

Adaptación transcultural y validación de un cuestionario de conocimiento de la enfermedad y autocuidado para una muestra de la población brasileña de pacientes con insuficiencia cardíaca

Eneida Rejane Rabelo¹

Vanessa Monteiro Mantovani²

Graziella Badin Aliti³

Fernanda Bandeira Domingues³

Se tuvo por objetivo realizar la adaptación transcultural de un cuestionario que evalúa el conocimiento sobre la insuficiencia cardíaca (IC) y el autocuidado y analizar su validez de contenido y la reproductibilidad para uso en Brasil. Se trata de un proceso de validación constituido de traducción, síntesis, retrotraducción, revisión por comité de expertos, prueba piloto y verificación de las propiedades psicométricas. La versión final adaptada con 14 preguntas fue aplicada a pacientes con IC en acompañamiento en ambulatorio con el equipo multidisciplinar de un hospital universitario. Cinco preguntas presentaron concordancia total; siete obtuvieron coeficiente Kappa > 0,4; una obtuvo Kappa 0,4 y apenas en una pregunta no hubo concordancia. Se evaluaron 153 pacientes, edad de 59±13; 61% sexo masculino; mediana de tiempo de acompañamiento en el ambulatorio 2 (1-4) años. En la evaluación del conocimiento, los aciertos variaron de cuatro a 14, promedio 9,9±2,1. Concluimos que los resultados indicaron que este cuestionario fue validado para ser usado en Brasil.

Descriptores: Insuficiencia Cardíaca; Conocimiento; Enfermería, Estudios de Validación.

¹ Enfermera, Doctor en Ciencias Biológicas, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: eneidarabelo@gmail.com.

² Alumna del curso de Graduación en Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Enfermera, Maestro en Ciencias Cardiovasculares, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: Graziella: grazialiti@gmail.com.

Correspondencia:

Eneida Rejane Rabelo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem.

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Rua São Manoel, 963

Bairro Rio Branco

CEP: 90620-910 Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: rabelo@portoweb.com.br

Adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento da doença e autocuidado, para uma amostra da população brasileira de pacientes com insuficiência cardíaca

Esta pesquisa teve como objetivos realizar a adaptação transcultural de um questionário que avalia o conhecimento sobre a insuficiência cardíaca (IC) e o autocuidado e analisar sua validade de conteúdo e a reprodutibilidade para uso no Brasil. O processo de validação constituiu-se de tradução, síntese, retrotradução, revisão por comitê de especialistas, pré-teste e verificação das propriedades psicométricas. A versão final adaptada com 14 questões foi aplicada a pacientes com IC em acompanhamento ambulatorial com a equipe multidisciplinar de um hospital universitário. Quanto aos resultados, cinco questões apresentaram concordância total, sete obtiveram coeficiente Kappa > 0,4, uma obteve Kappa 0,4 e apenas em uma questão não houve concordância. Avaliaram-se 153 pacientes, idade de 59±13, sendo 64% sexo masculino; mediana do tempo de acompanhamento no ambulatório de 2 (1-4) anos. Na avaliação do conhecimento, os acertos variaram de quatro a 14, média 9,9±2,1. Conclui-se pelos resultados, que esse questionário foi validado para uso no Brasil.

Descritores: Insuficiência Cardíaca; Conhecimento; Enfermagem; Estudos de Validação.

Cross-Cultural Adaptation and Validation of a Disease Knowledge and Self-Care Questionnaire for a Brazilian Sample of Heart Failure Patients

To adapt a questionnaire that assesses knowledge about heart failure (HF) and self-care and to analyze its content validity and reproducibility for use in Brazil. The questionnaire was validated through translation, summary, back-translation, expert committee review, pretest and assessment of psychometric properties. The final version (14 questions) was applied at the university hospital to HF outpatients under multidisciplinary team care. Five questions showed total agreement; seven scored Kappa > 0.4; one Kappa = 0.4, and just one presented no agreement. A group of 153 patients within 1-4 years of outpatient follow-up was assessed (age 59±13, 61% male). In the knowledge assessment, right answers varied from 4 to 14 (average 9.9±2.1). Results indicate the validity of the questionnaire for use in Brazil.

