

¿Cuánto tiempo antes de la admisión hospitalaria surgen los síntomas de descompensación de la insuficiencia cardíaca?

Maraísa Carine Born¹
Karina de Oliveira Azzolin²
Emiliane Nogueira de Souza¹

Objetivo: identificar los signos y síntomas de descompensación de la insuficiencia cardíaca (IC) y el tiempo de duración hasta la admisión en la emergencia hospitalaria. **Método:** estudio transversal, con pacientes adultos, internados por descompensación de la IC en un hospital de enseñanza ubicado en el sur de Brasil, en el período de julio a octubre de 2017. La recolección de datos fue realizada a través de un cuestionario estructurado que comprendió datos sociodemográficos, y los signos y síntomas de IC. En el análisis de datos, se aplicaron las pruebas: *t-Student*, *Mann Whitney U Test*, *Chi-Square Tests*. **Resultados:** fueron incluidos 94 pacientes, con edad entre 42 y 98 años (promedio de 71,2 años). Los signos y síntomas más prevalentes antes de la admisión en la emergencia fueron disnea (79,8%), tos (29,8%), ortopnea (27,7%), edema (23,4%), y cansancio (22,3 %). La mediana de tiempo de inicio de los signos y síntomas hasta la llegada en la emergencia es: cansancio y edema 7 días, ortopnea 5 días, tos 4 días y disnea 3 días. **Conclusión:** el conjunto de signos y síntomas clásicos de la descompensación de IC ocurren alrededor de siete días antes de la búsqueda por la emergencia y es el empeoramiento de la disnea que lleva al paciente a una emergencia hospitalaria.

Descriptores: Insuficiencia Cardíaca; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermería; Atención de Enfermería; Signos y Síntomas; Autocuidado.

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

Cómo citar este artículo

Born MC, Azzolin KO, Souza EN. How long before hospital admission do the symptoms of heart failure decompensation arise? Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3119. [Access]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2735.3119> mes día año
URL

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) ha sido un grave y progresivo problema de salud pública, proporcionando el aumento de las readmisiones hospitalarias, riesgo de mortalidad precoz, impacto significativo en la calidad de vida de los portadores, además de ser generadora importante de altos costos para el sistema de salud, cuya población anciana es cada vez mayor⁽¹⁻²⁾. Se caracteriza como una de las principales causas de hospitalización en adultos, primera causa de internación hospitalaria en pacientes ancianos⁽³⁻⁴⁾, y principal causa de reinternaciones conforme el registro de *Brazilian Registry of Acute Heart Failure* (BREATHE), estudio que trazó el diagnóstico de la IC en Brasil⁽⁵⁾. Las razones para esto ocurren específicamente por tres factores: envejecimiento poblacional; aumento de la incidencia de enfermedades precursoras como hipertensión arterial sistémica (HAS), obesidad, diabetes Mellitus (DM); y mejora la terapéutica en diversos desórdenes cardíacos como infarto agudo de miocardio (IAM) y las valvulopatías, lo que permite un aumento de la supervivencia de estos pacientes, que acaban por desarrollar la IC a lo largo de los años⁽⁵⁾.

Aunque se observaron los avances en el manejo clínico y terapéutico optimizado, la IC permanece representando un desafío para el equipo de salud, configurándose un sufrimiento físico y psicológico⁽²⁾, ocasionados por el desconocimiento de las medidas no farmacológicas, por la adhesión inadecuada al tratamiento medicamentoso y por la incapacidad de identificar e interpretar los signos y síntomas de descompensación de la enfermedad⁽⁴⁻⁶⁾.

Los pacientes hospitalizados por IC agudamente descompensados tenían hasta recientemente un mal pronóstico, pero la mejor identificación de los síntomas y, por lo tanto, los tratamientos más adecuados llevaron a una reducción de 40 a 50% en la mortalidad en un corto período de tiempo. Por este hecho, se tornan importantes las acciones de enfermería dirigidas a educar a los pacientes y sus familias para el reconocimiento precoz de signos y síntomas, indicadores de empeoramiento, para así, buscar atención médica inmediata sin la pérdida de tiempo crítico, horas o hasta incluso días antes del tratamiento adecuado⁽⁵⁾.

