



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado e Investigación

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 2 NORTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
Hospital General de Zona No. 27
“Dr. Alfredo Badallo García”

T E S I S

***“Dominios afectados en la calidad de vida
medida con el cuestionario Kansas City de los
adultos mayores con insuficiencia cardiaca en
el área de hospitalización del HGZ 27”***

PRESENTA:
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN GERIATRÍA

DRA. NORA ELISA MONTOYA OROZCO
Residente de cuarto año del curso de Especialización en Geriatría
Del Hospital General de Zona No. 27
Universidad Nacional Autónoma de México

Investigador responsable.
Nombre: Verónica Durán Gómez
Médico adscrito al servicio de Medicina Interna / Geriatría del
Hospital General de Zona No. 27
Matricula: 99162615



Ciudad de México, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



87

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3511,
U MED FAMILIAR NUM 14

Registro COFEPRIS 19 CI 09 017 032

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 012 2018082

FECHA Viernes, 18 de diciembre de 2020

Dra. VERONICA DURAN GOMÉZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "Dominios afectados en la calidad de vida medida con el cuestionario Kansas City de los adultos mayores con insuficiencia cardíaca en el área de hospitalización del HGZ 27" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2020-3511-057

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENCIAMENTE

Dr. ANDRÉS LEÓN SANTAMARÍA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CARTA DE CESIÓN DE DERECHO

En la Ciudad de México, en el mes de Agosto 2021, la que suscribe Nora Elisa Montoya Orozco alumna del Programa de Especialidad de Geriatria adscrito a la Universidad Nacional Autónoma de México manifiesta que es autora intelectual del presente trabajo de tesis con número de registro R-2020-3511-057 bajo la dirección de Dr. Roberto Rivelino López Anguiano, Dra Verónica Durán Gómez y la Dra. Maria Magdalena Cruz Toscano, que ceden los derechos del trabajo titulado *“Dominios afectados en la calidad de vida medida con el cuestionario Kansas City de los adultos mayores con insuficiencia cardiaca en el área de hospitalización del HGZ 27”* a la Universidad Nacional Autónoma de México con fines académicos y de investigación.

Dra. Nora Elisa Montoya Orozco
Residente de cuarto año de la especialidad de Geriatria, HGZ 27.

Ciudad de México, Agosto 2021

ÍNDICE

INDICE DE TABLAS.....	5
GLOSARIO.....	6
RESUMEN.....	7
MARCO TEÓRICO.....	9
ANTECEDENTES.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	21
OBJETIVO.....	21
HIPÓTESIS.....	21
MATERIAL Y MÉTODOS.....	22
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	24
MÉTODO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	29
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	30
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	31
ASPECTOS ÉTICOS.....	31
RESULTADOS.....	33
DISCUSIONES.....	38
CONCLUSIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	43

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de Framinham.....	10
Tabla 2. Características generales de la población estudiada.....	33
Tabla 3. Descripción de la calidad de vida en la población estudiada.....	35
Tabla 4. Calidad de vida en los pacientes según si clase funcional.....	36
Tabla 5. Análisis bivariado.....	37

GLOSARIO

Calidad de vida. Concepto multidimensional. La concepción que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente dependen de las interpretaciones, valores y de su entorno

Insuficiencia cardíaca. Enfermedad crónica, progresiva, incapacitante y potencialmente mortal se caracteriza por una disminución en la capacidad ventricular lo que conlleva a la presencia de signos y síntomas cardiovasculares.

NYHA. Clasificación Funcional de la New York Heart Association (NYHA) es una sencilla clasificación de la gravedad de la insuficiencia cardíaca. Divide a los pacientes en cuatro categorías o clases, en función de su limitación al ejercicio físico.

Adulto mayor. Toda persona mayor de 60 años en países en desarrollo.

Enfermedad crónica. Afección de larga duración, por lo general de progresión lenta, aunque de manera general se puede considerar, aquella enfermedad con mas de 6 meses de duración.

Kansas City. Instrumento para valorar la calidad de vida relacionada con la salud específicamente en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Red social. Estructura social compuesta por un conjunto de usuarios que están relacionados de acuerdo con algún criterio (relación profesional, amistad, parentesco, etc.).

RESUMEN

“Dominios afectados en la calidad de vida medida con el cuestionario Kansas City de los adultos mayores con insuficiencia cardiaca en el área de hospitalización del HGZ 27”

Autores: DURÁN, V., MONTOYA, N. E.

Marco teórico: La insuficiencia cardiaca es una de las enfermedades con mayor prevalencia en la actualidad, es considerada un problema de salud pública debido a los costos que representa el tratamiento y al número creciente de casos detectados. Dentro de los síntomas cardinales se encuentran la disnea, la fatiga y la retención hídrica lo que impacta en la calidad de vida de los pacientes, por lo que su evaluación y detección se vuelven prioritarias. La calidad de vida es un concepto amplio y multidimensional, en el cual podemos englobar la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, entre otros, por lo que esta investigación pretende contribuir al conocimiento sobre la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca.

Objetivo: Describir la calidad de vida que tienen los adultos mayores con insuficiencia cardiaca en el área de hospitalización del HGZ 27.

Material y Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, en el que participaron adultos mayores de 65 años, con diagnóstico de insuficiencia cardiaca que estuvieron hospitalizados en piso de medicina interna/geriatría del HGZ 27. Se utilizó la encuesta de auto aplicación, Kansas City para evaluar la calidad de vida de estos pacientes.

Resultados: La mayoría de los casos tenían insuficiencia cardiaca NYHA II, siendo los pacientes con NYHA III y IV los que presentaron peor calidad de vida; la dimensión mayormente afectada fue la autoeficacia y los pacientes con estado civil viudo o soltero puntuaron para mala calidad de vida.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca, calidad de vida, Kansas city, adulto mayor.

SUMMARY

“Affected domains in the quality of life measured with the Kansas City questionnaire of older adults with heart failure in the hospitalization area of the HGZ 27”

Authors: DURÁN, V., MONTOYA, N.E.

Theoretical framework: Heart failure is one of the most prevalent diseases today, it is considered a public health problem due to the cost of treatment and the growing number of detected cases. Among the cardinal symptoms are dyspnea, fatigue and water retention, which impact the quality of life of patients, so their evaluation and detection become a priority. Quality of life is a broad and multidimensional concept, in which we can encompass physical health, psychological state, level of independence, among others, so this research aims to contribute to knowledge about quality of life in patients with cardiac insufficiency.

Objective: To describe the quality of life that older adults with heart failure have in the hospitalization area of the HGZ 27.

Material and Method: An observational, descriptive, prospective, cross-sectional study will be carried out, in which adults over 65 years of age with a diagnosis of heart failure who are hospitalized in the internal medicine / geriatrics floor of the HGZ 27 will participate. The survey will be used self-application, Kansas City to assess the quality of life of these patients.

Results: Most of the cases had NYHA II heart failure, with NYHA III and IV patients having the worst quality of life; the dimension most affected was self-efficacy and patients with a widowed or single marital status scored for poor quality of life.

Key words: heart failure, quality of life, Kansas City, elderly.

MARCO TEÓRICO

Epidemiología:

Durante los años treinta en México, comenzó un periodo de transición demográfica donde el número de adultos mayores empezó a aumentar drásticamente debido al descenso de la mortalidad y la fecundidad, posteriormente, en los años setenta se presenta un descenso en la tasa de fecundidad, la esperanza de vida pasó de 36.9 años en 1930 a 75.2 años para el 2016, lo que significa que las personas que nacen actualmente pueden vivir el doble de años que los que nacieron en 1930. Lo anterior tiene implicaciones ya que al vivir más años las personas tienen mayor riesgo de presentar enfermedades crónico-degenerativas, aunado a los cambios en el estilo de vida, que modifican los patrones de enfermedad, aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad.

Actualmente hay más personas mayores de 60 años que menores de 4 años (11.7 millones y 8.8 millones respectivamente) y las proyecciones indican que el fenómeno de envejecimiento demográfico es irreversible, debido principalmente a la disminución de la fecundidad y a que la muerte ocurre a edades más avanzadas (1).

