

La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem

RESUMEN

Objetivo: el presente artículo constituye una actualización del papel fundamental de los profesionales de enfermería en el cuidado de las personas con enfermedad crónica de origen cardiovascular. **Método:** se abordan dos aspectos importantes: la adherencia y el autocuidado. Esta revisión pretende trascender la visión biomédica con que se originó la concepción de adherencia terapéutica por una mirada integradora del autocuidado. **Resultados:** se aclara el significado del autocuidado al presentar una desviación de la salud como un sistema integrador que permite al enfermo ser competente en su autocuidado —desde el diagnóstico y durante toda la trayectoria de la enfermedad—, permitiéndole aplicar el conocimiento relevante o significativo brindado por los prestadores de salud, y que es necesario para mantenerse estable. **Conclusiones:** se presenta la complejidad del autocuidado desde el quehacer de enfermería, abordando el Modelo de Orem que constituye un aporte disciplinar importante y una opción de vida para la persona que padece enfermedad cardiovascular.

PALABRAS CLAVE

Autocuidado, enfermería, Enfermedad cardiovascular, Teoría de enfermería (Fuente: DeCs, Bireme).

Adherence to Self-Care among Persons with Cardiovascular Disease: An Approach Based on the Orem Model of Nursing

ABSTRACT

Objective: The following article constitutes an update on the fundamental role of nursing professionals in providing care to persons suffering from a chronic illness of cardiovascular origin. **Method:** Two important aspects are addressed: adherence and self-care. The

1. Magister. Universidad del Tolima, Colombia. mcolivel@ut.edu.co

2. Magister. Universidad del Tolima, Colombia.

3. Magister. Directora Programa de Enfermería, Universidad del Tolima, Colombia.

aim of this review is to go beyond the biomedical vision that gave rise to the concept of therapeutic adherence and to move towards a more comprehensive idea of self-care. **Results:** The meaning of self-care is clarified by presenting health as an integrating system that affords the patient competence for his/her own care -beginning with diagnosis and continuing throughout the entire course of the illness- by allowing the patient to apply relevant or significant knowledge that is supplied by health care providers and necessary to keep the patient stable. **Conclusions:** The complexity of self-care is examined in light of the work of nursing, with a look at the Orem model, which represents an important contribution to the discipline and a life-style option for the person with a cardiovascular disease.

KEY WORDS

Self-care, nursing, cardiovascular disease, nursing theory (Source: DeCs, Bireme).

A aderência ao autocuidado em pessoas com doença cardiovascular: uma abordagem a partir do modelo de Orem

RESUMO

Objetivo: o presente artigo constitui uma atualização do papel fundamental dos profissionais de enfermagem no cuidado das pessoas com doença crônica de origem cardiovascular. **Método:** abordam-se dois aspectos importantes: a aderência e o autocuidado. Esta revisão pretende transcender a visão biomédica com a qual se originou a noção de aderência terapêutica por um olhar integrador do autocuidado. **Resultados:** esclarece-se o significado do autocuidado ao apresentar um desvio da saúde como um sistema integrador que permite ao doente ser competente em seu autocuidado – desde o diagnóstico e durante toda a trajetória da doença – permitindo-lhe aplicar o conhecimento relevante ou significativo promovido pelos prestadores de saúde, e que é necessário para se manter estável. **Conclusões:** apresenta-se a complexidade do autocuidado a partir da tarefa da enfermagem, abordando o Modelo de Orem que constitui uma contribuição disciplinar importante e uma opção de vida para a pessoa que padece doença cardiovascular.

PALAVRAS-CHAVE

Autocuidado, enfermagem, doença cardiovascular, teoria de enfermagem (Fonte: DeCs, Bireme).

Realidad del problema

Cada día aumentan los datos de morbilidad y mortalidad relacionados con el incremento de la enfermedad crónica. En Colombia los indicadores reportados por el Ministerio de Protección Social evidencian cómo las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas de tipo cardiovascular superan otras causas de muerte incluyendo: la violencia, las enfermedades transmisibles, las lesiones neoplásicas y constituyen el 86.9% de la mortalidad general.

El fenómeno de la enfermedad cardiovascular afecta por igual a las personas de los países industrializados y no industrializados. Para el caso de Norteamérica el panorama no es más alentador, esta enfermedad constituye una seria amenaza a la salud y a la esperanza de vida de las personas (3).

