de los pacientes con falla cardíaca.

Para el análisis de los indicadores de adherencia se utilizó la media interpretándola a través de unos rangos establecidos

según el número de subindicadores que posee cada indicador, los cuales se multiplicaron por el valor de la escala de Likert, obteniendo valores máximos y mínimos que se organizaron en rangos, y se les asignó una escala semántica para poder ubicar los resultados obtenidos y, de esta manera, identificar la adherencia o no en cada indicador o en la totalidad del instrumento (tabla 1). A continuación se muestra un ejemplo de la forma de interpretación de los resultados en cada indicador:

**Tabla 1. Interpretación del instrumento**

Indicadores	Total de subindicadores	Rango según la escala de Likert	Escala de calificación	Interpretación
1. Confía en el profesional de la salud	1. 2.	2 - 3,5 3,6 - 5,5 5,6 - 7 7,1 - 8	Nunca Muy poco Frecuente Siempre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia</li> <li>• Poca adherencia</li> <li>• Frecuentemente adherido</li> <li>• Adherido</li> </ul>
2. Conoce el tratamiento farmacológico que le han prescrito	1. 2. 3. 4.	4 - 7 7,1 - 11 11,1 - 15 15,1 - 16	Nunca Muy poco Frecuente Siempre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia</li> <li>• Poca adherencia</li> <li>• Frecuentemente adherido</li> <li>• Adherido</li> </ul>
3. Acceso a los servicios de salud	1. 2. 3. 4.	3 - 5,5 5,6 - 8 8,1 - 11 11,1 - 12	Nunca Muy poco Frecuente Siempre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia</li> <li>• Poca adherencia</li> <li>• Frecuentemente adherido</li> <li>• Adherido</li> </ul>

Fuente: autora.

Para el análisis global del instrumento se realizó la sumatoria del total de los indicadores de la guía de evaluación, teniendo en cuenta el valor máximo el cual

correspondió a 120, y el valor mínimo que correspondió a 30, de acuerdo con la puntuación de la escala de Likert propuesta (tabla 2).

**Tabla 2. Interpretación global del instrumento**

Total de ítems de la guía de evaluación	Rango según puntaje obtenido	Escala de calificación	Interpretación
30	30 - 55 56 - 80 81-105 106 -120	Nunca Muy poco Frecuentemente Siempre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia</li> <li>• Poca adherencia</li> <li>• Frecuentemente adherido</li> <li>• Adherido</li> </ul>

Fuente: autora.

## Análisis de resultados

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

**Tabla 3. Edad y tiempo de diagnóstico de la enfermedad**

Variable	Media
Edad	68
Tiempo de DX	36,8 meses

El análisis mostró que los pacientes evaluados presentaban edades que fluctuaron entre 45 y 89 años, con un promedio de 68 años y un tiempo de diagnóstico promedio de la enfermedad de 24 meses. Estos resultados muestran la magnitud del problema, ya que la literatura expone que la falla cardíaca es una enfermedad crónica de mayor predisposición en personas mayores de 50 años. Nuestra población,

según la transición epidemiológica y pirámide poblacional tiende a envejecer, hecho que convertirá a la falla cardíaca en una entidad de mayor prevalencia e incidencia y, posiblemente, en la primera causa de mortalidad; de ahí la importancia de desarrollar estrategias centradas en la educación y motivación que permitan disminuir la aparición y las complicaciones de las enfermedades crónicas (1-4).

**Tabla 4. Género**

Género	Pacientes	Porcentaje
Femenino	23	46
Masculino	27	54
Total	50	100

En relación con el género, el 54% de los pacientes pertenecen al sexo masculino, lo que nos alerta ya que según la literatura que respalda el estudio Framingham, la mortalidad a cuatro años del diagnóstico es considerablemente mayor en el sexo masculino: 75%, frente a un 62% para mujeres (2). Otro punto importante es la rela-

ción del género con la adherencia; estudios como el de Haynes RB, concluyen que existe una menor adherencia en individuos de sexo masculino; esto se debe al rol que desempeñan y a la influencia psicosocial de su sexo que genera compromiso laboral y económico, disminuyendo el interés por su tratamiento (13).

