

# Efecto de un plan de alta de enfermería para mejorar el autocuidado en los pacientes con falla cardíaca\*

Effect of a Nursing Discharge Plan to Improve Self-care in Patients with Heart Failure

Efeito de um plano de alta de enfermagem para melhorar o autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca

Yanier Betancur Manrique<sup>a</sup>  
Universidad Católica de Manizales, Colombia  
ybetancur@ucm.edu.co

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie24.epae>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1084-1992>

Recibido: 19 febrero 2022

Aceptado: 23 agosto 2022

Publicado: 30 noviembre 2022

Xiomara García Muñoz  
Fundación Cardioinfantil, Colombia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7212-4326>

## Resumen:

**Introducción:** la falla cardíaca (FC) es una enfermedad de alto impacto en la calidad de vida de las personas. Por lo que es necesario el desarrollo de estrategias que promuevan el autocuidado desde la hospitalización y que apoyen el proceso de transición. **Objetivo:** determinar el efecto que tiene un plan de alta de enfermería en el nivel de autocuidado de los pacientes con FC que se encuentran hospitalizados de enero a noviembre de 2019. **Metodología:** ensayo clínico controlado con una muestra de 64 pacientes. Se aleatorizaron al plan de alta o al seguimiento usual. Para la medición del nivel de autocuidado se utilizó la escala europea de autocuidado con una alfa de Cronbach de 0,7. Se realizó un análisis descriptivo con tablas de frecuencias y de distribución porcentual y la prueba no paramétrica U de Mann Whitney. **Resultados:** antes de aplicar el plan de alta, se determinó que el 90,2 % de los pacientes del grupo control e intervención tenían un nivel bajo de autocuidado. Posterior a la aplicación del plan de alta se observó una mejoría estadísticamente significativa ( $p: 0,000$ ) en el nivel de autocuidado. **Conclusiones:** el plan de alta tuvo un efecto beneficioso en el nivel de autocuidado gracias a sus componentes educativos, motivacionales, de refuerzo de conductas y gestión de síntomas. Este permitió que los pacientes asumieran un rol activo en la modificación de sus conductas para promover la salud.

**Palabras clave:** plan, falla cardíaca, enfermería, autocuidado.

## Abstract:

**Introduction:** Heart failure (HF) is a disease with a high impact on people's quality of life. Therefore, it is necessary to develop strategies that promote self-care from hospitalization and support the transition process. **Objective:** To determine the effect of a nursing discharge plan on the level of self-care of patients with HF who are hospitalized from January to November 2019. **Methodology:** Controlled clinical trial with a sample of 64 patients. They were randomized to discharge plan or usual follow-up. To measure the level of self-care, the European Self-Care Scale was used with a Cronbach's alpha of 0.7. A descriptive analysis was performed with tables of frequencies and percentage distribution and the non-parametric Mann Whitney U test. **Results:** Before applying the discharge plan, it was determined that 90.2 % of the patients in the control and intervention groups had a low level of self-care. After applying the discharge plan, a statistically significant improvement ( $p: 0.000$ ) was observed in the level of self-care. **Conclusions:** The discharge plan had a beneficial effect on the level of self-care thanks to its educational, motivational, behavioral reinforcement and symptom management components, allowing patients to assume an active role in modifying their behaviors to promote health.

**Keywords:** plan, heart failure, nursing, self-care.

## Introducción

La falla cardíaca (FC) es un problema de salud pública, se trata de la etapa final de todas las cardiopatías crónicas conocidas, con alta prevalencia e incidencia (1). En los Estados Unidos en el 2016 se estimó que el 2 % de la población padecía de FC. En España la prevalencia alcanza el 6 % en la población mayor de 40 años y se confirma que el envejecimiento aumentará la incidencia de esta enfermedad en los próximos años (2). En

Colombia, 647.853 personas padecen FC (3), el 30 % ha presentado descompensaciones, lo que representa un aumento en el número de consultas y hospitalizaciones. La Sociedad Europea de Cardiología indica que solo entre un 20 y un 60 % de los pacientes cumplen con el tratamiento que se les ha prescrito (4). Por tal motivo, mejorar el nivel de autocuidado de los pacientes hospitalizados se convierte en un objetivo principal y un reto para los profesionales de enfermería, por su papel primordial en la educación como un componente esencial de cuidado.

