

Efecto del grupo de orientación en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica: ensayo clínico aleatorizado¹

Cristina Silva Arruda²
Juliana de Melo Vellozo Pereira³
Lyvia da Silva Figueiredo⁴
Bruna dos Santos Scofano⁵
Paula Vanessa Peclat Flores⁶
Ana Carla Dantas Cavalcanti⁷

Objetivo: Evaluar el efecto del grupo de orientación en la adhesión terapéutica y en el autocuidado de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. **Método:** Ensayo clínico aleatorizado controlado, realizado entre 27 pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. El grupo intervención, además de consultas de enfermería, participó de encuentros de grupo con el equipo multidisciplinario mientras el grupo control recibió solamente consultas de enfermería en un período de cuatro meses. Al principio y al final del estudio, se aplicaron cuestionarios, validados para uso en el Brasil, con el fin de evaluar los resultados autocuidado y adhesión al tratamiento. Las variables categóricas se expresaron a través de distribuciones de frecuencias y porcentajes y las variables continuas con promedio y desviación típica. La comparación entre las puntuaciones iniciales y finales del grupo intervención y control se realizó a través de la prueba T-Student. **Resultados:** El promedio de adhesión antes del estudio fue de $13,9 \pm 3,6$ y de $14,8 \pm 2,3$ después del estudio, en el grupo intervención y de $14,2 \pm 3,4$, antes y de $14,7 \pm 3,5$, después, en el grupo control. La puntuación de confianza en el autocuidado fue menor tras la intervención ($p=0,01$). **Conclusión:** El grupo de orientación no mejora la adhesión al tratamiento, el manejo y el mantenimiento y puede disminuir la confianza en el autocuidado. Registro REBEC RBR-7r9f2m.

Descriptores: Insuficiência Cardíaca; Enfermería; Grupos de Autoayuda; Autocuidado; Cooperación del Paciente; Ensayo Clínico.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Impacto de um grupo de orientação no autocuidado e adesão de pacientes com insuficiência cardíaca", presentada en la Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. Apoyo financiero de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

² MSc, Enfermera, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Estudiante de doctorado, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. Enfermera, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Estudiante de doctorado, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. Becario de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁵ Enfermera.

⁶ Estudiante de doctorado, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. Profesor Asistente, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

⁷ PhD, Profesor Asociado, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Cómo citar este artículo

Arruda CS, Pereira JMV, Figueiredo LS, Scofano BS, Flores PVP, Cavalcanti ACD. Effect of an orientation group for patients with chronic heart failure: randomized controlled trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2982. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2167.2982>.  mes  día  año

Introducción

A pesar de que en las últimas décadas se hayan desarrollado nuevas tecnologías y avances científicos asociados a una mejor condición social y económica de la población, se observa una incidencia alta de insuficiencia cardíaca (IC) en el Brasil y en el mundo⁽¹⁾.

La presencia de síntomas limitadores como la fatiga, la disnea y la angina se ha vuelto común en dichos pacientes y puede venir acompañada de pérdida de memoria y dificultad de la capacidad de concentración, volviéndolos incapaces y restringiendo la realización de sus actividades diarias⁽²⁻³⁾. Esta disminución de la capacidad funcional puede comprometer aún más la adhesión al tratamiento y al autocuidado, con índices mayores de hospitalización y muerte⁽⁴⁾.

Un estudio puso en evidencia un índice bajo de autocuidado en 116 pacientes con IC y demostró este dato al presentar 44,8% de pacientes con declinación cognitiva y 52,6% sin acompañamiento de enfermeros⁽⁵⁾.

Los programas educativos son una herramienta importante del equipo multiprofesional especializado en el acompañamiento de pacientes con IC para mejorar la gestión del autocuidado⁽⁶⁾. Sin embargo, existen dificultades para identificar las estrategias y escenarios adecuados, ya que las intervenciones son heterogéneas, así como el número de profesionales involucrados, dificultando la evaluación de los resultados⁽⁵⁾.

Delante de esta situación, los enfermeros que actúan en clínicas especializadas de IC buscan estrategias para mejorar la adhesión al tratamiento y así perfeccionar el autocuidado, mejorando la calidad de vida de los pacientes y disminuyendo los ingresos hospitalarios⁽⁵⁻⁷⁾. La intervención de enfermería a través de grupos ha sido descrita como una de las estrategias de programas de manejo de la enfermedad⁽⁸⁻¹¹⁾ aunque no existan estudios que comprueben su eficacia en la adhesión, en el manejo, en el mantenimiento y en la confianza del autocuidado.

En una revisión integradora de 42 artículos sobre intervenciones propuestas e implementadas por enfermeros para la optimización del autocuidado en pacientes con IC, se observó que la mayoría de los artículos estaba direccionado a los pacientes, excluyendo la participación de cuidadores y familiares y abordaban de tres a cuatro factores del autocuidado tales como dieta, adhesión a la medicación, peso diario, actividad física y monitoreo de signos y síntomas de descompensación. Predominaron las instrucciones verbales, pero también se utilizó la forma escrita y las tecnologías de información como CD-ROM, DVD y vídeos, además de la telesalud. Pocos artículos discutían actividades en grupo⁽¹²⁾.

El grupo de orientación ha sido empleado como una intervención de refuerzo para los consejos brindados durante la consulta ambulatoria. Un estudio realizado

en Holanda evaluó el autocuidado y la calidad de vida entre 317 pacientes con IC, durante 12 meses tras la participación en 21 sesiones de grupo. La intervención mostró una mejoría de la gestión cognitiva de los síntomas ($p < 0,001$), del comportamiento de autocuidado ($p = 0,008$) y de la calidad de vida ($p = 0,005$), pero no se observó ningún efecto tras 6 y 12 meses de seguimiento⁽¹⁰⁾.

