

# Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España

Beatriz González, Josep Lupón, Teresa Parajón, Agustín Urrutia, Joan Herreros y Vicente Valle

Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

El autocuidado es importante para los pacientes con insuficiencia cardíaca. La European Heart Failure Self-care Behaviour Scale o escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca ha sido recientemente desarrollada para evaluar el autocuidado de los pacientes. Evaluamos a 335 pacientes con la versión española de la escala y analizamos si el autocuidado se relacionaba con la edad, el sexo, la etiología y el tiempo de seguimiento en la unidad. La puntuación en la escala es de 12 a 60, y los valores inferiores son los que indican un mejor autocuidado. La media de la puntuación obtenida fue de  $24,2 \pm 7,7$ . No hubo correlación estadística entre los resultados y los parámetros analizados, excepto para el tiempo de seguimiento en la unidad ( $r = -0,37$ ;  $p < 0,001$ ). La puntuación fue  $28,1 \pm 1,9$  en los pacientes evaluados en la primera visita;  $23,1 \pm 6,1$  a los 3 meses;  $24,1 \pm 6,6$  a los 6 meses;  $23,3 \pm 8,2$  a los 9 meses;  $22,8 \pm 7,3$  a los 12 meses y, finalmente,  $20,0 \pm 5,5$  en los pacientes evaluados 15 meses después de la primera visita en la unidad.

**Palabras clave:** Insuficiencia cardíaca. Autocuidado. Educación. Edad. Sexo.

## Use of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS) in a Heart Failure Unit in Spain

Self-care is important for patients with heart failure. Recently, the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale was developed for its assessment. We evaluated 335 patients using the Spanish version of the scale and assessed whether self-care was influenced by sex, age, etiology, or follow-up duration at a heart failure unit. Possible scores on the scale range from 12 to 60, with a low score indicating good self-care. We observed a mean (SD) score of 24.2 (7.7). There was no significant correlation between the score attained and the value of any of the parameters analyzed, except for follow-up duration at the unit ( $r = -0.37$ ;  $P < .001$ ). The score was 28.1 (1.9) in patients evaluated at first visit, 23.1 (6.1) at three months, 24.1 (6.6) at six months, 23.3 (8.2) at nine months, 22.8 (7.3) at twelve months and finally 20.0 (5.5) in patients evaluated fifteen months after their first visit.

**Key words:** Heart failure. Self-care. Education. Age. Gender.

Full English text available from: [www.revespcardiol.org](http://www.revespcardiol.org)

## INTRODUCCIÓN

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<sup>1</sup>. Es importante disponer de instrumentos validados para medir el grado de autocuidado de los pacientes que permitan evaluar tanto su grado inicial de autocuidado como el papel que puede desempeñar su educación en el incremento de éste<sup>2</sup>. Jaarsma et al<sup>2</sup> han desarrollado recientemente la European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS) o escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca. La escala fue testada y validada en 442 pacientes en 6 centros europeos de Holanda, Suecia e Italia, y posteriormente fue traducida a varios idiomas. El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de autocuidado de nuestros pacientes y analizar si éste se relacionaba con el sexo, la edad, la etiología de la IC o el tiempo de seguimiento en la unidad, utilizando para ello la versión española de la EHFScBS.

Correspondencia: Dr. J. Lupón Rosés.  
Unitat d'Insuficiència Cardíaca. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.  
Ctra. del Canyet, s/n. 08916 Badalona. Barcelona. España.  
Correo electrónico: [jlupon.germanstrias@gencat.net](mailto:jlupon.germanstrias@gencat.net)

Recibido el 24 de septiembre de 2004.  
Aceptado para su publicación el 17 de febrero de 2005.

**ABREVIATURAS**

DE: desviación estándar.  
 EHFSBS: European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca).  
 IC: insuficiencia cardíaca.

**PACIENTES Y MÉTODO**

La versión española de la EHFSBS fue aprobada por los autores de la escala original tras la traducción y la retraducción inversa. La traducción al español fue realizada por nosotros, mientras que la retraducción inversa fue realizada por una persona independiente del estudio. Los autores de la escala original autorizaron su utilización en nuestros pacientes. La escala consiste en un cuestionario autoadministrado con 12 ítems que abordan diferentes aspectos del autocuidado de los pacientes. Cada ítem se puntúa de 1 (estoy completamente de acuerdo/siempre) a 5 (estoy completamente en desacuerdo/nunca). La puntuación global puede variar, entonces, de 12 (mejor autocuidado) a 60 (peor autocuidado).

