



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON INSUFICIENCIA CARDIACA**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
ITZEL ARRIAGA SALGADO**

**TUTORA
DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

**ASESOR CLINICO
DRA. MARIA LILIAN VALLE RODRIGUEZ**

**GENERACIÓN:
2017 – 2020**



CIUDAD DE MÉXICO, ABRIL 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

TUTORA:

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.**

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

ASESOR CLÍNICO:

**DRA. MARIA LILIAN VALLE RODRÍGUEZ
ESPECIALISTA EN URGENCIAS
ADSCRITA AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 24 IMSS.**

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Vo. Bo.

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.**

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Vo. Bo.

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 IMSS.**

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi padre,

por cada gota de sudor, por cada día trabajado, gracias por la palabra firme y el consejo certero.

Gracias a mi madre,

por su dulzura, por su bondad y su paciencia infinita, gracias por siempre creer en mí.

Gracias a mi hermana,

por ser esa chispa de energía que siempre me hace falta.

Gracias a Dios,

por darme fuerzas para seguir adelante siempre.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
TITULO.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
OBJETIVOS.....	13
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
RESULTADOS.....	19
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES.....	32
BIBLIOGRAFÍA.....	33
ANEXOS.....	36

RESUMEN

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

ARRIAGA-SALGADO ITZEL¹ VEGA-MENDOZA SANTA² VALLE-RODRÍGUEZ MARIA LILIAN³

1. Residente de tercer año de Medicina Familiar, UMF20 IMSS.
2. Médico Familiar, Maestra en Ciencias de la Educación, UMF20 IMSS.
3. Médico Especialista en Urgencias, HGZ24 IMSS.

La insuficiencia cardiaca afecta en la calidad de vida del paciente, con limitaciones importantes para realizar su trabajo e inclusive actividades de la vida cotidiana. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca adscritos al Hospital General de Zona No. 24. **Material y métodos:** Estudio descriptivo en 228 pacientes de 45 años y más, diagnóstico de insuficiencia cardiaca, ambos sexos. Se aplicó instrumento previo consentimiento informado con ficha de identificación, etiología de la enfermedad, evaluación de estado nutricional (IMC), clase funcional (NYHA) y calidad de vida (Cuestionario de Kansas City). **Resultados:** Se percibió calidad de vida buena 37.7%, regular 25% y mala 37.3%. Mala calidad de vida en 71 y más años 45.9%, 63.5% femeninas, dedicados al hogar/pensionados 80.0%; sobrepeso 45.9%, 81.2% etiología no isquémica y 61.2% estadio 3 NYHA. 98.8% limitación física, 100% con síntomas e interferencia social y 80% mala autoeficacia. Buena calidad de vida 51-60 años 55.8%, 51.2% masculinos, 38.4% profesionales; sobrepeso 55.8%, 62.8% etiología isquémica 68.6% estadio 2 NYHA; 100% sin limitación física y ausencia de síntomas, 93% sin interferencia social y 97.7% buena autoeficacia. **Conclusiones:** La calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca mejora a menor edad, mayor grado de escolaridad, ser hombre y menor IMC lo que disminuye sus limitaciones y mejora las relaciones interpersonales y autoeficacia caso contrario con mala calidad.

Palabras clave: Calidad de vida, insuficiencia cardiaca.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

ARRIAGA-SALGADO ITZEL¹ VEGA-MENDOZA SANTA² VALLE-RODRÍGUEZ MARIA LILIAN³

1. Resident of Specialization Course in Family Medicine, FMU 20 IMSS.
2. Family Doctor, Master of Science in Education, FMU 20 IMSS.
3. Emergency Specialist Doctor GHZ 24 IMSS.

Heart failure affects the quality of life of the patient, with important limitations to perform their work and even activities of daily life. **Objective:** To determine the quality of life in patients with heart failure assigned to the General Hospital of Zone No. 24. **Material and methods:** Descriptive study in 228 patients aged 45 years and over, diagnosis of heart failure, both sexes. Instrument was applied after informed consent with identification card, etiology of the disease, evaluation of body mass index (BMI), functional class (NYHA) and quality of life (Kansas City Questionnaire). **Results:** Good quality of life was perceived 37.7%, regular 25% and poor 37.3%. Poor quality of life in 71 and more years 45.9%, 63.5% female, dedicated to home / pensioners 80.0%; overweight 45.9%, 81.2% nonischemic etiology and 61.2% stage 3 NYHA. 98.8% physical limitation, 100% with symptoms and social interference and 80% poor self-efficacy. Good quality of life 51-60 years 55.8%, 51.2% male, 38.4% professional; overweight 55.8%, 62.8% ischemic etiology 68.6% stage 2 NYHA; 100% without physical limitation and absence of symptoms, 93% without social interference and 97.7% good self-efficacy. **Conclusions:** The quality of life in patients with heart failure improves at younger age, higher level of schooling, being male and lower BMI which reduces their limitations and improves interpersonal relationships and self-efficacy otherwise with poor quality.

Key words: Quality of life, heart failure.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

**Registro ante el comité 3404:
R-2018-3404-034**

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca es una de las patologías cardiovasculares más prevalentes, el aumento progresivo de su incidencia puede atribuirse a la mayor expectativa de vida de la población en general, pero sobre todo a la mayor supervivencia de las personas con cardiopatías que tienen como vía final común a la insuficiencia cardíaca; dicha enfermedad trae consigo invalidez, hospitalizaciones y mayor mortalidad (se estima que la mortalidad a los 5 años del diagnóstico es del 62% en hombres y 42% en mujeres), esto produce costos elevados en salud.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en todos los grupos de edades en México nuestro país hasta un 26%, y de acuerdo con la Secretaria de Salud el 4% de la población adulta y más del 20% de más de 65 años de edad tiene insuficiencia cardíaca.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con el mayor número de derechohabientes, por lo que este proyecto fue de valiosa ayuda para estudiar la calidad de vida relacionada a la salud con insuficiencia cardíaca y hacer énfasis en limitaciones funcionales mayores. Así también se podrán disminuir gastos prevenibles por el instituto y evitar que los ingresos familiares queden limitados al incapacitarse y/o pensionarse pacientes portadores de esta patología.

Por la postura de los profesionales sanitarios en esta línea, surgen los esfuerzos para medir la dimensión de la calidad de vida como un instrumento para comprender mejor las necesidades y expectativas de los pacientes de una manera biopsicosocial. Este esfuerzo adquiere mayor sentido al afrontar enfermedades crónicas, como es el caso de la insuficiencia cardíaca, ya que, además de ser una enfermedad muy prevalente en nuestro país, tiene un gran impacto sobre la calidad de vida. Por este motivo se planteó la necesidad de evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

Además, se aportó información sobre la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca adscritos al Hospital General de Zona No. 24, para que se

logre realizar estrategias y tener menores ingresos hospitalarios, menores recaídas y además tener menor grado de limitación al realizar actividades de la vida cotidiana, lo que les permita así tener mayor grado de autonomía.

Así mismo el médico familiar también cuenta con el perfil profesional para promover una óptima calidad de vida en función con las necesidades de salud de estos pacientes con alguna alteración cardiaca y de los recursos disponibles enfocarse a mejorar el estilo de vida y apego a tratamiento es el pilar para evitar complicaciones mayores.

