

Asociación entre la capacidad funcional y los resultados de autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular

Relation between functional capacity and self-care results in people with cardiovascular diseases

Relação entre a capacidade funcional e os resultados de autocuidado em pessoas com doença cardiovascular

CLARA VICTORIA BASTIDAS SÁNCHEZ*, MADELEINE OLIVELLA FERNÁNDEZ**, CLAUDIA PATRICIA BONILLA IBÁÑEZ***

Resumen

El presente artículo presenta los resultados de la investigación realizada con una población de 55 pacientes con enfermedad cardiovascular de Ibagué, en la que se establece la influencia de la capacidad funcional y el autocuidado, utilizando la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca y la versión modificada del índice de actividad de Duke (DASI). Los resultados muestran mayor incidencia de enfermedad cardiovascular en el sexo femenino, entre 35 y 65 años,

* Magíster en Enfermería con Énfasis en Salud Cardiovascular, Enfermera Especialista. Docente de planta TC. Programa de Enfermería, Universidad del Tolima. cvbastid@ut.edu.co, Ibagué, Colombia..

** Magíster en Enfermería con Énfasis en Paciente Crónico, estudiante de Doctorado en Bioética, Enfermera Especialista. Docente de planta TC. Programa de Enfermería, Universidad del Tolima. mcolivel@ut.edu.co, Ibagué, Colombia.

*** Magíster en Enfermería con Énfasis en Salud Cardiovascular, Docente de planta TC. Programa de Enfermería, Universidad del Tolima. cbonilla@ut.edu.co, Ibagué, Colombia.

Recibido: 21-02-11

Aprobado: 09-03-12

con diagnóstico de cardiopatía dilatada, considerándose esta como la etapa más grave de la enfermedad coronaria. Al realizar la revisión global se encontró que la insuficiencia cardíaca corresponde al mayor rango de personas con 69,1 %. En cuanto a la capacidad funcional encontramos que el 40 % se encuentra entre mínimo y moderado, y el 92,7 %, entre moderado y peor, en relación con el autocuidado. El gráfico de dispersión muestra claramente las afinidades comportamentales de los pacientes en relación con las dos variables evaluadas. La gráfica de relación muestra que no se evidencia mucha relación entre las dos variables —autocuidado y capacidad funcional— a pesar de que los resultados no evidencien concordancia total o muy grande. Se encontró que la capacidad funcional de las personas con enfermedad cardiovascular está comprometida en un 40 %, frente al no compromiso, de un 60 % lo que preocupa pues la capacidad funcional disminuye a medida que la edad y la enfermedad avanzan por lo que en este grupo de personas podría ir en aumento por lo que se deben realizar más estudios tanto en mujeres como en personas mayores de diferente sexo e intervenir de mayor forma en el seguimiento de recomendaciones que contribuyan a mejorar su capacidad funcional teniendo en cuenta los comportamientos de autocuidado como

elemento importante para el logro de mayor bienestar del paciente con enfermedad cardiovascular.

Palabras clave: asociación, autocuidado, enfermedades cardiovasculares (fuente: DeCS, BIREME).

Abstrac

This paper presents the results of the research conducted with a population of 55 patients with cardiovascular diseases of Ibagué, which establishes the influence of functional capacity and self-care, using a European self-care scale with hearth failures and the modified version of the Duke's Activity Index (DASI). Results have demonstrated a greater incidence of cardiovascular disease in females, between 35 to 65 years old, diagnosed with dilated cardiopathy – the most serious stage of the coronary disease. By examining the global revision it was found that hearth failure accounts for the highest range of people with 69.1%. In terms of functional capacity, we found that 40% prove to be between minimum and moderate levels, and 92.7% between moderate and worse, as far as self-care is concerned. The dispersion graphs clearly shows the behavioral affinities of the patients with regards to both variables being assessed. The relation graphs evidences that both variables – self-care and functional capability – appear to be quite unrelated – despite the results do not show total or very large conformity. It was found that the functional capacity of people with cardiovascular diseases is committed in 40% as compared to a lack of commitment of 60%. This factor is quite concerning, since functional capacities decreases with age and the worsening of the disease. Thereby, this group of people could increase. Consequently, more studies are needed both with women and adult persons of different genders just as a greater intervention in observing the recommendations to improve their functional capacities taking into account self-care behaviors as an important element to fund the greatest wellness of the patient with cardiovascular disease.

Keywords: association, self care, cardiovascular diseases

Resumo

Opresente trabalho apresenta os resultados da investigação realizada com uma população de 55 pacientes com doenças cardiovasculares de Ibagué, na qual se estabelece a influência da capacidade funcional e do autocuidado, utilizando a escala europeia de autocuidado com insuficiência cardíaca e a versão modificada do índice de atividade de Duke (DASI). Os resultados evidenciam maior incidência de doença cardiovascular no sexo feminino, entre 35 e 65 anos, com diagnóstico de cardiopatia dilatada, sendo a etapa mais grave da doença coronária. Ao examinar a revisão global se

encontrou que a insuficiência cardíaca corresponde ao maior rango de pessoas com 69,1%. No relativo à capacidade funcional encontramos que 40% apresenta um nível entre mínimo e moderado, e 92,7%, entre moderado e pior, no que diz respeito ao autocuidado. O gráfico de dispersão demonstra claramente as afinidades comportamentais dos pacientes a respeito de ambas as variáveis avaliadas. A gráfica de relação evidencia que não se verifica muita relação entre as dois variáveis – autocuidado e capacidade funcional – apesar que os resultados não demonstrem concordância total ou muito grande. Encontrou-se que a capacidade funcional das pessoas com doença cardiovascular está comprometida em 40% confrontado com uma falta de compromisso de 60%. Este fator é preocupante pois a capacidade funcional diminui com a idade e com o avance da doença. É por isso que este grupo de pessoas poderia aumentar, por tanto, é preciso fazer mais estudos tanto em mulheres quanto em pessoas idosas de diferente sexo e intervir mais no cumprimento de recomendações para melhorar sua capacidade funcional levando em conta os comportamentos de autocuidado como elemento importante para conseguir o maior bem-estar do paciente com doença cardiovascular.

