



FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES
AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA
CRONICA

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
FISIOTERAPIA CARDIORESPIRATORIA

AUTORA

Gózar De La Cruz Rosario Paola

ASESOR

Parra Reyes Belkis David

JURADOS

Medina Espinoza Regina

Zuzunaga Infantes Flor de Maria

Carrillo Villalba Walter Leopoldo

Lima – Perú

2019

**CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON
INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA DEL HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DURANTE EL PERIODO ENERO -
DICIEMBRE 2018**

AUTORA

LIC. GÓZAR DE LA CRUZ, ROSARIO PAOLA

ASESOR

DR. PARRA REYES, BELKIS DAVID

DEDICATORIA:

Con mucho amor a toda mi familia, A Manuelito, a mi padre Raúl y a mis hermanos Raúl, Denis y Magui que han estado en todo momento durante mi formación, por su apoyo y paciencia.

AGRADECIMIENTO:

Gracias a Dios y a la Santísima Virgen María por darme vida y salud para seguir cada día, gracias a mi amada madre, Magdalena, por su amor infinito, su apoyo incondicional, su paciencia y su esfuerzo durante estos años.

A mi hija, María Fe, que siendo tan pequeñita es el motor que me impulsa a seguir por mi camino de sueños e ilusiones.

A mis profesores de la Universidad Nacional Federico Villarreal, especialmente a Lic. Antonio Panta, que Dios lo tenga en su gloria, por ser mi mejor referente, enseñarme lo hermoso del mundo de la fisioterapia cardiorespiratoria y a todas las personas que han contribuido para poder culminar mi presente tesis, para todos ellos mis especial gratitud.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	vi
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Descripción y formulación del problema	11
1.2. Antecedentes	17
1.3. Objetivos: General y Específicos	27
1.4. Justificación	27
1.5. Hipótesis	29
II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.	30
2.1.1. Insuficiencia cardíaca y sus interfaces	30
2.1.2. Calidad de vida general relacionada a la salud	35
2.1.3. Impacto de la insuficiencia cardíaca crónica (ICC) en la calidad de vida relacionada a la salud	43

2.2. Definición de términos relacionados al tema	49
--	----

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación	51
----------------------------	----

3.2. Ámbito temporal y espacial	51
---------------------------------	----

3.3. Variables	52
----------------	----

3.4. Población y muestra	55
--------------------------	----

3.5. Instrumentos	56
-------------------	----

3.6. Procedimientos	59
---------------------	----

3.7. Análisis de datos	60
------------------------	----

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados referentes a las características Socioeconómicas de los pacientes con ICC	62
--	----

4.2. Resultados referentes al perfil clínico de pacientes con ICC	64
---	----

4.3. Resultados referentes al cuestionario EQ-5D-3L en los pacientes con ICC	67
--	----

4.4. Resultados referentes a las características del cuestionario MLHFQ en pacientes con ICC	69
---	----

4.5. Resultados sobre la correlación entre MLHFQ y las variables socio- económicas y clínicas de los pacientes con ICC.	70
--	----

4.6. Resultados sobre la correlación entre el MLHFQ y el EQ-5D-3L en los	
--	--

pacientes con ICC.	71
V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.	72
VI. CONCLUSIONES.	84
VII. RECOMENDACIONES.	85
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	86
IX. ANEXOS	92
Anexo 1 - Consentimiento informado	93
Anexo 2 - Cuestionario clínico y socioeconómico	94
Anexo 3 - Cuestionario de Salud – EQ-5D-3L	95
Anexo 4 - <i>Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire</i> – MLHFQ	97

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en los pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca crónica (ICC) del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) durante el periodo Enero - Diciembre 2018. **Método:** El presente estudio fue de naturaleza cuantitativa de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal y diseño no experimental; la muestra estuvo constituida por 63 pacientes con Insuficiencia cardiaca crónica que acuden al Departamento de Cardiología del HNGAI. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de caracterización Clínica y Socioeconómica, *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ), Cuestionario de Salud Euroqol-EQ-5D-3L. **Resultados:** de los sujetos evaluados el sexo predominante fue masculino (53,39%), edad media de 63 (\pm 11,42) años. La Clase Funcional NYHA II fue la más encontrada (44,45%) de etiología hipertensiva (33,34%). El MLHFQ evidenció un impacto negativo de la IC bajo la CVRS, con una puntuación de 23,53 (\pm 9,59) en el dominio físico, 11,89 (\pm 4,83) puntos en el dominio emocional y 15,12 (\pm 6,00) puntos en el dominio general, así como una puntuación total de 50,54 (\pm 18,50) puntos. El cuestionario EQ-5D-3L demostró que pacientes con IC tienen algún problema en la movilidad (44,45%), problemas en el cuidado personal (28,57%), problemas moderados en la realización de actividades habituales (52,57%), dolor y malestar moderado (50,80%) a graves (25,40%), y extremadamente ansiosos o deprimidos (34,92%). La correlación entre edad y dominio físico del MLHFQ fue débil ($r = 0,153$), así como la puntuación total ($r = 0,134$), pero significantes ($p < 0,05$). La renta individual obtuvo correlación negativa, débil y significativa con el dominio físico ($r = -0,179$, $p < 0,01$) y total ($r = -0,132$; $p < 0,05$) del instrumento. La correlación entre CVRS general (EQ-5D-3L) y específica (MLHFQ) para ICC fueron de moderadas a fuertes, positivas y todas con valor de $p < 0,01$. **Conclusión:** La ICC impactó negativamente los puntajes de CVRS general y específica. Las acciones de atención a la salud

necesitan ser desarrolladas en esta población, a fin de optimizar la CVRS, la cual tiene impacto directo en los resultados clínicos y terapéuticos.

Palabras clave: *Cardiología; Insuficiencia cardíaca; Calidad de vida.*

ABSTRACT

Objective: To determine the quality of life related to health (HRQoL) in outpatients with chronic heart failure (CHF) of the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital (HNGAI) during the period January - December 2018. **Method:** The present study was of a nature quantitative descriptive, prospective cross-sectional and non-experimental design; the sample consisted of 63 patients with chronic heart failure who go to the Department of Cardiology of the HNGAI. The instruments used were: Clinical and Socioeconomic Characterization Questionnaire, Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), Health Questionnaire Euroqol-EQ-5D-3L. **Results:** of the subjects evaluated, the predominant sex was male (53.39%), mean age 63 (\pm 11.42) years. The NYHA Functional Class II was the most found (44.45%) of hypertensive etiology (33.34%). The MLHFQ showed a negative impact of HF under HRQoL, with a score of 23.53 (\pm 9.59) in the physical domain, 11.89 (\pm 4.83) points in the emotional domain and 15.12 (\pm 6.00) points in the general domain, as well as a total score of 50.54 (\pm 18.50) points. The EQ-5D-3L questionnaire showed that patients with HF have some problem in mobility (44.45%), problems in personal care (28.57%), moderate problems in carrying out usual activities (52.57%), pain and discomfort moderate (50.80%) to severe (25.40%), and extremely anxious or depressed (34.92%). The correlation between age and physical domain of the MLHFQ was weak ($r = 0.153$), as well as the total score ($r = 0.134$), but significant ($p < 0.05$). The individual income obtained a negative, weak and significant correlation with the physical domain ($r = -0.179$, $p < 0.01$) and total ($r = -0.132$; $p < 0.05$) of the instrument. The correlation between general (EQ-5D-3L) and specific (MLHFQ) HRQoL for CHF was moderate to strong, positive and all with p value < 0.01 . **Conclusion:** CCI negatively impacted the general and specific HRQoL scores.

Health care actions need to be developed in this population, in order to optimize HRQOL, which has a direct impact on clinical and therapeutic outcomes.

Keywords: Cardiology; Heart failure; Quality of life

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados y en desarrollo. Esto se debe a una mayor esperanza de vida, menores tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y cambios en el estilo de vida y los hábitos. Entre las enfermedades cardiovasculares, se destaca la insuficiencia cardíaca (IC), ya que es un síndrome clínico complejo de carácter sistémico, definido como disfunción cardíaca que causa un suministro inadecuado de sangre para satisfacer las necesidades metabólicas de los tejidos, en presencia de un retorno venoso normal, o para hacerlo solo a altas presiones de llenado. Los cambios hemodinámicos que se encuentran comúnmente en la insuficiencia cardíaca implican una respuesta inadecuada del gasto cardíaco y un aumento de las presiones sistémicas pulmonares y venosas. La IC es un reto clínico actual en salud porque es un problema epidémico en progreso. En Brasil, predomina la IC de etiología isquémica asociada a la hipertensión arterial. En ciertas regiones geográficas del país y en áreas con condiciones socioeconómicas bajas, todavía hay formas de insuficiencia cardíaca asociada con la enfermedad de fibrosis endomiocárdica y la enfermedad cardíaca valvular reumática crónica, que son situaciones especiales de insuficiencia cardíaca en nuestro país (BOCHI, et al., 2012). La New York Heart Association (NYHA) clasifica la insuficiencia cardíaca según el grado de limitación impuesto por la enfermedad para las actividades diarias de un individuo. Cuanto más avanzada esté la enfermedad, más síntomas estarán presentes en las actividades diarias, lo que llevará a una disminución en la calidad de vida (DARGIE et al., 2007). La disnea y el cansancio son los principales síntomas responsables de la disminución de la calidad de vida y, en consecuencia, de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La calidad de vida es la percepción que tiene una persona de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de

valores en el que vive y en relación con sus metas, expectativas y preocupaciones (FLECK, 2008). La CVRS se describió como el valor atribuido a la vida, ponderado por el deterioro funcional. El cambio en la CVRS de los pacientes con IC se desencadena por cambios en el estilo de vida, cambios en la dieta y la dieta, reajuste para realizar tareas diarias, revisión del rendimiento sexual, así como convivir con los efectos secundarios de la terapia con medicamentos y una posible hospitalización. recurrente, interfiriendo con su autonomía 20. Actualmente, la CVRS es un tema inevitable y se ha convertido en una herramienta estratégica en el tratamiento y la atención brindada a los pacientes (AGUIAR, et al., 2008). La evaluación del impacto de la IC en la CVRS de los individuos puede proporcionar información valiosa sobre la orientación terapéutica. Con los avances tecnológicos hemos visto la introducción de una amplia gama de nuevos dispositivos y terapias farmacológicas que han contribuido enormemente a aliviar el sufrimiento y prolongar la vida. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que no solo la cantidad de vida sino también su calidad es relevante en la conducta terapéutica y las perspectivas en la vida del paciente.

1.1. Descripción y formulación del problema

Se define a la insuficiencia cardiaca (IC) como un síndrome con múltiples etiologías, que en el presente ha llegado a incrementar sus cifras de manera sustancial (0,2 – 0,4% en la población general y en un 17% en adultos mayores de 70 años)

Este síndrome crónico es básicamente el resultado de un trastorno cardíaco, en cuanto a su estructura y/o funcionalidad, que degenera progresivamente la capacidad del ventrículo izquierdo para poder llenarse y eyectar el volumen de sangre necesario para suministrar la demanda metabólica del organismo.

Se evidencia en el individuo con una sensación de cansancio, dificultad respiratoria y edema evidente en casos no controlados, que limitan la capacidad del individuo para desarrollar las actividades cotidianas básicas como caminar, realizar trabajos de moderado hasta bajo esfuerzo en sus etapas más tardías, limitan su actividad sexual, su ingesta alimenticia se ve modificada, y pérdida de su independencia, así como el aumento de ingresos hospitalarios (Aguirre, J. et al. 2009)

La IC trae consigo una carga social y económica, con efectos en la calidad de vida y marcado deterioro en quienes la padecen, lo que hace que el interés por controlarla sea mayor a nivel multidisciplinario.

En estos tiempos la calidad de vida de los pacientes con IC es un objetivo importante como lo es la disminución de la mortalidad, los ingresos hospitalarios, y mejora de la función cardíaca. Existen test específicos para poder cuantificar la CV en el paciente y con esto determinar posibles ingresos hospitalarios y decesos. La CV ayuda a poder abordar al paciente poniendo énfasis en las áreas más deficientes y tratándolo de una manera más individualizada (Etxeberria-Leukona, D. 2007).

En el ámbito nacional, la IC va desde el 1% de la población general aumentando con prevalencia a mayores grupos etarios.

La IC tiene un peor pronóstico al compararlo con muchas neoplasias, y se ha podido observar que su evolución clínica no es una constante, ya que se caracteriza por continuas visitas a emergencia y baja calidad de vida.

En Lima, específicamente en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, se ha podido identificar hasta la actualidad más de 100 casos de pacientes con IC, que llegan al hospital por emergencia con un cuadro de signos y síntomas activos, en donde se

evidencia el pobre control y la poca educación del paciente para poder sobrellevar o convivir de manera digna con su enfermedad.

Ante este problema se agrupó pacientes diagnosticados con IC, pacientes ambulatorios, con ingresos a hospitalización por emergencia, y con un déficit educativo en lo que respecta a su enfermedad, razón por la cual se reunió a un grupo multidisciplinario de profesionales, con la finalidad de poder apoyar a este grupo, mediante citas en donde se evalúa la evolución del paciente, ajustando sus tratamiento farmacológico, impartiendo charlas educativas de nutrición, enfermería, fisioterapia cardiorespiratoria, psicología, midiendo su capacidad mediante pruebas específicas.

Con respecto al aspecto epidemiológico de este problema, la Organización Mundial de la Salud (OMS), informó que las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte en el mundo entero, habiendo causado 38 millones (el 68%) de los 56 millones de defunciones registradas en 2012. Más del 40% de ellas (16 millones) fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad. Casi las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT (28 millones) y la mayoría de los fallecimientos prematuros (el 82%) se produjeron en países de ingresos bajos y medios. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,7 millones cada año), seguidas del cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones).

En el año 2013, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó nueve metas mundiales concretas de cumplimiento voluntario para el 2025, que ponen de relieve la importancia de que los países otorguen carácter prioritario a las intervenciones destinadas a reducir el uso nocivo de alcohol, la actividad física insuficiente, la ingesta de sal o sodio, el consumo de tabaco y la hipertensión; detener el aumento de la obesidad y la diabetes, y

mejorar la cobertura de tratamiento para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares y el acceso a tecnologías básicas y medicamentos.

Además aprobó un conjunto de acciones organizadas en torno al Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 que, aplicado de forma colectiva por los Estados Miembros, los asociados internacionales y la OMS, ayudará a cumplir los compromisos contraídos por los líderes mundiales en septiembre del 2011.

Por ejemplo, en España se producen cerca de 80.000 ingresos hospitalarios por IC cada año, y es la tercera causa de muerte cardiovascular de compromiso, por detrás de la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular.

La IC es un trastorno progresivo y letal, aún con tratamiento adecuado. La supervivencia es del 50% a los 5 años del diagnóstico, por lo que no es mejor que la de muchos cánceres.

Las tasas de IC están aumentando en Estados Unidos, según un nuevo informe de la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association, AHA).

La enfermedad cardíaca sigue siendo la principal causa de muerte en Estados Unidos, aunque la tasa de mortalidad por la enfermedad cardíaca está disminuyendo.

La cantidad de adultos estadounidenses con IC, aumentó en 800,000 casos a lo largo de cinco años, los motivos de la creciente cantidad de estadounidenses con IC incluyen una población que envejece y una cantidad creciente de supervivientes a un ataque cardíaco, que están en un riesgo más elevado de IC.

En las últimas décadas, la prevalencia y las hospitalizaciones por IC han aumentado de manera considerable en los países desarrollados. Se espera que su frecuencia siga creciendo en los próximos años, dado que no se han producido descensos apreciables en

su incidencia; sin embargo, su supervivencia está mejorando gracias a la disponibilidad de mejores tratamientos.

En el Perú, la coordinadora de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles del Ministerio de Salud (MINSA) refiere que las enfermedades cardiovasculares se encuentran entre las tres primeras causas de mortalidad en el país, los ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas e IC son las más frecuentes.

En el ámbito local, una de las enfermedades cardíacas de mayor prevalencia es la IC, que afecta a cerca de 400 mil peruanos.

Según datos del estudio de la carga de la enfermedad por condiciones cardíacas realizado por la consultora Deloitte, más de 2.000 peruanos murieron por causa de la IC en 2015. Además, la enfermedad tuvo un impacto económico importante para el país, ya que generó un costo de cerca de 970 millones de soles y una pérdida de productividad que es 1,5 veces más alta que en el resto de la región.

Mantener la supervivencia para la mayoría de pacientes que viven con enfermedades crónicas y progresivas, es tan importante como mantener una buena calidad de vida.

Las personas con IC han cambiado marcadamente la calidad de vida en comparación con otras enfermedades crónicas, así como con una población sana.

La calidad de vida refleja el impacto multidimensional de una condición clínica y su tratamiento en la vida diaria de los pacientes. Los pacientes con IC experimentan diversos síntomas físicos y emocionales, como disnea, fatiga, edema, dificultades para dormir, depresión y dolor de pecho. Estos síntomas limitan las actividades físicas y sociales diarias de los pacientes y resultan en una pobre calidad de vida.

La pobre calidad de vida está relacionada con altas tasas de hospitalización y mortalidad. Por lo tanto, la calidad de vida en pacientes con IC debe evaluarse adecuadamente para determinar su impacto en la vida diaria de los pacientes.

La calidad de vida es subjetiva y no refleja simplemente un estado clínico o fisiológico objetivo. Refleja las percepciones subjetivas de los pacientes sobre el impacto de una condición clínica en sus vidas.

