



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

**DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE
INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA, DEL HGZ/UMF NO. 8
DOCTOR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

PRESENTA:

DRA. FRIDA CALDERÓN LÓPEZ

Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar
HGZ/MF #8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo"
Matricula 97374498
Teléfono: 5532757351 Fax: No Fax
Correo: drafridacalderon@gmail.com

DIRECTORA DE TESIS

DRA. ANGÉLICA MARAVILLAS ESTRADA

Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar
Adscrita al HGZ/MF #8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo"
Matricula 98113861 Teléfono 5545000340. Fax: No fax
Correo: angelica.maravillas@imss.gob.mx

ASESOR METODOLÓGICO

DOC. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO

Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor para Ciencias en la Familia,
Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud.
Profesor Médico del CIEFD Siglo XXI. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS
Matricula: 99377278 Teléfono: 5556276900 Fax: No Fax
Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

ASESOR CLINICO

DRA. MAHETABEL ALEJANDRA MEJÍA RAMIREZ

Médico Especialista en Medicina Familiar
Adscrita al HGZ/MF #8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo"
Matricula 99377489. Teléfono: 5536613683. Fax: No fax
Correo: dra.alemejram@gmail.com

DRA. THALYNA POLACO DE LA VEGA

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CIUDAD DE MÉXICO, ENERO 2021.
No. DE REGISTRO:**



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.

RESUMEN

DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA, DEL HGZ/UMF NO. 8 DOCTOR GILBERTO FLORES IZQUIERDO

AUTORES: Calderón López Frida¹ Maravillas Estrada Angélica², Vilchis Chaparro Eduardo³ Mejía Ramírez Mahetabel Alejandra⁴,

1 Médico Residente. Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Matrícula: 97374498

2 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesora Titular de Medicina Familiar, Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Matrícula: 98113861

3 Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor para Ciencias en la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud.

Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Matrícula: 99377278

4 Médico Especialista en Medicina Familiar, Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Matrícula: 99377489.

OBJETIVO

Determinar la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardiaca crónica del Hospital General de Zona/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio: Prospectivo, Transversal, No Comparativo, Descriptivo, Observacional. Muestra: 40 pacientes con una proporción de 0.20, IC del 90%. Instrumento de medición Cuestionario de Salud SF-36.

RESULTADOS

Predominio del sexo masculino: 62.5%, media de edad: 66.45 años. Puntaje obtenido para la Calidad de vida fueron: 34.93 puntos \pm 15.25; 75% presentó mala CVRS. Dimensión Física: 33.743 \pm 2.52 y Dimensión Emocional: 34.76 \pm 2.40.

CONCLUSIONES

Los pacientes presentaron un puntaje bajo mediante el SF-36, los resultados obtenidos denotan mala calidad de vida en la población estudiada ya que, por las características y curso de la enfermedad, los pacientes con Insuficiencia cardiaca crónica presentan decremento en su CVRS. La efectividad de la atención ofrecida en estos pacientes es de vital importancia, objetivando que existe un grado de asociación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y el decremento de la calidad de vida; es así que con un diagnóstico, referencia y tratamiento oportunos, se favorece una mejor respuesta a tratamiento y disminución de complicaciones a corto y mediano plazo, evitando un deterioro mayor en la CVRS.

PALABRAS CLAVES

Insuficiencia cardiaca crónica, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, SF-36.

**“DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD
DE VIDA EN PACIENTES
PORTADORES DE INSUFICIENCIA
CARDIACA CRÓNICA, DEL HGZ/UMF
No. 8 DOCTOR GILBERTO FLORES
IZQUIERDO”**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR, CDMX
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
DOCTOR GILBERTO FLORES IZQUIERDO
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIONES



DR. GUILLERMO BRAVO MATEOS
DIRECTOR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"



DRA. THALYNA POLACO DE LA VEGA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"



DRA. ANGÉLICA MARAVILLAS ESTRADA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"



DRA. ANGÉLICA MARAVILLAS ESTRADA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
DIRECTORA DE TESIS



DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR MÉDICO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y
PROFESIONALIZACIÓN DOCENTE
DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI I.M.S.S
ASESOR METODOLÓGICO



DRA. MAHETABEL ALEJANDRA MEJÍA RAMÍREZ
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO AL HGZ/UMF NO. 8
"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
ASESORA CLÍNICA DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A mi Familia.

A mis padres: Silvia y Francisco. Me faltarían líneas para agradecer todo su amor, paciencia, sacrificios y apoyo invaluable; gracias por cada consejo y cada una de sus palabras que me guiaron durante todo este tiempo, por acompañarme en cada larga y agotadora noche de estudio, por anhelar siempre lo mejor para mi vida.

Me han convertido en la persona y profesionalista de la que hoy me siento orgullosa; ustedes me han enseñado que siempre se puede lograr todo lo que mi corazón se proponga; gracias por haber confiado en cada una de las decisiones que he tomado. Me enseñaron cómo volar con mis propias alas.

Son mi ejemplo, mi orgullo y el pilar más importante de mi vida. Los amo.

A mi hermana Victoria, por ser ejemplo de trabajo, constancia y amor por esta profesión. Por ser mi apoyo incondicional, mi mejor amiga y confidente. Nunca me faltes.

Gracias a Dios por ser la luz que me ha guiado hasta este momento, por haberme dado la fortaleza necesaria para seguir adelante en aquellos momentos de debilidad.

A mis profesores.

Gracias por ser parte fundamental en este camino de la Residencia, por inculcarme el amor y pasión por mi profesión y por mi Especialidad; por impulsarnos a ser las mejores personas y especialistas que requiere nuestro país.

A mis compañeros y hermanos de profesión.

Se dice que existen dos tipos de familia, ligados por la sangre y la familia que la vida nos regala a lo largo del camino.

Gracias porque más que amigos hemos sido hermanos; hemos crecido y aprendido juntos, estando en los días más difíciles y en los más felices de este camino, en los que el Hospital, la Residencia y una dura pandemia les convirtió en mi segunda familia.

A mi mejor amiga y hermana de profesión. Por cada risa, lágrima, consejo, desvelada y sin fin de momentos compartidos a lo largo de estos años y los que la vida nos permita; eres otra hermana que la vida me regaló, gracias por todo.

A mi asesora de Tesis.

Gracias porque sin usted este proyecto no habría sido una realidad, por ser una excelente persona y por haber depositado toda su confianza en mí.

Al Hospital General de Zona No. 8 / UMF y al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Gracias por cada experiencia y aprendizaje vividos durante estos 3 años, por abrirme su casa cuando llamé a las puertas de este sueño llamado Especialidad.

Gracias al personal sanitario y de enfermería por sus atenciones en mi paso por el Hospital; a todos mis pacientes, por depositar su confianza en mí y por ser la fuente más bella de aprendizaje de esta noble profesión.

“No fui valiente, simplemente no tuve tiempo de asustarme”.
Amelia Earhart

ÍNDICE

	TEMA	PÁGINA
1.-	Marco Teórico	8
2.-	Justificación	17
3.-	Planteamiento del Problema	18
4.-	Objetivos	19
5.-	Hipótesis	20
6.-	Tipo de Estudio	21
7.-	Diseño de la Investigación	22
8.-	Población, lugar y tiempo	23
9.-	Muestra	23
10.-	Criterios de Selección: inclusión, exclusión y eliminación	24
11.-	Variables	25
12.-	Diseño estadístico	28
13.-	Instrumento de recolección de datos	29
14.-	Método de recolección	31
15.-	Maniobras para evitar y controlar sesgos	33
16.-	Cronograma de actividades	34
17.-	Consideraciones éticas	36
18.-	Recursos humanos, materiales, físicos, y de financiamiento	39
19.-	Resultados	40
20.-	Tablas y gráficas	44
21.-	Discusión	63
22.-	Conclusiones	69
23.-	Bibliografía	71
24.-	Anexos	77

1. MARCO TEÓRICO

Introducción

Se define a la insuficiencia cardíaca (IC) como el estado fisiopatológico y clínico en el cual el corazón es incapaz de aportar sangre de acuerdo a los requerimientos metabólicos periféricos. ⁽¹⁾

La característica distintiva es el progresivo remodelado desadaptativo del miocardio; se inicia a partir de un episodio que produce una disminución en la capacidad de bomba del corazón, comprometiendo la capacidad de los ventrículos de llenarse y bombear sangre de manera satisfactoria. ⁽²⁾

La insuficiencia cardíaca es causada principalmente por una enfermedad miocárdica subyacente y conduce a un síndrome clínico caracterizado por síntomas como disnea, fatiga, y signos como presión venosa yugular elevada, taquicardia o edema periférico. ⁽³⁾

Se puede clasificar como predominantemente ventricular izquierda, ventricular derecha o biventricular, basado en la ubicación del déficit. Dependiendo del momento de inicio, la insuficiencia cardíaca se clasifica como aguda o crónica. Clínicamente, se clasifica en dos tipos principales según el estado funcional del corazón: Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (FEVI preservada) mayor de 50%, fracción de eyección reducida (FEVI reducida) menor del 40%. Se clasifica como Insuficiencia cardíaca límite si la fracción de eyección se mantiene entre 41% y 49%. ⁽⁴⁾

Epidemiología

Las enfermedades cardiovasculares son un problema que afecta a millones de personas en todo el mundo, sin distinción de sexo, edad, raza o etnia. Son la causa principal de mortalidad a nivel mundial con 17.3 millones de decesos por año. ⁽⁵⁾

A nivel global, se estima que el 80% de las muertes por enfermedades cardiovasculares (ECV) ocurren en países en vías de desarrollo. ⁽⁶⁾

En México, se estima que las enfermedades no transmisibles (ENT) representan el 77% del total de mortalidad en adultos, dentro de las cuales, las enfermedades cardiovasculares representan casi una cuarta parte (24%) de estas muertes. ⁽⁷⁾

Es un importante problema de salud pública a nivel mundial, con una prevalencia estimada de 23 millones de personas afectadas, estimando un 2-10% de la población general. El riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca a lo largo de la vida es del 20% para las personas mayores de 40 años; así la incidencia aumenta con la edad, de 20 casos por 1 000 habitantes para las personas de 65 a 69 años a más de 80 casos por 1 000 habitantes en mayores de 85 años. ⁽⁸⁾

Etiología

La demostración de una causa cardíaca subyacente es fundamental para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, que suele ser una anomalía miocárdica que causa disfunción ventricular sistólica y/o diastólica, encontrando dentro de las 3 principales causas la cardiopatía hipertensiva, cardiopatía isquémica asociada con un infarto previo y la miocardiopatía dilatada; otras causas son anomalías de las válvulas, pericardio, endocardio, arritmias, infecciones, enfermedades por infiltración, alcoholismo, endocrinopatías y enfermedades genéticas.⁽⁹⁾

Se considera un término anatómico y topográfico insuficiencia cardíaca derecha e izquierda, donde predominan, en el primero, la congestión venosa sistémica y, en el segundo, la pulmonar. En su evolución se compromete la función de las dos cavidades, de manera que en etapas avanzadas se encuentra una insuficiencia cardíaca llamada global, ya que retrógradamente se congestionan los sistemas venosos sistémicos y pulmonares, originando el cuadro clínico de la patología.⁽¹⁰⁾

Fisiopatología

La insuficiencia cardíaca (IC) es un trastorno progresivo que se inicia después de un evento inicial con daño al músculo cardíaco y pérdida resultante de los miocitos cardíacos funcionales, o bien la existencia de alteración de la capacidad miocárdica para generar fuerza, lo que evita que el corazón se contraiga con normalidad; el evento inicial puede tener aparición súbita, como un infarto del miocardio o bien ser de inicio gradual o insidioso, como una sobrecarga hemodinámica de presión o volumen; un trastorno hereditario, como en el caso de muchas miocardiopatías genéticas.⁽¹¹⁾

Se activan diversos mecanismos compensadores, que incluye al sistema nervioso adrenérgico, sistema renina-angiotensina-aldosterona y el sistema de citocinas. A corto plazo, estos sistemas son capaces de restablecer la función cardiovascular a un nivel de homeostasis, lo que condiciona que el paciente permanezca asintomático, sin embargo, la activación sostenida de estos sistemas produce daño en el ventrículo, con empeoramiento de la remodelación del ventrículo izquierdo y descompensación cardíaca subsiguiente. La estimulación simpática de los riñones produce la liberación de renina, con incremento en las concentraciones circulantes de angiotensina II y aldosterona; así, la activación de estos mecanismos neurohormonales facilitan la adaptación a corto plazo, contribuyendo a los cambios en el corazón y la circulación, y a la retención excesiva de sal y agua en la insuficiencia cardíaca avanzada.⁽¹²⁾

El término remodelación ventricular se refiere a los cambios en la masa, forma y composición del ventrículo izquierdo que ocurren después de lesión cardíaca o de enfermedades que ocasionan cargas hemodinámicas irregulares. Además de incrementar el volumen telediastólico del ventrículo izquierdo, también ocurre adelgazamiento de la pared ventricular izquierda conforme inicia la dilatación del ventrículo izquierdo, que junto con el incremento en la poscarga creada por la dilatación del ventrículo izquierdo conduce a un desequilibrio funcional de la poscarga que puede contribuir a la disminución en el volumen sistólico. La dilatación creciente del ventrículo izquierdo también aplica presión a los músculos papilares, insuficiencia del aparato valvular mitral e insuficiencia mitral funcional, que causa mayor sobrecarga hemodinámica al ventrículo. En conjunto, las cargas mecánicas que se generan por remodelación del ventrículo izquierdo contribuyen al avance de la insuficiencia cardíaca. ⁽¹³⁾

La remodelación del ventrículo izquierdo se desarrolla en respuesta a una serie de sucesos complejos que ocurren a los niveles celular y molecular: 1) hipertrofia de los miocitos; 2) alteraciones en la contractilidad del miocito; 3) pérdida progresiva de los miocitos a través de necrosis, apoptosis y muerte celular autofágica; 4) desensibilización de los receptores adrenérgicos β ; 5) anomalías en la producción de energía y metabolismo del miocardio, y 6) reorganización de la matriz extracelular con disolución de la colágena estructural organizada que rodea a los miocitos con sustitución por una matriz de colágena intersticial que no proporciona apoyo estructural a los miocitos. El estímulo biológico incluye: presión mecánica del miocito, neurohormonas circulantes, citocinas inflamatorias, factores de crecimiento y radicales de oxígeno. La expresión excesiva sostenida de estas moléculas contribuye a la progresión de la insuficiencia cardíaca por los efectos nocivos sobre el corazón y la circulación afectando la capacidad contráctil del miocito, disminuyendo la función sistólica del ventrículo izquierdo. ⁽¹⁴⁾

La elevación de las presiones de llenado telediastólicas ocasiona incremento en las presiones capilares pulmonares, que contribuyen a la disnea que experimentan los pacientes con disfunción diastólica. Además de la relajación miocárdica alterada, el aumento de la rigidez miocárdica secundaria a la hipertrofia cardíaca y el incremento del contenido de colágena miocárdica contribuyen a la insuficiencia diastólica. La disfunción diastólica puede ocurrir sola o combinada con disfunción sistólica. ⁽¹⁵⁾

CLASIFICACIONES

Hay diversas formas de clasificar la insuficiencia cardiaca, pero la más práctica es la que se refiere al tipo de alteración funcional del músculo cardiaco por tener implicaciones pronósticas y terapéuticas importantes. Para ello es necesario determinar la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), normalmente medida por ecocardiografía, la cual expresa la proporción de sangre que el ventrículo es capaz de expulsar en cada latido. ⁽¹⁶⁾

La Insuficiencia cardiaca se clasifica en: (ESC, 2016)

- **IC con FEVI reducida:** Disminución del gasto cardiaco por deterioro de la función contráctil. La FEVI está disminuida (<40%). Habitualmente se acompaña de dilatación de las cavidades cardiacas (cardiomegalia). **IC con FEVI conservada:** Dificultad en el llenado ventricular por anomalías de la distensibilidad o de la relajación, permaneciendo conservada la función sistólica (FEVI \geq 50%). **IC con FEVI límite o rango medio:** son los pacientes con FEVI en el intervalo 40-49%. ⁽¹⁷⁾

- **Clasificación funcional de la New York Heart Association (NYHA)**
Establece cuatro categorías con base en la afectación de la actividad física del paciente.
Clase Funcional I: No causa limitaciones a la actividad física, la actividad física ordinaria no causa síntomas. **Clase Funcional II:** Limitación leve a la actividad física, los pacientes se sienten cómodos en reposo, pero la actividad física ordinaria produce síntomas de insuficiencia cardíaca. **Clase Funcional III:** Marcadas limitación de la actividad física, los pacientes se sienten cómodos en reposo, pero una actividad inferior a la normal causa síntomas de insuficiencia cardíaca. **Clase Funcional IV:** Los pacientes no pueden realizar ninguna actividad física sin síntomas de insuficiencia cardíaca o tienen síntomas cuando están en reposo. ⁽¹⁸⁾

- **Clasificación de la American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA).**
Describe distintos grados de IC basados en cambios estructurales y síntomas.
Estadio A: Identifica aquellos pacientes con alto riesgo de desarrollar insuficiencia cardiaca pero que carecen de cardiopatía estructural, permite dirigir nuestro esfuerzo hacia la prevención de la insuficiencia cardiaca en pacientes de riesgo como diabéticos o hipertensos. **Estadio B:** Identifica pacientes con cardiopatía estructural conocida que nunca han presentado síntomas de insuficiencia cardiaca. **Estadio C:** Pacientes con cardiopatía estructural conocida y que presentaron o presentan síntomas de insuficiencia cardiaca. **Estadio D:** Designa a los pacientes con IC en situación refractaria que requieren estrategias de tratamiento especializadas. ⁽¹⁹⁾

HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO

Los síntomas característicos son la disnea, fatiga y los signos de retención hídrica. Algunos síntomas (disnea de esfuerzo, reposo, disnea paroxística nocturna, ortopnea), presentan una alta sensibilidad para el diagnóstico clínico, pero son subjetivos y difíciles de interpretar, en especial en mujeres, adultos mayores, obesos, o en presencia de enfermedad pulmonar crónica. La ortopnea (el uso de 2 o más almohadas para dormir) parece ser el síntoma más sensible y específico para la detección de aumento en las presiones de llenado, y bendopnea o disnea al flexionarse (típicamente al atarse los cordones), entre los signos congestivos más comunes, se encuentra la presencia de edemas, hepatomegalia, ingurgitación yugular o todos ellos. ⁽²⁰⁾

DIAGNÓSTICO

Los signos y síntomas de la insuficiencia cardiaca no son específicos ni sensibles; la base para hacer el diagnóstico es tener alto índice de sospecha en pacientes con alto riesgo, debiendo realizarse pruebas complementarias. La Sociedad Europea de Cardiología propuso el siguiente algoritmo diagnóstico:

1.-Historia Clínica: Historia previa de EAC (Enfermedad arterial coronaria, Infarto al miocardio, revascularización), historia de Hipertensión arterial, exposición a fármacos cardiotóxicos/radiación, uso de diuréticos, ortopnea, disnea paroxística nocturna. 2.-Exploración física: Estertores, edema bilateral de tobillo, soplo cardiaco, ingurgitación venosa yugular, latido apical desplazado/ampliado lateralmente. 3: Electrocardiograma. De estar presente al menos uno se realizarán Péptidos Natriuréticos (NT-ProBNP ≥ 125 pg/ml y BNP ≥ 35 pg/ml), de estar positivos se solicitará Ecocardiograma para valoración del volumen de las cámaras, función sistólica y diastólica del VI, el grosor de la pared, función valvular y presencia de hipertensión pulmonar. La radiografía torácica tiene poco uso en el proceso diagnóstico de los pacientes con sospecha de IC, podría mostrar congestión o edema venoso pulmonar en pacientes con insuficiencia cardiaca y es más útil en contextos agudos que en crónicos. Se considerarán las técnicas no invasivas de imagen con estrés (RMC, ecocardiografía de estrés, SPECT, PET) para la evaluación de la isquemia y la viabilidad miocárdica de los pacientes con IC y EAC (enfermedad arterial coronaria). Se deberán considerar las siguientes pruebas diagnósticas en la evaluación inicial del paciente con IC de nuevo diagnóstico para determinar si requiere tratamientos específicos y detectar causas reversibles o tratables de la IC y comorbilidades que interfieren con esta: Hemoglobina y recuento leucocitario, Sodio, potasio, urea, creatinina (con TFGe), Función hepática (bilirrubina, AST, ALT, GGTP), Glucosa, HbA1c, Perfil lipídico, TSH Ferritina, Péptidos natriuréticos. ⁽²¹⁾

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (Cita bibliográfica 22)

Los objetivos del tratamiento en la Insuficiencia cardiaca son mejorar el estado clínico, capacidad funcional y la calidad de vida del paciente, prevenir las hospitalizaciones y reducir la mortalidad.

Tratamientos recomendados para todos los pacientes sintomáticos con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección reducida (IC-FEr)

- 1.- Se recomienda un IECA combinado con un bloqueador beta para pacientes sintomáticos con IC-FEr para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte.
- 2.- Se recomienda un beta bloqueador combinado con un IECA para pacientes con IC-FEr sintomática estable para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte.
- 3.- Se recomienda administrar un ARM a los pacientes con IC-FEr que permanecen sintomáticos a pesar del tratamiento con un IECA y un bloqueador beta para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte.

Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides/ aldosterona (espironolactona y eplerenona): Bloquean los receptores que fijan la aldosterona y, con diferente grado de afinidad, otros receptores de hormonas esteroideas (p. ej., corticoides, andrógenos). Se recomiendan en IC-FEr sintomático (a pesar del tratamiento con un IECA y un bloqueador beta) y FEVI \leq 35%.

Otros tratamientos recomendados para pacientes sintomáticos con IC y fracción de eyección reducida seleccionados: Diuréticos. Reducción de signos y síntomas de congestión de los pacientes con IC-FEr.

Inhibidor de la neprilisina y el receptor de la angiotensina: Sacubitrilo/valsartán: Recomendado como sustituto de un IECA para reducir el riesgo de hospitalización y muerte de los pacientes ambulatorios con IC-FEr que permanecen sintomáticos a pesar del tratamiento con un IECA, bloqueador beta y un ARM.

Inhibidor del canal If: Ivabradina: Reduce el riesgo de hospitalización por insuficiencia cardiaca y muerte cardiovascular de los pacientes sintomáticos con FEVI \leq 35%, con ritmo sinusal y con una frecuencia cardiaca \geq 70 lpm a pesar del tratamiento con dosis de bloqueadores beta.

IECA (o ARA-II): Reducen el riesgo de hospitalización por IC y muerte cardiovascular de los pacientes sintomáticos que no toleran los IECA (deben ser tratados con un bloqueador beta y un ARM).

Hidralazina y dinitrato de isosorbida: Considerar en pacientes con FEVI \leq 35% o FEVI $<$ 45% combinada con dilatación del VI y en NYHA III-IV a pesar del tratamiento con un IECA, bloqueador beta y un ARM, para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte.

Anticoagulantes orales y tratamiento antiagregante. Excepto en pacientes con FA (tanto con IC-FEr como con IC-FEc), no existen pruebas de que el tratamiento con un anticoagulante oral reduzca la morbimortalidad respecto a placebo o AAS.

Otros tratamientos con beneficios menos claros: Digoxina y PUFA n-3.

Tratamiento de comorbilidades en la insuficiencia cardiaca.

En pacientes con NYHA clase II y III HF y deficiencia de hierro (ferritina <100 ng / mL o 100 a 300 ng / mL si la saturación de transferrina es <20%), el reemplazo intravenoso de hierro es razonable para mejorar el funcionamiento estado y calidad de vida. Los agentes estimulantes de la eritropoyetina no deben usarse para mejorar la morbilidad y la mortalidad. Pacientes con Hipertensión arterial y en Estadio A de Insuficiencia cardiaca, la presión arterial óptima debe ser inferior a 130/80 mm Hg. Pacientes con enfermedad cardiovascular y apnea obstructiva del sueño, El CPAP es razonable para mejorar la calidad del sueño y somnolencia. ⁽²³⁾

CALIDAD DE VIDA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra, durante el Foro Mundial de la Salud, acuñó una definición para calidad de vida: «La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones», concepto influido por la salud física del sujeto, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, así como su relación con su entorno, un fuerte impacto en la calidad de vida y en el bienestar de los pacientes, independientemente del fenotipo. ⁽²⁴⁾

La calidad de vida (CV) es un constructo multidimensional que incluye el estado de salud física y mental, estilos de vida, vivienda, satisfacción en los lugares de estudio y trabajo, situación económica y es uno de los indicadores de bienestar de la población. Concepto que surgió en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, inicialmente con medición de datos objetivos, sin que éstos logran explicar por completo la variación de la CV individual. Posteriormente, algunos psicólogos hallaron que la CV no solo variaba por factores objetivos sino también por las interpretaciones subjetivas que hacían las personas de sí mismas, e identificaron que algunos indicadores como la satisfacción con la vida y la felicidad, tienen mayor impacto en la calidad de vida que los factores objetivos por sí solos ⁽²⁵⁾

Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), es entendida como la repercusión de la enfermedad sobre el estado de salud según la percepción personal del individuo y su influencia negativa sobre aspectos físicos, psíquicos y sociales. Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardiaca es uno de los objetivos principales del tratamiento. Actualmente, incorporar la medición de la calidad de vida a nivel individual, permite mejorar la evaluación integral de la salud de las personas, evaluar la eficacia de algunas intervenciones y orientar el desarrollo de nuevas terapias o cambiar el enfoque de la atención en salud, mientras que el conocimiento de la CVRS en la comunidad general, ofrece una visión amplia de la percepción de calidad de vida de los pobladores para orientar las políticas públicas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de esa comunidad. ⁽²⁶⁾

En un estudio llevado a cabo por Nieminen y cols., 2017, se demostró que la progresión de la insuficiencia cardíaca se caracteriza por una mala calidad de vida y hospitalizaciones frecuentes. En la práctica clínica, la eficacia de los tratamientos para la insuficiencia cardíaca se evalúa mediante parámetros como el estado clínico, hemodinámico, y estado neurohormonal, entre otros. Sin embargo, desde la perspectiva de los pacientes, los parámetros relacionados con la calidad de vida como la capacidad funcional, el rendimiento del ejercicio, el estado psicológico y la frecuencia de reingresos son más significativos; los efectos de las terapias e intervenciones sobre estos parámetros están subrepresentados en los ensayos clínicos dirigidos a evaluar la eficacia del tratamiento avanzado de la insuficiencia cardíaca, y los datos son escasos, identificándose lagunas en dichos aspectos que deben abordarse con carácter prioritario.⁽²⁷⁾

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha vuelto cada vez más importante en el tratamiento de pacientes cardíacos, muchos pacientes consideran que la calidad de los años de vida adicionales ganados es tan importante como la duración de la vida, se demostró evidencia en pacientes cardíacos de que la CVRS predice resultados adversos para la salud, incluida la mortalidad y la hospitalización, independientemente de los factores de riesgo más tradicionales. El objetivo, por lo tanto, no es solo extender la esperanza de vida, sino también garantizar una CVRS a largo plazo suficientemente alta, definida por el bienestar emocional, social y físico, y con el uso de varios instrumentos aplicables permite comparaciones entre grupos y comparaciones con la población general, como EuroQol (EQ-5D), SF-36, SF-12, Instrumento de 15 dimensiones (15D), Índice de Servicios de Salud (HUI) y la escala de Calidad de Bienestar (QWB).⁽²⁸⁾

Instrumento

El SF-36 es un instrumento diseñado para población general en un formato de 36 ítems, siendo una escala con características psicométricas confiables, con un Alfa de Cronbach $>0,7$ y mayor índice de adaptación transcultural a nivel mundial, creado por Ware y Sherbourne en 1992: La “Evaluación internacional de la calidad de vida” (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) fue creada con la finalidad de traducir, adaptar y aprobar la aplicabilidad transcultural del instrumento (SF-36), cuestionario que evalúa la calidad de vida relacionada con salud y ha sido validado para la población en general y poblaciones específicas.⁽²⁹⁾

El cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar el impacto en la calidad de vida de los pacientes, evalúa aspectos en poblaciones adultas (mayores de 16 años), diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston, Massachusetts; inicialmente se usó en el estudio de resultados médicos, donde se demostró validez y confiabilidad, posteriormente, el proyecto IQOLA (International Quality of Life Assessment Project) incluyó 14 países industrializados, y actualmente más de 40 naciones participantes; actualmente existen seis versiones de la encuesta SF-36 en español que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como entre la población México-Estadounidense. En México se han realizado estudios con este instrumento de evaluación y se analizaron aspectos de confiabilidad y validez. ⁽³⁰⁾

El cuestionario SF-36 contiene 36 preguntas agrupadas en ocho dominios que evalúan funcionamiento físico (FF), Rol físico (RF), dolor corporal (D), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), Rol emocional (RE) y salud mental (SM); tiene un elemento adicional que evalúa el cambio del estado de salud comparado con el año anterior (Anexo 1). Este instrumento es muy adecuado para el uso en investigación y en la práctica clínica, los puntajes son convertidos a una escala continua de 0 a 100, donde cero es la peor puntuación, menos de 50 se considera mala CVRS, más de 50, buena y 100 representa la mejor CVRS. ⁽³¹⁾

Definición de las dimensiones

1. Función física: Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (20 puntos) - **2. Rol físico:** Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor al deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades. (4 puntos) - **3. Dolor corporal:** Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera como dentro de la casa. (10 puntos) - **4. Salud General:** Valoración personal de la salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud a futuro y la resistencia a enfermar. (20 puntos) - **5. Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (20 puntos) - **6. Función Social:** Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual. (8 puntos) - **7. Rol Emocional:** Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias. (3 puntos) - **8. Salud mental:** Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general (25 puntos). Total, puntuación: 100 puntos. ⁽³²⁾

2. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares representan un problema de salud prioritario en nuestro medio de atención, ocupando la principal causa de mortalidad a nivel mundial.

Los pacientes con insuficiencia cardiaca rara vez discuten con los profesionales de la salud involucrados en su cuidado la calidad de vida y fin de la vida, por lo que deben recibir atención proactiva y diseñada para satisfacer sus necesidades específicas.

La insuficiencia cardiaca crónica implica una afectación importante en la calidad de vida, productividad del paciente, sumado a los altos costos que representa el tratamiento impacta la calidad de vida de los pacientes que la padecen, lo cual se relaciona con la intensidad de las manifestaciones clínicas, generando discapacidad y limitaciones físicas que impiden el desarrollo de su vida normal.

El presente estudio tiene como finalidad principal conocer de manera local en nuestra sede Hospitalaria, si la calidad de vida se encuentra alterada en los pacientes portadores de insuficiencia cardiaca crónica, independientemente de estadio clínico y su tratamiento previamente establecido, y de esta forma determinar el impacto que tiene la insuficiencia cardiaca crónica en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes, objetivado mediante un cuestionario que evalúa la calidad de vida SF-36(Short Format-36), con el fin de lograr una mayor eficacia en cuanto al diagnóstico, referencia y establecimiento de tratamiento oportunos y con ello minimizar el impacto negativo de la enfermedad en las dimensiones tanto física como emocional, traducido en calidad de vida para este grupo de pacientes.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La insuficiencia cardíaca representa un problema de salud pública en México, encontrándose dentro de las causas principales de enfermedades cardiovasculares. Tiene importantes implicaciones en la calidad de vida de los pacientes, ya que presentan limitaciones en sus actividades habituales, sufriendo deterioro de la interacción social y con pérdida progresiva de la autonomía física. Los signos y síntomas de la enfermedad tienen un fuerte impacto en la calidad de vida independientemente del fenotipo, y por tanto en su bienestar.

Muchos pacientes con insuficiencia cardíaca atribuyen más importancia a calidad de vida relacionada a la salud que a la mejora en su supervivencia, pues generalmente son portadores de múltiples comorbilidades, edad avanzada y polifarmacia, entre otras. Es por ello que se hace prioritaria la necesidad de conocer la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes portadores de insuficiencia cardíaca, ya que se podría traducir en la instauración de medidas que mejoren la calidad de vida a lo largo de la enfermedad, orientando el tratamiento bajo esta perspectiva.

El médico familiar debe tener principal interés en el bienestar del paciente, y la búsqueda de un control de las enfermedades crónico-degenerativas concomitantes, para poder obtener una adecuada prevención, diagnóstico y referencia oportunas, con el fin de lograr un tratamiento adecuado y limitación de las complicaciones que conlleva la enfermedad, así mismo se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes portadores de insuficiencia cardíaca crónica del Hospital General de Zona/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida en pacientes portadores de insuficiencia cardiaca crónica del Hospital General de Zona/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer las áreas que se encuentran afectadas en la evaluación de la calidad de vida del paciente con Insuficiencia cardiaca crónica.

5. HIPÓTESIS

Las hipótesis en este estudio se realizan con fines de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de éstas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis Nula (H_0):

- Los pacientes portadores de insuficiencia cardiaca crónica del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” no tienen mala calidad de vida.

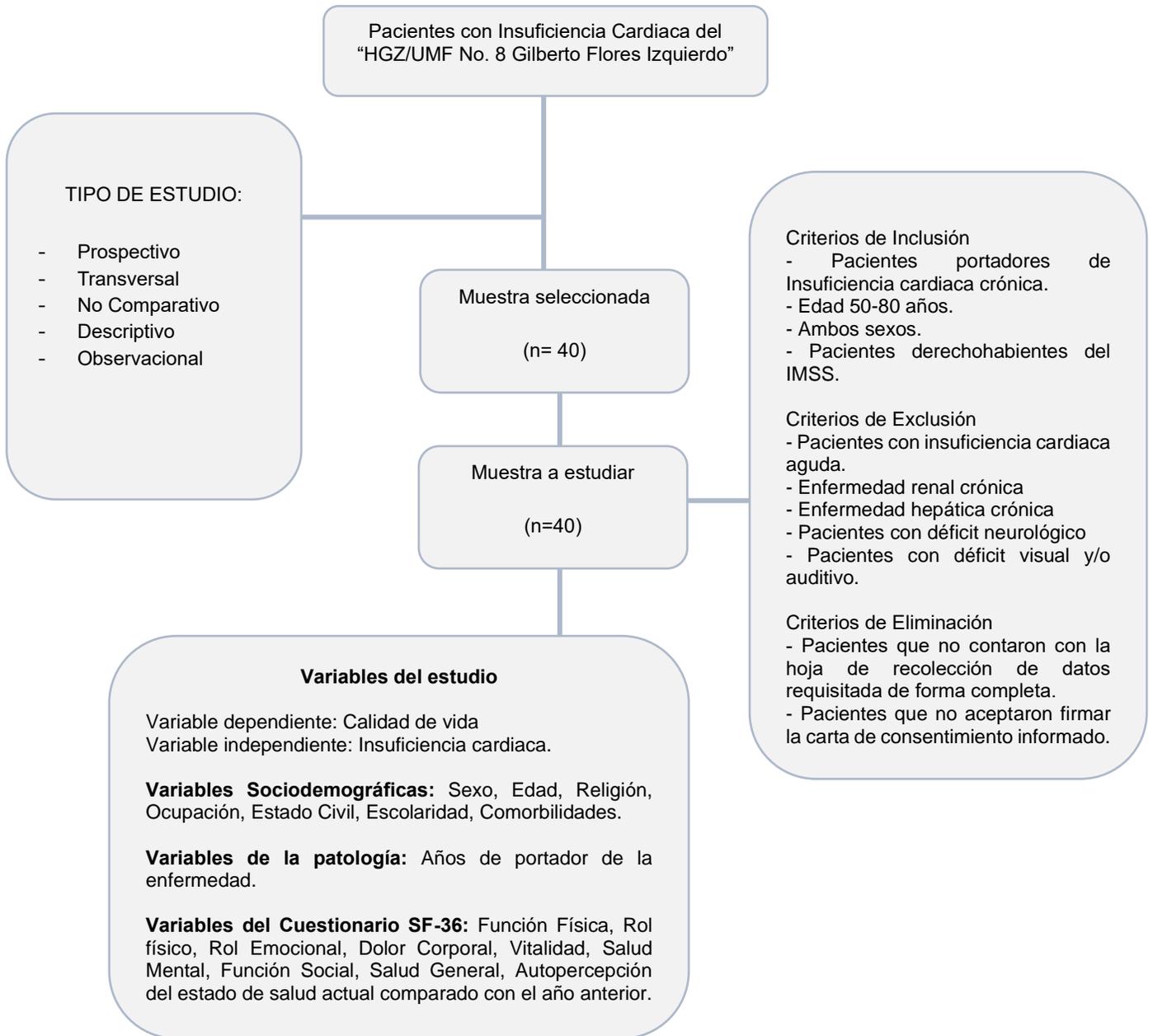
Hipótesis Alterna (H_1):

- Los pacientes portadores de insuficiencia cardiaca crónica del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” tienen una mala calidad de vida.