Descriptors: Heart Failure; Knowledge; Nursing; Validation Studies.

Introducción

El tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) envuelve terapia farmacológica y no farmacológica con comprobado impacto en la reducción de la mortalidad y en la mejoría de la calidad de vida⁽¹⁾. Algunos estudios han reforzado que el entendimiento de los pacientes acerca de la enfermedad, de los beneficios del uso regular de las medicaciones y de las alteraciones del estilo de vida, disminuyen las crisis de descompensación y, por consiguiente, reducen las readmisiones hospitalarias⁽²⁻³⁾.

El tratamiento no farmacológico se tornó parte indispensable de la terapéutica de la IC, en la cual la no adopción de las medidas recomendadas coloca en riesgo la eficacia y la efectividad del tratamiento, comprometiendo

la estabilidad clínica de los pacientes⁽¹⁾. Dentro del contexto del abordaje no farmacológico, algunos estudios recomiendan orientaciones para pacientes con IC sobre la definición de la enfermedad y sus causas, reconocimiento de señales y síntomas de descompensación, control de sal y de líquidos, actividad física, control de peso, vacunación anual y uso correcto de medicaciones⁽⁴⁻⁶⁾.

En este escenario, la alfabetización en salud ha sido definida como la capacidad de obtener, procesar y comprender informaciones básicas para tomar decisiones acertadas en salud⁽⁷⁾. El equipo multidisciplinar que acompaña en ambulatorio pacientes con IC debe reconocer los beneficios de la alfabetización en salud. Sumado a eso,

reconocer aquellos con mayor riesgo de no comprender las informaciones dadas, y principalmente conocer las preferencias de aprendizaje de cada paciente, además de integrar estrategias para mejorar el conocimiento de estos sobre su enfermedad⁽⁸⁾.

Sin embargo, pocos estudios en la literatura han investigado como mensurar, por medio de cuestionarios validados, si la educación de esos pacientes, de hecho, se traduce en conocimiento adquirido⁽⁹⁻¹⁰⁾.

En 2.002, un grupo americano desarrolló y validó un cuestionario de conocimiento sobre IC con 123 pacientes⁽⁹⁾. Ese instrumento contenía 15 preguntas relacionadas a informaciones generales de IC y autocuidado. Los autores de ese estudio encontraron puntajes de conocimiento insatisfactorio de los pacientes evaluados. Posteriormente, un estudio semejante evaluó 82 pacientes, divididos en grupo intervención (acompañamiento con médico y enfermera experto) y grupo control (atención convencional con equipo sin especialización), a través de un cuestionario de 10 ítems. Fue identificado desempeño de 7,9 aciertos para los pacientes del grupo intervención y de 5,7 aciertos para los pacientes del grupo control⁽¹⁰⁾.

Considerando que es importante la evaluación del conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento, y la inexistencia de cuestionarios validados en Brasil, se realizó este estudio.

Objetivo

Realizar la adaptación transcultural de un cuestionario que evalúa el conocimiento sobre la insuficiencia cardíaca (IC) y el autocuidado y analizar su validez de contenido y la reproductibilidad para ser usado en Brasil.

Métodos

Se trata de un estudio de validación de instrumento, realizado en un ambulatorio multidisciplinar de IC de un hospital universitario en la ciudad de Porto Alegre, RS, Brasil.

El cuestionario original de evaluación del conocimiento de la enfermedad y autocuidado engloba preguntas relacionadas a la: dieta (dos preguntas), líquidos y peso (dos preguntas), informaciones generales de IC (dos preguntas), tratamiento (siete preguntas), IC terminal (una pregunta) y motivos de reinternación (una pregunta), totalizando 15 preguntas. El estudio original fue publicado en 2002⁽⁹⁾. La autora responsable autorizó la validación para a lengua portuguesa en Brasil.

