



ORIGINALES

Conocimiento de los enfermeros sobre la insuficiencia cardíaca: un estudio comparativo

Conhecimento de enfermeiros sobre insuficiência cardíaca: estudo comparativo
Nurses' knowledge about heart failure: a comparative study

Priscylla Rique de Azevedo ¹
Mailson Marques de Sousa ¹
Jacira dos Santos Oliveira ¹
Maria Eliane Moreira Freire ¹
Suellen Duarte de Oliveira Matos ¹
Simone Helena dos Santos Oliveira ¹

¹ Programa de Pós-graduação em Enfermagem de la Universidad Federal de Paraíba. João Pessoa/Paraíba/Brasil.

E-mail: mailson_ms@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.289391>

Recibido: 22/03/2017
Aceptado: 30/04/2017

RESUMEN:

Objetivo: Verificar el conocimiento de las enfermeras sobre la insuficiencia cardíaca en diferentes hospitales.

Método: Participaron 74 enfermeros de dos hospitales públicos, general y especializado en cardiología, de una capital brasileña del noreste. Se utilizó el Cuestionario de Conocimiento de Enfermeros sobre Insuficiencia Cardíaca (Q-CENIC). Los datos se analizaron de forma descriptiva e inferencial.

Resultados: Se encontraron índices satisfactorios de respuestas correctas ($\geq 70\%$) en términos de conocimientos básicos sobre la insuficiencia cardíaca como la restricción de sodio y líquidos, los cambios en el estilo de vida y la actividad sexual. No hubo diferencias estadísticas entre los profesionales del hospital general y los de atención especializada en cardiología.

Conclusión: Se encontró que el conocimiento de los enfermeros sobre la insuficiencia cardíaca fue satisfactorio en el hospital general e insatisfactorio en el servicio especializada en cardiología. Se identificaron los temas que necesitan de intervención educativa, junto con los participantes investigados.

Palabras clave: Enfermería; Insuficiencia Cardíaca; Conocimiento.

RESUMO:

Objetivo: Verificar o conhecimento de enfermeiros sobre insuficiência cardíaca em diferentes instituições hospitalares.

Método: Participaram 74 enfermeiros de dois hospitais públicos, geral e especializado em cardiologia, de uma capital do Nordeste brasileiro. Utilizou-se o Questionário de Conhecimento de Enfermeiros sobre Insuficiência Cardíaca (Q-CENIC). Os dados foram analisados de forma descritiva e inferencial.

Resultados: Constatou-se índices satisfatórios de acertos ($\geq 70\%$) nas questões referentes ao conhecimento básico sobre insuficiência cardíaca como a restrição de sódio e líquidos, mudanças no estilo de vida e atividade sexual. Não houve diferenças estatísticas entre os profissionais do hospital geral e do especializado no atendimento cardiológico.

Conclusão: Verificou-se que o conhecimento de enfermeiros acerca da insuficiência cardíaca foi satisfatório no hospital geral e insatisfatório no serviço especializado em cardiologia. Identificou-se os temas que necessitam de intervenção educativa, junto aos participantes investigados.

Palavras chave: Enfermagem; Insuficiência Cardíaca; Conhecimento.

ABSTRACT:

Objective: To verify the knowledge of nurses about heart failure in different hospital institutions.

Method: Participants included 74 nurses from two public hospitals (a general hospital and a hospital specialized in cardiology) from a capital city in the Brazilian Northeast. The Nurses' Knowledge of Heart Failure Questionnaire (Q-NKHF) was used. Data were analyzed in a descriptive and inferential manner.

Results: Satisfactory indices of correct answers (70%) were found for questions related to basic knowledge about heart failure, such as sodium and fluid restriction, changes in lifestyle and sexual activity. There were no significant differences between the professionals of the general hospital and those who specialized in cardiology.

Conclusion: The nurses' knowledge about heart failure was satisfactory in the general hospital and unsatisfactory in the specialized service in cardiology. The subjects in need of educational intervention, together with the investigated participants, were identified.

Keywords: Nursing; Heart Failure; Knowledge.

INTRODUCCIÓN

En el contexto de las enfermedades crónicas destacan las afecciones cardiovasculares, responsables de altos índices de morbimortalidad y del aumento en el número de ingresos hospitalarios, con incremento de gastos en salud pública y consecuente disminución en la calidad de vida de las personas afectadas⁽¹⁾.