Analizamos los resultados obtenidos en función de la edad, el sexo, la etiología de la IC y el tiempo de seguimiento en la unidad. Una vez admitidos en la unidad, los pacientes son visitados por la enfermera por lo menos cada 3 meses. Así, el «tiempo de seguimiento en la unidad» significa que los pacientes evaluados en su primera visita no habían recibido previamente intervención educativa por parte de la enfermera, los evaluados a los 3 meses habían sido visitados por lo menos una vez por la enfermera, mientras que, en el otro extremo, los pacientes evaluados a los 15 meses de seguimiento habían sido visitados por la enfermera al menos 5 veces. Cada paciente fue evaluado con la EHFSBS solamente una vez.

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete SPSS versión 10.0 para Windows. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de  $p < 0,05$ . Para analizar la posible relación entre la puntuación obtenida y la edad o el tiempo de seguimiento se usó el análisis de correlación de Spearman. Para analizar las diferencias entre sexos y entre las distintas etiologías se utilizó el test de Kruskal-Wallis. Aunque se utilizaron pruebas no paramétricas para el análisis estadístico, todos los datos se presentan como media  $\pm$  desviación estándar (DE), pues creemos que ésta es más descriptiva que las medianas y los intercuartiles, fundamentalmente para las puntuaciones de los ítems individuales.

El estudio se ha realizado de acuerdo con las recomendaciones internacionales sobre investigación clínica de la Declaración de Helsinki de la Asociación

**TABLA 1. Características clínicas y demográficas (n = 335)**

Sexo, n (%)	
Varones	245 (73)
Mujeres	90 (27)
Edad, años, media $\pm$ DE	64,9 $\pm$ 10,8 años
Rango	35-86 años
Etiología, n (%)	
Cardiopatía isquémica	202 (61)
Miocardiopatía dilatada	34 (10)
Cardiopatía hipertensiva	31 (9)
Cardiopatía alcohólica	21 (6)
Enfermedad valvular	20 (6)
Otras	27 (8)
Clase funcional de la NYHA, n (%)	
I	17 (5)
II	184 (55)
III	126 (38)
IV	8 (2)
FEVI, media $\pm$ DE	32 $\pm$ 13%
< 45%	283 (85%)
Tiempo de seguimiento en la unidad	
Primera visita	107 (32%)
3 meses	29 (9%)
6 meses	23 (7%)
9 meses	37 (11%)
12 meses	83 (25%)
15 meses	56 (16%)

DE: desviación estándar; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; NYHA: New York Heart Association.

Médica Mundial. Todos los pacientes dieron su consentimiento oral para participar en el estudio.

**RESULTADOS**

Estudiamos transversalmente a 335 pacientes. Sus características clínicas y demográficas se resumen en la tabla 1. No hubo diferencias en la edad, el sexo, la etiología de la IC, la clase funcional de la NYHA o la fracción de eyección de ventrículo izquierdo entre los pacientes evaluados en distintos momentos de seguimiento. La puntuación media obtenida en la EHFSBS por nuestros pacientes fue  $24,2 \pm 7,7$ . En la tabla 2 se recogen las puntuaciones medias  $\pm$  DE obtenidas en cada ítem por nuestros pacientes y se comparan con las obtenidas en el estudio original de Jaarsma et al<sup>2</sup>.

No hallamos correlación entre las puntuaciones globales obtenidas y la edad, el sexo (mujeres  $25,4 \pm 7,9$ , varones  $23,8 \pm 7,6$ ) y la etiología de la IC. Hubo una correlación inversa estadísticamente significativa entre la puntuación global obtenida en la EHFSBS y el tiempo de seguimiento en la unidad ( $r = -0,376$ ;  $p < 0,001$ ). Las puntuaciones más altas, que indican peor grado de autocuidado, fueron obtenidas por los pacientes evaluados en la primera visita a la unidad, mientras que las más bajas fueron obtenidas por los

**TABLA 2. Puntuaciones medias en todos los ítems de la escala en el trabajo original de Jaarsma et al<sup>2</sup> y en nuestra población**

