



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES
ANTICOAGULADOS VISTA DESDE EL MODELO DE
CREENCIAS DE SALUD.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
JOSÉ MANUEL TORRES MARTÍNEZ**

**ASESOR:
MTRO. JULIO CÉSAR CADENA ESTRADA**

CIUDAD DE MÉXICO

MARZO, 2022



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.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Renacimiento de la excelencia

Ciudad de México a 2 de septiembre de 2021

Mtra. María Guadalupe Paredes Balderas
Directora técnica de la Escuela de Enfermería
Instituto Nacional de Cardiología
Presente:

Por medio de este conducto me permito poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del alumno **José Manuel Torres Martínez** con número de cuenta **417568858** con la tesis titulada:

“Estilos de vida de los pacientes anticoagulados vista desde el modelo de creencias de salud”

Bajo la dirección del **Mtro. Julio César Cadena Estrada**

Terna número 3

Presidente: Mtro. Julio César Cadena Estrada

Vocal: Mtra. Guadalupe Paredes Balderas

Secretaria: Mtra. Ana María González Pérez

Suplente: Dr. Alberto Aranda Fraustro

Dicho jurado ha tenido a bien dar su aprobación para continuar con el proceso de titulación.

Sin más por el momento, quedo de usted.

Atentamente,

Mtro. Julio César Cadena Estrada
Director de Tesis



AGRADECIMIENTOS

A Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que es resultado de tu ayuda, aun cuando caigo me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta de lo que pones enfrente de mí es para que mejore como ser humano y crezca de diversas maneras, además, quiero agradecerte por haberme puesto en este camino, por permitirme seguir adelante a pesar de cada obstáculo que se presentó en estos cuatro años y por tanto, darme las fuerzas necesarias para no darme por vencido.

A la escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez por haberme dado todas las enseñanzas y valores, que me proyectaron como profesional de enfermería.

A todos los profesores del programa de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia por compartirme sus conocimientos y experiencias a lo largos de estos años.

Al Mtro. Julio Cesar Cadena Estrada por darme su tiempo, confianza y apoyo para elaborar esta tesis para con ello convertirme en un profesional de salud y obtener mi grado académico. Estaré eternamente agradecido.

A la Mtra. Carolina Ortega Vargas, coordinadora del servicio social por brindarme su sabia experiencia, apoyo y enseñanzas, para que mi desempeño fuera el adecuado y alcázar mis metas.

A mis padres, que siempre estuvieron ahí para darme palabras de apoyo y un abrazo reconfortante para renovar energías.

DEDICATORIAS

A mis padres que me forjaron con buenos sentimientos, valores y hábitos los cuales me ayudaron a poder seguir adelante, por haberme apoyado en cada momento y en cada decisión que tome fuera buena o mala, por ayudarme en los momentos difíciles y enseñarme a seguir siempre adelante y no vencerme, este logro no es solo mío es de los tres.

Gracias a mi madre Francisca por ser el principal motor de mis sueños, gracias a ella por cada día, confiar, creer en mí y en mis expectativas, a su vez, por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, en las que su compañía y la llegada de sus cafés eran para mí como agua en el desierto, también gracias por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

Gracias a mi hermano Luis por estar presente no solo en esta etapa tan importante de mi vida, sino en todo momento ofreciéndome apoyo incondicional y buscando lo mejor para mi persona.

Gracias a mi pareja por entenderme durante toda la carrera, gracias a ella porque, en todo momento fue un apoyo incondicional en mi vida, fue la felicidad encajada en una sola persona, fue mi todo reflejado en otra persona a la cual yo quiero demasiado.

El término gratitud, no siempre es asociado o familiarizado con los maestros, estos en la mayoría de ocasiones son vistos con desestimación y asociados con personas que castigan o forzar a realizar actividades extracurriculares que causan banalidad en la optimización de nuestro tiempo, pero, la realidad es que estas personas son sumamente importantes en nuestro desarrollo como

personas y profesionales de la salud especialmente en mi caso el Mtro. Julio César Cadena Estrada y el Lic. Jorge Alberto Amaya Aguilar fueron cruciales y esenciales para la realización de esta tesis, sin su ayuda no sería posible.

Por último, quiero dedicar esta tesis a mis compañeros José Luis, Cynthia, Tonatihu, Geovani y Nicté, así como, a mi familia, por apoyarme aun cuando mis ánimos decaían.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.	1-3
ABSTRACT.	4-6
INTRODUCCIÓN.	7-8
CAPÍTULO I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN.	
1.1 Problema de investigación	9-12
1.2 Pregunta de investigación	12
1.3 Justificación	12-13
CAPÍTULO II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.	
2.1 Objetivo general	14
2.2 Objetivos específicos	14
2.3 Hipótesis de trabajo	14
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO.	
3.1 Anticoagulantes Orales (Antagonistas de la vitamina K)	
3.1.1 Concepto	15
3.1.2 Epidemiología	15-16
3.1.3 Mecanismo de acción	16-17
3.1.4 Farmacocinética	17
3.1.5 Indicaciones	17-18
3.1.6 Contraindicaciones	18-19
3.1.7 Efectos adversos	19-20
3.1.8 Rango Normalizado Internacional (INR)	20-21
3.2 Modelo de Creencias de Salud	
3.2.1 Componentes	22-23
3.2.2 Dimensiones	23
3.2.3 Área de conocimiento	23-24
3.2.4 Uso del modelo	24
3.2.5 Limitantes del Modelo de Creencias de Salud	24
3.3 Estilos de vida	
3.3.1 Concepto	24-25
3.3.2 Adquisición del estilo de vida	25-26

3.4 Relación del Modelo de Creencias de Salud aplicado en personas sanas o enfermas	26-33
CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODOS.	
4.1 Tipo y diseño	34
4.2 Población	34
4.3 Muestra	34
4.4 Muestreo	34
4.5 Criterios de selección	
4.5.1 Inclusión	35
4.5.2 Exclusión	35
4.5.3 Eliminación	35
4.6 Operacionalización de variables	36-40
4.7 Instrumento de recolección de datos	41-42
4.8 Método	42-43
4.9 Análisis de los datos	43-44
4.10 Consideraciones éticas	44
CAPITULO V. RESULTADOS.	45-52
CAPITULO VI. DISCUSIÓN.	53-61
CAPITULO VII. CONCLUSIÓN.	62-64
CAPITULO VIII. ANEXOS.	
Anexo 1. Componentes del Modelo de Creencias de Salud adaptado al paciente anticoagulado	65
Anexo 2. Consentimiento Informado	66
Anexo 3. Instrumento Prácticas y Creencias en Salud	67-71
Anexo 4. Cronograma de actividades	72
CAPITULO IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73-80

RESUMEN

Introducción: Los pacientes con afecciones cardiovasculares son los que en su mayoría consumen anticoagulantes orales tales como: cardiopatías congénitas, isquémicas, cambios valvulares, arritmias, accidentes cerebro vasculares y aquellos que tienen riesgo trombótico. Los pacientes anticoagulados (PAC) son todas aquellas personas que consumen medicamentos que actúan en la formación de trombos, a su vez, en los últimos años el número de pacientes sometidos a esta terapéutica, ha incrementado notablemente, cabe mencionar que, tienen que modificar sus Estilos de Vida (EV) que incluyen: hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, actividad física, descanso, recreación y manejo del tiempo libre, para lograr los niveles adecuados de anticoagulación en base a su INR (International Normalized Ratio). Asimismo, existe un Modelo de Creencias en Salud (MCS) que fue desarrollado en los años 90's por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano para analizar los EV de las personas sanas o enfermas. **Objetivo:** Analizar los estilos de vida en pacientes anticoagulados vista desde el Modelo de Creencias de Salud. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo con el diseño analítico, prospectivo y transversal sobre los estilos de vida en pacientes anticoagulados vista desde el Modelo de Creencias de Salud n=153 sujetos de investigación, incluyó pacientes adultos, con enfermedad cardiovascular que recibieron tratamiento con anticoagulantes orales por lo menos en los últimos tres meses. Recolección de datos con instrumento validado de MCS de 116 ítems distribuidos en 6 dimensiones, con escala de respuesta tipo Likert desde 1=nunca hasta 4=siempre, a mayor puntaje mejores creencias, prácticas y estilos de vida saludables. Análisis de datos con estadística descriptiva e

inferencial, significancia $p < 0.05$. **Resultados:** En la población de estudio, predominaron las mujeres (79%), con una media de edad de 60.19 ± 14.41 años, en su mayoría al momento del estudio se encontraban casados (58.6%), casi todos tienen hijos (83.2%), la principal actividad laboral que desempeñan en los últimos doce meses son desempleados (62.5%), la residencia en su mayoría es la Ciudad de México (54.6%), al momento de responder con quien viven, en su mayoría viven con sus hijos (29.6%), el diagnóstico médico que predominó fueron las prótesis valvulares (41.4%), conforme al tiempo de padecer su enfermedad se encontró que el 50% de los sujetos tienen 10 años con su enfermedad, más de la mitad de la población de estudio si recuerdan el nombre de los medicamentos que toman para tratar su padecimiento (68.4%), un dato importante es el Rango Normalizado Internacional (INR) donde en promedio fue 2.53 ± 0.88 , por lo tanto, el 66.4% no existía un riesgo de sufrir trombosis o sangrado derivado al tratamiento con anticoagulantes. Se pudo observar que los EV que llevan los sujetos son saludables (94.1%), conforme a las practicas que ejercen para mantener un EV adecuado se encuentran saludables (78.9%) y las creencias que tienen para mantener sus estilos de vida están en saludables (90.1%). Los EV en cuanto a las creencias tienden a ser más saludables en cuanto se incrementa la edad ($r = 0.163$, $p = 0.45$) y tiempo de la enfermedad ($r = 0.161$, $p = 0.48$). Se encuentra que los hombres comparados con las mujeres se perciben con mejores estilos de vida sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa ($t = 1.83$, $gl = 0.150$, $p = 0.069$)

Conclusión: Los pacientes que toman anticoagulantes se caracterizan por tener estilos de vidas saludables, mismos que se relacionan con sus creencias, el tiempo con la enfermedad y la edad. Posiblemente se puede afirmar que los

pacientes al tener un mejor apego terapéutico pueden disminuir los riesgo de tener complicaciones relacionadas con el uso del anticoagulante, asimismo, pueden tener un mejor autocuidado, identificando los datos de alarma de un posible sobrecoagulación o subanticoagulación, con ello tendrán una calidad de vida adecuada y sin reincidencias hospitalarias a corto o largo plazo. Por último, el profesional de enfermería podrá realizar programas de educación para la salud por ejemplo la consultoría de enfermería o telemedicina para ayudar al paciente sobre dudas o preguntas sobre su tratamiento, hábitos alimenticios, actividad física y vida sexual activa. Asimismo, por sus características pueden representar una carga sanitaria y financiera significativa, para los enfermos, sus familias y el sistema de salud mexicano.

ABSTRACT

Introduction: Patients with cardiovascular diseases are those who mostly consume oral anticoagulants such as: congenital and ischemic heart diseases, valve changes, arrhythmias, cerebrovascular accidents and those with thrombotic risk. Anticoagulated patients (CAP) are all those people who consume drugs that act on haemostasis or thrombus formation, in turn, in recent years the number of patients undergoing this therapy has increased notably, it is worth mentioning that they are those people who have to modify their Lifestyles (LE) that include: eating habits, consumption of alcohol, tobacco and other drugs, physical activity, rest, recreation and free time management, to achieve adequate levels of anticoagulation based on their INR (International Normalized Ratio). Likewise, there is a Health Belief Model (MCS) that was developed in the 90's by a group of specialists in social psychology from the North American department of public health to analyze the EVs of healthy or sick people. **Objective:** To analyze the lifestyles in anticoagulated patients seen from the Health Belief Model. **Material and methods:** Quantitative study with an analytical, prospective and cross-sectional design on lifestyles in anticoagulated patients seen from the Health Belief Model n = 153 research subjects, included adult patients with cardiovascular disease who received treatment with oral anticoagulants at least in the last three months. Data collection with a validated MCS instrument of 116 items distributed in 6 dimensions, with a Likert-type response scale from 1 = never to 4 = always, the higher the score, the better the beliefs, practices and healthy lifestyles. Data analysis with descriptive and inferential statistics, significance $p < 0.05$ **Results:** In the study population, women (79%) predominated, with a mean age of 60.19 ± 14.41 years, the majority at the time of the study were married (58.6%),

almost all had children (83.2%) , the main work activity that they carry out in the last twelve months are unemployed (62.5%), the majority residence is Mexico City (54.6%), when answering who they live with, most of them live with their children (29.6%), the predominant medical diagnosis was valve prostheses (41.4%), according to the time of suffering their disease, it was found that 50% of the subjects are 10 years old with their disease, more than half of the study population If they remember the names of the medications they take to treat their condition (68.4%), an important piece of information is the International Normalized Index (INR) where on average it was 2.53 ± 0.88 , therefore, 66.4% did not have a risk of suffering thrombosis or bleeding derived from anticoagulant treatment . It was observed that the lifestyles that the subjects lead are healthy (94.1%), according to the practices they exercise to maintain a healthy lifestyle, they are healthy (78.9%) and the beliefs they have to maintain their lifestyles they are healthy (90.1%). Lifestyles in terms of beliefs tend to be healthier as age ($r = 0.163$, $p = 0.45$) and time of illness increase ($r = 0.161$, $p = 0.48$). It is found that men compared to women perceive themselves with better lifestyles, however this difference is not statistically significant ($t = 1.83$, $gl = 0.150$, $p = 0.069$). **Conclusion:** Patients who take anticoagulants are characterized by having lifestyles. healthy lives, which are related to their beliefs, time with illness and age. Possibly it can be affirmed that patients by having a better therapeutic adherence can reduce the risk of having complications related to the use of anticoagulants, likewise, they can have better self-care, identifying the alarm data of a possible overcoagulation or subanticoagulation, with this they will have an adequate quality of life and without hospital relapses in the short or long term. Finally, the nursing

professional will be able to carry out health education programs, for example nursing consultancy or telemedicine to help the patient with doubts or questions about their treatment, eating habits, physical activity and active sexual life. Likewise, due to their characteristics, they can represent a significant health and financial burden for patients, their families and the Mexican health system.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con afecciones cardiovasculares en su mayoría consumen anticoagulantes orales, tales como: cardiopatías congénitas e isquémicas, cambios valvulares, arritmias, accidentes cerebro vasculares y aquellos que tienen riesgo trombótico. Los pacientes anticoagulados (PAC) son todas aquellas personas que consumen medicamentos que actúan en la formación de trombo, a su vez, en los últimos años el número de pacientes sometidos a esta terapéutica, ha incrementado notablemente, cabe mencionar que, son aquellas personas que tienen que modificar sus Estilos de Vida (EV) que incluyen: hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, actividad física, descanso, recreación y manejo del tiempo libre, para lograr los niveles adecuados de anticoagulación en base a su Rango Normalizado Internacional (INR). Asimismo, existe un Modelo de Creencias en Salud (MCS) o Health Belief Model (HBM) por sus siglas en inglés que fue desarrollado en los años 90's por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano para analizar los EV de las personas sanas o enfermas, de la misma forma, este modelo, es uno de los más utilizados en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo.