6. TIPO DE ESTUDIO

- ❖ 1.- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información: PROSPECTIVO.
- ❖ 2.- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRASVERSAL.
- ❖ 3.- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados:
NO COMPARATIVO.
- ❖ 4.- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados:
DESCRIPTIVO.
- ❖ 5.- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Frida Calderón López

8. POBLACIÓN O UNIVERSO, LUGAR Y TIEMPO

El estudio se realizó en pacientes derechohabientes portadores de Insuficiencia cardiaca crónica, del Servicio de consulta externa de Medicina Familiar y Cardiología, así como área de Hospitalización del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, de la Ciudad de México con dirección en Avenida Río Magdalena #289, Colonia Tizapán San Ángel, Delegación Álvaro Obregón, en un periodo comprendido de 3 años, de marzo de 2019 a febrero de 2021.

9. MUESTRA

TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica requerirá una muestra de 40 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.20. Con amplitud del intervalo de confianza 0.20.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

- N = Número total de individuos requeridos
- Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral
- P = Proporción esperada
- (1 – P) = Nivel de confianza del 90%
- W = Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4Z\alpha^2 P (1-P)}{W^2}$$

10. CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes con Insuficiencia cardiaca crónica.
- Edad entre 50-80 años
- Ambos sexos
- Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes con Insuficiencia cardiaca aguda
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad hepática crónica
- Pacientes con déficit neurológico
- Pacientes con déficit visual y/o auditivo.

- **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Pacientes que no contaron con la hoja de recolección de datos requisitada de forma completa
- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado

11. VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO

1. Variable dependiente: Calidad de vida
2. Variable Independiente: Insuficiencia cardiaca

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- A. Sexo
- B. Edad
- C. Religión
- D. Ocupación
- E. Estado civil
- F. Escolaridad
- G. Comorbilidades

VARIABLES DE LA PATOLOGÍA

- H. Años de portador de la enfermedad

VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

El cuestionario SF-36 contiene 36 preguntas agrupadas en ocho dominios que evalúan:

Funcionamiento físico (FF), Rol físico (RF), dolor corporal (D), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), Rol emocional (RE) y salud mental (SM); tiene un elemento adicional que evalúa el cambio del estado de salud comparado con el año anterior.

Los puntajes son convertidos a una escala continua de 0 a 100, donde cero es la peor puntuación, menos de 50 se considera mala CVRS, más de 50, buena y 100 representa la mejor CVRS.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Insuficiencia cardiaca	Estado fisiopatológico y clínico en el cual el corazón es incapaz de aportar sangre de acuerdo con los requerimientos metabólicos periféricos.
Calidad de vida	Constructo multidimensional que incluye el estado de salud física y mental, estilos de vida, vivienda, satisfacción en los lugares de estudio y trabajo, situación económica y es uno de los indicadores de bienestar de la población.

Elaboró: Frida Calderón López

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer.
Edad	Tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento.
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses)
Ocupación	Actividad que desempeña una persona.
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.
Comorbilidades	Cuando una persona tiene dos o más enfermedades al mismo tiempo.

Elaboró: Frida Calderón López

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES DE LA PATOLOGÍA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Años de portador de la enfermedad	Tiempo determinado en años que la persona tiene con la enfermedad.

Elaboró: Frida Calderón López

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Edad	Cuantitativa	Continua	1. 50-60 años 2. 61-70 años 3. 71-80 años
Religión	Cualitativa	Nominal	1. Católico 2. Cristiano 3. Otro
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Empleado 2. Desempleado 3. Pensionado
Estado Civil	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1. Escolarizado 2. No escolarizado 3. Analfabeta
Comorbilidades	Cualitativa	Nominal	1. Diabetes Mellitus 2. Hipertensión arterial 3. Ambas 4. Otra patología
Años de portador de la enfermedad	Cuantitativa	Continua	1. Menos de 5 años 2. De 5 a 10 años 3. Más de 10 años

Elaboró: Frida Calderón López

VARIABLES DEL INSTRUMENTO SF-36

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Salud General	Cuantitativa	Continua	Números y fracciones
Función Física	Cuantitativa	Continua	Números y fracciones
Rol Físico	Cuantitativa	Continua	Números y fracciones
Rol Emocional	Cuantitativa	Continua	Números y fracciones
Dolor Corporal	Cuantitativa	Continua	Números y fracciones
Vitalidad	Cuantitativa	Continua	Números y fracciones
Salud Mental	Cuantitativa	Continua	Números y fracciones
Función Social	Cuantitativa	Continua	Números y fracciones
Evolución declarada de la salud	Cuantitativa	Continua	Números y fracciones

Elaboró: Frida Calderón López

12. DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa Statistical Product and Service Solutions 20 (SPSS) de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) así como medidas de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo) y estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza, además de distribución de frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su proporción de 0.20, con un intervalo de confianza de 90% y una amplitud del intervalo de confianza de 0.20.

13. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

El SF-36 es un instrumento diseñado para población general en un formato de 36 ítems, siendo una escala con características psicométricas confiables, con un Alfa de Cronbach $>0,7$ y mayor índice de adaptación transcultural a nivel mundial, creado por Ware y Sherbourne en 1992. Es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar el impacto en la calidad de vida de los pacientes, evalúa aspectos en poblaciones adultas (mayores de 16 años).

El cuestionario SF-36 contiene 36 preguntas agrupadas en ocho dominios que evalúan funcionamiento físico (FF), Rol físico (RF), dolor corporal (D), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), Rol emocional (RE) y salud mental (SM), y tiene un elemento adicional que evalúa el cambio del estado de salud comparado con el año anterior (Anexo 1).

El promedio crudo de cada ítem es sumado y dividido entre el número de ítems que integran el dominio correspondiente; el cuestionario cuenta con un total de 10 ítems que necesitan ser recodificados antes de sumarse, posteriormente los puntajes sumados son transformados linealmente para obtener un puntaje de 0 a 100 acorde a las fórmulas e instrucciones proporcionadas por el Medical Outcomes Trust.

Los puntajes convertidos en una escala continua de 0 a 100, donde cero es la peor puntuación, menos de 50 se considera mala CVRS, más de 50, buena y 100 representa la mejor CVRS.

14. MÉTODO DE RECOLECCIÓN.

Se realizó en el HGZ/UMF# 8 a los pacientes del Servicio de consulta externa de Medicina Familiar y Cardiología, así como área de Hospitalización, con diagnóstico de Insuficiencia cardiaca crónica, que cumplieron con los criterios.

Se creó una hoja de recolección de datos donde se registraron las variables sociodemográficas y años de portador de la enfermedad, la recolección se realizó en un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos.

Previo consentimiento informado, y que el derechohabiente firmó de aceptado, para participar en la aplicación de la encuesta, se procedió a dar una breve reseña de lo que es el cuestionario SF-36 y la finalidad de su aplicación.

El cuestionario SF-36 está diseñado de forma sencilla para de auto aplicación, los pacientes previamente fueron capacitados para leer las breves instrucciones que se encuentran en la parte superior del cuestionario.

El primer ítem está organizado de manera en que el paciente seleccione una de las 5 respuestas posibles: 1.- Excelente, 2.- Muy buena, 3.- Buena, 4.- Regular, 5.- Mala

El segundo ítem está organizado de manera en que el paciente seleccione una de las 5 respuestas posibles: 1.- Mucho mejor ahora que hace un año, 2.- Algo mejor ahora que hace un año, 3.- Más o menos igual que hace un año, 4.- Algo peor ahora que hace un año, 5.- Mucho peor ahora que hace un año.

Los ítems (3-12), están formulados para que el paciente circule un número comprendido entre el 1 y el número 3, donde: 1 es sí, me limita mucho, 2 es sí, me limita un poco, 3 es no, no me limita nada.

Los ítems (13-19), están formulados para que el paciente circule un número comprendido entre el 1 y el 2, donde: 1 es sí y el 2 es no a las preguntas de esta sección.

El ítem (20) está organizado de manera en que el paciente seleccione una de las 6 respuestas posibles: 1.- No, ninguno, 2.- Sí, pero muy poco, 3.- Sí, un poco, 4.- Sí, moderado, 5.- Sí, mucho, 6.- Sí, muchísimo.

Los ítems (21 y 31), están organizados para que el paciente seleccione una de las 5 respuestas posibles: 1.- Nada, 2.- Un poco, 3.- Regular, 4.- Bastante, 5.- Mucho.

Los ítems (22-30), están formulados para que el paciente circule un número comprendido entre el 1 y el 6, donde: 1 es siempre, 2 Casi siempre, 3 Muchas veces, 4 Algunas veces, 5 Sólo alguna vez y 6 Nunca.

El ítem (32) está organizado de manera en que el paciente seleccione una de las 5 respuestas posibles: 1.- Siempre, 2.- Casi siempre, 3.- Algunas veces, 4.- Sólo alguna vez, 5.- Nunca.

Los ítems (33-36), están formulados para que el paciente circule un número comprendido entre el 1 y el 5, donde: 1 totalmente cierta, 2 Bastante cierta, 3 No lo sé, 4 Bastante falsa y 5 Totalmente falsa.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.

CONTROL DE SESGOS DE INFORMACIÓN

- Se realizará una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.
- Se utilizarán artículos recientes en fuentes bibliográficas reconocidas.

CONTROL DE SESGOS DE SELECCIÓN

- Se evaluará cuidadosamente las implicaciones en la selección de los participantes, para el estudio.
- Cálculo del tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una población de 40 pacientes, con un intervalo de confianza del 90%.
- Se elegirán grupos representativos con base en criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

CONTROL DE SESGOS DE ANÁLISIS:

- Para minimizar errores en el proceso de captura de información se verificarán los datos recabados.
- Los resultados serán analizados mediante el programa validado: S.P.S.S que servirá para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtendrán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes. No se manipularán los resultados con la intención de lograr objetivos de conclusiones.
- Los resultados obtenidos serán analizados mediante el programa para Windows: IBM SPSS versión 20, para la elaboración de tablas y gráficos respectivamente, y para obtener medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza.

15. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR CIUDAD DE MEXICO
 JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION EN SALUD

TITULO DEL PROYECTO:

“DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA, DEL HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

2019-2020

FECHA	MARZO 2019	ABRIL 2019	MAYO 2019	JUNIO 2019	JULIO 2019	AGOSTO 2019	SEPTIEMBRE 2019	OCTUBRE 2019	NOVIEMBRE 2019	DICIEMBRE 2019	ENERO 2020	FEBRERO 2020
Idea a estudiar	X											
Título		X										
Antecedentes			X									
Planteamiento del problema				X								
Justificación				X								
Objetivos					X							
Hipótesis					X							
Material y métodos						X						
Tipo de estudio						X						
Diseño metodológico							X					
Población							X					
Lugar y tipo de estudio								X				
Tipo y tamaño de la muestra								X				
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación								X				
VARIABLES									X			
Definición de las variables									X			
Diseño estadístico									X			
Instrumentos de recolección										X		
Método de recolección										X		
Cronograma										X		
Recursos											X	
Consideraciones éticas											X	
Bibliografía											X	
Reporte de protocolo												X

Elaboró: Maravillas Estrada Angélica¹, Vilchis Chaparro Eduardo² Mejía Ramírez Mahetabel Alejandra³ Calderón López Frida⁴

1 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesora Titular de Medicina Familiar, Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

Matrícula: 98113861

2 Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor para Ciencias en la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud.

Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Matrícula: 99377278

3 Médico Especialista en Medicina Familiar, Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

Matrícula: 99377489.

4 Médico Residente. Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

Matrícula: 97374498

2020-2021

FECHA	MARZO 2020	ABRIL 2020	MAYO 2020	JUNIO 2020	JULIO 2020	AGOSTO 2020	SEPTIEMBRE 2020	OCTUBRE 2020	NOVIEMBRE 2020	DICIEMBRE 2020	ENERO 2021	FEBRERO 2021
Prueba piloto		X										
Ejecución del proyecto			X									
Recolección de datos				X	X	X						
Almacenamiento de datos							X	X	X			
Análisis de datos								X	X	X		
Descripción de datos										X		
Discusión de datos										X	X	
Conclusión											X	
Integración y revisión final											X	
Reporte final											X	
Autorizaciones											X	
Impresión del trabajo												X
Publicación												X

Elaboró: Maravillas Estrada Angélica¹, Vilchis Chaparro Eduardo² Mejía Ramírez Mahetabel Alejandra³ Calderón López Frida⁴

1 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesora Titular de Medicina Familiar, Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

Matrícula: 98113861

2 Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor para Ciencias en la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud.

Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Matrícula: 99377278

3 Médico Especialista en Medicina Familiar, Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

Matrícula: 99377489.

4 Médico Residente. Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

Matrícula: 97374498

16. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación que se presenta bajo el título de DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA, DEL HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO, no desobedece la declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia en junio de 1964 y enmendada por la 64ª Asamblea General de Fortaleza, Brasil en octubre de 2013.

El presente proyecto de investigación esta bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el Código de Núremberg, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el Informe Belmont en materia de investigación en seres humanos.

Capítulo I, Título segundo del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud.

Con base en los lineamientos del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, relativo al riesgo de la investigación plasmada en el artículo 17, Párrafo II, consideramos a la presente una Investigación con riesgo mínimo, ya que se aplicarán encuestas a los pacientes.

Capítulo I, Título segundo del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- I. **Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

- II. **Investigación con riesgo mínimo:** Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y
- III. **Investigación con riesgo mayor que el mínimo:** Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

1. Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.
2. Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
3. Justicia: La invitación a participar será a todos los médicos internos de pregrado de recién ingreso, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación.

Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño).

La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los beneficios de este estudio es Determinar la calidad de vida en los pacientes portadores de insuficiencia crónica del HGZ/UMF No. 8 Doctor Gilberto Flores Izquierdo. Los resultados del presente estudio serán manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Contará con un consentimiento de informado.
- No existe conflicto de intereses.
- Se apegará a las recomendaciones del comité local de investigación y ética. Se apega a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación.

17. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO Y FACTIBILIDAD

- ✓ **RECURSOS FÍSICOS:** Servicio de consulta externa de Medicina Familiar y de Cardiología, así como área de hospitalización del HGZ/UMF 8 Gilberto Flores Izquierdo, IMSS.

- ✓ **RECURSOS MATERIALES:** Se cuenta con equipo de cómputo, impresora con tóner, lápices, plumas de tinta negra y hojas de papel blanco, fotocopidora, USB para almacenar datos, copias del instrumento que se aplicará.

- ✓ **RECURSOS HUMANOS:** Entrevistador: Residente de Medicina Familiar, así como el apoyo de asesores experimentales y clínicos de la presente Tesis.

- ✓ **FINANCIAMIENTO:** Todos los gastos para la realización del este estudio, financiados por la Residente de Medicina Familiar Frida Calderón López.

18. RESULTADOS

En el estudio realizado se analizaron a 40 pacientes mayores de 50 años de edad en el HGZ/UMF No.8; la media de edad fue de 66.45 años con una desviación típica de ± 8.431 , una mediana de 67 años, una moda de 55 años, varianza de 71.07 años, un valor mínimo de 50 años y un valor máximo de 80 años.

