

NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

SELF-CARE OF PATIENTS WITH CARDIAC FAILURE.

Diana Marcela Achury-S,¹ Laura Picón,¹ Diego Castaño-V,¹ Mayra Alejandra Sánchez,¹ Nicoll Martínez-F,¹ Ana María Cárdenas,¹ Luisa Alejandra Rodríguez¹

ABSTRACT

Self-care is an essential component to cope with the chronicity of heart failure (HF) that contributes to promote well-being and prevent further deterioration of health. The objectives of the study were to determine the level of self-care of people with HF in a fourth-level institution in the second period of 2017 and to demographically characterize the population. A descriptive cross-sectional design was used. With a sample size of 48 patients attending the HF program in a fourth-level health institution, during the second semester of 2017. For the collection of information, the instrument "European Scale of Self-Care in Heart Failure" was used, it has construct validity and internal consistency tests with a Cronbach's alpha of 0.7. A descriptive analysis was made with distribution of absolute and relative frequencies through the program SPSS 23 of 2014. The global level of self-care of the patients was between medium and high, the items with the best level of self-care were those related to the recognition of symptoms, taking medication, vaccination, diet and exercise. The weight control was the item with low level of self-care. An adequate level of self-care becomes a factor that can positively influence the self-management and treatment of the person with HF, given that the development of positive skills and behaviors prevent decompensation. Being necessary to reach it and maintain it the inclusion of educational and monitoring programs.

KEY WORDS: self-care, heart failure, health education.

RESUMEN

El autocuidado es un componente fundamental para enfrentar la cronicidad de la insuficiencia cardiaca (IC) que contribuye a promover el bienestar y evitar un mayor deterioro de la salud. Los objetivos del estudio fueron determinar el nivel de autocuidado de las personas con IC en una institución de cuarto nivel en el segundo periodo de 2017 y caracterizar socio demográficamente la población. Se utilizó un diseño descriptivo de corte transversal. Con un tamaño de muestra de 48 pacientes que asisten al programa de IC en una institución de salud de cuarto nivel, durante el segundo semestre del 2017. Para la recolección de la información se utilizó el Instrumento "Escala europea de autocuidado en falla cardiaca" que cuenta con pruebas de validez de constructo y consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,7. Se realizó un análisis descriptivo con distribución de frecuencias absolutas y relativas a través del programa SPSS 23 de 2014. Los resultados muestran que el nivel global de autocuidado de los participantes estuvo entre medio y alto, los ítems con mejor nivel de autocuidado fueron los relacionados con el reconocimiento de los síntomas, toma de medicación, vacunación, dieta y ejercicio. El control de peso fue el ítem con bajo nivel de autocuidado. Se puede concluir que un adecuado nivel de autocuidado se convierte en un factor que puede influir de manera positiva en la autogestión y manejo del tratamiento de la persona con IC, puesto que el desarrollo de habilidades y conductas positivas previenen las descompensaciones. Siendo necesario para alcanzarlo y mantenerlo la inclusión de programas educativos y de seguimiento.

PALABRAS CLAVE: auto-cuidado, insuficiencia cardiaca, educación en salud.

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia cardiaca (IC) es una de las principales causas de hospitalización en el mundo. A pesar de terapias eficaces, los pacientes presentan alta tasa de readmisión hospitalaria y tienen un alto riesgo de muerte en los primeros meses después de un episodio de descompensación.¹

La mayoría de las descompensaciones están generadas por un déficit de autocuidado evidenciado por una serie de conductas inadecuadas con relación al tratamiento farmacológico y no farmacológico y entre 20 y 60% de los pacientes cumplen con dicho tratamiento.²

Las guías mundiales de práctica clínica³ sugieren que los pacientes con IC y los miembros de su familia o cuidadores deben recibir educación individualizada y asesoría que permitan empoderar al paciente en su autocuidado. También señalan la necesidad de crear programas o clínicas de falla cardiaca con un enfoque educativo y de seguimiento de estos pacientes con el objetivo de mejorar el autocuidado, la calidad de vida y reducir los reingresos hospitalarios.