Ante este contexto, se desarrolló la presente tesis con la finalidad de determinar los EV de los PAC vista desde el MCS, para lo cual se diseñó en el proyecto de investigación con nueve capítulos. En el primero se describe el fenómeno de la investigación haciendo énfasis a la magnitud, trascendencia, factibilidad, viabilidad e importancia del problema a investigar y también plasmando el vacío del conocimiento de enfermería relacionada con este tópico

de interés. Dentro del segundo capítulo se encontrará el supuesto de la investigación, así como, los alcances que tendrá la misma. Cabe señalar que, el tercer capítulo se encontrara el marco teórico conceptual, que sustenta el estudio, la prevalencia de los pacientes con tratamiento anticoagulante, indicaciones, mecanismo de acción, farmacocinética, contraindicación, efectos adversos de los anticoagulantes, INR, también, se describe el MCS, sus componentes, dimensiones, área de aplicación, uso en diferentes poblaciones y limitantes, también, se hablara sobre los estilos de vida, el concepto y la adquisición del mismo.

En el cuarto capítulo se detallan los apartados metodológicos del estudio, se define el diseño, el cálculo de la muestra, los criterios de selección, operacionalización de variables, el instrumento utilizado y el método para la recolección de datos, incluyendo el método de análisis y las consideraciones éticas.

Por último, el quinto capítulo se describen los principales hallazgos de los datos sociodemográficos, niveles de prácticas, creencias, EV de los PAC, la relación entre los EV con la edad, género y tiempo con la enfermedad y comparar las prácticas y creencias en PAC con su medida de resultado del INR. Mientras que, en el sexto y séptimo capítulo, se encontrara la discusión donde se contrastaran los hallazgos encontrados en estudios previos referente al tema de investigación y conclusión donde se plasma el cumplimiento de los objetivos y la hipótesis planteada del estudio. Finalmente, en el octavo capítulo se ubican los anexos y en el noveno las referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1 Problema de Investigación

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en todo el mundo, cada año mueren más personas por alguna de estas enfermedades que por cualquier otra causa. De aquí a 2030, casi 23.6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares; se prevé que estas enfermedades sigan siendo la principal causa de muerte a nivel mundial¹. Estas entidades patológicas requieren terapia farmacológica a lo largo de su vida, uno de los fármacos que se utilizan con mayor frecuencia son los denominados anticoagulantes orales, antagonistas de la vitamina K (acenocumarol y warfarina)².

Según el análisis del perfil sociosanitario del paciente anticoagulado en España realizado por la Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados (FEASAN), se estima que existen 800,000 pacientes anticoagulados³. En México, se desconoce el número de personas que consumen anticoagulantes orales, ya que no existe documentación o registros al respecto, pero según el Anuario Estadístico 2014-2018 del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, de 39,192 consultas otorgadas 24,084 fueron de la Clínica de Anticoagulantes. Como puede observarse el número de pacientes en tratamiento con estos fármacos ha crecido exponencialmente en los últimos años⁴.

El éxito del tratamiento depende de los estilos de vida que revelan los hábitos, costumbres, conocimientos, valores y riesgos que tiene el individuo en su vida diaria, por lo tanto, juegan un papel trascendental en la población que tiene que

modificar sus estilos de vida porque su enfermedad así lo requiere, por ejemplo en aquellos pacientes que consumen anticoagulantes orales.

Actualmente, existe el Modelo de Creencias de Salud (MCS), que se ha utilizado para determinar los Estilos de Vida (EV) de las personas sanas o enfermas, este modelo plantea varios aspectos relacionados con los EV, los cuales engloban tanto las prácticas como las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema, el análisis costo-beneficio, el sentido de autoeficacia de cómo actúa para favorecer la conservación y mejorar la salud con la finalidad de disminuir conductas de riesgo, así como, la prevención de las enfermedades⁵⁻⁶.

Los EV se han definido como el conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos de una persona y aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza, se ha comprobado en los últimos años que la modificación de los estilos de vida ayudan a disminuir los factores de riesgo y la probabilidad de sufrir una enfermedad; por lo tanto, si existe una combinación de una dieta poco saludable, la falta de actividad física o sedentarismo, el consumo de tabaco y la ingesta excesiva de alcohol, se originan diversos padecimientos como la hipertensión arterial sistémica (HAS), obesidad abdominal, hipercolesterolemia, trigliceridemia, hiperglicemia o diabetes mellitus (DM), que a su vez, actúan como factores de riesgo cardiovascular y de enfermedades crónicas degenerativas, además, los EV saludables permiten tener menos complicaciones a largo plazo respecto a su padecimiento cardiovascular, mejorando la calidad de vida de la persona⁷⁻⁸.

Existen estudios realizados en Colombia^{5,7,13}, Brasil^{14,17,23}, México^{18,22,24,30}, Cuba¹⁹, Chile²⁵ Estados Unidos^{27,29} en donde se ha utilizado el MCS en personas sanas y enfermas con diabetes mellitus, síndrome coronario agudo; sin embargo existe un vacío en el conocimiento sobre los EV de las personas que consumen anticoagulantes orales, por consiguiente, no hay suficientes artículos que hablen al respecto del MCS aplicado al paciente anticoagulado, por lo tanto, es necesario que se investigue acerca de este tema de relevancia, porque, en los últimos años el número de personas con tratamiento anticoagulante ha incrementado notablemente. Es importante que los implementadores del cuidado, identifiquen los EV de los pacientes anticoagulados, porque, es uno de los pilares para resolver dudas acerca de las creencias y prácticas que tiene una persona, respecto a si son buenas o malas debido al rol y nivel de relación que desempeñan con la persona, familia o comunidad, por consiguiente pueden actuar de manera temprana y efectiva para modificar los EV de forma positiva y con ello reducir futuras complicaciones. Si bien aproximadamente 500 personas (2% de consultas anuales) presenta sobrecoagulación y 1000 personas subanticoagulación,* afortunadamente han mostrado complicaciones menores que no han requerido hospitalización, cabe señalar que, la causa principal está relacionada con los hábitos alimenticios, factores socioeconómicos y no adherirse al tratamiento, llama la atención que a pesar de que existe una Guía de Práctica Clínica Cardiovascular relacionada con el cuidado de enfermería dirigido a la persona con tratamiento de anticoagulación oral, no ha reflejado un cambio en la adherencia al tratamiento y por lo tanto a una mejora en los estados de salud,

* Datos tomados de la clínica de anticoagulantes del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, 2019.

teniendo como resultado EV poco saludables, por consiguiente, si no se realizan intervenciones especializadas para que el paciente con anticoagulantes orales mantengan un INR adecuado para cada patología respetivamente, estas complicaciones pueden ser graves referente a la sobrecoagulación o subcoagulación, con ello serán hospitalizados con el consecuente riesgo de mortalidad y elevándose notablemente los costos sanitarios.

1.2 Pregunta de investigación

A pesar de la evidencia científica disponible, no existen suficientes estudios en la literatura específicamente del Modelo de Creencias de Salud aplicado a pacientes anticoagulados, por lo que esta investigación tiene la finalidad de analizar ¿cuáles son los estilos de vida en pacientes anticoagulados vista desde el Modelo de Creencias de Salud?

1.3 Justificación

A través de esta investigación se busca analizar los estilos de vida en pacientes anticoagulados vista desde el Modelo de Creencias de Salud, basándose en los resultados obtenidos se dará a conocer cómo influyen las prácticas y creencias en el estado de salud de la persona que tiene tratamiento con anticoagulantes orales y las limitaciones que presentan en sus estilos vida. De este modo, se busca crear nuevas estrategias para fomentar estilos de vida saludables, con el único objetivo de mejorarlos y con ello mejorar la calidad de vida de las personas con afecciones cardiovasculares que consuman anticoagulantes. A sí mismo, el personal de enfermería podrá identificar las áreas de oportunidad para mejorar la educación para la salud tanto para el paciente y cuidador primario, donde se le darán estrategias para mantener

estilos de vida saludables y con ello podrá llevar una adecuada anticoagulación que reducirá las posibles subanticoagulación o sobrecoagulación a corto y largo plazo, a su vez, se busca que esta investigación sea un iniciativa para que se realice un indicador de calidad enfocado en la prevención de complicaciones y estudios de investigación-acción aplicado al paciente anticoagulado.

CAPÍTULO II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

2.1 General.

Analizar los estilos de vida en pacientes anticoagulados vista desde el Modelo de Creencias de Salud.

2.2 Específico

Describir las prácticas y creencias de estilos de vida en pacientes anticoagulados.

Correlacionar los estilos de vida con la edad, género y tiempo de la enfermedad.

Comparar las prácticas y creencias en pacientes anticoagulados con sus medidas de resultados como el Rango Normalizado Internacional (INR).

2.3 Hipótesis

Considerando los estudios previos se espera que las prácticas y creencias en los pacientes anticoagulados son poco saludable repercutiendo en sus estilos de vida, por lo tanto, pueden repercutir de forma negativa con sus medidas de resultados como el Rango Normalizado Internacional (INR).

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO.

3.1 Anticoagulantes Orales (Antagonistas de la vitamina K)

3.1.1 Concepto

Son un tipo de medicamentos anticoagulantes orales que deben su denominación genérica a la excelente biodisponibilidad que tienen cuando se administran por vía oral. Los más utilizados son la warfarina y el acenocumarol, ambos derivados del dicumarol. Asimismo, son fármacos que modifican la coagulación de la sangre para que el coágulo no se forme dentro de los vasos sanguíneos, haciendo más difícil que se produzca una trombosis o una embolia, también, son agentes que previenen la coagulación sanguínea. Los pacientes con un consumo significativo son los portadores de afecciones cardiovasculares tales como: cardiopatías congénitas, isquémicas, cambios valvulares, arritmias, accidentes cerebro vasculares y aquellos que tiene riesgo trombótico.⁸ La eficacia de estos fármacos se han respaldado con numerosos estudios clínicos, con la finalidad de disminuir el riesgo de formación de trombos a nivel vascular.^{2,8,11,12}

3.1.2 Epidemiología

Según el análisis del perfil sociosanitario del paciente anticoagulado realizado por la Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados (FEASAN), se estima que en España 800,000 pacientes están anticoagulados, dicho estudio incluía a 17 millones de personas³. Los episodios trombóticos cobran miles de vidas al año además de ser una de las principales causas de discapacidad en el adulto. Un ejemplo de ellos es el Ictus (interrupción del flujo sanguíneo en alguna zona del cerebro) que genera en España de 120,000 a 130,000 nuevos casos al año y de estos el 60% muere o queda con alguna discapacidad.⁴ Es

importante comentar, que el tratamiento con anticoagulantes, es cada vez más utilizado, desde hace años esto se debe a que la población cada vez llega a una edad más avanzada que en otras épocas, lo cual genera problemas de salud propios de la edad, donde los anticoagulantes están mostrando su gran beneficio en el tratamiento.⁹

En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, según el Anuario estadístico 2014-2018, se otorgaron 39,192 consultas de las cuales 24,084 fueron de la Clínica de Anticoagulantes este es un dato importante referente a la población mexicana.

3.1.3 Mecanismo de acción

Los anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K, actúan inhibiendo el efecto hepático de la vitamina K. La vitamina K es inactiva como tal, por lo que, tras su administración, pasa por el hígado y se transforma en vitamina K hidroquinona (KH₂) mediante la participación de una vitamina K-reductasa. La KH₂ actúa como cofactor de una γ -glutamyl-carboxilasa que produce la carboxilación, de los residuos de ácido glutámico de los factores II, VII, IX y X; estos factores carboxilados ya están preparados para su activación y conversión en IIa, VIIa, IXa y Xa, por último, la KH₂ se reconvierte en epóxido de vitamina K (KO), el cual vuelven a convertirse en vitamina K mediante una epóxido-reductasa, inhibiendo de forma directa los factores de la coagulación dependientes de la vitamina K. El proceso de coagulación implica una serie de reacciones de activación de sustratos enzimáticos que suceden de forma consecutiva y van amplificándose en cada paso. La cascada de la coagulación se inicia con la activación del factor tisular (VIIa). La hemostasia se consolida con la progresiva generación local de factor X activado (Xa) y de trombina, que

genera la formación de fibrina a partir de la activación del Fibrinógeno. El resultado final es la aparición de un coágulo, constituido por una red tridimensional de fibrina, que deja atrapada entre sus fibras a proteínas, agua, sales y células sanguíneas. Los anticoagulantes son fármacos con mecanismos de acción muy diferentes, pero que coinciden en un punto final común: la disminución en la formación de fibrina a partir de la inhibición previa en la generación de la trombina.¹⁰

3.1.4 Farmacocinética

La biodisponibilidad de estos medicamentos es casi completa cuando se administran por vía oral. Los alimentos en el tubo digestivo disminuyen la tasa de absorción de los medicamentos, por lo que el anticoagulante debe de ser ingerido una hora antes o una hora después de consumir los alimentos. Las concentraciones máximas se alcanzan de 2 a 8 horas. El anticoagulante se une en un 99% a las proteínas plasmáticas principalmente. Estos fármacos se transforman en el hígado y los riñones, adoptando la forma de metabolitos inactivos y se eliminan por la orina y las heces fecales. Existen dos tipos de anticoagulantes orales para su uso clínico: el acenocumarol y la warfarina. En especial los compuestos cumarínicos tienen una vida media plasmática más larga que la warfarina y el inicio de su acción es un poco más lenta y de duración más prolongada.¹⁰

3.1.5 Indicaciones

Los anticoagulantes se indican para enfermedades en las que se desea prevenir una complicación trombótica. Por lo tanto, están indicados para evitar la formación de trombos o la extensión de un trombo existente en la parte más lenta de la circulación, donde el trombo se compone de una malla de fibrina

enredada con plaquetas y hematíes, la terapéutica con anticoagulantes orales tiene como finalidad verificar que el paciente se mantenga dentro del rango de hipocoagulabilidad definido como adecuado, según la patología por la cual se indicó el tratamiento.¹¹

La anticoagulación es un procedimiento que evita la formación de trombos, aunque el organismo posee mecanismos naturales de anticoagulación, se considera la utilización de métodos externos en circunstancias en las que se clasifica al paciente con alto riesgo de formar trombos, por ejemplo: fibrilación auricular, angina inestable, infarto agudo del miocardio, pacientes con prótesis valvulares mecánicas o biológicas, pacientes con endoprótesis coronaria (stent), tromboembolia pulmonar, trombosis venosa profunda, accidente vascular cerebral trombótico, trombos intracavitarios en el ventrículo izquierdo, alteraciones de la coagulación protrombóticas. Las principales desventajas son la interacción con fármacos y alimentos que modifican su metabolismo generando variabilidad en un mismo paciente e inestabilidad dosis-respuesta entre distintos pacientes. Esto obliga a monitorizar el tratamiento con mediciones periódicas del Rango Normalizado Internacional (INR). Hay tres métodos artificiales de anticoagulación:

- Intravenosa con heparina no fraccionada (HNF).¹¹
- Subcutánea con heparina de bajo peso molecular (HBM).¹¹
- Oral con antagonistas de la vitamina K (AVK).¹¹

3.1.6 Contraindicaciones

Por su parte, existen también unas contraindicaciones absolutas y relativas en cuanto a la administración de los anticoagulantes orales:

Absolutas¹²:

- Procesos hemorrágicos activos.
- Hipertensión arterial grave no controlable.
- Sangrado intracraneal reciente.
- Aneurisma intracerebral.