En el rubro de sexo se observó que 25 (62.5%) fueron masculinos y 15 (37.5%) femeninos. (Ver tabla1 y gráfica1)

En el apartado de religión se obtuvo: 23 (57.5%) pacientes con religión católica, 6 (15%) con religión cristiana y 11 (27.5%) con otra religión. (Ver tabla3 y gráfica3)

En el rubro de ocupación se obtuvo: 20 (50%) pacientes con empleo, 7 (17.5%) desempleados y 13 (32.5%) pensionados. (Ver tabla4 y gráfica4)

De acuerdo con el estado civil se encontró: 15 (37.5%) solteros, 18 (45%) casados y 7 (17.5%) en unión libre. (Ver tabla5 y gráfica5)

En el apartado de escolaridad se analizó que 16 (40%) son escolarizados y 24 (60%) no son escolarizados. (Ver tabla6 y gráfica6)

En la sección de comorbilidades se identificó que 6 (15%) tiene Diabetes Mellitus Tipo 2, 12 (30%) tiene Hipertensión Arterial, 16 (40%) tiene Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial y 6 (15%) cursa con otras comorbilidades. (Ver tabla7 y gráfica7)

De acuerdo al rango de años de portador de Insuficiencia Cardíaca crónica se encontró: 11 (27.5%) con menos de 5 años, 14 (35%) con 5 a 10 años de portador y 15 (37.5%) con 10 años o más con Insuficiencia cardíaca (Ver tabla8 y gráfica8)

En el rubro de autopercepción del estado de salud actual en comparación con el año anterior del Cuestionario SF-36 se identificó: 1 (2.5%) que se percibieron mucho mejor ahora que hace un año, 5 (12.5%) algo mejor que el año anterior, 10 (25%) más o menos igual que el año anterior, 14 (35%) algo peor que el año anterior y 10 (25%) mucho peor que el año anterior. (Ver tabla9 y gráfica9)

De acuerdo con el puntaje de la Calidad de vida del Cuestionario SF-36 se identificó: 30 (75%) de pacientes con mala CVRS con puntaje menor de 50 pts y 10 (25%) con buena CVRS con puntaje mayor de 50 pts. (Ver tabla10 y gráfica10)

En el apartado de Sexo y calidad de vida mediante el cuestionario de salud SF-36, se encontró: Mala CVRS en 20 (66.7%) del sexo masculino y 10 (33.3%) del sexo femenino, y para Buena CVRS 5 (50%) del sexo masculino y 5 (50%) del sexo femenino. (Ver tabla11 y gráfica11)

En la sección de Edad en rango y calidad de vida evaluado mediante el Cuestionario SF-36 se obtuvo: 6 (20%) con mala CVRS y 5 (50%) con buena CVRS para el rango de edad de 50-60 años, 10 (33.3%) con mala CVRS y 3 (30%) con buena CVRS para el rango de edad de 61-70 años, así como 14 (46.67%) con mala CVRS y 2 (20%) con buena CVRS para los pacientes de 71-80 años. (Ver tabla12 y gráfica12)

En la categoría de Religión y calidad de vida evaluado mediante el Cuestionario SF-36 se determinó: 18 (60%) con mala CVRS y 5 (50%) con buena CVRS en religión católica, 4 (13.3%) con mala CVRS y 2 (20%) con buena CVRS con religión cristiana, y 8 (26.7%) con mala CVRS y 3 (30%) con buena CVRS con otra religión. (Ver tabla13 y gráfica13)

En el rubro de Ocupación y calidad de vida evaluado mediante el Cuestionario SF-36 se obtuvo: 12 (40%) con mala CVRS y 8 (80%) con buena CVRS en pacientes empleados, 6 (20%) con mala CVRS y 1 (10%) con buena CVRS en desempleados, y 12 (40%) con mala CVRS y 1 (10%) con buena CVRS en pacientes pensionados. (Ver tabla14 y gráfica14)

En la categoría de Estado civil y calidad de vida evaluado mediante el Cuestionario SF-36 se encontró: 10 (33.3%) con mala CVRS y 5 (50%) con buena CVRS en pacientes solteros, 14 (46.7%) con mala CVRS y 4 (40%) con buena CVRS en casados, y 6 (20%) con mala CVRS y 1 (10%) con buena CVRS en unión libre. (Ver tabla15 y gráfica15)

En la sección de Escolaridad y calidad de vida evaluado mediante el Cuestionario SF-36 se determinó: 11 (36.7%) con mala CVRS y 5 (50%) con buena CVRS para pacientes escolarizados, 19 (63.3%) con mala CVRS y 5 (50%) con buena CVRS para pacientes no escolarizados. (Ver tabla16 y gráfica16)

En la categoría de Años de portador en rango y calidad de vida evaluado mediante el Cuestionario SF-36 se encontró: 7 (22.6%) con mala CVRS y 4 (44.4%) con buena CVRS para el rango de menor de 5 años de portador de IC, 11 (35.5%) con mala CVRS y 3 (33.3%) para el intervalo de 5-10 años de portador, así como 13 (41.9%) con mala CVRS y 2 (22.2%) con buena CVRS para los pacientes con más de 10 años de portador de IC. (Ver tabla17 y gráfica17)

En el rubro de Comorbilidades y Calidad de vida evaluado mediante el Cuestionario SF-36 se encontró: Mala CVRS en 2 (6.7%) en pacientes con DM2, 10 (33.3%) con HAS, 14 (46.7%) con DM2/HAS y 4 (13.3%) con otras comorbilidades; y Buena

CVRS en 4 (40%) en pacientes con DM2, 2 (20%) con HAS, 2 (20%) con DM2/HAS y 2 (20%) con otras comorbilidades. (Ver tabla18 y gráfica18)

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LOS DOMINIOS DEL SF-36 (Ver tabla20)

En la categoría de Salud General del Cuestionario SF-36, la media fue de 32.20, con una desviación típica de ± 18.68 , una moda de 25.00, un valor mínimo de 5.00 y un valor máximo de 67.00

En el rubro de Función Física del Cuestionario SF-36, la media fue de 35.00, con una desviación típica de ± 22.41 , una moda de 15.00, un valor mínimo de 5.00 y un valor máximo de 75.00

En la sección de Rol Físico del Cuestionario SF-36, la media fue de 18.20, con una desviación típica de ± 27.09 , una moda de 0.00, un valor mínimo de 0.00 y un valor máximo de 75.00

En la categoría de Rol Emocional del Cuestionario SF-36, la media fue de 25.40, con una desviación típica de ± 27.76 , una moda de 0.00, un valor mínimo de 0.00 y un valor máximo de 66.00

En el apartado de Dolor Corporal del Cuestionario SF-36, la media fue de 49.47, con una desviación típica de ± 8.67 , una moda de 42.00, un valor mínimo de 32.00 y un valor máximo de 64.00

En la sección de Vitalidad del Cuestionario SF-36, la media fue de 27.37, con una desviación típica de ± 19.38 , una moda de 40.00, un valor mínimo de 0.00 y un valor máximo de 80.00

En el rubro de Salud Mental del Cuestionario SF-36, la media fue de 42.00, con una desviación típica de ± 13.12 , una moda de 24.00, un valor mínimo de 24.00 y un valor máximo de 72.00

En la categoría de Función Social del Cuestionario SF-36, la media fue de 42.00, con una desviación típica de ± 25.42 , una moda de 50.00, un valor mínimo de 0.00 y un valor máximo de 100.00

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL SF-36 (Ver tabla21)

En el apartado de Calidad de vida se obtuvo como la media de puntaje 34.93 puntos, con una desviación típica de ± 15.25 , una moda de 12.50, un valor mínimo de 12.50 y un valor máximo de 70.00 puntos.

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN DE LAS DIMENSIONES FÍSICA Y EMOCIONAL, MEDIANTE EL SF-36 (Ver tabla22)

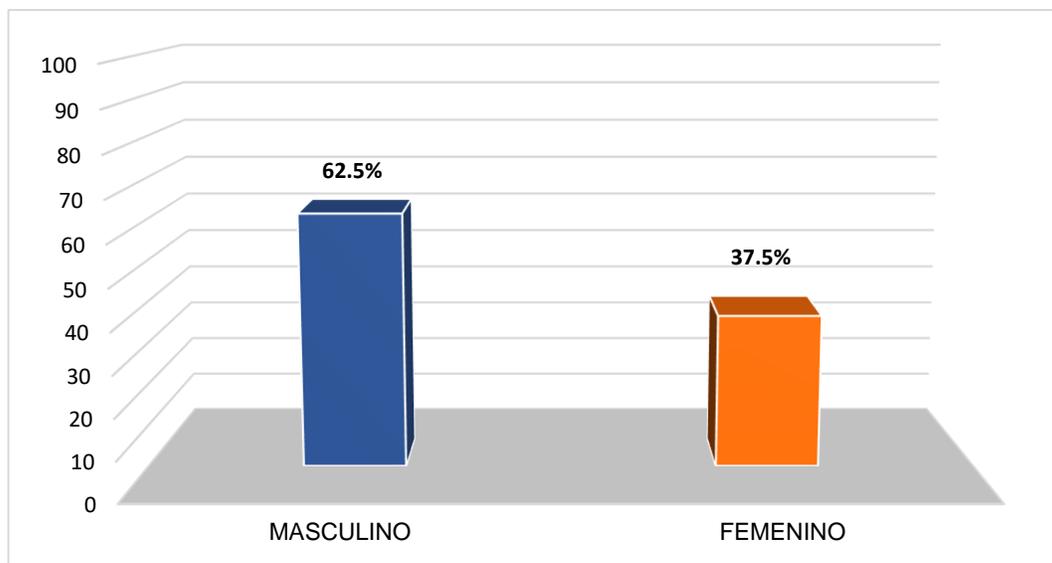
En el rubro de la Dimensión Física se obtuvo como la media del puntaje 33.743, con una desviación típica de ± 2.527 , una moda de 20.25, un valor mínimo de 13 y un valor máximo de 62.25 puntos. En cuanto a la Dimensión Emocional se obtuvo como la media del puntaje 34.76, con una desviación típica de ± 2.40 , una moda de 13.50, un valor mínimo de 10 y un valor máximo de 76.50 puntos.

Tabla 1. Sexo en pacientes con Insuficiencia Cardiaca crónica del HGZ/UMF No. 8

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	25	62.5
Femenino	15	37.5
Total	40	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardiaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 1. Sexo en pacientes con Insuficiencia Cardiaca crónica del HGZ/UMF No. 8



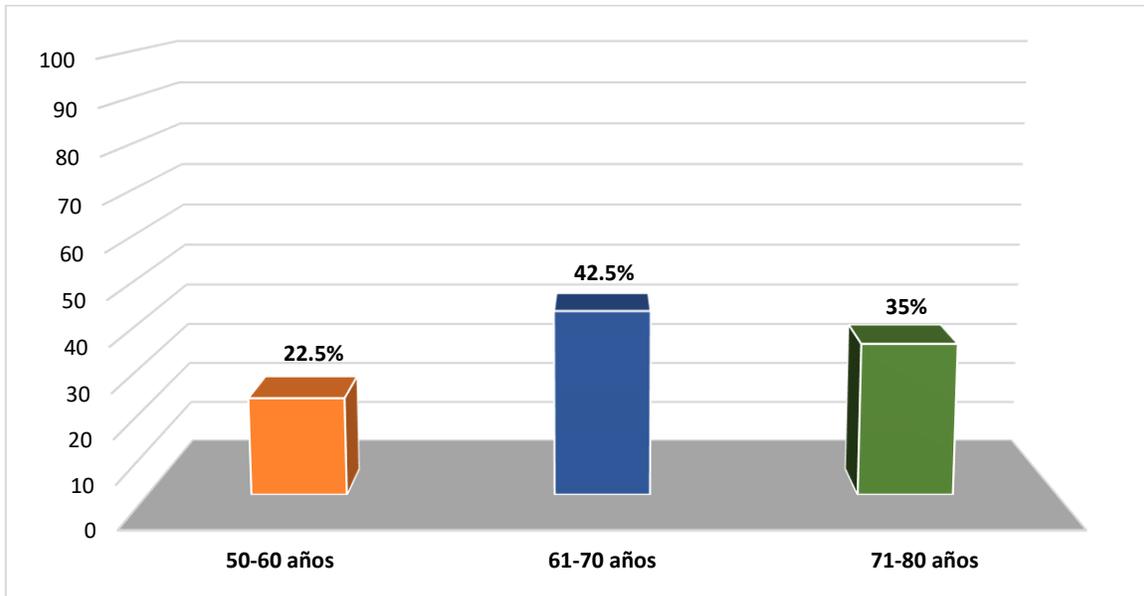
Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardiaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 2. Edad en pacientes con Insuficiencia Cardiaca crónica del HGZ/UMF No. 8

Edad en Rangos	Frecuencia	Porcentaje (%)
50-60 años	9	22.5
61-70 años	17	42.5
71-80 años	14	35
Total	40	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardiaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 2. Edad en pacientes con Insuficiencia Cardiaca crónica del HGZ/UMF No. 8



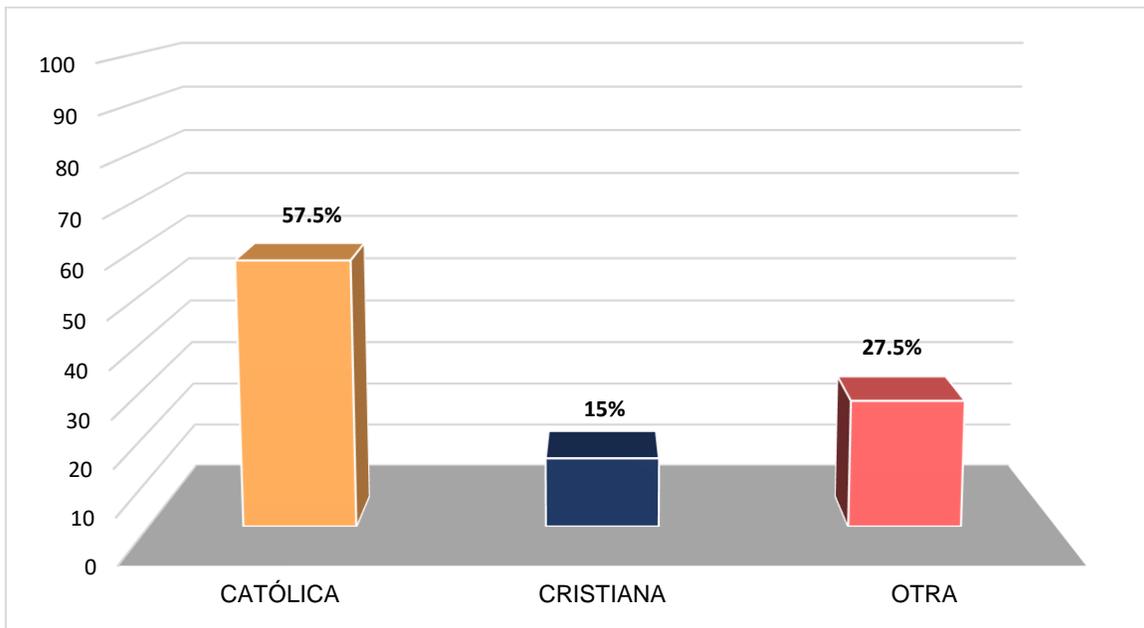
Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardiaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 3. Religión en pacientes con Insuficiencia Cardiaca crónica en el HGZ/UMF No. 8

Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Católica	23	57.5
Cristiana	6	15
Otra	11	27.5
Total	40	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardiaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 3. Religión en pacientes con Insuficiencia Cardiaca crónica en el HGZ/UMF No. 8

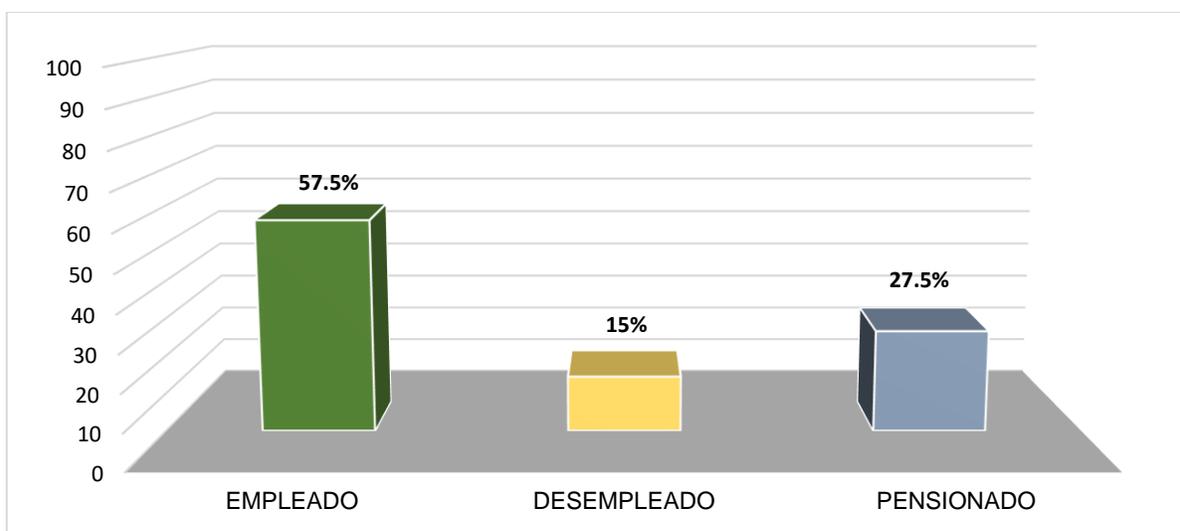


Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardiaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 4. Ocupación en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	20	50
Desempleado	7	17.5
Pensionado	13	32.5
Total	40	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 4. Ocupación en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

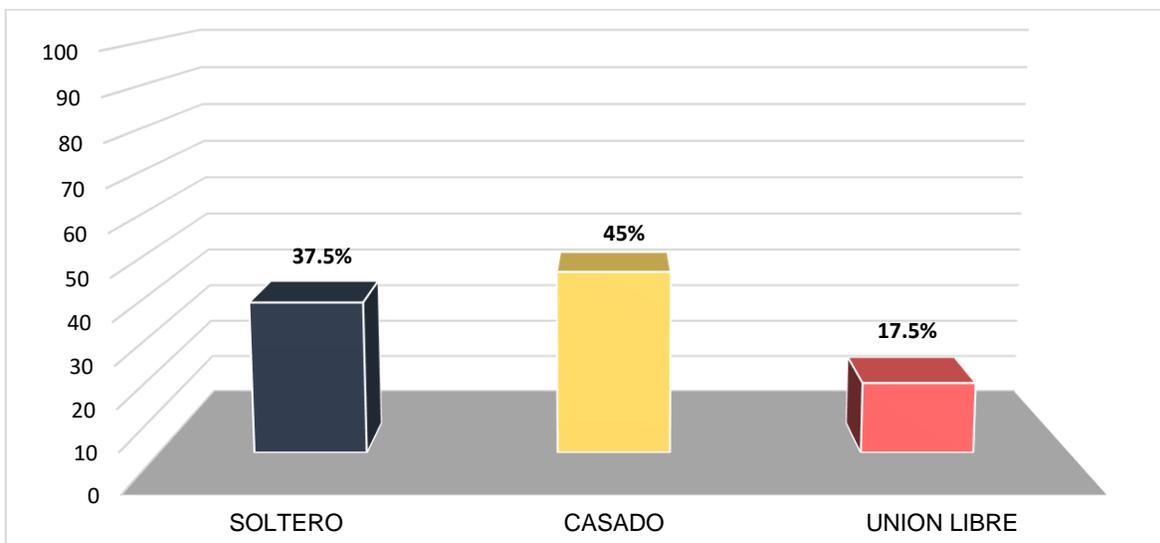


Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 5. Estado civil de pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	15	37.5
Casado	18	45
Unión libre	7	17.5
Total	40	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 5. Estado civil de pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

