



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE
CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

**Relación entre la adherencia terapéutica y
el autocuidado con la calidad de vida en
pacientes con cardiopatía isquémica**

Tesis

Que para obtener el grado de
Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Presenta

Mayra Susana Alvarado Guzmán

Tutor principal

Mtra. Maria Guadalupe Paredes Balderas

Cd Mx, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mis padres y a mi esposo e hijo,
Emanuel y Bernarda; Aldo y Matías*

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a la vida y a Dios por ponerme en este increíble camino de enfermería como profesión y sobre todo por el privilegio de formar parte del Instituto Nacional de Cardiología para mi formación profesional, a esta maravillosa institución le debo mis logros académicos y mi crecimiento en todos los sentidos.

Gracias Mtro. Julio Cesar Cadena Estrada por sus valiosas enseñanzas en el área de investigación como asesor al realizar esta investigación y como profesional, a la Mtra. María Guadalupe Paredes Balderas por las lecciones en aula y practica y por su paciencia, por sus palabras de aliento y su asesoría y al Lic. Jorge Alberto Amaya por los conocimientos compartidos y sus aportaciones, fueron pilares en mi desarrollo como profesional y como ser humano; son extraordinarias personas, indudablemente una inspiración y ejemplo.

Gracias al personal del Instituto Nacional de Cardiología por su apoyo para la recolección de datos.

A mi madre por su ejemplo de fortaleza, amor y perseverancia por enseñarme que el límite es el cielo; a mi padre por inculcarme disciplina y por apoyarme aun en las ideas más extrañas, a mi abuela por su amor y por el ejemplo de poder, a mis hermanos por su paciencia y apoyo, a mi esposo que me impulsa a ir siempre por más y no me deja caer, a mi hijo por ser mi compañero en este proceso, los amo y sin ustedes jamás hubiera sido posible esta tesis.

Agradezco a cada una de mis coordinadoras y maestros de la Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología por sus enseñanzas.

Gracias a Arely Pérez García por su ayuda en la recolección de datos y a Dulce María Pasalagua García por su tiempo y colaboración a lo largo de esta investigación, por hacer este camino más bello aun y por su amistad.

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.1 Planteamiento del problema.....	7
1.2 Pregunta de investigación	8
1.3 Justificación.....	8
CAPÍTULO II. OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo General.....	9
2.2 Objetivo Específico.....	9
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO	10
3.Estado del arte de la relación entre adherencia terapéutica y auto cuidado en la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía isquémica	10
3.1 Cardiopatía isquémica.....	10
a) Etiopatogenia.....	12
b) Diagnóstico	14
c) Tratamiento.....	15
3.2 Adherencia terapéutica.....	23
a) Adherencia terapéutica en el paciente con cardiopatía isquémica.....	24
3.3 Autocuidado	24
a) Autocuidado en el paciente con cardiopatía isquémica	26
3.4 Calidad de vida	26
a) Calidad de vida en el paciente con cardiopatía isquémica	28
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA	29
4.1 Tipo y Diseño	29

4.2 Población.....	29
4.3 Muestra	29
4.4 Muestreo	29
4.5 Criterios de selección:	30
4.5.1 Inclusión:.....	30
4.5.2 Exclusión:.....	30
4.5.3 Eliminación:.....	30
CAPÍTULO V. DESARROLLO METODOLÓGICO	31
5.1 Operacionalización de variable.	31
5.2 Recolección de datos:.....	56
5.3 Metodología de análisis	60
5.4 Consideraciones éticas	61
CAPÍTULO VI. RESULTADOS	62
CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN	76
CAPÍTULO VIII. CONCLUSIÓN	85
CAPÍTULO IX. IMPACTO DEL ESTUDIO	86
CAPÍTULO X. ANEXOS.....	88
Anexo 1. Instrumento	88
Anexo 2. Consentimiento informado.	99
Anexo 3. Autorización por el consejo de investigación.....	100
CAPÍTULO XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101

RESUMEN

Introducción: el paciente que ha experimentado un infarto agudo al miocardio (IAM) debe hacer modificaciones en su estilo de vida para el restablecimiento de su salud, como: cambios en la dieta, actividad física y adherencia al tratamiento farmacológico por citar algunos de ellos, con la finalidad de lograr una adaptación social que vaya acorde a su nueva forma de vida; sin embargo, cuando no se realizan estos cambios existe la posibilidad de presentar un segundo evento cardiovascular y de generar daños irreversibles en el estado de salud de manera general con repercusión en su calidad de vida. **Objetivo:** analizar la relación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica. **Método:** estudio correlacional, prospectivo y transversal, en una institución de tercer nivel de atención, de marzo a junio de 2018. La muestra no probabilística de n=101 seleccionados por conveniencia; incluyo aquellos mayores de 18 años, ambos sexos, que presentaron IAM. Recolección de datos con un instrumento constituido por 8 apartados: sociodemográficos, bioquímicos y antropométricos con una escala de respuesta abierta; cuestionario SF-36 para medir calidad de vida con una escala de repuesta dicotómica y tipo Likert donde a mayor puntaje mejor calidad de vida; el instrumento de adherencia farmacológica y no farmacológica con una escala de respuesta tipo Likert a mayor puntaje mayores ventajas para la adherencia; el instrumento de autocuidado (Self-Care Agency Scale) con una escala de respuesta tipo Likert, a mayor puntaje mayor agencia de autocuidado; la prueba The Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) con una escala de respuesta dicotómica y tipo Likert donde a mayor puntaje mejor adherencia terapéutica; y datos sobre actividad física y hábitos tabáquicos. Análisis de los datos en el programa estadístico para ciencias sociales con estadística descriptiva y prueba de correlación de Pearson, significancia estadística $p < 0.05$. **Resultados:** población de estudio con un rango de edad de entre 34 y 86 media de 58.1 años, predominio del género masculino y el 89.1% solo cuenta con educación básica. El 39% diagnosticado con HTA y 44% con DM tipo II. El 51.5% de los pacientes presentaba sobrepeso y el 18.8 % obesidad. El 88.1 % tiene prescrito tratamiento secundario a infarto agudo al miocardio (IAM). Los pacientes con cardiopatía isquémica mostraron en un 99% ventajas para la adherencia terapéutica, 93% tiene una percepción de mejor salud

relacionada con la calidad de vida, adherencia terapéutica el 65% de los pacientes mostró baja adherencia y el 35% baja adherencia, en el aspecto de autocuidado 69% mostró buena agencia de autocuidado y 30% regular. El autocuidado muestra una correlación moderada positiva y significativa estadística con calidad de vida relacionada con salud (CVRS) ($r= 0.447$, $p= 0.000$) y muestra correlación en dimensiones con capacidad de poder ($r=0.443$, $p= 0.000$), y capacidad de operacionalización ($r=0.418$, $p= 0.000$); entre adherencia terapéutica y no terapéutica con CVRS no se encontró significancia estadística; en este sentido ambas tienen correlación en sus dimensiones, factores relacionados con el paciente ($r= -0.454$, $p= 0.000$) y salud mental ($r= 0.472$, $p= 0.000$). **Conclusión:** las variables convergen en algunas dimensiones con una correlación que indudablemente modifica el estado de salud del paciente y se refleja en su calidad de vida, es importante tomar en cuenta a la persona como un ser holístico, para reforzar las áreas de oportunidad en materia de prevención secundaria y control de factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica.

ABSTRACT

Background: the patient who has experienced an acute myocardial infarction (AMI) should make changes in their lifestyle for the restoration of their health, such as: changes in diet, physical activity and adherence to pharmacological treatment to name a few, in order to achieve a social adaptation that is consistent with their new way of life; However, when these changes are not made, there is the possibility of presenting a second cardiovascular event and of generating irreversible damage to the state of health in a general way, with an impact on their quality of life. Aims: to analyze the relationship between therapeutic adherence and self-care with the quality of life of the patient with ischemic heart disease. Method: correlational design, prospective and cross-sectional study, in a third-level care institution, from March to June 2018. The non-probabilistic sampling of $n = 101$ by convenience sampling; include those over 18 years of age, both sexes, who presented acute myocardial infarction (AMI). Data collection with an instrument consisting of 8 sections: sociodemographic, biochemical and anthropometric with an open response scale; SF-36 questionnaire to measure quality of life with a scale of dichotomous response and Likert type where a higher score better quality of life; the instrument of pharmacological and non-pharmacological adherence with a Likert-type response scale at higher score greater advantages for adherence; the Self-Care Agency Scale with a Likert response scale, the higher the score the higher self-care agency; the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) with a dichotomous response scale and Likert type where the higher the score the better therapeutic adherence; and data on physical activity and smoking habits. Data were tabulated and analyzed using the statistical program for social sciences with descriptive statistics and Pearson correlation test, statistical significance $p < 0.05$. Results: study population with an age range between 34 and 86 averages 58.1 years, predominance of males and 89.1% only has basic education. 39% diagnosed with hypertension and 44% with type II DM. 51.5% of the patients were overweight and 18.8% were obese. 88.1% have prescribed secondary treatment to AMI. Patients with ischemic heart disease showed 99% advantages for therapeutic adherence, 93% had a perception of better health related to quality of life, 65% of patients showed poor adherence and 35% low adherence, the aspect of self-

care 69% showed good self-care agency and 30% regular. Self-care shows a moderate positive and statistically significant correlation with health-related quality of life (HRQOL) ($r = 0.447$, $p = 0.000$) and shows correlation in dimensions with power capacity ($r = 0.443$, $p = 0.000$), and capacity of operationalization ($r = 0.418$, $p = 0.000$); between therapeutic and non-therapeutic adherence with HRQOL, no statistical significance was found; in this sense both have correlation in their dimensions, factors related to the patient ($r = -0.454$, $p = 0.000$) and mental health ($r = 0.472$, $p = 0.000$). Conclusion: the variables converge in some dimensions with a correlation that undoubtedly modifies the health status of the patient and is reflected in their quality of life, it is important to take into account the person as a holistic being, to reinforce the areas of opportunity in terms of secondary prevention and control of risk factors in patients with ischemic heart disease.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte en el mundo y se pronostica que lo seguirán siendo, se perderán más vidas que con todos los tipos de cáncer y enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores. La cardiopatía isquémica es una enfermedad modificable en la detección oportuna de los factores de riesgo y de prevención secundaria en los pacientes que ya presentaron un IAM con un apego al tratamiento, es por esto que surge esta pregunta *¿Cuál es la relación que existe entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica?*, de la cual se desprenderá todo lo abordado a lo largo de este trabajo de investigación, buscando responder y dar posibles soluciones a este fenómeno que afecta a la población cada vez más joven y representa un alto costo para las instituciones de salud.

En el presente trabajo se abordarán en sus capítulos temas cómo la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del IAM; los conceptos de adherencia terapéutica, autocuidado y calidad de vida, así como los pasos de la metodología para la realización de esta investigación, en los capítulos finales se encontraran los resultados que comprueban la hipótesis de que las variables de adherencia terapéutica y autocuidado están relacionadas con la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía isquémica pero no en todas las dimensiones se puede ver relación, en el caso de la adherencia farmacológica se encontró una relación negativa, a pesar de que la calidad de vida fue mejor, los datos arrojaron que era media y baja en la población de estudio; el análisis representado por una matriz de correlación y las conclusiones a las que se llegaron después del abordaje de estos temas. En los anexos se podrán verificar los instrumentos utilizados y el consentimiento informado.

CAPÍTULO I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

A nivel mundial 17.7 millones de personas mueren cada año por enfermedades cardiovasculares, las cuales representan el 31% de las muertes en el mundo, cifra que se proyecta que para el año 2030 aumente a 23.6 millones.^{12,3} En México, el 19% de mujeres y hombres de 30 a 69 años mueren de enfermedades cardiovasculares, se pronostica que seguirá siendo la principal causa de muerte a nivel global y se perderán más vidas que con todos los tipos de cáncer y enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores combinadas.²

Uno de los problemas con mayor incidencia es la cardiopatía isquémica causante del 14.5% del total de fallecimientos, siendo esta una entidad clínica de gran relevancia.⁴ Si se recibe atención oportuna y un tratamiento adecuado se puede evitar la muerte, la recidiva de la enfermedad, complicaciones y reingresos hospitalarios, por lo que el autocuidado y la adherencia terapéutica al tratamiento son actividades importantes para mejorar o mantener el estado de salud del paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la falta de adherencia terapéutica es un tema prioritario de salud pública en los pacientes que tienen enfermedades crónicas por las consecuencias tanto clínicas como económicas que se derivan de ella; y en la calidad de vida.⁵

Las diferentes organizaciones mundiales de salud han desarrollado estrategias para frenar el aumento de las muertes por eventos cardiovasculares, enfocándose en el control de factores de riesgo como tabaquismo, hipertensión arterial, sobrepeso corporal, perímetro abdominal mayor a 90 cm, hiperlipidemias por aumento de colesterol total, lipoproteínas de alta densidad ("HDL", por sus siglas en inglés), lipoproteínas de baja densidad ("LDL", por sus siglas en inglés); que involucran como punto clave el autocuidado, el cual debe ser dirigido por "profesionales de la salud capacitados en este tema y con herramientas para abordarlo.

La prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular incrementa después de los 40 años y se ubican en la población económicamente activa, dentro de los factores medibles y modificables el 90% del riesgo se atribuye a hombres y el 94% a mujeres.^{2, 6}

La cardiopatía isquémica causa el 14.5% del total de fallecimientos en México y es la primera causa de muerte prematura, la mayoría de los estudios relacionados con el apego terapéutico, el autocuidado y la calidad de vida,⁴ se centran en patologías como la hipertensión y diabetes mellitus tipo II, las cuales se encuentran estrechamente relacionadas con los fenómenos cardiovasculares.

1.2 Pregunta de investigación

Ante este panorama, el presente estudio pretende investigar *¿Cuál es la relación que existe entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica?*

1.3 Justificación

Analizando los alcances de la problemática previamente planteada se desprende la necesidad de saber la relación que hay entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida, con el objetivo de identificar el impacto que causan sobre las diferentes dimensiones del individuo y el desarrollar de programas de educación, que favorezca el autocuidado y responsabilidad del paciente, así como del personal de salud.

El equipo multidisciplinario tiene la responsabilidad de fomentar conciencia, sobre la importancia de acciones pertinentes en educación a la salud en todos los niveles de atención y de un seguimiento en planes de alta, es imperante la necesidad de contar con vigilancia de la adherencia terapéutica y autocuidado en unidades clínicas de primer y segundo nivel de atención, para el mantenimiento de una calidad de vida y evitar así el reingreso de pacientes en condiciones irreversibles a los hospitales de alta especialidad, con una reincidencia de eventos isquémicos.

CAPÍTULO II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General.

- Analizar la adherencia terapéutica y el autocuidado realizado por los pacientes con cardiopatía isquémica.

2.2 Objetivo Específico.

- Identificar la relación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica.
- Determinar la relación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica y su relación con la incidencia de un segundo evento isquémico en algunos casos.

Hipótesis

La relación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica es proporcional, a menor adherencia terapéutica y autocuidado menor es la calidad de vida del paciente que cursa con cardiopatía isquémica.

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

3. Estado del arte de la relación entre adherencia terapéutica y auto cuidado en la calidad de vida de los pacientes con cardiopatía isquémica

3.1 Cardiopatía isquémica.

El corazón prácticamente no tiene reservas de oxígeno y depende casi por completo del metabolismo aeróbico para funcionar. La isquemia miocárdica se define como la falta desbalance entre el aporte y la demanda de oxígeno, y esta puede ser variable, dinámica y reversible. La hipoxia, que es una disminución únicamente del aporte de oxígeno, puede desarrollarse por la isquemia, que a su vez también genera pérdida de la presión hidrostática, reducción de la entrega de los sustratos para la producción de energía y disminución en la eliminación de residuos producto de la lesión celular. Por lo tanto, la hipoxia y la isquemia están relacionadas, pero no son exactamente la misma entidad. La reducción súbita del flujo sanguíneo coronario o isquemia aguda usualmente es secundaria a obstrucción epicárdica por aterotrombosis o espasmo coronario; esta isquemia también se conoce como de bajo flujo, bajo aporte o baja suplencia, y es responsable de los síndromes coronarios agudos y de la muerte súbita. No obstante, la isquemia miocárdica no debe definirse solamente como bajo flujo, ya que, si la demanda de oxígeno también es baja, tanto la suplencia como la demanda podrían estar balanceadas.⁷

Definición universal del infarto al miocardio.

El IAM es un evento de necrosis miocárdica causado por un síndrome isquémico inestable. En la práctica, es diagnosticado y valorado en base a la evaluación clínica, el electrocardiograma (ECG), examen bioquímico, imagen invasiva y no invasiva y evolución patológica.⁸

El IAM es clasificado en base a la presencia o ausencia de elevación del segmento ST en el ECG, en seis tipos: infarto debido a aterotrombosis (tipo 1), debido al desajuste del suministro-demanda que no es resultado de aterotrombosis aguda (tipo 2), infarto causante de muerte súbita sin la oportunidad de biomarcadores o ECG de confirmación (tipo 3), infarto relacionado a intervención coronaria percutánea (ICP) (tipo 4a), infarto

relacionado a trombosis por stent coronario (tipo 4b), e infarto relacionado con injerto de derivación en arteria coronaria (tipo 5).⁸

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbilidad y muerte en el mundo, en un informe del 2015 se atribuye el 14.1% de años de vida reducidos por discapacidad y se atribuye a cardiopatía isquémica (CI).⁹

En México, el Sistema Nacional de Salud, afirma que la cardiopatía isquémica y la diabetes mellitus, son dos de los más grandes problemas de la salud pública. La cardiopatía afecta sobre todo a los hombres de mediana y avanzada edad y su mortalidad es 20% más alta en los hombres que en las mujeres. Representa un factor importante de muerte en todos los adultos, el mayor número de defunciones ocurre en personas de ambos géneros de 65 años o más, lo que indica que la edad avanzada es un poderoso inductor de esta enfermedad. Este grupo de enfermedades es la primera causa de mortalidad y anualmente ocurren cerca de 70,000 defunciones. La pirámide poblacional determina que la mayoría de nuestros adultos (75%) tiene menos de 55 años y a pesar de que la prevalencia en porcentaje de los factores de riesgo cardiovascular es mayor después de los 40 años, en datos absolutos el número de millones portadores de estos factores de riesgo se ubica en la población económicamente activa, con sus consecuencias devastadoras, tanto sociales, económicas y de calidad de vida. Así, las afecciones cardiovasculares caen dentro del rubro de gastos catastróficos.²

**a) Etiopatogenia
Cascada de Isquémica.**

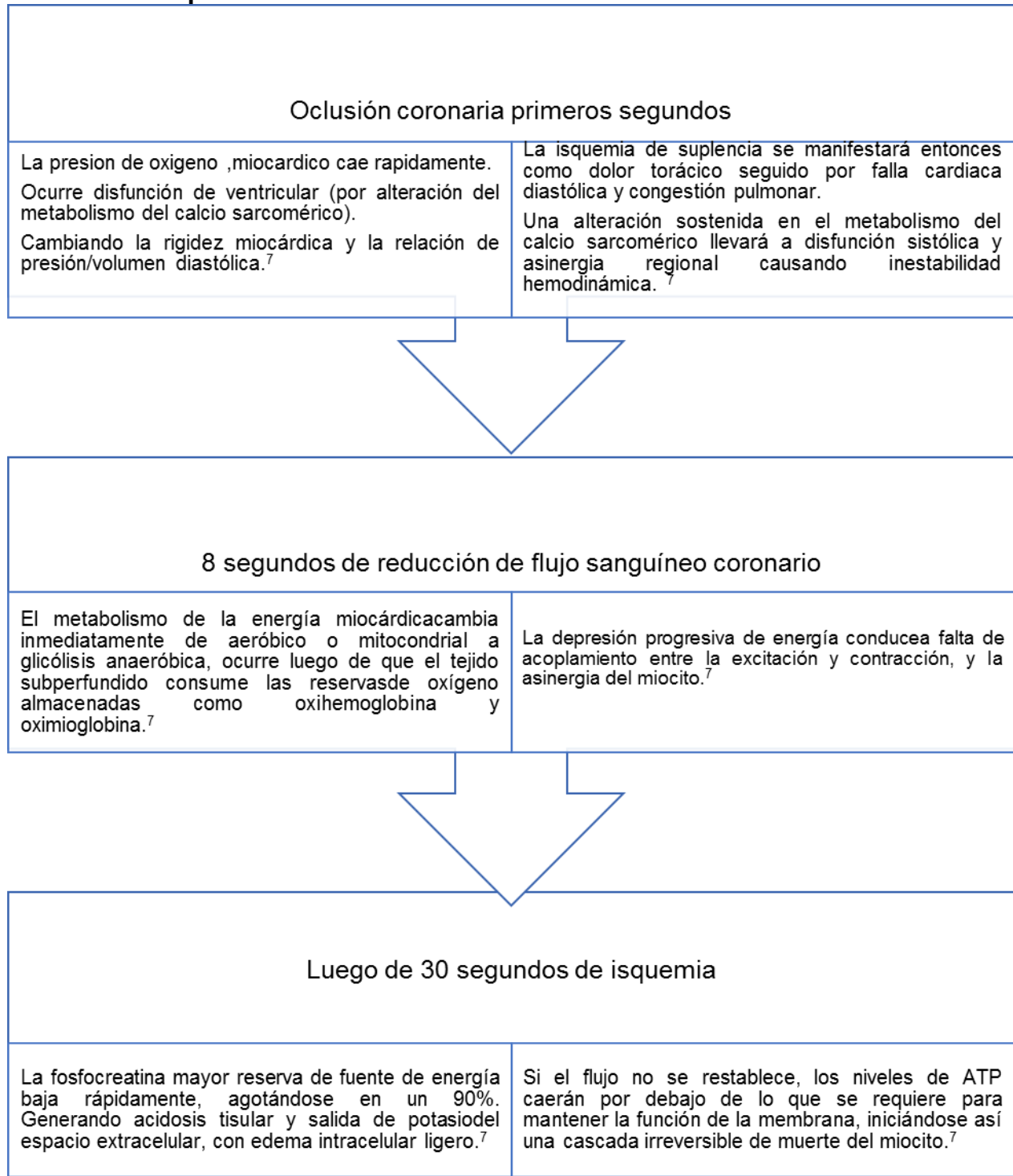


Figura 1. Cascada Isquemia.⁷

El síntoma principal inicial para determinar el diagnóstico y la terapéutica en pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo (SCA) es el dolor torácico. Basado en el ECG, son diferenciados dos grupos de pacientes:

- Pacientes con dolor torácico agudo y persistente, elevación del segmento-ST (>20 min), condición clínica que determina al síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), reflejan una oclusión total coronaria. La mayoría de los pacientes finalmente desarrollara un infarto de miocardio con elevación del ST. El tratamiento principal de estos pacientes es la reperfusión inmediata por angioplastia primaria o terapia fibrinolítica.
- Pacientes con dolor torácico agudo, pero sin elevación persistente del segmento-ST. Los cambios en el ECG pueden incluir elevación transitoria del segmento-ST persistente o transitorio y depresión del mismo, inversión y aplanamiento o pseudo-normalización de la onda T, incluso podría ser normal en el ECG.¹⁰

Infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST.