Se sabe que el reconocimiento tardío de estas manifestaciones clínicas está asociado a un aumento de las tasas de hospitalizaciones y de complicaciones, incluyendo, principalmente, la mortalidad. Cerca de dos tercios de estos eventos agudos ocurren en pacientes con IC conocida, y cerca de un tercio, como primer evento en individuos sin el diagnóstico de IC⁽⁷⁻⁸⁾.

La comprensión incompleta sobre el proceso de identificación, interpretación de los signos y síntomas de la IC y toma de decisión por los pacientes puede ser una barrera para el éxito de intervenciones profesionales dirigidas al efectivo autocuidado y prevención de readmisiones. Aunque los estudios⁽⁹⁻¹¹⁾ ya han evaluado las experiencias de los pacientes, incluyendo cómo los signos y síntomas fueron interpretados y administrados antes de la hospitalización, existe una laguna para examinar el tiempo entre el inicio de estas manifestaciones clínicas hasta la búsqueda de un servicio de emergencia hospitalaria. Este estudio busca explorar la relación entre la vigencia de los signos y síntomas que los pacientes asocian con el empeoramiento de la IC, estando en sus domicilios, antes de buscar asistencia de salud en ambiente hospitalario. La identificación del tiempo medio de inicio de los síntomas que llevan a los pacientes a buscar un servicio de emergencia es un dato relevante para componer el conjunto de informaciones que los profesionales deben considerar para ofrecer intervenciones dirigidas a la gestión de la IC.

Con los resultados se espera evidenciar la relevancia para la práctica clínica del enfermero, instigando a desarrollar intervenciones de aprendizaje a los pacientes, para que éstos puedan saber evaluar, reconocer y gestionar sus signos y síntomas de IC descompensados antecedentes del momento de internación, buscando atención médica precoz. Así, el objetivo de este estudio fue identificar los signos y síntomas de descompensación de la IC y el tiempo de duración hasta la admisión en la emergencia hospitalaria.

Método

Estudio transversal con enfoque cuantitativo, realizado con pacientes adultos con diagnóstico de IC internados por descompensación en un complejo hospitalario, localizado en el sur de Brasil. Se incluyeron pacientes de edad ≥ 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico médico de IC descompensado. No participaron del estudio pacientes portadores de trastornos psiquiátricos y enfermedades neurológicas degenerativas, pacientes con inestabilidad hemodinámica en la admisión, pacientes en postoperatorio cardiovascular reciente (hasta tres meses de postoperatorios).

Se estimó una prevalencia del 94% de disnea⁽¹²⁾, con la precisión y significancia del 5%, y el número mínimo de participantes fue de 87. En el período de julio a octubre de 2017, se realizó la recolección de datos a través de un cuestionario estructurado que comprendió datos sociodemográficos, clínicos

y signos y síntomas de IC. Para caracterización sociodemográfica, se registró edad, sexo, raza, escolaridad, situación conyugal, situación laboral y procedencia. A fin de caracterizar la internación hospitalaria se verificaron el plan de salud, la admisión en la unidad de terapia intensiva (UTI) y la mortalidad intrahospitalaria. En el perfil clínico se identificaron el tiempo de enfermedad e internación en el último año por IC descompensada conforme relato del propio paciente, presencia de comorbilidades, etiología y clase funcional de la IC según criterios de la *New York Heart Association* (NYHA)⁽¹³⁾. Además, se registró la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) de acuerdo con el último ecocardiograma, presencia y duración de signos y síntomas de IC experimentados antes de la admisión hospitalaria de acuerdo con el relato del paciente.

