

Protocolo de consultas de enfermería al paciente después de la revascularización del miocardio: influencia en la ansiedad y depresión¹

Francisca Elisângela Teixeira Lima²

Thelma Leite de Araújo³

Edilma Casimiro Gomes Serafim⁴

Ires Lopes Custódio⁵

El objetivo fue verificar la influencia del protocolo de consultas de enfermería sobre aspectos relacionados a ansiedad y depresión en pacientes después de la revascularización del miocardio, utilizando la escala de HAD (Hospital Anxiety and Depression). Se trata de un ensayo clínico, aleatorio, desarrollado en el ambulatorio de un hospital público en Fortaleza, estado de Ceará. La población fue compuesta 146 pacientes en los cuales fue realizada la revascularización del miocardio, constituyendo la muestra 39 pacientes del grupo de control (GC) y 39 del grupo de intervención (GI). Los resultados fueron presentados en tablas. La ansiedad tuvo promedio en el GC de 5,41 y mediana de 5 y, en el GI, tuvo promedio de 5,21 y mediana de 4. La depresión predominó en el GC, con promedio 4,82 y mediana de 4; en cuanto el GI tuvo promedio de 3,79 y mediana de 3. Se constató que las personas acompañadas de acuerdo con el protocolo de consultas de enfermería tuvieron un porcentaje menor de ansiedad y depresión, después de seis meses de acompañamiento.

Descriptores: Procesos de Enfermería; Revascularización Miocárdica; Ansiedad; Depresión.

¹ Artículo parte de la Tesis de Doctorado "Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: avaliação da eficácia" presentada a la Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil. Proyecto CNPq Nº 306149/2006-0.

² Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil. E-mail: felisangela@yahoo.com.br.

³ Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Asistente, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil. E-mail: thelmaaraujo2003@yahoo.com.br.

⁴ Enfermera, Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, CE, Brasil. Estudiante de Maestría, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil. E-mail: edilmacasimiro@yahoo.com.br.

⁵ Enfermera, Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, CE, Brasil. E-mail: iresl.custodio@gmail.com.

Correspondencia:

Francisca Elisângela Teixeira Lima
Universidade Federal do Ceará
Rua Alexandre Baraúna, 1115
Bairro: Rodolfo Teófilo
CEP: 60430-160 Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: felisangela@yahoo.com.br

Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão

O objetivo foi verificar a influência do protocolo de consultas de enfermagem nos aspectos relacionados à ansiedade e à depressão em pacientes após revascularização miocárdica, utilizando a escala de HAD (Hospital Anxiety and Depression). Ensaio clínico, randomizado, desenvolvido no ambulatório de um hospital público, Fortaleza, CE. Compôs a população 146 pacientes nos quais foi realizada revascularização miocárdica, constituindo a amostra 39 pacientes do grupo controle (GC) e 39 do grupo de intervenção (GI). Os resultados foram apresentados em tabelas. A ansiedade teve média no GC de 5,41 e mediana de 5 e, no GI, teve média de 5,21 e mediana de 4. A depressão predominou no GC, com média 4,82 e mediana de 4, enquanto o GI teve média de 3,79 e mediana de 3. Constatou-se que as pessoas acompanhadas de acordo com o protocolo de consultas de enfermagem tiveram menor percentual de ansiedade e depressão, após seis meses de acompanhamento.

Descritores: Processos de Enfermagem; Revascularização Miocárdica; Ansiedade; Depressão.

Nursing Consultation Protocol for Patients After Myocardial Revascularization: Influence on Anxiety and Depression

The objective was to evaluate the influence of the Nursing Consultation Protocol in aspects of anxiety and depression in patients after myocardial revascularization using the Hospital Anxiety and Depression scale (HAD). A randomized clinical trial developed in the outpatient clinic of a public hospital in Fortaleza-Ceará. One hundred and forty six patients, who underwent myocardial revascularization, composed the population, providing the sample of 39 patients in the control group (CG) and 39 in the intervention group (IG). The results were presented in tables. Anxiety had a mean of 5.41 in the CG and a median of 5 and a mean in the IG of 5.21 and a median of 4. Depression predominated in the CG, with a mean 4.82 and a median of 4, while the IG had a mean of 3.79 and a median of 3. It was found that people monitored in accordance with the Nursing Consultation Protocol had a lower percentage of anxiety and depression after six months.