Recibido: Octubre, 2018 Aprobado: Mayo, 2019

¹Facultad de Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Correspondencia: dachury@javeriana.edu.co

El auto-cuidado se conceptualiza como la capacidad humana que tienen los individuos para realizar acciones, con el objeto de cuidar de sí mismos desarrollando conductas positivas para el mantenimiento de su salud.⁴ El profesional de enfermería tiene un papel protagónico en el refuerzo de estos comportamientos y en potencializar las habilidades prácticas e intelectuales del paciente, de manera que sea capaz de movilizar los recursos necesarios para lograr el resultado terapéutico deseado. En este sentido, alcanzar las metas de educación en el paciente se convierte en un reto para el profesional; por tal motivo debe realizar una planeación de cada una de las intervenciones y entre ellas es esencial, para darle continuidad al proceso, la valoración de los niveles de autocuidado.⁵

Autores como Riegel⁶ señala que en América Latina los estudios existentes que evidencian mediciones del autocuidado en personas con IC, no son suficientes. El hecho de que en sólo uno de cada 10 pacientes con IC se pueda esperar que domine su auto-cuidado ilustra la importancia de encontrar maneras para desarrollar investigaciones al respecto.

Nini H⁷ *et al*, en sus estudios de metaanálisis refleja la importancia de identificar el autocuidado de los pacientes con falla cardiaca y desarrollar intervenciones para aumentarlo, puesto que hay suficiente evidencia que a mayor autocuidado mejor calidad de vida y pronóstico. En la práctica asistencial se ha mostrado que no se valora oportunamente y de forma objetiva el autocuidado, existen escasos estándares que promuevan la utilización de instrumentos específicos que permitan identificar el nivel de autocuidado, convirtiéndose en un factor que puede afectar el desarrollo del proceso educativo y la adherencia al tratamiento.

Por tal motivo, planteamos como objetivos de la investigación, caracterizar socio demográficamente y determinar el nivel de autocuidado de las personas con insuficiencia cardiaca atendidas en una institución de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá, Colombia durante el segundo semestre del año 2017.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mediante un estudio descriptivo de corte transversal y a partir de una población de pacientes con diagnóstico de IC, fué seleccionada una muestra no probabilística, por conveniencia, de 48 pacientes.

Para la recolección de la información se utilizó como instrumento la Escala Europea de Autocuidado en falla cardiaca (del inglés European Heart Failure Self-care

Behaviour Scale), constituido por doce ítems que abordan diferentes aspectos del autocuidado de los pacientes, distribuidos en tres categorías: 1) seis ítems relacionados con el cumplimiento del régimen terapéutico, que incluye el peso diario, restricción de sodio y líquidos, vacunación y ejercicio; 2) cuatro ítems enfocados en búsqueda de ayuda y solución cuando se incrementan los síntomas de la patología, y 3) dos ítems restantes para medir la adaptación que tiene el paciente con la enfermedad. Cada ítem se puntúa a través de una escala tipo Likert de 1 (siempre) a 5 (nunca). Esto permite clasificar el nivel de autocuidado global, a través de los siguientes rangos: bajo (44- 60), medio (28-43) y alto (12- 27). Este instrumento autoadministrable, cuenta con un alfa de Cronbach de 0,7 y adecuada validez interna, dada una correlación intraclase para medidas únicas y promedio con p valor significativo (\leq a 0,05) en población colombiana.⁸

Previo a la recolección de la información se realizó una prueba piloto con el propósito de verificar la comprensión del instrumento, y posteriormente se les entregó a los pacientes que asistían a sus controles en el programa de falla cardiaca, quienes lo auto diligenciaron en un tiempo promedio de 20 minutos.

Para el análisis se incluyeron variables basales que exploraron aspectos sociodemográficos (género, edad, nivel educativo, cuidador, ocupación) y tiempo de diagnóstico de la enfermedad. La información obtenida se procesó a través del programa SPSS 23, año 2014 y para realizar el análisis descriptivo fueron elaboradas tablas con sus frecuencias absolutas y relativas.