Normalmente se designa IAM con elevación del segmento ST (IAMCEST) a los pacientes que sufren dolor torácico persistente u otros síntomas que indiquen isquemia y elevación del segmento ST en al menos 2 derivaciones contiguas en el ECG.¹⁰

Es importante mencionar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la principal causa de muerte en el mundo es la enfermedad aterotrombótica, que se manifiesta sobre todo por el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST y cuyo impacto es mayor al de las enfermedades infecciosas y cancerígenas.¹¹

El más frecuente es el IAMCEST, seguido del infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST) y después la angina inestable (AI). De éstos, el que requiere atención inmediata es el IAMCEST, con la finalidad de restablecer a la brevedad posible la perfusión sanguínea del tejido infartado.¹¹

La población mexicana con SCA corresponde a 43% de pacientes diabéticos y 50% son hipertensos, la tercera parte son de sexo femenino, grupo que debe considerarse de alto riesgo, ya que su mortalidad es mayor, cabe mencionar que además registran una alta frecuencia en el consumo de tabaco.¹¹

b) Diagnóstico

En primer lugar, es preciso establecer el diagnóstico de IAMCEST. Este se basa normalmente en la presencia de signos y síntomas que indiquen isquemia miocárdica.¹⁰ Otros indicios importantes son el antecedente de enfermedad arterial coronaria (EAC) e irradiación del dolor al cuello, mandíbula inferior o brazo izquierdo. Algunos pacientes presentan síntomas menos típicos, como falta de aire, náuseas o vómito, fatiga, palpitaciones o síncope.

El alivio del dolor tras la administración de nitroglicerina (trinitrato de glicerilo) puede conducir a error y no se recomienda como maniobra diagnóstica. Si el dolor cede tras la administración de este fármaco, es necesario realizar otro ECG de 12 derivaciones, la completa normalización del segmento ST tras la administración de nitroglicerina, junto con el alivio de los síntomas, indica espasmo coronario, con o sin IAM asociado. En los casos de elevación del segmento ST o dolor torácico recurrentes, es necesario realizar inmediatamente una coronariografía; cuando se sospecha de IAMCEST, se debe obtener en el punto del primer contacto médico un ECG e interpretar lo antes posible, para facilitar el diagnóstico precoz y su clasificación.

Para los pacientes con sospecha clínica de isquemia miocárdica y elevación del segmento ST, se debe iniciar el tratamiento de reperfusión lo antes posible, si el ECG es ambiguo o no muestra evidencia clara de IAM, se debe repetir el ECG y, cuando sea posible, compararlo con registros anteriores.¹⁰

Los criterios electrocardiográficos se basan en cambios de las corrientes eléctricas del corazón (medidas en milivoltios). La calibración estándar del ECG es 10 mm/mV, por lo tanto, 0,1 mV equivale a 1 mm en el eje vertical.

En un contexto clínico apropiado, la elevación del segmento ST (medida en el punto J) puede indicar el desarrollo de una oclusión coronaria aguda de acuerdo a los siguientes criterios: al menos 2 derivaciones contiguas con una elevación del segmento ST $\geq 2,5$ mm en los varones menores de 40 años, ≥ 2 mm en los de 40 o más o $\geq 1,5$ mm en las mujeres en las derivaciones V2-V3 o ≥ 1 mm en otras derivaciones (en ausencia de hipertrofia del ventrículo izquierdo (VI) o bloqueo de la rama izquierda (BRI). En pacientes con IAM inferior, se recomienda registrar las derivaciones precordiales derechas (V3R y V4R) en busca de elevación del segmento ST e identificar el infarto

del ventrículo derecho (VD) concomitante. Así mismo, la depresión del segmento ST en las derivaciones V1-V3 indica isquemia miocárdica, especialmente cuando la onda T terminal es positiva (equivalente a la elevación del segmento ST), y la confirmación de una elevación del segmento ST $\geq 0,5$ mm registrada en las derivaciones V7-V9 son considerados criterios para identificar el IAM posterior.¹⁰

c) Tratamiento

Tratamiento inicial del dolor, la disnea y la ansiedad

El alivio del dolor es de extrema importancia no solo por razones humanitarias, sino también porque el dolor se asocia con la activación simpática que causa vasoconstricción y aumenta la carga de trabajo del corazón. Los analgésicos más utilizados en este contexto son los opiáceos intravenosos de los cuales el más utilizado es la morfina, sin embargo, el uso de morfina se asocia con una absorción más lenta, un retraso de la acción y una disminución de los efectos de los antiagregantes orales (como clopidogrel, ticagrelor y prasugrel), que pueden originar el fracaso del tratamiento en individuos susceptibles.

El oxígeno está indicado para pacientes hipóxicos con una saturación arterial de oxígeno (SaO₂) < 90%, la bibliografía refiere que la hiperoxia puede ser perjudicial para los pacientes con IAM sin complicaciones. Por lo tanto, no se recomienda la administración sistemática de oxígeno cuando la SaO₂ sea $\geq 90\%$.

La ansiedad es una respuesta natural al dolor y las circunstancias que un IAM implica en el estado de salud de la persona, se puede considerar la administración de un tranquilizante suave (normalmente un benzodiazepina) a los pacientes muy ansiosos.⁹

Reperusión farmacológica

El tratamiento antitrombótico se divide en: antitrombínico con heparina no fraccionada (HNF) o con heparina de bajo peso molecular (HBPM) como la enoxaparina) y antiplaquetarios, básicamente con aspirina y clopidogrel.¹⁰

Reperusión mecánica o angioplastia primaria

El otro método de reperusión es el mecánico, conocido como angioplastia primaria (ACTP-P). En la evolución de la reperusión, sin duda hoy en día es el método de elección.¹⁰

Tratamiento a largo plazo para el IAMCEST

Intervenciones en el estilo de vida y control de los factores de riesgo son claves para el restablecimiento de la salud, como el abandono del hábito tabáquico, el control óptimo de la presión arterial, la dieta, el control del peso y la realización de actividad física. Durante la hospitalización, el tiempo para implementar medidas de prevención secundaria es muy corto y, por ello, es fundamental la colaboración estrecha entre el cardiólogo, el médico de atención primaria, la enfermería especializada en rehabilitación, los farmacéuticos, los dietistas y los fisioterapeutas. Los hábitos de vida no son fáciles de cambiar, por lo que la puesta en práctica y el seguimiento de los cambios son una tarea a largo plazo.¹⁰



Figura 2. Tratamiento a largo plazo para el IAMCEST. Intervenciones no farmacológicas. ¹⁰

Se recomienda AAS de manera amplia para todo paciente con IAMCEST, para prevención a largo plazo está indicado en dosis más bajas de (75-100 mg), ya que tiene un efecto antiisquémico similar y menos eventos adversos que en dosis altas.¹⁰

Bloqueadores beta.

Administración precoz de bloqueadores beta intravenosos.

En pacientes que reciben fibrinólisis, la administración precoz de una bloqueadora beta (BB) intravenoso reduce la incidencia de arritmias ventriculares agudas malignas, aunque no hay clara evidencia de beneficio clínico a largo plazo. Según los datos disponibles, la administración precoz de BB intravenosos seguida de BB orales se puede considerar para pacientes hemodinámicamente estables que van a someterse a ICP primaria.¹⁰

Tratamiento con bloqueadores beta a medio y largo plazo.

El beneficio del tratamiento con BB a largo plazo tras un IAMCEST está bien establecido, aunque la mayoría de los datos proceden de estudios previos a la era moderna del tratamiento de reperfusión.⁹

En los pacientes hemodinámicamente estables se debe considerar el inicio del tratamiento oral con BB en las primeras 24 h.¹⁰

Tratamiento hipolipemiante.

Los beneficios de las estatinas en la prevención secundaria se han demostrado de manera inequívoca, varios estudios clínicos han establecido el beneficio de iniciar precozmente un tratamiento intensivo con estatinas a pacientes con SCA.¹⁰

Se debe administrar estatinas a todo paciente con IAM, independientemente de la concentración de colesterol en la presentación de este. El tratamiento hipolipemiante debe iniciarse precozmente durante el ingreso, se recomienda administrarse a altas dosis, esto se asocia con beneficios clínicos a corto y largo plazo. La intensidad del tratamiento con estatinas debe aumentarse para los pacientes que reciben dosis bajas o moderadas, excepto cuando haya antecedentes de intolerancia al tratamiento intensivo u otras características que afecten su seguridad.

El objetivo del tratamiento es alcanzar una concentración de colesterol de baja densidad (cLDL) < 1,8 mmol/l (< 70 mg/dl) o, como mínimo, alcanzar una reducción del 50% si la concentración basal de cLDL estaba en 1,8-3,5 mmol/l.¹⁰

Se debe considerar un tratamiento con estatinas de menor intensidad para los pacientes con alto riesgo de sufrir efectos secundarios. (p. ej., ancianos, pacientes con alteraciones hepáticas o renales, con efectos secundarios previos o en los que haya riesgo de interacción con tratamientos concomitantes esenciales).¹⁰ El perfil lipídico sufre cambios en las distintas fases del IAM con pequeñas reducciones del colesterol total, el cLDL, el colesterol de alta densidad (cHDL), y aumentos en los triglicéridos durante las primeras 24 h; se debe determinar el perfil lipídico lo antes posible tras el ingreso por IAMCEST, incluso sin ayuno, ya que las concentraciones de colesterol total y cHDL tienen poca variación diurna y la variación del cLDL está alrededor del 10%. Los lípidos deben reevaluarse a las 4-6 semanas del SCA, para determinar si las concentraciones diana se han alcanzado y para valorar aspectos relacionados con la seguridad; las dosis del tratamiento hipolipemiante pueden ajustarse a los resultados de la evaluación, algunos estudios clínicos recomiendan el uso del tratamiento intensivo con atorvastatina y simvastatina.¹⁰

Nitratos.

Un estudio aleatorizado y controlado ha demostrado que el uso sistemático de nitratos en el IAMCEST no es beneficioso, por lo que no está recomendado. Los nitratos intravenosos pueden ser útiles durante la fase aguda en pacientes con hipertensión o insuficiencia cardíaca, siempre que no haya hipotensión, infarto del ventrículo derecho (VD) o se hayan administrado inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 en las 48 h previas. Después de la fase aguda, los nitratos siguen siendo fármacos valiosos para controlar los síntomas de angina residuales.¹⁰

Bloqueadores de canales de calcio.

En un metaanálisis de 17 estudios clínicos, los antagonistas del calcio administrados precozmente en el curso de un IAMCEST no se asociaron con beneficios clínicos y mostraron una tendencia a mayor mortalidad entre los pacientes tratados con

nifedipino. Por lo tanto, el uso sistemático de antagonistas del calcio en la fase aguda no está indicado.¹⁰

Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina II

El tratamiento con IECA está recomendado para pacientes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (VI) o insuficiencia cardiaca, hipertensión o diabetes y se debe considerar para todo paciente con IAMCEST. Los pacientes que no toleran el tratamiento con un IECA deben recibir un antagonista del receptor de la angiotensina II (ARA-II).¹⁰

Antagonistas del receptor de mineralocorticoides/aldosterona

Los antagonistas del receptor de mineralocorticoides (ARM) están recomendados para pacientes con disfunción del VI (FEVI \leq 40%) insuficiencia cardiaca tras un IAMCEST.¹⁰

Infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST.

El espectro clínico del infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST) puede tener un intervalo de pacientes libres de síntomas a la presentación de individuos que cursan con isquemia, inestabilidad eléctrica o hemodinámica o arresto cardiaco. La correlación patológica a nivel de miocardio es la necrosis de cardiomiocitos o, menos frecuente isquemia miocárdica sin pérdida celular (Angina inestable).¹² Una pequeña proporción puede cursar con isquemia miocárdica, caracterizada por una o más de las siguientes: dolor torácico recurrente o transitorio, marcador de depresión del segmento ST en el ECG, falla cardiaca e inestabilidad eléctrica o hemodinámica.¹¹

Fisiopatología.

Presentación clínica

Dolor anginoso en pacientes con IAMSEST puede tener las siguientes presentaciones:

- Prolongación de dolor anginoso en reposo (>20min)

- Nuevo comienzo (de novo) de angina (Clase II o III de la clasificación de la sociedad Canadiense Cardiovascular)
- Infarto al miocardio post angina.¹¹

La angina prolongada y de novo/crescendo es observada en 80% y 20% de los pacientes, respectivamente. El dolor torácico típico es caracterizado por sensación de presión retroesternal o pesadez (angina) que irradia al brazo izquierdo (menos frecuentemente a ambos brazos o al brazo derecho), cuello, mandíbula, el cual puede ser intermitente o persistente. Una presentación atípica incluye dolor epigástrico, síntoma parecido a la indigestión y disnea aislada, se pueden observar quejas atípicas en pacientes con diabetes, enfermedad renal crónica o demencia.

La exacerbación de los síntomas por esfuerzo físico y su alivio en reposo aumenta la probabilidad de isquemia miocárdica, el control de estos después de la administración de nitritos no es específico para dolor anginoso, este es reportado además por otras causas de dolor agudo torácico.

La edad avanzada, género masculino, historia familiar de enfermedades en arterias coronarias, diabetes, hiperlipidemia, hipertensión, insuficiencia renal, manifestaciones previas de enfermedad de arterias coronarias como también periféricas o coronarias incrementan la probabilidad de IAMSEST. Condiciones que pueden exacerbarlo o precipitarlo incluyen anemia, infección, inflamación, fiebre y desordenes metabólicos o endocrinos (en particular tiroideo).¹¹

Examen físico

Signos de falla cardíaca, inestabilidad eléctrica y compromiso hemodinámico, demandan un rápido diagnóstico y tratamiento. La auscultación cardíaca puede revelar murmullo sistólico debido a regurgitación por isquemia miocárdica o estenosis aórtica (imitando un síndrome coronario agudo). La presentación de desórdenes abdominales como: espasmo esofágico, úlcera gástrica, colecistitis y pancreatitis deben ser consideradas para un diagnóstico diferencial. La diferencia de presión arterial en ambos brazos o extremidades inferiores, pulso irregular, distensión de vena yugular, murmullo cardíaco, frote por fricción y dolor precordial producido por palpitaciones son hallazgos sugestivos de diagnósticos alternativos.¹¹

Herramientas diagnósticas

Electrocardiograma.

El ECG de 12 derivaciones en reposo es la herramienta diagnóstica de primera línea en la evaluación de pacientes con síndrome agudo coronario, es recomendado obtenerlo en los 10 minutos en los que el paciente arriba al servicio de emergencias y ser inmediatamente interpretado por personal capacitado. El ECG en el contexto del IAMSEST puede ser normal en más de un tercio de los pacientes, incluyendo la depresión ST, elevación transitoria del ST y cambios en la onda T.¹¹

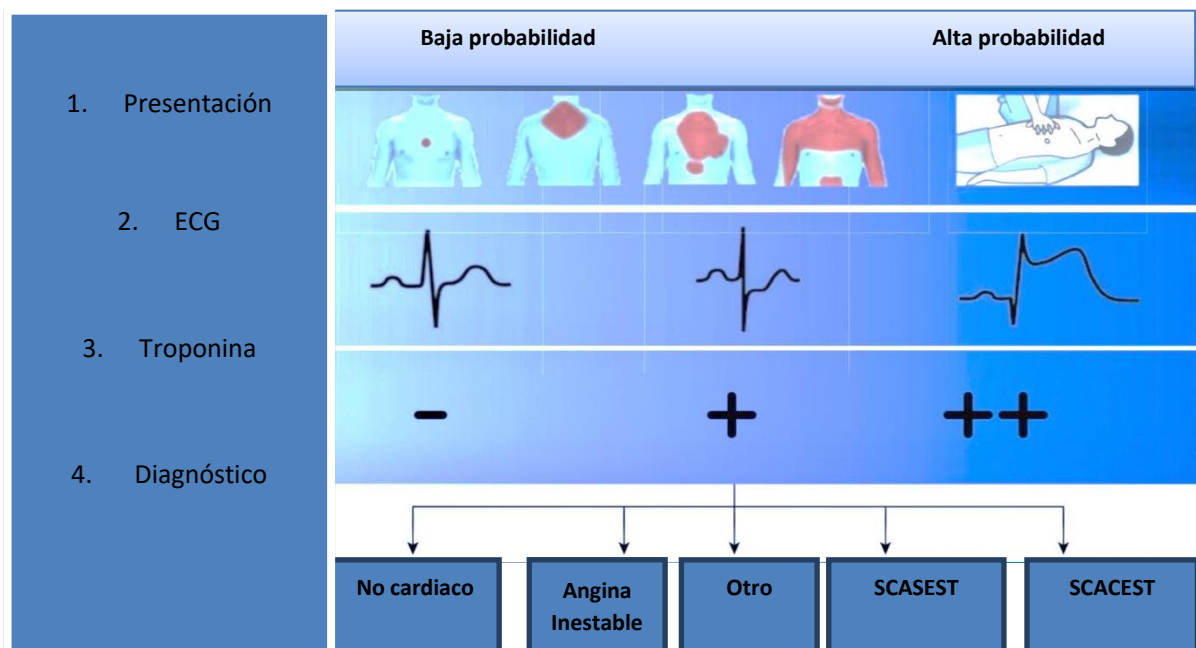


Figura 3. Diagnóstico. Valoración inicial del paciente con sospecha de síndrome coronario agudo. La valoración inicial está basada en la integración de características de baja probabilidad y/o alta probabilidad derivadas de la presentación clínica (síntomas, signos vitales, etc.), ECG de 12 derivaciones y troponinas cardíacas. La proporción de diagnóstico final deriva de la integración de estos parámetros que se visualizan en los cuadros. “Otros” incluye miocarditis. “No cardiaco” se refiere a enfermedades cardíacas como neumonía y neumotórax. Troponinas cardíacas podría ser interpretada como marcador cuantitativo: cuanto mayor es el nivel mayor es la probabilidad de presencia de infarto al miocardio. En pacientes con paro cardíaco o inestabilidad hemodinámica de presunto origen cardiovascular, debe ser realizada la ecografía interpretada por médicos especializados, después del ECG de 12 derivaciones.¹²

Tratamiento

Farmacológico. Medidas generales de apoyo.

El objetivo de la terapia farmacológica anti-isquémica es la disminución de la demanda de oxígeno por el miocárdico, secundario a la disminución del ritmo cardiaco, presión sanguínea, precarga o contractilidad miocárdica o al incremento de la suplencia de oxígeno miocárdico por la administración de oxígeno o a través de la vasodilatación coronaria. Si después del tratamiento no disminuyen los signos y síntomas isquémicos, se recomienda la angiografía coronaria de inmediato, independientemente de los hallazgos en el ECG y niveles de troponinas cardíacas. El oxígeno puede ser administrado cuando la saturación sanguínea de oxígeno es <90% o si el paciente está en distrés respiratorio.¹¹

Cambios de estilo de vida y rehabilitación cardiaca.

La inscripción a rehabilitación cardiaca y un programa de prevención secundaria bien estructurado, después de IAMSEST favorecen el cumplimiento con el régimen médico y cambios en el estilo de vida.

Recomendaciones en el manejo del IAMSEST.

