



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE
MEXICO Y MUNICIPIOS (ISSEMyM) NEZAHUALCOYOTL
UNIDAD ACADÉMICA:

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

“Calidad de Vida en el Paciente Post-Infarto Agudo al Miocardio”

PRESENTA:

Dr. Gabriel Ramón Granda Castro

NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO 2015



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.

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE POS-INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. GABRIEL RAMÓN GRANDA CASTRO

AUTORIZACIONES:

**DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL**

**DR. OSCAR BARRERA TENAHUA
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO Y MEDICO FAMILIAR
EN EL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL**

**DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA
EN SALUD**

NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO

2015

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE POS-INFARTO AGUDO AL
MIOCARDIO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. GABRIEL RAMÓN GRANDA CASTRO

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
1.0 Marco Teórico	1
1.1 Definición universal infarto al miocardio.....	1
1.1.1 Criterios para infarto al miocardio.....	3
1.1.2 criterios para infarto al miocardio previo.....	4
1.1.3 Electrocardiograma.....	7
1.1.4 Infarto al miocardio silencioso.....	9
1.2 Calidad de Vida.....	10
1.2.1 Calidad de vida post-infarto.....	13
1.2.2 Clasificación internacional del funcionamiento.....	14
1.3 Rehabilitación Cardiovascular.....	17
1.4 Herramientas para Determinar Calidad de Vida.....	22
1.4.1 Instrumentos genéricos.....	22
1.4.2 Instrumentos específicos.....	23
2.0 Planteamiento del Problema.....	26
3.0 Justificación.....	27
4.0 Objetivos.....	29
4.1. Objetivo general.....	29
4.2 Objetivo particular.....	29

5.0 Hipótesis.....	29
6.0 Material y Métodos.....	30
6.1 Tipo de estudio.....	30
6.2 Población lugar y tiempo.....	30
6.3 Tipo de muestra.....	30
6.4 Variables.....	31
6.5 Desarrollo de la investigación.....	31
6.6 Instrumento para la recolección de dato.....	32
6.7 Métodos de recolección de datos.....	32
6.8 Recursos humanos,	32
6.9 Recursos materiales.....	32
6.10 Recursos físicos.....	33
6.11 Recursos financieros.....	33
6.12 Análisis de la información.....	33
6.13 Consideraciones Éticas.....	33
7.0 Resultados	35
8.0 Análisis De Resultados.....	45
9.0 Conclusiones y Recomendaciones.....	48
10.0 Referencias Bibliográficas.....	50
11.0 Anexos.....	52

1.0. Marco Teórico

Las cardiopatías isquémicas (CI) coronarias, constituyen las enfermedades cardiovasculares de mayor relevancia en el mundo, debido al gran impacto en su morbimortalidad. El infarto agudo al miocardio (IAM) es la presentación más frecuente de la cardiopatía isquémica. Es la principal causa de muerte en países desarrollados y la tercera causa de muerte en países en vías de desarrollo. ⁽¹⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que cada dos segundos se produce una muerte por enfermedad cardiovascular en el mundo, cada cinco segundos un infarto del miocardio y cada seis segundos un evento cerebrovascular, esto sitúa la cardiopatía isquémica como responsable de 30% de muertes en todo el mundo, constituyendo la principal causa de fallecimiento. ⁽²⁾

El infarto agudo de miocardio (IAM) es una de las principales causas de muerte en los países industrializados. El gran desarrollo tecnológico de las últimas décadas ha permitido alcanzar un diagnóstico preciso y un modelo de atención sanitaria adecuada a las necesidades del paciente. Sin embargo, existen numerosos aspectos no resueltos que influyen en la recuperación, evolución y calidad de vida del paciente que ha sufrido un IAM. Parece razonable suponer que junto al estado de la función cardiovascular hay que considerar una amplia variedad de factores sociales, físicos y emocionales que pueden afectar al pronóstico y a la calidad de vida del enfermo. Efectivamente, la evidencia empírica muestra que la naturaleza de los recursos interpersonales encontrados en el apoyo familiar afecta a la situación del individuo y puede reducir o aumentar la calidad de vida del paciente tras un IAM. Por todo ello y con objeto de valorar la calidad de vida del paciente post-infarto, se ha realizado un estudio que describe el entorno social, físico y emocional en la calidad de vida de los pacientes con IAM no complicado. ⁽³⁾

1.1. Definición Universal del Infarto Agudo al Miocardio.

Se define patológicamente como la muerte celular del miocardio debido a una isquemia prolongada.

- Infarto silente.

Se designa para aquellos pacientes asintomáticos en los cuales se detectan en electrocardiograma (ECG) de rutina ondas Q características de infarto de miocardio, o imágenes que demuestren pérdida de miocardio viable, sin tener relación a procedimientos de revascularización previos. El infarto silente debe ser confirmado con nuevo ECG o técnicas de imágenes, y se debe investigar acerca de posibles síntomas isquémicos previos.

- Infarto de miocardio recurrente.

Es aquel que sucede más allá de los 28 días del infarto inicial. Se utilizan los criterios de IAM habituales (síntomas, ECG y biomarcadores).

- Re-infarto.

Este término es utilizado para definir al IAM que suceden dentro de los 28 días del infarto agudo al miocardio inicial. Su diagnóstico requiere elevación del segmento ST u onda Q nueva en el ECG; se recomienda el dosaje de troponina inmediato y a las 3-6 hrs, el diagnóstico requiere la elevación del 20% en los niveles de troponina cuando ésta se encuentra previamente alterada, y cuando los niveles basales son normales, se utilizan los criterios habituales.

Clasificación clínica:

- Tipo 1: Infarto de miocardio espontáneo: relacionado a evento de placa aterosclerótica (erosión, ruptura, etc.).
- Tipo 2: Infarto agudo al miocardio secundario a desbalance oferta/demanda: circunstancias no coronarias en las cuales sucede desbalance entre la oferta y la demanda de oxígeno al miocardio.
- Tipo 3: Infarto agudo al miocardio y muerte cuando los biomarcadores no se encuentran disponibles: Muerte cardíaca con síntomas sugestivos de isquemia miocárdica en los que no se llegó a tomar muestras de sangre.
- Tipo 4a: Infarto agudo al miocardio relacionado a intervención coronaria percutánea (ATC): definida arbitrariamente por la elevación de troponina 5 veces el percentil 99° (valores basales normales) o incremento del 20% (niveles basales

elevados), sumado a síntomas, cambios eléctricos, imágenes de trastornos regionales o coronariografía con enlentecimiento o desaparición del flujo coronario.

- Tipo 4b: Infarto agudo al miocardio asociado a stent trombosis: detectada por coronariografía o autopsia en el contexto de isquemia miocárdica.
- Tipo 5: Infarto agudo al miocardio asociado a cirugía de revascularización miocárdica (CRM): definida arbitrariamente por la elevación de troponina 10 veces el percentil 99, sumado a nuevas ondas Q en ECG y/o coronariografía con puente nuevo y/o arteria coronaria nativa ocluida, y/o imágenes de trastorno de motilidad regional nuevo. ^(1,4)

1.1.1 Criterios para Infarto Agudo al Miocardio.

El término infarto agudo al miocardio se debe utilizar cuando hay evidencia de necrosis miocárdica en un entorno clínico consistente. En estas condiciones, cualquiera de los siguientes criterios cumple con el diagnóstico de IAM:

- La detección de un aumento y/o disminución de los valores de biomarcadores cardíacos preferiblemente troponina cardíaca con al menos un valor por encima del percentil 99 superior de referencia límite y con al menos una de las siguientes:
 - Síntomas de isquemia.
 - Nuevos o presuntos cambios significativos de las ondas del segmento ST-T; cambio o nuevo Bloqueo de Rama Izquierda (BRI).
 - Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG.
 - Evidencia de nueva imagen con pérdida de miocardio viable o nueva pared regional con movimiento anormalidad.
 - La identificación de un trombo intra-coronario por angiografía o autopsia.
- Muerte cardíaca con síntomas sugestivos de isquemia miocárdica y presuntos nuevos cambios isquémicos en el electrocardiograma o nuevo BRI, pero la muerte cardíaca se produjo antes de obtener los biomarcadores, o antes que se incrementaran los valores de los biomarcadores cardíacos.

- La intervención coronaria percutánea relacionadas IAM se define arbitrariamente por la elevación de los valores de troponina en pacientes con línea de base normal o un aumento de los valores de troponina, hasta un 20%; si los valores de referencia se elevan y son estables o bajan. Además, (I) cualquiera de los síntomas sugestivo de isquemia miocárdica o (II) nuevos cambios en el ECG isquémicos o (III) los resultados angiográficos consistentes con una complicación de procedimiento o (IV) de imágenes. Se requiere demostración de nueva pérdida de miocardio viable.
- La trombosis del stent asociada con IAM, cuando se detecta mediante angiografía coronaria o autopsia y con un ascenso y/o descenso de biomarcadores cardíacos, con al menos un valor por encima del percentil 99.
- La cirugía de revascularización coronaria; relacionado al infarto al miocardio se define arbitrariamente por la elevación de los biomarcadores cardíacos en pacientes con los valores normales de troponina cardíaca como referencia. Además, ya sea (I) nuevas ondas Q patológicas o nuevo BRI, o (II) angiografía de oclusión nueva documentada o nueva oclusión de la arteria coronaria nativa, o (III) la prueba de imagen de nueva pérdida de miocardio viable o nueva pared regional con movimientos anormales. ⁽⁵⁾

1.1.2. Criterios para el Infarto al Miocardio Previo.

Cualquiera de los siguientes criterios cumple con el diagnóstico de infarto agudo al miocardio previo:

- Ondas Q patológicas con o sin síntomas en ausencia de causas no isquémicas.
- Imagen evidente con pérdida de miocardio de una región viable que se adelgaza y no se contrae, en ausencia de una causa no isquémica.
- Los hallazgos patológicos de un infarto al miocardio anterior. ⁽⁶⁾

La incidencia de infarto agudo al miocardio en una población puede ser utilizada como un sustituto de la prevalencia de enfermedad coronaria, en esa población. El término "infarto de miocardio" puede tener importantes implicaciones psicológicas y legales para el individuo y la sociedad. ^(6,7)

Elevación de los valores de troponina cardíaca a causa de daño miocárdico

- Lesiones relacionadas con la isquemia miocárdica primaria.
 - Ruptura de la placa.
 - La formación de un trombo intraluminal de la arteria coronaria.
- Lesiones relacionadas con el desequilibrio de oferta/demanda de isquemia miocárdica.
 - Taquicardia/bradi-arritmias.
 - Disección aórtica o enfermedad de la válvula aórtica severa.
 - Miocardiopatía hipertrófica.
 - Choque cardiogénico, hipovolémico o séptico.
 - Insuficiencia respiratoria grave.
 - Anemia severa.
 - Hipertensión con o sin hipertrofia del ventrículo izquierdo.
 - Espasmo coronario.
 - Embolia coronaria o vasculitis.
 - Disfunción endotelial coronaria sin enfermedad arterial coronaria significativa.
- Lesión no relacionado con la isquemia miocárdica.
 - Contusión cardíaca, cirugía, ablación, estimulación o desfibrilador por choque.
 - La rabdomiolisis con afectación cardíaca.
 - Miocarditis.
 - Agentes cardiotóxicos, por ejemplo, antraciclinas, herceptin.
- Lesión miocárdica multifactorial o indeterminado.
 - La insuficiencia cardíaca.
 - Estrés, síndrome de takotsubo, cardiomiopatía.
 - Embolia pulmonar severa o hipertensión pulmonar.
 - Sepsis y paciente en estado crítico.
 - Insuficiencia renal.
 - Enfermedades neurológicas agudas graves, por ejemplo, derrame cerebral, subaracnoideo.

- Hemorragia.
- Enfermedades infiltrativas, por ejemplo, la amiloidosis, sarcoidosis.
- Ejercicio extenuante.

Las muestras de sangre para la medición de troponina cardiaca deben estar solicitadas en la primera evaluación y repetidas 3-6 horas más tarde. Más tarde se requieren muestras si se producen nuevos episodios isquémicos, o cuando el calendario de los síntomas iniciales no está claro; se requiere al menos un valor por encima del nivel de decisión. El biomarcador específico para infarto al miocardio es la troponina cardiaca, que tiene alta especificidad del tejido así como la alta sensibilidad clínica para infarto. ⁽⁷⁾

La isquemia miocárdica en su entorno clínico generalmente se puede identificar al paciente en la historia clínica y electrocardiograma; posibles síntomas isquémicos, dolor en tórax, extremidad superior, malestar mandibular o epigástrico o un equivalente isquémico tales como disnea o fatiga. El malestar asociado con infarto al miocardio agudo generalmente dura 20 min. A menudo, el malestar es difuso, no localizado, no posicional, ni está afectado por el movimiento de la región y se puede acompañar de sudoración, náuseas o síncope. Sin embargo, estos síntomas no son específicos para la isquemia o infarto al miocardio. En consecuencia, pueden ser mal diagnosticados y atribuidos a malestar gastrointestinal, neurológico, pulmonar o trastornos musculoesqueléticos.

Los pacientes sin biomarcadores elevados pueden ser diagnóstico de angina inestable.