Una revisión sistemática evaluó la utilización de los grupos de orientación en diversas poblaciones con enfermedades crónicas como asma, hipertensión, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, artritis, entre otras, y aportó pequeñas evidencias sobre la obtención de buenos resultados en los ítems calidad de vida y mejoría en la gestión de la salud. El estudio sugirió que se realizaran más investigaciones, principalmente las que comparan los grupos de orientación con otras estrategias⁽¹¹⁾.

Por esta razón, este estudio tuvo como objetivo evaluar el efecto del grupo de orientación en la adhesión al tratamiento y en el autocuidado de pacientes con IC crónica de una clínica especializada.

Método

Se trata de un ensayo clínico paralelo aleatorizado desarrollado entre dos grupos en un mismo momento: Grupo intervención (grupo de orientación y consulta de enfermería) y Grupo control (consulta de enfermería).

El estudio se realizó entre octubre de 2012 y febrero de 2014. Se consideraron elegibles para el estudio pacientes en acompañamiento de una clínica especializada en insuficiencia cardíaca del municipio de Niterói/RJ- Brasil, con edad ≥ 18 años, diagnóstico médico de IC y clase funcional entre I y III de acuerdo con la *New York Heart Association* (Asociación Neoyorquina del Corazón, NYHA).

Se excluyeron aquellos pacientes con evento de infarto agudo de miocardio (IAM) en los tres meses que antecedieron a la investigación; pacientes sometidos a cirugía de revascularización del miocardio en el mes anterior o con necesidad de realización de la operación; pacientes con secuelas neurológicas cognitivas; pacientes que no residían en las ciudades de Niterói, São Gonçalo o Rio de Janeiro, y pacientes que no poseían contacto telefónico fijo directo. La intervención se llevó a cabo mediante un seguimiento de 120 días, en el que se realizaron dos (02) consultas de enfermería y dieciséis (16) encuentros de grupo con el grupo intervención (GI) en intervalo quincenal.

Los 105 pacientes elegibles fueron contactados y aleatorizados de forma ciega para el grupo de control y el grupo de intervención. Sólo 56 pacientes fueron invitados y atendieron a la solicitud; se les dio orientación sobre el estudio y firmaron el Consentimiento Voluntario e Informado con los beneficios y riesgos del estudio. En la primera consulta, se realizó la primera evaluación de los resultados

de adhesión y mantenimiento, manejo y confianza en el autocuidado, mediante cuestionarios previamente adaptados y validados para su uso en el Brasil⁽¹³⁻¹⁴⁾.

En cada consulta de enfermería, un enfermero especialista realizó anamnesis, examen físico y evaluación de los exámenes complementarios y de laboratorio. Se identificaron los diagnósticos de enfermería y se implantaron intervenciones educativas por medio de la lectura de una Cartilla de Orientación sobre Insuficiencia Cardíaca⁽¹⁵⁾ de la Clínica Corazón Valiente junto a los pacientes y sus acompañantes, además de optimizar el tratamiento prescripto. Esta cartilla se utiliza en el acompañamiento convencional de los mismos.

La intervención "grupo de orientación" estuvo basada en la intervención de enfermería Grupo de Apoyo de la *Nursing Intervention Classification* (NIC)⁽¹⁶⁾. Esta intervención se define como "uso de un ambiente de grupo para proporcionar a sus miembros apoyo emocional e informaciones relacionadas con la salud".

Ocho temas diferentes se programaron para el grupo de orientación, basados en las recomendaciones de la Directriz Brasileña de Insuficiencia Cardíaca⁽¹⁵⁾ conforme figura 1, presentados en un periodo de 15 días; no obstante, estos se repitieron por dos semanas consecutivas, favoreciendo la participación de los pacientes. A continuación se describen los temas, el objetivo y la intervención utilizada.

Semana	Tema	Objetivo	Intervención
1 y 2	Definición de insuficiencia cardíaca y cuidados principales	Presentar la Insuficiencia cardíaca y sus síntomas principales	Bingo de la presentación; Presentación de un vídeo.
3 y 4	Síntomas de descompensación, cómo actuar?	Presentar los signos y síntomas principales de la Insuficiencia cardíaca y las principales actividades para disminuirlos	Juego del escudo; Juego Certo X Errado; Reviendo el escudo
5 y 6	Vacunación + Actividad física, sexualidad y sueño: importancia para la salud	Motivar la vacunación y la realización de actividades físicas programadas y sacar dudas.	Tatetí sobre vacunación; Juego de los 7 errores; Alongamiento
7 y 8	Control de la dieta, bebida y consejos para el día a día	Orientar sobre los alimentos más saludables e indicados para pacientes con Insuficiencia Cardíaca.	Bingo de nutrición; Libro de recetas
9 y 10	Importancia de no fumar	Alertar sobre los riesgos del tabaquismo en la salud en general y principalmente en personas con problemas cardíacos	Presentación y discusión de los perjuicios de la acción de fumar
11 y 12	Medicación principal y sus efectos	Aprender sobre los medicamentos usados para la insuficiencia cardíaca, para qué sirven y cuáles son los principales efectos colaterales	Juego de la memoria
13 y 14	Revisión sobre la insuficiencia cardíaca	Recordar las informaciones discutidas durante los exámenes	Juego de tablero
15 y 16	Esparcimiento	Confraternización y promoción del bienestar	Técnicas de auto masaje

Figura 1 – Relación de temas y actividades realizadas en los encuentros del Grupo de Orientación.