De esta forma, es importante establecer estrategias que se inicien en la fase de hospitalización, como el plan de alta, definido como un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita brindar cuidados para la salud, fundamentado en la educación y asistencia social antes y después del egreso (4). Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, la presente investigación tuvo como objetivo determinar el efecto que tiene un plan de alta de enfermería en el nivel de autocuidado de los pacientes con falla cardiaca que se encuentran hospitalizados.

## Método

Estudio primario tipo experimento clínico aleatorizado. Consistió en la aplicación de un plan de alta a pacientes con falla cardiaca hospitalizados en una institución de III nivel de la ciudad de Bogotá. El tamaño muestral correspondió a 64 individuos divididos aleatoriamente en dos grupos (32 para cada uno) considerando una tasa de no respuesta del 10 %. La prueba estadística usada fue el Z- test, comparación de dos proporciones para variables cuantitativas con un nivel de confianza del 80 %, error de selección de 5 %. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años con falla cardiaca clase funcional III/IV, hemodinámicamente estables, adecuada capacidad cognitiva, con participación voluntaria y servicio telefónico activo. Los criterios de exclusión fueron: paciente con FC avanzada en estado terminal y los que no disponían de telefonía móvil o fija.

Los pacientes del grupo de intervención recibieron educación desde la unidad de cuidado intensivo que inició con la valoración de las necesidades educativas y luego con la preparación del paciente mediante información verbal y escrita fundamentada en los referentes teóricos de la doctora Bárbara Riegel y su teoría de situación específica para FC, la cual busca aumentar el conocimiento de conductas de autocuidado. Esta teoría describe el proceso de autocuidado así: el mantenimiento, es el primer momento que muestra los comportamientos típicos como la adherencia al tratamiento; la percepción de los síntomas es la escucha corporal y monitoreo de los signos, así como el reconocimiento y su interpretación, mientras que la gestión indica la respuesta a los síntomas cuando estos aparecen y finalmente la evaluación, que incentiva el uso de tratamientos en el autocuidado (5).

Posteriormente, se reforzaron las conductas de autocuidado y se vinculó al cuidador. El plan de alta se aplicó dos días previos al egreso, se realizaron dos sesiones de 20 minutos con el fin de profundizar en las instrucciones ya brindadas. Antes del egreso se evaluó el conocimiento del plan de alta a través de la técnica *teach-back*, que consistió en pedirle al paciente que explicara qué había entendido de las instrucciones entregadas (6). A la semana de egreso, se realizó una llamada telefónica para continuar con el seguimiento del plan y reforzar la educación brindada. Finalmente, se realizó una segunda llamada al mes de egreso en la cual se aplicó de nuevo el instrumento, lo que permitió establecer el cambio presentado.

Los pacientes del grupo control continuaron recibiendo las intervenciones habituales de la institución, que consistían en entregar un folleto con algunos cuidados que los pacientes debían tener en casa. De igual manera, se les aplicó la escala durante la estancia hospitalaria y al mes del egreso. La variación en el autocuidado se midió mediante la aplicación de la escala europea de autocuidado (7), con un alfa de Cronbach de 0,7 y una adecuada validez interna. Este instrumento está compuesto por doce ítems que abordan diferentes aspectos del autocuidado de los pacientes, cada ítem se puntúa a través de una escala de Likert de 1 (siempre) a 5

(nunca), que permite clasificar el nivel de autocuidado global a través de los siguientes rangos: bajo (44-60), medio (28-43) y alto (12-27).

Para evaluar el efecto del plan de alta se aplicó la escala al grupo intervención antes y al mes del egreso; al grupo control se les aplicó la escala durante la estancia hospitalaria y al mes de egreso. Dentro del análisis descriptivo se determinó cálculo de medidas de tendencia central para las variables cuantitativas, de dispersión y medidas de posición. En cuanto a las variables cualitativas se realizaron tablas de frecuencias y de distribución porcentual. Posteriormente se realizó la prueba de distribución de normalidad Shapiro-Wilk donde un valor superior a 0,05 se asumió como distribución normal. Una vez hecha la prueba de Shapiro-Wilk, se procedió a realizar la prueba t pareada para identificar si existió algún cambio en la medición del nivel de autocuidado. Posteriormente se realizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney. La significancia estadística para cada una de las pruebas fue definida por los autores como  $< 0,05$  con los intervalos de confianza del 95 %. El estudio respetó los principios éticos internacionales y nacionales derivados del Código de Núremberg, Declaración de Helsinki y el Reporte de Belmont.