Se define como sobreviviente a un evento de infarto agudo al miocardio, al paciente que presenta dolor en el centro del tórax, referido por el paciente como una sensación de pesantez, de intensidad severa, con una duración mínima de 20 minutos, que no se modifica con los movimientos musculares respiratorios ni con la postura, al que se pueden unir otro tipo de síntomas como malestar, incomodidad, dolor en epigastrio, brazo, muñeca, mandíbula, espalda u hombro, así como, disnea, sudoración, náuseas, vómitos, mareo o una combinación de todos ellos, aparece en reposo o en

ejercicio, rara vez es punzante o muy localizado. Hay necrosis miocárdica sin síntomas o con presencia atípica. Y que se corroboró mediante los estudios paraclínicos (enzimas cardíacas y EKG).⁽⁸⁾

1.1.3. Electrocardiograma.

El electrocardiograma (EKG) es una parte integral del diagnóstico y debe ser interpretado dentro de los primeros 10 minutos; en pacientes sintomáticos con un ECG no diagnóstico inicial debe realizarse en intervalos de 15 a 30 min. Los cambios electrocardiográficos en una fase aguda o en evolución en la onda ST-T y ondas Q, permite identificar la arteria responsable del infarto, para estimar la cantidad de miocardio en riesgo, cambio del segmento ST o la inversión de la onda T, que implique múltiples derivaciones, se asocia a un mayor grado de isquemia miocárdica y un mal pronóstico. Otros cambios incluyen arritmias cardíacas, intraventricular, ventricular y retrasos de la conducción aurículo-ventricular; la pérdida pre-cordial en la amplitud de la onda R. El electrocardiograma debe ser comparado con los trazados de anteriores, cuando esté disponible. El EKG, por sí mismo es a menudo insuficiente para diagnosticar isquemia, ya que la desviación ST se puede observar en otras condiciones, como la pericarditis aguda, hipertrofia ventricular izquierda (HVI), bloqueo de rama izquierda (BRI), el síndrome de Brugada, cardiomiopatía por estrés, y los patrones de repolarización temprana; depresión del segmento ST, generalmente refleja la oclusión coronaria aguda y lesiones con necrosis; como resultado en el infarto, la miocardiopatía, las ondas Q también están presentes debido a la fibrosis miocárdica en ausencia de enfermedad coronaria.

Depresión del segmento ST en las derivaciones V₁, V₃ puede ser sugestiva de isquemia miocárdica ínfero-basal (infarto posterior), especialmente cuando la onda terminal T es positiva (elevación del ST equivalente), sin embargo esto no es específica; con infarto ventricular inferior y sospecha de lesión derecha, en ondas R en V₃ y R en V₄; la presencia de la elevación del segmento ST 0,05 mV (0,1 mV en los hombres de 30 años) proporciona los criterios de apoyo para el diagnóstico.

Durante un episodio de dolor torácico agudo, las pseudo-ondas T invertidas previamente pueden indicar isquemia miocárdica aguda, embolia pulmonar, procesos intracraneales, alteraciones electrolíticas, hipotermia, o perimiocarditis; también puede dar lugar a alteraciones del ST-T y deben considerarse en el diagnóstico diferencial. El diagnóstico es más difícil en presencia de BRI. En los pacientes con bloqueo de rama derecha (BRD), alteraciones del ST-T en las derivaciones V1 a V3 son comunes, por lo que es difícil evaluar la presencia de isquemia en estos casos, sin embargo, cuando se encuentran nueva elevación del ST u ondas Q, debe considerarse isquemia miocárdica o infarto.

ECG manifestaciones de isquemia miocárdica aguda (en ausencia de HVI y BRI)

- Elevación del ST

Nueva elevación ST en el punto J en dos derivaciones contiguas con los puntos de corte: $\geq 0,1$ mV en todas las derivaciones distintas de las derivaciones V2 -V3, donde se aplican los siguientes puntos de corte: $\geq 0,2$ mV en los hombres ≥ 40 años; $\geq 0,25$ mV en hombres de < 40 años, o $\geq 0,15$ mV en las mujeres.

- Depresión del segmento ST y T cambios en la onda.

Nueva horizontal o hacia abajo con pendiente depresión ST $\geq 0,05$ mV en dos derivaciones contiguas y/o T inversión de $\geq 0,1$ mV en dos derivaciones contiguas con onda R prominente o la relación R/S >1 .

Las ondas Q o complejos QS en ausencia de factores de confusión QRS son patognomónicos de un infarto agudo al miocardio, previo en pacientes con enfermedad isquémica del corazón, independientemente de los síntomas; la especificidad del diagnóstico electrocardiográfica para el infarto es mayor cuando se producen ondas Q en varias derivaciones. Cuando las ondas Q se asocian con cambios en las ondas ST o T, la probabilidad de infarto al miocardio se incrementa.

ECG cambios asociados con infarto de miocardio previo.

- Cualquier onda Q en las derivaciones V2 -V3 ≥ 0.02 seg o complejos QS en las derivaciones V2 y aVR.

- Onda Q ≥ 0.03 seg y $\geq 0,1$ mV profundo o complejo QS en las derivaciones DI, DII, aVL, aVF o V4 -V6 en cualquiera de los dos cables de una agrupación contigua (DI, aVL, V1-V6; DII, DIII, aVF).
- Onda R $\geq 0,04$ seg en V1, V2 y R/S ≥ 1 con una onda T positiva concordantes en ausencia de defecto de conducción. ^(11,12)

1.1.4. Infarto al Miocardio Silencioso.

Los pacientes asintomáticos que desarrollan nuevos criterios onda Q patológica para infarto al miocardio, detectados durante ECG de rutina, por imágenes cardíacas, que no se pueden atribuir directamente a un proceso de revascularización coronaria, debe ser llamado infarto al miocardio silencioso. La onda Q en el infarto silencioso representa el 9-37% de todos los eventos no fatales y se asociaron con un riesgo de mortalidad significativamente mayor. Colocación de electrodos incorrectos pueden generar confusión en las ondas QS y Q invertidas; por lo tanto, el diagnóstico de una nueva onda Q en el infarto al miocardio silencioso debe ser confirmado por un ECG de repetición con la colocación de cable correcto, o por un estudio de imagen, y por el cuestionamiento enfocada sobre los posibles síntomas isquémicos provisionales.

Técnicas de imagen de uso común en el infarto agudo y crónico son la ecocardiografía, radionúcleidos, ventriculografía; gammagrafía de perfusión miocárdica utilizando tomografía por emisión de fotón gte y resonancia magnética por imágenes. La tomografía por emisión de positrones y la tomografía axial computarizada son menos comunes. Permiten valorar incluyendo la disfunción miocárdica, la muerte celular, la curación por fibrosis, los parámetros importantes de formación de imágenes de perfusión son, la viabilidad de los miocitos, el grosor del miocardio, engrosamiento y movimiento, y los efectos de la fibrosis en la cinética de agentes de contraste paramagnéticos o radio-opacos.

Las técnicas de imagen pueden ser útiles en el diagnóstico de infarto agudo al miocardio debido a su capacidad para detectar movimiento de la pared anormalidades o pérdida de miocardio viable en la presencia de valores de biomarcadores cardíacos elevados; las técnicas de imagen son útiles para el diagnóstico precoz y alto en los

pacientes con sospecha de infarto del miocardio. Sin embargo, si los biomarcadores se han medido en los momentos adecuados y son normales, esto excluye un infarto agudo al miocardio y tiene prioridad sobre los criterios de imagen. ^(13,14)

1.2. Calidad de Vida

La primera utilización del concepto de calidad de vida tuvo lugar a fines de los años 60, en la denominada investigación científica de la asistencia social benéfica con los trabajos del grupo de Wolfgang Zapf. Entonces el concepto fue definido como “la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, de un grupo de población determinado, y su correspondiente valoración subjetiva”; “calidad de vida” se usó indistintamente para nombrar innúmeros aspectos diferentes de la vida como estado de salud, función física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad; en general se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida o al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios. ⁽¹⁴⁾

Hace ya varias décadas que la Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad. De esta definición se desprende que la evaluación de la salud no puede estar limitada a los factores clínicos tradicionales basados en variables puramente biológicas. El estado objetivo de la salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos, que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud. En un intento de dar respuesta a estas valoraciones más amplias de la medición de salud surge, a mediados de los años setenta, el término “calidad de vida” aparece como un concepto multidimensional que pretende valorar el efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social.

No existe, sin embargo, un consenso sobre la definición de calidad de vida, e incluso en la literatura se utilizan los términos “estado de salud”, “estado funcional”, “calidad de vida” o “calidad de vida relacionada con la salud” como sinónimos, cuando

realmente son términos relacionados, pero responden a conceptos distintos. Aunque no existe una definición generalmente aceptada y utilizada de la calidad de vida relacionada con la salud, Herdman y Baró.⁽¹⁵⁾

La definición propuesta por Shumaker y Naughton, que refleja adecuadamente el enfoque tomado por muchos investigadores en este campo:

“La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional”. Los aspectos más importantes de esta definición son el hecho de que pone el énfasis en la evaluación subjetiva que el individuo hace de su propia calidad de vida e incorpora un número limitado y bien definido de dimensiones.

La CVRS, así definida, incorpora solamente aquellas dimensiones que el individuo experimenta directamente y no incluye otros elementos que aunque son importantes en la salud, el individuo no percibe directamente (por ejemplo, las características genéticas, bioquímicas o histológicas). Tampoco incorpora aspectos externos como la vivienda, el medio ambiente, o incluso la situación política y económica del país. Aun así, no es fácil a la hora de operativizar estos conceptos en instrumentos, separar qué parte del bienestar/malestar en algunas dimensiones es debida a elementos relacionados con la salud y la atención sanitaria, y qué parte es debida a aspectos económicos, sociales o políticos, dado que todo se relaciona entre sí.

El individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente, depende de las interpretaciones, valores y de los objetivos de su entorno. Algunos antecedentes hacen alusión a la calidad de vida desde diferentes definiciones multidimensionales. Levy y Anderson, en 1980, refieren que “es una medida compuesta

de bienestar físico, mental y social”, tal y como lo percibe cada individuo o grupo, y de la felicidad, satisfacción y recompensas.

Szalai al respecto apunta que “es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo”. En 1990, Celia y Tulsy la definen como “la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible y real”. En 1992, Quintero refiere que es “el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual en un marco social y cultural determinado”. Asimismo, Felce y Perry, en 1995, la definen como la “calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos”, es decir, la calidad de las condiciones de una persona junto con la satisfacción que ésta experimenta, la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. ^(14,16)

La calidad de vida es una combinación de elementos objetivos y subjetivos; los elementos objetivos: bienestar material, salud objetivamente considerada, relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad.

Los elementos subjetivos: es un baremo psicométrico que se utiliza para valorar el estado de salud subjetivo del individuo. El nivel de calidad de vida depende no sólo de los efectos que la enfermedad produce en la actividad funcional habitual, sino también de las experiencias pasadas y de las expectativas futuras, así como de las condiciones familiares y sociales. La valoración de la calidad de vida persigue como finalidad última conciliar los elementos objetivos y subjetivos incluidos en los conceptos de salud y de enfermedad.

La OMS define la calidad de vida como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Sin duda, se debe tener una concepción del ser humano integral, en el que confluye lo biológico, psicológico, social, ético, político, cultural, histórico, económico, espiritual y estético, sin que ningún aspecto sea más relevante que otro para determinar la calidad de vida. Para algunos, la clave está en lo económico; sin embargo, otros consideran que lo principal está en el ser y el hacer. ⁽¹⁶⁾

La expresión calidad de vida, a través de la historia, surge al pretender realizar una medición integral de la salud. Esta pretende determinar el estado de salud o enfermedad de los individuos mediante métodos objetivos y medidas, como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos o, simplemente, empleando el uso de indicadores epidemiológicos, como los de morbilidad y mortalidad, esperanza de vida y años potencialmente perdidos. Si bien esa ha sido una de las formas tradicionales de medir la salud, puede parecer obvio que para estimar el perfil de salud se deba tener en cuenta la enfermedad, la discapacidad y la muerte de las personas. ⁽¹⁵⁾

1.2.1 Calidad de Vida Post-Infarto

La actividad física como único tratamiento de la enfermedad cardiovascular y secundariamente considerar otros elementos (educación, apoyo social y emocional) que promuevan la calidad de vida. También se puede observar el concepto de prevención secundaria implícito, pues las acciones terapéuticas que se aplican a mediano y largo plazo en el paciente cardiovascular se traducen en esfuerzos orientados a reducir los factores de riesgo coronario, con el propósito de disminuir la probabilidad de un nuevo evento coronario y enlentecer o, tal vez, detener la progresión de la enfermedad coronaria. ⁽¹⁷⁾

El autocuidado es una forma práctica de actividades que las personas maduras inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano para continuar con el desarrollo personal y su bienestar. El déficit de autocuidado, se produce cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado desarrollada no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente.

Los eventos que causan incertidumbre pueden ser la mayor fuente de estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando la emocionalidad del paciente; que da como resultado; la inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos relacionados con una enfermedad.

Al enfrentar el paciente, el estrés a través del enjuiciamiento funcional de la actividad psíquica, y depende de fuerzas conscientes que se configuran como producto de una apreciación intuitiva de las demandas, recursos y resultados predecibles de la interacción con el medio, con modos peculiares de procesar la información y de integrar las experiencias. La respuesta emocional y conductual del enfermo ante un acontecimiento depende de la forma en que éste lo analice. ^(13,15)

1.2.2. Clasificación Internacional del Funcionamiento.

Para el 2001, la OMS, tras un largo proceso de reflexión, ha propuesto un nuevo modelo y sirve de base para la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la Discapacidad y de la Salud, conocida comúnmente como “clasificación internacional del funcionamiento”. Este sistema de clasificación de los estados de salud se basa en una perspectiva biopsicosociológica de la salud.

