

## Prescripción y realización del manejo no-farmacológico para pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada

Joelza Chisté Linhares<sup>1</sup>

Graziella Badin Aliti<sup>2</sup>

Raquel Azevedo Castro<sup>3</sup>

Eneida Rejane Rabelo<sup>4</sup>

Se trata de un estudio transversal con objetivo de describir la prescripción del manejo no-farmacológico de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada, internados en la emergencia y la efectividad de su realización. Se incluyeron 256 pacientes, con edad promedio de  $63 \pm 13$  años, siendo 153 (60%) del sexo masculino. El cuidado no-farmacológico más prescrito fue la restricción de sodio, 240(95%), seguido de control de peso 135(53%). La restricción hídrica y el equilibrio hídrico fueron menos prescritos, 95(37%) y 72(28%), respectivamente. Apenas 38(54%) de los equilibrios hídricos, 89(67%) de los controles de peso y 69 (57%) de los controles de diuresis, fueron realizados. En cuanto al conocimiento previo de los pacientes sobre esos cuidados, 229(90%) recibieron orientación para control de la sal y 163(64%) para el control hídrico. El control de peso fue el cuidado menos conocido, con 117(46%). Excepto el control de sal, los demás fueron prescritos para un poco más de la mitad de la muestra, además de ser insatisfactoria la efectividad de su realización.

Descriptores: Insuficiencia Cardíaca; Atención de Enfermería; Estudios Transversales.

<sup>1</sup> Enfermera, Estudiante de Maestría, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil. E-mail: joelza.chiste@gmail.com.

<sup>2</sup> Enfermera, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil. Estudiante de Doctorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil. E-mail: graziella.aliti@gmail.com.

<sup>3</sup> Enfermera, Proyecto Telessaúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil. E-mail: quelvs@hotmail.com.

<sup>4</sup> Enfermera, Doctor en Ciencias Biológicas, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil. E-mail: eneidarabelo@gmail.com.

---

Correspondencia:

Eneida Rejane Rabelo  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem.  
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.  
Rua São Manoel, 963  
Bairro Rio Branco  
CEP: 90620-910 Porto Alegre. RS, Brasil  
E-mail: rabelo@portoweb.com.br

## Prescrição e realização do manejo não farmacológico para pacientes com insuficiência cardíaca descompensada

É estudo transversal com o objetivo de descrever a prescrição de manejo não farmacológico a pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, internados em emergência, e a efetividade da realização. Incluíram-se 256 pacientes, idade média  $63 \pm 13$  anos, 153 (60%) sujeitos do sexo masculino. O cuidado não farmacológico mais prescrito foi restrição de sódio, 240 (95%), seguido de controle de peso 135 (53%). Restrição hídrica e balanço hídrico foram menos prescritos, 95 (37%) e 72 (28%), respectivamente. Apenas 38 (54%) dos balanços, 89 (67%) dos controles de peso e 69 (57%) dos controles de diurese foram realizados. Quanto ao conhecimento prévio dos pacientes sobre esses cuidados, 229 (90%) receberam orientação para controle de sal e 163 (64%) para controle hídrico. Controle de peso foi o cuidado menos conhecido, com 117 (46%). À exceção do controle de sal, os demais foram prescritos em pouco mais da metade da amostra, além de ser insatisfatória a efetividade da sua realização.

Descritores: Insuficiência Cardíaca; Cuidados de Enfermagem; Estudos Transversais.

## Prescribing and Conducting Non-Pharmacological Management of Patients With Decompensated Heart Failure

This cross-sectional study aimed to describe the prescription of non-pharmacological management of patients with heart failure attending the emergency care of a hospital and the effectiveness of the practice. 256 patients aged  $63 \pm 13$  years, 153 (60%) men, participated in the research. The most commonly prescribed non-pharmacological treatment was sodium restriction, 240 (95%), followed by weight control, 135 (53%). Fluid restriction and fluid balance were the least commonly prescribed treatments, 95 (37%) and 72 (28%), respectively. Only 38 (54%) of balances, 89 (67%) of weight controls and 69 (57%) of diuresis controls were performed. Concerning patients' previous knowledge of the treatments, 229 (90%) were advised to restrict salt intake, and 163 (64%) were advised to restrict fluid intake. Weight control was the least commonly known care, 117 (46%). Except for salt control, the other treatments were prescribed in slightly more than half of the samples, and were ineffective.