Palavras-chave: associação, autocuidado, doenças cardiovasculares.

INTRODUCCIÓN

Se ha establecido que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte y enfermedad en la población adulta de EE. UU. (1). Para nuestro continente, se calcula que las enfermedades cardiacas y los accidentes cerebrovasculares son responsables de 35–55 % de las muertes registradas en América Latina (AL) y el Caribe con aproximadamente 800 000 muertes por año. Se calcula que en 2020, las enfermedades cardiovasculares provocarán tres veces más muertes e incapacidad que las infecciosas. La prevalencia estimada de hipertensión arterial en la Región de las Américas es de 8–30 %, mientras la de diabetes mellitus tipo 2 –que ya es mayor que el promedio mundial– puede llegar a 8 % en 2025 (2).

Durante los últimos años se ha observado que la enfermedad cardiovascular es una de las causas de mayor morbimortalidad en la población colombiana. Según los indicadores básicos del Ministerio de Protección Social, las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el primer lugar en el grupo de causas de muerte en la población general en 2002, con 27,3 % del total de las defunciones (para el período 1995-1998 las cifras esta-

ban entre 26 % y 30 %). En 2002, según datos del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), las causas más frecuentes fueron las enfermedades isquémicas del corazón (52,3 por 100 000), las cerebrovasculares (31,1 por 100.000) y las hipertensivas (12,7 por 100 000). Los departamentos con las mayores tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio fueron Tolima (178,7), Caldas (158,6) y Santander (155,6) (3).

Para el caso Tolima, según el “Diagnóstico de salud pública del municipio Ibagué-Tolima 2004-2005”, se observa que dentro de las primeras causas de mortalidad, entre los 45 y 59 años y 60-69 años en 1999, se encuentran, en primer lugar, las enfermedades isquémicas del corazón, seguidas de la diabetes mellitus y las enfermedades cerebrovasculares (4).

La enfermedad cardiovascular es una patología que ha aumentado su incidencia. El manejo que se hace de esta radica básicamente en el control de otras patologías o de los factores de riesgo que intervienen en su desarrollo. Es necesario tener un buen manejo tanto farmacológico como de medidas de soporte para mejorar las condiciones de vida y el bienestar de los pacientes. El peso de la enfermedad cardiovascular, y particularmente de la enfermedad coronaria, tiene repercusiones personales, funcionales, sociales y económicas que no son de fácil enfrentamiento para nuestra población. La enfermedad cardiovascular es una enfermedad seria y la prevención de complicaciones depende en gran medida del control de los factores de riesgo modificables. Controlar estos factores requiere un cambio conductual y de estilo de vida del paciente. El logro de estos está mediado por el conocimiento y educación que se brinda a la persona enferma. Varios estudios han demostrado que los comportamientos de autocuidado, el acatamiento terapéutico, el nivel de conocimientos que tiene la persona sobre la enfermedad y el tratamiento, al igual que su nivel educativo, pueden influir sobre la eficacia de los cuidados (5).

En la actualidad está bien documentado que las personas que viven con una condición de cronicidad a largo plazo, que es respaldada por el autocuidado, viven más tiempo, experimentan menos dolor, preocupación, depresión y fatiga, lo que se percibe en la obtención de una mejor calidad de vida, más actividad e independencia. El autocuidado ha demostrado su eficacia para

reducir las consultas de médico general hasta 40 %, el control por consulta externa, 17 % y la rehospitalización, 50 % (6).

Sin embargo, alcanzar resultados de autocuidado no es una tarea fácil para el enfermo y su familia. El modelo de autocuidado de Orem puede ser orientador para comprender la complejidad que encierra el autocuidado. Este modelo se fundamenta en la premisa de que los individuos tienen la potencialidad para desarrollar sus habilidades intelectuales y prácticas, al igual que la motivación esencial para el autocuidado (7). La meta de la enfermería en esta perspectiva es empoderar a las personas para que satisfagan sus necesidades de autocuidado ayudándolas a desarrollar y ejercer sus capacidades de autocuidado (agencia) (7).

Este es uno de los modelos conceptuales que mejor han reflejado los cuidados de enfermería. La enfermera Orem basó su modelo conceptual en la idea clave de que las personas tienen una habilidad natural para el autocuidado, y que los profesionales debemos potenciar esa habilidad (7).

Para el caso de las personas con enfermedad cardiovascular, el daño orgánico y la disminución de la capacidad funcional puede influir, al igual que otros factores condicionantes, en el desarrollo de las actividades de autocuidado. Promover el autocuidado de los pacientes ha ganado un amplio uso en otras condiciones crónicas tales como la diabetes y el control de la anticoagulación reconociendo como requisitos previos para el autocuidado la capacidad y la voluntad del paciente (8).

La capacidad funcional limitada puede ser expresión de un consumo máximo de oxígeno disminuido, debido a una función ventricular izquierda empobrecida o a una isquemia severa, lo que conlleva a un peor pronóstico (9), lo que se ve reflejada en la disminución para realizar las actividades de la vida diaria, requiriendo ayuda con los autocuidados en la alimentación, aseo (eliminación), vestir/arreglo personal, baño/higiene, entre otros (10).

Las capacidades del individuo para comprometerse con su propio autocuidado (agencia de autocuidado) están condicionadas por la edad, estado de desarrollo, experiencia de la vida, orientación sociocultural, salud y recursos disponibles (7). Es importante tener en cuenta que cuando el evento coronario se presenta las habilidades de autocuidado disminuyen, pero a medida que el

dolor pasa, y la enfermedad se estabiliza, la persona es capaz de volver a empoderarse de su condición de salud y retoma el poder sobre su autocuidado, si el deterioro no es permanente.

