Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), noviembre-diciembre 2024,
Volumen 8, Número 6.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO A CUESTIONARIO DE KANSAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL HGZ 3

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE ACCORDING TO THE KANSAS QUESTIONNAIRE IN PATIENTS WITH A DIAGNOSIS OF HEART FAILURE IN HGZ 3

Dr. Onésimo Antonio Pino
Unidad de Medicina Familiar No. 64 IMSS, Tuxtepec

Dra. Alicia Carolina Ahuja Casarín
Hospital General de Zona No. 3 IMSS, Tuxtepec

Dr. José Adalberto Cruz Martínez
Hospital General de Zona No. 3 IMSS, Tuxtepec

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15787

Evaluación de la calidad de vida de acuerdo a cuestionario de Kansas en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca en el HGZ 3

Dr. Onésimo Antonio Pino[1]
dronesimoantoniopino@gmail.com
Unidad de Medicina Familiar No. 64 IMSS, Tuxtepec.
Oaxaca, México

Dra. Alicia Carolina Ahuja Casarín
aliciacarolinaahuja.@gmail.com
Hospital General de Zona No. 3 IMSS, Tuxtepec
Oaxaca, México

Dr. José Adalberto Cruz Martínez
adalatj3@hotmail.com
Hospital General de Zona No. 3 IMSS, Tuxtepec
Oaxaca, México.

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica, la cual, afecta de manera negativa la calidad de vida de los pacientes con el diagnóstico de esta patología. Las investigaciones que se han realizado son en mayoría en países con altos ingresos, en México, existen algunos estudios que evalúan los instrumentos en la población latina, pero no tanto, la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca. **Material y métodos:** Para la selección del universo de trabajo se realizará cuestionario a pacientes del Hospital General de Zona número 3 Tuxtepec, con diagnóstico de insuficiencia cardíaca que acuden a la consulta externa de cardiología. Se empleará cuestionario de Kansas y consentimientos informados para la recopilación de información. **Resultados:** Se obtuvo un promedio de los dominios limitación física de 79.28, frecuencia de síntomas 83.12, calidad de vida 83.01, limitación social 80.50 y un promedio total de los test fue 81.48; el mínimo fue 31.24 y máximo 97.92. Clasificándolos de acuerdo a la escala de la NYHA como: grado I con 49%, II 36%, III 15%. La edad promedio fue de 75.7 años. Siendo en mayor porcentaje, pacientes de sexo masculino con 54% y femenino 46%. Con un promedio de años de diagnóstico de 3.9 años. **Conclusiones:** El conocimiento de instrumentos de evaluación en pacientes con insuficiencia cardiaca, nos brinda la capacidad de obtener parámetros y resultados objetivos para incidir en los tratamientos, mejorar la calidad de vida y disminuir el número de hospitalizaciones de la población atendida en nuestra unidad médica.

***Palabras clave*:** clase funcional, insuficiencia cardíaca, calidad de vida

[1] Autor principal
Correspondencia: dronesimoantoniopino@gmail.com

Evaluation of quality of life according to the Kansas questionnaire in patients with a diagnosis of heart failure in HGZ 3

ABSTRACT

Introduction: Heart failure is a chronic disease, which negatively affects the quality of life of patients diagnosed with this pathology. The research that has been carried out is mostly in high-income countries. In Mexico, there are some studies that evaluate the instruments in the Latin population, but not so much, the quality of life of patients with heart failure. **Material and methods:** To select the work universe, a questionnaire will be carried out on patients from the General Hospital of Zone number 3 Tuxtepec, with a diagnosis of heart failure who attend the outpatient cardiology clinic. A Kansas questionnaire and informed consents will be used to collect information. **Results:** An average of the domains physical limitation of 79.28, frequency of symptoms 83.12, quality of life 83.01, social limitation 80.50 and a total average of the tests was 81.48 was obtained; the minimum was 31.24 and the maximum 97.92. Classifying them according to the NYHA scale into: grade I with 49%, II 36%, III 15%. The average age was 75.7 years. The majority of patients were men with 54% and women with 46%. With an average number of years since diagnosis of 3.9 years. **Conclusions:** Knowledge of evaluation instruments in patients with heart failure gives us the ability to obtain objective parameters and results to influence treatments, improve quality of life and reduce the number of hospitalizations of the population treated in our medical unit.

Key words: functional class, heart failure, quality of life

Artículo recibido 02 diciembre 2024
Aceptado para publicación: 28 diciembre 2024

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica, la cual, afecta de manera negativa la calidad de vida de los pacientes con el diagnóstico de esta patología. Las investigaciones que se han realizado son en mayoría en países con altos ingresos, en México, existen algunos estudios que evalúan los instrumentos en la población latina, pero no tanto, la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

El objetivo principal de esta investigación es analizar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca. Para ello, se usará el cuestionario de Kansas City (KCCQ-12), se calificarán los dominios y el global del test para obtener una puntuación de los pacientes. Se espera que los resultados, contribuyan a más investigaciones para conocer a los pacientes a nivel regional y posteriormente, se desarrollen medidas preventivas para el control, diagnóstico y tratamiento que mejore la calidad de vida de estos pacientes.

MARCO TEÓRICO

La hipertensión arterial sistémica se define como la elevación crónica de las cifras de presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg.1, 2

La hipertensión arterial sistémica es un factor de riesgo para el desarrollo de insuficiencia cardíaca, la cual es un síndrome clínico caracterizado por síntomas típicos (disnea, edema de tobillos y fatiga) que puede acompañarse de signos como presión yugular elevada, crepitantes pulmonares y edema periférico, causados por una anomalía cardiaca estructural o funcional que producen una elevación de las presiones intracardíacas o un gasto cardíaco inadecuado en reposo o durante el ejercicio.3

La insuficiencia cardíaca es el resultado fisiopatológico de múltiples enfermedades, las tres principales causas son la cardiopatía hipertensiva, cardiopatía isquémica asociada a un infarto previo y la miocardiopatía dilatada. La hipertensión arterial se asocia a insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida. Es causada por varios mecanismos, como la hipertrofia ventricular izquierda, esta se asocia con disfunción ventricular izquierda sistólica y diastólica, así como un mayor incremento de riesgo de infarto agudo de miocardio y favorece la presencia de arritmias ventriculares y auriculares.4