La recolección de los datos fue realizada por el investigador entrenado que abordó al paciente para participar del estudio. Los pacientes fueron abordados en hasta 48 horas de la hospitalización. Aquellos que estaban de acuerdo en participar completaron el cuestionario estructurado en un tiempo promedio de 15 minutos. Después de la recolección junto al paciente, fueron conferidas algunas informaciones en los prontuarios electrónicos del hospital, en un lugar reservado. Los datos fueron tabulados en la planilla del programa *Excel for Windows* y posteriormente se exportaron, procesaron y analizaron en el programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versión 23.0. Se adoptaron para el análisis estadístico técnicas descriptivas y analíticas. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar o mediana y percentiles (25-75), y las categóricas, con frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Para la normalidad de los datos se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov. Las variables de los estudios fueron comparadas por medio de los tests t-Student y Mann Whitney U Test para muestras independientes conforme seguían o no la distribución normal. La asociación de las variables sociodemográficas y clínicas fueron evaluadas utilizando el test Chi-Square. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos si $p < 0,05$, con un intervalo de confianza del 95%.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital *Irmandade Santa Casa de Misericórdia* de Porto Alegre bajo el parecer 2.157.007/2017. Los participantes recibieron de forma verbal y escrita las informaciones de la investigación y firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Se respetaron los preceptos éticos de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud⁽¹⁴⁾.

Resultados

Se incluyeron 94 pacientes, en el grupo de edad entre 42 y 98 años, con una media de edad de $71,2 \pm 13,4$ años, siendo 53,2% del sexo masculino, 98,9% de la raza blanca y 64,9% presentando educación básica incompleta. La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 1 – Características sociodemográficas de pacientes con insuficiencia cardíaca. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

| Variable | n(%) |
|--------------------------|------------------|
| Edad (años) | 71,2 \pm 13,4* |
| Grupo de edad | |
| >60 años | 72(76,6) |
| <60 años | 22(23,4) |
| Sexo | |
| Masculino | 50(53,2) |
| Escolaridad | |
| Primaria incompleto | 61(64,9) |
| Educación Media complete | 25(26,6) |
| Raza | |
| Blanca | 93(98,9) |
| Situación conyugal | |
| Casado | 56(59,6) |
| Viudo | 27(28,7) |
| Soltero | 8(8,5) |
| Separado/divorciado | 3(3,2) |
| Situación de trabajo | |
| Jubilado | 68(72,3) |
| Activo | 21(22,3) |
| Retirado | 5(5,3) |
| Plano de salud | |
| Plano suplementar | 50(53,2) |
| Sistema Único de Salud | 44(46,8) |

*Variable descrita como media; \pm desviación estándar

En los últimos 12 meses, 54,3% de los pacientes analizados reinternaron por IC descompensada, de estos, 29,4% internaron por lo menos dos veces. De los participantes del estudio 42,6% fueron para UTI, con mortalidad intra-hospitalaria de 13,8%.

Referente a las características clínicas, se observó la prevalencia de los participantes en las clases funcionales II y III (45,7% y 46,8%, respectivamente). La etiología de la IC con mayor frecuencia fue la isquémica (38%). La media de la FEVE en los 83 pacientes con laudo de ecocardiograma fue de $48,3 \pm 16,1$, variando de 20% a 81%. La tabla 2 presenta las características clínicas de la muestra.

Tabla 2 – Características clínicas de pacientes con insuficiencia cardíaca. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

| Variable | n(%) |
|--|------------|
| Tiempo de enfermedad (años) | 18,2±15,1* |
| Internación en el último año por IC [†] descompensada | |
| Sí | 51(54,3) |
| Si sí, cuantas veces | 2,1±1,4* |
| No | 43(45,7) |
| Etiología | |
| Isquémica | 38(40,4) |
| Hipertensiva | 24(25,5) |
| Válvula | 20(21,3) |
| Dilatada idiopática | 11(11,7) |
| Chagásica | 1(1,1) |
| Clase funcional (NYHA) [‡] | |
| II | 43(45,7) |
| III | 44(46,8) |
| IV | 7(7,4) |
| FE [§] (%) | 48,3±16,1* |
| Presencia de comorbilidades | |
| Hipertensión arterial | 71(75,5) |
| Cardiopatía Isquémica | 50(52,3) |
| Diabetes Mellitus | 36(38,3) |
| Tabaquismo | 36(38,3) |
| Insuficiencia renal crónica | 23(24,5) |
| Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica | 23(24,5) |
| Dislipidemia | 20(21,3) |
| Enfermedad cardíaca valvular | 19(20,2) |
| Alcoholismo | 12(12,8) |
| Depresión | 9(9,6) |
| Tratamiento Oncológico | 6(6,4) |

*Variables descritas como media; ± desviación estándar. IC: insuficiencia cardíaca; [†]NYHA: *New York Heart Association*; [‡]FE: fracción de expulsión: valor calculado con total de 83 pacientes con laudo de ecocardiograma.

