

El Impacto de la Consulta de Enfermería en la Frecuencia de Internaciones en Pacientes con Insuficiencia Cardíaca en Curitiba, Paraná

Vivian Freitas Rezende Bento^{1,2} e Paulo Roberto Slud Brofman^{1,2}

Pontifícia Universidade Católica do Paraná¹; Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba², Curitiba, PR - Brasil

Resumen

Fundamento: La insuficiencia cardíaca (IC) se convirtió en un problema de salud pública con incidencia y prevalencia aumentadas en la última década, consecuencia del envejecimiento de la población y mejoría de las terapias farmacológicas e intervencionistas. La IC promueve altas tasas de mortalidad y morbilidad, reflejadas en altas tasas de internaciones y readmisiones hospitalarias, aun en pacientes sometidos a las nuevas terapias, sobretudo el uso de IECA y β – bloqueantes.

Objetivo: Este estudio es un análisis del impacto que la consulta de enfermería promueve en la frecuencia de internaciones de pacientes con IC, residentes en Curitiba y región metropolitana, Paraná.

Métodos: Diagnóstico de IC y clasificación funcional por la NYHA, contacto por teléfono, residencia en Curitiba o región metropolitana, expectativa de supervivencia mayor que 3 meses de enfermedades no cardíacas, edad superior a 18 años, no usuario de drogas ilícitas. Los grupos estaban conformados por medio de muestreo aleatorio simple (sorteo), en que un grupo recibió atención médica habitual, consulta de enfermería y monitoreo telefónico quincenal de carácter educativo, grupo intervención (GI) y otro, atención médica habitual, monitoreo telefónico mensual de carácter administrativo y epidemiológico, grupo control (GC). El seguimiento se llevó a cabo durante el período de 6 meses.

Resultados: El GI necesitó de $0,25 \pm 0,79$ internamientos y el GC $1,10 \pm 1,41$; $p = 0,037$.

Conclusión: La consulta de enfermería promueve reducción de la frecuencia de internaciones hospitalarias de los pacientes con IC en tratamiento, residentes en Curitiba y región metropolitana. (Arq Bras Cardiol 2009;92(6):473-479)

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca, consulta de enfermería, internaciones hospitalarias.

Abreviaturas

- ACV: Accidente cerebrovascular
- IC: insuficiencia cardíaca
- EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- GI: grupo intervención
- GC: grupo control
- ns: no significativo o sin significancia estadística
- NYHA: New York Heart Association

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) se convirtió en un problema de salud pública con incidencia y prevalencia aumentadas en la última década, consecuencia del envejecimiento

de la población y mejora de las terapias farmacológicas e intervencionistas, las que proporcionan por medio de la cronificación de enfermedades antes fatales, el apareamiento de esta entidad patológica¹⁻⁸.

La IC promueve a su portador un deterioro de la calidad de vida en virtud de sus altas tasas de mortalidad y morbilidad, reflejadas en tasas de internaciones y readmisiones hospitalarias igualmente altas, aun en pacientes sometidos a terapias farmacológicas que contienen IECA y β – bloqueantes^{1,2,5,9,10}.

Además de la problemática que los internamientos promueven en la vida de su portador vale resaltar el coste que estas internaciones representan al SUS (Sistema Único de Salud)^{1,3,10-12}.

La principal causa de descompensación cardíaca es el no cumplimiento del tratamiento y de las medidas higiénico-dietéticas y uso inadecuado de β - bloqueantes¹²⁻¹⁵.

Muchos estudios se llevaron a cabo con la intención de evaluar el mejor modelo de manejo terapéutico de la IC. Éstos tienen como foco acciones educativas buscando una mejor comprensión de los pacientes acerca del proceso

Correspondencia: Vivian Freitas Rezende Bento •
Marechal Mallet, 531 / 22 - Juveve - 80540-230 - Curitiba, PR - Brasil
E-mail: vivian.rezende@terra.com.br, vivian@athongroup.com.br
Artículo recibido el 11/12/2007; revisado recibido el 17/04/2008;
aceptado el 23/07/2008.

salud–enfermedad, mejor adhesión al tratamiento y medidas higiénico-dietéticas y consecuentemente reducción de las internaciones y readmisiones hospitalarias. Desde ese punto de vista, nos propusimos a evaluar el impacto que la consulta de enfermería y monitoreo telefónico promueve en pacientes con IC en tratamiento farmacológico, residentes en Curitiba y región metropolitana (Paraná), así como la diferencia entre el grupo que recibe la consulta de enfermería y el grupo que recibe el tratamiento habitual¹⁶⁻³⁰.