En insuficiencias cardíacas ya establecidas, los mecanismos compensadores del sistema nervioso

simpático y el sistema renina-angiotensina-aldosterona, tienen las condiciones de una persistencia del estado hipertensivo, por lo cual, aumenta la poscarga y agrava la disfunción cardíaca.5

La miocardiopatía dilatada es la presencia de dilatación ventricular izquierda con disfunción sistólica en ausencia de condiciones de carga, es la forma más común de disfunción ventricular en adultos. La dilatación del ventrículo izquierdo es el aumento de los volúmenes telediastólicos. La forma con más registro es la idiopática.6

La cardiopatía isquémica es una consecuencia de las alteraciones fisiopatológicas secundarias a la aparición de un desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno al músculo cardíaco. La causa más frecuente es la enfermedad ateroesclerótica de las arterias coronarias epicárdicas. Sus formas clínicas son cardiopatía isquémica estable y síndrome coronario agudo.7

La enfermedad valvular es una importante causa de insuficiencia cardíaca. Así mismo, la evaluación clínica del paciente con enfermedad valvular constituye la base para definir qué válvulas se encuentran comprometidas, la etiología de la enfermedad, la severidad del daño y de acuerdo a síntomas y estudios complementarios, definir la conducta por seguir.8

Durante el año 2019, a nivel mundial se encontraban 828 millones de personas con hipertensión arterial y causó 10.8 millones de muertes. La prevalencia durante estos últimos años en países de bajos ingresos es de aproximadamente 40%. Sin embargo, en México, en el año 2018 fue de 49.2% y sólo 47.1% había sido diagnosticada.9

Aproximadamente un 75% de los pacientes con insuficiencia cardíaca, tienen antecedentes de hipertensión arterial sistémica y 1 de cada 7 personas con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica desarrollará cardiomiopatía hipertensiva, en algunos estudios se presenta como factor predisponente que oscila entre 5-24%. Los pacientes mayores de 40 años con presión arterial mayor a 160/100 mmHg presentan un riesgo dos veces mayor de padecer insuficiencia cardíaca contra los pacientes con una presión arterial menor de 140/90 mmHg. También un aumento de 10 mmHg en la presión diastólica a los 20 años, dobla la incidencia de insuficiencia cardíaca a los 40 años.9,4

En América Latina, los factores predominantes que elevan el riesgo cardiovascular son el sobrepeso, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2, además, factores infecciosos como la enfermedad de Chagas y la fiebre reumática. Por lo que, la Insuficiencia cardiaca debuta en pacientes más jóvenes que en el

resto del mundo. También existen factores de riesgo por exposición y hábitos, incluyen tabaquismo (pasado o actual), carburantes de biomasa (exposición permanente al humo de leña por más de dos años), dieta hipercalórica (exceso de calorías a base de carbohidratos, azúcares y grasas), dieta grasa (predominante en productos graso y frituras, alcoholismo crónico (pasado o actual, basado en una ingesta de más de 90 gramos/día por más de 5 años y consumo de cocaína (inhalatoria y regular por al menos seis meses).10

Los factores de riesgo precipitantes más frecuentes de la insuficiencia cardíaca son hipertensión arterial no controlada en pacientes crónicos o de nuevo diagnóstico, (presión arterial mayor o igual, 150/90mmhg en mayores de 60 años y mayor o igual 140/90 en menores de 60 años), infarto agudo al miocardio, cardiopatía isquémica crónica, arritmias cardiacas, valvulopatía reumática, valvulopatía esclerótica, cardiopatía congénita, hipertensión arterial pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.11

También, factores de riesgo a partir del índice de masa corporal con sobrepeso entre 25 y 29.9 kilogramo metro cuadrado, u obesidad con índice de masa corporal mayor o igual a 30 kilogramo metro cuadrado, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias (elevación de colesterol total, LDL colesterol y triglicéridos y niveles bajos de colesterol HDL, cirrosis con criterios clínicos, pruebas funcionales y ecográficas recientes, así también, factores de riesgo plasmáticos para insuficiencia cardiaca, hipotiroidismo, a través de valores plasmáticos e TSH Y T4 libre, anemia crónica (hemoglobina menor a 1 gramo por decilitros en mujeres y 13 gramos por decilitros en hombres), insuficiencia renal crónica, (con tasa glomerular menor a 60 mililitros por minuto), hiperuricemia (ácido úrico mayor a 7.0 miligramos por decilitro), depresión.12

La fisiopatología de la hipertensión arterial (HTA) es compleja. En ella intervienen múltiples factores que tienen, en su mayoría, una base genética. Sin embargo, entre todos estos factores ha podido mostrarse que es el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) el que tiene mayor importancia puesto que, de algún modo, condiciona la acción de otros factores humorales y/o neurales, tales como producción de endotelina, la inhibición del óxido nítrico (NO) o de la prostaciclina (PGI2), la acción de catecolaminas o de vasopresina (AVP), del factor ouabaína-sensible o FDE, del tromboxano A2 (TxA2) y de diversas sustancias vasopresoras endógenas.13

Por su parte cualquier alteración en la estructura, propiedades mecánicas y función de las pequeñas arterias puede generar resistencia vascular, la cual puede aumentar la presión arterial. Algunos factores como la edad, la falta de estrógenos, la ingesta elevada de sodio, el tabaquismo y los niveles altos de homocisteína pueden reducir la elasticidad de las arterias produciendo rigidez en ellas. Esta rigidez puede producir aterosclerosis por depósito de colágena, hipertrofia de células de músculo liso, engrosamiento, fragmentación y ruptura de las fibras de elastina. El endotelio vascular está ampliamente involucrado en la HAS ya que participa en la regulación del tono vascular, en los mecanismos de hemostasia y trombosis, en el crecimiento celular, en la apoptosis y en la migración y modulación de la composición de la matriz extracelular. En el endotelio se producen sustancias tanto vasodilatadoras (óxido nítrico (ON), las bradiquininas (BDK) y prostaciclinas) como vasoconstrictoras (angiotensina II, la endotelina y los tromboxanos). El óxido nítrico además de ser vasodilatador, también tiene propiedades antitrombóticas, antiinflamatorias, inhibidor del crecimiento, antioxidante y antiaterogénico. 14,3