Los signos y síntomas más prevalentes antes de la admisión hospitalaria fueron disnea (79,8%), tos (29,8%), ortopnea (27,7%), edema (23,4%) y cansancio (22,3%). La tabla 3 presenta la relación de señales y síntomas y su duración antes de la admisión hospitalaria relatada por los pacientes.

Tabla 3 – Presencia de signos y síntomas antes de la admisión hospitalaria. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

| Variable | Presencia n(%) | Duración en días md(p25-p75) |
|---|----------------|------------------------------|
| Disnea | 75(79,8) | 3(1,0-7,0) |
| Tos | 28(29,8) | 4(2,0-7,0) |
| Ortopnea | 26(27,7) | 5(1,0-14,0) |
| Edema en las piernas, tobillos y/o pies | 22(23,4) | 7(3,0-14,0) |
| Cansancio | 21(22,3) | 7(2,5-15,0) |
| Angina | 12(12,8) | 1(1,0-1,75) |
| Flaqueza | 8(8,5) | 1(1,0-6,25) |
| Problemas cognitivos | 8(8,5) | 2(1,25-5,75) |
| Tontura | 8(8,5) | 1(1,0-1,75) |
| Náuseas y vómito | 7(7,4) | 2(1,0-3,0) |
| Palidez y sudor | 5(5,3) | 3(1,5-4,0) |
| Ascitis | 4(4,3) | 1(1,0-5,5) |
| Palpitación | 4(4,3) | 1(1,0-1,75) |

Cuando se verificó la asociación entre los signos y síntomas más prevalentes antes de la admisión en la emergencia y el plan de salud, internación previa en el último año y la fracción de expulsión se constató una asociación significativa entre la presencia de edema e internación previa ($p=0,047$). Los datos están presentados en la tabla 4.

Tabla 4 – Asociación de signos y síntomas más prevalentes con plan de salud, internación en el último año por insuficiencia cardíaca descompensada y fracción de expulsión. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

| Variable | Plano de salud md(p25-p75) | | Internación en el último año por insuficiencia cardíaca descompensada md(p25-p75) | | Fracción de Expulsión md(p25-p75) | |
|------------------------|----------------------------|--------------|---|----------------|-----------------------------------|-----------------------|
| | SUS* | Suplementar | Internó | No internó | FE [†] ≤ 45% | FE [†] > 45% |
| Disnea [‡] | 3(1,0-7,0) | 3,5(1,0-8,5) | 3(1,0-7,0) | 4(2,0-7,0) | 3,5(1,0-14,0) | 4(1,75-7,0) |
| Valor de p | | 0,605 | | 0,385 | | 0,979 |
| Tos [§] | 6,5(1,5-7,75) | 3,5(2,0-7,0) | 3,5(2,75-8,75) | 5(1,75-7,0) | 1,5(1,25-7,0) | 5,5(3,0-7,0) |
| Valor de p | | 0,224 | | 0,306 | | 0,921 |
| Ortopnea [‡] | 3,5(1,0-9,5) | 7(1,0-60,0) | 3(1,0-7,0) | 7,5(2,5-26,0) | 5(1,0-25,5) | 7(3,0-19,0) |
| Valor de p | | 0,347 | | 0,123 | | 0,734 |
| Edema [§] | 7(4,0-14,0) | 7(3,0-13,5) | 6(3,0-11,5) | 10,5(6,5-18,0) | 4(2,5-14,0) | 7(3,0-13,25) |
| Valor de p | | 0,263 | | 0,047 | | 0,553 |
| Cansancio [‡] | 9(2,5-45,0) | 7(2,0-14,0) | 3(1,5-14,5) | 14(4,75-30,0) | 14(2,5-15) | 4(2,0-30,0) |
| Valor de p | | 0,605 | | 0,161 | | 0,705 |

*SUS: Sistema Único de Salud; [†]FE: Fracción de expulsión; [‡]Teste: *Mann Whitney U Test*; [§]Teste: *t- Student*.