## Resultados

TABLA 1  
Variables sociodemográficas y clínicas

Variables sociodemográficas						
	Grupo de control			Grupo de intervención		
	Frecuencia	Promedio	Total	Frecuencia	Promedio	Total
Femenino	9	28,12	32	13	40,62	32
Masculino	23	71,88	100	19	59,38	100
Edad	71,5			67,2		
Estrato socioeconómico						
Estrato 0	2	6,25	32/100	0	0	32/100
Estrato 1	12	37,5	32/100	11	34,39	32/100
Estrato 2	7	21,88	32/100	8	25	32/100
Estrato 3	8	25	32/100	10	31,25	32/100
Estrato 4	2	6,25	32/100	1	3,12	32/100
Estrato 5	1	3,12	32/100	1	3,12	32/100
Estrato 6	0	0	0	1	3,12	32/100
Nivel académico						
Primaria	20	62,5	32/100	20	62,5	32/100
Secundaria	7	21,88	32/100	6	18,75	32/100
Universitaria	5	15,62	32/100	6	18,75	32/100
Red de apoyo						
1. Conyugue	10	31,26	32/100	15	46,88	32/100
2. Hijos	17	53,12	32/100	10	31,25	32/100
3. Vive solo	4	12,5	32/100	2	6,25	32/100
4. Hijos	1	3,12	32/100	5	15,62	32/100
Etiología						
Isquémica	16	50	32/100	21	65,62	32/100
Idiopática	3	9,38	32/100	0	0	32/100
Valvular	9	28,12	32/100	7	21,89	32/100
Chagasica	1	3,12	32/100	1	3,12	32/100
Hipertensiva	3	9,38	32/100	1	3,12	32/100
Alt. del ritmo	0	0	32/100	2	6,25	32/100
Fracción de eyección (FEVI)						
	30 %			34 %		
Variables clínicas						
Clase funcional						
III	25	78,12	32/100	21	65,62	32/100
IV	7	21,88	32/100	11	34,38	32/100
Días de hospitalización						
	10,7			10,3		
Medicamentos prescritos						
4-6	20	62,5	32/100	20	62,5	32/100
7-9	9	28,09	32/100	8	25	32/100
>10	2	6,24	32/100	3	9,37	32/100

Fuente: elaboración propia

En la tabla 1 se puede observar que la distribución por género muestra una mayor frecuencia de hombres en los dos grupos, la edad estuvo entre 67 a 71 años. El nivel académico de la mayoría de los pacientes fue primaria y con relación a la red de apoyo se identificó que gran parte de los pacientes contaban con un cuidador; en el grupo de control el cuidador eran los hijos y en el de intervención fue el conyugue. En las variables clínicas se pudo determinar que la etiología más frecuente para los dos grupos de estudio fue la de origen isquémico, y con respecto a la FEVI se observó disminuida para los dos grupos. En cuanto a la variable de clase funcional según la clasificación de la NYHA se encontró que la mayoría de los pacientes tenían clase funcional III. Los pacientes recibían entre 4 y 6 medicamentos, dejando en evidencia la polifarmacia en este grupo poblacional.

TABLA 2  
Nivel de autocuidado de los pacientes del grupo de control y de intervención

<b>Medición basal</b>		
<b>Nivel de autocuidado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Grupo de control</b>		
Bajo	29	90,62
Medio	3	9,38
Total	32	100
<b>Grupo de intervención</b>		
Bajo	29	90,62
Medio	3	9,38
Total	32	100
<b>Medición posterior a la aplicación del plan de alta</b>		
<b>Nivel de autocuidado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Grupo de control</b>		
Bajo	1	3,33
Medio	14	46,67
Alto	15	50
Total	30	100
<b>Grupo de intervención</b>		
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	28	100
Total	28	100

Fuente: elaboración propia

El autocuidado en la medición basal para los dos grupos de pacientes estaba en un nivel bajo, lo que indica que a las personas se les dificultaba mantener un óptimo o adecuado control de los signos de alarma y no realizaban acciones a favor del control de los síntomas de la enfermedad. Al mes de finalizada la aplicación del plan de alta se encontró que en el grupo de control el 50 % de los pacientes alcanzaron un nivel de autocuidado alto y el 46,6 % un nivel medio. Este resultado puede indicar que la intervención usual utilizada en la institución para la promoción de autocuidado tiene un efecto positivo en la mejoría del autocuidado. Sin embargo, al observar el grupo de intervención se encontró que el 100 % de los pacientes alcanzaron un nivel alto, siendo evidente que la aplicación del plan de alta se convirtió en una intervención capaz de generar mejores resultados que la intervención usual (ver tabla 2). En la tabla 3 se puede observar que antes de aplicar el plan de alta no hubo cambio estadísticamente significativo en el autocuidado (p: 1,000). Posterior a la

aplicación se identificó que sí hubo un cambio estadísticamente significativo entre el grupo de intervención (p: 0,000), lo anterior debido al efecto positivo que se tuvo con la aplicación del plan de alta en el grupo de intervención.