Método

Diseño del estudio

Este es un estudio clínico, ciego simple (médico asistente no tenía conocimiento de cuales pacientes eran seguidos por la enfermera y cuales no eran) de dirección lógica natural. Los pacientes incluidos fueron aquellos atendidos en el ambulatorio de insuficiencia cardíaca de un hospital terciario, con diagnóstico de IC y clasificación funcional establecida por la New York Heart Association (NYHA). Todos los pacientes fueron seguidos por el mismo médico. Los criterios de inclusión fueron: portador de insuficiencia cardíaca y clasificación funcional de NYHA, edad superior a 18 años, residir en Curitiba o región metropolitana, tener fácil acceso a clínica, poseer acceso telefónico y no ser usuario de drogas ilícitas. Los criterios de exclusión estaban constituidos por: ser usuarios de drogas ilícitas, expectativa de supervivencia menor que 3 meses a causa de enfermedades no cardíacas, no aceptar participar en el estudio y de las actividades propuestas, tener sufrido IAM (infarto agudo de miocardio) en las últimas 8 semanas o accidente cerebrovascular (ACV), poseer angina no controlada, postoperatorio de cirugía cardíaca o otra programada, no contar con acceso a una línea telefónica, no tener domicilio fijo o planes de mudanza del municipio. El Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica de Paraná, PUC-PR, aprobó el estudio bajo el número 407/06, registro en el CEP 1143. Se insertaron a los pacientes en el estudio tras aclaración detallada de las finalidades de la investigación y la obtención de consentimiento por escrito, con la observación de los principios bioéticos de sigilo y anonimato –Resolución 196/96³¹.

Las variables clínicas y sociodemográficas basales se midieron antes de la formación de los grupos. La división de los grupos (GI: grupo intervención; y GC: grupo control) se hizo por medio de muestreo aleatorio simple, expresada mediante sorteo.

En cuanto a la asistencia prestada a los grupos, el GC se siguió por medio de atención médica convencional y monitoreo telefónico mensual para fines administrativos y epidemiológicos, sin carácter educativo, por lo tanto. Por medio de este contacto telefónico se hacían los registros de internamientos y consultas de urgencia y emergencia, así como las causas precipitantes de estas. Las llamadas tenían la duración de aproximadamente 5 minutos.

El GI se siguió por medio de atención médica convencional, consulta de enfermería y monitoreo telefónico quincenal de carácter educativo. En este contacto telefónico se hicieron registros de internamientos y consultas de urgencia y

emergencia y causas precipitantes; orientaciones acerca del tratamiento farmacológico y medidas higiénico-dietéticas (ingesta hídrica, ingesta de sodio, control de presión arterial, control de peso corpóreo), además de sanar eventuales dudas a respecto de las mismas. Las llamadas tenían duración de aproximadamente 20 minutos.

Las consultas de enfermería eran quincenales o mensuales, y esta periodicidad se denominaba según las necesidades presentadas por los pacientes. En estas consultas, se llevaban a cabo orientaciones acerca del tratamiento farmacológico, control de presión arterial y peso corpóreo, hábitos alimentares, ingestión de sodio e ingestión de líquidos.

Para desempeñar las orientaciones higiénico-dietéticas se empleaban tablas donde estaban descritas las cantidades de agua, sodio, grasas y vitaminas de los alimentos. Además de ello, el volumen de líquidos se ajustaba de acuerdo con las condiciones clínicas presentadas por los pacientes, estableciéndose así una cantidad límite diaria de éste, que abarcaba la ingesta de agua, sucos, leche, café, té y otras bebidas, más allá de los líquidos oriundos de alimentos como frutas, sopas y verduras. Esta cantidad límite se prescribía en el momento de la consulta de enfermería, variando de 1l/día a 2l/día de líquidos.

Respecto al control de peso corpóreo, se recomendaba a los pacientes que se realizara el pesaje diariamente: la ganancia de peso corpóreo igual o superior a 2 kilogramos en un período de 2 días constituiría una señal de alerta (se debería procurar un ambulatorio).