Discusión

Este estudio identificó la aparición de signos y síntomas de descompensación de IC y el tiempo de duración hasta que el paciente buscase un servicio de emergencia hospitalario.

En cuanto a la aparición de signos y síntomas previos a la admisión hospitalaria, la intensificación de la disnea fue el más prevalente. Este hallazgo está de acuerdo con los demás estudios que evidenciaron como la causa más importante de readmisión^(1-3,15-16). Otros signos y síntomas también fueron evidenciados en este estudio: tos, ortopnea, edema y cansancio. A pesar de que estos signos y síntomas aparecen con mayor intensidad antes de la demanda de atención hospitalaria, la ortopnea es más característica para IC, pues los demás también pueden ser encontrados en otras condiciones clínicas⁽¹⁷⁾. Los datos de la literatura internacional apuntan a la importancia del reconocimiento de los síntomas de la IC, caracterizado como un fenómeno complejo, pues los pacientes presentan una variedad de combinaciones de síntomas en diferentes intervalos de tiempo, caracterizándose como una mezcla de síntomas agudos y crónicos⁽¹⁸⁾.

Otro estudio muestra que la capacidad de los pacientes para reconocer, interpretar y evaluar el empeoramiento de los síntomas de IC es limitado. El sufrimiento e intensificación de los síntomas como disnea, edema, ortopnea están relacionados a la mayor demora en la atención. Estos retrasos en la búsqueda de asistencia varían de horas a días desde el inicio de la sintomatología hasta la admisión hospitalaria⁽¹⁹⁾. La identificación, la tolerancia y la descompensación de signos y síntomas hicieron que estos pacientes buscaran la atención hospitalaria dentro del período de hasta siete días. Los datos son similares en el tiempo que presentaron los síntomas antes de la admisión hospitalaria^(12,20-21). La duración media de los síntomas precoces de descompensación de la IC fue de uno a nueve días, pero la duración de la disnea varía de uno a 8,5 días antes de la búsqueda por la atención.

Se sabe que los síntomas como edema, aumento de peso y fatiga son tolerados por pacientes con IC en alrededor de siete días y disnea por tres días antes de buscar un servicio de salud^(9,22). Los datos consonantes con nuestros resultados, pues la demanda de atención fue en hasta siete días para las manifestaciones clínicas de empeoramiento de la IC, siendo la disnea en tres días. Se observa que el predominio de estos síntomas puede variar de 24 horas hasta dos semanas, aunque la mayoría relata la presencia del síntoma de hasta siete días, pero tuvieron casos en que el paciente tardó más de 60 días para buscar la atención médica, lo que puede haber agravado su condición clínica, teniendo mayor riesgo de complicaciones severas, incluso la muerte.

En nuestro estudio, más de la mitad de los pacientes internados por IC descompensada fueron readmitidos en el hospital en los últimos 12 meses. Dado que semejante a otro estudio⁽²³⁾, que mostró que el 60% se readmitió en 90 días. En el registro nacional de IC, estudio denominado BREATHE, aproximadamente la mitad de todos los pacientes internados con este diagnóstico son readmitidos dentro de los primeros 90 días después del alta hospitalaria, siendo esa readmisión hospitalaria considerada un factor de riesgo para muerte⁽⁵⁾.

Al igual que las altas tasas de readmisiones, se destaca la alta tasa de mortalidad intrahospitalaria, que quedó comprendida en el 13,8% de los pacientes admitidos por IC descompensada en este estudio, más elevada que la tasa de mortalidad en el registro BREATHE (12, 6%)⁽⁵⁾, y en los registros del DATASUS que es del 11,0%⁽²⁴⁾. Estos datos superan el doble de lo encontrado en los registros estadounidenses y europeos: 4,0% de mortalidad intrahospitalaria en el estudio ADHERE y el 3,8% en el *Euro Heart Survey*⁽⁵⁾.

