

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

BERTHA RAMOS*
CARLOS FIGUEROA**
LUIS ALCOCER***
SANTIAGO RINCÓN****

Resumen

Objetivo. Validar la adaptación al español del cuestionario de cardiomiopatía de Kansas City para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes mexicanos hospitalizados con insuficiencia cardiaca. Método. Participaron 203 pacientes hospitalizados del Servicio de Cardiología del Hospital General de México diagnosticados con insuficiencia cardiaca. Se adaptó el cuestionario de cardiomiopatía de Kansas City para medir la calidad de vida relacionada con la salud; se utilizó la clasificación funcional para verificar la sensibilidad del instrumento con respecto a la severidad de los síntomas de la insuficiencia cardiaca. Resultados. Se obtuvo una consistencia interna parecida a la versión original en cada uno de los dominios: limitaciones físicas ($\alpha=0.84$), síntomas

* Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, México, becaau@yahoo.com

** Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, México, charlau@ymail.com

*** Hospital General de México, UNAM, alcocerdb@gmail.com

**** Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, México, zantiagi@hotmai.com

($\alpha=0.84$), interferencia social ($\alpha=0.84$). Conclusiones. Se tiene un instrumento confiable para medir la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca para población mexicana. El instrumento discrimina de manera adecuada el cambio de la severidad de los síntomas sobre la calidad de vida.

Palabras clave: validación, calidad de vida relacionada con la salud, insuficiencia cardiaca, percepción de salud, población mexicana.

Abstract

Objective. Validate the Spanish adaptation of the Kansas City cardiomyopathy questionnaire to measure the health related quality of life in mexican hospitalized patients with heart failure. **Method.** 203 hospitalized heart failure patients of the Cardiology Service of the General Hospital of Mexico participated in this study. The Kansas City cardiomyopathy questionnaire to measure the health related quality of life was adapted into Spanish version; the NYHA functional classification was used to determine the instrument's sensitivity with respect to heart failure symptoms. **Results.** We obtained an internal consistency similar to the original version in each of the domains: physical limitations ($\alpha = 0.84$), symptoms ($\alpha = 0.84$), social interference ($\alpha = 0.84$). **Conclusions.** The results showed that this is a reliable instrument to measure quality of life in patients with heart failure for Mexican population. This questionnaire adequately discriminate the change in the severity of symptoms on quality of life.

Key words: validation, health related quality of life, heart failure, health perception, Mexican population.

La insuficiencia cardiaca (IC), es un conjunto de síntomas causados por algún trastorno cardiaco; disminuye la capacidad ventricular para llenar y expulsar sangre, se caracteriza por los síntomas de cansancio, dificultad respiratoria y dolor al realizar actividades cotidianas.¹

En los Estados Unidos 5.8 millones de personas tienen IC, y en 2006 fue la causa de 282 754 muertes.² En México, las enfermedades isquémicas del

¹ J. Santos y P. Brofman, "Test de la caminata de seis minutos y calidad de vida en insuficiencia cardiaca. Un estudio correlativo con una muestra brasileña", en *Insuficiencia Cardiaca*, núm.3, 2008, pp. 76-79.

² Center for Disease Control and Prevention, "Hearth disease" (2010), <http://www.cdc.gov/heartdisease/> (Consulta: 25 de mayo de 2010)

corazón fueron la segunda causa de muerte en hombres (31 478) y en mujeres (24 543) defunciones, durante 2007.³

Las causas más comunes de insuficiencia cardíaca son: enfermedad de las arterias coronarias, hipertensión arterial y diabetes. La IC se clasifica según la New York Heart Association (NYHA) en cuatro clases,⁴ se toma como base el grado de limitación que se tiene para realizar actividad física y sus síntomas cardíacos (tabla 1).

Tabla 1. Clasificación funcional de la insuficiencia cardíaca según la NYHA

Clase I	Sin limitación para realizar actividad física. No hay síntomas.
Clase II	Ligera limitación de la actividad física. La actividad ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
Clase III	Marcada limitación de la actividad física. Actividad física menor que la ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
Clase IV	Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física. Los síntomas de insuficiencia cardíaca o de síndrome anginoso pueden estar presentes incluso en reposo.

El diagnóstico clínico generalmente se basa en la historia clínica y en el examen físico, donde se determinan signos y síntomas de congestión o hipoperfusión. Los estudios de imagen, como el electrocardiograma o la radiografía de tórax, y los biomarcadores, como la biometría hepática, el examen general de orina, etcétera; son complementos útiles para el diagnóstico. Los criterios de Framingham⁵ es la forma de diagnóstico más común, son una lista de síntomas divididos en criterios mayores y menores (tabla 2).

