

Género y efectividad de la metodología enfermera en pacientes con insuficiencia cardiaca

RESUMEN

Estudios recientes demostraron que una intervención enfermera de educación sanitaria en la insuficiencia cardiaca (IC) evita descompensaciones. Por otro lado, dado que existen diferencias de género en los patrones de la IC, las intervenciones tendrán también efectos distintos. **Objetivos:** determinar la existencia de posibles diferencias según el género de los pacientes, en el efecto de una intervención enfermera respecto al autocuidado. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio cuasiexperimental con pacientes atendidos en consulta de IC (129), seleccionados en dos tiempos, primer trimestre año grupo control (62), y segundo trimestre año grupo intervención (67). Todos se evaluaron tres veces: primera consulta, tres y seis meses. Al grupo intervención se aplicó en cada visita una intervención enfermera que consistía en educación terapéutica, control y seguimiento de su IC. **Resultados:** Inicio: T.A. sistólica hombres $133,90 \pm 0,96$ (DE 27,77); mujeres $119,64 \pm 0,57$ (DE 18,72). Cuidador 93% hombres, 63% mujeres. Conducta terapéutica $2,07 \pm 0,02$ (DE 0,20) hombres; $3,04 \pm 0,01$ (DE 0,31) mujeres. Final: autocuidado $-16,00 \pm 2,08$ (DE 10,99) hombres; $-9,68 \pm 2,22$ (DE 12,92) mujeres. Adherencia terapéutica $1,32 \pm 0,35$ (DE 1,83) hombres, $2,94 \pm 1,87$ (DE 10,93) mujeres. Mejoría muy similar de la Nursing Outcomes Classification (NOC) en todos. **Conclusiones:** en el grupo de estudio participaron más mujeres. Los hombres tuvieron más comorbilidad, consumo de tabaco, alcohol. Inicialmente los hombres presentaban mejor calidad de vida. Después de la intervención mejora el autocuidado en todos los participantes pero el doble en hombres. También mejora adhesión terapéutica en todos, en las mujeres mejora el doble. Todos los pacientes mejoran respecto a la calidad de vida y resultados NOC.

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia cardíaca; identidad de género; planificación de cuidados; intervenciones enfermería; enfermería cardiovascular (Fuente: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2016.16.3.4

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Viñas-Vera C, García-Parra AM, Morales-Gil IM. Género y efectividad de la metodología enfermera en pacientes con insuficiencia cardiaca. Aquichan. 2016; 16(3): 313-327. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.3.4

1 Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, España. cipriano.vinas.sspa@juntadeandalucia.es
2 Universidad de Málaga, España. amgp@uma.es
3 Universidad de Málaga, España. inmorales@gmail.com

Gender and Effectiveness of the Nursing Methodology in Heart Failure Patients

ABSTRACT

Recent studies show that nurse intervention in health education in Heart Failure (HF) prevents decompensation in Heart Failure (HF). Furthermore, given gender differences in HF patterns, the interventions will also have different effects. **Objective:** To determine the existence of possible differences in the effects of a nurse's intervention regarding self-care based on the patient's gender. **Materials and method:** A quasi-experimental study was carried out with HF patients (129). They were selected at two different times: first quarter's control group (62) and second quarter's intervention group (67). They were all assessed three times: first appointment, three and six month check-ups. The intervention group underwent a nurse intervention during each visit, consisting of therapeutic education, control and monitoring of their HF. **Results:** Beginning: Systolic blood pressure in men 133.90 ± 0.96 (DE 27.77), women 119.64 ± 0.57 (DE18.72). Caregiver 93% male, 63% female. Therapeutic approach $2.07 + 0.02$ (DE0.20) men, $3.04 + 0.01$ (DE 0.31) women. Final: self-care -16.00 ± 2.08 (DE10.99) men, -9.68 ± 2.22 (DE12.92) women. Therapeutic adherence 1.32 ± 0.35 (DE1.83) men, 2.94 ± 1.87 (DE10.93) women. Very similar improvements in the NOC of all patients. **Conclusions:** More women participated in the study than men; [1] the former showed a higher percentage of comorbidity, smoking and alcohol consumption than women and they had an informal caregiver. As to self-care and adherence to treatment, no significant differences were found between genders, while quality of life was better in men. After the intervention, the researchers found that all patients improved in terms of quality of life and NOC (Nursing outcomes classification), as did the self-care and therapeutic adherence of all participants. [2] It is worth noting that men scored twice as high in self-care, while women did so in therapeutic adherence.

KEYWORDS

Heart failure; gender identity; care planning; nursing interventions; cardiovascular nursing (Source: DeCS, BIREME).

Gênero e efetividade da metodologia enfermeira em pacientes com insuficiência cardíaca

RESUMO

Estudos recentes demonstraram que uma intervenção enfermeira de educação sanitária na insuficiência cardíaca (IC) evita descompensações. No entanto, tendo em vista que existem diferenças de gênero nos padrões da IC, as intervenções terão também efeitos diferentes. **Objetivo:** determinar a existência de possíveis diferenças segundo o gênero dos pacientes, no efeito de uma intervenção enfermeira a respeito do autocuidado. **Material e método:** realizou-se um estudo quase experimental com pacientes atendidos em consultas de IC (129). Selecionados em dois tempos, primeiro trimestre ano grupo controle (62) e segundo trimestre ano grupo intervenção (67). Todos foram avaliados três vezes, primeira consulta, três e seis meses. Ao grupo de intervenção, foi aplicada, em cada visita, uma intervenção enfermeira que consistia na educação terapêutica, controle e seguimento de sua IC. **Resultados:** início: TA sistólica homens 133.90 ± 0.96 (DE 27.77), mulheres 119.64 ± 0.57 (DE18.72). Cuidador 93% homens, 63% mulheres. Comportamento terapêutico $2.07 + 0.02$ (DE0.20) homens, $3.04 + 0.01$ (DE 0.31) mulheres. Final: autocuidado -16.00 ± 2.08 (DE10.99) homens, -9.68 ± 2.22 (DE12.92) mulheres. Adesão terapêutica 1.32 ± 0.35 (DE1.83) homens, 2.94 ± 1.87 (DE10.93) mulheres. Melhora muito semelhante dos NOC (Nursing Outcomes Classification) em todos. **Conclusão:** do grupo de estudo, participaram mais mulheres do que homens; contudo, estes últimos tiveram mais comorbidade, consumo de tabaco e de álcool e dispunham de uma cuidadora informal. Com relação ao autocuidado e a adesão ao tratamento, na valoração inicial, não se constatou uma diferença significativa entre ambos os gêneros, enquanto na qualidade de vida, o resultado foi melhor nos homens. Após a intervenção, observou-se que todos os pacientes melhoraram os resultados em qualidade de vida e em Nursing outcomes classification (NOC), bem como no autocuidado e na adesão terapêutica. É relevante destacar que os homens dobraram a pontuação em autocuidado e as mulheres em adesão terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE

Insuficiência cardíaca; identidade de gênero; planejamento de cuidados; intervenções enfermeiras; enfermagem cardiovascular (Fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

Un concepto que nos puede acercar al significado de la insuficiencia cardíaca (IC) es aquel que la define como un síndrome patológico caracterizado por la incapacidad del corazón para mantener un flujo sanguíneo adecuado a las necesidades metabólicas de los órganos periféricos (1).

