



## Orientación del alta y seguimiento telefónico en la adhesión terapéutica de la insuficiencia cardíaca: un ensayo clínico aleatorizado\*

Monica Isabelle Lopes Oscalices<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3591-6855>

Meiry Fernanda Pinto Okuno<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-4200-1186>


Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-8989-4404>

Cássia Regina Vancini Campanharo<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7688-2674>

Ruth Ester Assayag Batista<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-6416-1079>

Objetivo: evaluar la efectividad de la intervención conductual de orientación del alta y seguimiento telefónico en la adhesión terapéutica, las rehospitalizaciones y la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca. Método: ensayo clínico aleatorizado, no ciego, en el cual participaron 201 pacientes internados en la sala de urgencias, con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Divididos al azar en Grupo Control y Grupo Intervención, se realizó una intervención de orientación de alta específica en el Grupo Intervención, siendo contactado por teléfono para la reorientación en 07 y 30 días después del alta; y después de 90 días se evaluó la adhesión al tratamiento por medio de las pruebas de Morisky, *Brief Medical Questionnaire* y la prueba para la adhesión no medicamentosa en ambos grupos. Se utilizó el Modelo de Ecuaciones de Estimación Generalizadas ( $p < 0,05\%$ ). Resultados: fueron asignados aleatoriamente 101 pacientes en el Grupo Control y 100 en el Grupo Intervención, con un promedio de edad de  $62,6 \pm 15,2$ . El Grupo Intervención tuvo una mayor adhesión terapéutica medicamentosa y no medicamentosa en comparación al Grupo Control ( $p < 0,001$ ), y hubo menores tasas de rehospitalizaciones y de fallecimientos en el Grupo Intervención después de 90 días del alta. Conclusión: la orientación del alta y el seguimiento telefónico se mostraron eficaces, promoviendo una mayor adhesión terapéutica, una disminución de las rehospitalizaciones y de fallecimientos en pacientes con insuficiencia cardíaca. Registro de Ensayo Clínico (REBEC): RBR- 37n859





\* Artículo parte de la disertación de maestría "Reinternação e adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca após orientação de alta e contato telefônico de enfermagem", presentada en la Universidade Federal de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Pronto Socorro, São Paulo, SP, Brasil.

Descriptores: Insuficiencia Cardíaca; Educación; Ensayo Clínico; Enfermería; Enfermería de Urgencia; Alta del Paciente.

### Cómo citar este artículo

Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Campanharo CRV, Batista REA. Discharge guidance and telephone follow-up in the therapeutic adherence of heart failure: randomized clinical trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3159. [Access    ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2484-3159>. mes día año URL

## Introducción

La Insuficiencia Cardíaca (IC) representa un gran problema de salud pública, puesto que es la segunda causa de muerte por enfermedades cardiovasculares en Brasil. La demanda de los servicios de emergencia es muy frecuente en esta población, siendo elevadas las tasas de hospitalizaciones debido a las complicaciones clínicas, lo que implica un problema recurrente de salud pública hace casi 20 años<sup>(1-3)</sup>.

Las numerosas admisiones hospitalarias por IC, casi un millón de internaciones al año, se debe a la descompensación de la enfermedad, que puede ocurrir por problemas cardiovasculares –como isquemia y arritmias– y no cardiovasculares, como infecciones variadas. Otro factor clave en la descompensación clínica en estos pacientes es la no adhesión al tratamiento indicado para la enfermedad<sup>(4-5)</sup>.

Se estima que el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no siguen el tratamiento, y, de forma voluntaria o involuntaria, la no adhesión al tratamiento se debe a factores como el desconocimiento de las medicaciones, el no entendimiento de la prescripción médica, la falta de confianza en el tratamiento y las condiciones psicosociales de los pacientes<sup>(6)</sup>.

La orientación del alta es un factor clave para mejorar la comprensión del paciente sobre la enfermedad y la adhesión al tratamiento. Para una orientación del alta eficaz, es importante realizarla de forma individualizada y conforme el entendimiento del paciente acerca de su enfermedad<sup>(7-8)</sup>.

Los estudios llaman la atención para la asociación entre la educación en salud y el mejor conocimiento de la IC por los pacientes, siendo que el enfermero tiene un papel clave en la educación del paciente y su adhesión al tratamiento<sup>(9-10)</sup>.

La literatura demuestra la eficiencia del seguimiento telefónico, puesto que los pacientes que recibieron llamadas telefónicas después del alta hospitalaria –para aclararles las dudas, controlar los signos y síntomas y orientarles sobre el tratamiento– adhirieron más a la terapéutica propuesta, y también se observó una disminución de la demanda asistencial de rehospitalizaciones y fallecimientos en las unidades de emergencia<sup>(11-12)</sup>.

