

## La adherencia al tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca acompañados de enfermeras en dos clínicas especializadas

Andressa Freitas da Silva<sup>1</sup>  
Ana Carla Dantas Cavalcanti<sup>2</sup>  
Mauricio Malta<sup>1</sup>  
Cristina Silva Arruda<sup>3</sup>  
Thamires Gandin<sup>1</sup>  
Adriana da Fé<sup>4</sup>  
Eneida Rejane Rabelo-Silva<sup>5</sup>

**Objetivos:** analizar la adherencia al tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) en pacientes acompañados por el equipo de enfermería de clínicas especializadas y su asociación con las características de los pacientes, tales como número de consultas anteriores, la estructura familiar y las comorbilidades. **Método:** estudio transversal que se llevó a cabo en dos clínicas de referencia para el tratamiento de pacientes con IC (centro 1 y centro 2). Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario de 10 ítems con puntuaciones de 0 a 26 puntos; la adherencia al tratamiento se consideró adecuada si la puntuación era  $\geq 18$  puntos o 70% de adherencia. **Resultados:** un total de 340 pacientes fueron incluidos en el estudio. La puntuación media de adherencia fue de 16 ( $\pm 4$ ) puntos. Además, 124 (36,5%) pacientes tuvieron una tasa de adherencia  $\geq 70\%$ . Se demostró que los pacientes que vivían con sus familias tuvieron puntajes más altos de adherencia al tratamiento, tres o más consultas anteriores de enfermería se asociaron significativamente con una adherencia mayor ( $p < 0,001$ ); la hipertensión se asoció con la baja adherencia ( $p = 0,023$ ). **Conclusiones:** la adherencia al tratamiento se consideró satisfactoria en menos de la mitad de los pacientes tratados en las dos clínicas especializadas en IC. Vivir con la familia y asistir a un gran número de consultas de enfermería aumentó la adherencia al tratamiento, mientras que la presencia de hipertensión llevó a disminuir la adherencia.

**Descriptor:** Insuficiencia Cardíaca; Enfermería; Cooperación del Paciente.

<sup>1</sup> Especialista en Cardiología, Enfermera, Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Estudiante de postdoctorado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

<sup>3</sup> MSc, Enfermera, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Becado de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

<sup>4</sup> Alumna del curso de graduación en Enfermería, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Becario de iniciación científica de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondencia:

Eneida Rejane Rabelo da Silva  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem  
Rua São Manoel, 963  
Bairro: Rio Branco  
CEP: 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil  
E-mail: eneidarabelo@gmail.com, esilva@hcpa.edu.br

**Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

## Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome complejo que resulta en un considerable número de hospitalizaciones, lo que puede estar relacionado con una mala adherencia al tratamiento y con la dificultad para reconocer las señales y síntomas de descompensación de la enfermedad<sup>(1)</sup>. Analizar la adherencia de los pacientes al tratamiento es esencial para identificar los factores que pueden interferir con sus opciones y para implementar estrategias para reducir las crisis de descompensación de IC y consiguientes hospitalizaciones imprevistas<sup>(2)</sup>.

Entender la adherencia al tratamiento del paciente y de los profesionales es un proceso complejo que va desde el cumplimiento y seguimiento del tratamiento prescrito, incluyendo la participación del paciente en la definición de su plan de cuidados, la búsqueda del bienestar y de la salud, factores representados por los cambios en el estilo de vida, incluyendo asistir a citas médicas y un mayor control de la medicación<sup>(3)</sup>.

Una revisión sistemática que tuvo como objetivo identificar y resumir la eficacia de las estrategias de intervención para mejorar la adherencia a la medicación en una población de pacientes con IC concluye que hay poca evidencia sobre estrategias que mejoren aisladamente la adherencia al tratamiento<sup>(4)</sup>. Este resultado indica que la adherencia al tratamiento se debe considerar una cuestión multifactorial por el equipo de enfermería, ya que muchos factores pueden estar involucrados en este comportamiento, tales como el régimen terapéutico; los problemas socioeconómicos, cognitivos y las comorbilidades asociadas<sup>(5)</sup>.

En cuanto al régimen de tratamiento, el uso de estrategias de enseñanza implementadas por los enfermeros para mejorar el conocimiento de los pacientes con IC sobre la enfermedad, el tratamiento y la adherencia al tratamiento puede tener un efecto positivo; como se señala en un estudio prospectivo de la cohorte ambulatorial de 308 pacientes con IC en tres hospitales universitarios situados en el área metropolitana de Atlanta, que encontró que muchas de las recomendaciones de autocuidado se asociaron con mejores tasas de adherencia al tratamiento y con un número menor de hospitalizaciones por todas las causas<sup>(6)</sup>.