Hablando específicamente de la insuficiencia cardiaca, los pacientes con esta patología han ido incrementándose durante los últimos años con una prevalencia de 1-2% y en algunos grupos de riesgo puede ser mayor al 10% (en mayores de 70 años) (2).

El riesgo de insuficiencia cardiaca a los 55 años es de 33% para los varones y de 28% para las mujeres y la prevalencia general va desde 22-73% dependiendo del contexto clínico, la edad, sexo, población y las comorbilidades como infarto de miocardio previo (3). Así mismo, existen numerosos marcadores pronósticos en estos pacientes que debemos tomar en cuenta para el pronóstico y calidad de vida esperada como son la adherencia terapéutica, comorbilidades cardiacas y no

cardiacas, biomarcadores de activación neurohormonal, el estado clínico del paciente, el remodelado cardiaco y la función del ventrículo izquierdo (3).

En México hay 750,000 pacientes que padecen insuficiencia cardiaca y se estima que aproximadamente 75,000 pacientes se suman cada año. (4,5). El 40% de los pacientes con insuficiencia cardiaca en México tiene diabetes, el 41% tiene colesterol elevado, el 57% tiene triglicéridos elevados, un cuarto padece obesidad, el 55% tiene hipertensión, el 31% fuma y menos del 1% es físicamente activo (5,6). “Solo el 25% de los hombres y el 38% de las mujeres con insuficiencia cardiaca seguirán con vida después de 5 años” (5).

La mortalidad de un país representa uno de los indicadores más importantes para evaluar la salud de una población. Además, permite la toma de decisiones a nivel local y nacional para priorizar el gasto en salud y desarrollar e implementar políticas en salud (5).

Definición y clasificación de la insuficiencia cardiaca:

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad crónica, progresiva, incapacitante y potencialmente mortal ya que aproximadamente el 50% de quienes la padecen, morirán al transcurrir 5 años, es por ello la importancia de identificarla oportunamente e iniciar tratamiento. Esta enfermedad se caracteriza por una disminución en la capacidad ventricular lo que conlleva a la presencia de signos y síntomas que se pueden apreciar en la Tabla 1 Criterios de Framingham, que a su vez, son relevantes para hacer diagnóstico clínico.

Tabla 1. Criterios de Framingham

Criterios mayores	Criterios menores
Disnea paroxística nocturna	Edema de los miembros inferiores
Ingurgitación yugular	Tos nocturna
Estertores	Disnea de esfuerzo
Cardiomegalia	Hepatomegalia
Edema agudo de pulmón	Derrame pleural
Reflujo hepato yugular	Capacidad vital 1/3 de la prevista
Pérdida de >4.5 kg de peso con el tratamiento	Taquicardia >120 lat/min

* 2 criterios mayores; o 1 mayor con 2 menores diagnostican IC

En el adulto mayor, no es frecuente diagnosticar la falla cardiaca en etapas iniciales ya que el anciano realiza menor actividad física y a esto se le puede atribuir la presencia de edema en extremidades inferiores, o la disnea, un síntoma que puede atribuirse erróneamente a la edad (7).

Aunque la senescencia no es considerada una enfermedad, predispone a la persona al desarrollo de patologías, principalmente enfermedad cardiovascular. La interacción entre cambios de la estructura y de la función cardiovascular propios de la senescencia y los factores de riesgo cardiovascular ya conocidos (hipertensión arterial, dislipidemia, tabaquismo, diabetes mellitus, etc.), facilitan el desarrollo de la enfermedad cardiovascular clínica. En este sentido, las modificaciones cardiacas y vasculares del envejecimiento se consideran el mayor factor de riesgo cardiovascular el cual puede mejorarse farmacológicamente y con hábitos saludables (8).

Dentro de los cambios a nivel cardiovascular que podemos encontrar, tenemos la ruptura de las fibras elásticas por efecto de la constante distensión pulsátil de la pared arterial, dado que la elastina es la sustancia más inerte de nuestro organismo. Esta alteración desencadena la dilatación de las grandes arterias, principalmente de la aorta y a la vez aumenta su rigidez lo que disminuye su distensibilidad, porque se transfiere la función absorbente de la onda del pulso, que normalmente ejerce la

elastina, a sustancias más rígidas como el colágeno. La mayor rigidez aórtica aumenta su impedancia (presión pulsátil/flujo pulsátil), es decir, incrementa la dificultad de la expulsión sistólica del ventrículo izquierdo con aumento de su presión sistólica (mayor post carga) (8, 9).

Otro cambio importante que podemos observar es el aumento de la presión de pulso que se asocia con la progresión del engrosamiento de la íntima y la media, formándose un círculo vicioso entre estos trastornos y el consecuente incremento de la presión sistólica que puede preceder al desarrollo de hipertensión arterial que a su vez puede terminar en insuficiencia cardíaca (8, 10).

Con la edad se observa un incremento de la masa cardíaca del ventrículo izquierdo por hipertrofia del cardiomiocito e incremento de la matriz intercelular y del tejido colágeno. El estímulo para la hipertrofia de los cardiomiocitos y la remodelación de la pared ventricular es el aumento de la poscarga, debido al incremento de la impedancia aórtica, la que a su vez es secundaria a la mayor rigidez aórtica, como ya se comentó previamente (8, 11).

De esta manera, los cambios apreciados en el sistema cardiovascular pueden predisponer al anciano a desarrollar patología cardíaca, es necesario conocer estos cambios ya que el cuadro clínico puede presentarse de forma atípica (12).

Entre las repercusiones que causa la insuficiencia cardíaca, los pacientes con falla cardíaca presentan un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud que se refleja en las diferentes dimensiones evaluadas con especial repercusión en los dominios sobre movilidad y actividades cotidianas.

¿A qué nos referimos con calidad de vida?

La calidad de vida es una idea multidimensional. La concepción que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente dependen de

las interpretaciones, valores y de su entorno (13). “Es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo o grupo, y de la felicidad, satisfacción y recompensas” (13). Otros autores la definen como “la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo” (Szalai) o bien “la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible y real” (14).

Con lo anterior podemos concluir que la calidad de vida es un concepto amplio del cual forman parte varios elementos tanto objetivos como subjetivos como son el estado físico, psicológico, psicoafectivo y el entorno social del paciente aunados a los síntomas propios de la enfermedad y otras comorbilidades que van a condicionar la calidad de vida del paciente.

Varios autores han estudiado la calidad de vida en pacientes con falla cardiaca en comparación con otro tipo de enfermedades crónicas, los dominios que se encuentran más afectados y los factores clínico-demográficos que influyen.

Aunque es difícil de definir, la calidad de vida tiene un significado esencial para la mayoría de las personas, se compone de varias dimensiones que afectan la satisfacción con la vida de manera general.

Para asuntos relacionados con la atención médica, la calidad de vida se ha aplicado específicamente a las preocupaciones de la vida que están más afectadas por la salud o enfermedad, de ahí el término “calidad de vida relacionada con la salud”. Aunque el interés está aumentando en la medición de la calidad de vida, el estado de salud y el estado funcional, con frecuencia el enfoque principal de la investigación son las medidas tradicionales de mortalidad y morbilidad. La calidad de vida no está bien conceptualizada en la literatura (14).

Calidad de vida en adultos mayores sanos

Para hablar de calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca, debemos antes conocer a que nos referimos con calidad de vida en ancianos sanos y como ellos la perciben. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los ancianos; sin embargo, la calidad de vida no sólo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos y personales (15,16).

Como ya se mencionó previamente, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva, la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida “Estado de bienestar” (15, 17).

En cuanto a la vejez, se puede entender como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normales e inherentes a todo individuo, que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio (15).

Existen estudios en los que se ha evaluado la calidad de vida en adultos mayores sanos, como en la Universidad Nacional Autónoma de México, se ha hecho la evaluación del impacto de algunas variables asociadas a la calidad de vida de los ancianos mexicanos en escenarios diferentes: en dos centros de salud de instituciones del sector salud y en centros recreativos-culturales para ancianos.

