

ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores

Aguirre Montoya JC*, Carmona Heredia AM*, Pinedo Iguíñez M*, Rius Ferrús LIM*, Salmerón Hernández M*, De Castro Arizmendi R**, Valdovinos Perdices P**

* Diplomado Universitario de Enfermería.

** Médico Cardiólogo.

Resumen

• **Objetivo:** Evaluar la eficacia de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca (UIC) valorando la mejora de calidad de vida del enfermo.

• **Metodología:** Se analizaron 40 pacientes incluidos en la UIC con los tests y los datos correctos en la primera visita y en la de los seis meses, desde el 01/03/2006 a 30/03/2007. A todos ellos se les realizó en las dos visitas el test de la caminata de 6 minutos y rellenaron el cuestionario "Minnesota Living With Heart Failure" (MLWHF). El cuestionario consta de 21 preguntas. Para su análisis hemos agrupado las seis primeras y la 12 y 13 como problemas físicos; de la 7 a la 9 sociales; de la 17 a la 21 emocionales; el resto las consideramos individualmente. En la puntuación a cada pregunta del cuestionario consideramos 2 grupos: los que valoraron las respuestas como ≤ 2 poca afectación y los que las puntuaron como ≥ 3 muy afectados.

• **Resultados:** Los resultados significativos del estudio fueron: en el test de la caminata de 6 minutos ($p=0,006$), en el total del cuestionario MLWHF ($p=0,000$) y en los grupos de preguntas asociados; físico ($p=0,002$), social ($p=0,010$) y emocional ($p=0,001$).

• **Conclusiones:** La importancia del equipo de trabajo de la UIC queda demostrada estadísticamente en la mejora de calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca, calidad de vida, atención enfermería, ejercicio.

QUALITY OF LIFE FOR PATIENTS WITH HEART FAILURE

Abstract

• **Objective:** To evaluate the efficacy of a Heart Failure Unit (HFU) in improving patient quality of life.

• **Methods:** We evaluated 40 patients after two 6-monthly visits to our HFU between March 2006 and March 2007. Patient data obtained at the first visit was compared with those at the second visit. All patients performed the 6-minute walk test, on both visits and completed the 21 item Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ). For data analysis, questions 1-6 and 12-13 were grouped and categorized as physical problems; items 7-9 as social; 17-21 as emotional problems; the rest were considered individually. Scores were categorized into two groups; ≤ 2 indicating slight impairment and ≥ 3 severe impairment.

• **Results:** At the second visit, we observed significant improvements in the 6-minute walking test ($p=0.006$), in the global results of the MLWHFQ ($p=0.000$), and in the categories physical ($p=0.002$), social ($p=0.010$) and emotional ($p=0.001$).

• **Conclusions:** The importance of the role of the HFU team was demonstrated in significant improvement in patient quality of life.

Key-words: Heart failure, Quality of life, Nursing attention, exercise.

Enferm Cardiol. 2009; Año XVI(46):11-16

Dirección para correspondencia

Lluís Rius Ferrús
Diplomado Universitario de Enfermería
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Joan XXIII
C. Mallafre Guasch, nº 4. 43007 TARRAGONA
Teléfono: 977295800, Ext. 1845
Correo electrónico: lrius.hj23.ics@gencat.net

Introducción y objetivos

La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome de etiología multifactorial, cuya prevalencia en la actualidad se eleva de manera continua (0,2 – 0,4% en la población general y hasta un 17% en mayores de 70 años)¹.

La IC es un síndrome clínico complejo que puede ser resultado de cualquier trastorno cardiaco, estructural o funcional, que deteriora la capacidad del ventrículo

para llenarse de sangre o expulsarla². Como consecuencia de ello puede aparecer cansancio, dificultad respiratoria y para realizar las actividades de la vida diaria, como caminar o subir escaleras³.

La enfermedad comporta una elevada morbimortalidad y representa una importante causa de ingresos hospitalarios y de utilización de recursos sanitarios.

Diferentes estudios⁴ evidencian que una atención más pormenorizada a los pacientes reduce tanto los ingresos hospitalarios como la morbimortalidad y contribuye, también, a aumentar su calidad de vida.