Análisis estadístico

Se organizaron los datos en hojas de cálculos de Excel y para los cálculos estadísticos se empleó el programa computacional Statistica v.7. Los resultados obtenidos en el estudio estaban expresados por promedios y desviaciones estándar o por frecuencias y porcentajes. Para comparación de grupos con relación a variables nominales dicotómicas se empleó la prueba exacta de Fisher. Se hicieron comparaciones con relación a las variables cuantitativas utilizándose la prueba t de Student. En lo que toca a la probabilidad de internamiento, se llevó a cabo la comparación de los grupos controlándose la variable edad del paciente. Para ello, se ajustó un modelo de regresión logística, teniendo en cuenta la ocurrencia o no de internamiento como variable respuesta, y el grupo y la edad del paciente como variables explicativas. En todos los tests, los valores de $p < 0,05$ indicaron significancia estadística.

Tabla 1 - Descripción de las acciones educativas de enfermería.

El enfermero en las consultas periódicas realizaba orientaciones basadas y enfocadas en los siguientes elementos conductuales:
1) Autocontrol: conocer los beneficios y efectos adversos del tratamiento farmacológico.
2) Hábitos: conocer el balance hídrico, la restricción de sodio, la abstención de tabaco e la ingestión de alcohol adecuados.
3) Actividades preventivas: referir a las unidades de salud básica para la realización de vacunas antineumocócica y antigripal

Resultados

Perfil clínico y sociodemográfico

La muestra estaba conformada por 40 pacientes, 28 del sexo masculino y 12 del sexo femenino, con edades entre 31 y 80 años. Las características sociodemográficas, comorbidades y función cardíaca están detalladas en la Tabla 2.

Respecto a las variables cardiológicas hubo diferencias en la terapia farmacológica en cuanto al empleo o no de β – bloqueantes, ($p = 0,020$); con relación a las demás variables, no hay diferencias estadísticas (Tabla 3).

Las características en cuanto a los aspectos educativos y de conocimiento de los pacientes con relación a la enfermedad y tratamiento fueron semejantes. (Tabla 4)

Resultados de la intervención

Los números de internamientos ocurridos en el período de seguimiento están detallados en la Tabla 5. El GI necesitó 5 ($0,25 \pm 0,79$) internamientos durante el período y el GC necesitó 22 ($1,10 \pm 1,41$) internamientos, $p = 0,037$. Hubo diferencia significativa de número de internamientos entre los grupos.

Tomando en consideración que los grupos control e intervención presentan diferencia significativa en lo que toca a la edad, la comparación entre esos grupos en relación con la ocurrencia de internamiento se hizo con el control de esta variable. Para ello, se probó, en la presencia de la variable edad, la hipótesis nula de que la probabilidad de internar para pacientes del grupo control es igual a la probabilidad de internar para pacientes del grupo intervención, versus la hipótesis alternativa de probabilidades distintas.

El resultado de la prueba estadística indicó el rechazo de la hipótesis nula ($p=0,008$). De esta forma, al controlarse la variable edad, se puede afirmar que pacientes del GC y pacientes del GI son significativamente diferentes en lo que respecta a la probabilidad de internamiento. En la tabla a continuación está detallado el cruzamiento de grupo con la ocurrencia de internamiento. Se debe notar que, de los pacientes del GC, se internaron al 50%, mientras que en el GI se internaron solamente al 10% de los pacientes.

La tasa de mortalidad total de la muestra fue del 5%, se mostrando resultante de un óbito del GC. La causa precipitante de este fue descompensación originada de insuficiencia renal crónica.

Discusión

Características sociodemográficas y de atención

La muestra incluyó a pacientes con IC de ambos los sexos con la mayor prevalencia de pacientes de sexo masculino, estado civil casado y con piel de color blanco. Las características encontradas se asemejan a las descritas por algunos autores^{8,14,18-23,32}.

La edad promedio fue de $54,25 \pm 11,82$ años para el GI y $60,65 \pm 7,03$ años para el GC, caracterizando una muestra relativamente joven cuando comparada a otros estudios en que los promedios de edad fueron superiores^{8,10,14,15,18,20-22}.

El grado de escolaridad alcanzó, en su mayoría, la enseñanza fundamental. Estos elementos pueden sacar a la