Relativas¹²:

- Retinopatía hemorrágica.
- Úlcera gastrointestinal activa.
- Mala absorción intestinal o dificultades para la ingesta.
- Alcoholismo activo.
- Imposibilidad para seguir las pautas correctamente (deterioro cognitivo, enfermedad mental).
- Caídas frecuentes.
- Alteraciones de la hemostasia o trombocitopenia.
- Epilepsia.
- Pericarditis con derrame.
- Gestación (contraindicados durante el primer trimestre y el último mes del embarazo).

3.1.7 Efectos adversos

El evento adverso más importante es el sangrado, cuya frecuencia aumenta cuando se administran en exceso estos fármacos que alteran la coagulación. Puede existir riesgo de hematoma epidural con procedimientos como la punción lumbar y la anestesia o analgesia epidural, además uno de los efectos secundarios que puede estar alterado es la Razón Normalizado Internacional (INR) en sangre, cabe mencionar, que si llegará a tener un valor igual o menor de 2 ISI , se elevaría el riesgo de poder padecer una embolia o trombosis a

consecuencia de un nivel tan bajo, por otro lado, si llega a ser mayor de 4 ISI existiría riesgo de padecer un sangrado, en pacientes con condiciones clínicas cardiovasculares el nivel óptimo de INR es 2-3.^{8,11} En el periodo de transición, habrá que identificar inicialmente qué pacientes pueden beneficiarse de determinado fármaco. Habrá que considerar cuestiones de eficacia, así como, de seguridad farmacológica, sobre todo en lo referente a la función renal y las interacciones a nivel hepático.^{8,11}

3.1.8 Rango Normalizado Internacional (INR)

El INR (de la sigla en inglés International Normalized Ratio), es la manera de estandarizar los valores obtenidos a través del Tiempo de Protrombina (TP) para el tratamiento y seguimiento de pacientes con tratamiento de anticoagulante oral, también es el Índice para comprobar el nivel de anticoagulación durante el tratamiento; es la razón del tiempo de protrombina de la persona entre el tiempo de protrombina testigo. El valor del Rango Normalizado Internacional permite estandarizar de manera internacional el grado de anticoagulación de los pacientes.¹²

Protrombina: es una proteína plasmática (factor II) producida por el hígado.

$$INR = \frac{PT_{pfe}}{PT_{ref}}$$

Paciente
Referencia

Valores de referencia de los tiempos de coagulación

Valores de laboratorio	Valores de referencia
TP	11-13 seg (segundos)
INR	1.1 ISI (Índice de Sensibilidad Internacional)

Valores de referencia del INR requeridos para cada condición clínica.¹²

- Válvula mecánica: 2.-2.5 ISI

- Válvula biológica: 2-3 ISI
- Fibrilación auricular sin Valvulopatías: 2-3 ISI
- Miocardiopatía dilatada: 2-3 ISI
- Cardiopatía isquémica: 1.5 ISI
- Angina inestable: 2.33 ISI
- Prevención de reincidencia de infarto: 2.5-3.5 ISI
- Evento vascular cerebral transitorio: 2.3 ISI
- Cardiopatías congénitas: 2-3 ISI

El tratamiento con anticoagulantes cumarínicos (acenocumarol y warfarina) debe ser supervisado estrechamente ya que la eficacia y la seguridad de estos fármacos dependen del mantenimiento del efecto anticoagulante dentro de un margen terapéutico definido, expresado como rango de INR. Cabe señalar que, los estilos de vida con énfasis en los hábitos alimenticios si no se llevan adecuadamente pueden repercutir de forma negativa en la adherencia del tratamiento, por lo tanto es importante orientar a la persona sobre la diferencia entre los alimentos ricos en vitamina K (>150ug) por ejemplo el betabel, espárragos, lechuga romana, brócoli, cebollin, coliflor cruda, nabo, nopal, espinacas, col de brúcelas, piñones, ciruela, kiwi, pasas, higos, habas y queso duro que modifican el efecto anticoagulante y los alimentos bajos en vitamina K (<50ug) por ejemplo champiñones, berenjena, rabano, jitomate, arroz, maíz, papa, bilillo, pasta, cacahuates, almendras, nueces, carne de cerdo, pescado, carnes madras, pollo, mariscos, pera mango, papaya, naranja, fesa, sandía, manzana, cereza, piña, chabacano, plátano, melón, frijoles, lentejas, garbanzos y soya, que no lo modifican, por consiguiente, los estilos de vida, la adherencia terapéuticas y el INR son variables que el paciente con anticoagulantes debe

de considerar en todo momento para no tener consecuencias a corto o largo plazo.¹²

3.2 Modelo de Creencias de Salud

3.2.1 Componentes

La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las prácticas y creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de gravedad). Por su parte, las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza se encuentran en función de la percepción sobre la eficacia de las medidas concretas, para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción de beneficios y barreras para la acción). Para completar este modelo, es importante mencionar los estímulos discriminativos internos o externos, que se constituyen son claves para actuar. Un estímulo interno puede ser el síntoma de alguna enfermedad, mientras que un estímulo externo puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad (influencias personales o institucionales).⁶

Se ha observado que las percepciones individuales como la percepción de vulnerabilidad y de gravedad tiene un impacto en la conducta previa del individuo, además, las variables demográficas como: sexo, edad, lugar de residencia, accesos a los servicios de salud, psicosociales entre ellas, la red de apoyo, incertidumbre, adaptación y afrontamiento respecto a la enfermedad que padece el sujeto, así como, el nivel socioeconómico y educativo, sin olvidar, las influencias personales e institucionales, son capaces de repercutir

de forma negativa en la percepción de amenazas del individuo, pero al mismo tiempo los estímulos internos o externos, la percepción de beneficios, las barreras para la acción pueden modificar de forma positiva los estilos de vida con mayor énfasis en sus prácticas y creencias. Adicionalmente, el concepto de autoeficacia ha sido adherido a algunas versiones del MCS. Sugirió que la autoeficacia es útil para entender comportamientos relacionados con el cuidado de la enfermedad crónica que requiere cambios del comportamiento en un largo período de tiempo.⁶ **(Anexo 1)**

3.2.2 Dimensiones

Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no únicamente del presente, sino también de la historia personal del sujeto. Se refieren a formas cotidianas de vivir que aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida.⁵⁻⁷ Incluyen entre otros la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados: La condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico y el sueño.¹³⁻¹⁸

3.2.3 Área de conocimiento

En la literatura se encontró que el MCS es aplicado por profesionales de salud en sus distintas áreas por ejemplo en el área de psicología^{5,7,13,22,23,30}, enfermería^{14,17,18,26,27,32} y medicina^{15,16,19-21,25,28,29,31,33} Por el contrario, también se puede aplicar este modelo en ciencias sociales como en el área de sociología²⁴, cabe mencionar que, este modelo fue diseñado para observar el

comportamiento de las personas relacionado con sus prácticas y creencias como factor principal, con esto se analizarían los estilos de vida de las personas sanas o enfermas.

3.2.4 Uso del Modelo

A través del tiempo se ha visto que el MCS es muy flexible ya que en los últimos años su utilidad ha sido bastante amplia para analizar los estilos de vida, tanto en hombres y mujeres sanos^{17,20,21,23,30,32,33} jóvenes universitarios^{5,7,13,22}, hombres fumadores¹⁶, personas con enfermedades crónicas degenerativas^{18,24,26,29} e infecciosas^{15,27}, trabajadores de la salud³¹, enfermeras o enfermeros¹⁴ y en cuidadores primarios de pacientes con enfermedades oncológicas en fase avanzada¹⁹. De la misma manera, existen más grupos poblacionales pero son artículos con más de 10 años de antigüedad. Por último, se han encontrado dos revisiones sistematizadas.^{25, 28}

3.2.5 Limitantes del Modelo de Creencias de Salud

El modelo es demasiado racionalista y se ha encontrado que muchas veces el sujeto no se comporta de forma consistente con sus creencias. El hecho de considerar que la percepción de riesgo es un acto individual que se desprende de la percepción de susceptibilidad de la enfermedad, no permite considerar la influencia de elementos sociales más objetivos derivados de ambientes en los que el sujeto está inmerso.⁶ El modelo resta importancia al elemento emocional individual y social suscitado ante determinada enfermedad.

3.3 Estilos de vida

3.3.1 Concepto

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el término de EV saludable como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento

identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Con el objetivo de reducir el exceso de mortalidad, morbilidad, discapacidad, promover EV saludables y reducir los riesgos para la salud.³⁵

El término Estilo de Vida (EV), “style of life o lifestyle” traducido al inglés, aparece en las ciencias sociales y psicológicas en diferentes momentos de su desarrollo y bajo diferentes perspectivas: asociado al estudio de los individuos y grupos, para comprender la identidad de grupos macro y microsociales, para analizar la causalidad del proceso salud-enfermedad.³⁴ A su vez, para que una actividad o comportamiento pueda ser considerado como parte del EV, tiene que cumplir las siguientes características: consistencia en el tiempo, es decir, repetición que no tiene que ser diaria pero sí debe ser periódica o episódica; consistencia interna, existencia de relación entre los constituyentes que dan solidez a la manera concreta de comportarse en un determinado entorno social; contrastable empíricamente en forma directa, al poder observar el qué y cómo se hace cotidianamente; así como, carácter funcional y adaptativo, toda forma de actividad, comunicación, hábitos, se convierte en estilo de vida si adquiere un sentido personal, funcional, en dependencia de la subjetividad y el contexto particular.³⁶⁻³⁷

3.3.2 Adquisición del estilo de vida

El EV está comprendido como el conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de una persona o como aquellos patrones de conducta individuales, que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en

dimensiones de riesgo o de seguridad, dependiendo de su naturaleza, incluye entre sus componentes el factor cognitivo. Específicamente, los EV saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer y/o mejorar su salud.³⁸

Por último, a través de intervenciones educativas de enfermería, se puede originar la modificación de conductas o comportamientos que ponen en riesgo la salud de las personas sanas, sin excluir a las que ya tiene una enfermedad de base. También, se pueden promover acciones enfocadas a prevenir y/o modificar hábitos y estilos de vida, sin embargo, es necesario realizar intervenciones de reforzamiento por un periodo para observar la eficacia de la educación para la salud brindada.³⁸

3.4 Relación del Modelo de Creencias de Salud aplicado en personas sanas o enfermas

En Colombia se hizo un estudio con jóvenes universitarios donde se identificó altos puntajes en los factores psicológicos óptimos, en las creencias y en las prácticas saludables. Así mismo, se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las variables medidas como afrontamiento dirigido al problema, satisfacción general, conducta prosocial, habilidades sociales, autoeficacia y creencias saludables, además, existe una correlación importante entre los factores psicológicos adaptativos con las prácticas y creencias saludables.¹³

Por otra parte, En México se hizo lo mismo pero con la adaptación de nuevos factores donde el análisis factorial exploratorio se obtuvieron 6 factores de acuerdo con lo planteado con la escala original. Las escalas de seriedad, beneficios y barreras percibidas, así como la de autoeficacia y motivación para

la salud obtuvieron los criterios necesarios para considerarse como medidas del MCS con validez y confiabilidad. Se concluye que la escala del modelo de creencias para la autoexploración de mama en mujeres jóvenes mexicanas presenta la misma estructura factorial que la original siendo válida y confiable para propósitos de investigación.³⁰

Por otro lado, se realizó un estudio con adolescentes y jóvenes mexicanos con diabetes mellitus tipo 1, para validar un nuevo instrumento para medir las creencias de salud para determinar el grado en que éstas afectan la adherencia al tratamiento y ser capaces de desarrollar campañas de mercadotecnia social más efectivas los reactivos de cada dimensión obtuvieron alfa de Cronbach y coeficientes de Guttman (de dos mitades) arriba del puntaje óptimo, lo que muestra una fiabilidad significativa. Adicionalmente, se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar la validez convergente y discriminante. El método de rotación utilizado fue varimax. Los reactivos muestran correlaciones altas con las dimensiones para las que fueron creados y de la misma forma, no muestran correlaciones altas hacia otros factores. Así mismo, los cinco reactivos propuestos para cada dimensión convergieron en el mismo factor, lo que confirmó que la escala cuenta con validez por convergencia y por discriminación.²⁴

También, se hizo un estudio en pacientes adultos con cardiopatía isquémica, para analizar las Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida. En su mayoría son poco saludables, mismos que se relacionan más con sus prácticas que con las creencias, independientemente de ser hombre o mujer. Esto se ve reflejado en cada una de las dimensiones cuando refieren saber que las conductas saludables como hacer ejercicio mejora la salud y evita enfermedades, es

mejor prevenir que curar, tienen más beneficios visitar frecuentemente al odontólogo o al médico, consumir agua, no comer alimentos grasosos, no fumar, dormir 7-8 hrs. diarias, entre otras; no obstante no lo llevan a la práctica y en su caso tener conductas no saludables que ocasionaron la enfermedad actual. Por otra parte, llama la atención que las personas con menos recursos económicos y bajo nivel educativo tienen menos creencias y prácticas saludables, datos que se deben considerar en futuros estudios de intervención.¹⁸

En Brasil se realizó un estudio con personas sanas para medir la percepción de riesgo en la infección por el nuevo coronavirus, que causa el COVID-19, cuestionario basado en modelo de creencias en salud, así como su validez y reproducibilidad. Las medidas de reproducibilidad fueron significativas para 22 de las 24 preguntas del cuestionario. La validez convergente fue atestiguada por el coeficiente de confiabilidad de la mitad dividida de Spearman-Brown. Las diferencias significativas entre los grupos fueron más significativas en las dimensiones de susceptibilidad y gravedad percibidas y menos en los beneficios y barreras percibidos.²³ De la misma forma, pero en mujeres sanas se hizo un estudio para evaluar los factores de riesgo por la inadecuación del cribado del cáncer del cuello de útero a partir del MCS. La percepción de las barreras fue un importante factor de riesgo para el cribado de la enfermedad, sufriendo modificación de efecto por las dimensiones de susceptibilidad y gravedad. Los resultados muestran la necesidad de incorporar aspectos subjetivos en la evaluación de las demandas de los sujetos de investigación, relacionados a la percepción de las usuarias y sus sentimientos ante el cribado

del cáncer, especialmente por comprender los factores que elevan el absentismo a esta práctica.¹⁷

Por otra parte, se hizo un estudio con enfermeras y enfermeros para Identificar las creencias en relación con el riesgo de transmisión del virus de hepatitis tipo B y el virus de hepatitis tipo C, en la exposición ocupacional. Se identificó que los enfermeros se consideraron susceptibles al virus mediante la realización de procedimientos invasivos y están en contacto con sangre u otros materiales biológicos en su trabajo de rutina y se señaló como principales obstáculos a la falta de atención a las medidas de seguridad y la disponibilidad de equipos de protección individual. Cambios en los hábitos y nuevas estrategias para la práctica de cuidados fueron considerados esenciales para la prevención y reducción de las exposiciones.¹⁴