Actualmente en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, en el departamento de cardiología, especialistas en el tema está mostrando mayor interés hacia los pacientes con IC, a fin de prevenir mayores complicaciones y mejorar o mantener una óptima calidad de vida. Es este contexto, el que me lleva a cuestionarme, cuál es la repercusión que tendrá la IC crónica en la calidad de vida de los pacientes en calidad de ambulatorios del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, para describir o determinar la calidad de vida a través del cuestionario MLHFQ y de esta forma encontrar los puntos más débiles para poder aplicar acciones dirigidas a fortalecer, y poder apoyar al paciente a sobrellevar su enfermedad.

1.1.1. Pregunta general

¿Cuál es la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en los pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca crónica (ICC) del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 2018?

1.1.2. Preguntas específicas.

- ¿Cuál es el perfil clínico y socioeconómico de pacientes portadores de insuficiencia cardiaca crónica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 2018?

- ¿Cuál es la calidad de vida relacionada a la salud general y específica en pacientes portadores de Insuficiencia cardíaca crónica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 2018?
- ¿Cuál es la correlación entre los resultados de la calidad de vida relacionada a la salud general y específica para la pacientes portadores de insuficiencia cardíaca crónica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 2018?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales.

Gaspar y Valverde, en el año 2016, en su trabajo “Factores de riesgo en la evolución y mortalidad de la Insuficiencia Cardíaca en el Adulto Mayor” presentado a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener, tienen como objetivo determinar los factores de riesgo en la evolución y mortalidad de la insuficiencia cardíaca en el adulto mayor, para lo cual realizaron una Revisión Sistemática observacional y retrospectivo, restringiendo su búsqueda a artículos con texto completo, y los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando la evaluación de Jover para identificar su grado de evidencia. Resultando que en la selección definitiva se eligieron 11 artículos, encontramos que el 73% (8) corresponden a España, con un 9% (01) son de Brasil, Colombia y Argentina respectivamente. De los cuales 50% son estudios transversales analíticos del total de los estudios analizados el 80% afirma que los factores de riesgo en la evolución y mortalidad en la insuficiencia cardíaca en el adulto mayor son hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo y obesidad mientras el 20% son estilos de vida,

dislipidemia, farmacológico, edad, sexo y ansiedad que afecta negativamente a los pacientes.

Para Vallés T, en su tesis “Calidad de vida en pacientes que asisten al Programa de Rehabilitación Cardíaca en el Hospital Militar Central 2016” en su tesis presentada a la Facultad de Medicina E.A.P de Tecnología Médica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 35 pacientes. Se empleó el cuestionario sobre la calidad de vida SF-36. La estadística descriptiva utilizada consistió en frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), y medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar), dando resultados que la edad promedio de los pacientes fue 66,9 años, la mayoría eran adultos mayores (77,1%), del sexo masculino (88,6%), casados (74,3%), con estudios superiores (60%) procedentes de los distritos de Surco (17,1%), Lima (17,1%) y San Borja (17,1%). La mayoría presentó IMC normal (57,1%), sufría enfermedad coronaria (62,9%), hipertensión arterial (62,9%), llevaba un tratamiento médico farmacológico o se le había realizado intervención con angioplastia (45,7%). El 57,1% presentó calidad de vida regular, en el análisis de las dimensiones de la calidad de vida; en el componente físico, la mayoría (60%) presentó un nivel regular; en este aspecto se observa que la mayoría presentó mala función física (71,4%) y mal rol físico (42,9%); en el componente mental de calidad de vida la mayoría presentó nivel bueno (45,7%) y regular (45,7%); en este componente el rol emocional presentó un nivel malo en el 40%.

Pacci-Salazar et al. en el 2011, en su estudio “Impacto de la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular del Perú”. Publicado en la Revista Peruana de Epidemiología, vol.15, núm.2, abril, ,

pp.126-129, tuvo como objetivo determinar el impacto que tiene la rehabilitación cardíaca en la calidad de vida de los pacientes del Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR), fue un estudio analítico y retrospectivo, desarrollado en Lima- Perú. Se incluyeron a pacientes admitidos en el programa de Rehabilitación Cardíaca del INCOR, de ambos géneros y mayores de 18 años. Se aplicó en ellos el Cuestionario de Salud SF-36 administrada a través de una entrevista en 219 pacientes, 67,1% fueron varones, la edad promedio fue 63,6 +/-11,7 años. El 74% de los pacientes eran casados, el 91,3% residen en Lima, el 39,7% ha concluido sus estudios secundarios y el 73,1% se encontraba con condición posoperatoria. Se obtuvieron mejorías significativas en 6 de las 8 dimensiones de la escala SF-36; función física ($p=0,001$), rol físico ($p=0,0103$), dolor corporal ($p=0,0031$), salud general ($p=0,001$), función social ($p=0,0033$) y rol emocional ($p=0,002$). Se concluyó que la Rehabilitación Cardíaca permite obtener mejoras importantes en su capacidad física como en el componente mental.

1.2.2. Antecedentes internacionales.

Para Gonzáles, G. y Camacho en el 2017, en su artículo “Valoración de la mejora de la calidad de vida en Pacientes con Insuficiencia Cardíaca” publicado en la revista *Cardiocre.*;52 (Espec Congr):114 tuvieron como objetivo evaluar la efectividad de la educación sanitaria en pacientes con ICC. Los datos se obtuvieron de 38 pacientes en 2 visitas sucesivas separadas por 6 meses. Los datos de la primera visita fueron comparados con los obtenidos en la segunda visita. Recibieron educación sanitaria y completaron en ambas visitas el cuestionario MLWHFQ. Resultó que la edad media: 61,3+/- 11,6. Varones: 68,8%. Factores de riesgo asociados: hipertensión 64,9%, dislipidemia 53,2%, diabetes 32,5%, fumadores activos 20,8%, exfumadores 40,3%. Fracción de eyección media (%): 31,8+/-9. Clasificación funcional: NYHA I

28,6%, II 49,4%, III 22,1%, IV 0%. Etiología de ICC: Isquémica 37,7%; hipertensiva 24,3%; miocardiopatía dilatada 22,1%; valvular 5,2%; otras 10,7%. Tratamiento médico: bloqueadores SRA 97,4%; betabloqueantes 85,7%; diuréticos de asa 86,5%; antialdosterónicos 51,9%, antiagregantes 53,2%, nitratos 27,6%, digoxina 35,1%. En la primera visita el IMC medio fue: 31,7+/- 5,7 Kg/m², sin diferencia estadísticamente significativa con la media a los 6 meses: 31,3+/- 5,9% Kg/m². Con respecto al cuestionario MLWHFQ, en la segunda visita observamos una mejoría significativa en los resultados globales: 41,4+/- 22,4 vs 36,8+/- 21,2 (p<0,001).

Para Gutiérrez, en el año 2016 en su tesis doctoral “Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica: factores influyentes, presentada al programa de doctorado: Investigación Aplicada a las Ciencias Sanitarias por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, la Universidad de León y Universidad de Tras-os-Montes e Alto Douro (Portugal), cuyo objetivo de la tesis presentada es describir la calidad de vida, a través del cuestionario “36-Item Short-Form Health Survey”, en pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca crónica pertenecientes a la Unidad de Insuficiencia Cardíaca del “Complejo Asistencial Universitario de León” y analizar los factores demográficos, clínicos y terapéuticos que influyen sobre la misma. Mediante un estudio descriptivo transversal se midió la calidad de vida con el cuestionario 36-Item Short-Form Health Survey en 87 enfermos. El grupo en estudio eran enfermos con edad avanzada, ha predominio de sexo masculino y con un índice de masa corporal medio que les sitúa en sobrepeso. La etiología predominante fue la no isquémica; el 52,9% se encontraban en un grado funcional III-IV; el 91,8% padecían alguna otra enfermedad crónica; un 21% tenían un desfibrilador automático implantable; el 94,5% estaban tratados con diuréticos, el 74,1% con inhibidores de la Enzima de Conversión de la Angiotensina y/o

Antagonistas de los Receptores de la Angiotensina II y el 85.9% con betabloqueantes; el tipo de insuficiencia cardiaca predominante fue la sistólica (82,4%). La puntuación total de calidad de vida en el componente sumario físico fue de 33,2 +/-10,6 y en el componente sumario mental de 48,9+/-13,1. Las puntuaciones medias más bajas corresponden a las dimensiones función física y salud general y las más elevadas las presentan el rol emocional y el dolor corporal. Se concluyó que la calidad de vida en los pacientes pertenecientes a la Unidad de Insuficiencia Cardiaca de León, está considerablemente alterada en todas las dimensiones, sufriendo un mayor deterioro las físicas que las emocionales. Un peor grado funcional de la New York Heart Association, ser mujer, diabético, estar en terapia con betabloqueantes y que la etiología de la insuficiencia cardiaca sea la no-isquémica, son predictores de un mayor deterioro del componente sumario físico en la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. Y, tener insuficiencia cardiaca diastólica, ser diabético y que la etiología sea no-isquémica, son predictores de un mayor deterioro del componente sumario mental. La etiología no-isquémica y la presencia de diabetes mellitus son los factores que influyen de forma más significativa en el deterioro de la calidad de vida de estos pacientes.

Según Comín-Colet et al. en el 2016, 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”. Publicado en la Revista Española de Cardiología.; 69(3): 256-271, indicaron que habiendo poca información sobre los factores clínicos asociados a esta mala calidad de vida de la población española con insuficiencia cardiaca, realizaron un estudio multicéntrico transversal de calidad de vida relacionada con la salud aplicando un cuestionario específico (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire) y otro genérico (EuroQol-5D) a 1.037 pacientes

ambulatorios consecutivos con insuficiencia cardiaca sistólica. Resultando que los pacientes con peor calidad de vida presentaron en su mayoría datos asociados a peor pronóstico y mayor gravedad de la enfermedad. Los pacientes del estudio presentaron mayor incidencia de limitaciones en movilidad, dolor-malestar y ansiedad-depresión cuando se realizó una comparación externa con población general y con pacientes con otras afecciones crónicas. La correlación entre las puntuaciones totales de ambos cuestionarios fue muy alta (r de Pearson=0,815; $p<0,001$). Con regresión lineal multivariable, se observó que mayor edad (B estandarizada = -0,2; $p=0,03$), sexo femenino (B estandarizada= -10,3; $p< 0,001$), peor clase funcional (B estandarizada = -20,4; $p < 0,001$), mayor comorbilidad según índice de Charlson (B estandarizada = -1,2; $p = 0,005$) y el ingreso reciente por insuficiencia cardiaca (B estandarizada = 6,28; $p = 0,006$) son factores independientes predictores de peor calidad de vida relacionada con la salud. Se concluyó que los pacientes con insuficiencia cardiaca tienen muy afectada su calidad de vida respecto a la población general española y a otras enfermedades crónicas. Sexo femenino, edad avanzada, comorbilidad, síntomas avanzados y hospitalización reciente son factores determinantes en la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes.

Para Hajj et al. en el año 2015, en su estudio “Sleep Quality, Fatigue, and Quality of Life in New York Heart Failure Associate Class II and III Heart Failure Individuals”. Publicado en Journal of Cardiac Failure. Agosto, Volumen 21, Número 8, Suplemento, página S75 menciona que las dificultades para dormir afectan a alrededor de 70 millones de estadounidenses y la mala calidad del sueño y la disminución de la calidad de vida (CV) se han identificado en un gran porcentaje de la población con insuficiencia cardiaca. De 2400 pacientes ambulatorios con IC que fueron evaluados para su inscripción, 121 pacientes se inscribieron y consintieron este

estudio transversal. Se examinaron los datos demográficos de referencia. Usaron el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI), la escala de fatiga de Piper (PFS) y la encuesta de salud de forma corta (SF-12) como instrumentos. Se evaluó si los pacientes de clase III tienen peor calidad de sueño, fatiga y calidad de vida en comparación con los pacientes de HF de clase II. En el análisis de datos, se aplicaron la correlación de Spearman y el análisis de regresión múltiple con un enfoque gradual para probar las hipótesis de estudio. Se concluyó que hay una diferencia estadísticamente y clínicamente significativas en términos de calidad de sueño, fatiga y calidad de vida. Además, la variación significativa que fue contribuida por la calidad del sueño y la fatiga apunta hacia un cambio serio en la práctica en el manejo de las personas con IC. La gravedad de la fatiga, la mala calidad de sueño y la contribución de ambos a los cambios en la calidad de vida deben aumentar la conciencia y alentar a los profesionales de la salud a adoptar medidas para mejorar sus habilidades clínicas en términos de evaluación y manejo de estos síntomas clínicos.

Para Cordier et al. en el 2015 en su artículo “Achy Breaky Heart – Quality of Life Changes with Progressing Congestive Heart Failure” Publicado en Journal of Cardiac Failure. Agosto Volumen 21, Número 8, Suplemento, página S56 refier que es evidente que la ICC tiene un impacto sustancial en la calidad de vida relacionada a la salud, pero a pesar de ello hay pocos trabajos que cuantifiquen el impacto en la calidad de vida asociado a la etapa de ICC en el paciente afectado y las hospitalizaciones de estas personas. Healthy Days es un instrumento validado de encuesta de CVRS de 4 preguntas desarrollado por el CDC que mide la cantidad de días dentro de los últimos 30 en que la salud física y mental de un individuo no era buena. Esta investigación examina la correlación entre los días físicos y mentales no saludables (PUHD/ MUHD) con los indicadores de progresión de la ICC. Durante un

año se realizó una encuesta transversal a individuos de Medicare Advantage mayores de 65 años con CHF a los que se sometió a medios ajustados de regresión para evaluar la asociación de PUHD Y MUHD con la etapa de ICC y el número de hospitalizaciones que explican la diferencia en edad, sexo, designación rural, elegibilidad dual de Medicare y Medicaid, y 18 comorbilidades. Los métodos de análisis de la encuesta se utilizaron para calcular las estimaciones de varianza; error de tipo 1 se controló utilizando los ajustes de Tukey-Kramer. Se identificó una muestra de estudio de 15,499 personas (52,0% mujeres; edad promedio 78.1 años). La media de PUHD en la muestra fue de 10,4 días (IC del 95%: 10,2, 10,5) y la media de MUHD fue de 5,4 días (IC del 95%: 5,2, 5,5). La mayoría fueron designados urbanos (65,8%). La elegibilidad dual se observó en el 10,5% de la muestra, La puntuación media del índice de comorbilidad de Charlson fue de 6,0 (IC del 95%: 6,0, 6,1). El control de las diferencias entre las etapas de ICC se asoció con un aumento de la PUHD (B a C: + 0,6 días, P = 0,006; C a D: + 4,0, P<0.001) y MUHD (B a C: + 0,0 días, P=0,82; C a D: +2,8, P<0,001). La evidencia de esta encuesta transversal sugiere que la CVRS disminuye a medida que avanza la ICC. Las estrategias para retardar la progresión de la ICC y prevenir las hospitalizaciones pueden tener un impacto sustancial en la calidad de vida de las personas que viven con la enfermedad. En particular, el esfuerzo clínico debe centrarse en estabilizar a los pacientes con ICC antes de la etapa D y prevenir las hospitalizaciones para maximizar la CVRS.

Para López, Cid, Fernández, Failde y Almazán, en el año 2013, en su estudio “Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca mediante el cuestionario genérico SF-36”. Publicado en la revista de calidad asistencial.; 28(6): 355-360 evaluaron la calidad de vida en pacientes con clase funcional II – III de la New York Heart Association mediante el cuestionario SF-36 usando un cohorte de

supervivientes del grupo de estudio EPICOUR y compararlo con la calidad de vida de la población general Española para el mismo sexo y grupo de edad. Se estudió la calidad de vida en 50 pacientes (60% hombres). La edad media de los hombres fue de 64,8 años y de las mujeres 68,3. Al analizar el SF-36 se observó que los resultados fueron más bajos en la esfera física que en la esfera mental. La calidad de vida empeoraba a medida que aumentaba la clase funcional. Al comparar los pacientes con la población general para el mismo sexo y edad, los pacientes con insuficiencia cardiaca mostraron puntuación inferior en todas las escalas (diferencias significativas en función física, dolor corporal, vitalidad y función social para los hombres y función física y rol emocional para las mujeres). Concluyeron que la insuficiencia cardiaca provoca un impacto negativo en la calidad de vida, tanto en la función física como en la función psicosocial, agravándose el deterioro con el incremento de la clase funcional.

Quiñones R, en su tesis realizada en el 2009 “Factores que influyen en la calidad de vida del paciente con insuficiencia cardiaca en la consulta externa del hospital Federico Llera Acosta de Ibagué” presentado en el programa de maestría en enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, identificó los factores que influyen en la calidad de vida del paciente con insuficiencia cardiaca en la consulta externa del Hospital Federico Llera Acosta de la ciudad de Ibagué utilizando el Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ), por medio de un diseño de tipo descriptivo aplicado a 145 pacientes con insuficiencia cardiaca, demostró que los factores que más influyen en el deterioro en la calidad de vida del paciente con falla cardiaca se relacionan directamente con la dimensión emocional en un 50%, la dimensión física con un 44% mostrando un compromiso severo para las dos, mientras que la dimensión económica con un 43.3% resulta en un compromiso

moderado en su calidad de vida. Además se encontró un bajo nivel escolar (53,8%) y un valor representado en el 69,6% del total de muestra con un rango de edad entre los 45 y los 74 años, y una clase funcional III con un 25%. Con estos resultados se logró formular lineamientos para guiar la atención de la esta población, enmarcados en un cuidado integral al fortalecer la deficiencia tanto a nivel físico como emocional, por ser las dimensiones más afectadas en esta población.