Tabla 2 – Características Sociodemográficas, Comorbidades y Función

Características de la muestra	GI (n=20)	GC (n=20)	P valor*
Color de piel			
Blanco	16(80%)	17(85%)	ns ^a
Sexo			
Masculino	13(65%)	15(75%)	ns ^b
Edad			
Años	54,25 ± 11,82	60,65 ± 7,03	0,046
Estado civil			
Casado	17(85%)	14(70%)	ns ^c
Trabaja actualmente			
No	16(80%)	13(65%)	ns ^d
Escolaridad			
Analfabeto	4(20%)	1(5%)	
Hasta la enseñanza fundamental	12(60%)	17(85%)	ns ^e
Más que la fundamental	4(20%)	2(10%)	
Cardiovasculares			
HAS	11(55%)	14(70%)	ns
Diabetes	3(15%)	4(20%)	ns
Arritmia	5(25%)	3(15%)	ns
Fibrilación Atrial	2(10%)	4(20%)	ns
Chagas	6(30%)	2(10%)	ns
Dislipdemia	1(5%)	5(25%)	ns
Enfermedad coronaria	0(0%)	3(15%)	ns
Enfermedad Valvular	1(5%)	0(0%)	ns
Pulmonares			
EPOC	0(0%)	2(10%)	ns
Neumonía	0(0%)	1(5%)	ns
Tuberculosis pulmonar	0(0%)	1(5%)	ns
Neumocistosis	0(0%)	1(5%)	ns
Hormonales/disturbios endocrinos			
Hipotiroidismo	2(10%)	2(10%)	ns
Internamientos por IC anteriores a la formación de los grupos			
Hasta 3 veces	10(50%)	11(55%)	ns ^f
Más que 3 veces	10(50%)	9(45%)	
Cuidador/Apoyo social			
Familiar	12(60%)	12(60%)	
Otros	8(40%)	6(30%)	
No posee	0(0%)	2(10%)	

a - Comparación entre blancos y no blancos; b - Comparación entre sexo femenino y sexo masculino; c - Comparación entre estado civil casado y no casado; d - Comparación entre trabaja o no trabaja actualmente; e - Comparación entre grado de escolaridad hasta la enseñanza fundamental, más que la fundamental y analfabeto; f - Comparación entre internó hasta 3 veces y más que 3 veces; (*) Prueba exacta de Fisher.

Artículo Original

Tabla 3 - Variables cardiológicas

Características de la muestra	GI (n= 20)	GC (n=20)	P valor*
Tratamiento farmacológico			
β - bloqueantes	20(100%)	14(70%)	0,020
IECA	13(65%)	17(85%)	ns ^a
Diuréticos tiazídicos	4(20%)	2(10%)	ns ^a
Diuréticos ahorradores de potasio	12(60%)	13(65%)	ns ^a
Diuréticos de asa	16(80%)	17(85%)	ns ^a
Antiplaquetarias	6(30%)	11(55%)	ns ^a
Anticoagulantes	3(15%)	3(15%)	ns ^a
Digitálicos	10(50%)	10(50%)	ns ^a
Nitratos	2(10%)	3(15%)	ns ^a
Estatinas	5(25%)	8(40%)	ns ^a
Antiarrítmicos	3(15%)	2(10%)	ns ^a
Tiempo de apareamiento de los síntomas			
Hasta 2 años	7(45%)	10(50%)	ns ^b
Más que 2 años	11(55%)	10(50%)	
Clase Funcional (NYHA)			
Clase I	1(5%)	1(5%)	
Clase II	13(65%)	10(50%)	ns ^c
Clase III	6(30%)	9(45%)	
Clase IV	0(0%)	0(0%)	
Exámenes laboratoriales			
Potasio (mEq/l)	4,83 ±0,87	4,35±0,44	ns ^{***}
Urea (mg/dl)	58,50±23,63	58,38±27,72	ns ^{***}
Sodio (mEq/l)	138,75±3,50	138,82 ±4,24	ns ^{***}
TSH (m/UL/l)	2,91±2,15	4,45±3,83	ns ^{***}
HDL (mU/ml)	33,75±12,58	49,86±28,08	ns ^{***}
Colesterol (mg/dl)	156,25±52,66	199,38±73,44	ns ^{***}
FEVI (%)	43,95± 12,31	44,20± 13,41	ns ^{***}
Etiología			
Coronariopatía Obstructiva	6(30%)	4(20%)	ns ^{**}
Chagas	6(30%)	3(15%)	ns ^{**}
Idiopática	7(35%)	11(55%)	ns ^{**}
Hipertensiva	1(5%)	2(10%)	ns ^{**}

a - comparación entre usa y no usa; b - Comparación entre hasta 2 años y más que 2 años; c - Clase I ó II versus Clase III ó IV; (*) Prueba exacta de Fisher; (**) Prueba Chi-cuadrado; (***) Prueba T de Student.

luz las dificultades enfrentadas por la mayoría de la población frente al no acceso a la educación (exclusión de la escuela) y a cursos de profesionalización³³. La escolaridad fue inferior a la encontrada en estudios europeos¹⁸, y superior a la encontrada en estudios realizados en territorio nacional⁸.

