

Determinantes de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes atendidos en ambulatorios con insuficiencia cardíaca¹

Viviane Martinelli Pelegrino²

Rosana Aparecida Spadoti Dantas³

Alexander Michael Clark⁴

Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio que analizó las variables asociadas a la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de 130 pacientes con insuficiencia cardíaca en seguimiento en ambulatorio. La CVRS fue evaluada por el Minnesota Living with Heart Failure y realizado análisis de regresión lineal. El promedio de la CVRS fue de 34,9 (DE=24,8; intervalo de 0 a 99). Fueron encontradas asociaciones significantes entre la medida de la CVRS y edad ($r=-0,177$; $p=0,044$), vitalidad ($r=-0,625$; $p<0,001$) y salud mental ($r=-0,672$; $p<0,001$), dominios del SF-36. La regresión lineal mostró que la gravedad de los síntomas de la Insuficiencia Cardíaca, y dos dominios del SF-36, vitalidad y salud mental, explicaron 54% de la variación de la medida de la CVRS. Controlar los síntomas y mantener el bienestar mental es esencial en la manutención de la CVRS y son esenciales para el cuidado eficaz de la Insuficiencia Cardíaca.

Descriptores: Insuficiencia Cardíaca; Calidad de Vida; Salud Mental; Síntomas.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Avaliação do estado de saúde percebido e do impacto da insuficiência cardíaca por pacientes em seguimento ambulatorial", presentada a la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil.

² Enfermera, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil. Estudiante de Maestría, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: vivi.pelegrino@bol.com.br.

³ Enfermera, Doctora en Enfermería. Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: rsdantas@eerp.usp.br.

⁴ Profesor Asociado, Faculty of Nursing, University of Alberta, Edmonton, Canada. E-mail: alex.clark@ualberta.ca.

Correspondencia:

Viviane Martinelli Pelegrino
Universidade de Sao Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Sala 69
Av. dos Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirao Preto, SP, Brasil
E-mail: vivi.pelegrino@bol.com.br

Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca

Trata-se de estudo descritivo e exploratório que analisou as variáveis associadas à qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), de 130 pacientes com insuficiência cardíaca, em seguimento ambulatorial. A QVRS foi avaliada pelo Minnesota Living with Heart Failure e realizada análise de regressão linear. A média da QVRS foi de 34,9 (dp=24,8; intervalo de 0 a 99). Foram encontradas associações significantes entre a medida da QVRS e idade ($r=-0,177$; $p=0,044$), vitalidade ($r=-0,625$; $p<0,001$) e saúde mental ($r=-0,672$; $p<0,001$), domínios do SF-36. A regressão linear mostrou que a gravidade dos sintomas da insuficiência cardíaca, e dois domínios do SF-36, vitalidade e saúde mental, explicaram 54% da variação da medida da QVRS. Controlar os sintomas e manter bem-estar mental é essencial para a manutenção da QVRS e são essenciais para o cuidado eficaz da insuficiência cardíaca.

Descritores: Insuficiência Cardíaca; Qualidade de vida; Saúde Mental; Sintomas.

Health-related Quality of Life Determinants in Outpatients With Heart Failure

This descriptive and exploratory study analyzed variables associated with health-related quality of life among 130 outpatients. Health-related quality of life was measured through the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Significant associations were found between patients' health-related quality of life and their age ($r=-0.177$; $p=0.044$), vitality ($r=-0.625$; $p<0.001$) as well as mental health ($r=-0.672$; $p<0.001$), which are both SF-36 domains. The linear regression showed that heart failure symptom severity, vitality and mental health explained 54% of HRQOL measurement variation. To control symptoms and preserve good mental well-being are important to maintain health-related quality of life and to deliver effective heart failure care.

Descriptors: Heart Failure; Quality of Life; Mental Health; Symptoms.

Introducción

La Insuficiencia Cardíaca (IC) ha sido un problema creciente de salud pública en los países desarrollados. Ese aumento generalmente está asociado con la edad de la población, a prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares y de otras enfermedades. La IC está asociada a complicaciones como diabetes y obesidad, y al aumento de las tasas de sobrevivencia al infarto agudo del miocardio⁽¹⁾.