Descriptors: Heart Failure; Nursing Care; Cross-Sectional Studies.

## Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome crónico y progresivo evidenciado por un conjunto de señales y síntomas de congestión pulmonar y sistémica, siendo caracterizado como la última etapa de todas las enfermedades cardiovasculares<sup>(1)</sup>. Esa síndrome afecta entre 1,5% a 2% de la población mundial y su incidencia viene aumentando en las últimas tres décadas, especialmente en individuos con más de 65 años<sup>(2)</sup>. A pesar de los beneficios alcanzados con la evolución en el tratamiento de la IC, ese síndrome todavía es responsable por altas tasas de mortalidad y por la disminución de la capacidad funcional de sus portadores<sup>(3)</sup>.

Considerada uno de los mayores problemas de la salud pública, la IC genera altos costos para el sistema de salud, contribuyendo de forma significativa para el aumento de las tasas de readmisiones. En lo que se refiere a esas tasas después de su primera internación por descompensación de la IC, se observan porcentajes bastante elevados, principalmente en el período de 30 a 90 días después del alta<sup>(4)</sup>. Un estudio observacional prospectivo que comparó las hospitalizaciones por IC entre un hospital universitario del Brasil y otro de Estados Unidos apuntó que las tasas de readmisiones dentro de ese mismo período fueron, respectivamente, de 36% y 51%<sup>(5)</sup>.

Entre los objetivos del tratamiento de la IC están mantener la estabilidad clínica de los pacientes, disminuir la morbi-mortalidad y estimular la adhesión a la terapéutica prescrita, siendo considerado un tratamiento bastante complejo, lo que se refleja en su respectivo costo<sup>(1)</sup>. Además de la optimización del tratamiento farmacológico, el abordaje actual de la IC muestra que el tratamiento no-farmacológico es parte integrante y esencial para el tratamiento de ese síndrome<sup>(1)</sup>. Meta-análisis recientes que evaluaron el acompañamiento de pacientes por equipos multidisciplinares, con la utilización de medidas no-farmacológicas en el tratamiento de estos, indicaron beneficios en la reducción de morbi-morbilidad y tasas de readmisiones, con períodos menores de hospitalización, ganancia en el estándar funcional y, principalmente, mejoría de la calidad de vida<sup>(6-7)</sup>.

De esta forma, el manejo no-farmacológico en la IC se configura como una herramienta esencial. El importante papel del enfermero en ese abordaje incluye orientaciones sobre el control de peso, la restricción de sal y de líquidos, el ejercicio físico regular y la monitorización del uso regular de las medicaciones, además del reconocimiento precoz de señales y de síntomas de descompensación<sup>(8)</sup>.

Evidencias de la literatura refuerzan que esas medidas son fundamentales para el tratamiento y el acompañamiento de la evolución clínica, trayendo beneficios para ese grupo<sup>(9)</sup>. Un estudio desarrollado por nuestro grupo indicó que el manejo no-farmacológico no está totalmente incorporado a la práctica clínica. En ese estudio fueron evaluadas 283 internaciones de 239 pacientes, entre agosto de 2000 y junio de 2003, con el objetivo de describir el manejo no-farmacológico de pacientes con IC hospitalizados, internados en unidades clínicas. La restricción de sal fue evidenciada en 97% de las prescripciones, control de diuresis en 85%, balance hídrico en 75%, control de peso en 61% y restricción hídrica en apenas 25% de las internaciones. Inclusive estando presente en las prescripciones, se verificó que algunos de esos cuidados no eran realizados con la misma continuidad con que eran prescritos. Solamente 18% de los balances hídricos, 25% de las restricciones hídricas, 35% de los controles de peso y 27% de los controles de diuresis prescritos fueron efectivamente realizados por el equipo de enfermería ( $p < 0,01$  para todas las comparaciones). Siendo así, ese estudio indicó que este manejo, mismo en un hospital universitario, no está totalmente incorporado a la práctica clínica y que, mismo cuando las medidas no-farmacológicas eran prescritas, existía una deficiencia en su realización por el equipo de enfermería<sup>(10)</sup>.