Entre las enfermedades cardiovasculares, la insuficiencia cardíaca se resalta por ser un problema grave y creciente en la salud pública en todo el mundo, por el hecho de ser la vía final común de la mayoría de las enfermedades cardíacas.⁽¹⁾

Aproximadamente 23 millones de personas son portadoras de insuficiencia cardíaca y 2 millones de nuevos casos son diagnosticados a cada año en el mundo. Datos evidencian que 6,5 millones en Europa, 5 millones en Estados Unidos y 2,4 millones de personas en el Japón presentan la enfermedad.⁽²⁾

En Brasil, cerca de 6,4 millones de personas presentan insuficiencia cardíaca, siendo la primera causa de hospitalizaciones por enfermedad del aparato circulatorio.⁽³⁾ Se sabe que la enfermedad desencadena señales y síntomas como disnea, fatiga a los esfuerzos, edema de miembros inferiores, tos nocturna y ortopnea. Otras manifestaciones pueden ser evidenciadas, como hipotensión, vértigo y bradicardia, llevando a la persona a frecuentes hospitalizaciones.⁽⁴⁾

Evidencias destacadas en la literatura revelan que aproximadamente 50% de los pacientes afectados de insuficiencia cardíaca son readmitidos en los servicios de salud dentro de 90 días después del alta hospitalaria, con agravamiento del cuadro clínico que puede llevar a la muerte. Entre los principales factores para agravamiento de la enfermedad se encuentra la baja adhesión al complejo régimen terapéutico

propuesto. La adhesión terapéutica, por constituirse aspecto fundamental para la resolución de cualquier tratamiento propuesto, merece particular atención del equipo multiprofesional.

Temas como control del peso, restricción de sal y líquidos, el uso correcto de las medicaciones, práctica de ejercicios físicos, alimentación y síntomas de empeorar la enfermedad, son recomendados para educación y orientación del paciente con insuficiencia cardíaca a fin de estimular la capacidad de autocuidado.⁽⁶⁾ En ese sentido, es imperativo que el enfermero tenga conocimientos conducentes con su papel en la educación en salud y en el cuidado volcado a la persona con insuficiencia cardíaca.

Ante la importancia del conocimiento del enfermero para el manejo de la insuficiencia cardíaca, enfermedad grave y con importantes implicaciones para la calidad de vida de personas afectadas, surgió la necesidad de dar respuestas a las siguientes preguntas como guía: ¿Qué conocimientos de enfermería tiene sobre insuficiencia cardíaca? ¿Hay diferencia entre conocimientos de enfermeros que actúan en hospital especializado en cardiología de los que actúan en hospital general?

Ante tales preguntas, el presente estudio tuvo como objetivo verificar el conocimiento de enfermeros sobre insuficiencia cardíaca en instituciones hospitalarias especializadas en cardiología y general.

MÉTODOS

Estudio exploratorio-descriptivo, de naturaleza cuantitativa, con corte transversal y comparativo. Se eligieron dos hospitales públicos de una capital del Nordeste brasileño destinados a la atención cardiológica, como escenarios de investigación. El escenario A ofrece atención especializada en cardiología y el escenario B asistencia general.

La población estuvo compuesta por enfermeros que trabajaban en las unidades de clínica médica/cardiológica, terapia intensiva y urgencia cardiológica de las instituciones seleccionadas, en fase de ser locales destinados a internación de pacientes con insuficiencia cardíaca. La muestra, no probabilística e intencional, estuvo constituida por 74 participantes. Los criterios de inclusión propuestos para investigación fueron: ser enfermero, realizar actividades asistenciales a las personas con insuficiencia cardíaca, con período superior a seis meses de actuación en la asistencia hospitalaria en las instituciones. Se excluyeron los enfermeros que no rellenaron el cuestionario de recolección de datos completamente. Todos los participantes recibieron informaciones sobre el estudio de forma verbal y escrita.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario con variables de caracterización de los participantes del estudio como: edad, sexo, formación complementaria, tiempo de actuación en enfermería, unidad de actuación profesional. El conocimiento de los enfermeros fue verificado por medio del Cuestionario de Conocimiento de Enfermeros sobre Insuficiencia Cardíaca (Q-CENIC), versión adaptada, traducida y validada para el portugués de Brasil ⁽⁷⁾. El cuestionario está compuesto de 15 preguntas con respuestas dicotómicas del tipo verdadero o falso relativas al manejo de la insuficiencia cardíaca (dieta, ejercicios físicos, señales y síntomas de descompensación clínica). En virtud de no haber determinación de punto de corte relativo al número de aciertos de las preguntas presentadas en el