La IC es también una preocupación creciente en los países en desarrollo. En Brasil, la IC afecta más de dos millones de personas, con 240.000 nuevos casos diagnosticados por año⁽²⁾. La IC está presente en un

tercio de los pacientes que son tratados por el sistema de salud pública en Brasil, el cual atiende principalmente a las personas de más edad y de menor renta. La IC es la principal causa de internaciones, provenientes de problemas cardíacos, por el sistema público de salud (293.759 internaciones en 2007), con una tasa de mortalidad anual en torno de 8%, y cerca de 23.442 muertes a cada año⁽²⁾.

Pacientes con IC enfrentan una gran variedad de síntomas que pueden afectar negativamente su calidad de vida. Los síntomas físicos y psicológicos son ampliamente divulgados. Ellos enfrentan disminuciones significativas

en el estado funcional, múltiples hospitalizaciones, alta mortalidad, varios síntomas físicos y psicológicos y una disminución de la calidad de vida⁽³⁾.

Es sabido que la IC empeora significativamente la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), reduciendo la capacidad funcional de los pacientes y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. La CVRS abarca varios aspectos del bienestar del individuo y que están relacionados a la presencia de la enfermedad y/o del tratamiento⁽³⁾.

El impacto de la enfermedad sobre la CVRS es influenciado por varios factores, incluyendo: edad, sexo, disfunción ventricular izquierda, clase funcional de la New York Heart Association (NYHA), gravedad de la IC, riesgo de mortalidad y salud mental⁽³⁻⁴⁾. Pacientes con IC enfrentan una gran variedad de síntomas físicos (disnea, fatiga, dolor, edema y pérdida de apetito) y psicológicos (ansiedad y depresión) los cuales pueden afectar negativamente la calidad de vida⁽³⁾. Pacientes del sexo femenino tienden a relatar más limitaciones físicas y los síntomas depresivos en relación a los pacientes del sexo masculino⁽⁵⁾.

En conjunto, estos factores colocan serias limitaciones en sus actividades de la vida diaria y pueden tener efectos adversos sobre la salud física y mental y en la calidad de vida percibida. Por ejemplo, la fatiga reduce la autonomía e independencia para las actividades diarias⁽⁶⁾. Sin embargo, a pesar de la calidad de vida ser mensurable, es también un constructo complejo y multifacético que está sujeto a las diferencias culturales y sociales. Hasta el momento, la CVRS en la Insuficiencia Cardíaca ha sido estudiada principalmente en los Estados Unidos⁽⁷⁻¹⁰⁾, Canadá⁽¹¹⁾, Europa⁽¹²⁻¹⁴⁾ y Asia⁽¹⁵⁾. Debido a la falta de estudios, poco se sabe sobre como la IC influencia la CVRS sobre las poblaciones de la América del Sur⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Este estudio fue orientado por la siguiente cuestión: "¿Cuáles son las asociaciones entre la calidad de vida relacionada a la salud, variables demográficas y clínicas en pacientes con insuficiencia cardíaca acompañados en un ambulatorio de un hospital público en Brasil?"

Para llenar esta laguna en el conocimiento, el presente estudio buscó identificar los indicadores de calidad de vida relacionados a la salud en pacientes con insuficiencia cardíaca acompañados en un hospital público en Brasil.

Método

Diseño, local y sujetos

Se trata de un gran estudio que utilizó un diseño observacional y de corte transversal en un Hospital Universitario, el Hospital de las Clínicas de Ribeirão Preto,

Estado de São Paulo, que atiende una población mixta, proveniente de la zona rural y urbana, de toda la región Sureste de Brasil. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la referida institución. Los participantes fueron reclutados en el ambulatorio de Clínica Especializada en Cardiomiopatía de la División de Cardiología del Hospital Universitario. Los criterios de inclusión fueron personas con 18 años o más, diagnóstico de IC con base en señales clínicas, radiológicas y ecocardiográficas, y consulta médica del participante en el ambulatorio del referido hospital durante el período del estudio. Los criterios de exclusión fueron la presencia de enfermedad neurológica, enfermedad psiquiátrica (como la demencia o esquizofrenia) o disfunción cognitiva.