No hay un consenso sobre el orden en que aparecen los mecanismos que causan esta incapacidad, pero se sabe que la IC es, en casi todos los casos, el resultado final de la mayoría de las enfermedades cardíacas primarias, o del consecuente deterioro del corazón (2, 3).

Debido al envejecimiento progresivo de la población, y al aumento de la supervivencia de los pacientes con cardiopatía e hipertensión arterial, la prevalencia de la IC sigue en aumento, convirtiéndola en una verdadera "epidemia", y un problema de salud pública de primer orden (4). La tasa total estimada gira entre 3 y 20 casos por cada mil habitantes, y en personas mayores de 65 años, sube entre 30 y 130 por cada mil personas de esa edad (5).

Es frecuente, además, que los pacientes con IC presenten un alto número de hospitalizaciones y entradas a urgencias debido, en muchas ocasiones, a una exacerbación de signos y síntomas, que suele deberse a un manejo inadecuado del régimen terapéutico (6).

Estos pacientes suelen desarrollar una alta dependencia del hospital, convirtiéndose en lo que se denomina hiperfrecuentadores, tanto por el número de veces que acuden a las consultas de especialistas y a urgencias hospitalarias como por los ingresos debidos a descompensaciones de su enfermedad (7).

Este problema de manejo del régimen terapéutico lo encontramos incluso cuando intentamos llevar a la práctica los hallazgos de los ensayos clínicos. Como en muchas enfermedades crónicas, y a diferencia de las agudas, las condiciones crónicas requieren mantener la adherencia a la medicación, el manejo de medidas no farmacológicas como la dieta, y un seguimiento prolongado a través de diferentes niveles de atención en los servicios de salud.

En este sentido, se destaca la existencia de numerosos estudios en los que los programas asistenciales que potencian la continuidad asistencial y la orientación al autocuidado en la IC tienen resultados prometedores, existiendo una tasa menor de reingre-

sos, con una menor frecuentación a urgencias, mejor calidad del tratamiento y de vida, mejor pronóstico y menor mortalidad (8, 9).

Son muchos los estudios que han demostrado que la educación para el autocuidado puede reducir los eventos clínicos adversos, disminuir los reingresos no programados, mejorar la calidad de vida o, incluso, mejorar el pronóstico de la enfermedad (10).

En este sentido, ensayos clínicos recientes han demostrado que los pacientes con insuficiencia cardíaca han mejorado su autocuidado después del alta hospitalaria gracias a estrategias de visitas domiciliarias (11).

En un ensayo clínico sobre la efectividad de un programa educativo en enfermería para el autocuidado de pacientes con insuficiencia cardíaca, se encontró que las intervenciones educativas de enfermería incluidas en los planes de cuidados de la IC tienen un efecto beneficioso en los comportamientos de autocuidado de estas personas (12).

Por otro lado, esta línea de trabajo que, como hemos visto, se ha evidenciado como efectiva para el cuidado de los pacientes con IC, no distingue qué características particulares se deben tener en cuenta en el abordaje de hombres y mujeres. Lo anterior teniendo en cuenta que, actualmente en España, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad femenina, con 282,2 muertes por cada 100.000 habitantes y la segunda entre los hombres, con 239,4 (12). Entre el año 2009 y 2013 se produjeron en España una media de 17.212 fallecimientos por IC (13).

Dado que la mortalidad en mujeres por IC es preocupante, hay que tener en cuenta que las características específicas de la IC en esta población han sido poco estudiadas. La proporción de mujeres incluidas en los grandes ensayos clínicos sobre IC es inferior al 20%, mientras que casi la mitad de los ingresos hospitalarios por esta causa son de mujeres (14).

El abordaje integral de muchas enfermedades se realiza desde la perspectiva masculina, con frecuencia sin tener en cuenta los aspectos sociológicos y antropológicos relacionados con el género, factores que contribuyen a particularizar los procesos fisiológicos y patológicos de mujeres y hombres.

Además, las mujeres presentan la enfermedad en edades más avanzadas que los hombres, y un perfil cardiovascular mucho más

desfavorable, con mayor prevalencia de la hipertensión arterial, la diabetes y la IC previa (15).

Según el registro hospitalario de ICC en Andalucía (Registro RAIC), las mujeres que ingresan en un hospital por IC tienen mayor edad; el porcentaje de pacientes mayores de 75 años de sexo femenino es especialmente llamativo, están menos atendidas por el servicio de cardiología, es más probable que sean diabéticas, la etiología isquémica de la ICC es menos frecuente que en varones, y la HTA es más habitual.

En el Registro Español de Pacientes con ICC Atendidos Ambulatoriamente en Consultas Especialidades (Registro BADAPIC), se detalla que los varones eran más jóvenes que las mujeres, tenían menor frecuencia de antecedentes de hipertensión arterial, diabetes e hiperlipemia, y mayor frecuencia de antecedentes de cardiopatía isquémica y revascularización coronaria.

Por tanto, siendo el tratamiento y el pronóstico diferente para hombres y mujeres, se entiende que también deberían serlo las pautas de cuidados. Sobre todo si consideramos que existen diferencias entre hombres y mujeres en el conocimiento y las creencias sobre la enfermedad, así como en las actitudes adoptadas cuando aparecen los primeros síntomas (16).

De esta forma, y teniendo en cuenta las discordancias que presentan hombres y mujeres en el curso de esta enfermedad, y que estas se traducen en distintos resultados de salud, surge la necesidad de valorar la efectividad de las terapéuticas que se están utilizando (14). Entre otros aspectos, en los pacientes ingresados por IC, las mujeres presentaron un riesgo de muerte intrahospitalaria tres veces superior al de los varones (15).

Por todo lo expuesto, hemos desarrollado una investigación que nos oriente sobre las diferencias que según el sexo podemos encontrar en el efecto de una intervención enfermera orientada al autocuidado y adherencia terapéutica, con repercusión en la calidad de vida.

Objetivos

Objetivo general. Determinar la existencia de posibles diferencias según el género de los pacientes, en el efecto de una intervención enfermera respecto al autocuidado.

Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas y los factores de riesgos de insuficiencia cardiaca, clasificación funcional según la escala NYHA, y la necesidad de apoyo para su autocuidado, de la población estudiada en relación con su género.
2. Conocer la situación inicial de los pacientes estudiados respecto a su autocuidado mediante la Escala Europea de Autocuidado, adherencia terapéutica por la Escala de Morisky Modificada, calidad de vida relacionada con la salud a partir de la Escala Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire, e indicadores de la Nursing Outcomes Classification (NOC) seleccionados.
3. Establecer diferencias en el efecto de una intervención enfermera, atribuibles al género de los pacientes estudiados, respecto a su autocuidado (Escala Europea de Autocuidado en la IC), adherencia terapéutica (Morisky Modificada), calidad de vida relacionada con la salud (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire), e indicadores de resultados NOC seleccionados.

Materiales y métodos

Diseño del estudio. Estudio de intervención, cuasi experimental, con grupo control, prospectivo, con seguimiento de seis meses.

La estructura del estudio se ha configurado teniendo en cuenta aquellos ítems del Checklist de la extensión del Consort que son de aplicación (17).

Ámbito de estudio. Servicio de Cardiología de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) Médico Quirúrgica de Corazón y Patología Vascular del Hospital Regional Universitario de Málaga. Cuenta con una unidad específica para la atención a la IC que atiende a unos 200 pacientes nuevos cada año.

Población. Pacientes atendidos por primera vez en la Unidad de IC que tiene esta UGC durante el periodo definido para el estudio, y que cumplan los criterios de inclusión señalados.

Tamaño de la muestra. Se establecieron dos grupos, control e intervención; 62 pacientes formaron parte del grupo control, y 67 del grupo intervención. En total se estudiaron 129 pacientes. El

tamaño de la muestra corresponde a los pacientes nuevos que se atendieron en la unidad de IC durante los periodos en los que se realizó la selección.

Selección. La selección de los pacientes estudiados en cada grupo se llevó a cabo en dos épocas. En primer lugar, se seleccionaron los pacientes que formaron parte del grupo control, estudiando a aquellos que acudieron a la consulta de IC durante los tres primeros meses del año 2012, y que cumplían los criterios de inclusión. En estos se practicó la atención habitual establecida en el proceso asistencial integrado de IC, que consiste en la atención en consulta realizada por un médico especialista en cardiología, pero sin la atención estructurada de Enfermería que se describe en la intervención aplicada en este estudio.

A continuación, y durante el segundo trimestre del año 2012, se seleccionaron los pacientes que formaron parte del grupo intervención, incluyendo a los que acudieron a esta consulta de IC. Los pacientes atendidos en esta unidad deben cumplir una serie de requisitos que se han asumido como criterios de inclusión. A los pacientes del grupo intervención se les aplicó la intervención enfermera estandarizada.

Criterios de inclusión de pacientes

- Pacientes mayores de 18 años atendidos en la unidad de IC de la Unidad de Gestión Clínica de Corazón y Patología Vascular del Hospital Regional Universitario de Málaga.
- Pacientes con IC con diagnóstico previo de esta patología, no secundaria a causa reversible.
- Pacientes que no padezcan una enfermedad terminal no cardiológica concomitante.
- Pacientes con mínima, o sin autonomía para su autocuidado.
- Pacientes que no presenten condición alguna o circunstancia que limite razonablemente el seguimiento o la participación en el estudio.
- Pacientes con capacidad para firmar el consentimiento informado, y que acepten hacerlo.

Procedimiento

En ambos grupos, control e intervención, se realizaron tres valoraciones, primera consulta, y a los tres y seis meses de la primera consulta, valorando los siguientes parámetros

- Edad, sexo, residencia, nivel de estudios, ocupación, cuidador principal.
- Hábitos tóxicos, antecedentes familiares de IC, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad arterial coronaria, otras patologías.
- Constantes vitales: temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, clasificación IC.
- Autocuidado, adherencia terapéutica, calidad de vida relacionada con la salud, e indicadores NOC.

En la primera visita se firmaba el consentimiento informado.

En el *grupo intervención* se aplicó, además de lo anterior, la intervención establecida en las tres visitas.

Con esta secuencia, el desarrollo temporal del estudio se prolongó de enero a diciembre de 2012, iniciando la captación y el seguimiento de pacientes a principios del mes de enero de 2012, y finalizando el 30 de junio de ese mismo año. Con lo que el seguimiento de los seis meses del último paciente se realizó a finales de diciembre de 2012.

Descripción de instrumentos de medición

Escala Europea de autocuidado en IC. La escala europea de autocuidado en IC ha sido desarrollada para evaluar el autocuidado de los pacientes, valorando los conocimientos necesarios. La puntuación es de 12 a 60, siendo los de menor valor los que representan un mejor autocuidado (18).

La puntuación para cada una de las respuestas va de 1 a 5, donde 1 identifica que se cumple siempre el planteamiento realizado, y 5, que no se cumple nunca. Teniendo en cuenta que las preguntas son 12, si a todas se responde con 1 (siempre se realizan las actividades de autocuidado), serían 12 los puntos, y si a todas se responde con 5 (nunca se realizan las actividades de autocuidado), la puntuación sería de 60.

Escala de Morisky modificada. Este cuestionario mide la adherencia terapéutica mediante cuatro sencillas y cortas preguntas, englobando los conceptos de cumplimiento de dosis, forma de administración y persistencia en la duración del tratamiento prescrito (19).

En la valoración se distingue la motivación de los pacientes por un lado, y por otro su conocimiento, estableciendo, tanto para la motivación como para el conocimiento, una escala de valores que va de 0 a 3 puntos; donde una puntuación situada entre 0 y 1 puntos se traduce en una adherencia baja a la terapia con medicación, y puntuaciones superiores a 2 puntos en una adherencia alta (20).

Versión española del test Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). Este cuestionario es el instrumento más utilizado para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con IC. Realiza 21 preguntas referidas a la forma en que la insuficiencia cardiaca ha impactado en su vida durante el último mes (4 semanas) (21).

Cada pregunta tiene una valoración del 0 al 5, siendo 5 el que se atribuye a la mayor afectación posible en la calidad de vida de los pacientes, y 1 el de la menor. El valor 0 corresponde a los casos en los que la pregunta no se puede aplicar al paciente (22).

Si suponemos que se responde a todas las preguntas con el mismo valor, se puede establecer una escala de valores en calidad de vida que irían desde 0 en caso de que ninguna pregunta tenga aplicación, 21 en el caso en que todas las respuestas hayan sido 1 (mínimo impacto en calidad de vida), a 105 puntos cuando se haya respondido con 5 (máximo impacto en calidad de vida) a todas las preguntas (23).