Ítem	Trabajo original Jaarsma et al <sup>2</sup> (n = 442)*	Estudio actual (n = 335)*
1. Me peso cada día	3,1 ± 1,7	3,5 ± 1,2
2. Si siento ahogo (disnea), me paro y descanso	1,5 ± 1,1	1,2 ± 0,6
3. Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi doctor o enfermera	2,4 ± 1,7	1,9 ± 1,1
4. Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi doctor o enfermera	2,3 ± 1,7	2,0 ± 1,1
5. Si aumento 2 kg en una semana, contacto con mi doctor o enfermera	2,6 ± 1,8	2,1 ± 1,2
6. Limito la cantidad de líquidos que bebo (no más de 1,5-2 l)	2,3 ± 1,6	2,0 ± 1,1
7. Reposo un rato durante el día	1,8 ± 1,4	1,1 ± 0,5
8. Si experimento aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi doctor o enfermera	2,8 ± 1,7	2,0 ± 1,1
9. Realizo una dieta baja en sal	2,2 ± 1,4	1,6 ± 0,9
10. Tomo toda la medicación como me han indicado	1,2 ± 0,9	1,1 ± 0,5
11. Me vacuno contra la gripe todos los años	2,4 ± 1,9	2,2 ± 1,7
12. Hago ejercicio regularmente	3,1 ± 1,6	3,0 ± 1,1

\*Media ± desviación estándar.

pacientes evaluados a los 15 meses de seguimiento (tabla 3). Esta correlación continuó siendo significativa ( $p < 0,001$ ) tras ajustar los resultados por edad, sexo, tiempo de evolución de los síntomas de IC y

etiología. Al analizar las puntuaciones en cada ítem de forma individual, la mayoría mostró correlación significativa con el tiempo de seguimiento en la unidad (tabla 3).

**TABLA 3. Puntuaciones medias en todos los ítems en función del tiempo de seguimiento**

Ítem	Primera visita N = 107	3 meses N = 29	6 meses N = 23	9 meses N = 37	12 meses N = 83	15 meses N = 56	r	p
1. Me peso cada día	4,0 ± 1,3	3,2 ± 1,2	3,5 ± 1,1	3,3 ± 1,2	3,3 ± 1,1	3,1 ± 1,1	-0,28	< 0,001
2. Si siento ahogo (disnea), me paro y descanso	1,3 ± 0,8	1,3 ± 0,5	1,3 ± 0,7	1,2 ± 0,5	1,3 ± 0,7	1,1 ± 0,3	-0,08	NS
3. Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi doctor o enfermera	2,4 ± 1,3	1,8 ± 0,9	2,0 ± 1,1	1,9 ± 1,2	1,8 ± 1,1	1,5 ± 0,8	-0,26	< 0,001
4. Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi doctor o enfermera	2,5 ± 1,3	1,8 ± 0,9	1,9 ± 1,1	1,9 ± 1,1	1,8 ± 1,0	1,6 ± 0,9	-0,28	< 0,001
5. Si aumento 2 kg en una semana, contacto con mi doctor o enfermera	2,7 ± 1,3	1,8 ± 0,9	1,9 ± 1,1	2,1 ± 1,1	2,0 ± 1,1	1,5 ± 0,8	-0,31	< 0,001
6. Limito la cantidad de líquidos que bebo (no más de 1,5-2 l)	2,6 ± 1,3	1,8 ± 1,0	1,9 ± 1,1	1,9 ± 1,1	1,9 ± 1,0	1,5 ± 0,8	-0,30	< 0,001
7. Reposo un rato durante el día	1,0 ± 0,2	1,2 ± 0,6	1,2 ± 0,6	1,2 ± 0,7	1,2 ± 0,7	1,0 ± 0,1	0,04	NS
8. Si experimento aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi doctor o enfermera	2,4 ± 1,2	1,9 ± 0,9	1,8 ± 1,0	2,0 ± 1,1	1,8 ± 1,1	1,5 ± 0,8	-0,28	< 0,001
9. Realizo una dieta baja en sal	1,8 ± 1,1	1,4 ± 0,6	1,9 ± 1,2	1,5 ± 0,7	1,4 ± 0,7	1,4 ± 0,7	-0,12	0,02
10. Tomo toda la medicación como me han indicado	1,1 ± 0,6	1,0 ± 0,2	1,2 ± 0,5	1,1 ± 0,6	1,2 ± 0,6	1,0 ± 0,2	0,03	NS
11. Me vacuno contra la gripe todos los años	2,5 ± 1,8	2,5 ± 1,9	2,3 ± 1,8	1,9 ± 1,5	2,0 ± 1,7	1,7 ± 1,5	-0,17	0,002
12. Hago ejercicio regularmente	3,5 ± 1,0	3,0 ± 1,1	2,9 ± 0,9	2,8 ± 1,1	2,7 ± 1,1	2,8 ± 0,9	-0,28	< 0,001
Puntuación global	28,1 ± 1,9	23,1 ± 6,1	24,1 ± 6,6	23,3 ± 8,2	22,8 ± 7,3	20,0 ± 5,5	-0,37	< 0,001