³ Sistema Nacional de Información en Salud, "Diez principales causas de mortalidad en hombres y mujeres por grupo de edad" (sin fecha de actualización), <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html> (Consulta: 25 de mayo de 2010)

⁴ American Heart Association, "Heart Failure Classification" (2009), <http://www.americanheart.org> (Consulta: 25 de mayo de 2010)

⁵ A. Jimeno *et al.*, "Validez de los criterios clínicos de Framingham para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca sistólica", en *Revista Clínica Española*, núm. 206: 2006, pp. 495-498.

Tabla 2. Criterios de Framingham*

Criterios mayores	Criterios menores
Disnea paroxística nocturna	Edema de los miembros inferiores
Ingurgitación yugular	Tos nocturna
Estertores	Disnea de esfuerzo
Cardiomegalia	Hepatomegalia
Edema agudo de pulmón	Derrame pleural
Reflujo hepato yugular	Capacidad vital 1/3 de la prevista
Pérdida de >4.5 kg de peso con el tratamiento	Taquicardia >120 lat/min

* 2 criterios mayores; o 1 mayor con 2 menores diagnostican IC

Como medidas para disminuir la gravedad de la IC, suelen combinarse tratamientos: a) farmacológicos, por ejemplo: diuréticos, vasodilatadores, anticoagulantes, etcétera; b) quirúrgicos, por ejemplo: el implante de dispositivos electro-mecánicos; y c) los cambios en el estilo de vida, restricción de uso de alcohol y tabaco, dieta y ejercicio, se recomiendan como tratamiento preventivo.

La IC es un problema creciente de salud pública, por la mayor supervivencia de la población al mejorar el tratamiento de la enfermedad isquémica. Los pacientes con IC presentan las mayores tasas de readmisión hospitalaria y por tanto, un alto costo en su tratamiento.⁶

Además de los síntomas de la IC, los pacientes presentan limitaciones en la dieta, dificultades para realizar trabajo habitual, para tener relaciones sexuales, una progresiva falta de autonomía, deterioro en el estado emocional, déficit en las interacciones sociales, funciones intelectuales disminuidas, desequilibrio económico, pobre percepción personal del estado de salud, efectos secundarios de los medicamentos y reingresos hospitalarios recurrentes.⁷

Existe una alta comorbilidad emocional, depresión, ansiedad y estrés en estos pacientes; se ha propuesto que la IC es causa de disfunción cognitiva

⁶ A. Rozanski *et al.*, "The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: The emerging field of behavioral cardiology", en *Journal of the American College of Cardiology*, núm. 47: 2005, pp. 637-651.

⁷ P. Salovey *et al.*, "Emotional states and physical health", en *American Psychologist*, núm. 55, 2000, pp. 110-121.

llamada “demencia cardiogénica”, impacta en la atención, memoria, solución de problemas y disminución en la calidad de vida.⁸

En pacientes con IC se observa que la depresión se asocia con limitaciones físicas y sociales iguales o mayores que las de otras enfermedades crónicas comunes. Los predictores de una depresión posterior en estos pacientes se encuentran en factores como el aislamiento social, preocupación por los gastos de su salud, por pérdida de habilidad para cuidarse a sí mismos, y en general en la disminución de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), pero en pocos casos por la severidad de la enfermedad.⁹

Lupón *et al.*,¹⁰ estudiaron síntomas depresivos, planteando que estos son comunes en pacientes con IC, incluso en los más jóvenes. En el análisis se encontró que los síntomas depresivos mostraron una relación significativa con la mortalidad a un año, relacionado con la necesidad de hospitalización por IC.

En un metaanálisis de estudios en pacientes con IC, la prevalencia de depresión osciló entre 9% y 60%, con un promedio de 21.5%. La prevalencia de la depresión se incrementó a medida que aumentaba la severidad de la IC: 11% en clase funcional (CF)- I, 20% en CF - II, 38% en CF - III y 42% en CF - IV. El riesgo de muerte fue cinco veces mayor (razón de riesgo= 5.74; intervalo de confianza: 4.61-6.87; p=.00; para los pacientes con depresión en comparación con los no deprimidos.¹¹

Respecto a la ansiedad reportada en este tipo de pacientes, las conductas más habituales son: la confrontación (acciones dirigidas hacia la acción como el contraataque, la reacción agresiva, es decir, la ira), el distanciamiento (evitaciones, escapes), represión, la búsqueda de apoyo social, etcétera; se ha

⁸ R. Vogels *et al.*, “Cognitive impairment in heart failure: A systematic review of the literature”, en *European Journal of Heart Failure*, núm. 9, 2007, pp. 440-449; J. Pinqueras *et al.*, “Ansiedad, depresión y salud”, en *Suma Psicológica*, núm. 15, 2008, pp. 43-74 y P. Johansson, U. Dahlström y A. Broström, “Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature”, en *European Journal of Cardiovascular Nursing*, núm. 5, 2006, pp. 5-15.

