



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA
Trabajo Fin de Grado



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

- Estudio de investigación sobre la calidad de vida en personas con Insuficiencia Cardíaca

Autor/a: Cristina Cabrero González

Tutor/a: Juan Pablo Torres Andrés

UVa

Universidad de Valladolid



ÍNDICE

1. Autores	
2. Resumen/Abstract	
3. Introducción.....	página 1
3.1. Marco de referencia.....	página 3
3.1.1. Descripción del problema.....	página 3
3.2. Justificación.....	página 5
3.3. Problema.....	página 6
3.4. Objetivo de la investigación.....	página 6
3.4.1. Objetivo general.....	página 6
3.4.2. Objetivos específicos.....	página 7
4. Material y Métodos.....	página 7
4.1. Instrucciones dadas por la autora a ambas muestras para una adecuada recolección de datos.....	página 9
5. Resultados.....	página 10
6. Análisis de los resultados.....	página 18
7. Conclusiones.....	página 22
8. Bibliografía.....	página 24
9. Anexos.....	página 26

ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

1. Autores

Cabrero González C, estudiante de Grado de enfermería en cuarto curso de la Facultad de Enfermería de Valladolid, Universidad de Valladolid (UVA).

2. Resumen

La incidencia y prevalencia de la insuficiencia cardiaca (IC), en función del envejecimiento de la población, ha ido en aumento en los últimos años. Según estudios actuales, la prevalencia de la IC se encuentra entre un 2-3%, llegando a ser de entre el 10-20% en personas de 70 y 80 años.

Por otro lado, el consumo de recursos sanitarios atribuible a esta enfermedad es muy elevado. Desde hace décadas, la IC ha sido causa del 3-5% de los ingresos hospitalarios en nuestro país, y es la primera causa de hospitalización de mayores de 65 años. Se estima que un 2% del gasto sanitario en países desarrollados se destina a la IC. (Revista Española de Cardiología, 2006)

Por todo esto, el objetivo del estudio será evaluar la calidad de vida de personas con insuficiencia cardiaca que acuden a consulta o se encuentran ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, y poder compararlos con personas que no sufran ningún tipo de enfermedad coronaria. Todo ello realizado con encuestas validadas (MLWHFQ) que las personas rellenarán de forma voluntaria, para poner en práctica o modificar, en cuanto al profesional de enfermería se refiere, los cuidados que debemos llevar a cabo valorando cuales son las esferas de su vida cotidiana más afectadas por la patología.

Palabras clave: Insuficiencia Cardiaca, calidad de vida, Test Minnesota, atención Enfermera.

2. Abstract

In the last year's heart failure incidence and prevalence, in accordance with population aging, it has been increasing. In actual studies, heart failure prevalence is between 2-3%, but it can be around 10-20% in people who have 70-80 years old. (2006, Revista Española de Cardiología).

In the other hand, health resources consummation is very high. Decades ago, heart failure has been the reason of 3-5% hospital admissions in our country, and it is the first cause of hospitalizations in old people. Is believed 2% health spending in development countries is because heart failure.

The objective with our study is to evaluate patient quality of life and to compare the results with people who haven't got any heart disease. All that is realize with MLWHFQ which will be voluntary for the population. From now the sanitary personal will can practise or change some cares valuing which aspects of their lives are wrong.

Key-words: Heart failure, quality of life, nursing attention, Test Minnesota

3. INTRODUCCIÓN

La incidencia y prevalencia de la insuficiencia cardíaca (IC), en función del envejecimiento de la población, ha ido en aumento en los últimos años. Según estudios actuales, la prevalencia de la IC se encuentra entre un 2-3%, llegando a ser de entre el 10-20% en personas de 70 y 80 años.

Por otro lado, el consumo de recursos sanitarios atribuible a esta enfermedad es muy elevado. Desde hace décadas, la IC ha sido causa del 3-5% de los ingresos hospitalarios en nuestro país, y es la primera causa de hospitalización de mayores de 65 años. Se estima que un 2% del gasto sanitario en países desarrollados se destina a la IC, y no parece que haya tendencia a la reducción de ingresos por IC en la última década. (Datos obtenidos de la Revista Española de Cardiología). La IC es una afección que puede ser causada por problemas múltiples del corazón, y lo que conlleva a que este músculo no pueda bombear suficiente sangre oxigenada al resto del cuerpo debido a que el miocardio está afectado ya sea por causas isquémicas o inflamatorias. Dentro de las diferentes causas de sufrir esta patología se pueden distinguir varios tipos de IC (izquierda o derecha, compensada o descompensada, aguda o crónica, congestiva) y existe una clasificación en función de la afectación de la enfermedad en cada paciente, descrita por la New York Heart Association (NYHA), en la cual se engloban en cuatro grados los pacientes con IC (el grado I supondría la afectación más leve casi sin síntomas y el grado IV el que presenta una mayor gravedad y riesgo para la vida de la persona).

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL NYHA	
Clase I	No limitación de la actividad física. La actividad ordinaria no ocasiona excesiva fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
Clase II	Ligera limitación de la actividad física. Confortables en reposo. La actividad ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
Clase III	Marcada limitación de la actividad física. Confortables en reposo. Actividad física menor que la ordinaria ocasiona fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.
Clase IV	Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin disconfort. Los síntomas de insuficiencia cardíaca o de síndrome anginoso pueden estar presentes incluso en reposo. Si se realiza cualquier actividad física, el disconfort aumenta.

A partir de la descripción del problema, es importante recordar que el paciente con insuficiencia cardíaca es un ser humano que convive con un síndrome clínico que constituye la fase final de muchas enfermedades que afectan al corazón, entre ellas: enfermedad coronaria, diabetes, EPOC, hipertensión, dislipemia...y que, en general, solo es abarcado

desde el punto de vista médico, sin tener en cuenta otros muchos factores, que más allá de la dimensión física ya sea por disminución de la capacidad funcional, edemas, fatiga, reducción de la supervivencia; influyen en las dimensiones económicas, emocionales y sociales del paciente con IC promoviendo una visión más completa de la calidad de vida y atenciones que debemos llevar a cabo antes dicho individuo.

Para ello debemos definir qué es calidad de vida, ya que es un término muy subjetivo acerca del cual cada persona puede dar su propia opinión, resultando finalmente todas diferentes. Según la organización mundial de la salud (OMS) calidad de vida se define como “la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto que en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Es un concepto amplio que se ha dividido en áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente.

Pero aunque exista una definición validada y un extenso número de métodos y mecanismos para poder valorar la calidad de vida de diferentes grupos de población, es óptimo realizar una comparación entre dos grupos de individuos diferentes, como es el caso de este estudio en el cual se quiere evaluar las diferencias que puede haber entre la calidad de vida de una persona con IC y otra sin patología coronaria diagnosticada.

A partir de ello se desarrolló este estudio tipo descriptivo transversal (no existe continuidad en el eje del tiempo). El objetivo es conocer todos los casos de personas con una cierta condición en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron) comparativo con una muestra de 40 pacientes en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, hombres y mujeres mayores de edad, los cuales contestaron al instrumento de manera voluntaria, y a partir del cual se logró contribuir al conocimiento de las características y factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca que acuden a dicho hospital.

3.1. Marco de referencia

3.1.1. Descripción del problema

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

La longevidad y los avances en los tratamientos han conducido a un incremento en la prevalencia de la enfermedad cardíaca.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), de un total de 387.911 defunciones en nuestro país en el año 2011, 17.089 fueron causadas por insuficiencia cardíaca, es decir, el 4,4%. De ese total el 5,9% fueron mujeres.

