

INVESTIGACIÓN

Disponible en:
www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTA ESPECIALIDAD

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HEART FAILURE IN A HIGHLY SPECIALIZED INSTITUTION

Medina Arenas Montserrat¹

¹ Licenciada en Enfermería y Obstetricia adscrita al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Fecha de envío: 10 de Julio del 2023 Fecha de aceptación: 01 Noviembre de 2023

RESUMEN

Introducción: La Insuficiencia Cardíaca (IC) se caracteriza por tener un corazón incapaz de aportar sangre al organismo, y, en consecuencia, satisfacer sus necesidades metabólicas, generando así una disminución en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), al afectar en diferentes áreas. **Objetivo:** Evaluar la CVRS de los pacientes con IC en una institución de alta especialidad. **Material y Método:** Estudio analítico, prospectivo y transversal. Muestra probabilística n=143 en adultos, ambos sexos, con diagnóstico de IC reciente, sin alteraciones cognitivas. Datos recolectados con Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, validado en México; consta de 23 ítems, distribuido en 5 dominios: función física, síntomas, función social, autoestima, funcionalidad y calidad de vida (CV), con respuestas tipo Likert y puntuación de 0 a 134; a mayor puntuación mejor CV. Los datos se analizaron mediante SPSS v. 22 con medidas de tendencia central y dispersión, y pruebas de correlación y comparación; significancia $p < 0.05$. **Resultados:** Se encontró una mayor proporción hombres (62.6%) una media de edad de 55.35 ± 14.6 años. Se puede observar que el 44.2% de los pacientes tienen una buena calidad de vida y que a mayor número de hospitalizaciones ($r = -0.265$, $p = 0.000$) y visitas a urgencias ($r = -0.284$, $p = 0.000$), disminuye la calidad de vida, relacionándose de manera significativa; inclusive la CV es semejante entre hombres y mujeres y tiende a ser mejor entre quienes viven en el interior de la República ($t = 4.032$, $gl = 145$, $p = 0.000$). **Conclusión:** Los pacientes con IC presentan una buena CV, mismo que se correlaciona

con el número de hospitalizaciones y visitas a urgencias; sin embargo, existen personas con mala CV, por lo que es de gran relevancia la aplicación de intervenciones basadas en la evidencia.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca, calidad de vida

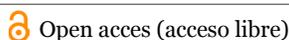
ABSTRACT

Introduction: Heart Failure (HF) is characterized by having a heart unable to provide blood to the body, and, consequently, satisfy its metabolic needs, thus generating a decrease in Health-Related Quality of Life (HRQoL), by affecting different areas. **Objective:** To evaluate the HRQoL of HF patients with heart failure in a highly specialized institution. **Material and Method:** Analytical, prospective, and cross-sectional study. Probabilistic sample n=143 adults, both sexes, with diagnosis of recent HF, without cognitive alterations. Data collected with Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, validated in Mexico; consists of 23 items, distributed in 5 domains: physical function, symptoms, social function, self-esteem, functionality, and quality of life (QoL), with Likert responses and score from 0 to 134; the higher the score, the better the QoL. The data will be analyzed using SPSS v.22, measures of central tendency and dispersion, and correlation and comparison tests; significance $p < 0.05$. **Results:** A higher proportion of men was found (62.6%) with a mean age of 55.35 ± 14.6 years. It can be observed that 44.2% of the patients have a good quality of life and that the greater the number of hospitalizations ($r = -0.265$, $p = 0.000$) and visits to the emergency room ($r = -0.284$, $p = 0.000$), the quality of life, relating in a significant way; QoL is even similar between men and women and tends to be better among those who live in the interior of the Republic ($t = 4.032$, $gl = 145$, $p = 0.000$). **Conclusion:** Patients with HF have a good QoL, which correlates with the number of hospitalizations and visits to emergency; however, there are

Dirección de correspondencia:

Medina Arenas Montserrat

Juan Badiano 1, Belisario Domínguez Secc 16, Tlalpan, 14080 Ciudad De México, Ciudad de México. Correo electrónico: monts18.97@gmail.com



people with bad QoL, so it is great relevance the application of great relevance the application of evidence-based attack.

Key words: Heart failure, quality of life

INTRODUCCIÓN

En México, las enfermedades cardiovasculares como infarto al miocardio, cardiopatía isquémica o complicaciones de hipertensión arterial sistémica llegan a generar Insuficiencia Cardíaca (IC), como bien se sabe los padecimientos del corazón son la principal causa de muerte en México, ocasionando 141,619 defunciones por año, de las cuales 75,256 son en hombres y 66, 337 en mujeres, se estima que del 50% de los pacientes que padecen IC después de 5 años de haber sido diagnosticados fallecerán y aproximadamente el 10% de los adultos mayores de 65 años la padecen.¹ Hermes Ibarra Lomeli informó que en el 2021 ocurrieron cerca de un millón 100 mil defunciones por diversas causas, de las cuales 220 mil fueron por enfermedades del corazón.^{1,2}

Cabe mencionar que la IC es el estado fisiopatológico y clínico en el cual el corazón es incapaz de aportar sangre de acuerdo con las necesidades metabólicas. Llega a tener características distintivas como la manera progresiva de la remodelación del miocardio. La IC es el resultado de una disfunción estructural o funcional a nivel cardíaco, generando una incapacidad ventricular. La causa más común es la cardiopatía isquémica, seguida por cardiopatía hipertensiva, además de la diabetes mellitus, siendo esta la comorbilidad de mayor factor de riesgo cardiovascular para el desarrollo de la enfermedad.