Descriptors: Nursing Process; Myocardial Revascularization; Anxiety; Depression.

Introducción

Entre los estudios desarrollados en el área de la salud, se observa el interés por las enfermedades crónicas, las cuales son definidas como problemas de salud con síntomas o incapacidades asociadas que exigen un tratamiento de largo plazo.

Por contribuir, significativamente, como grupo causal, para la tasa de mortalidad en todas las regiones brasileñas, las enfermedades cardiovasculares se destacan entre las alteraciones crónicas. Además de eso, constituyen una de las principales causas de permanencia hospitalaria

prolongada y son responsables por el principal destino de recursos públicos en hospitalizaciones, en Brasil. La carga económica de las enfermedades cardiovasculares ha crecido exponencialmente en las últimas décadas⁽¹⁾.

A partir de esas consideraciones, se percibió la necesidad de desarrollar estrategias para aumentar la práctica del autocuidado, con el objetivo de controlar los factores de riesgo, minimizar las complicaciones cardiovasculares posquirúrgicas y favorecer la mejoría de la calidad de vida de los pacientes. Entre las estrategias

de trabajo, se escogió la consulta de enfermería, por ser una estrategia eficaz para la detección precoz de desvíos de salud y acompañamiento de medidas instituidas, las cuales son dirigidas al bienestar de las personas envueltas. Es una acción que se diferencia entre las varias maneras de cuidar, ya que posibilita la aproximación persona a persona, estableciendo una relación interpersonal de ayuda concreta delante de las variables culturales⁽²⁾.

Después de la cirugía de revascularización del miocardio, el paciente debe pasar por un proceso de rehabilitación, el cual es dinámico, orientado para la salud y capaz de auxiliarlo a alcanzar el mayor nivel posible de funcionamiento físico, mental, espiritual y emocional. El proceso de rehabilitación ayuda a la persona a conseguir una aceptable calidad de vida con dignidad, autoestima e independencia⁽³⁾.

Entre las alteraciones emocionales más comunes después de una cirugía cardíaca, se destacan la ansiedad y la depresión, siendo que, para su evaluación, es importante que el profesional utilice una escala validada como, por ejemplo, la de *Hospital Anxiety and Depression (HAD)*, que evalúa las alteraciones como constructos separados. Se trata de un instrumento simple, pero que puede revelar casos de trastornos del humor que podrían pasar desapercibidos por el equipo asistencial⁽⁴⁾.

Delante de esas consideraciones, se tiene como objetivo verificar la influencia del protocolo de consultas de enfermería en los aspectos relacionados a la ansiedad y a la depresión, después de seis meses de la cirugía de revascularización del miocardio, utilizándose la escala de HAD, comparando con un grupo de control.

Material y Métodos

El estudio es del tipo ensayo clínico aleatorio, desarrollado en el ambulatorio de un hospital público, referencia en cardiología, situado en la ciudad de Fortaleza, CE. En este estudio fue aplicado, por un período de seis meses, un protocolo de consultas de enfermería a las personas sometidas a la revascularización del miocardio (RM), para posterior observación de sus efectos, en relación a otro grupo de pacientes, también sometidos a la RM, pero sin ser acompañados por medio del protocolo.

Participaron del estudio los pacientes adultos y ancianos de ambos sexos que presentaron los siguientes criterios de inclusión: ser la primera cirugía

de revascularización del miocardio, independiente del tipo y del número de puentes (safena o mamaria), realización de la cirugía en el período de recolección de datos en el referido hospital y haber aceptado participar de la propuesta de acompañamiento de enfermería en el período de rehabilitación.

Los criterios de exclusión fueron: realizar otra cirugía concomitante a la RM, haber sido sometido, en el primer mes de posoperatorio, a otro procedimiento quirúrgico, y vivir fuera de la región metropolitana de Fortaleza, ya que el desplazamiento de los pacientes residentes en otros municipios u otros estados es muy caro.

Fue necesario, también, definir los criterios de discontinuidad en el estudio, los cuales fueron: morir en el período de acompañamiento, cambiar la residencia de la región metropolitana de Fortaleza para otro municipio, dejar de participar del estudio, adquirir alguna incapacidad que imposibilitase el comparecer a las consultas en el ambulatorio o no comparecer a dos consultas consecutivas.