Etxeberría-Lekuona, et al. en la publicación "Estudio de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardíaca en un Servicio de Medicina Interna". Publicado en la revista Anales de Medicina Interna (Madrid) vol.24 no.2 feb.2007, evaluaron 34 pacientes con IC utilizando el cuestionario de Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ), también se evaluaron otros parámetros que pueden influir en la CV: edad, sexo, comorbilidad, medicación habitual, fracción de eyección del ventrículo izquierdo, el estado nutricional, la función cognitiva, la depresión y la capacidad funcional en la vida diaria. El objetivo fue resaltar la importancia de la CV en el tratamiento de los pacientes con IC. La CV medida mediante el cuestionario MLWHFQ de los pacientes del estudio fue alta (media: 34,3), los otros test realizados dieron valores dentro de la normalidad. La depresión fue el factor que con más claridad se asoció con la CV ($p= 0,0001$), también se demostró la asociación estadísticamente significativa de fracción de eyección del ventrículo izquierdo ($p= 0,03$), la edad ($p=0,008$) y la albuminemia ($p=0,01$). Se concluyó que en esta muestra la CV de los pacientes estaba condicionada por la depresión, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, la edad y la albuminemia.

1.3. Objetivos: General y Específicos

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en los pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca crónica (ICC) del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar el perfil clínico y socioeconómico de pacientes portadores de insuficiencia cardiaca crónica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 2018.
- Describir la calidad de vida relacionada a la salud general y específica en pacientes portadores de Insuficiencia cardiaca crónica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 2018.
- Determinar la correlación entre los resultados de la calidad de vida relacionada a la salud general y específica para los pacientes portadores de insuficiencia cardiaca crónica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 2018.

1.4. Justificación:

Se sabe que la insuficiencia cardiaca interfiere negativamente en la calidad de vida (CV), reduciendo la capacidad funcional de los pacientes y de realizar actividades de la vida diaria. La CV abarca varios aspectos del bienestar del individuo, relacionados con la presencia de signos y síntomas clínicos de la enfermedad y los efectos de los tratamientos (ZAMBROSKI et al., 2005).

En conjunto, estos aspectos plantean serias limitaciones en sus actividades de la vida diaria y pueden tener efectos adversos sobre la salud física y mental y en la CV percibida por la familia y los profesionales de la salud. Por ejemplo, la fatiga reduce la autonomía e independencia para las actividades diarias (FINI, CRUZ, 2009).

Ante las repercusiones físicas, emocionales y sociales, resulta útil y viable la cuantificación de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) del individuo portador de IC. La medición de la CVRS de pacientes portadores de ICC puede ser esencial para evaluar y/o comparar los efectos de intervenciones clínicas y/o tratamientos específicos; determinar diferencias en la calidad de vida entre grupos; evaluar los pronósticos; identificar problemas que puedan indicar intervenciones del equipo de salud de forma apropiada y subsidiar la toma de decisiones en políticas públicas (PREBIANCHI, 2003).

La elección de la temática CV ha aumentado en los últimos años en la literatura internacional. A pesar de mostrarse como una importante estrategia en el tratamiento de la IC, pocas investigaciones en nuestro país utilizan instrumentos de evaluación de CV y CVRS en pacientes con insuficiencia cardíaca, tampoco la relación de indicadores clínicos en la calidad de vida de los individuos (SPINAR et al., 2011).

La evaluación de la CVRS de pacientes con IC posibilita la construcción del diagnóstico situacional de los mismos a fin de identificar sus riesgos y necesidades, auxiliar el abordaje de los profesionales de salud, mejorar la comunicación del equipo de salud verificar los resultados de salud conforme a las metas de gestión pre-pactadas (DI NASO et al., 2011).

Además, hay evidencias suficientes de que el aumento de la CVRS del paciente está relacionado al aumento de la participación y del compromiso de los pacientes con la realización de cuidados preventivos, menores tasas de consultas médicas y de

internaciones hospitalarias y en unidades de emergencias, mejor adhesión al tratamiento y satisfacción terapéutica, mejor adaptación a los cambios en el estilo de vida y mejora en los hábitos y comportamientos de salud (DI NASO et al., 2011).

Actualmente en Perú no hay estudios sobre calidad de vida en ICC en el ámbito hospitalario, pese a que constantemente hay ingresos, por emergencia, de pacientes con el diagnóstico de ICC, esta es la razón más importante que me motiva a realizar este estudio descriptivo acerca de la repercusión de la ICC y contribuir dejando plasmadas las bases para futuras investigaciones, que finalmente desemboquen en el fin común que tenemos todos como personal del área de la salud, optimizar el tratamiento en el paciente para mejorar su CV.

1.5. Hipótesis.

El presente estudio no presenta hipótesis por ser de tipo descriptivo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de Investigación.

2.1.1. Insuficiencia cardíaca y sus interfaces.

La mayoría de las enfermedades cardíacas culmina en la IC como vía final, convirtiéndose en un desafío clínico del área de salud, por tratarse de un problema epidémico en progresión. En los Estados Unidos, unos 550.000 nuevos casos se diagnostican anualmente, siendo la quinta causa más frecuente de hospitalización y la primera más común en la población anciana. En el Reino Unido, se estima que el 0,2% de la población es hospitalizada por IC anualmente, representando más del 5% de las internaciones médicas en adultos (HUNT et al., 2009). En Brasil la IC es la causa más frecuente de internación por enfermedad cardiovascular. En 2007, la IC fue responsable del 2,6% de las hospitalizaciones y por el 6% de las muertes registradas por el SUS-MS en Brasil, consumiendo el 3% del total de recursos utilizados para atender todas las internaciones realizadas por el sistema. Los datos sobre atención de IC se restringen a la mortalidad y hospitalizaciones, y poco se ha discutido sobre las atenciones ambulatorias (DATASUS, 2007). Como la IC es prevalente en personas mayores de 65 años, el país enfrentará grandes gastos con ese síndrome (LINDVALL, HULTMAN, JACKSON, 2014). Los datos del estudio de Framingham, consagrado por ser el primero en demostrar la importancia de algunos factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardíaca y cerebrovascular, evidenció que la incidencia de IC aumenta progresivamente en ambos sexos de acuerdo con la edad, alcanzando más de 10 casos nuevos anuales por 1.000 septuagenarios y 25 casos nuevos anuales por 1.000 octogenarios (LEVY, 2002). De esta forma, los gastos provenientes de hospitalizaciones por IC en el SUS en el período 2000 a 2007 aumentaron exponencial en el ámbito de la internación, lo que representa un gran

impacto económico del sistema público de salud, reafirmando la necesidad de reconfiguración del mismo para atender la demanda de casos de la enfermedad (DATASUS, 2007). Un estudio de costos de hospitalización realizado en la población brasileña apuntó a valores de hospitalización cuantificados en el 40% del total gastado para el tratamiento de pacientes portadores de IC, sea por internaciones ligadas directamente a la patología o por efectos secundarios a la misma (ARAÚJO et al.; 2005).

Es importante resaltar, que, de acuerdo con la organización jerarquizada del Sistema único de salud en sus niveles de complejidad, la esfera terciaria se responsabiliza a los pacientes con formas más graves de IC o que presentan IC descompensada. Por su parte, la atención secundaria y ambulatoria realizan el seguimiento y mantenimiento terapéutico de estos pacientes, y por último, la atención primaria realiza continua educación y atención a la salud individual y familiar de estos individuos (LA FORGIA, COUTTOLENC, 2008).

De esta forma, definir la etiología de la IC es momento fundamental para el manejo clínico, pues contribuye a la evaluación pronóstica, la cual puede influenciar todo el tratamiento. Además, de la IC de etiología pronóstica, la cual suele ser más frecuente, la IC chagásica representa la tercera mayor enfermedad de causa parasitaria del mundo y caracteriza la forma de la cardiomiopatía dilatada, siendo causa importante de morbimortalidad en América Latina. Cerca de 12 millones de personas poseen la enfermedad de Chagas, y pueden desarrollar cardiomiopatía (BOCHI, et al., 2012).

En algunos estudios se menciona que, la etiología chagásica gana destaque internacional debido al aumento de su incidencia en lugares previamente no afectados como, estados del sur de EEUU, España, y otros países de América Latina (RASSI, MARIN-NETO, 2010).

En cuanto a la cardiomiopatía valvular reumática crónica, es causa especial de IC, incluso con el marco de la reducción de casos en el país desde 1980. En todo el mundo

existen más de 15 millones de individuos portadores de cardiopatía reumática, y cerca de 470.000 casos en los países en desarrollo. Se diagnostican nuevos casos y 200.000 personas mueren cada año, principalmente en África y el sudeste asiático (CASTRO NETO, 2012).

Se notifican alrededor de tres millones de hospitalizaciones por IC asociadas a la cardiopatía reumática en todo el mundo, siendo que en África la cardiopatía reumática es responsable del 22% de los casos de IC en individuos jóvenes (ACHUTTI, 1992).

Por otro lado, la endomiocardiofibrosis es restrictivamente presente en las áreas del Sudeste Asiático, África Ecuatorial, Colombia y algunas partes del nordeste brasileño. Y se caracteriza por la presencia de fibrosis en la región de vía de entrada de los ventrículos y compromete el aparato sub-valvular mitral y/o tricúspide, directamente depende de la etapa de la enfermedad y la anatomía cardíaca. Influencias ambientales e individuales no son además determinantes científicos comprobados en la endomiocardiofibrosis (DA COSTA LINO; FEITOSA FILHO, 2011; FREITAS et al., 2005).

En gran parte de las formas etiológicas de la enfermedad, el débito cardíaco perjudicado hace que la perfusión tisular este reducida. Inicialmente, esta característica se manifiesta durante actividades de mayor esfuerzo físico, aumentando la frecuencia de los síntomas con la progresión de la patología, inclusive en reposo (BOCCHI et al., 2012).

La disfunción sistólica, diastólica o de ambas es responsable de este mecanismo, desencadenando signos y síntomas cada vez más severos y frecuentes. En adultos, el 60% de los casos están asociados a la disfunción ventricular izquierda sistólica y al 40% diastólica (BOCCHI et al., 2012). La IC, independiente de la etiología, ha sido categorizada con base en la intensidad de síntomas en cuatro clases propuestas por la NYHA, de acuerdo con el grado de limitación impuesto por la enfermedad para actividades cotidianas del individuo: Clase I - ausencia de síntomas (disnea) durante

actividades cotidianas ; Clase II - síntomas desencadenados por actividades cotidianas; Clase III - síntomas desencadenados en actividades menos intensas que las cotidianas o pequeños esfuerzos; Clase IV - síntomas en reposo. Además, se clasifica también en las etapas A, B, C y D de acuerdo con la progresión de la enfermedad (DARGIE et al., 2007).

En este momento, el paciente puede programarse y pensar sobre su futuro y convivencia con la enfermedad, establece relaciones familiares y cuidados a ser tomados y también estimula su reflexión crítica y clínica del profesional de salud que acompaña, siempre atentando para realizar la mejor indicación terapéutica, llevando en consideración las opciones disponibles, como resincronizadores, desfibriladores, dispositivos mecánicos y trasplante cardíaco, o el mismo tratamiento conservador (SWEDBERG et al., 2005).

Los métodos diagnósticos de IC emplean tanto la historia y el examen clínico cuando la realización de exámenes complementarios. La asociación de signos y síntomas es relevante para el diagnóstico, como puede observarse en el cuadro siguiente:

Tabla 1. Elementos importantes para la evaluación clínica del paciente con IC

SITUACIÓN	HALLAZGOS
Síntomas	Disnea, ortopnea, paroxística nocturna, palpitaciones, síncope, dolor torácica.
Factores de Riesgo	Historia familiar, diabetes, hipertensón arterial etilismo, tabaquismo, dislipidemia.
Antecedentes	Infarto agudo de miocardio, intervenciones cardiacas.
Estado general	Peso, llenado capilar.
Pulso	Frecuencia, ritmo, amplitud.
Presión Arterial	Sistólica y diastólica.
Señales de Hiperbolemia	Presión Yugular, edema, crepitaciones, ascitis, hepatomegalia.
Pulmones	Frecuencia respiratoria, crepitaciones, derrame pleural.
Corazón	Ictus, presencia de tercera/cuarto sonido, soplo sugestivo de disfunción valvar.

FUENTE: III Diretriz Brasileira de Insuficiencia Cardíaca Crónica, 2012.

En cuanto a los exámenes complementarios, propedéuticos y laboratoriales utilizados en la rutina clínica para diagnóstico de ICC, se emplea la realización del electrocardiograma, radiografía de tórax, análisis sanguíneos (electrolitos, hemograma, función renal, función hepática, Hormona Estimulante de la Tiroides - TSH, glicemia, serología para Chagas), Ecodopplercardiograma, Cineangiocoronariografía, Resonancia Nuclear Magnética, Tomografía Computadorizada Cardíaca, Holter 24 horas y Test Ergoespirométrico (BOCCHI et al., 2012).

A pesar de los esfuerzos, el pronóstico a largo plazo sigue siendo malo, con baja supervivencia. La mortalidad en un año se aproxima al 20%, estimándose que, después del diagnóstico, menos del 15% de los pacientes estarán vivos en 8 a 12 años. Este dato varía de acuerdo con la gravedad clínica, pudiendo alcanzar hasta un 80% en dos años para pacientes con clase funcional NYHA IV. En la literatura, la mortalidad intrahospitalaria de pacientes con ICC varía de 4 a 13%, dependiendo de las características de la población estudiada (SPINAR et al., 2011).

La mitad de los pacientes con ICC son sintomáticos y presentan QV reducida, sin embargo, los factores fisiológicos tales como la fracción de eyección ventricular izquierda y la tolerancia al ejercicio han sido medidas tradicionales como predictores de la forma descompensada de la ICC y mayor índice de mortalidad (JESSUP, et al., 2009). En este contexto, la recurrencia de readmisiones es particularmente elevada tras una primera hospitalización por ICC. Entre los pacientes norteamericanos ancianos de más de 70 años, aproximadamente el 60% se readmitidos en 90 días después de la internación anterior (HUNT et al., 2009).

En lo que se refiere al tratamiento de la IC, se debe tener en cuenta el estado funcional del paciente, manifestaciones clínicas presentes, el estadio de la enfermedad, presencia de comorbilidades y modalidad predominante de IC (LEVY et al., 2002).

La mayoría de los pacientes con IC responden al tratamiento clínico evolutivo con mejoría de la supervivencia, la capacidad funcional, los síntomas y la reducción de las tasas de hospitalización. A pesar de la reducción de la mortalidad por IC en la última década, ésta sigue siendo muy elevada (LEVY et al., 2002).

En general, el tratamiento de la ICC abarca el control nutricional y la dieta, eliminación de hábitos como el tabaquismo y el etilismo, prevención de infecciones y factores de riesgo para ICC, inserción del individuo en programas de rehabilitación cardiopulmonar y vascular, además del tratamiento farmacológico y quirúrgico que varía de acuerdo con la indicación clínica de individuo a individuo (BOCCHI et al., 2012).

El soporte circulatorio mecánico y el trasplante cardíaco también se consideran en el tratamiento de la IC. Para el éxito, además de la institución de la terapia medicamentosa capaz de promover el alivio de los síntomas y la modificación en la evolución de la enfermedad, otras medidas, como la educación en salud y orientación de pacientes y sus cuidadores deben ser consideradas para mayor CV y sobrevida (ROCCAFORTE et al. 2005).

2.1.2. Calidad de vida general relacionada a la salud.

La investigación sobre calidad de vida no forma parte solamente del área de salud y constituye hoy uno de los campos más importantes para el diálogo entre las diferentes disciplinas y escuelas de pensamiento, en el sentido de la búsqueda de avances reales para las personas de las más diferentes culturas (ALMEIDA, GUTIERREZ , MARQUES, 2012).

En las últimas dos décadas, la medida de la calidad de vida surgió en el medio científico como instrumento importante para la investigación y evaluación de la salud de

los individuos. Los resultados han ayudado incluso, como uno de los criterios para nuevos enfoques en las intervenciones (OLIVEIRA, ORSINI, 2008).

El término calidad de vida es muy utilizado por los medios, por académicos y en conversaciones del día a día debido a una creciente preocupación individual y colectiva con la salud y el bienestar de la población (GORDIA et al., 2010).

Hay indicios de que el término calidad de vida surgió por primera vez en la literatura médica alrededor de 1930 y reapareció con el presidente de Estados Unidos en la época, Lyndon Johnson, cuando declaró que los objetivos no pueden ser medidos a través del balance de los bancos, ellos sólo pueden ser medidos a través de la calidad de vida que proporcionan a las personas (OMS, 1998).

La presencia de esta adyacencia es fácilmente percibida en el lenguaje de la sociedad contemporánea, siendo incorporado al vocabulario popular con varias formas de connotación. Se habla en calidad de vida, incluso sin definir exactamente lo que está siendo tratado (ALMEIDA, GUTIERREZ, MARQUES, 2012).

El sentido común se apropió de ese objeto para resumir mejoras o un alto nivel de bienestar en la vida de las personas, ya sean de orden económico, social o emocional. Sin embargo, el área de conocimiento en calidad de vida se encuentra en fase de construcción de identidad. En el caso de la salud, la vivienda, el ocio, los hábitos de actividad física y alimentación, pero el hecho es que esa forma de saber afirma que todos estos factores conducen a una percepción positiva de bienestar (ALMEIDA, GUTIERREZ, MARQUES, 2012).