Existen numerosas clasificaciones de la insuficiencia cardíaca. Desde el punto de vista fisiopatológico se pueden dividir en IC izquierdo y/o derecho, o bien conforme a su estado de gravedad aguda o crónica o según las características de la Clasificación Funcional de la IC de New York Heart Association (NYHA)³. También se puede clasificar según la fracción de eyección (FE), dividiéndose en dos grandes grupos: IC con FE conservada (>50%) e IC con FE disminuida (<40%).

Esto es debido a las alteraciones de los miocitos que generan una disminución de su capacidad de contracción normal por cambios bioquímicos, pero también se ve comprometido el intersticio, los fibroblastos, el colágeno y la vasculatura coronaria, como en las miocardiopatías idiopáticas o por alteraciones en los mecanismos fisiológicos lo que disminuye la liberación de oxígeno para el miocardio, alterando el funcionamiento celular, ocasionando IC³, debido a esto el corazón trata de mantener su funcionamiento por medio de algunos meca-

nismos básicos: aumento de la precarga y la poscarga, disminución de la contractilidad, hipertrofia ventricular y activación neurohumoral^{3,4}, a través de este proceso y cambios adaptativos se busca mantener la tensión arterial y perfusión periférica adecuada. Los factores psicosociales y conductuales, incluido el estado de ánimo (depresión, ansiedad, enojo y estrés), la personalidad (Tipo A, Tipo D y hostilidad) y el apoyo social se asocian tanto al desarrollo como a la progresión de enfermedad cardiovascular⁵. El término de Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) se refiere al bienestar físico, emocional y social de las personas, así como a la capacidad de estas para desenvolverse y desarrollar actividades de la vida cotidiana⁶. La relación que hay entre la IC y una mala CVRS se basa en la etiología debido a que la enfermedad es multifactorial, cada una de ellas llega a generar un deterioro de la CVRS diferente, teniendo una mayor afectación en la limitación funcional e incluso en los aspectos sociales, psicológicos y espirituales, interfiriendo en el bienestar del paciente, debido a que presentan una enfermedad de base y se les agrega una más, en este caso la IC⁷. El impacto de la IC sobre la CVRS se puede atribuir no solo a enfermedades, sino también a diversos factores, como: edad, sexo, clase funcional de la NYHA, gravedad de la IC y el estado de la salud mental, afectando de manera negativa la vida de los pacientes⁸. Tomando en cuenta que, a diferencia de las enfermedades agudas, las que son denominadas crónicas requieren de mantener una adecuada adherencia terapéutica^{9,10}.

La IC en la actualidad es un problema de salud a nivel mundial, siendo la enfermedad más frecuente de hospitalización o reingreso, y la tercera causa de muerte en aquellas que son derivadas de problemas cardiovasculares en el adulto mayor con una prevalencia del 3,1% del gasto en los servicios de salud¹¹, llegando a presentar un deterioro en la CVRS en comparación con la población en general y con pacientes afectados por otras enfermedades crónicas.

Actualmente la IC se considera una de las principales complicaciones de las enfermedades cardiovasculares, esto se debe al aumento en los factores de riesgo para el desarrollo de la misma, y como consecuencia se ve una disminución en la CVRS. Ferreira de Araújo y cols., hacen mención que la CVRS es una medida que puede cuantificar la percepción de los pacientes sobre la enfermedad, en efectos funcionales y del tratamiento en diferentes aspectos de la vida¹² y Comín-Colet J y cols., se refieren como una medida multidimensional con buena correlación con la gravedad de la enfermedad.¹³

Por lo anterior descrito y dado el vacío en el conocimiento, el objetivo del presente estudio fue evaluar la

Open acces (acceso libre)

calidad de vida tienen los pacientes con Insuficiencia Cardíaca en una institución de alta especialidad de la Ciudad de México.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal sobre la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca de un instituto de alta especialidad de la Ciudad de México.

De una población de $N=2021$, pertenecientes a la Clínica de Insuficiencia Cardíaca de una institución de alta especialidad de la Ciudad de México se seleccionó una muestra de $n=130+10\%=143$ calculado a través de la fórmula para estudios descriptivos con poblaciones finitas considerando un tamaño del efecto del 10%, con una diferencia mínima esperada de 5% y un valor de $Z_{\alpha}(95\%)$ de 1.96. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de IC, ambos sexos, clase Funcional de la NYHA II, III y IV, sin alteraciones cognitivas y que desearon participar libre y voluntariamente. Se eliminaron aquellos pacientes que no completaron el llenado del instrumento a más del 95%.