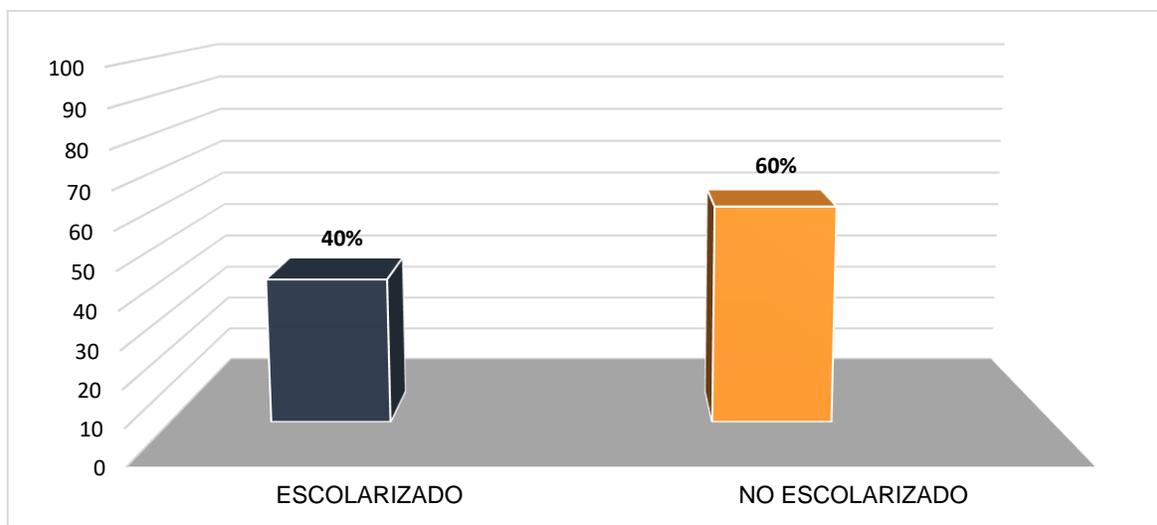


Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 6. Escolaridad de pacientes con Insuficiencia Cardiaca crónica del HGZ/UMF No. 8		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Escolarizado	16	40
No escolarizado	24	60
Analfabeta	0	0
Total	40	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardiaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Gráfica 6. Escolaridad de pacientes con Insuficiencia Cardiaca crónica del HGZ/UMF No. 8

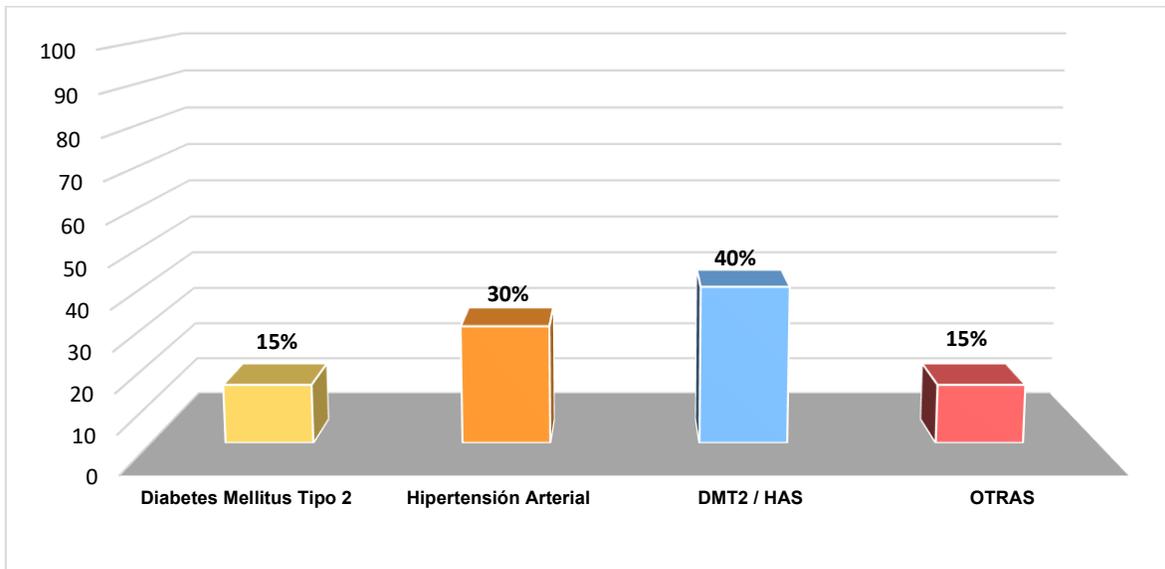


Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardiaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021

Tabla 7. Comorbilidades de pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8		
Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje (%)
Diabetes Mellitus Tipo 2	6	15
Hipertensión Arterial	12	30
Diabetes Tipo 2/ HAS	16	40
Otras comorbilidades	6	15
Total	40	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 7. Comorbilidades de pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8



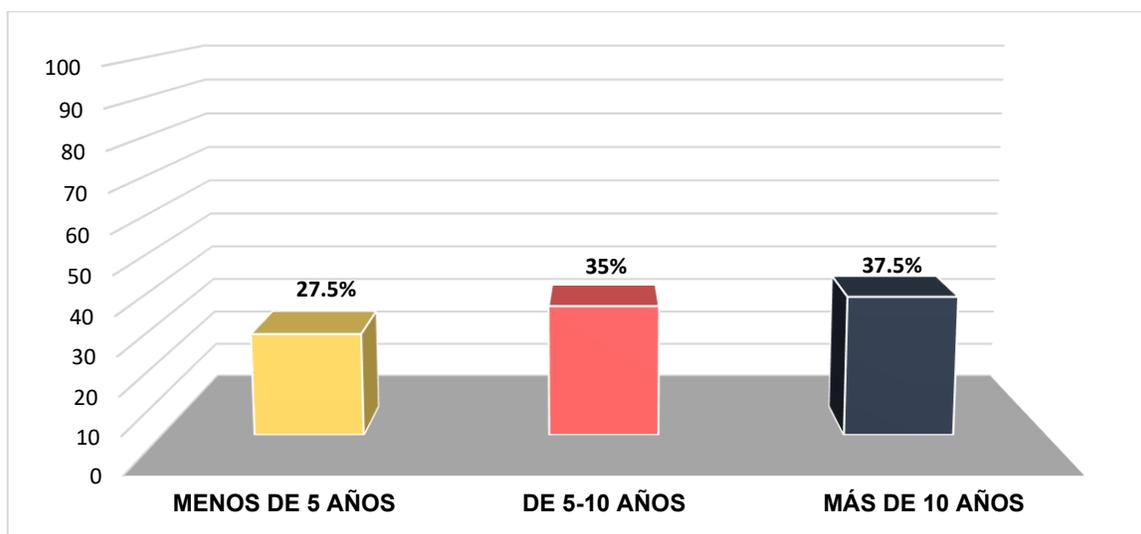
Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 8. Años de portador de la enfermedad en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

Años de portador de IC	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menos de 5 años	11	27.5
De 5 a 10 años	14	35
Más de 10 años	15	37.5
Total	40	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 8. Años de portador de la enfermedad en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8



Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

TABLA 10. Calidad de vida evaluada mediante el cuestionario de salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

PUNTAJE CALIDAD DE VIDA	Frecuencia	Porcentaje (%)
Buena CVRS	10	25
Mala CVRS	30	75
Total	40	100

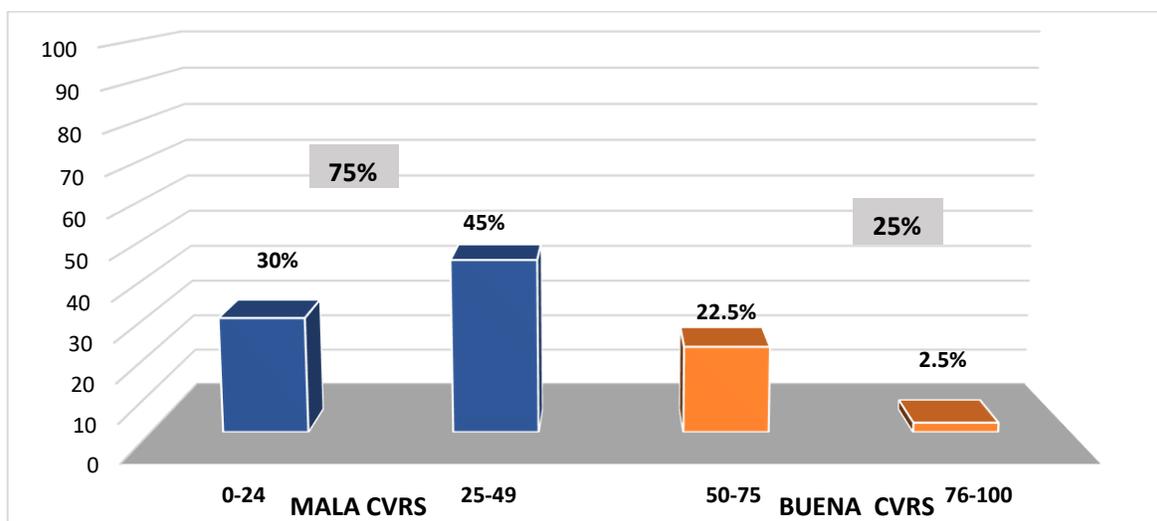
Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

TABLA 10.1 Calidad de vida evaluada mediante el cuestionario de salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

PUNTAJE CALIDAD DE VIDA	Frecuencia	Porcentaje (%)
0-24 pts	12	30
25-49 pts	18	45
50-75 pts	9	22.5
76-100 pts	1	2.5
Total	40	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

TABLA 10. Calidad de vida evaluada mediante el cuestionario de salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8



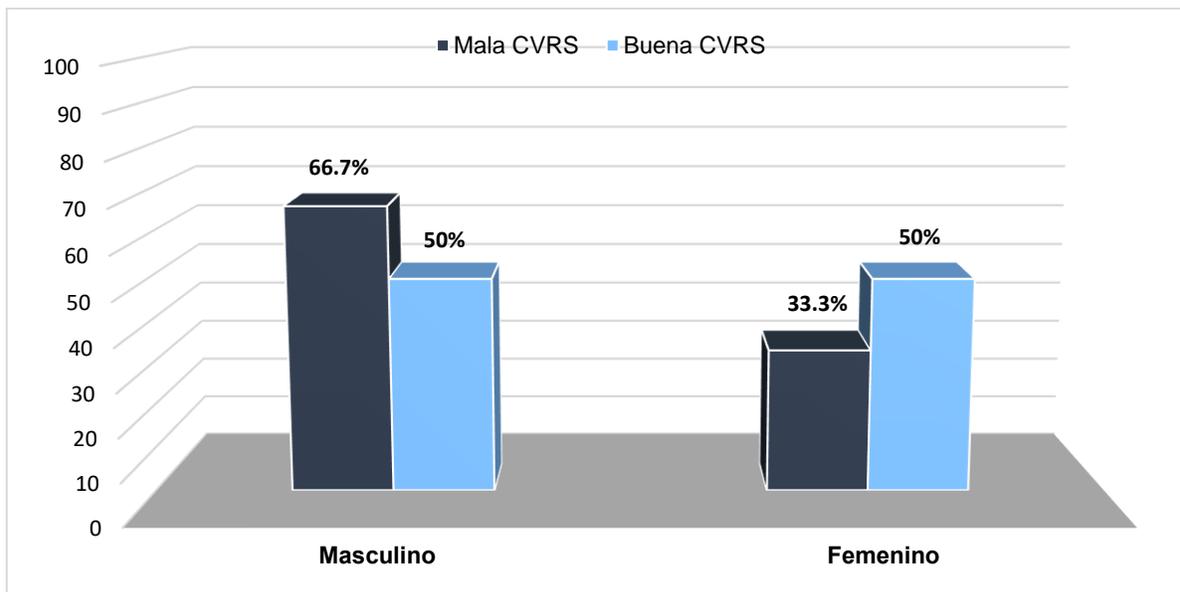
Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

TABLA 11. Sexo y Calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

Calidad de Vida evaluada mediante puntaje SF-36				
SEXO	MALA CVRS		BUENA CVRS	
	Frec	%	Frec	%
MASCULINO	20	66.7	5	50
FEMENINO	10	33.3	5	50
Total	30	100	10	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

GRÁFICA 11. Sexo y Calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8



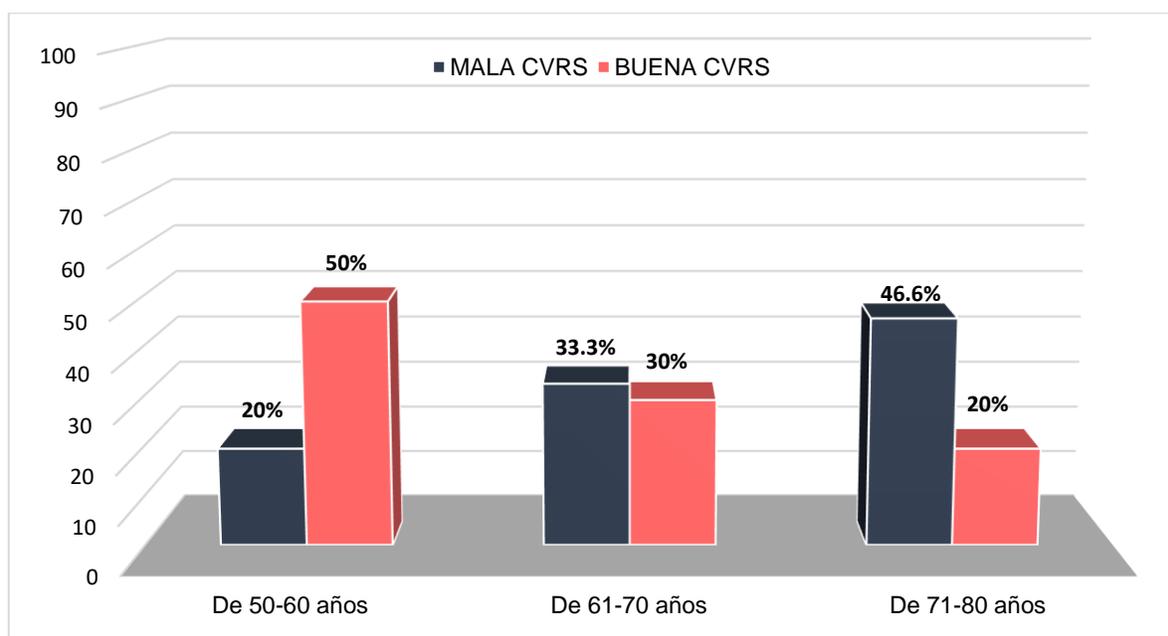
Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

TABLA 12 . Edad en rango y Calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardiaca crónica del HGZ/UMF No. 8

Calidad de Vida evaluada mediante puntaje SF-36				
EDAD EN RANGO	MALA CVRS		BUENA CVRS	
	Frec	%	Frec	%
50-60 años	6	20	5	50
61-70 años	10	33.33	3	30
71-80 años	14	46.67	2	20
Total	28	100	10	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardiaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

GRÁFICA 12. Edad en rango y Calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardiaca crónica del HGZ/UMF No. 8



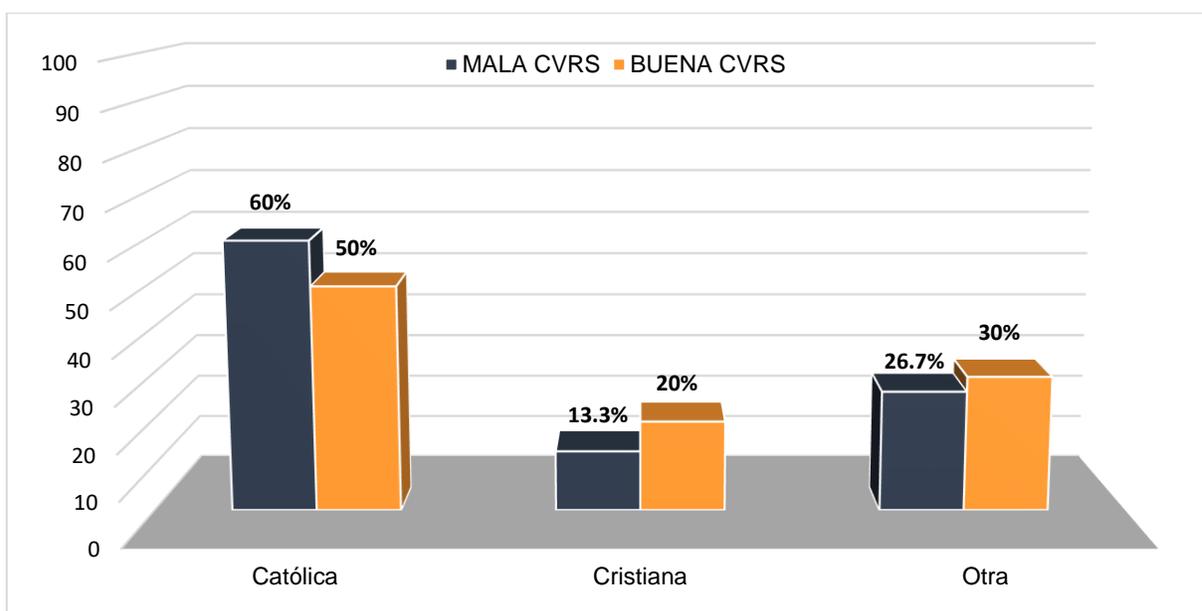
Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardiaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 13. Religión y Calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

Calidad de Vida evaluada mediante puntaje SF-36				
RELIGIÓN	MALA CVRS		BUENA CVRS	
	Frec	%	Frec	%
Católica	18	60	5	50
Cristiana	4	13.3	2	20
Otra	8	26.7	3	30
Total	30	100	10	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 13. Religión y Calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8