Durante el período de recolección de datos, 146 pacientes se sometieron a la cirugía de revascularización del miocardio; sin embargo, solamente 82 presentaron los criterios de inclusión solicitados, de los cuales 42 pertenecían al grupo de control y 40 al grupo de intervención. En cada grupo fue discontinuado un paciente, por motivo de muerte; en el grupo de control, dos pacientes no retornaron para la revisión posoperatoria en el ambulatorio. Entonces, cada grupo quedó constituido por 39 pacientes. La elección aleatoria de los grupos ocurrió como mostrado a seguir.

1. Grupo de control (GC): fue compuesto por pacientes que presentaron los criterios de inclusión y realizaron la cirugía de revascularización del miocardio en días impares (1, 3, 5, 7... 31) en los meses de septiembre de 2005 a marzo de 2006. Esos pacientes, un total de 39, fueron acompañados en el posoperatorio después del alta hospitalaria, conforme el método convencional de tratamiento, o sea, solamente por el médico cardiólogo, en el ambulatorio. La investigadora apenas evaluó los pacientes de ese grupo en dos momentos (en el día o en la víspera del alta hospitalaria y seis meses después, coincidiendo con la consulta médica).

2. Grupo de intervención (GI): fue también compuesto por 39 pacientes, los cuales, a ejemplo del GC, presentaron los criterios de inclusión y pasaron por cirugía de

revascularización del miocardio en los días pares (2, 4, 6... 30) en el mismo período. Esos pacientes fueron sometidos al programa de intervención de enfermería, en el cual, además de la evaluación de la investigadora realizada en el día o en la víspera del alta hospitalaria, habían, también, recibido una orientación acerca de las actividades de autocuidado para recuperación de la salud y prevención de complicaciones, enfatizando la necesidad de mantener un estilo de vida saludable. Las consultas subsecuentes fueron implementadas por la investigadora a cada uno, dos, cuatro y seis meses. Después del alta hospitalaria, los pacientes del GI eran acompañados por los médicos de la institución de la misma forma que aquellos del GC.

En el protocolo de consultas de enfermería al paciente, después de la revascularización del miocardio, existen metas e intervenciones realizadas que deben ser efectuadas, conforme las necesidades reales del paciente. Las principales metas fueron: adquirir la confianza y credibilidad del paciente, levantar problemas de enfermería, evaluar las condiciones físicas y psicológicas del paciente, esclarecer sobre la cirugía y dudas relatadas, sensibilizar sobre el seguimiento terapéutico y solucionar o minimizar alteraciones de salud.

En el día de la última consulta, además de la evaluación realizada por la investigadora, todos los pacientes fueron encaminados a una enfermera de la propia institución, para ser evaluados conforme la escala *Hospital Anxiety and Depression* (HAD). La evaluación de la enfermera asistencial fue hecha en todos los pacientes (GI y GC), sin que ella supiese a cual grupo pertenecía el paciente, evitando, así, resultados tendenciosos.

Como mencionado, fue utilizada la escala HAD, la cual contiene dos sub-escalas: una para ansiedad y otra para depresión. Esa escala tiene siete preguntas del tipo de múltiple elección para cada sub-escala, conteniendo cada cuestión cuatro ítems, con valores 0 (cero), 1 (uno), 2 (dos) y 3 (tres), siendo cero la mejor puntuación y tres la peor. La puntuación total varía de 0 (cero) a 21 (veintiuno) por sub-escala⁽⁴⁾.

Se optó por el uso de ese instrumento en virtud de los siguientes motivos: se destina a detectar grados ligeros de trastornos afectivos en ambientes no psiquiátricos, es corto, pudiendo ser llenado rápidamente, trabaja la ansiedad y depresión separadamente y, al ser validado en Brasil, se constató que, en la práctica clínica, la

utilización del HAD podría auxiliar en la detección de casos de trastornos del humor que necesitan de tratamiento⁽⁴⁾.

Los resultados fueron analizados de forma descriptiva y presentados por medio de tablas. Los datos fueron compilados y analizados en los programas computacionales: Excel 2003, Word 2003, SPSS 13.0 y R 2.4.1.