La supervivencia es del 50% a los 5 años del diagnóstico. En nuestro país, la IC es la tercera causa de mortalidad cardiovascular, detrás de la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular, suponiendo el 15% de todas las muertes cardiovasculares, (datos obtenidos de la Revista Española de Cardiología, 2004)

Los datos más detallados de la incidencia de la insuficiencia cardíaca disponibles en el mundo proceden del estudio de Framingham. La incidencia de la insuficiencia cardíaca aumenta con la edad y alcanza el 1% al año en los sujetos mayores de 65 años. La incidencia es 2 veces mayor en los sujetos hipertensos que en los normotensos, y 5 veces mayor en los sujetos que han tenido un infarto de miocardio que en los que no lo han tenido.

A pesar de estos datos, el conocimiento de la IC y sus determinantes por parte de la población es escaso.

Por lo que existe una evidencia acentuada de 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.

La ubicación de este hospital se encuentra en la avenida Ramón y Cajal, número 3 de la provincia Castellano-leonesa de Valladolid.



Los objetivos principales de la gran mayoría de ensayos clínicos referentes a la IC se centran en aspectos como la mortalidad, hospitalizaciones o disfunción ventricular. Sin embargo, la calidad de vida de estos pacientes es uno de los ámbitos más importantes a abarcar ya que es una de las enfermedades crónicas que mayor repercusión tiene sobre la calidad de vida y así mismo, se considera la importancia vital de la intervención de enfermería, que como afirman en el estudio de Montoya Aguirre y colaboradores: “permite mejorar no solo la calidad de vida de los pacientes sino su percepción de la enfermedad”.

Estos resultados animan a fomentar el estudio de la calidad de vida ya que, además de que la condición física de los pacientes está disminuida por síntomas y signos como disnea, fatiga, edemas y pérdida de masa muscular, debemos sumar las limitaciones en la dieta, las dificultades para realizar el trabajo habitual, la progresiva falta de autonomía, los efectos secundarios de los medicamentos y los ingresos hospitalarios recurrentes, que provocan que la calidad de vida se deteriore progresivamente.

Existen varios instrumentos para evaluar el impacto de los factores que influyen en el deterioro de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca, entre ellos y el empleado en nuestro estudio: el Minnesota Living Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ) que es un cuestionario específico creado por Rector et al en 1987 para evaluar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca, midiendo tres dimensiones básicas: limitación física, función emocional y económica del ser humano llevando a un análisis propio de la enfermedad y su evolución. Este cuestionario ha sido validado mediante varios estudios como herramienta de medida de la respuesta al tratamiento médico, y su utilidad se ha evaluado en distintos países e idiomas. Desde entonces se ha empleado en múltiples ensayos clínicos en los que se ha incluido la calidad de vida como objetivo principal.

3.2. Justificación

En el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, dónde se encuentra la Unidad de Insuficiencia Cardíaca situada en la planta 7ª Sur con 10 camas de hospitalización.

La actividad ambulatoria está compuesta de una consulta médica (martes y miércoles) y una consulta de enfermería. Se atiende a una población de unos 300 pacientes.

Las actividades que lleva a cabo la Unidad comprenden entre la atención hospitalaria, consultas de insuficiencia cardíaca en la que se atienden a unos 400 pacientes al año, educación sanitaria en la consulta de enfermería, hasta la docencia e investigación.

Su labor investigadora del es continuada y variada. Uno de los proyectos más importantes que llevan a cabo es la investigación en terapia celular para poder dar respuesta a los problemas de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica isquémica.

La actuación del servicio de Cardiología es un referente en toda nuestra comunidad en el ámbito terapéutico y diagnóstico en los pacientes afectados con insuficiencia cardíaca, pero, ¿qué ocurre con la calidad de vida de dichos pacientes? Los aspectos psicológicos, emocionales o económicos no son tan estudiados como los avances en medicina que se pueden realizar, aún siendo lo más importante que se debería cubrir, conociendo el ambiente en el que se desenvuelve el paciente, la esfera de su vida que está más afectada y de ahí nace la importancia de este estudio, que oriente al cuidado y atención especializada a cada paciente para que en el futuro pueda obtenerse una reducción tanto de los ingresos o reingresos hospitalarios y de los costos en su atención sanitaria.

Por otra parte también debemos tener en cuenta que debido al aumento de la esperanza de vida de la población española, se observa un crecimiento del padecimiento de insuficiencia cardíaca en la sociedad, afectando tanto a hombres como mujeres, generalmente aunque no siempre, de avanzada edad. Cada una de estas personas con diferentes niveles intelectuales, económicos, sociales...por lo que para cada uno de ellos el vivir con la enfermedad podrá ser visto de una forma subjetiva a criterio de su situación y de la gravedad a la que haya podido llegar la patología.

Siempre debemos atender al metaparadigma enfermero en el cual abarcaremos los cuatro conceptos clave que este agrupa como son en primer lugar la persona, en este caso los pacientes que padecen Insuficiencia Cardíaca, en segundo lugar el entorno referente a las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a dichas

personas; en tercer lugar la salud, que es a lo que hace frente la enfermera como cuidadora en función del grado de bienestar o enfermedad experimentada por la persona; y finalmente, y como último concepto pero no menos importante, las actividades, características y atributos del profesional enfermero que proporcionará los cuidados a los pacientes.

En cuanto al concepto de salud, definido como “grado de bienestar” tomaremos como referencia la teoría de las necesidades de A. Maslow, ya que según el psicólogo, si las necesidades fisiológicas, de seguridad, aceptación social y autoestima están cubiertas, se lograría llegar a un estado de autorrealización el cual se traduce en la jerarquización de las necesidades de Virginia Henderson (1960) en un completo bienestar con todos los aspectos de la vida de la persona cubiertos de forma óptima. Esto es lo que intentaremos conseguir con nuestro estudio a través de conocer cuales de estos aspectos de la vida de los pacientes son afectados negativamente por la enfermedad coronaria.

Por tanto, este estudio será importante en la medida de que el personal de enfermería detecte la influencia de los factores que influyen negativamente y que además son modificables sobre la calidad de vida en los pacientes que viven con insuficiencia cardiaca; al obtener el grado de severidad en los cuales, mientras más alta puntuación se obtenga en las dimensiones física, emocional y económica existirá un mayor compromiso en la calidad de vida de estas personas.

3.3. Problema

Necesidad de conocer los factores que influyen y afectan negativamente a los pacientes que sufren Insuficiencia Cardiaca en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

3.4. Objetivos de la investigación

3.4.1. Objetivo general

Determinar los aspectos de la vida de los pacientes en los que mayor incidencia presenta la insuficiencia cardiaca utilizando el Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ).

3.4.2. Objetivos específicos

- Comparar la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca y personas que no padezcan ninguna patología coronaria.
- Evaluar la afectación de los factores negativos que influyen en la calidad de vida del paciente con Insuficiencia Cardíaca en función del sexo.
- Evaluar la afectación de los factores negativos que influyen negativamente en la calidad de vida del paciente con Insuficiencia Cardíaca en función de la edad.

4. Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal de carácter comparativo, ya que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal y en el cual se comparan dos muestras de la población, cuyos criterios de inclusión fueron: pacientes con Insuficiencia Cardíaca sin especificar la etiología y de cualquiera de los estadios de la NYHA principalmente con grados II Y III, que acudieron a consultas externas de seguimiento de Insuficiencia Cardíaca (7ª planta orientación Sur) o que permanecían ingresados (7ª planta orientación Norte) en el servicio de cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Desde el mes de Febrero al mes de Abril de 2014, se acudió al servicio de cardiología e insuficiencia cardíaca todos los martes y miércoles, por las mañanas, de cada semana para la captación de los pacientes, cuya participación en el estudio fue voluntaria previa información y entrega y firma de un consentimiento informado (Anexo 3). Al igual que el consentimiento de la realización del estudio en dicho hospital fue aceptado previo escrito por el Jefe del Servicio de Cardiología, la Supervisora del Servicio y el Comité de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (Anexos 2). Las visitas a la unidad perduraron hasta la obtención de una muestra de 40 pacientes, la cual era el objetivo desde un principio, con la ayuda y colaboración de las respectivas enfermeras y médicos que desempeñan su trabajo en la unidad de Insuficiencia Cardíaca.