Consideraciones éticas: El trabajo cumplió los estándares de las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Resolución 008430 de 1993 Ministerio de Salud de la República de Colombia. Se consideró un estudio de riesgo mínimo y adicionalmente, se tuvieron en cuenta los principios éticos relacionados al respeto y autonomía, beneficencia- no maleficencia, justicia y confidencialidad, la participación voluntaria, y el consentimiento informado por parte de los pacientes.

RESULTADOS

La caracterización sociodemográfica de los pacientes con falla cardiaca, reporto que el mayor porcentaje de los pacientes eran hombres con una edad promedio entre 61 y 80 años, escolaridad secundaria, jubilados y con un tiempo de diagnóstico de la enfermedad entre 4 y 8 años (tabla 1).

En relación al nivel global de autocuidado se observó que la mayoría de las personas se encuentran en un nivel alto y medio de autocuidado (tabla 2).

A partir de la escala de respuesta tipo Likert, se pudo observar que los ítems donde predominaba la respuesta de siempre y casi siempre (Escala 1-2) correspondió al reconocimiento de signos de alarma, toma de la medicación, vacunación, dieta, ejercicio. Los ítems cuya puntuación reportó en algunas veces y casi nunca (Escala 3-4) estaban relacionados con el control del peso. (tabla 3).

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que el nivel global de autocuidado fue medio y alto, evidenciando que la mayoría de las personas que padecen Insuficiencia cardíaca han desarrollado conductas positivas frente al manejo del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

El fomento del autocuidado puede mejorar de manera significativa los desenlaces y el curso de la enfermedad, niveles superiores de autocuidado disminuyen las complicaciones más que con niveles medios o inferiores, siendo necesario incorporar intervenciones efectivas capaces de generar un cambio en la persona y aumentar la capacidad de autogestión⁹.

Cañón¹⁰ señala que la educación es una intervención efectiva e independientemente de la estrategia (personalizada o telefónica) es útil y por lo tanto los profesionales de enfermería deberían ser incluidos en los equipos multidisciplinarios de atención de manera que puedan desarrollar el rol de educadoras. Este resultado se contrapone con lo encontrado en los estudios de Arredondo *et al*,¹¹ y Conceição *et al*,¹² quienes encontraron bajos niveles de autocuidado y adherencia, los cuales estaban relacionados con la falta de programas educativos estructurados y un seguimiento continuo de los comportamientos que generan mayor dificultad en el control de su enfermedad. Esta divergencia está dada por que los participantes de este estudio hacían parte de un programa educativo contribuyendo a un adecuado autocuidado.

Es bien sabido que la educación es una estrategia importante que debe ir acompañada de motivación hacia el paciente por parte del profesional de enfermería. Para que los pacientes enfrenten eficazmente las exigencias relacionadas con el tratamiento necesario por su enfermedad deben ser informados, motivados y capacitados¹³. Aunado a esto,

desde la perspectiva de quienes componen el área de atención profesional a estos pacientes, es de vital importancia, para lograr un nivel alto de autocuidado, reconocer la educación como componente esencial de las actividades del personal de enfermería para formar, convencer, motivar y fortalecer a las personas en su participación activa de su tratamiento.¹⁴

Algunos autores señalan que el nivel educativo de las personas es una de las variables sociodemográficas que pueden estar asociadas significativamente a los niveles de autocuidado ($p=0,009$) y en este sentido, el alcance de nuestro estudio no lo permitió corroborar, pero se podría inferir que la escolaridad secundaria puede favorecer los resultados del autocuidado^{15,16}.

Otra variable a considerar es la edad avanzada como factor condicionante para la pérdida de capacidades de autocuidado, por lo que el adulto mayor muchas veces necesita de otras personas para satisfacer sus necesidades básicas¹⁷.