Considerando que muchos pacientes admitidos por IC descompensada permanecen en la emergencia por falta de cama en unidades de internación, y que muchas veces reciben alta hospitalaria directamente de esa unidad se delineó el presente estudio.

## Objetivo

Evaluar la prescripción y la implementación del manejo no-farmacológico de pacientes con IC admitidos en emergencia en un hospital público universitario.

## Métodos

Se trata de un estudio transversal contemporáneo sobre el perfil de la prescripción del manejo no-farmacológico de pacientes internados por descompensación de insuficiencia cardíaca en unidad de emergencia. La muestra fue constituida por pacientes internados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca clase funcional III y IV, conforme clasificación de la *New York Heart Association* (NYHA), de cualquier etiología, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo  $\leq 45\%$ , edad  $\geq 18$  años, de ambos sexos, y que aceptaron participar del estudio. Se excluyeron pacientes con IC en los siguientes casos: después de infarto agudo del miocardio en los últimos tres meses; con IC secundarias a un cuadro de sepsis; los que fueron sometidos a cirugía de revascularización del miocardio en los últimos 30 días; los que tuvieron secuelas neurológicas; y, los que no aceptaron participar del estudio.

Para la recolección de los datos fue utilizado un instrumento conteniendo informaciones relativas a la prescripción de restricción de sal, al control de diuresis, al balance hídrico, al control de peso, a la restricción hídrica, y a las respectivas variables de realización de esos cuidados. También hacían parte del instrumento datos referentes al número de internaciones, señales y síntomas de descompensación de la IC y conocimiento previo sobre las medidas no-farmacológicas. Este instrumento ya fue utilizado por nuestro grupo en otros estudios<sup>(11)</sup>. Además de eso, informaciones relacionadas a las características demográficas y clínicas de la muestra fueron recolectadas. Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la institución bajo el número 08-353 y todos los pacientes que fueron incluidos leyeron y firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

Considerando una prevalencia de 61% de prescripción de control de peso<sup>(10)</sup>, con un margen de error de seis puntos porcentuales y nivel de confianza de 95%, se estimó para el estudio una muestra de 256 pacientes.

## Análisis de los datos

El análisis fue realizado utilizando el paquete estadístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 14.0. Las variables continuas fueron expresadas como promedio  $\pm$  desviación estándar para aquellas con distribución normal y mediana e intervalo intercuantiles (percentiles 25 y 75) para los datos no paramétricos. Las variables categóricas fueron expresadas como porcentajes. Para las comparaciones entre datos no-paramétricos, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, y para datos paramétricos, el coeficiente de Pearson. Un valor de  $p$  bicaudal menor que 0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

## Resultados

Fueron analizados en este estudio 256 pacientes con diagnóstico de IC descompensada. La edad promedio de los pacientes fue de  $63 \pm 13$  años; la mayoría era del sexo masculino 153 (60%); y predominantemente blancos 196 (77%). La mediana de años de estudio fue de 5 (2-8), y la mediana de la renta familiar de 2 (1-3) salarios mínimos. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo promedio fue de  $29 \pm 9\%$ , y la etiología más evidenciada fue la isquémica 85 (34%). Según los criterios establecidos por la NYHA 168 (66%) pacientes se encontraban en la clase funcional III. Estos y demás datos se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1 - Características demográficas y clínicas de pacientes con IC descompensada internados en una unidad de emergencia. Porto Alegre, 2008