También se tuvo que obtener otra muestra de personas sin patología coronaria simétrica, en cuanto a sexo y edad, a la obtenida por los pacientes. En dicha muestra no se excluyeron a personas con HTA (hipertensión arterial) ya que la muestra de pacientes tenía una media de avanzada edad y casi era imposible encontrar ancianos entre 75-85 años sin esta patología.

También se obtuvieron 40 personas “sanas” para esta muestra en el ámbito normal de su vida cotidiana, no en el ámbito hospitalario, y previamente con la información pertinente y el consentimiento informado (Anexo 3) para que colaboraran voluntariamente en este estudio.

Se realizaron dos muestras para según los resultados obtenidos en nuestro estudio poder comparar la percepción de calidad de vida de unos y de otros, evaluando en que aspectos de su vida podía haber mayor diferencia siendo de forma positiva o negativa.

Para ello se empleó el cuestionario MLWHF (Minnesota Living With Heart Failure) (Anexo 1) el cual fue diseñado en 1987 para medir los efectos de la IC y su tratamiento sobre la calidad de vida. Fue pedido el consentimiento de empleo del cuestionario a la Universidad de Minnesota, para fines únicamente docentes e investigadores. Una vez sido concedido dicho consentimiento se llevó a cabo la traducción al español.

El cuestionario incluye 21 ítems, los cuales van orientados a evaluar el modo en el que la IC puede afectar a las esferas física, emocional, social, sexual y económica de la calidad de vida del paciente.

Cada pregunta tiene seis respuestas posibles, del cero al cinco, según una escala Likert. En ella el cero significa que el paciente no está afectado por lo que haga referencia el ítem en cuestión, y el cinco que representa la máxima puntuación especificando que el paciente ha estado o está muy afectado. Los valores posibles abarcan desde cero a 105, resultado de la suma de todas las respuestas dadas por un paciente o persona sana en el mismo cuestionario, es decir, a mayor puntuación mayor compromiso en la calidad de vida por las dimensiones que se describen y se evalúan en el cuestionario. Con puntuaciones de 35 y menos existe un compromiso leve, de 36 a 70 puntos el compromiso sería moderado y de 71 a 105 puntos el compromiso es severo. Específicamente según las dimensiones de la vida de los individuos, si en la física obtenemos un resultado menos a 13 puntos, correspondería a un compromiso leve, si fuera entre 14 y 25 puntos, un compromiso moderado y entre 26 y 40 puntos, un compromiso severo. Respecto a la esfera emocional, menos de 8 puntos, compromiso leve; entre 9 y 16 puntos, compromiso moderado y entre 17 y 25 puntos, compromiso severo. Y finalmente con la esfera económica, si el resultado es menor de 5 puntos, corresponde a un compromiso leve; entre 6 y 10 puntos, un compromiso moderado y entre 11 y 15 puntos, un compromiso severo.

El paciente pudo responder al cuestionario solo o acompañado de un familiar.

Se podrán analizar los 21 ítems de forma individual, pero es el caso de este estudio se ha preferido agrupar los referidos a una misma esfera de la vida de los pacientes de la siguiente forma:

- Aspectos físicos : ítems del 2 al 7 y 12-13
- Aspectos emocionales: ítems 17 al 21
- Aspectos económicos: ítems 8-14 y 15

El ítem número 1 no será evaluable aunque podría incluirse como aspecto físico, ya que muchas otras patologías pueden ocasionar este síntoma, y no sería muy fiable en cuestión del estudio de la insuficiencia cardiaca.

El instrumento MLWHF se empleó de la misma forma con la muestra de personas sanas, con la el correspondiente consentimiento informado (Anexos 1 y 3)

La fiabilidad de este instrumento se ha medido teniendo en cuenta la relación de la clase funcional del individuo evaluado y los síntomas descritos, a través del coeficiente alfa de Cronbach, que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida y cuya denominación fue hecha por Cronbach en 1951. Es una media ponderada de las correlaciones entre los ítems que forman parte de la escala.

Para la recopilación y análisis de los datos se empleó el programa SPSS y Excel y para el desarrollo del estudio se utilizaron los programas informáticos de Microsoft Word y Power Point.

4.1. Instrucciones dadas por los autores a ambas muestras para una adecuada recolección de datos

- Los participantes en el estudio deberán leer y firmar ante todo el consentimiento informado donde se les informará detalladamente la finalidad del estudio y que todos los datos personales serán tratados bajo la Ley Española de Protección de Datos (Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre), para corroborar que su participación es completamente voluntaria y desinteresada.

- Si los participantes no entendieran alguno de los aspectos que se explican en el consentimiento, procederemos a informales personal e individualizadamente de cualquiera de las dudas que planteen.
- Se leerá al paciente el párrafo introductorio del cuestionario para que entiendan sobre qué aspectos tratan las preguntas del mismo.
- Puede ser necesario leerle la primera pregunta y explicarle como puede contestarla “Si no le ha ocurrido, marque el cero para indicar que no tuvo este problema durante el último mes”. Se explicará a cada persona que si tuvo dichos síntomas, fueron ocasionados por otra causa diferente a la insuficiencia cardíaca deberá marcar el cero. Por otra parte si padeció los síntomas y el individuo está seguro que fue por la patología coronaria, le pediremos que mida cual fue el grado de afectación que experimento desde el 1 al 5 en la escala.
- Deberán responder al cuestionario sin interrupciones a las preguntas del cuestionario para evitar el sesgo de la información.
- El cuestionario puede ser leído a la persona, debido a problemas intelectuales, visuales o simplemente por la avanzada edad, pero en ningún momento se debe interpretar sus gestos, para ello se deberá mostrar la escala para que éste escoja el valor que más se adecue con su estado personal.
- Debemos asegurarnos inmediatamente después de la entrega del cuestionario que solamente existe una respuesta por cada pregunta y que todas estén contestadas, además de cerciorarnos que la edad del individuo también aparece.

5. Resultados obtenidos

Se realiza un análisis de fiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. Esta prueba es un modelo de consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems. Entre las ventajas de esta medida, se encuentra la posibilidad de evaluar cuánto mejoraría (o empeoraría) la fiabilidad de la prueba si se excluyera un determinado ítem.

El mayor valor teórico de Alfa es 1 y, en general, 0,80 se considera un valor aceptable. El coeficiente Alfa de Cronbach que se ha obtenido en el test es de 0,915 lo que implica una gran confiabilidad a partir de una gran consistencia interna de los ítems al ser un valor cercano a la unidad se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,915	,911	21

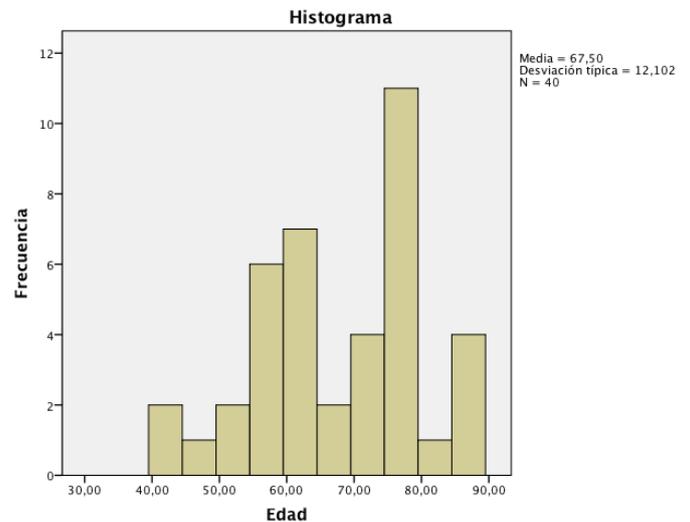
Se analizó un total de 40 pacientes, los cuales participaron en el estudio de forma voluntaria durante los meses de febrero a abril de 2014, de los cuales el 67,5% son hombres y el 32,5% mujeres.