Las enfermeras/investigadoras de la Clínica de Insuficiencia Cardíaca Corazón Valiente, elaboraron la intervención del Grupo de Orientación con el apoyo de material didáctico, tales como vídeo, juego de tablero, tatetí, juegos de memoria y realización de dibujos y pinturas. Con estos recursos, el desarrollo de la intervención se volvió más lúdico, placentero y comprensible.

Aparte de los temas previamente propuestos, los participantes del grupo tuvieron la posibilidad de sacarse las dudas y contar sus vivencias. El grupo de orientación se abrió a la participación de familiares o personas representativas. Se discontinuó la presencia de aquellos pacientes que no acudieron por lo menos a tres encuentros con el grupo de orientación, lo que representó uno (01) por mes.

El grupo control (GC) continuó con el seguimiento convencional de la Clínica de IC, que está constituido de consultas de enfermería, nutricionales, fisioterapéuticas y médicas. Cabe resaltar que los pacientes de este grupo recibieron, también, intervenciones educativas durante la consulta de enfermería, basadas en la Cartilla de Orientación sobre Insuficiencia Cardíaca.

Este estudio tuvo como resultado la adhesión al tratamiento⁽¹⁷⁾, el mantenimiento, el manejo y la confianza en el autocuidado de pacientes con IC⁽¹⁰⁾ de una clínica especializada. Los resultados se evaluaron en la primera consulta y se reevaluaron tras cuatro meses de acompañamiento.

La adhesión al tratamiento se calculó a través de un cuestionario compuesto por 10 cuestiones, con variación de aciertos de 0 a 26 puntos, siendo mejor la adhesión

cuanto más alta la puntuación. La adhesión es adecuada cuando el paciente alcanza una puntuación de 18 puntos, que corresponde al 70%⁽¹⁵⁾.

Para evaluar el autocuidado se utilizó un cuestionario compuesto de 22 cuestiones, subdividido en tres (03) escalas: mantenimiento del autocuidado (10 ítems), manejo del autocuidado (6 ítems) y confianza en el autocuidado (6 ítems)⁽¹⁴⁾.

En la escala de mantenimiento del autocuidado, las respuestas varían de "nunca/raramente" a "siempre/diariamente". En la escala de manejo del autocuidado, las respuestas varían de "poco probable" a "muy probable" y "no confiado" a "totalmente confiado" para la escala confianza en el autocuidado. Las cuestiones tratan de la medición del peso y de edemas, actividad física, asiduidad en las consultas, dieta, medicamentos, reconocimiento de los signos y síntomas de descompensación, actividades de manejo de los signos y síntomas y confianza para la toma de decisiones⁽¹⁴⁾.

Las puntuaciones para cada sub-escala se calcularon separadamente, llegando a variar cada una de 0 a 100 puntos, considerándose un autocuidado adecuado a la puntuación 70 o superior⁽¹⁴⁾.

La estimación de la muestra se calculó según la desviación estándar de un ensayo clínico previo⁽¹⁴⁾ desarrollado entre pacientes con IC que recibieron intervenciones de enfermería; para el mismo resultado, con nivel de confianza del 95%, margen de error de cinco puntos porcentuales y con poder del 80%, se ponderó la inclusión de 20 pacientes (10 en cada grupo). Se consideró una diferencia de nueve puntos entre los grupos, basada en el resultado del estudio en cuestión. El cálculo de la muestra se realizó mediante el programa de estadística Winpepi (v. 14.46).

La asignación aleatoria se realizó en bloques. A cada 15 pacientes elegibles, se efectuó un sorteo utilizando una moneda, que al ser lanzada, determinaba la ubicación en el grupo intervención o en el grupo control. Cada paciente se identificó con un número arábigo en tarjetas individuales. Después del sorteo, las tarjetas numeradas, correspondientes a cada paciente, se guardaron en sobres en un lugar seguro. El responsable de la asignación aleatoria no estuvo involucrado en ninguna otra actividad de la investigación.

Durante el período basal, todos los enfermeros eran ciegos para el grupo de asignación de los pacientes. Los responsables de la aleatorización, el equipo de evaluación de los pacientes y el estadístico responsable del análisis de los datos permanecieron ciegos durante todo el estudio.

El equipo de intervención no mantuvo contacto con los pacientes del grupo control tras la finalización

del período basal y, por lo tanto, eran ciegos para este grupo de pacientes.

La construcción y la síntesis del banco de datos se llevaron a cabo con el programa *Microsoft Excel* (2007) y el análisis, con el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 20.0.

Las variables categóricas se expresaron a través de distribuciones de frecuencias y porcentajes y las variables continuas con promedio y desviación estándar. La comparación entre las puntuaciones iniciales y finales del grupo intervención y control se realizó con la prueba T-Student. El valor de p bivariado $< 0,05$ se consideró estadísticamente significativo para todos los análisis.

El Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina/Hospital Antonio Pedro, aprobó el estudio bajo el parecer nº 175.302 con registro RBR-7r9f2m en el Registro Brasileño de Ensayos Clínicos.

Resultados

De los 105 pacientes elegibles para participar del estudio, cincuenta y seis (56) atendían a los criterios de inclusión. De estos, veinte y nueve (29) se ubicaron en el grupo intervención (GI) y veintisiete (27) en el grupo control (GC).