Se observa que la mayoría de las causas de hospitalización están asociadas a múltiples otros factores de riesgo agravantes⁽⁵⁾. La presencia de múltiples comorbilidades asociadas a la IC, como muestran los resultados de este estudio, puede contribuir a complicaciones y acelerar la descompensación, asociada o no a la FE preservada (>45%). En consecuencia, puede ocurrir un mayor tiempo de internación hospitalaria para compensación de la IC, con necesidad de admisión en UTI, y peor pronóstico evolutivo para óbito intrahospitalario. A pesar de los esfuerzos emprendidos por investigadores en la identificación de factores asociados con readmisiones hospitalarias frecuentes, en el 30 a 40% de los casos no es posible identificar el verdadero motivo de la descompensación clínica⁽⁵⁾.

En estos hallazgos, es posible inferir que los pacientes tardan en reconocer o no conocer la exacerbación y empeoramiento de la IC para buscar atención hospitalaria, pues la tasa de mortalidad y el agravamiento fueron elevados, con un porcentaje relativamente alto de admisión en la UTI.

De esta forma, se debe dar énfasis al hecho de que la IC es una enfermedad crónica y progresiva, que el paciente debe involucrarse en la identificación de los signos y síntomas de IC, pudiendo así comunicar al familiar/acompañante y buscar precozmente atención hospitalaria, ya que los retrasos en la demanda de asistencia médica empeoran la situación clínica.

En este sentido, es necesario comprender mejor cómo los pacientes identifican y valoran la ocurrencia de las manifestaciones clínicas de empeoramiento de la enfermedad, considerándose la presencia de comorbilidades, como la identificación de signos y síntomas que lo llevan a buscar asistencia de salud en

ambiente hospitalaria, para así poder trazar estrategias que buscan alcanzar y mantener la estabilidad clínica de estos pacientes a través de una educación personalizada para el autocuidado. El autocuidado eficaz ha sido reconocido como un componente importante e indispensable en el reconocimiento de la descompensación de la IC⁽⁸⁾.

Las medidas pueden ser instituidas en estas reinternaciones, aprovechando el impacto causado por la internación y los síntomas de descompensación. La planificación precoz de alta hospitalaria puede realizarse, incluyendo visitas diarias para evaluar y reforzar la adherencia, dar apoyo al paciente y familiares, además de enfatizar el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de empeoramiento. Este enfoque puede ser utilizado con éxito para disminuir o evitar nuevas admisiones hospitalarias. Se destaca que los datos de este estudio apuntan a la necesidad de destacar junto a los pacientes y familiares, el conjunto de signos y síntomas más característicos de descompensación de la IC. De acuerdo con los resultados, creemos que en la presencia de por lo menos uno de los signos y síntomas que preceden a la disnea en reposo, como cansancio, edema, ortopnea y tos, el paciente ya necesita apoyo profesional, que no necesariamente sea en una emergencia hospitalaria, sino en servicios de atención primaria o programas de administración de IC.

En este contexto, el enfermero desempeña una importante función en la planificación de acciones frente a los desafíos sociales y de salud que están relacionados al envejecimiento de la población y al aumento significativo de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. El seguimiento continuo de pacientes con IC se constituye en una recomendación de Clase 1⁽⁸⁾ en las recientes orientaciones sobre el manejo clínico de la IC⁽²⁵⁾, siendo el compromiso del paciente una de las principales estrategias del plan de cuidados. Así, intervenciones de enfermería para atender las necesidades del paciente requiere una planificación estratégica y cuidadosa (incluyendo una evaluación precisa de las necesidades y de la red de apoyo disponible), elegir el mejor enfoque y una evaluación de la eficacia de la práctica del autocuidado y de su traducción en resultados favorables.