instrumento seleccionado, sobre el cual los conocimientos serían evaluados como satisfactorios, se determinó para análisis de los resultados de la presente investigación el índice de acierto igual o superior a 70% para cada pregunta, índice ya adoptado en otra investigación nacional. ⁽⁸⁾

La cumplimentación del cuestionario se realizó en turnos y horarios concordantes con la escala de trabajo de cada participante, mediante la presencia de uno de los investigadores, priorizándose los momentos en que los profesionales no estuviesen realizando asistencia o procedimientos de enfermería. El tiempo medio para rellenar el cuestionario fue de 36 minutos. El período de recolección de datos en el escenario A fue de agosto a septiembre de 2014 y en el escenario B, de enero a abril de 2016. Se justifica el período distinto de recolección de datos, cuyo levantamiento inicial ocurrió en 2014 en el escenario A, por los mismos investigadores, después del período de adaptación y organización del servicio, una vez que el servicio especializado en cardiología tuvo actividades iniciadas en 2013. Por lo tanto, se decidió conducir la investigación en otra institución, con la finalidad de propuesta educativa, observando los mismos criterios y objetivo propuesto para la investigación inicial.

Los datos recolectados fueron tabulados y almacenados en el programa *Excel* para *Windows*, siendo analizados seguidamente por medio del *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para *Windows*, versión 20.0, con resultados presentados de forma descriptiva en tablas.

Las variables categóricas son expresadas en frecuencias absolutas y relativas, con los respectivos valores de p del test para comparación de proporciones para evaluar la existencia de significancia entre los datos obtenidos en los escenarios A y B. Para las variables continuas, los resultados obtenidos son presentados en medias y desvío estándar.

Los escenarios de investigación fueron comparados tomando como referencia las variables: edad, tiempo de actuación profesional e institución hospitalaria. Al nivel de 95% de confianza fue realizado el test de normalidad de *Shapiro-Wilks*. De ese modo, se rechazó la hipótesis de normalidad de los datos, optándose así por el test no paramétrico de *Mann-Whitney*. Fue considerado un nivel de significancia de 5% ($\alpha = 0,05$).

El estudio respetó las exigencias formales contenidas en las normas nacionales e internacionales reguladoras de investigación implicando a seres humanos, conforme Resolución 466/2012, del Consejo Nacional de Salud, de Brasil.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 74 enfermeros, siendo 35 (47%) del escenario A y 39 (53%) del B. Hubo predominio del sexo femenino (84%), con media de edad de los participantes de $35,55 \pm 6,82$ años, variando entre 24 a 56 años. Se observó media de $9,70 \pm 6,71$ años para tiempo de actuación profesional y de $3,41 \pm 6,05$ años para tiempo de actuación en la institución hospitalaria seleccionada para el estudio. La mayoría de los enfermeros desarrollaba actividades asistenciales en la clínica médica/cardiológica. En lo que concierne a la formación complementaria de los enfermeros, informaron tener especialización concluida (Tabla 1).

Tabla 1 – Variables socio-demográficas de los enfermeros investigados (n=74). João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA	A		B	
	N	(%)	N	(%)
Enfermeros	35	100,0	39	100,0
Sexo				
Femenino	29	82,9	34	87,2
Masculino	6	17,1	5	12,8
Total	35	100	39	100
Grupo de edad				
20 -- 30	7	20,0	9	23,1
30 -- 40	21	60,0	18	46,1
40 -- 50	6	17,1	9	23,1
≥ 50	1	2,9	3	7,7
Total	35	100	39	100
Unidad de actuación profesional				
Urgencia cardiológica*	12	34,3	-	-
Terapia intensiva	11	31,4	14	35,9
Clínica médica/cardiológica	12	34,3	25	64,1
Total	35	100	39	100
Formación complementaria**				
Especialización en proceso	6	17,1	2	4,4
Especialización concluida	24	68,6	31	68,9
Residencia	2	5,7	9	20,0
Maestría	3	8,6	3	6,7
Total	35	100	45	100
Área de formación complementaria**				
Cardiología/Hemodinámica	3	5,4	-	-
Salud de la familia	13	23,6	14	31,8
Salud colectiva	10	18,2	2	4,6
Urgencia/emergencia	9	16,4	1	2,3
Unidad de terapia intensiva	9	16,4	14	31,8
Otras	11	20,0	13	29,5
Total	55	100	44	100

Fuente: Datos de la investigación, 2016.