**Tabla 5. Variables. Estrato, escolaridad y ocupación**

Variable		Porcentaje
ESTRATO	2	32
	3	68
ESCOLARIDAD	Primaria	76
	Secundaria	18
	Técnica	2
	Universitaria	2
OCUPACIÓN	Ama de casa	46
	Cesante	8
	Ocupaciones técnicas	44
	Ocupación profesional	2

El estrato y la escolaridad muestran que el 32% de los pacientes están clasificados en estrato 2, y un 68% en estrato 3; el nivel de escolaridad es bajo en el grupo de pacientes incluidos, con un 76% que sólo tienen educación básica primaria, lo que limita la adherencia al tratamiento. Pertenecer a un estrato socioeconómico bajo suele ser descrito como factor de riesgo para abandono del tratamiento, por un difícil acceso al sistema de salud, confirmando dicho resultado con la revisión de factores socioeconómicos y culturales realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004, la cual expone que el bajo nivel socioeconómico y el analfabetismo son factores de riesgo importantes de adherencia deficiente. A menor nivel educativo mayores probabilidades de abandono; esto se explica principalmente porqué a menor nivel educativo se hace más difícil la comunicación tan-

to con el personal de salud como con la familia (12).

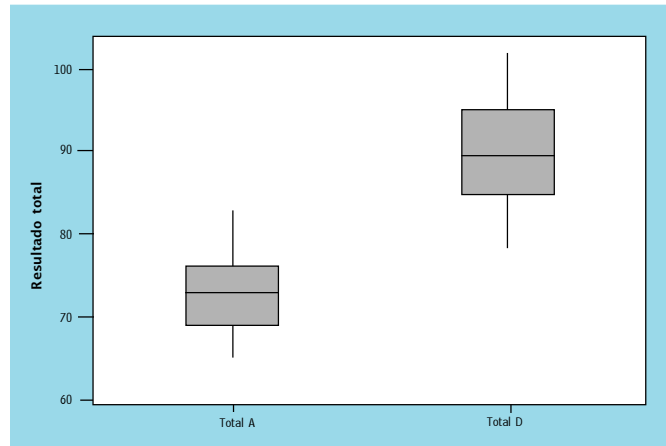
La tabla 6 refleja que la población que se estudió se encontraba en su mayoría en clase funcional II, con un 66%, y III con un 28%. Los pacientes en clase funcional II presentan una leve limitación física con aparición temprana de disnea, mientras que en clase funcional III presentan síntomas que limitan fuertemente al paciente en cada una de sus actividades, evidenciado en el estudio Franmighan (1, 2). Esto implica que la aparición e intensidad de los síntomas está estrechamente relacionada con el manejo inadecuado de la enfermedad, y por lo tanto, la adherencia al tratamiento, de ahí la importancia de trabajar con estas dos clases para contribuir a mejorar la funcionalidad.

**Tabla 6. Clase funcional**

Clase funcional	Porcentaje
I	6
II	66
III	28

*Análisis global de evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en las etapas pre y posintervención educativa en pacientes con falla cardiaca*

**Figura 1.** Análisis global de comportamientos de adherencia al tratamiento.



**Tabla 7.** Análisis global de la evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico e interpretación del valor de la media según rangos establecidos. Pre y posintervención

Muestra (N=50)	Media	Rango según la escala de Likert	Interpretación del valor promedio obtenido (media)	%
Preintervención	73,0	30 - 55 56 - 80	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia</li> <li>• Poca adherencia</li> <li>• Frecuentemente adherido</li> <li>• Adherido</li> </ul>	0,0001
Posintervención	89,4	81 - 105 106-120		

Fuente: autora.

Al encontrar un valor promedio en la etapa posterior a la intervención educativa, que es diferente y mayor que en la etapa inicial, se acepta la hipótesis H1 y se rechaza la H0. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio del resultado total obtenido antes y después de la intervención (valor  $P=0,0001$ ) (tabla 7). Esto se atribuye a que la intervención permitió capacitar,

motivar y hacer participe al paciente en el manejo adecuado de su tratamiento farmacológico y no farmacológico. Sin embargo, uno de los ideales y propósitos en la adherencia al tratamiento del paciente con falla cardiaca es que se encuentre en un grado de adherencia total, para esto es necesario promover la participación activa del paciente en el manejo de su enfermedad identificando los factores que influyen en la

adherencia, tales como el grado de confianza en el profesional, conocimientos en el tratamiento, accesibilidad a los servicios, y soporte social y emocional con que cuentan los pacientes. Para lograr este propósito es necesario utilizar herramientas como la educación y el seguimiento aplicadas de una forma continua y permanente que permitan escuchar, observar, promover la

aceptación de la enfermedad, contribuir al aumento de la autoestima, y proporcionar información útil y puntual sobre el manejo de la enfermedad. Idealmente también se espera que los comportamientos de adherencia se mantengan en el tiempo, lo cual requiere que se evalúe la adherencia en plazos más extendidos en el tiempo (33-35).