La recolección de datos se realizó mediante el instrumento llamado Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) validado en población mexicana con un índice de confiabilidad >0.75 , siendo auto aplicable de CVRS y específico para IC, esta compuesto por 23 ítems que componen 6 dimensiones: limitación física ($\alpha=0.90$), síntomas (frecuencia y gravedad) ($\alpha=0.88$), auto eficacia ($\alpha=0.62$), calidad de vida ($\alpha=0.78$) y limitación social ($\alpha=0.86$), opciones de respuesta de los ítems son escala tipo Likert de 1 a 5, 6 o 7 puntos, dependiendo el tipo de dimensión que se esté valorando y la puntuación de sus dimensiones es una gama teórica de 0 a 134, siendo mayor a 70 el mejor estado¹⁴.

Para poder mantener una estandarización en la recolección de datos y limitar el riesgo de sesgo, el investigador aplicó el instrumento considerando la evaluación y dictamen de aprobación del comité de ética en investigación, identificación en el área de consulta externa a los potenciales participantes que cumplieron los criterios de selección y firmaron el consentimiento informado; se les explicó como contestar el instrumento aclarando sus dudas, y una vez concluido se validaron las respuestas y se les agradeció su participación.

Se realizó el análisis de los datos a través del programa estadístico para las ciencias sociales en su versión 17 (SPSS, por sus siglas en inglés), con frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas (sexo, edad, lugar de residencia, escolaridad y calidad de vida), y medidas

de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas (edad); así mismo se realizaron pruebas de estadística inferencial como la de correlación de Pearson, Spearman, prueba t de Student o en su defecto U de Mann Whitney, considerando una significancia estadística de $p<0.05$, donde se compararon las dimensiones del instrumento de calidad de vida y número de hospitalizaciones y visitas a urgencias de los pacientes con IC, tener una correlación entre la edad y la CVRS y el lugar de procedencia y la CVRS.

La presente investigación se considera de riesgo mínimo, debido a que no se realizan intervenciones en el sujeto de estudio con base en la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y bajo el contenido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2019¹⁵, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, que especifica que la investigación científica, clínica, biomédica y biopsicosocial en el ámbito de la salud, son factores determinantes para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general, por lo que no se expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios.

Acorde con lo estipulado en los códigos internacionales en investigación y bioética en lo que refiere a la Declaración de Helsinki¹⁶, y así mismo se otorga el consentimiento informado obteniendo la firma del sujeto, en conformidad a su vez del Código de Núremberg¹⁷, con base a ello se le da la libertad de poder finalizar el estudio en el momento que así lo considere necesario.

RESULTADOS

De acuerdo con los datos sociodemográficos se encontró que la mayoría de los pacientes eran hombres (62.6%) con un promedio de edad de 55.35 ± 14.6 años (IC95% 52.97-57.73); 5.4% analfabeta, el 87.7% tiene una escolaridad básica, el 51% provenía de la CDMX y el resto del interior de la república. El 55.8% no se ha hospitalizado en el último año, 22.4% una vez, 10.2% dos veces y el resto de 3 hasta 7 veces al año. El 63.3% no ha acudido a urgencias, 22.4% una vez, 8.2% dos veces y el resto de 3 hasta 6 veces al año (Tabla 1).

De acuerdo a los datos obtenidos de la dimensión número uno se encontró que tanto el vestirse solo (60.5%), bañarse solo (66%), caminar 1 cuadra (56.5%), arreglar el jardín (48.3%), subir escaleras (35.4%) y correr o trotar (29.3%) en su mayoría se encuentra sin limitaciones; sin embargo, el 10% tienen limitación para poder vestirse, el 10% se encuentran entre extremadamente y bastante limitados para bañarse, el 11% tiene una limitación importante para caminar 1 cuadra, el 15% tienen limitación

Open acces (acceso libre)

para arreglar el jardín, el 20% suelen tener limitación muy importante para subir escaleras y al igual que el 22% para poder correr o trotar.

En la dimensión número dos se hizo referencia a los síntomas tanto a la frecuencia como a la severidad, del primero el edema se presenta < de 1 semana (8.2%), fatiga de 1-2 veces por semana (18.4%), disnea 3 veces por semana (12.9%) y dormir sentado todas las noches (9.5%). Sin embargo, se identificó que el edema se presenta todas las mañanas con un 6.8%, fatiga y disnea se manifiesta siempre en un 7.5% y 6.1% respectivamente y dormir sentado todas las noches con un 9.5%; mientras que, en el segundo, el malestar por el edema suele ser moderadamente (9.5%) pero un 4% entre mucho y bastante, por fatiga el 26.5% y por disnea el 16.3% es poco.

