

# EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

## UN ESTUDIO PILOTO

# EVALUATION OF SELF-CARE LEVEL AND MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

## A PILOT STUDY

### Autores

Ana Quesada Melero<sup>1</sup>, Elena Fernández Iriarte<sup>1</sup>, Natalia Mendiluce Greño<sup>1</sup>, Alicia Carrera Hernández<sup>1</sup>, Patricia Sanz Muruzabal<sup>1</sup>, Pilar Ara Lucea<sup>2</sup>, Aurora Simón-Ricart Cenizo<sup>2</sup>, Rebeca Manrique Antón<sup>3</sup>, Francisco Guillén Grima<sup>4</sup>, Leticia Jimeno San Martín<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MSc. Clínica Universidad de Navarra.  
Planta de Hospitalización de Cardiología.

<sup>2</sup> RN. Clínica Universidad de Navarra.  
Unidad de Insuficiencia Cardíaca.

<sup>3</sup> MSc. Clínica Universidad de Navarra.  
Departamento de Cirugía Cardiovascular.

<sup>4</sup> M.D. Clínica Universidad de Navarra.  
Servicio de Medicina Preventiva.

### Dirección para correspondencia

Natalia Mendiluce Greño  
Enfermera. Planta de Hospitalización de Cardiología  
Clínica Universidad Navarra.  
Pío XII, 36 31008 Pamplona,  
Navarra, España

### Correo electrónico

[nmendiluceg@unav.es](mailto:nmendiluceg@unav.es)

DOI: <https://doi.org/10.59322/93.1931.IC5>

## RESUMEN

- **Introducción:** El manejo de la insuficiencia cardíaca continúa siendo un desafío para profesionales y pacientes, ya que estos deben adherirse a un tratamiento farmacológico y a unos comportamientos de autocuidado. El objetivo de este estudio es analizar la adherencia a la medicación y el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca.
- **Metodología:** Estudio transversal realizado entre enero y octubre de 2023 con adultos diagnosticados de insuficiencia cardíaca de más de 6 meses y con clase funcional II-IV de la New York Heart Association (NYHA). Se utilizó la «European Heart Failure Self-care Behavior Scale» (puntuación 12 a 60) y «8-Item Morisky Medication Adherence Scale» (rango de 0 a 8). Se analizaron las variables: género, edad, estado civil, convivientes, estudios, modalidad de empleo, NYHA y tiempo de seguimiento. Se utilizó SPSS V20, considerando significativos los valores de  $p < 0,05$ .
- **Resultados:** El 72 % presentó alta adherencia a la medicación con una media de 7,52 (+/- 0,88). En la escala de autocuidado, la media fue 24,47 (+/- 7,01). Se halló una correlación moderada entre el autocuidado y la edad ( $r = -0,515$ ;  $p < 0,004$ ). Los ítems con peor autocuidado fueron: control del peso, contactar con el médico ante signos de descompensación y control de líquidos.



- **Conclusión** A pesar de la alta adherencia a la medicación, existen deficiencias en el autocuidado, especialmente en el control del peso y la identificación de signos de descompensación. Se requieren intervenciones adaptadas a la edad y contexto del paciente para mejorar estas conductas.

**Palabras clave:** Heart Failure»[Mesh] «Medication Adherence»[Mesh] «Self Care»[Mesh]

## ABSTRACT

- **Introduction:** The management of heart failure remains a challenge for both healthcare professionals and patients, as it requires adherence to pharmacological treatment and self-care behaviors. The aim of this study is to analyze medication adherence and self-care in patients with heart failure.
- **Methodology:** A cross-sectional study was conducted between January and October 2023 with adults diagnosed with Heart Failure for more than six months and classified as functional class II-IV according to the New York Heart Association (NYHA). The European Heart Failure Self-care Behavior Scale (scoring range: 12-60) and the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale (range: 0-8) were used. The analyzed variables included gender, age, marital status, cohabitants, education, employment status, NYHA classification, and follow-up duration. Data were analyzed using SPSS V20, considering p-values < 0.05 as statistically significant.
- **Results:** A total of 72% of patients showed high adherence to medication with a mean score of 7.52 (+/-0.88). The mean score for self-care was 24.47 (+/-7.01). A moderate correlation was found between self-care and age ( $r = -0.515$ ;  $p < 0.004$ ). The self-care aspects with the lowest adherence were weight monitoring, contacting a physician when experiencing decompensation symptoms, and fluid intake control.
- **Conclusion:** Despite high medication adherence, deficiencies in self-care remain, particularly in weight control and recognizing signs of decompensation. Interventions tailored to patients' age and context are needed to improve these behaviors.

**Keywords:** Heart Failure»[Mesh] «Medication Adherence»[Mesh] «Self Care»[Mesh]

## Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad crónica y progresiva con una alta incidencia y prevalencia<sup>1,2</sup>. En España se estima que la incidencia de la IC es de 278 casos por 100.000 personas con una prevalencia del 1,86% en la población adulta llegando al 16% en mayores de 75 años<sup>3,4</sup>. Se caracteriza por la disminución de la capacidad del corazón para bombear sangre causando disnea, fatiga y retención de líquidos<sup>5</sup>. La presencia de comorbilidades médicas, psicológicas y geriátricas complica su manejo, incrementa las descompensaciones de la enfermedad, las visitas a urgencias y los reingresos<sup>2,6</sup>.

Dada la relevancia de la IC, tanto epidemiológica como en la experiencia individual del paciente, se han creado unidades espe-

cializadas en IC. Su objetivo es mejorar el autocuidado de los pacientes, capacitándolos en la gestión de la enfermedad, el reconocimiento del deterioro de los síntomas y el manejo adecuado de las exacerbaciones<sup>1,5,7</sup>.