- Comenzar terapia de estatinas de alta intensidad a menos que este contraindicada.
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina está recomendado en pacientes con FEVI <40% o falla cardiaca, hipertensión o diabetes. a menos que este contraindicado.
- La terapia con beta-bloqueadores está recomendada en pacientes con FEVI <40% a menos que este contraindicada.
- Antagonistas receptores de mineralocorticoides, recomendado en pacientes con FEVI <35% y también falla cardiaca o diabetes después de IAMSEST pero no en disfunción renal o hipercalcemia.
- El objetivo de la presión sanguínea diastólica es de <90 mmHg (<85 mmHg en pacientes diabéticos)

- En pacientes con colesterol LDL >70 mg/dL (>1.8 mmol/L) a pesar de la dosis máxima de estatinas, se recomienda utilizar un tratamiento compartido para el logro de niveles óptimos.
- La presión sistólica como objetivo se debe mantener <140 mmHg.
- Uso de aspirina.¹¹

3.2 Adherencia terapéutica

En 1975 se introdujo el término compliance en la literatura médica de origen anglosajón para referirse al acatamiento o seguimiento que hacen los pacientes de la prescripción médica. Los franceses por su parte prefieren utilizar la palabra observance como término más incluyente, pues no solo se refiere a la actitud de cumplimiento del paciente frente a la prescripción o fórmula médica, sino también a las creencias, percepciones, hábitos y comportamiento respecto a las recomendaciones y órdenes médicas.⁵

La OMS promueve la definición de adherencia o cumplimiento terapéutico como: la medida en que los comportamientos del paciente coinciden con las recomendaciones médicas o del personal de salud, en términos de toma de medicación, dietas y cambios en el estilo de vida.⁵

Medición de la adherencia terapéutica.

Los métodos para valorar el grado de adherencia terapéutica pueden ser directos o indirectos. El método directo consiste en la determinación y cuantificación de la presencia del medicamento, o alguno de sus metabolitos o marcador incorporado a ellos, en alguno de los fluidos orgánicos del paciente; su concentración indica si el paciente los tomó o no, entre sus ventajas destaca que son objetivos, específicos, exactos y fiables, pueden ser útiles en ensayos clínicos. Entre sus inconvenientes destaca que son costosos, complejos, invasivos para el paciente, limitados a ciertos fármacos y poco viables para su uso en la práctica clínica.⁵

El método indirecto consiste en valorar la información que el paciente ofrece mediante entrevista clínica con cuestionarios validados o el recuento de comprimidos para

calcular la diferencia entre los prescritos y los tomados, son poco costosos, sencillos, no invasivos y suelen utilizarse en la práctica clínica. Recientemente, el uso de medios electrónicos para la prescripción y dispensación de medicamentos ha abierto nuevas posibilidades que resultan más eficientes por su factibilidad.⁵

a) Adherencia terapéutica en el paciente con cardiopatía isquémica

La literatura resalta la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico como determinantes de resultados exitosos en los tratamientos médicos, en la mejora de las condiciones de salud y con ello, mejor calidad de vida.⁵

Se ha señalado la importancia de la adherencia proponiendo que su “práctica aumenta la efectividad de los tratamientos y que tiene un impacto en la salud de la población mucho mayor al de los tratamientos médicos”.⁵

Según el autor del artículo publicado por Bonilla y Gutiérrez se puede determinar que hay diversos factores que influyen a en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con riesgo cardiovascular. ¹³

- Factores económicos, educacionales, sociales y ambientales.
- Factores relacionados con los sistemas de salud: relación paciente-proveedor, accesos al cuidado y escenario del cuidado.
- Factores relacionados con la enfermedad: severidad e incapacidad, disponibilidad de los tratamientos y afectación del paciente.
- Factores relacionados con la terapia: medidores de la terapia.
- Factores relacionados con el paciente: conocimiento, actitudes, motivación, factores emocionales, creencias y capacidad de respuesta.¹²

3.3 Autocuidado

El Autocuidado se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades.¹⁴

Orem lo define como la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, es el conjunto de acciones intencionadas

que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior de complicaciones.

Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.¹³

Orem formuló 10 componentes de poder para el autocuidado:¹⁵

1. Máxima atención y vigilancia respecto a sí mismo como agente de autocuidado.
2. Uso controlado de la energía física, para la iniciación y continuación de las acciones de autocuidado.
3. Control de la posición del cuerpo y sus partes.
4. Razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado.
5. Motivación o metas orientadas hacia el autocuidado.
6. Toma de decisiones sobre autocuidado.
7. Adquisición, conservación y operacionalización técnica sobre autocuidado.
8. Repertorio de habilidades (cognitivas, de percepción, de comunicación e interpersonales) para el autocuidado.
9. Orden discreto de las acciones de autocuidado.
10. Integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida.

Otra forma de clasificar el autocuidado son los tipos de habilidades para tener una agencia de autocuidado que han sido desarrolladas por Orem y el grupo de la conferencia de desarrollo de Enfermería-NDCG (Nursing Development Conference Group) son:

- Las capacidades fundamentales y disposición de autocuidado. Consisten en habilidades básicas del individuo como la sensación, percepción, memoria y orientación.
- Los componentes de poder (capacidades que facilitan el autocuidado). Son capacidades específicas que se relacionan con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado, la valoración de la salud, energía y conocimiento del autocuidado.

- Capacidades para operaciones de autocuidado. Son las habilidades del ser humano más inmediatas.¹⁶

a) Autocuidado en el paciente con cardiopatía isquémica

En un estudio realizado a pacientes que viven con enfermedad coronaria por Bastidas, Olivella y Bonilla, define un número de dimensiones significativas para este grupo de pacientes relacionadas con el autocuidado.¹⁷

1. Dimensión cambio del estilo de vida.
2. Dimensión espiritual y apoyo familiar.
3. Dimensión farmacológica.
4. Dimensión nutricional.
5. Dimensión actividad en la casa y ejercicio físico.¹⁶

3.4 Calidad de vida

Desde la versión hipocrática del paradigma antiguo, surge el interés por el “estilo de vida”, cuando Hipócrates describía que el origen de la enfermedad se debía a las causas externas “estilo de vida”, y causas internas o pre dispositivas; cuando estas dos entidades no estaban en completo equilibrio, aparecía la enfermedad.¹⁸

La calidad de vida (CV) se define como la percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal; puede definirse como bienestar subjetivo, reconociendo que la subjetividad de ésta es una de las claves para la comprensión de su estructura.¹⁷

La CV refleja la diferencia, el vacío entre las esperanzas y expectativas de una persona y su experiencia actual.¹⁷

La calidad de vida relacionada con la salud, también denominada estado de salud o estado funcional, se ha definido como el componente de la CV que es debido a las condiciones de salud de las personas y que está referida a partir de las experiencias subjetivas de los pacientes sobre su salud global.¹⁷

Es importante considerar como marco de referencia del concepto de CV, las necesidades básicas de las personas. Al respecto existen diversas propuestas de

sistematización de necesidades básicas, entre las cuales se han seleccionado las de Maslow y Max-Neef.¹⁷

Figura 4. Pirámide de necesidades de Maslow.



Tomada de: Investigación sobre envejecimiento y calidad de vida. Universidad de las Américas. Puebla 2004.

La CV se define como acción de vivir. Tiene un carácter subjetivo, especialmente a nivel individual. Es la sumatoria de factores que derivan de la interacción entre sociedad y ambiente, alcanzados en la vida respecto a necesidades biológicas y físicas. Es el grado de satisfacción alcanzado en la satisfacción de necesidades inherentes y adquiridas en el ámbito de las áreas física, psicológica, social, de actuación, material y estructural. Se reconocen necesidades concretas (ej. alimentación, vivienda) y abstractas (ej. autoestima).¹⁷

La mejor manera de acercarse a la medición de la CV, es medir el grado en que las necesidades de felicidad de la gente se cumplen, es decir, estas necesidades son una condición necesaria de la felicidad de cualquier persona sin las cuales ningún miembro de la raza humana puede ser feliz.¹⁷

a) Calidad de vida en el paciente con cardiopatía isquémica

Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, diversos factores se han asociado a la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas.

También se han encontrado diferencias con las condiciones socioeconómicas y el nivel educativo alcanzado. Desde el punto de vista clínico, el tipo de enfermedad, las comorbilidades, los medicamentos utilizados, entre otros, han sido los elementos más frecuentemente referenciados.¹⁹ Otro aspecto importante a tener en cuenta es la polimedición y la presencia de eventos y acontecimientos adversos relacionados con los medicamentos cuyo impacto también puede verse reflejado en la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas, que presentan complicaciones que demandan un consumo alto de medicamentos.²⁰

Los pacientes coronarios a menudo sufren de una calidad de vida relacionada con la salud deteriorada; por lo tanto, muchos de ellos consideran la CV igual de importante que la duración de la vida.

Los pacientes y sus cuidadores, así como los polítics tienen un interés particular en encontrar formas de mejorar el bienestar general de los pacientes. Sin embargo, la evidencia con respecto a la asociación directa entre los cambios de estilo de vida y CV en pacientes coronarios es escasa. Algunos estudios informar sobre la asociación entre la CV y la cesación del tabaquismo, pérdida de peso o actividad física; sin embargo, a nuestro entender, ningún estudio ha investigado la asociación de los cambios de estilo de vida en pacientes coronarios con diversas medidas de CV de forma sistemática.²¹

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y Diseño

Se realizó un estudio observacional, correlacional, prospectivo y transversal²² sobre la relación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica en un Instituto Nacional de Salud de la Ciudad de México; durante los meses de marzo a julio del 2018.

Para fines de este estudio se considera como Adherencia terapéutica:

La OMS promueve la definición de adherencia o cumplimiento terapéutico como: la medida en que los comportamientos del paciente coinciden con las recomendaciones médicas o del personal de salud, en términos de toma de medicación, dietas y cambios en el estilo de vida.⁵

El autocuidado se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades.¹⁴

La Calidad de Vida es la percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.¹⁸

4.2 Población

Todos los pacientes que presentaron IAM durante el periodo de estudio, considerando que al año egresan aproximadamente N=1700 pacientes.¹

4.3 Muestra

El tamaño de la muestra fue de n= 101 pacientes que presentaron IAM.

4.4 Muestreo

La selección de los participantes se realizó de forma aleatoria simple, considerando el censo diario y el informe de pacientes en estatus de prealta, pacientes en consulta externa en su cita de control.

¹ Datos tomados de la subdirección de planeación del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. 2018

4.5 Criterios de selección:

4.5.1 Inclusión:

- Pacientes con IAM con o sin elevación del segmento ST
- Pacientes mayores de 18 años y menores de 90 de ambos sexos
- Seguimiento en la consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología

4.5.2 Exclusión:

- Pacientes con antecedentes de Cardiopatía Isquémica previa al IAM que motivo la atención actual.
- Antecedentes de cardiopatía estructural previa al padecimiento actual
- Pacientes que hablen un idioma diferente al español o no comprendan el español
- Pacientes con alteraciones psiquiátricas o cognitivas

4.5.3 Eliminación:

- Ausencia de información documental en el expediente clínico que impida la captura de datos
- Pacientes que no completen el llenado del instrumento más del 90%

CAPÍTULO V. DESARROLLO METODOLÓGICO

5.1 Operacionalización de variable.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Propiedades	Nivel de medición	Código o valor
Adherencia terapéutica y no terapéutica	La OMS define la adherencia o cumplimiento terapéutico como: la medida en que los comportamientos del paciente coinciden con las recomendaciones médicas o del personal de salud, en términos de toma de medicación, dietas y cambios en el estilo de vida. ⁵	Grado en el que una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida.	Cuantitativa Discreta	><, =, ≠	Ordinal 1= Nunca 2= A veces 3= Siempre	109-138= Buena 80-108= Mediana <80= Baja

**Adherencia Terapéutica Farmacológica. Morisky
Green modificado**

Grado en el que una persona: toma los medicamentos.

Quantitativa Discreta

Ordinal
Ítem 1-7
respuesta
dicotómica

8= Alta
Adherencia
6-7= Media
Adherencia

8 escala
Likert

<5= Baja
Adherencia

1= Nunca o
raramente

2=De vez en
cuando

3= A veces

4=
Usualmente
o casi
siempre

5=Todo el
tiempo o
siempre.

Auto cuidado

El Autocuidado se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades.¹⁴

Actividades que realiza el sujeto para mantener o mejorar su salud.

Cuantitativa Discreta

>, <, =, ≠

1=Totalmente en desacuerdo

2=Desacuerdo, 3 Indeciso

4=De acuerdo

5=Totalmente de acuerdo

24 a 96 puntos total.

Muy baja agencia de autocuidado: 24 a 43 puntos

Baja agencia de autocuidado: 44 a 62 puntos

Regular agencia de autocuidado: 63 a 81 puntos

Buena agencia de autocuidado: 82 a 96 puntos

Calidad de vida

Percepción por parte de los individuos o grupos en la satisfacción de sus necesidades con oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.¹⁸

Precepción por parte del individuo de un estado de bienestar.

Cuantitativa Discreta

>, <, =, ≠

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

- 1= Sí
- 2 =No

1=Mucho mejor ahora que hace un año

2=Algo mejor ahora que hace un año

3=Más o menos igual que hace un año

4=Algo peor ahora que hace un año

5=Mucho peor ahora que hace un año

1=Sí, me limita mucho

2=Sí, me limita un poco

Se transforma en una escala que va del 1-100.

0-50=peor estado de salud

51-100=mejor estado de salud.

IAM con elevación del ST	El término IAM se debe emplear cuando hay evidencia de daño miocárdico (definido como la elevación de troponinas cardíacas), con presencia de necrosis en un contexto clínico compatible con isquemia miocárdica.	Evidencia de daño miocárdico con elevación en el electrocardiograma del segmento ST.	Cualitativa Nominal	=, ≠	Si o no	1=Si 2=No
Edad	Tiempo de vida expresada en años de una persona.	Tiempo que ha vivido la persona hasta le fecha de la realización de la encuesta.	Cuantitativa Discreta	><, =, ≠	Años	Dato duro
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina de los seres vivos.	Condición orgánica y física que determina el género de la persona: Femenino o Masculino	Cualitativa Nominal	=, ≠	Femenino Masculino	1= Femenino 2=Masculino
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio.	Labor que despeña para generar ganancia económica.	Cualitativa Nominal	=, ≠		Dato blando

Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Estado civil de la persona en el momento de la entrevista en cuanto a su estatus matrimonial	Cualitativa Nominal	=, ≠	Soltero, casado, unión libre, divorciado.	1=Soltero 2=Casado 3=Unión libre 4=Divorciado
Lugar de residencia	Domicilio, morada, habitación. Permanencia o estancia en un lugar o país.	Lugar donde habita la persona.	Cualitativa Nominal	=, ≠	Entidad Federativa	Dato blando
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Ultimo grado de estudios cursado por el paciente	Cualitativa Ordinal	>< =, ≠	1= Ninguna 2=Primaria 3= Secundaria 4=Preparatoria 5=Universidad 6=Posgrado 7= Técnico	Básico Medio superior Superior

Número de hijos	Conjunto de operaciones o tareas propias de una persona o entidad.	Lazos consanguíneos o no consanguíneos que unen al proveedor de cuidados con la persona.	Discreta	Nominal	>< =, ≠	Número	Dato duro
Actividades realizadas		Actividades que realiza la persona en su tiempo libre.	Cuantitativa	Cualitativa			

Enfermedades	Alteración más o menos grave de la salud.	Enfermedad diagnosticada a la persona hasta el momento de la realización la entrevista	Cualitativa Nominal	=, ≠		<p>1=Hipertensión arterial</p> <p>2=Diabetes Mellitus 2</p> <p>3=Dislipidemia</p> <p>4=Insuficiencia Renal</p> <p>5=Infartos 6= evento vascular cerebral previo</p> <p>7=Síndrome metabólico</p> <p>8=Otro</p>
Hospitalizado	Estancia de una persona en una unidad hospitalaria o clínica.	Número de veces que la persona a estado internado enfermo en una institución de salud en el último año.	Cuantitativa Discreta	>, <, =, ≠	Número	Dato duro

Depende de cuidados	Asistir, guardar, conservar. Cuidar a un enfermo, la casa, la ropa.	Persona o personas de las cuales depende para su cuidado.	Cualitativa Nominal	=, ≠	Madre/padre, hermano (a), tío(a), primo (a), abuelo(a), otros.	1= Madre y/o padre 2=Hermano (a) 3=Tío (a) 4=Primo (a) 5=Abuelo (a) 6= Otros
Tiempo traslado	Tiempo que tarda en recorrer la distancia de su casa a la institución de salud más cercana.	Periodo de tiempo que dura el camino de casa de la persona al hospital.	Cuantitativa Continua	>, <, =, ≠	Horas y minutos	Dato duro
Antihipertensivo	Medicamento o sustancia eficaz contra la hipertensión arterial.	Fármaco prescrito para el tratamiento de la hipertensión el cual se utiliza a la fecha de la entrevista.	Cualitativo Nominal	=, ≠	Numero de fármacos prescritos	Dato duro

Estatina	Fármaco con efecto hipocolesterolémico, acciones biológicas adicionales, como efecto antiinflamatorio e inmunomodulador.	Fármaco prescrito para el tratamiento del hipercolesterolemia el cual se utiliza a la fecha de la entrevista.	Cualitativo Nominal	=, ≠	Numero de fármacos prescritos	Dato duro
Inhibidor de agregación Plaquetaria	Antiagregantes plaquetarios, grupo de fármacos cuyo principal efecto es inhibir la acción de las plaquetas, evitando la agregación y formación de trombos en el interior de los vasos sanguíneos.	Fármaco prescrito para el tratamiento de la agregación plaquetaria el cual se utiliza a la fecha de la entrevista.	Cualitativo Nominal	=, ≠	Numero de fármacos prescritos	Dato duro
Otro	Distinto de aquellos los que se refiere.	Fármaco prescrito para el tratamiento de cualquier otra patología, el cual se utiliza a la fecha de la entrevista.	Cualitativo Nominal	=, ≠	Numero de fármacos prescritos	Dato duro

Peso corporal	Masa corporal expresada en Kg. ³⁸	La medida de peso expresada en unidad estandarizada Kg, de la persona al momento de la entrevista.	Continua	Quantitativa	>, <, =, ≠	Kg y g	Dato duro
Talla	Estatura o altura de las personas.	Estatura de la persona expresada en metros.	Continua	Quantitativa	>, <, =, ≠	Metros y cm	Dato duro
Índice de masa corporal (IMC)	Indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m ²).	El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla del paciente al momento de la entrevista.	Continua	Quantitativa	>, <, =, ≠	kg/m ²	IMC > 18.5 y < 24.9, peso normal; IMC > 25 y < 29.9, sobrepeso; IMC > 30, obesidad.

Presión arterial (PA)	<p>La PA es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos.</p> <p>PA Optima <120/80 mmHg</p> <p>PA normal Sistólica 120 a 129 mmHg, diastólica 80 a 84mmHHg</p> <p>PA fronteriza Sistólica 130 a 139mmHHg, diastólica 85 a 89mmHHg</p> <p>En enfermedad cardiovascular o diabetes > 140/90 mmHg HTA³⁶</p>	<p>Rango de Presión arterial en mmHg del paciente en la fecha de la entrevista.</p>	Cuantitativa discreta	<p>>, <, =, ≠</p>	<p>Intervalar</p>	<p>1= Presión arterial optima</p> <p>2=Presión arterial normal</p> <p>3= Presión arterial fronteriza</p> <p>4= HTA sistémica con enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus 2.</p>
	Proteína C reactiva de alta sensibilidad (PCR)	<p>La PCR es una proteína inespecífica de fase aguda, utilizada como una medida de inflamación. Se une a lipoproteínas alteradas y facilita su remoción por los fagocitos, activa parcialmente el sistema inmune, se expresa en mg/dL.</p>		<p>Proteína presente en la sangre en la fase aguda de inflamación, presente en los laboratorios más recientes del paciente post evento.</p>	Cuantitativa Continua	<p>>, <, =, ≠</p>

Triglicéridos

Grasas que suministran energía a los músculos, al igual que el colesterol son transportados a las células del organismo por las lipoproteínas de la sangre.³⁷

Cantidad de triglicéridos presente en suero sanguíneo en las consultas de revisión por el laboratorio del INC.

Cuantitativa Discreta

>, <, =, ≠

Intervalar

1=

1=Recomendable <150

Recomendable

2= Limítrofe

2=Limítrofe

3= Alto riesgo

150-200

4= Muy alto riesgo

3= Alto riesgo

>200

4= Muy alto riesgo >1000

LDL

Lipoproteína de baja densidad, transportan el colesterol al endotelio arterial que con el tiempo llega a obstruir el flujo sanguíneo. Los niveles altos de LDL están asociados a problemas cardiovasculares.³⁸

Cantidad de LDL presente en suero sanguíneo en las consultas de revisión por el laboratorio del INC.