El período de recolección de datos fue de febrero de 2005 a agosto de 2006 y 138 pacientes fueron convidados a participar del estudio. Dos pacientes se recusaron a participar y seis no pudieron participar debido a sus condiciones físicas, psicológicas y cognitivas. Una muestra de conveniencia formada por 130 pacientes fue analizada en el presente estudio.

La recolección de datos e instrumentos

Los datos fueron recolectados inmediatamente después de la consulta médica del paciente. Otros datos clínicos fueron obtenidos por medio de la revisión de las fichas de los participantes. Para comprobar la comprensión y relevancia de los instrumentos de recolección de datos, fue realizada una prueba piloto con diez participantes. Como ninguna alteración fue necesaria, ellos fueron incluidos en la muestra final.

Los instrumentos utilizados para medir las variables de interés fueron:

- **La calidad de vida relacionada a la salud:** medida por el puntaje total del *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ)⁽⁸⁾. El puntaje total del MLHFQ varió de cero a 105, con puntajes menores significando una mejor CVRS. Ese instrumento de medida es válido y confiable⁽³⁾. La versión en portugués del MLHFQ⁽¹⁷⁾ fue utilizada en el presente estudio y la consistencia interna para la escala total fue de 0,93 en la muestra estudiada.

- **La percepción del estado de salud mental:** fue medida utilizando dos dominios del *Medical Outcomes Study Short-Form SF-36*: salud mental (sufrimiento psíquico y el bienestar) y vitalidad (energía y fatiga)⁽¹⁸⁾. Los intervalos posibles varían de cero a 100, los puntajes más elevados reflejan una mejor percepción de salud en ambos dominios. El SF-36 fue adaptado culturalmente para Brasil⁽¹⁹⁾ y se mostró válido y confiable cuando usada en pacientes con IC⁽¹⁶⁾.

- **Otras variables:** los datos demográficos

recolectados durante la entrevista fueron edad, sexo, escolaridad (en años), situación conyugal (casado/con un compañero versus no) y actividad laboral (trabajo remunerado versus no). Los datos clínicos incluidos fueron: etiología de la IC; el acompañamiento de la enfermedad IC; tiempo de acompañamiento (en años); Fracción de Eyección Ventricular Izquierda (FEVE); prueba de ecocardiograma para evaluar disfunción ventricular izquierda, clasificación funcional de la *New York Heart Association* (CF NYHA I, II, III y IV) para medir los síntomas de IC; el número de comorbilidades; número de medicamentos prescritos; presencia de marca-paso artificial o de terapia de re-sincronización cardíaca. Dos de esas variables clínicas fueron agrupadas: FEVE (menos de 30% y entre 30% y 44%) y de la CF NYHA (CF NYHA I para IC asintomática y CF NYHA II a IV para insuficiencia cardíaca sintomática).

Análisis de los datos

Los datos fueron analizados utilizando el programa SPSS (*Statistical Package for Social Science* versión 15.0). El análisis descriptivo fue realizado para todas las variables. Para evaluar la correlación de las variables demográficas y clínicas con la medida de la CVRS fue utilizado la prueba de correlación de Pearson. Para las variables categóricas fue realizado la prueba t de *Student* para evaluar las diferencias en la puntuación promedio del valor total del MLHFQ entre las categorías. Las correlaciones de Pearson fueron calculadas entre las variables continuas (edad, formación educacional, tiempo de seguimiento de la enfermedad en el ambulatorio de IC y fracción de eyección ventricular izquierda) y CVRS (medida por el puntaje total MLHFQ). Análisis de regresión lineal utilizando un modelo de regresión múltiple fue realizado para examinar la asociación entre la medida de la CVRS y variables demográficas, clínicas y de la salud mental percibida. Edad y sexo fueron considerados factores que anteceden la presencia en la IC y fueron ajustadas en el modelo antes de la entrada de las variables clínicas. El nivel de significancia fue de 0,05.