TABLA 3  
Análisis inferencial para determinar el efecto del plan de alta

<b>Antes</b>				
	<b>Obs</b>	<b>Rango</b>	<b>Esperado</b>	<b>Prob &gt;(Z)*</b>
Control	32	1040	1040	1.0000
Intervención	32	1040	1040	
<b>Después</b>				
	<b>Obs</b>	<b>Rango</b>	<b>Esperado</b>	<b>Prob &gt;(Z)</b>
Control	30	1095	885	0.0000
Intervención	28	616	826	

*Nota:* Prueba Mann Whitney  
Fuente: elaboración propia

Para evaluar de forma específica el nivel de autocuidado de los pacientes, a continuación se describen los resultados de los ítems de la escala (ver tablas 4 y 5).

TABLA 4  
Análisis descriptivo de los ítems de la escala europea de autocuidado en el grupo de control

<b>Pregunta 1. Me peso cada día.</b>				
<b>Antes</b>			<b>Después</b>	
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	28	87,5	5	46,67
4	1	3,1	14	26,67
3	2	6,3	8	6,67
2	1	3,1	2	3,33
1	0	0,0	1	0
Total	32	100	30	100
<b>Pregunta 2. Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso.</b>				
<b>Antes</b>			<b>Después</b>	
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	27	84,4	0	10,00
4	0	0,0	3	16,67
3	1	3,1	5	33,33
2	3	9,4	10	40,00
1	1	3,1	12	0,00
Total	32	100	30	100
<b>Pregunta 3. Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto a mi médico o enfermera.</b>				
<b>Antes</b>			<b>Después</b>	
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	29	90,6	1	0,00
4	0	0,0	6	3,33
3	2	6,3	13	20,00
2	1	3,1	10	43,33
1	0	0,0	0	0,00
Total	32	100	30	100

<b>Pregunta 4. Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto a mi médico o enfermera.</b>				
<b>Antes</b>			<b>Después</b>	
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	30	93,8	1	3,33
4	0	0,0	1	3,33
3	1	3,1	6	20,00
2	1	3,1	18	60,00
1	0	0,0	4	13,33
Total	32	100	30	100
<b>Pregunta 5. Si aumento dos (2) kilos en una semana, contacto a mi médico o enfermera</b>				
<b>Antes</b>			<b>Después</b>	
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	29	90,6	1	3,33
4	1	3,1	6	20,00
3	2	6,3	16	53,33
2	0	0,0	6	20,00
1	0	0,0	1	3,33
Total	32	100	30	100
<b>Pregunta 6. Límite la cantidad de líquidos que bebo (al menos 1,5 o 2 litros diarios).</b>				
<b>Antes</b>			<b>Después</b>	
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	25	78,1	1	0,00
4	5	15,6	2	6,67
3	1	3,1	1	40,00
2	0	0,0	12	46,67
1	1	3,1	14	6,67
Total	32	100	30	100



<b>Pregunta 7. Reposo un rato durante el día.</b>				
<b>Antes</b>			<b>Después</b>	
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	17	53,1	0	0,00
4	7	21,9	2	6,67
3	5	15,6	12	40,00
2	0	0,0	14	46,67
1	3	9,4	2	6,67
Total	32	100	30	100
<b>Pregunta 8. Si noto aumento de fatiga (cansancio), contacto a mi médico o enfermera.</b>				
<b>Antes</b>			<b>Después</b>	
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	31	96,9	0	0,00
4	1	3,1	1	3,33
3	0	0,0	6	20,00
2	0	0,0	16	53,33
1	0	0,0	7	23,33
Total	32	100	30	100
<b>Pregunta 9. Realizo una dieta baja en sal.</b>				
<b>Antes</b>			<b>Después</b>	
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	16	50,0	0	0,00
4	5	15,6	0	0,00
3	9	28,1	1	3,33
2	1	3,1	9	30,00
1	1	3,1	20	66,67
Total	32	100	30	100
<b>Pregunta 10. Tomo la medicación como me han dicho.</b>				
<b>Antes</b>			<b>Después</b>	
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	17	53,1	0	0,00
4	1	3,1	0	0,00
3	1	3,1	1	3,33
2	2	6,3	2	6,67
1	11	34,4	27	90,00
Total	32	100	30	100