Pacientes	n = 256
Edad, años*	$63 \pm 13$
Sexo, masculino†	153 (60)
Color, blanca†	196 (77)
Escolaridad, años‡	5 (2-8)
Renta familiar, salarios‡	2 (1-3)
Fracción de eyección del Ventrículo Izquierdo, %*	$29 \pm 9$
Clase funcional III (NYHA)†	168 (66)
Etiología†	
Isquémica	85 (34)
Hipertensión	80 (32)
Idiopática	43 (17)
Alcohólica	27 (11)
Otras	31 (12)

Nota: NYHA: New York Heart Association. \* Variable expresada con promedio  $\pm$  desviación-estándar. † Datos categóricos presentados con n (%); ‡ Variable expresada en mediana y percentiles 25-75.

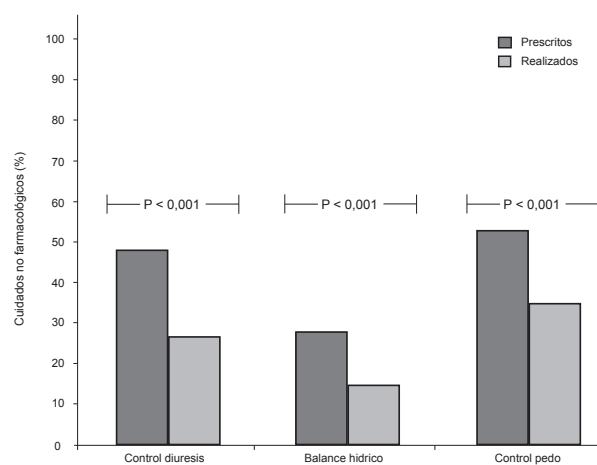
En la Tabla 2 se presenta la frecuencia de la prescripción del manejo no-farmacológico. Entre los cuidados que compone ese manejo, la restricción de la sal fue el cuidado con mayor porcentaje de prescripción, totalizando 240 (95%), seguido del control de peso con 135 (53%). El balance hídrico y la restricción hídrica fueron los cuidados menos evidenciados en las prescripciones.

Tabla 2 - Cuidados no-farmacológicos prescritos para pacientes con IC descompensada internados en una unidad de emergencia. Porto Alegre, 2008

Cuidados no-farmacológicos	n = 256
Restricción de sal	240 (95)
Restricción hídrica	95 (37)
Control de diuresis	124 (48)
Control de peso	135 (53)
Balance hídrico	72 (28)

Nota: Datos categóricos presentados con n (%).

A pesar de que los cuidados no-farmacológicos estuviesen contemplados en las prescripciones, conforme aparece en la tabla anterior, se verificó que estos no fueron realizados con la misma frecuencia con que fueron prescritos. Apenas 38 (54%) de los balances hídricos, 89 (67%) de los controles de peso y 69 (57%) de los controles de diuresis fueron efectivamente realizados por el equipo de enfermería ( $p < 0,001$  para todas las comparaciones). La figura 1 representa el porcentaje de cuidados no-farmacológicos prescritos, seguido del porcentaje de realización de los mismos.



\* Chi-cuadrado

Figura 1 - Cuidados no-farmacológicos prescritos y realizados. Fuente: Investigación directa: propios autores. Porto Alegre (RS), 2008

Las señales y síntomas de congestión de los pacientes con IC descompensada en la llegada a la emergencia fueron disnea, con 233 (91%); disnea paroxística nocturna, con 223 (87%); cansancio 173 (68%); y edema 164 (64%). A pesar de que, un porcentaje elevado de pacientes presentase en la llegada a la emergencia, señales y síntomas que indicaban congestión, la prescripción de las medidas no-farmacológicas, que guían la terapéutica del manejo de la IC fue considerada insatisfactoria, conforme demostrado en la Figura 1.