El autocuidado es un principio clave en el tratamiento de la IC crónica<sup>1,8</sup>. Se define como un proceso de toma de decisiones que los pacientes utilizan para elegir comportamientos que mantienen la estabilidad fisiológica, como el seguimiento de los síntomas y la adherencia al tratamiento farmacológico, así como para responder a los síntomas cuando estos ocurren<sup>8,9</sup>. Incluye comportamientos como la adherencia a la medicación, la dieta y el ejercicio, el control de peso diario para evaluar la retención de líquidos y la búsqueda de ayuda ante síntomas de alarma.



A pesar de la importancia del autocuidado y la adherencia a la medicación, muchos pacientes con IC presentan niveles inadecuados en estas áreas<sup>1,2,5</sup>. La falta de adherencia, definida como tomar menos del 80% de las dosis prescritas o tomar dosis excesivas, está asociada con un mayor riesgo de problemas de salud, episodios clínicos adversos, mayor mortalidad y un manejo deficiente de la IC, lo que se traduce en tasas más altas de reingresos<sup>10</sup>. Esto puede deberse a diversos factores, como la complejidad del régimen de tratamiento, la presencia de comorbilidades, la falta de apoyo social y la insuficiente educación y conocimiento sobre la enfermedad<sup>5</sup>. Es fundamental que los profesionales que cuidan a estos pacientes evalúen si realizan un correcto autocuidado y una adecuada adherencia a la medicación<sup>11,12</sup>.

Por todo ello, el objetivo de este trabajo es evaluar el nivel de autocuidado y adherencia a la medicación en pacientes con IC y realizar correlaciones de los ítems de ambas escalas para identificar áreas de mejora y desarrollar estrategias que optimicen los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

## Metodología

### Muestra y diseño del estudio:

Se llevó a cabo un diseño transversal entre enero y octubre de 2023. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo por conveniencia, lo que facilitó la recolección de datos en el contexto clínico del hospital. La población estuvo compuesta por pacientes ingresados en la planta de hospitalización de cardiología y pacientes en seguimiento ambulatorio en la unidad de IC. 59 pacientes cumplieron los criterios de inclusión (mayores de 18 años con diagnóstico de IC hace más de 6 meses, en clase funcional II-IV de la New York Heart Association (NYHA), con nivel de conciencia adecuado y que comprendían el español). Como criterios de exclusión se establecieron pacientes terminales y/o con alteraciones cognitivas significativas.

Para poder estimar la proporción de pacientes con un nivel adecuado de autocuidado con una confianza del 95% y un error del

5%, estimando un nivel de conocimientos del 20% utilizando el factor de correlación de población finita en una población de 71 pacientes, se necesitaría 56 pacientes para la muestra. El cálculo del tamaño muestral se realizó con el programa Openepi<sup>13</sup>.

### Instrumentos:

Se utilizó la versión española validada de la Escala Europea de Conducta de Autocuidado (EHFScBS), diseñada para evaluar el grado de autocuidado en los pacientes con IC<sup>7</sup>. Cuenta con 12 ítems que abordan diferentes aspectos de autocuidado. Cada ítem se puntuó en una escala de Likert de 5 puntos (1 = completamente de acuerdo; 5 = completamente en desacuerdo). Con relación a la interpretación, se mantuvo la puntuación original de 12 a 60 puntos (donde 12 indica mejor autocuidado y 60 peor autocuidado), estableciendo el mismo punto de corte utilizado en estudios previos (26,4 puntos)<sup>5,8</sup>. Una puntuación inferior a 26,4 indicó un autocuidado adecuado, mientras que una puntuación superior se consideró inadecuado. González B et al, 2006 utilizaron la versión española de dicha escala para evaluar el grado de autocuidado de sus pacientes<sup>14</sup>. El alfa de Cronbachs fue de 0,81. En nuestro estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.992 para la escala EHFScBS.

Para evaluar la adherencia a la medicación se administró la escala 8-item Morisky Medication Adherence Scale o MMAS-8<sup>15</sup> desarrollada en 2008 a partir de la primera versión 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4)<sup>16</sup>. Se incluyó la referencia completa de la escala en la bibliografía del presente estudio, así como se solicitó los derechos de autor para su uso. La escala MMAS-8 mide comportamientos de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos; siete de ellas son preguntas alternativas de respuestas son SÍ/NO, y una de escala de tipo Likert. Se clasificaron como adherentes a los pacientes con 8 puntos; adherencia media entre 6 y 8 y baja adherencia las puntuaciones menores de 6<sup>15</sup>. La consistencia interna de esta escala cuantificada con alfa de Cronbach fue de 0,646. La versión española fue validada por Val Jiménez y colaboradores



en una cohorte de pacientes hipertensos<sup>11</sup>. En nuestro estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.609.

Se consideró oportuno diferenciar entre el cumplimiento del régimen farmacológico mediante la escala MMAS-8<sup>15</sup> y otras conductas de autocuidado a través de la escala EHFS-cBS<sup>7</sup> para obtener un mayor conocimiento de la adherencia al tratamiento farmacológico.

Se utilizó un cuestionario sociodemográfico que incluyó variables como edad, sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral y convivencia (si el paciente vive solo o acompañado), tiempo de diagnóstico de la IC, NYHA, comorbilidades asociadas, número de hospitalizaciones previas por IC y tiempo de seguimiento en la unidad.

### Proceso de recogida de datos y consideraciones éticas

Los datos se recogieron durante el ingreso de los pacientes en la planta, a partir del segundo día del ingreso y en la consulta de la unidad de IC coincidiendo con la revisión ambulatoria. Los participantes del estudio recibieron información verbal y escrita sobre su libre participación, la confidencialidad y anonimato de los datos y su uso para fines científicos. Se obtuvo el consentimiento firmado antes de cumplimentar el cuestionario autoadministrado. La investigación se ajustó a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y fue aprobada por la Dirección del centro y por el Comité de Ética de Investigación (Código 2023.064).