En el primer grupo se analizaron la asociación de las variables jubilación, espiritualidad, bienestar subjetivo y actitud ante su propio envejecimiento con la calidad de vida. En el segundo estudio las variables asociadas a la calidad de vida fueron: enfermedad, soledad, tipo de actividades que realizan los adultos mayores,

comportamientos saludables y auto eficacia. Mientras que en el tercer estudio las variables relacionadas con la calidad de vida fueron espiritualidad y soledad.

Los resultados encontrados permiten concluir que las dimensiones que conforman la “calidad de vida” se configuran de una manera específica y particular, dependiendo de las necesidades de la persona; entre mejor satisfaga el individuo sus necesidades personales, mejor será su proceso de envejecimiento; y si las personas gozan de una buena calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor. A su vez, la espiritualidad y la calidad de vida tienen una correlación que se mueve hacia la misma dirección, observándose también que una buena calidad de vida aumentará la satisfacción existencial (15, 18).

Un estudio más abordó la relación que existe entre las condiciones sociodemográficas, económicas y de salud con la calidad de vida de los adultos mayores que participaron en la encuesta sobre envejecimiento demográfico en el Estado de México. Consideraron variables objetivas y subjetivas agrupadas en cuatro dimensiones: bienestar, ingreso, condiciones de la vivienda y condiciones de salud, donde los resultados demostraron que más de la mitad de la población en estudio carece de condiciones adecuadas en su calidad de vida y se muestran los factores relacionados, tales como escolaridad, estado civil y condición de derechohabencia (18).

Existen diversas escalas para valorar diferentes aspectos de los pacientes con insuficiencia cardiaca. Los temas más relevantes tratados en los estudios han sido la descripción y valoración de los síntomas físicos, psicológicos, espirituales y de calidad de vida y cómo influye la relación entre ellos en el paciente con insuficiencia cardiaca.

Las escalas para valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), pueden ser instrumentos genéricos o específicos.

Los primeros son independientes del diagnóstico y pueden ser aplicables a cualquier tipo de población o enfermedad, en cambio los específicos miden aspectos propios de la enfermedad o patología en concreto (19).

Los instrumentos genéricos más utilizados son el SF36 19 y el Cuestionario General de Salud y entre los instrumentos documentados en la literatura para valorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca predomina la utilización del Minnesota Living with Heart Failure questionnaire (MLHFQ) y el Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ).

El MLHFQ, fue diseñado para medir la percepción de los efectos de la insuficiencia cardiaca en los aspectos físicos, socioeconómicos y psicológicos de la vida del paciente en el último mes. Es ampliamente utilizado y particularmente útil en la población con insuficiencia cardiaca porque es corto, fácil de entender por los pacientes ancianos, es autoadministrado, y fácil de puntuar (20,21). Es el instrumento más utilizado para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con IC, y ha sido traducido y validado al español, y a más de 32 lenguas, demostrando buenas propiedades psicométricas en numerosos estudios (20).

En cambio, el KCCQ es el instrumento específico más reciente y el único 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. Además, es una herramienta válida que recoge información directamente de los pacientes y ofrece un medio para su evaluación que es independiente del observador (22).

ANTECEDENTES

Los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica (ICC) presentan un marcado deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en comparación con la población normal y con pacientes afectados por otras enfermedades crónicas (20). Los pacientes como consecuencia de su enfermedad presentan limitaciones para

realizar sus actividades y mantener sus relaciones sociales, presentan pérdida progresiva de la autonomía e ingresos hospitalarios frecuentes (21). En estos pacientes la calidad de vida relacionada con la salud es una medida multidimensional con buena correlación con la gravedad de la enfermedad, aporta información pronóstica independiente y permite evaluaciones de coste-eficacia a la hora de implementar nuevas opciones terapéuticas.

Se han utilizado varios cuestionarios para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica como el Short-Form Health (SF-36) que adolece de sensibilidad para los cambios clínicos propios de la insuficiencia cardíaca o bien el Minnesota Living Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), Naveiro-Rilo et al., realizaron un estudio para medir e identificar las dimensiones de la calidad de vida en enfermos con insuficiencia cardíaca. La edad media en este estudio fue de 77.6 años, 31.2% se encontraban en una clase funcional NYHA III-IV y el 88.6% tenía al menos otra enfermedad crónica. En este estudio determinaron que el ser mujer, clase funcional NYHA III-IV, presencia de depresión, osteoartritis, ingreso hospitalario, IMC y edad se asoció con una peor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. De las limitaciones que se pudieron observar en este estudio fue que se tomó el diagnóstico de insuficiencia cardíaca documentado en la historia clínica por lo que no se descartan falsos positivos y que la evaluación de la calidad de vida se llevó a cabo entre 1 y 3 meses lo que puede ser un plazo excesivo en esta enfermedad ya que pueden producirse cambios en la situación clínica del enfermo (19).

Además de los cuestionarios antes comentados, se utilizará el cuestionario de Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ), es el más reciente y el único que además de valorar las dimensiones clásicas (física, síntomas, social) incorpora una valoración de los cambios en los síntomas y el nivel de autocuidado en los pacientes.

Comin-Colet et al, en el estudio que incluyó 1,037 pacientes con insuficiencia cardíaca y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, cuya mediana de edad fue de 72 años, encontró que los pacientes con peor calidad de vida relacionada con la salud por el KCCQ presentaron datos asociados a peor pronóstico y mayor gravedad de la ICC. Tenían mayor tasa de limitaciones en dimensiones como movilidad, dolor/malestar y ansiedad/depresión, mayor incidencia de limitaciones que los pacientes con enfermedades crónicas. Aproximadamente la mitad de estos pacientes tenían insuficiencia cardíaca de origen isquémico y se hallaban en clase funcional III-IV de la NYHA (20).

Los pacientes con ICC de este estudio manifestaron un estado de salud general percibida con la escala visual análoga (EVA) peor que la población general, incluso en comparación con el de los pacientes con antecedente de ictus, Alzheimer o en diálisis (20).

La media de la puntuación global del KCCQ en 1037 pacientes fue de 60.9 +/- 24.5, consideraron una afectación en calidad de vida relacionada con la salud las puntuaciones iguales o menores a 50, encontrando esta afectación en 327 pacientes cuya media de la puntuación sumaria global fue 30.6 +/- 12.3.

En este grupo de pacientes se encontró en el cuestionario general de calidad de vida EuroQoL-5D (EQ-5D) problemas en movilidad en el 93.5%, afectación del cuidado personal 76.4%, afectación de las actividades cotidianas en 93.8%, dolor/malestar en 76.8%, ansiedad/depresión en 76.9% (20). Éste, como todo estudio transversal tiene limitaciones ya que no aporta información acerca de los cambios longitudinales de la variable en estudio y su interrelación con los determinantes clínicos explorados. Además, el estudio se realizó en paciente con fracción de eyección disminuida por lo que no es posible determinar si los resultados son extrapolables a otro tipo de poblaciones por ejemplo con fracción de eyección conservada (20).

Existe un estudio realizado en México en el Hospital General de México, principalmente para validar el cuestionario de calidad de vida de Kansas City (KCCQ) y medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes mexicanos hospitalizados con insuficiencia cardiaca. En este estudio, la muestra se conformó de 203 pacientes con un promedio de edad de 57 años de los cuales 38.4% fueron mujeres y 61.1% fueron hombres. El 17.2% se clasificó como clase funciona NYHA I, 54.3% NYHA II, 23.1% NYHA III y 5.4% NYHA IV. Para determinar la validez del KCCQ, los resultados fueron comparados con la clasificación de la NYHA, la distancia en la prueba de la caminata de 6 minutos y la escala de Borg concluyendo que el cuestionario es válido y confiable para medir la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca, representando un beneficio para el ámbito médico y facilitar la manera de evaluar la percepción de la calidad de vida del paciente respecto a su salud (19).

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia general de insuficiencia cardiaca va desde 22-73% dependiendo del contexto clínico, la edad, sexo, población y las comorbilidades (2). En México hay 750,000 pacientes que padecen insuficiencia cardiaca y se estima que aproximadamente 75,000 pacientes se suman cada año. (4,5). Solo el 25% de los hombres y el 38% de las mujeres con insuficiencia cardiaca seguirán con vida después de 5 años (5). Las enfermedades cardiovasculares, conforman la primera causa de muerte en la poblaciónón general. Es de relevancia para este protocolo, la insuficiencia cardiaca, enfermedad que constituye la principal causa de hospitalización en personas mayores de 65 años, además, se sabe que con el paso del tiempo y un mal control se vuelve una enfermedad incapacitante y potencialmente mortal (26).