Esta investigación buscó determinar la asociación entre la capacidad funcional y los resultados de autocuidado en personas que viven con enfermedad coronaria en la ciudad de Ibagué.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. Se utilizaron los instrumentos escala europea de autocuidado para insuficiencia cardiaca (ver anexo 2), y escala capacidad funcional con la escala DASI (ver anexo 1).

Luego de la aplicación del instrumento se realizó una base de datos en excel y se analizó bajo el programa SPSS. Se llevó a cabo un análisis de correspondencias. El análisis de correspondencias es una técnica estadística cuya finalidad es poner de manifiesto gráficamente las relaciones de dependencia existentes entre las diversas modalidades de dos o más variables categóricas a partir de la información proporcionada por sus tablas de frecuencias cruzadas. Para ello asocia a cada modalidad un punto en el espacio R^k de forma que, cuanto más alejado del origen de coordenadas está el punto asociado a una modalidad de una variable, más diferente es su perfil condicional del perfil marginal correspondiente a las otras variables; además, los puntos correspondientes a dos modalidades diferentes de una misma variable estarán más cercanos cuanto más se parezcan sus perfiles condicionales y, finalmente, dichos puntos tenderán a estar más cerca (respuesta más lejos) de aquellas modalidades con las que tienen una mayor afinidad, es decir, aquellas en las que las frecuencias observadas de la celda correspondiente tienden a ser mayores (respuesta menor) que la esperada bajo la hipótesis de independencia de las variables correspondientes.

La recolección de la información se realizó entre los meses de septiembre y noviembre de 2010; se dirigió a todas las personas sin distinción de género, con enfermedad coronaria diagnosticada y que recibieron atención en la ciudad de Ibagué.

La población fue de 314 pacientes, que constituyen todas las personas mayores de 30 años que consultaron

al servicio de consulta externa de cardiología del Hospital Federico Lleras de Ibagué durante los años 2007-2008. De esta población se trabajó con el total de pacientes residentes en Ibagué (55 pacientes). Esta muestra y población total fue de 55 pacientes y se seleccionó teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Recibir atención en el Hospital Federico Lleras
2. Personas mayores de 30 años con diagnóstico de enfermedad coronaria
3. Personas con tratamiento farmacológico y no farmacológico prescrito
4. Aceptación para participar en el estudio

El estudio cumplió con los requerimientos establecidos en el comité de ética del Hospital Federico Lleras, que se encuentra inscrito a la oficina de investigaciones de la Universidad del Tolima. Se desarrolló bajo los principios de autonomía, veracidad y respeto por la dignidad humana. Se diligenció con todos los participantes el consentimiento informado. Este estudio no generó ningún peligro para el medio ambiente.

Para la recolección de la información, se practicó la visita domiciliaria, previa cita telefónica concertada.

Se utilizaron las siguientes escalas: Escala Europea de Autocuidado, y para medir la capacidad funcional, la versión modificada del índice de actividad de Duke (DASI).

RESULTADOS

Características sociodemográficas de personas con enfermedad cardiovascular en Ibagué

Los resultados obtenidos en la investigación muestran que la distribución por sexo entre las personas encuestadas fue de 54,5 % (30) para el sexo femenino y 45,5 % (25) para el sexo masculino. Al relacionar el sexo con el diagnóstico se encuentra que del 100 % de las personas con insuficiencia cardiaca (38), el 47,4 % (18) son de sexo femenino y el 52,6 % (20), de sexo masculino. Del 100 % de las personas con cardiopatía dilatada el 64,3 % (9) son de sexo femenino, y el 35,7 % (5), de sexo masculino. Dos personas, el 3,6 % presentaron infarto y una persona, el 1,82 % cardiopatía isquémica.

Comparado con el comportamiento en otros estudios, se pudo observar que no existe una diferencia significativa entre el sexo masculino y femenino; el estudio de Framingham “evidenció que no existen grandes diferencias en la prevalencia de Insuficiencia cardiaca (IC) entre ambos sexos, excepto en los mayores de 80 años, donde la prevalencia es significativamente mayor en las mujeres” (11).

Sin embargo, el riesgo de la enfermedad cardiovascular en la mujer se subestima frecuentemente, debido a la percepción de que las mujeres están “protegidas” contra la cardiopatía isquémica. Además, las manifestaciones clínicas de la enfermedad coronaria en las mujeres pueden ser distintas de las observadas en los varones. Estos factores pueden llevar a una atención deficiente de las mujeres que sufren enfermedades cardiovasculares — no solo cardiopatía isquémica— y, por consiguiente, a un peor pronóstico (12).

Desde el punto de vista epidemiológico, es importante destacar el editorial de Barret-Connor en el que indica que, a pesar del cúmulo de publicaciones recientes, continúa habiendo un importante déficit de información sobre enfermedad cardiovascular y mujer en la mayor parte de los aspectos de la cardiología, especialmente en registros con largo seguimiento que incluyan a las pacientes a las que normalmente no se analiza en los ensayos clínicos (gestantes, mayores de 75 años, nivel cultural bajo) (13).

Un estudio sobre de 150 historias clínicas médicas examinadas mostró que los proveedores de salud no protegieron a todas mujeres de cuarenta y más años sobre los factores de riesgo de CHD (14).

Con relación a la distribución por edad de la población, se encontró que El 5,5 % de los pacientes se encuentran entre 20 y 34 años; el 10,9 % entre 35 y 49 años; el 29,1 % entre 50 y 64 años; el 36,4 % entre 65 y 79 años y el 18,2 % entre 80 y más, lo que muestra que la incidencia de enfermedad cardiovascular aumenta con la edad (14), encontrándose un pico alto entre los 35 y 65 años. Estos rangos de edad se proponen como una población sensible y de especial atención, por tanto, la estimación del riesgo cardiovascular permite priorizar la prevención primaria de las ECV hacia los mejores candidatos, por ello debe exigirse las máximas fiabilidad y precisión posibles a este procedimiento (15).