En las últimas décadas, las clínicas de IC han hecho muchos esfuerzos para transmitir a los pacientes el conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento y la adherencia al tratamiento. Básicamente, este concepto de educación del paciente se ha implementado en varios

centros de todo el mundo en los últimos 20 años para mejorar estos aspectos y reducir las altas tasas de hospitalización<sup>(4)</sup>.

Aunque varios estudios han sido publicados sobre las bajas tasas de adherencia en los pacientes hospitalizados con IC descompensada, se sabe poco sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con IC acompañados en las clínicas especializadas que han aplicado este enfoque en las últimas dos décadas. Este estudio llena este hueco en el conocimiento del área de la salud, especialmente en el campo de la enfermería, porque enfermeros tienen un papel clave en las intervenciones educativas y monitorización de los signos de descompensación<sup>(4)</sup>. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue analizar la adherencia al tratamiento en pacientes con IC, acompañados por el equipo de enfermería en las clínicas especializadas y su asociación con características de los pacientes, tales como número de consultas anteriores, la estructura familiar y las comorbilidades.

## Métodos

### Diseño del estudio

Este fue un estudio transversal realizado en dos clínicas especializadas en la prestación de la atención ambulatoria de pacientes con IC crónica acompañados por las enfermeras.

### Sitios

Este estudio se llevó a cabo en universidades públicas en las ciudades de Porto Alegre, sur de Brasil; y Niterói, Sureste de Brasil. La decisión de evaluar estos dos sitios fue motivada por las similitudes entre las dos instituciones, que combinan la docencia, la investigación y la atención multidisciplinaria especializada para los pacientes con IC. La recolección de datos se llevó a cabo a partir de agosto 2011 a diciembre 2012 en Porto Alegre (centro 1) y de enero 2012 a octubre 2013 en Niterói (centro 2). La investigación fue realizada en ambos centros para determinar el número total de pacientes atendidos por semana durante el período de estudio. Los investigadores visitaron las clínicas en los días programados para las visitas ambulatorias para seleccionar los pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Antes de la consulta, los pacientes fueron invitados a participar y, posteriormente, leer y firmar el termo de consentimiento libre e informado (TCLI). La estrategia de muestreo de conveniencia se utilizó para

seleccionar a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y aceptaron participar.

### Participantes

La muestra incluyó a pacientes adultos con diagnóstico de IC crónica que se habían presentado al menos a una consulta de enfermería en los centros 1 y 2 en los últimos 6 meses antes de ser incluidos en el estudio y que habían conservado la capacidad de comunicarse. En estas consultas, los enfermeros pasaban a los pacientes el conocimiento sobre IC, el autocuidado y la adherencia al tratamiento. Se excluyeron del estudio los pacientes con deterioro cognitivo declarado en su registro médico y confirmado durante la aplicación de un TCLI.

### Variables y recogida de datos

Investigamos las variables sociodemográficas, clínicas y del adherencia al tratamiento. Las variables sociodemográficas fueron: edad, sexo, estructura familiar (viviendo con la familia, solo o en clínicas geriátricas), la escolaridad formal (años de estudio), estado civil y el ingreso mensual del paciente (ingreso familiar, en su caso). Las variables clínicas fueron: peso corporal, el tabaquismo, el tiempo de progresión de la enfermedad, el acompañamiento en la clínica, la clase funcional de la New York Heart Association y comorbilidades como la diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, enfermedad de la arteria coronaria, la depresión, el cáncer y la hipertensión. También recogemos el número de consultas previas con el equipo de enfermería en las clínicas especializadas, donde los pacientes recibieron intervenciones educativas sobre la enfermedad, el autocuidado y la adherencia al tratamiento.

La adherencia al tratamiento se evaluó mediante un cuestionario de 10 ítems desarrollados y validados en Brasil para su uso en pacientes con IC<sup>(7)</sup>. Las diez preguntas incluyen una sobre el uso de la medicación, una sobre el control del peso excesivo, tres sobre los hábitos alimenticios, tres sobre la ingesta de líquidos, una sobre el consumo excesivo de alcohol y una sobre la asistencia a las consultas médicas programadas. La puntuación en este cuestionario varió de 0 a 26 puntos; cuanto mayor es la puntuación, mayor es la adherencia al tratamiento. La adherencia se considera adecuada cuando el paciente presentaba una puntuación igual o superior a 18 puntos, que corresponde a 70% de adherencia<sup>(8)</sup>. El cuestionario duró unos 15 minutos.