<b>Pregunta 11. Me vacuno contra la gripe todos los años.</b>				
<b>Antes</b>			<b>Después</b>	
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	Debe ir en una 24	75,0	3	10,00
4	3	9,4	18	60,00
3	2	6,3	7	23,33
2	0	0,0	1	3,33
1	3	9,4	1	3,33
Total	32	100	30	100
<b>Pregunta 12. Hago ejercicio regularmente.</b>				
<b>Antes</b>			<b>Después</b>	
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	20	62,5	1	3,33
4	3	9,4	4	13,33
3	5	15,6	11	36,67
2	2	6,3	12	40,00
1	2	6,3	2	6,67
Total	32	100	30	100
<b>Escala Likert</b>				
1. Siempre	2. Casi siempre	3. Algunas veces	4. Casi nunca	5. Nunca

Fuente: elaboración propia

Se puede observar que en el grupo de control en la medición basal los ítems más relevantes y con mayor porcentaje que puntuaron en una escala tipo Likert de 5, es decir, que nunca realizaban ese comportamiento, fueron los relacionados con el contacto oportuno con el personal de salud ante la presencia de signos de alarma (ítems 3, 4, 58) y el de monitoreo diario de peso (ítem 1). En la medición posterior se encontró que los ítems que mejoraron con la intervención usual y alcanzaron una escala de respuesta de siempre, fueron los relacionados con la toma de medicación adecuada (ítem 10) y la dieta baja en sodio (ítem 9).

TABLA 5

Análisis descriptivo de los ítems de la escala europea de autocuidado en el grupo de intervención

<b>Pregunta 1. Me peso cada día.</b>				
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Antes</b>		<b>Después</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	31	96,88	0	0,00
4	0	0,00	4	14,29
3	1	3,13	3	10,71
2	0	0,00	11	39,29
1	0	0,00	10	35,71
Total	32	100	28	100

  

<b>Pregunta 2. Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso.</b>				
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Antes</b>		<b>Después</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	28	87,50	0	0,00
4	0	0,00	0	0,00
3	2	6,25	0	0,00
2	0	0,00	3	10,71
1	2	6,25	25	89,29
Total	32	100	28	100

  

<b>Pregunta 3. Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con a mi médico o enfermera.</b>				
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Antes</b>		<b>Después</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	28	87,50	0	0,00
4	0	0,00	0	0,00
3	3	9,38	1	3,57
2	0	0,00	2	7,14
1	0	0,00	25	89,29
Total	32	100	28	100

<b>Pregunta 4. Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto a mi médico o enfermera.</b>				
Escala de respuesta tipo Likert	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
5	31	96,88	0	0,00
4	0	0,00	0	0,00
3	1	3,13	1	3,57
2	0	0,00	8	28,57
1	0	0,00	19	67,86
Total	32	100	28	100

  

<b>Pregunta 5. Si aumento dos (2) kilos en una semana, contacto a mi médico o enfermera.</b>				
Escala de respuesta tipo Likert	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
5	31	96,88	0	0,00
4	0	0,00	0	0,00
3	1	3,13	4	14,29
2	0	0,00	11	39,29
1	0	0,00	13	46,43
Total	32	100	28	100

  

<b>Pregunta 6. Limito la cantidad de líquidos que bebo (al menos 1.5 o 2 litros diarios).</b>				
Escala de respuesta tipo Likert	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
5	25	78,13	0	0,00
4	2	6,25	0	0,00
3	3	9,38	0	0,00
2	1	3,13	2	7,14
1	1	3,13	26	92,86
Total	32	100	28	100

<b>Pregunta 7. Reposo un rato durante el día.</b>				
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Antes</b>		<b>Después</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	17	53,13	0	0,00
4	5	15,63	0	0,00
3	8	25,00	4	14,29
2	1	3,13	17	60,71
1	1	3,13	7	25,00
Total	32	100	28	100

  

<b>Pregunta 8. Si noto aumento de fatiga (cansancio), contacto a mi médico o enfermera.</b>				
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Antes</b>		<b>Después</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	29	90,63	0	0,00
4	1	3,13	0	0,00
3	1	3,13	0	0,00
2	0	0,00	10	35,71
1	1	3,13	18	64,29
Total	32	100	28	100

  