Al relacionar el diagnóstico con los rangos de edad, se encontró que del 100 % de las personas con insuficiencia cardiaca, el 7,9 % (3) se encontraban entre rangos de edad entre 20 y 34 años; el 13,2 % (5) entre 35 y 49 años; el 31,6 % (12) entre 50 y 64 años; el 28,9 % (11) entre 65 y 79 años y el 18,4 % (7) de 80 y más años.

La insuficiencia cardiaca (IC) es una de las enfermedades más frecuentes, costosas, discapacitantes y letales a la que se enfrentan los médicos y cirujanos en la práctica clínica. La IC se presenta entre el 1 y 2 % de la población mayor de 40 años y en el 10 % de la población por encima de los 60 años. Esto supone que en España unas 200 000 personas, entre 40 y 60 años, y más de 500 000 mayores de 60 años, requieren atención sanitaria por IC. La IC es la primera causa de hospitalización en la población mayor de 65 años (causa 74.000 hospitalizaciones al año en España). La incidencia de IC aumenta con la edad y suele superar el 1 % anual en la población mayor de 65 años. La IC es un trastorno progresivo y letal, aun con tratamiento adecuado (11).

Del 100 % de personas con cardiopatía dilatada, el 21,4 % (3) se encuentran en el rango de edad entre 50 y 64 años; el 57,1 % (8) entre 65 y 79 años y el 21,4 % (3) entre los 80 y más.

Del total de las personas del estudio solamente una persona padece de cardiopatía isquémica en el rango de edad de 65 y 79 años.

Del 100 % de las personas con infarto el 50 % (1) se ubica entre los 35 y 49 años, y el otro 50 % (1) entre 50 y 64 años.

La prevención de las enfermedades cardiovasculares radica en que las muertes por enfermedades cardiovasculares serán responsables de casi el 50 % de las muertes por enfermedades no transmisibles hasta el año 2020, pero su proporción aumentará a 34 % del total de muertes en 2010 y a 37 % en 2020 (16), según la OMS.

Del total de las personas de sexo femenino (30), se encontró que el 3,3 % (1) están entre 20 y 34 años de edad; el 13,3 % (4), entre 35 y 49 años; el 20 % (6), entre 50 y 64 años; el 46,7 % (14), entre 65 y 79 años, y el 16,7 % (5), entre 80 y más.

Del total de personas de sexo masculino (25) se halló que el 8 % (2) están entre 20 y 34 años; el 8 % (2), entre 35 y 49 años; el 40 % (10), entre 50 y 64 años; el 24 % (6), entre 65 y 79 años, y el 20 % (5), entre 80 y más.

El marco de investigación de Model Using de garantía de la calidad controló este estudio (17).

Distribución por diagnóstico

Del total de las personas del estudio, el 69,1 % (38) son personas que padecen de insuficiencia cardíaca; la enfermedad coronaria es considerada el factor etiológico más frecuente de la insuficiencia cardíaca (18); otros estudios han demostrado igualmente la teoría ampliamente aceptada de que “la insuficiencia cardíaca es un estadio final de la enfermedad coronaria” (19). Dentro de los factores de riesgo para enfermedad coronaria se encuentra la hipertensión arterial, la cual influye directamente sobre la insuficiencia cardíaca; se puede observar que en nuestro estudio el comportamiento es similar: “la hipertensión arterial explica cerca de la mitad de los casos de IC” (11); se observa que el 1,8 % (1) de las personas tienen diagnóstico de cardiopatía isquémica en donde el factor de riesgo predominante es también la hipertensión arterial; algunos estudios muestran que “la enfermedad isquémica del corazón es la causante de una cuarta parte para desarrollar la IC” (11). “La cantidad de pacientes que padecen una IC secundaria a enfermedad coronaria se ha incrementado paulatinamente en el mundo durante las últimas décadas”. La IC es un síndrome que compromete la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes, siendo la etapa final de patologías cardíacas y no cardíacas (20).

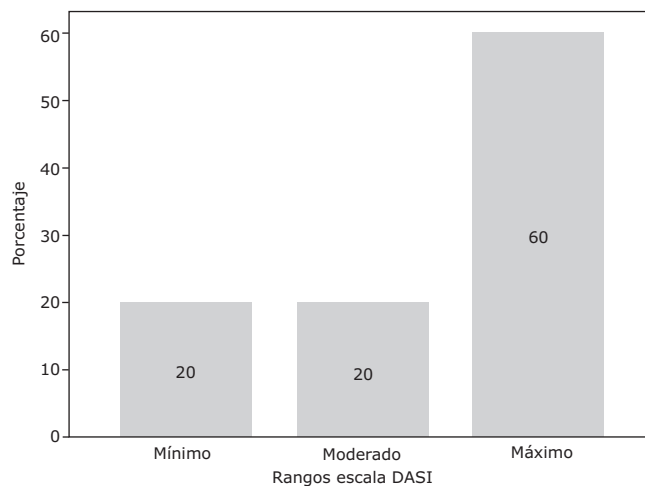
El infarto se presentó en el 3,6 %, 2 personas del estudio; dentro del manejo terapéutico se encuentra la revascularización miocárdica la cual ha demostrado mejorar el pronóstico; sin embargo, los procedimientos de revascularización miocárdica en esta población tienen mayor morbilidad, de modo que la adecuada selección de pacientes que se beneficiarán con la revascularización es de vital importancia (18).

Dentro de los diagnósticos incluidos en enfermedad coronaria para esta investigación se encuentra la cardiopatía isquémica, la cual

Se reconoce mundialmente que la pandemia de la cardiopatía isquémica es una de las principales causas de mortalidad. Debido a que las modalidades modernas de tratamiento para el infarto agudo de miocardio han reducido la mortalidad en la fase temprana, ahora hay mayor incidencia de insuficiencia cardíaca crónica entre los su-

pervivientes. Las repetidas hospitalizaciones y la muerte prematura (21).