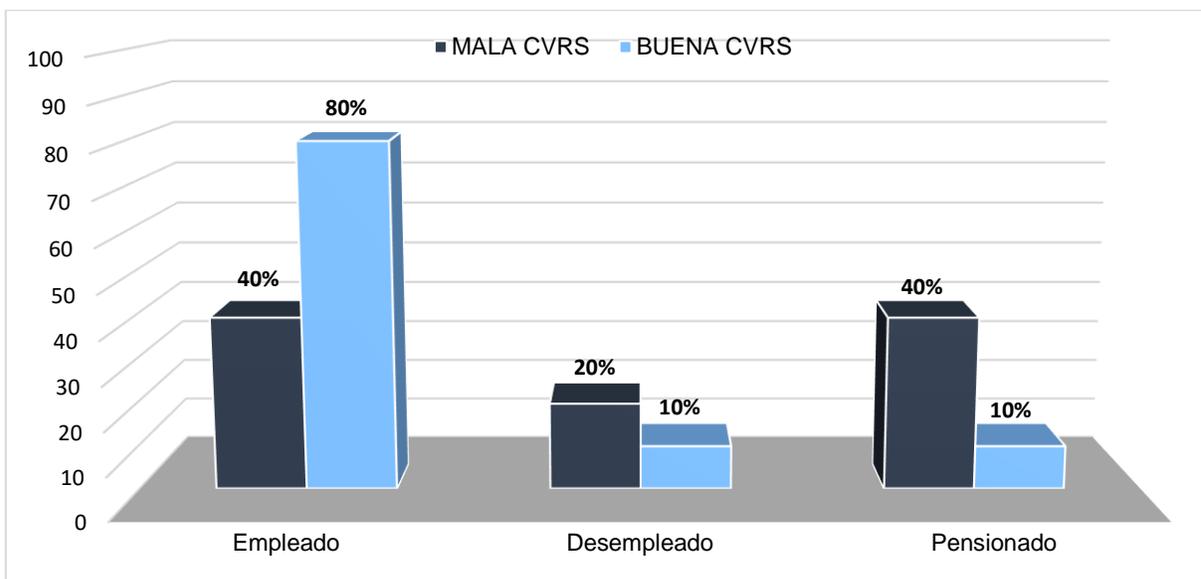
Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 14. Ocupación y Calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

Calidad de Vida evaluada mediante puntaje SF-36				
OCUPACIÓN	MALA CVRS		BUENA CVRS	
	Frec	%	Frec	%
Empleado	12	40	8	80
Desempleado	6	20	1	10
Pensionado	12	40	1	10
Total	30	100	10	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 14. Ocupación y Calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8



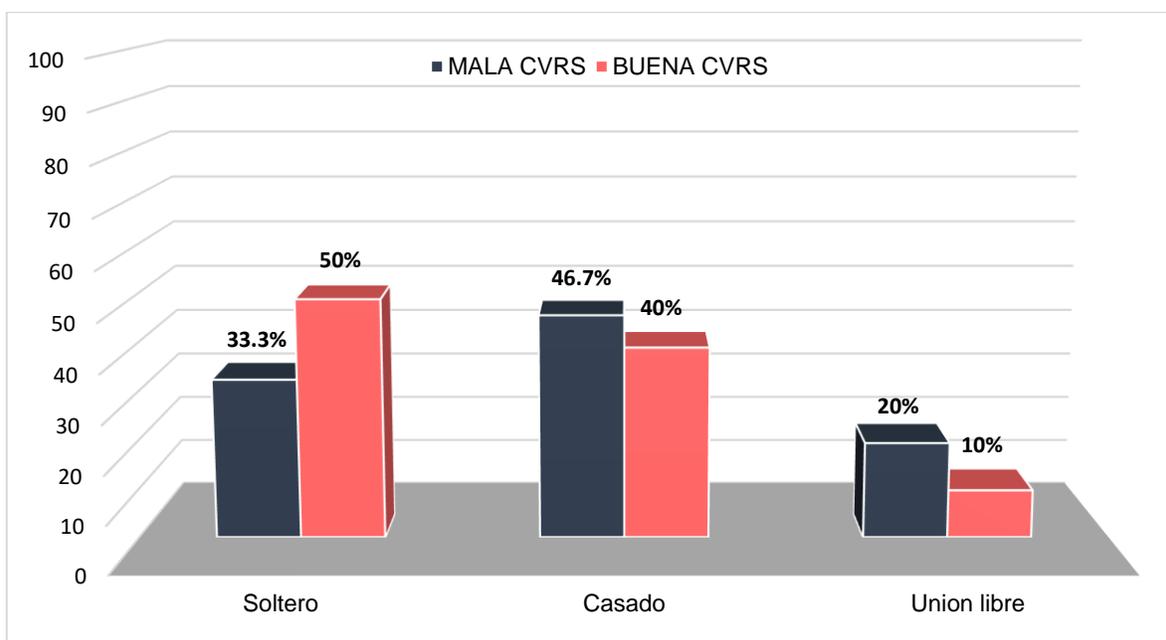
Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 15. Estado civil y Calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

Calidad de Vida evaluada mediante puntaje SF-36				
ESTADO CIVILS	MALA CVRS		BUENA CVRS	
	Frec	%	Frec	%
Soltero	10	33.3	5	50
Casado	14	46.7	4	40
Union Libre	6	20	1	10
Total	30	100	10	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 15. Estado civil y Calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8



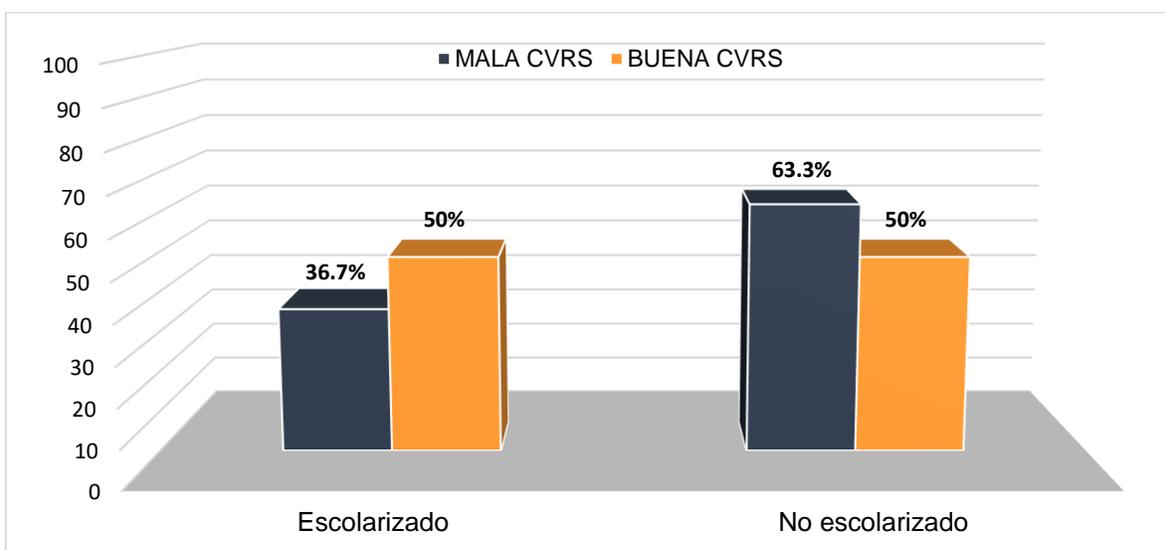
Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 16. Escolaridad y Calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

Calidad de Vida evaluada mediante puntaje SF-36				
ESCOLARIDAD	MALA CVRS		BUENA CVRS	
	Frec	%	Frec	%
Escolarizado	11	36.7	5	50
No escolarizado	19	63.3	5	50
Total	30	100	10	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 16. Escolaridad y Calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8



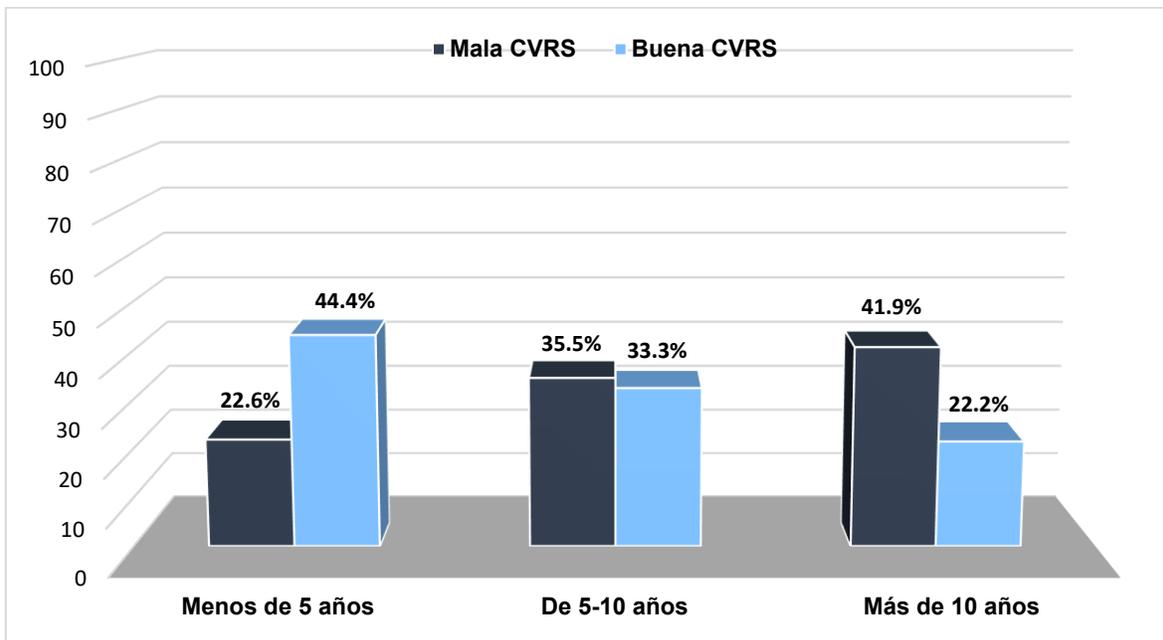
Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

TABLA 17 . Años de portador de la enfermedad en rango y Calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

Calidad de Vida evaluada mediante puntaje SF-36				
Años de portador de IC	MALA CVRS		BUENA CVRS	
	Frec	%	Frec	%
Menos de 5 años	7	22.6	4	44.4
De 5-10 años	11	35.5	3	33.3
Más de 10 años	13	41.9	2	22.2
Total	31	100	9	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

GRÁFICA 17. Años de portador de la enfermedad en rango y Calidad de vida mediante el Cuestionario de Salud SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8



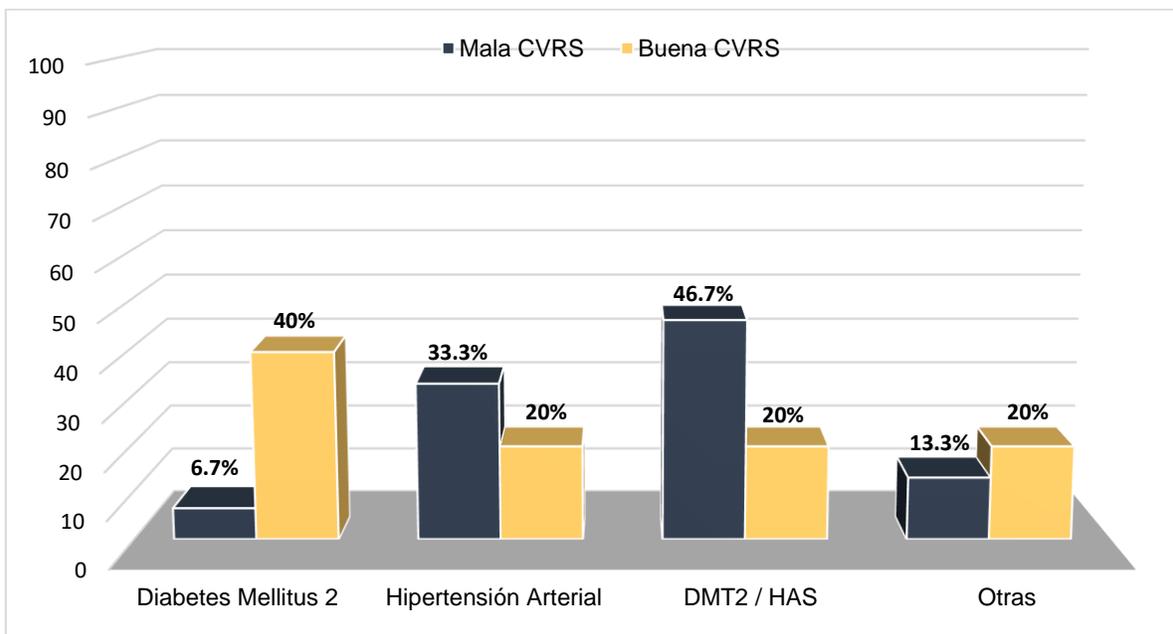
Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

TABLA 18 . Comorbilidades y Calidad de vida mediante el cuestionario SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

Calidad de Vida evaluada mediante puntaje SF-36				
Comorbilidades	MALA CVRS		BUENA CVRS	
	Frec	%	Frec	%
Diabetes Mellitus 2	2	6.7	4	40
Hipertensión Arterial	10	33.3	2	20
DMT2 / HAS	14	46.7	2	20
Otras	4	13.3	2	20
Total	30	100	10	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 18. Comorbilidades y Calidad de vida mediante el cuestionario SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8



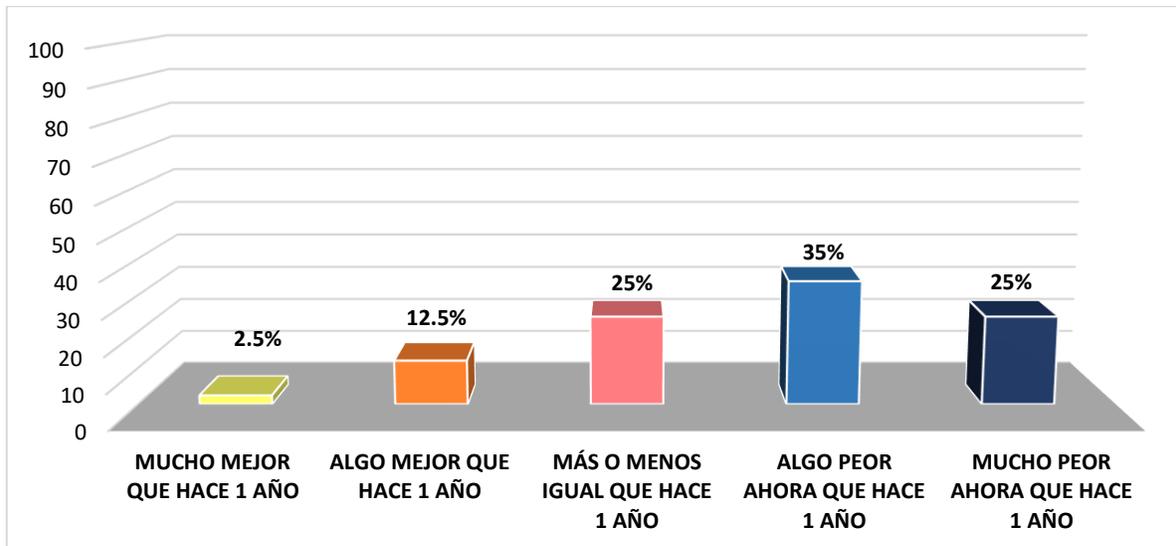
Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 19. Autopercepción del estado de salud comparado con el año anterior, del Instrumento SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mucho mejor ahora que hace un año	1	2.5
Algo mejor ahora que hace un año	5	12.5
Más o menos igual que hace un año	10	25
Algo peor ahora que hace un año	14	35
Mucho peor ahora que hace un año	10	25
Total	40	100

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Gráfica 19. Autopercepción del estado de salud comparado con el año anterior del Instrumento SF-36, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8



Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 20. Medidas de tendencia central y dispersión, del Cuestionario de salud SF-36 en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

Cuestionario de Salud SF-36	Media	Desviación típica	Varianza	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Salud General	32.20	±18.68	349.03	30.00	25.00	5.00	67.00
Función Física	35.00	±22.41	502.56	30.00	15.00	5.00	75.00
Rol Físico	18.20	±27.09	734.06	00.00	00.00	00.00	75.00
Rol Emocional	25.40	±27.76	770.86	17.00	00.00	00.00	66.00
Dolor Corporal	49.47	±8.67	75.23	50.00	42.00	32.00	64.00
Vitalidad	27.37	±19.38	375.62	25.00	40.00	00.00	80.00
Salud Mental	42.00	±13.12	172.30	40.00	24.00	24.00	72.00
Función Social	42.00	±25.42	646.20	50.00	50.00	00.00	100.00
Puntaje Total	33.95	±20.31	453.23	30.25	24.50	8.25	74.87

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 21. Medidas de tendencia central y dispersión de la Calidad de vida, en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

Cuestionario de Salud SF-36	Calidad de Vida
Media	34.93
Desviación Típica	±15.25
Varianza	232.61
Mediana	34.50
Moda	12.50
Mínimo	12.50
Máximo	70.00

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

Tabla 22. Medidas de tendencia central y dispersión de las Dimensiones Física y Emocional en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica del HGZ/UMF No. 8

	Dimensión Física	Dimensión Emocional
Media	33.743	34.76
Desviación Típica	2.527	2.40
Varianza	255.511	232.04
Mediana	28.00	35.00
Moda	20.25	13.50
Mínimo	13.00	10.00
Máximo	65.25	76.50

Fuente: n=40 Calderón-L F, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Mejía-R MA. "Determinación de la calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica, del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2021.

21. DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó la Calidad de Vida en pacientes portadores de Insuficiencia Cardíaca Crónica del HGZ/UMF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, empleando el cuestionario The Short Form-36 Health Survey (SF-36) en su versión 2.0 adaptado para población de habla hispana y específicamente mexicana, y así mismo se analizaron las variables sociodemográficas correspondientes.