⁹ F. Luskin *et al.*, “A Controlled Pilot Study of Stress Management Training of Elderly Patients With Congestive Heart Failure”, en *Preventive Cardiology*, núm. 5, 2002, pp. 168-174 y P. Gualar-Castillón *et al.*, “Prevalencia de depresión, y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España”, en *Revista Española de Cardiología*, núm. 59, 2006, pp. 770-778.

¹⁰ J. Lupón *et al.*, “Implicación pronóstica de la fragilidad y los síntomas depresivos en una población ambulatoria con insuficiencia cardiaca”. *Revista Española de Cardiología*, num. 61, 2008, pp. 835-842.

¹¹ C. Romero, “Depresión y enfermedad cardiovascular”, en *Revista Uruguaya de Cardiología*, núm. 22, 2007, pp. 92-109.

encontrado que el paciente generalmente presenta estas conductas como una forma de mitigar o aliviar el malestar físico o psicológico generado que pueden derivar en conductas no saludables que afecten la calidad de vida.

Para explicar las interrelaciones de los factores emocionales en el proceso de salud-enfermedad se debe tomar en cuenta lo siguiente:

1. Las reacciones de ansiedad y de tristeza-depresión que alcanzan niveles demasiado intensos o que se mantienen en el tiempo, podrían producir cambios en la conducta, de manera que se olvidan los hábitos saludables y se desarrollan conductas adictivas o inadecuadas que pondrían en peligro la salud.

2. Estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos, que podrían deteriorar la salud si se vuelven crónicas.

3. Una alta activación fisiológica puede estar asociada a un cierto grado de inmunodepresión. Lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico, o bien la supresión o control de estas emociones puede acarrear altos niveles de activación fisiológica y un cierto grado de inmunosupresión (figura 1).¹²

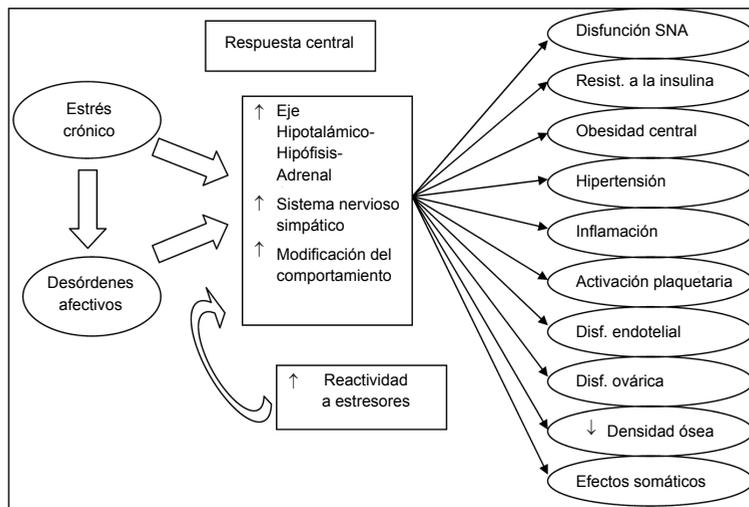


Figura 1: El esquema representa cómo el estrés y las emociones afectan al sistema nervioso central y a su vez esto tiene un impacto negativo en la salud. Modificado de A. Rozanski, "The epidemiology, pathophysiology".

¹² A. Cano-Vindel y J. Tobal, "Emociones y salud", en *Ansiedad y Estrés*, núm. 7, 2001, pp. 111-121 y A. Rozanski, *op. cit.*

La IC es una de las condiciones que más afectan la CVRS; se ha constatado que muchos pacientes con IC en un estadio avanzado dan mayor importancia a la calidad de vida que a la estimación del tiempo que les queda de vida.¹³ Así, la CVRS de las pacientes con IC es baja en comparación a la población en general, y con otras enfermedades crónicas, como artritis y enfermedad pulmonar obstructiva; además disminuye marcadamente conforme incrementa la severidad de sus síntomas.¹⁴

La CVRS se refiere a cómo la salud de la persona afecta su habilidad para realizar actividades rutinarias sociales y físicas. Incluye áreas de la conducta como son: a) funcionamiento físico (capacidad para realizar tareas físicas); b) funcionamiento ocupacional (habilidad para realizar múltiples funciones esenciales y no sólo en el trabajo); c) percepciones sobre el estado de salud (creencias personales y evaluaciones del estado de salud general; d) funcionamiento psicológico y funcionamiento social (cómo se relaciona con otras personas, y cómo reaccionan otras personas ante él).¹⁵

Para determinar el impacto de cualquier cambio sobre la CVRS del paciente se debe tener en cuenta que el concepto es multidimensional y cambia con el tiempo, según la percepción del paciente. En el caso de la IC y su impacto en la CVRS, se evalúa el impacto que pueden tener en ella variables como la enfermedad (por ejemplo: la clase funcional), las características sociodemográficas; por ejemplo: el género y la edad,¹⁶ y otras condiciones psicológicas (comorbilidad emocional); por ejemplo: ansiedad, depresión y estrés.¹⁷

Para evaluarla CVRS, se han elaborado instrumentos: a) genéricos, los cuales son independientes del diagnóstico y pueden ser aplicables a cualquier tipo de población o afectación; y b) específicos, miden aspectos propios de una enfermedad o síndrome concreto.¹⁸

¹³ J. Santos y P. Brofman, *op. cit.* y J. Aguirre et al., "Estudio de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca", en *Enfermería en Cardiología*, núm. 46, 2009, pp. 11-17.