MARCO TEÓRICO

La insuficiencia cardíaca es uno de los principales padecimientos que afectan en su mayor parte la calidad de vida del paciente, como consecuencia el paciente se vuelve vulnerable y dependiente, en especial en fases avanzadas de la enfermedad ya que presentan limitaciones importantes para realizar su trabajo e inclusive actividades de la vida cotidiana. Se describe como un síndrome clínico que es el resultado final de alteraciones en la función del corazón. La sintomatología se produce habitualmente por un desequilibrio entre el gasto cardíaco y las demandas del organismo y por la retención de agua y sodio que ocasiona edema central y/o periférico. Tal disfunción cardíaca es responsable de la incapacidad para emitir sangre y el oxígeno necesario para cubrir los órganos vitales.¹

El 1% de la población mayor de 40 años presenta insuficiencia cardíaca. La prevalencia de esta enfermedad se dobla con cada década de edad y se sitúa alrededor del 10% en los mayores de 70 años. Al igual que en otros países desarrollados, la insuficiencia cardíaca es la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años y da cuenta, aproximadamente, del 5% de todas las hospitalizaciones. La supervivencia es de alrededor del 50% a los 5 años del diagnóstico. En las últimas décadas, la prevalencia y las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca han aumentado de manera considerable en los países desarrollados. Se espera que su frecuencia siga creciendo en los próximos años, dado que no se han producido descensos apreciables en su incidencia; sin embargo, su supervivencia está mejorando gracias a la disponibilidad de mejores tratamientos.²

Cada año mueren alrededor de 17 millones de personas en el mundo por enfermedades cardiovasculares. La primera causa de morbilidad y mortalidad en México y en el orbe son las cardiopatías, entre las que se incluyen enfermedades coronarias, inflamatorias de los diferentes tejidos del corazón, valvulares y cardiopatías hipertróficas.³

En el Reino Unido es la causa número uno de ingreso hospitalario en individuos mayores de 65 años de edad, 50% de estos pacientes fueron readmitidos dentro de los siguientes 12 meses, y el 30% falleció en el primer año. En estados unidos de América, por esta causa se reporta más de 1 000 000 de ingresos hospitalarios al año; el 25% de estos pacientes fueron readmitidos en un mes, y 10% a 20% falleció a los 6 meses del diagnóstico.⁴

La insuficiencia cardíaca parece afectar dramáticamente la calidad de vida en pacientes, ya se describe más baja en comparación con pacientes con otros trastornos crónicos. Una alta proporción de pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada sufren de síntomas refractarios, como dificultad para respirar, tos persistente, fatiga y limitación en la actividad física. Además, muchos pacientes sufren de dolor, ansiedad, depresión, náuseas y estreñimiento. Los déficits en la memoria son los más comunes, seguidos por la desaceleración psicomotora, disminución de la capacidad visoespacial y la función ejecutiva, por lo que se comprueba que existe una relación entre la gravedad de los síntomas depresivos y la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca.⁵

La insuficiencia cardíaca es la principal causa de internamientos en el servicio de urgencias provenientes de problemas cardíacos en el sistema público de salud. Los pacientes enfrentan disminuciones significativas en el estado funcional, múltiples hospitalizaciones, alta mortalidad. Es sabido que la insuficiencia cardiaca empeora significativamente la calidad de vida relacionada a la salud, reduciendo la capacidad funcional de los pacientes y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. Pacientes del sexo femenino tienden a relatar más limitaciones físicas y los síntomas depresivos en relación a los pacientes del sexo masculino.⁶

Vivir con los síntomas físicos de esta enfermedad crónica y limitante y seguir manteniendo el régimen de tratamiento a menudo es estresante y requiere que el paciente se las arregle con diversos factores. El aumento del estrés tiene un impacto negativo en la calidad de vida, Sin embargo, investigaciones previas sugieren que

el afrontamiento se relaciona con conceptos que contribuyen a la salud y calidad de vida, específicamente en la función física y psicológica de pacientes con insuficiencia cardíaca.⁷

El empeoramiento de los síntomas de insuficiencia cardíaca precede 75% de las hospitalizaciones, 90 a 100% de los pacientes con insuficiencia cardíaca que ingresan a los hospitales tienen disnea y 70% informan que la disnea fue la razón principal por la que acudieron a urgencias. Estos hallazgos sugieren que los síntomas físicos necesitan ser manejados efectivamente para mejorar la calidad de vida relacionada a la salud y reducir las altas tasas de hospitalización. Aproximadamente 30-60% de los con insuficiencia cardíaca tienen síntomas depresivos y los síntomas se han relacionado con síntomas físicos y mala calidad de vida relacionada a la salud. El apoyo social se asocia con expresión de síntomas físicos como un potencial modificable de los factores conductuales asociados, como son la adherencia al tratamiento, consumo de sodio y participación en el cuidado personal, aspectos psicosociales y conductuales.⁸

Se deben considerar los tres dominios que influyen en la percepción de los individuos sobre su calidad de vida relacionada a la salud, incluidos los dominios físico, social y psicológico. Estos dominios son principalmente de naturaleza subjetiva, se definen por conceptos subyacentes que contribuyen a la calidad de vida relacionada a la salud. Por lo tanto, los síntomas físicos, como disnea y fatiga influyen en el estado funcional. El dominio social incluye el ocio, comunicación activa y directa con otras personas, empleo, así como la capacidad de interactuar con la familia y amigos y mantener roles sociales de buen nivel, sin embargo, la severidad de los síntomas físicos relacionados con la insuficiencia cardíaca a menudo conduce al aislamiento social, lo que influye negativamente este dominio. Otro apartado a considerar dentro de este dominio incluye la comunicación, la memoria, y la capacidad de tomar decisiones que requieren una función intelectual. Por lo tanto, el autocuidado o el proceso de toma de decisiones de las personas con insuficiencia cardíaca determinan comportamientos que mantienen la estabilidad de su salud

influyendo en su enfermedad en relación con los síntomas, el estado funcional y la calidad de vida relacionada a la salud.⁹

La insuficiencia cardíaca como se ha estado comentando es una enfermedad incurable que se asocia con deterioro de la calidad de vida. Los pacientes que viven con esta patología sufren principalmente de síntomas como dolor, disnea y fatiga, que a menudo se asocian con una capacidad funcional disminuida, así como el bienestar psicosocial y espiritual, que lleva a deficiencias en la calidad de vida. Las terapias cardíacas avanzadas para el manejo de insuficiencia cardíaca se utilizan generalmente para prolongar vida y las opciones de tratamiento se enfocan en el control de los síntomas y la mejora de la calidad de vida. Los pacientes sintomáticos tienden a obtener un mejor control de los síntomas y su salud es percibida a un tiempo de supervivencia más largo. Los cuidados paliativos son multidisciplinarios, con un enfoque holístico que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y proporcionar cuidado en el alivio de los síntomas angustiantes para las personas enfrentando condiciones que limitan la vida.¹⁰

En pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca se relaciona con fragilidad y pacientes mayores y jóvenes con alto grado de dependencia física, cognitiva y psicológica; esto a su vez puede hacer que sea más difícil para los pacientes cumplir con el tratamiento que ya es muy complejo, por lo que se considera al sentimiento de dependencia un factor clave que afecta la calidad de vida.¹¹

Los síntomas físicos pueden evitar que los pacientes con insuficiencia cardíaca rindan sus actividades diarias que conducen a una calidad de vida pobre, ejecutan actividades diarias reducidas y a poca distancia. Por lo tanto, para mejorar resultados, es importante identificar los factores modificables que afectan síntomas a la calidad de vida relacionada a la salud.

