

**EFFECTO DE UN PLAN EDUCATIVO SOBRE EL GRADO DE ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE FALLA CARDIACA
DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ**

ISABEL CRISTINA GIRALDO AGREDO

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ
2009**

**EFFECTO DE UN PLAN EDUCATIVO SOBRE EL GRADO DE ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE FALLA CARDIACA
DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ**

ISABEL CRISTINA GIRALDO AGREDO

**Tesis para optar por el título de
Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular**

**Directora
MARIA MERCEDES DURAN DE VILLALOBOS
Profesora Titular**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ
2009**

Nota de aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Bogotá, D.C., Octubre de 2009

*A mis padres que siempre me han brindado su apoyo incondicional para
alcanzar cada una de las metas que me he propuesto*

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora MG. María Mercedes Duran de Villalobos por guiarme en este proceso y compartir conmigo toda su sabiduría.

A las docentes de la maestría en enfermería de la Universidad Nacional de Colombia por compartir sus conocimientos y forjarnos como mejores profesionales.

A Dios que me ha dado todas las oportunidades.

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN.....	12
ABSTRACT.....	13
INTRODUCCION.....	14
1. MARCO DE REFERENCIA.....	15
1.1 ÁREA PROBLEMÁTICA	15
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	23
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
1.4 OBJETIVOS.....	26
1.4.1 Objetivo Generall	26
1.4.2. Objetivos Específicos.....	26
1.5 DEFINICION DE CONCEPTOS.....	26
1.5.1 Pacientes con falla cardiaca.	26
1.5.2 Adherencia al tratamiento..	27
1.5.3 Plan educativo de enfermería..	27
1.5.3 Efectividad de la intervención del plan educativo de enfermería.	27
1.6 VARIABLES.....	27
1.7 HIPÓTESIS.....	28
2. MARCO TORICO.....	29

2.1. MODELO DE AUTOCUIDADO	29
2.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO COMO ACTO DE AUTOCUIDADO	33
2.2.1 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento.....	34
2.2.1.1 Factores socioeconómicos.....	35
2.2.1.2 Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia en salud	35
2.2.1.3 Factores relacionados con la enfermedad	36
2.2.1.4 Factores relacionados con el tratamiento . ..	36
2.2.1.5 Factores relacionados con el paciente . ..	36
2.2.2 La Educación y el Autocuidado en pacientes con falla cardiaca.. ..	37
2.3. FALLA CARDIACA	42
2.3.1. Fisiopatología.....	43
2.3.2. Clasificación. :.....	43
2.3.3. Consecuencias de la Insuficiencia coronaria.	44
2.3.4. Tratamiento.....	44
3. MARCO DE DISEÑO	49
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	49
3.2. POBLACIÓN	49
3.3. MUESTRA	49
3.3.1. Muestreo.....	50
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	52
3.5. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS	53

3.6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	54
3.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	56
3.8. VALIDEZ	57
3.8.1. Validez Interna	57
3.8.2. Validez Externa.....	57
3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	57
4. MARCO DE ANALISIS	60
4.2. ANALISIS DE RESULTADOS.....	61
4.3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	61
4.4. ANALISIS GLOBAL DE COMPORTAMIENTOS DE ADHERENCIA	64
4.5. ANALISIS POR DIMENSIONES DE LOS COMPORTAMIENTOS DE ADHERENCIA	66
4.6 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	78
5. CONCLUSIONES.....	79
6. RECOMENDACIONES	81
7. BIBLIOGRAFIA	83
ANEXOS	86

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Nivel educativo	62
Tabla 2. Ocupación	63
Tabla 3. Tiempo de diagnóstico y clase funcional	64

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Estrato socioeconómico	63
Figura 2. Análisis global de los comportamientos de adherencia	65
Figura 3. DIMENSION UNO: Confianza en el profesional de salud.	67
Figura 4. DIMENSION DOS: Conoce el tratamiento farmacológico que le han prescrito	68
Figura 5. DIMENSION TRES: Acceso a los servicios de salud	69
Figura 6. DIMENSION CUATRO: Acepta el diagnóstico dado por el profesional de salud.	70
Figura 7. DIMENSION CINCO: Reconocimiento de signos y síntomas.	72
Figura 8. DIMENSION SEIS: Red de apoyo.	73
Figura 9. DIMENSION SIETE: Control y mantenimiento del peso	74
Figura 10. DIMENSION OCHO: Conoce la dieta recomendada	75
Figura 11. DIMENSION NUEVE: Realiza ejercicio según lo recomendado	76
Figura 12. DIMENSION DIEZ: Estado de ánimo apropiado para la salud	78

LISTA DE ANEXOS

	pág.
ANEXO A. Instrumento comportamientos de adherencia en pacientes con falla cardiaca.	90
ANEXO B. Plan educativo “Cuida tu corazón: lo que debe saber acerca de falla cardiaca, una guía de cómo hacerlo”	94
ANEXO C. Carta de información sobre la investigación	102
ANEXO D. Formato de consentimiento informado - Grupo experimental	104
ANEXO E. Formato de consentimiento informado - Grupo control	106

RESUMEN

Según Dorothea Orem, el autocuidado consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un buen funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y bienestar.¹ Lo anterior, podría sugerir visualizar la adherencia a tratamientos como una expresión concreta del autocuidado, constituyendo un factor de gran importancia en personas con estados de desviación de la salud como es el caso de pacientes con falla cardiaca.

El presente estudio planteo determinar el efecto de un plan educativo sobre el grado de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca de la ciudad de Bogotá bajo la metodología cuasi-experimental al contrastar grupos experimental y de control. Se hizo uso del instrumento comportamientos de adherencia en pacientes con falla cardiaca y el respectivo plan educativo "Cuida tu corazón: lo que debe saber a cerca de la falla cardiaca, una guía de cómo hacerlo" diseñados anteriormente por Achury² con los cuales se realizo la pre-prueba, la post-prueba y la intervención educativa.

Los resultados obtenidos mostraron que si bien se presento un incremento entre los puntajes obtenidos por los pacientes tanto en el grupo control como en el grupo experimental siendo mayor en este ultimo grupo, pasando de estar en le rango de poca adherencia al rango de frecuentemente adheridos, las diferencias no se consideraron estadísticamente significativas al aplicar la prueba de hipótesis t de Student con un valor de 1,24 y que según los criterios de rechazo permitió rechazar la hipótesis alternativa planteada para la presente investigación.

Es necesario entonces seguir buscando estrategias que permitan abordar la problemática de falta de adherencia a los tratamientos y que resulte en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes con falla cardiaca.

Palabras claves:

Autocuidado, adherencia al tratamiento, falla cardiaca, plan educativo, enfermería

¹ MARRINER, A. Modelos y teorías de enfermería. Traducción al Español de la cuarta edición. 1999. Madrid: Harcourt Brace. 1999.

² ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Efectos de la aplicación de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

ABSTRACT

According to Dorothea Orem, "Self-Care refers to actions of individuals performed over time to regulate factors or conditions in the interest of that individual's life, health, and well-being." Above, could suggest visualizing adherence to treatment as a concrete expression of self-care. This can be at the same time, a factor of great importance in people with misuse of state health such as patients with heart failure.

The present study carried out in Bogotá, is to determine the effect of an education plan on the degree of adherence to treatment in patients with heart failure. The methodology applied is quasi-experimental to compare experimental and control groups. Both, the instrument of adherence behavior in patients with heart failure and the respective educational plan "Guard your heart, what you need to know about heart failure, a guide on how to do it" previously designed by Achury were used. These were employed to develop the pre-trial, trial and post-educational intervention.

Although the results of both, the control group and the experimental group showed an increase between the scores obtained by patients, the experimental one had the highest and step to be in the range of low adhesion to the rank of frequently attached. The differences were not considered statistically significant when applying the t of Student hypothesis test with a value of 1.24 and according to rejection criteria it made possible to reject the alternative hypothesis posed for this investigation.

The research in relation to the lack of adherence to the treatment has not to stop. On the contrary, it is indispensable to seek strategies to address the problem in order to improve the quality of patients' life with heart failure.

Key words:

Self-Care, adherence to treatment, heart failure, education plan, nursing

INTRODUCCION

En la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia recientemente se ha desarrollado dentro de la línea de investigación autocuidado de la salud cardiovascular, investigaciones que aportan a la descripción de conductas de las personas que padecen alguna enfermedad cardiovascular y las disposiciones para el autocuidado de su salud. Lo cual, demuestra el reconocimiento del autocuidado como coadyudante en la adherencia a las medidas de tratamiento del régimen médico y de las recomendaciones del cambio de estilo de vida.

Las enfermedades cardiovasculares son disruptivas en el individuo y su entorno, pues son ocasionadas por alteraciones patológicas irreversibles que requieren largos periodos de supervisión y tratamiento, ocasionando en muchas ocasiones una pobre adherencia a la terapia.

El presente trabajo de investigación cuyo fin fue determinar el efecto de un plan educativo sobre el grado de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca, aporta al estudio de la problemática de falta de adherencia a los tratamientos bajo fundamentación teórica de enfermería; específicamente, el modelo de autocuidado de Dorotea Orem.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 ÁREA PROBLEMÁTICA

La falla cardiaca debido a su condición de cronicidad, morbimortalidad y consumo de recursos de salud, constituye un problema prioritario desde el punto de vista sociosanitario, convirtiéndose en un problema de salud pública.

La incidencia de insuficiencia cardiaca ha permanecido estable en hombres durante las últimas tres décadas. Sin embargo, en las mujeres se observa una disminución de 40% a 31% lo cual puede explicarse por los avances en el manejo de la enfermedad coronaria. La tasa de mortalidad a treinta días, un año y cinco años en hombres, disminuyó de 12%, 30% y 70% respectivamente, en el período de 1950-1969 a 11%, 28% y 59% en el período de tiempo comprendido entre 1990 y 1999. En mujeres, la tasa pasó de 18%, 28% y 57% en el período 1950-1969 a 10%, 24% y 45% en el período 1990-1999. A pesar de que la tasa de supervivencia ha mejorado sustancialmente, la insuficiencia cardiaca continúa siendo una entidad potencialmente fatal: más del 50% de los pacientes que fueron diagnosticados en la década de los 90, murieron antes de cinco años.³ Igualmente la probabilidad de muerte súbita debida fundamentalmente a arritmias es responsable del 25 al 50% de las muertes.⁴

La prevalencia de la falla cardiaca ha sido calculada en 1 a 2% de la población general, aumentando en forma exponencial con la edad.⁵ Este panorama se complica un poco a causa de la complejidad para el manejo farmacológico en personas de edad, con disfunción renal, con comorbilidad como diabetes o dislipidemias, consumo de múltiples medicamentos y la necesidad de modificar comportamientos para mejorar su estado de salud y poder mantener una calidad de vida aceptable.

³ ILADIBA. Insuficiencia cardiaca: diferencias entre hombres y mujeres. En: Actualización en Cardiología. Abril, 2003. vol. 17. no. 2. p. 38

⁴ GHALI JK, et al. Precipitating factors leading to decomposition of heart failure. Traits among urban blacks.r_ En: Arch Intern Med. Septiembre, 1988, vol. 148 no. 9., p 2013.

⁵ VARELA, E. A. Aspectos Epidemiológicos y Prevención de la Falla Cardiaca. En: Clínicas Colombianas de Cardiología, 2002, p. 1-6.

Según la 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 solo la mortalidad, sino la pérdida de años productivos, el aislamiento psicosocial de los pacientes con falla cardiaca 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 para el gremio de la salud, no puede quedarse en solo conocer estos datos sin buscar estrategias y realizar investigaciones que ayuden a reducir la morbi-mortalidad de esta población.⁶

En Colombia, en el año 2005 se presentaron 3725 casos de muerte por falla cardiaca según los datos preliminares publicados por el DANE; cabe resaltar además la presencia de patologías cardiovasculares como enfermedad isquémica del corazón e hipertensión arterial dentro de las diez primeras causas de mortalidad en el país, pues éstas son factores etiológicos de la falla cardiaca.⁷

Congruente a lo anterior, en la ciudad de Bogotá según el DANE en el 2005 se reportaron 458 casos de muerte por falla cardiaca; igualmente se encuentra en primer lugar como causa de mortalidad la enfermedad isquémica del corazón, que como se menciono anteriormente constituye una de las causas etiológicas de la falla cardiaca.⁸

Acorde con las tendencias de transición epidemiológica que atraviesan actualmente los países en vía de desarrollo, la pirámide de población colombiana esta sufriendo cambios en su conformación como el aumento del grupo de edad avanzada, característica propia de países desarrollados; como consecuencia, se evidencia el drástico aumento de las enfermedades crónicas, entre éstas, las cardiovasculares expresadas en muchos casos como falla cardiaca. A esta situación se debe sumar la falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes crónicos quienes deben someterse a largos tratamientos, siendo una condición fundamental para reducir la mortalidad, mejorar los síntomas y la calidad de vida.

⁶ *Ibíd.*, p. 1.

⁷ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Defunciones por grupos de edad y sexo, según lista de causas agrupadas 6/67 cie-10 de ops. Preliminares. Colombia 2005. [on line]. Bogotá (Colombia). [Consultado agosto 2008]. Disponible en internet: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/defunciones/defun_2005/CUADRO5.xls.

⁸ *Ibíd.*, Tabla.

La adherencia es un fenómeno determinado por la interacción de múltiples factores: sociales, económicos, los relacionados con la enfermedad, con el sistema de salud, con el paciente y con el tipo de terapia. En los países desarrollados la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas promedia 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aun menores.⁹ Este dato permite reconocer que sólo la mitad de las personas con padecimientos crónicos realizan correctamente el tratamiento indicado y necesario para el control de su enfermedad, y la otra mitad se encuentra en riesgo de sufrir recaídas, complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura, exigiendo al sistema de salud mayor capacidad para lograr los objetivos relacionados con la salud de la población. La falta de adherencia a los tratamientos es además un problema que tiende a aumentar a medida que crecen los padecimientos crónicos, lo cual caracteriza el cuadro de salud de muchos países en la actualidad.

Aproximadamente el 10% de las hospitalizaciones de pacientes con enfermedad crónica y que reingresan lo hacen como consecuencia de la no adherencia al tratamiento; en el caso específico de falla cardiaca, una tercera parte de las admisiones hospitalarias se deben a la falta de adherencia al régimen terapéutico.¹⁰

Se estima que el no cumplimiento con el tratamiento medicamentoso deja un costo que supera los cien billones de dólares al año, resultado de la disminución de productividad laboral y el incremento de las admisiones hospitalarias susceptibles de prevención. Además, cada año se gasta mucho dinero en investigaciones relacionadas con medicamentos pero se dedican pocos recursos al hecho de saber que hacen los pacientes con estos esfuerzos.¹¹ La Organización Mundial de la Salud, (OMS) asegura que “el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes”.¹²

⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 2004. Disponible en internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>. p. 13.

¹⁰ HARTIGAN, C., et al. (1997). Long-term exercise adherence after intensive rehabilitation for chronic low back pain. En: Medicine and science in sports and exercise. Marzo 1997, vol 32 no. 3 p. 551-557.

¹¹ BASTERRA GABARRÓ M. El cumplimiento terapéutico. España: En: Pharmaceutical Care. 1999, vol. 1 p. 97-106. [On line]. (España). [Consultado agosto 2008]. Disponible en internet: <http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf>.

¹² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid: Ediciones Doyma; - 2003.

El informe de la OMS enumera las consecuencias que se derivan de la falta de adherencia a los tratamientos:

Consecuencias clínicas¹³

- **Recaídas más intensas:** las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente pueden ser más graves que las que ocurren cuando el medicamento se toma cómo fue recomendado.
- **Aumenta el riesgo de dependencia:** muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si se toman incorrectamente.
- **Aumenta el riesgo de efectos adversos:** algunos medicamentos suspendidos bruscamente pueden producir efectos adversos y posibles daños.
- **Aumenta el riesgo de toxicidad:** el sobre abuso de medicamentos puede producir cuadros tóxicos agudos, con mayor fuerza en niños o ancianos.
- **Riesgo aumentado de desarrollar resistencia medicamentosa,** especialmente a los antibióticos, producida por el incumplimiento de los requerimientos de su utilización por parte de los pacientes.

Consecuencias económicas¹⁴

Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica, repercute en el gasto invertido en medicamentos que no consume, en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada, en caso de ser trabajador, con la consecuente afectación a la productividad de su puesto de trabajo. El gasto del paciente también se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar y en un almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos en el hogar, que puede provocar intoxicaciones accidentales en niños y el aumento de la automedicación irresponsable por cualquier miembro de la familia.

El gasto en salud del estado se puede incrementar considerablemente por la atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas previamente que no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de

¹³ OMS, Op. cit., p. 33.

¹⁴ *Ibid.*, p. 59

emergencia como de cuidados intensivos. El informe de la OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en el 20% los costos de la salud pública.

Consecuencias psicológicas ¹⁵

El padecimiento de una enfermedad implica de por sí una carga estresante y adicional en el desenvolvimiento de la vida de las personas, genera dificultades en la autoimagen, la autoestima y provoca miedos ante una posible amenaza vital y la muerte, sin embargo, el incumplimiento prolonga la recuperación o el control de la enfermedad, mantiene la presencia de síntomas y con ellos el estrés continuo ante una situación de enfermedad mantenida en el tiempo. Igualmente, incide en la esfera de la orientación vocacional y laboral del enfermo al tener que reajustar metas y propósitos que pueden afectar su vida económica, interferir en la comunicación con las otras personas o en los roles habituales y las responsabilidades que tiene en la familia, lo que puede aumentar el sufrimiento de los allegados.¹⁶

De otro lado, como se menciona anteriormente la adherencia es un fenómeno afectado por la interacción entre otros factores, del tipo de terapia. Las tasas globales estiman que al menos el 73% de los pacientes adultos mayores con tratamiento farmacológico usan más de un medicamento, y el 29% restante ingiere cuatro o más pastas al día.¹⁷ Estudios realizados prueban que cuanto mayor es el número de medicamentos utilizados por el paciente, menor es el grado de adherencia al tratamiento, es decir, la incidencia de falta de adherencia al tratamiento se vuelve mayor.¹⁸

Resultados similares fueron obtenidos en Colombia en el estudio realizado por Bastidas, sobre asociación de la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con

¹⁵ *Ibíd.* p. 88.

¹⁶ MARTÍN ALFONSO L, Grau Ábalo J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *En:* *Psicología y Salud*. 2004, vol. 14 no. 1., p.89-101.

¹⁷ LIPKIN, M. Patient education and Counseling in the context of modern patient-physician-family communication. *En:* *Patient Education and Counseling*, 1996. vol 27 no. 1. p.5-11.

¹⁸ DÍAZ ESPINOSA, I. N. Efecto de la musicoterapia en la adherencia del paciente con enfermedad renal crónica. Tesis para optar por el título de Especialista en Musicoterapia. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Artes. 2006.

alguna condición de enfermedad cardíaca; donde se concluyó que el número de medicamentos tiene una influencia sobre la adherencia.¹⁹

Así mismo, la no adherencia a las modificaciones en el estilo de vida como cambios en los hábitos alimenticios o regímenes de ejercicio, son muy comunes. El estudio de Miller²⁰ sugiere que solo una tercera parte de los pacientes se adhieren a la dieta preescrita por un periodo no mayor a un año. Más del 50% de los pacientes que realizan ejercicio para la prevención o rehabilitación de una enfermedad, lo abandonan a los seis meses. Igualmente, el estudio realizado por Ghali J, et al.²¹ sobre los factores que precipitan la descompensación en insuficiencia cardíaca, mostró que la causa más común de reingreso fue el abandono de la medicación y/o dieta. Lo anterior puede estar relacionado con lo concluido por investigaciones de orientación psicológica cognitiva-comportamental, las cuales demuestran que los factores psicosociales y biocomportamentales impactan la calidad de vida del paciente y el proceso de la enfermedad.²²

Por otra parte, de acuerdo a lo descrito en publicaciones españolas los profesionales de salud no son capaces de relacionarse efectivamente con sus pacientes y ofrecer una educación sanitaria precisa, fácil, neutra y comprensible.²³ De esta manera el panorama para las personas que padecen enfermedades cardiovasculares, entre éstas la falla cardíaca, se complica por los sucesos del cotidiano donde la recomendación de medidas no farmacológicas, se realiza por

¹⁹ BASTIDAS, Clara Victoria. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad cardiovascular. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

²⁰ MILLER, N. H. (1997). Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. En: The American Journal of Medicine 1997. vol. 102 no. 2, p. 43 – 49.

²¹ GHALI JK, et al. Opc. cit.

²² SCHNEIDERMAN, N., Antoni, M. H., Saab, P. G. Y Ironso, G. (2001) Health Psychology: Psychosocial and Biobehavioral Aspects of Chronic Disease Management. Annual Reviews Psychology, vol. 52. P. 555 – 580. Psychology: Psychosocial and Biobehavioral Aspects of Chronic Disease Management. Annual Reviews Psychology, 52: 555 – 580.

²³ MÁRQUEZ CONTRERAS E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. FMC 2001; vol. 8., p. 558-573. Disponible en internet: <http://pcvc.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez.PDF>.

los clínicos en menor medida que la prescripción farmacológica.²⁴ En el estudio realizado por Acosta González y colaboradores,²⁵ denominado conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica; se concluyó que la falta de adherencia se debe mayormente a que los pacientes no reciben educación suficiente y apropiada.²⁶ En la actualidad, los resultados obtenidos demuestran que la educación que se brinda en atención primaria en salud realizada es claramente deficiente 3,5% al alta y casi nula durante la hospitalización.²⁷

Igualmente, la investigación elaborada por Alconero Camarero y colaboradores²⁸ de tipo retrospectivo con historias clínicas de pacientes con insuficiencia cardiaca en el Hospital Universitario Marques de Valdecilla, concluyó que la enfermería cardiológica debe asumir actividades educativas, para que una correcta planificación al alta, evite en lo posible los habituales reingresos de los pacientes con insuficiencia cardiaca.