¹⁴ P. Johansson, U. Dahlström y A. Broström, *op. cit.*

¹⁵ R. Coelho et al., "Heart failure and health related quality of life", en *Clinical Practice of Epidemiology Mental Health*, núm 51, 2000, pp. 1-19

¹⁶ D. Malm et al., "Health-related quality of life in pacemaker patients: a single and multidimensional self-rated health comparison study", en *Cardiovascular Nursing*, núm. 2, 2003, pp. 291-302.

¹⁷ D. Maurer et al., "Quality of life and exercise capacity in patients with prolonged PQ interval and dual chamber pacemakers: a randomized comparison of permanent ventricular stimulation vs intrinsic AV conduction", en *Europace*, núm. 5, 2003, pp. 411-417 y M. Leosdottir et al., "Health-related quality of life of patients with implantable cardioverter defibrillators compared with that of pacemaker recipients", en *Europace*, núm. 8, 2006, pp. 168-174 y P. Johansson, U. Dahlström y A. Broström, *op. cit.*

¹⁸ M. Soto e I. Failde, "La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados

Los instrumentos genéricos más utilizados son el SF36¹⁹ y el Cuestionario General de Salud.²⁰ Los instrumentos específicos más utilizados para medir la CVRS en pacientes con IC son: el Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire,²¹ y el Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire.²²

En el Minnesota Living with Heart Failure, se incluyeron una selección de preguntas relacionadas con los síntomas físicos principales de la IC y su tratamiento; incluye 21 *ítems* en tres dimensiones: general, física y emocional. Este cuestionario ha sido validado en pacientes españoles con IC resultando un alfa de Cronbach de 0.91, y en otro estudio realizado por Reigel se reportó un alfa de Cronbach de 0.92.²³

El cuestionario de cardiomiopatía de Kansas City (KCCQ) es un instrumento específico que mide un amplio rango de dominios del estado de salud, incluyendo síntomas reportados por el paciente, limitaciones físicas y sociales, y calidad de vida. Además, es una herramienta válida que recoge información directamente de los pacientes, y ofrece un medio para su evaluación que es independiente del observador.

El Cuestionario contiene 23 *ítems*, es autoadministrado. Mide las siguientes cualidades: a) limitaciones físicas ($\alpha=.90$), en qué medida las molestias le impiden hacer esfuerzos físicos; b) síntomas ($\alpha=.88$), se refiere a la frecuencia, severidad y cambios en el tiempo de sus síntomas; c) calidad de vida ($\alpha=.78$), este apartado cuantifica el impacto de su condición en la calidad de vida general; d) interferencia social ($\alpha=.86$) en qué medida su condición le impide relacionarse con sus familiares o amigos; e) auto eficacia ($\alpha=.62$), es decir, el paciente tiene conocimiento y puede controlar su síntomas. Además de contar con dos medidas de resumen para facilitar la interpretación, f) estado funcional ($\alpha=.93$), es la combinación de

en pacientes con cardiopatía isquémica”, en *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, núm. 11, 2004, pp. 505-514.

¹⁹ J. Aguirre, *op. cit.*

²⁰ L. Revilla, A. Ríos y J. Luna, “Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia”, en *Atención Primaria*, núm. 33, 2004, pp. 417-422.

²¹ T. Rector, S. Kubo y J. Cohn, “Validity of the Minnesota Living With Hert Failure Questionnaire as a Measure of Therapeutic Response to Enalapril or Placebo”, en *American Journal of Cardiology*, núm. 71, 1993, pp. 1106-1107 y O. Garin, N. Soriano y A. Ribera, “Validación de la versión española del Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire”, en *Revista Española de Cardiología*, núm. 61, 2008, pp. 251-259.

²² C. Green *et al.*, “Development and Evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: A New Health Status Measure for Heart Failure”, en *Journal of the American College of Cardiology*, núm. 35, 2000, pp. 1245-1255 y R. Coelho, *op. cit.*

²³ O. Garin, N. Soriano y A. Ribera, *op. cit.*

limitaciones físicas y el dominio de síntomas (excepto los cambios a través del tiempo) y g) resumen clínico ($\alpha=.95$),²⁴ el cual se calcula incluyendo el estado funcional, el dominio de calidad de vida e interferencia social. Cabe destacar que en adaptaciones a otros idiomas, como el italiano, el KCCQ ha demostrado ser confiable con resultados similares a la versión en inglés.²⁵

Objetivo

Validar la adaptación al español del KCCQ para medir la CVRS en pacientes mexicanos hospitalizados con IC.