El ámbito social puede resultar afectado por los síntomas físicos a través de los efectos en el cuidado personal, por ejemplo, el apoyo social se asocia con la adherencia al tratamiento y al seguimiento de una dieta baja en sodio. La falta de

adherencia al tratamiento y una dieta alta en sodio está asociada con una carga más grave de síntomas y una mayor tasa de hospitalizaciones. También se ha asociado el apoyo social es un factor que afectaba la calidad de vida y la calidad de apoyo percibida se ha asociado con una calidad de vida elevada si el apoyo es positivo.¹²

El impacto a corto, mediano y largo plazo de la condición sobre la capacidad del individuo para realizar actividades normales de la vida diaria; las creencias, entendimientos y expectativas sobre la condición y el papel percibido de su estado de salud y la asistencia social pueden ayudar a proporcionar una cura, cuidado o apoyo; no se conoce cuánto participa el paciente en su autocuidado o lo evita como resultado de estas creencias; el efecto de los síntomas, pérdida de control y pérdida del rol social y la salud mental, así como la forma en que quiere vivir su vida. Un estilo adecuado puede ayudar a modificar la forma en que las personas buscan ayuda desafiando las creencias sobre su salud, condición, tratamiento y apoyo para identificar las barreras y soluciones a medida que avanzan hacia el autocuidado óptimo. La educación debe abordar las creencias individuales sobre la enfermedad y su tratamiento y proporcionar estrategias para promover la confianza del paciente para gestionar el autocuidado.

La gestión de autocuidado para la insuficiencia cardíaca incluye el mantenimiento de peso, dieta, actividad física, el cumplimiento de la medicación, y requiere confianza y la capacidad de reconocer síntomas que sugieran datos de alarma. Poco se sabe sobre por qué algunas personas dominan el autocuidado de la insuficiencia cardíaca y otros no, enseñar a los pacientes sobre la insuficiencia cardíaca no necesariamente se traduce en un cambio conductual suficiente para evitar hospitalizaciones recurrentes. A medida que los programas de manejo de enfermedades avanzan hacia un enfoque más centrado en la persona, se desea aumentar la comprensión de los cambios en las creencias sobre la enfermedad del individuo, autocuidado, estado emocional y calidad de vida después de alguna admisión hospitalaria por datos de descompensación de la insuficiencia cardíaca.

El autocuidado se reconoce como un comportamiento complejo que puede ser influenciado por una combinación de factores de comportamiento tales como depresión, ansiedad, actitudes y autoeficacia.^{13,14}

En un estudio que se realizó en España¹ sobre la calidad de vida en enfermos con insuficiencia cardíaca con visión desde la atención primaria a la salud en el que se identificaron algunos de los dominios de la calidad de vida, entre ellos los más importantes fueron la edad avanzada y el sexo femenino. Los pacientes con insuficiencia cardíaca y en especial con disfunción sistólica experimentan alteraciones muy importantes de su calidad de vida relacionada a la salud. Específicamente, en pacientes con insuficiencia cardíaca y clase funcional avanzada, la relación entre sexo y la calidad de vida observada podría estar relacionada con la pérdida de rol social de las mujeres debido a las limitaciones impuestas por la insuficiencia cardíaca o que los instrumentos que se han diseñado para medir la calidad de vida de alguna manera captan mejor esta información en el sexo femenino.¹⁵ A pesar de los avances médicos extraordinarios en los últimos años, la insuficiencia cardíaca sigue siendo una enfermedad devastadora con un pobre pronóstico.¹⁶

El cuestionario de cardiomiopatía de Kansas City es un instrumento específico que mide un amplio rango de dominios del estado de salud, incluyendo síntomas reportados por el paciente, limitaciones físicas y sociales, y calidad de vida. Cabe destacar que, en adaptaciones a otros idiomas, que ha demostrado ser confiable con resultados similares a la versión en inglés.^{17, 18}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La insuficiencia cardiaca afecta a 23 millones de personas en todo el mundo y su prevalencia aumenta con la edad; es la principal causa de internamientos en el servicio de urgencias provenientes de problemas cardíacos en el sistema público de salud, además de ser uno de los principales padecimientos que afectan en su mayor parte la calidad de vida del paciente, como una condición compleja y cambiante, como consecuencia el paciente se vuelve vulnerable y dependiente, en especial en fases avanzadas de la enfermedad ya que presentan limitaciones importantes para realizar su trabajo e inclusive actividades de la vida cotidiana.

La insuficiencia cardiaca se ha identificado como un problema de salud pública. Distintos ensayos clínicos han revelado importantes errores diagnósticos. En la clínica diaria, el número de pacientes con insuficiencia cardiaca se pudiera estar sobreestimando; por este motivo es importante que el médico familiar conozca los principales signos y síntomas, realizar un diagnóstico temprano y un envío oportuno, ya que el presente trabajo de investigación demostrara la manera y el grado en el que afecta esta patología en referencia a la calidad de vida del paciente.

Lo anterior se encuentra sustentado por una gran variedad de estudios, los cuales coinciden en que es fundamental en la calidad de vida en relación a la salud una adecuada relación médico – paciente, promover un adecuado estilo de vida y una verdadera adherencia al tratamiento, todo eso para prevenir un mayor grado de discapacidad y dependencia; es por eso que nos hicimos la siguiente **pregunta de investigación:**

¿CUAL ES LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca adscritos al Hospital General de Zona No. 24.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar características demográficas (edad, sexo y ocupación) de los pacientes con insuficiencia cardiaca.
- Identificar características clínicas (clase funcional de acuerdo a la NYHA, IMC y etiología de la insuficiencia cardiaca)
- Conocer la frecuencia de presencia o ausencia de síntomas de insuficiencia cardiaca (edema, fatiga y disnea) que afectan al paciente con insuficiencia cardiaca.
- Determinar el estado de afección del estado funcional (a través de las limitaciones físicas y autoeficacia) así como el resumen clínico (a través del estado funcional, calidad de vida e interferencia social).

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar del estudio:

Se realizó en el Hospital General de Zona No. 24, este complejo asistencial está ubicado en Av. Insurgentes No. 1322, Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México. Otorga atención médica de urgencias y de especialidades correspondientes al segundo nivel. Atendiendo a pacientes con insuficiencia cardiaca en el servicio de consulta externa de cardiología, medicina interna y urgencias según seas las necesidades de cada paciente.

Población:

Pacientes mayores de 45 años de edad con insuficiencia cardiaca.

Grupo de estudio:

Pacientes mayores de 45 años de edad con insuficiencia cardiaca que se encontraron en el servicio de consulta externa de cardiología, medicina interna y urgencias del Hospital General de Zona No. 24.

Periodo del estudio:

Enero 2019

Tipo de estudio:

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, transversal, descriptivo.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico confirmado de insuficiencia cardíaca
- Pacientes mayores de 45 años de edad
- Pacientes que aceptaron participar previo consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Neoplasia terminal, secuelas de evento vascular cerebral, enfermedad respiratoria severa, demencia muy avanzada.
- Pacientes que no desearon participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Encuestas con datos incompletos.
- Pacientes que no desearon continuar con el estudio.

Tamaño de la muestra

Pacientes mayores de 45 años de edad que acudieron al servicio de consulta externa de cardiología, urgencias y medicina interna con diagnóstico de insuficiencia cardíaca durante el mes de enero 2019.