Resultados

Fueron incluidos en el estudio 130 pacientes con edad promedio de 55,1 años (DE = 14,9) siendo que la mayor parte de ellos tenían menos de 60 (78,60%). La mayoría era de participantes del sexo masculino (n = 77; 59,2%), casados o que vivían con un compañero (80, 61,5%), con bajo nivel educacional (cuatro años de estudio formal, en promedio) y no poseían trabajo remunerado (107, 82,3%) (Tabla 1).

El tiempo de acompañamiento en el ambulatorio fue de 1,5 años en promedio, variando de cero (esto es, los participantes que estaban comenzando el acompañamiento en el día de la entrevista) hasta 4,8 años. La mayoría era de pacientes (80; 61,6%) sintomáticos, en clase, CF NYHA II-IV. El promedio de la FEVE fue de 27% (DE=29; variando de 10% a 43%); 46,9% tenían disfunción ventricular grave y 32,3% presentaban disfunción moderada de ventrículo izquierdo. Veinte y un pacientes (15,4%) tenían marcapaso debido a la bradicardia y ninguno de ellos utilizaba terapia de resincronización cardíaca (Tabla 1).

Cincuenta y nueve participantes (44,3%) relataron por lo menos una comorbilidad y 86 (47%) presentaron enfermedades asociadas tales como: hipertensión arterial sistémica, fibrilación atrial crónica, arritmias y hipertiroidismo. Entre los participantes, hubo una gran variación con relación al uso de medicamentos, con individuos usando de una a diez clases diferentes de medicamentos (promedio=5,8 y DE=1,8). Los medicamentos más comunes utilizados por los pacientes y relatados en las fichas fueron diuréticos, enzima conversora de la angiotensina, betabloqueadores y digitálicos.

Tabla 1 – Características de la muestra (n=130)

Variables	Promedio (DE) o n (%)
Edad	55,1 (14,9%)
Menor que 60	78 (60,0%)
60 o más	52 (40,0%)
Masculino	77 (59,2%)
Situación conyugal (casado/compañero)	80 (61,5%)
Escolaridad (años)	3 (3,9%)
Trabajo (sin actividad remunerada)	107 (82,3%)
Tiempo de seguimiento en ambulatorio de la IC (años)	1,5 (1,4)
Clase Funcional (NYHA)	
I (asintomático)	49 (37,7%)
II/III o IV (sintomático)	80 (61,6%)
No informado	1 (0,7%)
Fracción de Eyección Ventricular Izquierda	29% (27%)
Menor que 30% (disfunción grave)	61 (46,9%)
30 a 40% (moderado)	42 (32,3%)
No informado	27 (20,8%)
Presencia de marcapaso (si)	21 (15,4%)

En cuanto a la medida de la CVRS, el promedio del MLHFQ fue de 34,9 (DE=24,8; intervalo obtenido entre 0 y 99). La asociación entre la medida de la CVRS y la edad fue negativa y débil ($r=-0,177$, $p=0,044$), a pesar de que, estadísticamente significativa. Fue observada una débil asociación entre la medida de la CVRS y el período de seguimiento en ambulatorio de la IC ($r=-0,233$, $p=0,015$), así como la medida de la CVRS y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo ($r=-0,236$, $p=0,017$) (Tabla 2). No fue encontrada correlación entre la medida de la CVRS y escolaridad ($r=0,004$, $p=0,960$). Sin

embargo, a las medidas de la percepción de salud mental, variable exploratoria de interés en el estudio, las cuales fueron obtenidas por los dominios del SF-36, Vitalidad ($r = -0,625$, $p < 0,001$) y Salud mental ($r = -0,672$, $p < 0,001$), tuvieron una fuerte y significativa correlación con la CVRS (Tabla 2).