La entrevista fue realizada por el investigador antes de la consulta médica, en función de la disponibilidad del paciente. Consultas de enfermería y la recopilación de datos a través de entrevistas con los pacientes se llevaron a cabo por investigadores entrenados. Todas las variables fueron recogidas por el testimonio verbal del paciente y comprobadas en los prontuarios del mismo día de la consulta médica.

### Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó en 340 pacientes, con base en un porcentaje del 52% de adherencia que se encuentra en un estudio previo realizado con pacientes acompañados en una clínica de IC<sup>(7)</sup>; considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Se utilizó el *software* estadístico Winpepi (versión 11.1).

### Aspectos éticos

Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de ambas instituciones bajo los números de protocolo 11-0268 y 335-744.

### Análisis estadístico

Los datos fueron introducidos en una base de datos de Microsoft Excel y analizados mediante programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 19. Las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar para aquellas con distribución simétrica y mediana y el rango intercuartílico para aquellas con distribución asimétrica. Las variables categóricas se expresan como números absolutos y porcentajes. La asociación entre las puntuaciones de adherencia y variables clínicas o sociodemográficas se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado. La comparación estadística entre los grupos divididos por el punto de corte para la adhesión al tratamiento se hizo mediante la prueba de Mann-Whitney para las variables clínicas cuantitativas y la prueba de chi-cuadrado para las variables categóricas. Valor p bi-caudal <0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

### Resultados

#### Características sociodemográficas y clínicas

Durante el período de estudio, 367 pacientes eran potencialmente subvencionables. Siete de ellos fueron

excluidos por ser la primera consulta de enfermería, una no quiso participar del estudio y 20 pacientes cumplían al menos uno de los criterios de exclusión. En

total se incluyeron 340 pacientes: 223 del centro 1 y 117 del centro 2. La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

Tabla 1 - Características sociodemográficas y clínicas de la muestra (n = 340). Porto Alegre sur de Brasil, y Niterói, Sureste de Brasil, 2014

Variables	n=340
Edad, años*	62±12,5
Sexo masculino†	207 (61)
Peso, kg‡	74 (64-85)
Escolaridad formal, años de estudio†	5 (3-9)
Vida familiar†	301 (88,5)
Estado civil (casado)†	222 (65)
Renta familiar mensual, Reais†	1000 (622-1500)
Tabaquismo†	131 (38,5)
Número de consultas médicas previas con el equipo de enfermería‡	2 (1-6)
Tiempo de progresión de la enfermedad, meses‡	60 (24-96)
Tiempo de acompañamiento en la clínica de IC, meses‡	48 (24-72)
Clase funcional de la New York Heart Association†	
I	97 (28,5)
II	154 (45)
III	69 (20)
Ninguna evaluación de clase funcional	20 (6)

\* Media± desviación estándar

† n (%)

‡ Mediana (rango intercuartil 25-75)

## La adherencia al tratamiento

La puntuación media general de adherencia al tratamiento fue  $16 \pm 4$  puntos para todos los pacientes, y 124 (36,5%) de ellos presentaron tasa superior o igual al punto de corte (70%, o 18 puntos). De éstos, 50% había asistido a por lo menos cuatro consultas de enfermería antes de la inclusión en el estudio. Al menos 50% de los pacientes con puntuaciones de adherencia por debajo del punto de corte, había asistido a una sola consulta de enfermería.

La Tabla 2 muestra los pacientes divididos en dos grupos: uno incluyendo aquellos con adherencia satisfactoria (puntuación  $\geq 18$  puntos) y otro incluyendo aquellos con baja adherencia (puntuación  $< 18$  puntos). Se observó que los pacientes con IC que vivían con sus familias tenían puntuaciones de adherencia al tratamiento más altas que los que vivían solos o en las clínicas geriátricas. Tres o más consultas de enfermería previas se asoció significativamente con una mayor adherencia al tratamiento ( $p < 0,001$ ). La presencia de la hipertensión como una comorbilidad se asoció con baja adherencia al tratamiento ( $p = 0,023$ ).