Quantitativa Discreta

>, <, =, ≠

Intervalar
Recomendable
<130

Limítrofe
130-159

Alto riesgo
160

Muy alto riesgo
190

En pacientes con síndrome coronario es necesario el inicio inmediato del tratamiento farmacológico con dosis altas de estatina, siendo la meta terapéutica un C-LDL < 70 mg/dL

1= Recomendable
2= Limítrofe
3= Alto riesgo
4= Muy alto riesgo
5= Meta terapéutica

HDL	Lipoproteína de alta densidad, participan en el transporte inverso del colesterol, es decir de los tejidos hacia el hígado para su excreción o reciclaje. Los niveles altos de HDL confieren una gran protección de problemas cardiovasculares al paciente. ³⁸	Cantidad de HDL presente en suero sanguíneo en las consultas de revisión por el laboratorio del INC.	Cuantitativa Discreta	>, <, =, ≠	Intervalar	Recomendable >35 Alto riesgo <35 1= recomendable 2= Alto riesgo
Colesterol total	El colesterol (3-hidroxi-5,6 colesteno) es una molécula indispensable para la vida, desempeña funciones estructurales y metabólicas que son vitales para el ser humano. Se encuentra anclado estratégicamente en las membranas de cada célula donde modula la fluidez, permeabilidad y en consecuencia su función. ²³	Cantidad de colesterol total presente en suero sanguíneo en las consultas de revisión por el laboratorio del INC.	Cuantitativa Discreta	>, <, =, ≠	Intervalar Recomendable <200 Limítrofe 200-239 Alto riesgo >240	1= Recomendable e 2= Limítrofe 3= Alto riesgo

Glucosas

Cantidad de glucosa presente en suero sanguíneo.³⁵

Cantidad de glucosa presente en suero sanguíneo en las consultas de revisión por el laboratorio del INC.

Quantitativa Discreta

>, <, =, ≠

Rangos normales En ayuno sin diabetes:
 70-100 mg/dL
 Caso Probables de DM2: glucemia capilar en ayuno > 100 mg/dl
 Diabetes Mellitus tipo 2
 Hiperglucemia ayuno:
 >100 mg/dL
 Glucosa Anormal en ayuno: $0 \geq a$ 100 y $\leq a$ 125 mg/dl. o $0 > a$ 100 y $< a$ 125 mg/dl.
 Hipoglucemia:
 <60-50 mg/dl.

1= Rango normal sin DM 2
 2= Casos probables de DM 2
 3= Hiperglicemia DM 2
 4= Glucosa normal DM 2
 5= Hipoglucemia

Creatinina	La creatinina es un producto del metabolismo muscular de la creatina y se elimina por filtración glomerular	Cantidad de creatinina presente en suero sanguíneo en las consultas de revisión por el laboratorio del INC.	Quantitativa Discreta	>, <, =, ≠	Normal= ≤ 1.5 mg/dl (hombres) ≤1.6 gm/dl (mujeres) Elevada= > 1.5 mg/dl (hombres) >1.6 gm/dl (mujeres)	1= Normal 2= Elevada.
Tabaquismo	La OMS define al tabaquismo como una enfermedad adictiva y crónica.	Consumo de cualquier producto de tabaco de la persona.	Cualitativa Nominal	=, ≠	Si o No	0= No fuma 1= Si fuma
Actividad Física	Movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exige gasto de energía.	Actividad física realizada por la persona diferente a las actividades de la rutina diaria. Esto medido en METS.	Quantitativa Discreta	>, <, =, ≠	Actividad Física Moderada= 600 MET. Actividad Vigorosa= 3000 MET	1=Actividad moderada 2=Actividad vigorosa

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Medición	Código valor
Adherencia terapéutica	Grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.	Grado en el que una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida	Factores socioeconómicos, 14 ítem.	Sub dimensiones: estatus económico, educación aspectos sociales de apoyo, aspectos ambientales, aspectos culturales, y demográficos	Ítem 1-14	1= Nunca 2= A veces 3= Siempre
		respuestas en escala de Likert donde 1= Nunca 2= A veces y 3= Siempre	Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud. Consta de 21 ítems	Incluye 3 sub dimensiones: relación entre el paciente y el proveedor, acceso al cuidado, y escenario del cuidado	Ítem 15-35	
		0 a 138 puntos, entonces aquellos pacientes con	Factores relacionados con la terapia.	Incluye una subdimensión : Mediadores	Ítem 36-45	

ventaja para adherencia, entre 109-138, cuando están en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia entre 80-109, no responder con comportamientos de adherencia menor de 80.

Consta de 10 ítems

Factores relacionados con el paciente. 8 ítems

de la terapia.

Incluye cinco subdimensiones: conocimiento, actitudes y motivación, factores emocionales, creencias y capacidad de tomar decisiones

Ítem 46-53

**Adherencia
Terapéutica
Farmacológica
Morisky Green
modificado**

Grado en el que una persona: tomar los medicamentos.

Ítem 1-7

- 1= Nunca o raramente
- 2=De vez en cuando
- 3= A veces
- 4= Usualmente o casi siempre
- 5=Todo el tiempo o

siempre.

8= Alta Adherencia

6-7= Media Adherencia

<5= Baja Adherencia

Autocuidado	Grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden	Grado en el que una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del	Capacidad fundamental estimativa 4 ítems	Factor 1	19, 21, 22, 23.	1=Totalmente en desacuerdo 2=Desacuerdo, 3Indeciso 4=De acuerdo 5=Totalmente de acuerdo 24 a 96
--------------------	---	---	---	----------	-----------------	---

<p>con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.</p> <p>las modo de vida respuestas en una escala de Likert donde 1= Nunca 2= A veces y 3= Siempre</p>	Componentes de poder: Transicionales	Factor 2	2, 5, 9, 10	puntos total.
				Muy baja agencia de autocuidado: 24 a 43 puntos
				Baja agencia de autocuidado: 44 a 62 puntos
	Capacidad para operacionalizar: productivas	Factor 3	4,18, 24	Regular agencia de autocuidado: 63 a 81 puntos
	16 ítems	Factor 4	15, 16	Buena agencia de autocuidado: 82 a 96 punto
		Factor 5	3, 17	
		Factor 6	1, 14	
	Factor 7	7, 8		

				Factor 8	6, 10, 20	
				Factor 9	12, 13	
Calidad de vida	Percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.	Precepción por parte del individuo de un estado de bienestar.	Función física		3-12	1 =Excelente 2 =Muy buena 3 =Buena 4 =Regular 5=Mala
			Desempeño físico		13-20	1= Sí
			Dolor físico		21, 22	2 =No
			Salud general		1,2 y 33-36	1=Mucho mejor ahora que hace un año 2=Algo mejor ahora que hace un año 3=Más o menos igual que hace un
			Vitalidad		23, 27, 29, 31	
			Función		32 y 20	

social

año

Desempeño
emocional

17, 18 y
19

4=Algo peor
ahora que
hace un año

Salud mental

24, 25,
26, 28 y
30

5=Mucho
peor ahora
que hace un
año

1=Sí, me
limita mucho

2=Sí, me
limita un poco

3=No, no me
limita nada

1=Nada

2=Un poco

3 =Regular

4=Bastante

5=Mucho

1=No,
ninguno

2=Sí, muy
poco

3=Sí, un poco

4=Sí,
moderado

5=Sí, mucho

6= Sí,
muchísimo

Se transforma
en una
escala que
va del 1-100.

Se considera
de 0-50 peor
estado de
salud

51-100 mejor
estado de
salud.

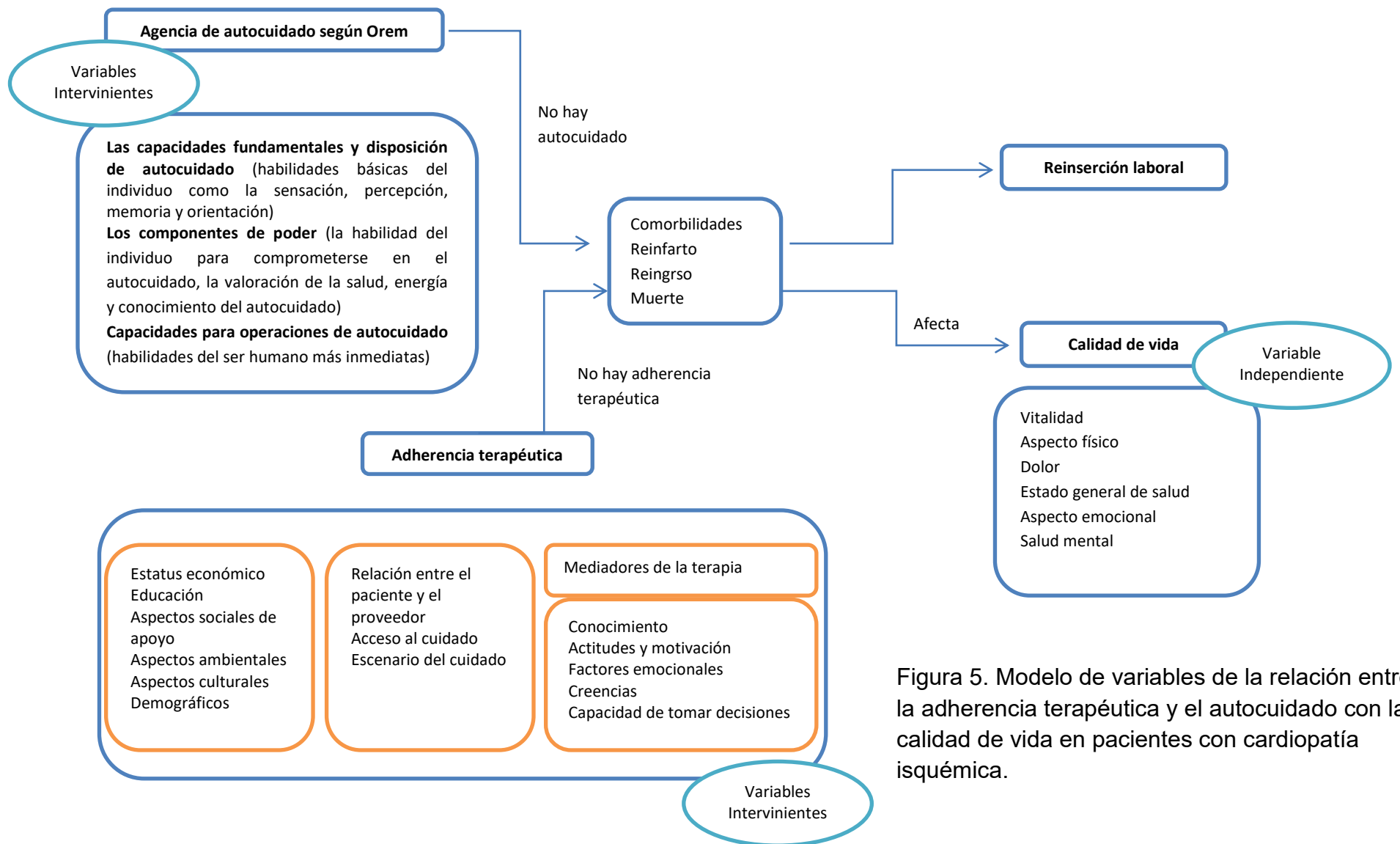


Figura 5. Modelo de variables de la relación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica.

5.2 Recolección de datos:

Instrumentos y método

La recolección de los datos se realizó a través de un instrumento constituido por 7 apartados:

El primero lo conforman los datos sociodemográficos como edad, sexo, ocupación, estado civil, lugar de residencia, escolaridad, número de hijos, horas dedicadas a sus actividades, actividades realizadas, enfermedades que padece, hospitalizaciones previas en el año, dependencia de cuidado, tiempo de traslado a su unidad médica más cercana de casa, tratamiento; el segundo contiene el instrumento de adherencia farmacológica y no farmacológica validado en población colombiana con Alfa de Crombach de 0.82, tiene 53 ítems distribuidos en cuatro dimensiones; dimensión I: Factores socioeconómicos, incluye 6 subdimensiones: estatus económico, educación, aspectos sociales de apoyo, aspectos ambientales, aspectos culturales, y demográficos, 14 ítems; dimensión II: Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud, incluye 3 subdimensiones: relación entre el paciente y el proveedor, acceso al cuidado, y escenario del cuidado distribuidos en 21 ítems; dimensión III: Factores relacionados con la terapia, incluye una subdimensión: Mediadores de la terapia y consta de 10 ítems; y la dimensión IV: Factores relacionados con el paciente, incluye cinco subdimensiones: conocimiento, actitudes y motivación, factores emocionales, creencias y capacidad de tomar decisiones con 8 ítems. La escala de respuesta era tipo Likert donde 1= Nunca 2= A veces y 3= Siempre, cabe señalar que para el nivel de adherencias el puntaje va desde 0 a 138 puntos, entonces aquellos pacientes que se considera que tienen una ventaja para adherencia, el puntaje se encuentra entre 109-138, cuando están en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia entre 80-109 y a no responder con comportamientos de adherencia menor de 80.^{12, 24,25}

El segundo apartado en donde se encuentra el instrumento de autocuidado (Self-Care Agency Scale) validado en español con un alfa de Cronbach de 0.77. La escala consta de 24 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de cinco alternativas de respuesta: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso, de acuerdo y totalmente de acuerdo. La escala tiene un rango de

24 a 96 puntos, y para clasificar la capacidad de autocuidado se tuvieron en cuenta las siguientes categorías establecidas por los autores: muy baja agencia de autocuidado de 24 a 43 puntos; baja agencia de autocuidado de 44 a 62 puntos; regular agencia de autocuidado de 63 a 81 puntos y buena agencia de autocuidado de 82 a 96 puntos.^{14,26,27}

En el tercer apartado se encuentra el test The Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), el cual contiene 8 preguntas de las cuales del 1 al 7 tienen respuesta dicotómica (sí y no), donde la respuesta “no” tiene un valor de 1 punto mientras que la respuesta “sí” vale 0, a excepción de la respuesta 5 donde “sí” vale 1 y “no” tiene valor de 0. El ítem 8 se contesta con escala tipo Likert donde “1” es Nunca o raramente; “2” es de vez en cuando; “3” es a veces; “4” es usualmente o casi siempre; y “5” es todo el tiempo o siempre. La respuesta “1” vale 0 y de la “2” a la “5” vale 1. Según la suma de los resultados se ubica a los pacientes en una escala de alta (8 puntos), media (7-6 puntos) o baja adherencia (<6 puntos).^{28, 29, 30}

El cuarto contiene el instrumento STEPS de la OMS relacionado con el comportamiento del tabaquismo con 12 ítems que se dividen en dos categorías, la primera (STEP 1 o básico) evalúa la situación actual del fumador, cantidad y duración, cantidad según el tipo de producto; y la última (STEP 1 ampliado) recopila información sobre los exfumadores, el tabaco sin humo y tabaquismo pasivo. Las respuestas son dicotómicas y abiertas.

En el quinto apartado se encuentra el instrumento IPAQ versión “últimos 7 días” que valora el tipo de actividad física realizada por intensidad, donde los coeficientes de validez observados entre las formas IPAQ, sugieren que ambas versiones, larga y corta, tienen una concordancia razonable ($r = 0,67$; IC 95 %: 0,64-0,70), en el cual sus valores se calculan según las siguientes fórmulas:³¹

1. Caminatas: $3 \times 3 \text{ MET} \times \text{minutos de caminata} \times \text{días por semana}$
2. Actividad Física Moderada: $4 \text{ MET} \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$
3. Actividad Física Vigorosa: $8 \text{ MET} \times \text{minutos} \times \text{días por semana}$

A continuación, sume los tres valores obtenidos, quedando dentro de los siguientes criterios de clasificación:

- Actividad Física Moderada:
 1. 1.5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día.
 2. 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos por día.
 3. 5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminata, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET.
- Actividad Vigorosa:
 1. Actividad Física Vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1500 MET.
 2. 7 días de cualquier combinación de caminata, con actividad física moderada y/o actividad física vigorosa, logrando un total de al menos 3000 MET. (MET Unidad de medida de la prueba).

En el sexto apartado se agregó el test de calidad de vida SF-36, la confiabilidad del cuestionario por alfa de Cronbach oscilan entre 0.74 a 0.93 en población con infarto agudo al miocardio; este instrumento está compuesto por 36 ítems que exploran 8 dimensiones: capacidad funcional, vitalidad, aspectos físicos, dolor, estado general de Salud, aspectos sociales, aspectos emocionales y salud mental; con escala de respuesta tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia, las opciones de respuesta oscila entre 3-6, cada pregunta recibe un valor que posteriormente se transforma en una escala que va del 1-100; se considera de 0-50 peor estado de salud y 51-100 mejor estado de salud.^{32, 33, 34, 35}

El séptimo y último apartado contiene la cédula de datos antropométricos y bioquímicos donde se registra peso, talla, IMC,³⁶ presión arterial,³⁷ proteína C reactiva de alta densidad, circunferencia abdominal, triglicéridos, LDL, DHL,³⁸ nivel de glucosa en sangre, nivel de creatinina, enfermedades como hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo II, dislipidemia, insuficiencia renal, evento vascular cerebral previo, síndrome metabólico y como última opción a elegir en este ítem, otra.

Método

Para limitar el riesgo de sesgo en la recolección de datos fue sistematizada a través de los siguientes pasos:

Fase I. Aprobación del comité.

1. Se solicitó la evaluación y dictamen de aprobación del comité de ética en investigación.

Fase II. Tamizaje y escrutinio.

2. Identificar en el área de hospitalización los potenciales participantes.
3. Se realizó una selección de acuerdo a los criterios de inclusión.

Fase III. Recolección de datos

4. Se extraen datos para la cédula del expediente clínico.
5. Posteriormente se les invitó a participar en el estudio.
6. Se solicitó el consentimiento informado.
7. Se le explicó al participante como contestar el instrumento.
8. Se validó el llenado completo del instrumento.
9. Se aclararon dudas en caso de existir y se le agradeció su participación al paciente.
10. Se procedió a capturar los datos.

En el caso de los pacientes en consulta externa

1. Se acudió un día previo a la consulta externa identificando a los pacientes potenciales que cumplieran con los criterios de inclusión.
2. Se obtuvieron los datos necesarios para la cédula del expediente del paciente.
3. Se acudió en el horario que estaba programada la cita del paciente y se le invitó a participar en el estudio.
4. Se solicitó el consentimiento informado.
5. Se le explicó al participante cómo contestar el instrumento.
6. Se validó el llenado completo del instrumento.
7. Se aclararon dudas en caso de existir y se le agradeció su participación al paciente.
8. Se procedió a capturar los datos.

3.5 Metodología de análisis

Se realizó el análisis de los datos a través del programa estadístico para las ciencias sociales en su versión 21 (SPSS por sus siglas en inglés) con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas (sexo, procedencia estado civil, grado académico, tratamiento, comorbilidad, actividades, ocupación, lugar de residencia, dependencia, nivel de adherencia, nivel de autocuidado, calidad de vida), y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas (edad, número de hijos, tiempo de traslado de casa al hospital, número de horas para otras actividades, promedios o puntajes de adherencia terapéutica, autocuidado y de calidad de vida, presión arterial, IMC , peso, talla, glucosa, colesterol HDL y LD y creatinina, numero de cigarrillos, años fumando, tiempo de que dejó de fumar); así mismo pruebas de correlación de Pearson, Spearman, regresión lineal, prueba t de Student o en su defecto U de Mann Whitney, considerando una significancia estadística de $p < 0.05$.

5.4 Consideraciones éticas

Esta investigación es considerada de riesgo mínimo, ya que no se realizan intervenciones en el sujeto de estudio con base en la Ley General en Materia de Investigación para la Salud, y bajo lo contenido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012³⁹, la cual establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, que menciona en sus apartados que no se expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios, se garantiza de manera clara y objetiva la gratuidad de la maniobra para el sujeto de investigación y en cuanto al manejo de los documentos de valoración del sujeto de estudio se respetó los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012,⁴⁰ Del expediente clínico.

Conforme a lo estipulado en los códigos internacionales en investigación y bioética en lo que refiere a lo Declaración de Helsinki⁴¹ el estudio se sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales, se protege la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación y se otorga consentimiento informado logrando que el sujeto de estudio lo comprenda y firme, en conformidad a su vez con el Código de Núremberg⁴² y el Informe de Belmont⁴³; también en relación con este se le da la libertad de poder finalizarlo en el momento que así lo considere necesario..

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación en Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez con el registro ***DIE/TT/36/2018 (anexo. 1)***.

CAPÍTULO VI. RESULTADOS

La población de estudio tenía un rango de edad entre 34 y 86 años; predominó el género masculino con el 89.1%, el 54.5% era casado o vivía en unión libre 15%; con origen de la Ciudad de México 53.5% y 23.8% en el Estado de México; 19.8% estaban desempleados, 14.9% eran comerciantes, 7.9% campesino y el 8.9% se dedicaba al hogar; el 42.6% con un nivel de estudios medio superior, 57.4% solo contaba con educación básica. El 23.8% tenía como diagnóstico médico diabetes mellitus tipo II (DM II), 17.9% hipertensión arterial (HTA), 6% HTA y otra enfermedad, 19.8% DM II e HTA, 7% DM II, HTA y otra enfermedad y ninguna 32%.