La clasificación internacional de funcionalidad consta de tres componentes esenciales. El primer componente, funciones corporales y estructuras corporales, tiene que ver con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos y es la ausencia o alteración de los mismos, lo que concebimos como “deficiencias” en funciones y estructuras. El segundo componente, actividad, se refiere a la ejecución individual de tareas y las “limitaciones” de las mismas; son las dificultades que tiene el individuo para realizar tales actividades. El tercer componente, participación, se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y las “restricciones” de la participación son los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento. (Cuadro 1).

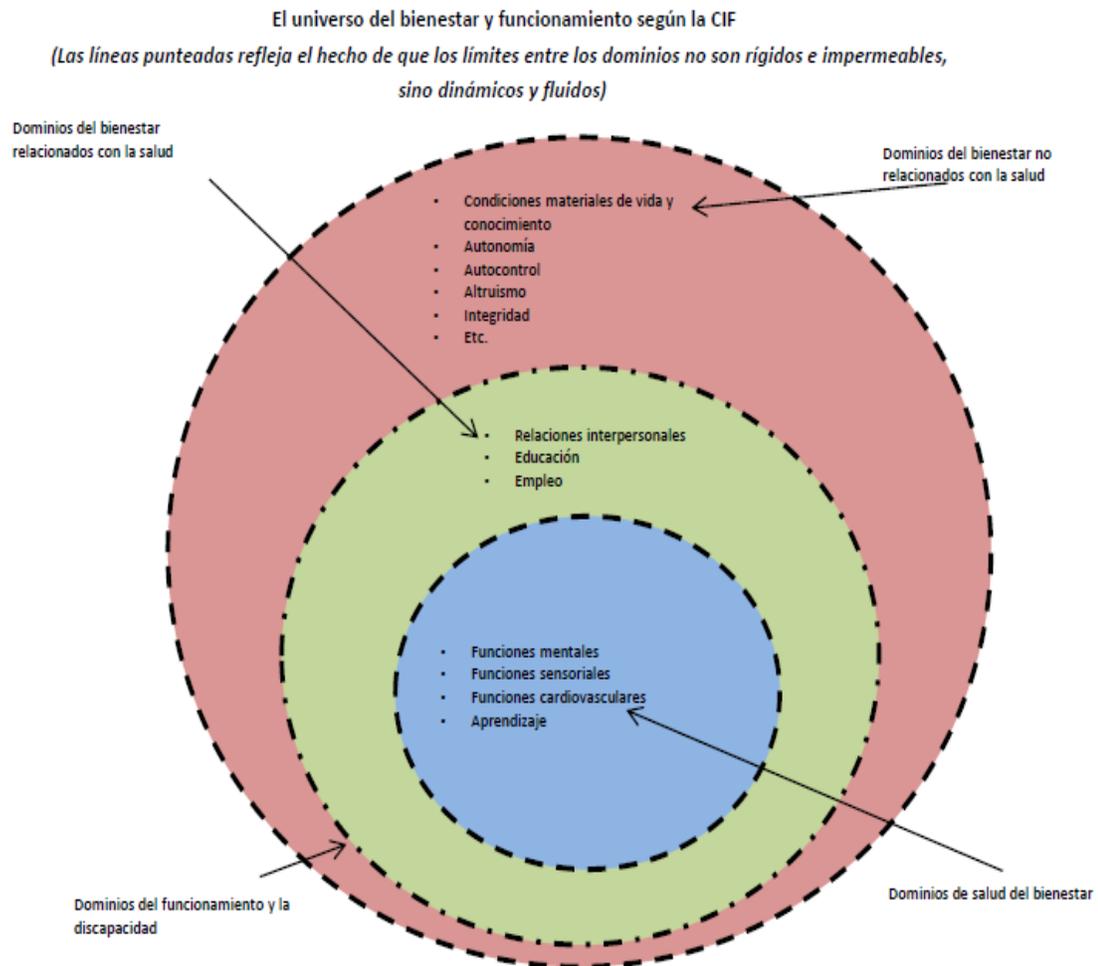
Cuadro 1. Clasificación Internacional del Funcionamiento(CFI)

	Parte 1: Funcionamiento y discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
Componentes	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales (tarea, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones Corporales (fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño/ realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación	Facilitadores	No aplicable
	Funcionamiento			
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la Actividad Restricción en la Participación	Barreras/ Obstáculos	No aplicable
	Discapacidad			

Los tres componentes están integrados bajo los términos “funcionamiento” y “discapacidad” y dependen tanto de la condición de salud como de su interacción con los factores personales y ambientales. Funcionamiento es el término genérico que incluye función, actividad y participación indicando los aspectos positivos de esa interacción. Por el contrario, discapacidad es el término genérico que incluye

deficiencias, limitaciones y restricciones e indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo. (Cuadro 2).

Cuadro 2. Universo de bienestar y del funcionamiento.



El conjunto de los dominios de salud y los relacionados con la salud que constituyen el funcionamiento según la CFI y todos los dominios no relacionados con la salud, que están en parte representados en la clasificación internacional del funcionamiento; los factores ambientales, constituyen el universo completo del bienestar. ⁽¹⁵⁾

1.3. Rehabilitación Cardiovascular.

Dentro del contexto de la calidad de vida del paciente posterior a evento isquémico depende en gran medida de la rehabilitación cardiovascular que lleve a cabo, por ello la asociación americana de cardiología y la OMS; definen la rehabilitación cardiovascular/prevención secundaria en “el conjunto de actividades necesarias para asegurar a las personas con enfermedades cardiovasculares una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como le sea posible en la sociedad”.⁽¹⁶⁾ La American Heart Association y el American College of Cardiology reconocen los programas de rehabilitación cardíaca como parte esencial del cuidado de los pacientes cardiovasculares y, por ello, son recomendados como útiles y eficaces (clase I). Un consenso realizado entre la American Heart Association, la American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation y la Agency for Health Care Policy concluyó que los programas de rehabilitación cardíaca deben ofrecer (figura 1) de forma multifacética y multidisciplinar, intervenciones que permitan la reducción del riesgo cardiovascular; de manera que los programas que solo ofrecen entrenamiento físico no pueden ser considerados rehabilitación cardíaca.

La calidad de vida representa la percepción de cómo vive el individuo su salud globalmente; esto es, en todo el conjunto de dominios de la salud, relacionados con la misma y no relacionados con ella; a su vez, que la calidad de vida es la percepción del individuo de cómo la vive, reducida a los dominios de la salud y los relacionadas con ella; se podría decir que calidad de vida relacionada con la salud es a calidad de vida lo que funcionamiento es a bienestar.

El incremento por cada ml/kg/min del consumo máximo de oxígeno mediante un programa de rehabilitación cardiovascular produce una disminución de la mortalidad de aproximadamente 10%. (Cuadro 3).^(15,16)

Cuadro 3. Rehabilitación cardíaca.



Integración del programa de rehabilitación cardíaca, y su interrelación con la prevención

Los pacientes candidatos para rehabilitación cardiovascular (cuadro 2), son aquellos que han presentado por lo menos uno de los siguientes eventos cardiovasculares en el último año:

- IAM/síndrome coronario agudo
- Cirugía de bypass aorto-coronario
- Angioplastia coronaria
- Angina estable reparación o reemplazo valvular
- Trasplante cardíaco o cardiopulmonar
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Enfermedad vascular periférica
- Enfermedad coronaria asintomática
- Pacientes con alto riesgo de enfermedad coronaria

Los progresos en las técnicas de re-perfusión y revascularización coronaria han reducido la severidad y las complicaciones del síndrome coronario agudo; pese a ello, el número de pacientes discapacitados por esta causa es sustancial, por lo que la prevención secundaria cobra un papel relevante en su rehabilitación, buscando la disminución de la morbimortalidad y la mejoría de la calidad de vida a largo plazo. (Cuadro 4).⁽⁹⁾

El movimiento y una actividad física regulada, acorde a cada paciente y patología, trae como primer efecto positivo un mantenimiento de la masa muscular y función del ventrículo izquierdo, disminución del estrés oxidativo producido por el daño celular y mejoría de los mecanismos antioxidantes del miocardio. El entrenamiento físico parece tener un efecto protector contra la apoptosis cardíaca.

En los pacientes con insuficiencia cardíaca la actividad física mejora el gasto cardíaco, observándose un efecto de remodelación inversa del ventrículo izquierdo con leves mejoras en la fracción de eyección y reducciones en el diámetro diastólico final. Secundariamente, reduce la frecuencia cardíaca en reposo demostrando una disminución del tono simpático. Esta reducción de catecolaminas se acompaña de una disminución de los niveles de angiotensina II, aldosterona y factor natriurético auricular luego de algunas semanas de entrenamiento.⁽¹⁷⁾

Cuadro 4. recomendaciones y contraindicaciones de rehabilitación cardiovascular.

<p><i>Clasificación de recomendaciones y niveles de evidencia</i></p>	<p><i>Contraindicaciones absolutas de la actividad física dentro del programa de rehabilitación cardiovascular</i></p>
<p>Clases de Recomendaciones Clase I: Hay acuerdo general de que el método o procedimiento es beneficioso, útil y efectivo; una indicación clase I no significa que el procedimiento sea el único aceptable.</p>	<p>2. Angina inestable 3. Valvulopatías graves 4. HTA descompensada: TAS > 190 mmHg y/o TAD > 120 mmHg 5. Insuficiencia cardíaca descompensada 6. Arritmias ventriculares complejas</p>

<p>Clase II: Hay divergencia de opinión con respecto a la justificación o utilidad del método o procedimiento; aceptable, puede ser controversial.</p> <p>Clase IIa: El peso de la evidencia está a favor de la utilidad o eficacia.</p> <p>Clase IIb: El peso de la evidencia no está muy bien establecido en lo que respecta a la utilidad o eficacia.</p> <p>CLASE III: Hay acuerdo general de que el método o procedimiento no está indicado o justificado, y en algunos casos puede ser peligroso.</p> <p>Niveles de Evidencia</p> <p>A: Evidencia sólida, proveniente de múltiples estudios clínicos aleatorios o metaanálisis, con diseño adecuado para alcanzar conclusiones estadísticamente significativas.</p> <p>B: Evidencia débil derivada de un simple estudio aleatorio, o numerosos estudios no aleatorios</p> <p>C: Opinión de expertos y/o pequeños estudios, o registros.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7. Sospecha de lesión del tronco de la coronaria izquierda 8. Endocarditis infecciosa 9. Cardiopatías congénitas severas no corregidas 10. Tromboembolismo pulmonar y tromboflebitis 11. Aneurisma disecante de aorta 12. Obstrucción severa sintomática del tracto de salida del ventrículo izquierdo 13. Diabetes descompensada 14. Todo cuadro infeccioso agudo
--	---

Beneficios asociados a la actividad física de forma regular; modula la frecuencia cardíaca consiguiendo una disminución de la basal, un menor incremento al esfuerzo, menor posibilidad de alcanzar niveles de isquemia y aumento del umbral de aparición de arritmias ventriculares, con menor actividad simpaticomimética. La frecuencia cardíaca elevada está asociada a mayor tasa de eventos adversos y su disminución, a través del estímulo parasimpático con el entrenamiento y minimiza la aparición de

estos. Otros efectos beneficiosos de la actividad física a nivel sistémico sobre el metabolismo de la glucosa, de los lípidos y del tejido adiposo, en la función del músculo esquelético, en la fuerza de los músculos de la ventilación, en la densidad ósea, en la coordinación locomotora, en el bienestar psicológico con mejoría de los cuadros depresivos, todo lo cual mejora la calidad de vida del paciente. ⁽¹⁶⁾

La inactividad del paciente posterior a un evento isquémico agudo que mantenga reposo prolongado en cama genera disminución de la masa muscular, disminución de la masa ósea y disminución del volumen plasmático. Como consecuencia se obtiene como resultado atrofia muscular, disminución de la movilidad por consiguiente, baja tolerancia al ejercicio y disminuye la capacidad vital generando un incremento en la sintomatología.

No hay datos de estudios aleatorizados recientes en cuanto a la tasa de complicaciones graves, pero se reporta un evento no fatal (paro cardíaco resucitado, infarto de miocardio no fatal, arritmias ventriculares graves) cada 80.000 a 300.000 pacientes/hora de ejercicio y el riesgo de una muerte cada 300.000 a 780.000 pacientes/hora de ejercicio, entre enfermos coronarios no seleccionados.

Los pacientes que tienen función sistólica del ventrículo izquierdo normal, realizan un esfuerzo >5 mets en la ergometría sin anomalías clínicas ni electrocardiográficas, están aptos para todo trabajo. Los casos con tareas especialmente intensas (carga de pesos, albañilería, etcétera) deben ser considerados individualmente. En cambio, los pacientes no quirúrgicos que tienen disfunción ventricular izquierda significativa o isquemia en las pruebas funcionales pueden llevar a cabo trabajos de oficina siempre que su capacidad de ejercicio sea >5 mets.