Tabla 2 - Comparación entre las puntuaciones de adherencia y las características sociodemográficas y clínicas. Porto Alegre, sur de Brasil, y Niterói, Sureste de Brasil, 2014

Variables	Total n=216	Total n=124	valor p
	Puntuación de adherencia <18	Puntuación de adherencia $\geq 18$	
Sexo*			
Masculino	136 (63)	71 (57)	0,356
Vida familiar*	183 (84,5)	118 (95)	0,001
Estado Civil*			
Casado	131 (61)	91 (73)	0,108
Soltero	33 (15)	11 (9)	
Viudo	14 (6,5)	7 (6)	
Divorciado	14 (6,5)	7 (6)	

Tabla 2 - *continuación*

Variables	Total n=216		valor p
	Puntuación de adherencia <18	Puntuación de adherencia ≥ 18	
Escolaridad formal, años de estudio†	5 (4-9)	5 (3-9)	0,307
Renta familiar mensual, Reais†	1000 (622-1500)	1000 (545-1575)	0,913
Peso corporal, kg†	76 (65-86)	72 (62-82)	0,760
Número de consultas previas con el equipo de enfermería†	1 (1-4)	4 (2-10)	< 0,001
Comorbilidades*			
Diabetes	76 (35)	38 (31)	0,463
Insuficiencia renal crónica	12 (6)	7 (6)	1,0
Enfermedad de la arteria coronaria	50 (23)	33 (27)	0,559
Depresión	17 (8)	8 (6,5)	0,790
Cáncer	16 (7)	7 (6)	0,690
Hipertensión	164 (76)	79 (64)	0,023

\* n (%) y prueba de chi-cuadrado

† Mediana (percentis 25-75) y prueba de Mann-Whitney

## Las respuestas del paciente al cuestionario de 10 ítems

La Tabla 3 muestra las respuestas de los pacientes a diez preguntas del cuestionario y la mejor respuesta en términos de adherencia al tratamiento.

Tabla 3 - Respuestas de los pacientes con insuficiencia cardíaca a las preguntas de un cuestionario sobre adherencia al tratamiento. Porto Alegre, sur de Brasil, y Niterói, Sureste de Brasil, 2014

Preguntas	n (%)
Durante los últimos 15 días, ¿tomó sus medicamentos según la receta? (Siempre)	284 (83,5)
¿Con qué frecuencia usted se pesa? (todos los días)	13 (4)
¿Usted agrega sal a los alimentos? (No agregó sal en los alimentos - nada)	11 (3)
¿Usted agrega condimentos listos, como el caldo de pollo y salsa de tomate, al preparar los alimentos? (Yo no uso - nada)	174 (51)
¿Usted restringe la ingesta de sal al cocinar o comer fuera? (Siempre)	123 (36)
¿Usted incluye sopas, helados, gelatinas, jugos, leche, té, café y refrescos en su cantidad recomendada de ingesta diaria de líquidos? (Siempre)	149 (44)
¿Usted redujo la ingesta de líquidos de acuerdo con el consejo de su médico o enfermero? (Siempre)	180 (53)
¿Usted agrega el líquido (jugo) de frutas como naranjas, sandía, piña, mandarina etc. y el agua de coco en su cantidad diaria recomendada de la ingesta de líquidos? (Siempre)	132 (39)
¿Bebe alcohol? (Nunca)	271 (80)
Durante los últimos 15 días, ¿no se presentó a cualquier consulta o examen? (Nunca)	284 (83,5)

## Discusión

Este estudio presenta los resultados de un análisis de la adherencia al tratamiento de los pacientes acompañados en dos clínicas especializadas en IC.

Los resultados indican que, a pesar del lugar donde se realizó el estudio, la tasa de adherencia al tratamiento no era del todo satisfactoria. Por otro lado, un hallazgo muy positivo fue el hecho de que la mayor adherencia al tratamiento se asoció con un mayor número de consultas previas a la enfermería y a vivir con la familia. La presencia de la hipertensión como una comorbilidad llevó a reducir la adherencia al tratamiento.