La fuente de renta y subsistencia reflejó el impacto

Tabla 4 - Características en cuanto a los aspectos educativos

Características de la muestra	GI (n= 20)	GC (n= 20)	P valor
Dudas			
Tratamiento	9(45%)	2(10%)	-
Curación	3(15%)	1(5%)	-
Sexualidad	5(25%)	3(15%)	-
Prácticas de ejercicios/viajes	2(10%)	0(0%)	-
Ingestión de alcohol	2(10%)	1(5%)	-
Menopausia	0(0%)	1(5%)	-
No posee	11(55%)	15(75%)	-
Uso de las medicaciones			
Regular	14(70%)	19(95%)	-
Irregular	6(30%)	1(5%)	-
Motivo del uso irregular			
No puede comprar	4(66,6%)	0(0%)	-
Ideas suicidas	1(16,6%)	1(100%)	-
Uso de alcohol	1(16,6%)	0(0%)	-
Consumo de Fibras/ frutas y hortalizas	7(35%)	5(25%)	-
Consumo de Frituras	18(90%)	17(85%)	-
Volumen de líquidos/ día			
½ l /día	2(10%)	2(10%)	-
1l/día	3(15%)	4(20%)	-
1,5 l /día	9(45%)	6(30%)	-
2l/día o más	6(30%)	8(40%)	-

Variables descriptivas.

Tabla 5 - Internamientos post-intervención

	Internamientos		
	Total	Promedio + desviación estándar	Valor de p*
GI	5	0,25±0,79	
GC	22	1,10 ±1,41	0,037

(*) Prueba exacta de Fisher

Tabla 6 - Características en cuanto a la probabilidad de internación post-intervención

Características de la muestra	GI (n= 20)	GC (n= 20)	P valor
No internaron	18(90%)	10(50%)	-
Internaron	2(10%)	10(50%)	-

Variables descriptivas.

socioeconómico que la enfermedad proporciona a su portador, al SUS y al sistema de previdencia. La gran mayoría de los pacientes no trabajaba; así, tenían como la principal fuente de renta la jubilación, seguida del alejamiento por auxilio-enfermedad, resultante, principalmente, de las limitaciones

físicas que la enfermedad proporciona, incapacitándolos para el ejercicio de la profesión.

Respecto a las inmunizaciones, 23 pacientes (57,5%) no estaban vacunados contra neumonía por neumococos o con la vacuna antigripe (*influenza*). La justificación para la no vacunación de estos pacientes fue el desconocimiento del suministro de las vacunas por el sistema público de salud y de la necesidad y beneficios que las mismas podrían proporcionar.

El tratamiento o seguimiento odontológico fue una preocupación en virtud del potencial de infecciones³⁴, 38 pacientes (95%) no realizaba visita al odontólogo desde hace al menos 10 años, en virtud de dificultades económicas y de la existencia de pocos profesionales odontólogos en el sistema público.

Características clínicas

Las características clínicas fueron semejantes entre los grupos GI y GC, con los grupos homogéneos.

Para realizar el diagnóstico primario de la IC, se llevaron a cabo exámenes de imagen y laboratoriales, inclusive el ecocardiograma. Sin embargo, solamente 22 de los pacientes (55%) tuvieron este examen como método de diagnóstico primario de IC. Este dato refleja un bajo cumplimiento de las recomendaciones de la Sociedad Brasileña de Cardiología y también puede revelar las dificultades encontradas por los pacientes y clínicos en la realización de estos exámenes por el SUS.

En cuanto a la etiología predominó en nuestros pacientes a la etiología idiopática, seguida por la etiología de coronariopatía obstructiva crónica. Ya la etiología chagásica se presentó en 9 pacientes (22,5%), en una región que no es considerada área endémica. Eso evidencia que pese a las múltiples medidas sanitarias de eliminación del vector, poseímos todavía una alta incidencia de esta miocardiopatía. Esto también puede ser resultado de la migración de personas de estados considerados endémicos y de las condiciones socioeconómicas y culturales de estos pacientes ante medidas de control del vector en el ámbito doméstico. Este estándar etiológico fue diferente del encontrado en otros estudios. Creemos que esto se deba al hecho de que en dichos estudios no hubo la clasificación de la IC como chagásica, pero como IC dilatada, y también por llevarse a cabo en regiones con áreas no endémicas^{8,14,15,18,21,22}.