Su contraparte es la angiotensina II. La angiotensina II forma parte del sistema renina–angiotensina, el cual está involucrado de forma notable en la HAS. La angiotensina II tiene importantes propiedades vasoconstrictoras que aumentan la presión arterial por un doble mecanismo vasoconstrictor agudo y lento que estimula el sistema nervioso simpático a varios niveles e inhibe el tono vagal.15,6

El estrés oxidativo actúa como precursor de disfunción endotelial, la cual a su vez promueve la expresión de moléculas en la superficie endotelial que en condiciones de normofunción no se manifiestan. La expresión de moléculas de adhesión permite que los elementos formes de la sangre tengan oportunidad de unirse y bajo ciertas condiciones incluso migrar al espacio subendotelial. Así, los monocitos son capaces de adherirse a la pared endotelial a pesar del flujo laminar de alta velocidad. Un gradiente electroquímico precipitado por la presencia de sustancias oxidadas como las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y la presencia de especies reactivas de oxígeno, permiten liberación de factores quimioatractores que favorecen el ingreso de los monocito/macrófago y que por procesos de señalización subendotelial estimulan la expresión por parte del monocito de receptores barredores, mismos que, tienen gran selectividad por las LDL oxidadas (LDLox), una vez fagocitadas las LDL oxidadas no pueden ser destruidas por el macrófago quien desarrolla lipotoxicidad y libera

citocinas de respuesta inflamatoria como factor de necrosis tumoral–alfa, interleucina 1, interleucina 6, y factores de crecimiento, MCP–1, promoviéndose una cascada de señalización que culminará con procesos de remodelación tisular que favorecerán la rigidez arterial y el desarrollo de placas de ateroma.16

La liberación de estas sustancias tendrá efecto en procesos de proliferación de las células del músculo liso y en la función del endotelio, induciendo alteraciones en la trombomodulación con el incremento en la liberación del PAI–1. El proceso inflamatorio también es transmitido a capa adventicia, hoy se reconoce que juega un papel muy importante en la diferenciación de monocitos a fibroblastos permitiendo así liberación de colágena y otros derivados que habrán de remodelar la matriz extracelular.16,12

La hipertensión arterial sistémica es una enfermedad multifactorial con importante participación de factores genéticos en su desencadenamiento. Existen ciertos genes candidatos para hipertensión, destacan aquellos que codifican para las proteínas del sistema renina–angiotensina (SRA), sistema nervioso simpático, proteínas G de señalización y péptidos vasoactivos. Del SRA los genes más estudiados son aquellos que codifican para el angiotensinógeno y para la enzima convertidora de angiotensina (ECA). El gen de la ECA es uno de los más estudiados en patologías cardiovasculares. Este gen es codificado en el cromosoma 17 y presenta 78 sitios polimórficos. La variante más común en este gen es un polimorfismo deleción/inserción (I/D) ubicado en el intrón 16 del gen. El alelo de deleción se ha reportado asociado con el desarrollo de infarto agudo al miocardio.17

La aldosterona tiene la función de regular la reabsorción de sodio renal, controlando así el volumen intravascular y teniendo por esto un efecto directo en el sistema cardiovascular. El metabolismo final de la aldosterona es regulado por la aldosterona–sintasa. Esta enzima es codificada en la región 8q21 y presenta un polimorfismo T344C el cual se asocia con HAS. El papel de los mediadores inflamatorios tales como las citocinas se han discutido desde el punto de vista de su posible papel en el inicio y progresión de las enfermedades cardiovasculares. Se ha reportado que pacientes con HAS presentan niveles altos circulantes de citocinas proinflamatorias como interleucina 1 (IL–1), factor de necrosis tumoral (TNF) alfa e interleucina 6 (IL–6); además, de varios polimorfismos en los genes que codifican estas citocinas, algunos de los cuales localizados en las regiones promotoras de los genes

podrían estar regulando de forma directa la producción de dichas citocinas.18

Un papel muy importante en la HAS lo juegan los receptores beta2 adrenérgicos. Estos receptores están acoplados a proteínas G y se asocian a señales en la patogénesis de los desórdenes cardiovasculares y metabólicos. Un número de polimorfismos en el gen ADRB2 han sido identificados, en particular G16R, Q27EyT164I han mostrado importantes diferencias en respuesta a la estimulación adrenérgica. Recientemente esos polimorfismos han sido implicados en varias enfermedades cardiovasculares, incluyendo la HAS.19

La clasificación funcional según la New York Heart Asociation es una escala para valorar la funcionalidad de la insuficiencia cardíaca:

Clase I: Pacientes con enfermedad cardíaca, pero sin limitación de la actividad física. La actividad física ordinaria no causa en forma indebida fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso. Clase II: Pacientes con enfermedad cardíaca que produce ligera limitación de la actividad física. Se encuentran cómodos en reposo, pero la actividad física ordinaria produce fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso. Clase III: Pacientes con enfermedad cardíaca que produce limitación notable de la actividad física. Se encuentran cómodos en reposo. Actividades inferiores a las ordinarias causan fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso. Clase IV: Pacientes con enfermedad cardíaca que produce incapacidad para realizar cualquier actividad física sin molestias. Los síntomas de insuficiencia cardiaca o de síndrome anginoso pueden estar presentes incluso en reposo.20

Es característico que el cuadro clínico de la insuficiencia cardiaca congestiva aguda refleje la congestión de líquidos (congestión pulmonar y/o edema periférico. Y con menor frecuencia está relacionado con reducción del gasto cardiaco, con hipoperfusión periférica.

Los síntomas de la insuficiencia cardiaca aguda son una manifestación de la congestión que refleja una elevación de las presiones de llenado ventriculares, la de lado izquierdo se caracteriza por ortopnea, disnea paroxística nocturna dificultad respiratoria en reposo o con un esfuerzo mínimo. Mientras que la del lado derecho puede caracterizarse por edema periférico, ascitis y síntomas de congestión del intestino.21

Los criterios de Framingham se basan en el diagnóstico sistematizado de la presencia concomitante de criterios, dos criterios mayores o uno mayor y 2 menores para la insuficiencia cardíaca. Los criterios

mayores incluyen la disnea paroxística nocturna, estertores crepitantes, edema agudo de pulmón, cardiomegalia (radiografía), tercer ruido, ingurgitación yugular, aumento de la presión venosa, reflujo hepatoyugular, pérdida de peso (>4,5 kg) tras el tratamiento. Se encuentran en los criterios menores la disnea de esfuerzo, edemas de miembros inferiores, derrame pleural hepatomegalia, tos nocturna, taquicardia.21,9,15,18.