Las conductas de autocuidado identificadas en los ítems evaluados con mayor déficit fue la relacionada con el control de peso diario y su reporte al profesional de enfermería o médico. Estos resultados son congruentes con los resultados reportados por Ribeiro da Silva *et al*¹⁸ quienes muestran que solo 4,8% de los pacientes se pesaban 3 veces a la semana, comparado con 47,6% que lo hacía una vez al mes. Asimismo destacaron que 77% de pacientes no reportaban su ganancia de peso a los profesionales de salud y 50% no consideraba la ganancia de peso como algo importante. Entre las dificultades mencionaban, el olvido, desmotivación, no disponer de balanzas y falta de información sobre las implicaciones del incremento de peso y las complicaciones. El control de peso y el reconocimiento de su incremento como signo de descompensación se convierte en un reto para el profesional de enfermería; los estudios de Otsu¹⁹ muestran que gracias a las intervenciones educativas continuas puede convertirse en una conducta rutinaria para el paciente, pero se logra a lo largo plazo y requiere refuerzos permanentes cuando se alcanza. De allí lo fundamental de incorporar durante el proceso educativo la valoración de barreras para el autocuidado. En nuestra investigación, el reconocimiento de signos de alarma, la toma de la medicación y la vacunación, fueron los ítems, donde los participantes señalaron que siempre desarrollaban adecuadamente esta conducta.

Estos resultados coinciden con lo reportado por Reeder *et al*²⁰ quien muestra que 61,7% de los

Tabla 1 . Caracterización sociodemográfica de los pacientes con Insuficiencia cardiaca.

Variables	Característica	Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	22	45,8
	Femenino	26	54,2
Edad en Años	20-40	8	17
	41-60	16	33
	61-80	24	50
Nivel Educativo	Primaria	17	36
	Secundaria	19	39
	Universitaria	12	25
Ocupación	Hogar	11	23
	Jubilado	37	77
Tiempo de Diagnóstico de la Enfermedad	< 4 años	10	20
	4-8 años	25	52
	8-12 años	10	20
	> 12 años	3	8

Tabla 2. Nivel global de autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca.

Rangos de nivel de autocuidado según escala europea		Frecuencia	%
(12-27)	Alto	24	50
(28-43)	Medio	22	46
(43-66)	Bajo	2	4
Total		48	100

pacientes los identificaban, pero su reconocimiento era muy impreciso para nombrarlos e interpretarlos. Aunque los síntomas de los pacientes fueron muy o constantemente molestos, casi la mitad de ellos experimentaron síntomas al menos 14 días antes de buscar tratamiento.

Lo anterior evidencia que es sumamente importante valorar la percepción de los síntomas para orientar al paciente sobre la correcta identificación y tiempo permitido para consultar al personal de salud. La toma adecuada y oportuna de los medicamentos y la colocación de sus vacunas son conductas que se alcanzan a través de la educación continua y el seguimiento, elementos que se encontraban integradas en el programa de insuficiencia cardiaca a que pertenecían los participantes de este estudio. La literatura destaca que el nivel de conocimiento y escolaridades secundaria y universitaria podrían favorecer el alcance apropiado de esta conducta.^{21,22}

Frente al ítem de una dieta adecuada y realización de actividad física la mayoría de los participantes referían que casi siempre lo hacían, este hallazgo coincide con lo publicado por Barilli *et al*²³, quienes encontraron que la restricción de sodio, elemento central de una dieta en la persona con IC, se convierte en un reto para él y su familia. No es fácil, porque no existe claridad en la información de los alimentos ricos en sodio, en las preferencias alimentarias basadas en patrones de vida y cultura y el poco involucramiento de la familia en el mantenimiento de la dieta. Esta situación genera la necesidad de incluir a la familia en este cambio de estilo de vida y realizar gradualmente su disminución.

La actividad física se convierte en una conducta muy importante en los desenlaces de la persona, sus beneficios son evidentes en la mejoría de la clase funcional, la calidad de vida y las tasas de hospitalización, razón por la cual los profesionales de enfermería deben incorporar herramientas motivacionales e identificar las barreras que limitan la actividad física para conseguir que un mayor número de pacientes adquieran hábitos de ejercicio estables y duraderos.²⁴

Finalmente, la evaluación de los niveles de auto-cuidado, se convierte en una estrategia que permite a los profesionales de la enfermería mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto, en la medida que se conozcan los niveles basales de autocuidado, se podrá direccionar de una forma más precisa la educación y el refuerzo de conductas para promover el empoderamiento en su cuidado y toma de decisiones. Estos resultados destacan la necesidad de diseñar programas de insuficiencia cardiaca con enfoque educativo liderados por el profesional de enfermería para mejorar el conocimiento y las habilidades y mantener capacidades optimas de autocuidado frente al manejo de su condición.