Se analizó la relación del número de internaciones previas con el conocimiento de las medidas no-farmacológicas por los pacientes. En lo que se refiere al número de internaciones, 80 (31%) pacientes nunca había sido internados por descompensación de la IC en el período de doce meses, 58 (23%) presentaban por lo menos una internación y 117 (46%) pacientes ya habían sido internados por lo menos dos veces en el mismo período.

En la correlación del conocimiento sobre las medidas no-farmacológicas (restricción de sal, restricción de líquidos, control de diuresis, balance hídrico y control de peso) con el número de internaciones previas por descompensación de la IC, identificamos una correlación débil, con  $r_s = 0,3$  ( $p < 0,001$ ).

Al analizar las orientaciones previas ofrecidas a los pacientes por algún profesional del área de la salud sobre las medidas no-farmacológicas, observamos que casi la totalidad de los pacientes recibió recomendación para controlar la ingestión de sal, 229 (90%). En relación al conocimiento de otras medidas no-farmacológicas, 181 (71%) recibieron orientaciones dirigidas para la práctica regular de actividad física, 163 (64%) para control de la ingestión hídrica, 117 (46%) de los pacientes habían recibido orientaciones sobre la importancia del control del peso diario.

Sin embargo, al analizar el conocimiento previo de la combinación de tres medidas no-farmacológicas (restricción de sal, restricción de líquidos y control de peso), comparado con el número de internaciones por IC en el último año, verificamos que los pacientes que nunca habían sido internados por descompensación de ese síndrome tenían poco conocimiento sobre esas medidas. A su vez, los pacientes con cinco o más internaciones en el mismo período poseían dominio de la combinación de esos cuidados. De los 256 pacientes del estudio, 80 (31%) nunca habían sido internados por IC descompensada. De estos, 64 (80%) no conocían la combinación de las medidas no-farmacológicas. De los 35 (14%) pacientes que fueron internados cinco veces o más veces, 21 (60%) conocían las tres medidas, siendo todas las comparaciones

estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ). Los datos se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3 - Número de internaciones por IC descompensada y conocimiento previo de la combinación de tres medidas no-farmacológicas (restricción de sal, restricción de líquidos y control de peso). Porto Alegre, 2008

Nº internaciones	Total pacientes	Con conocimiento	Sin conocimiento
Sin internación	80	16 (32)	64 (65,3)
2 internaciones	33	13 (26)	20 (20,4)
≥ 5 internaciones	35	21 (42)	14 (14,3)

Nota: Datos categóricos presentados con n (%). \* Prueba de Chi-cuadrado.  $p = 0,001$ .

## Discusión

En este estudio, evaluamos el perfil de las prescripciones y la efectividad de la realización de las medidas no-farmacológicas en pacientes internados por IC descompensada en una unidad de emergencia. A pesar de que la restricción de la sal fue la medida más prescrita para los pacientes, el balance hídrico, la restricción hídrica y el control de diuresis fueron poco contemplados en las prescripciones. En lo que se refiere a la realización de los cuidados no-farmacológicos por el equipo de enfermería, se identificó que estos no fueron realizados con la misma frecuencia con que fueron prescritos.

La restricción de sal fue prescrita para casi todos los pacientes. Ese resultado muestra que existe una concordancia en la práctica clínica sobre los beneficios que la restricción de sal puede traer a los pacientes con IC. Exceso de sodio en la dieta causa múltiples efectos al organismo humano, entre estos el aumento de la actividad del sistema renina-angiotensina<sup>(11)</sup>. La activación excesiva de ese sistema, por el consumo elevado de sodio, resulta en la retención de agua y ha sido asociada a la hipertrofia cardíaca y a la IC congestiva<sup>(12)</sup>. Corroborando con estos hallazgos, la adopción de una dieta con restricción de sodio es recomendada para pacientes con IC como medida preventiva para disminución de la retención de líquidos y, consecuentemente, descompensación de la IC. La restricción depende de la gravedad de la IC. Pacientes con IC grave deben ser orientados a adoptar una dieta con 2g/día de sodio. Ese grado de restricción es alcanzado aboliendo de la dieta alimentos ricos en sodio y evitando colocar sal adicional en los alimentos después de su preparación<sup>(1)</sup>.