*Servicio apenas ofrecido en el escenario A.

**Los enfermeros pudieron responder más de una opción.

En la verificación del conocimiento de los enfermeros sobre insuficiencia cardíaca, los resultados obtenidos señalan índices satisfactorios de aciertos ($\geq 70\%$) en las preguntas referentes a la ingesta de líquidos (P1), restricción de sodio (P2), control de peso (P5), identificación de señales de retención de líquidos (P6), uso de medicamentos y cambios en el estilo de vida (P7), actividad sexual (P13) y prevención de descompensación clínica (P15) para ambos escenarios de investigación. Se observó en el escenario B que tres preguntas tuvieron 100% de acierto, lo que no fue evidenciado en la institución A, destinada a la atención especializada en cardiología. Se evidenció además conocimiento satisfactorio ($\geq 70\%$) relativo a síntomas

respiratorios (P9) en la institución B y señales y síntomas de insuficiencia cardíaca avanzada (P3) en la A (Tabla 2).

El test para comparación de proporciones reveló evidencia estadística para las preguntas relativas a síntomas respiratorios (P9), restricciones alimentarias y señales de empeoramiento clínico de la insuficiencia cardíaca (P10) y parámetros del control de peso (P12), revelando mejores índices en la institución B, aunque para la P10 y P12 los índices de acierto se muestren insatisfactorios en los dos escenarios investigados (Tabla 2).

Tabla 2 – Diferencia de la proporción de aciertos entre las instituciones hospitalarias A y B (n=74). João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

Preguntas	Institución A (n=35)		Institución B (n=39)		P*
	n	%	n	%	
P1. Pacientes con IC deben tomar bastante líquido todos los días (F).	33	94,3	39	100	0,1302
P2. Con tal que no se adicione sal a los alimentos, no hay restricciones en la dieta para pacientes con IC (F).	29	82,9	37	95,0	0,096
P3. Tos, náuseas y disminución del apetito son síntomas comunes de la IC en un estado más avanzado (V).	28	80,0	26	67,0	0,098
P4. Pacientes con IC deben reducir las actividades y la mayoría de las formas de ejercicios activos debe ser evitada (F).	11	31,4	9	23,0	0,1972
P5. Si el paciente presenta suplementos de más de 1.400Kg en 48 horas sin otros síntomas de IC, este aumento de peso no debe ser considerado (F).	32	91,4	39	100	0,0620
P6. El abdomen globoso puede indicar retención de líquidos debido a empeoramiento de la IC (V).	32	91,4	34	87,2	0,5567
P7. Si el paciente toma sus medicamentos correctamente y sigue las orientaciones adecuadas en relación al “estilo de vida” sugerido podrá curar la IC (F).	31	88,6	36	92,3	0,5835
P8. Si el paciente duerme con más de una almohada de noche para no sentir falta de aire, no significará que su estado de IC empeoró (F).	18	51,4	25	64,1	0,2699
P9. Si un paciente se despierta de noche con dificultad para respirar, y esa dificultad es aliviada al salir de la cama y caminar, eso no significa que la condición de la IC haya empeorado (F).	16	45,7	28	71,8	0,0225
P10. Carnes magras procesadas son	7	20,0	23	60,0	0,0007

una elección alimentaria aceptable como parte de la dieta del paciente (F).