La mayoría de los casos progresan tanto que el paciente presenta disnea importante, fatiga, síntomas de hipoperfusión tisular en reposo o con mínimos

esfuerzos deteriorando así la calidad de vida del paciente; aunado a lo anterior, su prevalencia y el alto costo terapéutico, hacen a la falla cardíaca y la calidad de vida un objetivo de estudio.

Existen estudios previos en relación a la insuficiencia cardíaca y la calidad de vida, donde se ha visto que la calidad de vida relacionada con la salud estuvo alterada en todos los dominios evaluados y se determinaron factores asociados como el sexo femenino, la clase funcional, depresión, enfermedad osteoarticular, ingreso hospitalario reciente, índice de masa corporal y edad.

La calidad de vida representa una de las indicaciones más importantes para evaluar la salud de una población, asimismo permite la toma de decisiones a nivel local y nacional para priorizar el gasto en salud y desarrollar e implementar políticas en salud.

El objetivo en este estudio es describir los dominios más afectados en los adultos mayores con insuficiencia cardíaca para posteriormente poder ofrecer mejores estrategias de apego terapéutico que a su vez mejorarán la calidad de vida de los pacientes, disminuyendo así los ingresos hospitalarios y costos terapéuticos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, en México se atraviesa una transición demográfica la cual impacta en la morbilidad y mortalidad de la población. Esta transición está determinada por factores ambientales, sociales, económicos, nutrición inadecuada, baja o nula actividad física entre otros, que, aunado a las patologías de base y los cambios corporales por el envejecimiento, merman la calidad de vida de los pacientes.

Existe muy poca información acerca de la calidad de vida relacionada con la insuficiencia cardíaca; en algunos estudios se ha demostrado que ésta está

relacionada a peor pronóstico, mayor gravedad y mayor número de hospitalizaciones; también se han documentado factores asociados como el sexo femenino, la clase funcional, depresión, enfermedad osteoarticular, índice de masa corporal y edad.

Por lo tanto, esta investigación pretende estudiar las distintas dimensiones de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca para saber dónde intervenir con el fin de reducir el número de hospitalizaciones y mejorar la percepción de calidad de vida en estos pacientes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los dominios afectados en la calidad de vida medida mediante el instrumento KCCQ de los adultos mayores con insuficiencia cardiaca en el área de hospitalización del HGZ 27?

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar cuáles son los dominios afectados en la calidad de vida de los adultos mayores con insuficiencia cardiaca en el área de hospitalización del HGZ 27 mediante el instrumento Kansas City.

Objetivos específicos

- Determinar los factores que se relacionan con la calidad de vida de los pacientes con ICC como: el número de hospitalizaciones, el tiempo de diagnóstico de la ICC, IMC, clasificación de la ICC (NYHA).
- Conocer las características socio demográficas que se relacionan con la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los pacientes con ICC en CF III y IV en la escala de NYHA tendrán una puntuación más baja en los dominios relacionados con la funcionalidad en el instrumento KCCQ que los pacientes con CF I y II.

Si la clase funcional de la ICC influye sobre la calidad de vida entonces los pacientes con CF III y IV tendrán menor calidad de vida que los que tienen CF I y II.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar donde se realizará el estudio:

Este estudio se realizó en el área de hospitalización en el servicio de Geriatría/ Medicina interna del hospital general de zona No 27, la cual es una unidad de 2º nivel del IMSS, en el cual se atiende población derechohabiente, se encuentra ubicado en la calle Lerdo, colonia Tlatelolco, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.

Tipo de estudio por sus características.

Por la finalidad del estudio: descriptivo.

Por secuencia temporal: transversal.

Por el control de la asignación de los factores del estudio: observacional

Por la cronología de los hechos: prospectivo.

Población y muestra del estudio:

El estudio se realizó entre pacientes adultos mayores de 65 años de edad que ingresaron al Hospital General de Zona No. 27 “Alfredo Badallo García” al área de hospitalización de Geriatría/ Medicina Interna durante el periodo de estudio, que cuenten con los criterios de inclusión.

Selección de los pacientes, criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

Se incluyó a los pacientes que tuvieron diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica o bien que cumplieron con los criterios de definición de insuficiencia cardiaca de Framingham, que acudieron al Hospital General de Zona y que requirieran de internamiento por cualquier causa o diagnóstico.

Se incluyó a los pacientes que aceptaron a participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado propio de la investigación que garantizará confiabilidad de los datos y que no habrá ningún agravio por parte del grupo de investigación ni del hospital.

Criterios de exclusión:

Se excluyó del estudio a los pacientes que tuvieron una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central, cáncer o cualquier otra enfermedad crónica avanzada en etapa terminal; pacientes con desafrentación visual y/o auditiva, pacientes con criterios o diagnóstico de fragilidad.

Criterios de eliminación:

Se eliminó del estudio a pacientes que no contaron con información socio demográfica e historial médico completo, pacientes que soliciten su baja voluntaria del estudio o que denieguen para utilizar su información con fines de investigación.

Tamaño de la muestra y cálculo:

Fórmula para cálculo de muestra con variable cualitativa, estimación de una media. En el estudio de Comin-Colet la media de la puntuación global del KCCQ en 1037 pacientes fue de 60.9 +/- 24.5,

$$n = \frac{Z^2 S^2}{d^2}$$

n= tamaño muestra

Z= nivel de confianza de 95% = 1.96

S²=Varianza de la población (Cuadrado de la DS) = (24.5²)

d=Precisión absoluta = 5

$$n = \frac{1.95^2 24.5^2}{5^2}$$

$$n = \frac{(3.8416) (600.25)}{25}$$

$$n = \frac{2307.45}{25}$$

n=92.29

n=93

Tipo de muestreo.

Se realizó un muestreo no probabilístico, seleccionando pacientes que cumplieron los criterios de selección especificados, a medida que se presentaron en hospitalización durante el periodo de estudio y hasta completar el número de pacientes.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

- Calidad de Vida
- Definición conceptual: La OMS la define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.
- Definición operacional: De acuerdo a la escala de Kansas City el puntaje de 50 o menos se considera como mala calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca constituido por 7 dimensiones: limitación funcional (1-6), estabilidad de los síntomas (1-6), frecuencia de los síntomas (1-6), severidad de los síntomas (1-6), auto eficacia (1-5), calidad de vida (1-5), limitación social (1-6).
- Tipo de variable. Cuantitativa
- Escala de medición. Discreta
- Unidad de medición. Puntaje obtenido en cada una de las dimensiones en la escala de Kansas City
- Clase funcional de la Insuficiencia cardiaca, NYHA:

- Definición conceptual: la asociación cardiaca de Nueva York la define como una escala de valoración subjetiva sobre la presencia de y severidad de síntomas respiratorios que acompañan a la insuficiencia cardiaca.
- Definición operacional: Obtenido según la descripción de la NYHA.
 - I = Asintomático, sin limitación durante la actividad ordinaria, no hay fatiga, disnea, palpitaciones ni angina.
 - II = Leve limitación para la actividad física.
 - III = Limitación marcada para la actividad física, sin embargo, el paciente permanece asintomático durante el reposo.
 - IV = Incapacidad para realizar cualquier actividad, incluso los síntomas se presentan durante el reposo.
- Tipo de variable. Cualitativa
- Escala de medición. Ordinal
- Unidad de medición. 1 clase Funcional I, 2 Clase funcional II, 3 Clase funcional III, 4 Clase funcional IV
- Escolaridad:
- Definición conceptual: periodo de tiempo que un sujeto asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.
- Definición operacional: dato que se obtendrá del apartado de escolaridad en el instrumento de validación.
- Tipo de variable: cuantitativa
- Escala de medición: continua
- Unidad de medición: escolaridad en años estudiados.
- Edad:
- Definición conceptual: años transcurridos desde el nacimiento de una persona hasta la fecha actual.