Con la intención de atender la Resolución n.196/96, de la Comisión Nacional de Salud, el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del referido hospital bajo el número. 292/05. Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio y firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido, aceptando participar del estudio. Fue garantizado el anonimato en la divulgación de las informaciones y la libertad de participar del estudio.

Resultados

Indicadores de caracterización

Al comparar los dos grupos del estudio, en relación a sus características sociodemográficas, se verificó similitud para el género, predominando el sexo masculino (62,8%), edad con promedio aproximado de 65 años, variando de 38 a 86 años, baja escolaridad, en que 73,1% cursaron hasta la enseñanza fundamental incompleta, predominio de pacientes con renta familiar de hasta un salario mínimo (55,1%), renta proveniente de jubilación, 65,4% tenían antecedentes familiares con enfermedades isquémicas del corazón y 82,1% eran católicos. Entre los indicadores de caracterización, fue constatada diferencia significativa ($p=0,033$) solamente en el estado civil, una vez que el GC tenía un porcentaje mayor (87,2%) de personas casadas o en unión estable, contra 64,1% del GI.

Indicadores de aspectos relativos a la ansiedad y a la depresión, según la escala de HAD

En virtud de que la escala de HAD aborda la ansiedad y la depresión con preguntas diferentes, de forma alternada, ambas fueron analizadas separadamente. Al principio, se determinó el promedio de pacientes que sintieron ansiedad después de seis meses de cirugía.

La ansiedad fue evaluada al final del estudio, cuyo promedio del GC fue de 5,41 y mediana de 5. En cuanto el GI tuvo promedio de 5,21 y mediana de 4.

Tabla 1 - Distribución de los participantes de los grupos control e intervención, según las preguntas que evalúan ansiedad en la escala de HAD. Fortaleza, CE, 2006

	Control		Intervención		Total		Prueba exacta de Fisher
	No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%	
Tenso y nervioso							
Nunca o algunas partes del día	28	71,8	30	76,9	58	74,4	
Casi todo el día	11	28,2	9	23,1	20	25,6	
Total	39	100	39	100	78	100	p=0,796
Miedo de acontecimiento malo							
No siente o no se preocupa	28	71,8	33	84,6	61	78,2	
Si y/o muy intenso	11	28,2	6	15,4	17	21,8	
Total	39	100	39	100	78	100	p=0,272
Preocupación							
Nunca o algunas partes del día	25	64,1	26	66,7	51	65,4	
Casi todo el día	14	35,9	13	33,3	27	34,6	
Total	39	100	39	100	78	100	p=1,000
Tranquilo y relajado							
Siempre o muchas veces	32	82,1	31	79,5	63	80,8	
Raramente o nunca	7	17,9	8	20,5	15	19,2	
Total	39	100	39	100	78	100	p=1,000
Sensación desagradable de nervosismo							
Nunca o sólo algunas veces	37	94,9	37	94,9	74	94,9	
Casi todo el tiempo	2	5,1	2	5,1	4	5,1	
Total	39	100	39	100	78	100	p=1,000
Agitación							
Absolutamente nada	33	84,6	35	89,7	68	87,2	
Bastante	6	15,4	4	10,3	10	12,8	
Total	39	100	39	100	78	100	p=0,737
Sensaciones de angustia o miedo							
Nunca o raramente	31	79,5	32	82,1	63	80,8	
Con frecuencia o muchas veces	8	20,5	7	17,9	15	19,2	
Total	39	100	39	100	78	100	p=1,000

En relación a la presencia de ansiedad, evaluada según la escala de HAD, no hubo diferencia significativa ($p>0,05$) entre el GC y el GI, después de seis meses de acompañamiento.

Delante de los datos de la Tabla 1, a pesar de que no fue constatada diferencia significativa entre los grupos, hay predominio en todos los indicadores de ansiedad en las personas del GC.

En relación a la presencia de depresión, después de seis meses de cirugía, también fue establecido el promedio de pacientes que presentaban depresión y, posteriormente, fue analizado cada indicador

individualmente.

Conforme el análisis, los indicadores de depresión estaban más presentes en el GC, con promedio 4,82 y desviación estándar de 4,62, en cuanto el GI tuvo promedio de 3,79 y desviación estándar de 3,06. Se constató que las personas acompañadas de acuerdo con el protocolo de consultas de enfermería tuvieron menor porcentaje de depresión, después de seis meses de acompañamiento. Sin embargo, no hubo diferencia significativa ($p>0,05$) entre los grupos. Entretanto, según se constató, el grupo acompañado con mayor frecuencia (GI) mostró menor índice de depresión.