En el artículo “Calidad de vida posterior a rehabilitación cardíaca en pacientes con cardiopatía isquémica”, de Bulos-Murbartian A y cols. (IMSS. México 2017), se evaluó la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica crónica referidos al servicio de rehabilitación cardíaca, se encontró que 24% fueron del sexo femenino y 76% del sexo masculino, y la media de edad fue de 56.54 ± 10.7 años con un rango de 35 a 86 años. Encontramos resultados semejantes a la muestra analizada, ya que nuestro estudio incluyó un total de 40 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica, con una media de edad de 66.45 ± 8.43 años, en nuestra población también predominó el sexo masculino con 62.5%, y sexo femenino de 37.5%, por lo que existe similitud en ambas poblaciones estudiadas y atendidas dentro de nuestra Institución. En el estudio también mostraron el beneficio de la rehabilitación cardíaca en la CVRS y sobre la capacidad funcional en pacientes con cardiopatía isquémica crónica, evidenciando que se debe otorgar un mayor peso a las intervenciones eficaces y tempranas en los pacientes portadores de insuficiencia cardíaca crónica, para intervenir en la limitación de la progresión de la patología, que tiene impacto directo sobre la dimensión física y emocional, y por tanto en la calidad de vida de los pacientes.

Lugo-Agudelo LH, et al. En su artículo “Validación del Minnesota Living with Heart Failure questionnaire (MLFHQ) en pacientes con falla cardíaca en Colombia” del año 2019 donde obtuvieron los siguientes resultados: 67.2% fueron hombres; edad promedio de 64.5 años, DE: 9.9 años, 40.7% eran empleados y 35.6% pensionados; se encontró Diabetes en 25.2% de la muestra estudiada, y de las escalas utilizadas para medir calidad de vida, el SF-36 mostró para el desempeño físico un puntaje de 41.5 ± 38.6 . En nuestro estudio encontramos resultados similares dentro de la población estudiada, con predominio del sexo masculino 62.5% de la muestra, con edad promedio de 66.45 ± 8.43 , con un rango de 50-80 años, así mismo, encontramos que 50% son empleados y/o que realizan actividad remunerada, 17.5% son desempleados y 32.5% son pensionados; respecto a las comorbilidades encontramos 15% de la muestra con Diabetes Tipo 2, 30% con Hipertensión arterial, y 40% portadores de ambas patologías, agregando que obtuvimos un resultado similar respecto al puntaje de desempeño físico con 35 ± 22.41 , siendo importante este rubro por el impacto que representa la pérdida de la autonomía física en la vida y en la dimensión emocional de los pacientes con insuficiencia cardíaca al progresar la enfermedad.

En el estudio realizado por Soriano N et al. “Evolución de la calidad de vida en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca” (España, 2016), se estudiaron pacientes dados de alta con diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca crónica, donde se evaluó la CVRS mediante un cuestionario genérico (SF-36) y un cuestionario específico (MLHFQ), en el cual reportan una media de edad 69.2 años; el 40.1% mujeres, y hombres 59.9%, destaca la elevada proporción de pacientes diabéticos 41,6%, Hipertensión arterial con 66.5%, pacientes con grado funcional III o IV al ingreso 83,1%, un componente Físico del SF-36 $34,1 \pm 10,5$ y componente Emocional del SF-36 con $40,1 \pm 14,1$. Es de relevancia mencionar que los resultados obtenidos en nuestro estudio fueron análogos (exceptuando la clase funcional, ya que no fue una variable a considerar para nuestro estudio). Se obtuvo predominio del sexo masculino 62.5% de la muestra, con edad promedio de 66.45 ± 8.43 años, en cuanto a las comorbilidades encontramos en nuestro estudio 15% de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, 30% con Hipertensión Arterial y 40% con ambas patologías, obtuvimos un puntaje para la Dimensión Física de 33.743 ± 2.527 y 34.76 ± 2.40 para la Dimensión emocional respectivamente, lo que denota una baja CVRS y el impacto importante que tiene en la vida de los pacientes portadores de Insuficiencia Cardiaca crónica, situación que también puede deberse a un atraso al momento de ser valorado por un cardiólogo de forma oportuna y de instauración de un tratamiento específico, tiempo valioso que se traduce en una menor CVRS para estos pacientes.

J. López Castro et al. En su artículo “Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca mediante el cuestionario genérico SF-36” (España 2016), estudiaron la CVRS, donde sus resultados mostraron: 60% hombres y 40% mujeres, la edad media de 64.8 años, portadores de HAS en un 62% y presencia de valvulopatía en un 44%. Obtuvieron un puntaje de 27.1 para la Función Física y 51.3 para el Rol Emocional respectivamente. Se obtuvieron puntajes más bajos en la esfera física que en la esfera mental, además que la calidad de vida empeoraba a medida que aumentaba la clase funcional y se agregaban otras comorbilidades, y que la calidad de vida subjetiva es mayor en los hombres que en las mujeres, quizás porque la enfermedad causa una repercusión más negativa en el sexo femenino. En nuestro estudio obtuvimos resultados concordantes en cuanto a la obtención de puntajes que denotan mala CVRS con enfoque primordial en la dimensión física y emocional, y que empeora conforme aumenta la clase funcional. En nuestro estudio no se tomó como criterio la clase funcional de la IC, pero sí el tiempo de portador de la enfermedad que tiene relación directa a su vez con el estadio clínico, y que a mayor tiempo de evolución se documentó una disminución de la calidad de vida. Es bien conocido que existe un incremento de la CVRS cuando se aplican estrategias educativas y sobre todo seguimiento a pacientes con IC de forma cercana, haciendo énfasis en que una ganancia en la CVRS se asocia a su vez con un incremento en la supervivencia.

Comín-Colet J, et al. En su artículo “Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica sistólica en España: resultados del estudio VIDA-IC” (España, 2015). Mostraron que los pacientes con peor calidad de vida presentaron datos asociados a peor pronóstico y mayor gravedad de la enfermedad, mayor limitación en la movilidad, dolor/malestar y ansiedad/depresión cuando se realizó una comparación externa con población general y con pacientes con otras afecciones crónicas. Se observó que los pacientes con ICC tienen una CVRS muy afectada respecto a la población general, y que factores clínicos como la edad avanzada, el sexo femenino, la clase funcional avanzada, un ingreso hospitalario reciente y la presencia de más comorbilidades se asociaron a mala CVRS de manera independiente. Lo anterior se relaciona estrechamente con lo observado en nuestro estudio, pues notamos que la población estudiada presenta un compromiso en todos los dominios del cuestionario SF-36; siendo evidente que a mayor tiempo de evolución y de clase funcional el deterioro de la calidad de vida es mayor, relacionándose directamente con presencia de mayor número de comorbilidades. Sería de gran valor poder realizar estudios posteriores que determinen si el sexo femenino es un factor determinante para presentar un deterioro más significativo en la CVRS en IC, pues hasta el momento los estudios no son concluyentes respecto a este rubro, y en nuestro estudio no encontramos relación directa con dicha variable, obteniendo que tanto calidad de vida como autopercepción del estado de salud es de peor puntaje en el sexo masculino.

Dimitroglou Yannis and cols. En su Artículo “Severity of heart failure and health-related quality of life in beta-thalassemia patients: a cross-sectional study” (Grecia, 2020), en pacientes adultos con diagnóstico de beta-talasemia y enfermedad cardiaca utilizando el cuestionario de Salud SF-36, obteniendo: edad media 46.8 ± 7.9 años, 63% eran del sexo femenino, 37% del sexo masculino y 35.7% con Diabetes Mellitus 2, encontraron que en comparación con los pacientes en estadio A de IC, los pacientes con síntomas o cardiopatía estructural sintomática o estadio B y C tenían puntuaciones medias más bajas en siete de las ocho dimensiones del cuestionario, encontrando asociaciones significativas entre la etapa de la IC y todos los dominios del SF-36 excepto el dolor corporal (56.2). En nuestro estudio encontramos resultados similares, ya que también se demostró que a mayor progresión de la enfermedad cardiaca y/o de la estadio clínico, disminuyen los puntajes para los dominios evaluados en el cuestionario y peor CVRS, mostrando en ambos estudios que el rubro menos afectado fue el dolor corporal, independientemente del estadio de la enfermedad. Esto nos permite demostrar que una relación negativa entre la calidad de vida y la insuficiencia cardíaca en etapas avanzadas destaca la necesidad de hacer énfasis en atención de pacientes con ICC asintomáticos con enfermedad cardíaca estructural; es importante mencionar que en este estudio decidieron hacer un seguimiento domiciliario a los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, hecho que por limitaciones de recursos en nuestro país no es posible realizar un seguimiento domiciliario estrecho para monitorear de forma cercana la progresión de la enfermedad cardiaca y calidad de vida.

La presente investigación busca generar un impacto positivo en cuanto al diagnóstico, referencia y tratamiento oportunos, pues tanto en México como a nivel mundial las enfermedades cardiovasculares son la primer causa de mortalidad, por lo que conocer los alcances y repercusiones de la IC sobre la funcionalidad, independencia y calidad de vida de los pacientes nos permite la concientización en el personal de salud para lograr una atención multidisciplinaria que tenga repercusiones positivas en el manejo de estos pacientes, incidiendo de manera eficaz en prevención, identificación temprana de factores de riesgo, diagnóstico, referencia y establecimiento de tratamiento oportunos, además de instaurar un programa de rehabilitación específico para el paciente con cardiopatía, que le permita mejorar la funcionalidad y evitar la disminución en la calidad de vida.

Dentro de los alcances de nuestro estudio fue determinar la CVRS en pacientes portadores de ICC en nuestro Hospital, mediante el Cuestionario de Salud SF-36, encontrando la relación directa que tiene la ICC con una mala calidad de vida, pues a mayor presencia de comorbilidades, edad, progresión de la enfermedad y tiempo de evolución, la calidad de vida se ve impactada negativamente; esto debe hacer ver al profesional de la salud tanto a nivel de atención primaria como en atención especializada, valorar los aspectos relativos al diagnóstico clínico y referencia oportuna, evitando demoras en la atención, que se traducen en tiempo y a su vez en progresión de la enfermedad, haciendo énfasis en que estos pacientes deben ser incluidos en un programa de rehabilitación física, apoyo psicológico y de ser necesario referir al paciente a un programa de rehabilitación cardíaca, con el fin de lograr un impacto positivo en el tratamiento y de ser posible aumento en la calidad de vida de los pacientes.

Un límite dentro de nuestro estudio está en lo referente al grado de escolaridad, pues al parecer la escolaridad de los pacientes no modificó su calidad de vida; pudiendo haber sesgado la investigación tal vez debido a la falta de información, y con el fin de evitarse en futuros estudios convendría poder otorgarles toda la información pertinente con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud de una forma fácil, sencilla y clara, para evitar no ser incluidos en la investigación.

El presente estudio presenta las limitaciones propias de toda evaluación transversal, pues no permite identificar la variabilidad de la CVRS en mediciones subsecuentes; ya sea porque se ve afectada por el estadio clínico de la enfermedad al momento del diagnóstico, su respuesta y evolución al tratamiento, la presencia de complicaciones, la evaluación de calidad de vida pre y posterior al tratamiento y/o rehabilitación, pero cabe mencionar que esto nos deja una ventana para realizar intervenciones eficaces en los pacientes, enalteciendo la necesidad de realizar valoraciones y pruebas específicas en pacientes con factores de riesgo.

Entre los sesgos de nuestro estudio, podemos citar que no se tomó en cuenta el Estadio clínico de la insuficiencia cardiaca ni la fracción de eyección de VI; tampoco se tomaron en cuenta estudios de laboratorio tales como: química sanguínea (glucosa sérica, hemoglobina glucosilada, biometría hemática, electrolitos séricos o cifras de tensión arterial), situación que nos limita para conocer más sobre el control metabólico del paciente en el momento de la realización del cuestionario, y que pudo aportarnos información valiosa sobre el estado actual del paciente.

El estudio realizado tiene relevancia para la práctica asistencial, pues involucra pacientes con una enfermedad crónica que si es detectada de forma oportuna los pacientes podrán mejorar su pronóstico a mediano plazo, previniendo la presencia de complicaciones tempranas, lo que se traduce en menos costes de tratamiento tanto a nivel Institucional, como para el propio paciente.

En el ámbito educativo. Es de vital trascendencia conocer los factores de riesgo y entidades clínicas involucradas en el desarrollo de insuficiencia cardiaca crónica, mantenernos familiarizados con los estudios para realizar una detección, tratamiento y referencia oportunas y mantenernos actualizados en los regímenes terapéuticos y de rehabilitación que requieren estos pacientes, además del compromiso con la promoción y prevención de salud con el fin de evitar las complicaciones derivadas de la enfermedad y de las comorbilidades propias de los pacientes; de esta manera se logra concientizar al personal de salud que está en contacto con la atención de estos pacientes, enalteciendo la necesidad de realizar valoraciones y pruebas específicas en aquellos con factores de riesgo, brindando información a la población con cardiopatía, enfocado al cuidado y detección oportuna de datos sugestivos de la enfermedad, así como fomento del autocuidado y mejoría de hábitos higiénico-dietéticos, así como fortalecimiento de redes de apoyo familiares con el fin de mejorar la calidad de vida.

En el área de investigación. El presente estudio puede ser utilizado como punto de partida para la realización de futuros estudios relacionados con la CVRS en pacientes con cardiopatía crónica, y que de ser posible se realice un seguimiento en el tiempo de estos pacientes que ya estén recibiendo tratamiento adecuados, ya sea con la aplicación del Instrumento SF-36 o apoyado de otros instrumentos complementarios que midan calidad de vida y complementen dicha investigación, con el objetivo de mejorar los resultados logrados en este proyecto. Por otro lado, se abre una ventana para hacer especial énfasis en los estudios dirigidos que midan el impacto de la rehabilitación física y a la salud mental en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca, áreas que son impactadas negativamente en este grupo de pacientes.

En el rubro de lo administrativo. La presente investigación es de utilidad para impulsar y orientar políticas de salud enfocadas al paciente con insuficiencia cardiaca crónica, identificando aquellos factores ligados a la enfermedad, los de índole social, económico y familiar que también contribuyen a la disminución de la calidad de vida de los pacientes con ICC; esto con el objetivo de prevenir complicaciones de aparición temprana, fomentando y fortaleciendo las redes de apoyo del paciente, y optimizar los recursos financieros y materiales del Instituto para poder otorgar una atención médica completa, gestionar la implementación de programas de apoyo a los pacientes de escasos recursos económicos y que generen mayor impacto en la población derechohabiente.

22. CONCLUSIONES

En la presente investigación se cumplió el objetivo de Determinar la calidad de vida en pacientes portadores de insuficiencia cardiaca crónica del Hospital General de Zona/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, encontrando una relación importante entre la Insuficiencia cardiaca crónica y una mala calidad de vida.

Los resultados obtenidos en el estudio fueron conforme a las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose que los pacientes portadores de Insuficiencia Cardiaca crónica del Hospital General de Zona/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, presentaron mala calidad de vida, conforme al puntaje obtenido mediante el Cuestionario de Salud SF-36. Lo anterior presenta congruencia con los resultados obtenidos en el estudio similar que se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social: "Calidad de vida posterior a rehabilitación cardiaca en pacientes con cardiopatía isquémica", de Bulos-Murbartian A y cols. (IMSS. México 2017).

Los niveles de calidad de vida encontrados en nuestra población estudiada mediante los dominios que conforman el SF-36 no son favorables, sin embargo son resultados que nos muestran el panorama actual de la calidad de vida del paciente con ICC y de la percepción de la misma por parte paciente sobre su enfermedad; nos hace ver cómo el diagnóstico y tratamiento tardíos de la enfermedad impacta en la calidad de vida del paciente, pues esto favorece el agravamiento de la patología, de su funcionalidad e independencia, condicionando por lo tanto un decremento en su CVRS. Es importante destacar el papel que juega el rubro emocional en los pacientes y el gran peso que tiene en la calidad de vida, sin dejar atrás la atención del personal de la salud involucrado en su atención y sus redes de apoyo a lo largo de la enfermedad.

Entre las sugerencias para aquellos que deseen continuar con este proyecto de investigación, convendría incluir parámetros clínicos como el estadio clínico y funcional de la insuficiencia cardiaca, así como fracción de eyección de VI; paramétricos bioquímicos como biometría hemática, química sanguínea y electrolitos séricos, además de considerar las cifras de control de las comorbilidades: cifras tensionales, de glucosa y control de IMC, que se relacionan estrechamente con el desarrollo, evolución, gravedad y pronóstico de la enfermedad.

La importancia de ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportunos, evitando demoras en la atención en patologías crónicas es trascendente, lo que se ha objetivado en la presente tesis, puesto que existe una relación directa entre la mala calidad de vida en la IC y el tiempo de evolución de la enfermedad; basado en lo anterior se debe favorecer una optimización en la asignación de los recursos del sistema sanitario público para la atención de esta patología, pues no solo se traduce en una pérdida de años de vida saludable, sino en una progresión rápida de la enfermedad y un decremento en la calidad de vida de los pacientes.

De lo anterior se resalta nuestra labor como Médicos Familiares, recalcando el papel valioso de la atención médica de primer nivel, que nos ofrece un marco idóneo para realizar acciones preventivas, continuar brindando información oportuna a los pacientes en riesgo o que ya sean portadores, para prevenir oportunamente complicaciones a corto y mediano plazo; y haciendo partícipes a las redes de apoyo familiares sobre el conocimiento y concientización de la enfermedad, de la evolución, de las posibles complicaciones y lo importante de que el paciente reciba apoyo a lo largo de su enfermedad y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Pereira J, Rincon G, Niño D. Insuficiencia cardiaca: Aspectos básicos de una epidemia en aumento. *Corsalud*. 2016; 1(8); 58-70.
- 2.-Ponikowski P, Jankowska E. Patogenia y presentación clínica de la insuficiencia cardiaca aguda. *Rev Esp Cardiol*. 2015; 68(4); 331–337.
- 3.-Chronic heart failure in adults: diagnosis and management. NICE guideline Published: 12 September 2018.
- 4.- Arati A, Ajinkya C. Heart Failure: Diagnosis, Management and Utilization. *J. Clin. Med*. 2016, 5 (62); 2-10
- 5.- Segovia V, Manterola C, González M, Rodríguez N. El entrenamiento físico restaura la variabilidad del ritmo cardiaco en la insuficiencia cardiaca. Revisión sistemática. *Arch Cardiol Mex*. 2017;87(4):326-335.
- 6.- World Heart Federation (WCC). World Congress of Cardiology & Cardiovascular Health. México City. 4-7 June 2016.
- 7.- Soto G, Moreno A, Pahuja D. Epidemiological overview of Mexico's leading causes of morbidity and mortality. *Rev. Fac. Med*. 2016; 59 (6); 8-22.
- 8.- Umaña H, Jiménez S, Buitrago K, Echeverry, M. Semiología y diagnóstico diferencial de la insuficiencia cardíaca crónica. *Rev. Méd. Risaralda* 2018; 23 (1): 49 – 57
- 9.- Mendoza F. Valvulopathies in heart failure What the internist should know. *Acta Médica Colombiana*; 2016; 41(3); 8-17.
- 10.-Konstam M, et al. Evaluation and management of right-sided heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2018; 578-622.