### Análisis de los datos:

El análisis de datos se realizó con el software estadístico IBM SPSS 20. Se utilizó estadística descriptiva para analizar todas las variables del estudio. Para el análisis de las escalas tipo Likert se utilizaron pruebas no paramétricas<sup>17</sup> específicamente la prueba de U de Mann-Whitney y la de Kruskal-Wallis. Se consideró un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ .

Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman y la correlación de Pearson para comparar las escalas MMAS-8 y EHFS-cBS.

Se clasificaron los niveles de autocuidado como inadecuado cuando las respuestas de

la EHFS-cBS correspondían a las opciones “3, 4 o 5” en la escala de Likert, y como autocuidado adecuado cuando se seleccionaron las opciones “1 o 2” según consideraron los estudios revisados<sup>5,8</sup>.

## Resultados

### Características sociodemográficas de la muestra

La población de estudio está compuesta por 30 hombres y 29 mujeres. El 52,54 % de la muestra tienen más de 70 años y el 64,41% están jubilados. 3 pacientes se encuentran con trabajo activo y únicamente 2 pacientes de la muestra viven solos. El 74,58 % están en seguimiento en la unidad de IC durante un periodo mayor a un año. Predominan los pacientes con una clase funcional III de la NYHA con un 49,15%. (**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la muestra).

### Puntuaciones medias de las Escalas EHFS-cBS y MMAS-8 y correlación con las variables sociodemográficas

No hay diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas, comportamientos de autocuidado y la adherencia a la medicación. (**Tabla 2.** Puntuaciones medias obtenidas de las escalas MMAS-8 y EHFS-cBS según las características de la muestra).

La puntuación media de autocuidado obtenida es de 24,70 puntos que corresponde a un autocuidado adecuado, teniendo en cuenta el umbral obtenido según la bibliografía<sup>5,8</sup>. La muestra total tiene una adherencia media al tratamiento farmacológico de 7,52 puntos (+/- 0,88): el 72% obtiene 8 (alta adherencia); el 17% entre 6 y 8 (adherencia al tratamiento farmacológico media) y el 10% menos de 6 (adherencia baja)<sup>15</sup>.

Al correlacionar las puntuaciones con las variables sociodemográficas, se observa que los pacientes solteros presentan una peor adherencia a la medicación y un menor autocuidado. En particular, aquellos que viven solos muestran una adherencia a la medicación de 5.75 puntos y un autocuidado de 30.50 puntos,



Tabla 1.

**Características sociodemográficas de la muestra**

	VARIABLES	N <sup>o</sup> *	%**		VARIABLES	N <sup>o</sup> *	%**	
<b>GÉNERO</b>	Mujer	29	49.15 %	<b>ESTUDIOS</b>	Sin estudios	1	1.69 %	
	Hombre	30	50.85 %		Estudios primarios	25	42.12 %	
<b>EDAD</b>	< 50 años	4	6.78 %		Estudios secundarios	16	27.12 %	
	50-60 años	6	10.17 %		Bachiller	1	1.69 %	
	60-70 años	18	30.51 %		FP superior	2	3.39 %	
	>70 años	31	52.54 %		Universitarios	14	23.73 %	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero	4	6.78 %		<b>MODALIDAD DE EMPLEO</b>	Activo	3	5.08 %
	Casado	49	83.05%			Ama de casa	8	13.56 %
	Divorciado	1	1.69 %			Baja laboral	10	16.95 %
	Viudo	4	6.78 %			Jubilado	38	64.41%
	En pareja	1	1.69 %	<b>NYHA</b>	NYHA II	22	37.29 %	
<b>CONVIVIENTES</b>	Solo	2	3.39 %		NYHA III	29	49.15 %	
	Esposo	47	79.66 %		NYHA IV	8	13.56 %	
	Pareja	2	3.39 %	<b>TIEMPO DE SEGUIMIENTO</b>	< 3 meses	6	10.17 %	
	Hijos	2	3.39 %		3-6 meses	3	5.08 %	
	Padres	1	1.69 %		6-9 meses	2	3.39 %	
	Hermanos	3	5.08 %		9-12 meses	3	5.08 %	
	Otros familiares	2	3.39 %		1 año	44	74.58 %	

Se incluyen las variables: género, edad, estado civil, convivientes, nivel educativo, situación laboral, clase funcional NYHA (II=leve; III=moderada; IV=grave) y tiempo de seguimiento desde la inclusión del paciente en el programa hasta el momento de recogida de datos  
\*N: número de pacientes; \*\*%: porcentaje del total.

Tabla 2

**Puntuaciones medias obtenidas de las escalas MMAS-8 y EHFScBS según las características de la muestra**

VARIABLES	MMAS-8	EHFScBS	VARIABLES	MMAS-8	EHFScBS
<b>GÉNERO</b>			<b>CONVIVIENTES</b>		
Mujer	7.38	24.99	Solo	5.75	30.5
Desviación estándar	1.09	9.77	Desviación estándar	1.41	12.02
Hombre	7.67	24.53	Esposo/a	7.53	23.97
Desviación estándar	0.7	7.2	Desviación estándar	0.91	8.57
SE (p)*	0.215	0.994	Pareja	8	32
<b>EDAD</b>			Desviación estándar	0	5.65
< 50 años	6.92	27.25	Hijos	7.87	24.5
Desviación estándar	0.92	4.34	Desviación estándar	0.17	12.02
50 -60 años	6	22.16	Padres	8	29
Desviación estándar	0	9.6	Desviación estándar	0	
60 - 70 años	7.51	25.5	Hermanos	8	27
Desviación estándar	1.109	9.76	Desviación estándar	0	11
> 70 años	7.56	24.5	Otros familiares	7.5	25
Desviación estándar	0.87	8.09	Desviación estándar	0.7	0
SE (p)*	0.339	0.727	SE (p)*	0.172	0.73