El alto índice de reinternaciones por descompensación de la IC genera grandes gastos al sistema de salud, además de aumentar la morbimortalidad de esos pacientes<sup>(3)</sup>. En este contexto, el personal interprofesional de salud debe considerar esta práctica y también el uso de estrategias que puedan aumentar considerablemente la adhesión al tratamiento de estos individuos. La orientación de alta hospitalaria individualizada y el seguimiento telefónico del paciente son estrategias en salud que pueden ser realizadas por el enfermero para

optimizar el autocuidado<sup>(11-12)</sup>, mejorando así la adhesión terapéutica de los pacientes con IC y disminuyendo la demanda asistencial por el hospital.

Por lo anterior, este estudio se propone comprobar si una estrategia conductual de seguimiento telefónico y de orientación individualizada realizada por el enfermero contribuye al incremento de la adhesión medicamentosa de pacientes con IC ante un escenario carente de investigaciones nacionales sobre esta temática. En este contexto, este estudio tuvo por objetivo evaluar la efectividad de la intervención conductual de orientación del alta y de seguimiento telefónico en la adhesión terapéutica, en las rehospitalizaciones y en la mortalidad de pacientes con insuficiencia cardíaca.

## Método

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, en el cual participaron 201 individuos, divididos aleatoriamente por medio de sorteo electrónico, no ciego.

El estudio se realizó entre enero y diciembre del 2016, en la sala de urgencias de una institución pública especializada en cardiología, que contiene seis lechos de urgencias, 21 de observación y 40 de retaguardia.

Se incluyeron a pacientes internados en la sala de urgencias con diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada, registrados en el historial en el momento de la admisión, con otros diagnósticos asociados o no, mayores de 18 años, que no fueron sometidos a la cirugía de revascularización del miocardio en los últimos 30 días y que tenían un contacto telefónico.

El tamaño de la muestra se determinó en el 80%, una diferencia clínica del 15% y considerando el nivel de significancia clínica del 5%, por medio del análisis estadístico de los cuestionarios utilizados. Así, en el total de la muestra había 201 pacientes.

La intervención se realizó por medio de una orientación del alta específica e individualizada para pacientes con IC en una inminente alta hospitalaria.

Se aleatorizó un listado con números entre 1 y 201, por medio de sorteo electrónico, dividiendo los números al azar entre Grupo Control (GC) y Grupo Intervención (GI) mediante el *software* en línea. Los pacientes recibieron secuencialmente un número en orden creciente, de 1 a 201, en el momento del alta hospitalaria, y en este momento, por su número secuencial de recolección, los asignaron a una lista aleatoria entre GC y GI, siendo que no hubo necesidad de utilizar sobres sellados. El GI constó de 100 participantes; y el GC, de 101.

Para reducir el riesgo de sesgo, todas las intervenciones fueron realizadas por una única investigadora.

El GC recibió orientaciones del alta habituales por el equipo de enfermería del sector, mediante un folleto explicativo

de la institución, en el que contenía informaciones sobre las restricciones alimentarias, los ejercicios recomendados, la importancia de la adhesión medicamentosa y del retorno al servicio de emergencia en caso de empeoramiento de los signos y síntomas. Después de tres meses del alta hospitalaria, el GC fue contactado por la investigadora mediante llamada telefónica, en la que se evaluaron la adhesión y las barreras a la no adhesión a las medidas farmacológicas, la adhesión a las medidas no farmacológicas, la ocurrencia de rehospitalización y de fallecimiento en el período. Las llamadas duraban 15 minutos en general.

Ya el GI recibió orientaciones de alta de la investigadora en el lecho en que el paciente estaba internado y, si hubiese, en la presencia de un acompañante. Antes de empezar su orientación, la investigadora evaluaba el conocimiento previo del paciente respecto de la enfermedad y el tratamiento, por medio de un cuestionario estructurado con base en la literatura<sup>(1,8,13)</sup>.

La orientación al paciente empezaba con la presentación de un vídeo sobre la definición de IC, por la Asociación Brasileña de Insuficiencia Cardíaca. Después de esta etapa se realizó una orientación de alta individualizada según las necesidades de cada paciente, por medio de la lectura de folletos explicativos. Los folletos se elaboraron bajo las Directrices de Insuficiencia Cardíaca Crónica de la Sociedad Brasileña de Cardiología (SBC)<sup>(1,9,13)</sup>, los cuales contenían informaciones sobre la definición de la enfermedad, los aspectos nutricionales, la restricción hídrica y el tratamiento medicamentoso.

La orientación al GI siguió un guion siempre considerando el conocimiento previo del paciente y sus dudas. El guion constó de los siguientes ítems: i) conocimiento del paciente sobre la enfermedad y el tratamiento; ii) necesidad de mantener la restricción hídrica, calórica y de sodio; iii) realización de actividad física, si la prescriben; iv) necesidad de control de peso; v) conocimiento sobre los signos y síntomas de descompensación de la IC; e vi) importancia del monitoreo ambulatorio.

Durante la orientación, la investigadora tenía acceso a la prescripción médica para aclararles las dudas a los pacientes y familiares sobre el uso de los medicamentos y los posibles efectos secundarios. Las orientaciones duraron en general 20 minutos.