Partiendo de estas premisas, la Unidad de Insuficiencia Cardíaca (UIC) del servicio de Cardiología del hospital Joan XXIII de Tarragona inició su actividad en marzo de 2006 con los objetivos generales de confirmar el diagnóstico, educar a los pacientes y cuidadores, reajustar o iniciar el tratamiento farmacológico, reevaluar en caso de descompensación, ofrecer accesibilidad física y telefónica y soporte psicosocial.

Los pacientes candidatos a nuestra UIC proceden fundamentalmente de:

- Atendidos en el servicio de urgencias, con diagnóstico de presunción de IC, en los que no se cumplan criterios de ingreso hospitalario.
- Ingresados en los servicios de Cardiología y Medicina Interna, con el diagnóstico cierto de Insuficiencia cardíaca, en los que se requiere en el periodo post alta, seguimiento clínico, ajuste de medicación y educación sanitaria.
- Pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica conocida, derivados de la consulta externa de cardiología en los que se precise completar estudio, tratamiento y educación sanitaria.
- Pacientes crónicos en periodo de inestabilización clínica.
- Derivados de atención primaria de salud con el diagnóstico de presunción de IC.

En la primera visita del paciente a la UIC es fundamental en primer lugar corroborar el diagnóstico de IC. Si se confirma el diagnóstico se inicia la educación sanitaria y el tratamiento farmacológico de la enfermedad, de tal manera que las actuaciones que realizamos en la primera visita son:

- a) Valoración clínica completa del paciente, que incluye: exploración física (presencia de edemas, ingurgitación yugular, estertores pulmonares) registro de constantes vitales (tensión arterial decúbito/ortostática, frecuencia cardíaca, peso, talla, perímetro abdominal). Valoración de los hábitos generales de vida (dieta y ejercicio) y del entorno social, e identificación del cuidador principal.
- b) Pruebas diagnósticas: Ecocardiograma transtorácico, analítica de sangre, ECG y RX de tórax
- c) Valoración de la calidad de vida del paciente mediante la cumplimentación del cuestionario Minnesota Living With Heart Failure (MLWHF)⁵, Six-minute walk test (SMWT) o test de la caminata

de seis minutos y el test de Barthel en pacientes muy dependientes.

- d) Inicio del tratamiento farmacológico o revisión del mismo en caso de pacientes anteriormente diagnosticados y tratados por IC.
- e) Inicio de la educación sanitaria. Se ofrece información tanto oral como escrita sobre la enfermedad y sus causas, hábitos y estilos de vida adecuados, dieta apropiada, vacunaciones aconsejadas y se enseña a identificar los signos y síntomas que indiquen una descompensación de la enfermedad.

Después de esta primera visita los pacientes son citados para visitas sucesivas a nuestra Unidad. La periodicidad de estas visitas depende del régimen terapéutico iniciado y de la necesidad de realizarle un seguimiento más o menos estricto en función de su estado clínico en la visita basal. En la segunda visita y sucesivas se realiza una valoración y ajuste de la medicación, se refuerza la educación sanitaria; se reevalúa la calidad de vida cada 6 meses, mediante los cuestionarios antes mencionados y se gestionan las consultas del paciente por otras especialidades como neumología, dietética, rehabilitación, geriatría y otras, siempre que se precise.

La UIC de nuestro hospital está integrada por un cardiólogo y un profesional de enfermería. El horario de consulta es de tres a cuatro horas diarias, dos días por semana. Enfermería reparte su tiempo entre la UIC y el Hospital de Día, proporcionando atención a los pacientes con Insuficiencia Cardíaca refractaria, que realizan tratamientos ambulatorios con inótrupos.

El papel que desempeña enfermería en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca es básico y fundamental, actuando no sólo como soporte en la consulta del cardiólogo responsable, sino también tomando parte activa en la evaluación clínica global, la educación sanitaria y el ulterior seguimiento del paciente.

La puesta en marcha de una consulta de IC implica un mayor control de los pacientes, una disminución de la sintomatología y por tanto, una hipotética mejora en su calidad de vida. Por este motivo, nos planteamos como objetivo del presente estudio, evaluar la eficacia de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca (UIC) valorando la mejora de la calidad de vida del enfermo. Para ello compararemos el cuestionario MLWHF y el test de la caminata de 6 minutos que realizaron en la primera visita y los que hicieron a los seis meses; y lo mismo con el peso, la talla, el perímetro abdominal (PA) y el índice de masa corporal (IMC).