Tipo de muestreo:

No probabilístico por conveniencia, se tomó a los pacientes de manera consecutiva que acudieron a su cita de la consulta externa de cardiología, medicina interna o que acudieron a urgencias durante el mes de enero 2019.

VARIABLES DE ESTUDIO:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y Escala de medición	Unidad de medición
Calidad de vida	Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar biopsicosocial.	Puntaje obtenido por el cuestionario de calidad de vida Kansas City	Cualitativa Ordinal	Nivel 1: 23 a 55 mala. Nivel 2: 56 a 89 regular. Nivel 3: 90 a 123 buena
Edad	Tiempo transcurrido a partir de la fecha de nacimiento	Edad en años desde el momento del nacimiento	Cuantitativa discreta	45, 46, 47, 48, ...
Sexo	Características biológicas que definen a un ser humano	Se expresa en mujer o hombre	Cualitativa nominal	1. Mujer 2. Hombre
Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento	Tipo de actividad que se realiza	Cualitativa Nominal politómica	1. Profesional 2. Empleado 3. Obrero 4. Otros
Etiología	Origen de la patología	Causa de la patología	Cualitativa nominal	1. Isquémica 2. No isquémica
Clase funcional	Se clasifica de acuerdo a progresión de signos y síntomas	Clasificación NYHA de acuerdo a signos y síntomas	Cualitativa ordinal	Clase funcional I. Clase funcional II. Clase funcional III. Clase funcional IV
Evaluación de estado nutricional	Acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición nutricional en que se halle un individuo	Relación entre el peso y talla de un individuo mediante el IMC Peso bajo: Menos 18.5 Normal: 18.5 a 24.9 Sobrepeso 25-29.9 Obesidad grado 1: 30 a 34.9 Obesidad grado 2: 35 a 39.9 Obesidad grado 3: 40 y más	Cualitativa ordinal	1. Peso bajo 2. Peso normal 3. Sobrepeso. 4. Obesidad grado 1. 5. Obesidad grado 2. 6. Obesidad grado 3.

Descripción general del estudio:

Se aplicó el cuestionario de Kansas City específico para calidad de vida a pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca mayores de 45 años de edad, atendidos en consulta externa de cardiología, medicina interna y urgencias del HGZ 24 durante el mes de enero 2019. Previa autorización de la coordinación de enseñanza del HGZ 24 se realizó el estudio. Se identificó a los pacientes con insuficiencia cardiaca y se les informó en que consistía el estudio, se entregó consentimiento informado y posteriormente la encuesta que constó de datos generales, datos clínicos y la encuesta de calidad de vida de Kansas City que tuvo una duración aproximada de 10 minutos por cuestionario, al término se revisó que la encuesta que estuviera totalmente llenada y se les dio las gracias a los participantes.

Instrumento utilizado:

El cuestionario de cardiomiopatía de Kansas City desarrollado por Green C. et al.¹⁹ es un instrumento específico que mide un amplio rango de dominios del estado de salud, incluyendo síntomas reportados por el paciente, limitaciones físicas y sociales, y calidad de vida. Validado en México por Ramos B. et al.¹⁷ Además, es una herramienta válida que recoge información directamente de los pacientes, y ofrece un medio para su evaluación que es independiente del observador.

El Cuestionario contiene 23 ítems, es autoadministrado y mide las siguientes cualidades: limitaciones físicas, en qué medida las molestias le impiden hacer esfuerzos físicos; síntomas, se refiere a la frecuencia, severidad y cambios en el tiempo de sus síntomas; calidad de vida, este apartado cuantifica el impacto de su condición en la calidad de vida en general; interferencia social, en qué medida su condición le impide relacionarse con sus familiares o amigos; autoeficacia, es decir, si el paciente tiene conocimiento de su enfermedad y puede controlar su síntomas. Además de contar con dos medidas de resumen para facilitar la interpretación; estado funcional, es la combinación de limitaciones física y el dominio de síntomas; y resumen clínico, el cual se calcula incluyendo el estado funcional, el dominio de calidad de vida e interferencia social.

La manera de evaluación se adaptó en base a puntaje, a menor puntaje peor **calidad de vida** y a mayor puntaje mejor calidad de vida, clasificándose en Nivel 1 de 23 a 55 puntos mala calidad de vida, Nivel 2 de 56 a 89 puntos regular calidad de vida y Nivel 3 de 90 a 123 a 56 buena calidad de vida. De manera específica para **limitaciones físicas** se obtiene una media de 18, con rango de 0 a 18 mala calidad de vida y de 19 a 36 buena calidad de vida, para los **síntomas** se tiene una media de 24, con rango de 0 a 24 mala calidad y vida y 25 a 49 buena calidad de vida, para la **calidad de vida** tenemos una media de 11, con rango de 0 a 11 mala calidad de vida y 12 a 23 buena calidad de vida, **en interferencia social** se tiene una media de 6, con rango de 0 a 6 mala calidad de vida y 7 a 12 buena calidad de vida y para la **autoeficacia** se tiene una media de 8 con rango de 0 a 8 mala calidad de vida y de 9 a 18 buena calidad de vida. En resumen, para el **estado funcional** se tiene una media de 42 con un rango de 0 a 42 mala calidad de vida y de 43 a 85 buena calidad de vida, así mismo para el **resumen clínico** se tiene una media de 19 con rango de 0 a 19 para una mala calidad de vida y de 20 a 40 una buena calidad de vida. Cabe destacar que, en adaptaciones a otros idiomas, como el español el Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire ha demostrado ser confiable con resultados similares a la versión en inglés.

Análisis de datos.

Una vez que se aplicó el cuestionario, previa verificación del completo llenado, se codificó la información por estadística descriptiva mediante el programa de análisis de datos SPSS. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central para cualitativas.

RESULTADOS

Se evaluaron 228 pacientes con insuficiencia cardiaca observando una media de edad 62.92 ± 11.17 ; una mínima de 46 años y máximo de 92 años. El grupo de edad de mayor promedio fue 51 a 60 años con 33.8%; femeninas el 53.1% y masculinos 46.9%. La ocupación con mayor promedio fue otros (Hogar, pensionado, jubilado) con 50.9%. **(Tabla 1)**

TABLA 1. ASPECTOS GENERALES DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

ASPECTOS GENERALES	N	%
EDAD		
50 y menos	31	13.6
51 a 60	77	33.8
61 a 70	56	24.6
71 y más	64	28.1
SEXO		
Femenino	121	53.1
Masculino	107	46.9
OCUPACIÓN		
Profesional	39	17.1
Empleado	52	22.8
Obrero	21	9.2
Otros*	116	50.9

Encuesta a derechohabientes HGZ 24 *Hogar, pensionado, jubilado.