Valoración Indicadores de Resultados NOC. Se han evaluado tanto en el grupo control como en el de intervención los indicadores de resultados NOC incluidos en el plan de cuidados de la intervención. Para ello, se ha utilizado una escala likert con puntuación del 1 al 5 donde, en todos los casos, 1 representa la peor valoración y 5 la mejor.

Existen estudios en los que se evidencia que los indicadores de resultado NOC constituyen una buena herramienta de medida del conocimiento que tienen los pacientes de su enfermedad (24)

Descripción de la Intervención (25)

Se ha proporcionado a los pacientes educación terapéutica estructurada sobre su enfermedad, tratamiento y expectativas de evolución, reforzando de forma individual aquellos aspectos relacionados con la idiosincrasia de los pacientes y el estadio evolutivo de la enfermedad en el que se encontraban.

Esta educación se basó en un Plan de Cuidados elaborado con metodologías NANDA, NIC, NOC, así: a partir de una selección de Diagnósticos Enfermeros (NANDA 2012), Indicadores de Resultados (NOC 2009) e Intervenciones Enfermeras (NIC 2008), realizada por consenso de expertos en metodología enfermera, y en el cuidado de pacientes con IC. Este consenso se apoyó en una revisión de bibliografía sobre el cuidado de pacientes con IC.

Una vez determinados aspectos relativos al conocimiento de la enfermedad, como son el reconocimiento de signos y síntomas, y las señales de alerta en la evolución de la patología, se abordaron realizando una valoración destinada al control y seguimiento de la enfermedad.

La intervención se aplicó en tres ocasiones: primera consulta, a los tres meses, y, por último, a los seis meses. En todas las consultas se valoraron los indicadores de los NOC seleccionados y se trabajaron las áreas de mejora detectadas. Además de valorar signos importantes para esta enfermedad (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca, respiratoria, peso), hábitos tóxicos, capacidad funcional y dependencia.

Los consejos que la enfermera ofrecía en la educación terapéutica se reforzaron mediante documentación impresa que se entregaba a los pacientes.

La responsable de aplicar la intervención fue una enfermera, que participó en todos los casos realizando además las valoraciones tanto del grupo intervención como del control.

NANDA (26)

- 00126 - Conocimientos deficientes relacionados con insuficiencia cardiaca.
- 00078 - Gestión ineficaz de la propia salud.
- 00079 – Incumplimiento.
- 00092 - Intolerancia a la actividad.
- 00026 - Exceso de volumen de líquidos.

NIC (26, 27)

- 5602 - Enseñanza: proceso de enfermedad.
- 5612 - Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.
- 5614 - Enseñanza: dieta prescrita.
- 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

NOC (26)

1830 - Conocimiento: Control de la enfermedad cardiaca.

1609 - Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.

1601 - Conducta de cumplimiento.

0005 - Tolerancia a la actividad.

0414 - Estado cardiopulmonar.

Análisis de datos

Los datos obtenidos se sometieron a un triple análisis estadístico:

Análisis univariante para la descripción de las variables. En las cuantitativas se realizaron medidas de tendencia central y dispersión. En las cualitativas la distribución porcentual.

Análisis bivariante. Utilizando, en función de la naturaleza de las variables, la prueba de chi cuadrado, *t* de Student o ANOVA. Así como sus correspondientes no paramétricos cuando su distribución así lo requería.

Análisis multivariante. Construyendo modelos de regresión multivariante con aquellas variables que en el análisis bivariante mostraron un patrón de relación significativa.

Aspectos éticos

El presente estudio se ciñe en todo momento a la declaración de Helsinki y a la ley de protección de derechos de los pacientes (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Todos los datos recogidos en este proyecto han sido registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/2002, de 14 de noviembre; Ley 15/1999, de 13 de diciembre).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la provincia de Málaga, y se solicitó consentimiento informado a los pacientes para el manejo de los datos con fines de investigación y garantizando su intimidad, mediante la firma de un documento donde consta el nombre y el DNI, entre otros datos de filiación del paciente.

Resultados

Diferencias en la situación inicial de los participantes según el sexo. En el grupo control (tabla 1) las diferencias entre hombres y mujeres presentan significación estadística, así: en la valoración inicial las mujeres parten de mejores valores de tensión arterial sistólica que los hombres y presentan mejor conducta terapéutica que ellos.

Respecto a la persona cuidadora los hombres disponen de cuidador/a informal en mayor porcentaje.

En el grupo de intervención (tabla 1) no encontramos significación estadística en la situación inicial de ingreso al estudio entre mujeres y hombres.

Diferencias en el efecto de la intervención según el sexo. Para establecer la relación existente entre género y efectividad de la intervención, hemos analizado por separado la evolución que han tenido los hombres y las mujeres de cada uno de los dos grupos, desde el primer contacto (T1), hasta el último contacto previsto en el seguimiento del estudio (T3).

En el grupo control (tabla 2), tanto los hombres como las mujeres apenas han tenido cambios en los indicadores estudiados al inicio y al final del estudio. Se encontró significación estadística en que hombres y mujeres han mejorado su conducta terapéutica de forma muy parecida. En cambio, han sido solo los hombres los que han mejorado su tolerancia a la actividad y estado cardiopulmonar. Presentando también significación estadística la diferencia de hombres y mujeres de este último indicador.

En el grupo intervención (tabla 2), hombres y mujeres han mejorado su autocuidado, siendo esta mejoría mayor en los hombres, y presentando también la diferencia entre ambos significación estadística. Los hombres han mejorado su adherencia terapéutica.

Tanto hombres como mujeres han mejorado de forma muy similar su conocimiento de la enfermedad cardiaca, conducta terapéutica: enfermedad o lesión, conducta de cumplimiento, tolerancia a la actividad y estado cardiopulmonar.

Discusión

Diferencias en la situación inicial de los pacientes en los distintos indicadores respecto al género de la población estudiada.

La composición por sexos en los grupos estudiados era similar. En ambos grupos había una cantidad similar de hombres y mujeres, aunque el número de mujeres incluidas en el estudio es ligeramente superior al de los hombres. Esta proporción coincide con los autores que han informado de una prevalencia de la IC similar en hombres y en mujeres (28).

El grupo control presenta un mayor número de enfermedades concomitantes en hombres que en mujeres. En el grupo control un 20,69% de los hombres presenta diabetes, frente a un 9% de las mujeres. En la HTA la diferencia, aunque similar, es más representativa: la padecían un 79,31% de los hombres y un 66,6% de las mujeres. En el grupo de intervención la presencia de otras patologías en los hombres es prácticamente igual que en las mujeres. Estos resultados difieren de lo publicado por otros autores, que expresan que las mujeres con IC tienen una comorbilidad mayor que la de los hombres. De hecho, las mujeres, específicamente, presentan más HTA y diabetes (15, 14).