El 5% de los episodios de angina de pecho, al menos de 1% de los infartos y 0,5% de las muertes súbitas suceden durante el acto sexual. Estos eventos son más frecuentes en aquellas personas sedentarias, con enfermedad coronaria severa o con síntomas de angina a mínimos esfuerzos y en situaciones que se salen de la norma. En general se autorizan las relaciones sexuales luego de una a dos semanas de un infarto no complicado, o incluso antes si se realizó ATC exitosa sin lesión miocárdica. En

casos de cirugía cardíaca es mejor esperar entre seis a ocho semanas para permitir un correcto cierre de la herida esternal. ⁽⁹⁾

La sobreprotección ha trascendido del ámbito de los estilos educativos en la infancia y adolescencia; es decir de la dominada sobreprotección parental. Esto sucede frecuentemente en adultos que padecen enfermedades crónicas, y que son objetos de conductas, sobreprotectoras, por parte de sus familiares o cuidadores, informales con quienes mantienen, intercambios sociales basados en el afecto y/o la provisión, de ayuda o apoyo.

Para 1993 Thomson y Sobolew–Shubin definen la sobreprotección como, la percepción y sensaciones, que tienen las personas de estar siendo innecesariamente ayudados o limitados en exceso por un miembro de su familia o del entorno.

La sobreprotección se considera un modo inadecuado de proporcionar apoyo social, lo que dificulta el ajuste de diferentes enfermedades relacionadas con depresión y un descenso en la autoestima. En lo que se verá reflejado en la calidad de vida como consecuencia de un exceso de apoyo social. ⁽¹⁶⁾

1.4. Herramientas Para Determinar La Calidad De Vida

Los instrumentos permiten la detección de problemas percibidos por los pacientes; a su vez determina los efectos positivos y negativos de una intervención, se realiza un análisis de costo-efectividad de los mismos. Estos instrumentos se dividen en dos grandes grupos:

- Instrumentos genéricos
- Instrumentos específicos

1.4.1. Instrumentos Genéricos:

Proporcionan una medición global de la calidad de vida relacionada con la salud a su vez permiten comparaciones entre diferentes condiciones clínicas, al mismo tiempo determina los efectos de una intervención en las diferentes dimensiones de la

calidad de vida; no incluyen aspectos específicos para la determinación de la calidad de vida en una enfermedad específica y son pocos sensibles al cambio.

Uno de los cuestionarios con mayor utilidad se encuentra, el cuestionario de salud SF-36 es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, posee una fiabilidad mayor de 0,7 (valor mínimo recomendado) y concretamente entre 0.78 para dimensión de vitalidad y el valor 0,96 de la dimensión del rol físico; una fiabilidad inter-observador mayor de 0,80; cubre 2 áreas: el estado funcional y el bienestar emocional en las cuales se pretende medir ocho dimensiones sobre la salud, entre los que se encuentran: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional.

1.4.2. Instrumentos Específicos:

Son útiles para el estudio de una enfermedad, población definida, o condición bien determinada; permite identificar aspectos de la calidad de vida propios de una enfermedad específica, llegando a ser altamente sensibles a los cambios del problema específico de salud que se está evaluando, su mayor desventaja es que no permite comparaciones entre patologías. Entre los principales instrumentos específicos desarrollados para pacientes con enfermedad cardiovascular se encuentran:

- Seattle Angina Questionnaire (SAQ)
- Quality of Life-cardiac versión I (QLI)
- Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire (APQLQ)
- Cuestionario de Velasco-Del Barrio (CVB)
- Quality of Life After Myocardial Infarction (QLMI)
- Mac New Heart Disease Questionnaire, (QLMI-2)

El QLMI-2 se convierte en el único instrumento a nivel internacional específico para la medición de la calidad de vida, fiable que permita comparar pacientes cardiovasculares con diferentes presentaciones y síntomas de su enfermedad.

Es fácil de manejar, corto, altamente sensible y, por lo tanto, adecuado para la determinación de la calidad de vida del paciente; recientemente se ha desarrollado una versión mejorada del instrumento con 27 ítems y tres dimensiones, el Mac New Heart Disease Questionnaire, también conocido como el QLMI-2 fue diseñado para evaluar como las actividades diarias, las funciones físicas, sociales y emocionales son afectadas por infarto agudo al miocardio y otras patologías cardíacas diagnosticadas.

El MacNew Heart Disease Questionnaire, QLMI-2, ha demostrado tener con sus tres dimensiones (física, social y emocional) de calidad de vida, una alta consistencia interna, tanto en puntos de medición. Cuenta con una validez y confiabilidad del 0.7, consiste en 27 ítems los cuales recaen en 3 dominios (una escala de dominio de limitaciones físicas de 10 ítems, una escala de dominio de función emocional de 10 ítems, y una escala de dominio de función social de 7 ítems (cuadro 4.); Se puede afirmar que este instrumento ha sido identificado como el instrumento de calidad de vida, que más frecuentemente se ha utilizado en pacientes con cardiopatía coronaria.

Las preguntas se responden mediante una escala de Likert con 7 opciones de respuesta desde 1, que representa la peor situación, hasta 7, que representa la mejor. Para realizar la puntuación en cada dimensión se obtiene de la media de la puntuación de todos los ítems que contiene. Dentro de los rangos de la calidad de vida se consideran como mínimo 27 puntos como una mala calidad de vida y máximo 189 puntos como una excelente calidad de vida (cuadro 5).

El cuestionario de Mac New QLMI-2 es capaz de desglosar significativamente los pacientes con infarto agudo al miocardio de los demás; demostrando que este cuestionario presenta una elevada confiabilidad en la población estudiada para determinar su calidad de vida.⁽¹⁶⁾

Cuadro 5. Relación de la dimensión física, social y emocional con el Mac New QLMI-2

DIMENSIÓN FÍSICA		DIMENSIÓN EMOCIONAL		DIMENSIÓN SOCIAL	
ITEM	N° PREGUNTA	ITEM	N° PREGUNTA	ITEM	N° PREGUNTA
Agotamiento	6	Frustración	1	Dependencia	11
Disnea	9	Inútil	2	Actividades sociales	12
Dolor torácico	14	Confianza	3	Confianza de otros	13
Dolor en las piernas	16	Depresión	4	Sobreprotección	22
Limitación deportiva	17	Relajación	5	Carga para los demás	23
Mareo	19	Felicidad	7	Exclusión	24
Limitación	20	Ansiedad	8	Incapaz de relacionarse	25
Inseguridad y ejercicio	21	Llanto	10		
Limitación física	26	Inseguridad	15		
Dificultad sexual	27	Miedo	18		

Para analizar la puntuación de calidad de vida a nivel global y por dimensiones se establecieron rangos ponderales teniendo en cuenta el número de ítems que compone cada dimensión y la extensión de la escala de Likert. (Cuadro 6).

Cuadro 6. Rangos ponderales establecidos para determinar los niveles de calidad de vida global y por dimensiones

VARIABLES	NIVEL DE CALIDA DE VIDA		
	Malo	Regular	Bueno
Global	27 a 63	64 a 127	128 a 189
Dimensión social	7 a 17	18 a 32	33 a 49
Dimensión física	10 a 23	24 a 46	47 a 70
Dimensión emocional	10 a 23	24 a 46	47 a 70

2.0 Planteamiento del Problema

En la actualidad, la cardiopatía isquémica (CI) continúa siendo un importante problema de salud pública, como primera causa de infarto agudo al miocardio, por ello dentro del Hospital Regional Valle de Chalco, una de las acciones primordiales es mantener la integridad de sus derechohabientes; por lo que en esta investigación se favorezca una sana vinculación médico-paciente-familiar en los cuidados, del paciente post-infarto.

La calidad de vida del paciente post-infarto, se considera una de las principales discapacidades y esto conlleva un aumento en su morbimortalidad; generando un costo socio-económico de alto impacto en el bienestar del paciente. Debido a que en este país la disponibilidad de recursos humanos e infraestructura es limitada y en general para ofrecer servicios de rehabilitación. Sería necesario aportar recursos con el fin de responder a la demanda de pacientes post-infarto con el fin de mejorar su calidad de vida.

Los pacientes post-infarto, mantienen un daño cardiaco que en sus inicios no es posible medir sin embargo al identificar en ellos los factores riesgo, se podrá incidir en la progresión de las complicaciones.

En el Hospital Regional Valle de Chalco de 68 pacientes que acuden a la consulta externa de medicina familiar con cardiopatía isquémica, manifiestan presentar dificultad para llevar a cabo una vida plena, por lo que se muestra afectada su calidad de vida en su entorno físico, social y emocional; lo que genera una discapacidad del paciente post-infarto, e imposibilita disfrutar de una vida satisfactoria.

El propósito del presente estudio es determinar, cual es la calidad de vida del paciente post-infarto posterior al primer evento y como se ve afectado en su entorno emocional, social y físico; por ello la investigación plantea lo siguiente:

¿Cuál es la calidad de vida del paciente post-infarto agudo al miocardio, que acuden a consulta externa en el Hospital Regional Valle De Chalco ISSMEYM; posterior a un primer evento?

3.0. Justificación.

La magnitud del problema del infarto agudo al miocardio y del impacto de la enfermedad en la vida social, familiar y laboral del que la padece, junto al estado emocional y físico asociado a su evolución, llevan a considerar la medida de la calidad de vida en cardiopatía isquémica; como un aspecto fundamental para tomar en cuenta la atención a estos pacientes.

El identificar la calidad de vida que exhiben los pacientes, por los médicos familiares, nos permitiría conocer mejor el estado de salud del enfermo mediante un seguimiento clínico y proporcionar un mejor entendimiento en el impacto de la enfermedad y de la intervención médica en sus vidas, lo que nos ayudara a disminuir la mortalidad. ⁽¹⁸⁾

La cardiopatía isquémica es la causa individual más frecuente de muerte en todos los países del mundo. Más de 7 millones de personas mueren cada año como consecuencia de la misma, lo que corresponde a un 12,8% de todas las muertes, la mortalidad sigue siendo importante, con aproximadamente un 12% de mortalidad en 6 meses y con tasas más elevadas en pacientes de mayor riesgo, lo que justifica los esfuerzos continuos por mejorar la calidad de la atención, la adherencia a las guías y la investigación.

Las enfermedades cardiovasculares representan una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad general tanto en el mundo, como en México; el INEGI 2010, establece que la primera causa de mortalidad en la población general son las enfermedades cardiovasculares y la cardiopatía isquémica representa el 16.51% de todas las causas de mortalidad; en una edad promedio de 53.2 +/- 14 años; el dolor torácico es calificado como típico en el 80% de los casos, de predominio en el sexo masculino (78%), con factores de riesgo: tabaquismo (30%), obesidad (23%), síndrome metabólico (20%), hipertensión arterial (18%), hipercolesterolemia (14%), diabetes mellitus (7%) y placa carotídea en 8%; si se combinan factores el riesgo aumenta, hasta 13 veces si fuma y es diabético o hipertenso; si además tiene niveles lipídicos inadecuados, el riesgo aumenta 42 veces. Sin embargo algunos pacientes sin tener

factores sufrirán alguna complicación en el transcurso de la enfermedad, por la contraparte el consumo de alcohol, el ejercicio y el consumo diario de frutas y vegetales son factores protectores y la ausencia de ellos constituye un mayor riesgo de padecerlo.

La cardiopatía isquémica es la segunda causa más importante de años de vida saludable perdidos, tanto por la mortalidad prematura que genera, como por su contribución en años vividos con discapacidad. En México la mortalidad en hombres es 10 veces mayor con antecedentes de infarto agudo, y 15 veces mayor en mujeres comparado con la población general; ante una prevalencia de cardiopatía isquémica y que solo el 7% de pacientes es candidato a rehabilitación cardiaca; a nivel estatal nos permite observar un panorama más claro ya que el estado de México se encuentran niveles socioeconómicos bajos, que condiciona estrés laboral, obesidad, falta de ejercicio, que significativa el bienestar del paciente, de su entorno emocional, físico y social y así mejorar el pronóstico, manifestando una mejor calidad de vida.⁽¹⁹⁾

Por lo anterior se realiza este estudio de investigación el cual servirá para identificar la calidad de vida los 68 pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Regional Valle De Chalco, que fueron diagnosticados con infarto agudo al miocardio, con el fin de identificar, su estado emocional, físico y social que presentan y con esto optimizar su pronóstico y calidad de vida.

4.0. OBJETIVOS.

4.1. Objetivo General.

Identificar qué calidad de vida del paciente post-infarto agudo al miocardio que acuden a consulta externa del Hospital Regional Valle De Chalco ISSEMyM; durante el 12 diciembre del 2014 al 25 mayo del 2015; esto nos permitirá valorar el impacto de la enfermedad en el paciente ante la sociedad, el estado emocional y su capacidad física.

4.2. Objetivos Particulares.

- ❖ Valorar el nivel calidad de vida en el paciente post-infarto en el aspecto emocional del 12 diciembre del 2014 al 25 mayo del 2015.
- ❖ Valorar el nivel de calidad de vida del paciente post-infarto en el aspecto social durante del 12 diciembre del 2014 al 25 mayo del 2015.
- ❖ Valorar el nivel de calidad de vida del paciente post-infarto en el aspecto físico del 12 diciembre del 2014 al 25 mayo del 2015.