Clínicamente se identificó un 43.4% con sobrepeso y un 33.3% con obesidad grado I; etiología de la patología cardiaca de tipo no isquémica un 53.1%, con estado funcional en estadio 2 según la NYHA un 40.8%. **(Tabla 2)**

TABLA 2. DATOS CLÍNICOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

DATOS CLÍNICOS	N	%
IMC		
Sobrepeso	99	43.4
Obesidad Grado I	76	33.3
Obesidad Grado II	51	22.4
Obesidad Grado III	2	0.9
ETIOLOGÍA DE INSUFICIENCIA CARDIACA		
Isquémica	107	46.9
No isquémica	121	53.1
NYHA*		
Estadio 1	27	11.8
Estadio 2	93	40.8
Estadio 3	75	32.9
Estadio 4	33	14.5

Encuesta a derechohabientes HGZ 24 *New York Heart Association

El análisis general la calidad de vida en los pacientes se consideró buena en estado funcional un 56.6%, de acuerdo a su resumen clínico bueno el 54.8% y en forma global la percibieron buena un 37.7% y mala el 37.3%. **(Tabla 3)**

TABLA 3. PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA	N	%
ESTADO FUNCIONAL		
Malo	99	43.4
Bueno	129	56.6
RESUMEN CLÍNICO		
Malo	103	45.2
Bueno	125	54.8
CALIDAD DE VIDA GLOBAL		
Mala	85	37.3
Regular	57	25.0
Buena	86	37.7

Encuesta a derechohabientes HGZ 24

Sobre las áreas evaluadas de la calidad de vida se percibieron con limitaciones físicas un 51.3%, con síntomas ausentes 56.6%, una calidad de vida buena el 92.5%, presencia de interferencia social un 60.1% y autoeficacia buena en un 59.6%. **(Tabla 4)**

TABLA 4. ÁREAS DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

ÁREAS DE EVALUACIÓN	N	%
LIMITACIONES FÍSICAS		
Presentes	117	51.3
Ausentes	111	48.7
SÍNTOMAS		
Presentes	99	43.4
Ausentes	129	56.6
CALIDAD DE VIDA		
Mala	17	7.5
Buena	211	92.5
INTERFERENCIA SOCIAL		
Presente	137	60.1
Ausente	91	39.9
AUTOEFICACIA		
Mala	92	40.4
Buena	136	59.6

Encuesta a derechohabientes HGZ 24

Las características de los pacientes con percepción de **calidad de vida mala** fueron los de 71 un 45.9%, 63.5%, femeninas, ocupación otros con el 80.0%; con sobrepeso 45.9%, seguido de obesidad grado II 36.5%, 81.2% de etiología no isquémica y estadio 3 según NYHA con 61.2%. El 98.8% si presento limitaciones físicas, así como síntomas 100.0%. Con calidad de vida en general buena 80.0%, interferencia social presente en el 100.0%, mala autoeficacia 80.0%, estado funcional y resumen clínico malo en el 100.0%. **(Tablas 5, 6 y 7)**

Las características de los pacientes con percepción de **calidad de vida regular** en su mayoría fueron los de 71 y más con un 40.4%, 56.1% del sexo masculino, ocupación otros con el 63.2%; la mayoría presento obesidad grado I 43.9%, seguido de obesidad grado II 31.6%, 64.9% de etiología isquémica y estadio 2 según NYHA con 59.6%. El 57.9% si presento limitaciones físicas, así como ausencia de síntomas en un 75.4%. Con calidad de vida en general buena 100.0%, interferencia social presente 80.7%, buena autoeficacia en el 61.4%, estado funcional 75.4% y resumen clínico 68.4%. **(Tablas 5, 6 y 7)**

Las características de los pacientes con percepción de **calidad de vida buena** en su mayoría fueron los de 51 a 60 años con un 55.8%, 51.2% del sexo masculino, 38.4% de ocupación profesional; la mayoría presento sobrepeso 55.8%, seguido de la obesidad grado I 41.9%, 62.8% de etiología isquémica y estadio 2 según NYHA con 68.6%. El 100.0% no presento limitaciones físicas, síntomas ausentes en un 100.0%. Con calidad de vida en general buena 100.0%, interferencia social ausente 93.0%, buena autoeficacia 97.7%, estado funcional y resumen clínico bueno en el 100.0%. **(Tablas 5, 6 y 7)**

TABLA 5. CALIDAD DE VIDA Y ASPECTOS GENERALES DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

ASPECTOS GENERALES	CALIDAD DE VIDA					
	MALA		REGULAR		BUENA	
	N	%	N	%	N	%
EDAD						
50 y menos	0	0	2	3.5	29	33.7
51 a 60	13	15.3	16	28.1	48	55.8
61 a 70	33	38.8	16	28.1	7	8.1
71 y más	39	45.9	23	40.4	2	2.3
SEXO						
Femenino	54	63.5	25	43.9	42	48.8
Masculino	31	36.5	32	56.1	44	51.2
OCUPACIÓN						
Profesional	3	3.5	3	5.3	33	38.4
Empleado	10	11.8	14	24.6	28	32.6
Obrero	4	4.7	4	7.0	13	15.1
Otros*	68	80.0	36	63.2	12	14.0

Encuesta a derechohabientes HGZ 24 *(Hogar, pensionado, jubilado).

TABLA 6. CALIDAD DE VIDA Y DATOS CLÍNICOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

DATOS CLÍNICOS	CALIDAD DE VIDA					
	MALA		REGULAR		BUENA	
	N	%	N	%	N	%
IMC						
Sobrepeso	39	45.9	12	21.2	48	55.8
Obesidad Grado I	15	17.6	25	43.9	36	41.9
Obesidad Grado II	31	36.5	18	31.6	2	2.3
Obesidad Grado III	0	0.0	2	3.5	0	0.0
ETIOLOGÍA						
Isquémica	16	18.8	37	64.9	54	62.8
No isquémica	69	81.2	20	35.1	32	37.2
NYHA						
Estadio 1	0	0.0	0	0.0	27	31.4
Estadio 2	0	0.0	34	59.6	59	68.6
Estadio 3	52	61.2	23	40.4	0	0.0
Estadio 4	33	38.8	0	0.0	0	0.0

Encuesta a derechohabientes HGZ 24

TABLA 7. CALIDAD DE VIDA Y SUS ÁREAS EVALUADAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

ÁREAS EVALUADAS	CALIDAD DE VIDA					
	MALA		REGULAR		BUENA	
	N	%	N	%	N	%
LIMITACIONES FÍSICAS						
Si	84	98.8	33	57.9	0	0.0
No	1	1.2	24	42.1	86	100.0
SÍNTOMAS						
Presentes	85	100.0	14	24.6	0	0.0
Ausentes	0	0.0	43	75.4	86	100.0
CALIDAD DE VIDA						
Mala	17	20	0	0.0	0	0.0
Buena	68	80.0	57	100.0	86	100.0
INTERFERENCIA SOCIAL						
Presente	85	100.0	46	80.7	6	7.0
Ausente	0	0.0	11	19.3	80	93.0
AUTOEFICACIA						
Mala	68	80.0	22	38.6	2	2.3
Buena	17	20.0	35	61.4	84	97.7
ESTADO FUNCIONAL						
Malo	85	100.0	14	24.6	0	0.0
Bueno	0	0.0	43	75.4	86	100.0
RESUMEN CLÍNICO						
Malo	85	100.0	18	31.6	0	0.0
Bueno	0	0.0	39	68.4	86	100.0

Encuesta a derechohabientes HGZ 24

DISCUSIÓN

La insuficiencia cardiaca es uno de los principales padecimientos que afectan en su mayor parte la calidad de vida, como consecuencia el paciente se vuelve vulnerable y dependiente, en especial en fases avanzadas de la enfermedad ya que presentan limitaciones importantes para realizar su trabajo e inclusive actividades de la vida cotidiana. Dado su curso crónico, con frecuentes agudizaciones que a menudo requieren hospitalización, la insuficiencia cardiaca es causa de un enorme consumo de recursos humanos, técnicos y económicos.