Después de 30 días del alta hospitalaria, los pacientes del GI fueron contactados por la investigadora, por medio de llamada telefónica, para aclarar las dudas e identificar las dificultades en cuanto al tratamiento, siendo que esta orientación seguía las dificultades apuntadas por los pacientes. Además, se identificó si hubo rehospitalización o fallecimiento en el período. Las llamadas duraban en general 10 minutos.

Se evaluó la efectividad de la intervención en el GI después de 90 días del alta hospitalaria, por medio de llamadas telefónicas.

Se consideraron como resultados primarios la adhesión terapéutica mediante la adhesión medicamentosa y no medicamentosa y también las barreras para la no adhesión medicamentosa, mientras que como resultados secundarios, la ocurrencia de rehospitalización y fallecimiento en 7, 30 y 90 días después del alta hospitalaria.

Para caracterizar a los pacientes del estudio, se elaboró un instrumento con las siguientes variables sociodemográficas y clínicas: edad, sexo, escolaridad, tiempo de internación, situación conyugal, ocupación, peso, altura, circunferencia abdominal, presencia de antecedentes y hábitos personales, así como realización de actividad física.

El consumo de bebidas alcohólicas se consideró excesivo cuando sobrepasó 30g alcohol/día, el equivalente a 625ml de cerveza (~6% de alcohol) o 312,5ml de vino (~12% de alcohol), o 93,7ml de destilados (~40% de alcohol)<sup>(14)</sup>.

La actividad física se clasificó de la siguiente forma: activo físicamente, el individuo que practica una actividad física aeróbica –como caminata, carrera, ciclismo, danza, natación– de tres a cinco veces semanales, con una duración de 30 a 60 minutos<sup>(13)</sup>.

El test de Morisky-Green (TMG) se utilizó para evaluar la adhesión del paciente al tratamiento medicamentoso, y consta de cuatro preguntas: 1) ¿Usted a veces tiene problemas para recordar su medicación? 2) ¿Usted a veces se descuida de tomar su medicamento? 3) Cuando está sintiéndose mejor, ¿a veces deja de tomar su medicamento? 4) Y cuando se siente peor al tomar la medicación, ¿deja de tomarla? Se clasificó al paciente de la siguiente manera: "alta adhesión", cuando las respuestas a las cuatro preguntas fueron negativas; "moderada adhesión", cuando una o dos respuestas fueron positivas; y "baja adhesión" cuando obtenían tres o cuatro respuestas positivas<sup>(14)</sup>.

Para identificar las barreras a la adhesión al tratamiento, desde la perspectiva del paciente, se utilizó el *Brief Medication Questionnaire* (BMQ). Este instrumento se divide en tres aspectos: Aspecto Régimen, que evalúa el comportamiento del paciente respecto de la adhesión al tratamiento prescrito; Aspecto Creencia, que evalúa la confianza del paciente en la eficacia del tratamiento y las opiniones sobre los efectos secundarios inconvenientes; y Aspecto Recuerdo, que identifica los problemas en el hecho de olvidarse de tomar los medicamentos. Las respuestas positivas en cualquier uno de los aspectos identifican la barrera al régimen del tratamiento prescrito<sup>(14)</sup>.

Para evaluar la adhesión al tratamiento no medicamentoso, se elaboró un cuestionario con tres preguntas: 1) ¿Usted hace el control del peso según las orientaciones del profesional de salud? 2) ¿Hace el control de la sal según las orientaciones del profesional de salud? 3) ¿Hace restricción hídrica según las orientaciones del profesional de salud? Se clasificó al paciente de la siguiente forma: "alta adhesión", cuando las respuestas a las tres preguntas fueron positivas; "moderada adhesión", cuando una o dos respuestas fueron positivas; y "baja adhesión", cuando fueron negativas tres preguntas<sup>(4)</sup>.

La recopilación de datos se dividió en cuatro momentos: 1) En el momento del alta hospitalaria en ambos grupos (Tiempo 0- T0); 2) Después de 7 días del alta hospitalaria, por medio de llamadas telefónicas al GI, así como por medio del historial médico en el GC (Tiempo 1- T1); 3) Después de 30 días del alta hospitalaria, mediante llamada telefónica al GI, así como por medio del historial médico en el GC (Tiempo 2- T2); y 4) Después de 90 días del alta hospitalaria, por llamada telefónica en ambos grupos (Tiempo 3- T3). El diagrama de flujo de la recopilación de datos de este estudio se presenta en la Figura 1.