5. Hipótesis.

Los pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Regional Valle de Chalco con diagnóstico de post-infarto agudo al miocardio; muestran una calidad de vida satisfactoria en su entorno social, emocional y físico

H_1 : Si todos los pacientes que acuden a consulta del Hospital Regional Valle de Chalco con diagnóstico de post-infarto agudo al miocardio; muestran una calidad de vida satisfactoria en su entorno social, emocional y físico

H_0 : No todos los pacientes que acuden a consulta del Hospital Regional Valle de Chalco con diagnóstico de post-infarto agudo al miocardio; muestran una calidad de vida satisfactoria en su entorno social, emocional y físico

6.0. Material y Métodos.

6.1. Tipo de Estudio

Es un estudio transversal, cuantitativo y retrospectivo en 68 pacientes que acuden a la clínica de consulta externa del Hospital Regional Valle De Chalco ISSEMyM; y se encuentran en bajo vigilancia médica con cardiopatía isquémica post-infarto

6.2. Población, Lugar y Tiempo

Se llevó a cabo en un total de 68 pacientes derechohabientes que acuden a la consulta externa de medicina familiar del Hospital Regional Valle de Chalco ISSEMyM; ubicada en la calle isidro Fabela s/n col Santa María Isabel; Estado de México. Durante el periodo de 12 diciembre del 2014 al 25 mayo del 2015; con cardiopatía isquémica post-infarto.

6.3. Tipo de Muestra

Se examinó un muestreo probabilístico sistemático en 68 pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular post-infarto agudo al miocardio, que acuden a la consulta externa de medicina familiar, del Hospital Regional Valle de Chalco, cada uno de los participantes cumplía con los criterios de selección especificados en el protocolo del estudio.

■ Criterios de Selección:

- Pacientes derechohabientes al Hospital Regional Valle de Chalco
- Pacientes con edad entre 18 a 70 años
- Pacientes de ambos sexos con antecedentes de infarto agudo al miocardio
- Pacientes que aceptan participar, en la aplicación de los cuestionarios referidos.

■ Criterios de Exclusión:

- Excluyeron padecimiento de problemas cognitivos.

- Pacientes con re-infarto agudo al miocardio

■ **Criterios de Eliminación:**

- Pacientes que presentaron complicación clínica grave (clase Killip 2 o superior) con el fin de evitar los sesgos y homogenizar la muestra, que pudieran tener relación con la calidad de vida.

6.4. Variables

Tipo y escala de mediciones de las variables definición y conceptualización

<i>VARABLE</i>	<i>TIPO DE VAIRABLE</i>	<i>CONCEPTO</i>	<i>ESCALA*</i>
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	1) 18-27 años 2) 28-37 años 3) 38-47 años 4) 48-57 años 5) 58-67 años 6) Mayor de 67
Sexo	Cualitativa	Clasificación masculino o femenino tomando en cuenta cualidades anatómicas y cromosómicas	1) Femenino 2) Masculino
Factores predisponentes	Cualitativa	Circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de que una persona adquiera una enfermedad o cualquier otro problema de salud.	1) Dislipidemia 2) Tabaquismo 3) Sobrepeso 4) Obesidad 5) Hipertensión arterial 6) Diabetes mellitus
Calidad de vida	Cuantitativa	Es el estado biopsicosocial en el cual se encuentra el paciente que nos ayuda a determinar la calidad de vida	1. Social 2. Emocional 3. físico

*Se aplica la escala por grupo de edad ya establecido, de acuerdo al instrumento MAC NEW QLMI-2

6.5. Desarrollo de la Investigación

En esta investigación se pretende identificar cual es la calidad de vida lleva paciente post-infarto como indicador de bienestar/malestar, por medio del

instrumento MAC NEW QLMI-2; demostrando que la calidad de vida que presentan y si la intervención del médico familiar mejoraría su sobrevida.

6.6. Instrumentos para la Recolección de Datos

Revisión de 68 expedientes; y se aplicó el instrumento, MAC NEW QLMI-2 en cada paciente.

6.7. Método de Recolección de Datos

Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de infarto agudo al miocardio en la población derechohabiente al servicio de consulta externa de medicina familiar, en el Hospital Regional Valle de Chalco ISSEMyM; se realizó la selección a cada paciente que cursaba con cardiopatía isquémica posterior a un primer evento de IAM, se inició el estudio por medio del expediente clínico; hoja de contrarreferencia; y aplicación del instrumento MAC NEW QLMI-2 para validar la información, así poder representarlos gráficamente.

6.8. Recursos Humanos, Material y Financiamiento del Estudio.

Para la realización de la siguiente investigación participaron el médico residente en medicina familiar con el apoyo de médicos adscritos a la consulta externa; una enfermera que superviso el llenado del instrumento; participo el departamento de archivo clínico y el director de la clínica quien brindo el apoyo necesario para la obtención de la información y realización del estudio.

6.9. Recursos Materiales

Se utilizaron hojas tamaño carta, instrumento **MAC NEW QLMI-2**, computadora para el procesamiento de datos, plumas, escritorios y las instalaciones de la consulta

externa del Hospital Regional Valle de Chalco; además de libros de medicina interna y artículos médicos tanto escrito como de internet.

6.10 Recursos Físicos

La presente investigación se llevó a cabo en las instalaciones de la consulta externa del Hospital Regional Valle de Chalco ISSEMyM, ubicada en la colonia Santa María Isabel, calle Isidro Fabela s/n. Municipio de Valle de Chalco; Estado de México.

6.11 Recursos Financieros

Los recursos financieros para la realización de la presente investigación corren a cargo en su totalidad del investigador principal.

6.12 Análisis de la Información

Toda vez que se obtienen los datos y que son almacenados en el programa Excell se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando tablas (porcentajes y totales) la información obtenida se presenta en gráficas.

6.13. Consideraciones Éticas

Teniendo en cuenta el título II de la resolución 008430 de 1993, de la investigación en seres humanos; en donde toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto, dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. Por lo tanto la participación de la población, será voluntaria y se mantendrá completa discreción y en ningún momento se revelaran datos de identificación. Para efecto de la autorización de participación se contara con el consentimiento informado de todos los participantes.

Su participación consistió en contestar un cuestionario; se evalúan por medio de una escala de Likert con siete opciones de respuesta desde 1, que representa la peor situación, hasta 7, que representa la mejor.

El reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, artículo N°17 en:

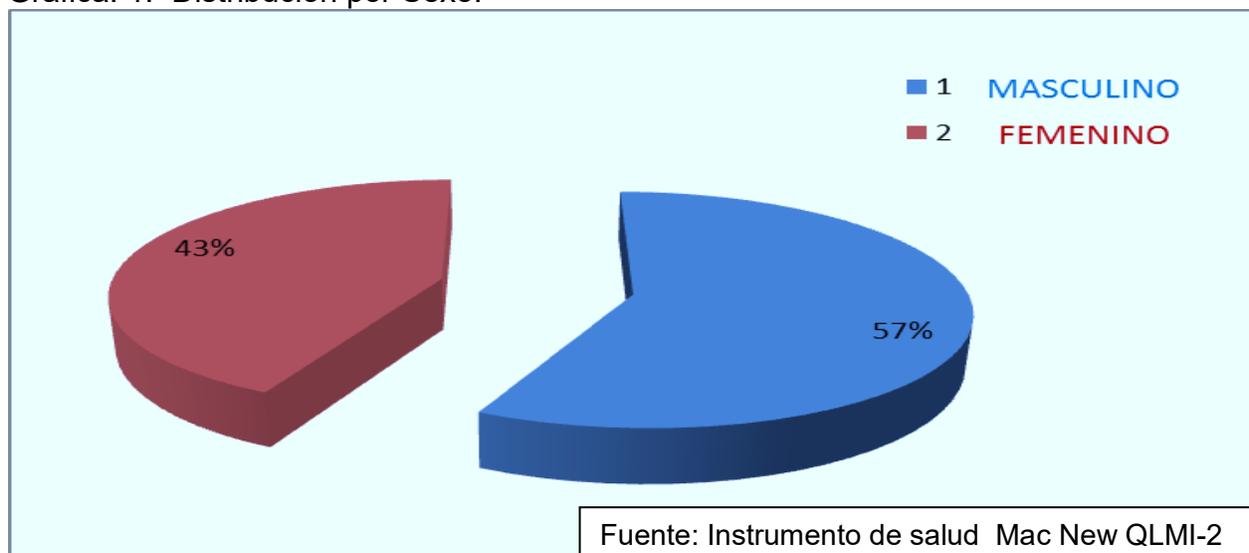
Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes decíales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 MI. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este reglamento, entre otros.

7.0. RESULTADOS

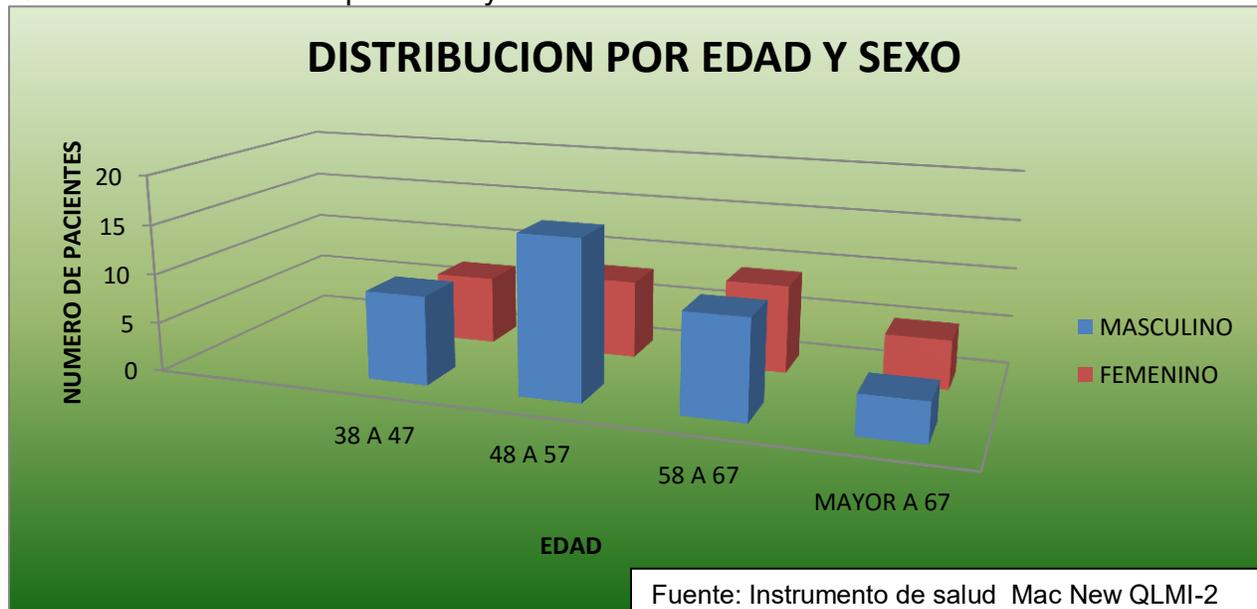
En el presente estudio se analizaron a 68 pacientes que acuden a consulta externa de medicina familiar, con su respectivo expediente clínico; se observa la distribución por sexo, el cual corresponde al 57% del sexo masculino (39 pacientes) y 43% del sexo femenino (29 pacientes); al obtener estos resultados corroboramos que es una enfermedad de predominio en hombres por lo que representa una mayor incidencia en este género. ver (Grafica. 1)

Gráfica. 1. Distribución por Sexo.



Dentro de los grupos de edad estudiados se toman los intervalos de edades, expresadas en el instrumento Mac New QLMI-2, encontrada la edad mínima que comprende de los 40 años con una edad máxima de 80 años; el mayor número de personas fue el rango comprendido entre 48 A 57 años (35%) se relacionan con 8 mujeres y 16 hombres, seguidos del grupo de edad de 58 A 67 años (28%) con 9 mujeres y 10 hombres. El grupo de edad comprendido entre 38 A 47 años (24%), con 9 hombres y 7 mujeres y el último grupo comprendido a mayores de 67 años (13%), con 4 hombres y 5 mujeres. (Grafica. 2)

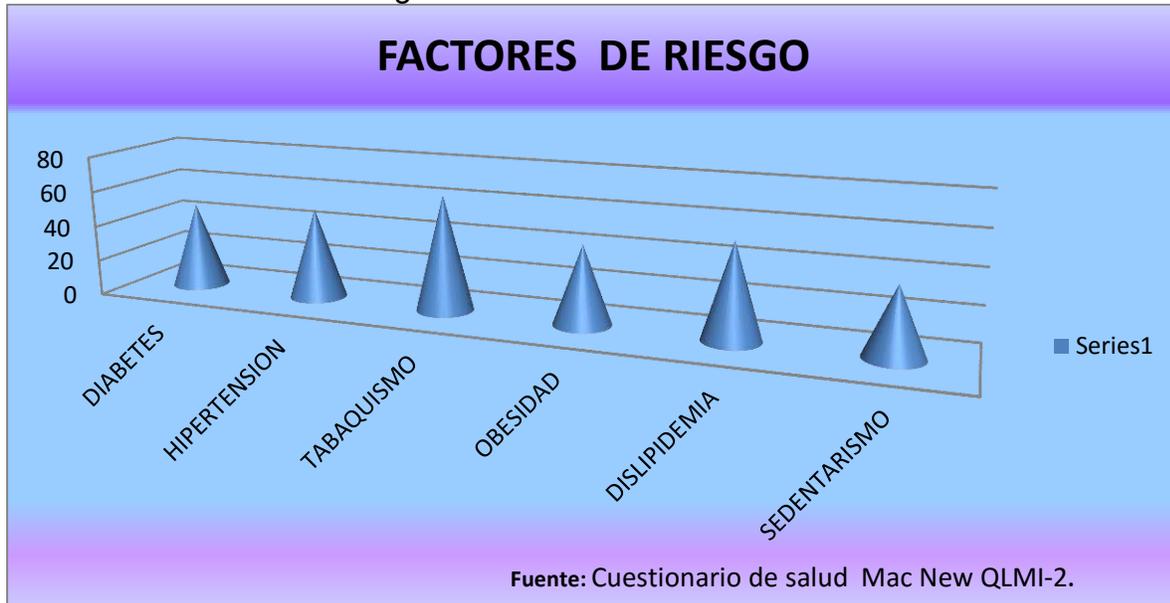
Gráfica. 2. Distribución por Edad y Sexo



Los factores que contribuyen al desenlace del infarto agudo al miocardio, fue causada por: Diabetes mellitus tipo 2, 48%; hipertensión arterial, 51%; tabaquismo, 65%; obesidad, 44%, dislipidemia, 53%; sedentarismo, 38%; con los resultados obtenidos se corrobora que el tabaquismo es factor principal de riesgo coronario (Gráfico. 3)

Se obtuvo como resultado de este platamiento que los pacientes que se encuentran casados representan el 75% de eventos, viudo(a) el 14%; divorciado 9% y el soltero 1%. (Gráfico. 4)

Gráfica 3. Factores de Riesgo.