En Etiopia se hizo un estudio para determinar la captación del servicio de detección del cáncer de cuello uterino en las mujeres, reveló que menos de una cuarta parte se han realizado pruebas de detección de cáncer de cuello uterino. La edad, los antecedentes de múltiples parejas sexuales, los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, el estado serológico del VIH, la susceptibilidad percibida al cáncer de cuello uterino, las barreras percibidas para el cribado de lesiones cervicales premalignas y el conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y el cribado fueron predictores importantes de la aceptación del servicio de cribado de cáncer de cuello uterino.²⁰ Asimismo, se hizo otro estudio pero en pacientes con tuberculosis, para evaluar el impacto del asesoramiento psicológico y la intervención sobre la adherencia al tratamiento. El nivel de no adherencia entre la intervención y control los grupos era casi el mismo. Sin embargo, después de la intervención, el nivel de no

adherencia disminuyó entre el grupo de intervención contra el grupo control. El asesoramiento psicológico y las intervenciones educativas resultaron en diferencias significativas con respecto a la no adhesión nivel entre la intervención y los grupos de control.¹⁵

Sin embargo, en Malasia se realizó una validación de un nuevo instrumento con un enfoque en el autoexamen de mama (BSE) y la mamografía de detección en mujeres. El análisis factorial reveló nueve factores exploratorios: autoeficacia de la mamografía, barreras percibidas de la autoexploración de mama y la mamografía, susceptibilidad percibida del cáncer de mama, gravedad percibida del cáncer de mama, señales de acción para el cribado de la mamografía, beneficios percibidos de la autoexploración de mama, motivación para la salud, beneficios percibidos de la mamografía y autoeficacia de la autoexploración. Con un total de 54 elementos que en conjunto representó un adecuado porcentaje de la varianza observada. Los nueve factores tienen una buena coherencia interna con un alfa de Cronbach óptimo para cada ítem, la escala también mostró una buena validez convergente y discriminante.²¹

Cabe mencionar que, en Irán se realizó un estudio para Investigar el efecto de la intervención educativa basada en prevención del cáncer bucal en hombres fumadores. Los resultados obtenidos muestran que, antes de la intervención educativa, no existían diferencias significativas entre los grupos experimentales y control en conocimiento, susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos, claves para la acción, autoeficacia y conductas de prevención del cáncer bucal; sin embargo, 6 meses después de la intervención educativa, el experimento grupo mostró una mejora significativa en los factores

mencionados, excepto en las barreras percibidas. Además, sobre las barreras percibidas, grupo experimental tiene una reducción más significativa que grupo de control.¹⁶

En Cuba se realizó un estudio con cuidadores de pacientes con enfermedades oncológicas en fase avanzada, para determinar las creencias en salud y la percepción de sobrecarga. Perciben amenaza a su salud a partir de su desempeño e identifican barreras y dificultades en el apoyo espiritual y material proveniente del personal sanitario y la falta de información para ejercer con éxito su papel de cuidador. Reconocen como beneficios la necesidad de una comunicación clara proveedora de información y la identificación de otro familiar que colabore con el cuidado al paciente a fin de cumplir la máxima de cuidador-cuidado.¹⁹

En la revisión sistematizada realizada por Concha y cols²⁵, las creencias identificadas corresponden a la relación de infección por Virus del Papiloma Humano y cáncer de cuello uterino en donde en general esta asociación es reconocida; creencias en relación al riesgo de contraer la infección por Virus del Papiloma Humano asociado al nivel de conocimiento; estoicismo; negación y pesimismo presente preferentemente en las mujeres en donde niegan su enfermedad postergando su diagnóstico y tratamiento por mantener el bienestar de la familia.

Tabla. I Síntesis de la evidencia científica relacionada con el Modelo de Creencias de Salud aplicado en personas sanas o enfermas.

Autor	País	Idioma	Tipo y diseño	Muestra	Instrumento	NE/GR
Gómez-Acosta	Colombia	Español	Observacional Prospectivo	n= 570 estudiantes universitarios.	Inventario de Salud Mental Positiva. Cuestionario de formas de afrontamiento. Escala general de Autoeficacia. Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida.	III/C
Reina	Cuba	Español	Cohorte	n =10 cuidadores de pacientes con enfermedades oncológicas en fase avanzada.	Adaptación de Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida.	Ib/B
Malaguti-Toffano	Brasil	Portugués	Observacional Prospectivo	n= 27 enfermeras y enfermeros.	Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida.	III/C
Juarez-García	México	Español	Transversal y descriptivo	n= 999 estudiantes universitarios.	Adaptación de Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida.	III/C
Tola	Etiopia	Inglés	Ensayo Clínico Aleatorizado	n= 698 pacientes con tuberculosis	Adherencia terapéutica Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida.	Ib/A
Costa	Brasil	Portugués	Transversal, descriptivo	n=276 personas sanas.	Adaptación del Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida.	III/C
Bayu	Etiopia	Inglés	Descriptivo Transversal.	n= 1286 mujeres sanas.	Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida.	III/C
Jeihooni	Irán	Inglés	Cuasi experimental	n= 200 hombres fumadores.	Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida.	Ib/B
Norfariha	Malasia	Inglés	Descriptivo Transversal	n=102 mujeres sanas.	Validación del Instrumento Modelo de creencias en salud (HBM) con un enfoque en el autoexamen de mama (BSE).	III/C
Calderón	México	Español	Descriptivo Longitudinal.	n= 26, 26, 35 Adolescentes y jóvenes con diabetes mellitus tipo 1.	Validación de Escala de creencias de salud en diabetes tipo 1 para el contexto mexicano.	III/C

Autor	País	Idioma	Tipo y diseño	Muestra	. Instrumento	NE/GR
Russo	Brasil	Portugués	Casos y Controles	n=640mujeres sanas.	Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida	IIb/B
Concha	Chile	Español	Revisión sistematizada	n= 45 artículos.	Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida.	IV/C
Cadena-Estrada	México	Español	Descriptivo, Longitudinal	n=83 pacientes adultos con cardiopatía isquémica	Cuestionario de prácticas y creencias sobre el estilo de vida.	III/C

CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODOS.

4.1 Tipo y diseño

Se realizó un estudio cuantitativo con el diseño analítico, prospectivo y transversal sobre los estilos de vida en pacientes anticoagulados vista desde el Modelo de Creencias de Salud en un hospital de alta especialidad de la Ciudad de México durante el año 2020 y 2021, en el área de consulta externa.

4.2 Población

Los sujetos de investigación fueron adultos que estén tomando fármacos anticoagulantes, que acuden al servicio de Consulta Externa de la Clínica de Anticoagulantes del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

4.3 Muestra

En el 2018 se otorgaron 39,192 consultas de las cuales 24,084 fueron de la Clínica de Anticoagulantes en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, según el anuario estadístico 2014-2018. La selección de la muestra fue probabilística muestreo aleatoria simple, se calculó para población finita, con un intervalo de confianza de 95%, error 6%, tamaño del efecto 84% y un valor de Z_{α} 1.96, la cual arrojó un resultado de 153 sujetos de investigación.

4.4 Muestreo

Datos

$N=4,800$ citas en la consulta externa anual[†]

$Z_{\alpha}^2= 1.96$

$p=0.84$ (tamaño mínimo del efecto)

$q=1-p= 0.16$

$e=0.06^2$ (error de estimación máximo aceptado)

Fórmula

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * N * p * q}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Sustitución

$$n = \frac{(1.96)^2 (4800) (0.84) (0.16)}{(0.06)^2 (4800-1) + 1.96^2 (0.84) (0.16)}$$

Sustitución

$$n = \frac{2477.26}{20.49}$$

Resultado

$$n = 153 \text{ sujetos de investigación}$$

[†] Promedio anual tomado del informe estadístico 2014-2018 de la Subdirección de planeación, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

4.5 Criterios de selección

4.5.1 Inclusión:

Pacientes adultos de ambos sexos mayores de 18 años de edad que estén tomando fármacos anticoagulantes con un tiempo mayor a tres meses que vivan en la Ciudad de México y área conurbada que asistió a la Consulta Externa de la Clínica de Anticoagulantes del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

4.5.2 Exclusión:

Pacientes que no acepten el consentimiento informado, que hablen un idioma diferente al español y aquellos que no saben leer ni escribir.

4.5.3 Eliminación:

Pacientes que sean originarios de otro país, así como, pacientes que murieron durante el transcurso del estudio y pacientes que quisieron salir del estudio voluntariamente e instrumentos que no fueron contestados en más del 90%.

4.6 Operacionalización de variables

Nombre de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable	Escala de medición	Código o valor
Prácticas	Ejercitar o poner en práctica algo que se ha aprendido a lo largo de la vida de una persona.	Ejercicio o realización de una actividad de forma continuada o espaciada y conforme a sus reglas.	La condición y actividad física. Ítems 1-6	Cualitativa Ordinal	1= No saludable 2= Poco saludable 3= Saludable 4= Muy saludable	Muy saludable 208-276 Saludable 139-207 Poco saludable 70-138 No saludable <69
			La recreación y el manejo del tiempo libre. Ítems 7-11			
			El autocuidado y cuidado médico. Ítem 12-32			
			Los hábitos alimenticios. Ítems 33-49			
			El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Ítems 50-59			
			El sueño. Ítems 60-69			
Creencias	Firme asentimiento y conformidad con algo.	Idea o pensamiento que se asume como verdadero en una persona.	La condición y actividad física. Ítems 70-74	Cualitativa Ordinal	Muy saludable 142-188 Saludable 95-141 Poco saludable 48-94 No saludable <47	1= No saludable 2= Poco saludable 3= Saludable 4= Muy saludable
			La recreación y el manejo del tiempo libre. Ítems 75-78			
			El autocuidado y cuidado médico. Ítem 79-91			
			Los hábitos alimenticios. Ítems 92-98			
			El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Ítems 99-109			
			El sueño. Ítems 110-116			

Nombre de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable	Escala de medición	Código o valor
Estilos de vida	Modo, manera, forma de comportamiento de un individuo conforme a su manera de vivir.	El conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos de una persona.	Ítems 1-116	Cualitativa Ordinal	Muy saludable 349-464 Saludable 233-348 Poco saludable 117-232 No saludable <117	1= No saludable 2= Poco saludable 3= Saludable 4= Muy saludable

Nombre de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Código o valor
Anticoagulantes	Fármaco que se utiliza para inhibir el proceso de coagulación o formación de trombos.	Medicamentos que intervienen en la cascada de coagulación.	Cualitativa nominal	Fármaco que toma	1=Acenocumarol 2=Warfarina
Sexo	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Identidad sociocultural de la persona que está escrita en el carnet de citas médicas.	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	1= Masculino 2= Femenino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona, en espacio de años, que han corrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Número de años de vida que tiene una persona desde su nacimiento hasta la actualidad.	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos	Dato duro
Tiene hijos	Individuo que es producto de la unión de dos cigotos (Ovulo y espermatozoide).	Es el descendiente directo de una persona ya sea hombre o mujer.	Cualitativa Nominal	Si No	1= Si 2= No
Número de hijos	Suma del total de hijos que tiene una mujer u hombre.	Cantidad de hijos que tiene una familia independientemente de su clasificación.	Cuantitativa Discreta	Cantidad de hijos	Dato duro
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.	Clase o condición de una persona en el orden social.	Cualitativa Nominal	Estado civil actual	1= Soltero 2= Casado
Diagnóstico Médico	Juicio y procedimiento mediante el cual se identifica una Enfermedad o padecimiento que afecta la salud del individuo.	Juicio y procedimiento mediante el cual se identifica una enfermedad, el cual se encuentra en la hoja de valoración médica.	Cualitativa Nominal	Diagnóstico médico actual	1= Valvulopatías 2= Cardiopatías congénitas 3= Cardiopatías 4= Trastornos del ritmo

Nombre de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	5= Desconocido Código o valor
Actividad laboral	Condición de ser contratado en una actividad o servicio por un salario o pago.	Capacidad del individuo para desempeñar una actividad de trabajo en la actualidad.	Cualitativa Nominal	Actividad actual por la cual recibe un pago	1= Empleado 2= Desempleado
Entidad federativa	Cada uno de los 32 estados miembros del estado federal de los Estados Unidos Mexicanos.	Lugar de procedencia del paciente en la actualidad.	Cualitativa Nominal	Residencia actual	1= Ciudad de México 2= Oaxaca 3= Puebla 4= Guanajuato 5= Veracruz 6= Morelos 7= Estado de México 8= Hidalgo 9= Campeche 10= Guerrero 11= Baja califonia sur 12= Michoacán
Integrantes de la familia	Es un grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja o como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.	Personas que componen una familia, los cuales viven en el mismo lugar en donde se encuentra el paciente en la actualidad.	Cualitativa Nominal	Personas con las que convive en casa	1= solo 2= Esposa o esposa 3= Esposa/so e hijos 4= Padres 5= Padres y hermanos 6= Padres e hijo 7= Tios y tias 8= hermanos 9= Hermanos e hijos 10= Hijos
Tiempo de la enfermedad	Periodo en años que se empiezan a contar desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la actualidad.	Años que tiene de padecer la enfermedad.	Cuantitativa Discreta	Años	Dato duro
Número de medicamentos que consume	Número total de fármacos anticoagulantes de tipo tabletas, capsulas, pastillas o grageas que toma en un lapso de tiempo.	Numero de medicamentos anticoagulantes que consume al día.	Cuantitativa Discreta	Numero de medicamentos	Dato duro

Nombre de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Código o valor
Recuerda el nombre de los medicamentos	Nombres de los fármacos que consume durante el lapso que padece su enfermedad.	Nombre de los medicamentos sea comercial o la formula farmacéutica que recuerde durante su tratamiento farmacológico.	Cualitativa nominal	Si No	1= Si los conoce 2= No los conoce
Valor del Índice Internacional Normalizado (INR)	Es la razón del tiempo de protrombina de la persona entre el tiempo de protrombina testigo.	Valor registrado por medio del coagulómetro portátil.	Cualitativa discreta	Numero registrado en el carnet	Dato duro
Riesgo de trombosis o sangrado	Posibilidad de que se produzca una trombosis o sangrado como efecto adverso y que sufra perjuicio o daño al paciente.	Nivel bajo de INR riesgo de sufrir coagulación sanguínea y nivel alto riesgo de sufrir sangrado.	Cualitativa Ordinal	Riesgo de sufrir una complicación derivada del anticoagulante	1= Nivel bajo 2= Nivel optimo 3= Nivel alto

4.7 Instrumento de recolección de datos

El instrumento prácticas y creencias sobre estilos de vida Arrivillaga et al.^{5,7}, fue validado a partir de dos fuentes: validación por jueces, para lo cual se seleccionaron expertos en el campo de psicología clínica y de la salud, quienes evaluaron el instrumento, teniendo en cuenta la pertinencia, suficiencia y redacción de cada uno de los ítems; y prueba piloto a partir de las recomendaciones de los jueces. Este instrumento ha sido aplicado en varios países de Latinoamérica como es el caso de Colombia^{5,7,13}, Brasil^{14,17,23}, México^{18,22,24,30}, Cuba¹⁹, Chile²⁵, Estados Unidos^{27,29}. De la misma forma también en países de Asia como, Iran¹⁶, Malasia²¹, China^{26,32}, Singapur²⁸, India³³, y por último, en el continente Africano como es el caso de Etiopia^{15,20}. El segundo fue el índice de validez interna con un alfa de Cronbach >0.83, medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) 0.85, Chi-cuadrado (χ^2) aproximadamente 34584.666 y (p) 0.00.