En cuanto a la restricción de líquidos, menos de 50% de los pacientes tuvieron ese cuidado contemplado en sus

prescripciones. A pesar de que, un reciente estudio hubiese indicado que la restricción de fluidos no es una estrategia eficaz en el tratamiento de la IC<sup>(13)</sup>, en la práctica clínica la recomendación es que los pacientes con IC, de moderada a grave, limiten la administración de fluidos hasta 1,5 litros/día. Las nuevas directrices brasileñas para el tratamiento de esa síndrome recomiendan la restricción de 1,0 a 1,5 litros/día para los pacientes sintomáticos que presenten riesgo de hipervolemia<sup>(1)</sup>.

Según los criterios para el diagnóstico de la IC<sup>(14)</sup>, la disnea paroxística nocturna es considerada una señal importante para el diagnóstico de la descompensación de ese síndrome. En este estudio, 87% de los pacientes presentaron ese síntoma en el momento de la internación, lo que podría justificar la indicación de restricción de líquidos. A pesar de eso, apenas 37% de los pacientes tuvieron ese cuidado prescrito.

El aumento súbito de peso está frecuentemente asociado a la retención hídrica y, consecuentemente, al empeoramiento de la IC. De los pacientes estudiados, 53% tuvieron el control de peso incluido en las prescripciones. La monitorización de esa medida en el período de la internación hospitalaria debe ser realizada diariamente, sirviendo como parámetro para el acompañamiento de la evolución clínica de los pacientes y, también, como referencia para el ajuste de la terapia diurética. También en el contexto de la hospitalización, la monitorización diaria del peso también posee el importante papel de estimular a los pacientes a incorporar, en su práctica diaria, el control periódico del peso<sup>(10)</sup>.

Un estudio aleatorio, que tuvo por objetivo evaluar el efecto de las orientaciones y de la asistencia por enfermeras en la adhesión a las medidas no-farmacológicas por los pacientes con IC, mostró que los del grupo de intervención, que recibieron las orientaciones de forma más intensiva, supieron identificar y buscar atención cuando hubo aumento súbito de peso, 86%, contra 69% del grupo que recibió apenas orientaciones en el momento de la consulta con el cardiólogo, con  $p < 0,01$ <sup>(15)</sup>.

En el análisis de la realización de los cuidados no-farmacológicos, observamos que esas medidas no fueron ejecutadas con la misma frecuencia con que fueron prescritas. En promedio, poco más de la mitad de los cuidados prescritos fue efectivamente realizada por el equipo asistencial. Un estudio publicado en 2006, que evaluó la efectividad de la realización de esos cuidados en unidades de internación, mostró porcentajes semejantes en cuanto a la ejecución de esas medidas<sup>(10)</sup>. Esos datos pueden sugerir que existe un desconocimiento de la relevancia y de los beneficios de la implementación de esas medidas como coadyuvantes del tratamiento medicamentoso.

En el contexto de la IC, el examen clínico es una herramienta útil para el diagnóstico, para la evaluación de la gravedad de la enfermedad y para la decisión sobre la mejor conducta terapéutica a ser tomada. La presencia de ciertas señales y síntomas pueden ser útiles para clasificar a los pacientes en niveles de gravedad, riesgo de mortalidad y necesidad de hospitalización<sup>(16)</sup>. En esa perspectiva, el examen clínico de pacientes admitidos por descompensación de la IC es extremadamente importante para guiar la elección de las intervenciones más adecuadas<sup>(17)</sup>.