Consolida así, la calidad de vida como una noción eminentemente humana, que ha sido aproximada al grado de satisfacción encontrado en la vida familiar, amorosa, social y ambiental ya la propia estética existencial. Presupone la capacidad de efectuar una síntesis cultural de todos los elementos que determinada sociedad considera su patrón de confort y

bienestar. En general, el concepto refleja conocimientos, experiencias y valores de individuos y colectividades, reportando una construcción social con la marca de la relatividad cultural (MINAYO et al., 2000).

En relación a la relatividad del término calidad de vida, se puede describirla bajo tres referencias: La clásica, en la cual en un determinado tiempo de una sociedad, existe un parámetro de calidad de vida, diferente de otra época, de la misma sociedad; La cultural, en la cual los valores y necesidades son diferentes en los diferentes pueblos; Y patrones de bienestar estratificados entre las clases sociales, con desigualdades muy fuertes, donde la idea de calidad de vida se relaciona con el bienestar de las capas superiores (MINAYO, 2000).

Algunos autores abordan calidad de vida por la manera en que las personas viven, sienten y comprenden su cotidiano, involucrando salud, educación, transporte, vivienda, trabajo y participación en las decisiones que les conciernen (GONÇALVES, VILARTA, 2004).

Otra definición para el término se refiere a la condición humana resultante de un conjunto de parámetros individuales y socioambientales, modificables o no, que caracterizan las condiciones en que vive el ser humano (NAHAS, 2001).

La percepción subjetiva del proceso de producción, circulación y consumo de bienes y riquezas, así como la forma en que cada uno de nosotros vive su día a día también circunda las innumerables definiciones para calidad de vida (GONÇALVES, 2004).

Por último, el Grupo de Calidad de Vida de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió calidad de vida como "la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones (WHO, 1998).

El tema encuentra significados diversos en el área de la salud, en que los límites conceptuales no están bien definidos, presentando varias intersecciones. Algunos enfatizan una visión biológica y funcional, como condición de salud, estado funcional e incapacidad / discapacidad. Otros valoran la visión social y psicológica, como el bienestar, la satisfacción, la felicidad y la economía (FLECK, 2008).

En general, la calidad de vida se asocia a mejoras en el nivel de vida, sobre todo ligado a bienes materiales adquiridos, incorporando la sensación de bienestar, realización personal, calidad de las relaciones, educación, estilo de vida, salud y ocio en fin, aspectos psicológicos, físicos y sociales, además de los económicos. Por lo tanto, queda claro que el concepto de calidad de vida es muy amplio e incluye aspectos objetivos y subjetivos (SEIDL, ZANNON, 2004).

Hay una relación íntima entre aspectos objetivos y subjetivos respecto a este tema, ya que ningún análisis sobre calidad de vida individual podrá ser desarrollado sin una contextualización en la calidad de vida colectiva (TUBINO, 2002).

Los factores como condiciones de trabajo, satisfacción en el trabajo, salario, relaciones familiares, disposición, estado de salud, longevidad, ocio, placer, herencia, estilo de vida y espiritualidad influyen en la calidad de vida (FISCHER et al., 2000).

Interfiere además que la satisfacción personal, calidad de los relacionamientos, realización del personal, percepción de bienestar, posibilidades de acceso a eventos culturales, oportunidades de felicidad y libertad tuvieron que ser valorados para el constructo y utilización del término calidad de vida (NAHAS, 2001).

De la misma manera, la definición de calidad de vida propuesto por la OMS, por ejemplo, contempla las concepciones de subjetividad del individuo y de objetividad de las condiciones materiales. Tanto aspectos objetivos como subjetivos deben ser considerados en un análisis sobre el tema (VILARTA, GONÇALVES, 2004).

La preocupación por el concepto de calidad de vida se refiere a un movimiento dentro de las ciencias humanas y biológicas en el sentido de valorar los parámetros más amplios que el control de los síntomas, la disminución de la mortalidad o el aumento de la expectativa de vida (FLECK et al., 1999). La subjetividad que este concepto trae se refiere a las diferentes fases de la vida del sujeto, teniendo un significado diferente en cada una de ellas, para la misma persona (NAHAS, 2001).

La colocación de estos autores presenta una noción que busca la humanización de la CV y de los avances científicos y tecnológicos en el área de salud y bienestar de las poblaciones. Humanizar la salud y la CV no significa solamente añadir años a las vidas de los sujetos, sino añadir vida a los años (FLECK et al., 2008).

Los investigadores advierten que los términos CV y CVRS aparecen en la literatura muchas veces casi como sinónimos, pero los dos constructos son diferentes, así como los instrumentos que las evalúan no deben ser análogos. En este sentido, se atenta a la diferencia conceptual entre CV y CVRS (WHO, 1998).

El término CVRS fue descrito como el valor atribuido a la vida, ponderado por los deterioros funcionales; las percepciones y condiciones sociales que son inducidas por la enfermedad, agravios, tratamientos y la organización política y económica del sistema asistencial, o aún como el valor atribuido a la duración de la vida cuando es modificada por la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, funciones sociales y oportunidades influenciadas por la enfermedad, tratamiento y otros agravios, se toma el principal indicador para la investigación evaluativa sobre el resultado de intervenciones (AUQUIER; SIMEONI; MENDIZABAL, 1997).

La CVRS se refiere al impacto de la calidad de vida impuesto por enfermedades y / o tratamientos. La investigación de la CVRS representa un intento de cuantificar, en términos científicamente analizados, las consecuencias de las enfermedades y de los

tratamientos, según la percepción subjetiva de los pacientes y este impacto en la percepción de la salud individual (KUTNER, JASSAL, 2002).

Para medir numéricamente la CV y la CVRS de un individuo, se proponen algunos instrumentos, los cuales permiten explorar el efecto de una enfermedad sobre la vida, evaluando aspectos como las disfunciones, incomodidades físicas y emocionales. Los scores obtenidos contribuyen no sólo a la evaluación global de la CV / CVRS, sino que funciona como una herramienta potente en la decisión, planificación y evaluación de determinados tipos de tratamientos (LEAL, 2008).

En este mismo sentido, sigue la evaluación de la efectividad y del funcionamiento de servicios de salud, auxiliando las líneas guías y guía para la formulación y estructuración de nuevas políticas de salud, y la readaptación de las ya existentes (FLECK, 2008).

Los indicadores de CVRS se han utilizado para evaluar la eficacia, la eficiencia y el impacto de determinados tratamientos en la comparación entre los procedimientos para el control de las enfermedades. Aunque estas perspectivas toman en consideración las relaciones entre salud y CV, ellas explicitan una intención de esos indicadores de elucidar los perfiles de las poblaciones en relación a las condiciones y los parámetros en que están ocurriendo sus vidas (SEIDL, ZANNON, 2004).

Los instrumentos de orden objetivo abordan principalmente los bienes materiales que influyen la condición y modo de vida, siendo estos términos configuradores de un orden social. Un desafío importante para estos instrumentos es la generación de fórmulas que permitan expresar correspondencia entre la mejora de los índices colectivos y de satisfacción personal (GONÇALVES, VILARTA, 2004).

Un aspecto importante a considerar en relación con los instrumentos de evaluación es su confiabilidad, entendiendo cómo una medida puede ser reaplicada repetidamente en

los mismos individuos, obteniéndose resultados similares, en diferentes intervalos de tiempo y por variados entrevistadores (DUARTE, CICONELLI, 2006).

Se evalúan los errores aleatorios y los aspectos sistemáticos propios del instrumento. Para comprobarlo, se evalúa un mismo individuo que no ha sido objeto de alteración clínica en dos momentos diferentes y se espera que el resultado no sea alterado, es decir, que el resultado permanezca igual, por lo que la confiabilidad se mide por su reproducibilidad prueba / reprueba, además de la reproducibilidad del inter-observador (DUARTE, CICONELLI, 2006).

Los scores de estos instrumentos reflejan las actitudes, los valores y las oportunidades en la vida de las personas, en que deben ser considerados elementos concurrentes al bienestar personal, control del estrés, la nutrición equilibrada, la actividad física regular, los cuidados preventivos con la salud y el cultivo de relaciones sociales (GONÇALVES, VILARTA, 2004). De forma subjetiva, la mejor CVRS se relaciona con la búsqueda de la felicidad relacionada al estado de salud percibido (ROSARIO, 2002).

La preocupación por los datos desde el punto de vista humanístico comienza a formar parte del enfoque de salud, generando la necesidad de instrumentos validados y adaptados a cada cultura para medir estos parámetros. Estos parámetros abordan los indicadores de promoción de la salud en las más variadas dimensiones de un ser humano físico (SCHMIDT, DANTAS, MARZIALE, 2008).

Las dimensiones se traducen en los ámbitos que componen una persona, es decir, el conjunto de cuestiones agrupadas en los instrumentos de medida, que se refieren a una determinada área del comportamiento o de la condición humana, como los dominios psicológico, económico, espiritual, social y social (SCHMIDT, DANTAS, MARZIALE, 2008).

La elección del instrumento de medida de la CVRS apropiado a una determinada situación es de suma relevancia. Se hace posible la evaluación de una amplia gama de ámbitos y la comparación entre diferentes regiones y condiciones (OLIVEIRA, ORSINI, 2008).

Así, la CVRS puede ser vista tanto en una perspectiva unidimensional, como multidimensional, aunque resulte difícil unir todas las dimensiones posibles referentes al estado de salud percibido de un individuo, pues cada sujeto puntita de manera diferente esas dimensiones, reafirmando la singularidad del ser humano (AGUIAR et al., 2008).

Los instrumentos que miden la CVRS pueden ser divididos en genéricos y específicos, siendo los genéricos multidimensionales, posibilitando la medición de diversos aspectos como capacidad funcional, aspectos físicos, dolor, estado general de salud, vitalidad, aspectos sociales, emocionales y salud mental. En general se aplican en varios tipos de enfermedades, intervenciones médicas, tratamientos y en culturas y lugares diferentes (AGUIAR et al., 2008).

Los instrumentos específicos, en general, evalúan diversos aspectos en cuanto a la percepción CVRS, sin embargo, su énfasis es sobre una enfermedad específica, y sus cuestiones volcadas a los síntomas, incapacidades o limitaciones que este estado de salud le impone (LEAL, 2008; AGUIAR et al., 2008).

Poseen como ventaja la capacidad de detectar particularidades de la CVRS en determinadas situaciones de manera individual y específica, como funciones físicas, sexual, sueño, fatiga, etc. Como desventaja, se encuentra la dificultad de comprensión del fenómeno y dificultad de validar las características psicométricas del instrumento, reducido número de elementos y muestras insuficientes (LEAL, 2008, AGUIAR et al., 2008).

Estudios recientes están utilizando cuestionarios genéricos con más frecuencia que cuestionarios específicos, debido a su capacidad para evaluar la CVRS de una forma más amplia. Sin embargo, el patrón oro de evaluación es el empleo de cuestionarios de orden genérico asociado a lo específico, para que las cuestiones enfermedad-específica no sean descuidadas (GORDIA et al., 2010).

2.1.3. Impacto de la insuficiencia cardíaca crónica (ICC) en la calidad de vida relacionada a la salud

La ICC se ha convertido en un gran problema de salud pública, ya que hay un considerable aumento en el número de internaciones relacionadas con la enfermedad, así como un desenlace desfavorable en el cuadro de salud del paciente, con altos índices epidemiológicos de morbimortalidad (DI NASO et al.; 2011).

Aunque varias innovaciones tecnológicas en el área de la salud están siendo desarrolladas y dirigidas al mejor pronóstico de la ICC, esta patología continúa siendo sinónimo de múltiples síntomas y drástica declinación de la CV (NACIMIENTO, PÜSCHEL, 2013).

Por presentar múltiples síntomas, se vuelve fundamental la creación de herramientas que perfeccionen acciones de planificación en el tratamiento y acompañamiento de los individuos acometidos por ICC. Además, existe subjetividad en los datos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos en el sentido de crear estrategias preventivas contra la IC, acto que contribuye en la disminución de la CV de esos individuos (LINDVALL; HULTMAN; JACKSON, 2014).

El cuadro sintomatológico de la IC responsable de la reducción de la CV generalmente se acentúa con la progresión de la enfermedad, siendo así la clasificación

NHYA ligada a la temática CVRS. La disminución de la CV se relaciona con la edad, ya que la ICC ha afectado a personas mayores de 60 años y su incidencia y prevalencia son crecientes con el avance de la edad (SCATTOLIN, DIOGO, COLOMBO, 2007).

Otros requisitos que se relacionan con la disminución de la CV de pacientes con IC se remiten a la baja de adhesión al tratamiento clínico y medicamentoso, la demora en buscar servicio médico cuando se percibe empeoramiento de los síntomas y la falta de modificación del estilo de vida. Todos estos factores contribuyen al cuadro descompensado de la ICC, forma que más afecta a la CV de estos individuos, ya que hay exacerbación de los síntomas e internaciones recurrentes (MARGOTO, COLOMBO, GALLANI, 2009).

En este sentido, se evidencia que las actividades de vida diaria de los portadores de IC están altamente comprometidas ante los innumerables síntomas vividos por los portadores. De esta forma, las limitaciones físicas, psicológicas y sociales, además de obstáculo para las actividades corrientes, es factor contribuyente para la baja CV (ULBRICH et al., 2013).

Varios son los síntomas físicos derivados de la ICC, tales como dolor, incomodidad precordial, ortopnea, síncope y taquicardia (SANTOS et al., 2012). Además de eso, el edema, inapetencia (PELEGRINO, DANTAS, CLARK, 2011), boca seca, somnolencia diurna, dificultad para mantener un sueño revitalizante (SANTOS et al., 2012), disnea y fatiga son comúnmente presentes (FINI, CRUZ, 2009).

La disnea y la fatiga son síntomas que han sido reportados como los que más perjudican al paciente en lo que se refiere a la CV, además de estar relacionados con la evolución desfavorable de la enfermedad. La fatiga es aceptada actualmente como fenómeno subjetivo y multicausal, dependiendo del auto relato del individuo para ser

identificada y puede ser interpretada aún como cansancio y falta de energía (FINI, CRUZ, 2009).

En este sentido, la mayor parte de los pacientes portadores de ICC presentan indisposición en la práctica de actividades cotidianas, justificada por la incomodidad respiratoria, fatiga y palpitaciones a la hora de realizar alguna tarea que exige un poco más de esfuerzo físico (FINI, CRUZ, 2010).

Desde el punto de vista fisiológico, esto se da en virtud de la incapacidad en el mantenimiento del débito cardíaco necesario para irrigación de oxígeno tisular, seguida por reducción del flujo sanguíneo periférico. El paciente puede presentar alteraciones morfológicas y metabólicas en la musculatura esquelética, imposibilitándole de mantener algunas de las actividades cotidianas que antes desempeñaba (FINI, CRUZ, 2010).

Algunas medidas se han tomado para el mantenimiento de la CV de los portadores de IC. La rehabilitación cardíaca en ámbito ambulatorio es un ejemplo, y tiene como objetivo la recuperación, adaptación y mantenimiento del adecuado funcionamiento del sistema cardiovascular. Es de suma importancia que el seguimiento ambulatorio sea realizado en centros especializados con profesionales capacitados, siendo decisivo para el desenlace del tratamiento y éxito clínico (SIQUEIRA, PORTO, 2009).

El seguimiento ambulatorio aumenta la benevolencia a los esfuerzos, mejora la circulación periférica, así como la estructura muscular esquelética y la capacidad funcional, luego el paciente tiende a reanudar sus actividades cotidianas de forma más rápida, y los síntomas responsables por la caída de la CVRS se vuelven más amenos (ULBRICH et al., 2013).

De esta forma la rehabilitación cardíaca forma parte del tratamiento de todos los individuos con IC, trayendo mejores condiciones físicas, mentales y sociales. Compone la rehabilitación física no solo la práctica de ejercicios físicos por profesionales

especializados, también la educación continuada en salud hacia un cambio en el estilo de vida buscando una mejor calidad de vida (SIQUEIRA; PORTO, 2009).

En cuanto a los síntomas físicos, los estudios apuntan al sueño como otro factor que afecta directamente a la CVRS, ya que su pérdida conduce a la declinación cognitiva, déficit de autocuidado, depresión, aislamiento social y falta de concentración. La baja calidad del sueño está íntimamente relacionada con la incomodidad respiratoria, uno de los problemas más quejidos entre los portadores de ICC (SANTOS, et al., 2012).

Entre los síntomas psicoemocionales de la enfermedad, se destaca el miedo, la inseguridad y la tristeza, que también pueden estar asociados al compromiso del desempeño funcional, así como la pérdida de la autonomía para hacer actividades diarias, induciendo la dependencia, la pérdida de las condiciones motoras y / o cognitivas (SCATTOLIN, DIOGO, COLOMBO, 2007).

Altos índices de depresión y otros trastornos de cuño emocional están presentes en la IC. Los pacientes de sexo femenino tienden a desarrollar depresión más rápidamente que los hombres (PELEGRINO, DANTAS, CLARK, 2011).

El miedo y la ansiedad, relacionados con el estado de salud alterado, lleva al paciente a hacer un análisis íntimo y reflexivo sobre sí mismo, pudiendo llegar a la depresión. En ese momento, el paciente pasa mayor parte de su día acostado, evitando sus actividades cotidianas, causando grandes daños a su CVRS (FINI, CRUZ, 2011).

Los aspectos sociales de la enfermedad, es decir, la relación del paciente con familiares, amigos y vecinos, cuando no están siendo consumados, tienden a agravar la CVRS del enfermo, pues se constituye como un gran factor de riesgo para cuadros de depresión (FINI; CRUZ, 2011).