De forma parecida ocurre con los hábitos tóxicos que hemos encontrado, donde, tanto los hombres como las mujeres presentan un elevado consumo de tabaco. El porcentaje medio de fumadores en los dos grupos fue del 61,14% de las mujeres y el 73,64% de los hombres. Respecto al alcohol, aunque con tasas menores, también hay un porcentaje alto de hombres y mujeres bebedoras; concretamente, el 22,9% de los hombres y el 13,32% de las mujeres. Los datos publicados en este sentido exponen unas cifras menores en el consumo de tabaco y alcohol, tanto en hombres como en mujeres. Concretamente, se ha situado el consumo de tabaco en cifras del 3,5% de mujeres y 15,4% hombres (29). Mientras que el consumo de alcohol oscila en cifras del 1,3% de los hombres y el 0,2% de las mujeres (30).

Respecto a la capacidad física, que hemos valorado mediante la clasificación NYHA, apenas existen diferencias según el sexo. En este apartado, los estudios consultados muestran una población más dependiente, con mayor presencia de niveles NYHA III, y los hombres tienen una dependencia mayor que las mujeres, hasta un 53% tiene una clasificación III-IV, frente a un 35% de las mujeres (31, 32).

Respecto al autocuidado inicial, podemos apreciar valores muy similares para hombres y mujeres, con un mejor autocuidado de las mujeres del grupo intervención. Resultado que contrasta con un mayor grado de conocimiento de los hombres en el

manejo de problemas cardiacos (33), así como en el retraso en la búsqueda de ayuda médica, y la peor identificación de síntomas por parte de las mujeres (30).

En la adhesión terapéutica hemos encontrado resultados de un cumplimiento importantes tanto en hombres como en mujeres, ya sean del grupo control o del grupo intervención. En la literatura consultada no hemos encontrado que hombres y mujeres tengan un perfil diferente en sus tratamientos farmacológicos (29).

Respecto a la calidad de vida, en nuestros resultados encontramos que es en el grupo intervención donde las mujeres muestran una calidad de vida peor que la de los hombres. Resultados similares se han encontrado en estudios sobre determinantes asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con IC, donde la media obtenida después de haber aplicado la MLHFQ en mujeres era de 39,3 puntos, y de 31,8 en hombres, salvando el contexto cultural de la población estudiada (31).

En los resultados obtenidos en la valoración de los indicadores NOC no se aprecian diferencias llamativas entre ambos sexos, salvo en la "conducta terapéutica" del grupo control, donde las mujeres presentaron un comportamiento mejor que el de los hombres.

De cualquier forma hay que destacar que, excepto el punto anterior, en ninguno de los apartados precedentes se encontró significación estadística en las diferencias según el sexo de los pacientes.

Diferencias en el efecto de la intervención atribuibles al género de la población estudiada. El grupo control apenas ha tenido cambios en los parámetros estudiados entre el inicio y el final del estudio; en cambio, en el grupo intervención sí podemos apreciar evolución en los indicadores evaluados y diferencias según el género de los pacientes.

Se refleja una mejoría en el autocuidado tanto en hombres como en mujeres. Siendo en los hombres casi el doble que en las mujeres. La adhesión terapéutica, que también mejora en hombres y mujeres, lo hace el doble en las mujeres que en los hombres. La calidad de vida, que presenta una leve mejoría, lo hace prácticamente por igual en hombres y mujeres.

En la evolución detectada en los indicadores NOC apenas encontramos diferencias en los resultados obtenidos en hombres y mujeres. De hecho, como podemos ver en la diferencias

de medias T1-T3 del grupo intervención según género, se trata de unos resultados muy satisfactorios y también muy similares.

Probablemente, en estas diferencias habrá factores ligados a la socialización y a los papeles que desempeñan las mujeres en la sociedad, determinadas por el género (30). Otros estudios concluyeron que existían diferencias entre hombres y mujeres que no podían ser atribuidas totalmente a las diferencias de las características clínicas poblacionales de hombres y mujeres (32). De cualquier forma, entendemos que los resultados no hubieran sido diferentes en el caso de haber aleatorizado la intervención.

Conclusiones

Objetivo 1. El número de mujeres incluidas en el estudio es ligeramente superior al de los hombres. Los hombres presentan más comorbilidad que las mujeres, siendo la HTA y la diabetes las dos patologías concomitantes más frecuentes. Los hombres presentan un consumo de tabaco y alcohol mayor que las mujeres. No hemos encontrado diferencias de género en la capacidad física,

según clasificación NYHA. Los hombres disponen de cuidador/a informal en mayor porcentaje que las mujeres.

Objetivo 2. La situación inicial del autocuidado y la adhesión terapéutica, valorados en la primera consulta, presentan valores muy similares para hombres y mujeres. Los hombres presentan inicialmente una calidad de vida relacionada con la salud mejor que la de las mujeres. En la valoración inicial de los indicadores NOC no se aprecian diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Objetivo 3. En el grupo intervención podemos apreciar una mejoría en el autocuidado tanto en hombres como en mujeres. Siendo el de los hombres casi el doble que el de las mujeres. La adhesión terapéutica, que también mejora en los dos sexos, lo hace el doble en las mujeres que en los hombres. La calidad de vida, que presenta una leve mejoría, lo hace prácticamente por igual en hombres y mujeres. En la evolución detectada en los indicadores NOC apenas encontramos diferencias en los resultados obtenidos.

Objetivo general. La intervención ha tenido resultados diferentes en el autocuidado de hombres y mujeres, demostrando un mayor efecto en el autocuidado de los primeros.

Referencias

1. De la Serna F. Insuficiencia cardíaca crónica. 3ª ed. Buenos Aires: Federación Argentina de Cardiología; 2010. p. 245-84.
2. Ramírez-Duque N, et al. Perfil de prescripción farmacológica en pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en fase avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014;49(6):255-259.
3. Dantas RAS, Pelegrino VM, Clark AM. Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011;19(3):Tela-1.
4. Cañon-Montañez W, Orostegui-Arenas M. Educating patients: an easy and inexpensive method for the management of heart failure. *Enferm Clin.* 2011;21(6):368-9.
5. Falces C, Andrea R, Heras M, Vehí C, Sorribes M, Sanchis L, et al. Integración entre cardiología y atención primaria: impacto sobre la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64(7):564-71.
6. Pérez Otero R, García García M, Del Castillo Arévalo F. Atención de Enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca en Atención Primaria. *Rqr Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA).* 2013;1(2):9-26.
7. Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66(8):649-56.
8. Bonilla MV, Escolar F, Esquillor MJ, Caballero R, Valle J, Echeverría A, Rubio T, Sampériz AL. Impacto de la Hospitalización a Domicilio en la asistencia integral de los pacientes que requieren ingreso hospitalario. *Internistas.* 2014;1:1.