En el transcurso del estudio, el GI sufrió dieciocho (18) pérdidas, siendo diecisiete (17) por asiduidad inferior a tres (03) encuentros con el grupo de orientación, una (01) por entrar en terapéutica dialítica, una (01) por cambio de domicilio y una (01) por defunción. De los veintinueve (29) pacientes incluidos, once (11) finalizaron el estudio.

En el GC, de los 27 pacientes que participaron en la primera consulta de enfermería, no hubo posibilidad de conciliar la segunda consulta con siete (07) de ellos porque los números de teléfono suministrados estaban imposibilitados de recibir llamadas y cuatro (04) se negaron a continuar en el estudio. Tan solo dieciséis (16) finalizaron el estudio en este grupo (figura 2).

La caracterización de los pacientes se presenta conforme la Tabla 1. De los 56 participantes, el 60,7% era del sexo femenino, casado (62,5%), con promedio de edad de $64,9 \pm 12,3$ años, escolaridad predominante de nivel primario (58,9%), con ingresos mensuales de R\$990,6 (622,0-1200). El tiempo de la enfermedad era de aproximadamente $10,0 \pm 4,7$ años, con clase funcional de la *New York Heart Association* prevalente II (42,9%). La muestra era homogénea en la división entre el grupo control y el intervención en prácticamente todas las variables, únicamente la variable etilismo presentaba una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,041$).

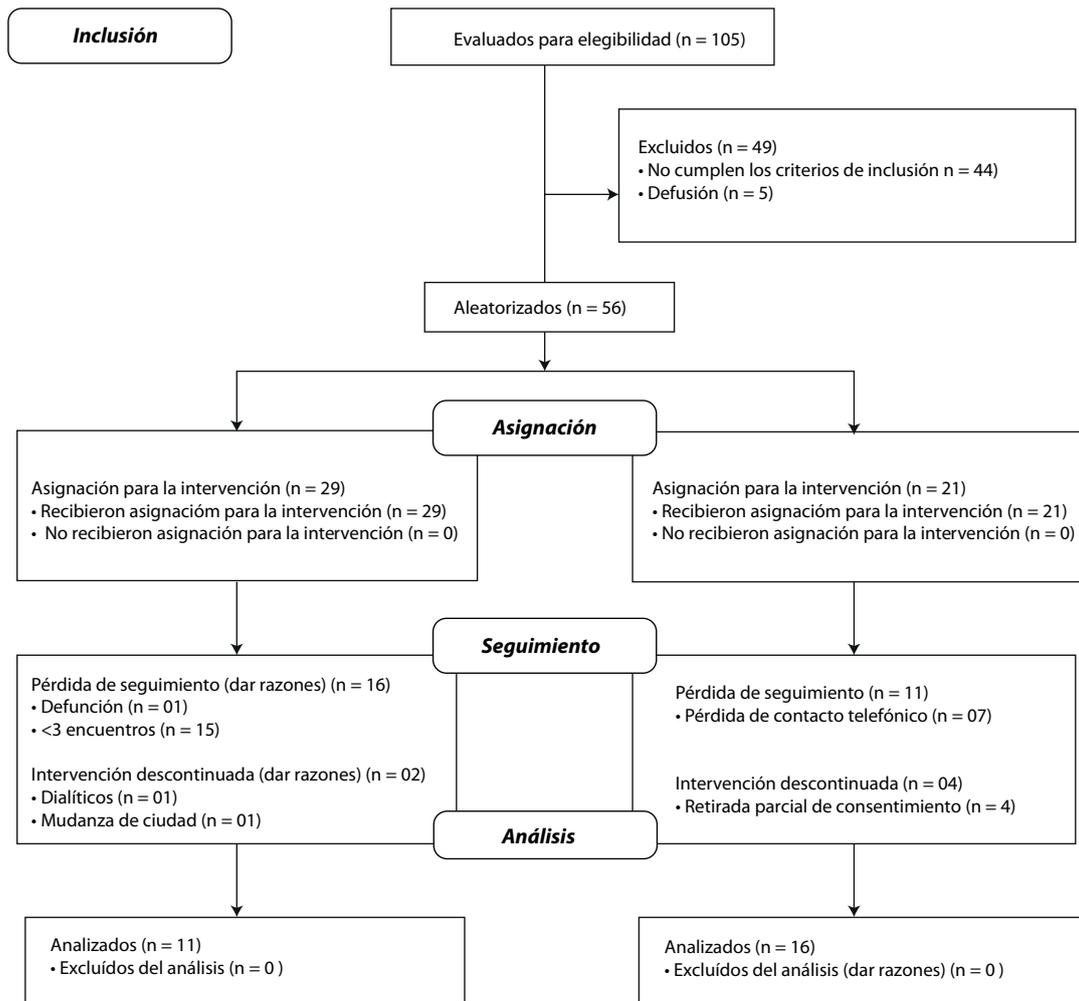


Figura 2 – Diagrama Consort. Niterói, RJ, 2014

Tabla 1 – Caracterización sociodemográfica y clínica de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca (n=56). Niterói, RJ, Brasil, 2014