El 51.5% de los pacientes presentaba sobrepeso y el 18.8% obesidad. En cuanto al nivel de triglicéridos el 45.5% tenía un nivel recomendable (<150 mg/dL)% y un 22.8% un alto riesgo (>200 mg/dL) respectivamente el 22.8% limítrofe (150-200 mg/dL). El colesterol de baja densidad (LDL) en el rango recomendable (<130 mg/dL) se encuentran el 82.2%. Otro dato relevante en los parámetros bioquímicos que el 55.4% presentó hiperglucemia (>100 mg/dL) y solo el 32.7% tuvo un rango normal (70-100 mg/dL), de los cuales algunos ya se conocen con diagnóstico de DM II.

En cuanto a la dependencia para cuidados el 38.8% depende de su esposa, 11.9% de la esposa y los hijos, 16.8% de los hijos y 17.8% de nadie.

En hábitos tabáquicos el 47.5% de los pacientes fumo en el pasado algún producto derivado del tabaco y el 10% de continúa fumando actualmente.

El 48.5 % de los pacientes refieren tomar el tratamiento secundario básico de Infarto agudo al miocardio (IAM) que consta de antihipertensivo, estatina e inhibidor de agregación plaquetaria y el 40.6% el tratamiento secundario básico más otro tipo de fármacos diferentes; en la actividad física como tratamiento secundario el 38.7% menciona que realiza ejercicio.

El 43.6% ha tenido 1 hospitalización en el último año, el 47.5% ninguna y el 6.9% 2 hospitalizaciones. En cuanto al tiempo de traslado a su unidad médica más cercana el 16.8% hace 30 min, 21.8% hace 60 min, el 8.9% de 10-15 min.

En lo concerniente a la adherencia terapéutica y no terapéutica, el 34.7% de los pacientes considera que no pueden conseguir sus medicamentos de acuerdo con el tipo de afiliación a la que pertenece y solo el 41.4% siempre puede hacerlo; el 56.4% menciona que solo a veces tiene la disponibilidad para atender las necesidades básicas de alimentación, salud, vivienda y educación y el 40% que siempre; el 50.5% menciona que a veces puede comprarse los medicamentos y el 45.5% siempre, esto trae consigo que el 62.4% nunca ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento y el 29.7% a veces (Fig. 1).

El 42.6% respondió que a veces hay costumbre sobre los alimentos y el ejercicio difíciles de cambiar.

El 49.5% expreso que a veces los cambios en la dieta se le dificultan por el alto costo de los alimentos recomendados y el 22.8% que siempre.

El 30% tiene la impresión de que a veces el personal que lo atiende está demasiado ocupado para escucharlo por mucho tiempo mientras que el 59 % piensa que nunca sucede.

El 74.3% de los pacientes refiere que a veces conoce los riesgos que llevan a una persona a sufrir enfermedad cardiovascular.

El 24.8% siente a veces rabia con la enfermedad, el 16.8% siempre tiene esa sensación; el 32.7% a veces se angustia y se siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad mientras que el 57.4% menciona que nunca.

Los pacientes con cardiopatía isquémica mostraron en un 99% ventajas para la adherencia terapéutica (Fig. 2).

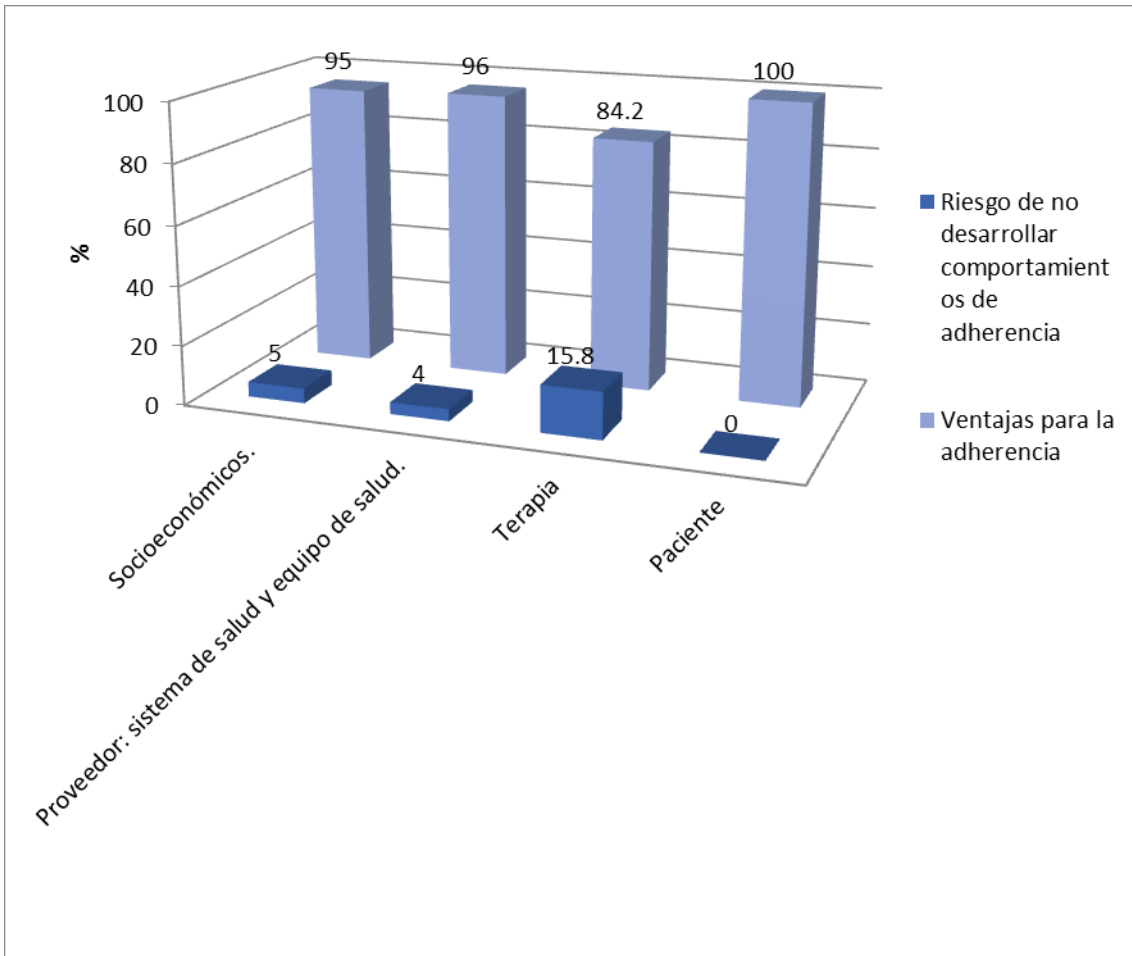


Figura 1. Dimensiones de adherencia terapéutica y no terapéutica

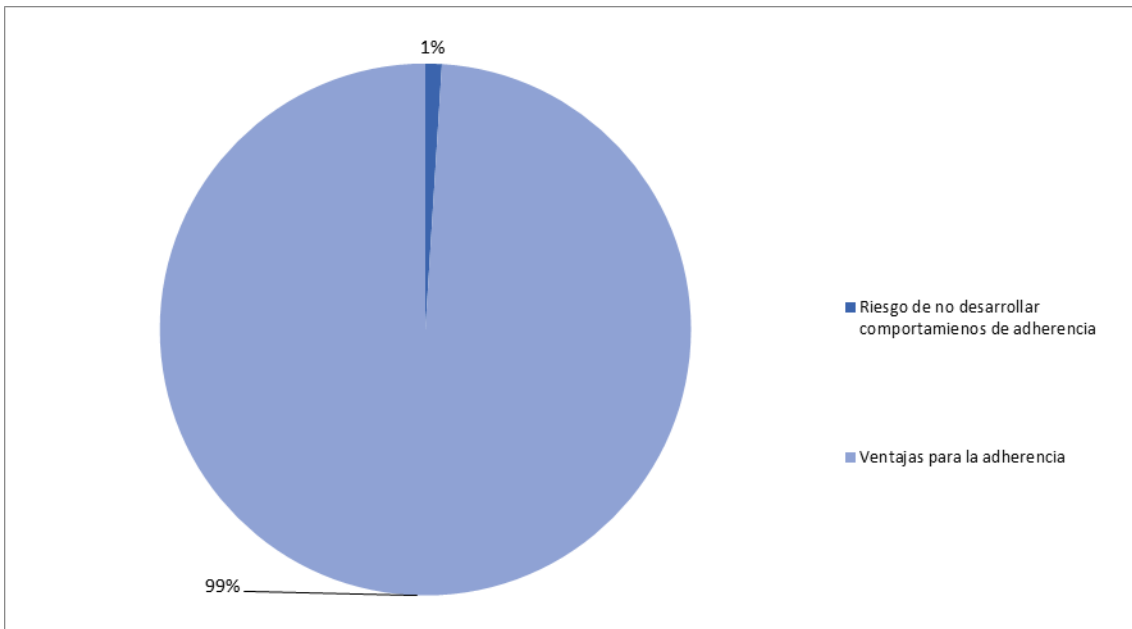


Figura 2. Nivel de adherencia terapéutica y no terapéutica

En cuanto al instrumento SF-36 de calidad de vida relacionado con la salud el 50% respondió que su salud actual lo limitaba mucho para realizar esfuerzos intensos, como correr y levantar objetos pesados; el 41.6% hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física, el 49.5% menciona que tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo a causa de su salud física, lo cual se observa en la dimensión de desempeño físico donde el 36.6% menciona una percepción de peor salud; y por lo tanto, peor calidad de vida (Fig. 3).

El 35.6 %de los pacientes menciona que su percepción en salud es en general regular y el 43.6% la percibió como buena; en cuanto a su estado de salud a futuro solo el 11% cree que su salud va a empeorar, mientras que el 24.8% piensa que es bastante falso que pueda empeorar y el 35.6% piensa que es totalmente falso, dando como resultado que el 88.1% de pacientes con cardiopatía isquémica tenga una percepción de mejor salud y calidad de vida en la dimensión de nivel general de salud (Fig. 3).

El 37% menciona que hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de problemas emocionales, en este sentido no se observa relación en la dimensión de desempeño emocional, ya que el 100% de los pacientes percibe una mejor salud relacionada con calidad de vida.

En la dimensión de nivel de función social donde el paciente arroja como resultado que 78.2% tenía una mejor salud relacionada con calidad de vida (Fig. 3), el 19.8% menciona que sus problemas emocionales o físicos han dificultado sus actividades sociales un poco, un 10.9% regular y un 56.4% nada.

Como resultado final el 93% de los pacientes con cardiopatía isquémica tiene una percepción de mejor salud relacionada con la calidad de vida (Fig. 4).

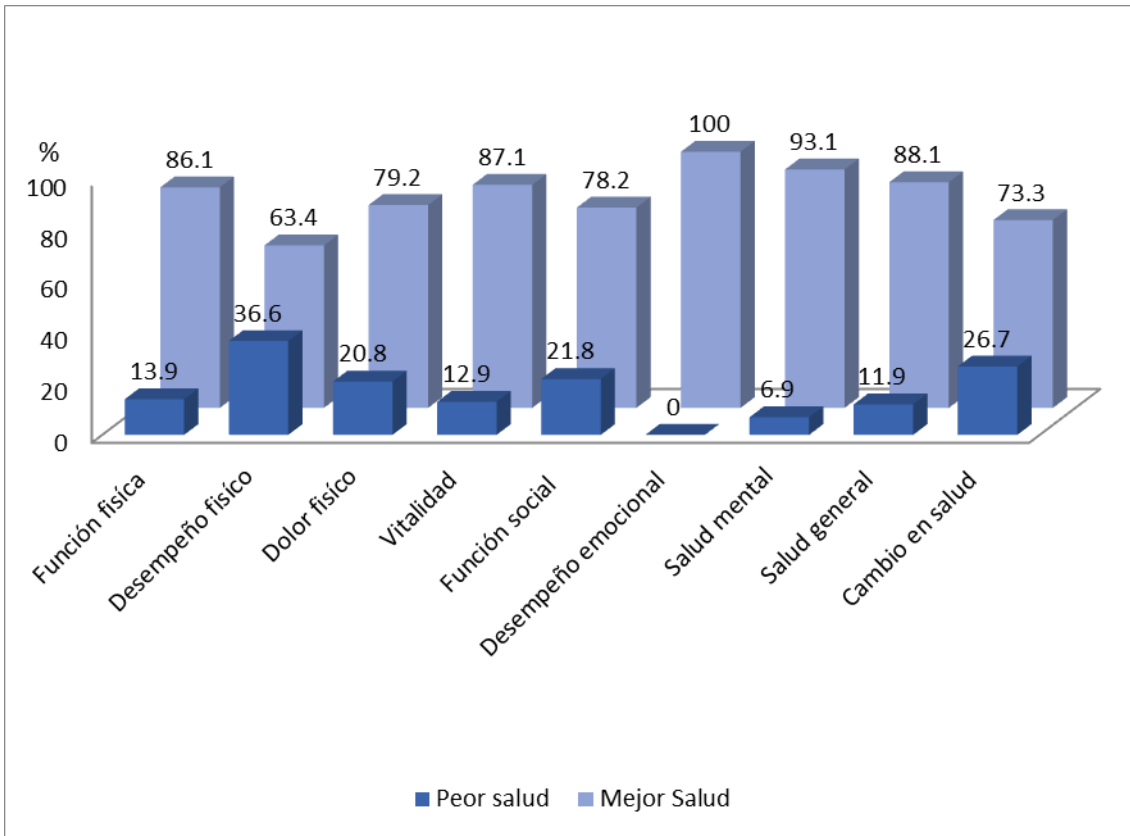


Figura 3. Calidad de vida relacionada con salud por dimensiones. SF-36

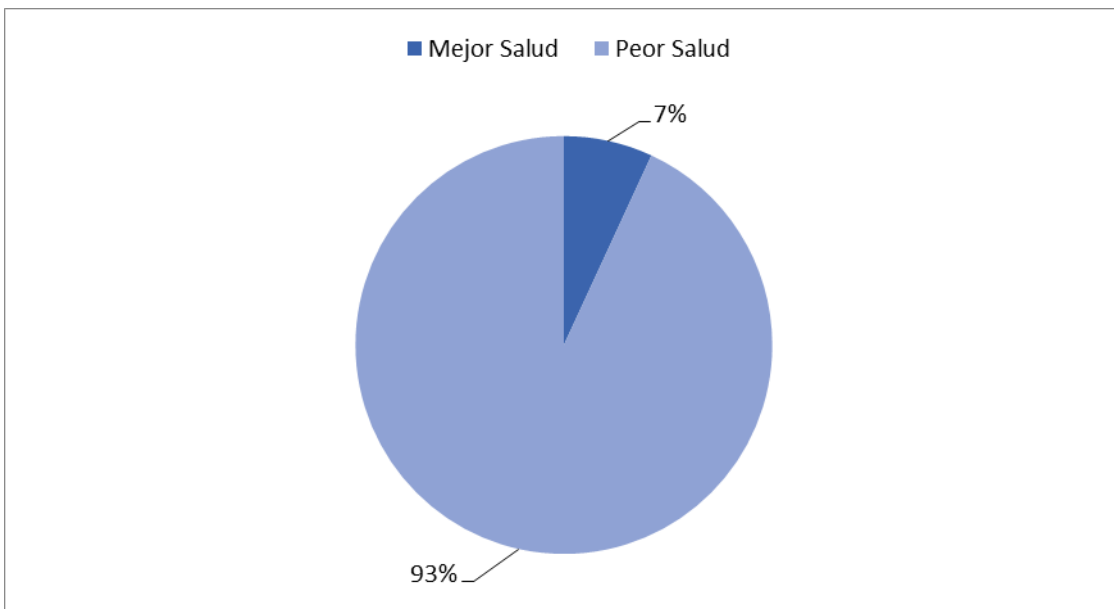


Figura 4. Nivel de calidad de vida relacionada con salud. SF-36

La adherencia terapéutica con la prueba de Morisky el 27.7% de los pacientes olvida llevar sus medicamentos cuando sale de casa, el 27.7% tiene dificultad

para recordar tomar sus medicamentos y el 29.7% de los pacientes a omitido tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido y del total de la muestra el 50.5% menciono que en general a veces olvida tomar sus medicamentos.

En cuanto a la adherencia terapéutica el 65% de los pacientes mostró baja adherencia y el 35% media adherencia (Fig. 5).

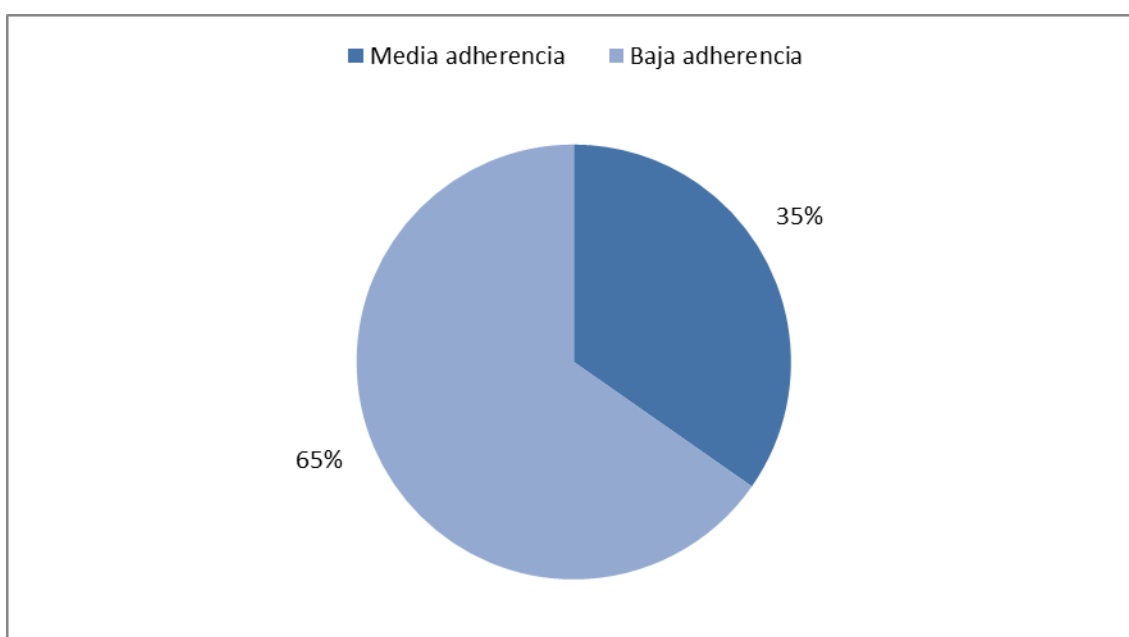


Figura 5. Nivel de adherencia terapéutica

En la variable de autocuidado 33.7% está de acuerdo en que le faltan las fuerzas necesarias para cuidarse como debe y el 14.9% está totalmente de acuerdo.

El 17.8% está en desacuerdo y el 9.9% totalmente en desacuerdo que para mantener el peso que le corresponde hace cambios en sus hábitos alimenticios, mientras que el 43.6% está de acuerdo.

El 27.7% está en desacuerdo en lograr descansar y hacer ejercicio durante el día porque no logra hacerlo, solo el 35.6% está de acuerdo, porque cuando lo piensa logra llevarlo a cabo.

El 46.5% refiere estar de acuerdo en que a pesar de sus limitaciones para movilizarse es capaz de cuidarse como le gusta y el 38.6% está totalmente de acuerdo.

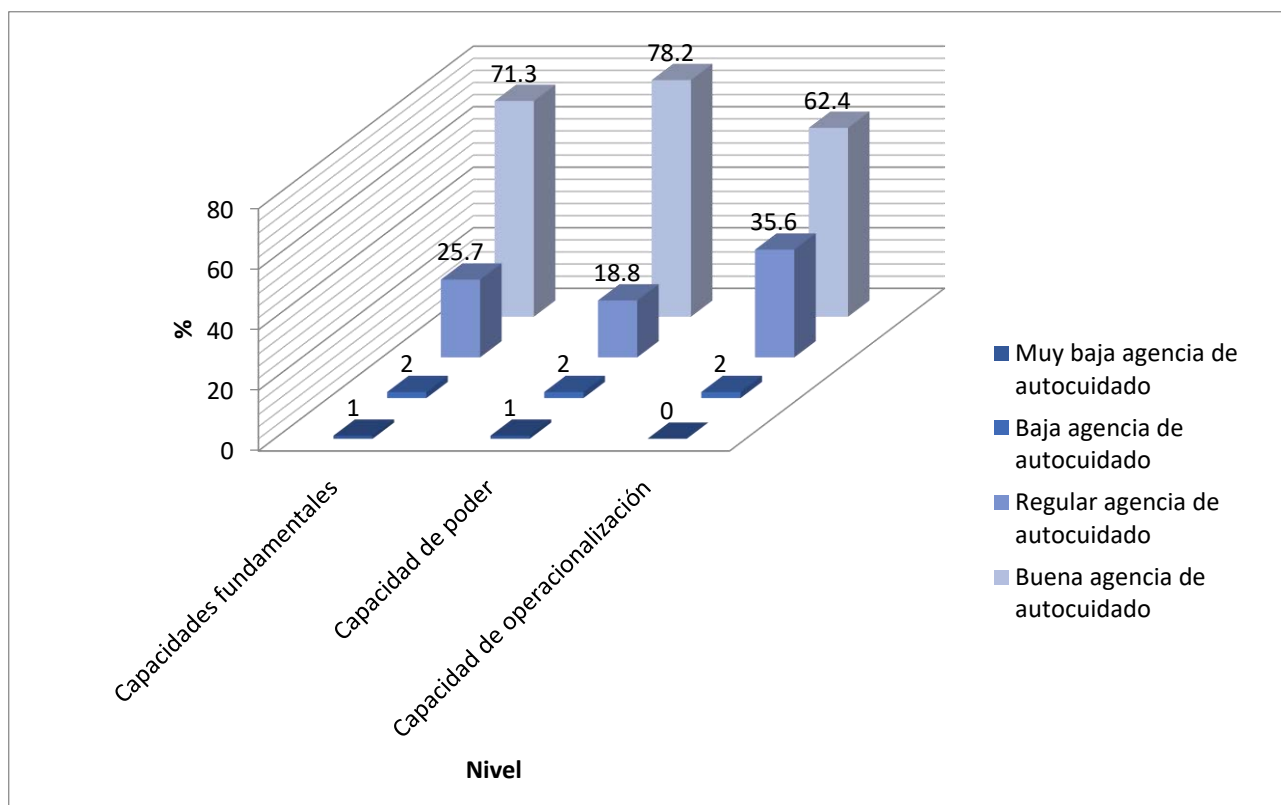


Figura 6. Nivel de autocuidado por dimensiones

En relación con la variable de autocuidado, se observó que el 69% de los pacientes tienen buena agencia de autocuidado y el 30% regular (Fig. 7), no obstante, el resto muy baja agencia de autocuidado. De acuerdo con las dimensiones destaca la capacidad de poder con el 78% de buena agencia de autocuidado, quedando la dimensión de operacionalización como la más baja en cuanto a buena agencia de autocuidado con un 62.4% (Fig. 6).