Tabla 2 – Coeficientes de correlación de Pearson entre las medidas de CVRS (puntaje total del MLHFQ) y variables explicativas

Variables explicativas	r*	p†
Edad (años)	-0,177	0,044
Escolaridad (años)	0,004	0,960
Tiempo de seguimiento de la IC (años)	-0,0213	0,015
Fracción de Eyección Ventricular Izquierda	-0,236	0,017
Vitalidad (dominio SF-36)	-0,625	< 0,001
Salud Mental (dominio SF-36)	-0,672	< 0,001

*correlación de Pearson; †p

No fueron encontradas asociaciones entre la medida de CVRS y las variables demográficas. A pesar de que, los pacientes más jóvenes y del sexo femenino presentaron puntajes más altos en la medida total del MLHFQ (indica la percepción de más efectos negativos de la IC en la calidad de vida) de que pacientes con más edad y del sexo masculino, esas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,092$ y $p = 0,052$, respectivamente). La CVRS también no varió con el estado civil (Tabla 3). La CVRS fue menor y estadísticamente significativa considerando la presencia de síntomas ($p < 0,001$), pero las diferencias no fueron significativas cuando fueron considerados los grupos según la disfunción ventricular izquierda ($p = 0,054$) (Tabla 3).

Tabla 3 – Promedio de los valores del MLHFQ total por categorías de las variables explicativas

Variables Explicativas	Promedio (DE)	p*
Sexo		0,092
Femenino	39,3 (23,3)	
Masculino	31,8 (25,4)	
Edad (años)		0,052
Menos que 60	38,3 (25,6)	
60 o más	29,7 (22,7)	
Situación conyugal		0,869
Casado/viviendo c/compañero	35,4 (25,7)	
Viudo/Divorciado/Separado/Soltero	34,6 (23,5)	
Clase Funcional (NYHA)		< 0,001
I (asintomático)	21,0 (16,7)	
II/III o IV (sintomático)	42,7 (23,9)	
Fracción de Eyección Ventricular Izquierda		0,054
Menor que 30% (disfunción grave)	39,6 (26,6)	
30 a 40% (moderada)	29,8 (22,2)	

* valores de p provenientes de la prueba t de Student

El análisis múltiple fue realizado utilizando el modelo de regresión con método *stepwise*, en tres fases o etapas. En la primera, fue introducida en el modelo la variable Clase funcional de la NYHA y, en seguida, las escalas de Salud Mental y Vitalidad. Después de entrar en la primera fase, el R^2 ajustado fue de 0,204. Así, la presencia de los síntomas de la IC, por si solo, explicó cerca de 20% de la variancia de la medida de CVRS. Con la adición de las escalas de la Salud Mental y Vitalidad al R^2 fue aumentado para 0,496 (49% de la variancia CVRS) y este aumento fue estadísticamente significativo (valor- $p < 0,001$). El modelo final explicó 54% del total de la variación de la medida del cuestionario de Minnesota, y también la vitalidad y la salud mental, en conjunto con clase funcional, explicó 34% de la variancia (Tabla 4).

Tabla 4 – Análisis de regresión del MLHFQ total y las variables explicativas

Variable Explicativa	Coefficiente	Error estándar	p*	r ² †	p‡
Fase 1					
Clase Funcional NYHA (ref.: Clase I)					
Clases II, III, IV	0,460	4,537	0,00	0,204	0,000
Fase 2					
Clase Funcional	0,300	3,764	0,00		
Salud Mental	-0,566	0,78	0,00	0,496	0,00
Fase 3					
Clase Funcional NYHA	0,208	3,725	0,00		
Salud Mental	-0,477	0,096	0,00		
Vitalidad	-0,195	0,104	0,33	0,541	0,00

* p-valor por la prueba t de Student; † Correlación de Pearson ‡ p-valor

Discusión

La contribución de la percepción de la salud mental (medida por la vitalidad y salud mental de los dominios del SF-36) que explica la variación de la CVRS fue alta (31%) después de el ajuste para variables demográficas y clínicas y es consistente con los resultados normalmente obtenidos a partir de estudios observacionales en estudios clínicos⁽¹⁴⁾. Esos resultados apoyan la hipótesis

de que la gravedad de los síntomas y factores psicológicos (tales como: depresión, humor y ansiedad) contribuyen significativamente para la CVRS en pacientes con IC^(9-10,20). Los niveles de CVRS en nuestro estudio fueron semejantes a los encontrados en otros pacientes con insuficiencia cardíaca en Brasil^(16,19,21) y en los EUA^(5,10,14).