Se obtiene como un resultado más que se aplicó en la encuesta el nivel de estudios de los pacientes lo cual corresponde al 36.76% con un nivel de primaria y el 32% corresponde a secundaria, 19.1 a bachillerato; a nivel universitario el 7% y analfabetos 13%. el nivel de estudio representa una mayor incidencia con un nivel bajo de escolaridad, y que conlleva a una mala calidad de vida, por desconocimiento de la enfermedad. (Gráfica. 5).

Gráfico 4. Distribucion de Acuerdo su Estado Estado Civil

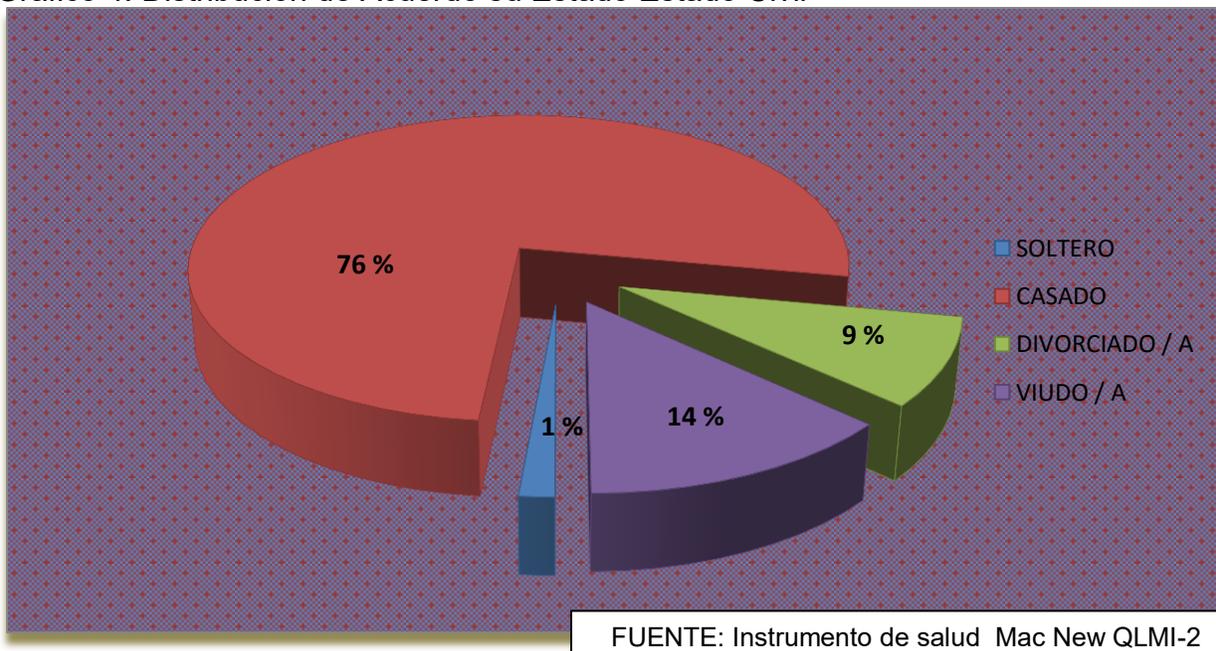


Gráfico. 5. Distribución de Acuerdo al Nivel de Estudios.



La red de apoyo que presentan, corresponde al 49% al paciente con apoyo de conyugue e hijos, el 40% dependen solo del conyugue, el 7% dependen de los hijos, el 3% viven solos y el 1% dependen del padre. Estos resultados exteriorizan que la red de apoyo principal es la familia. (Grafica.6).

Gráfico. 6. Distribución de Acuerdo a: ¿Con Quien Vive?



En cuanto a la situación laboral, se encontró que el 72% se encuentra laborando dependiente de un patrón o jefe, lo que corresponde a que el 19%n trabaja por su cuenta, y el 9% se encuentra pensionado; estos pacientes se verán afectados en su situación económica, por ello deben de someterse a una rehabilitación cardiaca y así mejorar su calidad de vida y ser nuevamente personas productivas. (Gráfica. 7).

Gráfico. 7. Distribución de Acuerdo a su Situación Laboral.

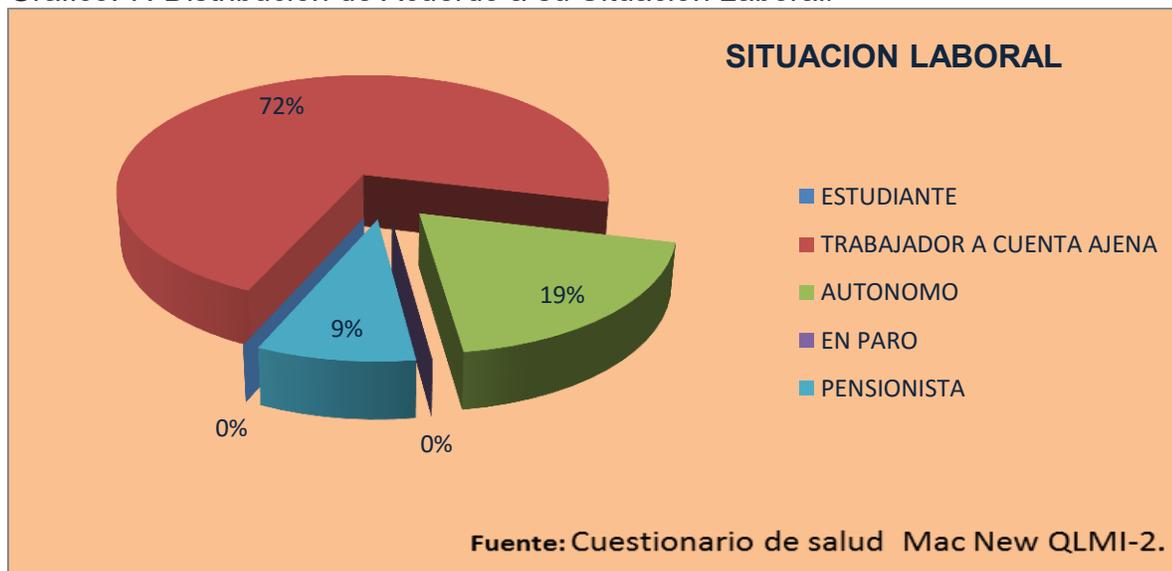
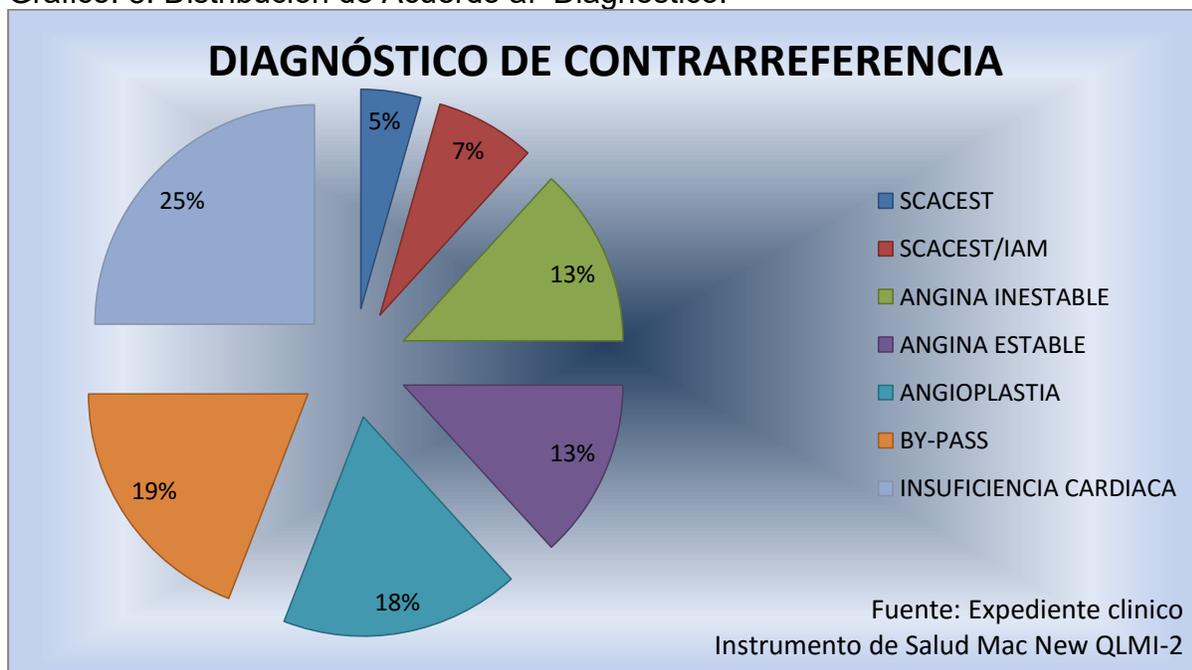


Gráfico. 8. Distribución de Acuerdo al Diagnóstico.



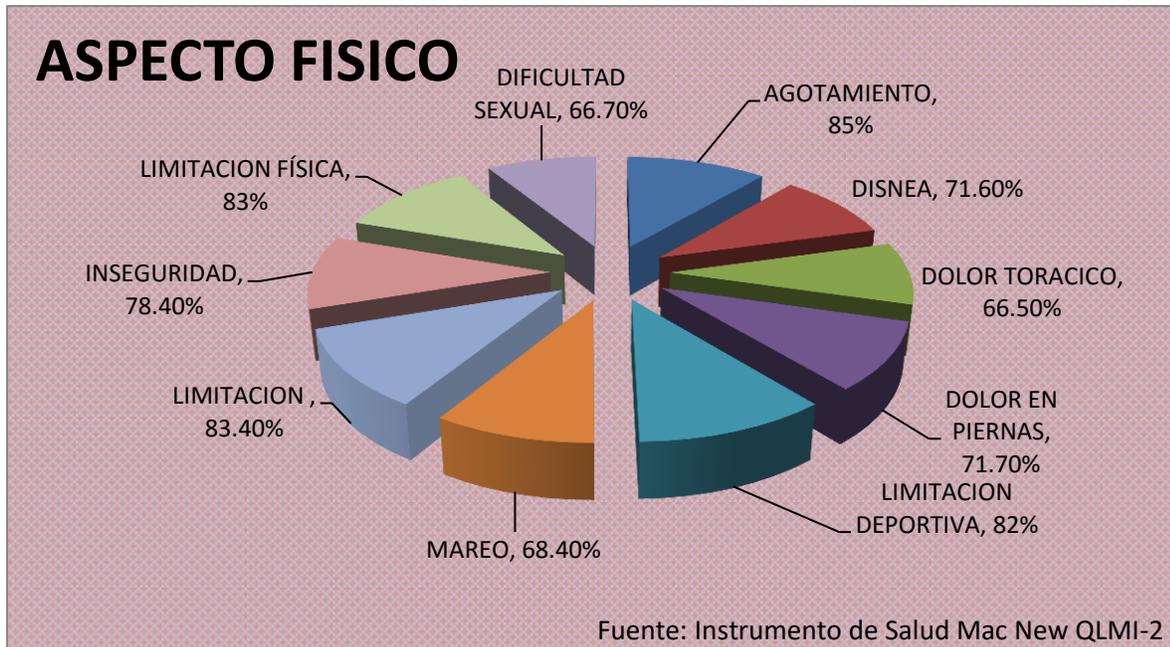
La mayoría de los pacientes que presentaron valoración cardiaca, del 25% presentando insuficiencia cardiaca, al 18% se practicó angioplastia, 19% se practicó bypass, 13% presento angina inestable y estable, al 7% SCACETS/IAM y el 5% SCACEST, con lo que simboliza el tratamiento en la terapéutica adecuada y oportuna y para mejorar de manera importante la calidad de vida del paciente.

7.1. Calidad de Vida:

■ Aspectos Físicos.

Se determinó la calidad de vida en el aspecto físico, teniendo en cuenta los rangos ponderables que fueron establecidos en el instrumento; mala, 10 - 23 puntos; regular, 24 - 46 puntos; buena, 47 - 70 puntos teniendo en cuenta el número de ítems que compone cada una de estas y la extensión de la escala de Likert.