La educación en salud ha sido siempre una parte importante de las intervenciones de enfermería y piedra angular de la promoción de la salud; por lo tanto, la educación demanda una activa participación de dichos profesionales quienes deben implementar metodologías en el proceso de “aprender”; es decir, su objetivo es crear una situación en la que se desarrollen ideas, que modifiquen creencias y actitudes, que permitan adoptar nuevos hábitos y conductas. A la vista de los hechos tenemos un problema de salud de gran magnitud en el que hay mucho por hacer, educando no sólo al paciente sino a familiares y en definitiva a toda la población, y puesto que la forma de trabajo en enfermería contempla la necesidad e importancia de la educación es quien generalmente se apropia de este papel.

²⁴ KRAVITZ RL. et al. (1993). Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. En: Arch Intern Medicine; 1993. vol. 153. No. 18,. p. 69- 78.

²⁵ ACOSTA GONZÁLEZ M, Debs Pérez G, De la Noval García R y Dueñas Herrera A. conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Medic Latina. En: Cubana de Enfermería; Septiembre – Diciembre, 2005, vol. 21 no.3, p. 63- Disponible en internet: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=19584557&lang=es&site=ehost-live>

²⁶ *Ibid.* p. 6.

²⁷ ALCONERO CAMARERO A.R, Pérez Mena S, Gutiérrez Fernández R, Ortego Mate C. Educación sanitaria en la insuficiencia cardiaca. Escuela Universitaria "Casa de Salud Valdecilla" Santander. Hospital U.M.Valdecilla.Santander. [consultado septiembre 2008] Disponible en internet: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf.

²⁸ *Ibid.* p. 4.

El estudio realizado por Achury, cuyo objetivo fue determinar el efecto de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en un grupo de pacientes hospitalizados con diagnóstico de falla cardíaca, el cual contribuyó con el diseño de un instrumento de medición de la adherencia en dichos pacientes y un plan educativo, arrojó como resultados una diferencia estadísticamente significativa al determinar el grado de adherencia antes y después de la intervención educativa, demostrando que la intervención educativa permite capacitar al paciente en el manejo adecuado de su tratamiento farmacológico y no farmacológico y al establecimiento de una relación estrecha entre el profesional de enfermería y el paciente, facilitando la adecuada transmisión de conocimientos, motivación y participación del paciente y su familia en el diario vivir de su enfermedad. Sin embargo, uno de los ideales y propósitos en la adherencia al tratamiento del paciente con falla cardíaca es que alcance un grado de adherencia total para lo cual es necesario seguir en un continuo proceso educativo y un seguimiento más estrecho.

En la literatura se exponen 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 reducen costos.²⁹ Muchos de éstos fundamentándose en la teoría de los sistemas de enfermería de Orem y dirigido a personas con insuficiencia cardíaca como el estudio descriptivo realizado por Hubbard³⁰: conocimiento de la falla cardíaca congestiva proceso y tratamiento, y Artinian³¹: Relación del conocimiento de acción de autocuidado y la actual ejecución de autocuidado, realizado con individuos con falla cardíaca.

Igualmente, se han realizado estudios experimentales de pertinencia en el presente marco referencial como son: efectos de un sistema de soporte educativo de enfermería sobre la promoción y el mantenimiento del régimen de prescripción médica;³² efectos de un programa de planeación experimental de medicación al alta y un programa de planeación informal al alta sobre la readmisión hospitalaria³³

²⁹ GERTLER P. The impact of disease Management on Health, CPG Compliance, Quality, and Cost of Care Simcoe DRAFT. 2003. vol.12,. p.1-29.

³⁰ FAWCETT, J. Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. F. A. Davis Company, Philadelphia. 2005. Chapter 8

³¹ *Ibíd.*

³² *Ibíd.*

³³ SCHNEIDER et al. A medication Discharge planning program. *En: Clinical Nursing Research*, 1993, vol. 2,. no. 1, p. 41-53.

y efectos de una intervención de soporte educativo de enfermería y control de rutina sobre las habilidades de autocuidado, la conducta de autocuidado y la calidad de vida.³⁴ Todos estos, realizados con pacientes con falla cardiaca congestiva.

Finalmente, es necesario mencionar que los problemas de adherencia terapéutica en pacientes con falla cardiaca en nuestro país han sido pasados por alto por los directivos de la salud y los formuladores de las políticas de salud, por esta razón se realizan pocas investigaciones y escasas intervenciones de modo directo y sistemático en este asunto. Tal vez parezca un tema sencillo y se subvalora su importancia y repercusión sobre el cuadro de salud de la población. Es hora de cambiar la mirada y comprender la necesidad de asumir la mejoría de la adherencia terapéutica como estrategia de trabajo prioritaria, como una inversión que permitirá abordar efectivamente la problemática, sobre todo, las enfermedades crónicas en vista de que trabajar en este aspecto es una estrategia costo-efectiva y puede mejorar el perfil de salud de la población si se logran resultados adecuados y como se menciono anteriormente, no se puede desconocer fuerte relación entre adherencia, autocuidado y educación donde enfermería juega un papel protagónico en la búsqueda del bienestar u autonomía del paciente.

En conclusión, la adherencia al tratamiento en la patología de falla cardiaca constituye una entidad que debe ser de sumo interés en salud y especialmente en enfermería debido a que es una patología que incapacita, atenta contra la calidad de vida de quien la padece y por su condición de cronicidad. Así mismo, la falta de adherencia que se ha establecido como un gran reto para los sistemas de salud de todo el mundo, debe empezar a ser prioridad como temática de investigación con el fin de encontrar soluciones que permitan enfrentarla efectivamente, especialmente en el caso de enfermedades crónicas, como es el caso de la falla cardiaca. En definitiva, queda claro que el papel educador basado en fundamentos teóricos y resultados investigativos que debe desempeñar enfermería, es un cimiento esencial a fortalecer para enfrentar la problemática anteriormente presentada.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Al analizar la clasificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas, establecida por La OPS, surge el interrogante respecto a cuál sería la intervención adecuada, pues son muchos los aspectos que éstos abarcan: características del

³⁴ FAWCETT. Op. cit.

individuo, estilos de vida, estado de salud, situación socioeconómica, entre otros, y aunque algunos de ellos no son modificables, la mayoría sí lo son; algunos estudios realizados, concluyen que los factores de riesgo tales como, el tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, dieta inadecuada e hipercolesterolemia son los de mayor prevalencia.

El hecho de que éstos dependan de la conducta individual, plantea un gran reto para los sistemas de salud y los gobiernos de todos los países.

La presente investigación es pertinente, pues tal como se planteó en la descripción del área problemática la adherencia es un fenómeno determinado por la interacción de múltiples factores; sociales, económicos, los relacionados con la enfermedad, con el sistema de salud, con el paciente y con el tipo de terapia.

El disponer de información actualizada sobre diferentes aspectos de conducta y del uso de recursos por parte de los pacientes de falla cardíaca, contribuye al conocimiento de nuestra realidad asistencial, dando lugar a la implementación de medidas que favorezcan el fomento de la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para garantizar un adecuado manejo de las enfermedades cardiovasculares, entre éstas la falla cardíaca.

De otra parte, esta investigación contribuirá a incrementar nuestro conocimiento sobre la falta de adherencia como un fenómeno y problema real al que se enfrentan los profesionales de la salud.

La utilización de los referentes de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem: teoría del sistema de apoyo educativo como una pauta en la aplicación de un plan educativo con el fin de orientar, guiar y apoyar todas las acciones de autocuidado y adherencia del paciente con falla cardíaca, reflejan los aportes a la disciplina de enfermería.

Dado que la adherencia deficiente en los tratamientos a largo plazo, caso de los pacientes que padecen falla cardíaca compromete gravemente la salud, la calidad de vida y la economía de la salud, su estudio e intervención se convierte en una necesidad para abordar adecuadamente dicha problemática. Sin un sistema que aborde acciones que fomenten la adherencia, los adelantos en la tecnología biomédica no lograrán hacer realidad su potencial para reducir la carga de las enfermedades crónicas. El acceso a los medicamentos es necesario, pero insuficiente en sí mismo para tratar efectivamente las enfermedades.

Igualmente, teniendo en cuenta que en muchos países y el en nuestro la pobre adherencia representa una carga económica importante; mejorarla podría representar una fuente importante de mejoramiento sanitario, social y económico.

El personal de salud debe poder evaluar la disposición del paciente para cumplir lo indicado, asesorarlo sobre cómo hacerlo y seguir su progreso. Medir y fomentar la adherencia a los regímenes medicamentosos y los cambios terapéuticos del estilo de vida, es importante para el sector salud y para los investigadores del tema pues, la no adherencia impacta negativamente la efectividad de una intervención terapéutica.

Según Fleury,³⁵ el papel de la enfermera, tiene que ver con ayudar a los individuos a que entiendan, adopten y mantengan prácticas en su estilo de vida que les ayude a disminuir riesgos e incapacidades. Por esto es esencial que las enfermeras desarrollen el conocimiento que se requiere para ayudar a los individuos y familias a que inicien y mantengan comportamientos congruentes con los esfuerzos que se hacen para reducir los riesgos.

La educación constituye una herramienta fundamental que debe estar liderada por el profesional de enfermería, pues para que los pacientes enfrenten eficazmente las exigencias relacionadas con el tratamiento impuestas por su enfermedad deben ser informados, motivados y capacitados. Enfermería desempeña una función importante al fomentar el optimismo y alentar el mantenimiento de los comportamientos de salud contribuyendo de esta manera a una adecuada adherencia y fortalecimiento del autocuidado.

Para iniciar todo este proceso es necesario que en enfermería se cuente con referentes teóricos y se apoye en herramientas válidas y confiables que sirvan a unos fines concretos y aporten al mejoramiento de la calidad del cuidado. Los profesionales de la salud y en especial los de enfermería deben investigar para profundizar en la problemática de la adherencia terapéutica, puesto que desempeñan un papel fundamental en el proceso de interacción con el paciente. Por lo anterior es necesaria la validación de programas educativos y guías educativas, lideradas por el profesional de Enfermería, que permitan capacitar al paciente con falla cardíaca y a su familia centradas en desarrollar aptitudes de autocuidado.

³⁵ FLEURY, J. La aplicación de la teoría motivacional a la reducción del riesgo cardiovascular. 1992 vol. 24. no. 3., p. 229 – 239

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el efecto de un plan educativo sobre el grado de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de falla cardíaca de la ciudad de Bogotá al contrastar grupos experimental y de control?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General. Determinar el efecto de un plan educativo sobre el grado de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de falla cardíaca de la ciudad de Bogotá al contrastar grupos experimental y de control

1.4.2. Objetivos Específicos.

- Valorar el grado de adherencia al tratamiento de un grupo de pacientes con falla cardíaca de la ciudad de Bogotá antes de la intervención educativa.
- Realizar una intervención de tipo educativa en los pacientes del grupo experimental del estudio, que fomente la adherencia al tratamiento.
- Valorar el grado de adherencia al tratamiento del grupo de pacientes con diagnóstico de falla cardíaca de la ciudad de Bogotá una vez aplicado el plan educativo.
- Contrastar los resultados obtenidos por los pacientes de los grupos experimental y de control en la pre y post-prueba

1.5 DEFINICION DE CONCEPTOS

1.5.1 Pacientes con falla cardíaca. Son aquellos pacientes hombres o mujeres entre 18 y 75 años hospitalizados en una IPS de la ciudad de Bogotá (hospital Santa Clara o Clínica San Pedro Claver) a quienes se les ha diagnosticado falla cardíaca en clase funcional I y II (para el cuasiexperimento), y I, II, III (para la determinación de la confiabilidad del instrumento).

1.5.2 Adherencia al tratamiento. Corresponde a una serie de comportamientos y actitudes activas, colaboradoras y voluntarias del paciente con falla cardiaca frente al tratamiento y las recomendaciones hechas por un agente de salud sea médico o personal de enfermería, acerca de los medicamentos y de los cambios en la dieta, control del peso, aumento y regulación del ejercicio, asistencia a control médico e identificación de signos de alarma y supresión o disminución de hábitos nocivos como tabaco, alcohol y uso de sal. La adherencia al tratamiento constituye un acto concreto de autocuidado.

1.5.3 Plan educativo de enfermería. El plan educativo de enfermería denominado “Cuida tu corazón: lo que debe saber a cerca de falla cardiaca, una guía de cómo hacerlo” es una herramienta educativa centrada en el autocuidado que permite brindar una información detallada, clara y precisa del manejo de la patología a pacientes con falla cardiaca hospitalizados y a sus cuidadores; el cual incluye información verbal y escrita sobre comportamientos que se esperan que el paciente desarrolle y mantenga en un futuro cercano.

1.5.3 Efectividad de la intervención del plan educativo de enfermería. Esta determinada por los resultados de los puntajes obtenidos por los pacientes de falla cardiaca al aplicarles el instrumento “Comportamientos de adherencia del paciente con falla cardiaca” posterior a la aplicación de la intervención educativa. Dichos resultados, deben reflejar un cambio positivo en la adherencia al tratamiento del paciente con falla cardiaca; es decir, que estadísticamente se demuestre que la intervención tuvo un efecto positivo sobre la adherencia al tratamiento.

1.6 VARIABLES

Variable Independiente. Plan educativo “Cuida tu corazón: lo que debe saber a cerca de la falla cardiaca, una guía de cómo hacerlo”

Variable Dependiente. El grado de adherencia determinando en los sujetos de estudio, al realizar la mediación con el instrumento “Comportamientos de adherencia del paciente con falla cardiaca”

1.7 HIPÓTESIS

Hipótesis Alternativa (H1). La aplicación de un plan educativo de enfermería que fomenta el autocuidado del paciente con falla cardíaca mejora la adherencia al tratamiento.

Hipótesis Nula (H0). La aplicación de un plan educativo de enfermería que fomenta el autocuidado del paciente con falla cardíaca no influye en la adherencia al tratamiento de forma significativa

2. MARCO TEORICO

2.1. MODELO DE AUTOCUIDADO

Como se menciona en la definición de conceptos, la adherencia al tratamiento constituye un acto concreto de autocuidado.

Al hablar de autocuidado resulta meritorio mencionar el marco teórico propuesto por Dorotea Orem en sus tres teorías de autocuidado y que para efectos de la presente investigación constituye parte primordial la fundamentación teórica. Específicamente lo relacionado a la definición y comprensión del concepto de autocuidado y la teoría de sistemas de enfermería concretamente el sistema de apoyo educativo.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del déficit de autocuidado y Teoría de los sistemas de enfermería.³⁶

La primera, en la que define el concepto de autocuidado y los requisitos del mismo. La segunda, en la cual describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit (desviación del estado de salud) y la tercera, en la que se explican los modos en que las enfermeras pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas enfermeros.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".³⁷

Dicha teórica, define el autocuidado como una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el

³⁶ MARRINER, Op. Cit. cap.13.

³⁷ Ibid. cap.13.

entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de la vida, la salud y el bienestar.³⁸

El concepto de autocuidado implica la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, hace necesaria la individualización de los cuidados otorgando protagonismo a las percepciones, creencias y necesidades del sujeto.

Por otro lado exige trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta a la hora de atender a los individuos la percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, entre otros, haciendo de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

El autocuidado como acción presenta tres fases:³⁹

I Fase: En que la persona se hace consciente de que requiere algún tipo de acción.

II Fase: En que la persona toma la decisión de seguir un curso particular de acción.

III Fase: En que la persona realiza la acción.

Los requisitos para el autocuidado son los objetivos que deben ser alcanzados mediante las acciones de autocuidado. Éstos Pueden dividirse en tres categorías:⁴⁰

1. Requisitos universales de autocuidado: son comunes a todos los seres humanos, relacionados con la integridad estructural y funcional humana en las diferentes etapas del ciclo vital.
2. Requisitos de autocuidado de desarrollo: Promueven los procesos de la vida y la madurez.

³⁸ BERDAYES MARTÍNEZ, Daisy. Desarrollo teórico de Enfermería. ISCM-H. 2001: 9, 18. En: Pérez Manzano, J. L. Aplicación de las teorías de Orem y Peplau en el proceso de atención de enfermería. SOCUENF. Hospital General Docente. Ave. 2 de diciembre No. 1. <http://www.uninet.edu/neuroc2002/papers/TL-OREM Y PEPLAU.htm>

³⁹ *Ibíd.*

⁴⁰ MARRINER. Op. cit. Cap. 13

3. Requisitos de autocuidado asociados a las desviaciones del estado de salud: estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión. Las características de la desviación de la salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas. Estos incluyen, buscar y garantizar ayuda médica oportuna y adecuada; reconocer y tener cuidado de los efectos de las condiciones patológicas; ejecutar efectivamente las órdenes para diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; reconocer y tener cuidado en los efectos secundarios de los tratamientos; modificar el autoconcepto y la autoimagen como aceptación del propio estado de salud y necesidades del cuidado; y aprender a vivir con los efectos de la condición patológica y las medidas de cuidado médico.

Por tal razón, la autora afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Orem ⁴¹, en su teoría de sistemas de enfermería señala que la enfermería es una acción humana. Los sistemas de enfermería son sistemas diseñados y producidos por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Los tres sistemas de enfermería descritos por Orem dependen de las capacidades del paciente para autocuidarse. Al existir un déficit de autocuidado, en cualquier grado, el personal de Enfermería se convierte en agente de autocuidado. Se pueden identificar tres tipos, dependiendo de quien pueda o deba realizar las acciones de autocuidado:

- Sistema completamente compensatorio
- Sistema parcialmente compensatorio
- Sistema de apoyo educativo

En este último sistema se da una acción conjunta por parte de la enfermera y el paciente; donde la enfermera debe regular el ejercicio y el desarrollo de la actividad del autocuidado, y el paciente debe cumplir con su autocuidado.

Lo anterior permite vislumbrar de manera clara el pensamiento de Orem, autora para quien los humanos se distinguen de otros seres vivos por su capacidad de reflexionar sobre sí mismos y sobre su ambiente, por simbolizar lo que

⁴¹ Ibid.cap. 13

experimentan, por usar creaciones simbólicas (palabras, comportamientos) en pensamientos y comunicaciones, y por hacer cosas que son benéficas para sí mismos y para los otros.

El sistema de apoyo educativo requiere evaluar la capacidad del paciente para el mantenimiento de su salud y la forma de enfrentar la enfermedad y sus secuelas. De otro lado el profesional de enfermería debe hacer uso de sus conocimientos para fomentar comportamientos de autocuidado y motivar al paciente a asumir su propia responsabilidad en este aspecto. Este sistema enfermero es de gran ayuda cuando el agente necesita de asistencia para tomar una decisión, modificar un comportamiento o adquirir conocimiento y habilidad.⁴²

El autocuidado es un aspecto importante del tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC). La mayoría de los programas de atención para la IC destacan que el aumento en el autocuidado es clave para la obtención de una mejoría en la evolución de los pacientes con IC.⁴³ El estudio desarrollado por Beatriz González y colaboradores en España, demostró por medio de la aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en su versión española en una unidad de insuficiencia cardíaca de ese país, un mayor grado de autocuidado en los pacientes con mayor tiempo de seguimiento en la unidad, probablemente debido al esfuerzo educativo de enfermería.⁴⁴

Todos estos conceptos permiten fundamentar la importancia del modelo de autocuidado, enfatizando en el sistema de apoyo educativo como una directriz en el cuidado de pacientes con desviación de la salud como es el caso de los pacientes con falla cardíaca, para promover las capacidades del agente de cuidado, con el fin de orientar, guiar y apoyar todas las acciones de autocuidado del paciente y su familia, y concientizando sobre sus efectos en el mejoramiento la calidad de vida.

⁴² FUENTES A. Autocuidado del paciente cardiovascular. En: Archivos de Cardiología de México. Enero-Marzo 2001, vol. 71. no. 1.S198-S200..

⁴³ DEATON C. Outcome measurement. J Cardiovasc Nurs. 2000;14:116-8. En: González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Altimir S, Herreros J y Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. En: Esp Cardiol 2006; vol. 59: 166 – 170. http://www.revespcardiologia.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?pid=13084645

⁴⁴ GONZÁLEZ B, Lupón J, et al. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. Rev Esp Cardiol 2006; 59: 166 – 170. http://www.revespcardiologia.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?pid=13084645

2.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO COMO ACTO DE AUTOCUIDADO

Encontramos diferentes términos para referirnos a este concepto. En la literatura anglosajona los más utilizados son el de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence), aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.

Si nos referimos, primeramente, al término “cumplimiento”, encontramos que la definición de mayor aceptación es la propuesta por Haynes “la adherencia se define como el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.⁴⁵

De acuerdo a esta definición se puede afirmar que la adherencia es un comportamiento complejo que implica cambios en el estilo de vida y no es una conducta al igual que el autocuidado que se asume por obediencia sino que requiere de las capacidades de la agencia de autocuidado.⁴⁶

Del concepto de agente de autocuidado planteado por Orem, se deducen algunas capacidades que son necesarias para mantener conductas de adherencia, estas son:

- Capacidad para generar nuevas condiciones tanto en si mismos como en el ambiente.
- Conocer, analizar, deducir y actuar.
- Utilizar los recursos y tecnologías actuales necesarias.
- Plantearse metas con relación al estado de salud, que den una dirección a las acciones de autocuidado.