9. González Guerrero JL. Coste-efectividad de un programa de seguimiento tras el alta hospitalaria de ancianos con insuficiencia cardiaca. Universidad Complutense de Madrid. 2013 [citado 2014 feb 8]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/22336/1/T34628.pdf>.
10. Ribeiro da Silva Saccomann IC, Aparecida Cintra F, Bueno Jayme Gallani MC. Factors associated with beliefs about adherence to non-pharmacological treatment of patients with heart failure. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 [citado 2016 abril 13];48(1):18-24. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100002>.
11. Mussi CM, Ruschel K, de Souza EN, Lopes AN, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Home visit improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: Randomized Clinical Trial HELEN-I. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(Spec):20-8.
12. De los Ángeles Rodríguez-Gázquez M, 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. 2012 [citado 2014 feb 8]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/es_12.pdf.
13. Instituto Nacional de Estadística (INE). [citado 2015 abril 17]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.html?padre=1171&dh=1>. 2015.
14. Jiménez-Navarro MF, Anguita-Sánchez M. Insuficiencia cardiaca en la mujer. Diferencias de sexo en España. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2008;8(4):23D-29D.
15. Olivencia Peña L. Síndrome coronario agudo en la mujer. Diferencias de género. Granada; 2011.
16. Marrugat J, Sala J, Aboal J. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la mujer. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59:264-274.
17. Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P, CONSORT Group. Methods and processes of the CONSORT Group: example of an extension for trials assessing nonpharmacologic treatments. *Ann Intern Med*. 2008;148(4):W60-6.
18. 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. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59(2):166-70.
19. Nogués Solán X, Sorli Redó ML, Villar García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de medicina interna. SciELO España*. 2007 [citado 2014 feb 9]; 138-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021271992007000300009&script=sci_arttext.
20. Aguayo Esgueva BE, Beistegui Alexandre I, Echávarri Escribano M, Alda M. Efectividad del uso de nuevas tecnologías como herramienta de comunicación entre profesionales y usuarios en una unidad de insuficiencia cardiaca. 2010 [citado 2015 ene 5]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0555.pdf>.
21. Garin O, Soriano N, Ribera A, Ferrer M, Pont À, Alonso J, et al. Validation of the Spanish version of the Minnesota living with heart failure questionnaire. *Rev Esp Cardiol Engl*. 2008;61(3):251-9.
22. Soriano N, Ribera A, Marsal JR, Brotons C, Cascant P, Permanyer-Miralda G. Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca. Estudio IC-QoL. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63(6):668-76.
23. Naveiro-Rilo JC, Díez-Juárez DM, Blanco AR, Rebollo-Gutiérrez F, Rodríguez-Martínez A, Rodríguez-García MA. Validación del Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire en atención primaria. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63(12):1419-27.
24. Azzolin KO, Lemos DM, Lucena AF, Rabelo-Silva ER. Home-based nursing interventions improve knowledge of disease and management in patients with heart failure. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(1):44-50.
25. Lainscak Blue C, Dahlstrom Dickstein E, et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2011;(13):115-26.
26. Azzolin K, Souza EN, Ruscel KB, Mussi CM, Lucena AF, Rabelo ER. Consensus on nursing diagnoses, interventions and outcomes for home care of patients with heart failure. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(4):56-63.
27. Bulechek G, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Mosby; 2009.

28. Anguita Sánchez M, Crespo Leiro MG, de Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso-Pulpón L, Muñiz García J. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. Rev Esp Cardiol. 2008;61(10):1041-9.
29. Galindo Ortego G, Esteve IC, Gatiús JR, Santiago LG, Lacruz CM, Soler PS. Pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en Atención Primaria: envejecimiento, comorbilidad y polifarmacia. Aten Primaria. 2011;43(2):61-7.
30. Rohlfsa I, del Mar García M, Gavaldà L, Medranod MJ, Juvinyà D, Baltasara A, et al. Género y cardiopatía isquémica. Gac Sanit. 2004;18(Supl 2):55-64.
31. Martinelli Pelegrino M, Spadeti Dantas RA, Clark AM. Health-related Quality of Life Determinants in Outpatients With Heart Failure. Rev Lat-Am. Enfermagen. 2011;19(3):451-7.
32. 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. Rev Esp Cardiol. 2006;59(2):166-70.
33. Riesgo A, Sant E, Benito L, Hoyo J, Miró Ò, Mont L, et al. Diferencias de género en el manejo de los pacientes con fibrilación auricular: análisis de base poblacional en un área básica de salud. Rev Esp Cardiol. 2011;64(3):233-6.

Tabla 1. Situación inicial ambos grupos

| Variable | Grupo control | | Grupo intervención | | p < 0,005 |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------|
| | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer | Valor |
| Edad | 64,86 ± 0,29 (DE 8,42) | 65,52 ± 0,27 (DE 8,79) | 60,86 ± 0,40 (DE 11,16) | 64,59 ± 0,33 (DE 11,12) | |
| Sexo cuidador | | | | | |
| Hombre %(n) | 18,52(5) | 33,33(8) | 16,00(4) | 21,43(6) | |
| Mujer %(n) | 81,48(22) | 66,67(16) | 84,00(21) | 78,57(22) | |
| Antecedentes familiares %(n) | 55,17(16) | 30,30(10) | 0,50 ± 0,02 (DE 0,69) | 0,47 ± 0,01 (DE 0,51) | |
| Otras patologías | 1,79 ± 0,05 (DE 1,52) | 1,48 ± 0,03 (DE 1,15) | 1,93 ± 0,04 (DE 1,25) | 1,79 ± 0,03 (DE 0,95) | |
| Cuidador/a principal Sí %(n) | 93,10(27) | 72,73(24) | 89,29(25) | 88,24(30) | |
| Cuidador/a informal, Sí %(n) | 93,10(27) | 63,64(21) | 89,29(25) | 82,35(28) | 0,014* |
| Residencia | | | | | |
| Urbana %(n) | 72,41(21) | 87,88(29) | 85,71(24) | 88,24(30) | |
| Rural %(n) | 27,59(8) | 12,12(4) | 14,29(4) | 11,76(4) | |
| Nivel de estudios | | | | | |
| Ninguno %(n) | 37,93(11) | 42,42(14) | 53,57(15) | 50,00(17) | |
| Primarios %(n) | 41,38(12) | 30,30(10) | 28,57(8) | 23,53(8) | |
| Secundarios %(n) | 17,24(5) | 27,27(9) | 14,29(4) | 14,71(5) | |
| Universitarios %(n) | 3,45(1) | 0,00(0) | 3,57(1) | 11,76(4) | |