En este estudio se realizó una encuesta a 228 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca, en general se observó que se perciben con buena calidad de vida un 92.5%, sin embargo, entre más incrementa la presencia y la intensidad de los síntomas, el estadio funcional NYHA, las limitaciones físicas, la interferencia social y disminuya la autoeficacia se percibe mala calidad de vida.

Desde el punto de vista subjetivo, podríamos afirmar que la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado. En su estudio sobre aspectos psicosociales en la enfermedad crónica, *Vinaccia y cols* ⁽²³⁾ definen la calidad de vida en los enfermos crónicos como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales. En suma, cuando se habla de calidad de vida en el paciente crónico se hace alusión a su propia valoración global frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral. Observamos que en general nuestros pacientes se perciben con buena calidad de vida, sin embargo, al valorar las áreas tienen un porcentaje importante de mala calidad de vida.

Victoria y cols. en su artículo de calidad de vida en enfermos crónicos, hace referencia a que muchas enfermedades crónicas conllevan un deterioro de la calidad de vida, pues afectan de alguna manera diferentes esferas de la vida laboral y social. Cuando otras dimensiones que integran la calidad de vida como puede ser

la familia, la laboral o la social se deterioran, no implican únicamente una calidad de vida inadecuada, sino que pueden conducir a la aparición de enfermedades concomitantes. Coincidimos con *Victoria y cols* sobre las diferentes dimensiones que se evaluaron en nuestro cuestionario y que integran la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca, y concluimos que tener salud en su concepción más amplia, no sólo implica sentirse bien físicamente, es además tener planes y proyectos futuros, involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso satisfacciones personales. La calidad de vida se ha convertido en un indicador de la evolución del estado de salud en estos pacientes, como expresión de una estrategia no sólo de prolongar la vida, sino también de aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento vital. ⁽²⁴⁾

En el estudio que realizamos prevaleció el género femenino ante el masculino; observando que las mujeres padecen en su mayoría una mala calidad de vida en un 63%, siendo esto por el rol que ellas tienen en su núcleo y dinámica familiar; por el contrario, los hombres en su mayoría se perciben con una buena calidad de vida en un 55.8%, por lo que nuestros resultados coinciden con los de *Lendon* en su estudio de enfermedades crónicas y vida cotidiana, en el que hace énfasis en que una de las dimensiones más importantes de la calidad de vida es el sentido de autonomía de la persona, en especial el de la mujer está muy relacionado con la posibilidad de desarrollar sus actividades cotidianas. La limitación ocupacional puede vivirse como una profunda pérdida mayormente en hombres, por lo que pueden vivir la experiencia como abandono obligatorio de su trabajo y consecuentemente, como reclusión doméstica, lo cual desde su punto de vista puede tener un significado también estigmatizante. Las mujeres con vínculo laboral viven también con dolor su interrupción. Sin embargo, es muy frecuente encontrar que sus mayores preocupaciones aparezcan cuando ven interrumpidas la realización de actividades domésticas y de cuidado de la familia; consideradas como roles femeninos desde nuestras representaciones culturales. Otro efecto de la interrupción ocupacional está relacionado con la consecuente limitación de las relaciones interpersonales que pueden constituir para algunas personas redes de apoyo básicas junto con sus lazos familiares. ⁽²⁰⁾ En este estudio se encontró que la

ocupación más frecuente fue otros (hogar, pensionado, jubilado) con un 50.9%, seguido de los empleados con 22%, etapa inactiva con mayor dependencia de las redes de apoyo intrafamiliar e institucional.

En un estudio **Chao y cols** sobre la mortalidad y el índice de masa corporal en pacientes con insuficiencia cardiaca mencionan que la obesidad se ha identificado como un factor de riesgo independiente para desarrollar insuficiencia cardiaca, pero que por sí misma no expone necesariamente a los pacientes con enfermedad cardiovascular a un riesgo excesivo a corto plazo.⁽²¹⁾ En nuestros pacientes el IMC más frecuente que se encontró fue el sobrepeso con 43.4% por lo que coinciden nuestros resultados con los del autor considerándose un IMC elevado como factor precipitante de una mala calidad de vida.

Segovia y cols en su estudio de etiología y evaluación diagnóstica en la insuficiencia cardíaca, hacen referencia en que su principal etiología es la cardiopatía isquémica, responsable de más del 50% de los casos, sobre todo en varones. Dentro de la cardiopatía isquémica, el antecedente de infarto de miocardio es el principal factor aislado. La miocardiopatía dilatada y las cardiopatías congénitas son otras etiologías predisponentes menos prevalentes en la población. Sin embargo, en nuestro estudio se encontró que la mayoría fue de etiología no isquémica con un 53.1%, y de etiología isquémica 46.9%; esto se relaciona a que nuestra población en su mayoría fue del género femenino y este a su vez tiene mayor frecuencia la etiología no isquémica.⁽²²⁾

Los resultados señalan que los pacientes con buena calidad de vida son los del rango de edad de 51 a 60 años en un 55.8%, por otro lado, los pacientes que mayormente se percibieron con mala calidad de vida fueron los de 71 y más en un 45.9%. A esto se le agrega que las limitaciones físicas estuvieron presentes en un 51.3%, síntomas ausentes 56.6%, interferencia social presente en el 60.1%, autoeficacia buena en el 59.65%.

Se encontró que, a mayor presencia de síntomas, mayor estadio funcional NYHA, mayor interferencia social y mayores limitaciones físicas disminuye de manera muy importante la percepción de calidad de vida.

Lendon y cols en su estudio titulado enfermedades crónicas y vida cotidiana hacen referencia a que la familia es la primera red de apoyo social del individuo y ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana, es frecuente encontrar que sea en su seno donde tradicionalmente se sufraguen las grandes demandas generadas por los estados de dependencia consecuentes a la enfermedad crónica. Los sujetos suelen referirse a la familia como la fuente de apoyo (material, pero sobre todo emocional) por excelencia. Las acciones de acompañamiento a lo largo de todo el proceso, de comunicación, de búsqueda activa de soluciones, y de provisión de cuidados, se convierten en estímulos fundamentales para atenuar el impacto de la enfermedad, fomentar la adhesión al tratamiento y lograr una buena calidad de vida. Este tema referente al funcionamiento familiar y calidad de vida en nuestro estudio no fue evaluado, pero valdría la pena hacer énfasis en posteriores estudios para su seguimiento. ⁽²⁰⁾

CONCLUSIONES

Sobre las características demográficas; la edad promedio se encontró dentro del rango de 51 a 60 años, mujeres y de acuerdo a la edad dedicados al hogar, pensionados y jubilados.

Las características clínicas que predominaron en la población estudiada fueron: Clase funciona de acuerdo a la NYHA en estadio 2. Con sobrepeso y obesidad y patología cardíaca de etiología no isquémica.

La calidad de vida la perciben los pacientes como buena, aunque manifiesten limitación física.

La calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca mejora a menor edad, mayor grado de escolaridad, ser hombre y menor IMC lo que disminuye sus limitaciones y mejora las relaciones interpersonales y autoeficacia caso contrario con mala calidad donde hay mayores síntomas, limitaciones físicas, alteraciones de las relaciones interpersonales y falta de autoeficacia.