"Más de 5 millones de norteamericanos tienen insuficiencia cardíaca, y la incidencia sigue creciendo tanto en hombres como en mujeres, con más de 500.000 nuevos casos por año" (4).

"Los costos en el 2007 excedieron los 33 millones de dólares. Además de la carga económica de la hospitalización, el número de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca se interpreta como un predictor de mortalidad" (4).

La carga que genera la enfermedad cardiovascular se caracteriza por la gravedad de los síntomas, los tratamientos que requieren la toma de un gran número de medicamentos diarios, y la adopción de nuevas formas de vida que afectan la cotidianidad (5), la intimidad y las costumbres; todo esto hace que el enfermo sienta una gran demanda de la enfermedad, lo que vuelve más lejano el logro de un estado de salud estable, llegando así más rápidamente a una nueva hospitalización.

Asimismo, la enfermedad cardiovascular ocasiona otro tipo de problemas como son disminución de la capacidad funcional, aislamiento social y aumento en las hospitalizaciones, factores estos determinantes en el aumento de los costos de la salud.

En el caso específico de las personas con enfermedad cardiovascular, muchas complicaciones podrían prevenirse o tratarse a tiempo con la inclusión de comportamientos de autocuidado que entren a modificar aquellas conductas detectadas como riesgo. Entre estas conductas de autocuidado podrían citarse el control diario del peso, la disminución de la ingesta de sodio, el ejercicio cardiovascular mínimo tres veces a la semana, la toma de la medicación en las dosis y los horarios establecidos, entre otras, que son conductas

cotidianas consideradas como "la piedra angular del tratamiento para los pacientes con enfermedades cardiovasculares" (2, 4, 5).

Sin embargo, en la rutina de los programas para la detección de las alteraciones del adulto mayor de 45 años que se llevan a cabo en nuestro país, los controles hacen énfasis en la valoración de la toma de medicamentos, cuando con el mismo esfuerzo se podría lograr que la persona se adhiera a todas las conductas necesarias para el mantenimiento de la salud, es decir, al autocuidado, como un comportamiento multidimensional determinado de una manera holística (6). El fomento del autocuidado se concreta en una serie de acciones que la persona (paciente) debe asumir sin la vigilancia, el apoyo y el seguimiento diario del prestador de salud. El control y seguimiento de estas recomendaciones se hará solamente en cada cita mensual, para saber cómo va la evolución.

En la práctica se observa que las recomendaciones brindadas por el prestador de salud se quedan en la buena intención del enfermo.

Los pacientes se enfrentan a menudo con la terrible realidad de que muchos de estos cambios son difíciles, si no abrumadores de hacer. Cambios en hábitos alimentarios y patrones de ejercicio son un reto para la mayoría. Aprender a tomar múltiples medicamentos y el reconocimiento de los síntomas puede ser difícil, si no imposible, para algunos pacientes (por ejemplo, las personas de edad avanzada y las personas con baja alfabetización en salud) (7).

Fomentar la adherencia al autocuidado como elemento fundamental para afrontar las molestias que ocasiona este grupo de enfermedades permite mejorar la calidad y esperanza de vida del enfermo, reduciendo la morbilidad y la mortalidad (1, 4).

Es imperativo que los profesionales de enfermería reconozcan la magnitud del daño que la enfermedad cardiovascular ocasiona en la población, pero es mucho más importante que estén convencidos de lo que se puede lograr con acciones dirigidas a fomentar el autocuidado de las personas que viven con este flagelo. Para esto, el fomento del autocuidado se debe adoptar como una estrategia para enfrentar los síntomas, prevenir las recaídas y aumentar la expectativa y la calidad de vida del enfermo.

El fomento del autocuidado

El fomento del autocuidado generalmente se queda en una simple lista de tareas y es a "menudo olvidado debido principalmente a que se centra en algo que el enfermo domina, en lugar

de algo que el personal del sistema de asistencia sanitaria o los proveedores de servicios de salud, pueden controlar y proveer, especialmente en las personas no hospitalizadas". Sin embargo, los investigadores han demostrado que el fomento del autocuidado que promueve la adherencia del paciente puede reducir la morbilidad y la mortalidad (2, 4, 7, 8) y, por tanto, puede optimizar los resultados clínicos (3).

Seguir adecuadamente el tratamiento hace parte del éxito en el mantenimiento de la salud en las enfermedades cardiovasculares (9, 10); no obstante, esta sola actividad no garantiza la no reaparición de síntomas.