- Definición operacional: edad en años registrado en el instrumento de evaluación.
- Tipo de variable: cuantitativa
- Escala de medición: continua
- Unidad de medición: número de años
- Índice Masa Corporal:
- Definición conceptual: es un índice utilizado para clasificar el sobrepeso y la obesidad. Toma en cuenta el peso y la talla del paciente.
- Definición operacional: medición que se tomará del peso y talla del paciente con la siguiente fórmula: kg/m^2
- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: ordinal
- Unidad de medición: bajo peso < 18.5, normal de 18.5-24.9, sobrepeso de 25-29.9, obesidad grado I de 30-34.9, obesidad grado II de 35-39.9, obesidad grado III > 40.
- Estado Civil:
- Definición conceptual: condición de una persona según el registro civil en función de si tiene pareja o no y su situación legal respecto a esto.
- Definición operacional: Dato que se obtendrá del apartado de estado civil en el instrumento de valoración
- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: nominal policotómica
- Unidad de medición: 1. Soltero/a, 2. Casado/a, 3. Viudo/a, 4. Unión libre
- Pensión:
- Definición conceptual: Cantidad de dinero que una persona recibe regularmente como ayuda económica.

- Definición operacional: Dato que se obtendrá del apartado de pensión en el instrumento de evaluación.
- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: nominal dicotómica
- Unidad de medición: 1. Si, 2. No
- Género:
- Definición conceptual: se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, hace distinción entre masculino y femenino.
- Definición operacional: dato que se obtendrá del apartado de género en el instrumento de evaluación.
- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: nominal dicotómica
- Unidad de medición: 1. Femenino, 2. masculino
- Actividades básicas de la vida diaria:
- Definición conceptual: conjunto de actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo.
- Definición operacional: Dato que se obtendrá a partir de la aplicación del índice de KATZ de acuerdo a la siguiente clasificación:
 - A Independiente para todas las funciones
 - B Independiente para todas las actividades menos una, cualquiera
 - C Independiente para todo menos baño y otra cualquiera
 - D Independiente para todo menos baño, vestido y otra cualquiera
 - E Independiente para todo menos baño, vestido, uso del WC y otra cualquiera o uso de WC y otra cualquiera
 - F Independiente para todo menos baño, vestido, uso del WC y otra cualquiera o uso del WC, movilidad y otra cualquiera
 - G Dependiente en todas las funciones

- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: ordinal
- Unidad de medición: 1-A, 2-B, 3-C, 4-D, 5-E, 6-F, 7-G
- Actividades instrumentadas de la vida diaria:
- Definición conceptual: actividades más complejas cuya realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal.
- Definición operacional: Dato que se obtendrá a partir de la aplicación de la escala de Lawton y Brody con las siguientes puntuaciones:
 - 8 muy activos, actividades instrumentadas completas
 - 5 - 7 activos, actividades limitadas
 - 1 – 4 poco activos, limitación del 50% o más de las actividades
 - 0 inactivos, no realizan actividades instrumentadas
- Tipo de variable: cualitativa
- Escala de medición: ordinal
- Unidad de medición: 0-inactivo, 1-4 poco activo, 5-7 actividad limitada, 8 muy activos
 - Número de hospitalizaciones:
 - Definición conceptual: Cantidad de hospitalizaciones que ocurren en un tiempo determinado.
 - Definición operacional: número de veces que ha estado el paciente en el hospital según su historial clínico.
 - Tipo de variable: cuantitativa
 - Escala de medición: discreta
 - Unidad de medición: número de hospitalizaciones
 - Tiempo de diagnóstico:
 - Definición conceptual: tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico hasta el momento actual.

- Definición operacional: tiempo transcurrido desde el diagnóstico recibido por el personal del departamento médico hasta la fecha de aplicación del cuestionario.
- Tipo de variable: cuantitativa
- Escala de medición: continua
- Unidad de medición: número de años

MÉTODO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Zona N.27.

A los pacientes que contaron con los criterios de elegibilidad, se les solicitó su participación, en caso de acceder firmaron un consentimiento informado, posteriormente se aplicó una entrevista que incluyó el cuestionario de Kansas City además de recolectar información socio demográfica.

Se realizó en el periodo comprendido del octubre 2020 a marzo 2021.

El cuestionario Kansas City consta de 23 ítems, es auto aplicado; se divide en siete dimensiones: 1. Limitaciones físicas (preguntas 1a, 1b, 1c, 1d, 1e, 1f), 2. Estabilidad de los síntomas (pregunta 2), 3. Frecuencia de los síntomas (preguntas 3, 5, 2, 7, 9), 4. Severidad de los síntomas (preguntas 4, 6, 8), 5. Auto eficacia (pregunta 10, 11), 6. Calidad de vida (preguntas 12, 13, 14), 7. Limitación social (pregunta 15a, 15b, 15c, 15d). La puntuación de cada dimensión tiene una gama teórica de 0 a 100 puntos que es el mejor estado por lo que una puntuación > 50 es considerada como una calidad de vida preservada con los siguientes valores de desviación estándar para los dominios: limitación funcional (29.9 +/- 18.1), estabilidad de los síntomas (51.9 +/- 25.4), frecuencia de los síntomas (37.1 +/- 19.2), severidad de los síntomas (37.5 +/- 19.2), autoeficacia (60.6 +/- 24.6), calidad de vida (28.1 +/- 14.4), limitación social (27.3 +/- 17) de acuerdo a J. Comín et al. (2016).

Índice de Katz. Es una escala que mide el grado de dependencia/independencia de las personas utilizando seis funciones básicas: alimentación, continencia, movilidad, uso del WC, vestido y baño describiendo el nivel de funcionalidad en cada una de

ellas; con este índice se puede dar continuidad a la evolución de la función del paciente y valorar la respuesta al tratamiento. Se puede utilizar en pacientes hospitalizados y ambulatorios, preferiblemente en éstos últimos (23). Su interpretación es la siguiente:

- A. Independiente para todas las funciones.
- B. Independiente para todas las funciones menos una, cualquiera.
- C. Independiente para todo menos baño y otra cualquiera.
- D. Independiente para todo menos baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente para todo menos baño, vestido, uso de WC y otra cualquiera.
O bien, uso del WC y otra cualquiera.
- F. Independiente para todo menos baño, vestido, uso del WC, movilidad y otra cualquiera.
O bien uso del WC, movilidad y otra cualquiera.
- G. Dependiente en todas las funciones.

Índice de Lawton y Brody. Evalúa la capacidad funcional en cuanto a actividades instrumentadas mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavar ropa, utilizar medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y la administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico: 1 para independiente o 0 para dependiente, la puntuación final es sumada el cual debe oscilar entre 0, máxima dependencia y 8 máxima independencia (24).

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Con previa autorización por parte del comité local de investigación y ética, se llevó a cabo el presente trabajo en el hospital general de zona No. 27.

A los pacientes mayores de 65 años de edad, que ingresaron a hospitalización por cualquier diagnóstico, y que cumplieron con los criterios de inclusión se les invitó a participar en el presente estudio, al acceder, se les entregó hoja de consentimiento

informado para firma, posteriormente el residente encargado de la investigación realizó la recolección de datos, además se aplicara el instrumento Kansas City que mide la calidad de vida (anexo 2), se realizó durante una entrevista mientras se encontraba en hospitalización, si el paciente no completaba en la primera entrevista el cuestionario se realizó una segunda entrevista.

Una vez completado el cuestionario, los datos fueron recopilados en una hoja de cálculo en el programa SPSS para su posterior análisis.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva para resumir la información de las variables demográficas y clínicas, se calculó la media y la desviación estándar de la muestra para las variables cuantitativas de distribución normal, y se presentará la mediana y el rango para variables cuantitativas de distribución no normal.

Las variables cualitativas fueron presentadas en porcentajes.

Para calidad de vida, se obtuvo la media de la puntuación total y su desviación estándar.

Para cada una de las 7 dimensiones de la calidad de vida se calculó la media con DS obtenida en cada una de estas dimensiones.

Se formaron dos grupos según la calidad de vida la cual se dicotomizará según la puntuación total, < 50 para mala calidad de vida, y > 50 buena calidad de vida, se determinó el porcentaje de pacientes con buena y mala calidad de vida.