En los ítems donde se evalúa esta dimensión se encontró el 85% se sentían agotados, el 83.4% refirieron sentirse limitados, el 78.4% describieron no tener seguridad al realizar ejercicio físico, el 71.7%, relataron tener dolor en las piernas, un 71.6% de los pacientes manifestaron tener disnea, además, el 68.4% de los pacientes manifestaron presentar mareo y el 66.7%, refirieron sentir dificultades en sus relaciones sexuales. Esto es debido al desbalance en el aporte y demanda de oxígeno por el musculo cardiaco.

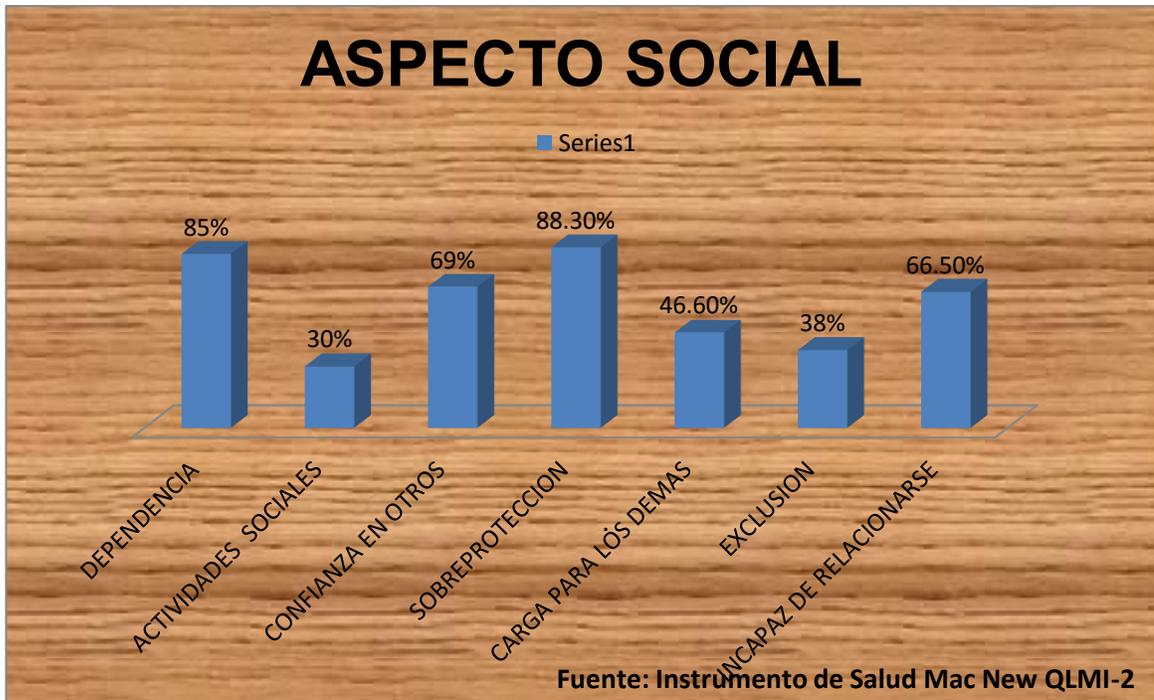


■ Aspecto Social.

Se determinó la calidad de vida en el aspecto social teniendo en cuenta los rangos ponderables establecidos en el instrumento mala, 7-17 puntos; regular, 18-32 puntos; buena, 33-49 puntos teniendo en cuenta el número de ítems que compone cada una de estas y la extensión de la escala de Likert.

En los ítems donde se evalúa esta dimensión se encontró que el 46.6% no refieren sentirse una carga para los demás, el 31.6% de los pacientes no se sentían excluidos de hacer cosas con otras personas, el 30% relata sentirse capaz para realizar actividades sociales, el 15% refieren sentirse más independientes, y el 11.7% no se sentían sobreprotegidos por sus familiares.

Gráfico 10. Calidad de Vida Aspecto Social

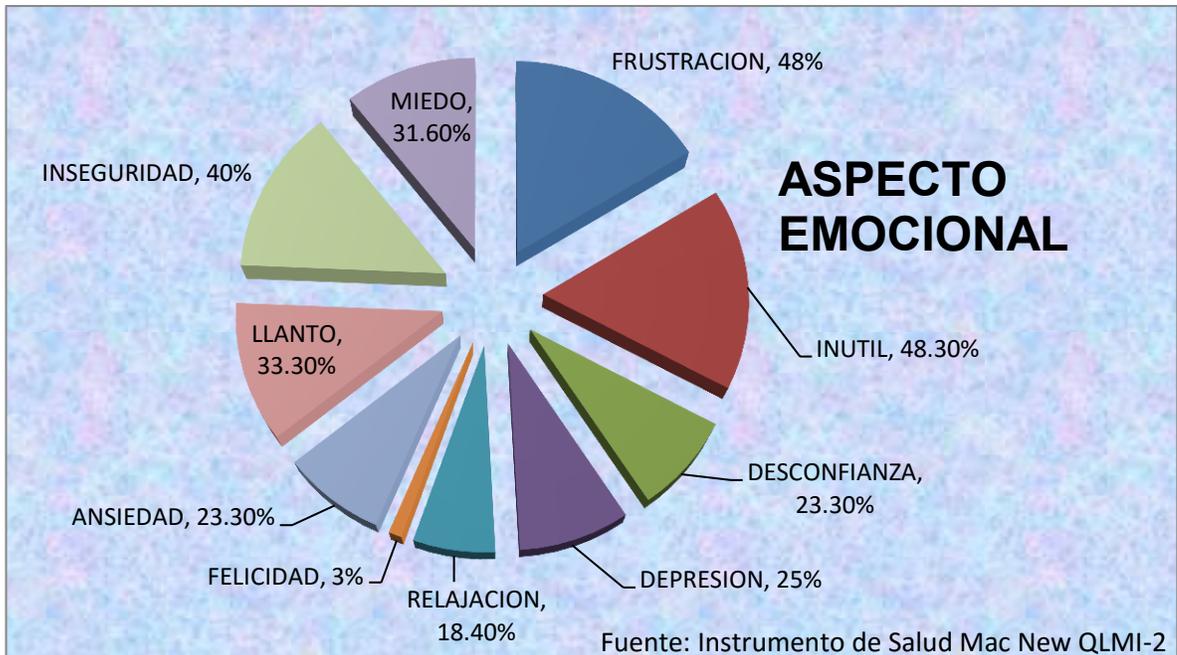


■ Aspecto Emocional.

Se determinó la calidad de vida en la dimensión emocional teniendo en cuenta los rangos ponderables establecidos en el instrumento; mala, 10-23 puntos; regular, 24-46 puntos; buena, 47-70 puntos teniendo en cuenta el número de ítems que compone cada una de estas y la extensión de la escala de Likert.

En los ítems donde se evalúan los aspectos emocionales, se encontró que el 48.3% de los pacientes se sentían incompetentes, el 40% de los pacientes refieren inseguridad en sí mismos, el 33.3% manifiesta haber llorado, el 31.6% de los pacientes refieren tener miedo, el 25% de los pacientes refieren presentar depresión, el 23.3% de los pacientes refieren sentir ansiedad y desconfianza frente a la enfermedad, y el 18.4% han sentido miedo.

Gráfico 11. Calidad de Vida Aspecto Emocional



■ Aspecto Global.

Se tuvo en cuenta los rangos ponderales que se establecieron en el instrumento; la calidad de vida a nivel global se clasifica en: mala, 27-63 puntos; regular, 64-127 puntos; buena, 128-189 puntos; teniendo en cuenta el número de ítems que compone cada una de estas y la extensión de la escala de Likert. Se muestran los resultados de calidad de vida global, de los pacientes que desearon participar en el presente estudio. (Grafica. 12). La calidad de vida en general es mala en el 48% de los pacientes estudiados, con una calidad de vida regular representaron el 40% y solo el 12% de los pacientes representan una mala calidad de vida en todos los ámbitos.

Gráfico 12. Calidad de Vida Global.



La calidad de vida que presentan los pacientes que aceptaron participar en el presente estudio de forma global es mala, debido a la percepción empírica que tiene el paciente respecto a su enfermedad, derivado a de la mala información que presenta el paciente.

8.0. Análisis de Resultados

Los resultados obtenidos en el presente estudio revela que la mayor incidencia de infarto agudo al miocardio es de predominio en el sexo masculino, que a partir de los cincuenta años y hasta los cincuenta y nueve de acuerdo al grupo de edad estudiado representan el mayor número de pacientes con cardiopatía isquémica, con un evento de infarto agudo al miocardio en ambos sexos; los factores de riesgo encontrados, como lo revela Chavarriaga y Cols., sigue siendo el tabaquismo, en este estudio realizado el 65% de los pacientes encuestados fuman, como lo demuestra la literatura, el tabaco es el principal predictor de riesgo cardiovascular.

En el ámbito social el resultado demostró una percepción buena en el ámbito social, hecho que se puede estar dado, por el apoyo social que brinda la familia y en especial la pareja debido a que se relaciona con la disminución de la ansiedad, depresión y apoyo en cambios en el estilo de vida (dieta), lo cual facilita la adherencia terapéutica, siendo este un factor protector que brinda al paciente con enfermedad cardiovascular una disminución del número de eventos adversos y la posibilidad de nuevos episodios de infarto con enfermedad cardiovascular una disminución del número de eventos adversos y la posibilidad de nuevos episodios de infarto. (Soto M, Failde I. y Nava Galán).

Aunque no se determino si el estado civil es un factor que contribuye al evento; sin embargo es importante que el paciente post-infartado cuente con su conyugue, esto representa una mayor satisfaccion por el apoyo familiar. Los pacientes que carecen de su conyugue, de una compañía cercana, representan una mayor dificultad para incorporarse a su vida laboral, y optimizar una calidad de vida, debido a la insatisfaccion del apoyo social, lo que genera sentimiento de incapacidad, afectando negativamente la calidad de vida.

En el ámbito físico los resultados son desalentadores, los pacientes que no presentaron rehabilitación cardiaca, posterior a un infarto agudo al miocardio su apreciación no es la adecuada por la presencia de cansancio, fatiga, agotamiento, y

dolor torácico, que esto limita sus actividades cotidianas, así como en el trabajo que conlleva al paciente a una pérdida de confianza en sí mismo su actividad física es mala por lo que se ve afectada su calidad de vida; múltiples estudios realizados con pacientes con cardiopatía, demostró que la actividad física es la prevención primaria y secundaria para evitar algunas enfermedades ya que es un factor que disminuye el riesgo de muerte, mismo que puede disminuir ante cualquier tipo de intervención quirúrgica-hospitalaria y farmacológicas; sin embargo, esto concuerda con lo publicado con la literatura; Magnus Benetti; y cols. Hacen referencia que el ejercicio aerobio, reconocido como importante herramienta en la rehabilitación cardiaca, además de tener un bajo costo, reduce los factores de riesgo para la cardiopatía isquémica y, consecuentemente, mejora a calidad de vida del individuo, además de la aptitud cardiorrespiratoria, con aumento en la capacidad funcional.

En el ámbito emocional depende en gran medida del nivel de escolaridad; un nivel bajo de escolaridad, genera un desconocimiento por parte de los pacientes con respecto a su estado de salud, además de esto, vale la pena señalar que la información que proveen los medios de comunicación sobre las patologías cardiovasculares son reinterpretadas por el enfermo desde su subjetividad, llegando a generar sentimientos de gravedad y de un futuro fatal, alcanzando a afectar indirectamente la calidad de vida. Esto coincide con la literatura consultada donde se demuestra que estos sentimientos surgen del desconocimiento por parte de los pacientes con respecto a su situación, sus posibilidades y sus perspectivas. Estos resultados obtenidos, en esta investigación son semejantes a lo descrito en la literatura. Dra. Avilés Silva y Cols; Dra. Ortiz García y Cols. Y Permuy Victory y Cols.

Los pacientes después de un evento coronario tienen una percepción mala en relación a su futuro, ya que por lo general presentan sentimientos habituales como: ira, incompetencia, desconfianza depresión, intranquilidad, y ansiedad entre otros, es frecuente que el paciente experimente miedo a padecer un nuevo evento coronario, o morir por causas cardiacas, prevalecen sentimientos de invalidez que desencadenan desconfianza en sí mismos, baja autoestima, sensación de incontrolabilidad de su

propia vida, la incertidumbre acerca del futuro son los pensamientos que asaltan la tranquilidad de los pacientes con enfermedad coronaria, afectando la percepción de la dimensión emocional de su calidad de vida. Como lo hace referente Nava Galán, y Cols; Ortiz García y Cols.

En este estudio se evidenció que la calidad de vida a nivel global; estos pacientes tienen una mala calidad de vida; hecho que puede ser porque la mayoría de estos paciente eran mayores de 48 años, situación que permite que estos pacientes cursen con varias patologías en forma concomitante, (comorbilidades), y a su vez existe un desacondicionamiento físico; no se puede desconocer que un buen número de estos pacientes tienen un bajo nivel de escolaridad hecho que influye en el entendimiento y desconocimiento de la patología, y por ende generar una mala calidad de vida.