Las medidas adoptadas por el paciente para una mejor terapéutica son, en general, modificación alimentaria y restricción de sodio y bebidas que contengan contenido de

alcohol. Estas medidas traen grandes implicaciones en la CVRS, pues pueden llevar a la pérdida de la autoestima y al aislamiento social y familiar, ya que sus hábitos se modifican y no se tiene la aceptación en ese proceso situacional (PENA et al., 2011).

En 2009, la IC fue causa más frecuente de internaciones en ancianos, donde ambos sexos fueron afectados en la misma proporción. Siendo así, es de extrema importancia que el anciano tenga estrategias de enfrentamiento para la enfermedad y sus síntomas. Su tratamiento debe ser continuo con modificaciones en sus hábitos y adaptaciones a las limitaciones impuestas por la enfermedad, para que el mismo posea CVRS, que para él es el mismo que tener autonomía y lograr hacer sus actividades cotidianas (SANTOS et al., 2011).

En esta población la independencia funcional es un indicativo de mejor CVRS, una vez que cuando éstos logran realizar sus actividades diarias de forma independiente, posibilitan a los profesionales de la salud una visión amplia del compromiso psicosocial y motor de ese paciente, viendo si hay o no secuelas surgidas enfermedad. Por otro lado, la IC impone, principalmente en los ancianos, mayor dependencia funcional para realización de actividades de vida diaria (SCATTOLIN, DIOGO, COLOMBO, 2007).

En cuanto al análisis entre etnia y CVRS en la IC, los no caucásicos presentan déficit en relación a los caucásicos, pues hay diferencia entre las etnias en la prevalencia, en la etiología y desenlaces de la IC. Afrodescendientes son más comprometidos por DCV's en general, particularmente con IC y HAS, con mayores tasas de hospitalización y muerte (SANTOS; PLEWKA; BROFMAN; 2009).

En Brasil, otro agravante que lleva a los afrodescendientes a presentar una peor CVRS, además de la fisiopatología de la enfermedad, son los sistemas de salud y social del país, donde los negros son menos favorecidos en el acceso a la prevención y tratamiento de varias enfermedades (SANTOS; PLEWKA , BROFMAN, 2009).

Uno de los factores que más contribuyen a la mejora de los síntomas y la reducción de internaciones en la ICC es el uso de medicamentos, efectivamente cuando hay adhesión y satisfacción de los pacientes en el tratamiento (WU, et al., 2012). Uno de los motivos que lleva al paciente a la no adhesión al medicamento son sus efectos secundarios. Los antagonistas de la aldosterona son citados en algunos estudios por sus grandes efectos colaterales e impacto negativo en la CVRS (ERCEG, et al., 2013).

La percepción del paciente en su proceso de enfermedad afecta mucho a la CVRS, ya que cuanto más negativa es su percepción sobre su estado, peor su estado de salud percibido. Por eso, es de gran importancia la comprensión del paciente sobre su estado de salud, pues sólo así las intervenciones propuestas serán efectivas (RODRIGUES, et al., 2013).

Los pacientes con IC no esperan solamente la prolongación de la vida, sino el mantenimiento, recuperación y promoción de la CVRS. En este sentido, muchas son las innovaciones tecnológicas y complejas en salud, como por ejemplo, el trasplante cardíaco (HELITO et al., 2009).

Sin embargo, todavía existen impedimentos, tales como altas demandas de trasplante para pocos donantes, generando largas colas de espera. Otro problema se debe al hecho de que muchos pacientes se encuentran en etapa final de la enfermedad y necesitan urgentemente el trasplante. La CVRS de ese paciente se deteriora no sólo por la condición paliativa que la ICC le impone, sino por la preocupación que el mismo tiene de lograr realizar la cirugía a tiempo (HELITO et al., 2009).

Las herramientas menos complejas desde el punto de vista clínico, pero altamente impactantes en el mantenimiento de la CVRS se desarrollan en el cotidiano clínico, a través de investigaciones científicas. La educación en salud en todas las esferas de atención a la salud es un ejemplo clásico de estas herramientas, generando en el individuo

cambios comportamentales minimización de los signos y síntomas de una enfermedad (FINI, CRUZ, 2010).

Es necesario que profesionales de salud tengan un referencial metodológico y habilidades para transmitir sus conocimientos a fin de contribuir a un mejor estilo de vida y mejora del cuadro de salud del paciente, llevando al paciente mejoría en la CVRS (FINI, CRUZ, 2010).

2.2. Definición de términos relacionados al tema.

- **Calidad de vida relacionada a la salud:** Es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad.
- **Calidad de vida:** Es un concepto que hace alusión a varios niveles de generalización pasando por sociedad, comunidad, hasta el aspecto físico y mental, por lo tanto, el significado de calidad de vida es un complejo y contando con definiciones desde sociología, ciencias políticas, medicina, estudios del desarrollo, etc.
- **Evaluación clínica cardiaca:** En un control especializado donde se interroga al paciente y se realiza un examen físico detallado, indagando sobre la presencia de antecedentes familiares, de problemas cardiacos congénitos y de factores de riesgo cardiovascular.
- **Insuficiencia Cardiaca:** es una afección en la cual el corazón ya no puede bombear sangre rica en oxígeno al resto del cuerpo de forma eficiente. Esto provoca que se presenten síntomas en todo el cuerpo.
- **Rehabilitación cardiaca:** son un conjunto de actividades transdisciplinarias que tiene por objeto brindar asistencia médica y para-médica al paciente con cardiopatía,

especialmente después de haber sobrevivido a una crisis cardiovascular (infarto del miocardio, angioplastia, cirugía cardiaca, etc.)

- **Trastorno:** Cambio o alteración que se produce en la esencia o las características permanentes que conforman una cosa o en el desarrollo normal de un proceso.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

El presente estudio fue de naturaleza cuantitativa de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal y diseño no experimental. Descriptivo porque se describió los hechos y fenómenos tal cual se presentan y se buscaron las características de las variables; prospectivo porque la investigación se realizó con los datos que representan a la toma de muestras; de corte transversal porque estudió las variables en un determinado espacio de tiempo; de diseño no experimental no se manipulan las variables, más aún, se realizó una observación directa de la variable de cómo estas se presentan en la realidad problemática.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La presente investigación se realizará en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, ubicado en el distrito de La Victoria, en la ciudad de Lima, durante el periodo de Enero a Diciembre del año 2018 para la obtención del Título de Segunda Especialidad en Fisioterapia Cardiorespiratoria.

3.3. Tabla 1. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO/ESCALA
Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica	Calidad de vida relacionada a la salud genérica – EQ-5D-3L	<ul style="list-style-type: none"> - Movilidad - Cuidados Personales - Actividades habituales - Dolor/malestar - Ansiedad/depresión 	Cuestionario de salud EQ-5D-3L, que corresponde a preguntas con 3 respuestas para marcar, distribuidas en 5 ítems.
	Calidad de vida relacionada a la salud específica– MLHFQ	<ul style="list-style-type: none"> - Ámbito Físico - Ámbito emocional - Ámbito general 	- Escala de Likert, que corresponde a 21 preguntas de conocimiento cuantitativas formuladas en 6 opciones No (0), Muy poco(1), Poco(2), Regular(3), Sí(4), Mucho(5).

3.3.1. Tabla 2. Matriz de consistencia.

PROBLEMA	OBJETIVOS	Variables y dimensiones	METODOLOGÍA
<p>General</p> <p>¿ Cómo es la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en los pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca crónica (ICC) del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 2018?</p> <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuál es el perfil clínico y socioeconómico de pacientes portadores de insuficiencia cardiaca crónica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 2018?. - ¿Cómo es la calidad de vida relacionada a la salud general y específica en pacientes portadores de Insuficiencia cardiaca crónica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 	<p>General</p> <p>Determinar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en los pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca crónica (ICC) del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 2018.</p> <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar perfil clínico y socioeconómico de pacientes portadores de insuficiencia cardiaca crónica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 2018. - Describir la calidad de vida relacionada a la salud general y específica en pacientes portadores de Insuficiencia cardiaca crónica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 2018. - Determinar la correlación entre los resultados de 	<p>Variables</p> <p>V. Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calidad de vida relacionada a la salud genérica – EQ-5D-3L algún caso de este trastorno? - Calidad de vida relacionada a la salud específica– MLHFQ 	<p>TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO: El presente estudio fue de naturaleza cuantitativa de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal y diseño no experimental.</p> <p>Población</p> <p>El estudio será realizado en individuos con diagnóstico médico de Insuficiencia cardiaca crónica que acuden al Departamento de Cardiología del Hospital Nacional Guillermo Almenara durante el periodo Enero a Diciembre de 2018.</p>

<p>2018?</p> <p>- ¿Cuál es la correlación entre los resultados de la calidad de vida relacionada a la salud general y específica para la pacientes portadores de insuficiencia cardiaca crónica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 2018?</p>	<p>la calidad de vida relacionada a la salud general y específica para los pacientes portadores de insuficiencia cardiaca crónica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Enero - Diciembre 2018.</p>		<p>Muestra</p> <p>La muestra será el total de la población por ser una población pequeña siendo constituida por 63 pacientes con Insuficiencia cardiaca crónica que acuden al Departamento de Cardiología del Hospital Nacional Guillermo Almenara durante el periodo Enero a Diciembre de 2018</p>
--	--	--	--

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población.

El estudio será realizado en individuos con diagnóstico médico de Insuficiencia cardiaca crónica que acuden al Departamento de Cardiología del Hospital Nacional Guillermo Almenara durante el periodo Enero a Diciembre de 2018.

3.4.2. Muestra.

La muestra será el total de la población por ser una población pequeña siendo constituida por 63 pacientes con Insuficiencia cardiaca crónica que acuden al Departamento de Cardiología del Hospital Nacional Guillermo Almenara durante el periodo Enero a Diciembre de 2018.

3.4.3. Unidades de análisis.

La unidad de análisis será un paciente con Insuficiencia cardiaca crónica que acude al Departamento de Cardiología del Hospital Nacional Guillermo Almenara durante el periodo Enero a Diciembre de 2018.

3.4.4. Criterios de selección

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio se realizará un muestreo no probabilístico según evaluación.

- Criterios de Inclusión

Se incluyeron en el estudio pacientes con edad mayor de 18 años, con diagnóstico médico de insuficiencia cardiaca crónica confirmado en la historia clínica del paciente, con condiciones clínicas para dialogar con el investigador y responder a los cuestionarios propuestos. La percepción de la investigadora acerca del actual estado clínico de los participantes se dará al iniciar el abordaje

de los mismos. Sólo se incluirán los participantes que no presenten síntomas clínicos que causan molestias al paciente al dialogar en el acto de la entrevista (fatiga, disnea, taquicardia, cianosis y otros signos clásicos).

- **Criterios de Exclusión**

Individuos con internación previa de 30 días, toda vez que los resultados de calidad de vida en relación a la salud, pueden ser influenciados por la internación reciente o aquellos que no sepan responder a las preguntas en el momento de la entrevista, dejando lagunas en las cuestiones.

3.5. Instrumentos

3.5.1. Cuestionario clínico y socioeconómico

Para la determinación de la edad, se observará la fecha de nacimiento en documento de identidad presentado por el individuo o la ficha de tratamiento determinado en el autogenerated, que es un código específico utilizado por el Hospital para la identificación del paciente. El sexo del participante fue determinado por la auto declaración de género en el momento de la entrevista. El color del paciente fue auto declarado en blanco, mestizo, negra, amarilla y otra. El estado civil fue categorizado en soltero, casado, separado y viudo. El participante informó su religión en católico, evangélico, espírita, no posee religión, no cree en Dios y otras religiones. La escolaridad fue definida en base al número de años de estudio informado por el participante. La condición de trabajo fue dividida en sí - trabaja, no - no trabaja y jubilado. La renta familiar se midió en Soles (S/.), siendo la suma de la renta de todos los individuos que viven en la misma residencia. La renta per capita, consistió

solamente del entrevistado. Todos los datos clínicos (tiempo de diagnóstico, medicación en uso, comorbilidades, procedimiento quirúrgico cardíaco, clase funcional NYHA, FEVI, etiología de la IC, tabaquismo, etilismo, actividad física y rehabilitación cardíaca) se obtuvieron a partir de la revisión de las historias clínicas de cada uno participante de la investigación.

La etapa de validación fue realizada según las revisiones de publicaciones y directrices acerca de la temática "Insuficiencia Cardíaca" y "Cardiología". La literatura específica del área de IC abarcó especialmente las siguientes referencias: Actualización de la Directriz de Insuficiencia Cardíaca Crónica, III Directriz Brasileña de Insuficiencia Cardíaca Crónica, Directiva de la Rehabilitación Cardíaca, Normatización de los Equipos y Técnicas de la Rehabilitación Cardiovascular Supervisada y Directiva de Rehabilitación Cardiopulmonar y Metabólica (Aspectos Prácticos y Responsabilidades (BOCHI, et al., 2009; BOCHI, et al., 2012; MORAES, et al., 2005; ARAÚJO, et al., 2004; CARVALHO, et al., 2006).

3.5.2. Cuestionario de Salud: EUROQOL – EQ-5D-3L

Para la evaluación de la Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) genérica, los pacientes respondieron al cuestionario "EQ-5D3L". El EQ-5D-3L es un instrumento de medida genérico que ha sido desarrollado para ser aplicado a una gran variedad de enfermedades y estados de salud, siendo utilizado para describir y evaluar el estado de salud del individuo, comparar grupos de referencia (con otros enfermos o con la población en general) u obtener la evolución de la salud de los pacientes a lo largo del tiempo, y fue validado por Pinto (2011).

Tiene como objetivo medir, de manera simple y genérica, el estado de salud y, así, auxiliar en la evaluación clínica y en la implementación de medidas. Se compone de dos partes e incluye dos componentes principales: un sistema descriptivo, que evalúa la CVRS en 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades usuales, dolor / molestia y ansiedad / depresión), cada una con 3 niveles de evaluación (1 - no hay problema, 2 - problema moderado, 3 - problema grave). Cada dominio tiene tres niveles de evaluación que se gradúan en una escala de 1 (sin problemas) a 3 (incapacidad / problemas graves).

La segunda parte está compuesta por una escala visual analógica (EVA) en la cual el paciente señala como se siente, en una escala de 0 a 100, en que 0 representa el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor estado de salud imaginable, el mejor, siendo el valor señalado escrito en una tabla dispuesta al lado de la escala.

3.5.3. Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire – MLHFQ

Para la evaluación de la CVRS específica, se aplicará el cuestionario "*Minnesota Living with Heart Failure*" (MLHFQ). Es un instrumento específico para la evaluación de la CVRS en pacientes con IC desarrollado por Rector et al. (1992), traducida y validada para el español por Carvalho et. al. (2009).

El MLHFQ fue desarrollado específicamente para insuficiencia cardíaca, lo que lo hace más cercano a la realidad de ese tipo de paciente (GARIN et al., 2008). Se compone de 21 preguntas relativas a limitaciones que a menudo se asocian con la insuficiencia cardíaca impide a los pacientes vivir como les gustaría. Se debe considerar el último mes para responder a los cuestionamientos.

La escala de respuestas para cada pregunta varía de 0 (no) a 5 (mucho), donde el 0 representa sin limitaciones y el 5, limitación máxima. Estas cuestiones involucran una dimensión física (ítems 1 a 7, 12 y 13) que están altamente interrelacionadas con disnea y fatiga, una dimensión emocional (ítems 17 a 21) y cuestiones generales (ítems 8, 9, 10, 11, 14, 15 y 16) que, sumados a las dimensiones anteriores, forman la puntuación total que puede variar de 0 a 105 puntos. Este subgrupo de cuestiones, por no tener un patrón habitual de respuestas, no fue agrupado como una dimensión separada en el cuestionario. (CARVALHO et al., 2009).

Se sabe, que, para el dominio físico de dicho instrumento, los valores pueden variar de 0 a 45 puntos; Para el dominio emocional, los valores varían entre 0 - 25 puntos; Para el dominio general, los valores varían entre 0 - 35 puntos. Para todos los dominios, así como la puntuación total, cuanto mayor sea la puntuación, peor la calidad de vida relacionada a la salud del paciente con IC.

3.6. Procedimientos

El procedimiento de reclutamiento de los individuos de la investigación ocurrió de la siguiente manera: la investigadora en posesión de la programación de consultas y atención de terapia se abordarán a los participantes el día de su primera sesión ambulatoria, los cuales fueron invitados a dirigirse individualmente a un consultorio asignado para tal fin, en el servicio correspondiente, para iniciarse el protocolo metodológico de este estudio. Todos los pacientes que, al principio, contemplaron los criterios de inclusión, se abordarán para aclarar la investigación. Después de la presentación de los objetivos del estudio y mediante las debidas aclaraciones, se solicitará el consentimiento del participante para iniciar las entrevistas que componen el proyecto, mediante la firma del Término de Consentimiento

Libre y Esclarecido TCLE (Anexo 1). En el consultorio asignado por el servicio correspondiente para la realización de las entrevistas con los pacientes participantes de este estudio, la investigadora aplicará, en forma de entrevista, un "Cuestionario de Caracterización Clínica y Socioeconómica" (Anexo 2), con preguntas que concuerdan con la literatura del área y un estudio previamente publicado (Carvalho et al., 2009), y traducido por la investigadora al español. Posteriormente, los participantes respondieron a la versión validada y traducida al español del cuestionario "*Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*" (MLHFQ) (Anexo 3) y, por último, la versión validada para España "Cuestionario de evaluación de la salud EUROQOL: EQ-5D-3L" (Anexo 4) el cual evalúa el estado percibido de salud del paciente. Todo el proceso tuvo una duración aproximada de 20 minutos.