Frente al aumento de las enfermedades de origen cardiovascular se han planteado soluciones ligadas al avance de las tecnologías biomédicas, los tratamientos quirúrgicos y farmacológicos que pretenden, si no proporcionar la curación, al menos proveer elementos rápidos de mejoría; la persona que vive esta situación de salud espera a menudo respuestas desde la medicina que mejoren su estado (11, 12). Pero la realidad es otra, las enfermedades cardiovasculares ofrecen un panorama típico de la cronicidad caracterizado por el desequilibrio y la incertidumbre, en donde la persona es en gran medida responsable de su salud. El reto para estas personas "radica en la capacidad para cuidar de sí mismos, reconocer y manejar sus síntomas, adherirse a un régimen de tratamiento muy complejo, y adaptar los mecanismos existentes o establecer nuevos comportamientos de conducta para mejorar la salud o prevenir las exacerbaciones". (5). El autocuidado se convierte así en una medida alentadora y eficaz para hacer frente a la enfermedad.

Infortunadamente, la literatura disponible sobre la eficacia de los programas que imparten los proveedores de asistencia sanitaria dirigida a los pacientes en relación con el autocuidado es limitada (3).

La importancia de fomentar el autocuidado como función disciplinar radica en que "cuidar de sí mismo es una construcción especialmente importante debido a que capta la esencia de nuestra filosofía y una dimensión clave de nuestra práctica" (13, 14). Desde la enfermería se puede alentar a las personas a direccionar su autocuidado y, sobre todo, a demostrar que este es posible; esto repercutirá en un mejor estado de salud para muchas personas. Se requiere, entonces, implementar y probar acciones que lo muestren.

Las pocas intervenciones probadas son prometedoras, pero se necesita investigación adicional. En este sentido, es pertinente utilizar el Modelo de Orem con sus tres teorías: la del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado, y la teoría del sistema de enfermería como estrategia para abordar e intervenir a aquellas personas con enfermedad cardiovascular y fomentar el autocuidado como un todo, aportando elementos disciplinares para intervenir un problema real que afecta a la población mundial.

La utilización del Modelo de Orem permite, además, generar un marco teórico que guíe la investigación, con el fin de limitar la conceptualización en un tema como el autocuidado que puede prestarse a confusión. "Un elemento confuso de la literatura relacionada con el concepto de cuidar de sí mismo, es el uso de terminología variada e inconsistente: cuidados personales, autocuidado, automonitorización, autorregulación, la adhesión y el cumplimiento, todos estos se utilizan indistintamente, a menudo dentro de la misma fuente" (13).

Según este modelo, "el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar" (13), algunas de ellas pueden ser prescritas por el médico y otras no (13). Entre estas actividades estaría, como se mencionó, la toma del medicamento, el control de peso, la dieta baja en sal, el ejercicio, entre otras.

Entender el autocuidado en su esencia requiere reconocer las premisas sobre las que se basa la teoría:

- El autocuidado es *una conducta*, una actividad aprendida.
- Las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidar de sí mismas para mantener la vida racional y la salud.

Al reconocer que el autocuidado es una conducta, se convierte en un hecho real, en una acción fruto del aprendizaje, en donde interactúan el profesional de enfermería y la persona o ser cuidado. En este sentido, se requiere de la participación de enfermería como servicio humano que satisface los requerimientos de la vida diaria de la persona con una alteración de la salud específica y, por parte de la persona cuidada, la comprensión de una serie de tareas que debe realizar a diario. Para que estas actividades sean asimiladas debe mediar un proceso educativo en donde se orienten y supervisen las acciones antes de ser realizadas en forma autónoma por la persona en su casa.

En la formación del profesional de enfermería se deben brindar los elementos del Modelo de Orem para poder interactuar de una manera natural al brindar educación a la persona cuidada.

Seguidamente se planteará una aproximación a la aplicación del Modelo de Orem a una persona con enfermedad cardiovascular.

Abordaje del autocuidado desde el Modelo de Orem

En este abordaje se tomarán diferentes elementos de cada una de las teorías del Modelo de Orem.

En la última revisión hecha por el Nursing Development Conference Group al Modelo de Orem se definen una serie de factores inherentes a la persona y a su entorno que condicionan de diversa manera las demandas de autocuidado terapéutico. Estos factores son: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud (diagnóstico y modalidades de tratamiento), factores del sistema familiar, patrón de vida —incluyendo actividades de la rutina diaria—, factores ambientales, y disponibilidad y adecuación de recursos.