Se realizó comparación de las variables agrupadas según buena calidad de vida y mala calidad de vida, las variables cualitativas se compararon mediante prueba X^2 , y las variables cuantitativas con distribución normal mediante T student, en el caso de las variables de distribución no normal se realizó U de Mann-Whitney.

Se correlacionaron variables de calidad de vida, Katz, Lawton Brody, CF de la insuficiencia cardiaca usando el coeficiente de correlación de Spearman.

ASPECTOS ÉTICOS

El siguiente protocolo se apegó a lo propuesto en la Declaración de Helsinki, ya que esta investigación médica en seres humanos es para evaluar los efectos que tiene la insuficiencia cardiaca en la calidad de vida de estos pacientes. Tiene como objetivo generar nuevos conocimientos, sin sobrepasar los derechos y los intereses de las personas que participa en la investigación.

Como lo estipula la declaración de Helsinki esta investigación protege la dignidad, integridad y el derecho a la autodeterminación de los sujetos que decidan participar, además que se protegerá la intimidad y la confidencialidad de la información de las personas que participen en la investigación.

Se apegó a lo considerado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia investigación para la salud, Título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, Artículo 13 que menciona que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y protección de sus derecho y bienestar. También se apega a lo mencionado en el Artículo 14, ya que se ajusta a los principios científicos y éticos que la justifiquen. Se fundamenta en conocimientos ya publicados, pues se realizó una búsqueda en la literatura previa a la elaboración de este protocolo. Esta investigación traerá beneficios a los pacientes, ya que si se encuentra depresión se puede iniciar tratamiento. Se realizará por profesionales de la salud. Antes de realizar las preguntas al paciente se le solicitara consentimiento informado y por escrito según el señalado en el Reglamento de Ley General de Salud. Residentes de Geriátría del hospital quienes no tienen relación con la investigación o la atención del paciente solicitaran el consentimiento informado. Se solicitará su revisión para contar con dictamen favorable de los comités de investigación y Ética.

La investigación se llevó a cabo en cuanto se tuvo la autorización del titular de la institución de atención a la salud.

Según lo establecido en el artículo 17 esta investigación se considera como Investigación de riesgo mínimo pues se realizó un cuestionario y entrevistas a los pacientes. En esta investigación se le realizó una entrevista al paciente para evaluar el impacto de los síntomas propios de la insuficiencia cardiaca y su impacto en la calidad de vida. Los resultados serán confidenciales, y se darán a conocer al paciente si este los solicita.

RESULTADOS

Se realizó la captura de los datos de los pacientes del área de hospitalización del Hospital General de Zona #27 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo comprendido de octubre 2020 a marzo 2021.

La población estudiada estuvo integrada por 100 pacientes adultos mayores, cuya mediana de edad fue de 73 años (65-94).

Tabla 2. Características generales de la población estudiada. n=100

Variable	
Edad Mediana (min-max)	73 (65-94)
Sexo n (%)	
Femenino	40 (40)
Masculino	60 (60)
Estado Civil n (%)	
Soltero	11 (11)
Casado	54 (54)
Viudo	27 (27)
Unión Libre	8 (8)
Fuente de ingresos n (%)	

Pensión	77 (77)
Dependiente de la familia	14 (14)
Trabajo remunerado	9 (9)
Funcionalidad ABVD (KATZ) n (%)	
A	56 (56)
B	19 (19)
C	8 (8)
D	9 (9)
E	8 (8)
Funcionalidad en AIVD n (%)	
Inactivo (0 puntos)	1 (1)
Poco active (1-4 puntos)	35 (35)
Actividad limitada (5-7 puntos)	40 (40)
Muy activos (8 puntos)	24 (24)
Hospitalizaciones Mediana (min-max)	
0-2 hospitalizaciones	54 (54)
3-4 hospitalizaciones	26 (26)
5-6 hospitalizaciones	15 (15)
7-8 hospitalizaciones	5 (5)
IMC	
Bajo peso	1 (1)
Normal	35 (35)
Sobrepeso	39 (39)
Obesidad grado I	17 (17)
Obesidad Grado II	8 (8)

En la Tabla 2, se presentan las características generales de la población estudiada y su representación en porcentaje. Se obtuvo la mediana en 73 años con un rango de 65 años a 94 años y el 60% de los pacientes encuestados fueron hombres. En el cuanto al estado civil, la mayoría de los pacientes se encontraban en pareja, ya sea casados (54%) o en unión libre (8%) mientras que las personas

sin pareja en ese momento representaban el 38%: viudos 27% y solteros (11%). La mayoría de las personas estudiadas contaban con apoyo económico de pensión (77%), el 14% eran dependiente de su familia y solamente el 9% contaba con un trabajo remunerado.

Por otro lado, se evaluó la independencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) mediante la escala de KATZ y la independencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) mediante la escala de Lawton & Brody. En la primera escala se observó que la mayoría de los pacientes realiza casi todas sus actividades básicas: KATZ A 56% y KATZ B 19%, mientras que el 25% presenta mayor dependencia para la realización de las ABVD: KATZ C 8%, KATZ D 9% y KATZ E 8%.

En cuanto a la clasificación para realizar AIVD, la mayoría de las personas estudiadas presentó una actividad limitada 40%, seguida de poca actividad 35%, no hubo pacientes inactivos y pacientes muy activos se reportaron un 28%.

En relación con el número de hospitalizaciones, se encontró que más de la mitad de los pacientes ha tenido entre 0-2 (54%), 26% entre 3-4 y un 20% ha tenido más de 5 hospitalizaciones asociadas a la insuficiencia cardiaca: 5-6 (15%) y 7-8 (5%).

Finalmente, en cuanto al índice de masa corporal se encontró que la mayoría de las personas estaban por encima de su rango esperado: el 39% de los pacientes tenía sobrepeso y el 25% tenía obesidad, mientras que solamente el 35% estaba dentro de su peso esperado.

Tabla 3. Descripción de la calidad de vida de la población estudiada n = 100

Calidad de vida n (%)	
Mala calidad de vida	30 (30)
Buena calidad de vida	70 (70)
Puntaje Kansas City Mediana (min-max)	80 (23-116)
Dimensión 1 (limitación física)	23 (6-30)
Dimensión 2 (estabilidad de los síntomas)	3 (1-6)

Dimensión 3 (frecuencia de los síntomas)	13.5 (4-22)
Dimensión 4 (severidad de los síntomas)	9 (3-18)
Dimensión 5 (autoeficacia)	5 (2-10)
Dimensión 6 (calidad de vida)	9.5 (3-15)
Dimensión 7 (limitación social)	16 (4-24)

En la tabla 2 se describe la calidad de vida de la población estudiada de acuerdo a las dimensiones de la escala de Kansas City. Se observó que el 70% de los pacientes puntuó para una buena calidad de vida (> 50 puntos), mientras que la mediana de la población fue de 80 puntos. De las dimensiones evaluadas con el Kansas City, se encontró que el área de limitación física fue la más afectada con un puntaje promedio de 23 sobre 42 puntos. El resto de las puntuaciones se encuentran por arriba de la media para cada rubro.