Se concluye que

- El nivel de autocuidado identificado en los participantes fue adecuado y se logró gracias al enfoque educativo y de seguimiento que tiene el programa.
- Las variables sociodemográficas como el nivel educativo y la permanencia de los pacientes en el programa favorecen los resultados del autocuidado.

Tabla 3. Distribución de categorías según la Escala Europea de Autocuidado en Falla Cardíaca.

Categorías	Proporción según Escala*	DE
• Me peso cada día	3,95	1,48
• Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso.	1,54	0,94
• Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta contacto con mi médico o enfermera.	2,87	1,46
• Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi médico o enfermera.	2,56	1,42
• Si aumento 2 kilos en una semana, contacto con mi médico o enfermera.	3,31	1,55
• Limito la cantidad de líquidos que bebo (a menos de 1,5 ó 2 litros diarios.)	2,12	1,28
• Reposo un rato durante el día.	1,5	1,09
• Si noto aumento de fátiga (cansancio), contacto con mi médico o enfermera.	2,79	1,44
• Realizo una dieta baja en sal.	2,18	1,29
• Tomo la medicación como me han dicho.	1,75	1,27
• Me vacuno contra la gripe todos los años.	1,68	1,3
• Hago ejercicio regularmente.	2,68	1,37

1-2 siempre y casi siempre; 3-4 algunas veces y casi nunca.
 DE: Desviación estándar.

- Las conductas de autocuidado con mayor déficit fueron el control de peso diario y su reporte al profesional de enfermería o médico, lo cual requiere atención fundamental para detectar oportunamente descompensaciones.
- La educación para promover el autocuidado se debe orientar al desarrollo y reforzamiento de conductas positivas en el paciente identificando las posibles

barreras o dificultades para auto gestionar su tratamiento.

FINANCIAMIENTO

Convocatoria interna 2017. Apoyo a los semilleros de investigación. Pontificia Universidad Javeriana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Comín Colet J, Enjuanes C, Lupón J, *et al.* Transiciones de cuidados entre insuficiencia cardíaca aguda y crónica: pasos críticos en el diseño de un modelo de atención multidisciplinaria para la prevención de la hospitalización recurrente. *Rev Esp de Cardiol.* 2016; 69(10): 951-961. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.04.008>.
- 2) Cerqueiro JM, González Franco A, Montero Pérez Barquero M, *et al.* Reducción de ingresos y visitas a Urgencias en pacientes frágiles con insuficiencia cardíaca: resultados del programa asistencial UMIPIIC. *Rev Clín Esp.* 2016; 216 (1): 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2015.07.006>.
- 3) Clyde WY, Mariell J, Biykem B, *et al.* Guideline for the Management of Heart Failure. *J of Americ College of Cardiol.* 2017; 70(6):776. doi: 10.1016/j.jacc.2017.04.025.
- 4) Riegel B, Carlson, B, Moser D.K, *et al.* Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *J of cardiol fail.* 2004; 10 (4): 350-360.
- 5) Ditewig JB, Blok H, Havers J, *et al.* Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2010; 78(3) 297-315. doi: 10.1016/j.pec.2010.01.016.
- 6) Riegel B, Vaughan Dikson V, Goldberg LR, *et al.* Factors Associated With the Development of Expertise in Heart Failure Self-Care. *Nurs Res.* 2007; 56(4):235-243. doi: 10.1097/01.NNR.0000280615.75447.f7.
- 7) Nini H J,., *et al.* Do Self-Management Interventions Work in Patients With Heart Failure? CLINICAL PERSPECTIVE: An Individual Patient Data Meta-Analysis. *Circulation,* 2016;133(2): 1189-1198. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018006>
- 8) Dávila FA, Mendoza FC, Boada NA, *et al.* Validación de la escala europea de autocuidado en la falla cardíaca. *Rev Col de Cardiol.* 2017; 24(2):105-109. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.09.016>
- 9) Castro Beiras A, Anguita Sánchez M , Comín J, *et al.* Organización de la atención a la insuficiencia cardíaca en España: unidades existentes y características. *Rev Esp de Cardiol.* 2015; 68(7): 633-635. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2015.02.017>
- 10) Cañón Montañez W, Oróstegui Arenas M. Intervenciones educativas de enfermería en pacientes ambulatorios con falla cardíaca. *Enferm Glob.* 2013; 12(31): 52-67.
- 11) Arredondo Holguín ES, Rodríguez Gásquez MA, Higuera Urrego LM. Dificultades con la adherencia al tratamiento no