⁴⁵ HAYNES RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7 En: Libertad M. A. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*. [online]. sep.-dic. 2004, vol.30, no.4 [citado 26 Mayo 2007], p.0-0. Disponible en la World Wide Web:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.

⁴⁶ ACHURY, Op. cit. p. 36.

Dicho lo anterior se puede concluir que si la adherencia al tratamiento es un resultado deseado de autocuidado, es de esperar que la capacidad de agencia de autocuidado entendida como las habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas y son indispensables para realizar cualquier acción de autocuidado; especialmente cuando existe un problema de salud, afectan la adherencia del mismo modo que afecta el autocuidado.¹³ Por esta razón, resulta esencial que los pacientes desarrollen habilidades relacionadas con los conocimientos mínimos sobre su enfermedad y el tratamiento recomendado facilitando una conducta o actitud cumplidora. Los pacientes deben creer en el régimen terapéutico prescrito, entenderlo y conocerlo con detalle.

Pero existe una discusión en torno a la definición de adherencia dada por Haynes, pues plantea una visión pasiva del paciente. De este modo, DiMatteo y DiNicola plantearon una nueva definición del término “adherence” como una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.⁴⁷ Los vocablos alianza, colaboración, cooperación y adherencia parecen permitir una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Se supone que el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o, al menos, ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica, de ese modo involucraría una consideración activa de la persona.⁴⁸

Por otro lado, la adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables.

2.2.1 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento. Dado que el término de adherencia hace referencia a una conducta establecida o un cambio de

⁴⁷ FERRER VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Rev Psicol Salud* 1995; 7(1):35-61. En: Libertad M. A. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. En: *Rev Cubana Salud Pública*. [online]. sep.-dic. 2004, vol.30, no.4 [citado 26 Mayo 2007], p.0-0. Disponible en la World Wide Web:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.

⁴⁸ LIBERTAD M. A. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*. [online]. sep.-dic. 2004, vol.30, no.4 [citado 26 Mayo 2007], p.0-0. Disponible en la World Wide Web:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.

conducta que se ajusta a una recomendación de salud y/o recomendación terapéutica proporcionada por el profesional de la salud, existen factores psicosociales que la afectan o regulan. La capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema. Estas son: los factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia de salud entre éste enfermería como promotor y educador en el autocuidado, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente.⁴⁹

2.2.1.1 Factores socioeconómicos. Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo 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.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.

2.2.1.2 Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia en salud ⁵⁰. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica,⁵¹ pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo estos son: servicios de salud poco desarrollados, con planes de salud inadecuados o insuficientes, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad

⁴⁹ OMS, Op. cit. p. 87.

⁵⁰ Ibid. p.87.

⁵¹ MORISKY DE et al. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. American Journal of Public Health, 1983, 73:153-162 En: OMS. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. p. 13, 25. [http:// www. Paho .org/ Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf](http://www.Paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf)

de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

2.2.1.3 Factores relacionados con la enfermedad ⁵². Constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

2.2.1.4 Factores relacionados con el tratamiento ⁵³. Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

2.2.1.5 Factores relacionados con el paciente ⁵⁴. Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, percepciones y creencias de la persona frente a su enfermedad, las actitudes (motivación) y las expectativas del paciente.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha demostrado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento; la desesperanza y los sentimientos negativos; la

⁵² OMS. Op.cit p.87

⁵³ Ibid. p.87

⁵⁴ Ibid. p.87

frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficios) y por el grado de confianza en poder seguirlo.⁵⁵ Acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento comportamental que deben abordarse si se busca mejorar la adherencia.

2.2.2 La Educación y el Autocuidado en pacientes con falla cardiaca. La presencia de una enfermedad crónica como lo es la falla cardiaca ocupa toda la vida y requiere una persona activa y responsable ante su cuidado diario, capaz y formada, más que informada, sobre los requerimientos de su enfermedad. Es necesario brindar educación con el objetivo de formar, convencer, motivar y fortalecer a las personas con falla cardiaca 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.⁵⁶

El cuidado de enfermería y en especial la educación en salud, interaccionan de manera directa con las acciones de prevención primaria y secundaria, y resulta fundamental para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos,⁵⁷ convirtiéndose en acciones participativas para transformar la realidad de un individuo que tiene en riesgo su salud, o para reafirmar aquellos procesos que reducen los efectos de enfermedad.

Según Paulo Freire, toda persona, no importa cuál sea su nivel o contexto socio-cultural, es capaz de analizar críticamente su situación y de reformar sus reflexiones a partir de las reflexiones de otro”. Por su parte, Cuervo plantea “nadie

⁵⁵ GIBSON PG et al. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002. En: OMS. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. p. 13, 25. <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>.

⁵⁶ ACHURY. Op. cit. p. 37.

⁵⁷ Fuentes a, Op. cit. p. 1.

debe pensar por otro ni imponer sus pensamientos en los demás”⁵⁸ y Neily JB dice “La persona o el grupo no son concebidos como receptores de información sino como productores de información, información que ha de ser compartida y perfeccionada para alcanzar la acción y el cambio”.⁵⁹

La percepción individual es elemento básico para el acto terapéutico de enseñar a cuidarse y está muy influenciada por la estructura de la personalidad y las creencias en salud.⁶⁰ Una persona sólo aceptará un cambio de estilo de vida o una restricción impuesta por un tratamiento si es capaz de percibir las posibilidades de riesgos que implicaría el no asumir este cambio de vida o restricción.⁶¹

De acuerdo a lo dicho anteriormente, es preciso que al brindar educación reconozcamos unos aspectos fundamentales en el proceso enseñanza - aprendizaje:⁶²

- Un enfoque centrado en la persona y no en la enfermedad.
- Un contenido general adaptado a la necesidad individual.
- Un proceso de enseñanza-aprendizaje que abarque al hombre integralmente: soma, psiquis y entorno social.

⁵⁸ CUERVO ESTUPIÑÁN L. D, Garzon Guerra M. M. Cambios en el estilo de vida adoptados por las personas que asisten a los programas de prevención de los factores de riesgo cardiovascular. En: Actualización en Enfermería. 2003. vol. 6. no.4., p.8-15.

⁵⁹ NEILY J. B, Toto K.H., Gardner E.B., et al. Potential contributing factors to noncompliance with dietary sodium restriction in patients with heart failure. En: Am Heart J 2002. vol. 143, no.1., p.29-33.

⁶⁰ WEINMANN J. The illness perception questionnaire. A new measure for assesing the cognitive representation of illness. *Phisicholgy Health*. 1996;11:431. En: Acosta González M, Debs Pérez G, De la Noval García R y Dueñas Herrera A. conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *MedicLatina. Revista Cubana de Enfermería*; sep-dic2005, Vol. 21 Issue 3, p63-70, 8p <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=19584557&lang=es&site=ehost-live>

⁶¹ Karinson B, Agardh CD. Burden of illness, metabolic control and complications in relation to depressive symptoms in IDDM patients. *Diabetic Med*. 1997;14:1066. En: Acosta González M, Debs Pérez G, De la Noval García R y Dueñas Herrera A. conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *MedicLatina. Revista Cubana de Enfermería*; sep-dic2005, Vol. 21 Issue 3, p63-70, 8p <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=19584557&lang=es&site=ehost-live>

⁶² ACHURY. Op. cit. p. 38

- Métodos y técnicas de participación.
- Un proceso de evaluación continuada.

El plan educativo “Cuida tu corazón: lo que debe saber a cerca de falla cardiaca, una guía de cómo hacerlo” diseñado por Achury proyecta ser una herramienta que integra activamente al paciente y su familia, brindando información permitirá a la persona con falla cardiaca cuidar de si misma, adherirse a los tratamientos y alcanzar un mejor estado de salud con sus respectivas repercusiones en la calidad de vida, puesto que su enfermedad es irreversible.

Este plan educativo para el autocuidado y la adherencia comprende información verbal sobre definición, causas, signos y síntomas, manejo farmacológico y medidas no farmacológicas (dieta, ejercicio y apoyo social) de de la falla cardiaca, dicha información se encuentra plasmada en una cartilla (diseñada por la autora del plan educativo) que se debe entregar al paciente, y que contribuirá a reafirmar la educación proporcionada. Igualmente, la autora del plan educativo diseño un instrumento de medición de la adherencia que permite valorar el grado de adherencia alcanzado por los pacientes con falla cardiaca que recibieron la intervención educativa. Dicho instrumento consta de 10 indicadores y 30 subindicadores y una escala de Likert de 4 puntos: nada, muy poco, frecuente y mucho.

Para garantizar el logro de los objetivos es necesario tener seguridad en que el mensaje o información debe ser completo, claro y comprensible para el paciente. Se debe permitir la participación; es decir que exista una comunicación bidireccional y activa que permita exteriorizar dudas y asegurar la solución de las mismas. La repetición de instrucciones y mensajes será fundamental para asegurar la comprensión.⁶³

Las estrategias investigadas utilizan la educación en salud individual y grupal con diferentes técnicas, el uso de información escrita, las tarjetas de control de las cifras de presión arterial, la automedicación del cumplimiento, los medios audiovisuales y envíos postales al domicilio. Estas estrategias obtienen un pequeño efecto sobre el cumplimiento en el tratamiento en patologías crónicas. Las intervenciones múltiples, obtienen los mejores resultados, por ejemplo,

⁶³ GONZÁLEZ B, Lupón J, et al. Patient's education by nurse: what we really do achieve? En: Eur J Heart Fail Suppl. 2003. vol. 2. no.72.

información impresa en documentos junto a educación individual y específica,⁶⁴ al utilizar información personalizada o cuando se utilizan casos clínicos con buenos resultados en el que compararse. Hallazgos satisfactorios ofrecen el estudio realizado por Márquez⁶⁵ o Brouker⁶⁶ y otros como los de McKenney,⁶⁷ Mata⁶⁸ o Morisky.⁶⁹ Resultados similares de obtuvieron en el estudio realizado por Peredes, et al. en el cual se concluyó que la estrategia educativa activa participativa es útil en el control de la presión arterial media e índice de masa corporal (IMC) en los pacientes hipertensos.

Otras intervenciones novedosas también han demostrado ser efectivas, en Argentina se llevo a cabo el estudio DIAL (RanDomied Trial of Telephone Intervention in Chronic Herat Failure) el cual incorporo 1518 pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca estabilizada para comparar el efecto de una intervención telefónica centralizada más el tratamiento habitual de la insuficiencia cardiaca versus el seguimiento médico habitual. La intervención tuvo como objetivo mejorar la adherencia al tratamiento y la dieta, brindar educación y monitorizar signos y síntomas de descompensación. Luego de un año y medio de seguimiento promedio se observó una reducción del 30% en las internaciones por insuficiencia cardiaca y 5% en la mortalidad comparado con el grupo control. También se observo una reducción de los costos al año en los pacientes

⁶⁴ TAKALA J, Niemela N, Rosti J, Sievers K. Improving compliance with therapeutic regimens in hypertensive patients in a community health center. En: Circulation 1979. vol. 59. p.540-3.

⁶⁵ MÁRQUEZ CONTRERAS E, Casado Martínez JJ, Ramos Pérez J, Sáenz Soubrier S, Moreno García JP, Celotti Gómez B, Gascón Vivó J, Martín de Pablos JL. Ensayo sobre la eficacia de los programas de educación para la salud en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. En: Atención primaria 1998. vol. 21.p.199-204.

⁶⁶ BROUKER ME, Gallagher K, Larrat EP, Dufresne RL. Patient compliance and blood pressure control on a nuclear-powered aircraft carrier: impact of a pharmacy officer. En: Mil Med. 2000. vol. 165 no.106,. p.10.

⁶⁷ MCKENNEY JM, Munroe WP, Wright JT. Impact of an electronic medication compliance aid on long-term blood pressure control. En: J Clin Pharmacol 1992. vol. 32,. p. 277-283.

⁶⁸ MATA CASES M, Monraba Capella M, Travería Solas M, Guarner MA, Antó Boque JM. Ensayo aleatorio controlado de educación sanitaria en pacientes hipertensos en asistencia primaria. En: Atención Primaria 1987. vol. 4. p. 189-194.

⁶⁹ MORINSKY DE, DeMuth NM, Field -Fass M, Green LW, Levine DM. Evaluation of family health education to build social support for long-term control of high blood pressure. En: Health Ed Q 1985. vol. 12. p.35-50.

intervenidos, una mejoría en la calidad de vida, mayor adherencia a la medicación y dieta.⁷⁰

Así mismo, en el estudio realizado en Barcelona demostró que una sencilla intervención educativa como realizar una única visita por personal de enfermería en el domicilio del paciente una semana después del alta hospitalaria, consigue reducir el número de consultas de urgencias, lograr menos ingresos hospitalarios y menor coste por individuo, con una mejora en la salud percibida.⁷¹

Es evidente que la educación para la salud facilita la modificación en hábitos y comportamientos, lo que permite restablecer y conservar el estado de salud. Por otro lado, la implementación de programas educativos puede llevar a un control del cumplimiento de las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas por parte de los pacientes, logrando dar un enfoque para la atención personalizada a la vez que se propicia el autocuidado del individuo y su familia, lo cual mejora las expectativas de vida de la población.

No obstante, existe un aspecto relevante que muchas veces puede llegar a ser una barrera, o en otros, ser motor clave para el desarrollo del plan educativo; la motivación. La exploración hecha previamente de los deseos, actitudes y hábitos del paciente permitirá sin ninguna duda, encontrar los mensajes que más fácilmente lo motivara a adoptar la modificación de la conducta.⁷² Tal y como lo afirman Eugenio Flamand y Pilar Arellano en su artículo motivación para aprender “los dos deberes mas importantes de un maestro son: capacitar a sus alumnos para que sepan hacer las cosas y motivarlos para que las hagan bien, a tiempo y con agrado”.⁷³

Finalmente, como se menciona anteriormente uno de los aspectos fundamentales en el proceso enseñanza –aprendizaje es el proceso de evaluación continuada.

⁷⁰ GRANCELLI H, Varini S, Ferrante D, et al. Randomied trial of telephone intervention in chronic herat failure. Study Desing and Preliminary Observations. En: Journal of Cardic Failure. 2003. vol. 9. p.172-179.

⁷¹ MORCILLO C, Valderas JM, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujadas R, Rosell F. Evaluación de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca. Resultados de un estudio aleatorizado. En: Esp Cardiol 2005. vol. 58. p. 618-625.

⁷² ACHURY. Op. cit. p. 42.

⁷³ FLAMAND, E.L., Arellano P. Motivación para aprender. Medicina Interna de Mexico; jul/ago2002, Vol. 18 Issue 4, p200, 2p. MedicLatina. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=9988625&lang=es&site=ehost-live>

Una vez aplicado el plan educativo es necesario realizar un seguimiento, comprobar el grado de adopción de los comportamientos propuestos y evaluar las dificultades que hayan ido surgiendo. Además es importante identificar la red de apoyo social del paciente que puedan ayudar en el mantenimiento y supervisión de la conducta propuesta.

2.3. FALLA CARDIACA

La morbilidad y mortalidad que provoca la insuficiencia cardiaca sigue siendo elevada, a pesar de los avances en el conocimiento de su fisiopatología y tratamiento. Los pacientes presentan reingresos hospitalarios frecuentes con la consiguiente lesión para ellos y elevados costos para la sociedad. La atención a los pacientes con insuficiencia cardiaca constituye un importante reto que implica diversos niveles asistenciales.

La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas de sobre carga de volumen líquido en los vasos sanguíneos y en el intersticio que incluyen dificultad respiratoria, estertores pulmonares y edemas, así como manifestaciones de perfusión tisular inadecuada como fatiga y mala tolerancia al ejercicio⁷⁴

Aunque universalmente se denominan IC Izquierda e IC Derecha, existe controversia ya que los dos ventrículos están conectados en serie y no es factible que un ventrículo pueda tener un gasto cardíaco más alto que el otro. Sin embargo dicha denominación puede indicar el circuito que ha fallado primero.

El estado de insuficiencia cardiaca es la etapa final a la cual llega el corazón, luego de haber agotado los mecanismos de reserva para trabajar en condiciones adversas, bien sea de sobrecarga de volumen (aumento de la precarga) o de sobrecarga de resistencia (aumento de la postcarga).

En todo el mundo la IC es un problema creciente, y se estima que lo seguirá siendo a menos que se logre prevenir su desarrollo mediante el manejo de la hipertensión arterial y la prevención de la cardiopatía isquémica, sus dos principales causas. Otros de los factores etiológicos de la IC son la hipertrofia ventricular izquierda y la miocardiopatía dilatada idiopática.

⁷⁴ SEGUNDO CONSENSO URUGUAYO DE INSUFICIENCIA CARDIACA. Sociedad Uruguaya de Cardiología. Rev Noticias, Sindicato médico del Uruguay 2004;9:1-16.

2.3.1. Fisiopatología. El modelo tradicional encara la IC como un trastorno puramente mecánico, donde la falla contráctil del corazón condiciona una disminución del flujo sanguíneo renal con la consiguiente retención hidrosalina. Esta extensión volumétrica no puede ser manejada por el corazón lo que lleva a la elevación de las presiones venosas y al desarrollo del cuadro clínico.

La vasoconstricción periférica arterial y venosa compensadora lleva a un deterioro progresivo del corazón y al compromiso del flujo sanguíneo a los órganos periféricos, lo que a su vez ocasiona mayor retención hidrosalina.

El modelo neurohormonal de la IC, contempla que una vez existe una función ventricular disminuida o un daño miocárdico, que conducen a la IC con su consecuente disminución del volumen sistólico y gasto cardiaco, se produce una respuesta neurohormonal que activa el sistema nervioso simpático y el sistema renina-angiotensina-aldosterona. La activación de éstos sistemas ocasiona una vasoconstricción (Por aumento del tono simpático, angiotensina II, endotelinas y la liberación disminuida de óxido nítrico) y retención de agua y sodio (Por aumento de vasopresina y aldosterona). Lo anterior genera mayor estrés y dilatación de la pared ventricular llevando a un empeoramiento de la función de la misma, dando lugar a un círculo vicioso de insuficiencia cardiaca.

2.3.2. Clasificación. Clasificación de la New York Heart Association (NYHA):

Clase I: Asintomático. No limitación durante la actividad ordinaria. No hay fatiga, disnea, palpitaciones o angina.

Clase II: Leve. Limitación de la actividad física ordinaria. Produce fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.

Clase III: Moderado. Limitación marcada de la actividad física. Aunque el paciente esta asintomático en reposo, menos que la actividad normal le produce síntomas.

Clase IV: Severo. Incapacidad para cualquier actividad física sin molestias. Los síntomas pueden presentarse aun en reposo y con cualquier actividad empeoran.

También existe una clasificación que no reemplaza a la anterior sino mas bien la complementa:

Nueva clasificación de la insuficiencia cardiaca (según la ACC/AHA).

Etapa A: Pacientes en alto riesgo de desarrollar IC, sin anomalía estructural aparente

Etapa B: Pacientes asintomáticos, con anomalía estructural (antecedentes de IAM, Baja Fracción de Eyección, Hipertrofia Ventricular Izquierda, Enf. Valvular Asintomática)

Etapa C: Pacientes sintomáticos, con anomalía estructural

Etapa D: Pacientes sintomáticos, con anomalía estructural, refractarios al tratamiento estándar.

2.3.3. Consecuencias de la Insuficiencia coronaria. La insuficiencia coronaria se expresa o manifiesta de diferentes formas, algunas de las cuales pueden coincidir o no en un mismo sujeto. Las más habituales son:

1. Angina de pecho
2. Preinfarto
3. Infarto cardiaco
4. Insuficiencia ventricular izquierda
5. Insuficiencia cardiaca global
6. Trastornos de la conducción y el ritmo
7. Muerte súbita

2.3.4. Tratamiento. Los avances en el tratamiento y la intervención temprana para prevenir la descompensación pueden retardar la progresión de la enfermedad y mejorar la supervivencia. Después de la evaluación inicial, exámenes diagnósticos e implementación del tratamiento estándar, las estrategias del manejo del paciente ambulatorio se centran en mantener su estabilidad. La educación del paciente y su familia, la promoción de la adherencia al tratamiento y las órdenes de salida pueden contribuir a la estabilidad clínica y mejorar el pronóstico.⁷⁵

El tratamiento del paciente con falla cardiaca tiene por objetivos reducir la mortalidad y mejorar los síntomas y calidad de vida de los pacientes. Por estas

⁷⁵ ACHURY. Op. cit. p. 21

razones se centra en la realización de intervenciones encaminadas a controlar los factores que desencadenan descompensación. Estas intervenciones son:⁷⁶

- a) Eliminar o disminuir la causa y/o situación que condujo a IC (medicamentos).
- b) Reducir el esfuerzo cardíaco disminuyendo el volumen diastólico y la presión que tiene que vencer la sangre para salir del corazón, para lo cual están indicados los siguientes medicamentos: Vasodilatadores venosos, Vasodilatadores arteriolares, Diuréticos e Inhibidores de la Enzima Convertidora de angiotensina.
- c) Recomendaciones dietarias.
- d) Recomendaciones sobre el control de peso y actividad física, con la consecuente eliminación de hábitos nocivos (tabaco)

Medicamentos:

El uso de fármacos dentro del tratamiento en la gran mayoría de pacientes con IC esta basado en las recomendaciones de la sociedad americana, europea y brasilera, por medio de la combinación de cinco tipos principales: diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, betabloqueadores, espirolactona y digitálicos.^{77,78} La cantidad de medicamentos utilizados, el mantenimiento del régimen terapéutico y el número de dosis diarias son factores que tienen influencia directa sobre la adhesión al tratamiento.