La medición de la presión arterial (PA) es el elemento clave para establecer el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, en los últimos años se han incorporado nuevos métodos de medida de la PA, como son la monitorización ambulatoria (MAPA), siendo este el estándar de oro para el diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial, pero teniendo ciertas limitaciones como el costo elevado y la disponibilidad de los dispositivos diagnósticos, en cambio con las medidas domiciliarias se resuelven muchas de las dudas en el proceso de diagnóstico y en el seguimiento de los pacientes hipertensos que tienen un valor pronóstico superior al de las medidas clínicas. Han demostrado una buena correlación con MAPA, para diagnosticar hipertensión sostenida, de bata blanca y enmascarada, también, para identificar a pacientes pseudorrefractarios, y tienen un valor pronóstico similar al de la MAPA, siendo su coste inferior con una gran accesibilidad y muy buena aceptación por parte del paciente. Además, con las medidas domiciliarias se ha observado que puede disminuir la inercia clínica, mejorar el cumplimiento terapéutico con la posibilidad de teletransmisión de datos del domicilio, aspectos que pueden contribuir a mejorar el grado de control y que no son posibles con la MAPA. Varios estudios han demostrado la superioridad del método en la predicción de eventos cardiovasculares en comparación con la medición casual de la presión arterial. A pesar de esto, no existe una recomendación para indicar la MAPA en el control de hipertensión arterial sistémica en todos los pacientes hipertensos.22

El ecocardiograma es el examen paraclínico más útil y disponible con sospecha de insuficiencia cardiaca, provee información estructural y funcional del corazón. Son de ayuda la hemoglobina, sodio, potasio, creatinina, aspartato amino transferasa, alanina amino transferasa, gamma glutamil transferasa, glucosa, hemoglobina glucosilada, perfil lipídico, hormona estimulante de la tiroides, ferritina, péptidos natriuréticos. Los biomarcadores han impactado en la forma de evaluación y manejo de los pacientes con insuficiencia cardiaca. Los péptidos natriuréticos B y N terminal, son marcadores

que ayudan a determinar el diagnóstico y pronóstico en la insuficiencia cardíaca y algunos estudios sobre tratamiento guiado por péptidos parecen promisorios ya que se correlacionan con la clase funcional y son mejores estratificadores que la fracción de eyección del ventrículo izquierdo. Troponinas cardiacas, el nivel de troponinas puede elevarse en la insuficiencia cardiaca crónica o aguda descompensada. Sugiriendo injuria o necrosis miocítica o ambas.23

Electrocardiograma. Por lo general es patológico en la insuficiencia cardiaca, aportando información sobre la etiología, un electrocardiograma normal aleja la insuficiencia cardiaca como causa de los síntomas por su alto valor predictivo negativo.23,8

Radiografía de tórax. Es un auxiliar de diagnóstico clásico y continúa siendo una de las piedras angulares del diagnóstico. Aporta datos sobre el grado venocapilar pulmonar, cardiomegalia, hipertensión arterial pulmonar y patología aortica.23,9

El fin de los objetivos del tratamiento, son mejorar el estado clínico, capacidad funcional y calidad de vida, prevenir hospitalizaciones y reducir la mortalidad.

Los antagonistas neurohormonales que abarcan inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonista de la angiotensina y bloqueadores beta, mejoran la supervivencia de los pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida. Valsartán con sacubitrilo ha demostrado ser superior a un inhibidor de enzima convertidora de angiotensina para la reducción del riesgo de muerte y hospitalización. Los antagonistas de la angiotensina II deben reservarse para pacientes con intolerancia a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o los antagonistas de mineralocorticoides. En cuanto, la ivabradina reduce la frecuencia cardíaca alta con buenos resultados. Los fármacos anteriores, deben complementarse con diuréticos en pacientes sintomáticos o con signos de congestión, aunque, deben adecuarse con el estado clínico del paciente. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina reducen la morbimortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida y son recomendados para pacientes sintomáticos con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo asintomático.24

Referente a los bloqueadores beta deben considerarse en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida y fibrilación auricular, principalmente si hay taquicardia y se recomiendan en pacientes con antecedentes de infarto de miocardio y disfunción sistólica del

ventrículo izquierdo asintomático. Los antagonistas de los receptores de mineralocorticoides (espironolactona y eplerenona) se recomiendan en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida sintomáticos, a pesar de estar en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y un bloqueador beta, además, de una fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor o igual a 35%. Otro grupo de fármacos recomendado en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida son los diuréticos, para reducir signos y síntomas de congestión con el fin de mantener la euvolemia. El LCZ696, es un inhibidor del receptor de angiotensina y neprilisina, que combina valsartán y sacubitrilo, al inhibir la neprilisina, se ralentaliza la degradación de péptido nautriurético, bradicinina y otros péptidos, como el péptido natriurético tipo A y péptido nautriurético tipo B, estos tienen efectos fisiológicos por la fijación a receptores del péptido natriurético y aumento de la generación de cGMP, por lo que, aumentan la diuresis, natriuresis y la relajación miocárdica, así como el antiremodelado; más, los péptidos tipo A y B, inhiben la secreción de renina y aldosterona, por último, el bloqueo de manera selectiva de los receptores de AT1 reducen la vasoconstricción, retención de sodio y agua y la hipertrofia miocárdica.25

La ivabradina es un inhibidor del canal If, ralentiza la frecuencia cardíaca en el nódulo sinusal y sólo debe emplearse en pacientes con ritmo sinusal. Los antagonistas del receptor tipo 1 de la angiotensina II, están recomendados como tratamiento alternativo en pacientes con intolerancias a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. En pacientes con síntomas de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada, los diuréticos mejoran la congestión cuando se presenta. En pacientes con ritmo sinusal, el nebivolol, digoxina, espironolactona y candesartán pueden reducir las hospitalizaciones.25,7,9

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo y forma parte del origen, desarrollo y pronóstico de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada, actualmente, las guías no establecen tratamientos específicos, sin embargo, hacen mención en el control de esta y recomiendan el bloqueo del sistema renina angiotensina como piedra angular en el tratamiento, otros, como inhibir la espironolactona y del receptor de angiotensina perisilina o inhibir el contransportador de sodio glucosa 2, así como la finerenona.26