P11. Una vez que las señales de IC desaparecieron, no es más necesario pesarse diariamente (el paciente) (F). 29 82,9 29 74,4 0,3753

P12. El control del peso diario deberá ser comparado con el peso del día anterior, y no con el peso ideal o peso seco del paciente (F). 10 28,6 12 30,8 0,0406

P13. Pacientes estables pueden ser alentados a mantener su actividad sexual, haciendo los ajustes necesarios para evitar esfuerzo en demasía y el surgimiento de síntomas (V). 33 94,34 38 97,4 0,4927

P14. Los pacientes con IC deben ser orientados en cuanto al uso de nitratos, que solo pueden hacer uso de sildenafil 24 horas después a la suspensión del nitrato (V). 20 57,1 26 66,7 0,3990

P15. El uso correcto de las medicaciones y adhesión de las medidas de control de dieta, peso, ingesta hídrica, pueden evitar crisis de descompensaciones (V). 34 97,1 39 100 0,2879

Fuente: Datos de la investigación, 2016.

Considerando el índice de aciertos por pregunta, se observó en el hospital B mayor media de aciertos de 75,3 para cada pregunta y el hospital A tuvo media de aciertos igual a 69,1 para cada pregunta. Realizando test de comparación entre grupos de *Mann-Whitney*, se verificó que no existe evidencia estadística de que los grupos tengan diferencias en el número de aciertos. Los *p*-valores de los tests de comparación de los escenarios de investigación considerando las variables edad, tiempo de actuación profesional y de institución fueron 0,283, 0,071, 0,534, respectivamente. Estos resultados muestran evidencia de que al nivel de 95% no existen diferencias estadísticas entre los profesionales de las dos instituciones para estas variables.

DISCUSIÓN

Verificar el conocimiento de enfermeros sobre insuficiencia cardíaca es de suma importancia, ya que la prevalencia y la incidencia de la enfermedad vienen aumentando de manera significativa, a pesar de los avances en el manejo clínico. Además, esa investigación permite identificar posibles lagunas en la gerencia del cuidar de los pacientes, especialmente en el ambiente hospitalario, a fin de reducir los resultados desfavorables de la enfermedad.

Este estudio reveló que el conocimiento de enfermeros acerca de la insuficiencia cardíaca fue satisfactorio en el escenario B e insatisfactorio en el A ($\geq 70\%$ e $\leq 70\%$, respectivamente). Las preguntas con escores de aciertos superiores a 90% de la muestra en los dos escenarios fueron referentes a la ingesta de líquidos, control de

peso, actividad sexual y adhesión a la terapéutica instituida con la finalidad de evitar crisis de descompensación de la enfermedad.

Así como observado en el estudio, resultado similar fue encontrado en investigación con muestra de 51 enfermeros de dos hospitales generales de Río Grande do Sul, donde fue observado que las preguntas de conocimiento básico que implican el control de la insuficiencia cardíaca presentaron mayores índices de aciertos entre los participantes. ⁽⁸⁾

En el escenario B, hospital general, fueron observados además índices de acierto superiores a 90% de los enfermeros para las preguntas relativas a restricciones en la dieta (P2) y a la ausencia de cura de la enfermedad, incluso con el seguimiento del tratamiento medicamentoso y cambio del estilo de vida (P7). En el escenario A, hospital especializado en cardiología, los índices obtenidos para estas variables, aunque no hayan alcanzado 90%, se situaron por encima de 80%, revelando conocimiento satisfactorio de los enfermeros.

Siguiendo la misma línea de raciocinio, para la señal de aumento del volumen abdominal como indicativo de empeoramiento del cuadro de la insuficiencia cardíaca (P6), los enfermeros del hospital especializado presentaron acierto superior a 90%, mientras que los del hospital general se situaron entre 80% y 90%.

En el hospital general, aún pueden ser observados índices satisfactorios de acierto (superior a 70%) para las preguntas relativas a la disnea nocturna (P9) y pesar diariamente al paciente (P11). En el hospital especializado, las preguntas que también alcanzaron índices satisfactorios abarcaron la sintomatología común en los casos de insuficiencia cardíaca avanzada como tos, náuseas e inapetencia (P3) y en el peso diario del paciente (P11).

En contrapartida, índices insatisfactorios de aciertos (<70% de los enfermeros), pero que fueron respondidos adecuadamente por más de 50% de los enfermeros, implicaron aspectos concernientes al uso de almohada al dormir (P8) y de nitratos (P14) en los dos escenarios investigados, y a la sintomatología común a la insuficiencia cardíaca (P3) y al consumo de carne procesada (P10), solamente entre los enfermeros del hospital general. Se señala que para la (P10), solamente 20% de los enfermeros del hospital especializado respondieron adecuadamente, revelando índice muy bajo de acierto y significativamente diferente del porcentaje de enfermeros del hospital general que respondieron correctamente a la pregunta (60%). De forma semejante, bajo porcentaje de aciertos fue evidenciado en el hospital especializado para la pregunta relativa a la disnea nocturna (P9), revelándose significativamente diferente de aquel encontrado en el hospital general, el cual se mostró satisfactorio (>70%).