Varios estudios han analizado diferentes enfoques educativos para mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes con IC<sup>(4,7,9-10)</sup>. En un estudio de 252 pacientes hospitalizados por IC en el sur de Brasil, con edad media de 63 ± 13 años y eran predominantemente hombres blancos; se comprobó que 112 (47%) pacientes informaron alta adherencia al tratamiento farmacológico, mientras que sólo 45 (18%) adhirió al tratamiento no farmacológico. La adhesión fue mayor en los pacientes que tenían conocimiento del manejo no farmacológico de la enfermedad, lo que refuerza la importancia de las intervenciones educativas en este grupo<sup>(9)</sup>. Recientemente, un ensayo clínico en el que los enfermeros llevan a cabo una intervención educativa que consiste en visitas domiciliarias y llamadas telefónicas durante un periodo de acompañamiento de seis meses mostró resultados positivos en términos de adherencia al tratamiento, el conocimiento y el autocuidado<sup>(8)</sup>. Estos resultados confirman nuestra conclusión de que un mayor número de consultas de enfermería en las clínicas especializadas conduce a una adhesión más elevada al tratamiento.

En este estudio, se identificó el apoyo familiar como un factor importante para mejorar la adherencia al tratamiento, lo que se demuestra por 88,5% de los

pacientes del estudio que vivía con la familia. Hubo evidencia de que el apoyo familiar es un predictor de adherencia adecuada, y que el mal funcionamiento de la familia compromete el régimen terapéutico complejo IC<sup>(11-14)</sup>. Los pacientes con IC, solteros o los que viven solos son más propensos a desarrollar depresión y tienen mala calidad de vida, baja esperanza de vida y un mayor número de hospitalizaciones<sup>(13-15)</sup>. Se cree que el apoyo social de la familia conserva la salud mental y aumenta el bienestar de los pacientes con IC, motivando con ello la adherencia al tratamiento. Entre las comorbilidades evaluadas, la hipertensión se asocia con la peor adherencia y representó la principal razón de la búsqueda de atención primaria. De acuerdo con la literatura, se encontró que la baja adherencia es la principal razón para el fracaso del tratamiento; en pacientes con hipertensión no controlada, la tasa de adherencia al tratamiento es casi 50%<sup>(16)</sup>. Además, alrededor del 40-60% de los hipertensos no utilizaban correctamente los medicamentos recetados, ese porcentaje fue aún mayor en relación con las medidas de cambio de estilo de vida, como iniciar una dieta, realizar actividad física, dejar de fumar y evitar el consumo de alcohol<sup>(16)</sup>. Hay varias razones que dificultan la adherencia al tratamiento de la hipertensión, como, por ejemplo, la ausencia de los síntomas asociados con la enfermedad, la complejidad del régimen posológico, alto costo del tratamiento y la falta de conocimiento acerca de la enfermedad<sup>(17)</sup>.

En un estudio transversal de 385 pacientes hipertensos diagnosticados en un periodo de al menos 6 meses y servidos en una unidad de atención primaria de salud, la actividad física fue reportada por el 29,6% de los pacientes, pero sólo el 17,7% reportó actividad física regular. Un total de 69,1% de los sujetos hizo ajustes en su dieta, que consistía principalmente en restricción de la ingesta de sal, grasa y azúcar<sup>(18)</sup>. La adherencia al tratamiento presentada por los hipertensos, que ya se considera baja por sí misma<sup>(19)</sup>, disminuye aún más cuando la hipertensión se asocia con IC. En esta situación, seguir el tratamiento prescrito es más difícil porque el número de medicamentos aumenta, así como aumentan los costos del tratamiento y de las restricciones de de estilo de vida. Como se muestra en la Tabla 3, se observó la puntuación de adherencia al tratamiento más alta para preguntas relacionadas con temas discutidos a menudo durante el cuidado de los pacientes con IC, o sea, el adecuado cumplimiento del tratamiento prescrito, la ingesta adecuada de

líquidos, la restricción de alcohol y la asistencia a consultas médicas, lo que apoya la conclusión de que los pacientes con un mayor número de visitas de enfermería mostraron una mayor adherencia al tratamiento.

En este estudio, los sujetos demostraron menor adherencia a las medidas relacionadas con la supervisión diaria de peso, la adopción de una dieta baja en sodio y la inclusión de jugo de frutas en la cantidad de ingesta diaria de líquidos. Varios estudios han examinado la dieta baja en sodio, su relación con la acumulación de líquido y la adherencia terapéutica, e identificaron el sabor de los alimentos, la dificultad en la preparación de comidas saludables, así como la necesidad de comer fuera como barreras a la adherencia<sup>(4,18,20)</sup>.

Estas pruebas apuntan a la necesidad de una atención especial a los cuidados médicos y de enfermería para los pacientes con IC y su familia, mediante la implementación de estrategias para mejorar la adherencia y el autocuidado del paciente y, por tanto, su calidad de vida.