Cuando mayor es la cantidad de medicamentos, el número de dosis y los cambios en el régimen terapéutico, menores son las oportunidades que el paciente continúe con su uso, en consecuencia, se aumentará el riesgo de descompensación.

⁷⁶ ARIZA OLARTE, Claudia. Intervención de enfermería al paciente con insuficiencia cardíaca congestiva. Facultad Enfermería y Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl247/tl247.PDF>

⁷⁷ SOCIEDAD BRASILEIRA DE CARDIOLOGÍA. II Directrices de la Sociedad Brasileira de Cardiología para diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Arq Bras Cardiol 2002;79(4):1-30.

⁷⁸ AMERICAN HEART ASSOCIATION. Guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult. Circulation 2001;104:2996-3007.

El régimen medicamentoso debe ser revisado junto con el paciente y presentado de forma esquemática, dando énfasis al nombre de los medicamentos, sus indicaciones, dosis, horarios y posibles efectos colaterales

Recomendaciones dietarias:

- Eliminación del consumo de alcohol pues este deprime la contractibilidad miocárdica
- Velar por el mantenimiento de un estado nutricional adecuado, puesto que la desnutrición obliga al paciente a obtener energía de las proteínas, estando en estado catabólico persistente, pierde masa muscular incluyendo masa miocárdica.

Este último aspecto es de importancia en los pacientes de falla cardíaca quienes presentan un riesgo de malnutrición secundario a estados depresivos, hiporexia derivado de los factores neurohormonales de compensación y la polifarmacia.

- Limitación de alimentos ricos en grasas saturadas. Principalmente en pacientes con diabetes y dislipidemias concomitantes.

Las personas con IC grave pueden llegar a tener, con el tiempo, un nivel de desnutrición importante debido además de las razones expuestas anteriormente, a causa de intolerancia digestiva por congestión hepática o bajo volumen minuto, esto también genera malabsorción digestiva y un aumento del catabolismo con incremento de citoquinas. Por lo tanto no se deben realizar restricciones innecesarias, pero cuando el origen de la IC es por enfermedad coronaria y coexiste dislipidemia se debe restringir la ingestión de grasas y combatir el sobre peso.⁷⁹

Igualmente resulta fundamental la restricción de sodio, incluso en aquel paciente con una terapia diurética adecuada en quien el consumo de hasta 3 g de sodio al día puede mejorar la eficiencia de la terapia farmacológica (2 g/día en pacientes con IC avanzada). En cuanto a la restricción de líquidos, una limitación de

⁷⁹ VARINI S. Tratamiento no farmacológico de la insuficiencia cardíaca – nuevas alternativas. Curso Roche de actualización en insuficiencia cardíaca. Modulo 4, junio-noviembre 2004. [http://www.cardionet.roche.com.ar /Curso%20IC/ modulo04/ modulo04.pdf](http://www.cardionet.roche.com.ar/Curso%20IC/modulo04/modulo04.pdf)

consumo de entre 1200 y 1500 cc al día disminuye los síntomas secundarios a la sobrecarga dados por disnea, edemas y por tanto mejora la clase funcional.⁸⁰

Recomendaciones sobre control de peso y actividad física:

La orientación al paciente con IC en relación a la medición domiciliar del peso diario tiene un importante rol para ayudar en la percepción de señales de hipervolemia.⁸¹ Los pacientes deben ser orientados para verificar el peso por la mañana después de orinar, con ropas leves, antes de desayunar y utilizando la misma balanza. El aumento de peso corporal de 1,3kg en dos días o de 1,3kg - 2,2 Kg en una semana puede indicar que se está reteniendo líquidos.⁸²

La pérdida de peso se ha asociado con disminución de las cifras de tensión arterial, así como con disminución en los niveles plasmáticos en reposo de norepinefrina. Además, después de la reducción de peso se ha visto una mejoría en la función cardíaca reflejada en unos valores más bajos para el trabajo de contracción ventricular izquierdo, produciendo además reducción en el grosor de la pared ventricular en pacientes con sobrepeso, independientemente de la disminución en las cifras tensionales, lo que evidentemente le señala a la pérdida de peso un papel de gran importancia en el manejo de la falla cardíaca.⁸³

La orientación respecto a la realización de actividad física debe ser individualizada de acuerdo con el grado de IC y la edad del paciente. Un programa domiciliar de caminatas es la mejor opción para prevenir las consecuencias negativas, tanto fisiológicas como psicológicas de la inactividad. En la medida de lo posible, los pacientes deben aumentar la distancia recorrida de modo gradual.

Esta orientación se incluye dentro del conjunto de medidas no farmacológicas del tratamiento para IC y debe siempre ser tratada durante las consultas de

⁸⁰ SOCIEDAD URUGUAYA DE CARDIOLOGÍA. Op. cit. P. 1-16.

⁸¹ GOLDBERG LR, Piette JD, Walsh MN. Randomized trial of a daily electronic home monitoring system in patients with advanced heart failure: the weight monitoring in heart failure (WHARF) trial. Am Heart J 2003;146:705-12.

⁸² SILVER MA, Cianci P, Pisano CL. Outpatient management of heart failure-program development and experience in clinical practice. Illinois: The Heart Failure Institute and Heart Failure Center; 2004. Report No.: 2.

⁸³ ACHURY. Op. cit. p. 22.

enfermería. A pesar, de tener mucha importancia y sea muy recomendada, datos de la literatura demuestran que la actividad física no es practicada por 41-58% de los pacientes.⁸⁴

De otro lado, es importante tener en cuenta que esta opción terapéutica sólo debe suspenderse en aquellos que se encuentran descompensados y requieren reposo en cama. Un programa de ejercicios isotónicos, condicionados, ha demostrado que incrementa la tolerancia a los esfuerzos, a través de unas adaptaciones periféricas que incluyen incremento de los picos de flujo sanguíneo a los músculos esqueléticos activos y una mayor eficiencia en la extracción tisular del oxígeno, y en algunos pacientes el incremento en la hemoglobina y en el volumen de eyección ventricular. Coherente, con lo anterior resulta fundamental la eliminación de hábitos nocivos.

En síntesis, vale la pena destacar que al ser la falla cardíaca una enfermedad crónica con tratamientos complejos y largos la adherencia al tratamiento entendida como acto concreto de autocuidado cobra vital importancia e influye de manera significativa en el estado de salud y por ende en la calidad de vida del paciente.

⁸⁴ CARLSON B, Riegel B, Moser DK. Self-care abilities of patients with heart failure. Heart & Lung 2001;30(5):351-9.

3. MARCO DE DISEÑO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Cuasiexperimental con pre-prueba – post-prueba y grupo control.

Se hizo manipulación de la variable independiente (Aplicación del plan educativo para pacientes con falla cardiaca), con el fin de determinar su efecto en la variable dependiente (grado de comportamientos de adherencia en el paciente con falla cardiaca).

Para la determinación de los comportamientos de adherencia en los pacientes con falla cardiaca (puntajes a comparar) se aplico el instrumento “Comportamientos de adherencia del paciente con falla cardiaca”.

3.2. POBLACIÓN

Pacientes con diagnostico de falla cardiaca (clase funcional I, II y III) entre 18 y 75 años que residían en la ciudad de Bogotá, y que se encontraban hospitalizados en la clínica san Pedro Claver o el Hospital santa Clara.

Es pertinente explicar que la población contemplo también a los pacientes con falla cardiaca de clase funcional III, pues esto aumentaba las posibilidades de la investigadora de captar el número de pacientes necesarios para la determinación de la confiabilidad del instrumento “Comportamientos de adherencia del paciente con falla cardiaca” como proceso regular de la investigación.

3.3. MUESTRA

Es importante aclarar que para la presente investigación se manejaron dos muestras y ambas fueron seleccionadas por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

La primera muestra estuvo conformada por 66 pacientes que se clasificaron en dos grupos; un grupo experimental y un grupo control, cada uno constituido con 33

pacientes de falla cardiaca que cumplieran con los criterios de inclusión para el **procedimiento de intervención**. La disposición de los grupos experimental y de control se hizo al azar, en la medida que se fueron captando, se destino un paciente para el grupo experimental, el siguiente para el grupo control y así sucesivamente hasta completar los treinta pacientes en cada uno de los grupos. A ambos grupos se les aplico pre-prueba y post-prueba, pero solo al grupo experimental se le sometió a la exposición de la variable independiente (plan educativo).

La segunda muestra constituida por 154 pacientes de falla cardiaca correspondientes al grupo para la **determinación de la confiabilidad del instrumento**. 66 de estos 154, correspondieron a los datos obtenidos en los pacientes de los grupos experimental y de control.

3.3.1. Muestreo. La fórmula que se presenta a continuación corresponde al cálculo de la primera muestra (para el procedimiento de intervención). Éste se cálculo teniendo en cuenta la prueba de hipótesis asociada, que permite comprobar o descartar la hipótesis nula propuesta para el presente estudio. Dicha prueba de hipótesis se usa para dos muestras respecto a las medias de dos distribuciones normales independientes con varianzas conocidas que fue el caso del presente estudio al tener dos grupos (experimental y de control), usar variables de un estudio previo (Achury); es decir, varianzas conocidas y analizar los datos teniendo en cuenta las medias de estos datos. Por lo tanto, el número total de pacientes requeridos para conformar la muestra número uno descrita anteriormente; que conformaron los grupos experimental y de control, es resultado de la aplicación de esta formula de muestreo, como se muestra a continuación.

$$H_0 : \mu_{Pre-prueba} - \mu_{Post-prueba} = \delta_0$$

$$H_a : \mu_{Pre-prueba} - \mu_{Post-prueba} \neq \delta_0$$

$$\left. \begin{array}{l} H_0 : \mu_{Pre-prueba} = \mu_{Post-prueba} \\ H_a : \mu_{Pre-prueba} \neq \mu_{Post-prueba} \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{Hipótesis estadística Nula del} \\ \text{estudio} \\ \text{Hipótesis estadística Alternativa del} \\ \text{estudio} \end{array}$$

Prueba de hipótesis: para dos muestras respecto a las medias de dos distribuciones normales independientes con varianzas conocidas

$$m = n = \frac{(\sigma_{Preprueba}^2 + \sigma_{Postprueba}^2)(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2}{(\delta^* - \delta_0)^2}$$

Dado que no se conoce datos de varianza poblacional sobre comportamientos de adherencia a los tratamientos de pacientes con falla cardiaca, se decide usar los datos obtenidos por el estudio realizado por Diana Achury, del cual se toman los datos de varianza de la pre-prueba y post-prueba.

$$\sigma_{Preprueba}^2 = \hat{\sigma}_{Preprueba}^2 = s_{Preprueba}^2 = 32.30$$

$$\sigma_{Postprueba}^2 = \hat{\sigma}_{Postprueba}^2 = s_{Postprueba}^2 = 35.55$$

Teniendo en cuenta los anteriores datos, se calcula la muestra con una probabilidad α de cometer error tipo I (sucede cuando se rechaza la Hipótesis nula siendo ésta verdadera) del 5% y con una probabilidad β de cometer error tipo II (sucede cuando se acepta la Hipótesis nula siendo ésta falsa) del 10%:

$$m = n = \frac{(\sigma_{Preprueba}^2 + \sigma_{Postprueba}^2)(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2}{(\delta^* - \delta_0)^2}$$

Donde:

$$z_{1-\alpha} = z_{1-0.05} = z_{0.95} = 1.64$$

$$z_{1-\beta} = z_{1-0.10} = z_{0.90} = 1.28$$

$$\hat{\delta}^* = \bar{x}_{Preprueba} - \bar{x}_{Postprueba} = -5$$

$$\delta_0 = 0$$

Al aplicar la formula de la prueba de hipótesis:

$$m = n = \frac{(\sigma_{Preprueba}^2 + \sigma_{Postprueba}^2)(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2}{(\delta^* - \delta_0)^2}$$

$$m = n = \frac{(32.30 + 35.55)(1.64 + 1.64)^2}{(-5)^2}$$

$$m = n = \frac{(67.85)(3.28)^2}{25}$$

$$m = n = \frac{(67.85)(10.75)}{25}$$

$$m = n = 30$$

Por lo tanto cada grupo del estudio; es decir, el grupo experimental y el grupo control deben estar conformados por mínimo treinta pacientes de falla cardiaca que cumplan los criterios de inclusión para tal fin.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1) Criterios de inclusión población del procedimiento de intervención:

- Pacientes con diagnostico de falla cardiaca (clase funcional I y II)
- Personas entre 18 y 75 años
- Personas que residían en la ciudad de Bogotá
- Personas que no asistieran a clínicas de falla cardiaca
- Personas sin limitación mental para responder a las preguntas del instrumento "Comportamientos de adherencia del paciente con falla cardiaca"

2) Criterios de Inclusión población para determinación de confiabilidad del instrumento:

- Pacientes con diagnóstico de falla cardíaca (clase funcional I, II y III)
- Personas entre 18 y 75 años
- Personas sin limitación mental para responder a las preguntas del instrumento “Comportamientos de adherencia del paciente con falla cardíaca”

La razón por la cual se excluyen los pacientes de clase funcional III del procedimiento de intervención, es porque según lo documentado por la OMS la gravedad de los síntomas es uno de los factores que más influye en la adherencia al tratamiento; es decir, que un paciente tan descompensado como lo son los que se encuentran en clase funcional III de falla cardíaca se ve “obligado” a adherirse en gran parte por que sin el tratamiento su vida se torna insostenible.

Por lo anterior, es necesario aislar dicha variable con el fin de evitar que los resultados del estudio sean sesgados. Igualmente, el rango de edad seleccionado para ambas muestras (para determinar la confiabilidad y para el procedimiento de intervención), responde a lo mencionado en la literatura, las personas mayores de 75 años además de deterioro cognitivo que se puede presentar en ciertos casos, la frecuente presencia de comorbilidad y polifarmacia dificulta la adherencia al tratamiento y por lo tanto incluir pacientes con esa característica constituiría un sesgo en la investigación.

3.5. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Los dos instrumentos a usar en este estudio fueron diseñados por Achury:

- Instrumento “Comportamientos de adherencia del paciente con falla cardíaca”

Con éste se medirá el grado de comportamientos de adherencia de los pacientes con falla cardíaca que se captan en el estudio del grupo experimental y de control antes (pre-prueba) y después (post-prueba) de la intervención educativa.

El instrumento está conformado por 10 indicadores o dimensiones (para un total de 30 subindicadores o ítems):

- I. Confianza en el profesional de la salud

- II. Conocimiento del tratamiento farmacológico que le han prescrito
- III. Acceso a los servicios de salud
- IV. Aceptación del diagnóstico que le da el profesional de la salud
- V. Reconoce sus signos y síntomas
- VI. Búsqueda de refuerzo externo para poder cumplir con los comportamientos de salud
- VII. Mantenimiento del peso dentro del rango recomendado
- VIII. Conocimiento de la dieta recomendada
- IX. Realización de ejercicio diario, según lo recomendado por el profesional de la salud
- X. Estado de ánimo apropiado para su estado de salud

Este instrumento está valorado con una escala de Likert de 4 puntos (nada, muy poco, frecuentemente, mucho), cuenta con validez de contenido y facial (con extensión y claridad del 100% luego de dos validaciones). Se determinó su confiabilidad como un objetivo contributivo de esta investigación. (Ver anexo 1).

3.6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Todo el procedimiento del estudio incluyó los siguientes puntos:

1. Prueba piloto
2. Medición pre-intervención de la adherencia al tratamiento de los grupos experimental y de control
3. Intervención educativa del grupo experimental
4. Medición post-intervención de la adherencia de los grupos experimental y de control
5. Determinación de la confiabilidad del instrumento "Comportamientos de adherencia del paciente con falla cardíaca"

6. La prueba piloto se desarrollo con el fin de afinar lo relacionado con el procedimiento (entrevista –aplicación del instrumento– y aplicación de la intervención educativa). Se realizo con seis pacientes (tres para el grupo experimental y 3 para el grupo control). Igualmente, se hizo medición pre-intervención y post-intervención (diez días posteriores a la intervención educativa). Antes de iniciar este proceso, la investigadora sostuvo una entrevista con la diseñadora del instrumento (Achury) quien explico cada uno de los ítems, como abordar de mejor manera cada una de las preguntas y la forma de interpretarlo, así como la manera correcta de aplicar el plan educativo. Esta parte del proceso constituyo el entrenamiento para la investigadora en cuanto al manejo del instrumento, su aplicación y la realización de la intervención educativa.
7. La pre-prueba o medición pre-intervención, se realizo con todos los pacientes que se captaron tanto para el grupo experimental como de control. Se realizo con el instrumento “Comportamientos de adherencia del paciente con falla cardiaca” en aquellos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Los pacientes fueron captados bajo hospitalización en cada una de las instituciones donde se aprobó la investigación. Se abordo al paciente y su familia en los casos donde estuvo presente explicando el objetivo de la investigación y las características de la misma, se inicio la entrevista que permitía saber el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad, tratamiento y las actividades de autocuidado que realizaba; el entrevistador diligencio el instrumento por completo de acuerdo a la información obtenida con la entrevista, la cual duro aproximadamente 40 minutos y en aquellos pacientes seleccionados para el grupo experimental al final se impartió la intervención de tipo educativa.
8. Es de anotar que antes, en cumplimiento de las consideraciones éticas de la investigación se explico a los pacientes la finalidad y procedimiento, entregando una constancia por escrito de la transmisión de dicha información (ver anexo 3). Igualmente, se hizo firmar un consentimiento informado por escrito (ver anexos 4 y 5).
9. La intervención educativa fue realizada en todos los casos por la investigadora, se hizo solo a los pacientes que pertenecían al grupo experimental. Como se menciono anteriormente corresponde al plan educativo “Cuida tu corazón: lo que debe saber acerca de la falla cardiaca, una guía de cómo hacerlo” este plan educativo se aplico por la investigadora una vez realizada la medición pre-intervención, básicamente respondió al sistema de apoyo educativo planteado por Orem en su teoría de los sistemas enfermeros, donde se hizo uso de las herramientas de comunicación oral y escrita (cartilla diseñada por Achury) para motivar al paciente con falla cardiaca a participar activamente de su autocuidado, acciones que permitirán al paciente prevenir complicaciones o

detectarlas oportunamente, se aclararon las dudas que el paciente manifestó incluso de manera repetitiva si el paciente lo requería, se estimulo la comunicación con el personal de salud y se integro en los casos que fue posible a la familia como un apoyo fundamental para lograr la realización de acciones de autocuidado o comportamientos de adherencia; todo lo anterior, con el fin de fomentar el empoderamiento del paciente sobre el cuidado de su salud.

10. 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. La duración de la intervención educativa fue de una hora y media a dos horas.
11. La medición post-intervención o post-prueba se realizo con los pacientes de los grupos experimental y de control haciendo uso del mismo instrumento usado en la medición inicial con el fin de comparar los resultados. La post-prueba se llevo a cabo en promedio 2.5 meses después de la intervención educativa y/o pre-prueba, por lo cual, fue necesario acceder a los pacientes en sus domicilios y proceder de la forma descrita anteriormente para la aplicación del instrumento. La post-prueba fue realizada en algunos casos por la investigadora y en otros por auxiliares de investigación que fueron entrenados para tal fin haciendo educación al los mismos auxiliares, simulacros de entrevistas, exámenes de conocimientos de metodología oral y acompañamiento directo en entrevistas con pacientes.
12. Es necesario mencionar que posterior a la medición post-prueba se aprovecho para dar la intervención de tipo educativa a los pacientes del grupo control dando cumplimiento a los requerimientos éticos.
13. Para la determinación de la confiabilidad del instrumento “Comportamientos de adherencia del paciente con falla cardiaca” se aplico el instrumento al número de pacientes establecido (ciento cincuenta y cuatro). Al finalizar se hizo análisis de la información con el fin de determinar el grado de congruencia con que el instrumento mide el atributo para el que esta diseñado; es decir, la adherencia en dichos pacientes.

3.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- El muestreo por conveniencia manejado en los diseños cuasi-experimentales afecta la validez externa de la investigación, pues al no garantizar la aleatoriedad para la selección de los sujetos a estudiar, se disminuye la viabilidad de generalización de los resultados.

- En todas las investigaciones de tipo cuasiexperimental que requieran la realización de pre y post-pruebas existe el riesgo de efecto Hawthorne, el cual se refiere a la distorsión de los resultados (comportamiento de los sujetos de estudio / variables dependientes) con el simple hecho de saber que se hayan participando en una investigación.

Si bien es un efecto difícil de controlar, se trato de explicar a los pacientes al inicio de las respectivas entrevistas que sus respuestas no serian "evaluadas" y que solo se necesitaba que nos contaran su experiencia, sus rutinas, sus hábitos independientemente de cómo fueran éstas.

3.8. VALIDEZ

3.8.1. Validez Interna. La validez interna del estudio se soporta en elementos como: la coherencia del marco de referencia y teórico con los objetivos del estudio, con el diseño y la relación de éstos elementos con el instrumento seleccionado para la recolección de la información el cual cuenta con validez facial y de contenido, el proceso de confiabilidad se desarrollara como parte de esta investigación. Otro elemento a destacar en este punto es la congruencia del instrumento con el apoyo educativo, fundamento de la presente investigación, puesto que Orem plantea que el sistema de apoyo educativo requiere evaluar la capacidad del paciente para el mantenimiento de su salud y la forma de enfrentar la enfermedad y sus secuelas.