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio de cohortes, longitudinal, de carácter analítico, cuyos criterios de inclusión fueron: pacientes diagnosticados de Miocardiopatía Dilatada (MCD) de cualquier etiología (isquémica, hipertensiva, enólica, idiopática y otras causas) con disfunción sistólica significativa del ventrículo izquierdo

(FE <45%), en los que se hubiera realizado primera y segunda visita a los seis meses, ambas completas.

Desde marzo del 2006 hasta marzo del 2007 se visitaron en la UIC del Hospital Universitario Joan XXIII 193 pacientes, de los cuales 40 cumplieron los criterios de inclusión.

Tanto en la primera como en la segunda visita se registraron los siguientes datos: edad, sexo, talla, peso, perímetro abdominal (Pa) e IMC, la realización del test de la caminata de seis minutos y los pacientes cumplimentaron en la consulta el cuestionario MLWHF (Anexo 1).

El índice de masa corporal se calcula mediante la división del peso, partido por la talla en metros al cuadrado (kg. /m²).

El test de la caminata consistía en caminar durante seis minutos por un pasillo de 50 metros; la enfermera controló mediante un cronómetro los metros que caminaban en los seis minutos. Se realizó para conocer la capacidad de ejercicio y como consecuencia la repercusión de su enfermedad cardiológica en la calidad de vida.

El cuestionario MLWHF fue diseñado en 1987 para medir los efectos de la IC y su tratamiento sobre la calidad de vida⁶. El contenido del cuestionario fue seleccionado para representar el modo en que la IC y sus tratamientos pueden afectar en clave física, emocional, social, sexual y económica a la calidad de vida del paciente. Es una encuesta autoadministrada tipo Likert, que consta de 21 ítems. Son dimensiones de calidad de vida que nos ayudan en la práctica clínica

en el manejo de estos enfermos y orientan en el pronóstico de su enfermedad.

Las respuestas a cada pregunta van del 0 (nada) al 5 (muchísimo), de modo que a mayor puntuación implica peor calidad de vida del paciente. El paciente respondió solo o acompañado de un familiar. Enfermería explicó detalladamente la manera de rellenar la encuesta y ayudó a todos aquellos que mostraron dificultades en la cumplimentación.

Además de analizar los 21 ítems de forma individual, aquellos referidos a la misma esfera se agrupan para su análisis de la siguiente forma:

- Aspectos físicos: ítems del 1 al 6 y 12-13
- Aspectos sociales: ítems 7-8-9
- Aspectos emocionales: ítems del 17 al 21.
- Otros ítems difíciles de agrupar los consideramos por separado o agrupados como otros (10-11-14-15-16).

Cada ítem fue dicotomizado en función del grado de afectación entendiéndose que si las repuestas a las preguntas puntuaban ≤2 (grupo 1) afectaba poco a su calidad de vida y si la puntuación era ≥3 (grupo 2) afectaba mucho a su calidad de vida.

Se realizó una suma total de la valoración del test.

Nos pareció fundamental estudiar el número y porcentaje de los pacientes que cambian su percepción de la enfermedad a los seis meses respecto de la primera visita. De tal manera que por cada pregunta del cuestionario MLWHF analizamos los pacientes que en primera visita puntuaron ≥ 3 y de éstos los que percibieron mejoría en el segundo cuestionario (puntuaron ≤ 2). El mismo análisis hicimos con los que en la primera visita puntuaban ≤ 2 y percibieron empeoramiento a los seis meses (puntuaban ≥ 3).

Las variables cuantitativas se describen como media ± desviación estándar (DE) y mediana comparando sus resultados con la prueba t de Student para datos pareados o mediante la prueba de Wilcoxon para aquellas variables que no se distribuyen de una forma normal. Las variables cualitativas se describen como porcentajes comparándose mediante la prueba de simetría relativa para datos pareados. El nivel de significación estadística aceptado ha sido p ≤ 0,05. Se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 12.

Resultados

Analizamos un total de 40 pacientes, de los cuales el 70% son hombres y el 30% mujeres. La media de edad obtenida ha sido de 70 ± 10.87 años.