Figura 1. Descripción de la capacidad funcional en personas con enfermedad cardiovascular en Ibagué



Fuente: Grupo de Investigación CUIDSA-UT

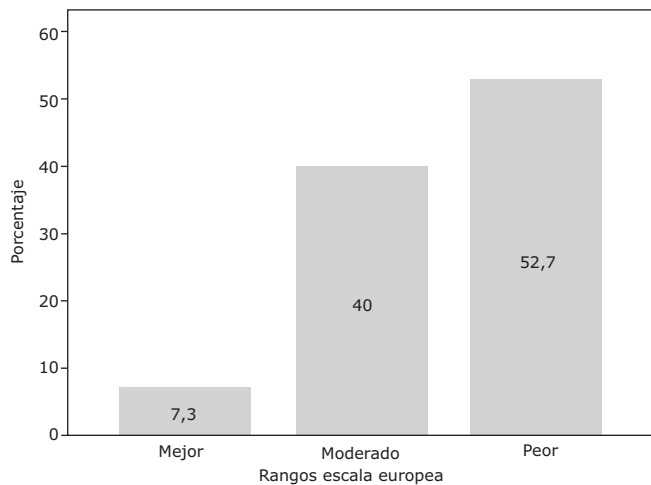
El 20 % (11) tienen una capacidad funcional mínima; el 20 % (11), moderada capacidad funcional. La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad crónica severa con gran prevalencia. Los pacientes con IC experimentan como consecuencia de su enfermedad limitaciones en la dieta, dificultades para realizar el trabajo habitual y para las relaciones sexuales, pérdida progresiva de la autonomía, ingresos hospitalarios frecuentes y efectos secundarios de los medicamentos (22).

El 60 % (33) presentó máxima capacidad funcional. Otro aspecto de interés en la epidemiología de la IC es que la calidad de vida está más reducida por la IC que por otras enfermedades crónicas. La IC es, pues, no solo letal sino discapacitante. Además, la calidad de vida relacionada con la salud ha mostrado ser un predictor de las rehospitalizaciones y muerte entre pacientes con IC (11).

El impacto de la insuficiencia cardíaca en la actividad diaria de los pacientes es muy elevado, comparable o incluso mayor que el de otras enfermedades crónicas como la diabetes o la artrosis. Tradicionalmente se han utilizado medidas clínicas para valorar este impacto como la clasificación funcional de la New York Heart Association (NYHA) o la prueba de distancia recorrida en 6 min (6MWT). La calidad de vida relacionada con la sa-

lud (CVRS) permite conocer, desde el punto de vista del propio paciente, cómo afecta la insuficiencia cardiaca su vida diaria y bienestar (23).

Figura 2. Descripción de la escala europea de autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular en Ibagué.



Fuente: Grupo de Investigación CUIDSA-UT.

El 7,3 % (4) tienen un mejor resultado de autocuidado. El 40 % (22) presentan un moderado resultado de autocuidado. Debido a las deficiencias en la prescripción, el cumplimiento inadecuado en la toma de la medicación o las dosis recomendadas, un porcentaje importante de pacientes no recibe un tratamiento farmacológico óptimo. Asimismo, un número reducido de pacientes cumple de forma adecuada las medidas no farmacológicas en el seguimiento, con una baja adhesión a la dieta hiposódica y las medidas de autocuidado, como el control de peso y la consulta precoz ante las primeras manifestaciones de la descompensación (24).

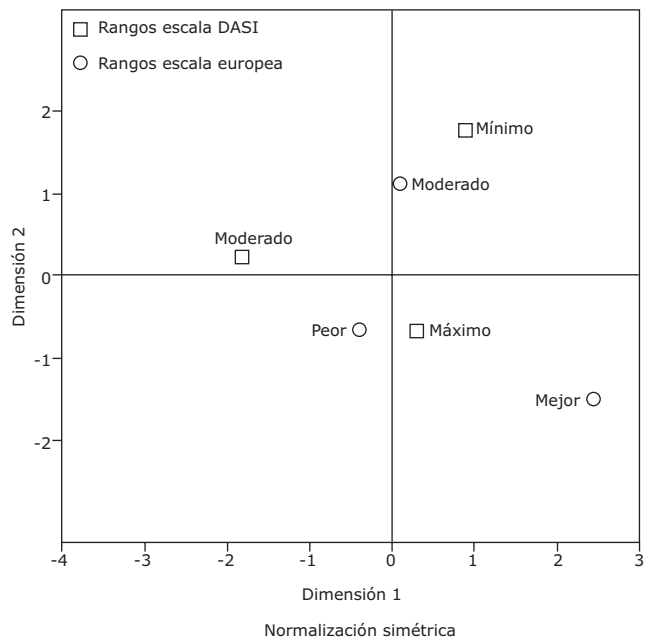
El 52,7 % (29) tienen un peor resultado de autocuidado. Estas dificultades en la atención de pacientes con insuficiencia cardiaca son más evidentes en la población anciana, con frecuente morbilidad asociada, problemas cognitivos o depresivos, insuficiente cobertura médica o asistencia familiar que impiden un conocimiento adecuado de la enfermedad y el cumplimiento satisfactorio de las medidas de autocuidado y tratamiento (24).

A menor autocuidado y menor conocimiento del manejo de la IC, mayor riesgo de reingreso hospitalario (25).