VARIABLES	MMAS-8	EHFSCBS	VARIABLES	MMAS-8	EHFSCBS
ESTADO CIVIL			ESTUDIOS (E.)		
Soltero	7.18	30	Sin estudios	8	31
Desviación estándar	1.62	10.8	Desviación estándar	0	0
Casado	7.51	24.15	E. primarios	7.59	24.72
Desviación estándar	0.909	8.57	Desviación estándar	0.98	8.18
Separado	8	27	E. secundaria	7.53	24.76
Desviación estándar	0	0	Desviación estándar	0.71	8.39
Viudo	7.93	25.5	E. profesional 2° grado	8	20
Desviación estándar	0.12	7.14	Desviación estándar	0	4.24
En pareja	8	28	E. secundario 2° ciclo	8	3
Desviación estándar	0	0	Desviación estándar	0	0
SE (p)*	0.923	0.694	E. profesional superior	8	19
EMPLEO			Desviación estándar	0	9.89
Activo	8	27.66	E. universitarios	7.23	25.5
Desviación estándar	0	4.5	Desviación estándar	1.14	10.21
Ama de casa	6.9	28.87	SE (p)*	0.76	0.794
Desviación estándar	1.54	7.8	SEGUIMIENTO		
Jubilado	7.61	24.7	< 3 meses	8	26.5
Desviación estándar	0.79	8.87	Desviación estándar	0	12.01
Baja laboral	7.57	20.8	3-6 meses	6.5	21
Desviación estándar	0.76	7.31	Desviación estándar	1.63	3.60
SE (p)*	0.513	0.148	6-9 meses	8	16
NYHA			Desviación estándar	0	1.41
II	7.34	22.44	9-12 meses	7.91	22
Desviación estándar	0.98	9.9	Desviación estándar	0.14	14
III	7.65	25.79	>1 año	7.48	25.19
Desviación estándar	0.92	6.97	Desviación estándar	0.94	7.98
IV	7.62	27.37	SE (p)*	0.27	0.37
Desviación estándar	0.74	8.91			
Se (P)*	0.3	0.5			

Nota: MMAS-8: evalúa el grado de cumplimiento del tratamiento farmacológico. Los valores más altos indican mayor adherencia al tratamiento farmacológico (Morisky et al., 2008). EHFScBS valora la frecuencia con la que los pacientes realizan conductas de autocuidado. Las puntuaciones más altas reflejan peor autocuidado (Jaarsma et al., 2003). SE (p): Error estándar y significación estadística (valor p). Las variables analizadas incluyen género, edad, estado civil, empleo, NYHA, convivientes, estudios y seguimiento, representadas con medias y desviaciones estándar (DE).

inferiores a los de quienes conviven con familiares o parejas. En cuanto a la situación laboral, los pacientes que están trabajando activamente muestran una mejor adherencia a la medicación.

Se encuentran una correlación estadísticamente significativa mostrando que los pacientes con un mayor índice de Charlson

tienen puntuaciones más bajas en autocuidado ( $p = 0.008$  y coeficiente de correlación:  $-0.312$ ), mientras que aquellos con más años desde el diagnóstico y mayor número de ingresos presentan mejores puntuaciones de autocuidado ( $p = 0.035$  y coeficiente de correlación:  $0.237$ ). (**Tabla 3.** Correlación estadística Spearman's rho).



**Tabla 3**

**Correlación estadística Spearman's rho**

		MMA-8	EHFScBS
Índice de comorbilidad de Charlson	Coefficiente de correlación	-0.6	-0.312
	SE (p) *	0.649	0.008
Años de diagnóstico	Coefficiente de correlación	-0.06	0.237
	SE (p) *	0.653	0.035
Ingresos en el último año por IC	Coefficiente de correlación	-0.109	0.269
	SE (p) *	0.412	0.02

Coefficientes de correlación (rho) entre las variables clínicas (índice de comorbilidad de Charlson, años de diagnóstico e ingresos por insuficiencia cardíaca) y las escalas MMA-8 (adherencia al tratamiento farmacológico) y EHFScBS (conductas de autocuidado). \*SE (p): significación estadística. p < 0.05: estadísticamente significativo.

**Puntuación de cada ítem específico de autocuidado de la escala EHFScBS**

Los resultados muestran que el 100% de los pacientes toman la medicación como les han dicho; el 95 % realiza reposo durante el día; el 87% de los pacientes se vacunaba de la gripe y si sienten ahogo o disnea se paran y descansan. Solo el 42% de los pacientes se pesan a diario y un 49% se pone en contacto con el médico o la enfermera si aumentara 2 kg en 1 semana. (Tabla 4. Porcentaje de pacientes que evalúan cada ítem como adecuado, puntuación 1 o 2 en la escala EHFScBS).

**Tabla 4**

**Porcentaje de pacientes que evalúan cada ítem como adecuado (puntuación 1 ó 2 en la escala EHFScBS)**

ÍTEMS DE LA ESCALA EHFScBS	%*
Peso	42 %
Contactar si peso	49 %
Control de líquidos	51 %
Contactar si disnea	56 %
Contactar si fatiga	58 %
Ejercicio	62 %
Contactar si edemas	100 %

Ítems de la escala EHFScBS que mide el autocuidado de IC y porcentaje de pacientes que otorgaron puntuaciones 1 o 2 (adecuado autocuidado). \*: porcentaje de pacientes de la muestra.

**Correlación de cada ítem específico de la escala EHFScBS con la escala MMAS-8**

Se encuentra una correlación positiva y estadísticamente significativa (p=0.00 a p=0.005) en aquellos pacientes que adoptan conductas de autocuidado, cómo pesarse con frecuencia, hacer ejercicio y seguir una dieta sin sal, también son más capaces de reconocer los signos y síntomas de descompensación de la enfermedad y de contactar con el médico cuando es necesario. (Tabla 5. Correlación de cada ítem específico de la escala EHFScBS).