La etiología de mayor prevalencia ha sido la MCD idiopática con un 40%, le siguen la isquémica 37.5%, la hipertensiva 12.5%, la enólica 5% y por otras causas 5% (secundaria a tratamiento con citostáticos y a sarampión). (Figura 1)

En la primera visita los pacientes presentaban un peso medio de 73,7±15,7 Kg con un IMC=28,6 ± 5,0 y Pa de 98,4 cm, indicando un exceso de peso de nuestra población sin que existiesen diferencias sig-

Anexo 1



HOSPITAL UNIVERSITARI
DE TARRAGONA
JOAN XXIII

**UNITAT INSUFICIÈNCIA
CARDÍACA**
CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

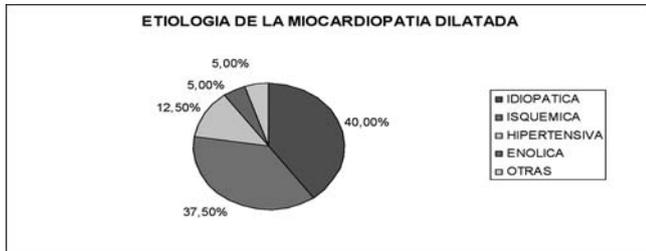
Nombre del paciente: _____ HC: _____
 Visita: _____ Fecha: _____

Las siguientes preguntas se refieren a la manera en que la insuficiencia cardiaca (problema del corazón) ha afectado a su vida durante el último mes. A continuación se describen diferentes maneras en que la insuficiencia cardiaca afecta a algunas personas. Si está seguro de que alguna pregunta no corresponde a su situación o bien no está relacionada con la insuficiencia cardiaca, rodee con 0 con un círculo (No) y pase a la siguiente pregunta. Si alguna de las siguientes situaciones si que le ha ocurrido, rodee con un círculo el número que mejor indique el qué medida le ha impedido la insuficiencia cardiaca vivir como a usted le hubiera gustado (del 1 - muy poco - al 5 - muchísimo -)

¿Le ha impedido la insuficiencia cardiaca vivir como usted hubiera deseado durante el último mes porque:

	No	Muy poco				muchísimo
	0	1	2	3	4	5
1.- le ha provocado hinchazón de tobillos, piernas, etc?	0	1	2	3	4	5
2.- le ha obligado a sentarse o tumbarse a descansar durante el día?	0	1	2	3	4	5
3.- le ha costado caminar o subir escaleras?	0	1	2	3	4	5
4.- le ha costado hacer el trabajo de la casa o del jardín?	0	1	2	3	4	5
5.- le ha sido difícil ir a lugares alejados de su casa?	0	1	2	3	4	5
5.- le ha costado dormir bien por la noche?	0	1	2	3	4	5
7.- le ha costado relacionarse o hacer cosas con su familia o amigos?	0	1	2	3	4	5
8.- le ha sido difícil ejercer su profesión?	0	1	2	3	4	5
9.- le ha costado realizar sus pasatiempos, deportes o aficiones?	0	1	2	3	4	5
10.- le ha costado realizar su actividad sexual?	0	1	2	3	4	5
11.- le ha obligado a comer menos de las cosas que le gustan?	0	1	2	3	4	5
12.- le ha provocado que le falta el aire al respirar?	0	1	2	3	4	5
13.- le ha hecho sentirse cansado, fatigado o con poca energía?	0	1	2	3	4	5
14.- le ha obligado a ingresar en el hospital?	0	1	2	3	4	5
15.- le ha ocasionado gastos adicionales por su enfermedad?	0	1	2	3	4	5
16.- los medicamentos le han causado algún efecto secundario?	0	1	2	3	4	5
17.- le ha hecho sentirse una carga para su familia y amigos?	0	1	2	3	4	5
18.- le ha hecho sentir que perdía el control sobre su vida?	0	1	2	3	4	5
19.- le ha hecho sentirse preocupado?	0	1	2	3	4	5
20.- le ha costado concentrarse o acordarse de las cosas?	0	1	2	3	4	5
21.- le ha hecho sentirse deprimido?	0	1	2	3	4	5
TOTAL:	<input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>					

Figura 1



nificativas a los 6 meses ($72,6 \pm 14,6$ Kg, $28,2 \pm 4,6$ kg/m² y $97,7$ cm respectivamente, $p > 0,05$).

En el test de la caminata de los seis minutos, los pacientes presentaban un incremento medio significativo en los metros recorridos a los seis meses respecto a los caminados en la primera visita. ($346 \pm 131,6$ metros vs. $384 \pm 110,83$ metros, $p = 0,006$).