3.8.2. Validez Externa. El principal aspecto que afecta la validez externa en esta investigación es el tipo de muestreo, pues al no ser aleatorio reduce significativamente la posibilidad de generalización de los resultados. Sin embargo, esta limitación se contrarresta por la manera como se calculo el muestreo (uso de varianzas conocidas por estudio similar anterior) y por la forma como se selecciono la muestra.

3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se garantizo la aplicación de la ley 911 de 2004 (Tribunal Nacional Ético de Enfermería) y la Resolución 8430 de 1993(por la cual se establecen las normas éticas para la investigación en salud), las cuales señalan la prioridad del respeto al valor de la vida, la dignidad humana, el bienestar y la protección de los derechos de los pacientes, y las pautas éticas internacionales para la investigación y

experimentación biomédica en seres humanos de la organización mundial de la salud (CIOMS) Ginebra 2002.

Es fundamental aclarar que dadas las características de la investigación, la omisión de dicha intervención educativa no representa un riesgo o amenaza para el bienestar, la integralidad y la vida de los pacientes pertenecientes al grupo control, a quienes se les pudo impartir la educación una vez realizada la post-prueba. Igualmente, es necesario anotar que el paso del tiempo para la intervención educativa en estos pacientes tampoco represento una amenaza vital.

Una vez aclarados los anteriores aspectos, se presentan a continuación los siguientes principios éticos que guiaron el desarrollo de la investigación:

- **Autonomía.** Este principio ético se garantiza respetar el derecho de los pacientes a decidir participar o no de la investigación, para lo cual se hizo uso del consentimiento informado por escrito, igualmente, se respetará el deseo de retirarse en cualquier momento durante el transcurso del estudio sin que esto represente problemas legales para la persona (Resol 8430/93 capítulo 1, artículo 6 -e-, 14 y 15). Hace parte de las consideraciones éticas informar previamente a los sujetos del estudio sobre las características de la intervención, de tal modo que se aclare que ésta no representa riesgos para la integridad y dignidad de la persona e informar sobre los beneficios que la intervención educativa puede representar para la salud del individuo (pautas CIOMS 5, 6 y 8).
- **Beneficencia.** Se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio, este principio se garantiza al enmarcar el estudio dentro de un diseño válido (los procedimientos son coherentes con los objetivos) y donde los riesgos, que son mínimos, son razonables a la luz de los beneficios esperados. La competencia del investigador además hizo que se pusiera el bienestar de los sujetos de investigación por encima de la misma (pauta CIOMS1).
- **No maleficencia.** El respeto a este principio ético esta dado por las características de la intervención. De acuerdo a la clasificación de riesgo de las investigaciones establecida por la Resolución 8430 de 1993 la presente investigación aplica en la categoría de bajo riesgo ya que la intervención propuesta es únicamente de tipo educativo y por lo tanto no representa un riesgo para la integridad de la persona que participe de la investigación (pauta CIOMS 1).
- **Confidencialidad - Privacidad** (Resol 8430/93 capítulo 1, artículo 8). La obtención de los datos para el presente estudio se realizo en forma de entrevista con previo consentimiento informado y en un ambiente de reserva. Posteriormente, los datos obtenidos en la investigación fueron usados única y exclusivamente con fines académicos y de aporte al conocimiento de enfermería,

por tal razón, se garantizo el completo anonimato de los sujetos que participaron de ella (pauta CIOMS 18).

- Veracidad. El cumplimiento de este principio se relaciono con el correcto manejo de la información; es decir, garantizando que no se manipulen los resultados del estudio a gusto del investigador, sino que lo publicado corresponda a la realidad de los pacientes que participaron del estudio. Así mismo, se tendrá en cuenta la entrega de resultados a la institución, con el fin de que el proceso de investigación cumpla su verdadero fin, producir conocimiento y ponerlo al servicio de la comunidad.

4. MARCO DE ANALISIS

4.1 MARCO DE ANALISIS

La información recolectada fue analizada en primer lugar de forma descriptiva, específicamente, lo relacionado con las variables sociodemográficas de los pacientes que hicieron parte tanto del grupo experimental como del grupo control.

Para el caso de las variables de tipo cualitativo tales como, género, nivel educativo, estrato, ocupación y clase funcional, éstas se exponen en tablas de frecuencias y/o en gráficos. Así mismo, para el caso de aquellas variables de tipo continuo como la edad y el tiempo de diagnóstico, ellas se ilustraron por medio de tablas con su respectivo análisis.

En segundo lugar, se procedió a analizar conjuntamente los datos obtenidos de la aplicación del instrumento “Comportamientos de adherencia al tratamiento del paciente con falla cardíaca” en los participantes del grupo experimental y el del grupo control. Se inicia presentando los resultados globales obtenidos por los pacientes de los grupos control y experimental tanto en la pre- prueba como en la post- prueba, por medio de gráficas.

Ahora, dado que dichos gráficos solamente ilustran posibles diferencias, se procedió a usar una prueba estadística la cual, de acuerdo al comportamiento de las diferencias entre las puntuaciones obtenidas por los dos grupos en la pre- prueba y la post- prueba, permite determinar si tales diferencias son significativas desde un punto de vista estadístico.

Para determinar cuál prueba estadística que se debe usar, se probó en primer lugar si las muestras de las diferencias de las puntuaciones (pre-prueba – post-prueba) en los dos grupos (control y experimental) provienen de distribuciones de probabilidad normal. Para ello, se hizo uso de la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov.

Como se determina que las muestras efectivamente provienen de distribuciones de probabilidad normal, se aplicó la prueba t para muestras independientes.

4.2. ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados que se presentaran a continuación corresponden a los datos obtenidos en los grupos experimental y de control conformados por pacientes de falla cardiaca de clase funcional I y II, que se hallaban hospitalizados en la Clínica San pedro Claver y el Hospital santa Clara de la ciudad de Bogotá entre los meses de febrero y octubre de 2008 (pre-prueba), y marzo de 2008 y enero de 2009 (post-prueba). Cada uno de los grupos conformado por 33 pacientes para un total de 66, superando el número mínimo de pacientes exigidos por los cálculos de muestreo anteriormente presentados.

4.3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Al analizar los datos de manera descriptiva sobre las características sociodemográficas de la muestra del estudio se encontró que la edad de los pacientes que conformaron los grupos oscilaba entre 26 a 75 años, siendo el valor menor un caso aislado y el valor superior uno de los criterios de inclusión establecidos para la investigación, ya que se ha demostrado que aunque el aumento de la edad puede estar asociado a mayor adherencia al tratamiento, al pasar el margen de los 75 años lo mencionado puede no presentarse como consecuencia de la presencia de comorbilidades.⁸⁵

La edad promedio de los pacientes fue de 60 años, siendo congruente con lo mencionado en la literatura, que describe la falla cardiaca como una enfermedad crónica que se presenta con mayor frecuencia en personas mayores de 50 años, y cuya prevalencia aumenta en forma exponencial con la edad.

De otro lado, al observar la variable genero se obtiene que el 65.2% pertenecen al genero masculino y el 34.8% al femenino. Como se planteo en el marco de referencia la falla cardiaca ha demostrado un leve descenso en mujeres mientras que en los hombres ha permanecido estable. Sin embargo en nuestro país los datos mas recientes corresponden al año 2005 y no son especificos para falla cardiaca sino para una de sus causales como la enfermedad isquémica del corazón.

⁸⁵ OMS. Op. cit. p. 40.

Tabla 1. Nivel educativo

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria incompleta	21	31.8
Primaria Completa	20	30.3
Secundaria Incompleta	10	15.2
Secundaria Completa	5	7.6
Técnico	5	7.6
Analfabeta	3	4.5
Universitario	1	1.5
Posgrado	1	1.5

Fuente: Resultados del estudio.

Con relación al nivel educativo se halla que el mayor porcentaje de la población 31.8% realizaron solo la primaria incompleta y un porcentaje similar (30.3%) la primaria completa, seguidos por el 15.2% que logro terminar la secundaria. Existe además un pequeño porcentaje (4.5%) que es analfabeta y solo casos aislados de educación superior. Esta variable es de gran importancia en vista de que se ha documentado la relación directamente proporcional entre el nivel educativo y la adherencia a los tratamientos.^{86, 87, 88}

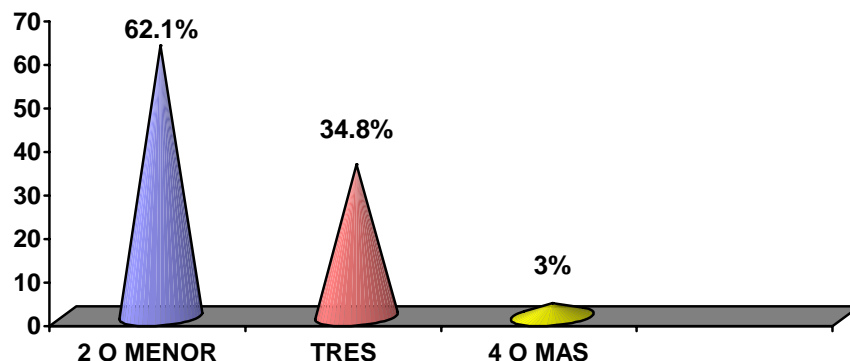
Coherente con estos datos, al indagar por el estrato socioeconómico se encontró que mas de la mitad de la población pertenece al los estratos uno y dos. El 34.8% pertenecen al estrato 3 y un porcentaje poco significativo pertenece al estratos altos.

⁸⁶ OMS. Op. cit. p. 67.

⁸⁷ SABATE Eduardo. World Health Organization Adherence Project: Informe de la reunión 4 - 5 de junio de 2001. Director Proyecto de adherencia de la OMS.

⁸⁸ BONILLA, Claudia. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente del mismo. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

Figura 1. Estrato socioeconómico



Fuente: Resultados del estudio.

Como se menciona en el marco teórico de la presente investigación la OMS ha señalado factores que influyen en la adherencia a los tratamientos y si bien no se ha podido establecer que el nivel socioeconómico es un factor determinante, no cabe duda de la relación que existe entre éstos. Mas aun en países en desarrollo como el nuestro donde la situación de desempleo y deficiencias del sistema de salud puede llevar a los pacientes a destinar sus ingresos a otras necesidades diferentes de su estado de salud.

Tabla 2. Ocupación

OCUPACIÓN	PORCENTAJE
Cesante	39.4
Independiente	31.8
Labores del hogar	19.7
Ocupación técnica	4.5
Ocupación profesional	3
Desempleado	1.5

Fuente: Resultados del estudio.

Así mismo, al indagar sobre la ocupación de los pacientes entrevistados se encontró que la mayoría se encuentran cesantes (39.4%) y un porcentaje similar (31.8%) realizan actividades variadas de manera independiente como vendedor ambulante, agricultura, pintor, comerciante, entre otras, y en menor porcentaje se dedican a realizar labores del hogar. Esto, es congruente teniendo en cuenta que la mayoría de personas son adultas mayores con una morbilidad crónica diagnosticada.

Tabla 3. Tiempo de diagnóstico y clase funcional

Tiempo De Diagnostico	Clase Funcional		Total
	I	II	
Menor a 1 año	17	11	28
1 a 3 años	4	7	11
3.1 a 5 años	1	3	4
5.1 a 7 años	2	1	3
Mayor a 7 años	6	14	20
Total	30	36	66

Fuente: Resultados del estudio.

Con relación al tiempo de diagnóstico y clase funcional de la muestra se encontró que veintiocho de los pacientes (42,4%) se habían enterado de su diagnóstico en un periodo menor de un año; de éstos, diez y siete (25,7%) pertenecían a la clase funcional I y once (16,6%) a la II. También se presentaron catorce casos (21,2%) de pacientes que aunque fueron diagnosticados hace más de 7 años, se mantenían en clase funcional II.

En menores frecuencias se presentaron casos de pacientes con diagnóstico entre uno a siete años, en su mayoría dentro de la clase funcional II. La presente variable reviste importancia en la medida en que la literatura expresa que mayor tiempo de diagnóstico existe mayor adherencia al tratamiento, y por ende mejoría de la clase funcional del paciente, exceptuando casos en que la edad de la persona y la presencia de comorbilidades hacen más difícil la comprensión y cumplimiento de la terapia.

4.4. ANALISIS GLOBAL DE COMPORTAMIENTOS DE ADHERENCIA

Se determinó que los datos de las diferencias de las puntuaciones (pre-prueba – post-prueba) en los dos grupos (control y experimental) provienen de distribuciones de probabilidad normal al aplicar la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov, que arrojó resultados de 0,7 para el grupo experimental y 1,0 para el grupo control. Como es conocido para dicha prueba valores mayores a 0,05 se consideran como distribuciones normales. Por lo anterior la prueba de hipótesis apropiada para el análisis de los datos es la t de Student.

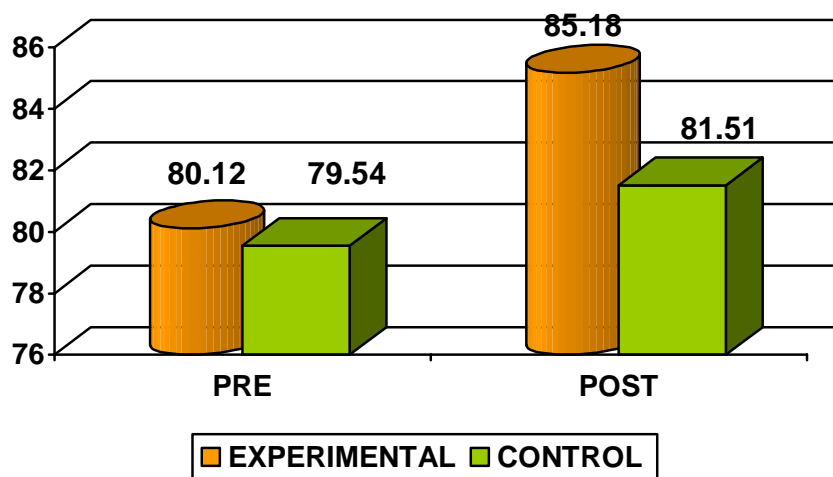
De otro lado, se ha mencionado en repetidas oportunidades, que para la realización del presente estudio se utilizó el instrumento de Achury

“comportamientos de adherencia al tratamiento en pacientes con falla cardiaca” el cual esta diseñado con una escala de likert así:

RANGO	INTERPRETACIÓN
30 – 55	No adherencia
56 – 80	Poca adherencia
81 – 105	Frecuentemente adherido
106 – 120	Adherido

Fuente: ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Efectos de la aplicación de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

Figura 2. Análisis global de los comportamientos de adherencia



Fuente: Resultados del estudio.

De acuerdo a los datos obtenidos por el estudio en la post-prueba, se podría afirmar que inicialmente no había diferencias notorias entre los comportamientos de adherencia de los pacientes de los grupos experimental y de control, puesto que éstos que se ubicaban en la categoría de poca adherencia. Posterior a la intervención educativa, al hacer la post-prueba se evidencio un incremento en los comportamientos de adherencia al tratamiento tanto en los pacientes del grupo control como en los del grupo experimental, siendo mayor en éste ultimo grupo y ubicándose entonces en la categoría de frecuentemente adherido.

Sin embargo al realizar la prueba de hipótesis t de Student para muestras independientes, se obtiene un valor de 1,24. De acuerdo a los criterios de rechazo establecidos ($t \leq t_{\alpha/2,m} = t_{0.025,64} = - 2.000$, y $t \geq t_{1-\alpha/2,m} = t_{0.975,64} = 2.000$), usando una significancia del 5% se tiene entonces que el valor obtenido en la estadística de prueba t no es menor que $- 2.000$ ni mayor que 2.000 y por lo tanto existe evidencia estadística para rechazar la afirmación hecha en la hipótesis nula; es decir, que el plan educativo de enfermería que fomenta el autocuidado del paciente con falla cardiaca no influye de manera significativa en la mejoría de la adherencia al tratamiento.

Estos resultados difieren de los obtenidos por Achury⁸⁹ quien encontró diferencias estadísticamente significativas entre las pre y post prueba, usando el mismo instrumento, plan educativo y tipo de pacientes.

4.5. ANALISIS POR DIMENSIONES DE LOS COMPORTAMIENTOS DE ADHERENCIA

A continuación se presentaran los resultados para cada una de las dimensiones del instrumento, teniendo en cuenta las medias de los puntajes obtenidos por los pacientes de los grupos experimental y de control confrontando las pre-pruebas con las post-pruebas.

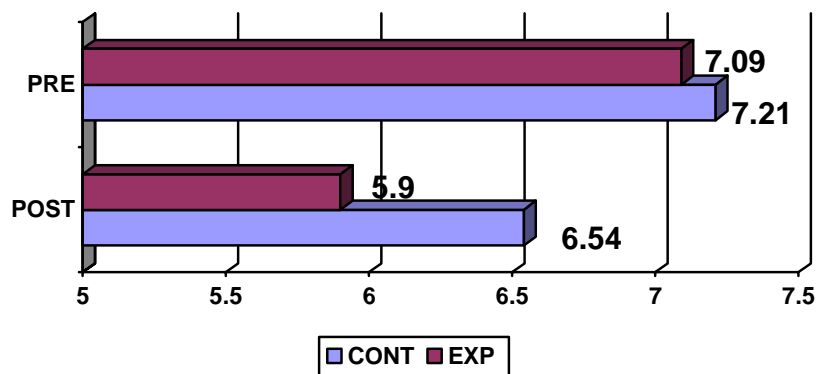
DIMENSION UNO: Confianza en el profesional de salud.

RANGO	INTERPRETACIÓN
2 – 3,5	No adherencia
3,6 – 5,5	Poca adherencia
5,6 – 7	Frecuentemente adherido
7,1 – 8	Adherido

Fuente: ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Efectos de la aplicación de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

⁸⁹ ACHURY. Op.cit.

Figura 3. DIMENSION UNO: Confianza en el profesional de salud.



Fuente: Resultados del estudio.

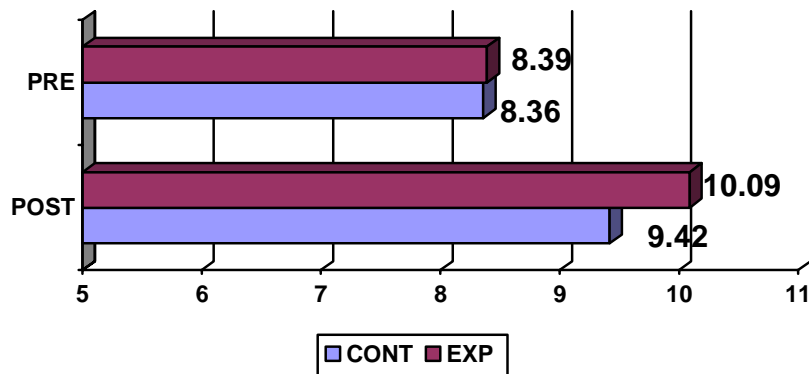
Al indagar en esta dimensión se tiene en cuenta el grado de escucha, atención y seguridad que el paciente percibe del personal de salud que lo trata. Llama la atención como en la pre-prueba los pacientes perciben mayor interés y se sienten más seguros de la atención recibida. Posteriormente, una vez se han enfrentado al largo y complejo proceso de su enfermedad y sobre todo afrontando las trabas administrativas que limitan la calidad y cantidad de la atención, sus comportamientos de adherencia frente a esta dimensión del instrumento disminuyen, pasando de estar adheridos a estar solo frecuentemente adheridos en el grupo control y bajando al límite del rango de frecuentemente adheridos, los pacientes del grupo experimental. Lo anterior, es alarmante puesto que se conoce que la estrechez de la relación personal de salud – paciente orienta en muchos casos los comportamientos del paciente.

DIMENSION DOS: Conoce el tratamiento farmacológico que le han prescrito

RANGO	INTERPRETACIÓN
4 – 7	No adherencia
7,1 – 11	Poca adherencia
11,1 – 15	Frecuentemente adherido
15,1 – 16	Adherido

Fuente: ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Efectos de la aplicación de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

Figura 4. DIMENSION DOS: Conoce el tratamiento farmacológico que le han prescrito



Fuente: Resultados del estudio.

Con relación a la segunda dimensión del instrumento se noto una mejoría de los comportamientos de adherencia tanto en el grupo control como en el experimental, siendo mayor en este ultimo grupo; sin embargo, al confrontarlo en la escala de likert se observa que no hay mejoría del rango, presentando poca adherencia en cuanto a los comportamientos de conocimientos del tratamiento farmacológico tanto en la pre-prueba como en la post-prueba. La experiencia al aplicar el instrumento fue que muchos de los pacientes trataban de tomarse los medicamentos a pesar de que no tuviesen claridad sobre su efecto y su necesidad para el mantenimiento de su estado de salud. Muchos de los pacientes ni siquiera conocían el nombre de los medicamentos que se tomaban y en varios casos eran administrados por un familiar por lo cual ellos no se enteraban de lo que estaban recibiendo. Sin embargo, al comparar las medias de los items específicos respecto al conocimiento del tratamiento prescrito a pesar de la educación brindada a los pacientes seleccionados este puntaje solo tuvo un muy leve ascenso entre la pre y la post- prueba, siendo el ascenso mas marcado en lo referido al uso de sistemas de ayuda para recordar la toma de los medicamentos como se sugería en la educación (medias item 3 pre=2.4 post=2.6, item 4 pre=3 post=3.1, item 5 pre=1.06 post=1.4 e item 6 pre=1.8 post=2.5). Es como si a los pacientes solo les interesara cumplir con la toma de los medicamentos sin tener en cuenta sus efectos farmacéuticos y adversos, así como las precauciones para su ingesta, siendo dicha situación mas frecuente en los pacientes de mayor edad. Sigue siendo un reto para el personal de salud buscar medidas que contribuyan a cambiar esta realidad que como menciona la literatura el desconocimiento puede ser uno de los factores que desencadenen nuevas hospitalizaciones.⁹⁰

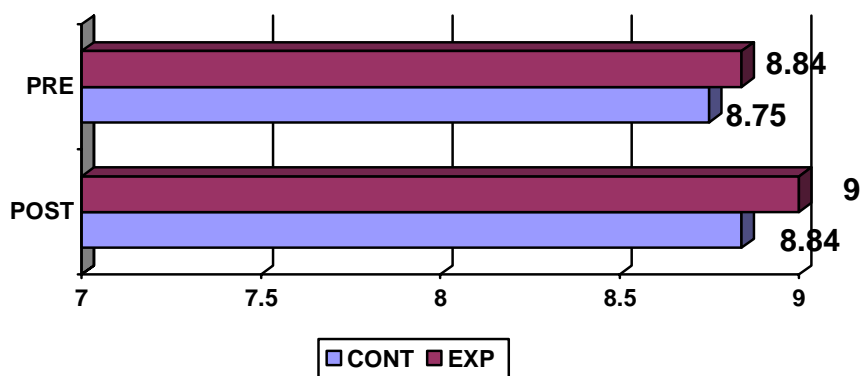
⁹⁰ HARTIGAN, C. Et al. Op, cit.