La rehabilitación cardiovascular para el paciente post-infarto, es considerado "Gold Stándar" y la falta del servicio en el Hospital Regional Valle de Chalco, hacen que el paciente post-infarto presente una mala calidad de vida, en su entorno social, emocional y físico; por consiguiente el médico familiar debe estar obligado a otorgar todas las medidas necesarias, y hacer las referencias que correspondientes al servicio de rehabilitación cardiovascular de todo paciente que ha presentado un evento cardiovascular, a la unidad correspondiente, que cuente con el servicio de rehabilitación cardiaca, con el propósito de mejorar su calidad de vida y poder ser una persona apta, útil en el ámbito personal, laboral, y así poder desarrollar una vida plena. Como lo recomienda la sociedad europea de cardiología.

9.0 Conclusiones.

Como cierre a todo lo expuesto podemos afirmar que actualmente la calidad de vida en los pacientes con cardiopatía isquémica post-infarto, es una medida útil que permite valorar las expectativas de los pacientes, sobre todo en relación a una atención más personalizada con el propósito de lograr el objetivo de “añadir vida a los años en lugar de años a la vida”. Es por ello que el médico familiar en la relación con sus pacientes sea la piedra angular que transmita de forma oportuna la información con el fin de evitar complicaciones y realizar los estudios correspondientes y preventivos en tiempo y forma, además debe implementar en su vida cotidiana el ejercicio no solo antes o después de la hora de consulta bajo la supervisión de una enfermera de medicina preventiva, esto es con el fin de formar un hábito, el cual le brinda una mejora en su calidad de vida futura.

La mayoría de los pacientes que se les aplicó la encuesta tuvieron una mala calidad de vida, derivada de su sintomatología que limitó sus actividades cotidianas, que esto les genera miedo, como consecuencia del desconocimiento de la enfermedad. En su mayoría de los pacientes estudiados el aspecto social fue el mayor beneficiado derivado del apoyo, conyugal y/o familiar; que genera una sobreprotección.

El aspecto físico, el ejercicio, interviene de una manera importante en la modificación de la calidad de vida del paciente con cardiopatía isquémica; sin embargo, no puede ser la única opción: son necesarias las intervenciones de tipo social y emocional, que garanticen una buena integración a la vida laboral y promuevan una adecuada calidad de vida. Para ello se requiere de una amplia información que el médico familiar debe de dar al paciente post-infarto.

El aspecto emocional, es el más afectado; por lo que la cardiopatía isquémica en el paciente post-infarto reprime al paciente, sus sentimientos, las diferentes emociones que experimenta el paciente cardiópata, le genera una sensación de inseguridad.

Es por ello que el médico familiar en su relación con paciente sea la piedra angular que transmita de forma oportuna toda la información con el fin de evitar complicaciones y realizar los estudios preventivos de manera oportuna.

Implementar que el día de consulta al que acuda dicho paciente se realicen acciones como ejercicio ya sea antes o después de la hora de su consulta con la supervisión de una enfermera de medicina preventiva con el fin de lograr un hábito de ejercicio rutinario en los pacientes, por lo que demostrado que mejora la calidad de vida.

Control estricto de los factores de riesgo modificables, por medio de laboratorios, promoción a la salud, carteles, ejercicio, etc.

Promover el ejercicio aeróbico durante 30 minutos, a través de un centro de rehabilitación cardíaca donde los pacientes post-infarto sean sometidos, para su pronta integración a vida laboral, social, emocional mejorando su calidad de vida.

Realizar spots con información verídica y clara sobre cómo llevar una alimentación saludable, un plan de ejercicio y se pueda proyectar en una pantalla en la sala de espera de la unidad y así mientras el paciente espera su consulta podrá observar dicha información. .

Iniciar tratamiento cardio-protector en pacientes con un índice alto riesgo cardiovascular.

Concientización del paciente y del médico sobre la percepción potencial de su enfermedad y de la agudeza del profesional de la salud en su entorno educativo, preventivo y curativo.

Referencia oportuna a las especialidades correspondientes para la atención oportuna de complicaciones una vez detectadas y evitar re-infartos.

10. Referencias Bibliograficas

1. Kristian Thygesen, Joseph S. White: The writing group on behalf of the joint ESC/ACCF/AHA/WHF. Task force for the universal definition of myocardial infarction. *JACC*. 2012. 60, (16),:1581–98.
2. Escobedo de la Peña Jorge. Coronary heart disease morbidity and mortality trends at the Instituto Mexicano del Seguro Social. An ecological study of trends. *Arch. Cardiol. Méx.* 2010; 80 (4) 134-158.
3. Alves da Silva Suzana. Quality of life assessment after acute coronary syndrome: systematic review. *Arq Bras Cardiol* 2011;97(6):526-54
4. Ortiz García; Clinical practice guideline for interventions nursing care of patients with acute myocardial infarction; *Rev Enferm Inst Mex Seg Soc* 2012; 20 (1): 27-44.
5. Soto M, Failde I. Health-related quality of life as an outcome measure in patients with ischemic cardiopathy. *Rev Soc Esp Dolor* 2014; 11: 505-514.
6. Permy victory. Is overprotection a different construct of social support? *R. Est. Inv. Psico. Educ.* 2014, 1 (1), 44-54.
7. John E. Madias, MD (Elmhurst, NY). Killip and Forrester classifications. Should they be abandoned, kept, reevaluated, or modified? *CHEST* May 2012; 5. 117-133
8. Gemma Vilagut. The spanish version of the short form 36 health survey: a decade of experience and new developments; *Gac Sanit.* 2014;19(2):135-50.
9. Achury D Rodríguez, Colmenares; Quality of life of patients with cardiovascular disease to attending cardiac rehabilitation. *Investig Enferm. Imagen Desarro.* 2011;13(2): 49-74.
10. Nava Galán Ma. Guadalupe. the quality of life: multidimensional analysis. *Enf Neurol* 2012; 11: 3: 129-137.
11. Consenso de rehabilitación cardiovascular y prevención secundaria de las revista uruguaya de cardiología sociedades interamericana y sudamericana de cardiología agu.. 2013; 28: 2: 78-96.
12. Jiménez Muro M. Quality of life and social support after a first, non-complicated acute myocardial infarction; *Rev Esp Cardiol* 2009; 52: 467-474.

13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Foro Mundial de la Salud. Ginebra; 2012.
14. Gerard Burdiat; Acute coronary syndrome rehabilitation; Rev Urug Cardiol 2014; 29: 153-163.
15. Fernández-López Juan Antonio, Quality of life, health and well-being conceptualizations from the perspective of the international classification of functioning, disability and health. Rev Esp. Salud Pública 2010; 84: 169-184.
16. Chavarriaga Juan Carlos. Epidemiological and clinical characteristics, treatment and prognosis of patients with acute coronary syndrome in a specialized unit. Acta Méd. Col. 39 (1); 2014
17. Magnus Benetti. Aptitud cardiorrespiratoria y calidad de vida post-infarto en diferentes intensidades de ejercicio; Arq Bras Cardiol 2010; 95(3): 399-404.
18. Ph. Gabriel Steg. Miembros del Grupo de Trabajo. Guía de practica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST; Rev Esp Cardiol. 2013;66(1):53.e1-e46
19. Carlos Rodolfo Martínez Sánchez. Scope of AMI with ST segment elevation in México; Rev Fed Arg Cardiol. 2013; 42(3): 168-169

11.0 Anexo 1.

CUESTIONARIO MAC NEW QLMI-2

FECHA:		Teléfono:	
NOMBRE:			
DIRECCION:			
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS			
EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	ESTUDIOS
<input type="checkbox"/> 18-27 años <input type="checkbox"/> 28-37 años <input type="checkbox"/> 38-47 años <input type="checkbox"/> 48-57 años <input type="checkbox"/> 58-67 años <input type="checkbox"/> Mayor de 67	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/> Otros
DIAGNOSTICO	FACTORES DE RIESGO	¿CON QUIEN VIVE?	SITUACION LABORAL
<input type="checkbox"/> SCACEST <input type="checkbox"/> SCASEST/IAM <input type="checkbox"/> Angina inestable <input type="checkbox"/> Angina estable <input type="checkbox"/> Angioplastia <input type="checkbox"/> By-pass <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Vida sedentaria <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Genética <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Cónyuge e hijos <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajador a cuenta ajena <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Otros
Número de sesiones: -- (1-10) - (10-20) - (20-30) - (Más de 30)			
CUESTIONARIO MAC NEW (QLMI-2) Versión española			
<p>Con el objetivo de que esta información nos ayude a mejorar la calidad de vida de las personas que han sufrido una enfermedad cardiovascular; a continuación encontrará una serie de preguntas, sobre cómo se ha encontrado en las últimas 4 semanas, que recomendamos conteste de la forma más sincero/a posible. Los datos son confidenciales y no serán divulgados. Por favor, no deje ninguna pregunta en blanco y responda con sinceridad.</p>			
<p>1) ¿En general, cuanto tiempo durante las últimas 4 semanas, se ha sentido frustrado/a, impaciente o enojado/a?</p> <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca			
<p>2) ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido inútil, que era un estorbo o incompetente?</p> <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca			

3) ¿En las últimas 4 semanas, cuantas veces se ha sentido muy confiado/a y seguro/a de lo que podría hacer frente a su problema de corazón?

- Nunca
- Casi nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Muchas veces
- Siempre

4) ¿En general, cuantas veces se ha sentido desanimado/a o deprimido/a durante las últimas 4 semanas?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

5) ¿Durante las últimas 4 semanas, cuánto tiempo se ha sentido relajado/a y libre de tensiones?

- Nunca
- Casi nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Muchas veces
- Siempre

6) ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido agotado/a o bajo de energía?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

7) ¿Cuántas veces, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido feliz, satisfecho/a o contento en su vida personal?

- Muy insatisfecho o infeliz la mayor parte del tiempo
- Generalmente muy insatisfecho o infeliz
- Algo insatisfecho o infeliz
- Generalmente satisfecho o feliz
- Feliz la mayor parte del tiempo
- Muy feliz la mayor parte del tiempo
- Extremadamente feliz

8) ¿En general, cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido agitado/a o como si hubiera tenido dificultad para intentar tranquilizarse?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

9) ¿En qué medida se ha sentido falta de aire durante las últimas 4 semanas, mientras hacía sus actividades físicas cotidianas?

- Extremadamente falta de aire
- Muy falta de aire
- Bastante falta de aire
- Moderadamente falta de aire
- Algo falta de aire
- Un poco falta de aire
- Nada falta de aire

10) ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas se ha sentido con ganas de llorar?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

11) ¿Cuántas veces durante las 4 últimas semanas, se ha sentido más dependiente de otras personas que antes de tener su problema de corazón?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

12) ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido incapaz de realizar sus actividades sociales habituales o sus actividades sociales con su familia?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

13) ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, ha pensado que otras personas no tienen la misma confianza en usted que antes de tener su problema de corazón?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

14) ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, ha tenido dolor en el pecho mientras hacía sus actividades cotidianas?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

15) ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido inseguro/a o falto/a de confianza en sí mismo?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

16) ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido molesto/a por tener las piernas doloridas o cansadas?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

17) ¿Durante las últimas 4 semanas, se ha sentido limitado para hacer deporte o ejercicio por culpa de su problema de corazón?

- Extremadamente limitado/a
- Muy limitado/a
- Bastante limitado/a
- Moderadamente limitado/a
- Algo limitado/a
- Un poco limitado/a
- Nada limitado/a

18) ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido aprensivo/a o asustado/a?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

19) ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido mareado o con sensación de flotar en el aire?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

20) ¿En general, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido impedido o limitado por su problema de corazón?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

21) ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, no se ha sentido seguro/a de cuánto ejercicio o actividad física debería hacer?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

22) ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, ha sentido como si su familia le protegiera demasiado?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

23) ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido como si fuera una carga para los demás?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

24) ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido excluido/a de hacer cosas con otras personas a causa de su problema de corazón?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

25) ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, se ha sentido incapaz de relacionarse con la gente a causa de su problema de corazón?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

26) ¿En general, durante las últimas 4 semanas, se ha sentido muy restringido o limitado por su problema de corazón?

- Extremadamente limitado/a
- Muy limitado/a
- Bastante limitado/a
- Moderadamente limitado/a
- Algo limitado/a
- Un poco limitado/a
- Nada limitado/a

27) ¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas, ha sentido que su problema de corazón limitaba o dificultaba sus relaciones sexuales?

- Siempre
- Muchas veces
- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL ESTADO DE MEXICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **Calidad De Vida En El Paciente Pos-Infarto Agudo Al Miocardio**; registrado ante el Comité Local de Investigación médica con el número__ el objetivo de este estudio saber la calidad de vida en el ámbito social físico y emocional de pacientes que han presentado infarto agudo al miocardio.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder unas preguntas y un formato para identificar los datos buscados.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Riesgos: Ninguna,

Inconvenientes: Inversión de tiempo para responder el instrumento aplicado por el investigador.

Beneficios: Se me otorgara cita especial, con mi médico familiar para valorar los resultados y se canalizara a la especialidad correspondiente, para mejorar mi calidad de vida.

El investigador principal solo valorará, los datos registrados por mi Médico Familiar y no intervendrán en ningún momento en mi atención, se ha comprometido a darme información sobre los datos que este relacionado con este estudio, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de la confidencialidad de los datos y me comprometo a decir verdad sobre lo que se me pregunta, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificarán en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre Y Firma Del Paciente.

Nombre, Matrícula Y Firma Del Investigador

Testigo

Testigo