El instrumento está constituido por dos apartados:

- Parte I. Datos sociodemográficos, constituidos por las variables de sexo, edad, estado civil, si tiene hijos, cuántos hijos tiene, qué edades tienen sus hijos, ocupación, procedencia, ¿con quién vive?, diagnóstico médico, tiempo de padecimiento, número de medicamentos que consume, por último, si recuerda el nombre de los medicamentos.
- Parte II. Está constituido por 116 ítems dividido en dos subsecciones; la primera es acerca de Prácticas de salud donde se encuentran 69 preguntas con una escala de respuesta tipo Likert donde 1=Nunca a 4=Siempre, donde a mayor puntaje refleja prácticas muy saludables y por el contrario poco saludables. La segunda parte es acerca de las

Creencias de salud donde está constituido por 47 preguntas con una escala de respuesta tipo Likert donde 1=Totalmente desacuerdo a 4=Totalmente de acuerdo, donde a mayor puntaje creencias muy saludables y viceversa, la suma de los 116 ítems dará un puntaje final donde a menor puntaje estilos de vida poco saludable y a mayor puntaje estilos de vida muy saludables. Este instrumento cuenta con las siguientes dimensiones:

Dimensiones	Practicas	Creencias Ítems
Condición y actividad física.	1-6	70-74
Recreación y el manejo del tiempo libre.	7-11	75-78
Autocuidado y cuidado médico.	12-32	79-91
Hábitos alimenticios.	33-49	92-98
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	50-59	99-109
Sueño.	60-69	110-16

4.8 Método

Para limitar el riesgo de sesgo en la recolección de los datos se procederá a estandarizar a través de los siguientes pasos.

1. Se solicita la revisión y dictamen del Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez para realizar la investigación.
2. Se le explica a la Jefe del servicio de Consulta Externa sobre el estudio de investigación, a su vez, se le hace entrega del acuse del Comité de Ética en Investigación para la recolección de datos.

3. Se invitará a los potenciales participantes al estudio de manera verbal en la sala de espera de la consulta externa de la clínica de anticoagulantes.
4. Se solicitará su consentimiento informado a los participantes del estudio respetando los principios bioéticos como autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.
5. Se procederá a explicar de forma detallada al participante como deberá contestar el instrumento que es autoaplicable (el investigador proporciona su privacidad).
6. El investigador procederá a revisar que el instrumento se haya contestado al 100% de lo contrario se le solicitará que responda las preguntas faltantes.
7. Se agradecerá al participante el haber contribuido en la investigación y se le explicará que su identidad está protegida y sus datos personales.
8. Se procede a resguardar los instrumentos contestados en una carpeta.

4.9 Análisis de datos

El análisis de los datos se realizará a través del programa estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 22. El análisis se realizó a través de estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para variables cualitativas (sexo, estado civil, si tiene hijos, ocupación, procedencia, ¿con quién vive?, diagnóstico médico, recuerda el nombre de los medicamentos que consume, riesgo de sangrado o trombosis, practicas, creencias y EV) así como medidas de tendencia central y medidas de dispersión para las variables cuantitativas (edad, cuántos hijos tiene, que edades tienen sus hijos, tiempo de padecimiento, numero de medicamentos que consume y nivel del INR) de acuerdo, a la dispersión de los datos, así mismo, se realizó estadística

inferencial con pruebas de correlación, considerando como estadísticamente significativo la $p < 0.05$.

4.10 Consideraciones éticas

En la presente investigación se establece que serán respetados los principios de autonomía de los participantes al darles la libertad de expresar su aceptación o rechazo de participación. La presente investigación se respetó los principios internacionales establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial³⁹, Informe de Belmont⁴⁰, Código de Núremberg⁴¹.

El investigador principal se comprometió a mantener los datos recolectados bajo resguardo y confidencialidad apeguándose a lo establecido en la Norma oficial Mexicana 012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos⁴², ley General en Materia de Investigación para la Salud⁴³, el Marco ético legal de México para enfermeras y enfermeros en México⁴⁴ y el código de conducta del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, esta investigación es considerada de bajo riesgo, ya que no se realiza ninguna maniobra.

Asimismo, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios: serán respetados los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia. Se dará información completa respecto a la investigación a cada uno de los pacientes que participen en el estudio. Se resguardará la información personal de cada participante. Se contará con el consentimiento informado y voluntario por escrito del sujeto de investigación.

Por último, la investigación se llevará a cabo cuando se obtenga el Consentimiento informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

CAPITULO V. RESULTADOS

En la población de estudio, predominaron las mujeres (79%), con una media de edad de 60.19 ± 14.41 años, en su mayoría al momento del estudio se encontraban casados (58.6%), seguido de aquellas personas se encontraban solteros (41.4%), casi todos tienen hijos (83.2%), el número de hijos que tienen los sujetos de estudio en promedio fue de 2.51 ± 2.0 , la principal actividad laboral que desempeñan en los últimos doce meses son desempleados (62.5%), más de la mitad actualmente se encuentran como empleados (37.5%), la residencia en su mayoría es la Ciudad de México (54.6%), seguida por el Estado de México (32.2%), al momento de responder con quien viven, en su mayoría viven con sus hijos (29.6%), el 21.1% respondió que con su cónyuge e hijos, o con hermanos (9.9%), solo una minoría vive solo actualmente (9.2%), el diagnóstico médico que predominó fueron las prótesis valvulares (41.4%), seguida de cardiopatías (30.9%), trastornos del ritmo (25%) y cardiopatías congénitas (2.6%), conforme al tiempo de padecer su enfermedad se encontró que el 50% de los sujetos tienen 10 años con su enfermedad, el número de medicamentos anticoagulantes orales que consumen para tratar su enfermedad fueron en promedio 1.05 ± 0.25 y más de la mitad de la población de estudio si recuerdan el nombres de los medicamentos que toman para tratar su padecimiento (68.4%), un dato importante es el Rango Normalizado Internacional (INR) donde en promedio fue 2.53 ± 0.88 , por lo tanto, el 66.4% no existía un riesgo de sufrir trombosis o sangrado derivado al tratamiento con anticoagulantes (tabla 1 y 2).

De acuerdo con resultados obtenidos en el estudio se pudo observar que los estilos de vida que llevan los sujetos son saludables (94.1%), solo una minoría

lo llevan poco saludable (5.9%), conforme a las practicas que ejercen para mantener un estilo de vida saludable se encuentran saludables (78.9%), seguido de poco saludable (19.7%), solo un pequeño porcentaje en el estudio están en muy saludable (1.3%) y por último, las creencias que tienen para mantener sus estilos de vida están en saludables (90.1%), seguido por muy saludable (7.9%) y solo una pequeña minoría de los sujetos están en poco saludable (2%) (tabla 3).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pacientes anticoagulados.

	n=152 Fr (%)
Sexo	
Masculino	73 (48)
Femenino	79 (52)
Estado civil	
Casado	89 (58.6)
Soltero	63 (41.4)
Tiene hijos	
Sí	127 (83.6)
No	25 (16.4)
Actividad laboral	
Empleado	57 (37.5)
Desempleado	89 (58.6)
Entidad federativa	
Ciudad de México	83 (54.6)
Edo México	49 (32.2)
Oaxaca	3 (2)
Puebla	1 (0.7)
Guanajuato	1 (0.7)
Veracruz	1 (.7)
Hidalgo	2 (1.3)
Guerrero	5 (3.3)
Baja california	2 (1.3)
Michoacán	5 (3.3)
Con quien vive	
Solo	14 (9.2)
Esposo o esposa	26 (17.1)
Esposa/o e hijos	32 (21.1)
Padres	11 (7.2)
Padres y hermanos	3 (2)
Padres e hijos	4 (2.6)
Hermanos	15 (9.9)

Hermanos e hijos	2 (1.3)
Hijos	45 (29.6)
Diagnóstico Médico	
Valvulopatías	63 (41.4)
Cardiopatías congénitas	4 (2.6)
Cardiopatías	47 (30.9)
Trastornos del ritmo	38 (25)
Recuerda el nombre del medicamento	
Si los conoce	104 (68.4)
No los conoce	48 (31.6)
Riesgo de trombosis o sangrado	
No riesgo	101 (66)
Sangrado	35 (23)
Trombosis	16 (10.5)

Tabla 2. Datos sociodemográficos de los pacientes anticoagulados.

Variable	Min	Max	\bar{X}	DE	Q25	Q50	Q75
Edad	19	98	60.19	14.41	52	62	70
Cuántos hijos tiene	0	10	2.51	2.00	1	2	3
Qué edad tiene	18	70	28.59	17.59	18	32	40
Tiempo de padecer la enfermedad	1	64	14.07	13.62	4	10	19
Número de medicamentos que consume	1	3	1.05	1	1	1	1
Nivel del Índice Internacional Normalizado	1	6	2.53	.88	2	2.30	2.90

Tabla 3. Niveles del Modelo de Creencias de Salud en los pacientes anticoagulados.

Nivel	Estilos de vida n= 152 Fr (%)	Prácticas n= 152 Fr (%)	Creencias n= 152 Fr (%)
Muy saludable		2 (1.3)	12 (7.9)
Saludable	143 (94.1)	120 (78.9)	137 (90.1)
Poco saludable	9 (5.9)	30 (19.7)	3 (2)

En la dimensión de condición, actividad física y deportes en el área de prácticas se encuentran en poco saludable (53.9%) a saludable (37.5%), esto se debe a que los sujetos de investigación hacen algunas veces ejercicio como caminar, trotar o jugar algún deporte (38.2%), con ello mantiene un peso corporal estable (28.9%), asimismo, se identificó que tienen de muy saludables (64.5%) a saludables (30.3%) creencias porque, en su mayoría están totalmente de acuerdo en que la actividad física ayuda a mejorar la salud (70.4%), al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades (80%) y con el ejercicio mejora el estado de ánimo (48.7%).

En recreación y manejo del tiempo en cuanto a sus prácticas están en saludables (50%) a poco saludable (28.3), porque, siempre comparten con su familia y/o amigos el tiempo libre (38.8%), también, algunas veces dedican en su tiempo libre actividades de recreación (42.1%), pero, en cuanto a sus creencias están en saludables (65.8%) a muy saludables (27.6%) debido a que están totalmente de acuerdo en que es importante compartir actividades de recreación con la familia y los amigos (59.9%) además están de acuerdo que el descanso es importante para la salud (53.9%).

En el autocuidado y cuidado médico en prácticas se hallan en poco saludable (21.1%) a saludable (76.3%), los participantes mencionan que siempre van al médico (40.8%), checan su presión arterial (48%), realizan exámenes de colesterol, triglicéridos y glucosa (45%) por lo menos una vez al año, también, observan su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos (33.6%), por otra parte, las mujeres refieren que algunas veces se toman una citología vaginal (21.7%) y los hombres frecuentemente se realizan antígeno prostático (11.8%) anualmente, en sus creencias se ubican en saludable (85.5%) a muy

saludable (8.6%) porqué, están totalmente de acuerdo a que cada persona es responsable de su salud (73%), que es mejor prevenir que curar (61.2%), que el estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento (34.9%) y están en desacuerdo en que es difícil cambiar comportamientos no saludables (40.8%).

En hábitos alimenticios los sujetos de estudio llevan practicas muy saludables (82.9%), solo una minoría llevan practicas poco saludables (15.1%), debido a que algunas veces añade sal a las comidas de la mesa (43.4%) y azúcar a las bebidas de la mesa (44.7%), por otra parte, nunca consumen más de cuatro refrescos a la semana o consumen productos ahumados (39.5%), algunas veces consumen comidas rápidas (54.6%) y frecuentemente su alimentación incluye vegetales, frutas, pan, cereal, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteínas (29.6%), que se asemejan a sus creencias donde están de saludables (69.1%) a poco saludables (19.1%) debido a que están de acuerdo a que comer en exceso es dañino para la salud (38.2%) también, están en desacuerdo que entre más grasosita la comida es más sabrosa (40.8%) y entre más flaco más sano (44.7%).

En cuanto a su consumo de alcohol, tabaco y otras drogas llevan practicas poco saludable (68.4%) y una cuarta parte están en saludable (22.4%) puesto que, los sujetos de investigación nunca consumen drogas (77.6%) cigarros (75%) o bebidas embriagantes (69.7%) y menos cuando se enfrentan a situaciones de angustia o problemas de su vida personal (77.6%), a su vez, sus creencias están en saludable (67.1%) a poco saludable (25.7%) ya que, están totalmente de acuerdo que dejar de fumar es cuestión de voluntad (52.6%), que las bebidas embriagantes son dañinas para la salud (38.8%), también, están de

acuerdo que consumir uno o dos cigarrillos son dañinos para la salud (37.5%) y que el café le permite estar despierto (28.9%).

Por último, la dimensión de sueño las prácticas son saludables (66.4%) a poco saludables (30.3%), debido a que siempre duermen al menos 7 horas diarias (42.1%), de igual forma, algunas veces descansan bien y se levantan descansados (45.4%) y se desvelan (50.7%), así mismo, muestran similitudes con sus creencias donde muestran que son saludables (64.5%) a poco saludable 14.5%, debido que, están de acuerdo a que si no duermen al menos ocho horas diarias no funcionan bien (47.4%), además, están totalmente en desacuerdo que dormir mucho da anemia (38.1%) y que si toma café o refresco de cola después de las 6:00pm no puede dormir (15.1%) (tabla 4).

Los estilos de vida en cuanto a las creencias tienden a ser más saludables en cuanto se incrementa la edad ($r= 0.163$, $p=0.45$) y tiempo de la enfermedad ($r=0.161$, $p=0.48$). Se encuentra que los hombres comparado con las mujeres se perciben con mejores estilos de vida sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa ($t=1.83$, $gl=0.150$, $p=0.069$), asimismo, las prácticas de estilos de vida son mejores entre de los hombres; no obstante las creencias de estilos de vida son semejantes en ambos grupos (tabla 5).

Tabla 4. Dimensiones de prácticas y creencias del Modelo de Creencias de Salud en paciente anticoagulado.

DIMENSIÓN	n= 152							
	Fr (%)							
	Muy saludable		Saludable		Poco saludable		Nada saludable	
	Practicas	Creencias	Practicas	Creencias	Practicas	Creencias	Practicas	Creencias
Condición, actividad física y deporte	10 (6.6)	98 (64.5)	57 (37.5)	46 (30.3)	82 (53.9)	7 (4.6)	3 (2)	1 (0.7)
Recreación y manejo del tiempo	32 (21.1)	42 (27.6)	76 (50)	100 (65.8)	43 (28.3)	10 (6.6)	1 (0.7)	
Autocuidado y cuidado medico	4 (2.6)	13 (8.6)	116 (76.3)	130 (85.5)	32 (21.1)	9 (5.9)		
Hábitos alimenticios	3 (2.9)	18 (11.8)	126 (82.9)	105 (69.1)	23 (15.1)	29 (19.1)		
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	3 (2)	11 (7.2)	34 (22.4)	102 (67.1)	104 (68.4)	39 (25.7)	11 (7.2)	
Sueño	5 (3.3)	11 (7.2)	101 (66.4)	102 (67.1)	46. (30.3)	39 (25.7)		

Tabla 5. Comparación del Modelo de Creencias de Salud entre hombres y mujeres.

	n=73 Hombres	n=79 Mujeres
	$\bar{X} \pm DE$	$\bar{X} \pm DE$
Estilos de vida	279.78 \pm 21.60	272.48 \pm 26.96
Practicas	157.33 \pm 17.38	150.29 \pm 20.48
Creencias	122.45 \pm 12.91	122.19 \pm 14.54

Prueba T de Student, *p<0.05.