Los participantes, de este estudio, tenían predominantemente edad inferior a 60 años, son del sexo masculino, casados, con bajo nivel educacional

y no tienen empleo remunerado. La mayoría de los pacientes era sintomática y ellos fueron clasificados como teniendo disfunción: de moderada a grave. Entre los participantes, la menor CVRS fue asociada con la gravedad de los síntomas de la IC (clases II, III y IV de la NYHA), y disfunción ventricular izquierda grave. Esos resultados son coherentes con estudios realizados en el Reino Unido⁽¹⁴⁾ y los Estados Unidos^(4,7-8). En consonancia con otros estudios, los pacientes más jóvenes y mujeres presentaron baja CVRS⁽³⁻⁴⁾, pero no hubo asociación con el estado civil. Los síntomas físicos fueron los más poderosos factores de predicción de la CVRS en pacientes con insuficiencia cardíaca⁽²²⁾.

Los pacientes de este estudio pertenecen, esencialmente, al bajo estado socioeconómico y tiene altas tasas de analfabetismo; situación común entre los pacientes tratados en hospitales públicos brasileños^(16,19,21-23). La muestra de pacientes con IC también fue similar a las poblaciones de otros estudios en Brasil^(16,21,24). A pesar de que las muestras utilizadas en otros estudios realizados en los EUA^(8,25) y en España⁽²⁰⁾ presentaron características semejantes, la mayoría de las muestras presentó niveles socioeconómicos y educacionales considerablemente más elevados. En el futuro, proponemos la inclusión de un nuevo estudio con pacientes con mejores condiciones educacionales y socioeconómicas, a fin de mejorar el conocimiento sobre la salud de esa población.

El impacto de los síntomas de la IC es tanto física cuanto psicosocial, y saber lidiar con estos síntomas de forma eficaz es el aspecto fundamental para el éxito de la gestión y autocuidado de la IC^(3,10). Dada la importancia de la CVRS para el paciente, la adaptación de las intervenciones de control de la enfermedad para tornar el autocuidado eficaz para la IC en Brasil es una prioridad^(16-17,24). Programas de apoyo al autocuidado deben incluir tanto a los pacientes y compañeros como analizar formas de garantizar que las muchas facetas de esas intervenciones estén disponibles y sean benéficas para los pacientes con niveles socioeconómico y educacional muy bajos^(9,24-25).

Estos resultados sugieren que el desarrollo y la oferta de las intervenciones para mejorar el estado psicológico pueden mejorar el estado de los síntomas físicos y la CVRS en pacientes con IC⁽²²⁾. Los pacientes con IC que tienen mayor riesgo de presentar menor calidad de vida cuando se conviertan en adultos, con edad menor que 60 años, presentar peor estado funcional y mayor prevalencia y la sobrecarga de los síntomas⁽³⁾. A pesar del ofrecimiento de psicoterapias para una expresiva población con síntomas depresivos puede ser oneroso, esta estrategia podrá compensar los costos por la

reducción de las tasas de re-hospitalización, las cuales también son comunes en pacientes con insuficiencia cardíaca en Brasil.

Conclusión

En cuanto a los efectos de la IC en la CVRS, hubo una débil asociación entre la CVRS y el período de seguimiento de la insuficiencia cardíaca así como entre la CVRS y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo. Sin embargo, la percepción de Salud Mental, la variable exploratoria de interés, medida por la vitalidad y de salud mental, dominios del SF-36, tuvo una asociación significativa con la CVRS. La contribución de la percepción de la salud mental explicó la variación de la CVRS y fue mayor después del ajuste para variables demográficas y clínicas. Estos resultados apoyan la hipótesis de que factores psicológicos y síntomas de gravedad pueden contribuir significativamente para mejorar la CVRS en pacientes con IC. Nuestros resultados indicaron la importancia de mantener el control sobre los síntomas de insuficiencia cardíaca y mejoría de la salud mental.

El estudio es limitado por su delineamiento transversal y por las limitaciones relacionadas al número de variables que podrían ser medidas. Futuramente, estudios longitudinales son necesarios para examinar la influencia de las dimensiones clínicas y psicosociales sobre CVRS durante a evolución de la insuficiencia cardíaca. Nuestros resultados sugieren que las intervenciones dirigidas para mejorar la vitalidad y la salud mental pueden ser útiles en la manutención de un elevado nivel de CVRS entre pacientes con IC crónica.