| Variable | Grupo control | | Grupo intervención | | p < 0,005 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| | Hombre | Mujer | Hombre | Mujer | Valor |
| Ocupación | | | | | |
| Trabaja %(n) | 24,14(7) | 24,24(8) | 25,00(7) | 14,71(5) | |
| Desempleado %(n) | 20,69(6) | 21,21(7) | 35,71(10) | 38,24(13) | |
| Jubilado %(n) | 55,17(16) | 54,55(18) | 39,29(11) | 47,06(16) | |
| Hábitos tóxicos | | | | | |
| Alcohol, Sí %(n) | 17,24(5) | 6,06(2) | 28,57(8) | 20,59(7) | |
| Tabaco, Sí %(n) | 75,86(22) | 57,58(19) | 71,43(20) | 64,71(22) | |
| Diabetes, Sí %(n) | 20,69(6) | 9,09(3) | 7,14(2) | 5,88(2) | |
| Frecuencia cardiaca | 77,66 ± 0,50 (DE 14,47) | 83,48 ± 0,31 (DE 10,23) | 78,14 ± 0,45 (DE 12,68) | 79,50 ± 0,42 (DE 14,20) | |
| HTA, Sí %(n) | 79,31(23) | 66,67(22) | 57,14(16) | 58,82(20) | |
| TA sistólica | 133,90 ± 0,96 (DE 27,77) | 119,64 ± 0,57 (DE 18,72) | 124,71 ± 1,00 (DE 28,00) | 125,35 ± 0,75 (DE 25,52) | 0,020* |
| TA diastólica | 75,83 ± 0,51 (DE 14,68) | 68,94 ± 0,39 (DE 12,79) | 69,86 ± 0,51 (DE 14,39) | 74,09 ± 0,34 (DE 11,47) | |
| Escala NYHA | | | | | |
| NYHA I %(n) | 17,24(5) | 27,27(9) | 32,14(9) | 23,53(8) | |
| NYHA II %(n) | 62,07(18) | 66,67(22) | 64,29(18) | 58,82(20) | |
| NYHA III %(n) | 20,69(6) | 6,06(2) | 3,57(1) | 17,65(6) | |
| Escala de autocuidado | 36,21 ± 0,25 (DE 7,16) | 35,70 ± 0,18 (DE 5,84) | 40,96 ± 0,33 (DE 9,23) | 38,53 ± 0,28 (DE 9,62) | |
| Escala de Morisky | 4,83 ± 0,04 (DE 1,07) | 4,48 ± 0,04 (DE 1,28) | 4,54 ± 0,06 (DE 1,60) | 5,12 ± 0,04 (DE 1,51) | |
| Escala Minnesota Living | 42,59 ± 0,46 (DE 13,47) | 42,70 ± 0,38 (DE 12,58) | 35,46 ± 0,81 (DE 22,70) | 44,65 ± 0,61 (DE 20,57) | |
| Resultados NOC: | | | | | |
| Conocimiento control de la enfermedad cardiaca | 2,24 ± 0,02 (DE 0,51) | 2,27 ± 0,02 (DE 0,67) | 2,25 ± 0,03 (DE 0,70) | 2,12 ± 0,02 (DE 0,59) | |
| Conducta terapéutica: enfermedad o lesión | 2,07 ± 0,02 (DE 0,20) | 3,04 ± 0,01 (DE 0,31) | 2,14 ± 0,03 (DE 0,97) | 2,06 ± 0,02 (DE 0,81) | 0,025* |
| Detección de gestión ineficiente de la propia salud | 2,28 ± 0,02 (DE 0,53) | 2,36 ± 0,01 (DE 0,49) | 2,61 ± 0,04 (DE 1,07) | 2,85 ± 0,03 (DE 0,89) | |
| Tolerancia a la actividad | 2,69 ± 0,02 (DE 0,71) | 2,73 ± 0,02 (DE 0,67) | 2,54 ± 0,03 (DE 0,92) | 2,74 ± 0,02 (DE 0,75) | |
| Estado cardiopulmonar | 2,55 ± 0,02 (DE 0,69) | 2,70 ± 0,02 (DE 0,59) | 2,16 ± 0,02 (DE 0,61) | 2,56 ± 0,02 (DE 0,69) | |

NYHA: New York Heart Association

DE: Desviación Estándar

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Diferencia efecto entre hombres y mujeres T1-T3. Ambos Grupos