CAPITULO VI. DISCUSIÓN

En el presente estudio se observó una mayor prevalencia en mujeres que consumen anticoagulantes orales comparado con los hombres estos hallazgos son diferente con lo descrito por Zulkifly⁴⁵, Silva⁴⁶ donde hacen mención que el sexo que predominan es el masculino, conforme al estado civil los participantes estaban casados y vivían solos, una minoría se encontraban laborando como empleados, estos hallazgos concuerdan con lo descrito por Álvarez-Gomez y Cols⁴⁷. Estos datos son de suma importancia para la práctica de enfermería, ya que para realizar una intervención enfocada en la identificación de los estilos de vida, ésta deberá adaptarse a los datos sociodemográficos enfocándose en el lenguaje, cultura, etnia, creencias, prácticas y capacidad cognitiva del paciente.

A través del MCS el profesional de enfermería podrá conocer la importancia de este modelo, debido a que si se utiliza de forma correcta se puede identificar si los estilos de vida de una persona son saludables o no, el profesional de salud basado en sus competencias, habilidades y actitudes puede hacer varias estrategias dirigidas al paciente que consume anticoagulantes orales, para pueda mejorar los hábitos alimenticios, con ello se disminuye el riesgo de una mala anticoagulación, además, puede hacer que el riesgo de sobre peso u obesidad disminuya de forma considerable, cabe mencionar que, un correcto descanso y sueño le ayuda a la persona a que tenga mayor energía y pueda hacer sus actividades de la vida diaria, así como, fomentar la actividad física, siendo esta uno de los beneficios cardioprotectores para evitar el desarrollo de enfermedades cardiovasculares: dislipidemia, arterioesclerosis, síndrome isquémico coronario agudo, a su vez, mejorar el autocuidado le permite al

individuo tener mayor control para llevar una vida saludable y sin complicaciones con ello su calidad de vida será mejor, por último, el brindar información sobre las consecuencias en el abuso de sustancias tóxicas para el organismo como lo es: el alcohol, el cigarro y otras drogas, pueden influir de forma positiva para que la persona deje alguna toxicomanía para evitar el daño a nivel celular de diversos aparatos y sistemas del cuerpo humano, a su vez, no tendrá un factor de riesgo para futuras enfermedades.

Los estilos de vida son patrones de comportamientos individuales, que tiene cierta consistencia en el tiempo, que interaccionan con aspectos cognitivos, sociales, económicos y ambientales que se ven reflejado tanto en sus prácticas y creencias de salud. Al respecto, Cadena-Estrada¹⁸, refiere que las personas con menos recursos económicos y bajo nivel educativo tienen menos creencias y prácticas saludables, por lo tanto, un componente de los estilos de vida, son los hábitos alimenticios, donde los recursos económicos deben de considerarse, porque, no se le puede pedir a una persona que tenga estilos de vida saludable con dieta mediterránea, equilibrada, nutritiva y variada, para que tenga una adecuada anticoagulación mediante la medición periódica del Rango Normalizado Internacional (INR), cuando en ocasiones no tienen para comprar los alimentos básicos para satisfacer la necesidad de alimentación, o bien, tiene que comprar los fármacos anticoagulantes que sobrepasan el precio del salario mínimo.

Cabe señalar que, los hábitos alimenticios son el principal componente donde el paciente anticoagulado tiene que hacer modificaciones para llevar una adecuada anticoagulación según una revisión sistematiza de Violi⁴⁸, puesto que la mayoría de los alimentos que consumen, tienen una mayor cantidad de

vitamina K y los pacientes no tienen el conocimiento para diferenciarlos, esto pudiera hacer variaciones sobre su anticoagulación, ocasionando una subcoagulación o por lo contrario una sobrecoagulación, por lo tanto, el equipo multidisciplinario debe de hacer un mayor énfasis en la alimentación del paciente anticoagulado, por medio de consejerías educativas, material didáctico y una valoración periódica para llevar una dieta completa, equilibrada, inocua, suficiente, variada y adecuada con un bajo costo para la economía del paciente, ya que recordemos que la mayoría vienen del área conurbada y son aquellos que tienen menos ingresos económicos.

El autocuidado y cuidado médico, forma un pilar importante respecto a la adherencia terapéutica porque si existe la presencia de comorbilidades tal como: hipertensión arterial sistémica, insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus, se tiene que tener un adecuado autocuidado para disminuir el riesgo de tener complicaciones referente a su enfermedad de base y las que tiene referente a su anticoagulación tal como lo describe Dos Santos Oliveira.⁴⁹

Así mismo, Deshpande⁵⁰, Ortega⁵¹ en los últimos años han demostrado que la falta del cumplimiento terapéutico adecuado por parte de los pacientes anticoagulados se asocia a una mayor incidencia de complicaciones tromboembólicas (amaurosis fugaz, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar y trombosis de prótesis valvulares) y hemorrágicas o de sangrado (epistaxis, gingivorragia, petequias, hematemesis, hemoptisis, hematuria, melena e hipermenorrea) que pueden poner en riesgo la vida del paciente si no se tratan adecuadamente. Por lo tanto, unas de las metas del paciente anticoagulado es llevar una adecuada anticoagulación, por consiguiente, se tienen que crear estrategias costo-efectivas para fomentar estilos de vidas

saludables pero con un bajo costo económico referente a los hábitos alimenticios y con un impacto positivo en la adherencia al tratamiento farmacológico. Es importante mencionar que la capacidad de agencia de autocuidado que deben de desarrollar los pacientes anticoagulados es importante, ya que permite prevenir complicaciones desencadenadas por un manejo inadecuado de la enfermedad y para desarrollar dichas habilidades los individuos deben de contar con tres elementos: capacidades fundamentales y disposición del autocuidado (consiste en las habilidades básicas del individuo por ejemplo: percepción, memoria y orientación), componente de poder (está con que está constituido por habilidades que impulsan el individuo a la acción de autocuidarse por ejemplo la motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria) por último, capacidad de operacionalizar el autocuidado, que corresponde a las habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad según Dorotea Orem que habla acerca de la Teoría del Deficit de Autocuidado.⁵²⁻⁵⁵

La condición, actividad física y deporte, forma parte de la rehabilitación física para tener mayor capacidad respecto a la función cardiorrespiratoria, el inicio de la terapia con ejercicios de bajo impacto o ejercicios pasivos tal como: caminata, ejercicios de estiramientos y aerobicos, se recomienda después de las cuatro semanas donde el Rango Normalizado Internacional está en rangos normalizado, además, es factible y seguro en pacientes adecuadamente

anticoagulados. Los ejercicios esenciales del paciente anticoagulado son aquellos que el médico tratante autorice, cabe mencionar que la literatura habla sobre la caminata, yoga y pilates. La intervención del ejercicio puede estar asociada con mejoras significativas en la función y medidas de calidad de vida, por lo tanto, se debe tener en cuenta que el ejercicio tiene muchas ventajas tanto para la salud física y mental.⁵⁶

Mantener al paciente dentro de unos márgenes terapéuticos óptimos es el objetivo principal de todo tratamiento de anticoagulante oral, por lo tanto, es necesario un estrecho control de la coagulación, porque cada paciente reacciona de manera diferente al tratamiento anticoagulante. El Rango Normalizado Internacional, es el estándar de oro para poder identificar una adecuada anticoagulación, con ello le permite saber al equipo de salud, si el fármaco elegido y la dosis es adecuada para el paciente, tomando en cuenta sus características propias por ejemplo la edad, sexo y condición clínica. Los niveles óptimos serán de acuerdo a la patología que tenga la persona, por lo tanto, es importante que la persona se monitorice continuamente los niveles de INR ya sea en su hospital, clínica o en laboratorios externos, para llevar un seguimiento confiable y sin interrupciones. En la actualidad existen dispositivos que pueden medir de forma rápida y segura el INR en el mercado se le conoce como: CoaguChek XS un coagulómetro diseñado específicamente para pacientes o profesionales con capacidad de gestión de datos en el propio medidor, este aparato le permite medir el valor de INR en tan sólo un minuto, con una pequeña gota de sangre de la yema del dedo para así poder ajustar inmediatamente el tratamiento del paciente de forma cómoda y segura. Sin embargo, este aparato no está al alcance de todos los pacientes ya que el

precio sobrepasa de manera significativa para que puedan adquirirlo, además, se tiene que contar con cierto nivel académico, porque, se tienen que seguir especificaciones técnicas, de mantenimiento e interpretación para que el resultado sea lo más confiable posible y en la población de estudio se observó que la mayoría de los pacientes son adultos mayores, lo que dificulta el uso de esta tecnología.⁵⁷⁻⁵⁸

El apego al tratamiento farmacológico forma una parte esencial para que los niveles sean adecuados, así mismo, el paciente que esté tomando anticoagulantes orales debe de seguir el horario que se le sugiere, la dosis prescrita y los días que debe durar el tratamiento, para que la farmacodinamia no se vea afectada y se logre el efecto esperado del medicamento. Una adecuada anticoagulación por parte del paciente, reduce el riesgo de tener complicaciones como sangrados o trombos y con ello se disminuiría la reincidencia hospitalaria, que beneficiaría a la reducción de los costos sanitarios tanto públicos como privados.⁵⁹⁻⁶⁰

En la actualidad Barrios⁶¹, Montero-Pérez-Barquero⁶², Monz⁶³ han demostrado que los nuevos fármacos anticoagulantes antiXa (Dabigatran) los más recientes del siglo veintiuno y del mercado farmacéutico, son más útiles en la práctica clínica porque tienen menos interacciones con los alimentos, su tiempo de vida es más prolongado, los efectos adversos son mínimos, no tienen tanta variación sobre el Rango Normalizado Internacional, mejorando de forma significativa su calidad de vida y son una mejor opción terapéutica en comparación con los Antagonistas de la vitamina K (Acenocumarol y Warfarina), por lo que, en la práctica puede ser una buena opción para cambiar el anticoagulante, pero con la limitante de que estos son diez veces más caros,

por lo que, el acceso a estos medicamentos es limitado para ciertos grupos poblacionales y su indicación debe de ser valorada por un experto en el área, cabe mencionar, que los pacientes con fibrilación auricular son los más beneficiados con estos medicamentos en comparación con aquellos que tienen otra patología de base.

La promoción a la salud, es uno de los pilares importantes de la salud pública que tiene como objetivo prevenir enfermedades crónicas degenerativas e infecciosas, así como, fomentar hábitos saludables tomando como principal eje la educación para la salud, en sus distintas etapas de la vida que van desde la niñez hasta el adulto mayor, esta información debe ser tomada de las guías nacionales como internacionales, con base en la evidencia científica.¹³ El profesional de enfermería debe de ser capaz de explicarle al paciente anticoagulado como debe de llevar una adecuada y correcta alimentación, actividad física y adherencia al tratamiento farmacológico, además de resolver dudas referentes a sus creencias y prácticas que llevan día a día, para que lleve un régimen de anticoagulación adecuado, porque, una adecuada intervención educativa puede hacer que las complicaciones disminuyan para una determinada enfermedad, estos hallazgos concuerdan con distintos estudios donde la población tuvo una mejor calidad de vida.¹⁵⁻¹⁶

El paciente anticoagulado requiere de un manejo especial por parte del profesional de enfermería, ya que no sólo se debe estar alerta en cuanto a los signos y síntomas de la patología de base que afecta a su paciente, sino que debe tener un alto índice de sospecha para poder prevenir las posibles complicaciones del tratamiento, que muchas veces pueden derivar en condiciones que ponen en riesgo la vida del mismo. La participación del

profesional de enfermería con este paciente es indispensable con mayor énfasis en la educación que debe proporcionarle al paciente y su familia, que le permita comprender la importancia del tratamiento, los cambios a los que deberá adaptarse y de cómo tener una buena calidad de vida.⁶⁴

Los estilos de vida saludable es uno de los componentes estratégicos más importantes del proceso de desarrollo social y económico de un país, porque, disminuyen de forma notable el riesgo de desencadenar enfermedades crónico degenerativas y complicaciones de enfermedades propias de la persona, por lo que implica, en su sentido más amplio, alcanzar el máximo desarrollo posible de la capacidad del ser humano para transformarse y lograr su máximo bienestar, teniendo una vida saludable, cabe señalar que, esto concuerda con lo descrito por Echeverría³⁶, Rivera³⁷ y Mena-Gomez³⁸. Tener un estilo de vida saludable engloba fortalecer los hábitos alimenticios consumiendo una dieta adecuada, fomentar la actividad física mínimo veinte minutos al día, teniendo en cuenta el autocuidado de la persona para ir al médico por lo menos dos veces al año, asimismo, tener un adecuado descanso dormir ocho horas diarias y a disminuir las conductas en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, teniendo un énfasis en las personas que toman anticoagulantes orales, ya que son la población que se le dificulta la adopción de estilos de vida saludables.

Por último, se busca que en próximos estudios se enfoquen en poblaciones que no se tomaron en cuenta en este estudio por ejemplo en aquellas pacientes que están dando lactancia materna y son medicadas con anticoagulantes orales, porque según Zhao⁶⁵ el número de mujeres embarazadas con alguna cardiopatía está creciendo notablemente, más en países desarrollados y en vías de desarrollo, por lo tanto, en los próximos años

este grupo poblacional necesitara intervenciones específicas como educación para la salud, para poder tener una adecuada anticoagulación sin interrumpir su lactancia materna y sin afectar su condición clínica.

Otro dato interesante por resaltar, es que tanto los hombres como las mujeres tienen estilos de vida saludables, por lo que se puede suponer que en la actualidad cada persona se cuida de manera semejante, lo que difiere con estudios previos donde la mujer tenía la capacidad de tener estilos de vida mejores que el de los hombres.⁶⁶⁻⁶⁷ La asociación que hubo entre los estilos de vida saludable conforme a la edad y el tiempo con la enfermedad, demuestra que conforme una persona tiene más años con su padecimiento y se va volviendo más longeva su capacidad para llevar una vida saludable aumenta notablemente, porque, se hace consciente que tener hábitos saludables lo que le ayuda a prevenir enfermedades y sus daños que genera a futuro.

CAPITULO VII. CONCLUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos de esta investigación, se puede concluir que los paciente pertenecientes al Instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez que consumen anticoagulantes orales se caracterizan por tener estilos de vida saludables vista desde el Modelo de Creencias de Salud, ya que el conjunto de pautas, rutinas y hábitos de comportamiento que tienen, repercuten de forma positiva en distintas áreas como: el autocuidado, cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de sustancias nocivas para la salud, así como, el descanso y por último, en actividades del tiempo libre como; físicas o de recreación que realiza una persona. Dicha situación se refleja en el alto porcentaje del nivel de estilo de vida saludable en los pacientes anticoagulados, adecuada en sus seis dimensiones respectivamente.