En la vivencia del paciente con enfermedad cardiovascular se deben valorar estos factores, que pueden ser internos o externos a la persona, pero que afectan directamente la capacidad para ocuparse del cuidado propio.

Es fundamental, además, que los profesionales de enfermería valoren cómo cada uno de estos factores influencia y determina la experiencia de la enfermedad y, a su vez, cómo pueden afectar positiva o negativamente el desarrollo y empoderamiento del autocuidado.

Para el desarrollo y la implementación de medidas diarias de autocuidado se requiere la valoración de esta capacidad en la persona, lo que Orem define como la agencia de autocuidado, necesaria y acorde a las limitaciones propias de la capacidad funcional de las personas que padecen una enfermedad cardiovascular.

Es pertinente resaltar que, para abordar su autocuidado, las personas que viven en situación de cronicidad deben conocer además cuáles son los requisitos de autocuidado relacionados con la enfermedad que padecen, a partir de las medidas de cuidados

prescritas o realizadas por los médicos (13), que pueden ser diagnósticas o relacionadas con el tratamiento.

Orem define seis categorías de requisitos de autocuidado (13):

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos, o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patología humana.
2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
3. Llevar a cabo las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.
4. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro.
5. Modificar el autoconcepto (y la autoimagen) para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de la salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y los estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuado.

Si el enfermo reconoce cuáles son los requisitos de autocuidado específicos que requiere en su situación de desviación de la salud, podrá hacerse competente para abordar su autocuidado y aplicar el conocimiento relevante que le es brindado por los prestadores de salud.

En este sentido, la responsabilidad de enfermería radica en conocer y calcular cuál es la demanda de autocuidado terapéutico que tiene cada persona.

El concepto de *demanda de autocuidado terapéutico* fue introducido en 1970 (13); antes de esto se usaban los términos *demanda de acción* y *demanda de autocuidado* para referirse a la cantidad y el tipo de cuidados que las personas deberían realizar o habían realizado para sí mismas dentro de un marco temporal.

La demanda de autocuidado terapéutico puede estar influenciada por los llamados factores básicos condicionantes (13).

La demanda de autocuidado terapéutico varía de acuerdo con los requisitos del mismo, de allí la necesidad de conocer en primera estancia cuáles son los requerimientos de autocuidado para cada condición de desviación de la salud y en particular en cada persona. Esto representa un amplio escenario para la investigación y producción de conocimiento enfermero, especialmente porque el autocuidado puede resultar gravoso y a veces abrumador para los individuos. Un buen diseño de la demanda de autocuidado terapéutico puede disminuir el estrés de las actividades para satisfacerlo (13).

A continuación se tratarán algunos elementos de interés enunciados en la teoría de Orem para la persona con alteración cardiovascular:

Respecto a los factores básicos condicionantes es importante tener en cuenta cómo influyen directamente sobre la persona con enfermedad cardiovascular, entre ellos están la edad (mayores de 45 años), el sedentarismo (la falta de actividad física cardiovascular mínimo tres veces a la semana), las alteraciones relacionadas con la aparición de patologías crónicas para adultos mayores de 45 años (diabetes, hipertensión arterial, entre otras), factores del sistema de cuidado de salud específicamente en la modalidad de tratamiento (el gran número de medicamentos que tiene que tomar la persona para mantener controlada la enfermedad).

La capacidad de la agencia de autocuidado definida por Orem como la habilidad para ocuparse de sí mismo puede estar relacionada directamente con la capacidad funcional del enfermo y depende del tamaño de la lesión en el músculo cardíaco, lo que repercute en la realización de las actividades de la vida diaria. Cualquier aumento en las demandas de actividad física va a recaer directamente sobre el deterioro de la capacidad funcional, limitando el poder hacer o no la actividad. Este mismo deterioro influye en la capacidad de autocuidado del enfermo.

En el cuadro 1 se tratarán los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud para la persona con enfermedad cardiovascular.

En este sentido, al esclarecer cuáles son las demandas específicas de autocuidado de la persona con enfermedad cardiovascular se requerirá de un cambio generalmente radical en el estilo de vida que incluye acciones diarias para el manejo de la enfermedad. Los programas de manejo incluyen la educación sobre el autocuidado y el comportamiento de las acciones de vigilancia (14) (especialmente amplios mensajes acerca de tomar las medicinas como se ordena, hacer ejercicio con regularidad, una dieta baja en sodio, el seguimiento diario de valores de peso, la comunicación sobre empeoramiento de los síntomas a los proveedores de asistencia sanitaria); sin embargo, el nivel de intensidad y la atención a estos aspectos del autocuidado en una intervención multimodal son poco conocidos (3).