La media de edad obtenida ha sido de 67,5 \pm 12.10 años.

En los resultados que obtengamos sobre la muestra de pacientes debemos tener en cuenta que los pacientes que tengas grado

I de la NYHA, apenas tendrán síntomas, mientras que los de grado II y III pueden tener síntomas muy severos o muy mal estado emocional en función de la perspectiva de la persona y del control terapéutico que sigan.

El grado de la IC según la NYHA no ha sido especificado por pacientes en el estudio, sino que se realizó una evaluación global de la calidad de vida de los individuos.



Puntuación asignada a partir de los resultados obtenidos al aplicar el MLWFQ y grado de compromiso en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca.

Principalmente analizaremos rápidamente pregunta por pregunta del cuestionario MLWHFQ que tienen mayor relevancia para la clasificación en la afectación de los aspectos económicos, emocionales y físicos en la vida de los pacientes con IC. Tras ello evaluaremos, de forma general, la calidad de vida de los pacientes por aspectos de la vida cotidiana según está explicado en la metodología empleada.

Recordamos brevemente que las puntuaciones se responden del 0 al 5, en función de la afectación que tenga el paciente que sufre Insuficiencia Cardiaca, siendo el 0 que nunca le ha

ocurrido; una respuesta menos que 3 sería que le ha ocurrido poco; y mayor de 3, que le ha ocurrido en muchas ocasiones.

Comenzaremos analizando los **aspectos físicos** (ítems 2 a 7, 12 y 13)

En el ítem número 2 dónde se pregunta: ¿Le ha obligado a sentarse o tumbarse a descansar durante el día?; el 27,5 % de los pacientes contestó que no, un 17,5% dijo que pocas veces (considerando pocas veces las respuestas del 1 al 3) y un 55% afirmó que muchas veces (considerando las respuestas 4 y 5)

Respecto al ítem número 3 ¿Le ha costado caminar o subir escaleras?; un 15% respondió que no, un 17,5 % pocas veces y un 57,5% muchas veces.

A la pregunta número 4, ¿Le ha costado hacer el trabajo de casa o del jardín?; un 37,5% de los encuestados contestó que no, un 25% pocas veces y un 37,5% muchas veces.

En el ítem número 5, ¿Le ha sido difícil ir a lugares alejados de su casa?; el 22,5% afirmó que no, 22,5% pocas veces y el 55% muchas veces.

La pregunta: ¿Le ha costado dormir bien por la noche?; ítem número 6, obtuvo unos resultados en los que al 42,5% no les afectaba, al 25% pocas veces y al 32,5% muchas veces.

En cuanto al ítem número 7: ¿Le ha costado relacionarse o hacer cosas con su familia o amigos?; los resultados obtenidos fueron: 75% no tuvieron ningún problema en este aspecto, el 17,5% pocas veces y el 7,5% muchas veces.

Analizando el ítem número 12: ¿Le ha provocado que le falta el aire al respirar?; al 30% de los enfermos no les faltó el aire al respirar mientras que al 12,5% alguna vez y al 57,5% muchas veces.

A la pregunta número 13: ¿Le ha hecho sentirse cansado, fatigado o con poca energía?; el 17,5% de la muestra contestó que no, el 20% pocas veces y el 62,5% muchas veces.

Utilizando el programa informático SPSS, si obtenemos un resultado menor a 13 puntos, correspondería a un compromiso leve, si fuera entre 14 y 25 puntos, un compromiso moderado y entre 26 y 40 puntos, un compromiso severo.

Los resultados obtenidos en relación con la esfera física de los pacientes a nivel general de nuestra muestra han sido:

- Compromiso leve (<13puntos): 13 pacientes (32,5%)
- Compromiso moderado (14-25 puntos): 11 pacientes (27,5%)
- Compromiso severo (26-40 puntos): 16 pacientes (40%)

Continuamos con los resultados de los **aspectos económicos** que corresponden con los ítems 8, 14 y 15.

En relación al ítem 8 donde se pregunta: ¿Le ha sido difícil ejercer su profesión?; el 40% de los pacientes respondió que no, el 7,5% en escasa relación y el 52% dijo que le fue muy difícil ya que debido a su patología coronaria tuvieron que ser jubilados.

En el ítem 14: ¿Le ha obligado a ingresar en el hospital?; el 25% no estuvo nunca ingresado, el 25% pocas veces y el 50% muchas veces con hospitalizaciones de varios días.

En la pregunta: ¿Le ha ocasionado gastos adicionales por su enfermedad?; el 52,5% afirma que no ya que los fármacos o tratamientos que emplean están cubiertos por la Seguridad Social Española, 40% dice que aunque poco si que supone un gasto económico y el 7,5% refiere tener bastantes gastos debido a su enfermedad.

Según las respuestas recogidas en relación a la esfera económica, si el resultado es menor de 5 puntos, corresponde a un compromiso leve; entre 6 y 10 puntos, un compromiso moderado y entre 11 y 15 puntos, un compromiso severo, por lo que los resultados obtenidos son:

- Compromiso leve (<5 puntos): 16 pacientes (40%)
- Compromiso moderado (6-10 puntos): 13 pacientes (32,5%)
- Compromiso severo (11-15 puntos): 11 pacientes (27,5%)

Finalmente los **aspectos emocionales o psicológicos** son los que se abarcan desde la pregunta 17 a la 21.

En el ítem número 17: ¿Le ha hecho sentirse una carga para su familia y amigos?; el 72,5% respondió que no, el 15% que pocas veces y el 12,5% se sienten una carga para su familia.

A la pregunta número 18: ¿Le ha hecho sentir que perdía el control sobre su vida?; el 45% contestó que no, el 22,5% que alguna vez y el 32% que sentían perder el control sobre su vida en muchas ocasiones, especialmente cuando les diagnosticaron la enfermedad.

En la pregunta 19 donde se cuestiona: ¿Le ha hecho sentirse preocupado?; el 22,5% dijo que no,

ya que asumían y llevaban bien la enfermedad, el 15% en escasas ocasiones y el 62,5% en muchas ocasiones.

Respecto al ítem 20: ¿Le ha costado concentrarse o acordarse de las cosas?; el 52,5% de los encuestados afirma que no, el 30% que pocas veces y el 17,5% muchas veces.

Y finalmente en el ítem número 21: ¿Le ha hecho sentirse deprimido?; el 37,5% asegura que no, el 22,5% pocas veces y el 40% muchas veces.

Respecto a la esfera emocional, menos de 8 puntos, equivale a un compromiso leve; entre 9 y 16 puntos, a un compromiso moderado y entre 17 y 25 puntos, un compromiso severo, y analizando lo obtenido en nuestro estudio los resultados son:

- Compromiso leve (<8 puntos): 19 pacientes (47,5%)
- Compromiso moderado (9-16 puntos): 14 pacientes (35%)
- Compromiso severo (17-25 puntos): 7 pacientes (17,5%)

Después de la obtención de los resultados totales por preguntas y esferas de la vida personal de los pacientes, realizaremos el **cómputo global del compromiso percibido** por cada individuo, con respecto a las respuestas totales registradas en el MLWHFQ. Como fue explicado en el apartado anterior, en función de las puntuaciones que cada paciente haya dado por ítem si se obtienen menos de 35 puntos, correspondería a un compromiso leve; entre 36 y 70, un compromiso moderado; y de 71 a 105 (puntuación máxima), compromiso severo.