Actualmente, se preconiza que el paciente con IC reciba atención multidisciplinaria durante su seguimiento en diferentes niveles de atención a la salud. Esta estrategia ha reducido mucho las tasas de internación y reinternaciones por descompensación y ha influido en la calidad de vida de estos pacientes⁽⁸⁾. El objetivo del seguimiento multidisciplinario es enseñar, reforzar, mejorar y evaluar de manera constante las habilidades para el autocuidado, que incluyen el monitoreo del peso, la restricción hidrosalínica, la realización de actividad

física, la adhesión medicamentosa, el monitoreo de señales y de síntomas de descompensación y la demanda del servicio de salud precozmente.

Este estudio trae contribuciones referentes a los principales desencadenantes para la búsqueda de un servicio de emergencia hospitalaria, aclarando el tiempo que los pacientes permanecen con los signos y síntomas de descompensación de la IC en casa hasta la búsqueda de atención. Es importante mencionar que la toma de decisión en buscar un servicio de salud se relaciona no sólo a la identificación e interpretación de signos y síntomas de agravamiento de la IC, sino también a factores externos como acceso a los servicios y profesionales de salud, experiencias previas en términos de resolución de problemas en otros escenarios que no una emergencia de hospitalización, y los recursos de apoyo que los pacientes disponen para desplazarse en un servicio de salud. La mejor gestión de la IC pasa por la adecuada comprensión del contexto del paciente para entonces personalizar las intervenciones educativas, de forma que el paciente y la familia se sienten comprometidos en el plano terapéutico.

Como limitación de este estudio, se menciona lo que el comportamiento de las variables no fueron evaluadas a lo largo del tiempo para inferir las relaciones de causalidad entre ellas.

Conclusión

Un conjunto de signos y síntomas de la descompensación de la IC, constituido de disnea, tos, ortopnea, edema y cansancio, en general, está presente por lo menos siete días antes de la búsqueda por atención de salud. Entre ellos, la disnea es el síntoma más prevalente y decisivo para que el paciente busque un servicio de emergencia hospitalario, llevando aproximadamente tres días.

En este sentido, los resultados pueden subsidiar intervenciones educativas personalizadas con el objetivo de morir pacientes y familiares a manejar mejor los episodios de inicio de manifestaciones clínicas de descompensación de la IC.

Referencias

1. Aliti GB, Linhares JCC, Linch GFC, Ruschel KB, Rabelo ER. Signs and symptoms in patients with decompensated heart failure: priorities nursing diagnoses. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(3):590-5. doi: 10.1590/S1983-14472011000300022.
2. Sousa MM, Oliveira JS, Soares MJGO, Bezerra SMMS, Araújo AA, Oliveira SHS. Asociación de condiciones social y clínicas para calidad de vida del paciente con insuficiencia cardiaca. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(2):e65885. doi: 10.1590/1983-1447.2017.02.65885.