RECOMENDACIONES

La calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con insuficiencia cardiaca en su mayoría es buena, sin embargo, un alto porcentaje refiere una mala calidad de vida por lo que se recomienda continuar con estudios más adelante aplicados en el área de la dinámica familiar, ya que se percibe una marcada diferencia entre la calidad de vida entre mujeres y hombres, por lo que puede resultar beneficioso aunar en el tema, así mismo sobre depresión y ansiedad, que fueron parámetros no evaluados en este estudio y tienen mucha influencia sobre la calidad de vida.

Se recomienda realizar estrategias motivacionales para pacientes con insuficiencia cardiaca con el fin de mejorar su calidad de vida, en donde el paciente pueda expresar y prevenir complicaciones físicas y las medidas generales que debe de tomar con respecto a su enfermedad.

Así mismo evaluar en el personal médico el nivel de conocimientos en prevención primaria sobre la insuficiencia cardiaca y sus complicaciones ya que un gran número de pacientes no está bien informado sobre lo que su enfermedad significa, los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentar y como poder prevenirlos mediante una buena educación para la salud. Y de ser necesario capacitar al personal médico en cuanto a prevención primaria sobre la insuficiencia cardiaca.

Se recomienda la creación de grupos de atención integral para pacientes con insuficiencia cardiaca, conformado por médicos, psicólogos, nutriólogos, activadores físicos y trabajo social. Todo esto con el fin de ofrecerles a los pacientes una mejora en su calidad de vida de manera integral.

BIBLIOGRAFÍA

1. López J. La insuficiencia cardiaca: Epidemiología y abordaje diagnóstico. *Redalyc*. 2005;1(001):2-9.
2. Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2004;57(2):163-70.
3. Valente J, Aceves-Millán R, Amezcua-Gómez L. Insuficiencia cardiaca Trascendencia y utilidad de la evaluación ecocardiográfica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014;52(2):18891.
4. Orea A, Castillo L, Férez S. Programa Nacional de Registro de Insuficiencia Cardiaca. Resultados de un estudio multicéntrico mexicano. *Med Int Mex* 2004;20(4):243-52.
5. Mory's J, Achalska M, Bellwon J. Cognitive impairment, symptoms of depression, and health-related quality of life in patients with severe stable heart failure. *IJCHP*. 2016;16(3):230-238.
6. Heo S, Moser D, Lennie T. Modifiable correlates of physical symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2014;51(11):1482–1490.
7. Shen BH, Eisenberg SA, Maeda U. Depression and Anxiety Predict Decline in Physical Health Functioning in Patients with Heart Failure. *Ann Behav Med*. 2011;41(3):373–382.
8. Stamp K, Dunbar S, Clark PC. Family Context Influences Psychological Outcomes of Depressive Symptoms and Emotional Quality of Life in Patients with Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2014;29(6):517–527.

9. Graven LJ, Grant J. Coping and health-related quality of life in individuals with heart failure: An integrative review. *Heart & Lung* 2013;42(3):183-194.
10. Yee A, Kam F. Effects of a home-based palliative heart failure program on quality of life, symptom burden, satisfaction and caregiver burden: A randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. 2018;55(1):1-11.
11. Gastelurrutia P, Lupón J, Altimir S. Effect of Fragility on Quality of Life in Patients With Heart Failure. *Am J Cardiol* 2013;112(11):1785-1789.
12. Chung ML, Moser D, Lennie TA. Perceived social support predicted quality of life in patients with heart failure, but the effect is mediated by depressive symptoms. *Qual Life Res* 2013;22(7):1555–1563.
13. Goodman H, Firouzi A, Banya W. Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: A longitudinal questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(7):945–953.
14. Naveiro-Rilo JC, Díez-Juárez MD, Flores-Zurutuza L. La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardiaca: visión desde atención primaria de salud. *Gac Sanit*. 2012;26(5):436–443.
15. Comín-Coleta J, Anguita M, Formiga F. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica sistólica en España: resultados del estudio VIDA-IC. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69(3):256–271.
16. Conde-Martela A, Gil-Díaz A. Importancia de la implicación del paciente y el profesional en la estrategia de evitar reingresos en el paciente con insuficiencia cardiaca. *Rev Clin Esp*. 2016;216(5):257-259.

17. Ramos B, Figueroa C, Alcocer L, Rincón S. Validación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardiaca. *En-claves del pensamiento*. 2011;5(10):173-189.
18. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Insuficiencia cardiaca e instrumentos para medir la calidad de vida. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(3):233-235.
19. Green CP, Porter CB, Bresnahan DR. Development and evaluation of the Kansas City cardiomyopathy questionnaire: a new health status measure for the heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2000;35(5):1245-1255.
20. Ledón L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública* 2011;37(4):488-499.
21. Chao C, Roselló Y, Pernas A, Valdés Y. Mortalidad e índice de masa corporal en pacientes con insuficiencia cardiaca. *Revista Cubana de Medicina*. 2012; 51(2):138-145.
22. Segovia J, Alonso-Pulpón L, Pereira R, Silva L. Etiología y evaluación diagnóstica en la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2004;57(3):250-259.
23. Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas* 2005;1(2):125-137.
24. Victoria C, Rodríguez G. Calidad de vida en enfermos crónicos. *Rev Haban Cienc Medic*. 2007;6(4):1-9.

ANEXOS



ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 24

ENCUESTA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

La siguiente encuesta nos permitirá conocer su percepción sobre su enfermedad de insuficiencia cardiaca, No hay respuestas correctas ni incorrectas, elija la que corresponda mejor a su situación actual.

FOLIO: _____

Por favor lea y conteste las siguientes preguntas:

Edad: _____

Sexo: Mujer / Hombre

Ocupación: Profesional / Empleado / Obrero / Otros

Peso: _____

Talla: _____

IMC: 25-30 / 31-34 / 35-40 / >41

Etiología: Isquémica / No isquémica

Marca con una X el paréntesis según como se siente cuando realiza actividad física y los síntomas que suelen presentarse al realizarla:

() No tengo limitaciones en la actividad física.

() Tengo ligera limitación a la actividad física ordinaria, me siento cómodo en reposo, pero una actividad física normal me resulta en excesiva falta de aire, fatiga o palpitaciones.

() Tengo marcada limitación de la actividad física, me siento cómodo en reposo, pero una actividad menor me produce síntomas como disnea, fatiga o palpitaciones.

() Tengo incapacidad para realizar cualquier actividad física, tengo síntomas aun en reposo como falta de aire, fatiga o palpitaciones. Si se realizó cualquier actividad las molestias aumentan.

1. La insuficiencia cardiaca afecta a las personas de diferentes maneras. Algunas sienten más la falta de aire mientras que otras sienten más la fatiga. Por favor, indique en qué medida la insuficiencia cardiaca (por ejemplo, la falta de aire o fatiga) ha limitado su capacidad para realizar las siguientes actividades las últimas 2 semanas.

Marque con una X en el cuadro según como se siente al realizar las actividades antes señaladas.

Actividad	Extremada mente limitado/a	Bastante limitado/a	Moderada mente limitado/a	Ligeramente limitado/a	Nada limitado/a	Limitado por otras razones o no realiza esta actividad
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar una cuadra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas domesticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir un piso por escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. En comparación con hace 2 semanas. ¿Actualmente cómo se siente con sus síntomas de insuficiencia cardiaca (por ejemplo, falta de aire, fatiga, hinchazón) ?

Mucho peor	Algo peor	Sin cambios	Algo mejor	Mucho mejor	No tuve síntomas en las últimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>					

3. Durante las últimas 2 semanas. ¿Cuántas veces tuvo hinchazón de los pies, tobillos o piernas al despertarse en la mañana?