DIMENSION TRES: Acceso a los servicios de salud

RANGO	INTERPRETACIÓN
3 – 5,5	No adherencia
5,6 – 8	Poca adherencia
8,1 – 11	Frecuentemente adherido
11,1 – 12	Adherido

Fuente: ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Efectos de la aplicación de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

Figura 5. DIMENSION TRES: Acceso a los servicios de salud



Fuente: Resultados del estudio.

La dimensión tres del instrumento hace referencia al acceso a los servicios de salud que tiene el paciente, se nota de acuerdo a la grafica que prácticamente no se presentaron cambios de los puntajes al comparar la pre-prueba con la post-prueba, en los dos grupos. Lo anterior, es comprensible ya que las condiciones del sistema de salud en Colombia no cambiaron durante el transcurso del estudio y los mismos obstáculos administrativos han sido y seguirán siendo enfrentados por los pacientes. No obstante, su percepción lleva a puntajes que los ubica en el rango de frecuentemente adheridos a pesar de que a veces esperan hasta mas de un mes o más para acceder a una cita con el especialista y en muchas ocasiones sufren recaídas durante este tiempo de espera. De otro lado en muchas oportunidades no les hacen entrega completa de sus medicamentos por lo cual deben imponer tutelas o deben adquirirlos por su propia cuenta, muchas veces incluso estando hospitalizados se dejan de administrar medicamentos esenciales para su tratamiento porque la farmacia del centro hospitalario donde se encuentran no lo puede proporcionar.

Ante este panorama como se menciono anteriormente, los pacientes poco a poco se vuelven renuentes e incrédulos del sistema de salud y del personal que hace parte de este sistema y que le brinda la atención.

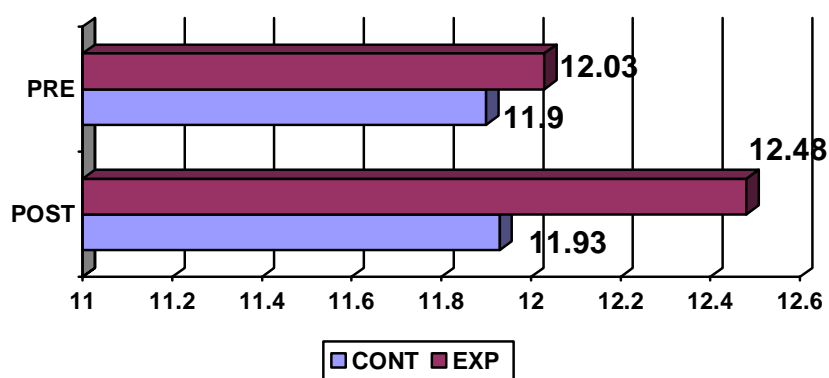
Resultados similares fueron obtenidos en el estudio realizado por Achury⁹¹ en cuanto a puntajes, en donde los pacientes se hallaban frecuentemente adheridos con relación a esta dimensión y no se presentaron diferencias entre la pre y la post-prueba.

DIMENSION CUATRO: Acepta el diagnostico dado por el profesional de salud.

RANGO	INTERPRETACIÓN
4 – 7	No adherencia
7,1 – 11	Poca adherencia
11,1 – 15	Frecuentemente adherido
15,1 – 16	Adherido

Fuente: ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Efectos de la aplicación de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

Figura 6. DIMENSION CUATRO: Acepta el diagnostico dado por el profesional de salud.



Fuente: Resultados del estudio..

La dimensión cuatro hace referencia a la aceptación del diagnóstico que el paciente demuestra; para lo cual, se indaga sobre el conocimiento que tiene sobre

⁹¹ Achury. Op. cit.

su enfermedad, sus implicaciones, la disposición para tomar decisiones sobre su estado de salud y la necesidad de realizar cambios en los hábitos de vida.

Llama la atención que no se presentó diferencia entre la pre y la post-prueba en el grupo control y el experimental donde el ascenso en el puntaje fue mínimo. Encontrándose que los pacientes estaban frecuentemente adheridos en ambas oportunidades. Los pacientes continúan teniendo ideas generales sobre su enfermedad y por ende saben la amenaza que existe en su vida. Este hecho resulta relevante porque una percepción acertada sobre la realidad de su estado de salud y sus consecuencias influye de manera directa sobre el grado de adherencia al tratamiento.^{92,93} Por esta razón, resulta esencial que los pacientes desarrollen habilidades relacionadas con los conocimientos mínimos sobre su enfermedad y el tratamiento recomendado facilitando una conducta o actitud cumplidora. Los pacientes deben creer en el régimen terapéutico prescrito, entenderlo y conocerlo con detalle.

DIMENSION CINCO: Reconocimiento de signos y síntomas

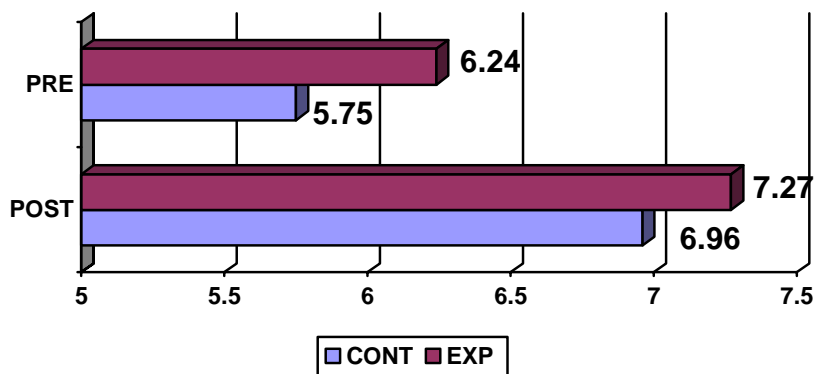
RANGO	INTERPRETACIÓN
3 – 5,5	No adherencia
5,6 – 8	Poca adherencia
8,1 – 11	Frecuentemente adherido
11,1 – 12	Adherido

Fuente: ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Efectos de la aplicación de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

⁹² SABATE. Op. cit.

⁹³ KONTZ, Mary. A propose model for assessing Compliance within the unitary man/human framework based on analysis of the concept of compliance. En: Carroll-Johnson Rose editor: NANDA. Classification of Nursing Diagnoses, Proceedings of the ninth conference. JB Lippincott Philadelphia: 1991, p. 161-171.

Figura 7. DIMENSION CINCO: Reconocimiento de signos y síntomas.



Fuente: Resultados del estudio.

Respecto a la dimensión número cinco, se encontró que hubo un aumento relevante a comparación de otras dimensiones. A pesar de que tanto en la pre como en la post – prueba los grupos experimental y de control se mantienen en el rango de poca adherencia vale la pena destacar el incremento que se evidencio en el grado de reconocimiento por parte de los pacientes de los síntomas de la enfermedad y los signos de alarma de manera mas extensa, así como la acción correcta y oportuna ante los mismos.

Helvi Kyngas afirma que los síntomas juegan un papel importante en el cumplimiento del tratamiento, en vista de que si los síntomas se agudizan son molestos y se alivian con el tratamiento, por lo tanto la probabilidad de adhesión es mayor.⁹⁴

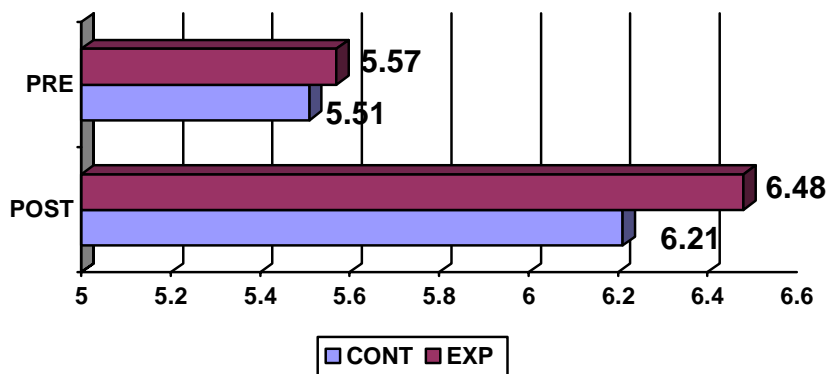
DIMENSION SEIS: Red de apoyo

RANGO	INTERPRETACIÓN
2 – 3,5	No adherencia
3,6 – 5,5	Poca adherencia
5,6 – 7	Frecuentemente adherido
7,1 – 8	Adherido

Fuente ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Efectos de la aplicación de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

⁹⁴ KYNGAS, Helvi. Predictors of good compliance in adolescent with epilepsy. Seizure 2001; 10: 549-553.

Figura 8. DIMENSION SEIS: Red de apoyo.



Fuente: Resultados del estudio..

En cuanto a la red de apoyo del paciente se halló un incremento claro en los dos grupos entre la pre y la post-prueba, pasando de estar en el rango de poca adherencia al rango de frecuentemente adherido. Se observó que al indagar en la post-prueba había aumentado el número de pacientes que se apoyaban en grupos externos además de sus familias, principalmente grupos de adulto mayor donde hacían algún tipo de actividad física y actividades lúdicas que permitían un mejor manejo del estrés. Existe evidencia sobre la relación entre un deficiente apoyo social y el incremento de la mortalidad.^{95, 96}

Sin embargo, como se anotó no hay diferencias entre el grupo experimental y el de control, podría pensarse que este factor específico del instrumento no dependa tanto del hecho de haber recibido educación o no, sino, del tipo, cantidad y calidad de redes de apoyo que tengan disponibles los pacientes en su entorno.

DIMENSION SIETE: Control y mantenimiento del peso

<u>RANGO</u>	<u>INTERPRETACIÓN</u>
4 – 7	No adherencia
7,1 – 11	Poca adherencia
11,1 – 15	Frecuentemente adherido
15,1 – 16	Adherido

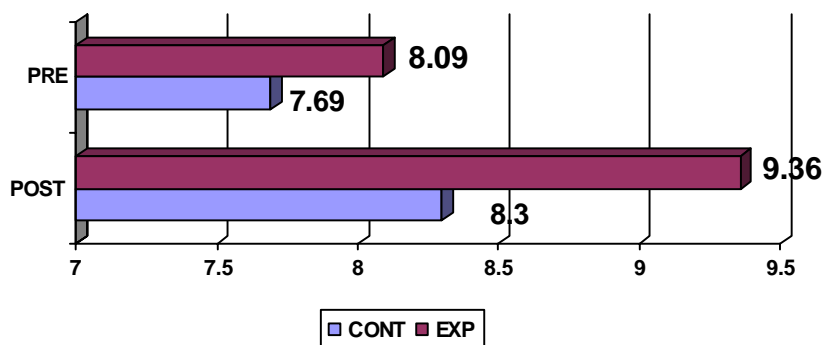
Fuente: ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Efectos de la aplicación de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardíaca. Tesis

⁹⁵ GONZÁLEZ, B. et al. Op. Cit.

⁹⁶ BAYES, R. Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. Revista de cardiología la Mancha: Ediciones de la universidad de Castilla – La Mancha; 2000. p. 95-103.

para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

Figura 9. DIMENSION SIETE: Control y mantenimiento del peso



Fuente: Resultados del estudio.

En la séptima dimensión del instrumento relacionada con el control del peso requerido en los pacientes de falla cardiaca se halló un incremento al comparar los puntajes de las pre y las post-pruebas, siendo notablemente mayor en el grupo experimental, presentándose un leve aumento en los puntajes de cada uno de los ítems que conforman esta dimensión; o sea, sobre el control de peso diario, la ausencia de edemas, el conocimiento de la cantidad de líquido máxima que puede consumir y el hábito de realizar un balance de la ingesta y eliminación. No obstante los puntajes mantienen a los pacientes de los dos grupos en el rango de poca adherencia; es decir, que falta diseñar muchas estrategias más para lograr resultados satisfactorios en cuanto a este aspecto del autocuidado.

Es necesario destacar que la experiencia al realizar el estudio fue que al brindar la educación a los pacientes del grupo experimental, les causaba sorpresa conocer la importancia de estos aspectos, puesto que afirmaban que nunca se los habían mencionado, ni siquiera el especialista. Como es bien conocido en la literatura sobre manejo de falla cardiaca el control de líquidos y el mantenimiento de peso dentro de límites establecidos resulta fundamental para el control de síntomas molestos que llegan a limitar la clase funcional del paciente.^{97, 98}

⁹⁷ Sociedad Uruguaya de Cardiología. Op. cit. P. 1-16.

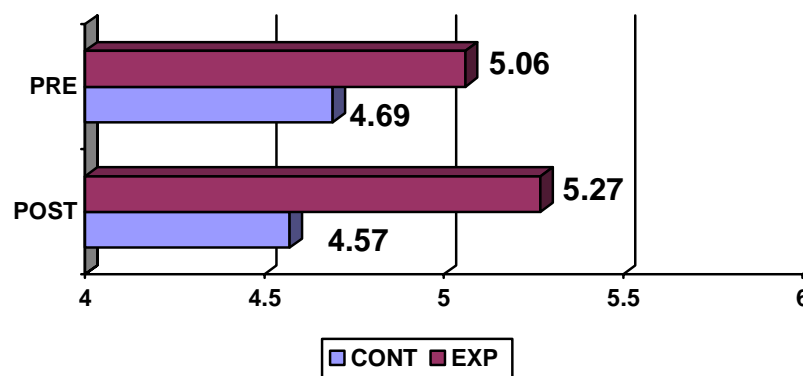
⁹⁸ Silver MA. Et al. Op. cit

DIMENSION OCHO: Conoce la dieta recomendada

RANGO	INTERPRETACIÓN
2 – 3,5	No adherencia
3,6 – 5,5	Poca adherencia
5,6 – 7	Frecuentemente adherido
7,1 – 8	Adherido

Fuente: ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Efectos de la aplicación de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

Figura 10. DIMENSION OCHO: Conoce la dieta recomendada



Fuente: Resultados del estudio.

Al averiguar sobre los conocimientos de los pacientes respecto a la dieta recomendada para lograr un mayor control de su enfermedad se encontró que hay poca adherencia a este tratamiento no farmacológico tanto en el grupo control como en el experimental situación que no cambio en la post-prueba ni siquiera para el grupo experimental que recibió la educación respectiva.

Cambiar hábitos de alimentación que se han venido manejando desde la niñez y que además tienen una componente cultural, queda demostrado que hace falta mucho mas que información, por detallada que esta pueda ser, se necesita un seguimiento dentro de programas continuos y con el fin de lentamente lograr “negociar” con el paciente y ganar espacio en la adherencia a estos requerimientos dietarios.

La no adherencia a las modificaciones en el estilo de vida como cambios en los hábitos alimenticios resultan muy comunes, algunos estudios sugieren que solo una tercera parte de los pacientes se adhieren a la dieta preescrita por un periodo no mayor a un año.⁹⁹

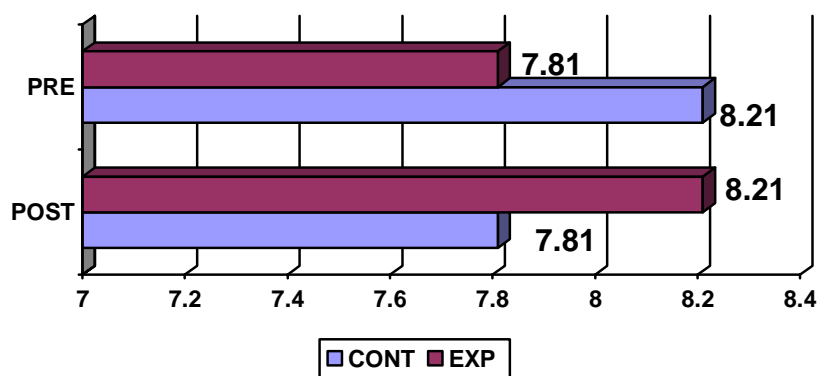
El estudio realizado por Ghali J, et al.¹⁰⁰ sobre lo factores que precipitan la descompensación en insuficiencia cardiaca, mostró que la causa más común de reingreso fue el abandono de la medicación y/o dieta. Cabe mencionar que en pocos casos se halló pacientes que conocían perfectamente las características de la dieta recomendada, pero no la seguían.

DIMENSION NUEVE: Realiza ejercicio según lo recomendado

RANGO	INTERPRETACIÓN
3 – 5,5	No adherencia
5,6 – 8	Poca adherencia
8,1 – 11	Frecuentemente adherido
11,1 – 12	Adherido

Fuente: ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Efectos de la aplicación de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

Figura 11. DIMENSION NUEVE: Realiza ejercicio según lo recomendado



Fuente: Resultados del estudio.

⁹⁹ Miller, N. H. Op. cit. p. 43-49

¹⁰⁰ Ghali, JK. Et al. Op. cit. p. 555-580.

En esta dimensión que hace referencia a la actividad física se observó un incremento en el grupo experimental que pasó de tener poca adherencia en la pre-prueba a estar frecuentemente adheridos en la post-prueba. Al analizar detalladamente los ítems se encontró que el ítem con incremento de puntaje corresponde a la realización de actividad física hasta los límites recomendados sin dificultad, mientras que en los otros ítems sobre reconocimiento de las causas de fatiga y los signos de cese de actividad no se presentaron diferencias entre la pre y la post-prueba.

El grupo control no presentó diferencias en los puntajes obtenidos entre las pre y la post-prueba.

Al igual que la dieta, el ejercicio es un hábito que se debe cultivar, Miller N.¹⁰¹, menciona que la no adherencia a las modificaciones en el estilo de vida como regímenes de ejercicio, es muy común y más del 50% de los pacientes que realizan ejercicio para la prevención o rehabilitación de una enfermedad, lo abandonan a los seis meses. Sin embargo, en el presente estudio se evidenció una mejor adherencia al ejercicio que al régimen dietario.

Resultados parecidos fueron reportados en el estudio realizado por Achury¹⁰² donde se halló mejoría de la adherencia respecto a este factor posterior a la educación impartida antes de la post-prueba.

DIMENSION DIEZ: Estado de ánimo apropiado para la salud

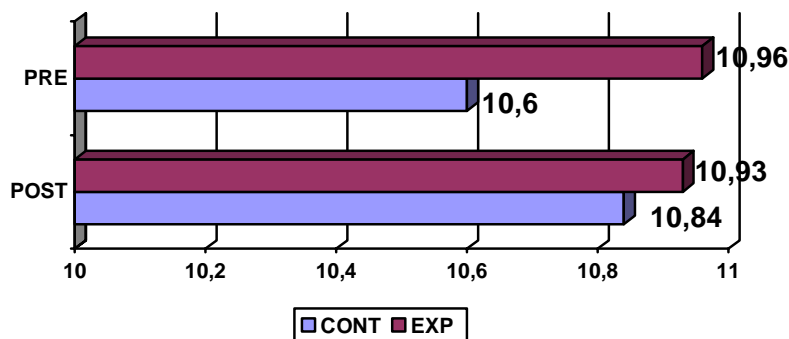
RANGO	INTERPRETACIÓN
3 – 5,5	No adherencia
5,6 – 8	Poca adherencia
8,1 – 11	Frecuentemente adherido
11,1 – 12	Adherido

Fuente: ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Efectos de la aplicación de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardíaca. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

¹⁰¹ Miller, N. H. Op. cit. p. 43-49

¹⁰² ACHURY. Op. cit p.73.

Figura 12. DIMENSION DIEZ: Estado de ánimo apropiado para la salud



Fuente: Resultados del estudio.

Finalmente, en la dimensión número diez relacionada con el estado de ánimo adecuado para mantener el estado de salud, la cual abarca el interés que demuestra y expresa el paciente por lo que le rodea, el grado de interés por continuar con sus relaciones personales como lo venía haciendo y el grado de descanso (al dormir) que siente. No se encontraron diferencias entre los grupos experimental y de control, tanto en la pre como en post-prueba. Encontrándose los pacientes en todos los casos frecuentemente adheridos.

Es de considerar que esta parte específica del instrumento es un poco dispendiosa de abordar y que tal vez haría falta mayor contacto con el paciente para conocer su ambiente familiar, personal y generar una relación de mayor confianza que le permita ser realmente abierto respecto a estos temas.

4.6 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La medición de la confiabilidad del instrumento se realizó con los datos suministrados por 203 pacientes, 66 de estos pacientes corresponden a los pacientes que conformaron los grupos experimental y de control. Además se recolectaron datos de pacientes en la ciudad de Armenia en dos instituciones de salud. Los datos para este caso fueron recolectados por un auxiliar de investigación previamente entrenado. Finalmente, se incluyeron los datos del estudio anteriormente realizado por Achury, para un total de 203 pacientes como se menciono anteriormente.