3.7. Análisis de datos

Para el análisis de los datos, los datos se gestionarán en el programa Microsoft Office Excel® 2010. Se realizaron digitaciones por personas independientes, en doble entrada y, a continuación, validación de los datos para la conferencia de consistencia de las hojas de cálculo. Para la corrección de las diferencias encontradas, el cuestionario original fue consultado.

Posteriormente, los datos fueron importados en el *Programa Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versión 21.0, donde se realizó el análisis estadístico. Se realizaron análisis exploratorios (descriptivos) de los datos a partir del escrutinio de frecuencias simples absolutas y porcentuales para las variables categóricas y medidas de centralidad (media, mediana, moda, puesto medio) y de dispersión (desviación estándar, mínima y máxima) para variables cuantitativa. Además, se realizaron medidas de consistencia interna para el instrumento de medida MLHFQ, utilizando el coeficiente α de Cronbach. En los análisis

bivariados se adoptó un nivel de significancia del 5% ($p \leq 0,05$). Para el análisis de diferencias entre medias, se utilizó la prueba t de Student en las muestras independientes y el análisis de varianza (ANOVA). La prueba de Correlación de Pearson fue utilizada en los análisis de correlación entre variables cuantitativas y Correlación de Spearman en las correlaciones en que una de las variables es ordinal.

IV. RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan y describen los resultados obtenidos tras el tratamiento estadístico de los datos recogidos.

4.1. Resultados referentes a las características Socioeconómicas de los pacientes con ICC.

Tabla 03: Características Socioeconómicas de los pacientes con ICC atendidos en el HNGAI.

Variables	Media \pm DP	Mínimo	Máximo
Edad (años)	63.00 \pm 11.24	27	93
Renta familiar (S/.)	1533.61 \pm 1448	350	6000
Renta individual (S/.)	842.92 \pm 724	0	3790
Escolaridad (años)	4.41 \pm 4	0	15

Interpretación: En la tabla 03 y 04 se observa que la edad media de los pacientes fue de 63 años, con ingreso familiar aproximado a 2 salarios mínimos, con promedio de 4 años. El tiempo promedio de diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca crónica fue de aproximadamente 7 años. Los datos sociodemográficos demuestran predominio de participantes del sexo masculino (34, 53.97%) de raza blanca (37, 58.73%), casados (37, 58.73%) de religión católica (42, 66.67%) y con condición de trabajo inactiva (56, 88,89%).

Tabla 04: Características etarias de los pacientes con ICC atendidos en el HNGAI.

Variables	No.	Porcentaje (%)
Sexo		
Masculino	34	53.97
Femenino	29	46.03
Raza		
Blanca	37	58.73
Mestizo	18	28.57
Moreno	8	12.70
Estado Civil		
Casado	37	58.73
Soltero	9	14.29
Viudo	9	14.29
Separado	8	12.70
Religión		
Católico	42	66.67
Evangélico	13	20.64
No tiene religión	3	4.76
No cree en Dios	1	1.59
Condición de trabajo		
Inactivo	56	88.89
Activo	7	11.11

4.2. Resultados referentes al perfil clínico de pacientes con ICC.

Tabla 05: Características Clínicas de los pacientes con ICC atendidos en el HNGAI.

Variables	No.	Porcentaje (%)
Clase funcional NYHA		
I	11	17.46
II	28	44.45
III	19	30.16
IV	5	7.94
Etiología		
Cardiopatía hipertensiva	21	33.34
Cardiopatía isquémica	19	30.16
Cardiopatía chagásica	17	26.98
Cardiopatía valvar	5	7.94
Ideopática	1	1.59
Medicaciones		
Betabloqueador	41	65.08
Antitrombótico	39	61.91
Diurético	35	55.56
IECA / BRA	37	58.73
Estatina	29	46.03
Antidepresivo / Ansiolítico	9	14.29
Digitálico	8	12.70
Nitrato	6	9.52

Comorbidades

Hipertensión Arterial Sistémica	50	79.37
Diabetes mellitus	17	26.98
Dislipidemia	17	26.98
Enfermedad Arterial Coronariana	13	20.63
Angina	7	11.12
Obesidad	5	7.94
Arritmia	3	4.76
AVC	3	4.76
Fibrilación Atrial	2	3.17

Procedimiento Quirúrgico Cardíaco

Angioplastia	19	30.16
Marcapaso	16	25.40
Valvuloplastía	6	9.52
Revascularización	5	7.94

Hábitos de Vida

Actividad Física	12	19.08
Tabaquismo	11	17.46
Ex-fumador	10	15.87
Etilismo	8	12.70
Ex-etilistas	5	7.94
Rehabilitación Cardíaca	5	7.94

Interpretación: En la tabla 04 se observan las características clínicas de la muestra estudiada obteniéndose los siguientes resultados. Con respecto a la clase funcional NYHA II fue predominante en la muestra (28, 44.45%). Las principales etiologías de la ICC fueron la Cardiopatía hipertensiva (21, 33.34%), seguida por la Cardiopatía Isquémica (19, 30.16%) y Cardiopatía Chagásica (17, 26.98%). El perfil medicamentoso evidenció que antitrombóticos (39, 61.91%), betabloqueantes (41, 65.08%), Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina - IECA y Bloqueadores de los Receptores de Angiotensina - BRA (37, 58.73%), diuréticos (35, 55.56%) y estatinas (29, 46.03%) fueron ampliamente empleados en el manejo farmacológico de la ICC, además de otras medicaciones, de acuerdo con la indicación clínica y prescripción médica. Se observa que una gama de enfermedades crónicas se asocia al cuadro de ICC, siendo la HAS (50, 79.37%) la de mayor prevalencia. Los procedimientos quirúrgicos cardiacos se realizaron en 46 (73.06%) pacientes, ya sea como forma de tratamiento de la ICC o como indicación clínica para la reparación del corazón desencadenada por otras cardiopatías, siendo la angioplastia (19, 30.16%) y el marcapasos transcutáneo (16, 25.40%) los procedimientos más realizados. En relación a los hábitos de vida se identificó que la prevalencia de fumadores (11, 17.46%) y ex fumadores (10, 15.87%) fue similar. El etilismo fue un hábito practicado por 8 (12.70%) de los individuos. Sólo 12 (19.08%) pacientes realizaban actividad física y 5 (7.94%) participaron en programas de rehabilitación cardiaca.

4.3. Resultados referentes al cuestionario EQ-5D-3L en los pacientes con ICC.

Tabla 06: Resultados del cuestionario EQ-5D-3L, para sus dominios e ítems, en los pacientes con ICC del HNGAI.

DOMINIO	Ítems	No.	Porcentaje (%)	IC
	No tengo problemas en andar	33	52.38	6.10
Movilidad	Tengo problemas en andar	28	44.45	6.07
	Estoy limitado/a me quedo en la cama	2	3.17	2.24
Cuidados personales	No tengo problemas con mis cuidados personales	41	65.08	5.84
	Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	18	28.57	5.50
	Soy incapacidad para lavarme o vestirme solo	4	6.35	3.19
	No tengo problemas en desempeñar mis act. habituales	24	38.10	5.91
Actividades habituales	Tengo algunos problemas en desempeñar mis act. Habit.	33	52.37	6.10
	Soy incapaz de desempeñar mis actividades habituales	6	9.52	3.85
	No tengo dolores o malestar	15	23.80	5.24
Dolor y malestar	Tengo dolores o malestar moderado	32	50.80	6.10
	Tengo dolores o malestar extremo	16	25.40	5.32
	No estoy ansioso/a o deprimido/a	17	26.98	5.40
Ansiedad y depresión	Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a	24	38.10	5.91
	Estoy extremadamente ansioso/a o deprimido/a	22	34.92	5.84

IC: Intervalo de confianza con 95% de confianza.

Interpretación: En la tabla 05 se muestran los resultados obtenidos a partir del instrumento EQ-5D-3L, en donde se observa que los pacientes tienen algún problema en caminar (28, 44.45%) comprometiendo su movilidad, así como problemas para lavarse o vestirse solos (18; 28.57%), en el cuidado personal. Las actividades habituales se encuentran moderadamente perjudicadas (33, 52.37%) en más de la mitad de la muestra, así como quejas de dolor y malestar moderados (32, 50.80%) desencadenados por la cardiopatía. Los scores de los síntomas de ansiedad y depresión estuvieron presentes de forma moderada (24, 38.10%) al extremo (22, 34.92%). La EVA, que varía de 0-100 puntos, obtuvo una media de 62.93 (DP = 21,14).

4.4. Resultados referentes a las características del cuestionario MLHFQ en pacientes con ICC.

Tabla 07: Características del cuestionario MLHFQ clasificado por dominios y score total, en pacientes con ICC atendidos en el HNGAI.

Variables	Media \pm DP	Mínimo	Máximo	Mediana	Alfa de Crombach
Dominio físico	23,53 \pm 9,59	0	44	24.00	0.740
Dominio emocional	11,89 \pm 4,83	0	25	12.00	0.861
Dominio general	15,12 \pm 6,00	0	30	15.00	0.812
Minnesota Total	50,54 \pm 18,50	0	91	53.00	0.844

Interpretación: En la tabla 06 se observa que en relación a los scores obtenidos a partir del MLHFQ para la medición de la CVRS de pacientes con ICC, se identificó que el dominio físico obtuvo promedio de 23,53, con valores permitidos entre 0 - 45 puntos. El dominio emocional que tiene valores permitidos entre 0 - 25 obtuvo un promedio de 11,89 puntos. El dominio general del instrumento, con cuestiones diversas referentes a la IC, resultó en un valor medio de 15,12 puntos, con valores permitidos entre 0 - 35 puntos. El puntaje total del MLHFQ varía entre 0 - 105 puntos obtuvo un promedio de 50,54 puntos y un valor máximo de 91. Los análisis de confiabilidad también se calcularon como se muestra en la tabla 4.

4.5. Resultados sobre la correlación entre MLHFQ y las variables socioeconómicas y clínicas de los pacientes con ICC.

Tabla 08: Correlación de Pearson entre los dominios del Instrumento MLHFQ y las variables socioeconómicas y clínicas de los pacientes con ICC, atendidos en el HNGAI.

Variables	Dominios MLHFQ			
	Físico	Emocional	General	Minnesota
	Total			
Edad	0.153*	0.088	0.101	0.134*
Escolaridad	0.033	0.104	0.047	0.059
Renta familiar	0.103	-0.044	-0.027	-0.073
Renta individual	-0.179**	-0.062	-0.072	-0.132*
Tiempo diagnóstico	0.040	-0.009	-0.032	0.008
FEVE	-0.256**	-0.152	-0.312**	-0.272**
EVA	-0.441**	-0.487	-0.494**	-0.494**

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Interpretación: Según la tabla 07 las correlaciones de Pearson entre los dominios del instrumento MLHFQ y las variables socioeconómicas y clínicas se observa una correlación débil, pero significativa entre edad y el dominio físico y total del MLHFQ, una correlación negativa, débil y significativa entre renta de los pacientes con los dominios físico y total del MLHFQ, una correlación negativa, débil y significativa entre la fracción de eyección del ventrículo izquierdo con los dominios físico, emocional y total y total del MLHFQ y una correlación negativa, moderada y significativa entre la fracción de eyección del ventrículo

izquierdo y el dominio general del instrumento. La EVA obtuvo correlaciones negativas moderadas y significantes con todos los dominios y puntuación total del MLHFQ.

4.6. Resultados sobre la correlación entre el MLHFQ y el EQ-5D-3L en los pacientes con ICC.

Tabla 09: Correlación de Spearman entre los dominios del instrumento MLHFQ y los dominios del instrumento EQ-5D-3L en los pacientes con ICC atendidos en el HNGAI.

Dominios EQ-5D-3L	Dominios MLHFQ			
	Físico	Emocional	General	Minnesota Total
Mobilidad	0.578**	0.343**	0.461**	0.549**
Cuidados personales	0.481**	0.425**	0.505**	0.532**
Actividades habituales	0.660**	0.493**	0.666**	0.695**
Dolor/malestar	0.345**	0.439**	0.397**	0.419**
Ansiedad/depresión	0.378**	0.597**	0.353**	0.460**

****p<0,01**

Interpretación: Según los resultados obtenidos en la tabla 08 la correlación Spearman entre los dominios del instrumento MLHFQ y el instrumento EQ-5D-3L en todos los ámbitos, cuando se correlacionan presentan una magnitud moderada a fuerte, altamente significativos.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para realizar esta evaluación, se utilizó un cuestionario con preguntas socioeconómicas y clínicas, a fin de perfeccionar la calidad y rigor metodológico de la caracterización del perfil del paciente. Se utilizaron correlaciones entre los resultados obtenidos a partir de los instrumentos "*Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*" - MLHFQ, para la evaluación de la CVRS específica para ICC y el instrumento "EUROQOL -EQ-5D-3L", para la evaluación de la CVRS genérico.

5.1. Discusión referente a las características socioeconómicas.

La muestra de este estudio fue compuesta predominantemente por ancianos, hombres, con bajos ingresos y de escolaridad básica. Una investigación anterior, realizada con portadores de ICC demostró que los individuos tenían una edad promedio de 63 años, la mayoría con baja escolaridad y bajos ingresos, resultados muy similares a los encontrados en este estudio (ALITI, 2011).

Los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de las poblaciones tuvieron como consecuencia mayor exposición de los individuos a los factores de riesgo relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), especialmente las cardiovasculares, haciéndolas "primera causa de muerte en el mundo" (CARNELOSSO, 2010).

De esta forma, en poblaciones mayores, a pesar de los avances tecnológicos en el área de promoción de la salud y prevención de agravios, la prevalencia de enfermedades crónicas, principalmente las cardiovasculares, aún ocupan un lugar destacado, en lo que se refiere a la mortalidad y pérdida de la CVRS (FLECK, 2008; HUNT et al., 2009).

Tanto la incidencia como la prevalencia de la ICC aumentan exponencialmente con el aumento de la edad. La tasa de prevalencia, que es alrededor del 1% a la edad de cincuenta años, llega al 10% en personas > 65 años. Además de ser más prevalente, es la enfermedad más grave en poblaciones ancianas, visto que menos de 30% de estos con ICC sobreviven más de 6 años después de su primera hospitalización (PEREIRA, et al., 2002; BOCHI, et al. 2009; BOCHI, et al., 2012).

Se observa además que la mayoría de los pacientes de este estudio poseen condición de trabajo inactivo, o sea, no ejercen actividad remunerada. En un estudio cualitativo, que evaluó las percepciones de individuos con ICC en relación a su percepción social y de trabajo, evidenció que se jubilan más temprano o dejan de trabajar, debido a los síntomas provocados por la enfermedad y por el sentimiento de inutilidad frente a la condición de salud. La forma en que cada individuo percibe la enfermedad es singular, y está íntimamente ligada a su historia de vida, mezclada de situaciones favorables o no, y la forma en que el individuo reacciona puede ser determinante en el desenlace de las enfermedades crónicas (SANTOS, et al., 2011).

5.2. Discusión referente a las características clínicas.

La Clasificación funcional de la *New York Heart Association* (NYHA) proporciona un medio simple de clasificar la extensión de la ICC. Categoriza los enfermos en una de cuatro clasificaciones basada en la limitación de la actividad física en Clase I, II, III e IV, donde cada clase representa signos y síntomas decurrentes del progreso negativo de la enfermedad (BOCCHI et al., 2012). Los estudios han demostrado la importancia de la estratificación de la ICC a través de la clase funcional NYHA. En la actualidad, esta clasificación forma parte de la atención clínica al portador de ICC, permitiendo dirigir la terapéutica y preparar al

paciente a identificar con signos y síntomas de la enfermedad (SPINAR et al., 2011, NASO et al., 2011, BOCCHI et al. 2012).

Gran parte de los pacientes de este estudio tienen IC clase funcional NYHA II y III. Se sabe que estas clasificaciones, significan ligeros síntomas y limitaciones en actividades rutinarias y con limitación importante en la actividad física y de vida diaria, respectivamente (LINDVALL, HULTMAN, JACKSON, 2013).

Un estudio retrospectivo tipo cohorte realizado con pacientes en rehabilitación cardíaca en el Estado de Río de Janeiro, se observó también la mayor prevalencia de ICC clase funcional NYHA II (MUELLA, BASSAN, SIERRA, 2011).

Los estudios clásicos en el área de cardiología e insuficiencia cardíaca, de delineamiento prospectivo demuestran una fuerte correlación entre la clase funcional NYHA avanzada y la mortalidad (ADAMS JR, et al., 2007, FARIA, et al., 2015, GAUI, et.al, 2015).

Una hipótesis que puede explicar este hallazgo se relaciona con los signos y síntomas clínicos de la ICC. En la clase funcional NYHA I, el paciente no busca servicio de salud especializado, debido a las discretas y esporádicas sintomatologías, que se confunde con otras patologías, como estrés y mal preparo físico. En el caso de la clase funcional NYHA IV, por poseer sintomatología severa, el individuo generalmente está restringido al lecho, buscando servicio de salud de nivel terciario, sólo cuando hay forma descompensada de la ICC (ARAÚJO, NÓBREGA, GARCIA, 2013).

La insuficiencia cardíaca crónica asociada a HAS puede darse por disfunción sistólica ventricular izquierda o disfunción diastólica ventricular izquierda. La disfunción sistólica ventricular izquierda crónica asociada a la HAS es una de las principales causas de insuficiencia cardíaca crónica en países subdesarrollados (ROLANDE, et al., 2012).