Asociación entre la capacidad funcional y los resultados de autocuidado

Para realizar esta medición se asocia a cada modalidad un punto en el espacio **R_k** de forma que, cuanto más alejado del origen de coordenadas está el punto asociado a una modalidad de una variable, más diferente es su perfil condicional del perfil marginal correspondiente a las otras variables; además, los puntos correspondientes a dos modalidades diferentes de una misma variable estarán más cercanos cuanto más se parezcan sus perfiles condicionales y, finalmente, dichos puntos tenderán a estar más cerca (respuesta, más lejos) de aquellas modalidades con las que tienen una mayor afinidad, es decir, aquellas en las que las frecuencias observadas de la celda correspondiente tiende a ser mayor (respuesta menor) que la esperada bajo la hipótesis de independencia de las variables correspondientes (26, 27).

Figura 3. Diagrama conjunto de categorías

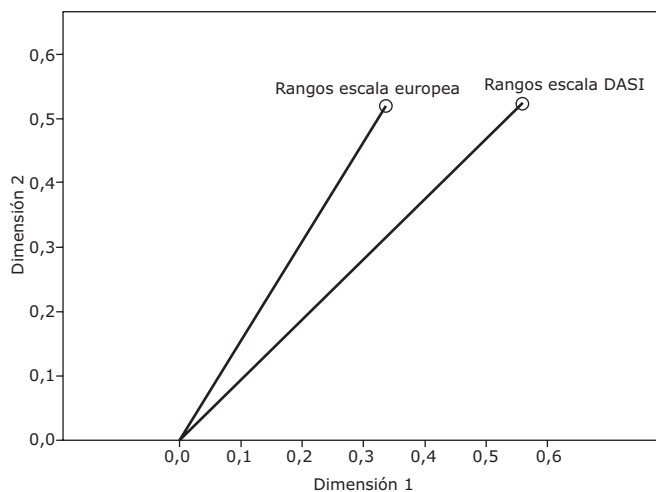


Fuente: Grupo de Investigación CUIDSA-UT

Como se evidencia en el diagrama de dispersión, se observa que aplicando la escala europea de autocuidado (círculo) efectivamente los rangos peor y moderado se encuentran cercanos respecto del grado mejor de la misma escala, lo que nos lleva a concluir que dentro de los primeros rangos (peor y moderado) se hallan el ma-

por número de personas del estudio (40 %). En relación al autocuidado (cuadrado) se encuentra que los rangos mínimo y moderado se localizan alejados entre ellos y el eje, y representan el 92,7 %, y el punto cercano al eje es la calificación mejor, lo que lleva a concluir y demostrar que solamente el 7,3 % se ubican en el rango de máximo.

Figura 4. Medidas de discriminación



Fuente: Grupo de Investigación CUIDSA-UT.

En el gráfico de discriminación se puede identificar que las variables, en este caso, los rangos de la escala europea de autocuidado y la capacidad funcional no guardan mucha relación entre sí; se esperaría que los pacientes de este estudio deberían tener un mejor autocuidado porque su capacidad funcional se encuentra muy comprometida.

DISCUSIÓN

Este estudio mostró que, con relación a la distribución respecto a sexo y edad, el comportamiento fue similar a lo reportado en la bibliografía. Se destaca el reporte de aumento de enfermedad cardiovascular en las mujeres, lo cual puede relacionarse con la tipificación diferente de la enfermedad en la mujer. Desde el punto de vista epidemiológico, vale la pena destacar el editorial de Barret-Connor la cual indica que, a pesar del cúmulo de publicaciones recientes, continúa presentándose un importante déficit de información sobre enfermedad cardiovascular y mujer en la mayor parte de los aspectos de la cardio-

logía, especialmente en registros con largo seguimiento que incluyan a las pacientes a las que normalmente no se analiza en los ensayos clínicos (gestantes, mayores de 75 años, nivel cultural bajo) (13).

Dentro de los factores de riesgo para enfermedad coronaria se encuentra que la hipertensión arterial, la cual influye directamente sobre la insuficiencia cardíaca, se observa en el estudio un comportamiento similar: “la hipertensión arterial explica cerca de la mitad de los casos de IC” (11), observamos que el 1,8 % (1) de las personas tienen diagnóstico de cardiopatía isquémica en donde el factor de riesgo predominante es también la hipertensión arterial, algunos estudios muestran que la enfermedad isquémica del corazón es la causante de una cuarta parte para desarrollar la IC (11). “La cantidad de pacientes que padecen una IC secundaria a enfermedad coronaria se ha incrementado paulatinamente en el mundo durante las últimas décadas”. La IC es un síndrome que compromete la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes, siendo la etapa final de patologías cardíacas y no cardíacas (20), al igual que se observa una disminución en la edad de inicio de la enfermedad cardiovascular, lo que se puede relacionar con los estilos de vida poco saludables y el consecuente aumento de los factores de riesgo como sedentarismo, entre otros.

En los reportes de la capacidad funcional de las personas con enfermedad cardiovascular se observa que está comprometida en un 40 %, frente al no compromiso de un 60 %. Sin embargo, esta situación resulta preocupante porque, teniendo en cuenta que la capacidad funcional se ve comprometida a medida que la edad y la enfermedad avanzan, este grupo de personas podría ir en aumento.

En el grupo investigado se reporta que solo el 7,3 % de la población tiene mejor resultado de autocuidado; los demás se reportan con autocuidado comprometido, lo que muestra que los pacientes no están realizando acciones de autocuidado efectivas para afrontar la enfermedad. Esta situación puede llevar a estas personas a aumentar el número de rehospitalizaciones, incrementar los costos en salud, deterioro funcional y riesgo de muerte.

Para este estudio, el 40 % de las personas tienen una capacidad funcional entre mínima y moderada; teniendo en cuenta que el 64 % del total de los pacientes presentan insuficiencia cardíaca, no registran un alto compromiso de la capacidad funcional. Es importante

observar que, a pesar del diagnóstico médico de insuficiencia cardiaca, en estas personas no se encuentra comprometida la realización de las actividades cotidianas, al compararse con otras enfermedades crónicas como la diabetes o la artrosis.