Referencias

1. Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N, et al. Heart disease and stroke statistics-2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2008;117(4):e25-146.
2. Datasus - Departamento de Informática do SUS. [homepage na Internet] Brasília: Ministério da saúde c2008-2009 [acesso 1 dez 2009]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm>.
3. Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005; 4(3):198-206.
4. Clark DO, Tu W, Weiner M, Murray MD. Correlates of health-related quality of life among lower-income, urban adults with congestive heart failure. *Heart Lung*. 2003;32(6):391-401.


5. Littik ML, Lesman-Leegte I, Jaarsma T. Quality of life and depressive symptoms in heart failure patients and their partners: the impact of role and gender. *J Card Fail.* 2009;15(7):580-5.
6. Fini A, Cruz DALM. Characteristics of fatigue in heart failure patients: a literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(4):557-65.
7. Carels RA. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res.* 2004;13:63-72.
8. Rector TS, Kubo SH. Patients' self-assessment of their congestive heart failure. *Heart Fail.* 1987;(3):198-209.
9. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart Lung.* 2009;38(2):100-8.10.
10. Artinian NT, Harden JK, Kronenberg MW, Vander JS, Daher E, Stephens Q, et al. Pilot study of a Web-based compliance monitoring device for patients with congestive heart failure. *Heart Lung.* 2003;32(4):226-33.
11. Ducharme A, Doyon O, White M, Rouleau JL, Brophy JM. Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. *CMAJ.* 2005;173(1):40-5.
12. Ekman I, Fagerberg B, Lundman B. Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic failure in comparison with healthy controls. *Heart Lung.* 2002;31(2):94-101.
13. Middel B, Bouma J, Jongste M, van Sonderem E, Niemeijer MG, van den Heuvel W. Psychometric properties of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHF-Q). *Clin Rehabil.* 2001;15(5):489-500.
14. Hobbs FD, Kenkre JE, Roalfe AK, Davis RC, Hare R, Davies MK. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life: a cross-sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and a representative adult population. *Eur Heart J.* 2002;23(23):1867-76.
15. Jeng C, Yang MH, Chen PL, Ho CH. The influence of exercise tolerance on quality of life among patients with heart failure. *Qual Life Res.* 2004;13:925-32.
16. Scattolin FAA, Diogo MJD, Colombo RCR. Correlation between instruments for measuring health-related quality of life and functional independence on elderly with heart failure. *Public Health.* 2007;23(11):2705-15.
17. Carrara D. Avaliação prospectiva da qualidade de vida em pacientes com miocardiopatia dilatada submetidos à ventriculectomia parcial esquerda. [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001. 77 p.
18. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473-83.
19. Ciconelli RM, Ferraz MF, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
20. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Pascual CR, Otero CM, Montes AO, Garcia AN, et al. Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure. *Arch Intern Med.* 2005;165(11):1274-9.
21. Saccomann IC, Cintra FA, Gallani MCBJ. Psychometric properties of the Minnesota Living with Heart Failure-Brazilian version--in the elderly. *Qual Life Res.* 2007;16(6):997-1005.
22. Heo S, Doering LV, Widener J, Debra K, Moser DK. Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *Am J Crit Care.* 2008;17(2):124-32.21.
23. Dantas RAS, Ciol MA. Quality of life after coronary artery bypass surgery. *West J Nurs Res* 2008;30(4):477-90.
24. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO. What to teach to patients with heart failure and why: the role of nurses in heart failure clinics. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(1):165-70.
25. Clark AM, Thompson DR. The future of heart failure disease management programs. *Lancet.* 2008;372(9641):784-6.

Recibido: 5.5.2010

Aceptado: 15.3.2011

Como citar este artículo:

Pelegriño VM, Dantas RAS, Clark AM. Determinantes de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes atendidos en ambulatorios con insuficiencia cardíaca. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mayo-jun. 2011 [acceso:];19(3):[07 pantallas]. Disponible en: _____



 día

 mes abreviado con punto

 año



 URL