En este estudio se observó un alta tasa de hipertensos, GI (55%) y GC (70%) en comparación con estudios realizados en otros países^{21,35}. De forma diferente a la diabetes –GI (15%) y GC (20%)– con estos datos inferiores a los encontrados en otros estudios^{19,36}.

La terapia farmacológica propuesta evidenció un buen seguimiento de las directrices de práctica clínica para el tratamiento de la IC. De esa manera, se incluyeron en el tratamiento de los pacientes los β – bloqueantes e IECA^{17,35-40}. Todos los pacientes tomaban diuréticos.

Hubo diferencias entre el empleo o no de β – bloqueantes por el GI y el GC ($p=0,044$). La diferencia entre el empleo o no de β – bloqueantes, se determinó por la adaptación o

no de los pacientes a la utilización del medicamento, sendo provenientes, por lo tanto, de la evaluación de los beneficios versus efectos colaterales y adversos. El no empleo del β – bloqueante fue señalado por la intolerancia del paciente al medicamento, y esta evaluación fue realizada por el médico asistente. Algunos estudios describen que el empleo de β – bloqueante pueden provocar empeoramiento clínico en el inicio de la terapia, posiblemente por la retirada del soporte adrenérgico. Sin embargo en los grupos GI y GC no se presentaron episodios de descompensaciones o internamientos referentes a su uso al inicio de la terapia^{35,36,40}.

Internamientos

Desde la intervención educativa de enfermería por medio de las consultas y monitoreo telefónico periódico, se observó una reducción significativa en las internaciones hospitalarias, representadas por 5 (18,5%) internamientos del GI, y 22 (81,5%) del GC.

La principal causa de desestabilización del GC fue la hipervolemia, reflejada por el no cumplimiento del balance hídrico y/o no adhesión a la terapia farmacológica, culminando en congestión. Las internaciones de este grupo fueron rápidas, dirigidas al monitoreo clínico, a la realización de exámenes y la compensación por medio de diuréticos. Ya las causas de las internaciones del GI fueron arritmias e IC refractaria al tratamiento.

Estos datos revelan que los pacientes del GC tuvieron sus internamientos por causas previsibles y pasibles de prevención en virtud de las causas precipitantes. En contrapartida, el GI presentó causas de internación previsibles, sin embargo, no susceptibles de evitarse. Los dos pacientes que se internaron de este grupo, presentaban casos clínicos complejos. Uno de ellos presentaba arritmia con presencia de lipotimia y pérdida de conciencia y el otro desarrolló IC refractaria al tratamiento, lo que culminó en trasplante cardíaco 1 mes tras el término del estudio.

Mediante estos resultados podemos confirmar los relatos en otros estudios semejantes - que la intervención educativa promueve reducción de las tasas de hospitalizaciones y consultas con expertos^{9,15,18-30}.

Intervención

La intervención de enfermería fue de carácter educativo y de capacitación al desarrollo del autocuidado. La enfermera no alteró dosis de diuréticos o de otros fármacos como es el procedimiento de rutina en algunos servicios especializados en IC³.

De ese modo, se puede notar que los pacientes del GI demostraron mejora expresiva al realizar las prácticas de salud positivas y las medidas higiénico-dietéticas, además de ser más asiduos a las consultas y actividades propuestas. Hubo también mejora del conocimiento de la enfermedad y del tratamiento⁴¹⁻⁴⁵.

Limitaciones

Aunque sea nuestra muestra conformada por una población general con IC atendida en una clínica especializada de un

hospital terciario, los pacientes fueron elegidos desde el total de portadores de la enfermedad. Son en su gran mayoría varones, de etiología isquémica y relativamente jóvenes. Por lo tanto, estos resultados pueden no ser necesariamente extensivos a toda población portadora de IC.

Creemos que algunos internamientos del GC puedan haber sido subnotificados debido al hecho de que algunos servicios de urgencia y emergencia no realizaron el registro y/o notificación de estas atenciones, o no realizaron aún el registro de la atención por medio de otro diagnóstico –falta de criterios diagnósticos exactos en la notificación de la enfermedad.