<b>Pregunta 9. Realizo una dieta baja en sal.</b>				
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Antes</b>		<b>Después</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	12	37,50	0	0,00
4	3	9,38	0	0,00
3	10	31,25	0	0,00
2	0	0,00	1	3,57
1	7	21,88	27	96,43
Total	32	100	28	100

<b>Pregunta 10. Tomo la medicación como me han dicho.</b>				
<b>Antes</b>			<b>Después</b>	
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	10	31,25	0	0,00
4	0	0,00	0	0,00
3	8	25,00	0	0,00
2	1	3,13	1	3,57
1	13	40,63	27	96,43
Total	32	100	28	100

  

<b>Pregunta 11. Me vacuno contra la gripe todos los años.</b>				
<b>Antes</b>			<b>Después</b>	
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	27	84,38	0	0,00
4	0	0,00	2	7,14
3	2	6,25	12	42,86
2	0	0,00	13	46,43
1	3	9,38	1	3,57
Total	32	100	28	100

  

<b>Pregunta 12. Hago ejercicio regularmente.</b>				
<b>Antes</b>			<b>Después</b>	
<b>Escala de respuesta tipo Likert</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
5	22	68,75	0	0,00
4	0	0,00	0	0,00
3	6	18,75	5	17,86
2	2	6,25	11	39,29
1	2	6,25	12	42,86
Total	32	100	28	100

  

<b>Escala Likert</b>				
1. Siempre	2. Casi siempre	3. Algunas veces	4. Casi nunca	5. Nunca

Fuente: elaboración propia

En la tabla 5 se evidencian en la medición basal del grupo de intervención los ítems con mayor porcentaje que puntuaron en una escala tipo Likert de 5, es decir que nunca realizaban ese comportamiento, fueron los relacionados con el contacto oportuno con el personal de salud ante la presencia de signos de alarma (Ítems 4, 5, 8) y el relacionado con el monitoreo diario de peso (ítem 1). Posterior a la aplicación del plan de alta estos ítems alcanzaron un aumento porcentual importante, ya que el comportamiento se distribuyó en casi siempre (escala Likert: 2) y siempre (escala Likert 1).

## Discusión

Las características sociodemográficas de los pacientes incluidos mostraron para los dos grupos una edad media de 71 años, con predominio del género masculino, escolaridad primaria, estrato socioeconómico uno y dos, así como una red de apoyo en la que prevalecen los hijos y cónyuges. Con relación a la edad y al género masculino,

Campos et al., (8) señalan que los adultos mayores, por sus comorbilidades, pueden tener un menor nivel de autocuidado requiriendo un mayor seguimiento para alcanzar esta conducta. También consideran que los hombres son el grupo que menos cuida de su salud, debido a que se dedican más al ámbito laboral y el esfuerzo físico, así que el cuidado de la salud no se considera una actividad incorporada a su estilo de vida, por lo que no la perciben como una autorresponsabilidad necesaria para mantener su bienestar biopsicosocial.

Frente a la escolaridad, Achury et al., (9) encontraron en su estudio que esta variable podría influir en el autocuidado, ya que un nivel educativo bajo hace más difícil la comunicación, tanto con el personal de salud como con la familia, en tanto se espera que una mayor escolaridad facilite el entendimiento, la apropiación y el cumplimiento de las actividades. El estrato socioeconómico bajo es un factor de riesgo para el abandono del tratamiento por un difícil acceso al sistema de salud. Una adecuada red de apoyo constituida por miembros de la familia permite promover el autocuidado. Se ha descrito que los pacientes con un fuerte apoyo familiar presentan un menor número de síntomas depresivos, menor ansiedad y un bajo sentimiento de desesperación en comparación con aquellos a los que les falta este apoyo (10-11).

Con relación a las variables clínicas se encontró que todos los pacientes tenían una etiología de origen isquémico con una fracción de eyección disminuida, clase funcional NYHA III. El tiempo de hospitalización fue de diez días y recibían más de cuatro medicamentos. Estos resultados concuerdan con un estudio realizado por Domingo et al. (12) en donde evidenciaron que los pacientes con este tipo de etiología y fracción comprometida son más susceptibles a presentar descompensaciones por la severidad en la disfunción ventricular, siendo necesario identificarlos como una población de mayor riesgo que requiere un seguimiento estricto y promoción de autocuidado.

La polifarmacia entendida como aquella condición en la que una persona recibe cinco o más medicamentos diarios es una variable clínica que puede influir negativamente en el nivel de autocuidado de la población. Michalik et al. (13) concluyeron en su estudio que a mayor polifarmacia menor autocuidado y adherencia al tratamiento; siendo necesaria la preparación educativa de los pacientes durante su estancia frente a la adherencia al tratamiento farmacológico. Antes de aplicar el plan de alta, se determinó que la mayoría de los pacientes tenían un nivel bajo de autocuidado.