Las lagunas en el conocimiento enfermero abarcan todos los temas de autocuidado estudiados (toma de medicamentos, control de líquidos, cuidados con la dieta, ejercicio y la identificación temprana de síntomas) (15, 16).

"La falta de resultados de investigación sobre estos temas dificulta a los profesionales de la salud el poder conocer cuál es la información definitiva, más importante que se debe suministrar y esto repercute para que las instituciones cada día reduzcan el tiempo asignado a la educación y a la adquisición de capacidades de estos comportamientos de autocuidado, se necesitan estudios controlados, aleatorizados, multicéntricos para ofrecer información más completa, así como pruebas de lo que significa el empoderarse realmente del autocuidado y de lo que el fomento del autocuidado integrador puede hacer como estrategia de ayuda a la persona para afrontar la cronicidad. El área de autocuidado a pacientes crónicos es aquella en la que las enfermeras podrían ser los principales investigadores" (5).

Agradecimientos

Las autoras expresan especial agradecimiento a la profesora María Mercedes Durán de Villalobos por su orientación en el desarrollo del presente artículo.

Cuadro 1. Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud para la persona con enfermedad cardiovascular

Requisito de autocuidado en desviación de la salud	Requisito de autocuidado de la persona con enfermedad cardiovascular
<ul style="list-style-type: none"> - Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patología humana. 	<p>Buscar ayuda si presenta signos de alarma como: aumento de fatiga, ahogo, incremento de peso, palpitaciones, edemas de miembros inferiores (MMII) que no desaparecen. Valorar conocimientos a cerca de los problemas propios de la patología: en caso de ser necesario reforzar los correctos, corregir los erróneos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo. 	<p>Es importante que la persona que padece la enfermedad cardiovascular reconozca los signos y síntomas que le indiquen que se está descompensando, lo que le va a permitir solicitar atención oportunamente.</p> <p>Por ejemplo, en el aumento de peso y presencia de edema en MMII: distribuir o modificar el horario de diuréticos que no vayan a alterar su descanso y sueño. Determinar el efecto de la medicación en el esquema de sueño.</p> <p>Elevar cabecera de la cama para que disminuya la fatiga.</p> <p>Conocer la composición de los alimentos y así disminuir la sal y redistribuir la cantidad y horas de comidas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado a la corrección de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades. 	<p>Importancia del autocuidado en: dieta baja en sal, actividad y ejercicio acorde a sus capacidades y a las limitaciones físicas del paciente.</p> <p>Enseñarle la manera fácil de identificar intolerancia a la actividad o al ejercicio físico con: palpitaciones (arritmias), disnea, diaforesis, palidez, FR, de acuerdo con su capacidad funcional realizar la programación de actividad en el horario más adecuado, por ejemplo, en las mañanas, y no realizarlo después de haber hecho otra actividad como la ingesta de alimentos.</p> <p>Ayudar al paciente a establecer los periodos de descanso acordes sus las capacidades y a la alarma de presencia de signos que le indiquen el grado de dificultad para realizarlo evitando ambientes y situaciones de alto riesgo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo. 	<p>Dentro de las medidas terapéuticas recomendadas por el médico se encuentran: dieta baja en sal, control de peso, realizar ejercicio, control de la presión arterial, triglicéridos, colesterol, glicemia, toma de medicamentos.</p> <p>Estas recomendaciones pueden ser realizadas de forma eficaz, pero de igual manera pueden haber personas que no las realicen de la manera correcta.</p> <p>Algunas de las formas del manejo ineficaz del régimen terapéutico pueden estar relacionadas con: complejidad del régimen terapéutico, déficit de conocimientos en cuanto a efectos secundarios, beneficios; la persona debe manifestar el grado de dificultad para poder realizar las recomendaciones.</p> <p>Es importante que la persona evite conductas que puedan descompensarlo como son: la no ingesta de la medicación, dieta rica en sodio, ejercicio con alto grado de dificultad, aumento de peso los cuales agravan la patología y ocasionan recaídas que deterioran la calidad de vida.</p> <p>La persona con este tipo de patología debe identificar los resultados positivos cuando acoge el régimen terapéutico adecuado y cuando no, y así modificar la conducta desfavorable.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Modificar el autoconcepto (y la autoimagen) para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de la salud. 	<p>La enfermedad cardiovascular como patología crónica requiere que la persona que padece la enfermedad acepte su condición, lo cual lleva inmersos unos cambios en su vida los cuales ella misma debe reconocer su benefici, entre ellos están: cambios en la nutrición, en la actividad física, en la ingesta de líquidos, en su aspecto físico (edema, disnea, ortopnea), recaídas que ocasionan hospitalizaciones repetidas, y la toma de gran cantidad de medicamentos. Interiorizar esta cantidad de recomendaciones se puede observar en el grado de aceptación de padecer esta enfermedad y de su autocuidado.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y los estados patológicos, y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuado. 	<p>Todos los cambios que tiene que realizar la persona que padece la enfermedad cardiovascular, no solamente en su estilo de vida sino en todos los aspectos que favorecen su condición de salud, se verán reflejados en su propio autocuidado. Cambios que deben ser para siempre, no por el momento, y que de una u otra manera se modificarán de acuerdo al grado de complejidad de la patología. Todos estos cambios le permiten a la persona aprender a vivir con sus limitaciones, pero de igual manera a optimizar otros aspectos que pueden ser útiles para su desarrollo personal.</p>