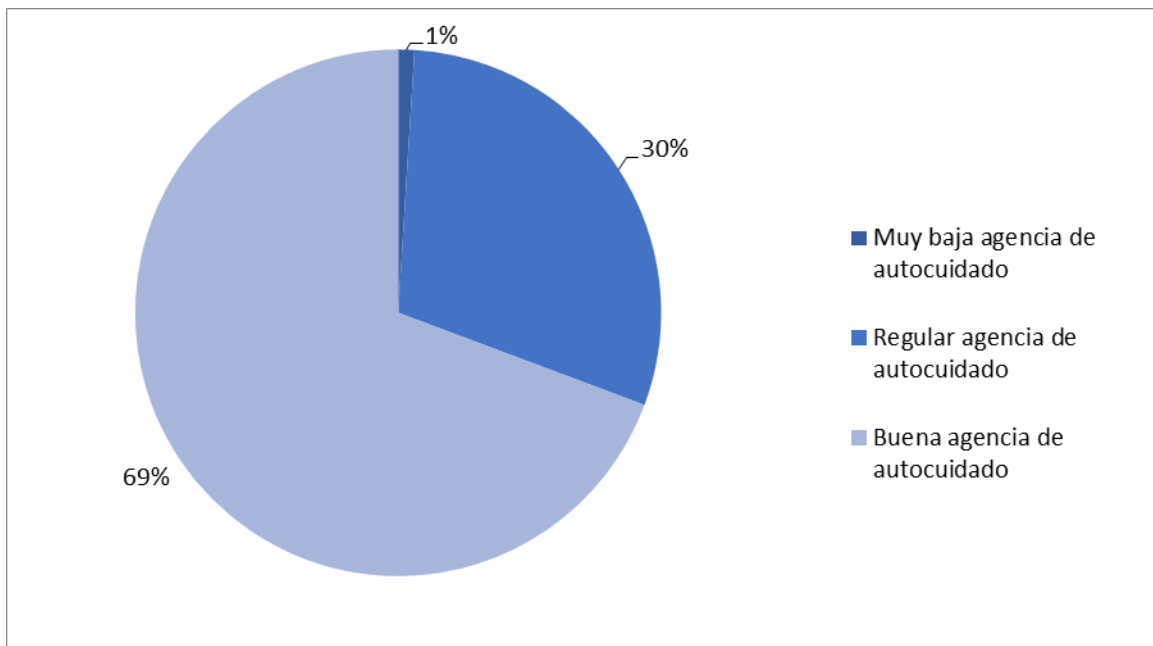


Figura 7. Nivel de autocuidado

En lo concerniente al análisis inferencial de las variables de estudio el autocuidado según el coeficiente de correlación de Pearson tiene una relación positiva moderada con la calidad de vida ($r= 0.447$, $p= 0.000$). La adherencia terapéutica y no terapéutica al tratamiento y la calidad de vida relacionada con salud mostraron una correlación negativa de asociación débil ($r= -0.156$, $p= 0.0119$) pero con significancia estadística. La adherencia farmacológica mostró una correlación significativa con el nivel de glucosa ($r= -0.303$, $p= 0.004$) con un nivel de significancia estadística (Cuadro I).

La adherencia terapéutica y no terapéutica tiene mayor correlación con las dimensiones factores relacionados con el paciente ($r= 0.511$, $p= 0.000$), factores del proveedor ($r= 0.712$, $p= 0.000$) con una asociación fuerte y en la dimensión de factores de la terapia ($r= 0.420$, $p= 0.000$) (Cuadro II).

Tanto la adherencia terapéutica como la no terapéutica y la calidad de vida en su dimensión factores relacionados con el paciente muestra una correlación ($r= -0.454$, $p= 0.000$), ya que tienen a favor aspectos como conocimiento, actitudes y motivación, creencias y emociones que se reflejan de la misma forma en la relación con el aspecto de salud mental ($r= -0.472$, $p= 0.000$) (Cuadro II).

La adherencia terapéutica determinada por Morisky muestra relación positiva con calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en su dimensión salud mental ($r= 0.324$, $p= 0.005$) reforzando lo anteriormente mencionado, en cuanto a que si el paciente con cardiopatía isquémica presenta una percepción positiva de su aspecto emocional se refleja en la adherencia que muestra. (Cuadro I).

La variable CVRS tiene mayor correlación en sus dimensiones salud mental con una fuerte asociación ($r= 0.792$, $p= 0.000$), vitalidad ($r= 0.773$, $p= 0.000$), así como en función física ($r= 0.789$, $p= 0.000$) y en la dimensión de desempeño físico ($r= 0.671$, $p= 0.000$) lo que da como resultado que los determinantes de percepción de funcionamiento corporal y psicológico refuerzan la sensación que experimenta el paciente de mejor salud relacionada con calidad de vida. (Cuadro II).

La CVRS y la variable autocuidado muestran una correlación positiva ($r= 0.447$, $p= 0.000$) (Cuadro I) con la dimensión capacidad de poder ($r= 0.443$, $p= 0.000$), capacidad de operacionalización ($r= 0.418$, $p= 0.000$) dado que el paciente post IAM al poder realizar acciones a favor de su salud y tener el conocimiento de estas para poder llevarlas a cabo refleja una mejor CVRS (Cuadro II).

El autocuidado muestra correlación positiva fuerte en sus dimensiones de poder ($r= 0.815$, $p= 0.000$), operacionalización ($r= 0.970$, $p=0.000$) y capacidades fundamentales ($r= 0.824$, $p= 0.000$) (Cuadro II).

Las variables CVRS y autocuidado tienen correlación ($r=0.447$, $p= 0.000$) mientras que la de adherencia terapéutica y no terapéutica no muestra correlación significativa con CVRS, solo se relacionan en la dimensión emocional ($r=-0.317$, $p=0.001$) y la adherencia terapéutica test Morisky con CVRS tiene correlación con las dimanaciones de salud mental ($r= 0.324$, $p= 0.005$) y desempeño emocional ($p= 0.308$, $r= 0.008$) lo que indica que el aspecto que concierne a la salud psicológica del paciente tiende a aumentar aspectos del apego al tratamiento.

Cuadro 1. Matriz de correlación de variables principales.

	Autocuidado	Adherencia terapéutica y no terapéutica	Calidad de vida relacionada con la salud SF36	Adherencia farmacológica. Morisky	Índice de masa corporal en km/m2	Tensión arterial sistólica	Tensión arterial diastólica	Glucosa mg/dL	
r	Autocuidado	1	-0.040	0.447**	0.000	-0.122	-0.003	-0.082	-0.128
	Adherencia terapéutica y no terapéutica		1	-0.156	-0.152	-0.113	0.035	0.053	0.047
	Calidad de vida relacionada con la salud SF36			1	0.081	0.015	0.062	0.000	-0.073
	Adherencia terapéutica. Morisky				1	0.133	-0.012	-0.194	-0.303**
	Índice de masa corporal en km/m2					1	-0.055	0.182	0.063
	Tensión arterial Sistólica						1	0.104	-0.039
	Tensión Arterial Diastólica							1	0.217*
	Glucosa mg/dL								1
p	Autocuidado	1	0.693	0.000	1.000	0.251	0.978	0.438	0.227
	Adherencia terapéutica y no terapéutica		1	0.119	0.129	0.287	0.744	0.613	0.657
	Calidad de vida relacionada con la salud SF36			1	0.422	0.886	0.558	0.997	0.490
	Adherencia farmacológica. Morisky				1	0.208	0.912	0.064	0.004
	Índice de masa corporal en km/m2					1	0.607	0.085	0.554
	Tensión arterial Sistólica						1	0.322	0.712
	Tensión Arterial Diastólica							1	0.038
	Glucosa mg/dL								1

Cuadro 2. Matriz de correlación de variables por dimensión.

	Adherencia terapéutica y no terapéutica	Adherencia Factores del paciente	Adherencia Factores terapia	Adherencia Factores Proveedor	Adherencia Morisky	Calidad de vida relacionada con la salud. SF-36	Dimensión cambio en salud	Dimensión salud mental	Dimensión Desempeño emocional	Dimensión Función social	Dimensión Vitalidad	Dimensión Salud general	Dimensión Dolor físico	Dimensión de Desempeño físico	Dimensión Función física	Autocuidado	Dimensión capacidad de poder	Dimensión capacidad de operacionalización	Dimensión capacidades fundamentales
p Adherencia terapéutica y no terapéutica	1	0.511**	0.420**	0.712**	-0.172	-0.167	0.013	-0.246*	-0.317**	0.015	-0.108	-0.033	0.016	-0.200*	-0.095	-0.062	-0.134	-0.039	-0.035
Adherencia Factores del paciente		1	0.280**	0.050	-0.150	-0.454**	-0.176	-0.472**	-0.470**	-0.009	-0.228*	-0.267**	-0.197*	-0.336**	-0.333**	-0.392**	-0.312**	-0.368**	-0.360**
Adherencia Factores terapia			1	-0.015	-0.414**	-0.198*	-0.060	-0.267**	-0.228*	0.123	-0.095	-0.157	-0.121	-0.138	-0.089	-0.044	-0.134	-0.031	0.019
Adherencia Factores Proveedor				1	0.036	0.110	0.051	0.037	-0.070	-0.039	0.073	0.127	0.163	0.028	0.110	0.089	0.068	0.099	0.044
Adherencia farmacológica Morisky					1	0.211	-0.062	0.324**	0.308**	-0.006	0.268*	0.129	0.205	-0.029	-0.011	0.155	0.215	0.161	0.022
Calidad de vida total						1	0.359**	0.792**	0.667**	0.071	0.773**	0.584**	0.626**	0.671**	0.789**	0.447**	0.443**	0.418**	0.344**
Dimensión cambio en salud							1	0.225*	0.102	0.012	0.157	0.177	0.254*	0.137	0.305**	0.124	0.090	0.100	0.166
Dimensión salud mental								1	0.613**	0.000	0.593**	0.365**	0.377**	0.504**	0.434**	0.377**	0.347**	0.347**	0.329**
Dimensión Desempeño emocional									1	0.073	0.400**	0.325**	0.330**	0.516**	0.489**	0.322**	0.370**	0.280**	0.260**
Dimensión Función social										1	0.144	-0.076	0.057	-0.120	-0.134	0.098	0.045	0.105	0.086
Dimensión Vitalidad											1	0.434**	0.381**	0.469**	0.472**	0.310**	0.349**	0.296**	0.184
Dimensión Salud												1	0.157	0.293**	0.328**	0.256**	0.273**	0.228*	0.210*

general							
Dimensión Dolor físico	1	0.366**	0.528**	0.276**	0.247'	0.254'	0.244'
Dimensión de Desempeño físico		1	0.567**	0.203'	0.234'	0.174	0.173
Dimensión Función física			1	0.372**	0.370**	0.366**	0.235'
Autocuidado				1	0.815**	0.970**	0.824**
Dimensión capacidad de poder					1	0.715**	0.588**

Dimensión capacidad de operacionalización																		1	0.708**
Dimensión capacidades fundamentales																			1
r Adherencia terapéutica y no terapéutica	0.000	0.000	0.000	0.143	0.095	0.896	0.013	0.001	0.879	0.285	0.742	0.875	0.045	0.346	0.541	0.182	0.700	0.729	
Adherencia Factores del paciente		0.005	0.617	0.203	0.000	0.078	0.000	0.000	0.931	0.022	0.007	0.049	0.001	0.001	0.000	0.001	0.000	0.000	
Adherencia Factores terapia			0.882	0.000	0.047	0.549	0.007	0.022	0.222	0.344	0.117	0.227	0.169	0.377	0.665	0.182	0.756	0.852	
Adherencia Factores Proveedor				0.760	0.274	0.616	0.711	0.485	0.701	0.467	0.207	0.103	0.778	0.274	0.376	0.500	0.326	0.664	
Adherencia farmacológica Morisky					0.071	0.601	0.005	0.008	0.961	0.021	0.272	0.080	0.808	0.923	0.186	0.066	0.171	0.849	
Calidad de vida relacionada con la salud. SF-36						0.000	0.000	0.000	0.483	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
Dimensión cambio en salud							0.024	0.311	0.907	0.117	0.076	0.010	0.173	0.002	0.217	0.371	0.318	0.097	
Dimensión salud mental								0.000	0.999	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	
Dimensión Desempeño emocional									0.468	0.000	0.001	0.001	0.000	0.000	0.001	0.000	0.005	0.009	
Dimensión Función social										0.150	0.449	0.571	0.232	0.181	0.327	0.651	0.297	0.393	

Dimensión Vitalidad	0.000	0.000	0.000	0.000	0.002	0.000	0.003	0.066
Dimensión Salud general		0.116	0.003	0.001	0.010	0.006	0.022	0.035
Dimensión Dolor físico			0.000	0.000	0.005	0.013	0.010	0.014
Dimensión de Desempeño físico				0.000	0.041	0.019	0.082	0.084
Dimensión Función física Autocuidado General					0.000	0.000	0.000	0.018
Dimensión capacidad de poder						0.000	0.000	0.000
Dimensión capacidad de operacionalización								0.000
Dimensión capacidades fundamentales								0.000

CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN

La media de edad de los pacientes es de 58 años encontrándose desde los 34 a los 86 años, lo que implica que entre este rango tan amplio parte de la población se encuentre en el sector laboralmente activo; hay una incidencia alta de desempleados, choferes y comerciante por lo tanto no tienen un ingreso formal y constante. Al igual que en otros estudios predomina la población masculina que presenta IAM, la menor incidencia en mujeres puede estar relacionado con la función protectora del estradiol, aunque cabe resaltar que los factores de riesgo según mencionan estudios como el de García et al., son los mismos que llevan a manifestar esta patología que los de los hombres, el reafirmar la distribución poblacional en la que se presentan estos eventos sirve de guía para las instituciones de salud y la identificación de pacientes en riesgo y dirigir los recursos a la población expuesta.^{45, 44, 45}

Un número considerable de los pacientes presentan HTA y DM tipo II de los principales factores de riesgo cardiovascular estos resultados concuerdan con los encontrado por Sánchez-Arias y colaboradores.² Es alta la incidencia de pacientes que fumaron en el pasado esto es un factor de riesgo alto para un evento cardiovascular. En México el tabaquismo es uno de los más importantes factores de riesgo de la carga de la enfermedad; dado principalmente por las enfermedades cardiovasculares, como se sabe el tabaquismo es adictivo lo que implica que algunos de estos pacientes continúan con este hábito y esto aumenta la probabilidad de presentar un nuevo evento como lo refiere la OMS el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno contribuyen a cerca del 17% de las defunciones por cardiopatías. Más de la mitad de los pacientes presenta sobre peso y algunos obesidad, datos que corresponden al terreno del autocuidado y la adherencia no terapéutica, la mitad presento hiperglucemia y triglicéridos elevados clasificados como de alto riesgo en sus últimos estudios de laboratorio, esto refuerza los hallazgos de la adherencia terapéutica baja de los pacientes que se encuentran descompensados a nivel bioquímico, es por esto que la adherencia farmacológica mostró una correlación negativa significativa con el nivel de glucosa.⁴⁶ Uno de los factores

presentes en enfermedades cardiovasculares isquémicas son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo II, que se presentaron en nuestra población en más de la mitad hecho que es reconocido en diversos estudios, lo importante de este tema es detectar que está pasando con esta población, que ya tiene un factor de riesgo como es el diagnóstico de la enfermedad crónica y están presentando una comorbilidad en la mayoría de los casos evitable, será que la adherencia terapéutica de estos pacientes crónicos es baja y los está llevando a ingresar por una enfermedad cardiovascular o simplemente al verse expuestos a otra enfermedad y obligados a consumir más fármacos mina su capacidad de adherencia terapéutica y no terapéutica; estas son situaciones que sería importante investigar a futuro.^{48, 47,48, 49}

Se debe reconocer que más de mitad de los pacientes incluidos en este estudio mencionaron conocer parcialmente los riesgos de una enfermedad cardiovascular, por lo que la educación para salud sigue siendo un tema primordial, donde el paciente refiere vacío por parte del personal de salud, en algunas ocasiones por falta de tiempo, el déficit de información de los riesgos de sufrir enfermedades cardiovasculares sigue latente y la posibilidad de presentar un segundo evento.^{50, 51} Algunos autores mencionan la importancia del seguimiento por parte del personal de salud, dado que la poca continuidad en el seguimiento de las citas es otro factor que afecta este aspecto y sugieren la incorporación de terapias holísticas que permitan un cuidado del paciente integral; y por lo tanto, como es de esperarse el mantenimiento de una buena calidad de vida.⁴⁵

En lo referente a los aspectos generales de la población, en un estudio realizado por Zhang et al. se encontró que la incidencia del reingreso de pacientes es independiente a la adherencia terapéutica al verificar otras características del paciente. En el estudio actual el número de reingresos hospitalarios fue bajo lo que podría estar relacionado con el estudio antes mencionado y la nula relación de las variables.⁵²

Las variables CVRS y autocuidado tienen correlación, mientras que la prueba Morisky con CVRS tiene correlación con las dimensiones de salud mental y desempeño emocional, esto comprueba lo propuesto como hipótesis en la investigación, hecho que se refuerza en otros estudios como el de Franco.²⁰

En nuestro estudio se observó que la adherencia terapéutica y no terapéutica es mayor cuando los factores relacionados con el paciente y el proveedor, y la terapia mejoran, estos datos concuerdan con la literatura sobre la adherencia terapéutica, debido a que es un proceso racional de toma de decisiones que tiene que ver con las creencias y experiencias del paciente, en los cuales llama la atención lo concerniente a la percepción de la accesibilidad al medicamento y la percepción de la necesidad del medicamento, los cuales hacen que suene coherente que las dimensiones con mayor significancia sean las que se refieren al paciente y al acceso a la terapia.⁵³

Tanto la adherencia terapéutica como la no terapéutica y la calidad de vida en su dimensión factores relacionados con el paciente que engloba conocimiento, actitudes y motivación, factores emocionales como la rabia, el desánimo y la angustia, las creencias y capacidad de tomar decisiones muestra una correlación negativa; esto debido a que a pesar de que la adherencia terapéutica en este sentido no es alta su percepción del CVRS si lo es en la mayoría de la población contrario a estudios como el de Rojas-Reyes que menciona que a mayor adherencia mejora la calidad de vida.⁵⁴

En los resultados de este estudio se destaca que casi en su totalidad los pacientes muestran ventajas para la adherencia al tratamiento terapéutico y no terapéutico, lo que indica que hay una gran oportunidad para la prevención de segundos eventos en los pacientes, en este sentido es importante que se mencione que en la prueba Morisky más del 50% de la población mostro baja adherencia a los fármacos lo que implica que a pesar de que el paciente realice cambios en sus hábitos y estilo de vida, no implica que realice la toma de medicamentos en tiempo y forma independientemente de las causas de esto; debe hacerse mención de que no se encontró ningún estudio que comparara estos dos factores. Un punto clave a investigar por parte del profesional de salud es las razones por las cuales la adherencia terapéutica baja muestra alta incidencia en la población, para reforzar este aspecto pilar en la salud de los pacientes post IAM.^{45,48} En el estudio “Post-Myocardial Infarction Free Rx Event and Economic Evaluation (MI FREEE)” muestra baja adherencia a medicación cardioprotector, caso que se repite en la investigación realizada.⁵⁵

Se identificó que con forme la adherencia terapéutica determinada por Morisky mejora, también lo hace la CVRS en su dimensión salud mental reforzando lo anteriormente mencionado, en cuanto a que si el paciente con cardiopatía isquémica presenta una percepción positiva de su aspecto emocional se refleja en la adherencia que muestra, a pesar de no tener una relación en el aspecto general es inevitable que estas dos variables en algún punto coincidan y se involucren. En un estudio previo se determinó que el estrés emocional puede influir a largo plazo en la adherencia terapéutica a las estatinas; y por lo tanto, esto repercute en la percepción de la CVRS; debido a que sus dimensiones abarcan a la persona en todos los aspectos de su proceso salud-enfermedad y actuar diario, así como en las decisiones que se toman en la adherencia terapéutica modifican la salud y están dadas por la toma consiente de decisiones del paciente, en consecuencia, en la CVRS se vuelven a involucrar estas dimensiones.^{56, 57} En la literatura contrario a lo encontrado en este estudio se menciona que el porcentaje de percepción de bajo nivel de CVRS es significativo y esto relacionado con la baja adherencia, lo cual lleva a pensar que un aspecto importante para tener en cuenta a futuro es el tiempo de presentación del evento isquémico, ya que a menor tiempo los cambios en la salud y en el estilo de vida en general son más notorios hecho que podría influir en los resultados. Otro aspecto importante es la adherencia no terapéutica que se realiza en los cambios de hábitos nocivos, un determinante básico de los cambios en salud más allá de la simple toma de fármacos que aunque no deja de ser necesaria para la prevención no es la única variable que se relaciona con la CVRS del paciente.⁴⁴

Los servicios de salud no cubren del todo el esquema farmacológico de los pacientes post IAM lo que afecta su adherencia terapéutica y se debe tener en cuenta que algunos de los pacientes pierden su empleo y se ven limitados para realizar actividad laboral y otros debido a los cambios en su salud se integran a actividades laborales informales; esto es desfavorable para su situación económica en general al influir incluso en la satisfacción de sus necesidades primarias.