Todas las mañanas	O más veces por semana	1-2 veces por semana	Menos de una vez por semana	Nunca en las últimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Durante las últimas 2 semanas. ¿Qué tanto le ha molestado la hinchazón de los pies, tobillos o piernas?

Extremadamente molesta	Bastante molesta	Moderadamente molesta	Ligeramente molesta	Nada molesta	No he tenido hinchazón
<input type="checkbox"/>					

5. Durante las últimas 2 semanas en promedio ¿Cuántas veces la fatiga ha limitado su capacidad para hacer lo que desea?

Todo el tiempo	Varias veces al día	Al menos una vez al día	3 o más veces por semana	1-2 veces por semana	Menos de una vez por semana	Nunca en las últimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

6. Durante las últimas 2 semanas ¿Qué tanto le ha molestado la fatiga?

Extremadamente molesta	Bastante molesta	Moderadamente molesta	Ligeramente molesta	Nada molesta	No he tenido fatiga
<input type="checkbox"/>					

7. Durante las últimas 2 semanas, en promedio ¿Cuántas veces la falta de aire ha limitado su capacidad para hacer lo que desea?

Todo el tiempo	Varias veces al día	Al menos una vez al día	3 o más veces por semana	1-2 veces por semana	Menos de una vez por semana	Nunca en las últimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

8. Durante las últimas 2 semanas ¿Qué tanto le ha molestado la falta de aire?

Extremadamente molesta	Bastante molesta	Moderadamente molesta	Ligeramente molesta	Nada molesta	No he tenido falta de aire
<input type="checkbox"/>					

9. Durante las últimas 2 semanas ¿Cuántas veces se ha visto obligado/a a dormir sentado en un sillón o apoyado por al menos 3 almohadas al sentir que le falta el aire?

Todas las noches	3 o más veces por semana	1-2 veces por semana	Menos de una vez por semana	Nunca en las últimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Los síntomas de insuficiencia cardiaca pueden empeorar por varias razones. ¿Qué tan seguro/a esta de lo que debe hacer o a quien llamar si sus síntomas de insuficiencia cardiaca empeoran?

Nasa seguro/a	No muy seguro/a	Algo seguro/a	Bastante seguro/a	Completamente seguro/a
<input type="checkbox"/>				

11. ¿Entiende bien lo que puede hacer para evitar que sus síntomas de insuficiencia cardiaca empeoren (por ejemplo, pesarse regularmente, seguir dieta baja en sal, etc)?

No entiendo nada	No entiendo muy bien	Entiendo algo	Entiendo bastante	Entiendo perfectamente
<input type="checkbox"/>				

12. Durante las últimas 2 semanas ¿En qué medida la insuficiencia cardiaca ha limitado su capacidad para disfrutar de la vida?

Extremadamente	Bastante	Moderadamente	Ligeramente	Para nada
<input type="checkbox"/>				

13. Si tuviera que vivir el resto de su vida con insuficiencia cardiaca tal como la padece en este momento ¿Cómo se sentiría al respecto?

Completamente insatisfecho	Bastante insatisfecho	Algo satisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Durante las últimas 2 semanas ¿Con que frecuencia se ha sentido desanimado/a o deprimido/a debido a la insuficiencia cardiaca?

Me he sentido así todo el tiempo	Me he sentido así la mayor parte del tiempo	Me he sentido así a veces	Casi nunca me he sentido así	Nunca me he sentido así
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. ¿Qué tanto afecta la insuficiencia cardiaca su estilo de vida? Indique en qué medida la insuficiencia cardiaca puede haber limitado su participación en las actividades interpersonales y laborales durante las últimas 2 semanas. Por favor marque con una X en el recuadro de cómo lo limita en las actividades mencionadas.

Actividad	Extremadamente limitado/a	Bastante limitado/a	Moderadamente limitado/a	Ligeramente limitado/a	Nada limitado/a	Limitado por otras razones o no realiza esta actividad
Pasatiempos, actividades recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar, tareas en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir a visitar amigos o familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones íntimas o sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!!



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ANEXO 2)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.						
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona No. 24, Colonia Magdalena de las Salinas. Ciudad de México. Alcaldía G.A.M. a ____ de _____ del 2019.						
Número de registro:	Pendiente						
Justificación y objetivo del estudio:	La insuficiencia cardíaca es una de las patologías cardiovasculares más prevalentes, el aumento progresivo de su incidencia puede atribuirse a la mayor expectativa de vida de la población en general, pero sobre todo a la mayor supervivencia de las personas con cardiopatías que tienen como vía final común a la insuficiencia cardíaca. Siendo el objetivo de este estudio determinar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia, por el grado de dependencia tan importante que se presenta según la severidad de los síntomas.						
Procedimientos:	Para obtener la información solicitada solo se te aplicará una encuesta.						
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no te originará ningún riesgo de tu salud o de prestación de servicio ya que la información que nos proporcione se obtendrá mediante una encuesta.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al contestarnos esta encuesta no obtendrás ningún beneficio personal, sin embargo, los resultados son muy valiosos para aplicarlos a todo el grupo de pacientes con insuficiencia cardiaca, informando al personal de salud que posteriormente aplicará todas las medidas y estrategias que favorezcan una mejor calidad de vida en todos pacientes con esta enfermedad.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En caso de que solicites sus resultados solo se hará de manera personalizada para proteger su identidad te asignaremos un número de folio o código y con el podrá solicitar sus resultados al e-mail: itarza@hotmail.com o al Tel. 55874422 Ext. 15368/15368.						
Participación o retiro:	Podrás abandonar el estudio en el momento que desees y no modificara de ninguna manera la atención médica que recibes hasta el momento dentro del instituto.						
Privacidad y confidencialidad:	Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados, solo se presentarán resultados globales. No se dará información que te identifique, se mantendrá la confidencialidad de tus resultados en la encuesta. Tu identidad será protegida y ocultada.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.						

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Proponer estrategias para que todo el personal de primero y segundo nivel de atención del IMSS las ponga en práctica en beneficio de todos los pacientes como tú y se mejoré a mediano y largo plazo su calidad de vida.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA Médico Especialista en Medicina Familiar. Matricula 11660511. Adscrita a la Coordinación de Educación e Investigación en Salud de la UMF 20. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CdMx Tel. 55874422 Ext. 15368/15368. drasanta.vega0473@yahoo.com.mx santa.vega@imss.gob.mx

Investigador Asociado:

DRA. MARIA LILIAN VALLE RODRIGUEZ Médico Especialista en Urgencias. Matricula 99374202. Adscrita al servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 24 Insurgentes Norte 1322, Col. Magdalena de las Salinas Gustavo A. Madero CdMx, Tel: 5548521648. E-mail: malilivaro@hotmail.com

Colaboradores:

DRA. ITZEL ARRIAGA SALGADO. Médico Residente Especialidad de Medicina Familiar. Matricula 98354807. Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CdMx Tel. 5591851690. E-mail: itarza@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento.

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento.

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **3404** con número de registro **18 CI 09 005 002** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 013 2018082**.
U MED FAMILIAR NUM 20

FECHA **Martes, 11 de diciembre de 2018.**

MTRA. SANTA VEGA MENDOZA
PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-3404-034

ATENTAMENTE


DR. ALEJANDRO HERNANDEZ FLORES
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