Variables	Grupo Intervención (n=29)	Grupo Control (n=27)	Total (n=56)	p-valor
Sexo, Femenino*	16(28,5)	18(32,1)	34(60,7)	0,379§
Edad†	64,1±13,5	65,6±11,8	64,9±12,3	0,463
Color declarado, Moreno o Trigueño*	11(19,6)	10(17,9)	21(37,5)	0,379§
Ocupación, Jubilado*	20(35,7)	13(23,2)	33(58,9)	0,379§
Sueldo‡	11100(622,0-1200)	837,5(622-1142)	990,6(622-1200)	0,993
Escolaridad, Enseñanza Primaria*	14(25)	19(33,9)	33(58,9)	0,379§
Estado civil, Casado*	21(37,5)	14(25)	35(62,5)	0,379§
Tiempo de inicio de la enfermedad (años)†	9,1±3,4	9,8±5,4	9,4±4,3	0,52
Última internación (meses)‡	32(0,75-72,7)	5,5(0,75-11,0)	8,0(6,0-11,2)	0,3¶
Inicio del tratamiento (años)‡	6,5(3,7-7,5)	6,5(4,2-8,0)	6,5(4,0-8,0)	0,798¶¶
Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo†	61,3±14,0	56,2±14,0	58,5±15,2	0,374
Número de medicamentos utilizados‡	6(4-9)	5,5(1,2-4,7)	6(4-7,4)	0,541¶¶
Clase funcional de la Asociación Neoyorquina del Corazón*	13(23,2)	11(19,6)	24(42,9)	0,379§
Tabaquismo*	5(8,9)	3(5,3)	8(14,2)	0,379§
Etilismo*	5(8,9)	11(19,6)	16(28,6)	0,379§
Puntuación de autocuidado				
Mantenimiento†	46,5±13,5	46,3±14,9	45,1±14,2	0,442
Manejo‡	50(32,5-99)	55(40-99)	50(30-99)	0,637¶¶
Confianza‡	67(50-83)	61(61-85,4)	61,8±21,7	0,429¶¶
Puntuación de adhesión†	13,9±3,2	14,4±3,0	14,2±3,1	0,57

* n(%); † promedio ± desviación típica; ‡ mediana (rango intercuartil 25-75); § prueba Chi-cuadrada; || prueba T-Student; ¶¶ prueba Mann Whitney

Los resultados de adhesión al tratamiento, mantenimiento, manejo y confianza del autocuidado, se evaluaron al principio y al final del estudio, por medio de las puntuaciones del grupo intervención, del grupo control y de toda la muestra, representados en la Tabla 2.

Las puntuaciones de adhesión iniciales (14,1±3,4), mantenimiento del autocuidado (43,8±15,5), manejo del autocuidado (56,3±29,1) y confianza del autocuidado (62,0±23,9), se mostraron debajo de lo esperado en la población total, es decir, arriba de 18 puntos para la adhesión y de 70 puntos en las escalas de autocuidado.

En ninguno de los resultados analizados hubo diferencias significativas al principio y al final entre los grupos control e intervención. La diferencia entre los

promedios de los resultados obtenidos al principio y al final del acompañamiento en el grupo control y en el grupo intervención, fue: adhesión (0,47) ($p=0,79$); mantenimiento (-3,54) ($p=0,54$); manejo (15,73) ($p=0,32$) y confianza (-29,38), siendo esta última la única significativa ($p=000,5$), según la Tabla 3.

No se encontraron diferencias significativas en los resultados de las puntuaciones analizadas al comienzo del estudio con relación al final del mismo, entre el grupo control y el grupo intervención. La excepción se encuentra en la puntuación de confianza del autocuidado, superior al comienzo del estudio, ya que en el grupo intervención tuvo relevancia la diferencia negativa.

Tabla 2 – Valores promedio de las puntuaciones de adhesión al tratamiento, mantenimiento, manejo y confianza del autocuidado en el tiempo inicial y en el post-acompañamiento (n=27). Niterói, RJ, Brasil, 2014

Puntuación	Grupo Intervención (n=11)		Grupo Control (n=16)		Total (n=27)		p-valor
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	
Adhesión	13,9±3,6	14,8±2,3	14,2±3,4	14,7±3,5	14,1±3,4	14,7±3,0	0,80
Mantenimiento	49,1±11,8	49,1±19,7	40,2±17,1	43,7±17,9	43,8±15,5	45,9±18,5	0,15
Manejo*	56,5±30,7	48,9±18,8	56,1±29,0	27,7±21,4	56,3±29,1	37,2±22,5	0,97
Confianza	74,8±16,2	59,1±14,9	52,6±24,8	67,4±26,1	62,0±23,9	64,0±22,3	0,01

*Prueba T-Student/Aplicada en 20 pacientes del estudio; Grupo Intervención (9) y Grupo Control (11).

Tabla 3 – Diferencia entre las puntuaciones de adhesión al tratamiento, mantenimiento, manejo y confianza del autocuidado y adhesión al comienzo y en el post-acompañamiento (n=27). Niterói, RJ, Brasil, 2014

Puntuación	Diferencia de promedios (IC 95%) Momento Final-Inicial	p-valor
Adhesión	0,47 (-3,09 – 4,04)	0,79
Mantenimiento	-3,54 (15,43 – 8,35)	0,54
Manejo*	15,73 (-16,91 – 48,37)	0,32
Confianza	-29,38 (-47,43 – -11,33)	0,005

* Teste T-Student/Aplicado em 20 pacientes do estudo; Grupo Intervenção (9) e Grupo Controle (11).

Discusión

Este estudio evaluó por primera vez el efecto de la intervención en el grupo orientación sobre los resultados de adhesión al tratamiento, mantenimiento, manejo y confianza del autocuidado de pacientes con IC crónica en una clínica especializada en Brasil, mediante cuestionarios previamente traducidos, adaptados y validados para su uso en dicho país y puso en evidencia que el grupo de orientación no es eficaz para la mejora de la adhesión y del autocuidado, lo que puede acarrear desconfianza sobre el autocuidado.