Tabla 4. Calidad de vida en los pacientes según su clase funcional

En la tabla 4 se describe la calidad de vida de los pacientes según su clase funcional. Se observó que el 45% de los pacientes se encontró en una clase funcional NYHA II, de los cuales, el 95.5% tuvo puntaje asociado a buena calidad de vida. Por otro lado, se encontró que el 68.75% de los pacientes con CF NYHA III

Variable	Clase funcional	Clase funcional I n 16	Clase funcional II n 45	Clase funcional III n 32	Clase funcional IV n 7	Puntaje máximo
Calidad de vida n (%)						
Buena		16 (100)	43 (95.5)	10 (31.25)	1 (14.28)	
Mala		0 (0)	2 (4.4)	22 (68.75)	6 (85.71)	
Cuestionario Kansas City		106 (87-116)	89 (31-109)	43 (23-80)	33 (28-50)	
Dominio 1 (limitación física)		<u>28 (8-30)</u>	<u>24 (6-29)</u>	<u>13 (6-29)</u>	<u>20 (14-26)</u>	42
Dominio 2 (estabilidad de los síntomas)		5 (1-6)	4 (1-6)	2(1-5)	3 (1-5)	6
Dominio 3 (frecuencia de los síntomas)		19 (4-22)	15 (4-22)	<u>8 (4-20)</u>	10 (8-12)	22
Dominio 4 (severidad de los síntomas)		12 (4-18)	11 (3-18)	6 (3-14)	8 (3-10)	18
Dominio 5 (autoeficacia)		8 (2-8)	5 (2-8)	<u>2 (2-12)</u>	<u>4 (2-6)</u>	10
Dominio 6 (calidad de vida)		13 (3-14)	10 (3-15)	<u>3 (3-13)</u>	7 (3-10)	15
Dominio 7 (limitación social)		17 (9-23)	17 (4-24)9	<u>9 (4-20)</u>	17 (4-21)	24

y que el 85.71% de los pacientes con CF NYHA IV puntuaron para una mala calidad

de vida de acuerdo a la escala Kansas City, recordando que el punto de corte para determinar una mala calidad de vida es < 50 puntos. La media de los pacientes con NYHA III fue de 43 puntos y de los pacientes con NYHA IV fue de 33 puntos.

En cuanto a los dominios, se puede observar que todos los pacientes tuvieron una afectación importante de la limitación funcional. Los más afectados en cuanto a frecuencia de los síntomas fueron los pacientes con NYHA III con una media de 8 puntos. En cuanto al dominio de autoeficacia los más afectados fueron los pacientes con NYHA III y NYHA IV con medias de 2 y 4 puntos respectivamente. Finalmente, los más afectados en cuanto a la percepción de calidad de vida y limitación social fueron los pacientes con NYHA III con medias de 3 y 9 puntos respectivamente.

Tabla 5. Análisis bivariado

Variable	Calidad de vida buena	Calidad de vida mala	p	OR	IC 95%
CLASE FUNCIONAL					
Mejor clase funcional	59	2	0.000	75.09	15.59-361.79
Peor clase funcional	11	28			
EDO CIVIL					
Sin pareja	20	18	0.003	3.96	1.55-10.10
Con pareja	50	12			

Finalmente, en la tabla 4 se dicotomizaron las variables de clase funcional y el estado civil para determinar el grado de asociación y establecer si es posible considerarlos factores de riesgo. Se encontró una p estadísticamente significativa <.05 en ambas variables.

DISCUSIONES

La literatura revisada en este estudio hace referencia al marcado deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en comparación con la población en general. En el caso de Naveiro-Rilo et al, en su estudio documentaron un promedio de edad de 77 años y el 31.2% se encontraron en con una clase funcional NYHA III y NYHA IV comparado con el presente estudio donde se obtuvo una mediana de edad de 73 años y el 39% se encontraron en una clasificación NYHA III y NYHA IV. En este mismo estudio, determinaron que el ser mujer, tener una clase funcional NYHA III-IV, presencia de depresión, osteoartrosis, ingreso hospitalario, IMC y edad se asoció con una peor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, de los cuales, la clase funcional y el IMC de este estudio, de igual forma se relacionaron con una mala calidad de vida.

En otro estudio realizado por Comin-Colet et al, su mediana de edad fue 72 años, dato más cercano encontrado en nuestro estudio, y aproximadamente la mitad de los pacientes se encontraron en una clase funcional NYHA III y NYHA IV. En este estudio, la media de puntuación fue de 60.9 +/- 24.5, en comparación con este estudio donde la puntuación fue de 80.

En un estudio realizado en México en el Hospital General de México, la muestra tuvo un promedio de edad de 57 años de los cuales 38.4% fueron mujeres y 61.1% fueron hombres, dato que concuerda con este estudio donde el 60% de los pacientes fue de sexo masculino. En este caso, el 17.2% se clasificó como clase funciona NYHA I, 54.3% NYHA II, 23.1% NYHA III y 5.4% NYHA IV, dato que concuerda con este estudio donde observamos que la mayoría de los pacientes se encuentra con una clasificación de la insuficiencia cardiaca NYHA II.

Finalmente, un dato comentado en este estudio que no fue reportado anteriormente fue el del estado civil el cual pudimos observar que está relacionado

con la buena o mala calidad de vida dependiendo si el paciente en ese momento se encontraba en pareja o no.

CONCLUSIONES

Debido a que se logró describir la calidad de vida de los adultos mayores con insuficiencia cardiaca en el área de hospitalización del HGZ 27 se considera que se logró cumplir el objetivo planteado para esta investigación, adicionalmente se realizaron estudios secundarios que muestran la relación de la situación en la que se encontraba la muestra lo que provee mayor contribución al conocimiento científico sobre la insuficiencia cardiaca.

REFERENCIAS

1. Mendoza Claros NE, Ávila Beltrán F. Factores que determinan la situación de personas adultas mayores. Gac Méd Mex. 2015;29(2):28–32. http://cedo.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
2. Orea-Tejeda, Jiménez-Díaz VA. Mejoras en Insuficiencia cardiaca con dieta y ejercicio. Acapulco México 2015. <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/Multilingual/mexico-ve-mejoras-en-insuficiencia-cardiaca-con-dieta-y-ejercicio>.
3. Sionis A, Sionis Green A, Manito Lorite N, Bueno H, Coca Payeras A, Díaz Molina B, et al. Comentarios a la guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol. 2016;69(12):1119–25.
4. Orea-Tejeda A, Jiménez-Díaz VA. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca. Magnitud del problema. In: Orea-Tejeda A, Castillo-Martínez L, Rodríguez-

- Gilabert C, eds. Factores de Riesgo Cardiovascular e Insuficiencia Cardíaca. 1st ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2005. p235–246.
5. Cassio E, Padrón A, Gutiérrez L, Yáñez M. (2017). Panorama de la mortalidad en México a través de cuatro marcadores 1990-2012. *Gaceta Médica de México* 153, 16.25.
 6. Orea-Tejeda A, Castillo-M L, Ferez SS, Ortega SA. Programa Nacional de Registro de Insuficiencia Cardíaca. Resultado es de un estudio multicéntrico mexicano. *Medicina Interna México*, 2004;20(4):243-260.
 7. Barreta J. Insuficiencia cardíaca en el adulto mayor *Rev. Arg. de Gerontología y Geriátria*;Vol 32(1):9-22
 8. Domenech RJ, Macho P. Envejecimiento cardiovascular. *Rev Med Chil*. 2008;136(12):1582–8.
 9. Caballero JC. Aspectos generales del envejecimiento normal y patológico: fisiología y fisiopatología. Profesor colaborador en el Departamento de Ciencias Médicas de la Universidad de Oviedo Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Deusto-Arangoiti. Osakidetza (Bilbao).
 10. Pemberthy López C, Jaramillo-Gómez N, Velázquez Mejía CA, Cardona-Vélez J, Contreras-Martínez H, Jaramillo-Restrepo V. “Conceptos actuales sobre el envejecimiento cardiovascular y la enfermedad cardiovascular”. *Revista Colombiana de Cardiología*. Volumen 23, Issue 3, May-Jun 2016, pag. 210-217.
 11. Pereira-Rodríguez JE, Gina Rincón-González Lic Damaris Niño-Serrato LR, - Inglés E, Pereira-Rodríguez J. Insuficiencia cardíaca: Aspectos básicos de una epidemia en aumento. *Soc Cuba Cardiol [Internet]*. 2016;8(1):58–70. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/corsalud/cor-2016/cor161i.pdf>
 12. Xavier S de O, Ferretti-Rebustini RE de L. Clinical characteristics of heart failure associated with functional dependence at admission in hospitalized elderly. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27
 13. Ardila R. Calidad de vida: Una definición integradora. *Rev Latinoam Psicol*. 2003;35(2).
 14. Sen A, Nussbaum M. La calidad de vida. *Fondo Cult Económica*. 1998;21(4):1–4.