Definición de variables

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Conceptual: se refiere a cómo la salud de la persona afecta su habilidad para realizar actividades rutinarias sociales y físicas. Incluye áreas de la conducta como son: a) funcionamiento físico (capacidad para realizar tareas físicas), b) funcionamiento ocupacional (habilidad para realizar múltiples funciones esenciales y no sólo en el trabajo); c) percepciones sobre el estado de salud (creencias personales y evaluaciones del estado de salud general; d) funcionamiento psicológico y funcionamiento social (cómo se relaciona con otras personas, y cómo reaccionan otras personas ante él).²⁶

Operacional: El puntaje obtenido en cada dominio de la versión adaptada del cuestionario KCCQ, donde puntajes bajos indican limitaciones en la CVRS, y puntajes altos indican que el paciente se percibe con una buena calidad de vida.

²⁴ C. Green, *op. cit.*

²⁵ D. Miani *et al.*, "The Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: Italian translation and validation", en *Italian Heart Journal*, núm. 4, 2003, pp. 620-626.

²⁶ R. Coelho, *op. cit.*

Método

Participantes

El psicólogo responsable de la Unidad de Cardiología Conductual. Pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Muestra intencional no probabilística de pacientes mayores de 18 años de la Unidad 302 de Cardiología del Hospital General de México; diagnosticados con insuficiencia cardíaca con alguna clasificación funcional (I, II, III o IV.) Ésta fue hecha por el cardiólogo responsable de cada paciente.

Criterios de no inclusión

Presentar comorbilidades crónicas en etapa avanzada (ejemplo: renales, respiratorias, diabetes descontrolada, epilepsia, etcétera) o agudas (ejemplo: gripe, problemas estomacales, etcétera); ingerir medicamentos como ansiolíticos y antidepresivos en el momento del estudio, el desarrollo de otra enfermedad crónica degenerativa (diabetes, cáncer, etcétera).

Escenario

Consultorios de la Unidad 302 del Servicio de Cardiología del Hospital General de México.

Material

Hoja de consentimiento informado

Cuestionario de datos generales. Se utilizó para evaluar características sociodemográficas de los pacientes, se mide la percepción de buena salud, y la presión con el estilo de vida. Se utilizó la escala de percepción subjetiva de esfuerzo físico (escala de Borg) la cual tiene un rango del 1 (ningún esfuerzo) al 20 (máximo esfuerzo) para cuantificar la percepción sobre la intensidad de la prueba realizada.

Se aplicó la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADs, por sus siglas en inglés) para evaluar ansiedad y depresión en los pacientes con IC, este instrumento tiene la ventaja de estar diseñado para poblaciones hospitalizadas.²⁷

Se utilizó la adaptación del cuestionario específico de CVRS; basado en el KCCQ²⁸ consta de 23 preguntas; se divide en cinco dimensiones: limitaciones físicas (preguntas 1a,1b,1c,1d,1e,1f), síntomas (frecuencia, preguntas 3, 5, 7, 9); Severidad (preguntas 4, 6, 8); Cambios (pregunta 2), calidad de vida (preguntas 13, 14, 15a,15b), interferencia social (preguntas 16a,16b) y autoeficacia (preguntas 10, 11, 12).

Los puntajes mayores indican una mejor calidad de vida. A cada respuesta se le asigna un valor ordinal, 1 para la respuesta que implica el menor nivel. En caso de haber valores perdidos; se asignará la media de los *ítems* contestados dentro del dominio correspondiente. Las puntuaciones de las escalas se transforman en un rango de 0 a 100, restando al puntaje obtenido por el paciente la puntuación mínima posible, dividiendo entre el rango de la escala y se multiplica por 100.

Procedimiento

Se tradujo el Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire,²⁹ se adaptó para pacientes hospitalizados con IC en México. Se hizo una revisión por dos jueces psicólogos y dos médicos expertos en el tema (revisando instrucciones y reactivos) y se obtuvo la versión adaptada.

En una sesión de 40 minutos, el psicólogo responsable se encargó de la aplicación de los tres cuestionarios de manera individual (cuestionario de datos generales, cuestionario de calidad de vida y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria); también se realizó una prueba de la caminata de seis minutos, al final de ésta se le pidió que respondiera cuánto esfuerzo le representó la actividad, se anotó la respuesta en la escala de Borg. Todo esto con previa autorización por escrito en la hoja de consentimiento informado.