3. Poffo MR, Assis AV, Fracasso M, Londero Filho OM, Alves SMM, Bald AP et al. Profile of Patients Hospitalized for Heart Failure in Tertiary Care Hospital. *Int J Cardiovasc Sci.* 2017;30(3):189-198.doi: 10.5935/2359-4802.20170044.
4. Holgín EA. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardíaca. *Av Enferm.* 2010;28(1):21-30.doi: 10.15446/av.enferm. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15624/18155>.
5. Albuquerque DC, Souza Neto JD, Bacal F, Rohde LEP, Pereira SB, Berwanger O et al. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. *Arq Bras Cardiol.* 2015;104(6):433-42.doi: 10.5935/abc.20150031.
6. Boisvert S, Belhumeur AP, Gonçalves N, Doré M, Francoeur J, Gallani MC. An integrative literature review on nursing interventions aimed at increasing self-care among heart failure patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015;23(4):753-68. doi: 10.1590/0104-1169.0370.2612.
7. Reis APM, Souza AG, Ferreira GCO, Oliveira JMR, Venancio JC, Fernandes TM, et al. Prevalence of heart failure in brazil: a problem of public health. *Rev Educ Saúde.* 2016;4(2):24-30.doi: 10.29237/2358-9868.2016v4i2.
8. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR et al. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(1 suppl 1):3-70.doi: 10.1590/S0066-782X2009002000001.
9. Lee KS, Moser DK, Dracup K. Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2018;17(6): 496-504. doi: 10.1177 / 1474515117745056.
10. Giamouzis G, Kalogeropoulos A, Georgiopoulou V, Laskar S, Smith AL, Dunbar S, et al. Hospitalization epidemic in patients with heart failure: risk factors, risk prediction, knowledge gaps, and future directions. *J Cardiac Fail.* 2011;17: 54-75. doi: 10.1016/j.cardfail.2010.08.010
11. Reeder KM, Ercole PM, Peek GM, CE. Symptom perceptions and self-care behaviors in patients who self-manage heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2015;30(1): E1-E7. doi: 10.1097/JCN.0000000000000117
12. Lee KS. Symptom assessment and management in patients with heart failure. 2012. 143 f. Theses and Dissertations Nursing - College of Nursing - University of Kentucky, UKnowledge. Reino Unido; 2012. https://uknowledge.uky.edu/nursing_etds/2
13. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(1 Suppl 1):1-33.doi: 10.1590/S0066-782X2012000700001.
14. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.> Acesso em: 5 dez 2017.
15. Mangini S, Pires PV, Braga FGM, Bacal F. Decompensated heart failure. *Einstein.* 2013;11(3):383-91.doi: 10.1590/S1679-45082013000300022.
16. Barretto AC, Del Carlo CH, Cardoso JN, Morgado PC, Munhoz RT, Eid MO et al. Hospital readmissions and death from heart failure – rates still alarming. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91(5):335-41.doi: 10.1590/S0066-782X2008001700009.
17. Wang CS, FitzGerald JM, Schulzer M, Mak E, Ayas NT. Does this dyspneic patient in the emergency department have congestive heart failure? *JAMA.* 2005;294(15):1944-56.doi: 10.1001/jama.294.15.1944.
18. Altice NF, Madigan EA. Factors associated with delayed care-seeking in hospitalized patients with heart failure. *Heart & Lung: J Crit Care.* 2012;41(3):244-54. doi: 10.1016/j.hrting.2011.09.007.
19. Gravely-Witte S, Jurgens CY, Tamim H, Grace SL. Length of delay in seeking medical care by patients with heart failure symptoms and the role of symptom-related factors: A narrative review. *Eur J Heart Failure.* 2010;12(10):1122-9.doi: 10.1093/eurjhf/hfq122.0.
20. Jurgens CY, Hoke L, Byrnes J, Riegel B. Why do elders delay responding to heart failure symptoms? *Nurs Res.* 2009;58(4):274-82.doi: 10.1097/NNR.0b013e3181ac1581.
21. Friedman MM, Quinn JR. Heart failure patients' time, symptoms, and actions before a hospital admission. *J Cardiovasc Nurs.* 2008;23(6):506-12.doi: 10.1097/01.JCN.0000338928.51093.40.
22. Van der Wal MH, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. Noncompliance in patients with heart failure: how can we manage it? *Eur J Heart Fail.* 2005;7(1):5-17. doi: 10.1016/j.ejheart.2004.04.007.
23. Roger VL. Epidemiology of heart failure. *Circ Res.* 2013;113(6):646-59.doi: 10.1161/CIRCRESAHA.113.300268.
24. Ministério da Saúde (BR). Datasus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Morbidade hospitalar do SUS por local de internação: notas técnicas no ano de 2016. Lista Morb CID-10: Insuficiência cardíaca. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def> Acesso em: 25 nov, 2017.
25. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J*

Am Coll Cardiol. 2013;62(16):e147-239.doi: 10.1161/CIR.0b013e31829e8776.

26. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. J Am Coll Cardiol. 2015;30(1): E1-E7 doi: 10.1016/j.jacc.2013.05.019

Recibido: 19.03.2018

Aceptado: 22.10.2018

Autor correspondiente:

Maraísa Carine Born

E-mail: mara.born@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0093-2329>

Copyright © 2019 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.