La adopción de un programa educativo no puede garantizar el cambio de comportamiento esperado en la adhesión al tratamiento y en la práctica del autocuidado, ya que la relación entre lo que la gente sabe y adopta como modo de vida es tenue. La adhesión al tratamiento

es afectada a menudo por razones inherentes a la propia IC y sus comorbilidades; además, diversos factores internos y externos al individuo, como la motivación, su capacidad de comprensión, la oferta de servicios de salud adecuados, entre otros, influyen directamente ese cambio⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Las puntuaciones iniciales de la muestra estaban bajas tanto en la adhesión (14,11±3,41), como en el mantenimiento (43,82±15,54), manejo (56,26±29,10) y confianza del autocuidado (62,01±23,94). En la comparación del autocuidado entre 15 países en escenario hospitalario, utilizando como forma de evaluación la *Self-care Heart Failure Index*, la *European Heart Failure Self-Care Behavior*, dos escalas mundialmente empleadas en la evaluación del autocuidado, se encontraron índices mejores en los países desarrollados^(9,20-21).

En un estudio realizado entre 197 estadounidenses con IC, siendo el 56,1% con NYHA III, la puntuación de mantenimiento fue de (70,5±14,3), manejo, de (65,4±22,4) y confianza del autocuidado, de (70,2±16,6)⁽²²⁾, con todas las puntuaciones más altas que las de este estudio. La educación del paciente, corroborada por mejores índices educativos y socioeconómicos, puede ser la explicación para la diferencia entre estos índices, que apuntaba más del 80% de los entrevistados con enseñanza primaria I y II.

En la población china las puntuaciones fueron: mantenimiento (43,5±16,7), manejo (51,4±21,6) y confianza del autocuidado (52,0±21,1); en una población

de 182 pacientes con IC, de tres centros hospitalarios, siendo el 71% hombres y el 79%, NYHA II/III, el mantenimiento del autocuidado era semejante a este estudio y la puntuación de confianza, menor⁽²¹⁾.

El beneficio con las orientaciones proporcionadas puede variar con el grado de escolaridad, debiendo adaptarse a esa condición. Además, el acceso a los medicamentos prescritos se ve perjudicado debido a la dificultad que los pacientes puedan llegar a tener para entender correctamente lo que está escrito y para adquirir esas medicaciones⁽¹⁸⁾. Por esta razón, la poca instrucción y el nivel social bajo son los factores señalados como predisponentes para la adhesión baja al tratamiento y al autocuidado, ocasionando la descompensación de la enfermedad y el aumento del número de recaídas⁽²³⁾.

En este estudio, las estrategias desarrolladas en el grupo de orientación estaban basadas en el uso de actividades lúdicas, como películas y juegos, para facilitar la comprensión del contenido discutido, con la ayuda del equipo multiprofesional en el desarrollo de las actividades propuestas. Considerando el soporte social como elemento importante para la adhesión y el autocuidado, el grupo de orientación estuvo abierto a los familiares y contó con la participación de cónyuges, hermanos e hijos de los participantes.

El soporte social, ofrecido también en las consultas de enfermería, puede ser la explicación para mejorar la confianza del autocuidado en el grupo control que inicialmente era de $52,63 \pm 24,76$ y subió hasta $67,41 \pm 26,15$.

El cambio negativo de la puntuación de confianza del autocuidado en el GI puede atribuirse al conocimiento adquirido durante los encuentros del grupo de orientación. Tal vez, el entendimiento de la condición real de la enfermedad, de su nivel de compromiso, de la cuestión incurable y de las dificultades vivenciadas, amplíe la percepción de los pacientes y se sientan inseguros para afirmar que son extremadamente confiados en estos aspectos.

Naturalmente, las personas no poseen capacidad real de juzgarse a sí mismas sino que se sienten confiadas para realizar alguna actividad. Siendo inocentes con respecto a su ignorancia, sobreestiman su experiencia y talento, considerándose capaces⁽²⁴⁾. Dicha sobreestimación es mayor entre los menos competentes, ya que los más competentes consiguen reconocer mejor su verdadero nivel de habilidades y compararlo con los de los otros⁽⁵⁾.

De esta forma, antes de entrar en el grupo intervención, los sujetos de la investigación se mostraban más confiados y, a medida que se volvían más competentes para estimar su condición de salud y de autocuidado, su evaluación era más real, lo que puede explicar su nivel de confianza de autocuidado menor.

Evaluar la amplitud del concepto de adhesión y del autocuidado también es importante. Estos trascienden cuestiones sobre el monitoreo de signos y síntomas, habiendo la necesidad de incorporar asuntos como confort, ambiente, factores emocionales, sistemas de apoyo como la familia y los amigos y la interacción de los cuidados básicos en la higiene, el sueño y reposo, en la alimentación, en las actividades del día a día y en las laborales, en la recreación, en la capacidad de comunicarse e interactuar con el mundo⁽²⁵⁾.

Los conceptos de adhesión y autocuidado, por lo tanto, son complejos y necesitan un pensamiento lógico para la evaluación de la condición de salud y la promoción del cambio de comportamiento, que son difíciles de medir. Por esta razón, la búsqueda por cambios que se traduzcan en impactos clínicos debe ser evaluada durante un período de acompañamiento más largo.