En la tercera dimensión se describió la función social, donde realizar pasatiempos se observó moderadamente limitado (21.1%), al igual que el trabajo (21.8%), visitar a familiares ligeramente limitado (16.3%) y relaciones íntimas frecuentemente limitado (10.9%); sin embargo, el 10% tienen una importante limitación tanto para llevar a cabo pasatiempos, trabajo y visitas a familiares.

Se encontró que en la cuarta dimensión de autoeficacia aquellos que tienen el conocimiento sobre su enfermedad se sienten muy seguros de ello (22.4%) y sobre la prevención de síntomas entienden la mayor parte (25.9%), pero el 15% no están tan seguros de tener el conocimiento sobre su enfermedad y el 6% no suelen entender toda la prevención de los síntomas.

En la quinta dimensión sobre la calidad de vida se encontró que el disfrutar la vida (27.2%) está ligeramente limitado, el 31.3% consideran que si tuvieran que vivir el resto de su vida con IC se sienten casi completamente satisfechos y el 19% no se siente satisfecho y rara vez se sienten deprimidos (21.8%); sin embargo, el 19.7% están bastante limitados para poder disfrutar su vida y el 10% la mayor parte del tiempo se sienten deprimidos.

De acuerdo con la correlación entre la CVRS, sus dimensiones, número de hospitalizaciones y visitas a urgencias se observó que a mayor número de hospitalización ($r=-0.265$, $p=0.000$) y visitas a urgencias ($r=-0.284$, $p=0.000$), disminuye la calidad de vida, relacionándose de manera significativa.

De acuerdo con la comparación de la CVRS y sus dimensiones entre el sexo y el lugar de procedencia se encontró que la calidad de vida es semejante entre hombres y mujeres ($p>0.05$), y con respecto al lugar de procedencia los del Interior de la República suelen tener una mejor calidad de vida a comparación con los de la

CDMX, e incluso considerando sus dimensiones ($t=4.032$, $gl=145$, $p=0.000$).

Se encontró que en la mayoría de los pacientes tienen buena calidad de vida (44.2%), seguido por muy buena calidad de vida (43.5%), no obstante 11% se encuentran entre muy mala y mala.

De acuerdo con la correlación entre la CVRS, sus dimensiones, número de hospitalizaciones y visitas a urgencias se observó que a mayor número de hospitalización ($r=-0.265$, $p=0.000$) y visitas a urgencias ($r=-0.284$, $p=0.000$), disminuye la calidad de vida, relacionándose de manera significativa (**Tabla 2**).

De acuerdo con la comparación de la CVRS y sus dimensiones entre el sexo y el lugar de procedencia se encontró que la calidad de vida es semejante entre hombres y mujeres ($p>0.05$), y con respecto al lugar de procedencia los del Interior de la República suelen tener una mejor calidad de vida a comparación con los de la CDMX, e incluso considerando sus dimensiones ($t=4.032$, $gl=145$, $p=0.000$) (**Tabla 3**).

Se observó que se tiene una mejor CVRS cuando se disminuye el número de hospitalizaciones ($r=0.070$, $p<0.05$) (**Gráfica 1**).

DISCUSIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en México, ocasionan 141,619 defunciones por año, de las cuales 75,256 son en hombres y 66,337 en mujeres¹, actualmente la IC se considera un problema de salud a nivel mundial, esto se debe al aumento en los factores de riesgo cardiovasculares para que se pueda desarrollar, y como consecuencia se ve una disminución en la CVRS. Ferreira de Araújo y cols., hacen mención que la CVRS es una medida que puede cuantificar la percepción de los pacientes sobre la enfermedad, en efectos funcionales y del tratamiento en diferentes aspectos de la vida¹⁸ y Comín-Colet J y cols., se refieren como una medida multidimensional con buena correlación con la gravedad de la enfermedad.

Con respecto al lugar de procedencia se pudo identificar aquellos que viven en la Ciudad de México (51%) y del interior de la República Mexicana (49%), estos últimos suelen tener una mejor CVRS, posiblemente se puede asociar a que los pacientes suelen estar lejos de la unidad de atención, por lo que prefieren incrementar su cuidado para evitar complicaciones o bien, las citas se encuentran más espaciadas entre una y otra, esto se debe a que las visitas constantes a la unidad de salud aumentan un gasto económico extra que no está

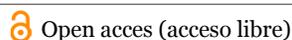


Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pacientes con Insuficiencia Cardiaca.