**Tabla 5**

**Correlación de cada ítem específico de la escala EHFScBS**

LEYENDA	
1	Me peso cada día
2	Si siento disnea, me paro y descanso
3	Si mi disnea aumenta, contacto con mi médico o enfermera
4	Si mis piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi médico o enfermera
5	Si aumento 2 kg. de peso en una semana, contacto con mi médico o enfermera
6	Limito la cantidad de líquidos que bebo a menos de 1,5 ó 2 l. al día
7	Reposo un rato durante el día
8	Si noto aumento de cansancio, contacto con mi médico o enfermera
9	Realizo una dieta baja en sal
10	Tomo la medicación como me han dicho
11	Me vacuno contra la gripe todos los años
12	Hago ejercicio regularmente



2	Pearson Correlation	0.21										
	Sig. (2-tailed)	0.114										
3	Pearson Correlation	0.208	0.139									
	Sig. (2-tailed)	0.116	0.298									
4	Pearson Correlation	0.164	0.11	.540**								
	Sig. (2-tailed)	0.219	0.411	0.000								
5	Pearson Correlation	.471**	0.136	.406**	.665**							
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.31	0.002	0.000							
6	Pearson Correlation	.331	0.052	.362**	.297*	.287*						
	Sig. (2-tailed)	0.011	0.698	0.005	0.024	0.029						
7	Pearson Correlation	0.12	0.129	-0.088	0.181	0.181	0.134					
	Sig. (2-tailed)	0.37	0.335	0.513	0.173	0.175	0.315					
8	Pearson Correlation	0.227	0.093	.505**	.627**	.571**	.416**	0.148				
	Sig. (2-tailed)	0.086	0.485	0.000	0.000	0.000	0.001	0.267				
9	Pearson Correlation	0.048	0.157	0.198	.286	0.245	0.089	0.033	0.161			
	Sig. (2-tailed)	0.721	0.241	0.137	0.03	0.064	0.506	0.806	0.228			
10	Pearson Correlation	-0.011	0.058	0.027	0.116	0.089	0.004	0.143	-0.038	-0.017		
	Sig. (2-tailed)	0.935	0.664	0.84	0.386	0.507	0.974	0.286	0.776	0.899		
11	Pearson Correlation	-0.092	-0.025	-0.09	-0.068	-0.017	-0.054	0.181	0.128	0.157	0.099	
	Sig. (2-tailed)	0.493	0.85	0.502	0.614	0.901	0.686	0.174	0.337	0.239	0.458	
12	Pearson Correlation	0.082	0.086	-0.008	.357**	.337**	0.143	-0.019	0.183	.263*	0.235	0.096
	Sig. (2-tailed)	0.543	0.519	0.955	0.006	0.01	0.285	0.886	0.17	0.046	.0075	0.474
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Coefficientes de correlación de Pearson entre los ítems de la escala EHFS CBS, que mide el autocuidado en IC. Véase la leyenda para la descripción de los ítems. N = 59. p < 0.05 (\*), p < 0.01 (\*\*): correlación significativa.

De manera similar, al correlacionar los ítems de la escala MMAS-8, se observa una correlación positiva y significativa (p=0.00 a p=0.005). Esto indica que los pacientes que con frecuencia tienen dificultades para recordar tomar su medicación, también tien-

den a reducir o suspender la medicación sin informar al médico, y a veces se olvidan de llevarla consigo cuando viajan o salen de casa (**Tabla 6.** Correlación de cada ítem específico de escala MMAS-8).



**Tabla 6**  
**Correlación de cada ítem específico de escala MMAS-8**

Leyenda	
1	¿Alguna vez se olvida de tomar las pastillas para su enfermedad?
2	En las 2 últimas semanas, ¿hubo algún día en que no tomó la medicación?
3	¿Ha reducido / dejado de tomar la medicación sin decírselo a su médico porque se sentía peor que cuando la tomaba?
4	Cuando viaja o sale de casa, ¿se olvida a veces de llevar consigo su medicación?
5	¿Tomó ayer su medicación?
6	Cuando le parece que sus síntomas están bajo control, ¿deja a veces de tomar la medicación?
7	¿Alguna vez le molesta tener que adherirse a su plan de tratamiento?
8	¿Con qué frecuencia tiene dificultad de acordarse de tomar todos sus medicamentos?

2	Pearson Correlation	009						
	Sig. (2-tailed)	0.497						
3	Pearson Correlation	.359**	.551**					
	Sig. (2-tailed)	0.005	0.000					
4	Pearson Correlation	.584**	-0.062	0.054				
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.639	0.687				
5	Pearson Correlation	.b	.b	.b	.b			
	Sig. (2-tailed)							
6	Pearson Correlation	.b	.b	.b	.b	.b		
	Sig. (2-tailed)							
7	Pearson Correlation	.467**	-0.099	0.154	0.154	.b	.b	
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.456	0.245	0.245			
8	Pearson Correlation	.745**	0.058	.307*	.307*	.b	.b	.533**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.663					0.000
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

Coefficientes de correlación de Pearson entre los ítems 1-8 de la escala MMAS-8, que mide la adherencia terapéutica. Véase la leyenda para la descripción de los ítems. N = 59. p < 0.05 (\*), p < 0.01 (\*\*): correlación significativa.