### Limitaciones del estudio

Pocas herramientas integrales para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con IC están disponibles en la literatura. En este estudio, se aplicó un cuestionario desarrollado en Brasil para su uso en pacientes con IC tratados en clínicas que trabajan con el concepto de atención multidisciplinaria. Preguntas sobre los cambios en el estilo de vida, que también serían válidas para otras enfermedades crónicas, no fueron abordadas por los autores que desarrollaron el cuestionario. En este sentido, el presente estudio demostró las limitaciones de esta herramienta para la comunidad científica, y nuevos estudios pueden ayudar en la evaluación de otros hábitos de vida esenciales para controlar la salud de los pacientes con IC.

### Conclusión

Los resultados de este estudio nos permitieron concluir que menos de la mitad de los pacientes acompañados en las dos clínicas especializadas en IC fueron considerados con la adherencia satisfactoria al tratamiento. Además, la convivencia con la familia y la asistencia a un gran número de consultas de acompañamiento en las enfermerías mejoró la adherencia, mientras que la presencia de hipertensión llevó a reducir la adherencia.

## Referencias

1. Mangini S, Silveira FS, Silva CP, Grativvol PS, Seguro LFBC, Ferreira SMA et al. Insuficiência cardíaca descompensada na unidade de emergência de hospital especializado em cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2008 Jun;90(6):433-40.
2. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Junior DM. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens.* 2009;16(1):38-43.
3. Gusmão JL, Junior DM. Adesão ao tratamento-conceitos. *Rev Bras Hipertens.* 2006;13(1):23-5.
4. Molloy GJ, O'Carroll RE, Witham MD, McMurdo MET. Interventions to Enhance Adherence to Medications in Patients with Heart Failure: a systematic review. *Circ Heart Fail.* 2012 Jan;5:126-33.
5. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
6. Marti CN, Georgiopolou VV, Giamouzis G, Cole RT, Deka A, Tang WHW, Dunbar SB et al. Patient-Reported elective Adherence to Heart Failure Self-Care. *Congest Heart Fail.* 2013 Jan-Feb;19(1):16-24.
7. 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 Jul;1:10-18.
8. Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Home visit improves knowledge, self-care and adhesion in heart failure: randomized Clinical Trial HELEN-I. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013, 21(spe number):20-8.
9. Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010 jun;31(2):225-31.
10. Molloy GJ, O'Carroll RE, Witham MD, McMurdo ME. Interventions to enhance adherence to medications in patients with heart failure. *Circ Heart Fail.* 2012 Jan;5(1):126-33.
11. Chung ML, Moser DK, Lennie TA, Riegel B. Spouses enhance medication adherence in patients with heart failure. *Circulation.* 2006;114(18):518.
12. Rohrbaugh MJ, Shoham V, Coyne JC. Effect of marital quality on eight-year survival of patients with heart failure. *Am J Cardiol.* 2006 Oct;98(8):1069-72.
13. Havranek EP, Spertus JA, Masoudi FA, Jones PG, Rumsfeld JS. Predictors of the onset of depressive symptoms in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2004 Dec;44(12):2333-8.
14. Luttik ML, Jaarsma T, Veeger N, van Veldhuisen DJ. Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure. *Heart Lung.* 2006 Jan-Feb;35(1):3-8.
15. Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA, Kaslow NJ. Family influences on heart failure self-care and outcomes. *J Cardiovasc Nurs.* 2008 May-Jun;23(3):258-65.
16. Pucci N, Pereira MR, Vinholes DB, Pucci P, Campos ND. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. *Rev Bras Cardiol.* 2012 jul-ago;25(4):322-9.
17. Santos MVR, Oliveira DC, Arraes LB, Oliveira DAGC, Medeiros L, Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Soc Bras Clín Méd.* 2013 jan-mar;11(1):55-61.
18. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MA, Matsuo T. Adherence to pharmacological and non pharmacological treatment for arterial hypertension and associated factors in primary care. *Cienc Saúde Coletiva.* 2013 Jun;18(6):1763-72.
19. Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Educ Couns.* 2002 Apr;46(4):287-95.
20. Van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Qualitative examination of compliance in heart failure patients in The Netherlands. *Heart Lung.* 2010 Mar-Apr;39(2):121-30.

Recibido: 3.7.2014

Aceptado: 22.3.2015