	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Fr</i>	<i>%</i>
Sexo				
<i>Hombre</i>			92	62.6
<i>Mujer</i>			55	37.4
Edad	55.35	14.60		
Escolaridad				
<i>Analfabeta</i>			8	5.4
<i>Primaria incompleta</i>			18	12.2
<i>Primaria completa</i>			29	19.7
<i>Secundaria incompleta</i>			26	17.7
<i>Secundaria completa</i>			11	7.5
<i>Preparatoria incompleta</i>			15	10.2
<i>Preparatoria completa</i>			22	15.0
<i>Carrera técnica</i>			8	5.4
<i>Licenciatura incompleta</i>			2	1.4
<i>Licenciatura completa</i>			7	4.8
<i>Posgrado</i>			1	0.7
Lugar de Procedencia				
<i>CDMX</i>			75	51
<i>Interior de la República</i>			72	49
Número de hospitalizaciones				
0				
1			82	55.8
2			33	22.4
3			15	10.2
4			11	7.5
5			1	0.7
6			4	2.7
7			1	0.7
Visitas a urgencias				
0			93	63.3
1			33	22.4
2			12	8.2
3			6	4.1
5			2	1.4
6			1	0.7

contemplado.

El deterioro de la CVRS de los pacientes con IC se refleja en las dimensiones sobre la limitación funcional, y no solo en aspectos biológicos, sino también sociales, psicológicos e incluso hasta la parte espiritual de los pacientes, donde se llega a incluir el autocuidado.

De acuerdo con el estudio se realizó la comparación de la CVRS y sus dimensiones entre la variable de sexo donde se encontró que es semejante tanto en hombres y mujeres, esto se puede asociar a que cuentan con una red de apoyo; por lo tanto, el cuidador primario al igual que el paciente tienen que estar bien informados sobre la enfermedad y la adherencia terapéutica.

Open acces (acceso libre)

En el presente estudio se puede observar que a mayor número de hospitalizaciones es menor la CVRS en los pacientes con IC, datos que coinciden con el estudio de Comín-Colet y cols., donde las hospitalizaciones suele ser un factor directo y determinante para la afección de la misma¹³. El profesional de enfermería deberá considerar que el aumento en la manifestación de síntomas como la presencia de edema, aumento de peso, perímetro abdominal y presión arterial, fatiga y disnea, son una de las principales limitantes en los pacientes y se pueden presentar debido a una mala adherencia terapéutica (farmacológica y no farmacológica) o bien por falta de una adecuada red de apoyo social, que en muchos de los casos son los responsables de coadyuvar con el paciente en el cumplimiento del control de la IC.

Desde este punto de vista de enfermería, es de gran interés brindar intervenciones basadas en la evidencia científica para poder modificar los hábitos y estilos de vida, orientación en la adherencia terapéutica, identificación de factores de riesgo y desarrollo de complicaciones, y valorar constantemente la calidad de vida de los pacientes, esto tiene que incluir las limitaciones físicas, autoeficacia, psicológica, etc.

Los factores psicosociales y conductuales, incluido el estado de ánimo como la depresión, ansiedad, enojo y estrés, el tipo de personalidad, ya sea tipo A o tipo D y el apoyo social se asocian tanto al desarrollo como a la progresión de enfermedad cardiovascular. La depresión se encuentra presente entre el 17 y 37% de los pacientes que son diagnosticados con IC, generando altos costos para la salud pública, cabe mencionar que aquellas personas que son diagnosticadas con depresión presentan un incremento 4 veces mayor en términos de mortalidad

comparado con aquellos que no la presentan¹⁹. Esto se vio reflejado en nuestro estudio ya que uno de cada 10 suelen sentirse la mayor parte del tiempo deprimidos; no obstante, la mayoría de los pacientes de la clínica disfrutaban de la vida, se sienten satisfechos y ligeramente limitados. Estos resultados deberán ser considerados por el profesional de enfermería quien a través de las intervenciones basadas en la evidencia científica valora e identifica oportunamente la presencia de depresión, solicitar la interconsulta con el servicio de psicología, tomando en cuenta los grupos de apoyo y red social.

Los estudios en IC que se han basado en las últimas décadas van encaminados en los efectos de dicha enfermedad, rehospitalizaciones, calidad de vida y costos para la salud pública, pero se ha dejado de lado los factores psicosociales como la depresión, la cual tendría un alto impacto nocivo sobre los pacientes.¹⁹

Con base a lo anterior se llega a coincidir con Ting-Yu y cols.,²⁰ ya que describen que al reducir la incertidumbre y los síntomas depresivos mejoraría la CVRS en pacientes con IC, por lo que el personal de salud debería de realizar intervenciones sistemáticas para ayudar a los pacientes con IC a controlar los síntomas de la enfermedad, aliviar o reducir la incertidumbre y la depresión y mejorar la CVRS.

Esta investigación de igual manera concluyó que no existe diferencia en la CVRS de acuerdo a la edad y el sexo por lo que coincide con Arriaga²¹, ya que la calidad de vida en pacientes con IC mejora a menor edad, mayor grado de escolaridad, ser hombre y tener menor IMC. Esto es debido a que la población en su mayoría son aún adultos maduros, que son responsables sobre su en-

Tabla 2. Correlación de la CVRS con las diferentes dimensiones, número de hospitalizaciones y visitas a urgencia.