El impacto de la insuficiencia cardiaca en la actividad diaria de los pacientes es muy elevado, comparable, incluso mayor con relación a otras enfermedades crónicas como la diabetes o la artrosis. Tradicionalmente se han utilizado medidas clínicas para valorar este impacto, como la clasificación funcional de NYHA o la prueba de 6MWT. La CVRS permite conocer, desde el punto de vista del propio paciente, cómo afecta la insuficiencia cardiaca a su vida diaria y su bienestar (23).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En relación a las características sociodemográficas de las personas con enfermedad cardiovascular del presente estudio de investigación, se observa que, con relación a la distribución en lo referente al sexo y edad, el comportamiento es similar a lo reportado en la bibliografía. Se destaca el reporte de aumento de enfermedad cardiovascular en las mujeres, lo cual puede relacionarse con la tipificación diferente de la enfermedad en el género femenino. Al igual que se observa una disminución en la edad de inicio de la enfermedad cardiovascular, lo que se puede relacionar con los estilos de vida poco saludables y el aumento en factores de riesgo como sedentarismo, entre otros.

En los reportes de la capacidad funcional de las personas con enfermedad cardiovascular se encuentra que en esta se ve comprometida un 40 %, frente al no compromiso, de un 60 %. Sin embargo, esta situación resulta preocupante porque, teniendo en cuenta que la capacidad funcional se ve comprometida a medida que la edad y la enfermedad avanzan, este grupo de personas podría ir en aumento.

Es preocupante en el grupo investigado que se reporta tan solo el 7,3 % de la población tiene mejor resultado de autocuidado; los demás registran un autocuidado comprometido. Esta situación puede llevar a este grupo de pacientes a presentar un aumento creciente de rehospitalizaciones, costos en salud, deterioro funcional y riesgo de muerte.

En nuestro contexto se deben implementar acciones de autocuidado con seguimiento como son los planes de alta, el cálculo de la demanda de autocuidado en diferentes patologías, el seguimiento y visita a través de programas especiales que contribuyan a afrontar el flagelo de la cronicidad.

El paciente anciano con enfermedad cardiovascular requiere mayor apoyo social del proveedor de salud para que cumpla con las recomendaciones tanto farmacológicas como no farmacológicas de su tratamiento y lograr así mejor autocuidado.

A pesar de que el sexo femenino es el más afectado, de acuerdo con el estudio realizado estadísticamente, no existe una diferencia significativa en el sexo de los pacientes que presentan enfermedad coronaria. Esto puede estar asociado a la falta de investigaciones en donde se tenga como objeto de estudio específicamente a la mujer y la tipificación en la presentación de la enfermedad en ellas, lo cual requiere implementar abordajes específicos para establecer la realidad de esta patología en el género femenino.

Es importante diseñar programas de promoción y prevención de factores de riesgo cardiovasculares ya que, como evidenciamos en el estudio, estos son el inicio de estas enfermedades.

Se esperaría que para las personas de este estudio, las cuales tienen una máxima capacidad funcional, el autocuidado debería estar en los rangos máximos.

Se recomienda realizar posteriores investigaciones en las que se correlacionen autocuidado y adherencia en poblaciones mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Bryant LL, Chin NP, Cottrell LA, Duckles JM, Fernández ID, Garcés DM, *et al.* Percepciones sobre la salud cardiovascular en comunidades carenciadas. *Prev. Chronic. Dis.* [Internet]. 2010; 7(2) [consultado marzo 10 de 2010]. En: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/mar/09_0004_es.htm. [Citado diciembre de 2010].
- (2) Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev. Panamá Salud Pública.* 2010; 27(1):1-9.
- (3) Organización Panamericana de la Salud. Washington, US. Salud en las Américas. Volumen II—Países-OPS. Colom-