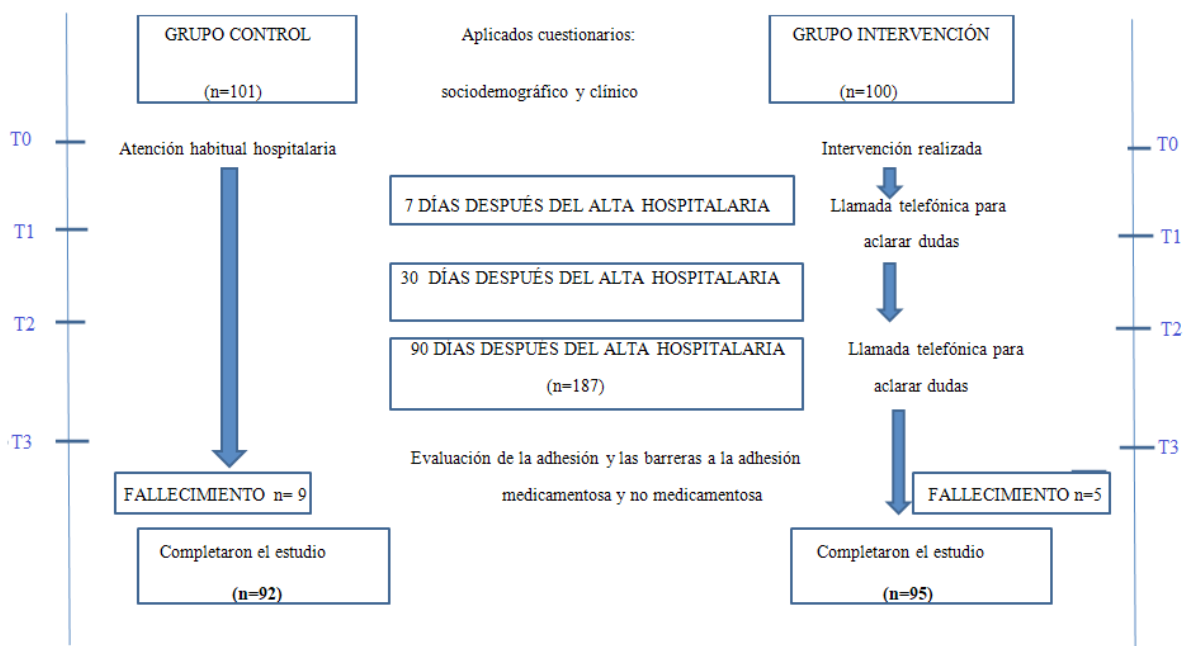


Figura 1 - Diagrama de flujo de la recopilación de datos. São Paulo, SP, Brasil, 2016

Se mantuvieron los datos en hojas de cálculo del programa Excel, versión 2007, siendo analizados por medio del programa estadístico SPSS versión 19.

La variable independiente se consideró la intervención conductual por medio de la orientación del alta y de llamada telefónica.

Las variables consideradas como dependientes fueron las siguientes: la adhesión medicamentosa; las barreras para la no adhesión; la adhesión no medicamentosa; la ocurrencia de rehospitalización y fallecimiento. Ya las variables de control fueron: edad, sexo y comorbilidades.

Para las variables continuas, se calculó la media, la desviación estándar, la mediana mínima y máxima. Para las variables categóricas, se calculó la frecuencia, el porcentaje y el riesgo relativo.

Para la comparación de la adhesión medicamentosa, de las barreras para la no adhesión y la adhesión no medicamentosa a los 90 días después del alta, de la rehospitalización y del fallecimiento en 7, 30 y 90 días después del alta, entre los grupos, se utilizaron el test

Qui-Cuadrado, si necesario; el Test Exacto de Fisher y el Modelo de Ecuaciones de Estimación Generalizadas, en el que se propone estimar los parámetros de la regresión con datos correlacionados, analizar la relación entre la variable respuesta y las variables predictoras en ámbito poblacional, así como la diferencia del promedio de respuesta poblacional entre dos grupos con diferentes factores de riesgo.

La homogeneidad de los grupos con respecto a las variables sociodemográficas y clínicas se realizó por medio de test Qui-Cuadrado o del test de la Razón de Verosimilitudes; y en las variables continuas, se utilizó el test de Mann-Whitney.

El nivel de significancia considerado en todos los análisis fue del 5% (p-valor <0,05%).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de São Paulo (Unifesp) e inscripto en el Registro Brasileño de Ensayos Clínicos: RBR- 37n859.

El diagrama de flujo del estudio está representado en la Figura 2.