En nuestro estudio, 91% de los pacientes indicaron disnea al llegar a la emergencia. Otro estudio, que evaluó el perfil clínico de pacientes con IC, identificó porcentajes semejantes en cuanto a la presencia de ese síntoma, en 85,2% de los casos<sup>(18)</sup>. Así como la disnea, el edema es un hallazgo común en pacientes descompensados<sup>(19)</sup>. La presencia del edema periférico y del reflujo hepatoyugular son señales útiles para estratificar el pronóstico de pacientes con IC sistólica, siendo esas señales capaces de definir los diferentes niveles de comprometimiento cardíaco como también la mayor gravedad de la enfermedad<sup>(16,20)</sup>.

Se sabe que los cuidados no-farmacológicos son herramientas esenciales en el tratamiento de los pacientes descompensados. A pesar de que la mayoría de los pacientes presentaron alguna señal de congestión al llegar a la emergencia, la prescripción fue poco contemplada con los cuidados que evitan la congestión y que guían la terapéutica diurética. Uno de los principales motivos de la descompensación de la IC es la falta de adhesión al tratamiento farmacológico y no-farmacológico, muchas veces por desconocimiento de esos aspectos<sup>(1)</sup>. Se percibe que existe una gran vacía entre lo que es enseñando a los pacientes y lo que es absorbido por estos. Un estudio desarrollado con 113 pacientes en ambiente de ambulatorio identificó que existía una incoherencia en relación a lo que les era enseñando y lo que aplicaban de hecho en la práctica<sup>(21)</sup>. Evaluando estos hallazgos y relacionando los resultados encontrados en nuestro estudio sobre el conocimiento previo de las medidas no-farmacológicas con el número de internaciones, observamos que mismo que los pacientes tengan un buen conocimiento de esas medidas, eso no disminuye las tasas de internación. Verificamos que los pacientes con más internaciones eran los pacientes que poseían el mayor conocimiento previo de esas medidas. Resultados semejantes también fueron demostrados en un estudio previo de nuestro grupo en pacientes en unidades de internación en la misma institución. En ese estudio anterior, demostramos que los pacientes con mayor número de internaciones previas

parecen tener un conocimiento bastante elevado de los aspectos que envuelven la fisiopatología y el manejo de la IC, además de ser pacientes más graves y con mayor tiempo de enfermedad sintomática<sup>(10)</sup>. Atribuimos esos hallazgos al hecho de que los pacientes que presentan un mayor número de internaciones tienen mayor contacto con las orientaciones sobre el manejo no-farmacológico. Esos datos indican que conocer la enfermedad y los aspectos relacionados a la práctica de los cuidados, necesariamente, no evita la reinternaciones.

## Consideraciones finales

Con los resultados obtenidos en este estudio observacional es posible demostrar que mismo tratándose de un hospital universitario, hubo poca prescripción de las medidas no-farmacológicas para los pacientes admitidos en emergencia, excepto el control de la sal.

En cuanto a la realización de los cuidados no-farmacológicos, identificamos que existe una contradicción entre lo que es prescrito y lo que es efectivamente ejecutado. Se demostró que esos cuidados no fueron realizados en su totalidad por el equipo de enfermería.

A pesar de que los pacientes presentaron señales y síntomas indicativos de congestión pulmonar y/o sistémica en el momento de la admisión, esto se reflejó poco en la prescripción de las medidas no-farmacológicas que guían la terapéutica y que auxilian en la monitorización clínica de los estados congestivos.

Igualmente, los hallazgos de ese estudio nos permiten concluir que pacientes con tasas más elevadas de internaciones aparentan mejor conocimiento de la enfermedad y del autocuidado, a pesar de que ese conocimiento no implica en una mayor adhesión a las orientaciones y a la disminución de las tasas de readmisiones.

Los datos presentados indican la necesidad de crear estrategias dirigidas a la consolidación de la adhesión, por parte de los equipos asistenciales, en cuanto a la prescripción de las medidas no-farmacológicas. También, se deben realizar inversiones en programas de calificación para los profesionales que prestan atención a esos pacientes, en el sentido de instruirlos sobre la relevancia y la importancia de realizar las medidas no-farmacológicas en el manejo de pacientes descompensados.