Se aplico la prueba alfa de Cronbach dando un resultado de 0,59. Para determinar la estabilidad se aplico la prueba de división por mitades dando como resultado 0,5 por Spearman-Brown.

5. CONCLUSIONES

- El grado de adherencia antes de la intervención educativa de los pacientes con falla cardíaca de los grupos experimental y de control fue de 80.12 y 79.54 respectivamente, correspondiente a la categoría de poca adherencia al tratamiento en ambos casos.
- Una vez realizada la intervención educativa (correspondiente al cuasiexperimento de la investigación), el grado de adherencia de los pacientes de los grupos experimental y de control fue de 85.18 y 81.51 respectivamente correspondiente a la categoría de frecuentemente adheridos al tratamiento para ambos casos.
- Al contrastar los datos de la pre y post-prueba de los grupos experimental y de control, se concluyó que el plan educativo “Cuida tu corazón: lo que debe saber a cerca de la falla cardíaca, una guía de cómo hacerlo” genera un efecto positivo en la adherencia al tratamiento en pacientes de falla cardíaca; sin embargo, este efecto no es estadísticamente significativo. Las diferencias entre los resultados del presente estudio y los resultados obtenidos por la diseñadora del instrumento Achury¹⁰³ talvez pudieron deberse a los siguientes factores: aislamiento de variables como rango de edad y clase funcional mas deteriorada (máximo de 75 años y clase funcional III), la inclusión de un grupo control, espacio de tiempo entre pre y post-prueba mas largo y el uso de auxiliares de investigación para la recolección de datos de la post-prueba.
- Existe un déficit de conocimientos claro entre los pacientes de falla cardíaca respecto a su enfermedad y su tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico; incluso, en aquellos pacientes con varios años de diagnóstico que además han estado hospitalizados en varias oportunidades.
- Se requiere generar procesos que permitan garantizar continuidad de la educación impartida a los pacientes que padecen enfermedades crónicas como la falla cardíaca, con el fin de ir más allá de ofrecer una buena información; y en vez, lograr una verdadera influencia en las conductas. Es decir, se necesitan más programas estructurados y multidisciplinarios que “obliguen” tanto al paciente como al personal de salud a estar en contacto para estrechar la relación terapéutica y lograr de este modo modificar creencias, perspectivas y comportamientos. Además es necesario y determinante la inclusión de la familia en los procesos educativos que se impartan en pacientes de falla cardíaca, principalmente en pacientes de edad avanzada en donde existe un cuidador que se responsabiliza del cumplimiento del tratamiento.

¹⁰³ ACHURY. Op. cit

- Se debe seguir apostando y motivando al fortalecimiento de las redes de apoyo externas ya que se ha demostrado sus efectos positivos en los pacientes. Como en este caso donde los resultados obtenidos evidenciaron una gran mejoría de los comportamientos de adherencia entre la pre y la post-prueba en este aspecto en particular. Esta meta se podría abordar entonces desde los programas estructurados de falla cardíaca.
- Se necesita continuar enfocando los procesos educativos desde el autocuidado, dando mayor responsabilidad al paciente de su propio cuidado y permitiendo de esta manera que sea un personaje activo que toma decisiones sobre su estado de salud. Aunque enfermería continúa siendo el actor principal en la educación de los pacientes y sus familias; no es despreciable la acción de equipos multidisciplinarios liderados por enfermería, con enfoques de mayor continuidad e impacto y no actividades aisladas de educación.

6. RECOMENDACIONES

- Realizar la validación de constructo del instrumento con el fin de depurar los resultados que se obtengan de su aplicación.
- Con relación al plan educativo es necesario diseñar una cartilla especial para aquellos pacientes analfabetas, puesto que en la presente investigación se hallaron tres casos de analfabetismo y en su totalidad se presentó disminución en el puntaje del grado total de adherencia, al comparar la pre-prueba con la post-prueba.
- Resulta apremiante la creación de políticas que estimulen y den recursos a la creación de programas o clínicas de falla cardíaca con enfoque en el autocuidado, que permitan brindar atención oportuna y multidisciplinaria, así como educación continua a estos pacientes que cada vez son más. Y que de otro lado aporten al fortalecimiento de redes externas para dichos pacientes.
- Es necesario dar continuidad a la investigación sobre adherencia en pacientes de falla cardíaca y otras patologías cardiovasculares para incrementar el conocimiento que tenemos sobre este fenómeno y esclarecer las estrategias más adecuadas para abordar este problema.
- Realizar nuevos estudios de tipo cuasiexperimentales una vez el instrumento cumpla su proceso de validez de constructo, aplicando una estrategia educativa de mayor continuidad y realizando por lo menos dos mediciones post-intervención.
- Realizar nuevas investigaciones de tipo cuasiexperimental usando diferentes formas de aplicación del plan educativo; por ejemplo, el plan educativo completo en una sola sesión, el plan educativo fraccionado en 2, 3 o 4 sesiones de acuerdo a las temáticas y contrastar los datos obtenidos en los diferentes trabajos con el fin de determinar la mejor estrategia educativa.
- Desarrollar trabajos analizando los datos obtenidos en el presente estudio, pero con diferente prueba estadística.
- En las instituciones de salud es preciso instaurar y/o fortalecer programas de educación continuada al personal que tenga contacto con los pacientes de falla cardíaca ya que tiene la responsabilidad de brindar educación precisa, clara y completa sobre esta temática. Del mismo modo resulta ineludible la implementación de planes de alta integrales y no simplemente dar por escrito la prescripción de medicamentos.

- Es vital la generación de políticas de atención integral y sobre todo oportuna para los pacientes de falla cardiaca, para evitar secuelas y complicaciones mayores derivadas de falta de control, seguimiento, acceso a medicamentos y servicios de diagnóstico y/o intervención.
- En el ámbito académico de enfermería es necesario comenzar a difundir y “concientizar” entre los profesionales en formación que los *procesos educativos* van mas allá de una serie de “charlas y plegables”. Se debe brindar pautas y bases formativas en pedagogía y comunicación social enfocadas a educación de colectivos con el fin de acercarse más a dichos procesos, que se esperan logren influir de manera franca en los estilos de vida de los pacientes crónicos.

BIBLIOGRAFIA

ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Efectos de la aplicación de un plan educativo para fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

ACOSTA GONZÁLEZ M, Debs Pérez G, De la Noval García R y Dueñas Herrera A. conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *Medic Latina*. En: *Cubana de Enfermería*; Septiembre – Diciembre, 2005, vol. 21 no.3, p. 63- Disponible en internet: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=19584557&lang=es&site=ehost-live>

ALCONERO CAMARERO A.R, Pérez Mena S, Gutiérrez Fernández R, Ortego Mate C. Educación sanitaria en la insuficiencia cardiaca. Escuela Universitaria "Casa de Salud Valdecilla" Santander. Hospital U.M.Valdecilla.Santander. [consultado septiembre 2008] Disponible en internet: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult. *Circulation* 2001;104:2996-3007.

ARIZA OLARTE, Claudia. Intervención de enfermería al paciente con insuficiencia cardíaca congestiva. Facultad Enfermería y Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl247/tl247.PDF>

BASTERRA GABARRÓ M. El cumplimiento terapéutico. España: En: *Pharmaceutical Care*. 1999, vol. 1 p. 97-106. [On line]. (España). [Consultado agosto 2008]. Disponible en internet: <http://www.cqfperu.org/af/artInteres/af200511cumpliTerape.pdf>.

BASTIDAS, Clara Victoria. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad cardiovascular. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

BAYES, R. Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. *Revista de cardiología la Mancha: Ediciones de la universidad de Castilla – La Mancha*; 2000. p. 95-103.

BERDAYES MARTÍNEZ, Daisy. Desarrollo teórico de Enfermería. ISCM-H. 2001: 9, 18. En: Pérez Manzano, J. L. Aplicación de las teorías de Orem y Peplau en el proceso de atención de enfermería. SOCUENF. Hospital General Docente. Ave. 2 de diciembre No. 1. http://www.uninet.edu/neuroc2002/papers/TL-OREM_Y_PEPLAU.htm

BONILLA, Claudia. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular : validez de contenido y validez aparente del mismo. Tesis para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006.

BROUKER ME, Gallagher K, Larrat EP, Dufresne RL. Patient compliance and blood pressure control on a nuclear-powered aircraft carrier: impact of a pharmacy officer. En: Mil Med. 2000. vol. 165 no.106,. p.10.

CARLSON B, Riegel B, Moser DK. Self-care abilities of patients with heart failure. Heart & Lung 2001;30(5):351-9.

CUERVO ESTUPIÑÁN L. D, Garzon Guerra M. M. Cambios en el estilo de vida adoptados por las personas que asisten a los programas de prevención de los factores de riesgo cardiovascular. En: Actualización en Enfermería. 2003. vol. 6. no.4,. p.8-15.

DEATON C. Outcome measurement. J Cardiovasc Nurs. 2000;14:116-8. En: González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Altimir S, Herreros J y Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. En: Esp Cardiol 2006; vol. 59: 166 – 170. http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?pid=13084645

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Defunciones por grupos de edad y sexo, según lista de causas agrupadas 6/67 cie-10 de ops. Preliminares. Colombia 2005. [on line]. Bogotá (Colombia). [Consultado agosto 2008]. Disponible en internet: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/defunciones/defun_2005/CUADRO5.xls.

DÍAZ ESPINOSA, I. N. Efecto de la musicoterapia en la adherencia del paciente con enfermedad renal crónica. Tesis para optar por el título de Especialista en Musicoterapia. Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Artes. 2006.

FAWCETT, J. Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. F. A. Davis Company, Philadelphia. 2005. Chapter 8

FERRER VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Rev Psicol Salud 1995; 7(1):35-61. En: Libertad M. A. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. En: Rev Cubana Salud Pública. [online]. sep.-dic. 2004, vol.30, no.4 [citado 26 Mayo 2007], p.0-0. Disponible en la World Wide Web:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.

FLAMAND, E.L., Arellano P. Motivación para aprender. Medicina Interna de Mexico; jul/ago2002, Vol. 18 Issue 4, p200, 2p. MedicLatina. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=9988625&lang=es&site=ehost-live>

FLEURY, J. La aplicación de la teoría motivacional a la reducción del riesgo cardiovascular. 1992 vol. 24. no. 3,. p. 229 – 239

FUENTES A. Autocuidado del paciente cardiovascular. En: Archivos de Cardiología de México. Enero-Marzo 2001, vol. 71. no. 1.S198-S200..

GERTLER P. The impact of disease Management on Health, CPG Compliance, Quality, and Cost of Care Simcoe DRAFT. 2003. vol.12,. p.1-29.

GHALI JK, et al. Precipitating factors leading to decomposition of heart failure. Traits among urban blacks.r_ En: Arch Intern Med. Septiembre, 1988, vol. 148 no. 9,. p 2013.

GIBSON PG et al. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002. En: OMS. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. p. 13, 25. <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>.

GOLDBERG LR, Piette JD, Walsh MN. Randomized trial of a daily electronic home monitoring system in patients with advanced heart failure:the weight monitoring in heart failure (WHARF) trial. Am Heart J 2003;146:705-12.

GONZÁLEZ B, Lupón J, et al. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. Rev Esp Cardiol 2006; 59: 166 – 170. http://www.revespcardiologia.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?pid=13084645

----- Patient's education by nurse: what we really do achieve? En: Eur J Heart Fail Suppl. 2003. vol. 2. no.72.

GRANCELLI H, Varini S, Ferrante D, et al. Randomized trial of telephone intervention in chronic heart failure. Study Design and Preliminary Observations. En: Journal of Cardiac Failure. 2003. vol. 9. p.172-179.

HARTIGAN, C., et al. (1997). Long-term exercise adherence after intensive rehabilitation for chronic low back pain. En: Medicine and science in sports and exercise. Marzo 1997, vol 32 no. 3 p. 551-557.

HAYNES RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7 En: Libertad M. A. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*. [online]. sep.-dic. 2004, vol.30, no.4 [citado 26 Mayo 2007], p.0-0. Disponible en la World Wide Web:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.

Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. Metodología de la investigación. México: MacGrawHill-Interamericana. 1998. p. 242

ILADIBA. Insuficiencia cardiaca: diferencias entre hombres y mujeres. En: Actualización en Cardiología. Abril, 2003. vol. 17. no. 2. p. 38

KARINSON B, Agardh CD. Burden of illness, metabolic control and complications in relation to depressive symptoms in IDDM patients. *Diabetic Med*. 1997;14:1066. En: Acosta González M, Debs Pérez G, De la Noval García R y Dueñas Herrera A. conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. *MedicLatina. Revista Cubana de Enfermería*; sep-dic2005, Vol. 21 Issue 3, p63-70, 8p <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=19584557&lang=es&site=ehost-live>

KONTZ, Mary. A propose model for assessing Compliance within the unitary man/human framework based on analysis of the concept of compliance. En: Carroll-Johnson Rose editor: NANDA. Classification of Nursing Diagnoses, Proceedings of the ninth conference. JB Lippincott Philadelphia: 1991, p. 161-171.

KRAVITZ RL. et al. (1993). Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. En: Arch Intern Medicine; 1993. vol. 153. No. 18,. p. 69- 78.

KYNGAS, Helvi. Predictors of good compliance in adolescent with epilepsy. *Seizure* 2001; 10: 549-553.

LIBERTAD M. A. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*. [online]. sep.-dic. 2004, vol.30, no.4 [citado 26 Mayo 2007], p.0-0. Disponible en la World Wide Web:<<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script>

=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&Ing=es& nrm=iso>. ISSN 0864-3466.

LIPKIN, M. Patient education and Counseling in the context of modern patient-physician-family communication. En: Patient Education and Counseling, 1996. vol 27 no. 1. p.5-11.

MÁRQUEZ CONTRERAS E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. FMC 2001; vol. 8., p. 558-573. Disponible en internet: <http://pcvc.fac.org.ar/tcvc/llave/c053/marquez.PDF>.

MÁRQUEZ CONTRERAS E, Casado Martínez JJ, Ramos Pérez J, Sáenz Soubrier S, Moreno García JP, Celotti Gómez B, Gascón Vivó J, Martín de Pablos JL. Ensayo sobre la eficacia de los programas de educación para la salud en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. En: Atención primaria 1998. vol. 21.p.199-204.

MARRINER, A. Modelos y teorías de enfermería. Traducción al Español de la cuarta edición. 1999. Madrid: Harcourt Brace. 1999.

MARTÍN ALFONSO L, Grau Ábalo J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: Psicología y Salud. 2004, vol. 14 no. 1,. p.89-101.

MATA CASES M, Monraba Capella M, Travería Solas M, Guarner MA, Antó Boque JM. Ensayo aleatorio controlado de educación sanitaria en pacientes hipertensos en asistencia primaria. En: Atención Primaria 1987. vol. 4. p. 189-194.

MCKENNEY JM, Munroe WP, Wright JT. Impact of an electronic medication compliance aid on long-term blood pressure control. En: J Clin Pharmacol 1992. vol. 32,. p. 277-283.

MILLER, N. H. (1997). Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. En: The American Journal of Medicine 1997. vol. 102 no. 2 ,. p. 43 – 49.

MORCILLO C, Valderas JM, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujadas R, Rosell F. Evaluación de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca. Resultados de un estudio aleatorizado. En: Esp Cardiol 2005. vol. 58. p. 618-625.

MORINSKY DE, DeMuth NM, Field -Fass M, Green LW, Levine DM. Evaluation of family health education to build social support for long-term control of high blood pressure. En: Health Ed Q 1985. vol. 12. p.35-50.

MORISKY DE et al. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. American Journal of Public Health, 1983, 73:153-162 En: OMS. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. p. 13, 25. [http:// www. Paho .org/ Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf](http://www.Paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf)

NEILY J. B, Toto K.H., Gardner E.B., et al. Potential contributing factors to noncompliance with dietary sodium restriction in patients with heart failure. En: Am Heart J 2002. vol. 143, no.1,. p.29– 33.

Nunnally, J. Bernstein. Teoría psicométrica. Tercera edición McGraw – Hill. 1995. p. 233.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 2004. Disponible en internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>. p. 13.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid: Ediciones Doyma; - 2003.

Polit, D. Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud: Principios y métodos. Sexta edición, México: Interamericana MacGrawHill, 2000. cap. 17

SABATE Eduardo. World Health Organization Adherence Project: Informe de la reunión 4 - 5 de junio de 2001. Director Proyecto de adherencia de la OMS.

SCHNEIDER et al. A medication Discharge planning program. En: Clinical Nursing Research, 1993, vol. 2,. no. 1, p. 41-53.

SCHNEIDERMAN, N., Antoni, M. H., Saab, P. G. Y Ironso, G. (2001) Health Psychology: Psychosocial and Biobehavioral Aspects of Chronis Disease Management. Annual Reviews Psychology, vol. 52. P. 555 – 580. Psychology: Psychosocial and Biobehavioral Aspects of Chronis Disease Management. Annual Reviews Psychology, 52: 555 – 580.

SEGUNDO CONSENSO URUGUAYO DE INSUFICIENCIA CARDIACA. Sociedad Uruguaya de Cardiología. Rev Noticias, Sindicato médico del Uruguay 2004;9:1-16.

SILVER MA, Cianci P, Pisano CL. Outpatient management of heart failure-program development and experience in clinical practice. Ilinóis: The Heart Failure Institute and Heart Failure Center; 2004. Report No.: 2.

SOCIEDAD BRASILEIRA DE CARDIOLOGÍA. II Directrices de la Sociedad Brasileira de Cardiología para diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca. Arq Bras Cardiol 2002;79(4):1-30.

TAKALA J, Niemela N, Rosti J, Sievers K. Improving compliance with therapeutic regimens in hypertensive patients in a community health center. En: Circulation 1979. vol. 59. p.540-3.

VARELA, E. A. Aspectos Epidemiológicos y Prevención de la Falla Cardiaca. En: Clínicas Colombianas de Cardiología, 2002, p. 1-6.

VARINI S. Tratamiento no farmacológico de la insuficiencia cardiaca – nuevas alternativas. Curso Roche de actualización en insuficiencia cardiaca. Modulo 4, junio-noviembre 2004. <http://www.cardionet.roche.com.ar/Curso%20IC/modulo04/modulo04.pdf>

WEINMANN J. The illness perception questionnaire. A new measure for assesing the cognitive representation of illness. Phisicholgy Health. 1996;11:431. En: Acosta González M, Debs Pérez G, De la Noval García R y Dueñas Herrera A. conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. MedicLatina. Revista Cubana de Enfermería; sep-dic2005, Vol. 21 Issue 3, p63-70, 8p <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=19584557&lang=es&site=ehost-live>

ANEXO A.
INSTRUMENTO COMPORTAMIENTOS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON FALLA CARDIACA

El término adherencia se define como la participación y compromiso del paciente frente al tratamiento farmacológico y no farmacológico con el fin de mejorar su salud y su calidad de vida.

INDICADORES	SUBINDICADORES	ESCALA
I. Confía en el profesional de la salud.	1. Considera que el profesional de la salud se interesa por escucharlo. 2. El profesional de la salud lo hace sentir seguro.	1. Nada __ Muy poco __ Frecuente __ Mucho __ 2. Nada __ Muy poco __ Frecuente __ Mucho __
II. Conoce el tratamiento farmacológico que le han prescrito	3. Describe el tratamiento prescrito por el médico 4. Toma los medicamentos según dosis y horario indicados por el medico y la enfermera. 5. conoce los principales efectos secundarios de los medicamentos. 6. utiliza sistemas de ayuda para recordar la toma de los medicamentos.	3. Nada __ Muy poco __ Frecuente __ Mucho __ 4. Nada __ Muy poco __ Frecuente __ Mucho __ 5. Nada __ Muy poco __ Frecuente __ Mucho __ 6. Nada __ Muy poco __ Frecuente __ Mucho __

<p>III. Informa sobre su posibilidad de acceso a los servicios de salud.</p>	<p>7. Tiene facilidad para asistir a sus citas prescritas.</p> <p>8. Informan que existen dificultades para acceder al tratamiento.</p> <p>9. Informa que cuenta con un acceso adecuado para disponer los medicamentos.</p>	<p>7. Nunca__ Casi nunca __ Casi Siempre__ Siempre__</p> <p>8. Nunca__ Casi nunca __ Casi Siempre__ Siempre__</p> <p>9. Nunca__ Casi nunca __ Casi Siempre__ Siempre__</p>
<p>IV. Acepta el diagnóstico que le da el profesional de la salud.</p>	<p>10. Conoce su enfermedad</p> <p>11. Reconoce las implicaciones de su enfermedad en la vida diaria.</p> <p>12. Toma las decisiones sobre su estado de salud.</p> <p>13. Esta dispuesto a realizar cambios en su vida para cuidar su salud.</p>	<p>10. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p> <p>11. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p> <p>12. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p> <p>13. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p>
<p>V. Cuando se le dan instrucciones, reconoce sus signos y síntomas</p>	<p>14. Conoce que la disnea, edemas, fatiga y dilatación de las venas, son signos y síntomas propios de la enfermedad.</p> <p>15. Conoce los signos de alarma (Aumento de peso, dificultad para realizar actividad física habitual).</p> <p>16. Reconoce que hacer en el momento de presentar un signo de alarma</p>	<p>14. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p> <p>15. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p> <p>16. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p>

<p>VI. Busca refuerzo externo para poder cumplir con los comportamientos de salud</p>	<p>17. Cuenta con el apoyo de su familia para el cumplimiento de los comportamientos de salud.</p> <p>18. Cuenta con grupos de apoyo específicos que lo acompañen en su tratamiento</p>	<p>17. Nunca__ Casi nunca __ Casi Siempre__ Siempre__</p> <p>18. Nunca__ Casi nunca __ Casi Siempre__ Siempre__</p>
<p>VII. Mantiene su peso dentro del rango recomendado.</p>	<p>19. Controla su peso diariamente.</p> <p>20. Refiere ausencias de edemas.</p> <p>21. Conoce la cantidad de agua que debe consumir diariamente (máximo 4 vasos grandes)</p> <p>22. realiza un balance de ingesta y eliminación de líquidos diariamente</p>	<p>19. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p> <p>20. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p> <p>21. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p> <p>22. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p>
<p>VIII. Conoce la dieta recomendada</p>	<p>23. Conoce la cantidad máxima de sal que debe consumir.</p> <p>24. Conoce que debe consumir frutas, verduras y evitar las grasas y harinas</p>	<p>23. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p> <p>24. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p>
<p>IX. Realiza el ejercicio diario, según lo recomendado por el profesional de la salud.</p>	<p>25. El paciente realiza actividades de la vida diaria sin dificultad hasta los límites recomendados por el profesional.</p> <p>26. identifica los factores causantes de fatiga.</p> <p>27. identifica los signos de cese de la actividad física</p>	<p>25. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p> <p>26. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p> <p>27. Nada __ Muy poco __ Frecuente__ Mucho__</p>

<p>X. Informa que su estado de ánimo es apropiado para su estado de salud.</p>	<p>28. Muestra interés por lo que lo rodea (familia, noticias, etc.)</p> <p>29. Refiere interés por continuar con sus relaciones interpersonales como antes.</p> <p>30. al levantarse en la mañana se siente descansado</p>	<p>28. Nada __ Muy poco __ Frecuente __ Mucho __</p> <p>29. Nada __ Muy poco __ Frecuente __ Mucho __</p> <p>30. Nada __ Muy poco __ Frecuente __ Mucho __</p>
--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO B.