Prevención primaria de la insuficiencia cardiaca. En la historia natural de la insuficiencia, la actuación

sobre los factores de riesgo de esta que pueden ser modificables, cuanto antes se aborde la condición patológica, mayor será la rentabilidad preventiva, intervenciones más tempranas podrían ofrecer sin duda mejores resultados en términos de supervivencia.26,5

El tratamiento de la hipertensión arterial reduce la incidencia de insuficiencia cardiaca. El control de hipertensión arterial en personas mayores reduce el riesgo de insuficiencia cardiaca en un 50%, el control tensional, en el paciente coronario redunda en un mayor beneficio (reducción del riesgo en un 80% en pacientes con antecedentes de infarto agudo al miocardio. El control insuficiente de hipertensión arterial es un problema de gran magnitud sobre el qué cabe actuar en forma decidida para prevenir la insuficiencia cardiaca, la identificación y el control adecuado de los distintos factores de riesgo cardiovascular, son elementos fundamentales para prevenir la insuficiencia cardiaca.27

Prevención secundaria, detección de la disfunción ventricular. Es de gran importancia detectar de forma temprana la disfunción ventricular, incluso antes de que se manifieste clínicamente, (prevención secundaria, o detección temprana de la insuficiencia cardiaca). Está documentado en la cardiopatía isquémica podría extenderse a otros pacientes de alto riesgo a desencadenar insuficiencia cardiaca, como hipertensos mal controlados, o de largo tiempo de evolución, hipertensión arterial con hipertrofia ventricular, diabéticos con un factor de riesgo adicional. Son múltiples los factores con los que se puede incidir una labor preventiva: vacunación de influenza y neumocócica, educación sanitaria para el adecuado diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. El médico familiar, debe realizar las funciones preventivas de forma ordinaria.28

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir la calidad de vida a través del cuestionario de Kansas en pacientes diagnosticados con insuficiencia cardíaca pertenecientes al Hospital General de Zona número 3 de Tuxtepec, Oaxaca.

Objetivos específicos

Conocer el dominio de calidad de vida de los derechohabientes con insuficiencia cardíaca del HGZ3.

Identificar el dominio de calidad de vida por sexo en derechohabientes con insuficiencia cardíaca del HGZ3.

Identificar el dominio de calidad de vida por edad en derechohabientes con insuficiencia cardíaca del

HGZ3.

Identificar el dominio de calidad de vida por años de diagnósticos en derechohabientes con insuficiencia cardíaca del HGZ3.

METODOLOGÍA

Material y método

Para la realización del estudio se realizará un cuestionario a pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca y en control en la consulta externa de cardiología del HGZ3 Tuxtepec. Se empleará cuestionario de Kansas y consentimientos informados para la recopilación de información.

Diseño del estudio

- Tipo de investigación: cualitativo, de campo.
- Tipo de estudio: transversal, observacional y prospectivo.
- Tipo de diseño: no experimental.

Universo de trabajo

Pacientes de 45 a 85 años derechohabientes IMSS, con diagnóstico de insuficiencia cardíaca en seguimiento por la consulta externa de cardiología del HGZ 3.

Tamaño de muestra

Se incluirán en el estudio un total de 150 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca del HGZ 3.

Ámbito geográfico

Hospital General de Zona número 3, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, localizado en San Juan Bautista Tuxtepec, Oaxaca

Periodo de estudio

En el periodo del 01 de marzo del año 2023 al 31 octubre del año 2023.

RESULTADOS

Se realizaron cuestionarios Kansas City (KCCQ-12) como instrumento para evaluar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca. De esta manera, se realizaron 150 cuestionarios, posteriormente se calificaron y se obtuvieron los puntajes de cada dominio que comprendía el test y el total de estos, tomando una calificación de 0-100, 100 como mejor calificación, por lo tanto, mejor

calidad de vida.

El test KCCQ-12 se divide en 4 dominios: limitación física, frecuencia de síntomas, calidad de vida y limitación social. Así, se obtuvo un promedio de limitación física de 79.28, frecuencia de síntomas 83.12, calidad de vida 83.01, limitación social 80.50 y un promedio total de los test fue 81.48; el mínimo fue 31.24 y máximo 97.92.

Teniendo en cuenta, que el KCCQ-12, se clasifica en rangos de 25 puntos donde las puntuaciones representan el estado de salud: 0 a 24 (muy pobre a pobre); 25-49 (pobre a regular); 50-74 (regular a bueno); 75-100 (bueno a excelente).

Se formaron dos grupos según la calidad de vida, la cual se divide en dos grupos según la puntuación total: <50 para mala calidad de vida y >50 buena calidad de vida. El 91.3% de los pacientes estudiados puntuó por arriba de los 50 puntos con un promedio de 81.48, por lo tanto, resultando una buena calidad de vida en ellos.

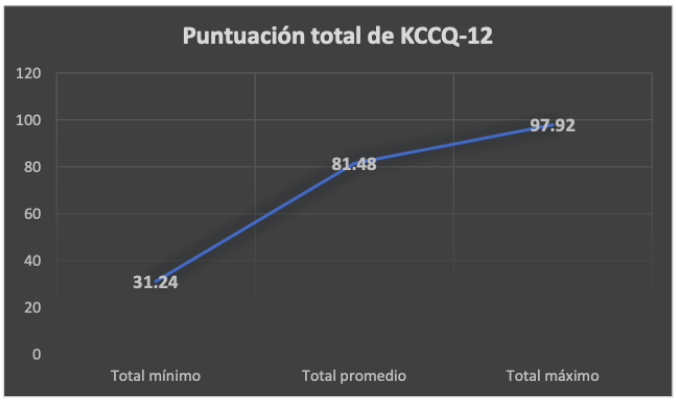

Tabla 1. Puntuación total de acuerdo al cuestionario de Kansas City – 12.