- 11.-Sánchez M, et al. Fisiopatología de la insuficiencia cardiaca aguda: un mundo por conocer. Rev Clin Esp. 2015.
- 12.-Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine. Vol 2. 20 ed. New York. Mc Graw Hill; 2018. P1514-1516.
- 13.- Arrigo M, Parissis J, Akiyama E, Mebazaa A. Understanding acute heart failure: pathophysiology and diagnosis. European Heart Journal Supplements (2016) 18; G11–G18
- 14.-Gimeno G, Diez M. Fisiopatología de la insuficiencia cardíaca. Sociedad Argentina de Cardiología. Módulo 1, Fascículo No. 1, 2016.
- 15.-Burguez S. Insuficiencia cardiaca aguda. Rev Urug Cardiol 2017; 32: 372-392
- 16.- Metra M, Teerlink J. Heart Failure. Volume 390, Issue 10106, Pages 1981-1995. 28 October–3 November 2017.
- 17.- García J, Farrero M, González F, Barge E, Masip J, Segovia J. Selection of the Best of 2017 in Acute and Chronic Heart Failure. Rev Esp Cardiol. 2018;71(4):296–307
- 18.- Edward M, Weining D. Rationales and choices for the treatment of patients with NYHA class II heart failure. Postgraduate Medicine. 129(6), 619–631.
- 19.- Bozkurt, B. What Is New in Heart Failure Management in 2017? Update on ACC/AHA Heart Failure Guidelines. Curr Cardiol Rep (2018) 20:39
- 20.- Guerra E, y cols. Clinical and epidemiological characterization of patients with heart failure. MEDISAN 2017;21(3):290.

- 21.- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur J Heart Fail.* 2016;18(8):891-975.
- 22.- European Society of Cardiology. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* (2016) 37, 2129–2200.
- 23.- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines.
- 24.- Lagoeiro A. y cols. Evaluation of Quality of Life in Patients with and without Heart Failure in Primary Care. *Arq Bras Cardiol.* 2017; 109(3): 248-252.
- 25.-Cáceres F, Parra L, Pico O. Health-related quality of life in the general population of Bucaramanga, Colombia. *Rev. Salud Pública.* 20 (2): 147-154, 2018
- 26.-Herrerros M, Almela N, Amorós G. Medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la dispepsia funcional: ¿realmente es importante. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2018; 110(1): 7-9.
- 27.-Nieminen M et al. The patient perspective: Quality of life in advanced heart failure with frequent hospitalisations. *International Journal of Cardiology.* 2015;191(5);256–264.
- 28.-De Smedt D, Clays E, De Bacquer D. Measuring health-related quality of life in cardiac patients. *European Heart Journal-Quality of Care and Clinical Outcomes.* 2016; 2(3);149–150.
- 29.- Carrillo A. et al. Escalas para evaluar la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica avanzada: Revisión integrativa. *Enferm Nefrol.* 2018 Oct-Dic; 21(4): 334-47

- 30.-Mendoza S. et al. Calidad de vida en trasplante hepático. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54(2):176-81
- 31.- Londoño P, Escobar C, Toro M. Quality of life in obstructive sleep apnea-hypopnea impacto (OSAHS). Rev. Fac. Med. 2017;65 (S1); 35-40.
- 32.-Velarde, E. Ávila, C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México. 2002; 44 (4), 349-361.
- 33.- Robles-Espinoza AI y cols. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. Septiembre-Diciembre 2016; 11 (3), 120-125.
- 34.- Acevedo M., et al. Impacto de un Programa de Rehabilitación Cardiovascular. Revista Chilena de Cardiología. 2017; 36 (1)
- 35.- Pacci-Salazar K, et al. Impacto de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes en el Instituto Nacional de Cardiología. Perú. Rev. Peru. Epidemiol. 2015;15(1).
36. Huber A, Oldridge N, Hofer S. International SF-36 reference values in patients with ischemic heart disease. Qual Life Res (2016) 25:2787–2798.
37. Araya M, y cols. Propiedades psicométricas del cuestionario de salud sf-36 en estudiantes universitarios de Costa Rica. InterSedes. 2017; 18 (38); 15-58.
38. Sánchez R, García M, Martínez B. Encuesta de Salud SF-36: Validación en Tres Contextos Culturales de México. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. RIDEP. 2012; 3 (45); 5-16.
39. García A, Vélez C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. Rev Cubana Salud Pública vol.43 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2017.
- 40.Lowey SE. Palliative Care in the Management of Patients with Advanced Heart Failure. Adv Exp Med Biol. 2018; 1067:295-311.

41. Paula CS y cols. Impact of physical limitation in life quality health related of heart failure patients. Biosci. J., Brazil, v. 33, n. 4, p. 1089-1098, July/Aug. 2017.
42. Bulos-Murbarthian A y cols. Calidad de vida posterior a rehabilitación cardiaca en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev Mex Med Fis Rehab 2017; 29 (3-4): 37-41
43. Lugo-Agudelo LH, et al. Validación del Minnesota Living with Heart Failure questionnaire (MLFHQ) en pacientes con falla cardíaca en Colombia. Rev Colomb Cardiol. 2019.
44. Soriano N et al. Evolución de la calidad de vida en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca. Rev Esp Cardiol. 2016;63(6):668-76
45. Dimitroglou, Y., Anagnostopoulos, F., Aggeli, C. et al. Severity of heart failure and health-related quality of life in beta-thalassemia patients: a cross-sectional study. Ann Hematol 99, 2037–2046 (2020)
46. López Castro et al. Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca mediante el cuestionario genérico SF-36. Rev Calid Asist. 2017; 28 (6): 355-360

23. ANEXOS

ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
"DOCTOR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA, DEL HGZ/UMF No. 8 DOCTOR GILBERTO FLORES IZQUIERDO.

Investigadores a cargo: Maravillas Estrada Angélica¹, Vilchis Chaparro Eduardo² Mejía Ramírez Mahetabel Alejandra³, Calderón López Frida⁴

¹ Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesora Titular de Medicina Familiar, Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Matricula: 98113861

² Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor para Ciencias en la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Matricula: 99377278

³ Médico Especialista en Medicina Familiar, Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Matricula: 99377489.

⁴ Médico Residente. Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Matricula: 97374498

Fecha:

No. De Folio:

DATOS PERSONALES

Nombre:			
NSS:	Edad:	Sexo: Femenino ¹ <input type="checkbox"/>	Masculino ² <input type="checkbox"/>
Ocupación:	Empleado ¹ <input type="checkbox"/>	Desempleado ² <input type="checkbox"/>	Pensionado ³ <input type="checkbox"/>
Estado Civil:	Soltero ¹ <input type="checkbox"/>	Casado ² <input type="checkbox"/>	Unión libre ³ <input type="checkbox"/>
Escolaridad:	Escolarizado ¹ <input type="checkbox"/>	No escolarizado ² <input type="checkbox"/>	Analfabeta ³ <input type="checkbox"/>
Religión	Católico ¹ <input type="checkbox"/>	Cristiano ² <input type="checkbox"/>	Otro ³ <input type="checkbox"/>

ESTADO DE SALUD

¿Cuántos años tiene con el diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca?

¿Padece otra enfermedad crónica?
Diabetes Mellitus ¹ Hipertensión arterial ²
Diabetes e Hipertensión ³ No ¹ Sí ² (Especifique)
Otra enfermedad ⁴ (Especifique)

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
DOCTOR GILBERTO FLORES IZQUIERDO
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD



DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA, DEL HGZ/UMF No. 8 DOCTOR GILBERTO FLORES IZQUIERDO.

Investigadores a cargo: Maravillas Estrada Angélica¹, Vilchis Chaparro Eduardo² Mejía Ramírez Mahetabel Alejandra³, Calderón López Frida⁴

1 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesora Titular de Medicina Familiar, Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Matricula: 98113861

2 Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor para Ciencias en la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud.

Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Matricula: 99377278

3 Médico Especialista en Medicina Familiar, Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

Matricula: 99377489.

4 Médico Residente. Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

Matricula: 97374498

Tiempo estimado para contestar cuestionario: 10-15 min. **Beneficios:** Formar parte de una investigación médica. **Riesgos y molestias:** El contestar el siguiente cuestionario no implica ningún riesgo o molestia para el paciente.

INSTRUCCIONES: Por favor marque (tache o circule) una sola respuesta para cada una de las preguntas siguientes, como mejor se aplique a su caso.

- Sea lo más honesto/a que pueda.
- No hay respuestas correctas o incorrectas
- La información que usted nos proporcione es estrictamente confidencial.

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.
¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así ¿cuánto?

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
3.-Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	1	2	3
4.-Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos, o caminar más de 1 hora	1	2	3
5.-Llevar la bolsa de la compra	1	2	3
6.-Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
7.-Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
8.-Agacharse o arrodillarse	1	2	3
9.-Caminar un kilómetro o más	1	2	3
10.-Caminar varias manzanas	1	2	3
11.-Caminar una sola manzana	1	2	3
12.-Bañarse o vestirse por sí mismo?	1	2	3

Durante las últimas 4 semanas. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? (Marque uno solo por cada pregunta)

	SÍ	NO
13.-¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
14.-¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
15.-¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
16.-¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

Durante las últimas 4 semanas. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)? (Marque uno solo por cada pregunta)

	SÍ	NO
17.-¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
18.-¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
19.-¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

20. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, pero muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

21. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual, incluido el trabajo fuera de la casa y las tareas domésticas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas.

En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
22.- Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
23.- Tuvo mucha energía	1	2	3	4	5	6
24.- Se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
25.- Se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6
26.- Estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
27.- Se sintió tan decaído que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
28.- Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
29.- Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
30.- Se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6

31.-Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

32.-Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases.

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otros	1	2	3	4	5
34.- Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
35.- Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
36.- Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
 DOCTOR GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TITULO:

“DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA, DEL HGZ/UMF No. 8 DOCTOR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

FECHA	MARZO 2019	ABRIL 2019	MAYO 2019	JUNIO 2019	JULIO 2019	AGOSTO 2019	SEPTIEMBRE 2019	OCTUBRE 2019	NOVIEMBRE 2019	DICIEMBRE 2019	ENERO 2020	FEBRERO 2020
Idea a estudiar	X											
Título		X										
Antecedentes			X									
Planteamiento del problema				X								
Justificación				X								
Objetivos					X							
Hipótesis					X							
Material y métodos						X						
Tipo de estudio						X						
Diseño metodológico							X					
Población							X					
Lugar y tipo de estudio								X				
Tipo y tamaño de la muestra								X				
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación								X				
Variables									X			
Definición de las variables									X			
Diseño estadístico									X			
Instrumentos de recolección										X		
Método de recolección										X		
Cronograma										X		
Recursos											X	
Consideraciones éticas											X	
Bibliografía											X	
Reporte de protocolo												X

Elaboró: Maravillas Estrada Angélica¹, Vilchis Chaparro Eduardo² Mejía Ramirez Mahetabel Alejandra³ Calderón López Frida⁴

1 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesora Titular de Medicina Familiar, Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Matricula: 98113861
 2 Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor para Ciencias en la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Matricula: 99377278
 3 Médico Especialista en Medicina Familiar, Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Matricula: 99377489.
 4 Médico Residente. Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Matricula: 97374498

2020-2021

FECHA	MARZO 2020	ABRIL 2020	MAYO 2020	JUNIO 2020	JULIO 2020	AGOSTO 2020	SEPTIEMBRE 2020	OCTUBRE 2020	NOVIEMBRE 2020	DICIEMBRE 2020	ENERO 2021	FEBRERO 2021
Prueba piloto		X										
Ejecución del proyecto			X									
Recolección de datos				X	X	X						
Almacenamiento de datos							X	X	X			
Análisis de datos								X	X	X		
Descripción de datos										X		
Discusión de datos										X	X	
Conclusión											X	
Integración y revisión final											X	
Reporte final											X	
Autorizaciones											X	
Impresión del trabajo												X
Publicación												X

Elaboró: Maravillas Estrada Angélica¹, Vilchis Chaparro Eduardo² Mejía Ramírez Mahetabel Alejandra³ Calderón López Frida⁴

1 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesora Titular de Medicina Familiar, Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Matrícula: 98113861

2 Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor para Ciencias en la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Matrícula: 99377278

3 Médico Especialista en Medicina Familiar, Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Matrícula: 99377489.

4 Médico Residente. Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Matrícula: 97374498

ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS 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:	"DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA, DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	HGZ/MF No. 8 ubicado en Río Magdalena No 289 Tizapán San Ángel C.P. 01090, Ciudad de México; a realizarse de Julio a Noviembre 2021
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Me están invitando a participar en esta investigación, que se realizará con la finalidad de conocer si la calidad de vida está alterada en los pacientes que padecemos insuficiencia cardiaca crónica, para ayudar a mejorar en el tratamiento y seguimiento de esta enfermedad, en el HGZ/UMF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo".
Procedimientos:	Me han explicado, que si decido participar en el estudio, responderé un cuestionario impreso llamado SF-36, compuesto por 36 reactivos. Me darán un tiempo estimado de 15 minutos para responderlo, garantizando la confidencialidad de todas mis respuestas.
Posibles riesgos y molestias:	Los riesgos son mínimos. El investigador me ha comentado que puedo experimentar sentimientos como incomodidad, malestar o tristeza, al responder algunos reactivos del cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El investigador me ha explicado que al evaluar la calidad de vida en la insuficiencia cardiaca crónica, podrán brindarme una mejor atención, tratamiento y seguimiento de la enfermedad. Además, de ser necesario con base en los resultados obtenidos, se me canalizará al área de psicología y/o psiquiatría de la unidad para recibir un manejo integral. Se me otorgará un tríplico con información importante.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me brindarán los resultados obtenidos en este estudio, ya sea de forma telefónica o por medio de cita personal en el servicio de consulta externa.
Participación o retiro:	En todo momento tendré plena libertad de decidir sobre mi participación o retiro en cualquier momento de la realización del estudio, sin que se afecte mi atención en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio, y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

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

- 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):	El investigador me explica que el Instituto cuenta con tratamiento farmacológico para la insuficiencia cardiaca crónica, además de servicio de psicología y psiquiatría.
Beneficio específico de participar en el estudio:	Recibiré atención médica continua de mi enfermedad, así como un tratamiento y seguimiento oportuno y multidisciplinario.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	ANGÉLICA MARAVILLAS ESTRADA. Directora del Protocolo. Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar, Adscrita al HGZ/MF No. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo". Matrícula 98113861. Cel. 5545000340. Fax: No fax. Correo: angelica.maravillas@imss.gob.mx
Colaboradores:	EDUARDO VILCHIS CHAPARRO. Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias de la Familia. Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Médico en el CIEFD Siglo XXI, Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. Matrícula 99377278 Teléfono: 56276900 ext. 27135 Fax: No Fax Email: lalovilchis@gmail.com MAHETABEL ALEJANDRA MEJÍA RAMÍREZ. Médico especialista en Medicina Familiar. Adscrita al HGZ/UMF 8. IMSS. Matrícula 99377489. Correo: dra.alemejram@gmail.com Teléfono: 5536613683 Fax: No Fax FRIDA CALDERÓN LÓPEZ. Residente de Medicina Familiar del HGZ/UMF 8. Matrícula 97374498 Correo: frida94kiss@gmail.com. Teléfono: 5532757351. Fax: No Fax.

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

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Investigador
Frida Calderón López

Testigo 2

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

ANEXO 5. DECLARACIÓN DE HELSINKI

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

ANEXO 6. CARTA DE NO INCONVENIENTE



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
COORD. CLINICA DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD



Ciudad de México 03 de junio 2021.
CCEIS/133 /2021

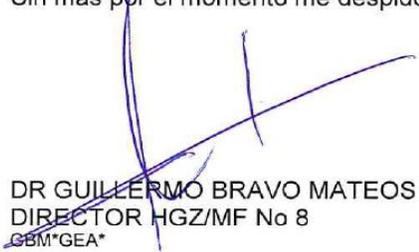
ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que los investigadores Dra. Maravillas Estrada Angelica; Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar con Matricula; 98113861, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo; Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación con matricula 99377278 y Dra. Mejía Ramírez Mahetabel Alejandra; Medico Familiar con matricula 99377489 realicen la investigación titulada: "DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA, DEL HGZ/UMF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur CDMX, en la cual me desempeño como Medico de base. La presente investigación será llevada a cabo en el periodo comprendido del 1° de marzo de 2019 al 28 de febrero del 2022. El procedimiento que se llevará a cabo en pacientes con Insuficiencia Cardiaca crónica, que se encuentren en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" de los cuales se recabarán datos correspondientes a variables sociodemográficas, variables de la patología y si existe correlación entre las patologías que se estudiarán.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades a los investigadores Dra. Maravillas Estrada Angelica, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo, Dra. Mejía Ramírez Mahetabel Alejandra y a la Médico Residente de Medicina Familiar Calderón López Frida con matrícula 97374498, para que realicen la recolección de información y selección de pacientes en esta unidad.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.


DR GUILLERMO BRAVO MATEOS
DIRECTOR HGZ/MF No 8
GBM*GEA*