Las informaciones y orientaciones acerca de medidas higiénico-dietéticas dadas al GI pueden haber sido reveladas en algunas situaciones al GC, es decir, este grupo puede haber tenido acceso a las informaciones educativas ofertadas al GI cuando los pacientes de éste se encontraba en las salas de espera de exámenes y consultas. Hubo el cuidado de efectuar las consultas de los grupos en días distintos, a excepción del hecho del equipo administrativo del ambulatorio quedar responsable de la agenda, creemos que algunos pacientes de grupos diferentes pueden haber se encontrado y eventualmente intercambiado informaciones. Este hecho puede denotar o no el total desconocimiento de este grupo acerca de las orientaciones sobre el tratamiento farmacológico y las medidas higiénico-dietéticas,

haciéndonos creer que el factor adherencia, además de las acciones educativas, puede haber sido un elemento interferente en los resultados.

Conclusión

La consulta de enfermería con el enfoque en acciones educativas capacita al paciente portador de IC en la realización del autocuidado, promoviendo reducción de la frecuencia de hospitalizaciones de los pacientes en tratamiento, residentes en Curitiba y región metropolitana.

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiación

El presente estudio no tuvo fuentes de financiación externas.

Vinculación Académica

Este artículo forma parte de tesis de maestría de Vivian Freitas Rezende Bento y Paulo Roberto Slud Brofman, por la Clínica Quirúrgica - PUC-PR.

Referencias

1. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Assistência à Saúde: internações por especialidades e local de internação. [acceso em 2008 mai 5]. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>
2. Rodriguez-Artelejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiology of heart failure. *Rev Esp Cardiol*. 2004; 57 (2): 163-70.
3. Bocchi E, Villas-Boas F. Aspectos atuais em insuficiência cardíaca congestiva. São Paulo: BBS; 2004. p. 60-86.
4. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística da população: Censo demográfico 2000. [acceso em 2008 mai 5]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
5. Barreto ACP, Bocchi EA (eds). Insuficiência cardíaca. São Paulo: Seguimento; 2003.
6. Orn S, Dickstein K. How do heart failure patients die? *Eur Heart J*. 2002; 4 (Suppl): D 59-D 65.
7. Murdoch DR, Love MP, Robb TA, McDonagh AP, Davie I, Ford S, et al. Importance of heart failure as a cause of death: changing contribution to overall mortality and coronary heart disease mortality in Scotland 1979-1992. *Eur Heart J*. 1998; 19: 1829-35.
8. Tavares LR, Victor H, Linhares JM, Barros CM, Oliveira MV, Pacheco LC, et al. Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói – Projeto EPICA- Niterói. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 82 (2): 121-4.
9. Stewart S, MacIntyre K, Macleod MMC, Bailey AEM, Capewell S, McMurray JJV. Trends in hospitalization for heart failure in Scotland 1990-1996. *Eur Heart J*. 2001; 22 (3): 209-17.
10. Albanese Filho FM. O que vem acontecendo com a insuficiência cardíaca no Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 85 (3): 155-6.
11. Araújo LR, Tavares LR, Verissimo R, Mesquita ET, Ferras MB. Custo da insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 84 (5): 422-7.
12. Fortaleza-Rey J, Fernandez-Palomeque C, Fernández C. Tratamiento de la comorbidade y de los factores precipitantes de destabilización en el paciente con insuficiencia cardíaca: aspectos nutricionales y calidad de vida. *Med Clin (Barc)*. 2001; 2: 41-9.
13. Grady KL, Dracup K, Kennedy G, Moser DK, Piano M, Stevenson LW, et al. Team management of patients with heart failure: a statement for healthcare professionals of the American Heart Association. *Circulation*. 2000; 102: 2443-56.
14. Ochiai ME, Franco LLS, Gebara OCE, Nussbacher A, Serro-Azul JB, Pierri H, et al. Associação entre evolução da função cognitiva e mortalidade à alta hospitalar em pacientes idosos com insuficiência cardíaca avançada. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 82 (3): 251-4.
15. Salvador MJ, Sebaoun A, Sonntag F, Blanch P, Silber S, Aznar J, et al. European study of ambulatory management of heart failure by cardiologists. *Rev Esp Cardiol*. 2004; 57 (12): 1170-8.
16. Lupón J, Parajón T, Urrutia A, González B, Herreros J, Altimir S, et al. Reduction in heart failure hospitalization rate during the first year of follow-up at a multidisciplinary unit. *Rev Esp Cardiol*. 2005; 58 (4): 374-80.
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Revisão das diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol*. 2002; 79 (supl. 4): 1-30.
18. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 32: 1219-21.
19. Morcillo C, Valderas JM, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujadas R, et al.