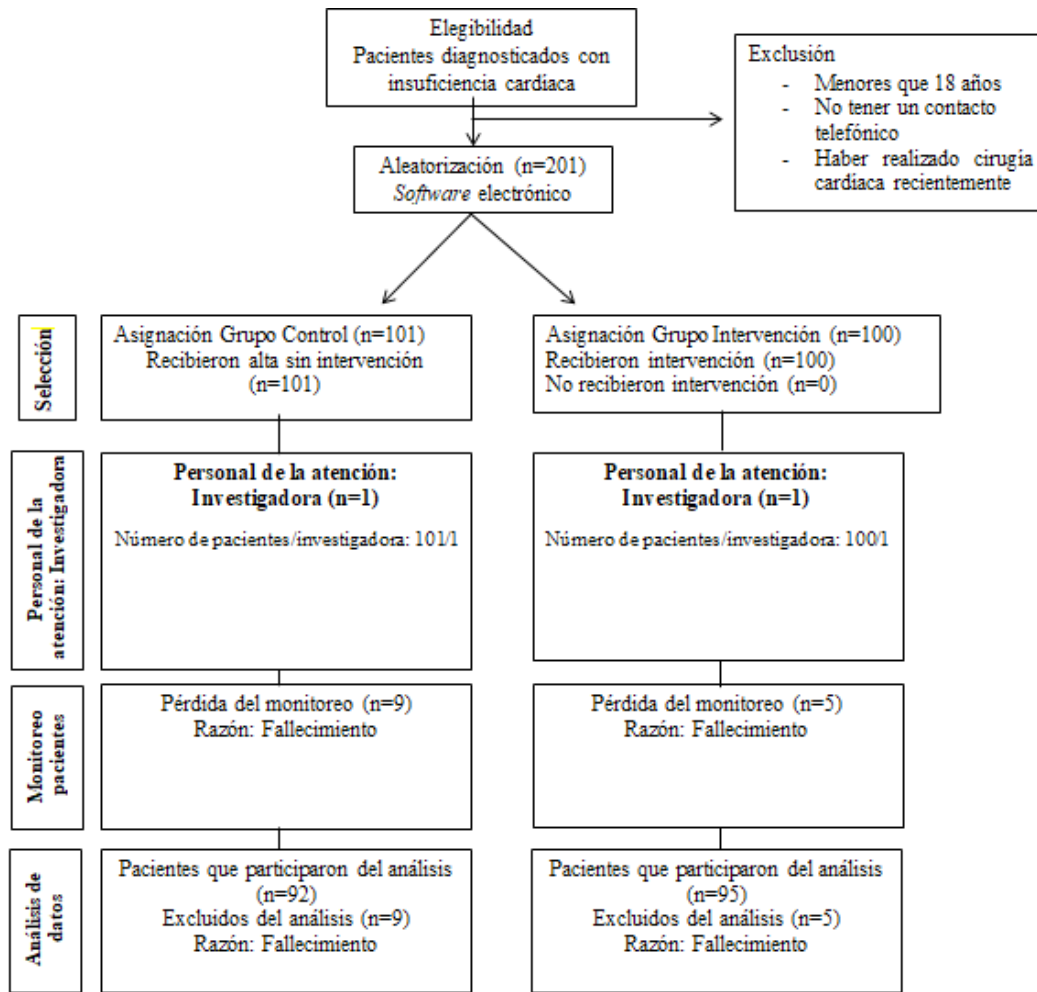


Figura 2 - Diagrama de flujo del estudio. São Paulo, SP, Brasil, 2016

### Resultados

El promedio de edad obtenido de los pacientes (n=201) fue de 62,6±15,2 años, los grupos intervención y control eran homogéneos en relación a las variables sociodemográficas y clínicas (p>0,05) conforme se observa en la Tabla 1.

El 45,8% (n=92) de los pacientes costeaban totalmente sus medicamentos, pero el 36,8% (n=74) recibía íntegramente los medicamentos de forma gratuita.

La adhesión y las barreras para la adhesión medicamentosa y no medicamentosa se presentan en la Tabla 2.

Tabla 1 – Variables demográficas y clínicas de los pacientes del Grupo Intervención y del Grupo Control. São Paulo, SP, Brasil, 2016

Características	Grupo Intervención	Grupo Control	P valor*
	n(%)	n(%)	
Sexo			0,527
Femenino	57 (57)	62 (61,4)	
Masculino	43 (43)	39 (38,6)	
No fumador	42 (42)	33 (32,6)	0,076
Exfumador	29 (29)	38 (37,7)	0,076
Fumador	29 (29)	30 (29,7)	0,076
Diabetes Mellitus	59 (59)	60 (59,4)	0,357
Dislipidemia	76 (76)	61 (60,4)	0,142
HAS†	97 (97)	101 (100)	0,316
Escolaridad			0,768
Cinco a ocho años de estudio	36 (36)	39 (38,6)	
Analfabetos	5 (5)	7 (6,9)	
Ocupación			0,620
Jubilados	28 (28)	20 (19,8)	
Del hogar	23 (23)	27 (26,7%)	

\*P valor: Test Qui-Cuadrado, Test de la Razón de Verosimilitudes, Test de Mann-Whitney; †HAS: Hipertensión Arterial Sistémica

Tabla 2 – Adhesión medicamentosa, barreras para la adhesión medicamentosa y no medicamentosa entre el grupo control y el grupo intervención después de 90 días de la intervención. São Paulo, SP, Brasil, 2016