Todos los datos: media ± desviación estándar.

Para cada ítem: de 1 (estoy completamente de acuerdo/siempre) a 5 (estoy completamente en desacuerdo/nunca).

## DISCUSIÓN

El autocuidado es una cuestión importante para los pacientes con IC. Instruir y mejorar el comportamiento de los pacientes con IC es uno de los principales propósitos de la labor educativa que se les realiza. Es importante disponer de instrumentos válidos para medir el grado de autocuidado de los pacientes, tanto para conocer su grado inicial y evaluar la influencia de la labor educativa en dicho grado como para analizar su influencia en la evolución de la enfermedad. Con el propósito de medir el grado de autocuidado de los pacientes con IC, Jaarsma et al<sup>2</sup> desarrollaron recientemente la EHFSBS. Aunque hay otros instrumentos para medir aspectos del cumplimiento, automanejo y autocuidado<sup>3,4</sup>, la EHFSBS describe el grado real de autocuidado de los pacientes de una manera fácil y autocumplimentada<sup>2</sup>. Como la EHFSBS es un instrumento desarrollado en la población europea, decidimos utilizarla en nuestros pacientes. Previamente habíamos evaluado algunos aspectos del conocimiento y el comportamiento de nuestros pacientes utilizando un cuestionario propio<sup>5</sup> y, como otros autores<sup>6-8</sup>, observamos que el autocuidado de nuestros pacientes necesitaba mejorar.

En el presente estudio, nuestros pacientes mostraron un grado de autocuidado moderado, con una puntuación media de  $24,2 \pm 7,7$ . El 50% de ellos obtuvo puntuaciones entre 14 y 22. Si comparamos ítem por ítem con el trabajo original de Jaarsma et al<sup>2</sup>, las puntuaciones son bastante similares en la mayoría de ítems (tabla 2), quizá ligeramente mejores en nuestros pacientes, a excepción de pesarse a diario. Éste fue el ítem donde nuestros pacientes puntuaron más alto y uno de los ítems en los que observamos mayor diferencia entre los pacientes evaluados en la primera visita y los evaluados a los 15 meses de seguimiento (tabla 3). El ítem en el que nuestros pacientes evidenciaron una mayor mejoría a lo largo del seguimiento fue el de contactar si había aumento de peso. Previamente ya habíamos observado un incremento importante en el control del peso en nuestros pacientes tras la intervención educativa por parte de enfermería<sup>9,10</sup>.

El hallazgo más importante de nuestro estudio es la correlación hallada entre la puntuación obtenida en la EHFSBS y el tiempo de seguimiento en la unidad. Esta correlación fue independiente de la edad, el sexo, el tiempo de evolución de los síntomas de IC y la etiología. Aunque los resultados pueden estar influidos por el hecho de que los datos fueron recogidos de forma transversal, observamos que cuanto más tiempo habían estado recibiendo educación sobre la IC por parte de enfermería, mejor era la puntuación obtenida por los pacientes en la escala de autocuidado. Este hallazgo concuerda con lo observado por Jaarsma et al<sup>2</sup> en su trabajo original, pues hallaron mayor grado de autocuidado en los pacientes que habían recibido educación extra sobre la IC. No po-

demo descartar por completo, sin embargo, que haya alguna desviación en los resultados debido a la recolección transversal de los datos, pues no se puede afirmar con certeza que los pacientes que acudieron a las visitas 12 y 15 no fueran aquellos con mejor cumplimiento, aunque el 90-93% de nuestros pacientes vivos acudió a dichas visitas.