### *Análisis comparativo de la evaluación de la adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico según rangos establecidos para cada indicador y su interpretación del valor de la media en pacientes con falla cardiaca*

A continuación se presentan las figuras y tablas correspondientes a los valores obtenidos de la muestra para cada indica-

dor de su evaluación antes y después de recibir el plan educativo.

#### **Indicador 1. Confía en el profesional de la salud**

Muestra (N=50)	Media	Rango según la escala de Likert	Interpretación del valor promedio (media)	%
Preintervención	5,78000	2 - 3,5 3,6 - 5,5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia</li> <li>• Poca adherencia</li> <li>• Frecuentemente adherido</li> <li>• Adherido</li> </ul>	0,0001
Posintervención	6,70000	5,6 - 7 7,1 - 8		

Fuente: autora.

En cuanto a la confianza en el profesional de la salud, la media de la adherencia de los pacientes encuestados antes de la intervención se encuentra en frecuentemente adheridos. Este resultado se respalda por las respuestas de los pacientes que destacaban la seguridad y la capacidad de escucha brindada por el profesional de la salud a lo largo de su enfermedad. Posterior a la intervención educativa se ubican en un rango frecuentemente adherido, lo que sugiere que se sigue manteniendo la interacción con el paciente y una transmisión adecuada de las indicaciones de autocuidado. Según la literatura, Kilpatrick considera primordiales las características de la enfermedad en sí misma y la relación asertiva entre médico, enfermera y paciente que

generen confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad, constituyéndose en factores que influyen favorablemente en la adherencia (5, 9, 12).

Probablemente, los factores más importantes en la mejoría de este comportamiento son el suministro de una información detallada, auténtica, y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutuo. Sin embargo, cabe reconocer que no se alcanzó a establecer una confianza plena; de ahí la necesidad de desarrollar una interacción permanente y continúa en el proceso de enseñanza y comunicación con el paciente, contribuyendo de esta manera a alcanzar un grado pleno de adherencia (36).

## Indicador 2. Conocimiento del tratamiento farmacológico

Muestra (N=50)	Media	Rango según la de escala Likert	Interpretación del valor promedio (media) obtenido	%
Preintervención	9,18000	4 - 7 7,1 - 11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia</li> <li>• Poca adherencia</li> <li>• Frecuentemente adherido</li> <li>• Adherido</li> </ul>	0,0001
Posintervención	11,50000	11,1 - 15 15,1 - 16		

Fuente: autora.

Se observa que la media de las respuestas de los pacientes mostró un nivel de poca adherencia al tratamiento. Una de las mayores falencias encontradas en las respuestas corresponde a que el paciente conocía muy poco sobre la dosis y el horario indicados por la enfermera y el médico, seguido por el déficit de conocimientos sobre los principales efectos secundarios de los medicamentos. Posterior a la intervención se observó un rango que se interpretó como frecuentemente adherido, con una diferen-

cia estadísticamente significativa ( $p=0,001$ ), mostrando un grado de conocimiento adecuado. Según el estudio de Gertler y Tim, el conocimiento adecuado del tratamiento farmacológico constituye una de las directrices en el tratamiento integral de la falla cardiaca y en una relación de la mejoría de la calidad de vida, una reducción en la limitación de la progresión de la enfermedad y disminución de la mortalidad; de ahí la importancia de seguir trabajando para alcanzar un grado de conocimiento ideal (6).

## Indicador 3. Información sobre posibilidad de acceso a los servicios de salud

Muestra (N=50)	Media	Rango según la escala de Likert	Interpretación del valor promedio (media)	%
Preintervención	8,10000	3 - 5,5 5,6 - 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia</li> <li>• Poca adherencia</li> <li>• Frecuentemente adherido</li> <li>• Adherido</li> </ul>	0,593
Posintervención	8,11000	8,1 - 11 11,1 - 12		

Fuente: autora.

En cuanto al tercer indicador, se evaluó la accesibilidad a los servicios de salud; se observó que la media de las respuestas de los pacientes se encontraba en frecuentemente adheridos, puesto que éstos contaban con facilidades para asistir a sus citas y la disposición oportuna a los medicamentos; este resultado no se correlaciona con lo que establecen algunos estudios como el de Basterra (22) y Zaldívar (23), donde muestran que una de las causas de deser-

ción al tratamiento se presenta cuando el paciente enfrenta dificultades para acceder a los servicios de salud. Otro punto que se debe tener en cuenta es el concepto negativo del paciente acerca de la calidad de la atención, en cuyo caso el riesgo de deserción se incrementa (24).