Puntuación total de 35 o menos: compromiso leve = 15 (37,5%)

Puntuación total de 36 a 70: compromiso moderado = 20 (50%)

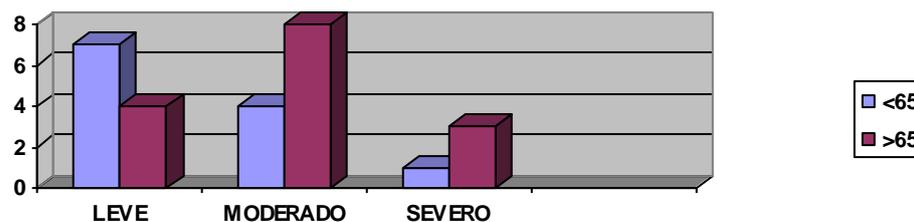
Puntuación total de 71 a 105: compromiso severo = 5 (12,5%)

Los resultados obtenidos a nivel general, es decir, correspondiente a las tres esferas de la vida de los pacientes que pueden ser afectadas por la Insuficiencia cardiaca, en función del sexo (hombres/mujeres) y la edad, distinguiendo dos grupos de edades (menores de 65 años y mayores de 65) son los siguientes:

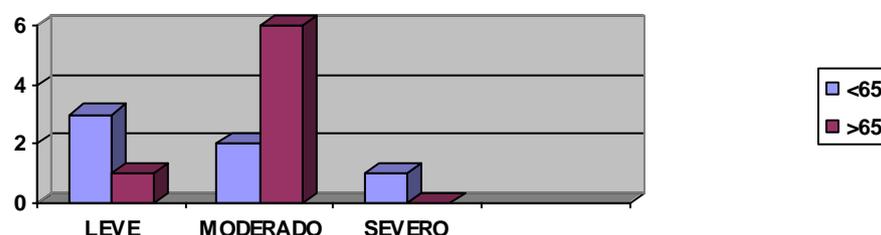
- En cuanto a los hombres:

En los menores de 65 años el compromiso leve representa el 58,3% de los encuestados, el 33,3% refiere un compromiso moderado y el 8,3% un compromiso severo.

En los mayores de 65 años, el 26,6% representa un compromiso leve, un 53,3% compromiso moderado y el 20% un compromiso severo.

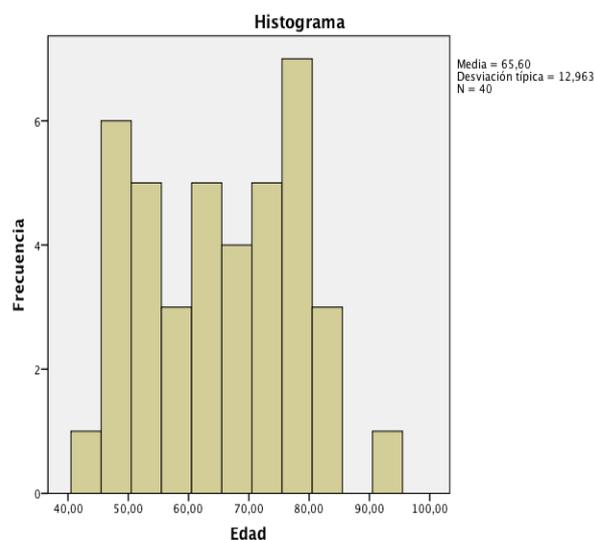


En relación a las mujeres, las menores de 65 años presentan en un 50% un compromiso leve, un 33,3% un compromiso moderado y un 16,6% compromiso severo. Mientras que las mayores de esa edad el 14,28% representan un compromiso leve y un 85,71% un compromiso moderado, ya que en ninguna se obtiene un compromiso severo.



Obtuvimos otra muestra de 40 personas sin ninguna patología coronaria, intentando ser lo más simétrica posible a la obtenida de pacientes con IC, en cuanto a edad y sexo.

En esta muestra el 57,5% son hombres y el 42,5% mujeres. La media de edad obtenida es de $65,6 \pm 12,96$ años.



En la muestra de personas sin enfermedad coronaria, también se preguntó las patologías crónicas, no relacionadas con el corazón, que pudieran padecer, como exclusión de la Hipertensión Arterial, ya que por la edad de la muestra la mayoría de los individuos iban a presentar dicha enfermedad debido a que con el envejecimiento se producen cambios en la función y estructura del árbol vascular, disminuyendo la elasticidad de los vasos sanguíneos tales como la arteria aorta. Estas patologías crónicas que los individuos nos contestaron fueron, a parte de la hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedades reumatológicas,

incluyendo artritis y artrosis.

Para esta muestra empleamos el mismo programa informático SPSS para recopilar los datos obtenidos. Además de la misma escala de puntuaciones para poder determinar el grado de compromiso y afectación en cada una de las esferas de la vida de los individuos encuestados.

Los resultados recogidos respecto a los aspectos físicos fueron:

- Compromiso leve (<13puntos): 40 pacientes (100%)
- Compromiso moderado (14-25 puntos): 0 pacientes (0%)
- Compromiso severo (26-40 puntos): 0pacientes (0%)

En cuanto a los aspectos económicos lo que pudimos observar fue.

- Compromiso leve (<5 puntos): 40 pacientes (100%)
- Compromiso moderado (6-10 puntos): 0 pacientes (0%)
- Compromiso severo (11-15 puntos): 0 pacientes (0%)

Analizando los aspectos emocionales los resultados obtenidos fueron:

- Compromiso leve (<8puntos): 39 pacientes (97,5%)
- Compromiso moderado (9-16 puntos): 1 paciente (2,5%)
- Compromiso severo (17-25 puntos): 0 pacientes (0%)

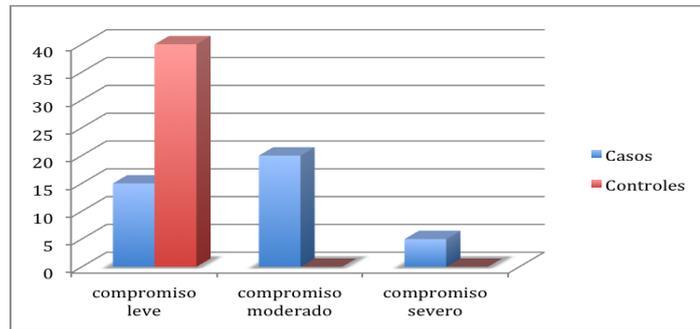
En el ámbito general de los resultados obtenidos en los individuos sin patología coronaria, obtuvimos que:

- **Puntuación total de 35 o menos: compromiso leve = 40 pacientes (100%)**
- **Puntuación total de 36 a 70: compromiso moderado = 0 pacientes (0%)**
- **Puntuación total de 71 a 105: compromiso severo = 0 pacientes (0%)**

En el punto de vista de esta muestra, no sería muy relevante realizar la diferencia que puede haber entre la afectación por sexos y edades ya que claramente no se puede valorar, a nivel general, que exista algún tipo de compromiso que ponga en alerta la calidad de vida de estas personas.

Teniendo recopilados los resultados de ambas muestras, ya sea por aspectos de la vida que pueden afectar a su calidad y a nivel global, hemos hecho una comparación de compromiso en pacientes con IC y personas sanas cardiológicamente según sexos y edades.