Se cree que la adhesión al tratamiento antihipertensivo puede controlar las ECV de etiología hipertensiva, como la ICC. El control de la presión arterial en los hipertensos tiene un vínculo muy estrecho con la adhesión al tratamiento prescrito. La no adhesión a la medicación es una preocupación importante para los profesionales de la salud y para los gestores, siendo necesarios estudios que ayuden a mejorar la adhesión a los tratamientos antihipertensivos, principalmente en pacientes con hipertensión con alto riesgo cardiovascular (SOUZA, et al., 2014).

En la fisiopatología de la cardiopatía isquémica dos procesos están implicados: la oferta y la demanda de oxígeno por el miocardio. La isquemia miocárdica se produce cuando hay desequilibrio en la oferta y la demanda de oxígeno. Por otro lado, dos situaciones alteran la oferta de oxígeno para el miocardio: la isquemia y la hipoxemia. En algunas condiciones, el compromiso de la oferta de oxígeno es secundario a la disminución del flujo sanguíneo, siendo ésta la fisiopatología de la mayoría de los casos de IAM y de los episodios de angina inestable. En otras situaciones, como la hipertrofia ventricular, característico de la IC, el aumento en la demanda de oxígeno es el principal responsable de la isquemia miocárdica (Faria, et al., 2015).

En el presente estudio se analizó la relación entre las dos principales etiologías para IC de este estudio, un estudio previamente publicado evidencia que la HAS y la hipertrofia ventricular izquierda son dos factores de riesgo bien establecidos para la ocurrencia de la cardiopatía isquémica, que evoluciona hacia ICC (SOUZA, et al., 2014).

La cardiomiopatía alcohólica se caracteriza por alteraciones como la dilatación y aumento de la masa del ventrículo izquierdo. Por otro lado, de forma inversa a otras cardiomiopatías, no hay criterios histológicos, de laboratorio o de cualquier otro tipo que, por su especificidad, permite clasificar inequívocamente una cardiomiopatía como de etiología

alcohólica. Esta limitación constituye un obstáculo importante en estudios epidemiológicos, siendo escasos los trabajos publicados acerca de esta temática (MIRANDA, 2014).

En un estudio reciente, se evaluaron más de 2000 pacientes con IC, siendo observado que aproximadamente el 30% de éstos recibían tratamiento antitrombótico (AVELLANAA, et al., 2012).

De esta forma el uso de antitrombóticos en pacientes con ICC es relevante en aquellos con perfil fisiopatogénico, o sea, con historia de enfermedad arterial coronaria y con hiperactividad plaquetaria (PONIKOWSKI, EWA, 2012).

Los diuréticos (55,04%) también fueron ampliamente utilizados en los pacientes de este estudio, corroborando con datos de una investigación que trazó el perfil clínico de pacientes con IC atendidos en un hospital referencia (MONTEIRA, et al., 2006; NOGUEIRA; RASSI; CORREA, 2010). Pero diferente de otro estudio, donde el uso de diuréticos fue relativamente bajo (CASTRO, et al., 2010).

En general, la literatura nos informa que todos los pacientes con ICC asocian el uso de diuréticos para mantenerse compensados frente a la cardiopatía, ya que esta clase farmacológica logran optimizar los síntomas causados por la enfermedad, reduciendo el edema corporal y pulmonar, así como prevenir eventos cardiovasculares (LESTER, et al., 2008; YIP, et al., 2008).

En la ICC, la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona resulta en elevación de los niveles de angiotensina II, lo que lleva al aumento de la poscarga ventricular, hipertrofia, remodelación cardíaca y vascular y secreción de aldosterona. La inhibición de este sistema puede ser realizada de diversas maneras: 1) inhibiendo la enzima que convierte la angiotensina I en angiotensina II, 2) bloqueando los receptores de la angiotensina II o 3)

bloqueando los receptores de la aldosterona (OLIVEIRA; DEL CARLO, 2006; BOCHI, et al., 2012).

En cuanto al uso de antidepresivos y ansiolíticos (14,73%), diversos estudios han demostrado la ocurrencia de eventos depresivos y ansiosos en pacientes cardiopatas, particularmente en aquellos con ICC, debido a los signos y síntomas causados por la enfermedad (BOCHI, et al., 2012; ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013; BONI; MARTINEZ; SACCOMANN, 2013).

La depresión está asociada al aumento en el desarrollo de ICC en individuos con factores de riesgo cardiovasculares y se ha asociado a resultados adversos en pacientes con ICC, como se demostró en estudios, donde la gravedad de los síntomas depresivos se relacionó directamente con muerte o declinación funcional en los seis meses de seguimiento en 391 hospitalizaciones pacientes por ICC (PENA, et al., 2011).

Es evidente que la hipertensión arterial estuvo presente en la mayor parte de la muestra en estudio, alcanzando 202 pacientes. El papel de la hipertensión arterial como causa de la insuficiencia cardíaca está bien ilustrado en los estudios epidemiológicos y en los grandes ensayos clínicos. Además de poder causar IC, la hipertensión participa de muchos cuadros de este síndrome, al contribuir al desarrollo de insuficiencia coronaria (MOCHEL, et al., 2014).

Otras comorbilidades identificadas en este estudio (angina, obesidad, arritmia, accidente vascular cerebral y fibrilación atrial) también son identificados y descritos en la literatura, no sólo como comorbilidades relacionadas a la ICC, pero de forma general en las diversas cardiopatías, principalmente las de etiología isquémica (BOCHI, et.al, 2009; COSTA, 2014).

Los procedimientos quirúrgicos cardiacos más realizados en los pacientes de esta investigación fueron la angioplastia (30,62%) y el marcapasos cardíaco (25,58%), hecho que

puede ser explicado por la etiología de IC de esta muestra, hipertensiva e isquémica, que pueden (en el caso de la angioplastia, es indicada para desobstrucción arterial y retorno del flujo sanguíneo coronario (BOCHI, et.al, 2012, PINHEIRO, 2014).

Se ha establecido la relación entre el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo como el tabaquismo, el etilismo, el sedentarismo y la obesidad (Moreira, et.al., 2010; OLIVEIRA, et al., 2010).

Sólo el 6,98% de los pacientes con IC evaluados en este estudio participaron realizaron rehabilitación cardíaca, a través de programas institucionales. Es evidente en la literatura que la IC es caracterizada por la intolerancia al ejercicio, fatiga precoz y miopatía esquelética marcada por atrofia y cambio en la dirección de fibras de contracción rápida, lo que puede culminar en caquexia cardíaca, y que puede ser evitado y / o mejorado con un programa de ejercicios asociado al tratamiento medicamentoso (CUNHA, et al., 2012, GUIMARÃES, GARDENGHI, SILVA, 2015).

Una hipótesis que puede explicar la baja adhesión de los pacientes a la rehabilitación cardíaca, se relaciona con la dificultad de estos individuos en convivir con las alteraciones que la enfermedad cardíaca causa en su cotidiano y con los sentimientos amenazadores que surgen en virtud de las restricciones a que son sometidos (GUIMARÃES; GARDENGHI; SILVA, 2015).

En este sentido, se hace relevante la inserción de estos pacientes en programas de rehabilitación cardíaca, ya que estudios indican que esta práctica disminuye efectivamente el riesgo cardíaco, reduce significativamente la recurrencia de eventos cardíacos, aumenta la calidad de vida, la salud física y psicológica de los pacientes con IC, además de reducir la mortalidad (PFAEFFLI, et al., 2012, GUIMARÃES, GARDENGHI, SILVA, 2015).

5.3. Discusión referente a calidad de vida relacionada a la salud genérica (EUROQOL – EQ-5D-3L).

La CVRS genérica fue evaluada por el instrumento EUROQOL - EQ-5D-3L. Se compone de cuestiones que engloban evaluación de la movilidad, cuidados personales, actividades habituales, que de cierta forma refleja la capacidad funcional del individuo, además de contener cuestiones relacionadas a la presencia de dolor y malestar y síntomas de ansiedad y depresión. Los cuestionarios genéricos no son específicos de una única enfermedad, en general, siendo más utilizados en estudios con delineamiento epidemiológico y descriptivo, así como para planificar y evaluar un sistema o condición de salud, siendo los resultados de estos instrumentos empleados como indicadores para evaluación de la eficacia, eficiencia e impacto de determinados tratamientos en grupos de pacientes (MONTEIRO, et al., 2010).

Se encontró sólo un estudio que demostró valor medio atribuido a la EVA inferior al encontrado en la literatura antes citada, donde, evaluando el papel de la diálisis en la IC, obtuvo score de 43,0 puntos, pero que tras intervención educativa en salud, el puntaje medio se asemejó al hallazgo en la revisión bibliográfica (SÁNCHEZ, et al., 2010).

Una vez que el EQ-5D-3L evalúa la CVRS genérica de la muestra de este estudio, se hace necesaria la interpretación y discusión de cada dominio que compone el instrumento, a saber: movilidad, cuidados personales, actividades habituales, presencia de dolor y / o malestar y presencia de síntomas ansiosos o deprimentes. En lo que se refiere a la movilidad de los pacientes con ICC, gran parte de los pacientes mencionaron algún problema para caminar. Un estudio que evaluó los cuidados de enfermería con individuos portadores de ICC descompensada también identificó como diagnóstico la movilidad perjudicada debido a la capacidad limitada para desempeñar las habilidades motoras y asociadas al control y fuerza

muscular reducidos que se define como "limitación en el movimiento físico independiente y voluntario del cuerpo o de uno o más extremos "(HERDMAN, 2013).

A pesar de escasos estudios con población específica para ICC, el EQ-5D-3L ha sido recientemente incorporado en las evaluaciones de CVRS de cardiopatías en general, agudas y crónicas. La movilidad en los pacientes de estas investigaciones también se mostró perjudicada de forma moderada, debido a la sintomatología de la IC, desencadenando disnea, cansancio y fatiga, principalmente cuando se sometieron a las pruebas de caminata (FERREIRA, 2012; JANSSEN, et al.,2013; KOLTOWSKI, et al.,2014).

En la dimensión cuidados personales, que investiga actividades como realizar higiene personal y actividades de cuidados con apariencia personal, como vestirse, 166 (64,34%) de los pacientes replicaron no tener problemas en esta dimensión. Este dato puede ser justificado por el hecho de que en la ICC, generalmente la clase IV limita al individuo de forma casi total para la realización de estas tareas, debido a signos y síntomas muy severos.

Sin embargo, se observó que una cantidad importante de pacientes que tienen algún problema en lavarse o vestirse solos. Estos datos van en contra de la literatura, donde los individuos reportan no poseer, o poseer alguna limitación en actividades de cuño cuidados personales, aunque hayan sido realizados con cardiopatías diversas, visto la escasez de estudios específicos con ICC (JEFFREY, et al., 2005; JANSSEN, et al., 2013, KOLTOWSKI, et al., 2014).

En relación a las actividades habituales, también comprendidas como actividad de vida diaria, 33 (52.37%) pacientes relataron poseer problemas moderados para la realización de estas actividades. Esta dimensión demostró particularidad en pacientes con IC, ya que estudios realizados con otras cardiopatías evidenciaron ausencia de estos problemas (JEFFREY, et al., 2005; GOLDSMITH, et al., 2009; JANSSEN, et al., 2013; KOLTOWSKI,

et al., 2014) mientras que el único estudio que utilizó el EQ-5D-3L en pacientes con ICC corroboró con los hallazgos en esta investigación (FERREIRA, 2012).

La intolerancia en la realización de actividades habituales de hecho es característica de la IC, presentando respuestas metabólicas muy perjudicadas. En la mayoría de los casos, la disminución de la capacidad funcional para realizar actividades de vida es reflejo de alteraciones centrales y periféricas, ocurriendo la interacción de componentes respiratorios, hemodinámicos, metabólicos y musculares (CARVALHO, et al., 2012; BOCHI, et al., 2012).

Algunos estudios han evaluado, con instrumentos específicos, la realización de actividades habituales y actividades de vida diaria tanto en individuos con ICC como en cardiópatas en general, donde los resultados también demuestran un compromiso importante de esta dimensión (CHIODELLI, et al., 2015; SANTOS, 2015).

En relación al dolor y / o malestar, 32 (50.80%) pacientes relataron sentir estos síntomas, de forma moderada. Este dato difiere de los hallazgos en la literatura, cuando son evaluados con el EQ5D-3L en la IC (FERREIRA, 2010, JANSSEN, et al., 2013). Sólo un artículo encontró resultados similares, pero en una población con síndrome coronario agudo (JEFFREY, et al., 2005).

El dolor y el malestar en pacientes cardiópatas, específicamente en IC, son quejas comúnmente relatadas por los pacientes. Estos hallazgos reflejan los efectos colaterales de las medicaciones utilizadas, entre ellas la aparición de úlceras gástricas y pépticas, bradicardia e hipotensión, además de síntomas resultantes de la propia condición de salud, que se relacionan con la clase funcional NYHA y comorbilidades asociadas (ALIT, et al., 2011; SANTOS et al, 2011;. BOCHI, et al, 2012).

5.4. Discusión referente a calidad de vida relacionada a la salud específica para la insuficiencia cardiaca crónica (MLHFG).

Los instrumentos específicos de enfermedad son clínicamente más sensibles para detectar los cambios causados por los signos y síntomas de las enfermedades. Estos instrumentos buscan evaluar, en su gran mayoría, la CVRS cotidiana de los individuos frente a enfermedades y procedimientos (MONTEIRO, et al., 2010).

Los resultados del presente estudio, al analizar los dominios por separado, así como la puntuación total del instrumento, demuestran que los pacientes poseen niveles más bajos de CVRS, cuando comparados a los de otros estudios, donde los pacientes a pesar de poseer CVRS perjudicada por la ICC, obtuvieron y en el caso de que se produzca un cambio en la calidad de la información.

En cambio, un estudio realizado para evaluar el soporte ventilatorio en la capacidad funcional de pacientes con ICC utilizando el MLHFQ detectó escores más graves de declinación de la CVRS que los presentados en este estudio (IMA, et al., 2011).

El resultado obtenido en este estudio en relación a los aspectos emocionales es pertinente al reflejo de las limitaciones ocasionadas por factores extrínsecos a la IC, que impactan en la expectativa del paciente frente a su condición y tratamiento. Se sabe que los pacientes con ACV tienen tendencia a desarrollar cuadros ansiosos y de depresión, secundarios al dolor, malestar frecuente, disnea y fatiga, crisis de pánico y otros síntomas característicos de la enfermedad (MIRANDA, 2014).

En el caso de los pacientes con ICC, se observó que la presencia de síntomas, fatiga y disnea, así como las limitaciones diarias impuestas al paciente con ICC, son predictores que afectan directamente sus dimensiones emocionales y psicológicas, reduciendo CVRS (SANTOS, CRUZ, BARBOSA, et al., 2011).

Se sabe que los síntomas ansiosos y característicos de depresión, están fuertemente relacionados con los mayores índices de internación, morbilidad y mortalidad en enfermedades cardiovasculares, particularmente en la forma descompensada de la IC, donde los síntomas se agravan en frecuencia y duración (SANTOS; CRUZ; BARBOSA, et al.,2011; MIRANDA, 2014).

5.5. Discusión referente a la correlación entre CVRS general y específica para ICC.

No se encontraron estudios nacionales o internacionales publicados que realizaron pruebas de correlación entre CVRS general y específica en pacientes con IC. Sin embargo, los resultados encontrados a partir de este estudio demuestran que las correlaciones intra ítems de los dominios del instrumento MLHFQ y del EQ-5D-3L obtuvieron valores moderados a fuertes, así como valor de $p < 0,01$.

En el presente estudio se analizan los resultados obtenidos en este estudio que la IC impacta negativamente en las dimensiones físicas, emocionales y generales evaluadas por el MLHFQ, implican en pérdida de la capacidad funcional, déficit en los cuidados personales y en las actividades de vida diaria, además de desencadenar enfermedades psicosomáticas, aumento de los niveles de estrés, ansiedad, depresión dolor, y atenúan en cuadros de dolor y malestar general agudo y crónico, lo que justifica las correlaciones intra-instrumentos obtenidas (HERRANZ, et al., 2012; CHIODELLI, et al., 2015; SANTOS, et al., 2015).

VI. CONCLUSIONES

Después de realizar el presente estudio, se concluye, que:

- El perfil socioeconómico de los pacientes portadores de ICC se compone de individuos con edad media de 63 años, los cuales viven básicamente con renta individual de un salario mínimo y con escolaridad aproximada a 4 años. La mayoría fueron del sexo masculino, de raza blanca, casado, católico, con condición de trabajo inactivo.
- En el perfil clínico se evidenció que la clase funcional NYHA II fue predominante, de etiología hipertensiva. Como comorbilidad asociada a la HAS fue identificada como la de mayor prevalencia, así como la angioplastia como procedimiento propedéutico más realizado.
- La CVRS específica fue impactada negativamente por la ICC en todos los ámbitos (físico, emocional y general), con puntuaciones superiores a los estudios previamente publicados.
- La CVRS general fue impactada negativamente por la ICC en todos los ítems evaluados, de forma moderada en los ítems Movilidad; Actividades habituales; Dolor/malestar. El ítem de ansiedad y depresión fue impactado de forma moderada a la extrema, indicando un acentuado déficit psicoemocional desencadenado por los signos y síntomas de la ICC.
- Se observó una correlación moderada a la fuerte entre todos los ítems y dominios de los instrumentos de evaluación de CVRS genérica (EQ-5D-3L) y específica (MLHFQ), demostrando íntima relación entre estos conceptos frente a la cardiopatía instalada.