El estudio tuvo como principal limitación la falta de asiduidad de los pacientes en los encuentros del Grupo de Orientación, dificultando el seguimiento de la intervención y la evaluación de los resultados. Las autoras atribuyen esta limitación a la dificultad de transporte público de la residencia hasta la clínica especializada, visto que la ubicación, por ser en zona urbana, pasa por muchos embotellamientos de tráfico y el acceso para portadores de necesidades especiales es precario. Cabe resaltar, que los pacientes con IC presentan intolerancia a grandes esfuerzos, como caminatas en laderas y locomoción por escaleras. Los encuentros quincenales acarrearán aumento en los gastos financieros y por ende, la imposibilidad de una asistencia regular, a pesar de la aceptación en participar del estudio y el relato verbal positivo con relación a las actividades realizadas en el grupo.

Por esta razón, la irregularidad de la asistencia a los encuentros imposibilitó la convivencia entre los profesionales, pacientes y familiares, perjudicando la creación del vínculo enfermero-paciente, esencial para la actividad del grupo intervención, lo que también puede haber dificultado su éxito, siendo esto otra limitación. Por último, con la facilidad de acceso a líneas telefónicas de móviles, se vuelve cada vez más fácil cambiar los números y operadoras, dificultando el control de los faltones.

En un estudio que tuvo como objetivo enumerar los motivos principales por los cuales los pacientes con IC participaban o no de algún programa de apoyo para el autocuidado, se observó, a través de entrevistas, que el apoyo, la amistad, la mejoría de la depresión, el intercambio de informaciones y vivencias y una mejor aceptación y control de la enfermedad, fueron las causas principales para que los pacientes permanecieran en estos programas. Por otro lado, como motivos más relevantes para el abandono, se destacan el propio comprometimiento físico impuesto por la enfermedad, depresión, materiales educativos poco atractivos y grupos muy pequeños o estrategias individuales⁽²⁶⁾.

De esta forma, los resultados encontrados deben ser examinados con cautela, sugiriendo que haya estudios multicéntricos, con más tiempo de seguimiento para mejorar la evaluación del grupo de orientación en los resultados de adhesión y autocuidado. Sin embargo, se destaca la relevancia del estudio, que de manera controlada, a través de un ensayo clínico aleatorizado, evidenció las dificultades de la investigación del efecto de intervenciones de grupos para evaluar los pacientes con IC.

Un estudio con acompañamiento domiciliar y telefónico, realizado durante 6 meses, demostró una reducción relativa del 27 % en los resultados clínicos combinados de internaciones, atención de emergencia o defunción, lo que trajo una mejor comprensión de la enfermedad asociada a la implantación de acciones de autocuidado⁽²⁷⁾.

Por esta razón, los períodos más prolongados de acompañamiento junto a estrategias combinadas, parecen tener un impacto mayor en la promoción de adhesión y autocuidado en este tipo de pacientes y pueden ser una alternativa para mejorar estos resultados en individuos acompañados por grupos de apoyo.

Conclusión

El Grupo de orientación no alteró la adhesión y el autocuidado de pacientes con IC en acompañamiento en una clínica especializada. No obstante, es una herramienta educativa importante en el área de la salud, específicamente con pacientes crónicos, que debe ser más explorada en otros escenarios y con otras estrategias.

La confianza del paciente en su autocuidado disminuyó con la intervención en grupo; sin embargo, este resultado puede ser considerado como algo positivo a medio y largo plazo, ya que el paciente y sus familiares pueden tener interés en conocer mejor el problema de salud y el tratamiento. El mantenimiento de la intervención de enfermería asociado al apoyo de psicólogos, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales puede ser una alternativa para resolver el problema.

Por lo tanto, este estudio es significativo por mostrar que estrategias bien estructuradas, aunque no alcancen el objetivo esperado, auxilian en la construcción de intervenciones más eficaces.

La realización de estudios multicéntricos, con muestras más grandes, a largo y medio plazo, pueden traer consecuencias positivas en los resultados de adhesión y autocuidado con la intervención de grupo.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS, DATASUS. Base de dados das Informações de Saúde: Morbidade hospitalar do SUS –

por local de internação – Brasil-2016. [Internet]. [Acesso 17 nov 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/mibr.def>.

2. Bressler J, Knopman D, Sharrett A, Gottesman R, Penman A, Chang P, et al. Incident Heart Failure and Cognitive Decline: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *J Card Fail.* 2017;23(1):47-55.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2016.11.002>.

3. Saccomann ICRS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Factors associated with beliefs about adherence to non-pharmacological treatment of patients with heart failure. *Rev Esc Enferm USP.* 2014 Feb; 48(1):18-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100002>.

4. Dolansky MA, Hawkins MAW, Schaefer JT, Gunstad JS, Sattar A, Redle JD, et al. Cognitive function predicts risk for clinically significant weight gain in adults with heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2016; 31(5):405-11. doi: 10.1097/JCN.0000000000000376.

5. Conceição AP, Santos MA, Santos B, Cruz DALM. Self-care in heart failure patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015 July/Aug;23(4):578-86. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0288.2591>

6. Linn AC, Azzolin K, Souza EN. Association between self-care and hospital readmissions of patients with heart failure. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2016 June [cited June 15, 2016]; 69(3): 500-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300500&lng=en.

7. Jaarsma T, Cameron J, Riegel B, Stromberg A. Factors Related to Self-Care in Heart Failure Patients According to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness: a Literature Update. *Current Heart Failure Reports.* 2017;14(2):71-7. doi:10.1007/s11897-017-0324-1.

8. Da Silva AF, Cavalcanti AC, Malta M, Arruda CS, Gandin T, da Fé A, et al. Treatment adherence in heart failure patients followed up by nurses in two specialized clinics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2015 Sept/Oct [cited Jan 4, 2017];23(5):888-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/0104-1169-rlae-23-05-00888.pdf>

9. Cavalcanti ACD, Arruda CS. Teaching the patient with cardiac insufficiency: strategies used in nursing interventions. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2012 Abr-jun [cited Nov 14, 2016];17(2): 355-61. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/21088/18555>.