15. *Enf Neurol (Mex)*. Vol. 11, No. 3: 129-137, 2012 ©INNN, 2010. Artículo original. La calidad de vida: Análisis multidimensional. Ma. Guadalupe Nava Galán*
16. Aponte V. Calidad De Vida En La Tercera Edad. *Ajayu Organo de difusion Cientifica del Departamento de Psicologia UC BSP [revista en Internet]* 2015 [acceso 20 de marzo de 2018]; 13(2): 152-182. *Ajayu Órgano Difusión Científica del Dep Psicol UC BSP [Internet]*. 2015;13(2):152–82. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003
17. Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Centro de Información. J, Alonso Abatt Y, Alonso Vila Y, Alcaide Guardado Y, Leyva Betancourt I, Arteaga Cuéllar Y. *Medisur. MediSur [Internet]*. 2003;15(1):85–92. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Soria Z, Montoya B. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de Poblacion [revista en Internet]* 2017 [acceso 08 de mayo de 2020]; 93(23):59-93. 2017;(Esedem 2008). <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v23n93/2448-7147-pp-23-93-59.pdf>
19. Ramos del Rio B, Figueroa C, Alcocer Díaz-Barreiro L, Ricón S. Validación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardiaca. *En-claves del Pensam*. 2011;(10):173–92.
20. Comín-Colet J, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Manzano L, Mun J, Calidad de vida e insuficiencia cardiaca en España: situación actual: resultados con insuficiencia cardiaca del estudio multicéntrico VIDA-IC. 2015;69(x):256–71.
21. Naveiro-Rilo JC, Díez-Juárez M a. D, Flores-Zurutuza L, Rodríguez-García M ángel, Rebollo-Gutiérrez F, Romero Blanco A. La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardiaca: Visión desde atención primaria de salud. *Gac Sanit [Internet]*. 2012;26(5):436–43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.013>
22. López Castro J, Cid Conde L, Fernández Rodríguez V, Failde Garrido JM, Almazán Ortega R. Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia

- cardíaca mediante el cuestionario genérico SF-36. *Rev Calid Asist.* 2013;28(6):355–60.
23. Katz, S., Ford A.B., Moscowitz R.W., “Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function”. *JAMA*, 1936;185:914-9.
24. Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*, 2008; 43:271-83.
25. Strait, J. B., & Lakatta, E. G. (2012). Aging-Associated Cardiovascular Changes and Their Relationship to Heart Failure. *Heart Failure Clinics*, 8(1), 143–164. doi:10.1016/j.hfc.2011.08.011 url to share this paper: sci-hub.se/10.1016/j.hfc.2011.08.01
26. Christensen S, Mogelvang R, Heitmann M, Prescott E. Level of education and risk of heart failure: a prospective cohort study with echocardiography evaluation. *Eur Heart J.* 2011 Feb;32(4):450-8. doi: 10.1093/eurheartj/ehq435. Epub 2010 Dec 8. PMID: 21147865.
27. Faravelli C, Alessandra Scarpato M, Castellini G, Lo Sauro C. Gender differences in depression and anxiety: the role of age. *Psychiatry Res.* 2013 Dec 30;210(3):1301-3. doi: 10.1016/j.psychres.2013.09.027. Epub 2013 Oct 2. PMID: 24135551.

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS
DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio: _____

Patrocinador externo (si aplica): _____

Lugar y fecha: _____

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: _____

Procedimientos: _____

Posibles riesgos y molestias: _____

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: _____

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: _____

Participación o retiro: _____

Privacidad y confidencialidad: _____

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

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

Investigador Responsable: _____

Colaboradores: _____

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 del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

ANEXO 2: CUESTIONARIO KCCQ

CUESTIONARIO SOBRE LA INSUFICIENCIA CARDIACA KANSAS CITY

Las siguientes preguntas se refieren a la insuficiencia cardiaca y cómo puede afectar su vida. Por favor lea y conteste las siguientes preguntas. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Por favor elija la respuesta que mejor corresponda a su situación.

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, falta de aire o fatiga) ha limitado su capacidad para realizar las siguientes actividades durante las últimas 2 semanas.

Actividad	Extremadamente limitado/a 1	Bastante limitado/a 2	Moderadamente limitado/a 3	Ligeramente limitado/a 4	Nada limitado/a 5	Limitado por otras razones o no realicé ésta actividad 6
Vestirse						
Ducharse/ bañarse						
Caminar una cuadra en terreno plano						

Arreglar el jardín, hacer tareas domésticas o cargar las compras						
Subir un piso por las escaleras sin detenerse						
Correr o apresurarse (como para alcanzar el autobús)						

Por favor marque con una X en cada línea

2. En comparación con hace 2 semanas, ¿han cambiado sus síntomas de insuficiencia cardiaca (por ejemplo falta de aire, fatiga, hinchazón de tobillos)?

Mucho peor	Algo peor	Sin cambios	Algo mejor	Mucho mejor	No tuve síntomas durante las últimas 2 semanas
1	2	3	4	5	6

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

Todas las mañanas	3 o mas veces por semana pero no todos los días	1-2 veces por semana	Menos de una vez por semana	Nunca en las 2 últimas semanas
1	2	3	4	5

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

Extremadamen te molesta 1	Bastante molesta 2	Moderadame nte molesta 3	Ligeramente molesta 4	Nada molesta 5	No he tenido hinchazón 6

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

Todo el tiempo 1	Varias veces al día 2	3 o más veces por semana pero no todos los días 3	1-2 veces por semana 4	Menos de una vez por semana 5	Nunca en las últimas 2 semanas 6

6. Durante las 2 últimas semanas, ¿qué tanto le ha molestado la fatiga? La fatiga ha sido:

Extremadamen te molesta 1	Bastante molesta 2	Moderadame nte molesta 3	Ligeramente molesta 4	Nada molesta 5	No he tenido hinchazón 6

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 1	Varias veces al día 2	3 o más veces por semana pero no todos los días 3	1-2 veces por semana 4	Menos de una vez por semana 5	Nunca en las últimas 2 semanas 6

--	--	--	--	--	--

8. Durante las últimas 2 semanas ¿qué tanto le ha molestado la falta de aire? La falta de aire ha sido:

Extremadamente molesta 1	Bastante molesta 2	Moderadamente molesta 3	Ligeramente molesta 4	Nada molesta 5	No he tenido hinchazón 6

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

Todas las noches 1	3 o más veces por semana pero no todas las noches 2	1-2 veces por semana 3	Menos de una vez por semana 4	Nunca en las últimas 2 semanas 5

10. Los síntomas de insuficiencia cardíaca pueden empeorar por varias razones. ¿qué tan seguro/a está de lo que debe hacer o a quien llamar si los síntomas de insuficiencia cardíaca empeoran?

Nada seguro/a 1	No muy seguro/a 2	Algo seguro/a 3	Bastante seguro/a 4	Completamente seguro/a 5

11. Entiende bien lo que puede hacer para evitar que los síntomas de insuficiencia cardíaca empeoren (por ejemplo, pesarse regularmente, seguir una dieta baja en sal)?

No entiendo nada 1	No entiendo muy bien 2	Entiendo algo 3	Entiendo bastante 4	Entiendo perfectamente 5

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

Extremadamente 1	Bastante 2	Moderadamente 3	Ligeramente 4	Para nada 5

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

Completamente insatisfecho/a 1	Bastante insatisfecho/a 2	Algo satisfecho/a 3	Bastante satisfecho/a 4	Completamente satisfecho/a 5

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

Me he sentido así todo el tiempo 1	Me he sentido así la mayoría del tiempo 2	Me he sentido así varias veces 3	Casi nunca me he sentido así 4	Nunca me he sentido así 5

15. ¿Qué tanto afecta la insuficiencia cardiaca su estilo de vida? Por favor indique en qué medida la insuficiencia cardiaca puede haber limitado su participación en las siguientes actividades durante las últimas 2 semanas?

Actividad	Extremadamente limitado/a 1	Bastante limitado/a 2	Moderadamente limitado/a 3	Ligeramente limitado/a 4	Nada limitado/a 5	Limitado por otras razones o no realicé ésta actividad 6
Pasatiempos, actividades recreativas						
Trabajar o hacer tareas de la casa en general						
Ir a visitar a familiares o amigos						
Relaciones íntimas o sexuales						

EDAD	
SEXO	
ESCOLARIDAD	
ESTADO CIVIL	
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	
MEDICAMENTOS	