## Discusión

En este estudio se ha demostrado que el 59,3% de la muestra presenta un nivel de autocuidado adecuado, con una puntuación media de 24,70, superior a la obtenida por Sedlar et al., 2021<sup>5</sup> (49%) y Mlynarska et al., 2018<sup>18</sup> (27,74 ± 5,25). Aunque los resultados no son bajos, se detectan carencias educativas en ítems como el control del peso diario, el contacto con el médico ante disnea o aumen-

to de peso y la restricción hídrica. Estos hallazgos coinciden con Riegel et al., 2017<sup>19</sup> y Sedlar et al., 2021<sup>5</sup>, quienes destacan la dificultad para realizar estas conductas, con baja adherencia al contacto médico ante disnea (63%) o aumento de peso. Mlynarska et al., 2018<sup>18</sup> y Ling et al., 2020<sup>20</sup> señalan una baja adherencia al ejercicio regular (4,08 ± 0,96), asociada a más hospitalizaciones.

El comportamiento de mayor adherencia (100% pacientes) corresponde a la toma regu-



lar de medicamentos, hallazgo ligeramente mejor en comparación a otros autores<sup>5,18,20</sup> quienes afirman que los participantes informaron de una alta adherencia entre un 73-94%. Mlynarska et al, 2018<sup>18</sup> comprueban que solamente el 65% de los pacientes siguieron las recomendaciones para tomar la medicación.

Atendiendo a las características sociodemográficas, la alta proporción de pacientes mayores de 70 años de la muestra va en concordancia con la prevalencia de la enfermedad en la población de edad avanzada, en línea con la tendencia global de envejecimiento de la población<sup>21,22</sup>.

En relación con la clasificación funcional NYHA, se observa una asociación con el mantenimiento del autocuidado. Sugebo et al<sup>23</sup> evidencian que los pacientes en clase III-IV presentan peores comportamientos de autocuidado, en línea con nuestros hallazgos, lo que repercute negativamente en su pronóstico y calidad de vida<sup>24</sup>. Ling et al<sup>20</sup> hallaron menor adherencia dietética en pacientes con NYHA I-II, posiblemente por una menor percepción de necesidad de seguir una dieta baja en sodio debido a síntomas menos severos.

Asimismo, Lee KS et al<sup>25</sup> muestran que un mayor número de comorbilidades no cardiovasculares se asocia con peor autocuidado ( $\beta=-0,103$ ), coincidiendo con nuestros resultados, donde un mayor índice de Charlson se relaciona con un autocuidado más deficiente ( $p=0.008$ ;  $r=-0.312$ ).

Con relación a los pacientes con más años de diagnóstico, los resultados reflejan que tienden a tener mejor autocuidado, lo cual coincide con el estudio de Vellone et al<sup>26</sup>, quien afirma que estos pacientes presentan una adherencia alta a comportamientos como tomar medicación, seguir una dieta baja en sal y contactar al médico en caso de exacerbación. Pero a su vez, obtiene en su estudio que pacientes con menor años de diagnóstico muestran adherencia a ciertas conductas de autocuidado. Estos hallazgos no son del todo consistentes y sugieren la necesidad de más investigación para adaptar intervenciones de autocuidado según características específicas de los pacientes.

Otro aspecto relevante es la influencia del entorno sociofamiliar en el autocuidado

y la adherencia a la medicación. Los pacientes que viven solos y están solteros presentan peor autocuidado y menor adherencia, lo que subraya la importancia del apoyo social en la IC<sup>27</sup>. La literatura enfatiza que el apoyo sociofamiliar tiene una gran influencia en la adherencia, además de otros factores como creencias, normas culturales, procesos cognitivos, estado funcional.<sup>10,23,24,27-29</sup>. En un estudio transversal publicado en 2025, Qi Niu et al<sup>28</sup> identifican que la cognición y el estado de ánimo influyen de manera directa en el nivel de autocuidado y adherencia a la medicación, señalando que los pacientes con peor estado de ánimo tienden a presentar mayor olvido y menor implicación en su cuidado. Bahrodi et al, 2024<sup>29</sup>, destacan desde una perspectiva cualitativa que las creencias culturales, el déficit de apoyo y la fatiga emocional son barreras clave que dificultan el autocuidado, reforzando la necesidad de intervenciones individualizadas.

Estudios muestran que quienes reciben apoyo familiar adecuado son más adherentes<sup>24,26,27</sup>. Ling et al, 2020<sup>20</sup> destacan que dicho apoyo infunde confianza y motiva a mantener conductas como seguir la dieta o tomar la medicación. Además, la calidad de la relación con el cuidador también es determinante: relaciones positivas fomentan mayor implicación en el autocuidado tanto por parte del paciente como del cuidador<sup>12</sup>. Por tanto, es fundamental prestar atención a la participación de la familia y los amigos ya que proporcionan un gran apoyo emocional y pueden mejorar significativamente los resultados en esta población<sup>10,18,24,26,27</sup>.

En relación a la **adherencia a la medicación** de los pacientes con IC, esta se caracteriza por ser un fenómeno complejo y poco comprendido<sup>30,31</sup>. Los resultados obtenidos a través de la escala MMAS-8 muestran una adherencia media (7,52 puntos). Diversos estudios afirman que la adherencia a la medicación en pacientes con IC puede ser variable y a menudo subóptima<sup>19,32</sup>. Las tasas de adherencia a la medicación en pacientes con IC varían entre el 7% y el 90%<sup>29</sup>, lo que refleja la necesidad de más investigación sobre sus causas y sobre las barreras y facilitadores descritos en la literatura. Entre los obstáculos destacan el olvido, el coste, la polimedi-



cación y las pautas complejas. Como facilitador, destaca la alta adherencia (8 puntos) en pacientes con empleo activo, posiblemente por su mayor actividad física y mental, rutina estructurada y mejor acceso a recursos sanitarios. Estos pacientes tienden a presentar mejores resultados de salud, menos hospitalizaciones y menor mortalidad<sup>31,32</sup>.