Acerca de ese aspecto, datos de la literatura señalan disnea, fatiga, edema de miembros inferiores, disnea paroxística nocturna, ortopnea y distensión de la vena yugular son indicados como las principales señales y síntomas de pacientes ingresados con descompensación clínica. ⁽⁹⁾

Se percibe la necesidad de profundizar el conocimiento acerca de la extinción en el menú de los alimentos procesados en virtud del alto índice de contenido de sodio, sustancia responsable de la activación del sistema renina angiotensina, aumentando la retención de líquidos y pudiendo llevar al paciente a cuadros de hipertrofia

cardíaca. Además, deben ser estimuladas ingestas pequeñas y livianas y sin adición de sal en los alimentos ya preparados, así como evitar alimentos industrializados, enlatados y embutidos que son ricos en sodio.⁽¹⁰⁾

Particularmente, llaman la atención los bajos porcentuales de aciertos obtenidos entre los enfermeros de los dos escenarios investigados para las variables actividad física (P4) y cuidados con el control de peso diario (P12). Para la (P12) los índices fueron bajos y significativamente distintos entre los grupos investigados, configurando menor media en el hospital que presta atendimento especializado.

Ese dato nos remite a reflexiones acerca de las señales y síntomas de la insuficiencia cardíaca como disnea y fatiga, lo que inviabiliza al paciente para realizar actividad física. Sin embargo, evidencias en la literatura demuestran que la práctica de actividad física contribuye a mejorar la capacidad funcional, como también para el desarrollo de la función autonómica de los músculos y calidad de vida. De ese modo, los pacientes en cuadros clínicos estables deben ser alentados a realizar actividades físicas consideradas de baja intensidad, como caminatas y estiramientos mediante evaluación física previa, ya que el reposo prolongado o la inactividad física pueden ocasionar hipertrofia de la musculatura esquelética.^(11,12)

Es importante resaltar que el control de peso diario debe ser verificado diariamente en ayunas, en el mismo horario y debe ser comparado con el peso seco. Las subidas súbitas de 2kg en hasta 3 días son señales de retención hídrica.^(13,14) Además, el control de la retención hídrica se extiende también a la cantidad de agua que pueda ser ingerida por el paciente, pues su condición clínica dificulta la eliminación de líquidos a consecuencia del aumento de la hormona antidiurética. Sabiendo eso, la recomendación para pacientes sintomáticos es de 1.000 a 1.500 ml/día.^(14,15)

En este estudio, los enfermeros presentaron conocimiento insatisfactorio a respecto del uso de sildenafil, medicamento utilizado para tratar hipertensión pulmonar. El uso del sildenafil requiere cuidados, pues posee acción vasodilatadora y podrá ser realizado solamente 24 horas después de la suspensión de nitratos, que también son vasodilatadores. La administración conjunta de estos dos medicamentos puede ocasionar la reducción de la presión arterial, pudiendo llevar al paciente a cuadros de hipotensión y, consecuentemente, al choque.⁽¹⁶⁾ Siendo así, es necesario que el enfermero esté atento a los principales medicamentos utilizados en el manejo farmacológico de la insuficiencia cardíaca para orientar sobre la posibilidad de efectos colaterales, minimizando posibles crisis de descompensación por la mala administración medicamentosa.