Referencias bibliográficas

1. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. OMS; 2004.
2. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, et al. Directrices para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica: resumen ejecutivo (actualización 2005): el Grupo de Trabajo para el Diagnóstico y Tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica de la Unión Europea. *Eur Heart J*. 2005; 26 (11): 1115, 1140.
3. Albert NM. Promoting Self-care in Heart Failure: State of Clinical Practice Based on the Perspectives of Healthcare Systems and Providers. *May/June 2008*; 23 (3): 277-284.
4. Granger B, Sandelowski M, Tahshjain Hera, Swedberg K, Inger E. A Qualitative Descriptive Study of the Work of Adherence to a Chronic Heart Failure Regimen Patient and Physician Perspectives. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2009; 24 (4): 308 y 315.
5. Rich M. Management of heart failure in the elderly. *Heart Fail Rev* 2002; 7: 89-97.
6. Bonilla CP. Adherencia y factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Editorial Guadalupe; 2007.
7. Evangelista LS, Shinnick MA. What Do We Know About Adherence and Self-care? *Journal of Cardiovascular Nursing* 2008; 23 (3): 250-257.
8. Kutzleb J, Reiner D. The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *J Am Acad Nurse Pract* 2006; 18: 116-123.
9. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. ACC/AHA. Actualización de la orientación para el diagnóstico y manejo de insuficiencia cardiaca crónica en los adultos: un informe de la American College of Cardiology / American Heart Asociación Circulación 2005; 112 (12): e154 y 235.
10. Tsuyuki RT, McKelvie RS, Arnold JM, et al. Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations. *Arch Intern Med* 2001; 161: 2337-2342.
11. Schweitzer RD, Head K, Dwyer JW. Psychological Factors and Treatment Adherence Behavior in Patients with Chronic Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2007; 22 (1): 76-83.
12. Riegel B, Vaughan V. A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2008; 23 (3): 190-196.
13. Orem, DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, Savat; 1993.
14. Moser MK, Watkins JF. Conceptualizing self-care in heart failure: a life course model of patient characteristics. *J Cardiovasc Nurs* 2008; 23: 205-218.
15. Jovicic A, Holroyd-Leduc JM, Straus S. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Dis* 2006; 6: 43.
16. Granger BB, Swedberg K, Ekman I, et al. Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the Charm programme: double-blind, randomized, controlled clinical trial. *Lancet* 2005; 366: 2005-2011.

Enlaces web de interés sobre autocuidado en enfermedades crónicas

Improving Chronic Illness Care: www.improvingchroniccare.org

Institute for Healthcare Improvement: www.ihl.org

Health Services Management Centre. University of Birmingham: www.hsmc.bham.ac.uk

International Network of Integrated Care: www.integratedcarenetwork.org

CDC Preventing Chronic Disease Journal: www.cdc.gov/pcd/index.htm

Stanford Patient Education Research Center: patienteducation.stanford.edu/

Flinders Human Behaviour & Health Research Unit: som.flinders.edu.au/FUSA/CCTU/home.html

The Oxford Health Alliance: www.oxha.org

<http://www.pacienteexperto.org/autocuidado.php>.