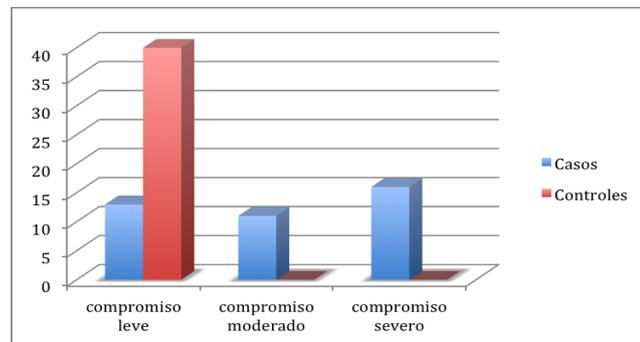
PUNTUACIÓN TOTAL



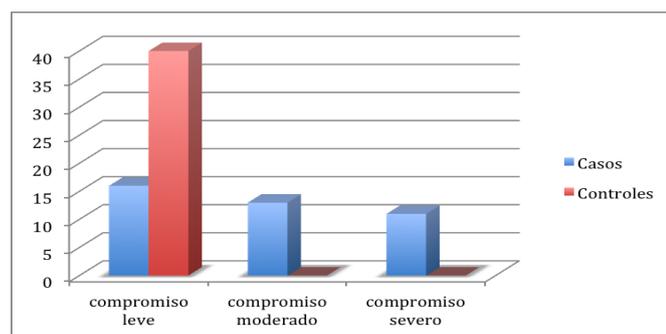
Claramente en los datos obtenidos respecto a las dos muestras, existe una gran diferencia en cuanto a afectación en las diferentes áreas de la vida cotidiana tanto en pacientes como en las personas sin patologías coronarias, observándose que en esta última muestra no existe ningún tipo de compromiso ni moderado, ni severo en lo que a calidad de vida se refiere.

A continuación podemos darnos cuenta que los mismos resultados se obtienen si realizamos la comparación casos-contróles en función de cada aspecto (físico, económico, emocional) que pudiera tener algún compromiso en la vida de los individuos de las muestras.

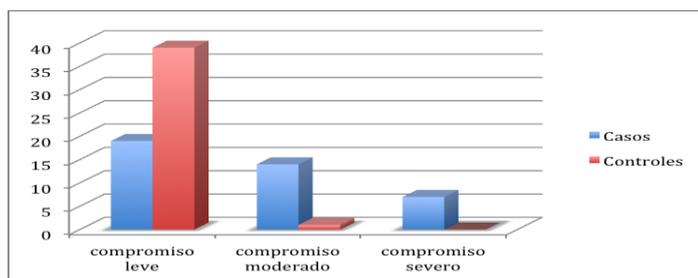
ASPECTOS FISICOS



ASPECTOS ECONÓMICOS



ASPECTOS EMOCIONALES



5.1 Análisis

El estudio fue realizado con una muestra de 40 pacientes de insuficiencia cardiaca y 40 personas sin patología coronaria diagnosticada, todos ellos subsidiarios del sistema general de salud, entre los 42 y 92 años de edad, para un total de 27 hombres y 13 mujeres, en cuanto a pacientes con IC se refiere; que acuden a la consulta externa de cardiología especialista en Insuficiencia Cardiaca o están ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Con respecto a las personas sanas, 23 eran hombres y 17 mujeres, residentes en la zona sanitaria Este de Valladolid.

Este estudio también es consecuente con la revisión teórica, porque apoya la afirmación sobre el cambio que se está produciendo en la pirámide poblacional demostrando como la insuficiencia cardiaca está diagnosticada con mayor frecuencia en personas entre 60 años y más. Una baja frecuencia de insuficiencia cardiaca diagnosticada en menores de 42 años responde a que es una patología frecuente en el adulto mayor.

Para realizar un análisis detallado de cada dimensión estudiada en los pacientes con insuficiencia cardiaca, se dio inicio retomando los ítems evaluados por el cuestionario MLWHFQ, así:

- Dimensión física: esta dimensión se analiza a partir de los ítems por medio de los cuales se valúa (del 2 al 7 y 12-13), y a partir de los resultados se puede demostrar que un factor que definitivamente afecta de manera directa la calidad de vida es la relación que existe entre la gravedad de la patología y la edad de los individuos.

Estadísticamente la media de edad en los pacientes con IC se sitúa en los 67 años, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos padece una clase funcional de la NYHA de II y III, por lo que existe una estrecha relación entre los ítems que evalúan la dimensión

física en la calidad de vida de los pacientes con IC y la escala propuesta por la clase funcional, ya que en los resultados obtenidos se muestra un compromiso severo con un 40%, mientras que los compromisos leve y moderado son más reducidos con un 32,5% y 27,5%, respectivamente.

Los ítems en los que mayor compromiso presentan los pacientes son en primer lugar, en relación con la fatiga o cansancio que puedan sufrir, cuyos resultados fueron del 62,5% del total que les ocurría constantemente; en segundo y tercer lugar los ítems que hacen referencia a subir escaleras, caminar o que le falte el aire al respirar, afectaba con una alta periodicidad al 57,5% de los individuos.

- Dimensión económica: teniendo en cuenta los ítems que evalúan la dimensión económica y los resultados obtenidos se evaluó la dificultad para trabajar y ganar un sueldo, estar hospitalizado varias veces en el mismo año y tener gastos en salud. El 52% de los encuestados en la muestra de afectados por insuficiencia cardiaca, tuvieron que dejar su empleo aún estado en edad de población activa, y el 50% ha estado hospitalizado varias veces e incluso se han tenido que someter a algún tipo de intervención quirúrgica.

Un parámetro a tener en cuenta que no es parte de los resultados de este estudio, es la influencia negativa de la insuficiencia cardiaca sobre su calidad de vida y en consecuencia genera un impacto no solo personal para el pacientes sino que también ocasiona un impacto económico a nivel hospitalario cuando son reingresados con un pronóstico cada vez más grave, días de estancia hospitalaria prolongados y la necesidad del empleo de programas de investigación que con altos costos, serían beneficiosos para el paciente mejorando su capacidad física y a largo plazo ocasionarían un ahorro económico del sistema.

Aunque debemos destacar que ahora con las nuevas leyes realizadas por el Gobierno español en el año 2012, los medicamentos que eran totalmente gratuitos para los pensionistas, ahora debe ser abonado un porcentaje de los mismos por el denominado “Copago”. Este porcentaje económico que los pacientes deben pagar al comprar los fármacos, puede ser devuelto por el mismo estado al final de cada mes, pero con los recortes en sanidad existen una serie de fármacos que no son cubiertos por la Seguridad Social, al igual que los transportes, ya que en la consulta de cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid se atienden a pacientes de varias zonas de Castilla y León, los cuales acuden a la cita con su propio transporte.

Puede que los costes económicos no sean muy elevados pero a los pacientes les repercute con sus bajas pensiones, y así ellos lo expresan, obteniendo en nuestros resultados un compromiso leve del 47,5%, moderado del 35% y severo del 17,5%.

- Dimensión emocional: se puede afirmar con las puntuaciones obtenidas al responder a los ítems correspondientes, que tanto hombres como mujeres a causa de su enfermedad se sienten una carga para su familia en el menor de los porcentajes, ya que por suerte se sienten muy apoyados y, exceptuando los que sufren hospitalizaciones recurrentes, suelen llevar su vida con limitaciones pero con filosofía y admitiendo que tienen una enfermedad, por la cual deben cuidarse de hacer lo que quieran o como quieran, ya no por ellos sino porque la insuficiencia cardiaca no se lo permite. También debemos destacar que como la mayoría de los individuos de la muestra son mayores de 65 años, muchos de ellos no presentan mucha preocupación en este aspecto porque según ellos dicen: “ya han hecho todo lo que tenían que hacer, y ahora con la edad es normal que no puedan hacer lo mismo que con 20 años”. Tras estas explicaciones los resultados fueron de un compromiso leve del 47,5%, un compromiso moderado del 35% y un compromiso severo del 17,5%. Como observamos los que más deprimidos, preocupados y se sienten como una carga para sus familias y amigos son, apreciadamente, la minoría, aunque en cuanto a la preocupación que pueden llegar a sentir, ya sea por su estado de salud o por la gente que les rodea, se obtuvo un porcentaje del 62,5 de personas que afirmaban sentirse así, ítem con mayor grado de afectación con respecto a la esfera emocional.