En el análisis de la accesibilidad a los servicios de salud, posterior a la aplicación del plan educativo, no se encontraron dife-

rencias estadísticamente significativas en el promedio del resultado total obtenido antes y después de la intervención ( $P=0,593$ ). Los pacientes se mantienen en un nivel frecuentemente adheridos ya que cuentan con facilidades para asistir a sus citas y disposición oportuna de medicamentos, esta facilidad contribuye en parte a mantener un grado de adherencia adecuado.

El indicador 4 evaluó la aceptación del diagnóstico que da el profesional al paciente. Se observa que la media se en-

cuentra en un rango que se interpreta como poca adherencia. Muy pocos pacientes reconocen las implicaciones de la enfermedad en su vida, y no muestran interés para realizar cambios que le permitan cuidar su salud; este resultado es alarmante, y en la literatura se confirma que si el paciente no tiene los suficientes conocimientos acerca de su enfermedad no va a entender la magnitud del problema dándole poca importancia al diagnóstico real y las implicaciones en su calidad de vida (9, 16).

#### Indicador 4. Aceptación del diagnóstico dado por el profesional de la salud

Muestra (N=50)	Media	Rangos establecidos	Interpretación del valor promedio (media)	%
Preintervención	11,0400	4 - 7 7,1 - 11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia</li> <li>• Poca adherencia</li> <li>• Frecuentemente adherido</li> <li>• Adherido</li> </ul>	0,0001
Posintervención	12,9400	11,1 - 15 15,1 - 16		

Fuente: autora.

En el análisis de la aceptación del diagnóstico por parte del paciente, posterior a la aplicación del plan educativo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio del resultado total obtenido antes y después de la intervención ( $P=0,0001$ ). La media de las respuestas de los pacientes mostró que éstos frecuentemente reconocen

las implicaciones de la enfermedad en su vida, este cambio de conducta según la literatura se debe al conocimiento que adquirió el paciente de su enfermedad, porque la percepción y el reconocimiento adecuados sobre las implicaciones de la enfermedad son directamente proporcionales al grado de adherencia al tratamiento (6, 7, 10, 12).

#### Indicador 5. Reconocimiento de signos y síntomas

Muestra (N=50)	Media	Rango según la escala de Likert	Interpretación del valor promedio (media) obtenido	%
Preintervención	7,18000	3 - 5,5 5,6 - 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia</li> <li>• Poca adherencia</li> <li>• Frecuentemente adherido</li> <li>• Adherido</li> </ul>	0,0001
Posintervención	9,32000	8,1 - 11 11,1 - 12		

Fuente: autora.

Este indicador evaluó el reconocimiento de los signos y síntomas; se observó que la media de las respuestas corresponde a un rango que se interpreta como poca adherencia, mostrando que muy pocas veces el paciente reconoce los signos que acompañan o demuestran empeoramiento de su enfermedad. Una de las mayores falencias encontradas en las respuestas corresponde al poco conocimiento acerca de los signos de alarma y la poca capacidad de reconocer qué hacer en el momento de presentar un signo de alarma. Se observó que estos resultados se generaron porque el paciente no conocía ampliamente su enfermedad, limitando el reconocimiento oportuno de estos signos, retardando las consultas, y empeorando su pronóstico. Este resultado se correlaciona con lo demostrado en el estudio de Helvi Kyngas, quien afirma que cuando los síntomas no se reconocen oportunamente y no existe claridad en su pre-

sentación, se dificulta la adhesión al tratamiento, de ahí la necesidad de fortalecer el conocimiento de estos síntomas (16). Posterior a la aplicación del plan educativo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio del resultado total obtenido antes y después de la intervención, mostrando un cambio significativo, puesto que el paciente a menudo conoce los signos de alarma y sabe qué hacer en el momento de presentarlos. Este conocimiento contribuye a una mejoría en la adherencia al tratamiento; esta afirmación se respalda en el estudio de Helvi Kyngas, en el que muestra que los síntomas parecen jugar un papel muy importante en el cumplimiento efectivo de las prescripciones, puesto que cuando los síntomas tienen un inicio agudo, son reconocibles, molestos y se alivian con el tratamiento —como es el caso de la disnea y el edema—, la probabilidad de adhesión es mayor (16).

## Indicador 6. Busca refuerzo externo para poder cumplir con los comportamientos de salud

Muestra (N=50)	Media	Rango según la escala de Likert	Interpretación del valor promedio (media)	%
Preintervención	5,34	2 - 3,5 3,6 - 5,5 5,6 - 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia</li> <li>• Poca adherencia</li> <li>• Frecuentemente adherido</li> <li>• Adherido</li> </ul>	0,285
Posintervención	5,5400	7,1 - 8		

Fuente: autora.