Adhesión / Barreras	Grupo Intervención (n=98) / n(%)	Grupo Control (n=95) / n(%)	Total n (%)	P valor*	RR†	IC 95%‡
<b>Adhesión Medicamentosa</b>						
Alta adhesión	24 (25,3)	7 (7,6)	31 (16,6)	<b>0,0003</b>	3,80	[1,77: 8,12]
Moderada adhesión	32 (33,7)	55 (59,8)	87 (46,5)			
Baja adhesión	39 (41,1)	30 (32,6)	69 (36,9)	0,6124	1,56	[0,09: 2,22]
<b>Barrera Régimen</b>						
Presente	56 (58,9)	72 (78,3)	128 (68,4)	<b>0,0045</b>	1,89	[1,2:2,98]
Ausente	39 (41,1)	20 (21,7)	59 (31,6)			
<b>Barrera Creencia</b>						
Presente	15 (15,8)	32 (34,8)	47 (25,1)	<b>0,0028</b>	1,29	[1,09:1,53]
Ausente	80 (84,2)	60 (65,2)	140 (74,9)			
<b>Barrera Recuerdo</b>						
Presente	37 (38,9)	61 (66,3)	98 (52,4)	<b>0,0002</b>	1,81	[1,3:2,52]
Ausente	58 (61,1)	31 (33,7)	89 (47,6)			
<b>Adhesión no medicamentosa</b>						
Alta adhesión	24 (25,3)	7 (7,6)	31 (16,6)	<b>0,0335</b>	1,94	[1,15:3,28]
Moderada adhesión	32 (33,7)	55 (59,8)	87 (46,5)			
Baja adhesión	39 (41,1)	30 (32,6)	69 (36,9)		1,23	[0,78:1,94]

\*P valor: Modelo de Ecuaciones de Estimación Generalizadas; †RR: Riesgo Relativo; ‡IC: Intervalo de Confianza

En cuanto a la adhesión medicamentosa, hubo una diferencia estadísticamente significativa entre el GC y el GI después de 90 días del alta hospitalaria. Los pacientes del GI presentaron una mayor adhesión medicamentosa, con el riesgo 3,8 veces mayor de adhesión cuando comparados a los pacientes del GC en el mismo período.

Respecto de las barreras para la adhesión, tanto en el GI cuanto en el GC, la barrera régimen fue la más predominante, siendo que hubo una diferencia estadísticamente significativa entre el GC y el GI en cuanto a la presencia de las barreras creencia, régimen y recuerdo, que estaban más presentes en el GC; además el GI tuvo el riesgo 1,89 veces mayor de tener una barrera negativa cuando lo comparan al GC.

En cuanto a la adhesión no medicamentosa, hubo una diferencia significativa entre los grupos considerando Adherente y Probable adherencia. El GI presentó un mayor porcentaje de Adherentes que el GC, con el riesgo 1,2 veces mayor de ser Adherente que el GC después de la intervención.

En cuanto a la rehospitalización, se observó una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,0001$ ) entre los dos grupos después de 90 días de intervención. El GI presentó una menor tasa de rehospitalizaciones en comparación al GC. En cuanto a la mortalidad, el GI presentó un menor índice de fallecimiento en comparación al GC conforme lo observado en la Tabla 3.

Tabla 3 – Rehospitalización y fallecimientos en la población del estudio después de 7, 30 y 90 días de intervención. São Paulo, SP, Brasil, 2016 (n=201)

Resultados	Grupo Control n (%)	Grupo Intervención n (%)	Total n (%)	P valor*	RR†	IC 95%‡
<b>30 días</b>						
<b>Rehospitalización</b>						
No	96 (95)	98 (98)	194 (96,5)	0,4448	2,48	[0,49:12,46]
Sí	5 (5)	2 (2)	7 (3,5)			
<b>Fallecimiento</b>						
-	-	-	-			
<b>90 días</b>						
<b>Rehospitalización</b>						
No	53 (52,5)	69 (69)	122 (60,7)	<b>0,0310</b>	1,55	[1,03:2,32]
Sí	39 (38,6)	26 (26)	65 (32,3)			
<b>Fallecimiento</b>						
No	92 (91,1)	95 (95)	187 (93)	0,2761	1,78	[0,62:5,13]
Sí	9 (8,9)	5 (5)	14 (14)			

\*P valor: Modelo de Ecuaciones de Estimación Generalizadas; †RR: Riesgo Relativo; ‡IC: Intervalo de Confianza

Durante el período estudiado, las pérdidas fueron debido a la mortalidad de los pacientes, y no hubo otras razones para el no monitoreo.

## Discusión

Los resultados demostraron que existe una diferencia estadísticamente significativa en la adhesión medicamentosa y no medicamentosa entre los pacientes sometidos a la intervención de alta específica y seguimiento telefónico (GI) y los pacientes sometidos a la orientación hospitalaria protocolaria (GC). Los pacientes del GI presentaron una mayor adhesión al tratamiento medicamentoso y no medicamentoso en comparación al otro grupo. Los resultados obtenidos están en consonancia con la literatura, ya que el enfermero – mediante la implementación de prácticas educativas en salud como las consultas de enfermería, las visitas domiciliarias y el telemonitoreo– puede establecer intervenciones adecuadas al tratamiento medicamentoso y no medicamentoso, lo que propicia al paciente la comprensión de la enfermedad, una mayor adhesión al tratamiento, un automonitoreo de los signos y síntomas de descompensación y autocuidado de la IC<sup>(15)</sup>.