Tabla 2 - Distribución de los participantes del grupo de control y del grupo de intervención, según evaluación de la depresión, conforme la escala de HAD. Fortaleza, CE, 2006

	Control		Intervención		Total		Prueba exacta de Fisher
	No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%	
Disfruta de las mismas cosas							
Ciertamente del mismo modo	30	76,9	30	76,9	60	76,9	
Solamente un poco o no disfruta nada	9	23,1	9	23,1	18	23,1	
Total	39	100	39	100	78	100	p=1,000
Capaz de reír y encontrar las cosas divertidas							
Igual a siempre	28	71,8	30	76,9	58	74,4	
Actualmente mucho menos o nada	11	28,2	9	23,1	20	25,6	
Total	39	100	39	100	78	100	p=0,796
Se siente alegre							
Gran parte del día	29	74,4	34	87,2	63	80,8	
Pocas veces o nunca	10	25,6	5	12,8	15	19,2	
Total	39	100	39	100	78	100	p=0,250
Se siente lento y torpe							
Nunca o algunas veces	35	89,7	35	89,7	70	89,7	
Muchas veces o gran parte del día	4	10,3	4	10,3	8	10,3	
Total	39	100	39	100	78	100	p=0,250
Perdió interés por el aspecto personal							
Se cuida como siempre	26	66,7	34	87,2	60	76,9	
No se cuida como debería	13	33,3	5	12,8	18	23,1	
Total	39	100	39	100	78	100	p=0,058
Espera las cosas con ilusión							
Como siempre	28	71,8	37	94,9	65	83,3	
Menos que antes	11	28,2	2	5,1	13	16,7	
Total	39	100	39	100	78	100	p=0,013
Capaz de disfrutar leyendo un libro o mirando televisión							
Muchas veces	31	79,5	30	76,9	61	78,2	
Pocas veces o nunca	8	20,5	9	23,1	17	21,8	
Total	39	100	39	100	78	100	p=1,000

Solamente en una de las preguntas hubo diferencia significativa ($p < 0,05$) - esperanza de las cosas mejorar - representada por 94,9% del GI y 71,8% del GC. Los demás indicadores no mostraron diferencia significativa ($p > 0,05$). Al comparar el GC con el GI, se verificó mayor porcentaje de personas del GI con capacidad de reír (76,9%), con alegría (87,2%) y con interés por el aspecto personal (87,2%); ya en el GC ese porcentaje fue, respectivamente, 71,8, 74,4 y 66,7%. Se detectó que existió mayor prevalencia de indicadores de depresión en los pacientes pertenecientes al grupo de control.

Discusión

La evaluación de la ansiedad y de la depresión fue realizada apenas en un momento, esto es, después de seis meses del alta hospitalaria, con la aplicación de la escala de HAD por una enfermera asistencial. Como ya fue discutido, los resultados de los indicadores de ansiedad no mostraron diferencia significativa entre los dos grupos. Sin embargo, en el análisis de la depresión, un indicador presentó diferencia significativa, con mayor porcentaje de personas del GC que disminuyó el interés por el aspecto personal y no espera más las cosas con ilusión.

No fueron encontrados estudios sobre la aplicación de la escala de HAD en pacientes revascularizados, después de seis meses del alta hospitalaria. Sin embargo, en un estudio transversal de evaluación psiquiátrica, fue encontrada una prevalencia de 39% de trastornos del humor (20,5% de "casos" de ansiedad y 33% de "casos" de depresión) entre 78 pacientes de una enfermería de clínica médica después de 48-72h de internación⁽⁴⁾.

En estudio desarrollado en Sao Paulo, 17% de los pacientes operados del corazón presentaron algún disturbio psicológico que persistió con diferentes intensidades hasta un año después de la cirugía, cuyas alteraciones fueron: déficit de memoria, dificultades en la solución de problemas, déficit de atención y concentración, además de delirio, crisis de llanto, insomnio, depresión, disturbios de comportamiento y alteraciones intelectuales⁽⁵⁾.