Este indicador evaluó si el paciente busca refuerzo externo para poder cumplir con los comportamientos de salud. Llama la atención que existe un mayor déficit en la búsqueda de grupos de amigos, redes; este resultado nos alerta para trabajar arduamente en la motivación de este refuerzo dentro del plan educativo, puesto que existen diversos estudios como el de Bayés (29) y González y cols. (30) donde se confirma la relación entre un menor apoyo social y un aumento de la mortalidad global convirtiéndose en un pronóstico predictor de su recuperación. Posterior a la aplicación del plan educativo no se encontraron diferencias significativas antes y después

de la intervención ( $P=0,285$ ). La media de las respuestas mostró una mejoría límite a frecuentemente adheridos puesto que los pacientes tienden a contar un poco más con su familia y refieren buscar pocas veces grupos de apoyo. Es importante destacar que la motivación y la necesidad de grupos de apoyo durante la instauración del plan educativo se manejó de forma verbal, pero en la cartilla que se entregó para reforzar la información brindada no se tuvo en cuenta, esto reitera que la información brindada, más un material que contemple cada aspecto enseñado, da mayor fortaleza al proceso de aprendizaje y reflexión en los pacientes (17).



## Indicador 7. Mantiene su peso dentro del rango adecuado

Muestra (N=50)	Media	Rangos establecidos	Interpretación del valor promedio obtenido (media)	%
Preintervención	7,3200	4 - 7 7,1 - 11 11,1 - 15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia</li> <li>• Poca adherencia</li> <li>• Frecuentemente adherido</li> <li>• Adherido</li> </ul>	0,0001
Posintervención	10,6600	15,1 - 16		

Fuente: autora.

Este indicador mostró que los pacientes tienen escasa adherencia porque pocas veces mantienen un control adecuado de peso y de manejo de líquidos; se observó poco conocimiento en controlar diariamente el peso y conocer la cantidad de agua que deben consumir. En el análisis del indicador posterior al plan educativo se encontró que los pacientes mantienen en mayor medida su peso dentro del rango recomendado. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio del resultado total obtenido antes y después de la intervención ( $P=0,0001$ ). La media de las respuestas de los pacientes mostró que están controlando su peso semanalmente, registrándolo en una libreta y vigilando la cantidad de líquido que pueden consumir; relacionando este resultado con el contexto teórico de algunos

estudios como los de Atewart, Rich y Neily se llega a la conclusión de lo importante que es este comportamiento, puesto que se constituye en uno de los pilares básicos para lograr una adecuada adherencia al tratamiento ya que una de las principales causas de descompensación de la falla cardiaca y la necesidad de múltiples hospitalizaciones es la adherencia imperfecta de los pacientes al tratamiento no farmacológico, incluyéndose en éste la restricción hidrosalina y el control de peso, lo cual generalmente refleja un pobre entendimiento de su enfermedad. Si se le da un mayor énfasis a este comportamiento dentro del plan educativo va a contribuir a una disminución en la estancia hospitalaria, a mejorar la satisfacción del paciente, y a una mayor adherencia al tratamiento prescrito (26, 18).

## Indicador 8. Conoce la dieta recomendada

Muestra (N=50)	Media	Rango según la escala de Likert	Interpretación del valor promedio obtenido (media)	%
Preintervención	4,100	2 - 3,5 3,6 - 5,5 5,6 - 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia</li> <li>• Poca adherencia</li> <li>• Frecuentemente adherido</li> <li>• Adherido</li> </ul>	0,001
Posintervención	5,940	7,1 - 8		

Fuente: autora.

Este indicador evaluó el conocimiento de la dieta recomendada; la interpretación del valor promedio mostró que los pacientes tenían poca adherencia. Posterior a la aplicación del plan educativo se encontraron diferencias estadísticamente significa-

tivas en el promedio del resultado total obtenido antes y después de la intervención ( $P=0,001$ ), la media de las respuestas según la interpretación correspondió a frecuentemente adheridos. Este resultado refleja que gracias al plan educativo los

pacientes tienen un nivel de conocimientos mejor. Sin embargo, tal comportamiento debe reforzarse mucho más, puesto que el manejo de una dieta con restricción de sodio, rica en verduras, y baja en grasas y carbohidratos se constituye en otro pilar fundamental de una adecuada adherencia.

Estudios como los de González y Neily muestran que la falta de adherencia al tratamiento no farmacológico se basa en un

importante problema de ausencia de conocimiento acerca del régimen que deberían llevar ambulatoriamente con respecto a la restricción de sodio en la dieta. Teniendo en cuenta este problema es necesario aplicar planes de educación que incluyan a la familia en la preparación de alimentos con el fin de mejorar significativamente la adherencia y, por tanto, la calidad de vida y la disminución en los reingresos hospitalarios (26, 33).