²⁷ N. Snaith y A. Zigmond, "The Hospital Anxiety and Depression

²⁸ C. Green, *op. cit.*

²⁹ *Idem.*

Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS v.15; se realizaron las siguientes pruebas estadísticas, alfa de cronbach para verificar la confiabilidad de cada dominio; anova para comprobar la validez divergente, para lo cual se comparó el dominio de limitaciones físicas, síntomas, interferencia social, estado funcional y resumen clínico con la CF; el dominio de calidad de vida con la percepción de buena salud; también se utilizó una correlación de Spearman para comparar limitaciones físicas y autoeficacia con la escala de Borg y la distancia recorrida en la prueba de la caminata; prueba T para muestras independientes para comprobar la validez convergente, se contrastaron las diferencias en género, depresión y ansiedad en todos los dominios del instrumento.³⁰

Resultados

La muestra se conformó de 203 pacientes con un promedio de edad de 57 años de los cuales el 38.4% fueron mujeres y el 61.6% hombres. El 17.2% de los pacientes se clasificó como CF I el 54.3%, CF II, el 23.1% CF III y el 5.4% CF IV.

En la adaptación del cuestionario se encontraron similitudes con la aplicación de Green, Porter, Bresnahan, & Spertus (2000); en los dominios de limitaciones físicas ($\alpha=0.84$), síntomas ($\alpha=0.84$), interferencia social ($\alpha=0.84$), estado funcional ($\alpha=0.89$) y resumen clínico ($\alpha=0.90$) se tiene una buena consistencia interna; el dominio de autoeficacia ($\alpha=0.41$) fue el de menor puntaje al igual que en el estudio original (tabla 3).

Tabla 3. Consistencia interna del estudio original y la adaptación para el Hospital General de México

Dominio de calidad de vida	Green	HGM
Limitaciones físicas	0.90	0.84
Síntomas	0.88	0.84
Calidad de vida	0.78	0.66
Interferencia social	0.86	0.84

³⁰ J. Valderas, M. Ferrer y J. Alonso, "Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes", en *Medicina Clínica*, núm. 125, 2005, pp. 56-60.

Autoeficacia	0.62	0.41
Estado funcional	0.93	0.89
Resumen clínico	0.95	0.90

El cuestionario fue sensible para determinar diferencia significativas de género y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión (medidas a través del HADs)³¹ en las medias de los dominios de la CVRS; por ejemplo: por género las medias de los hombres es mayor que en las mujeres en todas las áreas; asimismo, cuando no se presentan los síntomas de depresión o de ansiedad las medias fueron mayores que en los que si presentan los síntomas (tabla 4).

Tabla 4: Diferencia de calidad de vida con respecto a género, depresión y ansiedad

	Género			Depresión			Ansiedad		
	Masc. (n=125)	Fem. (n=78)	Sig	Con* (n=86)	Sin** (n=117)	Sig	Con* (n=101)	Sin** (n=102)	Sig
Limitaciones físicas	65.12 (17.01)	48.20 (21.07)	.00	51.86 (21.25)	63.58 (18.24)	.00	52.67 (20.50)	64.50 (18.53)	.00
Síntomas	72.19 (22.43)	56.13 (24.46)	.00	57.01 (25.93)	72.64 (21.09)	.00	58.38 (24.24)	73.58 (22.33)	.00
Autoeficacia	60.53 (22.55)	51.28 (21.07)	.00	50.87 (23.11)	61.46 (21.26)	.00	52.06 (23.25)	61.84 (20.99)	.00
Calidad de vida	57.03 (22.84)	44.94 (24.92)	.00	41.72 (24.28)	60.23 (21.26)	.00	43.04 (23.92)	61.64 (21.05)	.00
Interferencia social	71.52 (23.86)	54.87 (32.42)	.00	55.81 (33.27)	71.96 (22.33)	.00	60.09 (30.38)	70.09 (25.85)	.01
Estado funcional	69.77 (17.79)	52.47 (21.29)	.00	54.83 (21.50)	69.23 (18.33)	.00	56.14 (19.91)	70.04 (19.67)	.00
Resumen clínico	67.43 (16.08)	51.25 (20.51)	.00	52.32 (19.98)	67.75 (16.43)	.00	53.98 (18.55)	68.37 (17.83)	.00

* Con presencia de...

** Sin presencia de...

Los valores en tabla son media (D.E)

³¹ N. Snaith y A. Zigmond, *op. cit.*

Para determinar la validez del KCCQ los resultados fueron comparados con la clasificación de la NYHA, la distancia en la prueba de la caminata de 6 minutos, y la escala de Borg. Los resultados se muestran por cada dominio del cuestionario.

Dominio de limitaciones físicas: este dominio fue contrastado con dos condiciones: a) la severidad, con la CF, de acuerdo con el análisis de varianza existen diferencias significativas por CF, pues al aumentar la severidad (CF mayor) se obtuvo un puntaje menor en este dominio ($F=6.04$ $p=0.00$) (tabla 5); y b) la percepción de esfuerzo por realizar una actividad. Donde la distancia recorrida por el paciente en seis minutos en la prueba de la caminata se correlacionó con esta dimensión ($r = .194$; $p < .01$) y con la escala de Borg ($r = -.162$; $p < .05$) (tabla 7).