La insuficiencia cardiaca por si sola influye negativamente sobre la calidad de vida en todas las dimensiones (si comparamos con las personas que no sufren este problema) en unas más que en otras al ocasionar cambios físicos, que requieren un tratamiento para un control fisiológico, con un elevado número de medicamentos con sus respectivos efectos secundarios (aunque no siempre), cambios en la dieta, alteraciones en su funcionalidad sexual principalmente si han sido sometidos a alguna intervención quirúrgica o por alguno de los síntomas como son la fatiga o la disnea aunque la mayoría de pacientes de la muestra, al ser de elevada edad, no le dan importancia a este tema. También las dificultades para relacionarse y realizar actividades que les gustan, ya sea por miedo a empeorar o por estados emocionales depresivos; perder la productividad económica y, en algunos casos, considerarse una carga para la familia, aunque como ya hemos comprobado no es en la mayoría de los individuos. Todo ello no les permiten llevar la vida que quisieran y es así tanto para los hombres como para las mujeres, habiendo alguna pequeña diferencia en los

resultados, ya que como se observa en el grado de compromiso (leve, moderado, severo) en los menores de 65 años, tanto hombres como mujeres, los porcentajes son muy parecidos sin existir grandes variaciones, pero cuando evaluamos el compromiso en los mayores de 65 años, debemos destacar que los hombres refieren un compromiso severo del 20% mientras que en las mujeres no hay este tipo de compromiso, pero si que el casi 86% de las mismas padece un compromiso moderado, frente a un 53,3% de los hombres.

En consideración con la edad, es evidentes que en los hombres menores de 65 años presentan un mayor compromiso leve con un 58,3% en comparación con el de los mayores de dicha edad con un 26,6%, siendo también algo característico que el compromiso severo en los primeros sea claramente menos que en los de mayor edad.

Las mujeres más jóvenes presentan un porcentaje más elevado de afectación leve respecto a las de más edad, pero si que se observa que tienen, también, una mayor afectación severa que en las que superan los 65 años.

Análisis de fiabilidad de Cronbach

El cuestionario empleado y alrededor del cual se basa el estudio, MLWHFQ, supone un instrumento con una alta fiabilidad en cuanto a Insuficiencia Cardíaca se refiere.

Esto se comprobó realizando el análisis de fiabilidad del coeficiente Alfa de Cronbach, en el cual se realiza un promedio de la relación entre los diferentes ítems del cuestionario en base a como puede afectar la insuficiencia cardíaca en las personas.

El máximo valor que se puede obtener con este análisis es 1, y con el Test Minnesota hemos obtenido un 0,915, con lo que podemos afirmar que es un instrumento fiable y seguro para poder evaluar la calidad de vida en pacientes con IC. Si quisiéramos que el resultado del análisis de fiabilidad fuera de 1, posiblemente se debería desechar algún ítem o añadir otros que consiguieran obtener una mayor correlación entre ellos, pero los resultados que hemos obtenidos en el mismo son más que suficientes para poder asegurar que tenemos unas mediciones consistentes.

Análisis de casos- controles

La comparación de los casos y los controles, nos demuestra las grandes diferencias que la enfermedad repercute en la calidad de vida ya que tanto a nivel general como específico en los ámbitos que influyen en ella, podemos corroborar que en las personas sin patología no existen compromiso moderado ni severo, aunque cabe destacar que algunos individuos con enfermedades crónicas diferentes a la IC, como puede ser una DM2 o una enfermedad

reumatológica, si que puede repercutir principalmente en la esfera física, debido a algún síntoma que puedan padecer similar al de los pacientes con IC, como restricciones en la alimentación o dificultades en los desplazamientos a lugares alejados de sus casa o subir escaleras. Es conveniente hacer referencia que un pequeño porcentaje, no significativo en el estudio, de la muestra de los controles en algún momento se ha podido llegar a sentir deprimido ya sea por temas de salud o de otra clase. Algo completamente normal en la sociedad actual.

Por todo esto y con los resultados obtenidos se aprecia una gran incidencia de afectación que desempeña la IC en la calidad de vida de los que la padecen y pudiendo evaluar que las personas sin dicha patología, aunque con los “achagues” típicos de la avanzada edad, tienen una buena calidad de vida.

6. CONCLUSIONES

Como conclusiones a las que podemos llegar con este estudio referido a la calidad de vida en personas que padecen Insuficiencia cardiaca y los resultados obtenidos, podemos afirmar que:

- La edad es una importante determinante en cuanto al nivel de afectación de la patología, presentando de forma más acusada los signos y síntomas en personas de avanzada edad, tanto físicos, como a nivel de hospitalizaciones, incapacitación y a nivel emocional.
- Respecto al sexo no existen relevantes diferencias entre los grados de afectación en su calidad de vida, a excepción de las mujeres mayores de 65 años cuyos resultados obtenidos nos muestran que la gran mayoría presenta un compromiso moderado pero no severo.
- La esfera de la vida más perjudicada en estos pacientes con una representación de compromiso severo, es la física, ya que la influencia de la avanzada edad de la muestra también repercute en la enfermedad. La segunda con mayor nivel de incidencia de la patología, se observa en la económica. Y finalmente la menos perjudicada es la esfera emocional, ya que la gran mayoría de los pacientes intenta llevar la insuficiencia cardiaca de la mejor manera posible sin sufrir un aislamiento ni social ni familiar.
- A nivel general, los datos obtenidos de los pacientes encuestados, han sido muy satisfactorios ya que la gran mayoría tiene problemas en sus vidas y se ven afectadas pero no de la forma que se podría imaginar, siendo los compromisos más representativos el leve y el moderado, mientras que un compromiso severo se quedaría en una minoría apreciable y esperanzadora. Todo esto se puede deber a la atención, que en este caso ha

sido en la consulta de IC, prestada a los pacientes, los avances tecnológicos en cuanto a tratamientos se refiere y principalmente a la actuación enfermera por la prestación de una educación para la salud sobre insuficiencia cardiaca personalizada a cada paciente y con la posibilidad que ofrecen de estar en contacto con los mismos a cada momento.

- En la comparación de las dos muestras, pacientes y personas sin patologías coronarias excluyendo la HTA para que la muestra pudiera ser lo más simétrica posible a la primera, podemos observar que existe una clara diferencia en cuanto a afectación en la calidad de vida de ambas. Las personas de la segunda muestra no refieren ningún tipo de alteración o problema en sus vidas, ano ser que padezcan alguna enfermedad crónica que pueda tener algún síntoma similar al de la IC, o en función de los problemas personales que tengan pueda influir en una peor calidad de la esfera emocional, pero en general, no tienen disminuida la calidad de vida, al contrario que en los pacientes con IC.
- También hemos podido comprobar que el MLWHFQ tiene una muy buena fiabilidad para este estudio, debido al alto valor de correlación entre sus ítems por el análisis del Alfa de Cronbach.
- Aunque la atención sanitaria en cuestiones del corazón, en el Hospital Clínico Universitario, es muy competitiva y bien valorada, creo que deberíamos cuidarla más, porque actualmente con los recortes económicos que sufre nuestro país, todo esto se va degradando y por consiguiente los perjudicados siempre son los pacientes. la atención enfermera hace una gran labor en el ámbito del tratamiento de la Insuficiencia cardiaca, pero se debería informar más seriamente a los pacientes sobre las repercusiones que pueden tener en su vida cotidiana, todo ello si el grado de la NYHA es leve; si fuera más avanzado debemos dar una adecuada EpS (educación para la salud) ya no solo al paciente sino también a sus familiares y personas que le rodean, principalmente para llevar un control de la evolución de la enfermedad, un estado de salud lo más óptimo posible para un transplante de corazón y principalmente para que puedan llevar una vida medianamente normal, con sus limitaciones, y sin tener en nuestra contra los gastos excesivos en cuanto a recursos sanitarios se refiere, intentando, en muchas ocasiones, evitar hospitalizaciones innecesarias o disminuir el número de días de hospitalización. Todo esto solo esta en manos de unos pocos (pacientes, médicos,... pero principalmente en manos de enfermería, nuestras manos.)