La adaptación transcultural fue realizada según la literatura siguiendo las siguientes etapas sugeridas por el autor: traducción, síntesis, retrotraducción, revisión por

un comité de expertos y prueba piloto⁽¹¹⁾. Para evaluar la confiabilidad y la precisión del instrumento, fue utilizada la verificación de las propiedades psicométricas⁽¹²⁾. La validez comprobada fue de contenido, la cual evalúa la capacidad de los ítems de representar adecuadamente las dimensiones del contenido del instrumento. La validez de contenido es obtenida por medio de juzgamiento del comité de expertos durante el proceso de adaptación y traducción, cuando confieren, igualmente, equivalencia semántica, idiomática, cultural y conceptual, del instrumento⁽¹³⁾.

La traducción inicial para el portugués fue realizada por dos traductores distintos que dominaban el idioma original del instrumento (inglés) y aquel para el cual fue traducido (portugués). Después, los dos traductores y una tercera persona realizaron la síntesis, trabajando con las versiones de los traductores y con la original, produciendo un instrumento único. La retrotraducción fue realizada por otros dos profesores de lengua inglesa cuya lengua materna es el portugués, con el objetivo de evaluar si el contenido de la versión obtenida se asemejaba al original. Posteriormente, la versión traducida para la lengua portuguesa fue analizada por cinco profesionales del área de la cardiología para evaluación de la equivalencia cultural (comité de expertos). La versión final en portugués adaptada del inglés original fue traducida para el inglés nuevamente, y reenviada para la autora del cuestionario original para que esta pudiese evaluar la versión. La autora aprobó el instrumento adaptado con los cambios de equivalencia cultural y no sugirió nuevas modificaciones. Después, fue realizado un estudio piloto (prueba piloto) con 10 pacientes, objetivando comprobar el cuestionario adaptado. Durante el estudio piloto, se obtuvieron el máximo de informaciones sobre la comprensión de los pacientes referente a los ítems cuestionados. Fueron nuevamente discutidas las preguntas, siendo realizadas algunas alteraciones en la forma de las preguntas para mejor entendimiento de la población objetivo. Después, fue realizada la evaluación de las propiedades psicométricas, en la cual la versión final fue evaluada de manera a verificar si las características del cuestionario original fueron mantenidas. La consistencia interna no fue evaluada por el hecho del cuestionario no ser homogéneo en su concepción, una vez que las preguntas engloban varios temas. Por lo tanto, cada grupo de preguntas fue considerado aislado de los demás grupos. Sin embargo, la reproductibilidad fue evaluada para comprobar la estabilidad en la obtención de los mismos puntajes cuando el cuestionario es aplicado a la misma persona en dos momentos distintos⁽¹²⁾. La reproductibilidad fue evaluada por medio de la prueba y reprobación (coeficiente Kappa), que es basada en el número de respuestas concordantes.

En esa evaluación, los valores más próximos de uno indican que hay concordancia, y valores más próximos de cero indican que hay poca o ninguna concordancia. La reproductibilidad fue evaluada con 51 pacientes, siendo la segunda aplicación del cuestionario dos semanas después de la primera.

La aplicación del instrumento incluyó pacientes con IC, de cualquier etiología, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVE) $\leq 45\%$, mayores de 18 años y que concordaron en participar del estudio. Fueron excluidos los pacientes con infarto agudo del miocardio o sometidos a cirugía de revascularización del miocardio en los últimos tres meses, además de pacientes con demencia o secuelas neurológicas cognitivas. Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la institución, bajo el número 07-057, todos los pacientes fueron incluidos después de la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

Análisis estadístico

El análisis fue realizado utilizando el programa estadístico *Statistical Package for Social Sciences* 14.0. Las variables categóricas fueron expresadas como porcentaje o valor absoluto; las continuas como promedio \pm desviación estándar o mediana y percentiles 25 y 75, conforme siguiesen la distribución normal.

La reproductibilidad fue evaluada por medio del coeficiente Kappa. Para la etapa de reproductibilidad fueron reevaluados 51 pacientes con objetivo de identificar diferencias $\geq 1,0$ (entre 1ª y 2ª evaluaciones) con nivel de significancia 0,05 y poder de 80%. Para comprobar la validez del instrumento fueron evaluados 153 pacientes.

Concluidas las etapas de validación, fue evaluado el puntaje de conocimiento sobre la enfermedad y autocuidado en los 153 pacientes incluidos en el estudio. El puntaje de conocimiento fue determinado por la suma del número de repuestas correctas. Considerando que el instrumento adaptado posee 14 preguntas, y que para la pregunta correcta el paciente ganaba un punto, el puntaje de aciertos del instrumento podría variar de cero a 14.

Resultados

Adaptación cultural

Hubo necesidad de retirar tres preguntas. La primera pregunta se relacionaba a la cantidad de miligramos de sal

que contiene un vidrio de pimienta en conserva; la segunda se relacionaba a la IC terminal, decisiones u órdenes anticipadas (testamentos) en el cual el paciente explica cuales métodos desea que sean utilizados para salvarlo caso no esté en condiciones de hablar por sí mismo; la tercera se refería a efectos colaterales de la furosemida. En substitución a las tres preguntas, fue acrecentada una pregunta sobre actividad física y una sobre ingesta hídrica. Además de eso, fue reducido el número de alternativas para respuesta de cinco para cuatro. En algunas preguntas, principalmente en las preguntas sobre medicación, fue acrecentada la alternativa "no se aplica", en el caso de los pacientes no hacer uso de la medicación, lo que dificulta el acierto de la pregunta, totalizando cinco alternativas para respuesta. La nueva versión del cuestionario englobó preguntas relacionadas a la dieta (una pregunta), líquidos y peso (tres preguntas), informaciones generales de IC (dos preguntas), medicamentos (cinco preguntas), actividad física (una pregunta), medidas que mejoraron el IC (una pregunta) y motivos de reinternación (una pregunta), totalizando 14 preguntas. En relación a los tipos de respuestas que el instrumento adaptado permite, 12 preguntas son de múltiple elección, una pregunta solicita que los pacientes llenen el espacio en blanco, habiendo una única alternativa correcta (pregunta 2) y, en la pregunta 13 sólo recibirán la puntuación se juzgan correctas todas las alternativas verdaderas.

Reproductibilidad

En relación a la reproductibilidad, las preguntas 10, 11, 12, 13 y 14 presentaron concordancia total; las preguntas uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis y ocho obtuvieron coeficiente Kappa $> 0,6$; la pregunta número siete obtuvo Kappa 0,4 y apenas en la pregunta nueve no hubo concordancia. Después este proceso, el cuestionario fue aplicado a otros 102 pacientes en atención multidisciplinar de ambulatorio a fin de comprobar la validez del instrumento.

Sujetos

Para ese estudio se incluyeron 153 pacientes con edad promedio de 59 ± 13 años, 153 (64%) del sexo masculino. Los pacientes tenían una promedio de seis años de estudio, y en torno de 50% de estos estaban en acompañamiento de ambulatorio desde hace dos años. Estos y los demás datos se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1 - Características clínicas de los 153 participantes que respondieron a la versión adaptada del cuestionario de conocimiento de la insuficiencia cardíaca

Características	
Edad, años	59±13 [*]
Sexo, masculino	99 (64) [†]
Fracción de eyección ventrículo izquierdo (%)	34±11 [*]
Etiología de la insuficiencia cardíaca	
Isquémica	45 (29) [†]
Hipertensivos	38 (25) [†]
Alcohólica	26 (17) [†]
Escolaridad, años	6,4±3,5 [*]
Enfermedades concomitantes	
Hipertensión Arterial Sistémica	86 (56) [†]
Diabetes Mellitus	44 (29) [†]
Jubilado	88 (58) [†]
Tiempo acompañamiento de ambulatorio, años.	2 (1-4) [‡]

Variables expresadas en ^{*}promedio ±DE; [†]n (%) y [‡]mediana y percentiles (25-75)

Puntaje de aciertos: estudio original y estudio de validación

En la Tabla 2 se presenta la versión adaptada del cuestionario de conocimiento de la enfermedad y autocuidado para pacientes con IC, y los respectivos índices de aciertos de los 153 pacientes. Las preguntas 10 y 11, relacionadas al consumo de líquidos y la actividad física, respectivamente, fueron acrecidas en la versión adaptada del cuestionario en sustitución a las tres preguntas que fueron retiradas del instrumento original.

Tabla 2 - Índice de aciertos de los participantes que respondieron a la versión original y a la versión adaptada del cuestionario de conocimiento de la insuficiencia cardíaca

Ítems del cuestionario	Estudio original	Presente estudio
	Artinian et al. (n=123)	(n=153) n (%)
	n (%)	n (%)
1. La insuficiencia cardíaca es un problema en el cual: a. existe exceso de sangre en el organismo. b. el corazón es débil y no es capaz de bombear sangre suficiente. c. los vasos sanguíneos del corazón están obstruidos. d. no sabe	36 (29)	113 (74)
2. Complete con la respuesta correcta. Es importante que pacientes con insuficiencia cardíaca se pesen regularmente en el mismo horario, diariamente, y que anoten su peso. Usted debe procurar auxilio médico o del equipo de enfermería si aumenta más que ____ Kg en una semana: a. 2kg b. 6kg c. 10kg d. no sabe	32 (26)	89 (58)
3. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (por ejemplo, Captopril, Enalapril) son medicamentos usados por pacientes con insuficiencia cardíaca. Esos medicamentos actúan: a. en la remoción del exceso de líquidos y sales del organismo. b. en la dilatación de los vasos sanguíneos del organismo. c. promoviendo un bombeo cardíaco más fuerte. d. no sabe e. no se aplica	24 (20)	50 (33)
4. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (por ejemplo, Captopril, Enalapril) son medicamentos que pueden generar ciertas señales o síntomas llamados "efectos colaterales". Usted debe avisar a su médico o equipo de enfermería si tiene los siguientes efectos colaterales. a. depresión o tristeza. b. temblores o escalofríos. c. tos. d. no sabe e. no se aplica	20 (16)	74 (46)
5. Personas que presentan insuficiencia cardíaca toman un remedio denominado digoxina para que: a. sus riñones produzcan más orina. b. los vasos sanguíneos del organismo se dilaten. c. el corazón lata más fuertemente. d. no sabe e. no se aplica	30 (24)	71 (46)

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

	Ítems del cuestionario	Estudio original	Presente estudio
		Artinian et al (n=123) n (%)	(n=153) n (%)
6.	El acumulo de digoxina en el organismo lleva al surgimiento de señales y síntomas denominados de "efectos colaterales". Usted debe informar su médico o equipo de enfermería se aparecer cualquier de esos efectos colaterales. En la lista abajo, señale un efecto colateral común de la digoxina. a. eritema (una mancha rojiza) en los brazos y piernas. b. pérdida de apetito o gusto malo en la boca. c. heridas en la boca. d. no sabe e. no se aplica	30 (24)	59 (39)
7.	A seguir están listados posibles síntomas debidos a la insuficiencia cardíaca. ¿Cuál síntoma no pertenece a esta lista? a. falta de aire – aliento corto. b. hinchazón de los pies, manos o abdomen. c. pérdida inesperada de peso. d. no sabe	82 (67)	118 (77)
8.	Personas con insuficiencia cardíaca usan diurético (Lasix - Furosemida) para que: a. sus riñones produzcan mayor cantidad de orina. b. los latidos cardíacos sean más regulares. c. el corazón bombee más fuertemente. d. no sabe	74 (60)	114 (74)
9.	Se usted tiene insuficiencia cardíaca y consume bebidas alcohólicas tales como cerveza, vino o destilados, debe parar de beber o ingerir: a. no más que 1 dosis por día. b. no más que 2 dosis por día. c. no más que 3 dosis por día. d. no sabe e. no consume bebida alcohólica	79 (64)	136 (89)
10.	¿Cuáles alimentos abajo no contribuyen con la suma de líquidos ingeridos por día? a. sandía b. pan c. naranja d. no sabe	---	143 (93)
11.	Sabiendo que la actividad física hace bien para la salud. En su condición de salud usted: a. puede practicar cualquier actividad física, sin restricciones. b. puede practicar actividad física, si tiene una enfermedad estable, no se esforzando demasiado. c. no puede practicar ejercicios físicos de forma alguna. d. no sabe	---	116 (76)
12.	Ya que el sodio (sal) provoca retención de líquidos en el organismo, personas con insuficiencia cardíaca necesitan consumir menos sodio (sal). Señale el alimento de la lista a seguir que contiene la menor cantidad de sal. a. sopas enlatadas o en saquito. b. alimentos en conserva (ejemplo: maíz, arveja, pepino, zanahoria). c. frutas y verduras frescas. d. no sabe	64 (52)	147 (96)
13.	Comer menos sal ayuda a su corazón a latir mejor. ¿Qué más usted puede hacer para mejorar su insuficiencia cardíaca? (Señale todas las alternativas que considera correctas). a. perder peso si estuviere con exceso de peso. b. no fumar. c. vacunarse contra la gripe y neumonía. d. no sabe	---	127 (83)
14.	Personas con insuficiencia cardíaca pueden sentirse mejor si siguen el plan de tratamiento recomendado por el médico o equipo de enfermería. Mantener este programa de tratamiento es la mejor manera de evitar la hospitalización. Los motivos que llevan a los pacientes a presentar síntomas de insuficiencia cardíaca y volver a ser hospitalizado son: (Señale la alternativa correcta.) a. usar poca sal en la dieta. b. controlar el peso frecuentemente c. no tomar los medicamentos diariamente. d. no sabe	56 (46)	148 (97)

Aplicación del cuestionario

El puntaje de aciertos de la muestra varió entre cuatro y 14, siendo que un paciente obtuvo el puntaje máximo, respondiendo correctamente a todas las preguntas. El promedio de aciertos fue de $9,8 \pm 2,1$, siendo que el instrumento permitía un puntaje variando de cero a 14. Cincuenta y tres por ciento de los pacientes permanecieron con aciertos entre 10 y 12 preguntas.

Discusión

En este estudio se objetivó realizar la adaptación transcultural de un cuestionario que evalúa el conocimiento sobre la insuficiencia cardíaca (IC) y el autocuidado y analizar su validez de contenido y la reproductibilidad para ser usado en Brasil.

En relación a las adaptaciones, fueron retiradas tres preguntas por no poseer equivalencia cultural. Por ejemplo, en el instrumento original, una pregunta se relacionaba a la cantidad de miligramos de sal que el paciente consumía al ingerir pimienta en conserva. La utilización de pimienta en conserva no es una práctica habitual en nuestra población, por ese hecho, esa pregunta fue excluida. La segunda pregunta retirada se relacionaba a la IC terminal, decisiones u órdenes anticipadas (testamentos) en el cual el paciente explica cuales métodos desea que sean utilizados para salvarlo caso no esté en condiciones de hablar por sí mismo. Optamos por retirar esta pregunta, una vez que hasta el momento no tuvimos situaciones semejantes en nuestra práctica.

La última pregunta retirada se refería a efectos colaterales de la furosemda. En este ambulatorio y en nuestra experiencia los pacientes no relatan esos efectos. En el lugar de esas preguntas, fue acrescentada una pregunta sobre actividad física y otra sobre la ingesta hídrica.

El número de alternativas para cada pregunta fue reducido de cinco para cuatro, una vez que los pacientes tenían dificultad de memorizar cinco opciones de respuestas por pregunta. Fue acrescentada como cuarta alternativa la opción "no sabe". En las preguntas sobre medicamentos, fue también adicionada la alternativa "no se aplica", en el caso de pacientes que no hacen uso de la medicación preguntada. En la pregunta nueve, relacionada al uso de bebida alcohólica, la alternativa "no consume bebida alcohólica" fue acrescentada, una vez que en la prueba piloto todos los pacientes respondían que "no bebían".

La reproductibilidad evaluada en 51 pacientes se mostró adecuada, a pesar de que la pregunta siete obtuvo un Kappa de 0,4, y la pregunta nueve, no hubiese obtenido concordancia. En la pregunta siete, relacionada

a los síntomas de la IC, fue solicitado a los pacientes que seleccionasen la alternativa incorrecta, respondiendo cuál era el síntoma que no pertenecía a la enfermedad. Ese abordaje contrario puede perjudicar el entendimiento de los pacientes. Comparando con el estudio original, el promedio de escolaridad fue de 11 años⁽⁹⁾, en cuanto en el presente estudio fue de seis. Algunos estudios ya demostraron que la baja escolaridad está asociada a mala comprensión de la información escrita o hablada, condición que puede comprometer la realización de los cuidados para la salud⁽¹⁴⁾.

En estudios con diferentes muestras para validación de cuestionarios para evaluar el conocimiento de IC el alfa de Cronbach fue de 0,61 y 0,74, respectivamente⁽⁹⁻¹⁰⁾. En estudios que evalúan el conocimiento de enfermeras que prestan cuidados a pacientes con IC sobre la enfermedad y tópicos de orientaciones a los pacientes, los resultados fueron semejantes tanto en el grupo que evaluó la consistencia interna⁽¹⁵⁾ como en el grupo que no utilizó ese método⁽¹⁶⁾.

El promedio de aciertos fue de $9,8 \pm 2,1$. El puntaje mínimo de aciertos fue cuatro y un paciente acertó todas las 14 preguntas. En el estudio original el promedio de aciertos fue de $5,83 \pm 2,50$ aciertos⁽⁹⁾. Un estudio europeo semejante comprobó y validó un cuestionario de 10 ítems sobre conocimiento del automanejo de IC en 82 pacientes acompañados en ambulatorio. En ese estudio, los grupos fueron divididos en intervención (educación con médico y enfermera experta en IC) y grupo control (atención convencional con equipo sin especialización). Para cada respuesta correcta el paciente recibía un punto. Los autores demostraron que el desempeño en la prueba fue 7,9 para los pacientes del grupo intervención y 5,7 para los pacientes del grupo control⁽¹⁰⁾. Esos resultados confirman que pacientes acompañados por un equipo especializado presentan mejor desempeño sobre el conocimiento de la IC y autocuidado.

En otro estudio americano que buscó identificar el nivel de adhesión y conocimiento en relación al tratamiento en 113 pacientes con IC mostró que 37% de los pacientes afirmaron tener poco o ningún conocimiento sobre la enfermedad, 49% afirmaron tener conocimiento mediano y solamente 14% afirmaron tener bastante conocimiento⁽¹⁷⁾. En la presente investigación, en las preguntas que englobaban informaciones generales de IC, 74% de los pacientes supieron correctamente lo que es IC, en cuanto que 77% de los pacientes sabían diferenciar los síntomas de la IC. Sin embargo, un poco más de la mitad de los pacientes no supieron responder la pregunta relacionada al aumento de peso, lo que demuestra que todavía una buena parcela no sabe la relación entre

aumento de peso y empeoramiento de la IC. Esos datos van al encuentro de los datos del estudio americano en el cual aproximadamente 40% de los pacientes no supieron decir la importancia de pesarse diariamente y 27% de los pacientes afirmaron pesarse dos veces, como máximo, por mes⁽¹⁷⁾.

En relación a la ingesta hidrosalina, 38% afirmaron creer que deberían ingerir una gran cantidad de líquidos por día y uno en cada cinco pacientes mencionó no saber cuánta sal debería restringir diariamente. En nuestros resultados, las preguntas relacionadas a la ingesta de líquidos y sal, obtuvieron índice de aciertos bastante elevado, con índice de aciertos entre 88,9% y 96,1%.

Las preguntas que obtuvieron menor índice de error fueron referentes a las medicaciones y sus efectos colaterales (digoxina, inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina). En esas preguntas, el índice de aciertos permaneció entre 34,6% y 51,5%. Esos datos van al encuentro de los datos encontrados en el estudio americano, en el cual apenas 31% de los pacientes respondieron correctamente a las preguntas sobre medicaciones⁽⁹⁾. En las demás preguntas, relacionadas al autocuidado, motivos de readmisión hospitalaria, informaciones generales de IC, el índice de aciertos varió entre 60,3% y 94,9%, resultados semejantes a los del estudio americano que identificó entre 50% y 75% de aciertos en esas preguntas⁽⁷⁾.

Un método que puede mejorar el conocimiento de pacientes sobre a IC y autocuidado es identificar las maneras de aprendizaje y las necesidades de los pacientes, etapas esenciales para el desarrollo de estrategias de educación efectivas en el tratamiento.

Un estudio publicado recientemente investigó los métodos de aprendizaje y las necesidades de pacientes con IC internados por descompensación por medio de un cuestionario dividido en dos etapas: la primera relacionada a estilos de aprendizaje que los pacientes más utilizan, y la segunda relacionada a temas que los pacientes consideran fundamental saber. En total, 55 pacientes completaron el cuestionario, siendo que 64% mencionaron preferencia por estilo de aprendizaje multimodal, 18% por leer/escribir y 11% prefieren escuchar a alguien hablar sobre el asunto. En relación a las necesidades de aprendizaje de los pacientes, señales y síntomas de descompensación de la IC fueron considerados los más importantes, seguido de pronóstico de la enfermedad y factores que contribuyen para el desarrollo de la IC⁽¹⁸⁾.

Limitaciones del estudio

Consideramos como una limitación del presente estudio la retirada de dos preguntas que no tenemos la

experiencia de haber observado situaciones semejantes en nuestra práctica clínica. Sin embargo, estas pueden ser validadas en estudios futuros. La primera se refiere a los efectos colaterales de la furosemida (dolor de estómago y vómitos, mareos y dolor de oído) y la segunda, es relativa a pacientes terminales con IC.

Conclusión

Después concluidas las etapas de adaptación transcultural, este instrumento fue validado en un grupo de pacientes con IC indicando ser una herramienta adecuada para evaluar el conocimiento de pacientes brasileños con IC. Sin embargo, se sugiere que ese instrumento también sea aplicado a otros grupos de pacientes con IC en las demás regiones de Brasil objetivando confirmar y ampliar su validez.

Referencias

1. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol. 2009;92(6 supl.1):1-71.
2. Bochi EA, Cruz F, Guimarães G, Moreira FLP, Issa VS, Ferreira SMA, et al. Long term prospective, randomized, controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients: The REMADHE trial. Circ Heart Fail. 2008;1:115-24.
3. Jovicic A, Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. BMC Cardiovasc Disord. 2006;6:43.
4. Grady KL, Dracup K, Kennedy G, Moser DK, Piano M, Stevenson LW, et al. Team management of patients with heart failure: a statement for health care professionals from the cardiovascular nursing council of American Heart Association. Circulation. 2000;102:2443-56.
5. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê? O papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007;15(1)165-70.
6. Krumholz HM, Amadruta J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure. J Am Coll Cardiol. 2002;39:83-9.
7. Wallace L. Patients' Health Literacy Skills: The Missing Demographic Variable in Primary Care Research. Ann Fam Med. 2006;4:85-6.