### Indicador 9. Realiza el ejercicio diario según lo recomendado por el profesional de la salud

Muestra (N=50)	Media	Rango según la escala de Likert	Interpretación del valor promedio (media)	%
Preintervención	7,12000	3 - 5,5 5,6 - 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia</li> <li>• Poca adherencia</li> <li>• Frecuentemente adherido</li> <li>• Adherido</li> </ul>	0,0001
Posintervención	9,20000	8,1 - 11 11,1 - 12		

Fuente: autora.

Este indicador evaluó la realización del ejercicio diario, de acuerdo con la interpretación del valor promedio que según su ubicación en el rango se interpreta como

poca adherencia, mostrando que pocas veces los pacientes realizaban ejercicio representado en el poco conocimiento que existía sobre los beneficios del mismo.

### Indicador 10. Estado de ánimo apropiado para su salud

Muestra (N=50)	Media	Rango según la escala de Likert	Interpretación del valor promedio obtenido (media)	%
Preintervención	8,06000	3 - 5,5 5,6 - 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No adherencia</li> <li>• Poca adherencia</li> <li>• Frecuentemente adherido</li> <li>• Adherido</li> </ul>	0,0001
Posintervención	9,24000	8,1 - 11 11,1 - 12		

Fuente: autora.

Posterior a la aplicación del plan educativo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio del resultado total obtenido antes y después de la intervención (P=0,0001). La media de las respuestas se ubica dentro de un rango que se interpretó como fre-

cuentemente adheridos, realizan actividad física y conocen los beneficios del ejercicio; este cambio es representativo ya que aumentaron la frecuencia e intensidad del ejercicio, y el conocimiento de los beneficios. Sin embargo, es necesario reforzar mucho más este comportamiento ya que una práctica con-

*...los pacientes con falla cardiaca presentaban una baja adherencia al tratamiento antes de la intervención educativa..., puesto que existía un importante déficit de conocimientos acerca de la enfermedad.*

tinua del ejercicio dirigido induce una participación en el cumplimiento del tratamiento así como la mejoría en la capacidad física y tolerancia al esfuerzo, de la clase funcional, reducción en la aparición continua de síntomas y en el incremento de la sobrevida (14, 15, 18).

Este indicador evaluó el estado emocional del paciente. Se observó que la media de las respuestas antes de la aplicación del plan educativo se ubica dentro de un rango que se interpretó como de poca adherencia, mostrando que el estado de ánimo del paciente no es apropiado para su salud, manifestando poco interés por lo que lo rodea, a la vez refiere que el no poder descansar bien todas las noches por la ortopnea genera sentimientos de ira, ansiedad y depresión, así como la limitación para realizar ciertas actividades generadas por la fatiga y la disnea, lo que lleva a un aislamiento y a sentir poca motivación en cada una de sus actividades. Esto se ve potencializado por el desconocimiento que tiene el paciente de su enfermedad ya que al no saber que es una entidad crónica, no podrá entender que en sus manos está la recuperación de su funcionalidad, su calidad de vida y el poder aprender a vivir con su enfermedad lo mejor posible, por medio de un manejo adecuado del tratamiento contribuyendo a mejorar sus síntomas y estimulando su motivación. Posterior a la aplicación del plan educativo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio del resultado total obtenido antes y después de la intervención ( $P=0,0001$ ). La media de las respuestas de los pacientes se ubicó dentro de un rango que se interpretó como frecuentemente adherido ya que existió un cambio en el estado de ánimo con tendencia a sentirse bien, puesto que siendo conocedores de la enfermedad y de la importancia de un manejo adecuado en la dieta, el ejercicio y los medicamentos, han disminuido la intensidad y frecuencia de sus síntomas permitiendo descansar bien ya que no refieren sensación de ortopnea y disnea marcada, y muestran mayor interés por lo que los rodea. Sin embargo, se observa cierta

dificultad en continuar con sus relaciones interpersonales ya que con el tiempo transcurrido de su enfermedad se han alejado de sus amigos, y ante esto es muy difícil volver a recuperarlos; esto nos muestra que en el plan educativo es necesario fortalecer mucho más y generar estrategias que permitan estimular una mayor interacción entre el paciente y sus relaciones anteriores para desarrollar apoyos permanentes. Existen pocos estudios que analicen a fondo los aspectos emocionales del paciente con falla cardiaca; sin embargo, algunos como el de Bayés (29) han mostrado que si existe un manejo adecuado de la enfermedad se desarrollan en el paciente la motivación, la participación y el compromiso en su diario vivir, aumentando la autoestima y el interés, lo que le permite enfrentar y afrontar los cambios en su estilo de vida.