10. Smeulders ES, Van Haastregt JC, Ambergen T, Uszko-Lencer NH, Janssen-Boyne JJ, Gorgels AP, et al. Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. *J Adv Nurs.* 2010;66(7):1487-99. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05318.x.

11. Quiñones AR, Richardson J, Freeman M, Fu R, O'Neil ME, Motu'apuaka M, et al. Educational group visits for the management of chronic health conditions: A systematic review. *Patient Educ. Couns.* 2014;95(1):3-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.12.021>.

12. Boisvert S, Proulx-Belhumeur A, Gonçalves N, Doré M, Francoeu J, Gallani MC. An integrative literature review on nursing interventions aimed at increasing self-care among heart failure patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 Jul-Aug [cited Jan 4, 2017]; 23(4):753-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/0104-1169-rlae-23-04-00753.pdf>
13. Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, Pinho Moreira LF, Issa VS, Ayub Ferreira SM, et al. A Long-term Prospective Randomized Controlled Study Using Repetitive Education at Six-Month Intervals and Monitoring for Adherence in Heart Failure Outpatients: The REMADHE Study Trial. *Circ Heart Fail*. 2008;1(2):115-24. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.107.744870.
14. Avila CW, Riegel B, Pokorski SC, Camey S, Silveira LC, Rabelo-Silva ER. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Testing of the Brazilian Version of the Self-Care of Heart Failure Index Version 6.2. *Nurs Res Practice*. 2013; 2013:1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/178976>.
15. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Updating of the Brazilian guideline for chronic heart failure – 2012. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2012 [cited Jan 16, 2017]; 98(1 Suppl 1):1-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v98n1s1/v98n1s1a01.pdf>.
16. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. ISBN: 978-85-352-6987-1
17. Oliveira MC, Lucena AF, Echer IC. Neurological sequelae: preparation of a guidebook for health care. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. [Internet]. 2014 Jun. [cited Jan 17, 2017]; 8(6):1597-603. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4926/pdf_5258.
18. Corotto PS, McCarey MM, Adams S, Khazanie P, Whellan DJ. Heart failure patient adherence: epidemiology, cause, and treatment. *Heart Fail Clin*. 2013;9(1):49-58. doi: 10.1016/j.hfc.2012.09.004.
19. Jaarsma T, Strömberg A, Ben Gal T, Cameron J, Driscoll A, Duengen HD, et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Educ Couns*. 2013;92(1):114-20. doi: 10.1016/j.pec.2013.02.017.
20. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs*. [Internet]. 2009 Nov/Dec [cited Jan 20, 2017]; 29(6):485-97. Acesso em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2877913/pdf/nihms202827.pdf>.
21. Kang X, Dennison HCR, Li Z, Zhang J, Lv R, Guo J. Construct Validity of the Chinese Version of the Self-care of Heart Failure Index Determined Using Structural Equation Modeling. *J Cardiovasc Nurs*. 2015;30(3):222-8. doi: 10.1097/JCN.000000000000134.
22. Domingos CS, Moura PC, Braga LM, Rodrigues NV, Correia MDL, Carvalho AMP. Construction and validation of the historical contents of nursing guided by OREM reference. *Rev Min Enferm*. [Internet]. 2015 Apr/Jun [cited Dec 10, 2016];19(2): 165-175. Available from: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1013/v19n2a13.pdf>.
23. Rabelo ER, Aliti GB, Linch GFC, Sauer M, Mello AMFS, Martins SM, et al. Non-pharmacological management of patients with decompensated heart failure: a multicenter study – EMBRACE. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2012 Sept/Oct. [cited Jan 15, 2017];25(5):660-5. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/en_03.pdf.
24. Albanoa MG, Jourdainb P, De Andrader V, Domenkec A, Desnos M, d'Ivernois J. Therapeutic patient education in heart failure: do studies provide sufficient information about the educational programme? *Arch Cardiovasc Dis*. (2014);107:328-39. doi: 10.1016/j.acvd.2013.12.002.
25. Domingos CS, Moura PC, Braga LM, Rodrigues NV, Correia MDL, Carvalho AMP. Construction and validation of the historical contents of nursing guided by OREM reference. *Rev Min Enfermagem*. [Internet]. 2015 Apr/Jun [cited Dec 10, 2016];19(2):165-75. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1013/v19n2a13.pdf>.
26. Lockhart E, Foreman J, Mase R, Heisler M. Heart Failure Patients' Experiences of a Self-Management Peer Support Program: A Qualitative Study. *Heart Lung*. [Internet]. 2014 Jul/Aug [cited Dec 19, 2016];43(4):292–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4082752/pdf/nihms601500.pdf>.
27. De Souza EN, Rohde LE, Ruschel KB, Mussi CM, Beck-da-Silva L, Biolo A, et al. A nurse-based strategy reduces heart failure morbidity in patients admitted for acute decompensated heart failure in Brazil (HELEN II). *Eur J Heart Fail*. [Internet]. 2014 Set [Acesso 19 Dez 2016];16(9):1002-1008. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejhf.125/pdf>.

Recibido: 28.04.2017

Aceptado: 26.10.2017

Correspondencia:

Ana Carla Dantas Cavalcanti
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Universidade Federal Fluminense
Dr. Celestino, 74
Centro
CEP: 24020-091, Niterói - RJ, Brasil
E-mail: anacarladc.uff@gmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.