Una investigación americana realizada con 90 enfermeros, verificó conocimiento insatisfactorio en los temas relacionados al uso de la terapéutica medicamentosa, monitoreo del peso y el reconocimiento de señales y síntomas de descompensación clínica. Esa referencia señala que lagunas en el conocimiento del enfermero sobre los principios de la insuficiencia cardíaca pueden llevar a una educación insuficiente del paciente, acarreando una mala gestión del autocuidado y nuevas readmisiones hospitalarias.⁽¹⁷⁾

Se resalta que de los 15 ítems presentes en el Cuestionario de Conocimiento de Enfermeros sobre Insuficiencia Cardíaca (Q-CENIC), 8 preguntas fueron respondidas adecuadamente por más de 70% de los enfermeros en los dos escenarios investigados. Considerando el conjunto de los aciertos en cada escenario, el índice

medio se situó en 75,3% en el hospital general y 69,1% en el especializado. Aunque la institución A sea un servicio especializado de cardiología, uno de los factores que puede haber contribuido al menor índice de acierto, es que el escenario B se configura como hospital de enseñanza de alta complejidad y de gran tamaño, que ofrece servicio de educación permanente en salud, modalidad de enseñanza ausente en el escenario A.

De ese modo, se hace relevante la implementación del servicio de educación permanente para identificar lagunas en el conocimiento acerca de la insuficiencia cardíaca, y eventuales fragilidades en la asistencia ofrecida, a fin de potencializar el raciocinio clínico y el desarrollo de la sistematización de la asistencia de enfermería, por medio del proceso de enfermería, herramienta tecnológica esencial para la práctica del cuidado integral y humanizado.

En ese aspecto, se presume que el enfermero presente competencia y habilidad técnica suficiente para prestar asistencia con calidad en el manejo clínico y terapéutico propuesto para insuficiencia cardíaca, identificando las señales y síntomas de descompensación, a fin de orientar e implementar intervenciones de enfermería cuando fuese necesario, con la intención de reducir y minimizar posibles complicaciones en la capacidad funcional y en la realización de las actividades de la vida diaria, consolidando para la profesión una asistencia pautada en el saber científico y no en cuidados empíricos.

En ese sentido, este estudio abre nuevas perspectivas de investigaciones en el área de la enfermería, como ejemplo de la investigación acción a partir de la proposición de estrategias educativas dirigidas a los enfermeros investigados, con la finalidad de favorecer el aprendizaje en los aspectos concernientes a la insuficiencia cardíaca que se muestran insatisfactorios, realizándose nueva investigación pos-intervención para evaluar las adquisiciones del grupo investigado.

Así, se suscita al profesional a profundizar en la temática, ya que la insuficiencia cardíaca se configura como un creciente problema de salud pública, lo que requiere del enfermero práctica clínica y asistencia de calidad, pautada en las mejores evidencias científicas en salud. Como limitación de este estudio, se señala el tamaño de la muestra, que podría tener mayor amplitud, sin embargo, solo los enfermeros que prestaban asistencia directa a los pacientes con insuficiencia cardíaca fueron invitados a participar del estudio con la finalidad de atender los objetivos propuestos.

CONCLUSIÓN

Los resultados permiten concluir que el conocimiento de enfermeros, participantes del estudio, acerca de la insuficiencia cardíaca fue satisfactorio en el hospital general e insatisfactorio en el servicio especializado en cardiología. Se verifica acerca de la temática, principalmente en lo que concierne al cuidado básico de la enfermedad, mayores porcentajes de aciertos. En relación al reconocimiento de señales de empeoramiento clínico de la insuficiencia cardíaca y terapia medicamentosa, los enfermeros presentaron cierta dificultad, que puede ser observada por los menores índices de aciertos.

Los datos obtenidos ayudaron en la identificación de temas que necesitan de intervención educativa junto a los participantes investigados. De esta forma, se pretende a través de la educación permanente actualizaciones sobre el proceso

fisiopatológico y medidas de adhesión farmacológicas y no farmacológicas al tratamiento de la insuficiencia cardíaca y la elaboración de protocolo asistencial para guiar el abordaje del enfermero a esta población, con la intención de mejorar la asistencia prestada y reducir los índices de morbilidad y complicaciones de la enfermedad.