Respecto al cuestionario MWLFH, la media de los resultados de la puntuación total inicial y a los seis meses, así como las puntuaciones agrupadas en aspectos físicos, sociales y emocionales se reducen de forma significativa. (Figura 2)

Figura 2

	MEDIA ± DESVIACION ESTANDAR PRIMERA VISITA	MEDIA ± DESVIACION ESTANDAR A LOS 6 MESES	SIGNIFICACION ESTADISTICA P
MINNESOTA TOTAL	38,85 ± 26,83	22,85 ± 16,77	0,000
FACTORES FISICOS	17,48 ± 11,92	9,23 ± 8,09	0,002
FACTORES SOCIALES	5,21 ± 5,56	2,64 ± 3,73	0,010
FACTORES EMOCIONALES	9,10 ± 6,93	5,55 ± 5,61	0,001

Los resultados del cuestionario en la primera visita los hemos agrupado según el grado de afectación de la enfermedad en ≤ 2 y ≥ 3 puntos y los hemos expresado en porcentajes. Así los ítems del 1 al 6 y el 12 y el 13 relacionados con el aspecto físico obtuvieron unos porcentajes muy parecidos en los dos grupos, excepto los ítems 1 y 6 que fueron mayoría los pacientes que contestaron poca afectación (Figura 3). Los resultados de los ítems de índole social números 7, 8 y 9 muestran que la enfermedad afecta poco o muy poco a la mayoría de nuestros pacientes (Figura 4). Los pacientes, en general, se sienten poco afectados emocionalmente, excepto en la respuesta al ítem 19 que manifiestan una alta preocupación por la IC (Figura 5). La puntuación de los ítems 10 y 11 que

Figura 3

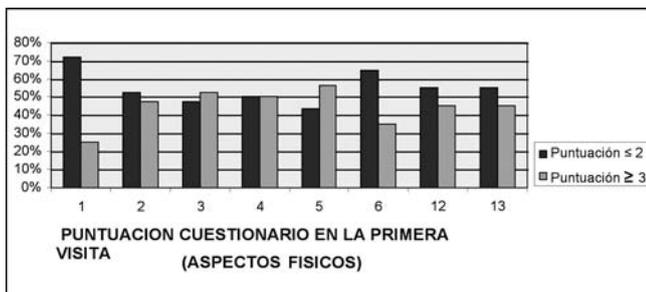


Figura 4

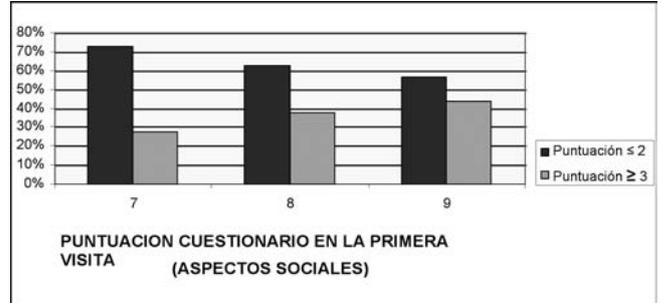
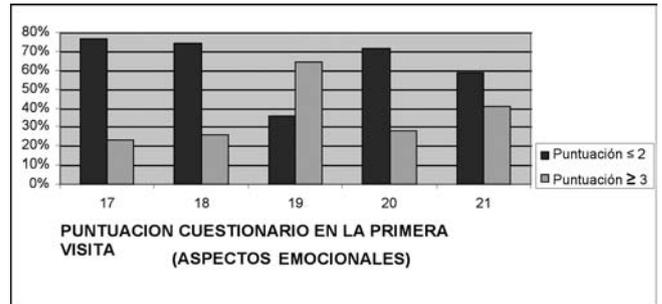
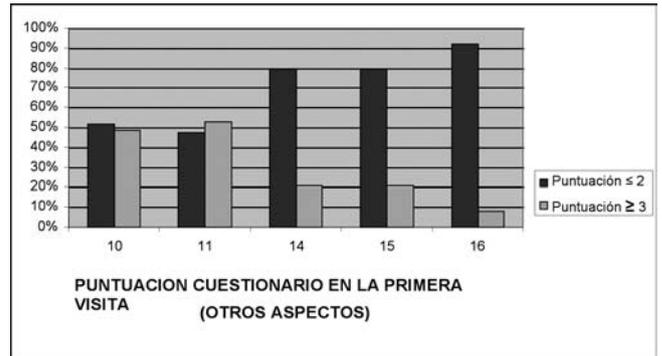


Figura 5



corresponden a la actividad sexual y la dieta suman unos porcentajes muy igualados. Y por último en los ítems 14, 15 y 16 son mayoría los enfermos menos afectados por la IC. (Figura 6)

Figura 6



A continuación describimos los resultados obtenidos en la primera visita comparándola con la de los seis meses, considerando sólo las puntuaciones ≥ 3 en la escala de afectación.