Tabla 5. Diferencias por clase funcional

	Clase I (n=32)	Clase II (n=101)	Clase III (n=43)	Clase IV (n=10)	F	Sig.
Limitaciones físicas	66.97 (17.40)	60.56 (17.40)	49.68 (22.83)	51.00 (23.30)	6.04	.00
Síntomas	80.49 (20.72)	67.14 (21.73)	54.12 (24.52)	54.84 (25.88)	9.34	.00
Interferencia social	71.25 (22.39)	69.71 (26.25)	56.74 (32.49)	58.00 (34.89)	2.57	.05
Estado funcional	74.83 (16.50)	65.17 (17.96)	51.68 (21.69)	53.44 (24.54)	10.47	.00
Resumen clínico	71.39 (15.39)	63.51 (16.71)	50.77 (20.66)	52.47 (23.40)	9.70	.00

Los valores en tabla son media (D.E)

Dominio de Síntomas: este dominio es la suma de los resultados de: a) frecuencia de los síntomas, b) síntomas a través del tiempo y c) severidad de los síntomas. El análisis de varianza mostró diferencias significativas de este dominio por CF ($F=9.34$ $p=0.00$) (tabla 5).

Dominio de calidad de vida: en el análisis de varianza las medias de cada conjunto de percepción de buena salud con respecto al dominio de calidad de vida fueron diferentes ($F=7.30$; $p=0.00$) (tabla 6).

Tabla 6. Varianza de las medias del dominio calidad de vida en la percepción de buena salud de los pacientes con insuficiencia cardiaca

	Nada saludable (n=18)	Poco saludable (n=38)	Regularmente saludable (n=109)	Muy saludable (n=38)	F	Sig.
Calidad de vida	33.66 (24.85)	49.38 (21.69)	52.45 (23.35)	64.08 (23.75)	7.30	.00

Los valores en tabla son media (D.E)

Dominio de interferencia social: en la dimensión de interferencia social se puede observar que los pacientes con CF I obtuvieron una media mayor (71.25) que los pacientes con CF IV (58.00) (F=2.57; p=0.05) (tabla 5)

Dominio de autoeficacia: este dominio se correlacionó positivamente con la prueba de la caminata (r=0.151 p<0.05) esto indica a mejor conocimiento del manejo de la enfermedad los pacientes caminaron más en esta prueba (tabla 7).

Tabla 7. Correlaciones entre las dimensiones de limitaciones físicas y autoeficacia con la escala de Borg y prueba de la caminata

	Escala de Borg	Prueba de la caminata
Limitaciones físicas	-.162*	.194**
Autoeficacia	-.109	.151*

*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Como se ha mencionado anteriormente, el KCCQ tiene dos medidas de resumen o puntuaciones globales: *a) Estado funcional:* el cual nos indica el impacto que perciben los pacientes en cuestiones del funcionamiento físicas, y el impacto de los síntomas en éste. Esta puntuación global presentó diferencia en las medias de las diferentes clasificaciones de la NYHA (F 10.476, p=.00); y *b) Resumen clínico:* donde la parte física se combina con la aceptación de su enfermedad y el impacto en sus relaciones sociales La puntuación del resumen clínico está relacionado con la CF de la NYHA (F 9.701, p=.00) (tabla 5).

Discusión

En otros estudios sobre CVRS en pacientes con IC se han utilizado instrumentos genéricos (como el SF-36), sin embargo, estos adolecen de sensibilidad a los cambios clínicos propios de la IC.³²

Por esta razón es necesario elaborar instrumentos validados en población de lengua española, principalmente en México donde se carece de cuestionarios específicos para medir calidad de vida. De aquí la importancia de desarrollar instrumentos para medir la CVRS en pacientes cardíacos, que permitan obtener resultados válidos y confiables.

La validación de la adaptación del KCCQ remarca la importancia de la medición de la CVRS basada en un instrumento específico, en este caso para la IC.

El instrumento presenta una buena confiabilidad, pues las preguntas de cada escala se relacionan y miden el mismo constructo. Se cuidó la validez de contenido del instrumento al ser evaluado por expertos, cardiólogos y psicólogos; presenta validez de constructo convergente, al relacionarse con medidas como la prueba de la caminata y la clasificación funcional; validez de constructo divergente al identificar las diferencias entre género, presentar ansiedad, depresión; y validez de criterio, al presentar resultados parecidos a los encontrados en el estudio original en inglés.