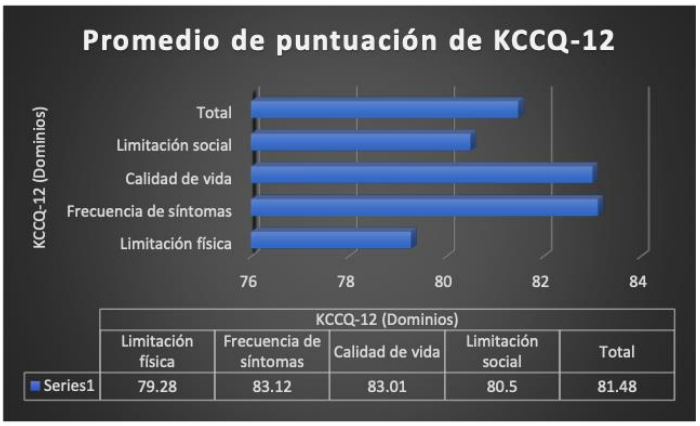

Tabla 2. Promedio de puntuación de acuerdo al cuestionario de Kansas City – 12.

Se calificó la puntuación del total del test KCCQ-12 en promedio con menor y mayor puntuación de cada ítem, así como cada clase funcional. Además, se agrupó por buena y mala calidad de vida por

clase funcional. Obteniendo en la clase funcional I fue una calidad de vida buena con 100%, clase II buena con 88.8% y clase III buena en 68.2%. Cabe destacar, que no se obtuvo ninguna clase funcional IV.

Clase funcional NYHA

Variable	**Clase funcional I n=74**	**Clase funcional II n=54**	**Clase funcional III n=22**
Calidad de vida n (%)			
Buena	74 (100)	48 (88.8)	15 (68.2)
Mala	0 (0)	6 (11.2)	7 (31.8)
Puntuación KCCQ-12	93.2 (77-97.9)	75.6 (51.2-88.9)	56.2 (31.2-69.1)
Dominio: Limitación física	90.2 (75-100)	74.9 (25-91.6)	53 (33.3-66.6)
Dominio: Frecuencia de síntomas	93.7 (83.3-100)	77.8 (18.32-95)	60.5 (36.6-76.6)
Dominio: Calidad de vida	95.7 (33.3-100)	75.9 (16.6-85.3)	57.5 (33.3-66.6)
Dominio: Limitación social	93.2 (83.3-100)	73.9 (25-91.6)	53.7 (33.3-66.6)

En cuanto a la clase NYHA, el 49% corresponde a la clase I (74 pacientes), 36% clase II (54 pacientes), 15% clase III (22 pacientes). No se registró ningún paciente con clase NYHA IV.

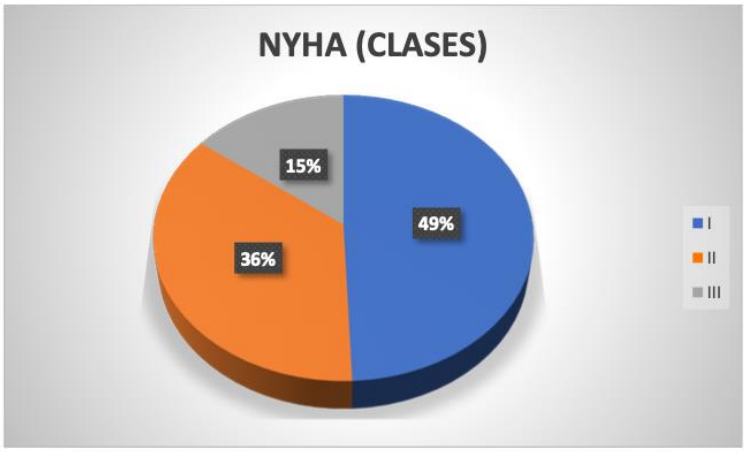

Tabla 3. Porcentaje de las clases de NYHA.

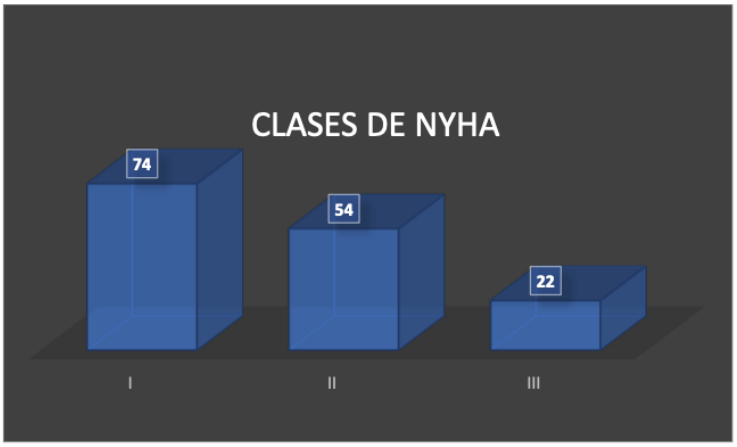

Tabla 4. Total de pacientes de acuerdo a las clases de NYHA.

Referente a la edad, el paciente más joven fue de 38 años, en contraparte, el más longevo fue de 95 años, con un promedio total de 75.7 años.

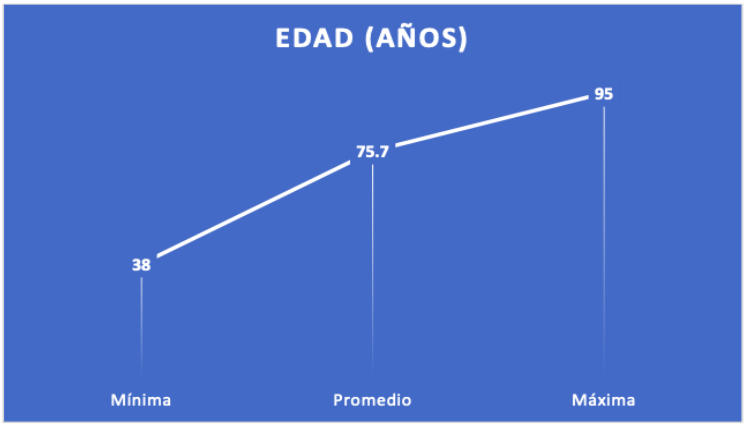

Tabla 5. Edad en años (mínima, promedio y máxima).

El sexo con mayor presentación fue el masculino con 54% (81 pacientes) y el femenino con 46% (69 pacientes).