La educación de enfermería tiene como principal objetivo que el paciente con IC comprenda la importancia de adherir al tratamiento y reconocer los signos y síntomas de descompensación. Por medio de diferentes estrategias, la educación en salud puede impactar positivamente en la adhesión al tratamiento de la IC; y tanto la estrategia de seguimiento telefónico como la visita domiciliaria fueron eficaces para la adhesión y el autocuidado de esta población<sup>(16)</sup>.

Respecto de las barreras para la adhesión medicamentosa, este estudio comprobó que la principal barrera fue la de régimen, pues apunta la dificultad de los pacientes de comprender las orientaciones sobre la prescripción de medicamentos, siendo agravada con la polifarmacia<sup>(6)</sup>.

En cuanto a la barrera creencia, que evalúa la convicción del paciente de que el tratamiento puede mejorar o controlar la enfermedad, se observó que el GC presentó un mayor porcentaje de esta barrera en comparación al GI. Se puede deducir que, después de la intervención, los pacientes presentaron un mejor conocimiento sobre la enfermedad y sobre la importancia del tratamiento, contribuyendo para la confianza en la efectividad de la terapia, lo que puede mejorar la autogestión de la enfermedad y aumentar la adhesión a la terapia propuesta<sup>(7)</sup>. En cuanto a la barrera recuerdo, se observó un mayor porcentaje en el GC, lo que sugiere que, después de sometidos a una intervención

educativa sobre la importancia del tratamiento, los individuos se vuelven menos propensos a olvidarse de las medicaciones y de su modo de utilización.

En este estudio, el 16,6% del total de los pacientes presentaron una alta adhesión no medicamentosa, con la diferencia entre los grupos: el 7,6% en el GC y el 25,3% en el GI. La adhesión no medicamentosa consiste en una adecuada restricción hídrica cuando prescrita, una restricción en la ingestión de sal y control diario de peso, y puede ser referida como la meta más difícil de alcanzar en el tratamiento de la IC, pues la relacionan con el cambio conductual y hábitos de vida<sup>(17)</sup>. En un artículo de revisión sistemática se analizó 17 estudios sobre el autocuidado y enfermedades crónicas, entre ellas la IC, y corroboró la idea de que el autocuidado efectivo de la enfermedad está directamente relacionado con la disminución de la mortalidad y de rehospitalizaciones, lo que debe desarrollarse en la educación en salud<sup>(18)</sup>.

La adhesión al tratamiento de pacientes crónicos viene siendo un punto crítico en el campo de la salud<sup>(19)</sup>, siendo que la baja adhesión está directamente asociada a rehospitalizaciones por IC. Las intervenciones realizadas en este estudio contribuyeron a una menor tasa de rehospitalizaciones después de 90 días del alta del paciente, siendo que el 38,6% de los pacientes del GC y el 26% del GI tuvieron rehospitalización en este período ( $p=0,0310$ ).

En relación a la mortalidad, en este estudio, el 7% del total de pacientes fallecieron, con el 8,9% en el GC y el 5% en el GI, después de 90 días del alta. En el estudio que propuso evaluar el impacto del monitoreo telefónico de pacientes con IC también se observó una reducción en las tasas de mortalidad de los pacientes<sup>(19)</sup>. La estrategia adecuada de educación en salud puede influir directamente, y de forma significativa, en la mortalidad de los pacientes con IC, puesto que estos mejoran la comprensión de la enfermedad, del tratamiento y, consecuentemente, de la adhesión a la terapia, con un incremento de la supervivencia y mejora en la calidad de vida de los mismos<sup>(19-20)</sup>.

Este estudio tuvo como limitación el tiempo de monitoreo de los pacientes. Aunque gran parte de los estudios existentes lo hacen por 90 días, más tiempo de monitoreo podría producir diferentes resultados y también posibilitar una mejor evaluación sobre el tratamiento de IC. La doble estrategia educativa, que consistió en la orientación específica de alta y de seguimiento telefónico utilizados en este estudio, fue beneficiosa en relación a los resultados evaluados, sin embargo, su asociación no permite evaluar la eficacia aislada de cada estrategia, lo que se recomienda estudios para evaluar estrategias aisladas y con mayor tiempo de monitoreo.

Este estudio demostró el papel clave de la educación en salud realizada por el enfermero, su impacto en la adhesión al tratamiento de la IC y la disminución del número de rehospitalizaciones y fallecimientos. Además,

ensayos clínicos aleatorizados y controlados pueden servir como guía y referencia para la toma de decisiones en la práctica de enfermería. Estos hallazgos pueden contribuir considerablemente a la implementación de una rutina individualizada de orientaciones de alta y seguimiento de pacientes con IC en otras instituciones con ese perfil, disminuyendo la demanda asistencial, el número de internaciones, de fallecimientos y los gastos para el sistema de salud.

## Conclusión

Este estudio concluyó que la doble intervención educativa –en el momento del alta y el seguimiento telefónico después del alta de los pacientes con IC en un servicio de emergencia– fue eficaz, resultó en una mayor adhesión terapéutica y también disminuyó las barreras a la adhesión, el número de rehospitalizaciones y de fallecimiento según lo establecido.