El aspecto sociocultural influye en el tratamiento secundario del paciente con IAM, al realizar cambios radicales en las rutinas de actividad física y

alimentación, que representa para el paciente la modificación de costumbres, incomodidad y una demanda de recursos económicos mayor a la normal disminuyendo la posibilidad de lograr una adherencia adecuada a su tratamiento, tal y como lo refiere Veliz-Rojas et al., donde las barreras percibidas fueron falta de conocimientos y habilidades para la dieta, descontento con la dieta y dificultades económicas.^{58, 59} Esto concuerda con lo referido por los participantes de este estudio, para más de la mitad hay costumbres difíciles de cambiar en lo que respecta a la dieta y el ejercicio, aunque contrasta con su respuesta de la mayoría de que está convencido de controlar estos factores a favor de su salud.

La variable CVRS mejora cuando aumenta su percepción sobre su salud mental, la vitalidad, la función y su desempeño físicos, lo que da como resultado que los determinantes de percepción de funcionamiento corporal y psicológico refuerzan la sensación de mejora en esta variable, contrario a lo reportado en otro estudio en el que se mencionan estas determinantes como pobres tanto salud física como mental. En la variable autocuidado, la sensación de falta de fuerza para un cuidado adecuado es una constante que se repite en la población post IAM, que se relacionan con las respuestas negativas de percepción del estado físico en la prueba de CVRS.

La CVRS y el autocuidado muestran una correlación con la dimensión capacidad de poder y capacidad de operacionalización dado que el paciente post IAM al poder realizar acciones a favor de su salud y tener el conocimiento de estas para poder llevarlas a cabo refleja una mejor calidad de vida.

El autocuidado es una actividad básica en el ser humano y en condiciones de enfermedad crónica, donde la práctica de este se convierte en un acto de vida esencial. En la investigación realizada utilizando como base parte de la teoría de Orem se muestra correlación positiva en sus dimensiones de poder, operacionalización y capacidades fundamentales, dando como resultado que más del 50% tienen de regular a buena agencia de autocuidado, lo que debería ponerse en observación; así como el tiempo transcurrido desde el evento cardiovascular y qué sucedió con sus actividades de autocuidado, si este maduró y fue mejor realizado con el tiempo o siempre se realizó de igual manera para determinar los puntos críticos donde el personal de salud puede

intervenir para lograr que este autocuidado sea más eficaz; y por tanto, se vea reflejado en aspectos como la CVRS, adherencia terapéutica y no terapéutica. En este sentido se debe tomar en consideración lo relacionado con enfermedades crónicas previas al evento isquémico como son diabetes mellitus tipo II e Hipertensión arterial dado que estos eventos son comunes y no hay evidencia previa de investigación en estos casos.

La rabia, la angustia y el desánimo es parte de las emociones que mencionan experimentar un número importante de pacientes después de vivir un evento cardiovascular como el IAM; el paciente es un ser holístico y debe ser abordado en todas sus dimensiones, en algunas ocasiones emociones como la rabia influyen en sus decisiones terapéuticas y en su calidad de vida, es un aspecto a tener en cuenta por el personal de salud, muchos de los pacientes al tener cambios en su salud atraviesan un duelo y se enfrentan a situaciones de cambios drásticos que impactan en su salud emocional y en su entorno social.⁵⁰ Se encontró en un estudio que el estrés emocional este asociado a baja adherencia a las estatinas en los 2 años posteriores al IAM. El estudio sugiere que el estrés emocional puede ser un importante factor a largo plazo de baja adherencia y puede jugar un papel importante en los resultados.⁴⁶

CVRS del paciente y la percepción del estado físico donde entran en juego factores como la disminución de actividad física es un tema importante, ya sea por orden médica o por miedo a presentar un IAM de nuevo, esto conlleva a evitar realizar sus actividades diarias tanto en casa como en su área de trabajo, percibiendo un peor estado de salud y calidad de vida.⁶⁰ A nivel social las consecuencias de un IAM también causan estragos, aunque no en toda la población, por su estado físico o emocional dejan de convivir en su núcleo social, provocando en ellos una sensación de aislamiento y percibiendo estragos en su CVRS.

Cabe destacar que la CVRS en general de la población de estudio se percibe como mejor, lo cual implica que a pesar de los cambios en su estilo de vida y rutinas ellos continúan valiéndose de sus habilidades para tener un estado de vida en equilibrio.

La adherencia terapéutica se menciona como moderada y baja en el estudio, caso que se repite en otras investigaciones como el realizado por Cuce Nobre donde menciona que las creencias y la inseguridad financiera son los principales determinantes de la baja adherencia.^{61, 62,63} Halvorsen menciona en su estudio que la adherencia a los medicamentos prescritos fue alta a los 12 meses después de su indicación: 84% pacientes con aspirina, 84% estatinas, 77% a los beta-bloqueadores y 57% a IECA, lo que contrasta con lo encontrado en este estudio, ya que fue baja en general.⁶⁴ La adherencia terapéutica en relación con los fármacos y la incidencia de olvido es alta hecho que pone en riesgo la recuperación y mantenimiento del estado óptimo del paciente, otra mención a destacar es la falta de toma de medicamento por razones diferentes al olvido, donde entran razones como la económica, al no tener los fármacos por parte de sistema de salud y los recursos necesarios se abandona u omite la toma de alguno de los medicamentos como se menciona en algunos estudios.^{45,47, 56, 57}

Hay 1.7 billones de pacientes incapaces de costearse la medicación esencial de los cuales el 80% pertenecen a estados urbanos, lo que implica un problema de salud pública que sin lugar a duda afecta la adherencia terapéutica y debe ponerse atención. En este estudio coincide con la adherencia terapéutica que se ve disminuida por factores económicos o relacionaos con el proveedor.⁶⁵

La adherencia terapéutica es un proceso racional de toma de decisiones que tiene que ver con las creencias y experiencias del paciente, en los cuales llama la atención la percepción de la accesibilidad del medicamento y la percepción de la necesidad del medicamento. La variable CVRS de esta investigación se ve influenciada principalmente en sus dimensiones salud mental, vitalidad, así como en función física y en la dimensión de desempeño físico, lo que da como resultado que los determinantes de percepción de funcionamiento corporal y psicológico refuerzan la sensación que experimenta el paciente de mejor salud relacionada con calidad de vida. Lo que se constató con lo publicado en el estudio de Galán y colaboradores que describe un estado psicológicamente aceptable, donde más de la mitad afirmaron no sufrir ansiedad/depresión en ese momento. En otro estudio la dimensión de implicación personal de la

adherencia al tratamiento se correlaciona con todas las dimensiones de CVRS excepto con sueño y descanso.^{44, 66}

El autocuidado muestra correlación positiva en sus dimensiones de poder, operacionalización y capacidades fundamentales todas con una asociación fuerte, lo que implica que cuenta con el conocimiento, las ganas y la formas de realizar su autocuidado, en este aspecto habría que realizar una investigación más profunda, surge la duda de si todas las dimensiones son cubiertas por que sigue habiendo un déficit de autocuidado y controles en los parámetros bioquímicos alterados.^{25, 26} El autocuidado es pilar en la recuperación del paciente post IAM, estos hallazgos permiten destacar la importancia de la relación paciente-proveedor en el grado de adherencia de los pacientes, haciendo necesario que la institución y el equipo de salud y enfermería enfatizen las acciones de autocuidado con apoyo, acompañamiento permanente y orientación acorde a sus necesidades, a sus expectativas y a las características individuales de las personas atendidas.⁵⁷

A pesar de saber que la alimentación es una pieza clave en el autocuidado un número significativo menciona que no hace los cambios necesarios en su dieta, lo cual implica sobrepeso, obesidad, altos índices de glucosa en sangre y descontrol en LDL y triglicéridos, exponiendo a un gran riesgo cardiovascular a los pacientes. Otro tópico para tomar en cuenta en los programas de rehabilitación y seguimiento clínico, así también en los planes de alta por parte del personal de enfermería, desmitificando la complejidad de llevar una dieta sana y los altos costos que se cree que esto conlleva, esto sin olvidar la diversidad socioeconómica y cultural de los pacientes. Según la OMS, uno de los principales factores que influyen en la adherencia terapéutica se relaciona con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: una buena relación agente de salud-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica.^{47, 48, 67}

La mayoría de los pacientes presenta una buena agencia de autocuidado en general, lo que se relaciona más con la dimensión capacidad de poder que mostro alto puntaje, en áreas de conocimiento y percepción de valoración del estado de salud, que podría estar relacionado con la CVRS que dio resultados de ser percibida como mejor.

El autocuidado según el coeficiente de correlación de Pearson tiene una relación positiva, aunque débil con la calidad de vida esto habla de cómo al tener un mejor autocuidado la otra variable mejora simultáneamente, las dimensiones de ambas se ven influenciadas, al realizar como ejemplo las tareas implicadas en el autocuidado la calidad de vida aumenta percibiendo el individuo bienestar, en este sentido no se encontraron estudios anteriores con los cuales se pueda realizar una comparación; el indagar a profundidad en las dimensiones que se ven involucradas en estas variables y su relación es imperante por la alta incidencia y el costo que las enfermedades cardiovasculares generan a la salud de la población mundial y con esto desarrollar programas especializados y dirigidos a las dimensiones que siguen fomentando la presencia de este fenómeno.⁶⁸

En un estudio realizado por Olivella el autocuidado esta relacionando con regular agencia de autocuidado y la mitad se encuentra en riesgo de no adherencia, esto también resultado de la dificultad de realizar acciones de adherencia farmacológica y no farmacológica.⁵³ Los pacientes tienen conocimiento de lo que implica el autocuidado y sus dimensiones principales, en este caso lo que se debería tener en cuenta, es si tienen las herramientas adecuadas para llevar a cabo estos cuidados desvirtuando las creencias erróneas sobre la dificultad percibida para realizarlo.

En futuros estudios sería importante mirar hacia los datos específicos relacionados con las creencias culturales de la población que lo llevan a no tener adherencia terapéutica y estratificar por antigüedad de presentación del IAM para ver su influencia con las 3 variables del estudio.

CAPÍTULO VIII. CONCLUSIÓN

- La adherencia terapéutica en relación con los fármacos es baja en la población de estudio contrario a lo arrojado en general de ventajas para la adherencia terapéutica y no terapéutica, lo cual a su vez se refuerza con más de la mitad de la población que tiene buena agencia de autocuidado estos resultados son un indicador de la importancia de proporcionar una educación para la salud de calidad por parte del personal de salud, ya que a pesar de esto en las pruebas bioquímicas y medidas antropométricas como el peso y la glucosa los resultados no son los deseados y no concuerdan, estos parámetros son datos objetivos de la salud del paciente y reflejan la realidad de las decisiones en salud que toma, es responsabilidad del sistema de salud indagar si la información brindada al paciente es suficiente y adecuada y si se está poniendo atención en que sea integral tomando en cuenta el estado socioeconómico, cultural y nivel escolar para que esta información sea concientizada y eficaz.
- Todas las variables convergen en alguna dimensión con una correlación que indudablemente modifica el estado de salud del paciente y se refleja en su calidad de vida, es fundamental que sean tomadas en cuenta y se sigan realizando este tipo de investigaciones, debido a que de ellas derivan conocimientos sobre la forma de actuar del paciente y su percepción de la salud, como del sistema de salud que le provee las herramientas para lograr una adherencia terapéutica adecuada y un autocuidado dando como resultado el logro de mejor CVRS.

CAPÍTULO IX. IMPACTO DEL ESTUDIO

La adherencia terapéutica y el autocuidado son pilares en la evolución y control de las enfermedades crónicas y en la calidad de vida de la persona que experimenta este proceso de salud-enfermedad, el presente estudio debela como estas variables en conjunto con sus dimensiones al ser exploradas pueden guiar al profesional de salud en el tratamiento y seguimiento del paciente que ha experimentado un IAM, ya que a pesar de que existen guías propuestas por a la OMS para disminuir factores de riesgo en esta población y de actuación en caso de presentar un evento isquémico la realidad es que los pacientes siguen mostrando déficit de conocimientos.

Esta investigación apunta al desarrollo de una nueva forma de integración del binomio enfermera paciente, donde se desarrollen instrumentos para seguimiento y detección de los procesos fallidos de apego a tratamiento farmacológico, tomando en cuenta el status socioeconómico y cultural del paciente, que sigue mostrando vacío.

La calidad de vida tiene relación con la adherencia terapéutica y el autocuidado en aspectos emocionales, se destacó que la percepción es un aspecto básico para que este conjunto de dimensiones sean favorables, el cuidado debe ser holístico y el personal de las instituciones de salud debe realizar un trabajo más personalizado, dándose el tiempo de conocer las inquietudes de los pacientes y su contexto para poder abordar lo relacionado a estos temas, en este sentido los pacientes mencionaron que el personal a veces carece de tiempo para su atención y eso se nota en la atención percibida como baja.

En el área practica da la pauta para que el seguimiento y control sea más estrecho y no solo en un hospital de tercer nivel, refieren las personas que la mayoría tiene una unidad médica de primer nivel de atención a menos de una hora de distancia de su lugar de residencia.

Cabe mencionar que este estudio no es experimental y se encontraron limitaciones que dan lugar a realizar estudios posteriores experimentales, con nuevas intervenciones basadas en las áreas de oportunidad detectadas para favorecer la adherencia farmacológica.

En lo referente al autocuidado y la adherencia terapéutica detectar como las enfermedades previas al IAM influyen en estas variables y en la calidad de vida y como la calidad de vida es percibida en las diferentes etapas del proceso salud enfermedad.

CAPÍTULO X. ANEXOS
Anexo 1. Instrumento



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Folio _____

Reciba un cordial saludo, agradezco de antemano su colaboración para contestar la siguiente encuesta. La información obtenida es totalmente confidencial y tiene por objetivo conocer la relación de la adherencia terapéutica y autocuidado con la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica.

I. Datos generales.

Lea las siguientes preguntas y responda según sea la opción marque con una X o responda sobre la línea. Le pido no deje ninguna casilla sin responder, ya que todas las preguntas son muy importantes.

1. Edad: _____ años 2. Sexo: Masculino () Femenino () 3. Ocupación: _____

4. Estado Civil: Soltero () 5. Lugar de residencia: _____ 6. Escolaridad: _____
Casado () 7. Número de hijos: _____
Unión libre () 8. ¿Cuántas horas le dedica a otras actividades? _____ hrs
Divorciado ()

9. ¿Qué otras actividades realiza? 10. ¿qué enfermedades padece? _____
___ Trabajo.
___ Cuido a mis hijos. 11. ¿Cuántas veces ha sido hospitalizado en el último año? _____
___ Cuido de otra persona. 12. ¿De quién más depende para sus cuidados? _____
___ Realizo ejercicio.
___ Vida social

13. Tiempo de traslado de su casa a la unidad médica más cercana: _____ hrs.

14. ¿Qué tratamiento toma actualmente?

Antihipertensivo () Estatina () Inhibidor de agregación plaquetaria () Otro _____

Nombre: _____ #Reg. _____ Año _____

IAM: _____

II. Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de frases que expresan aspectos o experiencias que influyen en que usted **cumpla** con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual, y las recomendaciones que el personal de salud le hace sobre cambios en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones.

Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la FRECUENCIA con que ocurre cada evento en su situación en particular.

FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: alimentación, salud, vivienda, educación.	1	2	3
2. Puede comprarse los medicamentos.	1	2	3
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.	1	2	3

FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
4. Cuenta con permisos laborales para asistir a sus citas.	1	2	3
5. Reconoce que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones vale la pena hacerlo.	1	2	3
6. Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.	1	2	3
7. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.	1	2	3
8. Las relaciones entre los miembros de la familia que viven con usted lo desaniman para seguir los tratamientos.	1	2	3
9. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.	1	2	3
10. El contacto con otras personas o grupos que están tratando de mejorar su salud le sirven de ejemplo.	1	2	3
11. Los que le ayudan saben qué tan grave es la enfermedad y su tratamiento.	1	2	3
12. Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.	1	2	3
13. Comparte con otras personas sus preocupaciones y estos lo animan a seguir su tratamiento.	1	2	3
14. El trato del médico y las enfermeras lo anima a volver a sus controles.	1	2	3
15. El personal de enfermería le enseña y da recomendaciones escritas sobre sus tratamientos.	1	2	3
16. La información verbal de parte del médico es detallada y precisa.	1	2	3
17. Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos,	3	2	1

en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
18. La institución a la que consulta muestra desorganización en la atención que le brinda.	1	2	3
19. Las personas que lo atienden se ven demasiado ocupadas para escucharlo por mucho tiempo.	1	2	3
20. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.	1	2	3
21. Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.	1	2	3
22. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.	1	2	3
23. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.	1	2	3
24. En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos.	1	2	3
25. Conoce por medio escrito que señala fecha, horario y lugar del próximo control.	1	2	3
26. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.	1	2	3
27. El cambio frecuente de medicamentos lo confunde.	1	2	3
28. Siente que no recibe atención de salud con la misma calidad que los demás.	1	2	3
29. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.	1	2	3

FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
30. El trato que recibe del personal médico y los demás es el que usted espera.	1	2	3
31. La institución de salud le da oportunidades de aprender a reconocer los riesgos que tiene y como modificarlos.	1	2	3
32. Conoce los riesgos que llevan a una persona a sufrir enfermedad cardiovascular.	1	2	3
33. Puede conseguir sus medicamentos de acuerdo al tipo de afiliación a la que pertenece.	1	2	3
34. Tiene forma de distinguir los diferentes medicamentos para no confundirlos.	1	2	3
35. Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.	1	2	3
36. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.	1	2	3
37. Piensa que algunos de los medicamentos, le crean dependencia por eso no lo toma.	1	2	3
38. Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.	1	2	3
39. Cree al igual que su familia que todo este tratamiento y	1	2	3

cambios en sus costumbres son contrarios a su fe y sus valores.	1	2	3
40. Reconoce que vale la pena cumplir el tratamiento y las recomendaciones para mejorar su salud.	1	2	3
41. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.	1	2	3
42. Cree conveniente para su salud controlar el peso, mediante la dieta y el ejercicio	1	2	3
43. Los medicamentos que toma actualmente le alivian los síntomas.	1	2	3
44. Su enfermedad limita sus oportunidades de estar con otras personas.	1	2	3
45. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo es sus hábitos.	1	2	3
46. Siente rabia con la enfermedad por las incomodidades que le produce.	1	2	3
47. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.	1	2	3
48. Se angustia y se siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad.	1	2	3
49. Se siente discriminado o alejado de su familia o grupo a causa de los tratamientos y recomendaciones que tiene que seguir	1	2	3
50. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.	1	2	3
51. Cree que es usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.	1	2	3

III. Instrucciones: Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la FRECUENCIA con que ocurre cada evento en su situación en particular. Considere que **TD**=Totalmente en desacuerdo, **D**=Desacuerdo, **I**=Indiferente, **A**=Acuerdo y **TA**= Totalmente de acuerdo.

Autocuidado						
No.		TD	D	I	A	TA
1	A medida que cambia las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	1	2	3	4	5
No.		TD	D	I	A	TA
2	Reviso si las formas que práctico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	1	2	3	4	5
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	1	2	3	4	5
4	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	1	2	3	4	5

5	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	1	2	3	4	5
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	1	2	3	4	5
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	1	2	3	4	5
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	1	2	3	4	5
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	1	2	3	4	5
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	1	2	3	4	5
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.	1	2	3	4	5
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	1	2	3	4	5
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	1	2	3	4	5
14	Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	1	2	3	4	5
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	1	2	3	4	5
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	1	2	3	4	5
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	1	2	3	4	5
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	1	2	3	4	5
19	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	1	2	3	4	5
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	1	2	3	4	5
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	1	2	3	4	5
22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	1	2	3	4	5
23	Puedo sacar tiempo para mí.	1	2	3	4	5
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	1	2	3	4	5

IV. Instrucciones: Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la FRECUENCIA con que ocurre cada evento en su situación en particular.