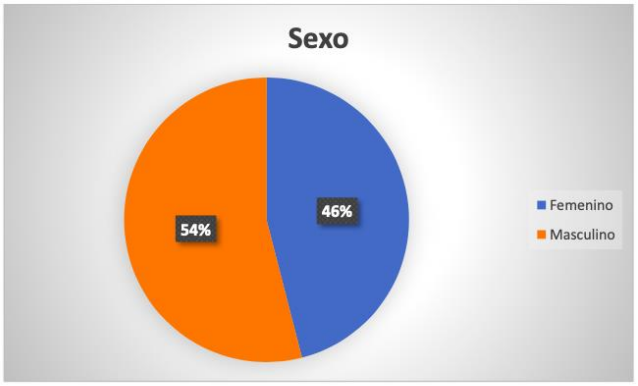

Tabla 6. Porcentaje de sexo con mayor presentación.

Otra variable fue los años de diagnóstico con insuficiencia cardíaca, para ello, se obtuvieron con 1 año como mínimo, un máximo de 15 años y un promedio total de 3.9 años.

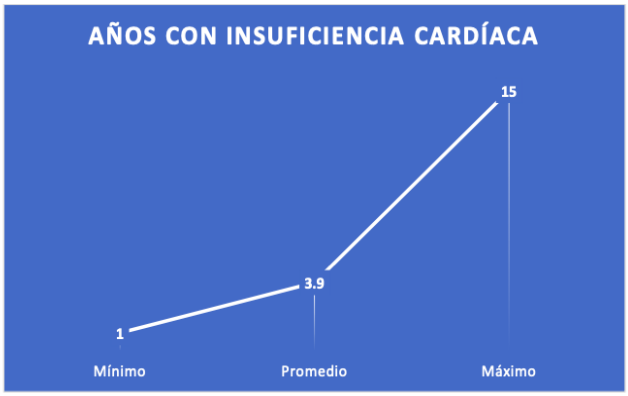

Tabla 7. Años con diagnóstico con insuficiencia cardíaca.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad que conlleva pérdida de recurrencias de años de vida saludable en la población, cuando el tratamiento no es óptimo, mayor número de hospitalizaciones, mortalidad e incapacidad a lo largo de su presentación con declive en la calidad de vida del paciente, si el personal médico tiene una herramienta para poder optimizar los manejos, se podrá incidir de forma oportuna para mejorar estas complicaciones.

El cuestionario de Kansas City es un test que nos orienta el estado de salud del paciente con esta patología. El KCCQ original (KCCQ-23) de 23 ítems, se redujo a un instrumento de 12 ítems (KCCQ-12) con adecuada concordancia de puntuaciones con buena validez y confiabilidad de los organismos internacionales, además, de disminuir el tiempo de las respuestas de los pacientes comparado con el original.

El objetivo de estas evaluaciones siempre será el beneficio del paciente, si logramos detectar oportunamente pacientes con clase funcional III o IV de la NYHA se deberá replantear el tratamiento de estos pacientes, pudiendo buscar una atención en un tercer nivel de atención o valorar si es un paciente candidato a cuidados paliativos, los cuales también están encaminados a mejorar la calidad de vida de nuestro paciente.

CONCLUSIÓN

El conocer los parámetros y resultados de los pacientes que tenemos y atendemos en nuestra unidad médica es de gran importancia para visualizar el estado de salud y calidad de vida de los pacientes a nivel local, y referencias a nivel regional.

Esto con el fin de ser de ayuda para estudios posteriores que pudiesen identificar las patologías y comorbilidades con mayor asociación en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Así también, identificar y reducir los factores de riesgo para esta patología, ya que es primordial en el nivel de atención y la especialidad de medicina familiar.

Se evaluaron un total de 150 pacientes arrojando un promedio de los dominios limitación física de 79.28, frecuencia de síntomas 83.12, calidad de vida 83.01, limitación social 80.50 y un promedio total de los test fue 81.48; el mínimo fue 31.24 y máximo 97.92.

Es decir, con estos puntajes nosotros llevamos a los pacientes a la clasificación de acuerdo con la escala de la NYHA como: grado I con 49% (Pacientes con enfermedad cardíaca, pero sin limitación de la actividad física. La actividad física ordinaria no causa en forma indebida fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso);, II 36% (Pacientes con enfermedad cardíaca que produce ligera limitación de la actividad física. Se encuentran cómodos en reposo, pero la actividad física ordinaria produce fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso); III 15% (Pacientes con enfermedad cardíaca que produce limitación notable de la actividad física. Se encuentran cómodos en reposo. Actividades inferiores a las ordinarias causan fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso).

La edad promedio fue de 75.7 años, siendo el paciente más joven de 38 años y el más grande de 95 años. Un predominio de pacientes de sexo masculino con 54% y femenino 46%. Con un promedio de años de diagnóstico de 3.9 años.

Finalmente, por los rangos de acuerdo a la calificación de los cuestionarios y la agrupación en buena o

mala calidad de vida, el resultado fue que los pacientes tienen una buena calidad de vida.

Con estos datos nosotros debemos ampliar más nuestra investigación para valorar el tratamiento que están recibiendo los pacientes principalmente aquellos que se encuentran en clase funcional NYHA III para poder actuar y mejorar su calidad de vida, disminuir el número de hospitalizaciones y aumentar los años de vida saludable en nuestra población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arbe G, Pastor I, Franco J. Diagnostic and therapeutic approach to the hypertensive crisis. Med Clin (Barc) [Internet] 2017 [consulted 25 09 2022]; 150(8):317-322. Available from: 10.1016/j.medcle.2018.02.013
2. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan A, Polter N, et al. 2020 International Society of hipertesion global hypertension practice guidelines. Hypertension [Internet] 2020 [consulted 26 09 2022]; 75(6):1334-57. Available from: https://goo.su/kQToV97
3. McDonagh T, Metra M, Adamo M, Garner S, Baumbach A, et al. Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol [Internet] 2022 [consultado 26 09 2022]; 75(6): 523-614. Disponible en: 10.1016/j.recesp.2021.11.027
4. Umaña H, Toro B, Jiménez S. Etiología de la insuficiencia cardíaca crónica. Rev Med Risaralda [Internet] 2017 [consultado 30 09 2022]; 23(1):49-57. Disponible en: https://goo.su/lL5uaUz
5. Andrade A. Heart failure hospitalization: just a piece in the puzzle. Rev Port Cardiol (Engl ed) [Internet] 2019 [consulted 01 10 2022]; 38(11):765-766. Available from: 10.1016/j.repc.2020.01.001
6. Costabel J, Mandó F. Miocardiopatía dilatada: ¿cuándo y cómo proceder a la investigación etiológica? Rev Urug Cardiol [Internet] 2018 [consultado 20 11 2022[consultado 02 10 2022]; 33(1):343-349. Disponible en: 10.29277/cardio.33.3.18
7. Alcalá JE, Maicas C, Hernández P, Rodríguez L. Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención. Medicine [Internet] 2017 [consultado 04 10 2022]; 12(36):2145-52. Disponible en: https://goo.su/Z6tjafA