- bia. 2007. (OPS, Publicación Científica y Técnica No. 622). Catalogación por la Biblioteca de la OPS.
- (4) Romo GM. Diagnóstico de salud pública del municipio. Ibagué-Tolima 2004-2005. Ibagué: Alcaldía Municipal de Ibagué. Secretaria de Salud; diciembre de 2003.
- (5) Galdeano LE, Aparecida RL, Spadoti DRA. Deficient Knowledge Nursing Diagnosis: Identifying the Learning Needs of Patients With Cardiac Disease. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2010; 21(3): 100.
- (6) Robinson F. Autocuidado para las personas con condiciones a largo plazo. *Práctica Enfermera*. 2010; 40(8): 9-10.
- (7) Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. 4ª ed. España: Masson; 1993.
- (8) McManus R, Mant J, Bray E, Jones M, Greenfield S, Kaambwa B, *et al*. Telemonitorización y autogestión en el control de la hipertensión (TASMINH2): [Internet. Ensayo aleatorio]. 2010; 376: 163-72. En: <http://www.thelancet.com>.
- (9) Rodríguez DM, Amigo GR, Amigo CP, Castañeda GCM. Eficacia de un plan de entrenamiento físico en pacientes portadores de un infarto agudo del miocardio. [revista en la Internet]. *Revista Médica Electrónica*. Junio-2010; 32(3). [URL ISSN 1684-1824. Octubre de 2010].
- (10) Nanda. Diagnósticos de enfermería. Definición y clasificación. Madrid: Harcourt; 1999-2000: 60-61.
- (11) Banegas JR, Rodríguez AF, Guallar-Castillón P. Situación epidemiológica de la insuficiencia cardiaca en España. *Rev. Española Cardiología*. 2006; 6 (Supl. C):4-9.
- (12) Anguita M, Alonso J, Bertomeuc V, Gómez-Doblas L, López-Palop JJ, Pedreira R, *et al*. Diseño general del proyecto de estudio sobre la situación de la enfermedad cardiovascular de la mujer en España. *Revista Española Cardiología Supl*. 2008; 8: 4D-7D.
- (13) Borrás X, Murga N, Fiol M, Pedreira M. Novedades en cardiología clínica: electrocardiografía de superficie, enfermedad vascular y mujer y novedades terapéuticas. *Temas de actualidad en Cardiología*. 2009; 63(Supl.1): 3-16.
- (14) Cardi M, Munk N, Zanjani F, Kruger T, *et al*. Health Behavior Risk Factors Across Age as Predictors of Cardiovascular Disease Diagnosis. *Journal of Aging and Health*. 2009; 21(5): 759.
- (15) Grau M, Marrugat J. Funciones de riesgo en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. *Revista Española Cardiología*. 2008; 61(4):404-416.
- (16) OPS. La salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 1998: 569.
- (17) Gastright A, MSN, Disertaciones y tesis. Northern Kentucky University: ProQuest. 2008; 1459938: 39.
- (18) Castro L, Erriest J, Camilletti J. La importancia de la detección de viabilidad miocárdica en la toma de decisiones en miocardiopatías dilatadas avanzadas isquémico-necróticas. *Insuficiencia cardiaca*. 2009; 4(4):194-200.
- (19) Núñez J, Sanchis J, Núñez E, Bodí V, Mainar L, Miñana G, Merlos P, *et al*. Insuficiencia cardiaca aguda post-alta hospitalaria tras un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento-ST y riesgo de muerte e infarto agudo de miocardio subsiguiente. *Cardiopatía isquémica*. 2010; 63(09): 1035-1044.
- (20) Echazarreta DF. Abordaje diagnóstico de la insuficiencia cardiaca. *Insuficiencia cardiaca*. 2008; 3(4): 196-204.
- (21) Terzic A, Pérez-Terzic C. Terapia celular para la insuficiencia cardiaca. *Revista Española Cardiología*. 2010; 63:1117-1119.
- (22) Etxeberria LD, Sánchez ÁJ, Alonso GA, Acha AV, Campos RR, Jarne BV. Estudio de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardiaca en un Servicio de Medicina Interna. *An. Med. Interna (Madrid)* [revista en Internet]. Feb-2007; 24(2): 57-60. [Citado Jul. 23 2009]. ISSN 0212-7199.
- (23) Olatz G, Garina NS, Riberab A, Ferrera M, Ponta Á, Alonso J, Gaietá. Validación de la versión española del Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Revista Española Cardiología*. 2008; 61(3): 251-259.
- (24) Grancelli HO. Programas de tratamiento en la insuficiencia cardiaca. Experiencias del Estudio DIAL. *Revista Española Cardiología*. 2007; 60(Supl 3):15-22.
- (25) Grancelli F, Rodríguez A, Guallar CP, Montoto O, Conde HM, Guallar CC, Carreño O, Tabuenca MAI, Olcoz CM, Conthe P, Banegas JR, Rodríguez P. El autocuidado y el conocimiento del manejo de la enfermedad predicen la rehospitalización en ancianos con insuficiencia cardiaca. *Revista Clínica Española*. 2008; 208(6): 269-275.
- (26) Afifi AA, Clark V. Computer-aided Multivariate Analysis. USA: Van Nostrand Reinhold; 1990.
- (27) Hair A, Tatham B. Análisis multivariante. Madrid: Prentice-Hall; 1999.



Anexo 1. Versión modificada del índice de actividad de Duke (DASI)

INSTRUCCIONES

Los enunciados de este instrumento miden su capacidad funcional a partir de las actividades habituales de la vida diaria. Por favor lea cada uno de ellos, marque con una X, en la columna **1 no lo hace**; **2, lo hace con dificultad**, y **3, lo hace sin dificultad**.

No hay respuesta correcta o incorrecta; solo asegúrese de que selecciona la que mejor corresponde a su capacidad funcional en las actividades de la vida diaria.

Actividad	1	2	3
	No lo hace	Lo hace con dificultad	Lo hace sin dificultad
Caminar dentro de la casa			
Caminar una o dos manzanas en terreno llano			
Subir y bajar escaleras			
Correr una distancia corta			
Hacer trabajos de la casa ligeros, como limpiar el polvo o lavar los platos o jugar a cartas			
Hacer trabajos de la casa no muy pesados, como pasar la aspiradora, barrer o hacer las camas			
Hacer trabajos de la casa pesados como fregar el suelo o trasladar los muebles			
Hacer alguna de las siguientes actividades: ejercicio o gimnasia intensos, jugar al tenis o nadar, pasar el rastrillo o la segadora por el jardín			
Total			
Total instrumento			



Anexo 2. Escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca

Esta escala valora el nivel de autocuidado en insuficiencia cardiaca.

Responda con sinceridad las siguientes afirmaciones:

Marque con una X en el número 1, si está completamente de acuerdo con la afirmación (es decir, si hace siempre lo que se comenta).

Marque con una X en el número 5, si está completamente en desacuerdo con la afirmación (es decir, si no hace nunca lo que se comenta).

Marque con una X en los números 2 a 4 para respuestas intermedias.

Aunque no esté seguro por completo de alguna cuestión, marque la respuesta que crea más ajustada a su situación.

Actividad	1	2	3	4	5
	Completamente de acuerdo Siempre	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	Completamente en desacuerdo Nunca
Me peso cada día.					
Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso.					
Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi médico o enfermera.					
Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, me contacto con mi médico o enfermera.					
Si aumento 2 kilos en una semana contacto con mi médico o enfermera.					
Limito la cantidad de líquidos que bebo (a menos de 1,5 o 2 litros diarios).					
Reposo un rato durante el día.					
Si noto aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi médico o enfermera.					
Realizo una dieta baja en sal.					
Tomo la medicación como me han dicho.					
Me vacuno contra la gripe todos los años.					

Actividad	1	2	3	4	5
	Completamente de acuerdo Siempre	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	Completamente en desacuerdo Nunca
Hago ejercicio regularmente.					
Total					
Total instrumento					