| Variable | Sexo | Grupo control | | | Grupo intervención | | | P. Intra < 0,005 | P. Inter < 0,005 |
|--|--------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|------------------|
| | | Tiempo 1 | Tiempo 3 | Diferencia | Tiempo.1 | Tiempo 3 | Diferencia | Valor | Valor |
| Frecuencia Cardíaca | Hombre | 77,66 ± 2,69 (DE 14,47) | 81,62 ± 1,83 (DE 9,88) | 3,97 ± 2,58 (DE 13,89) | 78,14 ± 2,40 (DE 12,68) | 75,39 ± 2,12 (DE 11,24) | -2,75 ± 2,38 (DE 12,62) | | |
| Frecuencia Cardíaca | Mujer | 83,48 ± 1,78 (DE 10,23) | 84,15 ± 1,57 (DE 9,01) | 0,67 ± 1,51 (DE 8,68) | 79,50 ± 2,44 (DE 14,20) | 77,47 ± 2,45 (DE 14,29) | -2,03 ± 2,32 (DE 13,55) | | |
| TA Sistólica | Hombre | 133,90 ± 5,16 (DE 27,77) | 133,24 ± 3,67 (DE 19,77) | -0,66 ± 4,92 (DE 26,51) | 124,71 ± 5,29 (DE 28,00) | 120,50 ± 4,76 (DE 25,19) | -4,21 ± 3,55 (DE 18,80) | | |
| TA Sistólica | Mujer | 119,64 ± 3,26 (DE 18,72) | 119,15 ± 3,03 (DE 17,42) | -0,48 ± 2,93 (DE 16,82) | 125,35 ± 4,38 (DE 25,52) | 125,62 ± 4,82 (DE 28,08) | 0,26 ± 3,66 (DE 21,32) | | |
| TA Diastólica | Hombre | 75,83 ± 2,73 (DE 14,68) | 76,31 ± 2,34 (DE 12,61) | 0,48 ± 2,45 (DE 13,17) | 69,86 ± 2,72 (DE 14,39) | 71,86 ± 2,68 (DE 14,18) | 2,00 ± 2,58 (DE 13,64) | | |
| TA Diastólica | Mujer | 68,94 ± 2,23 (DE 12,79) | 69,36 ± 2,26 (DE 13,00) | 0,42 ± 1,82 (DE 10,43) | 74,09 ± 1,97 (DE 11,47) | 75,68 ± 3,32 (DE 19,34) | 1,59 ± 2,96 (DE 17,24) | | |
| Esc. Autocuidado | Hombre | 36,21 ± 1,33 (DE 7,16) | 35,24 ± 1,38 (DE 7,45) | -0,97 ± 1,24 (DE 6,69) | 40,96 ± 1,74 (DE 9,23) | 24,96 ± 1,65 (DE 8,73) | -16,00 ± 2,08 (DE 10,99) | < 0,001*** | 0,045* |
| Esc. Autocuidado | Mujer | 35,70 ± 1,02 (DE 5,84) | 35,52 ± 0,96 (DE 5,52) | -0,18 ± 0,96 (DE 5,49) | 38,53 ± 1,65 (DE 9,62) | 28,85 ± 1,79 (DE 10,43) | -9,68 ± 2,22 (DE 12,92) | < 0,001*** | |
| Esc. Morisky | Hombre | 4,83 ± 0,20 (DE 1,07) | 4,93 ± 0,22 (DE 1,19) | 0,10 ± 0,11 (DE 0,62) | 4,54 ± 0,30 (DE 1,60) | 5,86 ± 0,12 (DE 0,65) | 1,32 ± 0,35 (DE 1,83) | < 0,001*** | |
| Esc. Morisky | Mujer | 4,48 ± 0,22 (DE 1,28) | 4,48 ± 0,19 (DE 1,09) | 0,00 ± 0,15 (DE 0,87) | 5,12 ± 0,26 (DE 1,51) | 8,06 ± 1,94 (DE 11,31) | 2,94 ± 1,87 (DE 10,93) | | |
| Esc. MinnLivi | Hombre | 42,59 ± 2,50 (DE 13,47) | 42,66 ± 2,63 (DE 14,18) | 0,07 ± 0,67 (DE 3,60) | 35,46 ± 4,29 (DE 22,70) | 31,21 ± 4,38 (DE 23,16) | -4,25 ± 3,56 (DE 18,85) | | |
| Esc. MinnLivi | Mujer | 42,70 ± 2,19 (DE 12,58) | 42,36 ± 2,23 (DE 12,82) | -0,33 ± 0,66 (DE 3,81) | 44,65 ± 3,53 (DE 20,57) | 40,03 ± 3,69 (DE 21,49) | -4,62 ± 2,86 (DE 16,67) | | |
| Conocimiento control de la Enfermedad Cardíaca | Hombre | 2,24 ± 0,09 (DE 0,51) | 2,45 ± 0,18 (DE 0,95) | 0,21 ± 0,17 (DE 0,90) | 2,25 ± 0,13 (DE 0,70) | 3,54 ± 0,17 (DE 0,88) | 1,29 ± 0,14 (DE 0,76) | < 0,001*** | |
| Conocimiento control de la Enfermedad Cardíaca | Mujer | 2,27 ± 0,12 (DE 0,67) | 2,33 ± 0,12 (DE 0,69) | 0,06 ± 0,15 (DE 0,86) | 2,12 ± 0,10 (DE 0,59) | 3,47 ± 0,14 (DE 0,79) | 1,35 ± 0,13 (DE 0,77) | < 0,001*** | |
| Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión | Hombre | 2,31 ± 0,09 (DE 0,47) | 2,59 ± 0,16 (DE 0,87) | 0,28 ± 0,10 (DE 0,53) | 2,04 ± 0,18 (DE 0,96) | 3,25 ± 0,22 (DE 1,14) | 1,21 ± 0,19 (DE 0,99) | < 0,001*** | |
| Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión | Mujer | 2,06 ± 0,04 (DE 0,24) | 2,30 ± 0,12 (DE 0,68) | 0,24 ± 0,12 (DE 0,66) | 2,18 ± 0,14 (DE 0,83) | 3,50 ± 0,18 (DE 1,02) | 1,32 ± 0,15 (DE 0,88) | < 0,001*** | |

| Variable | Sexo | Grupo control | | | Grupo intervención | | | P. Intra < 0,005 | P. Inter < 0,005 |
|---|--------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|------------------|
| | | Tiempo 1 | Tiempo 3 | Diferencia | Tiempo.1 | Tiempo 3 | Diferencia | Valor | Valor |
| Detección de gestión ineficiente de la propia salud | Hombre | 2,28 ± 0,10 (DE 0,53) | 2,45 ± 0,15 (DE 0,83) | 0,17 ± 0,12 (DE 0,66) | 2,14 ± 0,18 (DE 0,97) | 3,11 ± 0,22 (DE 1,17) | 0,96 ± 0,18 (DE 0,96) | < 0,001*** | |
| Detección de gestión ineficiente de la propia salud | Mujer | 2,36 ± 0,09 (DE 0,49) | 2,33 ± 0,13 (DE 0,74) | -0,03 ± 0,15 (DE 0,85) | 2,06 ± 0,14 (DE 0,81) | 3,35 ± 0,17 (DE 1,01) | 1,29 ± 0,16 (DE 0,94) | < 0,001*** | |
| Tolerancia a la actividad | Hombre | 2,69 ± 0,13 (DE 0,71) | 2,90 ± 0,17 (DE 0,90) | 0,21 ± 0,09 (DE 0,49) | 2,61 ± 0,20 (DE 1,07) | 3,00 ± 0,22 (DE 1,15) | 0,39 ± 0,17 (DE 0,92) | 0,032* | |
| Tolerancia a la actividad | Mujer | 2,73 ± 0,12 (DE 0,67) | 2,76 ± 0,16 (DE 0,94) | 0,03 ± 0,12 (DE 0,68) | 2,85 ± 0,15 (DE 0,89) | 3,12 ± 0,15 (DE 0,88) | 0,26 ± 0,08 (DE 0,45) | 0,002** | |
| Estado cardiopulmonar | Hombre | 2,55 ± 0,13 (DE 0,69) | 2,86 ± 0,12 (DE 0,64) | 0,31 ± 0,13 (DE 0,71) | 2,54 ± 0,17 (DE 0,92) | 3,11 ± 0,21 (DE 1,13) | 0,57 ± 0,15 (DE 0,79) | < 0,001*** | 0,047* |
| Estado cardiopulmonar | Mujer | 2,70 ± 0,10 (DE 0,59) | 2,70 ± 0,13 (DE 0,73) | 0,00 ± 0,08 (DE 0,43) | 2,74 ± 0,13 (DE 0,75) | 3,18 ± 0,16 (DE 0,94) | 0,44 ± 0,10 (DE 0,56) | < 0,001*** | |

NYHA: New York Heart Association

DE: Desviación Estándar

Fuente: elaboración propia.