7. BIBLIOGRAFÍA

- <http://vidacalida.blogspot.com.es/2010/12/oms-calidad-de-vida-2005.html>
- <http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/cuarto/integrado4/cardio4/Cardio07.html>. Apuntes de Cardiología Clínica, insuficiencia cardiaca, evolución de la insuficiencia cardiaca.
- Manito Lorite N Blog (internet). Abril 2013. Link: <http://www.secardiologia.es/images/departamentos/tic/actualidad-ic-abril-2013/actualidad-ic-abril-2013.pdf>
- Sayazo-Silva I, García López F, Segovia- Cubero J. Madrid: epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. Rev. Española de cardiología (internet) 2012. disponible en [http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-insuficiencia-cardiaca-espana-los/articulo/90210675/Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años](http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-insuficiencia-cardiaca-espana-los/articulo/90210675/Epidemiología%20de%20la%20insuficiencia%20cardiaca%20en%20España%20en%20los%20últimos%20años)
- Banegas J.R, Rodríguez- Artalejo F, Guallar-Catillón P: Situación epidemiológica de la insuficiencia cardiaca en España. Original research article, rev. Esp. De cardiología suplementos. Vol 6, cap 3. 2006, pags 4C-9c (internet). Disponible en <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/insuficiencia-cardiaca/>
- Aldámiz-Echevarría Iraurgi, B. M Sociedad española de cardiología. Artículo revisado en febrero de 2011. (internet). Disponible en <http://www.secardiologia.es/secciones/insuficiencia-cardiaca-trasplante/la-seccion-informa>
- http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2013/files/assets/basic-html/page24.html (INE)
- Montoya Aguirre JC et al. Estudio de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca. En: Revista de enfermería en cardiología 2009; No 46 p 16
- 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
- Quiñones Rozo LP, Universidad de Colombia, Facultad de Enfermería, 2009, Factores que influyen en la calidad de vida del paciente con insuficiencia cardiaca en la consulta externa del hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué. Tesis para optar el título de magíster en enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular.
- Recomendaciones para la detección y el tratamiento del anciano con hipertensión arterial, documento de consenso de la sociedad española de HTA liga española para la lucha contra la HTA, Macías Nuñez J, Robles Perez Monteoliva NR, Herrera Pérez del

- Villar J. Hospital infanta cristina Badajoz España.
<http://www.saha.org.ar/pdf/HTAAnciano.pdf>,
- Universtity of minnesota. Overview of The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Thomas S. Rector 1/1/05.
http://license.umn.edu/technologies/94019_minnesota-living-with-heart-failure-questionnaire
 - Rector Ts. A conceptual modelo f the quality of life in relation to heart failure. J Cardiac Failure 2005.
 - Aguirre Montoya JC, Carmona Heredia AM, Pinedo Iguíñez M, Rius Ferrús LIM, Salmerón Hernandez M, De Castro Arizmendi R, Valdovinos Perdices P. Estudio de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca. Enfermería en cardiología. 2009; nº46, pags 11-16. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona.
 - Cano de la Cuerda R, Alguacil Diego IM, Alonso Martín JJ, Molero Sánchez A, Miangilarra. Programas de rehabilitación cardiaca y calidad de vida relacionada con la salud: Situación actual. Rev Esp Cardiol (internet). 2012 (consulta el 19 de octubre de 2011); 65 (1): 72-79. Disponible en: <http://http://www.revespcardiol.org>
 - Revista Española de Cardiología, autores Dr.José Banegas departamento de medicina preventiva y salud pública, universidad autónoma de Madrid, Fernando Rodríguez-Artalejo, Pilar Guallar-Castillo, 2006)
 - (Cronbach, Lee J. (1951). «Coefficient alpha and the internal structure of tests» (en inglés). *Psychometrika* 16 (3): pp. 297-334. [doi:10.1007/BF02310555](https://doi.org/10.1007/BF02310555). ISSN 0033-3123.)
 - The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. Syed S, Mahmood MD, Prof Daniel Levy MD, Prof Ramachandran S, Vasan MD, Prof Thomas J Wang MD. The Lancet, Volume 383, Issue 9921, Pages 999 - 1008, 15 March 2014

8. ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (MLWHFQ)

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 relacionado con la insuficiencia cardiaca, rodee en 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 en qué medida le ha impedido la insuficiencia cardiaca vivir como a usted le hubiera gustado (del 1 – muy poco- al 5 –muchísimo-)

EDAD:

SEXO:

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

	NO	Muy poco		Muchísimo	
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 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
6. 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

Anexo 2

Protocolo de consentimiento informado a la unidad de cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid:

Yo, Cristina Cabrero González estudiante de Grado de Enfermería de cuarto curso, solicito autorización a la supervisora de enfermería y al jefe del servicio de la unidad de cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, para poder llevar a cabo un estudio de investigación observacional, descriptivo sobre la calidad de vida en los paciente con insuficiencia cardiaca avalado por la Universidad de Valladolid como TFG (trabajo de fin de grado) y tutorizado por Juan Pablo Torres Andrés, jefe del Servicio de Prevención y Salud Laboral.

El estudio se realizará días alternos, preferiblemente por las mañanas, a pacientes ingresados o que acudan a consultas en la unidad de cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, hasta conseguir una muestra de 40 pacientes que respondan y den el consentimiento para realizar una breve encuesta en la que se basará mi estudio.

La encuesta consta de 21 items los cuales van dirigidos a la vida social, psicológica y estado físico del paciente con respecto a su patología cardiaca. Cada una de ellas se responderá con un número del 0 al 5 (siendo el cero "NO", el uno "muy poco" y el cinco "muchísimo").

Toda la información recogida sobre los pacientes se tratará y se mantendrá de forma confidencial, de acuerdo a las leyes de Protección de Datos Europea y la Ley Española de Protección de Datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre)

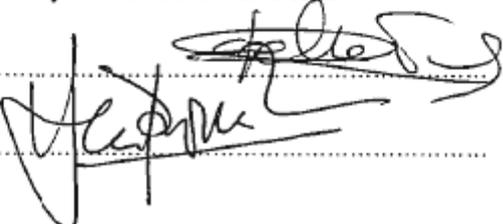
Cada encuesta se realizará previamente con el Protocolo de Consentimiento Informado firmado y comprendido por el paciente.

Yo, he leído la información que se me ha entregado sobre el estudio a realizar en mi unidad por la alumna Cristina Cabrero González estudiante de enfermería y autorizo su llevada a cabo.

Firma y fecha de la Supervisora del servicio.....

Firma y fecha del Jefe del servicio

Firma y fecha de la investigadora (alumna).....



Anexo 3

Protocolo de consentimiento informado: (a personas sin patología coronaria y pacientes)

Título del estudio: “Estudio observacional, descriptivo sobre la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca”

Estimado señor/a:

Quiero proponerle su participación en un estudio de investigación dirigido a pacientes ingresados o que acuden a consultas en la planta de cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, para valorar su calidad de vida respecto a su patología cardiaca.

Si usted está interesado en participar en este estudio, se le realizará una breve encuesta sobre la calidad de vida que usted ha tenido en el último mes.

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria.

La negativa a participar no supondrá pérdida ni reducción de calidad en sus cuidados enfermeros ni médicos.

Toda la información recogida sobre usted se tratará y se mantendrá de forma confidencial, de acuerdo a las leyes de Protección de Datos Europea y la Ley Española de Protección de Datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre).

Yo....., he leído la información que se me ha entregado, he recibido suficiente información sobre el estudio y he podido hacer preguntas sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es voluntaria y presto mi conformidad para participar en este estudio.

Firma y fecha del señor/a.....

Firma y fecha del investigador.....