- Evaluation of a home-based intervention in heart failure patients: results of a randomized study. *Rev Esp Cardiol.* 2005; 58 (6): 618-25.
20. Jaarsma T, Halfens R, Huijter Abu-Saad H, Dracup K, Gorgels T, van Ree J, et al. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *Eur Heart J.* 1999; 20: 673-82.
 21. Stromberg A, Martensson J, Fridlund B, Levin LA, Karisson JE, Dahlström U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behavior in patients with heart failure. *Eur Heart J.* 2003; 24: 1014-23.
 22. Roig E, Pérez-Villa F, Cuppoletti A, Castillo M, Hernandez N, Morales M, et al. Specialized care program for end-stage heart failure patients: initial experience in a heart failure unit. *Rev Esp Cardiol.* 2006; 59 (2): 109-16.
 23. Anguita M, Ojeda S, Atienza F, Ridocci F, Almenar L, Valles F, et al. Análisis de coste - beneficio de los programas de prevención de reingresos en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca: impacto económico de las nuevas formas de asistencia a la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol.* 2005; 58 (Suppl. 2): 32-6.
 24. Blue L, Lang E, McMurray JJ, Davie AP, McDonagh TA, Murdoch DR, et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ.* 2001; 323: 715-8.
 25. Stewart S, Blue L, Walker A, Morrison JJV, McMurray JJ. An economic analysis of specialist heart failure nurse management in the UK: can we afford not implement it? *Eur Heart J.* 2002; 23: 1369-78.
 26. Gustafsson F, Arnold JMO. Heart failure clinics and outpatient management: review of the evidence and call for quality assurance. *Eur Heart J.* 2004; 25: 1596-604.
 27. Gonseth J, Gallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J.* 2004; 25: 1570-95.
 28. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart.* 2005; 91: 899-906.
 29. Arcand JA, Brazel S, Joliffe C, Choleva M, Berkoff F, Allard JP, et al. Education by a dietitian in patients with heart failure results in improved adherence with a sodium- restricted diet: a randomized trial. *Am Heart J.* 2005; 150 (4): 716-20.
 30. Gwady-Sridhar FH, Arnold JM, Zhang Y, Brown JE, Marchiori G, Guyatt G. Pilot study to determine the impact of a multidisciplinary education in patients hospitalized with heart failure. *Am Heart J.* 2005; 150 (5): 982.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa com seres humanos (Res. CNS 196/1996 e outras). 2ª. ed. Brasília; 2003.
 32. Villacorta H, Mesquita ET. Fatores prognósticos em portadores de insuficiência cardíaca congestiva. *Arq Bras Cardiol.* 1999; 72 (3): 343-52.
 33. Ferraro AR, Machado NCF. Da universalização do acesso à escola no Brasil. *Educação & Sociedade.* 2002; 23 (79): 213-4.
 34. Sonis ST (ed). Princípios e prática de medicina oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985. p. 89-109.
 35. Batlouni M, Albuquerque DC. Bloqueadores beta adrenérgicos na insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol.* 2000; 75 (4): 339-49.
 36. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure; The SOLVD Investigators. *N Engl J Med.* 1991; 325 (5): 293-302.
 37. Gallardo Araceli A, Reyes Elvira S. Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca. *Rev Mex Enfer Cardiol.* 2001; 9 (1-4): 31-8.
 38. Nieminen MS, Böhm M, Cowie MR, Drexler H, Filipatos GS, Jondeau G, et al. Guías de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica. Versión Resumida. *Rev Esp Cardiol.* 2005; 58 (9): 389-429.
 39. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldman AM, Francis GS, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1995 Guidelines for the evaluation and management of heart failure. *J Am coll Cardiol.* 2001; 38 (7): 2101-13.
 40. Parker M. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *N Engl J Med.* 2001; 344 (22): 1651-8.
 41. Nieto Montesinos MJ, García Fernández Y, Atrio Padrón ML. Plan de cuidados a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC). *Rev Enferm Cardiol.* 2004; 31: 23- 5.
 42. Kenchaiah S, Evans JC, Levy D, Wilson PWF, Benjamin EJ, Larson MG, et al. Obesity and risk of heart failure. *N Engl J Med.* 2002; 347 (5): 305-13.
 43. Santos L, Figueiredo L, Fonseca F. Vitamina K e anticoagulantes orais. *Nutricias.* 2005; 5: 32-3.
 44. Balbach A, Boarim DSF. As frutas na medicina natural. São Paulo: Editora Missionária; 1995.
 45. Balbach A, Boarim DSF. As hortaliças na medicina natural. São Paulo: Editora Missionária; 1995.