## Limitaciones

Este estudio puede verse condicionado por su técnica de muestreo no aleatoria al limitar la representatividad de una muestra, afectando así la generalización de los resultados. Otra limitación puede ser que el estudio se basó en dos cuestionarios que pueden haber introducido un sesgo de información, ya que este tipo de herramientas pueden dar lugar a una sobreestimación o subestimación del nivel de adherencia del paciente al autocuidado y medicación. Con esto, los resultados deben interpretarse con cautela.

## Implicaciones clínicas

A la luz de estos resultados, y teniendo en cuenta las limitaciones anteriormente comentadas, se hace necesario individualizar aquellos comportamientos de autocuidado que son bajos y difícil de adherir, como el control de peso, llamar al médico en caso de aumento de peso y el ejercicio. Se podrían diseñar intervenciones de enfermería específicas en estas áreas de mejora y aprovechar el ingreso de los pacientes con IC contando con su entorno sociodemográfico (edad, estado civil, situación laboral) y estado de la enfermedad (tiempo de pronóstico y estado funcional NYHA), clasificando y estandarizando así la educación según el perfil o tipo de paciente.

Aunque se requiere más investigación con muestras mayores, los resultados nos llevan a pensar que es importante realizar la educación del paciente desde el diagnóstico, para así adquirir conductas de autocuidado tempranas involucrando a su familia y/o cuidador desde el inicio.

## Conclusiones

Los resultados de este estudio han permitido identificar tanto el nivel de autocuidado como de adherencia a la medicación en pacientes con IC, destacando las áreas con mayor deficiencia. A pesar de que la mayoría de los pacientes refieren una adherencia adecuada al tratamiento farmacológico, se identifican dificultades en la monitorización del peso, el reconocimiento temprano de signos de descompensación y la comunicación con el equipo sanitario ante cambios clínicos relevantes.

Factores como el apoyo sociofamiliar y una vida activa favorecen la adherencia y el autocuidado. Para desarrollar intervenciones educativas eficaces, es fundamental considerar las circunstancias individuales de cada paciente, su edad, cultura y contexto, además de fomentar su participación activa. Asimismo, proporcionar una red de apoyo social y estrategias específicas puede contribuir a mejorar tanto el autocuidado como la adherencia al tratamiento, especialmente en los pacientes más vulnerables.

## Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todas las personas que han hecho posible la realización de este estudio. Agradecemos al Equipo de Ayuda a la Investigación de la Clínica Universidad de Navarra por su apoyo en el análisis de datos y realización de test estadísticos. Asimismo, agradecemos al personal de enfermería y a los pacientes que han participado en el estudio por su tiempo y colaboración.

## Bibliografía

1. Jo A, Ji Seo E, Son YJ. *The roles of health literacy and social support in improving adherence to self-care behaviours among older adults with heart failure*. Nurs Open. 2020 Aug 18;7(6):2039-2046. doi: [10.1002/nop2.599](https://doi.org/10.1002/nop2.599).
2. Wang Q, Dong L, Jian Z, Tang X. *Effectiveness of a PRECEDE-based education intervention on quality of life in elderly patients with chronic heart failure*. BMC Cardiovasc Disord. 2017 Oct 16;17(1):262. doi: [10.1186/s12872-017-0698-8](https://doi.org/10.1186/s12872-017-0698-8).