En cuanto a las respuestas relacionadas con los aspectos físicos vemos una clara disminución en todos los ítems de los porcentajes de afectación a los seis meses (Figura 7). La misma tendencia de resultados se observa también en las respuestas referentes a los aspectos sociales y emocionales. (Figuras 8 y 9)

Respecto a los ítems que se han valorado individualmente al ser difíciles de agrupar, las cuestiones referidas a la actividad sexual y gastos adicionales han evidenciado una mejoría moderada en el segundo cuestionario. La cuestión referida a la dieta, ítem 11, ha sido la única que ha mostrado aumento de la puntuación en las respuestas de los seis meses. (Figura 10).

Figura 7

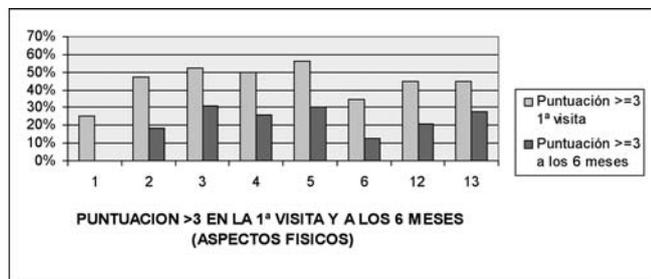


Figura 9

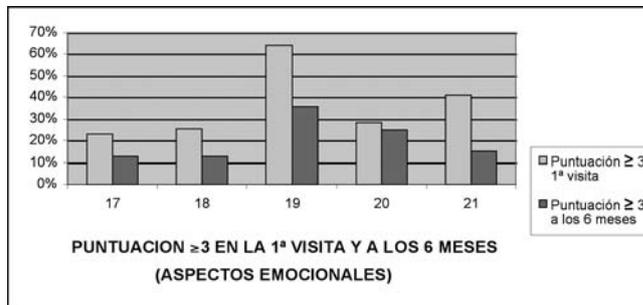


Figura 8

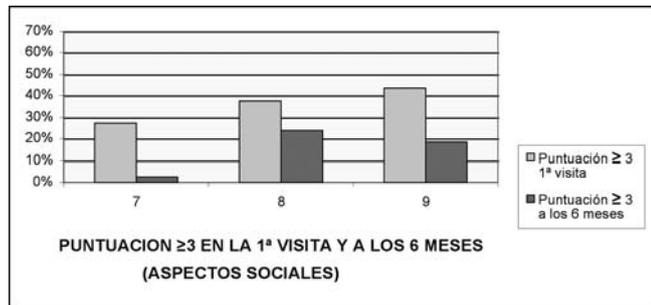
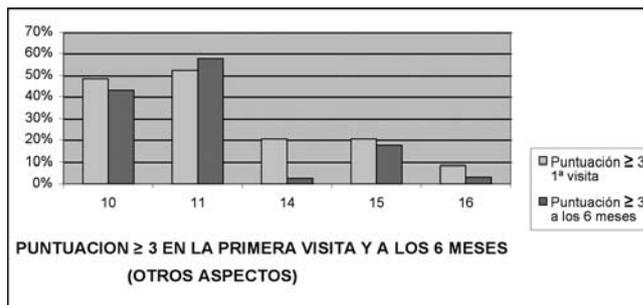


Figura 10



Respecto al número y porcentaje de pacientes que cambian en su percepción de la enfermedad los datos reflejan:

- En la mayoría de las cuestiones mejoran más del 50 % de los pacientes y sólo hay mejoría por debajo de este porcentaje en cuatro preguntas (8, 10, 11 y 20).
- Los pacientes que perciben empeoramiento no superan el 20 % en la mayoría de los ítems y sólo aumenta este porcentaje en cuatro respuestas (3, 11, 13 y 19).