## Conclusiones

- La población en el estudio representa el tipo de individuos determinados como de alto riesgo, incluyendo predominantemente hombres de edad superior a los 65 años, de estratos socioeconómicos bajo y medio, y baja escolaridad, lo que lo hace comparable con la población incluida en la literatura mundial.
- Los resultados demuestran que los pacientes con falla cardiaca presentaban una baja adherencia al tratamiento antes de la intervención educativa representada según la interpretación del valor promedio obtenido a través de los rangos establecidos, puesto que existía un importante déficit de conocimientos acerca de la enfermedad. Llama la atención que en el promedio de tiempo de evolución, correspondiente a 24 meses, no sabían con claridad qué significaba falla cardiaca, signos de alarma, manejo del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Todo esto es inquietante ya que, considerando a la falla cardiaca como una de las principales

enfermedades crónicas de alto impacto social, emocional y económico, la necesidad fundamental es que estos pacientes tengan un compromiso y una participación total en el manejo del tratamiento farmacológico y no farmacológico, con el fin de mejorar sus síntomas y, por ende, las complicaciones y las hospitalizaciones a repetición.

- Los comportamientos más deficientes identificados en el estudio antes de la aplicación del plan educativo que generaban una baja adherencia correspondían al conocimiento del tratamiento farmacológico, dieta, ejercicio, mantenimiento del peso y soporte social. Este déficit de conocimientos incrementa una adherencia baja comprometiendo gravemente la efectividad del tratamiento.
- Es claro en el estudio que la intervención educativa integrada con la motivación brindada al paciente durante su hospitalización y el egreso mejoró la adherencia al tratamiento; sin embargo, es importante resaltar que para lograr el impacto que buscamos con la educación en la adherencia al tratamiento no basta con una sola instrucción, es necesario que sea un proceso continuo, dinámico, participativo y, en medio de este proceso, se debe promover y analizar el soporte social y emocional con que cuentan los pacientes. Para lograr este propósito es necesario utilizar herramientas aplicadas de una forma continua y permanente, como lo es la observación y la atención al paciente, escuchándolo de manera empática, promoviendo la aceptación de la enfermedad, contribuyendo al aumento de la autoestima y proporcionando información útil y puntual sobre el manejo de la enfermedad.
- Es necesario realizar seguimientos domiciliarios o telefónicos a corto y mediano plazo que permitan dar más continuidad al proceso educativo, y reforzar más los comportamientos de tal manera que se haga más evidente el

impacto del plan educativo, confirmando la permanencia en el tiempo de las conductas de adherencia esperadas.

- A través del desarrollo continuo y temprano de planes educativos dirigidos a los pacientes con falla cardiaca se contribuyó a mejorar la adherencia al tratamiento, como se refleja en el estudio, representado en el nivel de frecuentemente adherido según la interpretación del valor promedio, fortaleciendo indicadores tales como conocimiento farmacológico, dietario, mantenimiento del peso, reconocimiento de signos y síntomas, ejercicio, aceptación de su enfermedad y confianza en el profesional de la salud.
- El estudio mostró una media representativa centrada en la confianza y seguridad que tienen los pacientes en los profesionales de la salud; esto refleja lo importante que es este profesional, y cómo en un momento dado esta confianza se debe fortalecer por medio de una adecuada comunicación, seguimiento, y proporcionando un conocimiento claro de su enfermedad, de esta forma se motivará al paciente a mantener un grado de adherencia adecuado.
- Uno de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento es el apoyo social. El estudio mostró que uno de los apoyos que buscan los pacientes es la familia, y en menor proporción programas de apoyo social. Se evidenciaron algunas barreras de acercamiento a estos grupos tales como la no existencia de redes consolidadas y suficientes, así como la falta de motivación en el paciente. Es necesario hacer mayor énfasis en este aspecto estimulando a la persona en la búsqueda de apoyo social, puesto que el apoyo externo genera en el paciente una mayor motivación sintiéndose importante y capaz en cada una de sus actividades, lo que aumenta la necesidad de comprometerse en un manejo adecuado del tratamiento.