- farmacológico de pacientes con falla cardíaca detectados a través de seguimiento telefónico. *Invest Enferm. Imagen Desarr.* 2014; 16(2):133-147. doi:10.11144/Javeriana.IE16-2.dcat.
- 12) Da Conceição AP, Dos Santos MA, Dos Santos B, *et al.* Self-care in heart failure patients. *Rev latino-am enfermagem.* 2015; 23(4):578-586. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0288.259>.
- 13) Rodríguez Gázquez MA, Arredondo Holguín E, Herrera Cortés R. Efectividad de un programa educativo en enfermería en el autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca: ensayo clínico controlado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(2):296-306. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200012>.
- 14) Achury Saldaña DM. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. *Aquichán.* 2007; 7(2):139-160.
- 15) Trojahn MM, Ruschel KB, Noqueira de Souza E, *et al.* Predictors of better self-care in patients with heart failure after six months of follow-up home visits. *Nurs Res Pract.* 2013; 20(1):1-5. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/254352>.
- 16) Thomas JR, Clark AM. Women with heart failure are at high psychosocial risk: a systematic review of how sex and gender influence heart failure self-care. *Cardiol Res Pract.* 2011; 2011:1-6. <http://dx.doi.org/10.4061/2011/918973>.
- 17) Rodríguez Artalejo F, Guallar Castellón P, Montoto Otero C, *et al.* El autocuidado y el conocimiento del manejo de la enfermedad predicen la rehospitalización en ancianos con insuficiencia cardíaca. *Rev Clin Esp.* 2008; 208(6):69-275. <https://doi.org/10.1157/13123185>.
- 18) Ribeiro da Silva Saccomann IZ, Aparecida Cintra F, Bueno Jayme Gallani MC. Factores asociados a las creencias sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev da Escola Enfermagem da USP.* 2014; 48(1):18-24. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100002>.
- 19) Otsu H, Moriyama M. Effectiveness of an educational self-management program for outpatients with chronic heart failure. *Jpn J Nurs Sci.* 2011; 8(2):140-52. doi: 10.1111/j.1742-7924.2010.00166.
- 20) Reeder KM, Ercole PM, Peek GM, *et al.* Symptom perceptions and self-care behaviors in patients who self-manage heart failure. *The J of Cardio Nurs.* 2015; 30(1):1-7. doi:10.1097/JCN.0000000000000117.
- 21) Rasmusson K, Flattery M, Baas LS. American Association of Heart Failure Nurses Position Paper on Educating Patients with Heart Failure. *Heart & Lung: The J of Ac and Critic Care.* 2015; 44(2):173-177 DOI: 10.1016/j.hrtlng.2015.01.0017.
- 22) Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, *et al.* Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Rev Clin Esp.* 2014; 214(6):336-344. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008>.
- 23) Barilli S, d'Almeida K, Trojahn M, *et al.* Knowledge, barriers and attitudes toward dietary sodium in patients with decompensated heart failure. *J of Nurs Edu and Prac.* 2017; 8(1):98. doi: <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n1p98>.
- 24) Fletcher B, Magyari P, Prussak K, *et al.* Entrenamiento físico en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev Med Clín Las Condes.* 2012; 23(6): 757-765. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70378-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70378-4).