## Referencias

1. 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.* [Internet]. 2012 [Acesso 30 set 2017]; 98(1 suppl 1):1-33. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012000700001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000700001&lng=en). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012000700001>
2. Bocchi EA. Heart Failure in South America- 2013. *Curr Cardiol Rev.* 2013; 9(2): 147–56. doi: <http://doi.org/10.2174/1573403X11309020007>
3. Searle J, Frick J, Möckel M. Acute heart failure facts and numbers: acute heart failure populations. *Esc Heart Failure.* 2016; 3(2): 65–70. doi: <http://doi.org/10.1002/ehf2.12092>
4. Montera MW, Almeida RA, Tinoco EM, Rocha RM, Moura LZ, Réa-Neto A, et al. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2009 [Acesso 30 set 2017];93(3 supl.3):1-65. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2009001900001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001900001)
5. Montera MW, Pereira SB, Colafranceschi AS, Almeida DR, Tinoco EM, Rocha RM, et al. Sumário de atualização da II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2012 [Acesso 30 set 2017]; 98(5):375-83. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012000500001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000500001&lng=en)
6. Ruppert TM, Delgado JD, Temple J. Medication adherence interventions for heart failure patients: A meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs.* [internet] 2015 [cited Jun 27, 2017]; 14(5) 395–404. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1474515115571213>. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515115571213>
7. Barbosa RR, Franklin RV, Stefenoni AV, Moraes VD, Jacques TM, Serpa RG, et al. Quality of Life Analysis among Men and Women with Heart Failure. *Rev Bras Cardiol.* [internet]. 2014 [cited Jun 27, 2017]; 27(2): 97-103. Available from: <http://www.onlineijcs.org/sumario/27/pdf/v27n2a05.pdf>
8. Rodríguez-Gázquez MA, Arredondo-Holguín E, Herrera-Cortés R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2012 [cited Sep 30, 2017]; 20(2):296-306. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000200012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200012&lng=en). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200012>
9. Boisvert S, Proulx-Belhumeur A, 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.* [Internet]. 2015 Aug [cited 2018 Mar 11] ;23( 4):753-68. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000400753&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400753&lng=en). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0370.2612>
10. 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.* [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 11] ; 21(spe): 20-28. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000700004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700004&lng=en). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700004>
11. Domingues FB, Clausell N, Aliti GB, Dominguez DR, Rabelo ER. Education and telephone monitoring by nurses of patients with heart failure: randomized clinical trial. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2011 [cited Sep 30, 2017]; 96(3):233-9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2011000300010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000300010&lng=en)
12. Ong MK, Romano PS, Edgington S, Aronow HU, Auerbach AD, Black JD, et al. Effectiveness of Remote Patient Monitoring After Discharge of Hospitalized Patients With Heart Failure: The Better Effectiveness After Transition–Heart Failure (BEAT-HF) Randomized Clinical Trial. *JAMA.* [Internet] 2016 [cited Sep 30, 2017];176(3):310-8. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2488923>
13. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial /Sociedade Brasileira de Nefrologia. 7ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* [Internet] 2016 [Acesso 30 set 2017];




- 95 supl 1:1-51. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)
14. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. The Brief Medication Questionnaire and Morisky Green Test to evaluate medication adherence. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2012 [cited Sep 30, 2017]; 46(2):279-89. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000200010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200010&lng=en)
15. Costa YF, Araújo OC, Almeida LBM, Viegas SMG. Educational role of nurses in joining the treatment of Systemic Arterial Hypertension: integrative literature review. *Mundo da Saúde*. 2014;38(4):473-81. doi: 10.15343/0104-7809.20143804473481
16. Mantovani VM, Ruschel KB, Souza EN, Mussi C, Rabelo-Silva ER. Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-assisted home visits. *Acta Paul Enferm*. [internet] 2015 [cited Sep 30, 2017];28(1):41-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/en\\_1982-0194-ape-028-001-0041.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/en_1982-0194-ape-028-001-0041.pdf). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500008>
17. Azzolin KO, Lemos DM, Lucena AF, Rabelo-Silva ER. Home-based nursing interventions improve knowledge of disease and management in patients with heart failure. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 [cited Sep 30, 2017]; 23(1):44-50. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000100044](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100044) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2523>
18. McBain H, Shipley M, Newman S. The impact of self-monitoring in chronic illness on healthcare utilisation: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15:565. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1221-5>
19. Härter M., Dirmaier J, Dwinger S, Kriston L, Herbarth L, Siegmund-Schultze E, König HH. Effectiveness of Telephone-Based Health Coaching for Patients with Chronic Conditions: A Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*. 2016; 11(9) e0161269. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161269>
20. Lambrinou E, Kalogirou F, Lamnisis D, Sourtzi P. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing readmissions: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2012; 49(5):610-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.002>

Recibido: 12.10.2018

Aceptado: 23.02.2019

---

Autor correspondiente:  
Monica Isabelle Lopes Oscalices  
E-mail: [monicaoscalices@gmail.com](mailto:monicaoscalices@gmail.com)  
 <https://orcid.org/0000-0003-3591-6855>

**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.