En relación a la variable de prácticas, la mayoría de los pacientes refirieron tener prácticas de vida saludables, las cuales van desempeñando en su día a día, asimismo, en la variable de creencias, la población de estudio se observó que tienen creencias saludables, por lo que se puede decir que toman decisiones adecuadas para tener una vida saludable conforme a su padecimiento actual. Cabe mencionar, que tener estilos de vida saludables no depende del sexo de la persona, además, conforme va aumentando la edad del paciente y el tiempo con la enfermedad, de la persona adopta mejores estilos de vida saludables. Por otra parte, la adopción de prácticas y creencias saludables, no afecta en las medidas de resultados como el Rango Normalizado Internacional (INR), ya que la mayoría tenían una adecuada anticoagulación, por lo que tener buenos o malos estilos de vida, no son un factor para una subanticoagulación o sobrecoagulación.

Considerando la evidencia de este estudio se puede constatar que a través del Modelo de Creencias de Salud, le permite al profesional de salud conocer acerca de las conductas, hábitos, costumbres, prácticas y estilos de vida que tiene una persona que consume anticoagulantes orales, a su vez, se pueden hacer modificaciones de la conducta de salud, el fortalecimiento de uso de las habilidades y conocimientos que tienen la persona con el propósito de modificar el modo de vida de una persona sedentaria con el fin de disminuir las complicaciones, los reingresos hospitalarios y las comorbilidades a futuro.

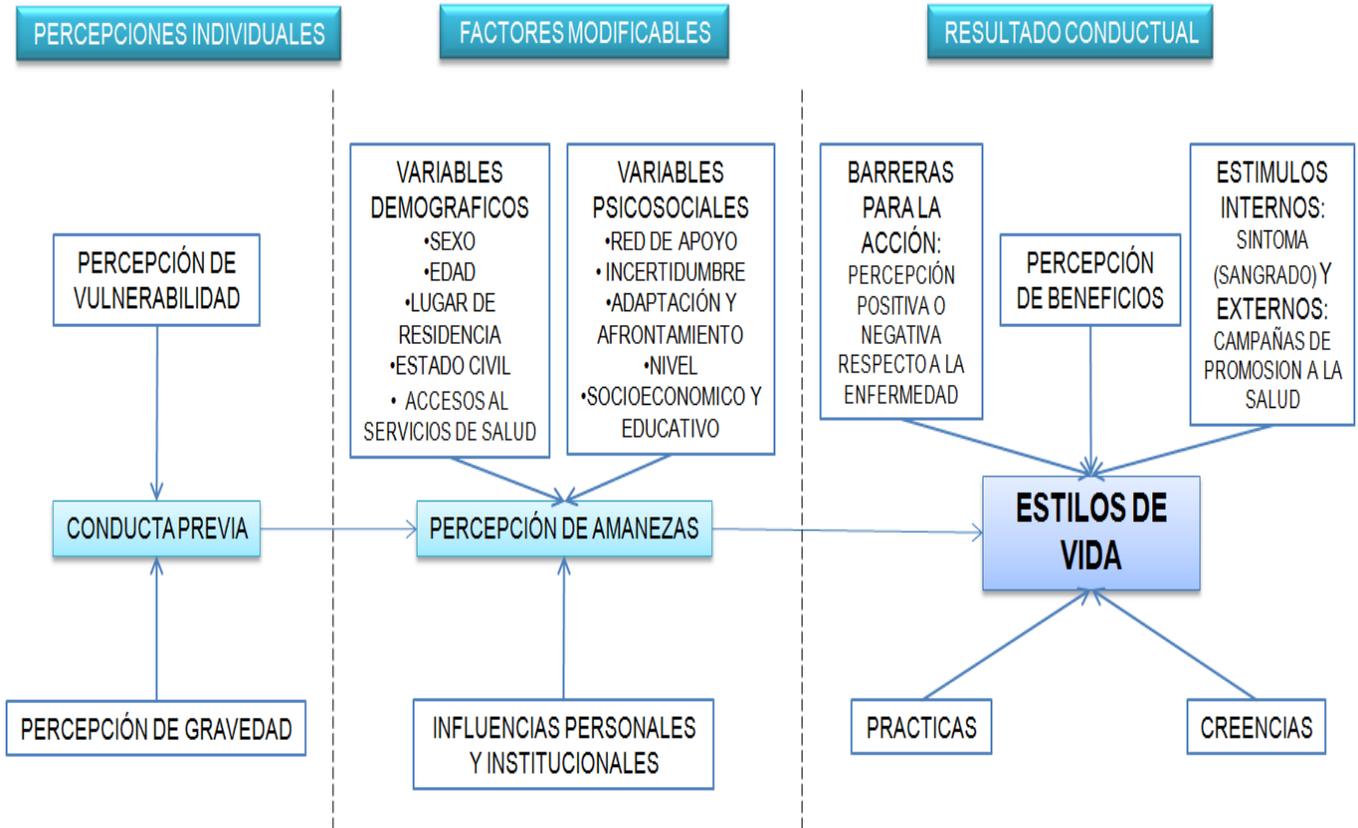
Principales aportaciones a la práctica de enfermería

La enfermería como ciencia y disciplina, se puede enriquecer de otros modelos o teorías que se enfoquen en el área cognitivo-conductual como es el caso del Modelo de Creencias de Salud, que se utiliza para el análisis de estilos de vida, con el fin de adoptar una vida saludable, y el beneficio de tener un estado de completo bienestar físico, mental y social. Además, es crucial la atención del paciente que requiere de tratamiento de anticoagulación oral con Acenocumarol y Warfarina, por lo que, resulta una oportunidad de reforzar la capacitación en este tipo de pacientes con mayor énfasis en la promoción de la salud, para reducir futuras complicaciones referentes al uso de anticoagulantes orales, reingresos hospitalarios y posible mortalidad. Se pretende que este estudio sea una propuesta para crear un algoritmo enfocado en pacientes anticoagulados, con el objetivo de estandarizar las intervenciones esenciales en estos pacientes desde su ingreso a la unidad médica hasta el egreso hospitalario. También, en el área asistencial la enfermera podrá tener herramientas para resolver dudas tanto del paciente como del familiar con ello la incertidumbre disminuirá y podrá llevar una adecuada anticoagulación. A su

vez, se busca que se fortalezca la consultoría por parte del personal de enfermería donde este calificado en la investigación, procedimientos y métodos, que emiten recomendaciones de medidas apropiadas y presentan asistencia en la aplicación de dichas recomendaciones, para llevar un control y seguimiento de los niveles del INR, por medio de una consulta presencial o por vía virtual por ejemplo vía telefónica, chat online, video llamada y video conferencia para mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones a corto plazo.

Por último, se espera que con ayuda del equipo multidisciplinario se actualice la información sobre los hábitos alimenticios, la adherencia farmacológica, la vida sexual activa, los factores de riesgo del paciente anticoagulado, también, realizar actividades de promoción a la salud, prevención de enfermedades crónico degenerativas y cuidados de soporte, ya que en los últimos años la población que consume anticoagulantes orales ha incrementado notablemente. Asimismo, por sus características pueden representar una carga sanitaria y financiera significativa, para los enfermos, sus familias y el sistema de salud mexicano.

CAPITULO VIII. ANEXOS



Anexo 1. Componentes del Modelo De Creencias en Salud adaptado para los pacientes con anticoagulantes.

Anexo 2. Consentimiento Informado

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENFERMERÍA

FOLIO: _____

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 de la investigación:

Estilos de vida en pacientes anticoagulados vista desde el Modelo de Creencias de Salud.

Investigador:

Torres Martínez José Manuel.

El autor de esta investigación es enfermero profesional que estudia:

Las prácticas y creencias en pacientes anticoagulados.

El estudio ofrecerá información que pueda permitir a los enfermeros:

Analizar los estilos de vida en pacientes anticoagulados vista desde el Modelo de Creencias de Salud.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por las personas competentes en los consejos de revisión de este instituto. El estudio no implica daños previsibles o daño para su familia. El procedimiento incluye contestar cada uno de los reactivos, así como proporcionar datos personales (sexo, edad, estado civil, si tiene hijos, cuántos hijos tiene, que edades tienen sus hijos, ocupación, procedencia, con quien vive, diagnóstico médico, tiempo de padecimiento, número de medicamentos que consume y por último, si recuerda el nombre de los medicamentos).

La participación en el estudio va a ocuparles, aproximadamente, 15 min.

Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación a la (el) Mtro. Julio Cesar Cadena Estrada, llamando el número 01 55 55 73 29 11, Ext 23300.

Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar. Tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera, el cuidado de su familiar y la relación con el personal de salud no se verán afectados. 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 (el) José Manuel Torres Martínez.

Misma que se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso.

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

Nombre y firma del participante

Firma del investigador

Firma de un testigo

Anexo 3. Instrumento Prácticas y Creencias en Salud

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHAVEZ
DIRECCION DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

FOLIO: _____

Reciba un cordial saludo, agradezco de antemano su colaboración para contestar la siguiente encuesta. La información obtenida es totalmente confidencial y tiene como finalidad conocer los estilos de vida en pacientes anticoagulados.

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable. Conteste sinceramente. No existen respuestas buenas ni malas.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Parte I. Datos sociodemográficos. Instrucciones. Lea atentamente cada una de las preguntas y conteste sobre la línea. No omita ninguna pregunta ya que toda la información es importante.

1. ¿Es hombre o mujer? _____
2. ¿Qué edad tiene? _____ Años.
3. ¿Cuál es su estado civil? _____
4. ¿Tiene hijos? Si () No (). En caso afirmativo, ¿Cuántos? _____
5. ¿Qué edad tiene o tienen? _____
6. ¿Cuál ha sido su principal actividad laboral en los últimos 12 meses? _____
7. ¿En qué entidad federativa vive? _____
8. ¿Con quién vive? (esposa/o, mamá, papá, hermanos, hijos, abuelos etc.) _____
9. Diagnóstico Médico _____
10. ¿Cuánto tiempo tiene usted con su enfermedad? _____ (Años)
11. ¿Cuántos medicamentos (Tabletas, Capsulas, Pastillas, Grangeas) consume para su tratar su enfermedad? _____
12. Si recuerda su nombre de los medicamentos escríbalos (Si no omita la pregunta) _____

Parte II. Marque con una (X) o (/) la casilla que mejor describa su comportamiento. No omita ninguna pregunta ya que toda la información es importante.

Prácticas

CONDICION, ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE	SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
Mantiene el peso corporal estable				
Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (spinning, cardiobox, aeróbicos, aero-zumba)				
Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichi, kun-fu, yoga, danza, meditación, relajación autodirigida)				
Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				
RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO	SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar en bicicleta)				
Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				
Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre				
En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear,)				
Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales				
AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO	SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
Va al médico por lo menos una vez al año				
Cuando se expone al sol, usa protectores o bloqueadores solares				

	SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Evita las exposiciones prolongadas al sol				
Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glucosa una vez al año				
Se automédica y/o acude al farmacéuta en caso de dolores musculares, estomacales, de cabeza o estados gripales				
Consumo medicamentos sin prescripción médica (antibióticos, analgésicos, antigripales, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos)				
Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos				
+ PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
+PARA MUJERES: Se toma la citología (Papanicolaou) anualmente				
-PARA HOMBRES : Se examina los testículos en búsqueda de nódulos (Bolititas) u otros cambios, al menos una vez al mes				
-PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				
Cuando realiza una actividad física (levantar pesas, monta bicicleta, bucear, nadar, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
Maneja bajo efectos del alcohol u otras drogas				
Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del alcohol u otras drogas				
Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor				
Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad				
Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como «zona de refugio», etc.) que se encuentran en cualquier lugar				
PARA EMPLEADOS: Toma las medidas preventivas (guantes, cascos, cinturones, botas, protectores de pantalla, cubre bocas etc.) relacionadas con su trabajo				

HABITOS ALIMENTICIOS	SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Consumo entre cuatro y ocho vasos de agua al día				
Añade sal a las comidas al momento de comer				
Añade azúcar a las bebidas en la mesa				
Consumo más de cuatro gaseosas (Refrescos) en la semana				
Consumo dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana				
Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína				
Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas inglesas en general)				
Come pescado y pollo, más que carnes rojas				

Come fuera de los horarios establecidos				
Come carne más de cuatro veces a la semana	SIEMPRE	FRECUENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)				
Consume productos ahumados				
Mantiene un horario regular en las comidas				
Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso				
Desayuna antes de iniciar su actividad diaria				
Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservativos)				
Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, hotdog)				

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS	SIEMPRE	FRECUENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
PARA FUMADORES: Fuma cigarrillo o tabaco				
PARA FUMADORES: Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana				
PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia				
Consume alcohol al menos dos veces en la semana				
Cuando empieza a beber bebidas alcohólicas o embriagantes puede reconocer en qué momento debe parar				
Consume bebidas con alcohol o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida				
Consume drogas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, hachis, entre otras)				
Dice «no» a todo tipo de droga				
Consume más de dos tazas de café al día				
Consume más de tres coca-colas en la semana				

SUEÑO	SIEMPRE	FRECUENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Duerme al menos 7 horas diarias				
Se desvela o traspasa				
Duerme bien y se levanta descansado				
Le cuesta trabajo quedarse dormido				
Se despierta en varias ocasiones durante la noche				
Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida				
Hace siesta				
Se mantiene con sueño durante el día				
Utiliza pastillas para dormir				

Respetar sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades (ej. No se desvela previamente a un examen final o actividad importante que influya en su vida)				
---	--	--	--	--

Creencias

Actividad física y deporte	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
La actividad física ayuda a mejorar la salud				
Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades				
El ejercicio siempre puede esperar para otro día				
Con el ejercicio mejora el estado de ánimo				
Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud				

RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Es importante compartir actividades de recreación con la familia y los amigos				
El trabajo es lo más importante en la vida				
La recreación (pasear, ir al cine, divertirse) es para los que no tienen mucho trabajo				
El descanso es importante para la salud				

AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Cada persona es responsable de su salud				
Es mejor prevenir que curar				
Solo cuando se está enfermo, se debe ir al médico				
Los factores ambientales (el sol, la contaminación, el ruido) influyen en la salud				
El estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento				
Tener buena salud es asunto de la suerte o del destino				
La relajación no sirve para nada				
Es difícil cambiar comportamientos no saludables				
Es importante que le caiga bien el médico para que el tratamiento funcione				
Los productos naturales no causan daño al organismo				
En trayectos o distancias cortas no es necesario el cinturón de seguridad				
Por más cuidado que se tenga, de algo se va a morir uno				
En la vida hay que probarlo todo para morir contento				

HABITOS ALIMENTICIOS	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Entre más flaco más sano				
Lo más importante es la figura física				
Comer en exceso es dañino para la salud				
Entre más grasosita la comida más sabrosa				

El agua es importante para la salud				
Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo				
Las dietas son lo mejor para bajar de peso				

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Dejar de fumar es cuestión de voluntad				
Consumir uno o dos cigarrillos al día NO es dañino para la salud				
Al consumir alcohol logra estados de mayor sociabilidad				
Una copa de vino o de bebida embriagante de vez en cuando no le hace daño a nadie				
Tomar bebidas alcohólicas o embriagantes es menos dañino que consumir drogas				
El alcohol es dañino para la salud				
Una borrachera de vez en cuando no le hace mal a nadie				
Se disfruta más una fiesta si se consume bebidas alcohólicas o drogas				
Nada como una coca-cola con hielo para quitar la sed				
El café le permite a la gente estar despierta				
Hay que tomar una copita de vino para que funcione bien el organismo				

SUEÑO	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Dormir bien, alarga la vida				
La siesta es necesaria para continuar la actividad diaria				
Si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien				
Sólo puede dormir bien en su propia cama				
Sólo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas (ventilación, luz, temperatura)				
Si toma café o coca-cola después de las 6 p.m. no puede dormir				
Dormir mucho da anemia				

¡Muchas gracias por su participación! tenga usted un excelente día.