Estos resultados coinciden con lo encontrado por autores como Anguita et al. (14), quienes señalan que este compromiso con el autocuidado está determinado por una deficiencia en el suministro de información detallada, auténtica, y a la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutuo. Los ítems más relevantes y con mayor porcentaje que puntuaron en una escala tipo Likert de 5, es decir que nunca realizaban ese comportamiento, fueron los relacionados con el contacto oportuno con el personal de salud ante la presencia de signos y síntomas de alarma y el de monitoreo diario de peso, tanto en el grupo de control como en el de intervención. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por autores como Arredondo (15), que identifica que la falta de educación en salud es un motivo importante que influye en el deterioro de la salud, donde más del 70 % de las hospitalizaciones por falla cardíaca se han atribuido directamente al autocontrol ineficaz en el manejo de su enfermedad y al reconocimiento tardío de los síntomas y búsqueda oportuna del tratamiento.

Al mes de finalizada la intervención se pudo observar que descriptivamente en el grupo control, solo la mitad de los pacientes alcanzaron un nivel de autocuidado alto y al comparar el efecto de la intervención usual de este grupo con el grupo de intervención no hubo una diferenciación estadísticamente significativa. Aunque se haya alcanzado una mejoría comparada a la medición basal, no es suficiente, porque es necesario que los pacientes alcancen permanentemente niveles altos de autocuidado para garantizar una estabilidad de su salud y mejorar su calidad de vida. La intervención usual es un proceso educativo poco estructurado y generalizado, solo se desarrolló en un solo momento previo al egreso. Soto et al (16), enfatizan que para que la educación sea efectiva, se debe centrar en las necesidades de las personas de forma individual, se debe adecuar a su contexto, promover la motivación, reforzar conductas y situación particular.

Con relación al grupo de intervención al mes de terminada la aplicación del plan de alta, fue evidente que se alcanzó una significancia estadística y clínica en los niveles de autocuidado de los pacientes con falla cardiaca. Este resultado coincide con autores como Gregoria et al., y Rodríguez (17-18) que señalan que el plan de alta de enfermería es una estrategia efectiva porque permite proporcionar una continuidad al cuidado, aumentar la satisfacción y reducir los eventos adversos cuando el paciente retorna a su casa. Con los anteriores resultados se puede resaltar que el diseño de planes de alta y su aplicación constituyen una intervención de enfermería efectiva en el proceso de transición del hospital al hogar, porque busca promover la autoeficacia, el empoderamiento y la toma de decisiones. Rivas enfatiza que su implementación favorece la atención oportuna, mejora su satisfacción y evita complicaciones (19).

Estos resultados destacan la necesidad de que el profesional de Enfermería incluya en el cuidado del paciente con FC hospitalizado, planes de alta que preparen de la mejor manera al paciente y contribuyan a capacitar a las personas para tomar decisiones informadas que favorezcan la salud y consigan su participación en el cuidado de su enfermedad mediante una actitud crítica y una implicación en las decisiones (20).

## Conclusiones

El plan de alta tuvo un efecto beneficioso en el nivel de autocuidado ya que, gracias a sus componentes educativos, motivacionales, de refuerzo de conductas y gestión de síntomas permitió que los pacientes asumieran un rol activo en la modificación de sus conductas o comportamientos para promover la salud. Esta mejoría se logró gracias a la continuidad del seguimiento y al empoderamiento en la toma de decisiones.

## Limitaciones del estudio

En próximos estudios se recomienda ampliar el tamaño de muestra y el tiempo para evaluar el efecto del plan de alta.