	CVRS	Limitación física	Síntomas	Función social	Autoeficacia	CV	Número de Hospitalizaciones	Urgencias
CVRS	1	0.822**	0.927**	0.789**	0.399*	0.753**	-0.265**	-0.284**
Limitación física		1	0.746**	0.626**	0.218**	0.607**	-0.229**	-0.307**
Síntomas			1	0.609**	0.355*	0.663**	-0.234**	-0.395**
Función social				1	0.249**	0.503**	-0.229**	-0.262**
Autoeficacia					1	0.199*	-0.015	-0.017
CV						1	-0.292**	-0.405**
Hospitalizaciones							1	0.517**
Urgencias								1

Prueba Pearson *p<0.05, **p<0.01



Tabla 3. Comparación de la CVRS y sus dimensiones entre el sexo y el lugar de procedencia.

	Sexo		Lugar de procedencia	
	Hombre X±DE	Mujer X±DE	CDMX X±DE	Interior de la Republica X±DE
CVRS	68.81±15.33	67.81±15.50	63.63±16.35	73.35±12.53**
Limitación física	69.50±17.62	66.31±17.03	63.44±18.27	73.37±14.98**
Síntomas	80.67±21.06	79.89±19.87	75.09±21.88	85.89±17.60**
Función social	59.82±21.12	60.60±21.82	55.00±21.93	65.45±19.41**
Autoeficacia	84.23±18.70	83.63±18.98	79.06±20.14	89.16±15.72**
Calidad de vida	69.05±20.38	69.69±20.27	64.53±21.34	74.25±17.94**

Prueba T de Studen, *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001; DE= desviación estándar

fermedad y su adherencia al tratamiento, tienen mayor conocimiento por comprender mejor la información que le proporcionan en la Clínica de IC y buscan mayor información, llevando a cabo un seguimiento sobre el control de su enfermedad; esto se ve reflejado en la disminución de la limitación física y función social como parte de una mejor CVRS.

El personal de enfermería influye de manera directa en el autocuidado de los pacientes con IC y esto llevará a una buena CVRS, por lo que se deben de implementar intervenciones de enfermería junto con todo el personal multidisciplinario como trabajo social, nutrición, psicología, médico cardiólogo, etc. Enfermería suele comenzar a tener contacto con el paciente desde que se encuentra hospitalizado con la finalidad de generar un vínculo de confianza y así favorecer el cuidado; reforzando las actividades en el plan de alta donde se proporciona educación y orientación sobre el tratamiento farmacológico, la actividad física, la consulta en la clínica de IC, el tipo de alimentación, los signos de alarma o en qué momento debe de acudir a urgencias, entre otros, pero sería importante incrementar el uso del carnet para el tratamiento farmacológico por parte de enfermería esto con la finalidad de incrementar la adherencia terapéutica e igual que hacer mayor divulgación de la aplicación (Cardio Enlace), la tecnología ayudará a tener un mayor control de aquellos pacientes que se encuentran lejos del Instituto.

De igual manera la implementación de una clínica de día favorecerá a que disminuyan las hospitalizaciones, ya que se atendería de manera oportuna y objetiva con respecto a lo que el paciente está presentando en el momento, y así se estarían evitando diversas complicaciones.

Es importante que no solo se implemente en un tercer nivel de atención, si no establecer un enlace con un pri-

mer nivel por la cercanía que tienen y podrían colaborar en la identificación de signos y síntomas de alarma, mantener la educación al paciente lo cual favorecería la disfunción de gastos en salud.