El hecho de que las puntuaciones mejoraran de forma progresiva sugiere que la educación debe ser continuada y persistente. Algunos factores pueden haber influido en esta mejoría del grado de autocuidado. En primer lugar, como ya habíamos observado previamente<sup>9,10</sup>, la educación por parte de enfermería puede mejorar aspectos del conocimiento del funcionamiento del corazón, de la IC y de su tratamiento. El aumento en el conocimiento puede haber influido en el grado de autocuidado durante el seguimiento en los ítems que evaluaban el hecho de contactar con profesionales de la salud, por ejemplo, al presentar un aumento de peso. En segundo lugar, la mejoría observada en el hecho de contactar con profesionales de la salud puede también haber estado en relación con el mayor soporte que la unidad de IC ofrece a los pacientes. Cuanto mayor es la percepción de una accesibilidad fácil, mayor es la probabilidad de que los pacientes busquen ayuda en los profesionales de la salud. En tercer lugar, se facilitó a todos los pacientes una cartulina para apuntar los pesos periódicamente, y ésta se revisó en cada visita. Todo esto, junto con la utilización de dosis flexibles de diuréticos, a menudo condujo a menos visitas a urgencias. Si los pacientes perciben que su conducta es efectiva es más posible que se vean dispuestos a tener un comportamiento positivo de autocuidado. Finalmente, el hecho de conseguir involucrar más a las familias mediante la educación por parte de enfermería también puede haber desempeñado un papel importante en la mejoría del grado de autocuidado de los pacientes. Intentamos reforzar la educación directa cara a cara con libretos explicativos impresos para los pacientes y sus familiares, y con pósteres en la sala de espera que recuerdan a los pacientes los signos de descompensación de la IC.

Previamente habíamos encontrado diferencias entre sexos en cuanto al conocimiento y la comprensión de la IC y su tratamiento<sup>5</sup>, pero no en algunos aspectos de comportamiento, como el cumplimiento del tratamiento, los controles de peso y el cumplimiento con la dieta sin sal. Los resultados obtenidos ahora con la EHFSBS son consistentes con nuestro trabajo previo<sup>5</sup>.

No disponemos en la actualidad de información suficiente para saber si el mayor grado de autocuidado conllevará un número menor de ingresos no programados, una mejoría en calidad de vida o incluso implicará un mejor pronóstico, aunque otros autores<sup>11</sup> han demostrado que con educación y soporte se pueden reducir los eventos clínicos adversos.

En conclusión, la aplicación de la EHFSBS en una Unidad de IC en España ha demostrado un mayor gra-

do de autocuidado en los pacientes con mayor tiempo de seguimiento en la unidad, probablemente debido al esfuerzo educativo de enfermería. No hemos hallado diferencias en el grado de autocuidado en relación con la edad, el sexo y la etiología de la IC.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Deaton C. Outcome measurement. *J Cardiovasc Nurs.* 2000;14:116-8.
2. Jaarsma T, Strömberg A, Martensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail.* 2003;5:363-70.
3. Bennet SJ, Perkins SM, Lane KA, Forthofer MA, Brater DC, Murray MF. Reliability and validity of the compliance belief scales among patients with heart failure. *Heart Lung.* 2001;30:177-85.
4. Riegel B, Carlson B, Glaser D. Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart Lung.* 2000;29:4-12.
5. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Nurse evaluation of patients in a new multidisciplinary Heart Failure Unit. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2004;3:61-9.
6. Ni H, Nauman D, Burgess D, Wise K, Crispell K, Heshberger E. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Arch Intern Med.* 1999;159:1613-9.
7. Mihalsen A, König G, Thimme W. Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. *Heart.* 1998;80:437-41.
8. Bushnell FK. Self-care teaching for congestive heart failure patients. *J Geront Nurs.* 1992;18:27-32.
9. González B, Lupón Rosés J, Parajón, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Patient's education by nurse: what we really do achieve? *Eur J Heart Fail. Suppl.* 2003;2:72.
10. González B, Lupón J, Parajón, Urrutia A, Coll R, Altimir S, et al. Educación de los pacientes con insuficiencia cardíaca por parte de enfermería: ¿qué conseguimos realmente? *Rev Esp Cardiol.* 2003;56 Supl 2:74.
11. Krumholz H, Amatruda J, Smith G, Mattera J, Roumanis S, Radford M, et al. Randomised trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2002;39:83-9.