8. Mendoza F. Valvulopatías en insuficiencia cardíaca: lo que el internista debe saber. Acta Médica Colombiana [Interne] 2016 [consultado 06 10 202]; 41(3):8-17. Disponible en: https://goo.su/m6x7l

9. Campos I, Hernández L, Oviedo C, Ramírez D, Hernández D, Eder al. Epidemiología de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: diagnóstico, control y tendencias. Ensanut 2020. Salud Pública de Mex [Internet] 2021 [consultado 03 10 2022]; 63(6):692-704. Disponible en: https://doi.org/10.21149/12851

10. Pereira J, Rincón G, Niño D. Insuficiencia cardíaca: aspectos básicos de una epidemia en aumento. CorSalud [Internet] 2016 [consultado 04 10 2022]; 8(1):58-70. Disponible en: https://acortar.link/uI5axN

11. Aguirre A, Miró O. Prevalencia de factores precipitante de insuficiencia cardíaca y su impacto pronóstico: una revisión sistemática. Emergencias [Internet] 2017 [consultado 03 10 2022]; 29(1):185-193. Disponible en: https://acortar.link/QJKvOJ

12. Mascote J,E, Salcedo DM, Mascote MR. Prevalencia de factores de riesgo para insuficiencia cardiaca y discusión de sus posibles interacciones fisiopatológicas. Revista Médica Vasandez [internet] 2017 [03 10 2002]; 27(2):55–65. Disponible en: https://acortar.link/6PvI9q

13. Maldonado JC. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. RMV [Internet] 2018 [consultado 03 10 2022]; 29(1):51-53. Disponible en: https://lc.cx/MbdW1y

14. Vargas G. Fisiopatogenia de la hipertensión. Arch. Cardiol. Méx. [Internet]. 2017 [consultado 04 10 2022]; 76(2):157-160. Disponible en: https://lc.cx/iRwPw5

15. Cervantes I, Herrera G, López R, Aguirre J, Vidal R. Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida: abordaje terórico, clínico y terapéutico. Rev MedU AS [Internet] 2021 [consultado 04 10 2022]; 11(4): 333-349. Disponible en: I https://lc.cx/eR4MSS

16. Imizcoz MA. Isnuficiencia cardíaca. Definición, fisiopatología y cambios estructurales. Cir Cardiov [Internet] 2015 [consultado 06 10 2022]; 8(1):15-20. Disponible en: https://lc.cx/HDig0D

17. Ponikowski P. Jankowska E. Patogenia y presentación clínica de la insuficiencia cardíaca aguda. Rev Esp Cardiol [Internet] 2015 [consultado 06 10 2022]; 68(4): 331-337. Disponible

en: 10.1016/j.recesp.2015.01.003

18. Al-Mahdi EAR, Ros AL, Moya RRM, Gómez JLZ. Hipertensión arterial y corazón. Medicine [Internet]. 2021 [consultado 08 10 2022];13(36):2089–98. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2021.06.013

19. Timóteo AT, Pereira T, Ithao R, Gonçalves A, Soares R. Heart failure units: State of the arte in disease management. Rev Port Cardiol (Eng Ed) [Internet] 2020 [consulted 05 10 2022]; 39(6): 341-350. Available from: 10.1016/j.repc.2020.02.007

20. Formiga F, Chivite D. Acute heart failure: understanding the patient is essential. Emergencias [Internet] 2018 [consulted 06 10 2022]; 30(3):145-146. Available from: https://lc.cx/Yq-ku0

21. Heindereich P, Bozkurt B, Aguilar D. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol [Internet] 2022 [consultado 10 12 2022]; 79(17):263-421. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.12.012

22. Burguez S. Insuficiencia cardiaca aguda. Rev Urug Cardiol [internet], 2017 [consultado 07 10 22] , 32(2):123-126. Disponible doi 10.1021/revucar.2017.01.214

23. Al-Mahdi EAR, Ros AL, Moya RRM, Gómez JLZ. Hipertensión arterial y corazón. Medicine [Internet]. 2021;13(36):2089–98. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2021.06.013

24. Sionis A, Manito N, Bueno H, Coca A, Díaz B, et al. Comentarios a la guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol [Internet] 2016 [consultado 20 10 2022]; 69(12): 2-85. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.056

25. K Singler. Iron, a ‘miracle cure’ for chronic cardiac insufficiency? Gerontol geriatr [Internet] 2018 [consulted 20 10 2022]; 51(2):157-159. Available from: doi 10.1007/s00391-017-1357-5

26. Sicras A, Palacios B, Varela L, Delgado J. Epidemiología y tratamiento de la insuficiencia cardiaca en España: estudio PATHWAYS-HF. Rev Esp Cardiol [Internet] 2022 [consultado 22 11 2022]; 75(1):31-38. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.09.014

27. Aguay V, Juvenal G, Mancheno C, Flores A. Insuficiencia cardíaca: desafíos en la terapia

farmacológica. Revista Digital de postgrado [Internet] 2019 [consultado 23 11 2022]; 8(3):181-190. Disponible en: https://lc.cx/iKGynK

28. Camafort M, Valdez O, Wyss F. Hypertension and heart failure with preserved ejection fraction. A past, present, and future relationship. Hipertens Riesgo Vasc [Internet] 2022 [consulted 29 11 2022]; 39(1):34-41. Available from: 0.1016/j.hipert.2021.12.003

29. Asociación médica mundial. Declaración de Helsinki de la AMM-principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (internet). 1964-2015.

30. Diario Oficial de la Federación. Disponible en: http://sidof.segob.gob. mx/notas/4634565

31. Miranda-Novales MG, Villasís-keever MÁ. El protocolo de investigación VIII. La ética de la investigación en seres humanos. Rev Alerg Mex (internet).2019;66(1):115-22. Disponible en: http:// dx.doi.org/10.29262/ram.v66i1.594