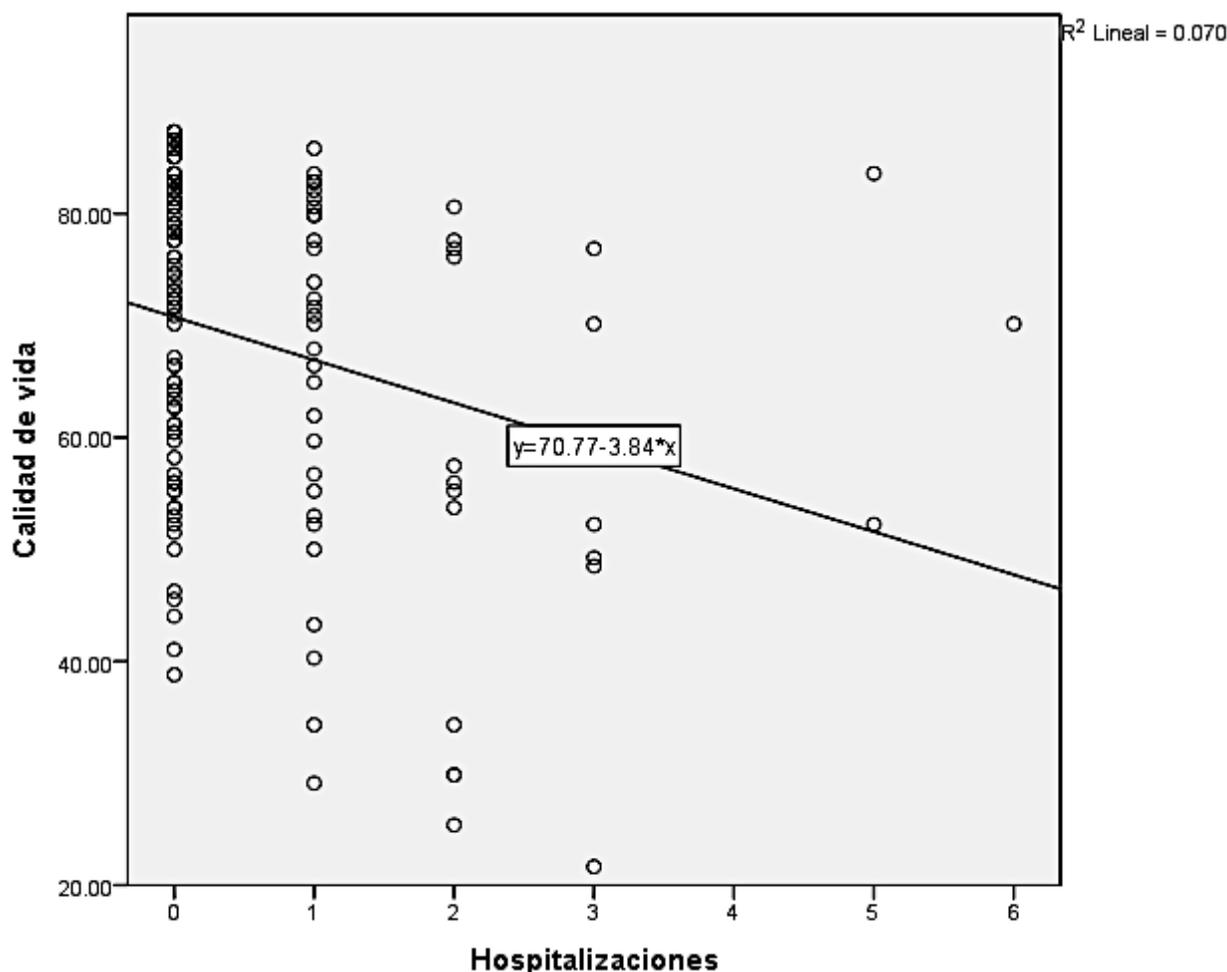
CONCLUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede concluir que los pacientes con IC en una institución de alta especialidad, suelen tener una buena a muy buena CVRS, por lo que se identificó que a menor número de hospitalizaciones y visitas a urgencias suele mejorar su CV, por lo que está se relaciona de manera significativa con el lugar de procedencia, teniendo una mejor calidad de vida aquellos pacientes del interior de la República Mexicana; sin embargo, uno de cada 10 personas tienen mala CV, por lo que es de gran relevancia la planeación, aplicación y evaluación de intervenciones basadas en la evidencia, donde se permita identificar aquellas alteraciones en la limitación funcional, psicológicas, autoeficacia, entre otros.

El personal de enfermería debe de cumplir con las 4 funciones primordiales; las cuales son la parte administrativa, asistencial, de investigación y docencia, siendo esta última la que influye de manera directa en el autocuidado de los pacientes con IC y esto los llevará a una buena CVRS.

Las intervenciones de enfermería se deben de basar en la evidencia científica, es por ello que el personal debe de abordar al paciente desde que se encuentra en el área hospitalaria para así generar un vínculo de confianza y esto favorecerá el cuidado y la CVRS. Con base a lo anterior se proponen estrategias para mantener e incrementar la calidad de vida: A) Plan de alta individualizado, donde se deba dar seguimiento en la clínica de insuficiencia cardiaca, aclarando y resolviendo aquellas dudas que los pacientes suelen tener y no fueron aclara-

Open acces (acceso libre)



Gráfica 1. Correlación de la CVRS y el número de hospitalizaciones.

radas durante el tiempo que permanecieron hospitalizados. B) Implementación de carnet de enfermería en el tratamiento farmacológico, para favorecer la adherencia terapéutica, el autocuidado (peso, talla, presión arterial, perímetro abdominal, edema). C) Mantener una estrecha relación con el equipo multidisciplinario, (trabajo social, psicología, nutrición, médico cardiólogo, enfermería, etc), para favorecer e incrementar la CVRS, por lo que la formación del vínculo que se llega a generar entre el personal de salud ayudará a la implementación y aplicación de intervenciones, donde se pretende informar al paciente y a su cuidador primario por medio de herramientas (videos, trípticos, guía de insuficiencia cardíaca para el paciente, entre otras) que favorecen al cuidado. D) Implementar un seguimiento en los diferentes puntos de las diversas unidades de salud donde se debe de incluir desde el primer y segundo nivel de atención, favoreciendo la accesibilidad, este tipo de intervenciones de enfermería ayudarán a que el paciente acuda de manera oportuna cuando comiencen a mani-

festarse los signos de alarma y así evitar que llegue a un tercer nivel de atención con múltiples complicaciones. Sería conveniente y oportuno una comunicación entre los tres niveles de atención, donde cada uno pueda ver el expediente del paciente de manera electrónica y darle el seguimiento oportuno, informar al médico cardiólogo correspondiente y tomar las medidas necesarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Características de las Defunciones Registradas en México. Comunicado de prensa número 525/18. México 2018. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>
2. Secretaría de Salud, Cada año, 220 mil personas fallecen debido a enfermedades del corazón. Nacional;2022 [actualizado 28 de septiembre de 2022; citado 20 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/490-cada-ano-220->