REFERENCIAS

- (1) Bocchi EA, Arias A, Verdejo H, Diez M, Gómez E, Castro P. The reality of heart failure in Latin America. *J Am Coll Cardiol*. 2013 Sep 10; 62(11):949-58.
- (2) 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 [cited 2016 Out 02]; 23(4):753-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/0104-1169-rlae-23-04-00753.pdf>
- (3) Freitas MTS, Püschel VAA. Heart failure: expressions of personal knowledge about the disease. *Rev Esc Enferm. USP* [Internet]. 2013 [cited 2016 Out 05]; 47(4):922-930. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0922.pdf
- (4) Mangini S, Pires PV, Braga FGM, Bacal F. Decompensated heart Failure. *Einstein*. [Internet] 2013 [cited 2016 Nov 27]; 11(3):383-391. Available from: http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n3/en_a22v11n3.pdf
- (5) Albuquerque DC, Souza NJD, Bacal F, Rohde LEP, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, et al. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. *Arq. Bras. Cardiol*. [Internet] 2015 [cited 2016 Nov 01]; 104(6):433-442. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v104n6/0066-782X-abc-20150031.pdf>
- (6) Andrietta MP, Moreira RSL, Barros ALBL. Hospital discharge plan for patients with congestive heart failure. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet] 2011; [cited 2016 Set 12] 19(6):1445-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/23.pdf>
- (7) Klein C, Linch GFC, Souza EN, Mantovani VM, Goldmeier S, Rabelo ER. Cross-cultural adaptation and validation of a questionnaire on what nurses know of heart failure. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet] 2012 [cited 2016 Set 08]; 33(1): 19-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a03v33n1.pdf>
- (8) Machado CGD, Wansing GB, Klein C, Moraes MAP, SILVA RER. Nurses' Knowledge on heart Failure in general hospital. *Rev Enferm UFSM*. 2014;4(4):710-717.
- (9) Herr JK, Salyer J, Flattery M, Goodloe L, Lyon DE, Kabban CS et al. Heart failure symptom clusters and functional status— a cross-sectional study. *J Adv Nurs*. [Internet] 2015 [cited 2016 Out 09]; 71(6):1274-1287. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25533867>
- (10) Colin-Ramirez E, McAlister FA, Woo E, Wong N, Ezekowitz JA. Association between self-reported adherence to a low-sodium diet and dietary habits related to sodium intake in heart failure patients. *J Cardiovasc Nurs*. 2015;30(1):58-65.
- (11) Bündchen DC, Gonzáles AI, Noronha MD, Brüggemann AK, Sties SW, Carvalho TD. Noninvasive ventilation and exercise tolerance in heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Braz. J. Phys. Ther*. [Internet] 2014 [cited 2016 Nov 04]; 18(5):385-394. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/2014nahead/pt_1413-3555-rbfis-bjpt-rbf-2014-0039.pdf
- (12) Silva MMF, Carvalho VO, Guimarães GV, Bacal F, Bocchi EA. Physical Exercise and MicroRNAs: New Frontiers in Heart Failure. *Arq. Bras. Cardiol*. [Internet] 2012 [

- cited 2016 Sep 21]; 98(5):459-466. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v98n5/en_12.pdf
- (13) [Johansson P](#), [van der Wal MH](#), [Strömberg A](#), [Waldréus N](#), [Jaarsma T](#). Fluid restriction in patients with heart failure: how should we think?. [Eur J Cardiovasc Nurs](#). [Internet] 2016 [cited 2016 Nov 03]; 15(5):301-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27169459>
- (14) Mantovani VM, Ruschel KB, Souza EN, Mussi C, Rabelo ER. Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-assisted home visits. *Acta Paul Enferm*. [Internet] 2015 [cited 2016 Sep 18]; 28(1): 41-47. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/en_1982-0194-ape-028-001-0041.pdf
- (15) Rabelo ER, Aliti GB, Linch GFC, Sauer JM, Mello AMFS, Martins SM, et al. Non-pharmacological management of patients with decompensated heart failure: a multicenter study – EMBRACE. *Acta Paul Enferm*. [Internet] 2012 [cited 2016 Nov 09]; 25(5):660-65. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/en_03.pdf
- (16) Redondo ACC, Fuenmayor G, Shiraishi KS, Fontes SRF, Elias PF, Souza R, et al. Sildenafil for Noncompaction Cardiomyopathy Treatment in a Child: Case Report. *Arq Bras Cardiol*. [Internet] 2014 [cited 2016 Out 17]; 102(3):27-30. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v102n3/en_0066-782X-abc-102-03-0e27.pdf
- (17) Mahramus TL, Penoyer DA, Sole ML, Wilson D, Chamberlain L, Warrington W. Clinical Nurse Specialist Assessment of Nurses' Knowledge of Heart Failure. *Clinical Nurse Specialist*. 2013;27(4):198-204.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia