

Validación de encuesta a pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en cuidados paliativos para el trabajo de enfermería
Validation of a Survey for Nursing Work with Patients with Chronic Heart Failure in Palliative Care

Amarelys Rodríguez León^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1185-0556>

Ricardo Izquierdo Medina² <https://orcid.org/0000-0003-0660-7252>

Roberto Garcés González³ <https://orcid.org/0000-0002-9993-3761>

Francisco Salmon Moret⁴ <https://orcid.org/0000-0001-9432-293X>

Nubia Blanco Barbeito⁵ <https://orcid.org/0000-0002-0359-9157>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Policlínico Docente “XXX Aniversario”. Remedios. Villa Clara, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. La Habana, Cuba.

³Universidad Central “Marta Abreu”, Centro de Estudios Comunitarios. Villa Clara, Cuba.

⁴Centro de Investigaciones de Ecosistemas Costeros. CITMA. Ciego de Ávila, Cuba.

⁵Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara Facultad de Ciencias Médicas de Sagua la Grande. Villa Clara, Cuba.

*Autor para la correspondencia: amarelysr72@gmail.com

RESUMEN

Introducción: En Cuba, las enfermedades del corazón son primera causa de muerte. En etapas avanzadas de la insuficiencia cardíaca, la terapia curativa pierde eficacia y los cuidados paliativos constituyen una opción válida, pero su uso no está aún generalizado.

Objetivo: Validar una encuesta para caracterizar la situación psicosocial educativa y de salud y la opinión sobre la atención a pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en cuidados paliativos.

Métodos: Estudio instrumental en el área de salud del Policlínico “XX Aniversario”, del municipio Remedios, Villa Clara, Cuba, entre enero-diciembre de 2018. Basado en el método Delphi para determinar la validez, a través del criterio de expertos, de una encuesta para aplicar a pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. La investigación se desarrolló en tres etapas: adecuación del cuestionario, validación de contenido y prueba piloto. Se seleccionó una muestra de 35 pacientes. La validación de la funcionabilidad del cuestionario se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach.

Resultados: La encuesta elaborada para la investigación, validada y enriquecida por el criterio de expertos, permite caracterizar la situación psicosocial educativa y de salud de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica que reciben cuidados paliativos y ayuda a conocer sus criterios sobre la atención que reciben.

Conclusiones: El instrumento construido es pertinente para su empleo efectivo en su contexto de aplicación y es posible su generalización a otros escenarios.

Palabras clave: cuidados paliativos; atención de enfermería; recolección de datos; encuestas y cuestionarios; revisión por pares.

ASBTRACT

Introduction: In Cuba, heart diseases are the leading cause of death. In advanced stages of heart failure, the curative therapy loses efficacy and palliative care is a valid option; however, its use is not yet widespread.

Objective: To validate a survey for characterizing the educative psychosocial and health situation, as well as the opinion about the care of patients with chronic heart failure in palliative care.

Methods: Instrumental study carried out, between January and December 2018, in the health area of XX Aniversario Polyclinic of Remedios Municipality, Villa Clara Province, Cuba. The study was based on the Delphi method to determine the validity, through expert judgment, of a survey to apply with patients with chronic heart failure. The research was developed in three stages: adaptation of the questionnaire, content validation, and pilot test. A sample of 35 patients was selected. The validation of the questionnaire's functionality was determined through calculation of Cronbach's alpha coefficient.

Results: The survey prepared for the research, validated and enriched by expert judgement, allows to characterize the educative psychosocial and health situation of patients with chronic heart failure who receive palliative care and helps to know their criteria about the care they receive.

Conclusions: The obtained instrument is appropriate for its effective use in its application context, while its generalization to other settings is possible.

Keywords: palliative care; nursing care; data collection; surveys and questionnaires; peer review.

Recibido: 03/10/2020

Aceptado: 11/04/2021

Introducción

En América Latina y el Caribe (ALC), las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles.^(1,2) Cada año ocurren un aproximado de 726 000 defunciones. La enfermedad del corazón fue la primera causa de muerte para ambos sexos en los últimos cinco años, lo que representa el 13 % de fallecidos en la región.⁽³⁾ Estas enfermedades son responsables de la generación de incapacidades físicas permanentes en miles de personas.^(4,5) Algunos autores, como *Watkins* y otros⁽⁶⁾ y *Hennis*,⁽⁷⁾ advierten que el impacto social y económico de estas enfermedades continuará su crecimiento constante.

En Cuba, las enfermedades del corazón ocuparon la primera causa de muerte en el periodo 2015-2019, para este último año con un total de 26 736 defunciones y una tasa bruta de 238,1 x 100 000 habitantes; la insuficiencia cardiaca con 2059 defunciones.⁽⁸⁾ En la provincia de Villa Clara, las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte para un total de 1861 defunciones anuales, con una tasa bruta de 238,1 por 100 000 habitantes.⁽⁹⁾

En etapas avanzadas de la insuficiencia cardiaca, la terapia curativa no siempre es eficaz y el trasplante cardiaco no es una opción para el paciente. En esas

condiciones los cuidados paliativos constituyen la mejor opción porque contribuyen a mejorar la calidad de vida del paciente, pero los avances en su conceptualización no están legitimados en la realidad asistencial que aún no refleja dicha evolución. Hoy existe un vacío en la aplicación de los cuidados paliativos a pacientes con insuficiencia cardiaca crónica.^(10,11)

Los cuidados paliativos son una opción de tratamiento para emplear en todos los pacientes que los necesiten, es extensible a pacientes con procesos crónicos y oncológicos, que permite, ante situaciones de complejidad, mantener un tipo de atención continua, experta y de alta calidad, que presupone la integración en el trabajo intersectorial e interdisciplinario con la finalidad de brindar más calidad de vida a estos pacientes.

Es una necesidad creciente del sistema de salud, en la asistencia primaria esencial, la obtención de instrumentos que permitan la medición efectiva de las prácticas clínicas y en la validación de los resultados de las investigaciones científicas en el sector.⁽¹²⁾ Esta necesidad se acentúa en el campo de los cuidados paliativos que es un servicio de salud emergente. En muchos de los casos, los instrumentos de validación que se emplean han sido producidos y usados con éxito en otros contextos, por lo cual demandan de un proceso de adecuación sociotécnica, para adaptarlo a las condiciones del escenario general y particular donde será utilizado, para lo cual su validez deberá ser constatada a través de un proceso de validación.⁽¹³⁾

La validez, según *Arribas*,⁽¹⁴⁾ es “...el grado en que un instrumento de medida mide aquello que realmente pretende medir o sirve para el propósito para el que ha sido construido...”, puede referirse al contenido o al constructo. En el primer caso, se señala que los *ítems* o aspectos elegidos para la elaboración del instrumento de medición son indicadores de lo que se pretende medir; la valoración de los expertos es cualitativa pues deben juzgar la capacidad del mismo para evaluar todas las dimensiones que se necesitan medir. La validez del constructo, relacionada con la anterior, indica que las medidas resultantes en el contenido pueden ser utilizadas y consideradas pertinentes al fenómeno que se quiere medir, para lo cual es fundamental de manera previa una clara definición del constructo o aspecto por medir.

La fiabilidad, el otro requisito de calidad de todo instrumento de medición, se define como el grado con el que un instrumento mide con precisión y descarta el error, y lo hace a través de la consistencia, la estabilidad temporal y el acuerdo entre los expertos. *Arribas*⁽¹⁴⁾ también define la consistencia como el nivel de cohesión de los diferentes *ítems* o aspectos del instrumento que se puede comprobar a través de diferentes métodos estadísticos como por ejemplo, el coeficiente Alfa de Cronbach, utilizado con mayor frecuencia.^(15,16)

El objetivo de la investigación fue validar una encuesta para caracterizar la situación psicosocial, educativa y de salud y la opinión sobre la atención a pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en cuidados paliativos.

Métodos

Estudio de tipo instrumental, de diseño de validación de instrumentos documentales,⁽¹⁷⁾ en el área de salud que atiende el Policlínico “XX Aniversario” del municipio Remedios de la Provincia Villa Clara, en Cuba, realizado en el periodo de enero-diciembre de 2018. La investigación se desarrolló en tres etapas.

Primera etapa: Adecuación del cuestionario

Se retomó la versión en español de *Palliative Care Outcome Scale* (POS)^(18,19,20) para el paciente, que contaba con 12 *ítems*. Se realizaron adecuaciones en la redacción de los *ítems*, se respetó el orden y el sentido para caracterizar las dimensiones física y psicológica, la información dada, la comunicación con la familia y los amigos, el sentido de la vida y otros aspectos prácticos relacionados con la enfermedad, en este caso la insuficiencia cardíaca, por lo que se consideró un buen instrumento de medida de la efectividad de los cuidados paliativos.

Segunda etapa: Validación de contenido

El cuestionario, después de concluido el proceso de adecuación a las necesidades del contexto donde será aplicado, se sometió a la consideración del grupo de expertos seleccionados por la valoración de la pertinencia de sus competencias sobre el tema. Los expertos fueron informados acerca de la problemáticas a

estudiar y el alcance de la investigación. Después de recibir la respuesta de los expertos se procedió a:

- a) Determinación del coeficiente de conocimiento (Kc) del experto. Este coeficiente de conocimiento se calculó a partir de la autoevaluación sugerida en escala progresiva del 1 al 10, que contiene la valoración de su calificación científica académica, los años de experiencia profesional y prestigio personal por los resultados como experto y los conocimientos que acerca del tema en cuestión tiene.⁽²¹⁾
- b) Cálculo del coeficiente de argumentación (Ka) o fundamentación, conseguido de la suma de los puntos a la respuesta del grado de influencia de las fuentes de los datos obtenidos para lograr la eficacia en la ejecución de esta actividad.^(22,23)
- c) Cálculo de la competencia a nivel de codificación de cada uno de los posibles expertos para evaluar el diseño de la temática a investigar, que es determinada a través de la fórmula: $K = 1/2 (Kc + Ka)$ p.5.⁽²⁴⁾

Como resultado parcial fueron seleccionados 29 expertos para participar en la investigación y se procedió a calcular el coeficiente de competencias. Esos expertos alcanzaron un coeficiente de competencias superior a 0.8, estimado como alto y satisfacen las exigencias para desempeñar ese rol, que son, en primer lugar expresar consentimiento para participar en esta investigación, tener una profesión relacionada con el tema de referencia, poseer una categoría docente o de investigador de auxiliar o titular, y titulación académica de máster o especialista en temas afines a esta investigación o el grado científico de doctor en ciencias.

A los expertos seleccionados se les informó la ratificación de su selección y se procedió a la aplicación del método Delphi,^(22,25) con garantía para el anonimato, la interacción con realimentación controlada, mediatizada y dirigida, las estadísticas de grupo con retroalimentación en cada intercambio, donde se despliegan todas las opiniones, el grado de acuerdo que se ha obtenido y la experiencia en el tema o asunto a resolver.^(26,27)

Se les hizo llegar a cada uno de ellos el cuestionario con los indicadores a valorar y las sugerencias sobre qué elementos transformar, eliminar o incluir en él, lo que les permitió realizar la validación del instrumento. Los aspectos a estimar fueron los siguientes: estructura del diseño general del cuestionario, la cantidad de preguntas a responder, estructura y contenido de cada pregunta y la interpretación de las mismas.

Se les solicitó que para realizar su evaluación utilizaran la siguiente escala: Categoría de valoración: Adecuado (2), Poco Adecuada (1), Inadecuada (0). La calificación otorgada, para cada criterio inicial evaluado, osciló entre 0 y 58 puntos, que es el resultado de multiplicar 29 (número de expertos) por 2 (máxima puntuación a otorgar). Las decisiones para el procesamiento estadístico, al límite mínimo igual a cero (0) y al límite máximo igual a cincuenta y ocho (58), una vez sumada la puntuación de los criterios ofrecidos por los expertos, se clasificaron, según Jorna, Castañeda y Véliz.⁽²⁸⁾ (Cuadro 1).

Cuadro 1- Decisión para el procesamiento estadístico

Situación	Definición de la puntuación	Conducta
Desfavorable	< 40	Revisión crítica y replanteamiento
Aceptable	45 - 52	Requiere modificaciones
Éxito	> 52	No modificar

Los 45 puntos corresponden al 80 % de la calificación total; 52 corresponden al 20 % de la calificación total. Se asumieron las proposiciones realizadas por los expertos, a quienes se les invitó también a realizar la valoración del contenido de cada ítem, con la utilización de los cinco criterios básicos de Moriyama, el examen de la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas y adicionar cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera considerado relevante. Los criterios de Moriyama utilizados para la valoración fueron:^(23,24)

1. Razonable y comprensible: comprensión de los diferentes *ítems* que se evalúan en relación con el fenómeno que se pretende medir.
2. Sensible a variaciones en el fenómeno que se mide: si del instrumento puede derivarse un índice que muestren diferencias en la variable que se medirá.

3. Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: si es viable el uso de cada uno de los *ítems* que se contienen en el instrumento.
4. Con componentes claramente definidos: si cada ítem se define claramente.
5. Derivable de datos factibles de obtener: si es posible obtener la información deseada a partir de las respuestas dadas ante el instrumento.

Los expertos evaluaron cada uno de los *ítems* y asignaron un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, de acuerdo con la siguiente escala: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0. Una vez recibidas las respuestas de los expertos, se modificaron cinco *ítems*, para su adopción al contexto de la investigación, se tabularon los datos y se procesaron de forma tal, que en la segunda ronda los participantes pudieron evaluar los resultados de la ronda anterior y volvieron a valorar el contenido de cada ítem con la utilización de los cinco criterios básicos de Moriyama.

En la tercera ronda se expusieron los criterios agrupados de las opiniones de los expertos en la ronda anterior, para que reconocieran con más profundidad cada *ítems* y se les brindó la posibilidad de dar una respuesta dicotómica, de acuerdo / no de acuerdo con cada *ítems* y así lograr un consenso de opiniones.

Tercera etapa: Prueba piloto

Las adecuaciones que se realizaron con base en la validación de expertos, se obtuvo la segunda versión del cuestionario y se piloteó en 35 pacientes con cardiopatías crónicas en cuidados paliativos, a través de un muestreo aleatorio simple, para detectar problemas de aplicación del cuestionario, comprobar el entendimiento de las preguntas y la eficacia del instrumento en relación al lenguaje o redacción de los *ítems* y la facilidad de interpretación de cada *ítems*. La validación de la funcionabilidad del cuestionario se determinó a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach, lo que permitió verificar el contexto interno de cada ítem. Se llegó a la conclusión de que el test era adecuado cuando el valor de alfa fuera igual o superior a 0,7 y la evaluación de la confiabilidad o estabilidad del instrumento en el tiempo se evaluó a través del empleo del método del test-retest.

Para ello se le aplicó el mismo cuestionario transcurridas cuatro semanas entre la primera y la segunda aplicación a las mismas a personas que en la primera ocasión, no forman parte de la muestra de la investigación final. Al tener en cuenta las valoraciones de los expertos y las respuestas de los participantes en la prueba piloto, se modificó, ajustó y se realizó la versión definitiva del cuestionario.

Resultados

Primera ronda

Tres de los cuatro aspectos evaluados del cuestionario (estructura del diseño general del cuestionario, la estructura y contenido de cada pregunta y su interpretación) obtuvieron la calificación con éxito (2 puntos) por los 29 expertos (100,00 %), por lo que no requirió modificaciones. El aspecto relacionado con la cantidad de preguntas obtuvo la puntuación de adecuada (2 puntos) por 20 expertos y poco adecuada (1 punto) por 9 expertos para un total de 49 puntos, por lo que para esta categoría tenía una situación aceptable, requería modificaciones, por lo que se tuvo que hacer una revisión crítica y un replanteamiento del total de preguntas en el cuestionario. En la segunda ocasión que se le solicitó el criterio a los expertos, evaluaron como adecuada la cantidad de preguntas, es decir, que en la segunda consulta de expertos calificó en una situación de éxito el cuestionario con 58 puntos cada aspecto evaluado.

Segunda ronda

El instrumento contaba con 16 *ítems*, pero de acuerdo al contexto y sugerencias de los expertos quedó constituido por 38 *ítems*, que sugirieron mejorar el diseño y ordenamiento de algunas preguntas. La opción que se les dio a los expertos de sugerir que modificar, eliminar o incluir en el cuestionario, permitió modificar el uso de términos y mejorar la formulación de algunos *ítems*, lo que contribuyó a una mayor claridad en la redacción. Además, se eliminó una pregunta del cuestionario ya que su contenido estaba incluido en otra pregunta.

El análisis de estos resultados de la evaluación de cada uno de los *ítems* realizada por los expertos en la segunda ronda, permitió estimar que la formulación de los

ítems era razonable, se encontraban definidos de manera clara y se justifica la presencia de cada uno en el cuestionario, porque es posible obtener la información deseada a partir de las respuestas a cada pregunta. Los resultados obtenidos para cada categoría fueron:

- Razonable y comprensibles: El 97,8 % de los *ítems* alcanzaron puntuaciones por encima del 70, %.
- Sensible a variaciones: Ningún ítem obtuvo calificación superior al 70 %, un 92 % de estos calificados fueron suficientes.
- Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: el 95 % de los *ítems* alcanzaron puntuaciones por encima del 70 %.
- Con componentes claramente definidos: El 98 % de los *ítems* alcanzaron puntuaciones por encima del 70 %.
- Derivable de datos factibles de obtener: el 96 % de los *ítems* alcanzaron puntuaciones por encima del 70 %.

Tercera ronda

- El 100,00 % de los expertos participantes se manifestaron a favor de la versión final de cada uno de los *ítems* y así se logró un consenso en las opiniones.

Realización de la prueba piloto

Se les aplicó la prueba piloto a 35 pacientes con cardiopatías no crónicas, con el objetivo de realizar el análisis de la fiabilidad del instrumento mediante la prueba del alfa de Cronbach, comprobar el funcionamiento del instrumento y la comprensión de las preguntas. Esto permitió realizar los cambios necesarios en la redacción y el diseño de cada interrogante para mejorar el empleo del cuestionario.

Los resultados que se lograron en el análisis de la fiabilidad mediante la prueba del alfa de Cronbach fueron iguales o superiores a 0,70 en cada pregunta del cuestionario; por lo que ninguno de los *ítems* fue eliminado. Los resultados anteriores demuestran la uniformidad interna del cuestionario a partir de los aportes que cada ítem realiza a la eficacia del instrumento.

Discusión

La evaluación mediante el juicio de expertos, método de validación cada vez más utilizado en la investigación, consiste en solicitar a una serie de personas seleccionadas la demanda de un juicio hacia un objeto, un instrumento, un material de enseñanza o su opinión respecto a un aspecto concreto.⁽²⁵⁾

Para utilizar con garantía un cuestionario es necesario comprobar que mide de manera apropiada y de modo constante en las mismas circunstancias, que es sensible a los cambios de la situación clínica y que en la práctica no presenta dificultades de aplicación. Toda esta comprobación de sus características es lo que se llama proceso de validación. Este proceso se realiza en el idioma original y debe reiterarse cuando se altera la estructura o cuando cambia el idioma en el que se aplica.

Validar una versión en idioma diferente al original consiste en adaptar culturalmente el cuestionario al medio donde se quiere utilizar y volver a comprobar que conserva las características psicométricas adecuadas para medir aquello para lo que fue diseñado.⁽²⁶⁾ Los criterios para asegurar la calidad del instrumento son: traducción, adaptación, validación de las propiedades psicométricas y redacción de las normas del instrumento en los distintos idiomas. Sin embargo, la metodología para adaptar cuestionarios es poco conocida por profesionales sanitarios locales, lo que explica la existencia y uso indiscriminado de instrumentos adaptados de manera incompleta o traducciones simplemente literales. Uno de los sesgos tradicionales encontrados en instrumentos culturalmente adaptados es la ausencia de equivalencia conceptual de los instrumentos en distintas culturas. Por ello al validar un instrumento es necesario empezar con el proceso de traducción.^(27,28)

La encuesta a pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, que reciben cuidados paliativos, al concluir el proceso de validación se enriqueció con los aportes de los expertos y quedó construida con los siguientes *ítems*:

1. Enfermedades asociadas.
2. Antecedentes familiares.

3. Durante los últimos días, ¿ha padecido de opresión o dolor en el pecho, en el lado izquierdo, u otro síntoma como: ardor, quemazón, que se produce regularmente con la actividad física o después de las comidas pesadas
4. Durante los últimos días, ¿ha padecido de limitaciones en la actividad física diaria?
5. Durante los últimos días, ¿se ha visto afectado por otros síntomas, como agotamiento, tos, dificultad para respirar, debilidad?
6. Durante los últimos días, ¿se ha visto afectado por otros síntomas como Palpitaciones (latidos irregulares del corazón), sudoraciones?
7. Durante los últimos días, ¿nota que estos síntomas han aparecido A PESAR de adherirse completamente a su tratamiento médico habitual sin dificultad?
8. Durante los últimos días, ¿se ha sentido angustiado por la enfermedad o por el tratamiento?
9. Durante los últimos días, ¿algún familiar o allegado se ha sentido angustiado por usted?
10. Durante los últimos días, ¿qué información ha recibido usted o sus familiares o allegados?
11. Durante los últimos días, ¿ha podido comentar cómo se siente con sus familiares o amigos?
12. Durante los últimos días, ¿ha sentido que merece la pena vivir?
13. XVIII. Durante los últimos días, ¿se ha sentido bien consigo mismo?
14. Durante los últimos días, ¿cuánto tiempo cree que ha perdido en asuntos relacionados con su salud, como esperas o repetición de pruebas?
15. Durante los últimos días, ¿se han tratado cuestiones prácticas, tanto personales como económicos, surgidos como consecuencia de su enfermedad?
16. Si los hubiera, ¿cuáles han sido los principales problemas que ha tenido durante los últimos días?
17. ¿Considera usted que el equipo que le atiende ha aliviado sus síntomas y preocupaciones y le ha ayudado a adaptarse a su nueva situación de salud?
18. ¿Considera usted que la enfermera del equipo ha tenido una contribución especial en el alivio de sus síntomas y preocupaciones y le ha ayudado a adaptarse a su nueva situación de salud?
19. ¿Cómo ha contestado a este cuestionario?

20. ¿La enfermera de su Consultorio Médico de la Familia se ha interesado alguna vez por sus hábitos, costumbres y creencias religiosas?
21. ¿Usted practica algún tipo de ejercicios físicos de manera sistemática?
22. ¿El enfermero de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado alguna vez sobre la importancia de la práctica del ejercicio físico sistemático?
23. ¿Consume usted una dieta baja en sal?
24. ¿La enfermera de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado alguna vez sobre la importancia de reducir el consumo de sal en las comidas?
25. ¿Se comprueba si se hinchan los tobillos?
26. ¿Usted se pesa?
27. ¿Usted ingiere bebidas alcohólicas?
28. ¿Usted fuma?
29. ¿El enfermero de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado alguna vez sobre los efectos dañinos a la salud que provoca el consumo de alcohol y tabaco?
30. ¿Se utiliza un sistema (recordatorios) para ayudarle a recordar sus medicamentos?
31. ¿Se olvida o deja de tomar cualquiera de sus medicamentos?
32. ¿Intenta evitar enfermarse?
33. ¿La enfermera de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado alguna vez sobre la importancia de chequearse periódicamente?
34. ¿La enfermera de su Consultorio Médico de la Familia le ha preguntado alguna vez si usted padece otra enfermedad?
35. ¿La enfermera de su Consultorio Médico de la Familia le ha explicado alguna vez sobre los beneficios que para su salud tiene evitar el aumento de su peso por encima de lo habitual?
36. ¿Usted y su familia mantienen buena comunicación con La enfermera(a) de su Consultorio Médico de la Familia?
37. ¿La enfermera de su Consultorio Médico de la Familia le brinda a usted y/o su familia charlas educativas sobre cómo cuidar su salud?
38. ¿Con qué frecuencia recibe usted la visita de la enfermera de su Consultorio Médico de la Familia relacionada con su cardiopatía isquémica crónica?

El trabajo realizado en la construcción, validación y rediseño de esta encuesta permite, a través de su aplicación a estos pacientes y el análisis posterior de sus resultados, conocer las características sociodemográficas de la muestra de estudio, relacionadas con la distribución por sexo, la edad, estado civil, creencias religiosas, escolaridad terminada y el vínculo laboral o no. La encuesta permite indagar sobre los grupos etáreos más afectados por las insuficiencias cardíacas crónicas, los tipos de comorbilidades y los antecedentes familiares asociados a esta enfermedad, entre otros datos, que son importantes para perfeccionar el trabajo de enfermería en este tipo de servicio de salud.

La encuesta posee indicadores específicos en cada *ítem* para obtener datos demográficos, criterios de satisfacción y otros elementos críticos, que posibilitan caracterizar la situación psicosocial, educativa, de salud y la opinión sobre la atención recibida por pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en cuidados paliativos para perfeccionar el trabajo de Enfermería en esos servicios de salud. La lógica de la intervención a realizar demanda una capacitación previa a directivos de salud y profesionales de la Enfermería involucrados en estos servicios de salud, encaminada a esclarecer el papel la atención personalizada y contextualizada, la espiritualidad del paciente, la comunicación, la atención a la familia del paciente, el control adecuado de los síntomas y el empleo de diversas medidas para aliviar o atenuar el sufrimiento, entre otros. Esta capacitación contribuye al entendimiento y la implementación práctica de los resultados de la encuesta.

En conclusión, la investigación corrobora la necesidad de la validación de instrumentos para la medición efectiva de indicadores en las prácticas clínicas y en las investigaciones científicas en salud. El instrumento construido, con ayuda del criterio de expertos, es pertinente para su empleo efectivo en su escenario de aplicación. La encuesta elaborada y validada permite caracterizar la situación psicosocial, educativa y de salud de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica que reciben cuidados paliativos y ayuda a conocer sus criterios sobre la atención que reciben.

Referencias bibliográficas

1. Patel P, Orduñez P, Di Pette D, Escobar M, Hassell T, Wyss F, *et al.* Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2017 [acceso: 10/07/2020];41(1):1-12. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/1/es>
2. Landrove-Rodríguez O, Morejón-Giraldoni A, Venero-Fernández S, Suárez-Medina R, Almaguer-López M, Pallarols-Mariño E, *et al.* Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba. *Rev. Panam. Salud Pública.* 2018;42:e23. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.23>.
3. Dávila C. Tendencia e impacto de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en México, 1990-2015. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2019 [acceso: 10/07/2020];45(4):1-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662019000400006.
4. Fortune K, Salgado N, Cassanha L, Murphy M. Los determinantes sociales de las enfermedades no transmisibles. En: OPS, editor. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe.* Washington, D.C: OPS; 2017. p. 35-9.
5. IHME. GBD Compare Data Visualization. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) Seattle, WA: IHME, University of Washington. 2016 [acceso: 10/07/2020]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
6. Watkins D, Poggio R, Augustovski F, Brouwer E, Pichon A, Rubinstein A, *et al.* El costo-efectividad de las intervenciones y políticas para el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo en América Latina y el Caribe: revisión sistemática. En: OPS, editor. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe.* Washington, D.C: OPS; 2017. p. 95-116.
7. Hennis A. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas In: OPS, editor. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe.* Washington D. C: OPS; 2017. p. 3-10.
8. Dueñas Herrera A, Armas Rojas N, Henry Vera G, Martínez Fernández C. Mortalidad Prematura por Enfermedades Cardiovasculares en Cuba. *Rev. Cuba.*

- cardiol. cir. cardiovasc. 2018 [acceso: 10/07/2020];24(4). Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/819>
9. ONEI. Anuario estadístico de la República de Cuba. 2019. Provincia de Villa Clara. 2019. In: Oficina Nacional de Estadística e Información. La Habana: ONEI; 2019 [acceso: 10/07/2020]. Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/publicaciones-tipo/Anuario>.
10. Gentile F, Sciarrone P, Zamora E. Body mass index and outcomes in ischaemic versus non-ischaemic heart failure across the spectrum of ejection fraction. European Journal of Preventive Cardiology. 2020 [acceso: 10/07/2020];(2). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2047487320927610>.
11. Noticias cardiología. Notas de prensa Sección de Insuficiencia cardiaca Sociedad Española de Cardiología (SEC) Málaga España. 2019 [acceso: 10/07/2020]. Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/10659>
12. Kurogi E, Butcher R, Salvetti M. Relationship between functional capacity, performance and symptoms in hospitalized patients with heart failure. Rev Bras Enferm. 2020;73(4). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0123>
13. Servicio Andaluz de Salud. Guía de atención enfermera a personas con insuficiencia cardiaca crónica en atención primaria. Consejería de Salud Junta de Andalucía. España. 2017 [acceso: 10/07/2020]. Disponible en: <https://www.picuida.es/wp-content/uploads/2017/12/guiainsuficiencia.pdf>
14. Villar R. Escala NYHA (New York Heart Association) Valoración funcional de Insuficiencia Cardiaca. Departamento de Medicina Interna CHU Juan Canalejo La Coruña. 2016 [acceso: 10/07/2020]. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/nyha.pdf>
15. Quirino B, da Costa N, de Cassia R, Butcher S. Definiciones conceptuales y operacionales de los indicadores del resultado. Control de síntomas para pacientes con insuficiencia cardíaca en cuidados paliativos. Rev. Enfermería Clínica. 2020 [acceso: 10/07/2020];30(6):386-97. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862120300061>

16. Querro M. Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Revista Telos*. 2010 [acceso: 10/07/2020];12(2):248-52. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99315569010>
17. Supo J. Validación de instrumentos de medición documentales, curso en vídeo para descarga inmediata. Arequipa-Perú: Bioestadístico EIRL © 2010 - 2016 [citado 23/01/2021]. Disponible en: <https://validaciondeinstrumentos.com/carta>
18. Hocaoglu M, Hepgul N, Tunnard I, Meltem E, Efe H, Ataoglu B, *et al*. Towards patient-centred cancer care: cross-cultural validity and responsiveness of the Turkish Integrated Palliative care Outcome Scale. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01535-5>.
19. Antunes B, Ferreira P. Validation and cultural adaptation of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) for the Portuguese population. *BMC Palliat Care*. 2020;19(178):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00685-z>
20. Murtagh F, Ramsenthaler C, Firth A, Groeneveld E, Lovell N, Steffen T, *et al*. A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) *Palliat Med Journal*. 2019;33(8):1045-57. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216319854264>
21. Quezada G, Castro-Arellano M, Oliva J, Gallo C, Quezada-Castro M. Método Delphi como estrategia didáctica en la formación de semilleros de investigación. *Revista Innova Educación*. 2020;2(1):78-90. DOI: <https://doi.org/10.35622/j.rie.2020.01.005>
22. Zartha J, Montes J, Vargas E, Arias O, Hoyos J. El Método Delphi modificado. Un acercamiento desde la Metodología de Sistemas Suaves. *Rev Espacios*. 2015 [acceso: 10/07/2020];36(17):1-19. Disponible en: <http://www.revistaespacios.com/a15v36n17/15361711.html>
23. García A, López M, Pría M. Consumo de medicamentos y condiciones de vida en un municipio de La Habana. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2018 [acceso: 10/07/2020];44:27-45. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n1/27-45/>
24. León-Perilla V, Joaquim R. Equipo multiprofesional y trabajo interdisciplinario en cuidados paliativos: reflexiones sobre factores contextuales y profesionales

- que afectan la práctica de Terapia Ocupacional. Revista Ocupación Humana. 2020;20(1):64-81. DOI: <https://doi.org/10.25214/25907816.949>
25. Zarco A, Cardoso M, Sánchez J, Arellano J. Construcción y validación por juicio de expertos de un instrumento para medir atribuciones causales de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Revista de Salud Pública y Nutrición. 2017 [acceso: 10/07/2020];16(2):36-44. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/339731764>.
26. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica.: 5ta edición. Editorial Elsevier Castellano. 2019 [acceso: 10/07/2020]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwicupC79_bvAhXLYt8KHd2wCD8QFjAAegQIAxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.indesgua.org.gt%2Fwp-content%2Fplugins%2Fdownload-attachments%2Fincludes%2Fdownload.php%3Fid%3D9573&usg=AOvVaw0l3zM1tiPFPKAmfy1JJNVS
27. Romera C, Casado A. Validación de escalas de medición en salud. Dynamic Barcelona 2015 [acceso: 10/07/2020];(09):1-3. Disponible en: <https://www.dynasolutions.com/publicaciones/pdf/30.pdf>.
28. Jorna Calixto AR, Castañeda Abascal I, Véliz Martínez PL. Validación de instrumentos para directivos de salud desde la perspectiva de género. Conferencia: Convención Internacional de Salud Pública "Cuba Salud 2015", Palacio de las Convenciones, La Habana. Cuba. 2015 [acceso: 10/07/2020]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/301778167>.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Amarelys Rodríguez León, Ricardo Izquierdo Medina y Roberto Garcés González

Curación de datos: Francisco Salmon Moret

Análisis formal: Francisco Salmon Moret y Nubia Blanco Barbeito

Investigación: Amarelys Rodríguez León, Ricardo Izquierdo Medina y Roberto Garcés González

Metodología: Amarelys Rodríguez León, Ricardo Izquierdo Medina

Administración del proyecto: Amarelys Rodríguez León.

Recursos: Francisco Salmon Moret.

Supervisión: Ricardo Izquierdo Medina y Roberto Garcés González

Validación: Amarelys Rodríguez León y Nubia Blanco Barbeito

Visualización: Amarelys Rodríguez León y Francisco Salmon Moret

Redacción: Amarelys Rodríguez León y Nubia Blanco Barbeito