3. Sicras-Mainar A, Sicras-Navarro A, Palacios B, Varela L, Delgado JF. Epidemiology and treatment of heart failure in Spain: the HF-PATHWAYS study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2022 Jan;75(1):31-38. English, Spanish. doi: [10.1016/j.rec.2020.09.033](https://doi.org/10.1016/j.rec.2020.09.033).
4. Anguita Sánchez M, Crespo Leiro MG, de Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso-Pulpón L, Muñiz García J; PRICE Study Investigators. Prevalence of heart failure in the Spanish general population aged over 45 years. The PRICE Study. *Rev Esp Cardiol*. 2008 Oct;61(10):1041-9. doi: [10.1016/s1885-5857\(09\)60007-4](https://doi.org/10.1016/s1885-5857(09)60007-4).
5. Sedlar N, Lainscak M, Farkas J. Self-care perception and behaviour in patients with heart failure: A qualitative and quantitative study. *ESC Heart Fail*. 2021 Jun;8(3):2079-2088. doi: [10.1002/ehf2.13287](https://doi.org/10.1002/ehf2.13287).
6. Méndez-Bailón M, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Comín-Colet J, Esteban-Hernández J, de Miguel-Díez J, et al. Significant and constant increase in hospitalization due to heart failure in Spain over 15 year period. *Eur J Intern Med*. 2019 Jun;64:48-56. doi: [10.1016/j.ejim.2019.02.019](https://doi.org/10.1016/j.ejim.2019.02.019)
7. Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail*. 2003 Jun;5(3):363-70. doi: [10.1016/s1388-9842\(02\)00253-2](https://doi.org/10.1016/s1388-9842(02)00253-2).
8. Kessing D, Denollet J, Widdershoven J, Kupper N. Self-Care and Pathophysiological Function in Patients with Chronic Heart Failure. *Int J Behav Med*. 2019 Dec;26(6):629-644. doi: [10.1007/s12529-019-09822-2](https://doi.org/10.1007/s12529-019-09822-2).
9. Riegel B, Barbaranelli C, Carlson B, Sethares KA, Daus M, Moser DK, et al. Psychometric Testing of the Revised Self-Care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs*. 2019 Mar/Apr;34(2):183-192. doi: [10.1097/JCN.0000000000000543](https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000543).
10. Cousin L, Buck H, Benitez B, Mills P, Redwine L. A Structural Equation Model of Gratitude, Self-efficacy, and Medication Adherence in Patients With Stage B Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2020 Nov/Dec;35(6):E18-E24. doi: [10.1097/JCN.0000000000000721](https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000721).
11. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*. 2018; 59(3): 163-172
12. Hooker SA, Schmiege SJ, Trivedi RB, Amoyal NR, Bekelman DB. Mutuality and heart failure self-care in patients and their informal caregivers. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018 Feb;17(2):102-113. doi: [10.1177/1474515117730184](https://doi.org/10.1177/1474515117730184).
13. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versión. [www.OpenEpi.com](http://www.OpenEpi.com), actualizado 2013/04/06, accedido 2025/03/26.
14. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España [Use of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS) in a heart failure unit in Spain]. *Rev Esp Cardiol*. 2006 feb;59(2):166-70. Spanish.
15. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008 May;10(5):348-54. doi: [10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x).
16. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986 Jan;24(1):67-74.
17. Miricioiu C, Atkinson J. A Comparison of Parametric and Non-Parametric Methods Applied to a Likert Scale. *Pharmacy (Basel)*. 2017 May 10;5(2):26. doi: [10.3390/pharmacy5020026](https://doi.org/10.3390/pharmacy5020026).
18. Mlynarska A, Golba KS, Mlynarski R. Capability for self-care of patients with heart failure. *Clin Interv Aging*. 2018 Oct 8;13:1919-1927. doi: [10.2147/CIA.S178393](https://doi.org/10.2147/CIA.S178393).
19. Riegel B, Moser DK, Buck HG, Dickson VV, Dunbar SB, Lee CS, et al. Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *J Am Heart Assoc*. 2017;6(9):e006997; <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.006999>.
20. Ling RZQ, Jiao N, Hassan NB, He H, Wang W. Adherence to diet and medication and the associated factors among patient with chronic heart failure in a multi-ethnic society. *Heart Lung*. 2020 Mar-Apr;49(2):144-150. doi: [10.1016/j.hrtlng.2019.11.003](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2019.11.003).
21. Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, et al; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2021 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2021 Feb 23;143(8):e254-e743. doi: [10.1161/CIR.0000000000000950](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950).
22. Tsao CW, Aday AW, Almarzoq ZI, Alonso A, Beaton AZ, Bittencourt MS, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2022 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2022 Feb 22;145(8):e153-e639. doi: [10.1161/CIR.0000000000001052](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001052). Epub 2022 Jan 26. Erratum in: *Circulation*. 2022 Sep 6;146(10):e141. doi: [10.1161/CIR.0000000000001074](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001074).
23. Sugebo ES, Kassie TW, Gobena T, Tibore TK, Sebros SF, Ermolo TL. Self-care behavior and associated factors among adult heart failure patients in outpatient cardiac follow-up unit at Wachemo University Nigist Eleni Comprehensive Specialized Hospital, Southern Ethiopia. *BMC Cardiovasc Disord*. 2024 May 7;24(1):238. doi: [10.1186/s12872-024-03901-3](https://doi.org/10.1186/s12872-024-03901-3).
24. Heo S, Moser DK, Lennie TA, Fischer M, Kim J, Walsh MN, et al. Varied Factors were Associated with Different Types of Self-Care in Heart Failure. *West J Nurs Res*. 2021 Apr;43(4):298-306. doi: [10.1177/0193945920950334](https://doi.org/10.1177/0193945920950334).
25. Lee KS, Moser DK, Dracup K. The association between comorbidities and self-care of heart failure: a cross-sectional study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2023 Mar 27;23(1):157. doi: [10.1186/s12872-023-03166-2](https://doi.org/10.1186/s12872-023-03166-2).



26. VELLONE E, FIDA R, GHEZZI V, D'AGOSTINO F, BIAGIOLI V, PATURZO M, ET AL. *Patterns of Self-care in Adults With Heart Failure and Their Associations With Sociodemographic and Clinical Characteristics, Quality of Life, and Hospitalizations: A Cluster Analysis*. J Cardiovasc Nurs. 2017 Mar/Apr;32(2):180-189. doi: [10.1097/JCN.0000000000000325](https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000325).
27. D'SOUZA PJJ, LEWIS MS, PARAMASIVAM G, NORONHA JA, KUSUMAVATHI P, DEVASIA T, ET AL. *Factors associated with self-care behavior among heart failure patients in India: A systematic review*. J Educ Health Promot [Internet]. 2025;14(1). [http://dx.doi.org/10.4103/jehp.jehp.1778\\_24](http://dx.doi.org/10.4103/jehp.jehp.1778_24).
28. NIU Q, MA W, LIN Y, DONG Y. *Cognition, mood, self-care, and medication adherence in hospitalized patients with heart failure: a cross-sectional study*. Sci Rep. 2025;15:4531. doi: [10.1038/s41598-024-80008-x](https://doi.org/10.1038/s41598-024-80008-x).
29. BAHRODI PS, SAFA A, AJORPAZ NM, AVANJI FSI. *Heart failure patients' experiences of self-care neglect: a content analysis*. BMC Cardiovasc Disord [Internet]. 2024;24(1):736. <http://dx.doi.org/10.1186/s12872-024-04347-3>.
30. MERAZ R. *Medication Nonadherence or Self-care? Understanding the Medication Decision-Making Process and Experiences of Older Adults With Heart Failure*. J Cardiovasc Nurs. 2020 Jan/Feb;35(1):26-34. doi: [10.1097/JCN.0000000000000616](https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000616).
31. WU JR, MOSER DK, CHUNG ML, LENNIE TA. *Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure*. J Card Fail. 2008 Sep;14(7):603-14. doi: [10.1016/j.cardfail.2008.02.011](https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2008.02.011). Epub 2008 May
32. RUPPAR TM, COOPER PS, MEHR DR, DELGADO JM, DUNBAR-JACOB JM. *Medication Adherence Interventions Improve Heart Failure Mortality and Readmission Rates: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials*. J Am Heart Assoc. 2016 Jun 17;5(6):e002606. doi: [10.1161/JAHA.115.002606](https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002606).