- Al relacionar estadísticamente los que perciben mejoría con los que refieren empeoramiento obtenemos significación estadística en todos los ítems, excepto en el 10 y 11 que corresponden a la actividad sexual y la dieta. (Figura 11)

Discusión y conclusiones

Registramos un alto índice de exclusión en el estudio por diversas causas: hubo pacientes que fueron remitidos a la UIC con la presunción diagnóstica de

Figura 11

Preguntas de cuestionario Minnesota (MLWHF)	1ª visita Puntuaban >= 3	A los 6 m Puntuaban <= 2 (perciben mejoría)	1ª visita Puntuaban <= 2	A los 6 m Puntuaban >= 3 (perciben Empeoramiento)	Casos perdidos	Significación P (datos de los 6 meses)
1.- Le ha provocado hinchazón de tobillos, piernas, etc?	10	10 (100%)	30	0 (0%)	0	0,000
2.- Le ha obligado a sentarse o tumbarse a descansar durante el día?	17	13 (76,5%)	21	3 (14,3%)	2	0,000
3.- Le ha costado caminar o subir escaleras?	21	14 (66,7%)	18	5 (27,8%)	1	0,025
4.- Le ha costado hacer el trabajo de la casa o del jardín?	19	11 (57,9%)	18	1 (5,6%)	3	0,001
5.- Le ha sido difícil ir a sitios alejados de su casa?	22	14 (63,6%)	17	3 (17,6%)	1	0,004
6.- Le ha costado dormir bien por la noche?	13	10 (76,9%)	26	2 (7,7%)	1	0,000
7.- Le ha costado relacionarse o hacer cosas con su familia o amigos?	11	10 (90,9%)	28	0 (0%)	1	0,000
8.- Le ha sido difícil ejercer su profesión?	10	4 (40,0%)	18	1 (5,6%)	12	0,041
9.- Le ha costado realizar sus pasatiempos, deportes o aficiones?	16	11 (68,8%)	21	2 (9,5%)	3	0,000
10.- Le ha dificultado su actividad sexual?	15	4 (26,7%)	18	3 (16,7%)	7	0,674
11.- Le ha obligado a comer menos de las cosas que le gustan?	20	3 (15%)	18	5 (27,8%)	2	0,438
12.- Le ha provocado que le falta el aire al respirar?	18	13 (72,2%)	21	3 (14,3%)	1	0,000
13.- Le ha hecho sentirse cansado, fatigado, o con poca energía?	18	13 (72,2%)	22	6 (27,3%)	0	0,005
14.- Le ha obligado a permanecer ingresado en el hospital?	8	8 (100%)	30	1 (3,3%)	2	0,000
15.- Le ha ocasionado gastos adicionales por su enfermedad?	8	5 (62,5%)	31	4 (12,9%)	1	0,009
16.- Los medicamentos le han causado algún efecto secundario?	2	2 (100%)	32	1 (3,1%)	6	0,005
17.- Le ha hecho sentirse una carga para su familia o amigos?	9	5 (55,6%)	29	1 (3,4%)	2	0,001
18.- Le ha hecho sentir que perdía el control sobre su vida?	10	5 (50%)	29	0 (0%)	1	0,000
19.- Le ha hecho sentirse preocupado?	24	13 (54,2%)	14	3 (21,4%)	2	0,049
20.- Le ha costado concentrarse o acordarse de las cosas?	11	4 (36,4%)	28	3 (10,7%)	1	0,083
21.- Le ha hecho sentirse deprimido?	16	11 (68,8%)	23	1 (4,3%)	1	0,000

IC que no padecían esta enfermedad y fueron dados de alta. Otros a fecha de marzo 2007 no cumplían la visita a los seis meses. Varios pacientes se perdieron porque no tenían la primera o la visita de los seis meses completa ya fuera por problemas físicos y no pudieron realizar el test de la caminata de seis minutos o por problemas de otra índole que les impidió contestar alguno de los dos cuestionarios MLWHF.

Respecto al peso, talla, perímetro abdominal y el resultado del cálculo de IMC no existen cambios significativos y creemos que es debido a que seis meses es poco tiempo para lograrlo.