Adherencia Terapéutica			
No.		Si	No
1	¿A veces se olvida de tomar su medicamento?		
2	La gente a veces omite tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido. Pensando en las últimas 2 semanas, ¿hubo algún día que no toma su medicamento?		

No.		Si	No			
3	¿Alguna vez ha recortado o dejado de tomar el medicamento sin consultar antes con su médico, ya que se sintió peor cuando lo tomaba?					
4	Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces se olvida de llevar su medicina?					
5	Ayer, ¿tomó todos los medicamentos?					
6	Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿A veces deja de tomar su medicamento?					
7	Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se siente presionado a apegarse a su plan de tratamiento?					
8	¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos?	Nunca/ Raramente	De vez en cuando	A veces	Usualmente / Casi siempre	Todo el tiempo/ Siempre

V. Instrucciones: Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la respuesta que más se acerca a su situación actual.

Tabaquismo

- ¿Fuma usted actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas? Si () No ()
- Si la respuesta es sí, ¿Fuma usted a diario? Si () No ()
- ¿A qué edad empezó usted a fumar a diario? Edad (años)_____ No sabe ()
- ¿Recuerda cuánto tiempo hace que fuma a diario? Años____ Meses____ Semanas____
- En promedios, ¿cuántos de los siguientes productos fuma al día? Cigarrillos____ Pipa____ Puros____ Otro_____ (especificar)
- En el pasado, ¿fumó usted a diario? Si () No ()
- Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía cuando dejó de fumar a diario? Edad (años)_____ No sabe ()
- ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar? Años____ Meses____ Semanas____
- ¿Consume actualmente algún tipo de tabaco sin humo [rapé, tabaco de mascar, betel]? Si () No ()
- Si la respuesta es sí, ¿los consume cada día? Si () No ()
- ¿Utiliza leñas para cocinar? Si () No ()
- Si la respuesta es sí, ¿desde cuándo la utiliza? Años____ Meses____

VI. Instrucciones: Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la respuesta que más se acerca a su situación actual y las que correspondan a tiempo con el número aproximado.

Actividad física

Piense acerca de todas esas actividades **vigorosas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Actividades vigorosas son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y lo hacen respirar mucho más fuerte que lo normal. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

- 1 Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días realizó usted actividades físicas **vigorosas** como levantar objetos pesados, excavar, aeróbicos, o pedalear rápido en bicicleta?
___ Días por semana ___ Ninguna actividad física vigorosa. **Pase a la pregunta 3.**
- 2 ¿Cuánto tiempo en total usualmente le tomó realizar actividades físicas **vigorosas** en uno de esos días que las realizó?
___ Horas ___ Minutos ___ No sabe/No está seguro(a)

Piense acerca de todas aquellas actividades **moderadas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte de lo normal. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

- 3 ¿Cuántos días hizo usted actividad física **moderada** tal como cargar objetos livianos, pedalear en bicicleta a paso regular, o jugar dobles tenis? No incluye caminatas.
___ Días por semana ___ Ninguna actividad física moderada. **Pase a la pregunta 5.**
- 4 Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica en uno de esos días haciendo actividades físicas moderadas?
___ Horas por día ___ Minutos por día ___ No sabe/No está seguro(a)
- 5 Durante los **últimos 7 días**, ¿Cuántos días caminó usted por al menos 10 minutos continuos?
___ Días por semana ___ No caminó. **Pase a la pregunta 7**
- 6 Usualmente, ¿Cuánto tiempo gastó usted en una de esos días **caminando**?
___ Horas por día ___ Minutos por día ___ No sabe/No está seguro(a)

La última pregunta se refiere al tiempo que usted permaneció **sentado(a)** en la semana en los **últimos 7 días**. Incluye el tiempo sentado(a) en el trabajo, la casa, estudiando, y en su tiempo libre. Esto puede incluir tiempo sentado en un escritorio, visitando amigos(as), leyendo o permanecer sentado(a) o acostado(a) mirando televisión.

- 7 Durante los últimos 7 días, ¿Ayer cuánto tiempo permaneció **sentado(a)** en un **día en la semana**?
___ Horas por día ___ Minutos por día ___ No sabe/No está seguro(a)

VII. Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta marcando con una **X** una sola respuesta. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Calidad de vida SF 36

- | | | | | | | |
|----|--|--|---|--|--|---|
| 1. | En general, usted diría que su salud es: | <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Muy buena | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Mala |
| 2. | ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año? | <input type="checkbox"/> Mucho mejor ahora que hace un año | <input type="checkbox"/> Algo mejor ahora que hace un año | <input type="checkbox"/> Más o menos igual que hace un año | <input type="checkbox"/> Algo peor ahora que hace un año | <input type="checkbox"/> Mucho o peor ahora que hace un año |

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

- | | | | | |
|-----|--|--|--|--|
| 3. | Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores? | <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho | <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco | <input type="checkbox"/> No, no me limita nada |
| 4. | Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora? | <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho | <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco | <input type="checkbox"/> No, no me limita nada |
| 5. | Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra ? | <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho | <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco | <input type="checkbox"/> No, no me limita nada |
| 6. | Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera? | <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho | <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco | <input type="checkbox"/> No, no me limita nada |
| 7. | Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera? | <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho | <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco | <input type="checkbox"/> No, no me limita nada |
| 8. | Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse ? | <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho | <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco | <input type="checkbox"/> No, no me limita nada |
| 9. | Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más ? | <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho | <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco | <input type="checkbox"/> No, no me limita nada |
| 10. | Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)? | <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho | <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco | <input type="checkbox"/> No, no me limita nada |
| 11. | Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)? | <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho | <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco | <input type="checkbox"/> No, no me limita nada |

- 12 Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**? Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

- 13 Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? Sí No

- 14 Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? Sí No

- 15 Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? Sí No

- 16 Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? Sí No

- 17 Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? Sí No

- 18 Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? Sí No

- 19 Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? Sí No

- 20 Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? Nada Un poco Regular Bastante Mucho

- 21 ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? No Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí, muchísimo

- 22 Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? Nada Un poco Regular Bastante Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna Nunca

- sintió lleno de vitalidad? vez
24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso? Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo? Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía? Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste? Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado? Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz? Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado? Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa

personas.

34. Estoy tan sano como cualquiera. Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa
35. Creo que mi salud va a empeorar. Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa
36. Mi salud es excelente. Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa

¡MUCHAS GRACIAS!

**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA**

Mediciones antropométricas y bioquímicas

Peso ___ Kg ___ gr IMC ___ Kg/m² Presión arterial: Proteína C reactiva de
Talla ___ cm Sistólica ___ mmHg alta sensibilidad
Diastólica ___ mmHg ___ mg/dL
Circunferencia abdominal ___ cm Triglicéridos ___ mg/dL Colesterol Total
___ mg/dL
LDL ___ mg/dL HDL ___ mg/dL Glucosa ___ mg/dL Creatinina ___ mg/dL

Enfermedades:

Hipertensión arterial () Diabetes Mellitus tipo II () Dislipidemia () Insuficiencia renal ()

Infartos () ¿Cuántos? _____

Evento vascular cerebral previo () Síndrome metabólico () Otra: _____

Anexo 2. Consentimiento informado.



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lea la siguiente información para estar seguro(a) de que comprende perfectamente el objetivo de la investigación que se realizará, y firme en caso de que esté de acuerdo en participar en el estudio.

Título del estudio:

Relación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica.

Investigador (es):

P. L. E. O. Mayra Susana Alvarado Guzmán y P. L. E. O Arely Pérez García

El autor de esta investigación es una enfermera profesional que estudia

La relación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado en la calidad de vida del paciente con infarto agudo al miocardio.

El estudio ofrecerá información que puede permitir a los enfermeros:

Desarrollar intervenciones a favor de la adherencia terapéutica y el autocuidado para mejorar la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por las personas competentes y los consejos de revisión de este instituto. El estudio no implica daños previsibles o daño para su familia. El procedimiento incluye:

La realización de una encuesta en donde se le pedirá proporcione algunos datos personales. Se realizara la toma de peso, talla y perímetro abdominal, así como se tomara sus datos de laboratorio del expediente clínico.

La participación en el estudio va a ocuparles, aproximadamente, 30 min. Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación a la investigadora **Mayra Susana Alvarado Guzmán** o a la **Mtra. María Guadalupe Paredes Balderas**, llamando al número 0155 55732911, ext. 23601.

Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar. Tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera, su atención dentro del instituto y la relación con el personal de salud no se verán afectadas. La información del estudio será totalmente confidencial, su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni una vez que haya sido publicado.

Toda la información del estudio será recopilada por la (el) **P. L. E. O. Mayra Susana Alvarado Guzmán**, se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso.

He leído y me han explicado el consentimiento y voluntariamente consiento participar en este estudio.

Firma del participante

Firma del investigador

Firma del testigo

Anexo 3. Autorización por el consejo de investigación.



DICTAMEN DEL CONSEJO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Datos del protocolo	
Nombre del estudio:	Relación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida de pacientes con cardiopatía isquémica
Institución de procedencia:	Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Sitio donde se realizará el estudio:	

Ciudad de México a 24 de mayo de 2018.

E.P. Mayra Susana Alvarado Guzmán
Presente.

Por este medio me permito informarle, que su proyecto de investigación con fines de titulación: **"Relación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida de pacientes con cardiopatía isquémica"**, ha sido revisado por el Consejo de Investigación en Enfermería en su sesión ordinaria del día miércoles 23 de mayo de 2018 y el dictamen fue **aprobatorio con modificaciones**, por lo que se ha dado número de registro *DIE/TT/36/2018*.

Sin otro particular le envío un cordial saludo.

Atentamente,

Mtro. Julio César Cadena Estrada
Jefe del Departamento de Investigación en Enfermería

CAPÍTULO XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Prioritis for cardiovascular disease health in the Americas [Internet]. PAHO; 2014. Recuperado a partir de: http://www1.paho.org/priorities/pdf-en/4/4_2primary_care.pdf
- 2 Sánchez-Arias AG, Bonilla-Serrano ME, Dimas-Altamirano B, Gómez-Ortega M, González-González. Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Rev Mex Cardiol.* 2016; 27(s3): 98-102
- 3 Resumen de estadísticas de 2017. Enfermedad del corazón y ataque cerebral [Internet]. [place unknown]: American Heart Association; 2017 [citado 26 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: http://professional.heart.org/idc/groups/ahamahpublic/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_491392.pdf
- 4Secretaria de Salud [Internet]. Prensa. 2016 [citado el 30 de junio de 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/cardiopatia-isquemica-causa-del-14-5-por-ciento-de-muertes-en-mexico>
- 5Martínez-Domínguez GI, Martínez-Sánchez LM, Lopera-Valle JS, Vargas-Grisales N. La importancia de la adherencia terapéutica. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.* 2016; 14(2): 107-116
- 6 Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. [Internet]. 2015 [citado el 30 de junio de 2018]. Recuperado a partir de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf
- 7Moreno PR, del Portillo JH. Isquemia miocárdica: conceptos básicos, diagnóstico e implicaciones clínicas. Primera parte. *Rev Colomb Cardiol.* 2016: 1-7
- 8 Anderson JL, Morrow DA. Acute Myocardial Infarction. *N Engl J Med.* 2017 376(21):2053-2064
- 9 Elosau R, Sayols-Baixeras S. The Genetics of Ischemic Heart Disease: From Current Knowledge to Clinical Implications. *Rev Esp Cardiol.* 2017: 1-9
- 10 Borja I, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, et al. Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2017; 70(12): e1-e61

-
- 11 Infarto Agudo de Miocardio [Internet]. Academia Nacional de Medicina México. 2014 [citado el 30 de junio de 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L12-Infarto-agudo-al-miocardio.pdf>
- 12 Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2015; 2-62
- 13 Bonilla IC, Gutiérrez ER. Desarrollo y característica psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Av. Enferm*. 2014; 32(1):53-62
- 14 Sillas DG, Jordán LJ. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. *Desarrollo Científ Enferm*. 2011; 19(2): 67-69.
- 15 Contreras AO, Contreras MA, Hernández BC, Castro BM, Navarro PL. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. *Investigación Andina*. 2013; 26(15): 668-681
- 16 Rivera AL. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. *Rev Salud Publica*. 2006; 5(3): 235-247.
- 17 Bastidas SC, Olivella FM, Bonilla CI. Significado del autocuidado en la persona que vive con enfermedad coronaria. *Salud Uninorte*. 2015; 31(1): 78-90.
- 18 Salas ZC, Garzón DM. La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud Publica*. 2013;4(1): 37-46
- 19 Niquille A, Bugnon O. Relationship between drug-related problems and health outcomes: a cross-sectional study among cardiovascular patients. *Pharm World Sci*. 2010; 32(4): 512-519
- 20 Franco SA, Cardona-Arango D. Calidad de vida de pacientes con enfermedad cardiovascular en un programa de seguimiento Farmacoterapéutico. 2017; 23 (1): 30-33

-
- 21 De Smedt D, Cays E, Annemans L, Doyle F, Kotseva K, et al. Health related quality of life in coronary patients and its association with their cardiovascular risk profile: results from the EUROASPIRE III survey. *Int J Cardiol.* 2013; 168 (2): 898-903
- 22 Navarro JC. *Epistemología y metodología.* México: Grupo Editorial Patria; 2014. 575-585.
- 23 Maldonado OS, Ramírez IS, García SJ, Ceballos GR, Mèndez EB. Colesterol: Función biológica e implicaciones médicas. *Rev Mex Cienc Farm.* 2012; 43 (2): 7-22
- 24 Ortiz SC. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av Enferm.* 2010; 28(2): 73-87
- 25 Zambrano CR, Duitama MJ, Posada VJ, Flórez AJ. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2012; 30(2): 163-174
- 26 Leiva VD, Cubillo KV, Porras YG, Ramírez TV, Sirias IW. Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica.* 2015; 29: 1-14
- 27 Achury DM, Sepúlveda GJ, Rodríguez SM. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Inv Enf.* 2009; 11(2): 9-25
- 28 Chávez NT, Echeverri JS, Ballesteros DA, Quijano JR, Camacho D. Validación de la escala de Morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal. 2016; 24(2): 23-32
- 29 De las Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale. *Int J Clin Health Psychol.* 2014; 15(2): 121-129.
- 30 Valencia-Monzalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca. Evolución de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2017; 34(2): 244-249
- 31 Mantilla ST, Gómez- Conesa A. Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol.* 2007; 10(1): 48-52

32 Villagut G, Ferrer M, Rajmll L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005;19(2):135-50

33 Lugo LA, García HG, Gómez CR. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2005; 24(2): 37-50

34 Romero EM. Confiabilidad del cuestionario de salud SF-36 en paciente post-infarto agudo del miocardio procedente de Cartagena de Indias, Colombia. Rev Colomb Cardiol. 2008; 17 (2): 41-46

35 Sánchez RA, García MM, Martínez DT. Encuesta de Salud SF-36: Validación en Tres Contextos Culturales de México. Rev Iberoam Diagn EV. 2017; 45(3): 5-16

36 Secretaría de Gobernación [Internet].]. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.23 de noviembre de 2010; Diario Oficial de la Federación. [Citada 2018 Junio 28]. Disponible:http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010

37 Secretaría de Gobernación [Internet].]. Norma Oficial Mexicana NOM--030-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. 19 de abril de 2017; Diario Oficial de la Federación. [Citada 2018 Junio 28]. Disponible:http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5144642

38 Secretaría de Gobernación [Internet].]. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.13 de julio de 2012; Diario Oficial de la Federación. [Citada 2018 Junio 28]. Disponible:http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/2012

39 Secretaría de Gobernación [Internet]. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. 5 de noviembre de 2009; Diario Oficial de la Federación. [Citada 2018 Junio 26]. Disponible: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

40 Secretaría de Gobernación [Internet]. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 5 de octubre de 2010; Diario Oficial de la Federación. [Citada 2018 Junio 26]. Disponible: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

-
- 41 CONAMED Declaración de Helsinky [Internet]. México: Comisión Nacional de Bioética; [Citada 2018 Junio 26]. Disponible: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
- 42 Comité de Bioética de México [Internet]. Código de Núremberg; [Citada 2018 Junio 26]. Disponible: www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL_Cod_Nurtemberg.pdf
- 43 Comité de Bioética de México [Internet]. Informe de Belmont; [Citada 2018 Junio 26]. Disponible: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_INTL_Informe_Belmont.pdf
- 44 Schou SM, Lykke EM, Flensburg-Madsen T. A prospective cohort study of quality of life and ischemic heart disease. Scand J Public Health. 2014; 42: 60-66
- 45 García L, Cáceres C, Gómez N, Paniagua M, Lovera O, Centurión O. Factores de riesgo y cardiopatías prevalentes en mujeres internadas en la división de medicina cardiovascular del Hospital de Clínicas. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2017; 15(2):45-55
- 46 Organización Mundial de la Salud [Internet]. Campañas mundiales de salud pública de la OMS; [Citada 2018 Octubre 3]. Disponible: <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2018/event/es/>
- 47 Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. Enferm Univ. 2014; 12 (1): 3-11
- 48 Mathioni MS, Bernat KA, Schmidt PC, Loro MM, Poli G, et al. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Av Enferm. 2016; 34 (1): 30-38
- 49 Organización Mundial de la Salud [Internet]. Encuesta global de tabaquismo en adulto; [Citada 2018 Octubre 6]. Disponible: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/mex-report-2015-spanish.pdf>
- 50 Bastidas CS, Olivella MF, Bonilla CI. Significado del autocuidado en la persona que vive con enfermedad coronaria. Salud Uninorte. 2015; 31 (1): 78-90

-
- 51 Rojas L, Bianchetti SA. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. *Rev Enf.* 2017; 32: 1-11.
- 52 Zhang y, Kaplan CM, Hyon SB, Chan CH, Lave JR. Medication adherence and readmission in medicare myocardial infarction. *Am J Manag Care.* 2014 November ; 20(11): e498–e505.
- 53 Dias A, Pereira C, Monteiro MJ, Santos C. Patients' beliefs about medicines and adherence to medication in ischemic heart disease. *Aten Primaria.* 2014; 46:101-106
- 54 Rojas-Reyes J, Flórez-Floréz M. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichan.* 2016; 16(3): 328-339
- 55 Choudhry NK, Avorn J, Glynn RJ, Antman EM, Schneeweiss , Full coverage for preventive medications after myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2011;1;365(22):2088-97.
- 56 Cuce MN, Zanetta RL. Patient adherence to ischemic heart disease treatment. *Rev Assoc Med Bras* 2017; 63(3):252-260
- 57 Lissåker CT, Wallert J, Heldb C, Olsson. Emotional distress as a predictor of statin non-adherence among Swedish first-time myocardial infarction patients, 2006–2013. *E J Psychosom Res.* 2017; 97: 30-37
- 58 Ávila-Sansores GM, Gómez-Aguilar P, Yam-Sosa AV, Vega-Argote G, Franco-Corona BE. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. *Aquichan.* 2013; 13(3): 373-386
- 59 Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga O A. Adherencia terapéutica en usuarios de un programa de salud cardiovascular de atención primaria en Chile. *Rev Perú Med Salud Pública.* 2015; 32(1): 51-7
- 60 Stein AC, Molinero O, Salguero A, Correa MC, Márquez. Actividad física y salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria. *Cuad Psicol deporte.* 2014; 14 (1):109-116.
- 61 Mathews R, Peterson ED, Honeycutt E, Tang CC, Efron MB. Early medication nonadherence after acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2015; 8: 347-356.

-
- 62 Ortega EO, Vargas E R. Grado de adherencia a tratamiento en personas con riesgo cardiovascular. *Av. Enferm.* 2014; 32(1): 25-32
- 63 Crowley MJ, Zullig LL, Shah BR, Shaw RJ, Lindquits JH, et al. Medication non-adherence after myocardial infarction: an exploration of modifying factors. *J Gen Intern Med.* 2014; 30(1):83–90
- 64 Halvorsen S, Jortveit J, Hasvold P, Thuresson M, Øie E. Initiation of and long-term adherence to secondary preventive drugs after acute myocardial infarction. *BMC Cardiovasc Disord.* 2016; 16:115.
- 65 Kolandaivelu K, Leiden BB, O`Gara PT, Bhatt DL. Non-adherence to cardiovascular medications. *Eur Heart J.* 2014; 35, 3267–3276
- 66 Susín Galán MF, Royo Moreno L, Ballarín Ferrer A. Calidad de vida en pacientes con historial de infartos previos. *Metas Enferm.* 2014; 17(6): 26-31.
- 67 Rojas L, Bianchetti SA. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. *Rev Enf.* 2017; 32: 1-11
- 68 Olivella FM, Bastida SC, Bonilla IC. Comportamientos de autocuidado y adherencia terapéutica en personas con enfermedad coronaria que reciben atención en una institución hospitalaria de Ibagué, Colombia. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.* 2016; 18(2): 13-29.