## Referencias

1. Gómez J, Saldarriaga C, Jurado A, Mariño A, Rivera A, Herrera A, et al. Consenso Colombiano de Falla Cardiaca avanzada: capítulo de falla cardiaca, trasplante cardiaco e hipertensión pulmonar de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2019;26(S2):324. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2019.06.001>
2. Hsiao R, Greenberg B. Contemporary treatment of acute heart failure. *Prog Cardiovasc Dis*. 2016; 58:367-78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2015.12.005>.
3. Gómez E. Capítulo 2. Introducción, epidemiología de la falla cardiaca e historia de las clínicas de falla cardiaca en Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2016;23(1): 6-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.004>
4. Aragón D, Candelo R, Hurtado D, Meneces C, Muñoz S, Prado Y, et al. Evaluación del plan de alta por enfermería en el hospital San José, Popayán 2017. *Rev. Med. Risaralda*. 2020;26(1). Available from: <https://doi.org/10.22517/25395203.20951>
5. Riegel B, Dickson V, Faulkner K. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care Revised and Updated. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(3):226-35. Available from: 10.1097/JCN.0000000000000244
6. Navarro MD, Gálvez P, González L, Virumbrales M, Borrás A, Santesmases R, et al. Desarrollo de materiales educativos para pacientes crónicos y familiares. *Revista educación médica*, 2019;20(6):341-6. Available from: 10.1016/j.edumed.2018.03.020



7. Dávila FA, Mendoza FC, Boada NA, et al. Validación de la escala europea de autocuidado en la falla cardiaca. *Rev Col de Cardiol*. 2017; 24(2):105-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.09.016>
8. Campos A, Oliver A, Tomás J, Galiana L, Gutiérrez M. Autocuidado: Nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53(6):326-31. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.010>.
9. Achury DM, Aponte LF, Gómez J, Roa N. Efecto del seguimiento telefónico en la adherencia al tratamiento en los pacientes con falla cardiaca. *Enferm. glob*. 2018;17(51). Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.286281>
10. Dunbar S, Clark P, Stamp K, Reilly C, Gary R, Higgins M, et al. Family partnership and education interventions to reduce dietary sodium by patients with heart failure differ by family functioning. *Heart Lung*. 2016;45(4):311-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2016.04.001>
11. Deek H, Nouredine S, Newton P, Inglis S, MacDonald P, Davidson P. A family focused intervention for heart failure self-care: conceptual underpinnings of a culturally appropriate intervention. *J Adv Nurs*. 2016; 72(2):434-50. Available from: <https://doi.org/10.1111/jan.12768>
12. Domingo C, Aros F, Otxandategi A, Beistegui I, Besga A, Latorre P. Eficacia de un programa multidisciplinar de gestión de cuidados en pacientes que ingresan por insuficiencia cardiaca (ProMIC). *Atención Primaria*. 2019;51(3):142-52. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.011>
13. Michalik C, Matusik P, Nowak J, Chmielowska K, Tomaszewski K, Parnicka A, et al. Heart failure, comorbidities, and polypharmacy among elderly nursing home residents. *Pol Arch Med Wewn*. 2013;123(4). Available from: 10.20452/pamw.1682
14. Anguita M, Lambert J, Bover R, Comín J, Crespo M, González F, et al. Tipología y estándares de calidad de las unidades de insuficiencia cardiaca: consenso científico de la Sociedad Española de Cardiología. *Revista Española de Cardiología*. 2016;69(10):940-50. Available from: 10.1016/j.recesp.2016.06.010
15. Arredondo E, Rodríguez M, Higuera L. Dificultades con la adherencia al tratamiento no farmacológico de pacientes con falla cardiaca detectados a través de seguimiento telefónico. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2014;16(2):133-47. Available from: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.IE16-2.dcat>
16. Soto P, Masalan P, Barrios S. La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *The health education a central element of nursing care*. *Rev. med. clín. condes*. 2018;29(3):288-300. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.05.001>
17. Gregoria B, Melo M, Hernández Y, Carrillo GM, Alarcón DK. Efecto del programa Plan de egreso en pacientes crónicos y sus familiares cuidadores *Enfermería Clínica*. 2018;28(1):36-43. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.09.006>
18. Rodríguez MJ, Capítulo 9. Transición del cuidado hospitalario al cuidado ambulatorio. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2016; 23(1): 38-40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.011>
19. Rivas E, López MA. Efectividad de las intervenciones educativas con enfoque multifactorial y seguimiento vía telefónica sobre la rehospitalización en pacientes con insuficiencia cardíaca: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev. méd. Chile*. 2018;146(5). Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000500603>
20. Mansouri A, Baraz S, Elahi N, Malehi A, Saberipour B. The effect of an educational program based on Roy's adaptation model on the quality of life of patients suffering from heart failure: A clinical trial study. *Jpn J Nurs Sci*. 2019;16(4): 459-67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jjns.12255>

## Notas

- \* Artículo original de investigación científica.

*Cómo citar este artículo:* Betancur Manrique Y, García Muñoz X. Efecto de un plan de alta de enfermería para mejorar el autocuidado en los pacientes con falla cardíaca. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2022; 24. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie24.epae>