Los pacientes muestran una mejora en lo que respecta al ejercicio físico y así lo confirma el incremento en los metros caminados en la prueba de la caminata de los seis minutos: se cansan menos. Puede ser debido a que, en la UIC, se les concientiza de la importancia de que cada día realicen alguna actividad, sobre todo caminar en la medida de sus posibilidades. Hay estudios⁷ que corroboran la utilidad del test de los 6 minutos para evaluar la capacidad funcional; obtienen una mejora después de realizar rehabilitación.

Las respuestas obtenidas con el cuestionario MLWHF muestran una mejora evidente en la calidad de vida de los pacientes que acuden a la UIC tras una terapia educacional específica dirigida a realizar una correcta dieta, un ejercicio físico adecuado, un cumplimiento terapéutico estricto y un aprendizaje en la interpretación de los síntomas de su enfermedad y de alarma.

Nos hemos centrado más en el estudio de los resultados de las puntuaciones del cuestionario MLWHF intentando conocer las mejoras de los pacientes. En general se obtienen mayores puntuaciones en las respuestas de la primera visita que en la segunda, observando que en la mayoría de ítems, un porcentaje de pacientes que responden negativamente en el primer cuestionario, mejoran significativamente en el segundo. Esto puede ser debido al mayor control en una unidad especializada: se le ofrece educación sanitaria individualizada, se le controla la medicación, acude a consulta más a menudo, además aumenta su seguridad ya que en cualquier momento se puede poner en contacto con algún miembro del equipo de la UIC y tienen una mayor accesibilidad ante cualquier problema.

Como se ha descrito en otros estudios⁵, vemos que las preguntas referentes al sexo y al trabajo obtienen unas puntuaciones bajas o no son contestadas, pu-

diendo ser debido a que, mayoritariamente, estos pacientes son mayores de 65 años, su actividad sexual queda en un segundo plano y están jubilados o prejubilados por su enfermedad.

No hemos encontrado estudios que realicen una comparación en el tiempo de la calidad de vida del paciente mediante el cuestionario MLWHF.

La IC es la tercera causa de muerte por enfermedad cardiovascular además de una de las causas más frecuentes de morbilidad y carga hospitalaria por lo tanto es importante el trabajo que se realiza en las UIC para controlar estos pacientes y mejorar en lo posible su calidad de vida al tratarse de una enfermedad crónica. Numerosos estudios⁹ coinciden en describir que un seguimiento en la UIC disminuye los reingresos hospitalarios de estos pacientes y en consecuencia se aumenta la calidad de vida de los mismos.

Autogestionar la propia IC puede ser para muchos enfermos, muy complicado. Es frecuente que un enfermo tome más de seis medicamentos además de vigilar el peso, la dieta y los signos de descompensación. Por esto, creemos que la atención adicional de enfermería es tan importante para mantener al enfermo estable y sin reingresos como la actuación del médico.

Una UIC especializada desde el punto de vista de enfermería, permite mejorar no sólo la calidad de vida de los pacientes sino su percepción de la enfermedad. Resultados como éstos animan a fomentar la creación de estas unidades para mejorar la atención sanitaria de nuestros pacientes.

Referencias

1. Murray JJ, Stewart S. Epidemiology, Aetiology, and prognosis of heart failure. *Heart* 2000; 83:596-602
2. ACC/AHA 2005: Actualización de las directrices sobre diagnóstico y manejo de la insuficiencia cardíaca crónica en el adulto; 11
3. Swedberg K et al. Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica. *Rev Esp Cardiol* 2005; 58: 1062-1092
4. Byron k Lee, MD., Aug. 15, 2006, *Annals of Internal Medicine*
5. Parajón T, Lupón J, González B. Aplicación en España del cuestionario sobre calidad de vida "Minnesota Living With Heart Failure" para la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57(2): 155-160
6. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN, Patients self assessment of their congestive heart failure: II. Content, reliability and validity of a new measure-the Minnesota Living with Failure questionnaire. *Heart Failure* 1987; 3:198-209.
7. Hernández R, Ponce E, Salazar Y, Aguilar E, Agramante S. Utilización del test del terreno para evaluar la capacidad funcional en pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Revista digital - Buenos Aires - Año 10 - N° 81 - Febrero de 2005*
8. Anguita M., Características clínicas, tratamiento y morbimortalidad a corto plazo de pacientes con insuficiencia cardíaca controlados en consultas específicas de insuficiencia cardíaca. Resultados del Registro BADAPIC *Rev Esp Cardiol* 2004; 57: 1159 - 1169