## Referencias

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 93(supl 1):1-71.
2. Gombert-Maitland M, Baran DA, Fuster V. Treatment of congestive Heart Failure: guidelines for the primary care physician and the heart failure specialist. *Arch Intern Med.* 2001; 161(3):342-52.
3. Scattolin FAA, Diogo MJD, Colombo RCR. Correlation between instruments for measuring health-related quality of life and functional independence in elderly with heart failure. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(11):2705-15.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Latino-americana para Avaliação e Conduta na Insuficiência Cardíaca Descompensada. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 85(supl 3):s1-s48.
5. Rohde LE, Clausell N, Ribeiro JP, Goldraich I, Netto R, William Dec G, et al. Health outcomes in decompensated congestive heart failure: a comparison of tertiary hospitals in Brazil and United States. *Int J Cardiol.* 2005; 102:71-7.
6. Ducharme A, Doyon O, White M, Rouleau JL, Brophy JM. Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. *CMAJ.* 2005; 173(1):40-5.
7. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart.* 2005; 91(7):899-906.
8. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e porquê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007; 15(1):165-70.
9. D'Alto M, Pacileo G, Calabró R. Nonpharmacologic care of heart failure: patient, family, and hospital organization. *Am J Cardiol* 2003; 91(suppl):51F-4F.
10. Rabelo ER, Aliti GB, Goldraich L, Domingues FB, Clausell N, Rohde LE. Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 87(3):352-8.
11. Alderman MH. Evidence relating dietary sodium to cardiovascular disease. *J Am Coll Nutr.* 2006; 25(3):256-61.
12. Ribeiro JM, Florêncio LP. Bloqueio farmacológico do sistema renina-angiotensina-aldosterona: inibição da enzima de conversão e antagonismo do receptor AT1. *Rev Bras Hipertens.* 2000; 7(3):293-302.
13. Travers B, O'Loughlin C, Murphy NF, Ryder M, Conlon C, Ledwidge M, McDonald K. Fluid restriction in the management of decompensated heart failure: no impact on time to clinical stability. *J Card Fail.* 2007; 13:128-32.
14. Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: The Framingham study. *J Am Coll Cardiol.* 1993; 22(Suppl A):6A-13A.
15. van der Wal M, Jaarsma T. Nurse-led intervention can improve adherence to non-pharmacological treatment in heart failure patients (Data from the COACH study). *Eur J Cardiovas Nurs.* 2008; 7(suppl 1):S41.
16. Rohde LE, Beck da Silva L, Goldraich L, Grazziotin T, Palombini DV, Polanczyk CA, et al. Reliability and prognostic value of traditional signs and symptoms in outpatients with congestive heart failure. *Can J Cardiol.* 2004;20:697-702.

17. Silva LB. Avaliação clínica de pacientes com insuficiência cardíaca baseada em evidência. Revista HCPA. 2005;25(3):72-5.
18. Margoto G, Colombo RCR, Gallani MCBJ. Características clínicas e psicossociais do paciente com insuficiência cardíaca que interna por descompensação clínica. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(1):44-53.
19. Wender OCB, Boustany SM. Exame do sistema vascular periférico. In: Barros EJJ, Albuquerque GC, Pinheiro CTS. Exame Clínico. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 289-98.
20. Moutinho MAE, Colucci FA, Alcoforado V, Tavares LR, Rachid MBF, Rosa MLG, et al. Heart failure with preserved ejection fraction and systolic dysfunction in the community. Arq Bras Cardiol. 2008;90(2):145-50.
21. Ni H, Nauman D, Burgess D, Wise K, Crispell K, Hershberger RE. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. Arch Intern Med. 1999;159(14):1613-9.

Recibido: 13.1.2010

Aceptado: 21.10.2010

### *Como citar este artículo:*

Linhares JC, Aliti GB, Castro RA, Rabelo ER. Prescripción y realización del manejo no-farmacológico para pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dec. 2010 [acceso en:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_];18(6):[08 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

día  
mes abreviado con punto  
año

URL