Otro estudio destacó que el alta hospitalaria, muchas veces, ocasiona mucha ansiedad, ya que envuelve dudas, tanto en el paciente como en la familia. El individuo se encuentra en un proceso en que está saliendo de un local, donde se le ofrece asistencia realizada por profesionales entrenados, para volver a su casa, lugar en que algún familiar tendrá que desarrollar el papel de cuidador⁽⁶⁾.

Delante de esa realidad, los enfermeros, entre otros profesionales de la salud que cuidan de individuos, después de revascularización del miocardio, deben estar atentos para las características de alteración de humor, entre ellas, ansiedad y depresión. La evaluación de esos factores podrá contribuir para la detección de individuos con más dificultades para rehabilitarse, ya que la ansiedad y depresión pueden reflejarse en sentimientos de incapacidad para cambiar y mantener comportamientos favorables a la salud cardiovascular, tales como: adopción de dieta saludable, práctica de ejercicios físicos y abandono del cigarro.

El Ministerio de la Salud ya adoptó varias iniciativas para reducir el impacto de las enfermedades no transmisibles en la población brasileña, en especial de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, resalta la necesidad de crear estrategias permanentes y continuadas para toda la población, ya que lo que está siendo realizado no es suficiente para la eliminación de la fracción de enfermedad potencialmente prevenible. Si se adoptasen medidas de prevención de modo más enérgico, la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares podría ser modificada drásticamente en los próximos cincuenta años⁽⁷⁾.

El enfermero además de establecer estrategias, necesita ayudar al paciente y a la familia a trazar metas realistas y alcanzables por ellos en cada momento diferente, estimulándolos a continuar el esfuerzo para buscar y alcanzar nuevos objetivos que van siendo

establecidos, cada uno a su tiempo⁽⁶⁾.

La inserción de la familia en el cuidado es fundamentada en estudio desarrollado en la ciudad de Goiania, GO, con personas que experimentaron la cirugía de revascularización del miocardio, en la cual fue observado que la familia fue una importante fuente de apoyo emocional y social, así como contribuyó para el enfrentamiento tanto de problemas relacionados al proceso salud y enfermedad como, también, otros problemas sociales que envuelven lo cotidiano de esas personas⁽⁸⁾.

Además de eso, es necesario que el profesional de la salud acoja al paciente y a su familia, lo que requiere la participación y el compromiso de los profesionales con los sujetos y sus necesidades. Por eso, es preciso promover el acogimiento y construir vínculos con los sujetos asistidos, ya que se entiende que no es posible hacer acogimiento de las necesidades de salud de las personas, escuchándolas y comprendiéndolas, sin comprometerse⁽⁹⁾.

Aquí se hace una advertencia: la presencia periódica de los pacientes con enfermedades cardiovasculares (en especial aquellos que ya experimentaron una intervención quirúrgica, a ejemplo de la revascularización del miocardio) a las consultas médicas es primordial para la evaluación del estado de salud, principalmente del funcionamiento cardíaco, y obtención de la prescripción medicamentosa. De la misma forma, es imprescindible el acompañamiento en consultas de enfermería, centradas en las orientaciones y supervisiones del tratamiento medicamentoso y no medicamentoso, tales como control de las alteraciones del estilo de vida, incentivando la práctica del autocuidado.

Todo eso puede ser facilitado con la implementación del protocolo de consultas de enfermería. En lo que se refiere al costo de este, a pesar de que no haber sido calculados los valores reales gastados en su realización, el costo promedio fue bajo delante de los beneficios ocasionados. En un estudio, en el cual fue mensurado el costo por tiempo dedicado por el enfermero a las orientaciones en la reducción de los factores de riesgo, se constató que el tiempo utilizado para orientar los pacientes que se sometieron a las intervenciones de enfermería varió de 80 a 240 minutos, un total de 204,3 minutos/paciente, en seis meses⁽¹⁰⁾. De acuerdo con lo establecido, el costo de la hora del enfermero es de R\$ 15,00, o sea, el costo total por paciente, durante ese período, fue de R\$ 51,08. Por lo tanto, tal costo es irrisorio y no puede constituir un obstáculo para la actuación del enfermero en la implementación del protocolo de consultas de enfermería.