VII. RECOMENDACIONES

Después de realizar el presente estudio, se recomienda, que:

- Se recomienda la necesidad de atención multiprofesional especializada a portadores de ICC, así como reformulación de políticas de atención a la salud local, con el objetivo de optimizar la CVRS una vez que los puntajes obtenidos en este estudio fueron superiores a los publicados, con el objetivo de reducir el índice de complicaciones, internaciones frecuentes y cuadros descompensados de la cardiopatía, aunque estas variables no fueron analizadas.
- En el caso de atención multiprofesional, se recomienda la necesidad de acompañamiento psicoterapéutico con el objetivo de reducir síntomas relacionados a la ansiedad y depresión, ítem que obtuvo un puntaje negativo en la evaluación por parte de los participantes, cuando fueron evaluados de forma genérica por el EQ-5D-3L, debido al impacto que estos síntomas poseen en el desenlace clínico y terapéutico para ICC.
- Los resultados de esta investigación proporcionaron evidencias sobre predictores de QVRS en pacientes con ICC, además de la notable contribución de que a pesar de que existen otros instrumentos de evaluación de la CVRS genérica a ser empleados juntos al MLHFQ en la evaluación de salud de pacientes con ICC, el EQ-5D-3L, ha demostrado ser confiable y válido para esta población, ya que obtuvo correlaciones moderadas, fuertes y significantes, abriendo nuevos horizontes de investigación entre éste y otros instrumentos psicométricos utilizados en la evaluación de las cardiopatías.
- Se hace necesario la realización de estudios que evalúen de forma específica, con instrumentos validados para uso en Perú, variables como ansiedad, depresión, capacidad funcional, autoestima, las cuales pueden contribuir a la mejora de la relación entre CVRS genérica y específica en pacientes con ICC.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Achutti, A.; Achutti, V. R. (1992) Epidemiology of rheumatic fever in the developing world. *Cardiol Young*, v.2, p.206-215.
- Aguiar, C. C. T.; et al. (2008) Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no Diabetes Melito. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 52, n. 6, p. 931-939.
- Almeida, M. A. B. (2012) *Calidad de vida: definición, conceptos e interfaces con otras áreas*. Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades. São Paulo.
- Araujo, D. V.; Tavares, L. R.; Veríssimo, R.; Ferraz, M. B.; Mesquita, E. T. (2005). Cost of heart failure in the Unified Health System. *Arq Bras Cardiol*, v. 84, n.5, p.422-427.
- Auquier, P.; Simeoni, M. C.; Mendizabal, H. (1997) Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revue Prevenir*, v.33, p.77-86.
- Bocchi, E. A.; Marcondes-Braga, F.G.; Bacal, F; Ferraz, A. S.; Albuquerque, D.; Rodrigues, D.; et al. (2012) Sociedad Brasileña de Cardiología. Actualización de la Directriz Brasileña de Insuficiencia Cardíaca Crónica -. *Arq Bras Cardiol. São Paulo*, v.98, n.1, p.1-33, 2012.
- Castro Neto, J.V.; et al. (2012) Mitral valve and atrial septal defect surgery: minimally invasive or sternotomy approach. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, v. 99, n. 2, p. 681-687.
- Da Costa Lino, D.O.; Feitosa Filho, F.H. (2011) Endomiocardiofibrosis como causa Rara de Insuficiencia Mitral: relato de caso y revisión de la literatura. *Rev Bras Cardiol*, v. 24, n. 4, p. 254-257.

- Dargie, H. J.; Hildebrandt, P. R.; Günter A.J.; et al. (2007) A Randomized, Placebo Controlled Trial Assessing the Effects of Rosiglitazone on Echocardiographic Function and Cardiac Status in Type 2 Diabetic Patients With New York Heart Association Functional Class I or II Heart Failure. *J Am Coll Cardiol*. v.49, n.16, p. 1696-1704.
- Di Naso, F.C.D. et al. (2011) La clase de la NYHA tiene relación con la condición funcional y la calidad de vida en la insuficiencia cardiaca. *Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo*, v.18, n.2, p. 157-63.
- Duarte, P. S.; Ciconelli, R. M. (2006) *Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida: genéricos y específicos*. Qualidade de vida. São Paulo.
- Erceg, P. et al. (2013) Health-related quality of life in elderly patients hospitalized with chronic heart failure. *Clinical Interventions in Aging*, v.8 p. 1539–1546.
- Fini, A.; Cruz, D.A.L.M. (2009) Características da fadiga de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão de literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*, V.17, n.4, julho-agosto.
- Fini, A.; Cruz, D. A. L. M.; (2013) Propriedades psicométricas da Dutch Fatigue Scale e Dutch Exertion Fatigue Scale – versão brasileira. *Rev Bras Enferm, Brasília* , v. 63, n.2, p. 216-21.
- Fischer, F. M. et al. (2000) Aging at work: survey among health care shift workers of São Paulo, Brasil. Proceedings of the IEA 2000/HFES 2000 Congress. San Diego, v. 4, p. 39-41.
- Fleck, L.; Louzada, et al. (1998) *Organización Mundial de la Salud. Versión en portugués de la calidad de vida de las herramientas de evaluación (WHOQOL)*. Geneva.

- Freitas, H. F. G.; Castro, P. P. N.; Chizzola, P. R.; Bocchi, E. A. (2005) Transplante cardíaco em portadora de endomiocardiofibrose. *Arq Bras Cardiol.*, v.84, 49-54.
- Gordia, A. P. et al. (2010) Variáveis comportamentais e sociodemográficas estão associadas ao domínio psicológico da qualidade de vida de adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, v.28, n.1, p. 29-35.
- Helito, R.A. et al. (2009) Calidad de vida de los candidatos a trasplante de corazón. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, v. 24, n. 1, p. 50-57.
- Hunt, S. A.; Abraham, W. T.; Chin, M. H.; et al. (2009) Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *J Am Coll Cardiol*, v.53, n.15, p.90.
- La Forgia, G. M.; Couttolenc BF. (2008) *Hospital performance in Brazil. The search for excellence*. The World Bank, p.7-27.
- Levy, D.; Kenchaiah, S.; Larson, M. G.; Benjamin, E. J.; Kupka, M. J.; Ho, K. K.; Murabito, J. M.; Vasan, R. (2002) Long-term trends in the incidence of and Survivalwith heart failure. *N Engl J Med. Massachusetts*, v.347, n.18, p.1397-1402.
- Lindvall, C.; Hultman, T.D.; Jackson, V.A. (2013) Overcoming the Barriers to Palliative Care Referral for Patients With Advanced Heart Failure. *Journal of the American Heart Association*, v.3,
- Margoto, G.; Colombo, R. C. R.; Gallani, M.C.B. J; (2009) Características clínicas y psicosociales de pacientes con insuficiencia cardíaca que interna por descompensación clínica. *Revista escola de enfermagem da USP*,v. 43, n.1.

- Minayo, M. C. S.; Hartz, Z. M. A.; Buss, P. M. (2000) Calidad de vida y salud: un debate necesario. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, .7-18.
- Nahas, M. V. (2001) Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Midiograf. Londrina.
- Nascimento, H.R.; Puschel, V.A. de. A (2013); Ações do autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem*, vol. 26, n.6, p. 601-7.
- Oliveira, M. R.; Orsini, M. (2008) Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Revista Neurociências*, v.17, n.3, p. 255-262
- Organización Panamericana De La Salud. (2006) Estimación cuantitativa de la enfermedad de Chagas en las Ameritas. Montevideo, Uruguay: Organización Panamericana de la Salud,. .
- Pelegrino, V.M.; Dantas, R.A.; Ciol, M.A.; et al. (2011) Health-related quality of life in Brazilian outpatients with Chagas and non-Chagas cardiomyopathy. *Heart Lung*, v.40, n.3, p.25-31.
- Pena, F.M. et al. (2011) Insuficiencia cardíaca y depresión: una asociación con resultados negativos. *Insuf. Card*, v.6, n.4, p. 170-178
- Prebianchi, H. B. (2003) Medidas de calidad de vida para niños: aspectos conceptuales y metodológicos. *Psicologia: Teoria e Prática*, v.5, n.1, p.57-69.
- Rassi, J. A.; Rassi, A.; Marin-Neto, J. A. (2010) *Chagas disease*. *Lancet.*, v.375, p.1388-1492.

- Roccaforte, R.; Demers, C.; Baldassarre, F.; Teo, K. K.; Yusuf, S. (2006) Effectiveness of comprehensive disease management programmers in improving clinical outcomes in heart failure patients. *Eur J Heart. Ontario*, v.8, n.2, p.223-224.
- Rodrigues, S. L. L. et al. (2013) Impacto de la enfermedad: aceptabilidad, efectos de techo y suelo y confiabilidad de un instrumento en la insuficiencia cardiaca. *Rev. Esc. Enferm. USP*. V. 47, n. 6, p. 1091-8.
- Santos, M.A. et al. (2012) Dificuldades do sono relatadas por pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.20, n.4.
- Santos, J.J.A.; Plewka, J.E.A.; Brofman, P.R.S.; (2009) Calidad de Vida e Indicadores Clínicos en la Insuficiencia Cardíaca: Análisis multivariada. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 93, n. 2, p. 159-166.
- Scattolin, F.A.A.; Diogo, M.J.E.; Rodrigues, R.C. (2007) Correlación entre instrumentos de calidad de vida relacionados con la salud e independencia funcional en ancianos con insuficiencia cardiaca. *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.11, p.2705-15.
- Seidl, E. M. F; Zannon, C. M. L. C. (2004) Calidad de vida y salud: aspectos conceptuales y metodológicos. *Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro*, v.20, n.2, p580-588.
- Swedberg, K.; Cleland, J.; Dargie, H.; Drexler, H.; Follath, F.; Komajda, M. et al. (2005) Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary. *Eur Heart J. France*, v.26, p.1115– 1140.
- Ulbrich, A. Z. et al. (2013) Capacidad funcional como predictor de calidad de vida en la insuficiencia cardiaca. *Fisioter. Mov, Curitiba*, v. 26, n.4, p. 845-853, set/dez.

World Health Organization. *Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease*. Report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 2004.

Wu, J.R. et al. (2012) Effect of a Medication-Taking Behavior Feedback, Theory-Based Intervention on Outcomes in Patients with Heart Failure. *J Card Fail*, v.18, n.1, p. 1-9, janeiro.

IX. ANEXOS

ANEXO 1 - Consentimiento informado

Yo, _____, estoy plenamente enterado (a) del presente estudio en el que estaré incluido (a), cuyo objetivo Determinar la calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca crónica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, a su vez comprendí la explicación que se me fue brindada acerca de la investigación que se pretende realizar.

Me he informado que la participación es voluntaria y con la posibilidad de se pueda retirarme del estudio en cualquier momento, sin ningún problema o consecuencia.

Por lo tanto, declaro haber aceptado voluntariamente de mi integración en este estudio, así como el uso de la información recogida en el ámbito de este trabajo de investigación.

_____, ____ de _____ del 2019

(Firma del participante)

(Firma de la Investigadora)

ANEXO 2:**Cuestionario clínico y socioeconómico****Datos Socioeconómicos:**

1. **Iniciales:**
2. **Edad:** _____ años
3. **Sexo:** 1-() Masculino 2-() Femenino
4. **Raza autoreferido:** 1-() blanca 2-() mestizo 3-() negra 4-() amarillo
5. **Estado civil:** 1-() soltero 2-() casado 3-() separado 4-() viudo
6. **Religión:** 1-() católico 2-() evangélico 3-() ninguna 4-() ateo
7. **Escolaridad:** _____ años
8. **Condición de trabajo:** 1-() sí 2-() no 3-() en reposo
9. **Renta familiar:**
10. **Renta per capita:**

Datos clínicos:

11. **Diagnóstico de ICC:** _____ años
12. **Medicaciones en uso:**
13. **Comorbilidades:**
14. **Procedimiento quirúrgico cardíaco:** 1-() sí, cual: _____ 2-() no
15. **Clase NYHA:** 1-() Clase I 2-() Clase II 3-() Clase III 4-() Clase IV
16. **FEVE:** _____ %
17. **Etiología:** 1- ()Cardiopatía Isquémica 2- () Cardiopatía Hipertensiva
 3- () Cardiopatía Chagásica 4- () Cardiopatía Valvar
 5-()Cardiopatía Etflica, Medicamentosa, Drogas Ilícitas 6-()
 Cardiopatía Congénita 7-() Otra
18. **Fumador:** 1-() sí 2-() no 3- ()Ex-fumador: _____ anos
19. **Etilismo:** 1-() sí 2-() no 3- ()Ex-etilista: _____ anos
20. **Actividad Física:** 1-() sí 2-() no
21. **Rehabilitación Física:** 1-() sí 2-() no

ANEXO 3:**Cuestionario de Salud – EQ-5D-3L****Rossel M.A. (2015)**

Escriba con una cruz (X), en el cuadrado de cada uno de los siguientes grupos, indicando cuál de las afirmaciones describe mejor el estado de su salud hoy en día.

Movilidad

- No tengo problemas en andar
- Tengo problemas en andar
- Estoy limitado/a me quedo en la cama

Cuidados Personales

- No tengo problemas con mis cuidados personales
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapacidad para lavarme o vestirme solo.

Actividades Habituales (Ej. Trabajo, estudios, actividades domésticas, actividades en familia o los quehaceres)

- No tengo problemas en desempeñar mis actividades habituales
- Tengo algunos problemas en desempeñar mis actividades habituales
- Soy incapaz de desempeñar mis actividades habituales

Dolor/Malestar

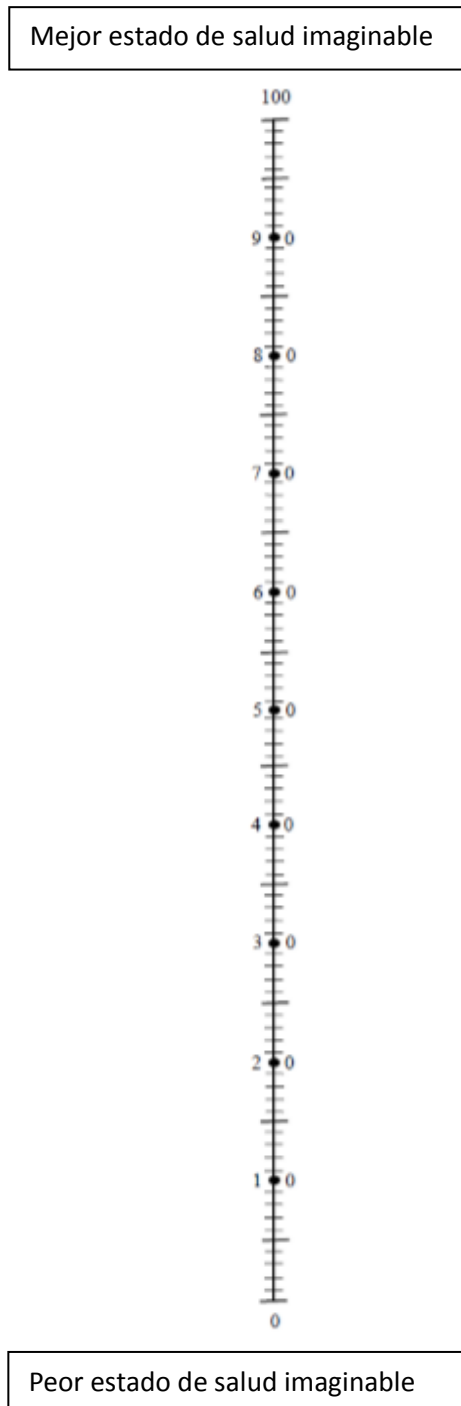
- No tengo dolores o malestar
- Tengo dolores o malestar moderado
- Tengo dolores o malestar extremo

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso/a o deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy extremadamente ansioso/a o deprimido/a

Para ayudar a las personas a decir cuan buen o mal se encuentra su estado de salud, se ha diseñado una escala en la cual el mejor estado de salud que pueda imaginar es marcado en el 0.

Gustaría que indicase en esta escala cuan buen o mal es, en su opinión, su estado de salud hoy en día. Por favor, haga una línea a partir del cuadrado que se encuentra debajo, hasta el punto de la escala que mejor clasifica su estado de salud hoy en día.



Anexo 4:***Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire – MLHFQ***

¿Durante el último mes su problema cardiaco lo impidió vivir como ud. quería, por qué?

1. Le causó hinchazón en sus pies tobillos y piernas ()
2. Lo obligó a sentarse o echarse para descansar durante el día ()
3. Le cambió su caminata y subida de escaleras difícil. ()
4. Le cambió su trabajo doméstico difícil ()
5. Le cambió sus salidas de casa difícil ()
6. Le hizo difícil dormir bien durante la noche. ()
7. Le hizo difícil sus relaciones o actividades familiares y amigos ()
8. Le hizo difícil trabajar para ganarse la vida ()
9. Le hizo difícil hacer deportes, diversión y pasatiempos. ()
10. Le hizo difícil su actividad sexual. ()
11. Le hizo comer menos los alimentos que le gusta ()
12. Le causó falta de aire ()
13. La causó cansancio, fatigado o con poca energía. ()
14. Le obligó a estar hospitalizado. ()
15. Le causó gasto de dinero por los cuidados médicos ()
16. Le causó efectos colaterales en las medicinas ()
17. Le hizo sentir que era un peso para los familiares y amigos ()
18. Le hizo sentir falta de autocontrol en su vida ()
19. Le causó preocupación. ()
20. Le hizo difícil concentrarse o recordar las cosas ()
21. Le causó depresión ()

No	Muy poco	Poco	Regular	Sí	Mucho
0	1	2	3	4	5