PLAN EDUCATIVO “CUIDA TU CORAZÓN: LO QUE DEBE SABER ACERCA DE LA FALLA CARDIACA, UNA GUÍA DE CÓMO HACERLO”





INTRODUCCIÓN

Esta cartilla busca ampliar sus conocimientos sobre los aspectos más importantes de su propio cuidado al vivir con insuficiencia cardíaca.

Recuerde que usted juega un papel muy importante y fundamental para lograr el éxito en el tratamiento de su enfermedad.

¡Así que prepárese para participar activamente en su tratamiento!



El corazón

El corazón es un poderoso músculo que se encarga de bombear la sangre a todo el cuerpo, su tamaño es como el de un puño.

El corazón normalmente responde automáticamente a las necesidades del cuerpo. Es decir, cuando el cuerpo necesita más nutrientes y oxígeno porque está haciendo esfuerzo físico (como subir escaleras), el corazón responde latiendo más rápido y más fuerte.

¿Qué es insuficiencia cardíaca?

Insuficiencia cardíaca quiere decir que su corazón tiene menos capacidad de la normal para bombear sangre. Como consecuencia de esto puede aparecer dificultad para realizar alguna actividad física como caminar o subir escaleras y probablemente sentirá que le falta el aliento (diseña).



Es una enfermedad que se va desarrollando a lo largo de los años, sin embargo, tratándola adecuadamente puede conseguir una gran mejoría.

4

¿Cuáles son sus causas?

Las causas más frecuentes de la insuficiencia cardíaca son:

- ♥ **Enfermedad coronaria:** consiste en el estrechamiento de las arterias que riegan el corazón debido a depósito de grasas y daño en su pared.
- ♥ **Tensión arterial alta (hipertensión, HTA):** cuando la presión de las arterias del cuerpo está elevada.
- ♥ **Enfermedades de las válvulas cardíacas (válvulopatías):** consiste en el cierre o apertura anormal de las válvulas del corazón.
- ♥ **Otros:** Enfermedades cardíacas de nacimiento, enfermedades pulmonares.



¿Qué podemos hacer para controlar la insuficiencia cardíaca?

El control de su enfermedad incluye cambios que se refieren a:

1. Dieta.
2. Actividad física.
3. Tratamiento farmacológico.

5

1. Dieta



¡OJO! La Sal:

Provoca acumulo de líquidos, de este modo podría tener hinchazón de los tobillos y hasta dificultad para respirar.

Si usted tiene problemas cardíacos, no añada más dificultades a su corazón. ¡Ayúdelo!

Reducir el consumo de sal a menos de 2,5 gramos/día (equivalente a una cucharadita de café por todo el día), es un objetivo fundamental.

Consejos para llevar una dieta baja en sal

- ▶ Cocine sin sal.
- ▶ Retire el salero de la mesa.
- ▶ Reemplace la sal por condimentos para mejorar el sabor: como ajo, perejil, vinagre, limón y hierbas aromáticas (romero, tomillo...).
- ▶ Evite comidas con alto contenido en sal (aparecen en la siguiente tabla).
- ▶ Debe saber que todos los alimentos enlatados, congelados, y comidas rápidas tienen sal.
- ▶ Lea las etiquetas de los ingredientes de los alimentos y busque el contenido de sal o sodio (Na). escoja siempre para beber agua de la llave, las aguas minerales tienen, en general, alto contenido en sal.

RECUERDE

Tabla de alimentos prohibidos por su alto contenido de sal

- ▶ Embudidos: chorizo, salchichón, mortadela etc.
- ▶ Salsas tipo mayonesa, mostaza.
- ▶ Todas las conservas: latas de tomate, atún, etc.
- ▶ Todos los alimentos congelados: verduras congeladas, etc.
- ▶ Leche en polvo y leche condensada.

6

Las grasas:

Son fuentes de colesterol que se deposita en los vasos sanguíneos causando dificultad para el paso de la sangre a través de ellos y por lo tanto que esta llegue a órganos tan importantes como el corazón.



En la siguiente tabla encuentra los alimentos que debe evitar. Su alto contenido en grasas hace que no sean saludables.

Alimentos que debe evitar:

- ▶ Embutidos: chorizo, salchichón, mortadela, salchichas, y jamón cocido.
- ▶ Leche entera. Utilice leche descremada.
- ▶ Derivados lácteos como mantequilla y todos los quesos.
- ▶ Productos de pastelería como las tortas, pasteles y croissant.
- ▶ Carnes rojas: cerdo, vaca, cordero, y vísceras en general (riñones, mollejas, sesos...). Sin embargo puede comer pollo retirando la piel para cocinarlo.
- ▶ Puede comer todo tipo de pescados.
- ▶ Yema de huevo y fritos.

RECUERDE

A la hora de cocinar, es mucho mejor para su salud usar el horno o cocer los alimentos. Prefiera asarlos en vez de freírlos.

7

¿Cómo puede equilibrar los líquidos en su cuerpo?



1. Recuerde que el total de líquidos que puede consumir en el día no debe exceder más de 4 vasos grandes de agua.
2. Es importante que tenga en cuenta la cantidad de líquido que ingiere y elimina. (Esté atento si observa disminución en la cantidad de orina al día).
3. Recuerde que los caldos, leche, jugos y gelatinas deben ser considerados como líquido y no únicamente el agua.
4. Si usted consume más sal, tendrá más sed y mayor será el acumulo de líquido en su cuerpo.

2. Actividad física

El ejercicio, mejora los síntomas, ayuda a perder peso y reducir el nivel de colesterol, mejorando la circulación. Además disminuye el estrés.

Al realizar ejercicio, tenga en cuenta los siguientes puntos:

- ▶ Utilice ropa y zapatos cómodos, en lo posible con cordones para mayor seguridad.
- ▶ Busque un sitio agradable

8

- ▶ Comience de forma gradual, caminar sobre una superficie plana durante 15 minutos, 3 días por semana, estableciendo días fijos (lunes, miércoles y viernes); de ésta forma lo recordará. Aumente cada día de a 5 minutos dependiendo de su tolerancia al ejercicio.
- ▶ Procure ir acompañado de un familiar o un amigo. Siempre será menos aburrido.
- ▶ Sea constante. Intente hacer ejercicio siempre a la misma hora.
- ▶ Si es posible, anote en un calendario o diario lo que camina, la distancia, el tiempo empleado y como se encuentra.
- ▶ Realice ejercicios que no sean bruscos o violentos.
- ▶ En términos generales, si usted lo tolera, no use el bus si puede ir caminando, no use el ascensor si puede subir las escaleras a pie.
- ▶ Si presenta palpitaciones, dolor en el pecho, fatiga o desvanecimiento, suspenda el ejercicio, descanse y si persisten los síntomas consulte a su centro de salud.



9

3. Tratamiento Farmacológico

Conozca más acerca de sus medicamentos

Conocer y tomar los medicamentos formulados por su médico, correctamente es necesario para mejorar su estado de salud.



¿Qué son los efectos secundarios?

Cualquier medicamento, además del efecto beneficioso que busca su médico, pueden tener efectos no deseados o molestos, de los cuales debe informar rápidamente.

Medicamentos para el control de la presión arterial

(captopril, enalapril)

Estos medicamentos relajan los vasos sanguíneos, disminuyendo la tensión arterial y reducen el esfuerzo del corazón, ayudando a que este trabaje mejor.

Efectos secundarios

La mayoría de los pacientes no sufren problemas cuando toman estos medicamentos. Cuando estos se presentan, los más comunes incluyen:

- Tos
- Mareo
- Irritaciones de la piel

10

Cuidados

- Tome el captopril o el enalapril con el estómago vacío y/o lejos de las comidas, en lo posible, que sea el primer medicamento de la mañana.
- Controle su tensión arterial una vez por semana y anote el resultado con la fecha y la hora de la toma para llevarlo al control a su médico.

Furosemida, esprinolactona e hidroclorotiazida

Los diuréticos ayudan a eliminar los líquidos que se pueden acumular en los pies, tobillos, piernas o abdomen (estómago).

Efectos secundarios

Disminución de la tensión arterial y deshidratación y pérdida de potasio.

Cuidados

- Tome la furosemida preferiblemente en las horas de la mañana y/o en la tarde, evitando su uso en la noche.
- Tómelo en horario diferente a los medicamentos destinados al control de la tensión arterial.
- En caso de disminución del potasio se recomienda lo siguiente: Comer más alimentos ricos en potasio, como los plátanos, las pasas, el jugo de naranja y otros cítricos.



Lanitol (DIGOXINA)

El lanitol mejora la fuerza con que late el corazón y puede ayudarle a realizar mayor cantidad de ejercicio.

Efectos secundarios

Algunos efectos adversos: disminución del pulso, náuseas, vómito.

11

Cuidados

- Tómese el pulso antes de ingerir el medicamento, si este es menor de 55, consulte a su médico.
- Sea estricto en la dosis recomendada por su médico.
- Si llega a presentar náuseas, vómito, dolor de estómago consulte de inmediato a su médico.
- Tómelo en horario diferente a los medicamentos de la tensión y los diuréticos preferiblemente en la mañana.

¿Cómo tomarse el pulso?

El pulso se puede tomar en cualquier arteria la más utilizada es la arteria radial que se encuentra en la muñeca. Para empezar:



1. Apoya las yemas de los dedos índice y corazón en el sitio donde comienza el pulgar como lo muestra el dibujo.
2. No apretar mucho para que no se obstruya el flujo de sangre.
3. Contar las pulsaciones durante 1 minuto.

El valor normal del pulso es de 60 a 100 latidos por minuto.

Warfarina

El Coumadin (warfarina) es un anticoagulante, es decir, evita la formación de coágulos en la sangre.

Efectos Secundarios

Los principales efectos son: Dolor de cabeza persistente u orina de color rojo o café oscuro o hemorragias nasales o vómitos con sangre o sangrado en las encías o sangrado al afeitarse.

12

CUIDADOS

- ◆ Tome el anticoagulante a la misma hora del día. Si tiene que tomárselo en días alternos, lo mejor es hacer un calendario.
- ◆ Si olvida tomarse la dosis, tome simplemente la dosis siguiente según la programación.
- ◆ Mantenga las citas para hacerse el examen de sangre llamado tiempo de protombina (PT) e inmediatamente obtenga el resultado, informe a su médico.
- ◆ Coma sólo cantidades normales de verduras de hoja verde, como por ejemplo, espinacas, brócoli, etc. Estos alimentos tienen alto contenido de vitamina K, que ayuda a coagular la sangre. No obstante, demasiada vitamina K puede interferir en la acción del medicamento.
- ◆ Evite las bebidas alcohólicas en exceso, éste puede alterar la acción del anticoagulante.
- ◆ Muchos medicamentos pueden interferir con el anticoagulante. No tome otros medicamentos, si no son ordenados por su médico.
- ◆ Si presenta algún tipo de sangrado consulte de inmediato a su médico.

Consejos para recordar la toma a tiempo de sus medicamentos

- ▶ Coloque los medicamentos en la mesa de noche.
- ▶ Coloque alarmas que le permitan recordar la toma de los medicamentos.
- ▶ Utilice un aviso que sea visible en el sitio que frecuenta la mayor parte del tiempo que recuerde el nombre del medicamento, la dosis y el horario.
- ▶ Escriba en un cuaderno o en la caja de los medicamentos la dosis y el horario.



13

Recomendaciones generales:

- ♥ Recuerde establecer dos horas de diferencia en la toma de cada medicamento.
- ♥ Verifique la fecha de vencimiento de los medicamentos.
- ♥ Evitar tomar los medicamentos al tiempo.
- ♥ Compare la dosis ordenada por el médico y el sobre de los medicamentos.
- ♥ Mantenga los medicamentos en sus cajas y en un lugar fresco, libre de humedad.
- ♥ No suspenda los medicamentos si llega a presentar reacciones avise y consulte su médico y enfermera.

Signos de Alarma

Signos de alarma en la insuficiencia Cardíaca

- Ganancia de peso rápida: 1 kilo en un día ó más de 3 en una semana.
- Hinchazón de pies, tobillos o piernas.
- Disminución de la cantidad total de orina.
- Dificultad para respirar sobre todo con menor ejercicio o en reposo.
- Necesidad de aumentar el número de almohadas al dormir.
- Los persistente.
- Dolor en el pecho.
- Cansancio intenso.



14

Si siente dolor en el pecho, siente cansancio intenso o nota cualquiera de los demás signos de la tabla debe avisar y consultar de inmediato a su médico y enfermera.



RECUERDE:

- ♥ Contar siempre con la ayuda y apoyo de su familia.
- ♥ Realice actividades que le permitan distraerse.
- ♥ Según su tolerancia a la actividad continúe haciendo las actividades que más le gusta.
- ♥ Asistir a las citas de control del médico y la enfermera.
- ♥ Reclamar sus medicamentos oportunamente.

Si presenta dificultades en el despacho de los medicamentos avise de inmediato a su enfermera para ayudar a solucionar dicho problema

RECUERDE
CONTAR SIEMPRE
CON LA AYUDA
Y APOYO DE
SU FAMILIA



ANEXO C.

CARTA DE INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN (Dirigida a sujetos potenciales de estudio)

Bogotá, DD, MM, AA.

Atento saludo,

Por medio de la presente, se comunica la finalidad de la investigación de carácter no lucrativo, **Efecto de un plan educativo que fomenta la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca**, de la cual Isabel Cristina Giraldo Agredo es la autora bajo la Dirección de Maria Mercedes Duran de Villalobos, quienes pertenecen al programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Dicha investigación se realiza con el fin de poder establecer si un plan educativo sobre la insuficiencia cardiaca y las recomendaciones de cuidado como dieta y, ejercicio, recomendaciones sobre los medicamentos, identificación de signos de alarma y recomendaciones generales; sirve para fomentar o estimular al paciente con falla cardiaca a cumplir con mayor constancia y conocimiento el cuidado de su propia salud. Y de esta manera en un futuro implementarlo con el fin de beneficiar a los pacientes de insuficiencia o falla cardiaca.

Para la realización de la investigación se requiere entrevistar a personas a quienes se les haya diagnosticado falla cardiaca. Dicha entrevista aborda preguntas acerca del conocimiento de la persona sobre su enfermedad, el tratamiento y autocuidado. La entrevista dura aproximadamente 40 minutos y se realizara en por lo menos dos ocasiones con espacio de un mes.

En caso de aceptar participar del estudio, usted puede ser asignado al azar en el grupo experimental o en el grupo control. La diferencia entre estos dos grupos consiste en que los pacientes del grupo experimental recibirán la educación del plan educativo llamado "Cuida tu corazón: lo que debe saber acerca de falla cardiaca, una guía de cómo hacerlo", y los pacientes del grupo control no lo recibirán; con este grupo (el de control), solo que llevaran a cabo las entrevistas sobre los aspectos mencionados anteriormente.

Agradezco su atención y motivación para participar del estudio si es esa su decisión, la cual es totalmente libre y voluntaria. Así mismo, es necesario aclarar que cualquiera que sea su decisión, no se verán afectados los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia pueda necesitar de los miembros de los prestadores de servicios de salud pública o sociales.

En caso de cualquier duda la investigadora es la persona a quien debo buscar, ella puede ser localizada mediante una llamada telefónica en la ciudad de Bogotá al número 2355223.

Nuevamente, Muchas gracias.

Atentamente

ISABEL CRISTINA GIRALDO AGREDO
Investigadora

ANEXO D.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO - Grupo experimental

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste la enfermera **ISABEL CRISTINA GIRALDO AGREDO** vinculada como estudiante de la Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, la cual esta llevando a cabo una investigación no lucrativa. Entiendo que la entrevista que voy a responder forma parte de un estudio sobre **Efecto de un plan educativo que fomenta la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca** y como directora de tesis se encuentra la profesora **MARIA MERCEDES DURAN DE VILLALOBOS**.

Entiendo que seré entrevistado(da) en lugar y horarios que me convengan. Se me harán algunas preguntas acerca del conocimiento sobre mi enfermedad, tratamiento y autocuidado. La entrevista dura aproximadamente 40 minutos.

Entiendo que he sido elegido para participaren este estudio porque actualmente estoy hospitalizado en el servicio de medicina interna del Hospital XXXXX, institución que aprobó la realización del estudio.

Igualmente, entiendo que formare parte del grupo experimental de la investigación por lo cual recibiré una intervención de tipo educativa sobre los mismos aspectos de la entrevista, dicha intervención no representa un riesgo para mi integridad y salud. Estoy enterado(a) de que la investigadora puede ponerse en contacto conmigo en el futuro, con el fin de hacer un seguimiento y obtener mas información si es requerida.

He concedido libremente esta entrevista, se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha informado que las respuestas a mis preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de esta investigación se revelara mi identificación. También se me ha informado de que tanto si participo como si no lo hago, o si me rehuso a responder alguna pregunta, no se verán afectados los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia pueda necesitar de los miembros de los prestadores de servicios de salud pública o sociales.

Se me ha informado mi compromiso de no divulgar o mantener en silencio la información acerca de los instrumentos, preguntas o experiencia de participar de la investigación a otras personas.

Este estudio aportara información valiosa sobre el efecto de un plan educativo que fomenta la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de falla. Sin embargo, no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación.

Entiendo que los resultados me serán proporcionados si los solicito y que la investigadora es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna duda acerca del estudio o sobre mis derechos como participante. La investigadora puede ser localizada mediante una llamada telefónica en la ciudad de Bogotá al número 2355223.

Fecha: _____

Nombre y número identificación entrevistado(a)

Nombre y número identificación entrevistadora

ANEXO E.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO - Grupo control

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste la enfermera **ISABEL CRISTINA GIRALDO AGREDO** vinculada como estudiante de la Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, la cual esta llevando a cabo una investigación no lucrativa. Entiendo que la entrevista que voy a responder forma parte de un estudio sobre **Efecto de un plan educativo que fomenta la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de falla cardiaca** y como directora de tesis se encuentra la profesora **MARIA MERCEDES DURAN DE VILLALOBOS**.

Entiendo que seré entrevistado(da) en lugar y horarios que me convengan. Se me harán algunas preguntas acerca del conocimiento sobre mi enfermedad, tratamiento y autocuidado. La entrevista dura aproximadamente 40 minutos.

Entiendo que he sido elegido para participaren este estudio porque actualmente estoy hospitalizado en el servicio de medicina interna del Hospital XXXXX, institución que aprobó la realización del estudio.

Igualmente, entiendo que formare parte del grupo control de la investigación por lo cual no recibiré la intervención de tipo educativa. Estoy enterado(a) de que la investigadora puede ponerse en contacto conmigo en el futuro, con el fin de hacer un seguimiento y obtener mas información si es requerida.

He concedido libremente esta entrevista, se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha informado que las respuestas a mis preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de esta investigación se revelara mi identificación. También se me ha informado de que tanto si participo como si no lo hago, o si me rehuso a responder alguna pregunta, no se verán afectados los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia pueda necesitar de los miembros de los prestadores de servicios de salud pública o sociales.

Se me ha informado mi compromiso de no divulgar o mantener en silencio la información acerca de los instrumentos, preguntas o experiencia de participar de la investigación a otras personas.

Este estudio aportara información valiosa sobre el efecto de un plan educativo que fomenta la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de falla. Sin embargo, no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación.

Entiendo que los resultados me serán proporcionados si los solicito y que la investigadora es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna duda acerca del estudio o sobre mis derechos como participante. La investigadora puede ser localizada mediante una llamada telefónica en la ciudad de Bogotá al número 2355223.

Fecha: _____

Nombre y número identificación entrevistado(a)

Nombre y número identificación entrevistadora