- [mil-personas-fallecen-debido-a-enfermedades-del-corazon.](#)
3. OPS. Detener La Epidemia Mundial de Enfermedades Crónicas. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2008[citado 28 de Febrero del 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/OPS-Detener-epidemia-mundial-EC-2006.pdf>
 4. Montijano CAM, Castilla CA. Insuficiencia Cardiaca. Hospital Clínico-Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. [Internet] 2012[citado 28 de febrero del 2021] Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/insucar.pdf>
 5. Patrick J, James AS. Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. Rev Esp Cardiol. 2011;64(10):924-933.
 6. Ruiz M, Pairdo A. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. Pharmacoconomics-Spanish Research Articles [Internet] 2005[citado 28 de febrero del 2021];2(1):31-43. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/231315825_Calidad_de_vida_relacionada_con_la_salud_Definicion_y_utilizacion_en_la_practica_medica
 7. De León DLEA. Factores asociados con la falla terapéutica de losartán en pacientes con insuficiencia cardiaca. Rev Mex Cardiol, 2018;29(s4):173-328.
 8. Pelegrino VV, Dantas RAS, Clark AM. Determinantes de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes atendidos en ambulatorios con insuficiencia cardiaca. Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011[citado 14 de octubre del 2020]; 19(3):1-7. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_02.pdf
 9. Orea-Tejeda, Jiménez-Dias VA. Reunión Científica SMC/ESC. México 2015
 10. López CJ, Cid CL, Fernández RV, Almazán OR. Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardiaca mediante el cuestionario genérico SF-36. Rev Calid Asist [Internet] 2013[citado 28 de febrero del 2021];28(6):355-360. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X-1300078X>
 11. Rodríguez-Artalejo F, Banegas BJR, Guallar-Castillón. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca. Rev Esp Cardiol, 2004;57(2):163-170
 12. Ferreira de Araújo PL, de Araújo MC, Martins ASM, Muniz SBSM, de Oliveira JW, Araújo SMB. Quality of life related to health for heart failure patients. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [citado 31 de Agosto del 2020];72(Suppl 2):140-146.
 13. Comín-Colet J, Anguita M, Formiga F, SImenar L, Crespo-Leiro MG, et al. Calidad de Vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica sistólica en España: resultados del estudio VIDA-IC. Rev Rsp Cardiol [Internet]. 2016 [citado 31 de Agosto del 2020]; 69(3):256-271. Disponible en: <https://www.revespcardi.org/es-calidad-vida-relacionada-con-salud-articulo-S0300893215005345>
 14. Ramos B, Figueroa C, Alcocer L, Ricón S. Validación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardiaca. En-clav del pensamiento [Internet] 2011[citado 29 de Junio del 2023];5(10):173-189. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870879X2011000200010
 15. Secretaría de Gobernación [Internet]. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3- 2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, 5 de noviembre del 2009 Diario Oficial de la Federación. [citado 28 de septiembre del 2020] Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148 &fecha=04/01/2013
 16. CONAMED. Declaración de Helsinki [Internet]. México: Comisión Nacional de Bioética; [citado 28 de septiembre del 2020]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
 17. Comité de Bioética de México [Internet] Código de Nuremberg; [citado 28 de septiembre del 2020]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL_Cod_Nuremberg.pdf
 18. Ferreira de Araújo PL, de Araújo MC, Martins ASM, Muniz SBSM, de Oliveira JW, Araújo SMB. Quality of life related to health for heart failure patients. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [citado 31 de agosto del 2020] ;72(Suppl 2):140-146.
 19. Bichara VM, Santillán J, De Rosa R, Estofan L. Depresión en insuficiencia cardíaca crónica: causa o consecuencia. Insuf Card [Internet] 2016[citado 3 de mayo del 2022];111(4):173-200. Disponible en: http://www.insuficienciacardiaca.org/pdf/v11n4_16_173Depresion-Bichara.pdf
 20. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJV, Ponikowski P, et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2008 [citado 28 de febrero del 2021]; 61(12):1-70. Disponible en: <http://secardiologia.es/images/stories/documentos/guia-icc.pdf>
 21. Arriaga SI. Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Cardiaca. Tesis para obtener título de Médico especialista en medicina familiar [Internet] 2019.