*La intervención educativa integrada con la motivación brindada al paciente durante su hospitalización y el egreso mejoró la adherencia al tratamiento.*

- El enfoque de autocuidado en el plan educativo, como estrategia en la mejora de la adherencia al tratamiento, permitió un cambio en los comportamientos de los pacientes, convirtiéndose en una directriz en el manejo adecuado de la enfermedad, guiando, orientando y apoyando al paciente en los cambios de su estilo de vida, y en el mejoramiento de la calidad de la misma.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Segundo Consenso Uruguayo de Insuficiencia Cardiaca. Sociedad Uruguaya de Cardiología. En: Rev Noticias, Sindicato médico del Uruguay 2004; 9: 1-16.
2. Varela EA. Aspectos epidemiológicos y prevención de la falla cardiaca. En: Clínicas Colombianas de Cardiología; 2002; 1-6.
3. Ministerio de Protección social. Sistema Estadístico de Servicio de Salud. 2005. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co>.
4. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas 2006. Disponible en [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html)
5. Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. En: Revista de Psicología Salud. 1999; 7(1): 35-61.
6. Gertler P. The impact of disease management on health, CPG Compliance, Quality, and Cost of Care SimcoeDRAFT 2003; (12): 1-29.
7. Ingaramo RA, Vita N, Bendersky K, Arnoldt M. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). Rev Fed Arg Cardiol 2005; 34: 104-111.
8. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication compliance. Med Care 1986; 24: 67-74.
9. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento implicaciones de la no-adherencia. Acta Med Colomb 2005; 30: 268-273.
10. Billups SJ, Malone DC, Carter BL. Relationship between drug therapy noncompliance and patient characteristics, health-related quality of life, and health care costs. Pharmacotherapy 2000; 20(8): 941-949.
11. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353(5): 487-497.
12. Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud (OMS) 2004; traducción de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
13. Haynes RB. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2001.
14. Ortega C, Cortés P. Proceso enfermero en insuficiencia cardiaca. Archivos de Cardiología de México 2002; 72 (supl 1): S262-S266.
15. Ateewart S, Pearson S. Effect of a home based interventions among patients with congestive heart failure discharged from acud hospital care. Arch Inter Med 1998; 158(10): 1067-78.
16. Kyngas Kynge ME. Review Conceptual analysis of compliance. Journal of Clinical Nursing 2000; 9: 5-12.
17. Baron A. Clasificación y diagnóstico de la insuficiencia cardiaca. Cardiología, Sociedad Colombiana de Cardiología, tomo III; 2002.
18. Rich MD, Valeriebeckham RN, Wittenberg C. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N Engl J Med 1995; 333: 1190-1195.
19. Krumholz H, Amatruda J, Smith G, Mattera J et al. Randomised trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. J Am Coll Cardiol 2002; 39: 83-89.
20. Karoly P. Enlarging the scope of the compliance construct toward developmental and motivational relevance. Developmental aspect of health compliance. Hillsdale: LEA; 1999; 11-27.
21. Nenterde P. Multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. NEJM 1995; 333: 1190.
22. Basterra M. El cumplimiento terapéutico. Pharmaceutical Care, 1999; 1: 97-106.
23. Zaldívar D. Adherencia terapéutica y modelos explicativos. Salud para la vida 2003. Disponible en: [www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu)
24. Ni H, Nauman D, Burgess D, Wise K, Crispell K, Heshberger E. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. Arch Intern Med 1999; 159: 1613-9.

25. Riegel B, Carlson B, Glaser D. Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart Lung* 2000;
26. Neily JB, Toto KH, Gardner EB et al. Potential contributing factors to non compliance with dietary sodium restriction in patients with heart failure. *Am Heart J* 2002; 143(1): 29-33.
27. Fuentes A. Autocuidado del paciente cardiovascular. *Archivos de Cardiología de México* 2001; 71 (supl. 1): S198-S200.
28. Davidson P. Issues in patient compliance. *Handbook of clinical health psychology* 2000; 417-434.
29. Bayés R. Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. *Revista de Cardiología La Mancha: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha*; 2000; 95-103.
30. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Altimir S, Coll R et al. Nurse evaluation of patients in a new multidisciplinary Heart Failure Unit. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2004; 3: 61-9.
31. Aentde. Etiqueta taxonómica NIC- NOC. Segunda edición; 2004.
32. Bastidas C. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia en los pacientes con enfermedad cardiovascular. Tesis de maestría en Enfermería con énfasis en Salud Cardiovascular. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2006; 78-81.
33. Polit, D, Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud. México: McGraw-Hill, 1997.
34. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Altimir S, Coll R et al. Patient's education by nurse: what we really do achieve? *Eur J Heart Fail, suppl.* 2003; 2: 72.
35. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Coll R, Altimir S et al. Educación de los pacientes con insuficiencia cardíaca por parte de enfermería. En: *Revista Española de Cardiología* 2003; 56 (supl. 2): 74.
36. Organización Panamericana de la Salud. La educación terapéutica. Propuesta de un modelo teórico desde la experiencia del programa cubano de educación en diabetes. 17 edición, Washington D.C.; 2007.