El instrumento se califica e interpreta de forma sencilla, con las puntuaciones transformadas se puede determinar un nivel para cada dominio o puntuación global del cuestionario, En los resultados obtenidos se puede observar que si el paciente se siente menos limitado para realizar actividades éste percibe un menor esfuerzo al realizarlas, además de presentar un mejor desempeño; por ejemplos, caminar una distancia mayor. Cuando un paciente tiene una clasificación menor, las molestias causadas por los síntomas de su enfermedad han sido pocas o no se han presentado, y manifiestan una mejor percepción de buena salud.

De esta manera se puede afirmar que en los pacientes con mayor impacto negativo por su condición, los efectos sobre la percepción general de su estado de salud son más evidentes.

La creencia de “no tener los síntomas es estar bien y para estar así no se realiza actividad física” es un círculo vicioso que el paciente no puede identificar por sí mismo; esto les produce un alto riesgo de mortalidad, por lo que es importante recordar el propósito de mejorar la calidad de los años por vivir.³³

³² J. Aguirre, *op. cit.*

³³ A. Alconero *et al.*, “Calidad de vida en personas portadoras de desfibriladores implantables”, en *Enfermería en cardiología*, núm. 34, 2005, pp. 38-41.

Al contar con mejores herramientas de diagnóstico de variables psicosociales (por ejemplo, cuestionarios validados para medir calidad de vida) y de tratamiento (por ejemplo, programas de manejo de estrés) de la IC, inevitablemente incrementará el número de pacientes que disminuyan en comorbilidad emocional³⁴ por lo tanto el manejo de la enfermedad será más eficiente, pues al disminuir el reporte de quejas físicas y psicológicas el paciente podrá ver mejorías en su CVRS.

Como limitación de este estudio se encuentra que hasta este momento no se ha llevado a cabo un seguimiento después de la aplicación, por lo tanto no se pudo comprobar la forma longitudinal de la validez.

Conclusión

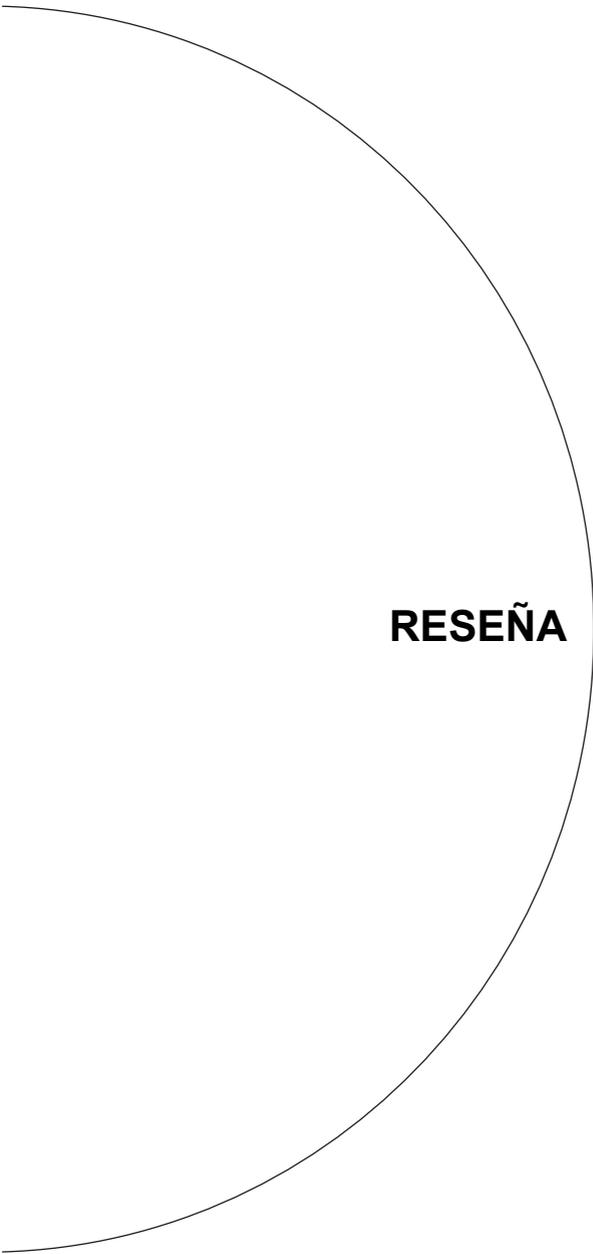
El KCCQ resultó ser un cuestionario válido y confiable para medir la CVRS en pacientes con Insuficiencia Cardíaca del hospital general de México. Su uso representaría un beneficio para el ámbito clínico, al facilitar la manera de evaluar la percepción de la calidad de vida del paciente respecto a su salud.

Fecha de recepción: 19/01/2011

Fecha de aceptación: 1/03/2011

³⁴ R. Weir, J. McMurray, J. Taylor y A. Brady, "A heart failure in older patients", en *British Journal of Cardiology*, núm. 13, 2006, pp. 257-266.





RESEÑA