Para encerrar las discusiones, en los últimos años, se atribuyó un intenso énfasis a la identificación de tratamientos pasibles de producir impacto sobre la

morbimortalidad en la cardiopatía isquémica. Entretanto, las evidencias científicas no son adoptadas como práctica clínica en muchas instituciones⁽¹¹⁾.

Conclusiones

Como evidenciado, el protocolo de consultas de enfermería influyó el control y/o reducción de los aspectos relacionados a la ansiedad y depresión, con utilización de la escala de HAD. Según fue constatado, el GI tuvo un porcentaje menor - de personas con ansiedad y/o depresión, después de seis meses de acompañamiento - que el GC, y, a pesar de no haberse encontrado diferencia significativa entre los grupos, hubo mayor prevalencia de indicadores de ansiedad y depresión en los pacientes pertenecientes al grupo control.

Delante de esos resultados, se nota la importancia de la consulta de enfermería al paciente sometido a la revascularización del miocardio. Se cree que la obtención de resultados satisfactorios sólo fue posible en virtud de la utilización del protocolo de consultas de enfermería, el cual posibilitó la evaluación sistemática del paciente, levantando sus reales problemas para la planificación y realización de intervenciones de enfermería, estableciendo prioridades en la adopción de medidas,

principalmente de aquellas que envuelven cambios de comportamiento, hábitos y estilo de vida, contemplando el paciente de forma holística en las dimensiones físicas, sociales, espirituales y emocionales.

Además de eso, para obtener mayor eficacia, se recomienda que las evaluaciones sean periódicas y sucesivas y permitan una evaluación precisa en el progreso del paciente, determinando se hubo evolución o regresión.

Este abordaje individualizado, por medio de la consulta de enfermería, para el cuidado con el paciente, requiere de los enfermeros el empleo de su tiempo, conocimiento, competencia y planificación para mejorar la calidad de la asistencia y obtener resultados satisfactorios en la manutención o recuperación de la salud del paciente.

Al inspeccionar los resultados, existe un sentimiento de satisfacción delante de lo obtenido. Entretanto, se considera pertinente la realización de nuevos estudios con una muestra mayor y con un mayor control de las variables que intervienen. De ese modo, se podrá ofrecer una base experimental más consistente con el actual estudio, favoreciendo la uniformización de la asistencia de enfermería a la clientela en discusión para el control de la ansiedad y depresión.


Referências

1. Castro LCV, Franceschini S do CC, Priore SE, Pelúzio M do CG. Nutrition and cardiovascular diseases: the risk markers in adults. *Rev Nutr* 2004; 17(3):369-77.
2. Zagonel IPS. Consulta de Enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: Westphalen MEA, Carraro TE, organizadoras. *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB; 2001. p.41-56.
3. Lipp MN, Novaes LE. *O stress*. 4ª ed. São Paulo (SP): Contexto; 2000.
4. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Junior, Pereira WAB. Transtornos de humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedad e depressão. *Rev Saude Publica* 1995; 29:355-63.
5. Oliveira MFP, Ismael SMC. *Rumos da Psicologia Hospitalar em Cardiologia*. Campinas (SP): Papirus; 1995.
6. Carvalho ARS, Matsuda LM, Stuchi RAG, Coimbra JAH. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. *Rev Eletrônica Enfermagem [Internet]*. 2008;10(2):504-12. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a21.htm>
7. Polanczyk CA. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos! *Arq Bras Cardiol*. 2005;84(3):199-201.
8. Vila VSC, Rossi LA. A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudo etnográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(1):7-14.
9. Leonello VM, Oliveira MAC. Competências para ação educativa da enfermeira. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(2):177-83.
10. Goldmeier S, Castro I. A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. *Rev AMRIGS*. 2005; 49(3):149-54.
11. Stein R, Alboim C, Campos C, Mello RB de, Rosito GA, Polanczyk CA. Variabilidade entre cardiologistas na abordagem aos pacientes em prevenção secundária da cardiopatia isquêmica. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 83(3):219-22.

Recibido: 8.5.2009

Aceptado: 3.3.2010

Como citar este artículo:

Lima FET, Araújo TL, Serafim ECG, Custódio IL. Protocolo de consultas de enfermería al paciente después de la revascularización del miocardio: influencia en la ansiedad y depresión. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. mai.-jun. 2010 [acceso en: ];18(3):[08 pantallas]. Disponible en: 