Anexo 4. Cronograma de actividades.

Actividad	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Planteamiento del problema y justificación														
Búsqueda sistemática de la información														
Formulación de la hipótesis														
Marco teórico														
Material y métodos														
Operacionalización de las variables														
Recolección de los datos														
Construcción de base de datos														
Análisis de datos														
Resultados														
Discusión/Conclusión														
Presentación del informe														
Presentación del proyecto														
Presentación de prueba piloto														
Resultados finales														
Prototipo tesis														

CAPITULO IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. 2020 [Citado 08 Sep 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/6fElHBa>
2. Mateo J. Nuevos anticoagulantes orales y su papel en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol Supl. 2013;13(3):33-40.
3. Lopez RM, Aldeguer J, Martinez J, Liria E. Autocuidado en pacientes en tratamiento con anticoagulación oral, una intervención educativa. Paraninfo Digil [Internet]. 2015 [Citado 8 Sep 2020];22(2):1-5 Disponible en: <https://cutt.ly/GfElAp5>
4. Gonzales A. Paciente anticoagulado/Rol Enfermero. Nuber Cientif. 2018;2(24):6-10.
5. Arrivillaga M, Salazar IC. Creencias relacionadas con estilos de vida en jóvenes latinoamericanos. Psicol Conductual. 2005;13(1):19-36.
6. Moreno E, Roales JG. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. Rev Inter de psicol y terapia psicol. 2003;3(1):91-09.
7. Arrivillaga M, Salazar IC, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colomb Med. 2003;34(4):186-95.
8. Araujo PG. El paciente anticoagulado. Guía básica con recomendaciones en relación al tratamiento con anticoagulantes orales. Biblioteca Lascasas. 2018;14(1):1-29.
9. Munuera V, Miñarro A, Navarro MA. El papel de enfermería en el paciente anticoagulado: un estudio de casos. Paraninfo Digil [Internet]. 2019 [Citado 8 Sep 2020];13(29):1-3. Disponible en: <https://cutt.ly/TfEEpzH>
10. Guadalajara J. Cardiología. 8ª ed. México: Mendez Editores; 2018.
11. Jaramillo-Salamanca RG, Jimenez-Gómez JD, Pinilla-Roa AE. Uso de los anticoagulantes orales directos en la práctica clínica. Rev Fac Med. 2016;65(2):295-08.

12. Serra IC, Ribeiro LC, Alfonso N, Gemito ML, Mendes F. Manejo terapéutico de los usuarios con terapia anticoagulante oral. Rev Enf Global [Internet]. 2016 [Citado 8 Sep 2020];41(2):10-19.
13. Gómez-Acosta CA. Factores psicológicos predictores de estilos de vida saludable. Rev Salud Pública Col. 2018;20(2):155-62.
14. Malaguti-Toffano SE, Lopes LP, Facchin LT, Gir E. Crenças De Enfermeiros Quanto À Transmissão Ocupacional Dos Vírus Da Hepatite B E C. Rev Enferm Cent O Min. 2015;2(2):195-02.
15. Tola HH, Shojaeizadeh D, Tol A, Garmaroudi G, Yekaninejad MS, Kebede A, et al. Psychological and Educational Intervention to Improve Tuberculosis Treatment Adherence in Ethiopia Based on Health Belief Model: A Cluster Randomized Control Trial. PLoS ONE [Internet]. 2016 [Citado 8 Sep 2020];11(5):1-15. Disponible <https://cutt.ly/ifiPsj0>
16. Jeihooni AK, Dindarloo SF, Harsini PA. Effectiveness of Health Belief Model on Oral Cancer Prevention in Smoker Men. J Cancer Educ. 2018;34(1):920-27.
17. Russo RM, Miranda AT. Modelo de Crenças em Saúde e o rastreio do câncer do colo uterino: avaliando vulnerabilidades. Rev Enferm UERJ. 2017;25(1):1-7.
18. Cadena-Estrada JC, Alejo-Macías B, Cervantes-Juarez C, Castro-Merino R. Estilos de vida de los pacientes con cardiopatía isquémica: una interpretación desde el modelo de creencias de salud. Rev Mex Enferm Cardiol. 2019;27(2):54-60.
19. Reina ME, Ramos Y, García L, Gonzales MA. Creencias en salud y percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas. Rev MediSur [Internet]. 2017 [Citado 08 Sep 2020];15(3):310-17. Disponible en: <https://cutt.ly/ofiOIAS>
20. Bayu H, Berhe Y, Mulat A, Alemu A. Cervical Cancer Screening Service Uptake and Associated Factors among Age Eligible Women in Mekelle Zone, Northern Ethiopia, 2015: A Community Based Study Using Health Belief Model. PLoS ONE [Internet]. 2016 [Citado 08 Sep 2020];11(3):1-13. Disponible en <https://cutt.ly/bfiPRGs>

21. Norfariha CM, Soo-Foon M, Bee-Chiu Lim. Validity and Reliability of Health Belief Model Questionnaire for Promoting Breast Self-Examination and Screening Mammogram for Early Cancer Detection. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2019;20(9):2865-2873.
22. Juarez-Garcia DM, Tellez A, Carcia-Cadena CH. Escala del Modelo de Creencias de Salud para la Autoexploración de Mama en Estudiantes Universitarias. *Acta de Inv Psicol.* 2019;9(1):10-18.
23. Costa MF. Health belief model for coronavirus infection risk determinants. *Rev Saude Publica.* 2020;54(47):1-11.
24. Calderón C, Carrete L, Vera J. Validación de una escala de creencias de salud sobre diabetes tipo 1 para el contexto Mexicano: HBT-T1DM. *Rev Salud Pública Mex.* 2018;60(1):175-83.
25. Concha X, Urrutia T, Riquelme G. Creencias y virus papiloma humano. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015;77(2):87-92.
26. Chunhua MA. An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. *Hear & Lung.* 2018;47(1):136-41.
27. Chapman L, Azuero A, Enah C, McMillan S. A psychometric examination of an instrument to measure the dimensions of Champion's Health Belief Model Scales for cervical cancer screening in women living with HIV. *Applied Nursing Research.* 2017; 33(1):78-84.
28. Lau J, Zhi Lim T, Wong G, Ker-kan T. The health belief model and colorectal cancer screening in the general population: A systematic review. *Prevent Med Reports.* 2020;17(2):1-30.
29. Caya T, Konobloch MJ, Musuuza J, Wilhelmson E, Safdar N. Patient perceptions of chlorhexidine bathing: A pilot study using the health belief model. *American Journal of Infection Control.* 2019;47(1):18-22.
30. Juarez- Garcia DM, Garcia-Solis MJ, Tellez A. Adaptation and Validation of the Health Belief Model Scale for Breast Self-Examination in Mexican Women. *Value in Health Regional Issues.* 2020;23(3):30-36.

31. Alhalaseh L, Fayoumi H, Khalil B. The Health Belief Model in predicting healthcare workers' intention for influenza vaccine uptake in Jordan. *Vaccine* in press. 2020;20(2):1-7.
32. Wu S, Feng X, Sun X. Development and evaluation of the health belief model scale for Exercise. *International Journal of Nursing Sciences*. 2020;7(1):23-30.
33. Regi J, Meghana N, Anil B, Nazeema B, Manju L, Benny PV. Public perception and preparedness for the pandemic COVID 19: A Health Belief Model approach. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2020;3(4):1-6.
34. Ventura AP, Zevallos AR. Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimientos del primer nivel, Lambayeque. *ACC CIETINA*. 2017;6(1):60-67.
35. OMS: Organización Mundial de la Salud. Vid saludable, bienestar y objetivos de desarrollo sostenible. 2020 [Citado 08 Sep 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/kfRX3m0>
36. Echeverría, K; Romero, H; Sellan, G. y Méndez, E. Estilos de Vida del Profesional Enfermero y su relación en la calidad de atención. *Rev Salud y Bienes Colec*. 2020;4(1):44-58.
37. Rivera EM. Camino salutogénico: estilos de vida. *Rev Digit postgrado [Intenet]*. 2019 [Citado 8 Sep 2020];8(1):244-50. Disponible en: <https://cutt.ly/9fBqqct>
38. Mena-Gómez I, Cadena-Estrada JC, Troncoso-Pérez D. Intervención de Enfermería en una familia mexicana con factores de riesgo para enfermedades crónico-degenerativas. *Enferm Uni*. 2014;11(2):67-72.
39. AMM: Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2017 [Citado 10 Sep 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/VfTVh4X>
40. CNPSHIBC: Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos

humanos de investigación. 2003 [Citado 10 Sep 2020]. Disponible en <https://cutt.ly/EfTV3dE>

41. Ferrer-Colomer M, Pastor García LM. ¿Vigencia del Código de Nüremberg después de cincuenta años? Cuad Bioéca [Internet]. 1999 [Citado 10 Sep 2020];09(37):103-12. Disponible en: <https://cutt.ly/2fTBfQf>
42. DOF. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para salud en seres humanos. 2012 [Citado 10 Sep 2020] Disponible en: <https://cutt.ly/efYupb4>
43. SALUD: Secretaría de Salud. Ley general de salud de México. 2012 [Citado 10 Sep 2020]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>
44. SALUD: Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. 2001 [Citado 10 Sep 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/cfTBXSv>
45. Zulkifly HH, Lip G, Lane DA. Depression, Anxiety, Knowledge, Beliefs About Medication and Quality of Life Among Newly Anticoagulated Atrial Fibrillation Patients. Inter Journal of Cardiology. 2019; 47(19): 297
46. Silva MC, Nascimento L, Zuchinali P, Rohde LE, Rejane E. Does treatment guided by vitamin K in the diet alter the quality of life of anticoagulated patients? Nutr Hosp. 2012;27(1):1328-1333
47. Álvarez-Gómez M, Gallegos-González MM, Ramírez-Sánchez FM, Luciano-Carlos MA. Calidad de vida de las personas con cambio valvular o fibrilación auricular tratados con anticoagulación oral. Rev Méx Enferm Cardiol. 2012; 20(3): 99-105.
48. Violi F, YH Lip G, Pgnatelli P, Pastori D. Interaction Between Dietary Vitamin K Intake and Anticoagulation by Vitamin K Antagonists: Is It

- Really True? A Systematic Review. Rev Medicine Baltimore. 2016;95(10):1-7
49. Oliveira SHS, Sousa MM, Bezerra SMMS, Silva T, Gomes KKS, Silva GCC. Beliefs related to diet adherence of patients treated with oral anticoagulants. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(1):10-19
50. Deshpande CG, Kogut S, Laforge R, Willey C. Impact of medication adherence on risk of ischemic stroke, major bleeding and deep vein thrombosis in atrial fibrillation patients using novel oral anticoagulants. Curr Med Res Opin. 2018;34(1):1285-1292.
51. Ortega MC, Puntunet ML, Suárez MG, Leija C, Montesinos G, Cruz G, et al. Guías de Práctica Clínica Cardiovascular: intervenciones de enfermería con base en la evidencia. 1ª Ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2011
52. Vega O, Gonzalez D. Teoría del Deficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Rev Ciencia y Cuidado. 2007;4(4):28-35
53. Prado L, Gonzales M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. 2014;36(6):835-45
54. Naranjo-Hernandez Y, Concepción-Pacheco J, Rodriguez-Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem Revisión Bibliográfica. Gaceta Médica Espirituana. 2017;19(3):100-11
55. Naranjo-Hernandez Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Rev. Arch Med Camagüey. 2019;23(6): 814-25
56. Cires-Drouet R, Mayorga-Carlin M, Toursavakohi S, White R, Redding E, Durham F, et al. Safety of exercise therapy after acute pulmonary embolism. Phlebology. 2020;35(10):824-32
57. W. Plesch y cols.: Study LB 157-2005; Evaluation of the CoaguChek XS Plus System – Equivalency to the CoaguChek XS System; (<http://www.coaguchek.com/com/?target=/com/professionals/news>; released on: 1 April 2006) Nota: preciso con $r = 0,989$ en la comparación de métodos con Innovin

- 58.D. Horstkotte y cols: Optimal frequency of patient monitoring and intensity of oral anticoagulation therapy on valvular heart disease; Journal of Thrombosis and Thrombolysis; 1998; 5(1):19-24
- 59.Mulet D, Ramírez C, Abreu G, Pérez J, Pérez A. Coeficiente internacional normalizado, útil herramienta en la terapia anticoagulante oral. Rev MediSur. [Internet]. 2012 [Citado 16 Dic 2020];10(3):184-87. Disponible en <https://cutt.ly/vhUaeCX>
- 60.Bloomfield HE, Krause A, Greer N, Taylor BC, MacDonald R, Rutks I, et al. Meta-analysis: Effect of Patient Self-testing and Self-management of Long-Term Anticoagulation on Major Clinical Outcomes. Ann Intern Med. 2011;154(7):472-82.
- 61.Barrios V, Escobar C, Baron G, Gomez JJ, Recalde del vigo E, Segura L. Quality of life, adherence and satisfaction of patients with auricular fibrillation treated with dabigatran or vitamin K antagonists. Rev Clin Esp. 2019;219(6):285-292
- 62.Motero-Pérez-Barquero M, Manzano L. Quality of life, compliance and satisfaction of patients with atrial fibrillation who are undergoing anticoagulant treatment. Rev Clin Esp. 2019;219(6):320-321
- 63.Monz BU, Connolly SJ, Korhonen M, Noack H, Pooley J. Assessing the impact of dabigatran and warfarin on health-related quality of life: results from an RE-LY sub-study. Int J Cardiol.2013;168:2540-2547.
- 64.Romero A, Romero-Arana A, Gómez-Salgado J. Anticoagulantes directos y Enfermería: un abordaje desde la seguridad clínica. Rev Enferm Clín. 2017;27(2):106-112
- 65.Zhao Y, Ding A, Arya R, Patel J. Factors influencing the recruitment of lactating women in a clinical trial involving direct oral anticoagulants: a qualitative study. International Journal of Clinical Pharmacy. 2018;40(1):1511-518
- 66.Onofre N, Quiles J, Trescastro-López E. Estilos de vida y factores sociodemográficos asociados a la alta adhesión a la dieta

mediterránea en la población adulta de la Comunitat Valenciana (España). Rev Nutr Hosp 2021;38(2):345-348.

67. Alvarado-Guzmán MS, Amaya-Aguilar JA. Autocuidado relacionado con la calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev Enferm Neurol. 2020;19(1):3-14